

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
ilova

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

**"PROSTATA BEZI SARATONI" NOZOLOGIYASI  
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**TOSHKENT – 2025**

**"TASDIQLAYMAN"**  
Respublika ixtisoslashtirilgan  
Onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy  
tibbiyot markazi direktori  
**M. N. Tillyashayxov**



**" PROSTATA BEZI SARATONI " NOZOLOGIYASI  
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**TOSHKENT – 2025**

**"PROSTATA BEZI SARATONI"  
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA DIAGNOSTIKA  
VA DAVOLASH MILLIY KLINIK  
PROTOKOLI**

**TOSHKENT – 2025**

## 1. Kirish qismi

- Qisqacha annotatsiya. Prostata bezi saratoni bo'yicha ushbu milliy klinik protokol dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan zamonaviy ilmiy ma'lumotlarga muvofiq prostata bezi 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.

Prostata bezi 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):

KXT-10:	
Kod	Nomi
C61	– Prostata bezining havfli o'smasi
KXT-11	
2C82	Prostata bezi xavfli o'smalari
2C82.0	Prostata bezi adenokartsinomasi
2C82.Y	Prostata bezi boshqa tasdiqlanmagan xavfli o'smalari
Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=13246">https://mkb-10.com/index.php?pid=13246</a>	

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

2025/2027 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 XISSA QO'SHGANLAR:

#### - Multidissiplinar ishchi guruh a'zolari:

1. Tillyashayhov Mirzagolib Nigmatovich – t.f.d., professor, Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (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. Ismailova Munajat Hayotovna – k.m.n., Toshkent Tibbiyot akademiyasi onkologiya kafedrasida mudiri.
8. Xasanov Akbar Ibragimovich – t.f.d., RIOvaRIATM bosh bo‘yin o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
9. Abdulkarimov Xurshid Ganjiyevich – t.f.d. RIOvaRIATM tayanch-harakat a‘zolari o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
10. Axmedov Odiljon Muxamedjanovich – t.f.n., RIOvaRITM endovizual jarrohlik bo‘limi mudiri;

**- Multidissiplinar mualliflar ro‘yxati, qo‘shimcha hammualliflar jamoasi:**

1. Tillyashayxov Mirzagolib Nigmatovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktori;
2. Boyko Yelena Vladimirovna – t.d., RIOvaRIATM onkourologiya bo‘limi ilmiy rahbari;
3. Xasanov Sherali Toshtemirovich – t.f.n., RIOvaRIATM onkourologiya bo‘limi mudiri;
4. Kamishov Sergey Viktorovich – t.f.d., RIOvaRIATM kimyo terapiya bo‘limi ilmiy rahbari;
5. Yusupov Sherali Xasanovich – t.f.n., RIOvaRIATM Toshkent shahar filiali onkourologiya bo‘limi mudiri.

**- Taqrizchilar:**

**Respublikadan:**

Raximov Nodir Maxammatqulovich – t.f.d., Samarqand viloyati hududlar aro Xospisi direktori.

### **Horiждан:**

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

- **Multidissiplinar ishchi guruh yig‘ilishida Milliy klinik protokollarni loyihasini muhokamasi bayonnomasidan ko‘chirmaning raqami va sanasi:** ishchi guruhning 5-sonli yig‘ilishi 2025 yil 22 mayda 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 5-sonli yig‘ilishi 2025 yil 23 mayda 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 gospitali tashqi aloqalar departamenti professori.

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

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almarданov, 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).**

- **Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:**

– Shifokor-onkologlar;

- Onkourologlar;
  - Shifokor- kattalar jarrohlari;
  - Radioterapevtlar;
  - Genetiklar;
  - Umumiy amaliyot shifokorlari;
  - Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
  - Shifokor-terapevtlar;
  - OTM talabalari, magistrilar, ordinator va aspirantlar.
- **Mazkur nozologiya bo‘yicha bemorlarning toifasi:** (18 yoshdan) kattalar.
- 
- **Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi shkalasi:**

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

<b>DID</b>	<b>Batavsil</b>
<b>1</b>	Malumot nazorati ostida o‘tkaziladigan tadqiqotlarning tizimli tekshiruvi yoki randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning metatahlil yordamidagi tizimli tekshiruvi
<b>2</b>	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
<b>3</b>	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
<b>4</b>	Taqqoslab bo‘lmaydigan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi.
<b>5</b>	Faqat harakat mexanizmi yoki ekspertlarning fikrini asoslash mavjud.

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

<b>DID</b>	<b>Batavsil</b>
<b>1</b>	Metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlarni muntazam ko‘rib chiqish.

<b>2</b>	Alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno.
<b>3</b>	Tasodifiy bo‘lmagan qiyosiy tadqiqotlar,
<b>4</b>	Taqqoslab bo‘lmaydigan tadqiqotlar, klinik hodisa yoki
<b>5</b>	qator hodisalar tavsifi, «hodisa-kontrol» tadqiqotlari.

**Profilaktika, tashxis, davolash va reabilitatsiya usullari bo‘yicha tavsiyalarning ishonirish darajasini baholash o‘lchovi (profilaktika, davolanish, reabilitatsiya aralashuvlari)**

<b>DID</b>	<b>Batavsil</b>
<b>A</b>	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>B</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).
<b>C</b>	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).

## **Mundarija**

<b>PROSTATA BEZI SARATONINI TASHXISLASH VA DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI .....</b>	<b>5</b>
<b>PROSTATA BEZI SARATONI UCHUN TIBBIY ARALASHUVLAR BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI .....</b>	<b>43</b>
<b>PROSTATA BEZI SARATONINING TIBBIY PROFILAKTIKASI VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI .....</b>	<b>58</b>
<b>PROSTATA BEZI SARATONI UCHUN PALLIATIV YORDAM BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI .....</b>	<b>73</b>

## QISQARTMALAR RO‘YXATI:

ADT	– androgen-deprivatsion terapiya
PSAIBKV	– prostata spetsifik antigenining ikki baravar ko‘payish vaqti
GSPBS	– gormon-sezgir prostata bezi saratoni
GT	– gormonal terapiya
DNT	– distansion nur terapiya
DNK	– dezoksiribonuklein kislota
MIT	– me‘da-ichak trakti
KRPBS	– kastratsion-rezistent prostata bezi saratoni
KT	– kompyuter tomografiya
LGRG	– lyuteinlovchi gormon rilizing-gormon
NT	– nur terapiya
LFK	– davolovchi jismoniy mashq
KXT-10	– kasalliklar xalqaro tasnifi 10-qayta ko‘rigi
MRT	– magnit-rezonans tomografiya
XPMN	– Xalqaro patentlanmagan nomlanish
mKRPBS	– metastatik
mGSPBS	– metastatik gormon sezgir prostata bezi saratoni
nmKRPBS	– nometastatik kastratsion-rezistent
O‘ST	– o‘tkir peshob tutilishi
KHD	– kutilayotgan hayot davomiyligi
UYA	– umumiy yashovchanlik
PSA	– prostatospetsifik antigen
PET/KT	– KT bilan birgalikda pozitron emission tomografiya
PIN	– prostatik intraepitelial neoplaziya
BBRT	– barmoq bilan rektal tekshirish
PSMA	– prostatspetsifik membrana antigeni
PB	– prostata bezi
PBS	– prostata bezi saratoni
RPE	– radikal prostatektomiya
RFP	– radioaktiv farmatsevtik preparat
BMO‘D	– bir martalik o‘choqli doza
SO‘D	– summar o‘choqli doza
ECHT	– eritrotsitlarni cho‘kish tezligi
TLAE	– tos limfadenektomiyasi
TBBT	– transrektal barmoq bilan tekshirish
TRUTT	– transrektal ultratovush tekshiruvi
TUR	– prostata bezi transuretral rezeksiyasi

DD	– dalillar darajasi
UTT	– ultratovush tekshiriv
FUZ-MRT	– MRT nazoratida fokuslangan ultratovush
XT	– kimyo terapiya
HIFU	– yuqori intensiv fokuslangan ultratovush (High-Intensity Focused Ultrasound)
IMRT	– intensivlikni modulyatsiyasi bilan nur terapiya (Intensive Modulated Radiation Therapy)
PHI	– Prostata salomatligi indeksi (Prostate Health Index)
TNM	– xavfli o‘smalarning tasnifi (tumor, nodus, metastasis)
ISUP	– uropatologlarning halqaro jamiyati (International Society of Urological Pathology)
SABR	– stereotaksik ablativ nur terapiya (stereotactic ablative radiotherapy)
CHAARTED	– Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer

## 2. Asosiy qism.

### - Kirish

*Prostata bezi saratoni* - bu prostata bezining alveolyar hujayra elementlari epiteliasidan kelib chiqadigan xavfli o‘smadir. Boshqa har qanday onkologik o‘sma singari, prostata bezi saratoni ham qo‘shni to‘qimalarga o‘sib, uzoq a‘zolarga metastaz berishga qodir nazoratsiz bo‘linadigan hujayralar paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi.

Prostata bezi saratoni (PBS) erkaklarda urogenital tizimining eng keng tarqalgan xavfli o‘smasi hisoblanadi. 40 yoshgacha bo‘lgan odamlarda prostata bezi saratoni juda kamdan-kam hollarda tashxislanadi; eng ko‘p holatlar 50-70 yoshda aniqlanadi. Kasallikning rivojlanish xavfining oshishi bilan bog‘liq omillar birinchi darajali qarindoshlarda (aka va/yoki otada) prostata bezi saratoni mavjudligi, BRCA2 genida germinal mutatsiyaning mavjudligi, birinchi darajali qarindoshlarda ko‘krak bezi saratoni va/yoki tuxumdon saratoni, shuningdek, hayvon yog‘lariga boy oziq-ovqatlarni iste‘mol qilishdir.

(foydalanilgan manba‘ga havola:

<https://cyberleninka.ru/article/n/prakticheskie-rekomendatsii-po-lecheniyu-raka-predstatelnoy-zhelezy-1>)

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manba‘ga havola:

<https://www.mediasphera.ru/issues/profilakticheskaya-medsina/2020/3/1230549482020031149> )

PBS — erkak aholi orasida onkologik kasallanish (2-o‘rin) va o‘lim (6-o‘rin) tarkibidagi eng keng tarqalgan xavfli o‘smadir. 2008 yilda uning saraton kasalligi tarkibidagi ulushi 14%ni, o‘limda — 6% ni tashkil etdi. Kasallanish darajasi yiliga 3%

yetib, ko‘p mualliflar ko‘ra, 2030 yilga kelib, prostata bezi saratoni soni ikki barobarga ko‘payadi. Bundan tashqari, prostata bezi saratonidan o‘lim darajasi ham ortib bormoqda. XX-asrda prostata bezi saratoni erkaklarda xavfli o‘smalardan o‘limning asosiy sabablaridan biriga aylandi. (foydalanilgan manba’ga havola: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>)

Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) vakillari prostata bezi saratonini jiddiy ijtimoiy va iqtisodiy muammo deb bilishadi. 1997 yilda havfli o‘smalar bilan kasallangan odamlar soni 92 milliondan oshdi, shundan 460 ming nafari prostata bezi saratoni bilan kasallanganlardir. Shu bilan birga, 62 milion bemor saraton kasalligidan vafot etdi, ulardan 235 mingtasida o‘lim sababi prostata bezi saratoni xisoblanadi. Bir qator Yevropa mamlakatlarida (Daniya, Irlandiya, Shvetsiya) standartlashtirilgan o‘lim darajasi 100 ming kishiga 18-20,5 ga yetdi. Yevropa mamlakatlari orasida prostata bezi saratoni bilan kasallanish Norvegiya, Fransiya (Shimoliy va G‘arbiy Yevropa mamlakatlari), eng past Sharqiy va Markaziy Yevropa mamlakatlarida: Moldova Respublikasi va Albaniyada kuzatiladi. Finlyandiya saraton reyestriga ko‘ra, 1990-1994 yillarda prostata bezi saratoni bilan kasallanish 100 ming yerkak aholiga nisbatan 38,1 dan 56,8 gacha oshdi. Prostata bezi saratoni bilan kasallanishning tezroq o‘sishi Yevropaning Janubiy qismida joylashgan mamlakatlarda — har 25 yilda 5% ga, Skandinaviya mamlakatlarida va Shveysariyada esa atigi 6-10% ga qayd etilgan. (foydalanilgan manba’ga havola: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologiya-raka-predstatelnoy-zhelezy-populyatsionnoe-issledovanie>)

Epidemiologik tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, prostata bezi saratoni rivojlanayotgan mamlakatlarga qaraganda Yevropa va AQSHda ko‘proq uchraydi. Ushbu ko‘rsatkich bo‘yicha AQSH yetakchi hisoblanadi: mamlakat kasalligi tarkibida prostata bezi saratoni 2 - o‘rinni, saraton kasalligidan o‘lim bo‘yicha yesa 3-o‘rinni egallaydi. O‘z navbatida, Afro-amerikaliklarda prostata bezi saratoni bilan kasallanish "oq" irq vakillariga qaraganda yuqori va yiliga 100 ming kishiga 116 ni tashkil qiladi. Shu bilan birga, prostata bezi saratoni bilan kasallanish darajasi past (100 mingga 10 dan kam aholi) Yaponiya, Hindiston va Xitoy kabi mamlakatlarda qayd etilgan. Bu qisman hisobot olib borishning yetarli emasligi bilan bog‘liq bo‘lishi ham mumkin. Prostata bezi saratoni bilan kasallanishdagi halqlar o‘rtasidagi farqlar ma’lum bir mamlakatda prostata spetsifik antigen skriningining qo‘llanish darajasini ko‘rsatadi. Bu esa prostata bezi saratonining inson hayoti davomida sezilmasligi mumkin bo‘lgan belgisiz shakllarini aniqlash imkonini beradi. Aholisi "g‘arbiy" turmush tarziga sodiq bo‘lgan mamlakatlarda prostata bezi saratoni tarqalishi Osiyo mamlakatlariga qaraganda 10-15 baravar yuqori. Shu bilan birga, Osiyo mamlakatlari aholisining o‘sib borayotgan farovonligi va globallashuv ularda prostata bezi saratoni chastotasining bosqichma-bosqich o‘sishiga yordam beradi. Bundan tashqari, AQSHga ko‘chib kelgan Osiyo mamlakatlaridan kelgan muhojirlar

uyda qolgan vatandoshlariga qaraganda prostata bezi saratoni bilan kasallanish ehtimoli ko‘proq bo‘ladi. (<https://www.cancer.org/cancer/types/prostate-cancer/about.html>)

Statistik ma’lumotlarga ko‘ra, 2023 yilda O‘zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida prostata bezi saratoni 17-o‘rinni egallaydi. 100 ming aholiga to‘g‘ri keladigan prostata bezi saratoni respublika umumiy aholi orasida 1,9 ni va erkak aholisi orasida esa 3,4 tani tashkil etadi. 2022 yilda birinchi marta prostata bezi saratoni bilan kasallangan jami 619 bemor aniqlandi. Ulardan 8,9% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. Morfologik tasdiqlangan prostata bezi saratoni tashxisi qo‘yilgan bemorlarning ulushi 92,7% ni tashkil qiladi. Kasallikning I bosqichida 2,7%, II bosqichida 28,6%, III bosqichida 35,7% va IV bosqichida 2,1% holatlar aniqlangan. Bemorlarning 2,1 foizida kasallikning bosqichini aniqlab bo‘lmadi. 2023 yil boshida dispanser nazorati ostida prostata bezi saratoni bilan kasallangan 1986 bemor bor edi va kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 5,5 ni tashkil etdi (erkak aholi orasida 11 ni). Respublikada prostata bezi saratoni bilan 5 yillik yashovchanlik darajasi 32,8% va 1 yillik o‘lim darajasi 14,8% ni tashkil qiladi. O‘zbekiston Respublikasida 410 bemor 2022 yilda prostata bezi saratonidan vafot etdi. Bu 100 aholiga nisbatan o‘lim ko‘rsatkichi 2,3 ni tashkil etganini bildiradi. Saratondan o‘lim orasida prostata bezi saratoni umumiy aholi orasida 11-o‘rinni (1,1%) va erkak aholi orasida esa 5-o‘rinni (6,5%) egallaydi. ([СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН В 2023 ГОДУ. Ташкент-2024г](#))

#### - Klinik tasnifi

#### Gistologik tasnifi [3, 4]:

- Adenokarsinoma (mayda atsinar, duktal, yirik atsinar, kribriiform, solid yoki trabekulyar va boshqalar);
- O‘tuvchi-hujayrali saraton;
- Yassi hujayrali saraton;
- Sarkomotoid saraton;
- Differensiallashmagan saraton.

#### PBSni TNM 8 toifasi bo‘yicha tasnifi (2017 y.).

1-jadvalda keltirilgan [4, 5]:

#### 1-jadval. PBSni TNM 8 toifasi bo‘yicha tasnifi (2017 y.)

<b>T – birlamchi o‘sma</b>	Tx	Birlamchi o‘smanni baholab bo‘lmaydi
	T0	Birlamchi o‘sma belgilarining yo‘qligi
	T1	O‘sma klinik jihatdan namoyon bo‘lmaydi, sezilmaydi

		va maxsus usullar bilan ko‘rinmaydi
	T1a	O‘sma gistologik tekshiruv paytida tasodifan aniqlanadi va rezeksiya qilingan to‘qimalarning 5% dan kamrog‘ini tashkil qiladi
	T1b	O‘sma gistologik tekshiruv paytida tasodifan aniqlanadi va rezeksiya qilingan to‘qimalarning 5% dan ortig‘ini tashkil qiladi
	T1c	O‘sma igna biopsiyasi yordamida tashxis qilinadi (PSA darajasi yuqori bo‘lganda)
	T2	O‘sma prostata bezi bilan chegaralanadi yoki kapsulaga tarqaladi
	T2a	O‘sma bir bo‘lakning yarmini yoki undan kamini shikastlaydi
	T2b	O‘sma bir bo‘lakning yarmidan ko‘pini zararlaydi, lekin ikkala bo‘lagini ham zararlamaydi
	T2c	O‘sma ikkala bo‘laklarda joylashadi
	T3	O‘sma prostata bezi kapsulasidan tashqariga tarqaladi
	T3a	O‘sma kapsuladan tashqariga tarqaladi, shu jumladan peshob pufagining bo‘yniga mikroskopik o‘sib o‘tadi
	T3b	O‘sma urug‘ pufakchasiga (yoki ikkala pufakchaga)tarqaladi
	T4	O‘sma urug‘ pufakchalaridan tashqari tos suyagi tuzilmalariga (tos suyagi mushaklari/devorlari, peshob pufagi, to‘g‘ri ichak) tarqaladi
<b>N – Regionar limfa tugunlari</b>	Nx	Regionar limfa tugunlarini baholash uchun ma’lumotlar yetarli emas
	N0	Regionar limfa tugunlarida metastazlar mavjud emas
	N1	Regionar limfa tugunlarida metastazlar mavjud
<b>M – Uzoq metastazlar</b>	Mx	Uzoq metastazlarning mavjudligini aniqlash mumkin emas
	M0	Uzoq metastazlarning belgilari yo‘q
	M1	Uzoq metastazlar
	M1a	No regionar ilmfa tugunlarida metastazlar
	M1b	Suyaklarda metastazlar
	M1c	Uzoq metastazlar mavjud

## Glison bo'yicha morfologik tasnif [8]

Bu faqat adenokarsinomalar uchun qo'llaniladi. Glison tasnifiga ko'ra, o'smaning differentsiatsiya darajasi 5 balli shkala bo'yicha baholanadi. Bu yerda 1 ball eng yuqori differentsiatsiyalangan o'sma, 5 ball eng past differentsiatsiyalangan o'sma hisoblanadi. Glison indeksi - bu o'smaning tarqalganligi bo'yicha asosiy komponentining bezlar differentsiatsiya darajasi va o'smaning tarqalganligi bo'yicha ikkinchi komponenti bezlar differentsiatsiya darajasining yig'indisidir (2 dan 10 ballgacha). Glison tasnifi prostata bezi saratonini davolash natijalarini baholash uchun maxsus prognostik ahamiyatga ega.

### 2-Jadval. Uropatologlar Xalqaro jamiyati 2014 y. (ISUP) bo'yicha prostata bezi saratoni havflilik darajasiga guruhleri

ISUP guruhi	Glison indeksi
1	2-6
2	7 (3 + 4)
3	7 (4 + 3)
4	8 (4 + 4 yoki 3 + 5 yoki 5 + 3)
5	9-10

### 3-jadval. PBS progressiyalanish havfi stratifikatsiyasi

Havf	tavsif		
Juda past	T1s, gradatsiya guruhi 1, PSA < 10 ng/ml, 3 tadan kam pozitiv biopsiya ustunlari, har birida 50%dan kam o'sma saqlaydi, PSA zichligi 1 < 0,15 ng/ml / sm <sup>3</sup>		
Past	T1-2a, gradatsiya guruhi 1, PSA < 10 ng/ml		
Oraliq	Yuqori yoki juda yuqori xavf belgilari yo'q, 1 yoki undan ortiq oraliq xavf omillariga ega: T2b- T2c, gradatsiya guruhi 2-3, PSA 10-20 ng/ml	Yaxshi	1 havf omili, gradatsiya guruhi 1-2, < 50 % позитив устунлар
		Yomon	2-3 хавф омили, градация гурухи 3, > 50 % pozitiv ustunlar
Yuqori	T3a yoki gradatsiya guruhi 4-5 yoki PSA > 20 ng/ml		

Juda yuqori	T3b-T4 yoki Glison birlamchi patterni 5 yoki > 4 biopsiya ustunlari gradatsiya guruhi 4-5 bilan
-------------	---

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

#### Tashhis qo'yishning tashhislash mezonlari [1]:

Prostata bezi saratonining birlamchi diagnostikasi va keyingi bosqichi mezonlari quydagi ma'lumotlarga asoslanadi:

- Anamnezga;
- Fizikal ko'rikka;
- Instrumental va laboratoriya tekshiruv usullari natijalariga;
- Patomorfologik hulosaga.

#### - Shikoyatlari [5, 7]:

- Boshlang'ich bosqichlarda - simptomsiz;
- Prostata bezi ichidagi o'smalarda - peshob oqimining zaiflashishi va uzilishlar bilan oqishi, peshob pufagining to'liq bo'shatilmasligi hissi, siyishning tezlashishi, peshob chiqarishga imperativ chaqiriqlar, peshobni stressor tuta olmaslik;
- O'smaning mahalliy progressiyalanishida - gemospermiya, gematuriya, peshob tuta olmaslik, erektil disfunksiya, qov usti va oraliq sohada og'riq.
- Metastazlar paydo bo'lganda - suyaklarda og'riq, belda og'riq (ureteral obstruksiya), oyoqlarning shishishi (limfostaz), paraplegiya (orqa miya siqilishi), vazn yo'qotish, anemiya, uremiya, kaxeziya.

#### - Anamnez [5, 7]:

Prostata bezi saratoni bilan og'rigan bemorlarning anamnezida irsiy va etiologik xavf omillarini aniqlash kerak.

#### - Fizikal tekshirishlar [9, 10]:

**Transrektal barmoq bilan tekshirish (TRBBT)**, vaqtida quyidagilarni aniqlash mumkin [ID-V]:

- bir yoki bir nechta cheklangan tugunlar;

- noaniq konturlar bilan bezning assimetriyasi;
- deyarli har doim to‘g‘ri ichakning harakatchan shilliq qavati;
- "buqa shoxlari" alomati: prostata bezining yuqori chetidan urug‘ pufakchalari tomon tarqaladigan infiltratsiya iplari;
- kechikkan holatlarda, to‘g‘ri ichak bo‘shlig‘ini qoplaydigan toshsimon zichlik mavjud bo‘lib, uning yuqori chegarasiga barmoq bilan yetib bo‘lmaydi

### **Laborator tekshiruvlar [5 - 8]:**

- Qon umumiy tahlili – boshlang‘ich bosqichlarda o‘zgarishlar yo‘q. Kechroq bosqichlarda ko‘proq turli darajada ifodalangan anemiya, leykotsitoz, ECHTning oshishi xarakterli;
- Umumiy peshob tahlili - makro yoki mikrogematuriya; oqsil, leykotsituriya, bakteriuriyaning biroz oshishi. Tahlilda hech qanday o‘zgarishlar bo‘lmasligi mumkin;
- Biokimyoviy qon tahlili (umumiy oqsil, mochevina, kreatinin, bilirubin, glyukoza) - buyrak yetishmovchiligi belgilari, hamroh patologiya ko‘rinishidagi asoratlarni aniqlash imkonini beradi;
- Koagulogramma - qon ivishining buzilishi kuzatilishi mumkin;
- Qon zardobida PSA darajasini aniqlash - indeksning 4 ng/ml dan oshishi qayd etilgan;
- Gomologik DNK rekombinatsiyasi genlaridagi mutatsiyalar (BRCA1, BRCA2, ATM) mavjudligiga molekular-genetik tekshirish. Bu og‘ir irsiy anamnezga ega bemorlarda (yaqin qarindoshlarida ko‘krak bezi, tuxumdonlar, oshqozon osti bezi va prostata bezi saratoni bo‘lganlarda) yoki <55 yoshdagi bemorda prostata bezi saratoni tashxisi qo‘yilganda ko‘rsatiladi;
- MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 genlaridagi germinal mutatsiyalarga tekshirish — Agar Linch sindromiga shubha qilingan bo‘lsa yoki qon qarindoshlarida bu sindrom bo‘lsa.

### **Instrumental tekshiruvlar [5 - 8]:**

#### **PBSning nur diagnostikasi [5 - 8, 11 - 16, 73]:**

#### **Transrektal ultratovush tekshiruvi:**

- Prostata bezidagi patologik joylarni aniqlash va prostata bezining transrektal biopsiyasining aniqligini oshirish uchun prostata bezi saratoniga shubha qilingan barcha bemorlarga tavsiya etiladi [11-15, ID-C];

- Tipik exografik surat – bu prostata bezining periferik qismlarida gipoexogen o‘choqli zonalardir. O‘sma o‘choqlari hajmining oshishi bilan gipo - va giperexogen sohalar kuzatilishi mumkin. Biopsiya yo‘li bilan tashxis qo‘yilgan prostata o‘smalarining 37,6 foizi TRUTTda izoexogen sohalar bilan ifodalanadi [11-15];
- Sonoelastografiya, kontrastlash bilan UTT, prostata bezini gistoskanirlash kabi TRUTTga qo‘shimcha bo‘lgan usullarni muntazam qo‘llash, isbotlangan bazasi yetarli bo‘lmaganligi sababli tavsiya qilinmaydi [16, ID-S];
- Prostata bezi saratoni tashxisi qo‘yilgan barcha bemorlarga ham birlamchi o‘smaning tarqalganligini aniqlash maqsadida TRUTT bajarish tavsiya etilmaydi [73, ID-C].

#### **MRT va KT [5 - 8]:**

- Birlamchi o‘smaning tarqalishini baholash uchun va osteosintigrafiya natijalariga ko‘ra shubhali holatlarda tavsiya etiladi [ID-V];
- Kontrast kuchaytirish va endorektal magnit katushka yordamida dinamik magnit-rezonansli prostatovezikulografiyadan foydalanish, bosqichlash aniqligini 16%;
- Jarayonni bosqichlash uchun prostata bezining kompyuter tomografiyasini o‘tkazish tavsiya etilmaydi [ID-S];
- Chanoq limfa tugunlarida metastazlar bo‘lgan bemorlarga qorin bo‘shlig‘i va qorin parda ortining kontrastli KT/MRTsi va ko‘krak qafasi rentgenogrammasi ko‘rsatiladi;
- O‘pka to‘qimalarida rentgenologik o‘zgarishlar aniqlanganda, ko‘krak qafasi a‘zolarining KTsi ko‘rsatiladi. Agar ko‘krak ichi limfa tugunlarining kattalashishiga shubha qilinsa, kontrastli ko‘krak qafasi a‘zolarining KT si ko‘rsatiladi.

#### **Osteosintigrafiya [5-8]:**

- Salbiy xavf omillari (PSA 20 ng/m va Glisson bo‘yicha 4 yoki 5 o‘smalari) va suyak metastazining klinik belgilari mavjud bo‘lganda, suyak metastazlarini aniqlash uchun tavsiya etiladi;
- RFP to‘planishi ko‘paygan bemorlarga suyaklarning rentgenografiyasi yoki KT yoki MRTsi o‘tkaziladi.

#### **PET/KT [5-8]:**

- Multiparametrik MRT bilan bir hil sezgirligi tufayli 11C-xolin bilan PET/KT limfogen metastazlar mavjudligini aniqlash uchun birlamchi bosqichda muntazam foydalanish uchun tavsiya etilmaydi [ID-V];

- Osteosintigrafiya natijalariga ko‘ra shubhali holatlarda tavsiya etiladi [ID-C];
- Yuqori xavfli bemorlarda PSMA bilan PET/KT an’anaviy diagnostika usullariga nisbatan sezilarli darajada spetsifiklik va sezgirlikka ega. Klinik amaliyotda muntazam foydalanish uchun o‘rni belgilanmagan [ID-C].

### **Prostata bezining maqsadli biopsiyasi [5]:**

- Yakuniy tashxis prostata bezining punktsion biopsiyasi va gistologik tekshiruv natijalariga asoslanadi;
- TRUTT shubhali o‘sma o‘choqlaridan to‘qima namunalarini maqsadli olish uchun punktsion biopsiya bajarilishini vizual nazorat qilishning asosiy usuli hisoblanadi;
- MRT nazorati ostida prostata biopsiyasini o‘tkazish mumkin.
- Yetarli ma’lumot olish uchun biopsiya multifokal xarakterga ega bo‘lib, har biri diametri 1-2 mm va uzunligi 17-20 mm bo‘lgan ustun shakliga ega bo‘lgan bir nechta (2 yoki undan ortiq) to‘qima bo‘laklarini olishdan iborat;
- Prostata adenokarsinomasida har bir ustuncha uchun Glison shkalasi bo‘yicha differentsiatsiya darajasi, shikastlanish maydonining kesmalar umumiy maydoniga foiz nisbati ko‘rsatiladi, perinevral invaziya va bez kapsulasining invaziyasi belgilari qayd etiladi;
- Prostatik intraepitelial neoplaziyada (PIN) yuqori va past darajadagi PINni ajratgan holda morfologik o‘zgarishlarning chuqurligi ko‘rsatiladi;
- Zarurat bo‘lganda, prostata biopsiyasi 3-6 oydan keyin yana qayta o‘tkazilishi mumkin;
- Biopsiyaga asoslangan tashxis qo‘yilgan bemorlar TNM tizimi bo‘yicha tasnifga muvofiq kasallikning klinik bosqichini aniqlash uchun tekshirilishi kerak.

### **- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda asosiy tekshirish usullari:**

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlili (glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT);
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.V va S virusli hepatitlari uchun PZR (sifatli)
- 11.Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
- 12.Barmoq bilan rektal tekshirish (BRT);
- 13.Qon zardobida PSA miqdorini aniqlash ;
- 14.Prostata bezini transrektal ultratovush tekshiruvi;
- 15.Qorin bo'shlig'i, kichik chanoq va periferik limfa tugunlari UTTsi;
- 16.Prostata bezi maqsadli biopsiyasi (zarurat bo'lganda, limfa tugundan);
- 17.Bioptatni gistologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)\*
- 18.Bioptatni immunogistoximik tekshirish (limfa tugunini, hosilani, trepanobioptatni)
- 19.Kichik chanoq MRT va KT si;
- 20.Qorin bo'shlig'i MSKTsi;
- 21.Ko'rak qafasi rentgenografiyasi;
- 22.Osteossintigrafiya
- 23.Butun tana PET/KTsi\*\*
- 24.EKG;
- 25.ExoKG.

**- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo'shimcha tekshirish usullari:**

1. Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kalsiy, SRB, ishqoriy fosfotaza);
2. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip geRPEs, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
3. B va C hepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
4. Qonni kislotasi ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. FISH usulida va molekular-genetik tekshirish;
7. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
8. ProBNP
9. Prokalsitonin
- 10.Antitrombin III, D-dimer
- 11.Periferik qon IFTsi;
- 12.Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;

13. Standarte –sitogenetik tekshirish;
14. DNK gomologik rekombinatsiyalari genlarida mutatsiyalar mavjudligiga molekular-genetik tekshirishlar (BRCA1, BRCA2, ATM).
15. Linch sindromiga shubha bo‘lsa yoki u qon qarindoshlarida mavjud bo‘lsa – MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 genlarida germinal mutatsiyalarga tekshirish;
16. FISH va PZR usulida molekular-genetik tekshirish;
17. Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
18. Ko‘krak segmentini kompyuter tomografiyasi;
19. Bosh, bo‘yin va qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
20. Bosh miya MRTsi;
21. FGDS;
22. Bronxoskopiya;
23. Kolonoskopiya;
24. Qon tomirlar UZDGsi (vena vayoki arteriyalar);
25. Spirografiya.
26. Plevral bo‘shliq, periferik limfa tugunlar, qalqonsimon bez UTTsi;
27. Xolter – monitorlash bilan EKG

\* Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.

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

#### - 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);
- **nevropatolog ko‘rigi** (qon tomir miya kasalliklarida, shu jumladan insult, miya shikastlanishi, epilepsiya, miasteniya, neyroinfekcion 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).
- **Gastroenterolog ko‘rigi** – Hamroh MIT kasalliklari mavjud bo‘lganda davolash

maqsadida;

- **Torakal jarroh ko‘rigi** – o‘pkada metastazlar mavjud bo‘lganda;
- **Nefrolog ko‘rigi** – o‘tkir yoki surunkali buyrak yetishmovchiligi mavjud bo‘lganda;

**- Diagnostik algoritm:**

PBS bemorlarini diagnostik algoritmi bemorlar prognozini belgilovchi havf omillariga va regionar metastazlanish havfiga bog‘liq holda belgilanadi.

**4-jadval. Prostata bezi saratoni progressiyalanishi xavfiga qarab PBS bemorlarining nur diagnostika algoritmi**

Havf	Tavsifi			Nur diagnostika usuli
<b>Juda past</b>	T1s, gradatsiya guruhi 1, PSA < 10 ng/ml, 3 dan kam pozitiv biopsiya ustunlari, har birida 50%dan kam o'sma saqlovchi, PSA 1 zichligi < 0,15 ng/ml/sm <sup>3</sup>			Qo'shimcha tekshirishlar ko'rsatilmagan
<b>Past</b>	T1-2a, gradatsiya guruhi 1, PSA < 10 ng/ml			Qo'shimcha tekshirishlar ko'rsatilmagan
<b>Oraliq</b>	Yuqori va juda yuqori havf belgilari mavjud emas, 1 va undan ortiq quyidagi oraliq havf omillarini tutadi: T2b-T2c, gradatsiya guruhi 2-3, PSA 10-20 ng/ml	KT / MRT taza pri riske regionarnix metastazov > 10 %	1 havf omili, gradatsiya guruhi 1-2, < 50 % ijobiy ustunlar	regionar metastazlar >10% bo'lganda chanoq KT/MRT
		Osteossintigrafiya,	2-3 xavf omili, gradatsiya guruhi 3, > 50 % pozitiv ustunlar	Osteossintigrafiya, regionar metastazlar havfi > 10 % bo'lganda kichik chanoq KT / MRT si
<b>Yuqori</b>	T3a yoki gradatsiya guruhi 4-5 yoki PSA > 20 ng/ml			regionar metastazlar havfi > 10 % bo'lganda kichik chanoq KT / MRT si
<b>Juda yuqori</b>	T3b-T4 yoki Glisson birlamchi potterni 5 yoki > 4-5 gradatsiya guruhi bilan 4 biopsiya ustunlari			Osteossintigrafiya,

**5-jadval. PBSni differensial tashhishlash**

-	Surunkali prostatit	Prostata bezi xavfsiz giperplaziyasi	PBS
<b>BR T</b>	Ko'pincha bez odatiy o'lchamda yoki biroz kattalashgan, elastik konsistensiyali, bez ustidagi to'g'ri ichak shilliq qavati harakatchan, yallig'lanishda shishgan, og'riqli; Surunkali jarayon natijasida zichlashish joylari palpatsiya qilinishi mumkin.	Ko'proq xarakterli: yumshoq / zich elastik, o'lchamlari kattalashgan, odatda simmetrik, interlobular egat tekislangan, bez ustidagi to'g'ri ichak shilliq qavati harakatchan	Jarayonning tarqalganligiga qarab quyidagi o'zgarishlar bo'lishi mumkin: dastlabki bosqichda o'zgarishlar yo'q; zich sohalarning mavjudligi; bezning assimetriyasi; yog'ochchimon zichligi, bez ustidagi to'g'ri ichak shilliq qavati harakatchanligi yoki uning infiltratsiyasi; yaqqol o'sma tuguni, ba'zan u to'g'ri ichakka o'sib o'tgan bo'ladi
<b>TR UT T</b>	Me'yoriy, yoki yagona exogan akslar, kalsifikatsiyalar, notekis konturlarning mavjudligi, yexogenlikning pasayishi.	Uvelicheniye razmerov, giperplaziya perexodnix zon, nalichiye anexogennix uchastkov, kalsinatov.  O'lchamlarining	Bir yoki ikkala bo'lakda noto'g'ri, noaniq konturli, gipoexogen tuzilishga ega, ba'zan giperexogen kiritmalarga ega o'sma tugunlarining mavjudligi; bemorlarning deyarli 1/3 qismida

		kattalashishi, o'tish zonalarining giperplaziyasi, anexogen sohalar, kalsinatlarning mavjudligi.	o'smaning izoexogen tuzilishi tufayli o'sma shikastlanishlarining bevosita ultratovush belgilarini aniqlash imkonsiz.
<b>PSA</b> *	PSA odatda shartli normaning chegarasida bo'ladi (4 Ng/mlgacha). Bahzi hollarda 10 Ng/mlgacha ko'tarilishi mumkin. Agar miqdorning ko'tarilishi kuzatilsa, prostata bezi saratonini erta aniqlash maqsadida qo'shimcha tekshirish usullarini ** o'tkazish shart	Asosan erkin PSA fraksiyasi sababli biroz ko'tarilishi mumkin. PSA qiymati "kulrang soha" da bo'lganda (4 – 10 ng/ml)*, chuqurlashtirilgan diagnostika o'tkazish, jumladan immunokimyoviy analizator mavjud bo'lganda PHIga tekshirishni o'tkazishga yordam beradi; mavjud bo'lmasa qo'shimcha tekshiruvlar **.	PBS PSAning har qanday qiymatida tashhislanishi mumkin. PSA qanchalik baland bo'lsa, PBS ehtimoli shunchalik yuqori bo'ladi. PSA miqdori >50 Ng/ml bo'lganda, metastaz ehtimoli juda yuqori bo'ladi, PSA>100 Ng/ml bo'lganda deyarli har doim metastazlar mavjud bo'ladi.

\* Hybritech kalibrovkasi bo'yicha immunokimyoviy analizatorida aniqlangan qiymatlar qo'llaniladi;  
\*\* qo'shimcha tekshirish usullariga BRT, TRUTT, PSA ortishining tezligi, umumiy va erkin PSAning nisbati yig'indisi; kichik chanoq MRTsi kiradi. Yuqorida keltirib o'tilgan tekshirishlar asosida PBSga gumon paydo bo'lganda, yoki PSA>10Ng/ml bo'lganda, prostataning ko'p nuqtali biopsiyasi ko'rsatma bo'ladi.

#### **4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi.**

##### **Davolash taktikasi [5-8]:**

PBS davolash rejasi ixtisoslashtirilgan markazlar bazasida multidissiplinar guruh tomonidan muhokama qilinadi va quyidagilarni hisobga olishi kerak:

- O'sma jarayonining tarqalganligi (ksallik kechishining klinik bosqichi);
- Bemorning obyektiv holati;
- Asosiy kasallik prognozi;
- Hamroh patologiyasi;
- Bemorning hoxishi.

##### **Davolash usullari va algoritmi [5-8]:**

PBSni davolashda quyidagi usullar qo'llaniladi:

- Kechiktirilgan davolanish;
- Faol kuzatuv;
- Kutish taktikasi;
- Medikamentoz terapiya;
- Hamroh kasalliklarni davolash;
- Palliativ (simptomatik) davolash.

PBSning davolash algoritmi PBSning klinik bosqichi va progressiyalanish havfiga bog'liq (6-jadval)

## 6-jadval. progressiyalanish havfiga qarab PBSning davolashni tanlash algoritmi

Havf	Tavsifi			Kutilayotgan hayot davomiyligi / belgilar	Davolash turi		
<b>Juda past</b>	T1s, gradatsiya guruhi 1, PSA < 10 ng/ml, 3 dan kam pozitiv biopsiya ustunlari, har birida 50%dan kam o'sma saqlovchi, PSA 1 zichligi < 0,15 ng/ml/sm <sup>3</sup>			≥ 20 yil	Faol kuzatuv (tanlov usuli) yoki DNT yoki braxiterapiya yoki RPE		
				10-20 yil	Faol kuzatuv		
				< 10 yil	Kutish taktikasi		
<b>Past</b>	T1-2a, gradatsiya guruhi 1, PSA < 10 ng/ml			> 10 yil	Faol kuzatuv (tanlov usuli) yoki DNT yoki braxiterapiya yoki RPE		
				< 10 yil	Kutish taktikasi		
<b>Oraliq</b>	Yuqori va juda yuqori havf belgilari yo'q, 1 va undan ortiq quyidagi oraliq havf omillarini tutadi: T2b-T2c, gradatsiya guruhi 2-3, PSA 10-20 ng/ml	Yaxshi	1 havf omili, gradatsiya guruhi 1-2, < 50 % pozitiv ustunlar	> 10 yil	Faol kuzatuv (tanlov usuli) yoki DNT yoki braxiterapiya yoki metastazlar havfi > 2 % 1 bo'lganda TLAE bilan RPE		
				< 10 yil	DNT yoki braxiterapiya yoki kutish taktikasi (tanlov usuli)		
		Yomon	2-3 xavf omili, gradatsiya guruhi 3, > 50 % pozitiv ustunlar	> 10 yil	metastazlar havfi > 2 % 1 bo'lganda TLAE bilan RPE yoki DNT yoki braxiterapiya ± ADT 4 oy.		
				< 10 yil	DNT yoki braxiterapiya ± ADT 4 oy. yoki kutish taktikasi (tanlov usuli)		
				<b>Yuqori va juda yuqori</b>	T3a yoki gradatsiya guruhi 4-5 yoki PSA > 20 ng/ml	> 5 yil yoki belgilar bor	ADT bilan DNT 1,5-3 yil yoki DNT+ ADT bilan braxiterapiya 1,5-3 yil yoki TLEA bilan RPE1
						T3b-T4 yoki Glisson birlamchi potterni 5 yoki > 4-4-5 gradatsiya guruhi bilan 4 biopsiya ustunlari	< 5 yil yoki belgilar yo'q

*RPE* — radikal prostatektomiya;

*DNT* — distansion nur terapiya;

*TLAE* — tos limfadenektomiyasi;

*ADT* — androgen-deprivatsion terapiya;

*1 rT2a-b yoki R + bo'lganda va aniqlanmaydigan PSA qiymatida* — boshlang'ich kutish taktikasi va PSAning ko'tarilish davriga qadar kechiktirilgan DNT;

*pN + da* — ADT bilan ad'yuvant DNT.

- 1) **Nomedikamentoz davu:** yo‘q.
- 2) **Medikamentoz davu:** 6-bo‘limning 4-bandiga qaralsin.
- 3) **Jarrohlik aralashuvi:** yo‘q.
- 4) **Keyingi davu.**

**Faol kuzatuv bo‘yicha tavsiyalar:**

- Bu terapevtik yondashuv davolash yo‘qligini nazarda tutadi, va buning o‘rniga bemorlarni muntazam kuzatuv va progressiyalanishning oldindan belgilangan bosqichlarida terapiya buyurishni talab qiladi [ID-V];
- Umr ko‘rish davomiyligi 10 yildan ortiq bo‘lgan juda past, past va yaxshi oraliq xavf guruhidagi bemorlarga faol kuzatuv tavsiya etiladi [ID-V];
- Dinamik kuzatuv o‘tkazishda PSA, PSA darajasi nazorati va dinamikasi va kontrast bilan chanoq MRTsi natijalariga asoslanadi. Nazorat tekshiruvi uchun maqbul vaqt belgilanmagan, ammo yiliga kamida bir marta, PSA uchun har 6 oyda bir marta bo‘lishi kerak [ID-V];
- PSA va MRT natijalarining dinamikasiga qarab, takroriy biopsiya talab qilinadi [ID-V];
- Radikal davolash boshlanishi uchun ko‘rsatma bo‘lib kasallik progressiyaning belgilarini (4 yoki 5 gradatsiya guruhlariga mansub adenokarsinoma, biopsiyaning ijobiy ustunlari katta soni) aniqlash hisoblanadi [ID-V].

**Кутитш тактикаси бўйича тавсиялар:**

- Ushbu terapevtik yondashuv bemorni darhol davolashdan yoki faol tekshirishdan voz kechishni o‘z ichiga oladi [ID-A];
- Radikal davolanishni boshlash uchun ko‘rsatma kasallik belgilarining paydo bo‘lishidir [ID-A];
- Bu juda past, past va oraliq xavf guruhlari, umr ko‘rish davomiyligi <10 yil va prostata bezi saratoni belgilari bo‘lmagan yuqori va juda yuqori xavf guruhlari, umr ko‘rish davomiyligi < 5 yil bo‘lgan bemorlarga ko‘rsatiladi [ID-A].

**7-jadval. Faol kuzatuv va kutish taktikasi me‘zonlari [5]**

-	Faol kuzatuv	Kutish taktikasi
Davolash maqsadi	Tuzatish	Palliatsiya
Kuzatish	Avvaldan belgilangan sxema	Bemorga bog‘liq
Baholash/qo‘llaniluvchi markerlar	BRT, PSA darajasi, qayta biopsiya, MRT	Avvaldan belgilanmagan
Kutilayotgan hayot	> 10 yosh	< 10 yosh

davomiyligi		
Maqsad	Yashovchanlikni yomonlashtirmagan holda davolash bilan bog‘liq asoratlarni minimallashtirish	Davolash bilan bog‘liq asoratlarni minimallashtirish
Izohlar	Past havf bo‘lgan PBS bemorlari uchun	Istalgan bosqichdagi PBS bemorlarida qo‘llash mumkin

## 5) Protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari [7]:

PBSni davolash samaradorligi indikatorlari:

- «O‘sma javobi» - o‘tkazilgan davodan so‘nggi o‘smaning regressiyasi:
- To‘la samara** - kamida 4 hafta davomida barcha shikastlanish o‘choqlarining yo‘qolishi.
- Qisman samara** - boshqa o‘choqlari progressiyaning yo‘qligida barcha yoki alohida o‘smalarning 50% va undan ko‘p kichrayishi.
- Stabilizatsiya** - (o‘zgarishsiz) yangi shikastlanish o‘choqlari paydo bo‘lmagan holda, barcha yoki alohida o‘smalarning 50% dan kam kichrayishi va 25% dan kam kattalashishi.
- Progressiylanish** – bitta yoki ko‘proq o‘sma o‘choqlarining 25%dan ortiq kattalashishi yoki yangi shikastlanish o‘choqlarining paydo bo‘lishi.
- Retsidivsiz yashovchanlik (uch va besh yillik);
  - Hayot sifatiga insonning psixologik, hissiy va ijtimoiy faoliyatidan tashqari, bemor organizmining jismoniy 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:

- 24 soatlik yoki kunduzgi kasalxonada kuzatishni talab qiladigan murakkab intervension diagnostik tibbiy aralashuvlarni amalga oshirish uchun (prostata bezi biopsiyasi);
- 24 - soat yoki kunduzgi statsionar sharoitida kuzatuvni talab qiladigan ixtisoslashtirilgan o‘smaga qarshi davolash zarur bo‘lganda (radikal prostatektomiya, nur terapiya – braxiterapiya, distansion va nur terapiyaning boshqa turlari, kimyoterapiya, davolashning fokal usullari).

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

- ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamni shoshilinch va kechiktirib bo'lmaydigan turlarini talab qiladigan PBS kasalligining asoratlari (masalan, o'tkir peshob tutilishi, makrogematuriya va boshq.) mavjudligi;
- PBSni davolash (jarrohlik aralashuvi, NT, dori terapiyasi va boshqalar) ning asoratlarning mavjudligi.

## 6. Statsionar darajasida davolash taktikasi [5 - 8, 13, 17-72, 85]:

PBS davolash rejasi ixtisoslashtirilgan markazlar bazasida multidissiplinar guruh tomonidan muhokama qilinadi va quyidagilarni hisobga olishi kerak:

- O'sma jarayonining tarqalganligi (ksallik kechishining klinik bosqichi);
- Bemorning obyektiv holati;
- Asosiy kasallik prognozi;
- Hamroh patologiyasi;
- Bemorning hoxishi.

### Davolash usullari va algoritmi [5-8]:

PBSni davolashda quyidagi usullar qo'llaniladi:

- Xirurgik davo;
- Nur terapiya;
- Medikamentoza davo;
- Hamroh kasalliklarni davolash;
- Palliativ (simptomatik) davolash.

PBSning davolash algoritmi PBSning klinik bosqichi va progressiyalanish havfiga bog'liq (6-jadvalga qaralsin)

### 1) Jarrohlik yo'li bilan davolash [5-8]:

#### Radikal prostatektomiya:

- Progressiyalanishning juda past havfi bo'lgan bemorlarga va va QHD > 20 yil, past va oraliq havfda — QHD >10 yil, yuqori va juda yuqori havfda belgilar mavjud bo'lganda va QHD > 5 yil bo'lganda tavsiya qilinadi [ID-A];
- Kengaytirilgan tos limfadenektomiyasini bajarish tavsiya etiladi (limfa tugunlarini metastatik shikastlanish havfi >5 % bo'lganda RPE bajarishlarga TLA) [ID-V];
- Ekstrakapsular o'sma invaziyasi past havfi bo'lgan va eriktil funksiyasi saqlanib

- qolgan lokal PBSda nerv saqlovchi RPE bajarish tavsiya qilinadi [ID-C];
- Klinik jihatdan aniqlanadigan limfa tugunlari metastazlari (sN1) bo‘lgan bemorlarda RPE faqat klinik tadqiqotlar doirasida o‘tkazish tavsiya etiladi [ID-V];
  - RPEdan oldin neoad'yuvant gormonal davolash tavsiya etilmaydi, chunki u bemorlarda davolash natijalari va yakunlariga ta'sir qilmaydi [ID-A];
  - T1-T2 bosqichi bo‘lgan prostata bezi saratoni bemorlarida gonadotropin-rilizing gormon analoglari bilan neoad'yuvan terapiyaning qisqa (3 oylik) yoki uzoq (9 oylik) kurslari tavsiya etilmaydi [ID-A];
  - DNTdan keyin mahalliy retsivid, biroz hamroh patologiyasi bo‘lgan bemorlar uchun o‘smansi mahalliy nazorat qilish uchun yuqori ixtisoslashgan tibbiyot markazlarida hayotni saqlaydigan RPE o‘tkazish tavsiya etiladi [ID-A];
  - Laparoskopik va laparoskopik robot assistirlangan kirishdan foydalanish yashovchanlikni kamaytirmaydi, rekonvalessensiya va funksional sog‘ayish vaqtini kamaytiradi [ID-A];
  - RPE vaqtida olingan preparatda progressiyalanishning morfologik xavf omillari aniqlanganda — o‘sma prostata kapsulasi orqali o‘sib o‘tganda (rT3a), urug‘ tizimchalariga (pT3b), pN0 va RPEdan so‘ng PSA < 0,1 нг/мл бўлганда — ПСА кўтарилиш вақтига қадар кечиктирилди ДНТ (66,6-70,2 Гр фракцияси 1,8-2,0 Гр дан) билан динамик назорат кўрсатилган [ИД-В];
  - ДНТдан кейин кузатилган маҳаллий рецидивни локал қутқарувчи терапияси учун (ОПЖ >10 yil bilan T1-T2N0M0, PSA < 10 нг/мл, ПСАИБКВ > 10 oy, vizual tekshirish usullariga ko‘ra metastaz belgilarining yo‘qligi), TLAYE bilan RPE, krioablatsiya, ADTga alternativa sifatida HIFU tavsiya etiladi [UD - C].

### **PBSini lokal davolash alternativ (eksperimental) usullari [5]**

#### **Prostata bezi krioablyatsiyasi [5]:**

- Qutqaruvchi terapiya doirasida butun PBga ta'sir qilish uchun qo‘llaniladi [ID- S];
- Asosiy asoratlarga kiradi: erektil disfunktsiya (18%), peshob tuta olmaslik (2-20%), rektal og‘riq yoki qon ketish (3%) va rektouretral oqmalarning rivojlanishi (0-6%) [85];
- Prospektiv qiyosiy klinik tadqiqotlarning yetishmasligi krioablatsiyani radikal davolash usullariga to‘liq alternativa sifatida tavsiya etishga imkon bermaydi [85].

#### **HIFU-terapiya [5]:**

- U qutqaruvchi terapiyaning bir qismi sifatida ishlatiladi va umumiy yoki spinal og‘riqsizlantirish ostida lateral yoki orqada yotgan holatda amalga oshiriladi [ID-C];

- Asosiy asoratlarga o‘tkir peshob tutilishi (10%), erektil disfunksiya (23%), uretra strikturalari (8%), rektal og‘riq yoki qon ketish (11%), rektouretral oqmalarning shakllanishi (0-5%) va peshob tuta olmaslik (10%) kiradi [85];
- Usulning kamchiliklariga, ayniqsa o‘sma hajmi 40 sm<sup>3</sup> dan ortiq bo‘lganda, PBni to‘liq ablyatsiyasiga erishishning qiyinligi, shuningdek, o‘sma PBning old qismlarida joylashganda yetib borishning qiyinligi kiradi;
- Prospektiv qiyosiy klinik tadqiqotlarning yetishmasligi HIFU-terapiyasini radikal davolash usullariga to‘liq alternativa sifatida tavsiya etishga imkon bermaydi [85].

### **Ablyatsiya FUZ-MRT [5, 85]:**

- Birlamchi davolash va qutqaruvchi davo doirasida qo‘llashni ko‘rib chiqish mumkin [ID-S];
- Past havfga mansub (T1c-T2a, N0, M0) va shoshilinch radikal davoga zarurat bo‘lmagan bemorlarga ko‘rsatiladi [ID-S];
- Prospektiv klinik tadqiqotlarning yo‘qligi ablyatsiya FUZ-MRTni radikal davo usullarga to‘laqonli alternativa sifatida tavsiya qilishga imkon bermaydi [85].

### **2) Nur terapiyasi [5, 85]:**

Nur terapiyasi – PBSning asosiy davolash usullaridan biri bo‘lib, mustaqil variant shaklida ham, kombinatsiyalangan va kompleks davoning bir komponenti sifatida ham qo‘llaniladi.

**Nur terapiyaga tavsiyalar**ga quyidagilar kiradi:

DNT QHD >20 yil bo‘lgan juda past progressiyalanish havfi bemorlariga, QHD >10 yil bo‘lgan past havf bemorlariga, oraliq, yuqori va juda yuqori progressiyalanish havfi bemorlariga ko‘rsatilgan [ID-S];

- Konform DNTning quyidagi turlaridan foydalanish tavsiya etiladi: 3D konform nur terapiyasi (3D-CRT), intensivlikni modulyatsiyalash bilan (IMRT), vizual nazorat bilan (IG-IMRT) nur terapiyasi [ID-V];
- PBS progressiyalanish havfidan kelib chiqib konform nur terapiya rejimini aniqlash tavsiya etiladi [ID-C];

***o Past xavf*** - konform nur terapiya SO‘D 74-78 Gr o‘tkazish. Nurlanish hajmi prostata bezini o‘z ichiga oladi ( $\pm$  urug‘ pufakchalari). Chanoq limfa tugunlarining nurlanishi va/ yoki gormonal terapiya ko‘rsatilmaydi.

***o Oraliq xavf*** - konform nur terapiya SO‘D 74-78 Gr neoad’yuvant, hamroh va neoad’yuvant gormon terapiyasi bilan birgalikda o‘tkazish (4-6 oy davomida). Nurlanish hajmiga prostata bezi va urug‘ pufakchalari kiradi.

***o Yuqori havf*** - konform nur terapiya SO‘D 74-81 Gr neoad’yuvant, hamroh va

nead'yuvant gormon terapiyasi bilan birgalikda o'tkazish (24-36 oy davomida). Nurlanish hajmiga prostata bezi va urug' pufakchalari kiradi.

- Konform (3D) DNT o'tkazish imkoni bo'lmasa, DNT ni 2D rejalashtirish (an'anaviy) yordamida bajarish tavsiya etiladi, bunda prostata bezi va urug' pufakchalari atrofdagi a'zolarining anatomik tuzilishi asosida aniqlanadi [ID-A];
- pN0 toifali bemorlarda jarrohlik kesmasi chetlarida o'sma mavjud bo'lganda (R+), ikkita davolash variantidan foydalanish mumkin: PSA oshguncha tezkor yoki kechiktirilgan DNT (66,6-70,2 Gr fraksiyasi 1,8-2,0 Grdan) [ID-C];
- Aniqlanuvchi PSA mavjud bo'lganda ( $> 0,1$  ng/ml), RPE keyin tezkor DNT tavsiya etiladi (66.6-70,2 Gr fraksiyasi 1,8-2,0 Grdan) [ID-A];
- Ad'yuvant ADT o'tkazish nur terapiya qabul qilayotgan progressivlanishning oraliq, yuqori va juda yuqori xavfi bo'lgan bemorlarning umumiy yashovchanligini oshiradi [ID-A];
- DNT bilan birgalikda ADTni tayinlash (6 oy) PSA darajasi bilan belgilanadi va DNT tayinlash vaqtida PSA darajasida  $> 0,6$  ng/ml da tavsiya etiladi [ID-A];
- pN+ toifali bemorlarga ADT bilan kombinatsiyada ad'yuvant DNT tavsiya etiladi (1,5-3 yil) [ID-A];
- Braxiterapiya prostata to'qimalariga radioaktiv izotoplarni ( $^{125}\text{I}$ ,  $^{103}\text{Pd}$ , yoki  $^{192}\text{Ir}$ ) kiritish usuli bo'lib, UHD  $> 20$  yil bo'lgan juda past progressivlanish havfi va UHD  $> 10$  yil bo'lgan past xavfli va oraliq progressivlanish havfi bo'lgan bemorlarda ko'rsatilgan [ID-C];
- Yuqori va o'ta yuqori progressivlanish havfi bo'lgan PBSda belgilar bo'lsa yoki U UHD  $> 5$  yil bo'lganda DNT bilan birgalikda braxiterapiya o'tkazish mumkin [ID-C];
- Birlamchi tashxis qo'yilgan mGCHPBSda va metastatik jarayonning past tarqalganligida (visseral metastazlar bo'shlmaganda suyaklarda 3-tadan ortiq bo'lmagan metastaz bo'lganda) birlamchi o'smaning DNT ko'rsatiladi (SO'D 55 Grgacha 20 fraksiyada 4 hafta davomida yoki SO'D 36 Gr 6 har haftalik fraksiyada 6 hafta davomida) [ID-S];
- Ablativ nur terapiyasi (SABR) usulini qo'lash bilan suyaklar yoki limfa tugunlaridagi metastazlarning (3 o'choqdan ko'p bo'lmagan) DNTsi ADT ni rad etgan iGSPBS bemorlariga ADTni buyurish zaruratini kechiktiradi [ID-C].

**Palliativ nur terapiya bo'yicha tavsiyalarga quyidagilar kiradi:**

- Palliativ NT hayot sifatini yaxshilash uchun kasallikning tarqalgan bosqichi mavjud bo'lganda tavsiya etiladi (dizurik simptomlar, og'riq sindromi, gematuriyani kamaytirish maqsadida) [ID-A];

- Nurlanish rejimi: BMO‘D 2-3 Gr (har kuni, kuniga 1 marta, haftada 5 kun, ekvivalent SO‘D 50 Grgacha).
- Simptomatik TT kasallik belgilarini so‘ndirish yoki kamaytirish (metastatik shikastlangan skelet suyaklaridagi og‘riq sindromini) va hayot sifatini yaxshilash uchun tavsiya etiladi [ID-A];
- Nurlanish rejimi: BMO‘D 8 Grdan (bir marta); BMO‘D 5 Gr (kunora, 5 fraksiyada, SO‘D 25 Gr gacha); BMO‘D 4 Gr (har kuni, haftasiga 5 marta, 5-6 fraksiyada, SO‘D 20-24 Gr gacha); BMO‘D 3 Gr (har kuni, haftada 5 marta, 10 fraksiyada, SO‘D 30 Gr gacha).

### 3) Nomedikamentoz davolash [7]:

#### Davolashdan oldin:

- Funktsional tiklanishni tezlashtirish, jarrohlik amaliyotidan keyin statsionarda qolish vaqtini kamaytirish va prostata bezi saratonini davolash paytida asoratlari va o‘lim holatlarini kamaytirish uchun LFK, psixologik va nutritiv yordamni o‘tkazish tavsiya etiladi [ID-A];
- Jarrohlik amaliyotidan keyingi o‘pka asoratlari va statsionarda qolish muddatini kamaytirish uchun o‘pka asoratlari xavfi yuqori bo‘lgan bemorlarda jarrohlik davolashdan oldin nafas olish mushaklarini mashq qildirish tavsiya etiladi [ID-A].

#### Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda:

- Erta reabilitatsiya tavsiya etiladi (shu jumladan kompleks og‘riqsizlantirish, ertaenteral ovqatlantirish, zondlar va drenajlardan muntazam foydalanishdan voz kechish, jarrohlik amaliyotidan keyingi 1-2 kundan boshlab bemorlarni erta mobilizatsiya qilish (faollashtirish va vertikalizatsiya) [ID-A];
- Og‘riq sindromini bartaraf etish uchun jismoniy reabilitatsiya (LFK), pozitsion davolash, og‘riqni tuzatishning psixologik usullari (relaksatsiya), teri orqali elektr stimulyatsiyasi, akkupunktura tavsiya etiladi [ID-S]; Radikal jarrohlik davolashdan keyin bemorlarga chanoq tubi mushaklarini mashq qilish tavsiya etiladi [ID-S];
- Tizimli davolanayotgan bemorlarga o‘rtacha aerobik jismoniy mashqlar, tana vaznini nazorat qilish, psixologik maslahat bilan turmush tarzini o‘zgartirish tavsiya etiladi [ID-S].

### 4) Medikamentoz davolash

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.

PBSning tizimli dori terapiyasiga gormonal terapiya, kimyo terapiya va radionuklid terapiya kiradi. Terapevtik davo usulini tanlash kasallik klinik bosqichi va PBSning progressiyalanish havfiga bog‘liq.

**Nometastatik PBSning medikamentoz terapiyasi bo‘yicha tavsiyalar [5 - 8]:**

- Klinik amaliyotda tavsiya etilgan nometastatik PBS bilan og‘rigan bemorlarni olib borishga yondashuvlarga faol kuzatuv, RPE, nur terapiyasi, androgen deprivatsion terapiya (ADT) va kutish taktikasi kiradi [ID-A];
- Usulni tanlash xavf guruhiga, hamroh kasalliklarning mavjudligiga, umr ko‘rish davomiyligiga, regionar limfa tugunlarining taxminiy shikastlanish xavfiga, prostata hajmiga va belgilari mavjudligiga muvofiq individual ravishda amalga oshiriladi [ID-A];
- Ad‘yuvant ADT progressiyaning oraliq, yuqori va juda yuqori xavfi bo‘lgan nur terapiya qabul qilayotgan bemorlarning umumiy yashovchanligini oshiradi [ID-A];
- Ad‘yuvant ADT yomon oraliq xavfi bo‘lgan bemorlarda 4-6 oy davomida, progressiyalanishning yuqori va juda yuqori xavfi bo‘lgan bemorlarda 1,5-3 yil davomida tavsiya etiladi [ID-V];
- ADT o‘tkazish uchun kastratsiyaning medikamentoz usullarini qo‘llash zarur [ID-A];
- Bikalutamid bilan monoterapiya (150 mg/sut.) LGRG agonistlari buyurilishiga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lgan bemorlarga qo‘llash mumkin [ID-S];
- Ad‘yuvant ADG sifatida jarrohlik usulida kastratsiya tavsiya etilmaydi [ID-C];
- ADTni progressiyalanish xavfi yuqori va juda yuqori bo‘lgan va UHD < 5 йил бўлган беморларни даволаш учун кўриб чиқиш мумкин. Бундай ҳолда, АДТ учун тиббий ёки жарроҳлик кастрация ёки бикалутамид билан монотерапия (қунига 150 мг) дан фойдаланиш мумкин [ИД-С];
- ДНТдан кейин маҳаллий рецидивни ҳаётни сақлаб қолувчи локал даволаш сифатида (T1-T2N0M0 УХД > 10 yil bilan, PSA < 10 нг/мл, ПСАИБКВ > 10 oy, vizual tekshirish usullariga ko‘ra metastaz belgilarining yo‘qligida) ADT TLAE, krioablatsiya, HIFU bilan RPE ga alternativa sifatida tavsiya etiladi [ID-C].

**Metastatik GSPBSning medikamentoz terapiyasi bo‘yicha tavsiyalar [8]:**

Terapevtik yonboshuv o‘sma jarayoni tarqalganligiga qarab tanlanadi (8-jadvalga qaralsin) [8].

**8-jadval. O‘sma jarayonining tarqalganlik darajasi [8]:**

O‘sma jarayonining tarqalganlik	Tavsifi
---------------------------------	---------

<b>darajasi</b>	
Past	Kichik xajmdagi shikastlanish; visseral metastazlarning yo‘qligi va suyaklarning minimal shikastlanishi (suyaklarda 4 tada kam metastazlar);
Yuqori	Katta xajmdagi shikastlanish; visseral metastazlarning mavjudligi va/yoki suyaklarda ko‘plab (>4) metastazlar va ulardan minimum bittasi tos suyaklaridan tashqarida yoki umurtqa pog‘onasida bo‘lishi

**9-jadval. Metastatik GSPBS bemorlarida terapiya o‘tkazish bo‘yicha tavsiyalar [5, 7, 13, 17-40]:**

<b>Tavsiyalar</b>	<b>ID</b>
Simptomlari mavjud M1 bosqichi bo‘lgan bemorlarda simptomlarni yengillashtirish va progressiv kasallikning mumkin bo‘lgan jiddiy asoratlari (orqa miya siqilishi, patologik sinishlar, peshob yo‘llarining obstruksiyasi) xavfini kamaytirishga qaratilgan tezkor tizimli terapiya tavsiya etiladi [17, 18]	A
Orqa miya siqilishi yoki infravezikal obstruksiyaning birinchi belgilari bo‘lgan bemorlarda LGRG antagonistlaridan foydalanish tavsiya etiladi [17, 18]	B
Jarrohlik usulida davolash va/yoki NT PBSning M1 bosqichi va orqa miya siqilishi yoki patologik sinish kabi asoratlarning xavfi bo‘lgan bemorlarga ko‘rsatiladi [19 - 22]	B
M1 bosqichi bo‘lgan asimptomatik bemorlarga yashovchanlikni oshirish, kasallik belgilari boshlanishidan oldingi vaqtni uzaytirish va prostata bezi saratoni rivojlanishi bilan bog‘liq jiddiy asoratlarni oldini olish uchun erta tizimli terapiya ko‘rsatiladi [17, 18]	A
M1 bosqichi bo‘lgan yaxshi ma’lumotga ega bemorlarda, o‘sma belgilari bo‘lmasa, kechiktirilgan ADT o‘tkazish mumkin, chunki u bemor qattiq nazorat ostida bo‘lsa, davolanishning nojo‘ya ta’sirlarini kamaytiradi [17, 18]	A
LGRG analoglarini olgan M1 bosqichi bo‘lgan bemorlarda antiandrogenlarning qisqa muddatli kursi "chaqnash" ta’siri xavfini kamaytiradi [23 - 28]	A
Kasallikning M1 bosqichi bemorlarida antiandrogenlar bilan monoterapiya	A

tavsiya etilmaydi [28]	
Yangi aniqlangan PBS M1 bosqichi bo‘lgan bemorlarga, agar XTga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmasa GT bilan birgalikda XT (dots.taksel) ko‘rsatiladi [29 - 32]	A
M1 bosqichida aniqlangan barcha PBS bemorlariga, ushbu dorilarga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmaganda abirateron atsetat va prednizolon, apalutamid yoki enzalutamid bilan kombinatsiyada ADT ko‘rsatiladi [33 - 35]	A
Prostata bezi sohasiga NT bilan birga ADT yangi tashxis qo‘yilgan M1 bosqichidagi va CHAARTED tadqiqoti mezonlari bo‘yicha katta bo‘lmagan hajmdagi o‘choqlari bor PBS bemorlariga ko‘rsatilgan [36]	B
ADTning har qanday mahalliy davolash usuli (NT/RPE) bilan kombinatsiyasi prostata bezi saratoni M1 bosqichi va klinik tadqiqotlar doirasidan tashqarida metastatik o‘choqlarning katta hajmi bo‘lgan bemorlarda ko‘rsatilmaydi (palliativ davolash zarurati bundan mustasno) [36, 37]	C
Agar bemorlar dots.taksel, prednizolon, apalutamid, enzalutamid yoki NT bilan kombinatsiyada ADTga to‘g‘ri kelmasa yoki bosh tortilsa, antiandrogenlar ning qo‘shilishi bilan ADT ko‘rsatiladi [13, 28, 38]	C
Intermittirlovchi terapiya faqat simptomsiz mGSPBS bo‘lgan va induksion davrdan keyin yaxshi biokimyoviy javob bo‘lgan yuqori motivatsiyali bemorlarda ko‘rsatiladi [39, 40]	A

**Nometastatik KRPBSning medikamentoz terapiyasi bo‘yicha tavsiyalar [5, 7, 41,42]:**

ADT bilan davolash paytida prostata bezi saratoni bilan og‘rigan bemorlarda PSA darajasini tez-tez aniqlash biokimyoviy progressiyaning erta aniqlanishiga olib keldi. Ushbu bemorlarning taxminan uchdan bir qismida ikki yil ichida osteossintigrafiyada aniqlanadigan suyak metastazlari paydo bo‘ladi [41].

KRPBS rivojlangan va osteosintigrafiya va KT yordamida aniqlab bo‘lmaydigan uzoq metastazlar rivojlangan bemorlarda PSA qiymatlarining boshlang‘ich darajasi, PSA va PSAIBKV o‘shish tezligi birinchi suyak metastazlari rivojlanishigacha yashovchanlik darajasi va umumiy yashovchanlik bilan bog‘liq. Ushbu omillar metastatik kasallik rivojlanishini oldini olish uchun qaysi bemorlarni davolash olishlari kerakligi haqida qaror qabul qilishda ishlatilishi mumkin [5, 7, 41,42].

**10-jadval. NmKRPBS bemorlarida davo o‘tkazish bo‘yicha tavsiyalar [5, 7, 41,-46]:**

<b>Tavsiyalar</b>	<b>ID</b>
Metastatik kasallik rivojlangunga qadar bioximik progressiyalanishni aniqlash uchun erkaklarda ADT o‘tkazilish jarayonida PSA qiymatini 3 oyda bir nazorat qilish tavsiya etiladi [41 - 43]	C
NmKRPBS bemorlari terapiyasi bo‘yicha qaror qabul qilishda PSAIBKV (prostata spetsifik antigenining ikki baravar ko‘payish vaqti) ni qo‘lash tavsiya etiladi [41 - 43]. PSAIBKV ni hisoblash onlayn kalkulyatori mavjud	C
Vizual dianostika usullari (KT, MRT, PET KT, ssintigrafiya) natijalariga ko‘ra uzoq metastazlari bo‘lmagan (M0) KRPBS bemorlariga va PSAIBKV >10 oy bo‘lganda ADTni davom ettirish tavsiya qilinadi [41 - 43]	C
KRPBSdan eng ko‘p metastazlanish progressiyasi va o‘lim havfi yuqori havf PSAIBKV >10 oy bo‘lgan bemorlarda bo‘ladi. Ushbu bemorlarga yangi avlod nosteroid antiandrogenlar (abirateron, enzalutamid , apalutamid yoki darolutamid) davom etuvchi ADT bilan kombinatsiyada ko‘rsatiladi. Ushbu terapevtik yondashuv uzoq metastazlar va kasallik belgilari paydo bo‘lishidan oldingi vaqtning sezilarli darajada oshishiga, shuningdek, umr ko‘rish davomiyligining oshishiga olib keladi [44 - 46].	A

**Metastatik KRPBS bemorlarini medikamentoz davolash bo‘yicha tavsiyalar [5 - 8]****11-jadval. mKRPBS bemorlarida davo o‘tkazish bo‘yicha tavsiyalar [5, 7, 47-72]:**

<b>Tavsiyalar</b>	<b>ID</b>
Terapiyaning birinchi yo‘nalishi uchun preparatni tanlash umumiy holatga, simptomlarga, hamroh kasalliklarga, kasallikning lokalizatsiyasiga va tarqalishiga, shuningdek bemorning tanloviga va GSPBSni davolash uchun buyurilgan dorilarga bog‘liq [5]	C
Terapiyani boshlashdan oldin bemorga mumkin bo‘lgan terapevtik variantlar, ularning afzalliklari, ma‘lum kamchiliklari va nojo‘ya ta‘siri haqida ma‘lumot berilishi kerak [5]	C
Dots.taksel - bu birinchi qatorda metastatik KRPBS bilan og‘rigan bemorlarni davolash uchun, ayniqsa visseral metastazli bemorlarning kichik guruhida, dastlabki ADT samaradorligining qisqa davri va kuchli og‘riq sindromida tavsiya etilgan dorilardan biri hisoblanadi [47, 48]	A
Abirateron – birinchi qatorda metastatik KRPBS bo‘lgan bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan dorilardan biridir (dots.taksel ishlatishdan oldin) [49]	A
Enzalutamid – birinchi qatorda metastatik prostata bezi saratoni bilan og‘rigan bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan dorilardan biridir (dots.taksel	A

ishlatishdan oldin) [50, 51]	
Metastatik KRPBS uchun ikkinchi liniya terapiya taktikasi dastlabki umumiy holatga, bemorning tanloviga, hamroh kasalliklarga va jarayonning tarqalishiga bog'liq. Terapiyaning yangi liniyasiga o'tishda boshqa ta'sir mexanizmi va o'zaro rezistentligi bo'lmagan dorilarni qo'llash tavsiya etiladi [5, 7]	C
Kabazitaksel – bu ikkinchi qatorda metastatik KRPBS bilan og'riq bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan dorilardan biri bo'lib, dots.taksel terapiyasidan so'ng kasallikning progressiyasida, ayniqsa visseral metastazli bemorlarning kichik guruhida, qisqa muddatli samarali dots.taksel terapiyasi va kuchli og'riq sindromida tavsiya etiladi [52 - 56]	A
Samariy-153 - bu birinchi darajali terapiyadan so'ng kasallikning progressiyalanishida ikkinchi qatorda metastatik KRPBS bilan og'riq bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan dorilardan biri bo'lib, shu jumladan og'riq sindromi bor yoki yo'q bemorlarning kichik guruhida (og'riq sindromining og'irligidan qat'i nazar), suyak shikastlanishlari va visseral metastazlarsiz bemorlarda ham tavsiya qilinadi [57 - 60]	A
Beta-emitterlarga asoslangan boshqa radionuklid preparatlarini qo'llash og'riq sindromini uzoq muddatli va doimiy ravishda bostirish va hayot sifatini yaxshilash vositasi sifatida tavsiya etilishi mumkin. Ushbu dorilarning bemorlarda progressiyasiz yashovchanlik (PSYA) va umumiy yashovchanlik (UYA) ga ta'siri randomizatsiyalangan sinovlarda o'rganilmagan. Ulardan foydalanish keyingi liniyadagi XTni buyurishda gematologik toksiklik xavfini oshirishi mumkin [5 - 8]	C
Abirateron – visseral metastazlar bo'lmagan va minimal ifodalangan og'riq sindromi bo'lgan bemorlarning kichik guruhida dots.taksel terapiyasidan so'ng kasallikning progressiyalanishida ikkinchi qatorda metastatik KRPBS bilan og'riq bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan dorilardan biridir [61, 62]	A
Enzalutamid dots.taksel terapiyasidan so'ng kasallikning rivojlanishi progressiyalanishida ikkinchi liniya metastatik KRPBS bilan og'riq bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan dorilardan biridir [51, 63]	A
KRPBS sababli abirateron yoki enzalutamid bilan terapiya boshlanganidan keyin 12 oy ichida jarayonning progressiyalanishida kabazitaksel yoki Samariy-153 terapiyasi gormonal vositani o'zgartirishdan ko'ra samaraliroq bo'ladi, chunki enzalutamid va abirateron o'rtasida o'zaro rezistentlik mavjudligi to'g'risida dalillar bor [64, 65]	C
Olaparib gormonal dorilar (abirateron yoki enzalutamid ) bilan davolashdan so'ng kasallik progressiyalangan bemorlarda, gomologik rekombinatsiya orqali DNKni reparatsiyasida ishtirok etadigan genlarning germinal yoki somatik	B

mutatsiyalari bo‘lgan mKRPBSni monoterapiyasi uchun tavsiya etiladi [66]	
Dots.taksel (va/yoki kabazitaksel) va yangi avlod antiandrogenlari bilan XT fonida yoki undan keyin progressiyalangan mKRPBS bemorlarida MSI-H aniqlanganda, pembrolizumabdan foydalanish ko‘rsatiladi [67]	C
Suyak metastazlari bo‘lgan bemorlarda suyak asoratlari xavfini kamaytirish uchun Bifosfonatlar (zoledron kislota) yoki denosumabdan foydalanish tavsiya etiladi [68 - 71]	A
Denosumab yoki zoledron kislotadan foydalanganda kalsiy va kolekalsiferolni qo‘shimcha iste‘mol qilishni buyurish kerak [5]	A
Og‘riqli suyak metastazlarini davolashda palliativ terapiya davolashning dastlabki bosqichida amalga oshirilishi kerak, masalan, DNT va analgetiklardan yetarli darajada foydalanish [5, 72]	B
Orqa miya siqilishi bilan bog‘liq nevrologik simptomatika mavjud bo‘lgan bemorlarga, jarrohlik aralashuvi (dekompression laminektomiya va boshqalar) tavsiya etiladi [5]	B

## 12-jadval

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

Farmakoterapevtik guruh	Dori-voitasining XPN	Qo‘llash tartibi	ID
Gonadotropin- rilizing gormon analoglari	Gozerelin	3,6 mg 28 kunda 1 marta yoki 10,8 mg 84 kunda 1 marta teri ostiga qorin old devoriga	A
Gonadotropin- rilizing gormon analoglari	Buserelin	3,75 mg m/o har 4 haftada;	C
Gonadotropin- rilizing gormon analoglari	Leyprorelin	3,75 mg 28 kunda 1 marta teri ostiga qorin old devoriga; yoki 7,5 mg 28 kunda 1 marta; yoki 22,5 mg 3 oyda 1 marta; yoki 45 mg 6 oyda 1 marta teri ostiga qorin old devoriga;	A
Gonadotropin- rilizing gormon analoglari	Triptorelin	3,75 mg 28 kunda 1 marta yoki 11,25 mg 3 oyda 1 marta m/o	A
Gonadotropin- rilizing gormon antagonistlari	Degareliks	240 mg, 120 mg dan 2 ta in‘eksiya shaklida, keyinchalik - 80 mg.dan,	B

		in'eksiya oyda 1 marta, teri ostiga qorin old devoriga	
Antiandrogenlar	Enzalutamid	160 mg sutkada 1 marta, ichishga	A
Antiandrogenlar	Apalutamid	240 mg sutkada 1 marta, ichishga	A
Antiandrogenlar	Darolutamid	600 mg sutkada 2 marta, ichishga	A
Gormonlarning boshqa antogonistlari va shu kabi preparatlar	Abirateron atsetat	1000 mg ichishga sutkada 1 marta prednizolon 10 mg bilan kombinatsiyada, ichishga, sutkada 1 marta	A
Taksanlar	Dots.taksel	75 mg / m <sup>2</sup> v/i prednizolon bilan kombinatsiyada ichishga 10 mg/sut.	A
Taksanlar	Kabazitaksel	20-25 mg / m <sup>2</sup> v/i tomchilab, 3 haftada 1 marta sutkada prednizolon 10 mg bilan kombinatsiyada	A
Turli boshqa radioterapevtik vositalar	Samariy [153 Sa]	v/i sekin 55 kBk (0.00149 mKi)/kg dozada 4 hafta interval bilan 6 in'eksiya	A
Bisfosfonatlar	Zoledron kislotasi	v/i tomchilab 15 daqiqa davomida 4 mg 3-4 haftada 1 marta	C

**13-jadval.**

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

<b>Farmakoterapevtik guruh</b>	<b>Dori-vositasining XPN</b>	<b>Qo'llash tartibi</b>	<b>ID</b>
Antiandrogenlar	Siproteron	100 mg ichishga kuniga 2 mahal	C
Antiandrogenlar	Flutamid	250 mg 3 marta/sut. har 8 soatda	C
Antiandrogenlar	Bikalutamid	50 mg ichishga sutkada 1 marta, "qo'zish" fenomenini bartaraf etish maqsadida ADT bilan kombinatsiyada yoki 150 mg sutkada 1 marta monorejimda	C
PARP ingibitorlari	Olaparib	300 mg ichishga sutkada 2 marta	B
Suyaklar mineralizatsiyasiga	Denozumab	120mg teri ostiga 4 haftada 1 marta	C

ta'sir qiluvchi boshqa preparatlar			
------------------------------------	--	--	--

## 5) Keyingi davu [7]:

### PBS bemorlarini dinamik kuzatuv [7]:

Tekshirishning minimal ko'lamini BRT, PSA, gemoglobin, kreatinin, ishqoriy fosfataza, shuningdek testosteron qiymati nazorati.

- Radikal prostatektomiyadan so'ng PSA miqdorini aniqlash 1 yil davomida har 3 oyda, 2 va 3 yil davomida har 6 oyda, keyinchalik har yili tavsiya etiladi [ID-S]:

o RPEdan so'ng PSA miqdorining  $>0,2$  ng/ml bo'lishi, kasallik retsidividan dalolat beradi;

o Nur terapiyadan so'ng minimal darajaga tushgan PSA darajasining ketma-ket 3 marta oshishi, kasallik retsidivi sifatida baholanadi;

o Paypaslanadigan o'sma tuguni va PSA darajasining oshishi mahalliy retsidiv rivojlanishini ko'rsatadi. Shuni ta'kidlash kerakki, mahalliy retsidivning paydo bo'lishi PSA darajasining oshishisiz sodir bo'lishi ham mumkin;

Biokimyoviy retsidiv mavjudligi to'g'risida ma'lumotlar bo'lmasa, radiatsion diagnostika usullarini (KT, skelet suyaklarining sintigrafiyasi) muntazam ravishda qo'llash tavsiya etilmaydi.

- TRUTT nazorati ostida retsidiv o'smaning biopsiyasi radikal davolashning ikkinchi liniyasini rejalashtirganda tavsiya etiladi [ID-S];
- Uzoq metastazlari bo'lgan PBS bemorlarini har 3-6 oyda nazorat tekshirishdan o'tib turishi tavsiya etiladi [ID-S];
- Dinamik kuzatuv strategiyasi o'sma jarayonining tarqalganligi va kasallikning klinik ko'rinishiga qarab har bir bemor uchun alohida o'zgartirilishi mumkin.

## 6) Protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari [7]:

PBSni davolash samaradorligi indikatorlari:

- «O'sma javobi» - o'tkazilgan davodan so'nggi o'smaning regressiyasi:

**To'la samara** - kamida 4 hafta davomida barcha shikastlanish o'choqlarining yo'qolishi.

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

**Stabilizatsiya** - (o'zgarishsiz) yangi shikastlanish o'choqlari paydo bo'lmagan holda, barcha yoki alohida o'smalarning 50% dan kam kichrayishi va 25% dan

kam kattalashishi.

***Progressiyalanish*** – bitta yoki ko‘proq o‘sma o‘choqlarining 25%dan ortiq kattalashishi yoki yangi shikastlanish o‘choqlarining paydo bo‘lishi.

- Retsidivsiz yashovchanlik (uch va besh yillik);
- Hayot sifatiga insonning psixologik, hissiy va ijtimoiy faoliyatidan tashqari, bemor organizmining jismoniy holati ham kiradi.

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

**TOSHKENT – 2025**

## **1. Mazkur nozologiyada tanlangan tibbiy muolaja va/yoki jarroxlik 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'kaziladi.

### **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 prostata bezi 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 prostata bezi saratonining asosiy o'chog'ining gistologik tekshiruvi mavjudligi.

### **Medikamentoz (kimyo-, target-, immuno- va gormon-terapiya) va/yoki nur terapiya quyidagi maqsadda o'tkaziladi:**

- O'sma hujayralari yo'q qilish;
- O'sma o'lchamlarini kichraytirish, uni o'sishdan to'xtatish;

- PBS retsidivini bartaraf etish;
- Davolashning asosiy usuli sifatida u butun tanaga ta'sir qiladigan tizimli xavfli o'smalar, shu jumladan, prostata bezi 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.

### **Davolash taktikasi [5-8]:**

PBS davolash rejasi ixtisoslashtirilgan markazlar bazasida multidissiplinar guruh tomonidan muhokama qilinadi va quyidagilarni hisobga olishi kerak:

- O'sma jarayonining tarqalganligi (ksallik kechishining klinik bosqichi);
- Bemorning obyektiv holati;
- Asosiy kasallik prognozi;
- Hamroh patologiyasi;
- Bemorning hoxishi.

### **Davolash usullari va algoritmi [5-8]:**

PBSni davolashda quyidagi usullar qo'llaniladi:

- Kechiktirilgan davolanish;
- Faol kuzatuv;
- Kutish taktikasi;
- Medikamentoz terapiya;
- Hamroh kasalliklarni davolash;
- Palliativ (simptomatik) davolash.

### **Jarrohlik yo'li bilan davolash tamoyillari [5-8]:**

#### **Radikal prostatektomiya:**

Radikal prostatektomiya - bu jarrohlik aralashuvi bo'lib, uning davomida prostata bezi kapsula va urug' pufakchalari bilan birga olib tashlanadi. Saraton kasalligida chanoq sohasidagi regional limfa tugunlarini olib tashlash kerak. Jarrohlik amaliyoti ochiq qov orti yoki oraliq kirish bilan, shuningdek laparoskopik va robot-assistirlangan usulda amalga oshirilishi mumkin.

Bu ko'rsatmalar malakali baholanganda va professional bajarilganda lokal havfli o'smalardan butunlay xalos bo'lish mumkin bo'lgan yagona jarrohlik amaliyotidir. Urologlar va onkologlar Assotsiatsiyasining tavsiyalariga ko'ra, radikal prostatektomiya,

agar kutilayotgan umr ko‘rish davomiyligi o‘n yildan oshsa, bemorlarda o‘smalarni davolashning standart va tavsiya etilgan usullaridan biridir.

Jarrohlik aralashuvi paytida nerv saqlovchi jarrohlik amaliyoti qilish imkoniyati masalasi doimo hal qilinadi, buning uchun neyro-vaskulyar tolalarning saraton jarayoniga jalb qilinishini vizual baholash amalga oshiriladi. Agar havfli hujayralar saqlab qolingan nervlar sohasida qolsa, qaytalanish xavfi yuqori bo‘ladi. Shuning uchun, agar o‘sma lokal bo‘lsa va prostata bezi chegaralaridan tashqariga chiqmasa, nervni saqlab qoluvchi usulni bajarish mumkin.

Radikal prostatektomiyaning afzalliklari:

- Bu jarrohlik usuli retsdiv kuzatilish havfi minimal bo‘lgan yagona usuldir.
- O‘tkazilgan tadqiqotlarga ko‘ra, tegishli usulda bajarilgan jarrohlik amaliyoti 15 yillik kuzatuvda 95% yashovchanlikni ta‘minlaydi.
- Laparoskopiyada jarrohlik amaliyoti videoendoskopik uskunalar yordamida amalga oshiriladi. Shu sababli barcha manipulyatsiyalar vizual nazorat ostida amalga oshiriladi. Jarrohlik amaliyotidan keyin tiklanish tezroq bo‘ladi, qorin terisida faqat bir nechta deyarli sezilmaydigan teshikdan keyingi izlar qoladi.
- Nervlarni saqlab qoluvchi usulda siydik tutib turishni va tiklanishdan keyingi ereksiya qilish imkoniyatini boshqaradigan nerv tolalari saqlab qolinadi, bu erkak uchun yuqori hayot sifatini saqlashga imkon beradi.

**PBSini lokal davolash alternativ (eksperimental) usullari [5]**

**Prostata bezi krioablyatsiyasi [5]:**

Krioablatsiya - bu to‘qimalarning mahalliy muzlashi va devitalizatsiyasi jarayoni bo‘lib, u shikastlangan to‘qimalarni va chetiga ulashgan sog‘lom prostata bezi hujayralarini yo‘q qilish uchun kerakli shakl va o‘lchamdagi nekroz zonasini aniq yaratishga imkon beradi (B. Patel va hammualliflar tushunchasi, 2001 y.). Amerika urologlar assotsiatsiyasi prostata krioablatsiyasini 1996 yilda lokal prostata bezi saratonini davolash usuli sifatida tan oldi va ushbu texnikani eksperimental deb hisoblash to‘xtatildi. Yevropa urologlar Assotsiatsiyasining 2011 yilgi ko‘rsatmalarida ta‘kidlanishicha, krioablatsiya prostata bezi saratonini davolashning muqobil usuli hisoblanadi. Masalan, HIFU ko‘rsatmalarda hozirgacha eksperimental terapiya turlariga kiradi. Krioablatsiya paytida to‘qimalar muzlashi bilan muz avval hujayralar tashqarisida, so‘ngra hujayralar ichida hosil bo‘ladi. Bularning barchasi hujayrali ishemiyasiga va to‘qimalarda koagulyatsion nekroz shakllanishiga olib keladi.

Birlamchi krioablyatsiyaga ko‘rsatmalar:

- Prostata bezining birlamchi krioablyatsiyasi prostata bezi saratonining T1, T2, T3 bosqichlarida va Glisson bo'yicha har qanday ballar to'plamida bajarilishi mumkin;
- Radikal prostatektomiyaga nomzod bo'lmagan bemorlar;
- Eriktil faoliyatni saqlab qolish zarur bo'lmagan intravezikal obstruksiya kuchli ifodalanmagan bemorlar;
- Prostata bezining salvaj krioablyatsiyasi quyidagilardan keyin mahalliy retsidivlar kuzatilganda ko'rsatiladi:
  - Distansion nur terapiyadan so'ng;
  - Braxiterapiyadan so'ng;
  - HIFUdan so'ng;
  - radikal prostatektomiyadan so'ng, faqat mahalliy transrektal UTTda mahalliy retsidiv ko'rinadigan bo'lsa.

#### **HIFU-terapiya [5]:**

HIFU (High-Intensity Focused Ultrasound) terapiya, prostata bezi saratonini yangi minimal invaziv davolash usuli bo'lib, Sonablate 500 uskunasi bilan bajariladi. HIFU terapiyasida (High-Intensity Focused Ultrasound, inglizchadan tarjima qilinganda, «yuqori intensiv fokuslangan ultratovush» ma'nosini anglatadi), kuchli, fokuslangan ultratovush qo'llaniladi. Odatiy vizual ultratovushdan farqli ravishda, to'qimalarning oldindan belgilangan joylarida qo'shimcha issiqlik effektlarini iloji boricha aniqroq ishlab chiqarishga qodir bo'lgan ultratovush qo'llaniladi. Shunday qilib, to'qima ma'lum bir sohada 3 soniya davomida 90°-100°C xaroratda qizdiriladi va xavfli hujayralarning o'limiga olib keladi.

Uchinchi avlod Sonablate 500 uskunasi MRTning vizual diagnostikasi bilan ultratovush vizualizatsiyani taqqoslaydi. Shunday qilib, kichik o'sma o'choqlarini lokallashtirish va ularni fokal davolashga uchratish mumkin bo'ladi.

#### **Ablyatsiya FUZ-MRT [5]:**

FUZ-MRT (MR-g-FUS) - bu magnit-rezonans tomografiya nazorati ostida yo'naltirilgan ultratovush yordamida o'smalar va o'ziga xos to'qimalarni invaziv bo'lmagan ablyatsiya (olib tashlash) usulidir. Prostata bezi saratonining FUZ-MRT ablyatsiyasi, prostata ablyatsiyasining boshqa usullaridan farqli o'laroq, a'zoni saqlovchi "fokal terapiya"dir. Prostata bezi saratonini ablyatsiyasi uchun sovutish suvi bo'lgan ballon ichida joylashgan maxsus rektal ultratovushni nurlantiruvchi ishlab chiqilgan.

#### **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 (glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT);
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. V va S virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli)
11. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
12. Barmoq bilan rektal tekshirish (BRT);
13. Qon zardobida PSA miqdorini aniqlash ;
14. Prostata bezini transrektal ultratovush tekshiruvi;
15. Qorin bo‘shlig‘i, kichik chanoq va periferik limfa tugunlari UTTsi;
16. Prostata bezi maqsadli biopsiyasi (zarurat bo‘lganda, limfa tugundan);
17. Bioptatni gistologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)\*
18. Bioptatni immunogistoximik tekshirish (limfa tugunini, hosilani, trepanobioptatni)
19. Kichik chanoq MRT va KT si;
20. Qorin bo‘shlig‘i MSKTsi;
21. Ko‘rak qafasi rentgenografiyasi;
22. Osteossintigrafiya
23. Butun tana PET/KTsi\*\*
24. EKG;
25. ExoKG.

## **Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo‘shimcha tekshirish usullari:**

1. Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kalsiy, SRB, ish-qoriy fosfotaza);

2. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip geRPEs, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
3. B va C gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
4. Qonni kislotasi ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. FISH usulida va molekular-genetik tekshirish;
7. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
8. ProBNP
9. Prokalsitonin
10. Antitrombin III, D-dimer
11. Periferik qon IFTsi;
12. Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;
13. Standarte –sitogenetik tekshirish;
14. DNK gomologik rekombinatsiyalari genlarida mutatsiyalar mavjudligiga molekular-genetik tekshirishlar (BRCA1, BRCA2, ATM).
15. Linch sindromiga shubha bo‘lsa yoki u qon qarindoshlarida mavjud bo‘lsa – MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 genlarida germinal mutatsiyalarga tekshirish;
16. FISH va PZR usulida molekular-genetik tekshirish;
17. Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
18. Ko‘krak segmentini kompyuter tomografiyasi;
19. Bosh, bo‘yin va qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
20. Bosh miya MRTsi;
21. FGDS;
22. Bronxoskopiya;
23. Kolonoskopiya;
24. Qon tomirlar UZDGsi (vena vayoki arteriyalar);
25. Spirografiya.
26. Plevral bo‘shliq, periferik limfa tugunlar, qalqonsimon bez UTTsi;
27. Xolter – monitorlash bilan EKG

\* Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.

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

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

### **Onkologik muassasaning jarrohlik (onkourologiya) bo'limi faoliyatini tashkil etish qoidalari**

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", "urologiya", "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, funksional 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 kompyuter tomografiyasi xonasi <1>;
- Funksional tadqiqotlar qoidalariga muvofiq tashkil etilgan funksional 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 N 23 - N 25-ilovalarga muvofiq tashkil etilgan operatsion bo'linma;

- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga N 17- N 19 ilovalariga 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 strukturasi 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);
- hamshiralalar xonasi.

### **Jarrohlik blokni tashkil etish qoidalari**

Jarrohlik blokida strukturasi quyidagilar bo‘lishi nazarda tutilishi kerak:

- sanuzel bilan sanitar o‘tkazgich (xojaxona 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 jarrohlik amaliyotidan keyingi vaqtinchalik bo‘lish xonasi;

- sterilizatsiya;
- protokol xonasi (agar 4 dan ortiq jarrohlik xonasi bo‘lsa);
- Katta hamshira xonasi;
- jarrohlik amaliyotidan 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].**

**14-jadval. Onkourologiya (onkologiya) bo‘limining tavsiya etiladigan shtatlar normativi**

<b>T/r</b>	<b>Lavozim nomi</b>	<b>Lavozim soni</b>
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
9	Xo‘jalik bekasi	1

**15-jadval. Onkologik muassasaning jarrohlik blokining tavsiya etilgan shtatlar normativi**

<b>T/r</b>	<b>Lavozim nomi</b>	<b>Lavozim soni</b>
1.	Bo‘lim mudiri - shifokor-onkolog, shifokor-xirurg	Jarrohlik blokiga 1 ta
2.	Katta jarrohlik hamshirasi	Jarrohlik blokiga 1 ta
3.	Jarrohlik hamshirasi	Rejali jarrohlik bo‘limiga 1,5 ta Aylana sutka jarrohlik bo‘limiga 4,75 ta
4.	Bo‘lim bekasi	1
5.	Sanitar	1 ta rejali jarrohlik bo‘limiga 1 ta Aylana sutka jarrohlik bo‘limiga 4,75 ta

**B) Xavfsizlik choralari 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 Xaunsfeld 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 tashxidan 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 a‘zolarining ultratovush tekshiruvi, EKG va boshqa bir qator tekshiruvlardan o‘tadi.

## **8) Protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari [7]:**

PBSni davolash samaradorligi indikatorlari:

- «O‘sma javobi» - o‘tkazilgan davodan so‘nggi o‘smaning regressiyasi:

**To‘la samara** - kamida 4 hafta davomida barcha shikastlanish o‘choqlarining yo‘qolishi.

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

**Stabilizatsiya** - (o‘zgarishsiz) yangi shikastlanish o‘choqlari paydo bo‘lmagan holda, barcha yoki alohida o‘smalarning 50% dan kam kichrayishi va 25% dan kam kattalashishi.

**Progressiyalanish** – bitta yoki ko‘proq o‘sma o‘choqlarining 25%dan ortiq kattalashishi yoki yangi shikastlanish o‘choqlarining paydo bo‘lishi.

- Retsidivsiz yashovchanlik (uch va besh yillik);
- Hayot sifatiga insonning psixologik, hissiy va ijtimoiy faoliyatidan tashqari, bemor organizmining jismoniy holati ham kiradi.

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

**TOSHKENT – 2025**

## - 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%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%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)) (profilaktológiya, grech. πρόφύλακτικός — «ehtiyot qiluvchi»<sup>[1]</sup> 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<sup>[2][3]</sup>.

Aslida profilaktika quyidagilarga bo'linadi <sup>[4]</sup>:

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

Profilaktika doirasida yuqumli kasalliklar va psixoprofilaktikaning spetsifik profilaktikasi ham mavjud<sup>[4]</sup>.

Profilaktika tibbiyotning asosiy yo'nalishi hisoblanadi<sup>[2][5]</sup> 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<sup>[6]</sup>, me'moriy va rejalashtirish, sanitariya-texnik, aholining tibbiy masalalari bo'yicha ta'lim <sup>[7]</sup> tadbirlarni ham nazarda tutadi. Bu omillar va xavflarning kasalliklar bilan bog'liqligini ilmiy statistik sababiy tahliliga asoslangan<sup>[8][9]</sup>.

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<sup>[10][11]</sup>.

**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](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)) (lot. rehabilitatio, tiklash<sup>[1]</sup>) — kasallik yoki shikastlanish natijasida buzilgan yoki butunlay yo'qolgan inson tanasining normal aqliy va fiziologik funksiyalarini (ehtiyotlarini) maksimal darajada tiklash yoki qoplashga qaratilgan tibbiy, pedagogik, psixologik va boshqa turdagi chora-tadbirlar majmuasidir. Ehtiyotlarga 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<sup>[2][3][4]</sup>.

Davolashdan farqli o'laroq, reabilitatsiya tanadagi patologik jarayonning o'tkir bosqichi bo'lmaganda amalga oshiriladi<sup>[5]</sup>.

Tibbiy reabilitatsiya reabilitatsiyaning boshqa turlari — jismoniy, psixologik, 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 (dezinseksiya, 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<sup>[17]</sup>. 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 <sup>[17]</sup>. 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 ) <sup>[16]</sup>.
2. **Ikkilamchi profilaktika** — muayyan sharoitlarda (stress, immunitetning zaiflashishi, tananing boshqa har qanday funksional 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 (a'zolar va tana tizimlarining funksiyalarini tiklash) reabilitatsiyasiga qaratilgan bo'ladi<sup>[15]</sup>.

## 2.2. Ommaviy profilaktika choralari va individual profilaktika o'tkazish tamoyillari:

### Profilaktik tadbirlar:

**PBSning birlamchi profilaktikasi** – bu etiologik va xavf omillarini o'rganish orqali kasallikning oldini olishdir.

- Jismoniy faollik.
- Zararli odatlar – alkogol, tamakidan voz kechish.
- Sog'lom ovqatlanish: yog' va go'sht mahsulotlarini, ziravorlarni ortiqcha iste'mol qilishni rad etish, ratsiondagi tolalar, vitaminlar, foydali minerallarni o'z ichiga olgan ko'p miqdordagi o'simlik saqlovchi ovqatlar iste'moli.
- Yosh tavsiyalariga muvofiq jinsiy aloqalarni uyg'unlashtirish.

### KBSni ikkilamchi profilaktikasi:

- Prostata bezi saratonini erta aniqlash.
- 45 yoshdan so'ng erkaklar urolog tomonidan prostata UTTsi, PSAga (prostat spetsifik antigen) tahlil topshirish yo'li bilan regulyar tekshirilishi zarur.
- 45 yoshdan so'ng urolog tomonidan ko'rik – yiliga 1 marta.
- Qonni PSAga tahlili – 8 yilda 1 marta (ko'rsatkichlar me'yoriy bo'lganda).
- Agar akasida ki otasida prostata bezi saratoni kuzatilgan bo'lsa – 2 yilda 1 marta.

### 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 infeksiyalar 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.

## 2.3. Profilaktika usullari va muolajalari:

### 1) profilaktikaning maqsadi:

Prostata bezi 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 –

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

- Kanserogen 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 prostata bezi skriningidan 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

Radikal prostatektomiyadan so‘ng PSA miqdorini aniqlash 1-yil davomida har 3 oyda, 2-va 3-yil davomida har 6 oyda va keyinchalik har yili aniqlash tavsiya qilinadi. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1b).

**Izohlar:** Radikal prostatektomiyadan keyin PSA darajasining  $>0,2$  ng/ml oshishi kasallikning retsividini ko‘rsatadi. Nur terapiyasidan (nadir) keyin erishilgan minimal qiymatdan keyin PSA darajasining ketma-ket uch marta oshishi, kasallikning qaytalanishi sifatida aniqlanadi. Paypaslanadigan o‘sma tuguni va PSA darajasining oshishi mahalliy retsivid rivojlanganligini ko‘rsatadi.

- Radikal davolashning ikkinchi qatorini rejalashtirishda transrektal UTT nazorati ostida takroriy o‘smaning biopsiyasi tavsiya etiladi.

*Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1b).*

- Suyaklarda og‘riq kuzatilganda skelet ssintigrafiyasi tavsiya etiladi (PSA darajasidan qat’iy nazar).

*Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1b).*

Bemorlarga sog‘lom turmush tarzining afzalliklari, jumladan, oqilona ovqatlanish, idealtana vazniga erishish va saqlash, faol hayot tarzini olib borish haqida ma’lumot berish tavsiya etiladi.

*Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi S (dalillarning ishonchliligi darajasi 5).*

#### **4) Tibbiy rehabilitatsiya, rehabilitatsiya usullarini qo‘llash uchun tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar**

Barcha bemorlarga 3 ta kategoriyada rehabilitatsiyaning psixosotsial usullarini qo‘llash **tavsiya etiladi**:

- psixo-ta'lim faoliyati;
- kognitiv xulq-atvor psixoterapiyasi.

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi V (dalillarning ishonchlilik darajasi 2).*

– qo‘llab-quvvatlovchi psixoterapiya.

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 4).*

Sut bezlari va qo‘ltiq osti zonasida jarrohlik amaliyotidan keyin harakatlar hajmini oshirish, og‘riqni kamaytirish va hayot sifatini yaxshilash uchun barcha bemorlarga terapevtik jismoniy madaniyat kompleksini (mashqlar terapiyasi) erta bajarishni boshlash **tavsiya etiladi**.

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi 3).*

Bemorga vaznni kamaytirishga e'tibor qaratishlari **tavsiya etiladi**.

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

#### **5) Skrining** (havola:

[https://www.emcmos.ru/programs\\_and\\_services/services/skrining-raka-predstatelnoy-zhelezy/](https://www.emcmos.ru/programs_and_services/services/skrining-raka-predstatelnoy-zhelezy/)):

Prostata bezi saratoni skriningi urolog tomonidan muntazam (yiliga bir marta yoki har 2 yilda bir marta) tekshiruv bo‘lib, uning davomida prostata spetsifik antigeni (PSA) uchun qon tekshiruvi va barmoq rektal tekshiruvi o‘tkaziladi. Agar PSA konsentratsiyasi 3 ng/ml dan oshsa, erkaklar prostata biopsiyasiga yuboriladi.

6) **Ikkilamchi profilaktika** - ushbu nozologiya bo‘yicha ikkilamchi profilaktika choralariga profilaktik ko‘riklardan o‘tish, skrining, kasallikni erta aniqlash maqsadida tekshiruvlar qilish kiradi.

#### 7) **Uchlamchi profilaktika** yoki prostata bezi saratoni rehabilitatsiyasi:

Davolanishdan keyin bemorlarni rehabilitatsiya qilish choralari kurs davomiyligiga va saraton terapiyasining tanlangan usullariga bog‘liq. Bu juda zarur:

- Muntazam tekshiruvlar uchun onkologga tashrif buyurib turish.
- Retsidiv xavfini kamaytirish va immunitetni oshirish uchun tavsiya etilgan dori-darmonlarni qabul qilish.

- Yaxshi ovqatlanish.
- Zararli odatlarni va salbiy tashqi omillarning ta'sirini yo'q qilish.
- Sog'liq holatini hisobga olib, davolovchi shifokor tavsiyalariga amal qilish.

## **2.4. Reabilitatsiya usullari va muolajalari:**

Prostata bezi reabilitatsiyasining maqsadi:

- Shikastlangan a'zo yoki tizimning buzilgan funksiyalarini va/yoki yo'qolgan faoliyatini to'la yoki qisman tiklash;
- o'tkir rivojlangan patologik jarayon tugashi bilan tana funksiyalari qo'llab quvvatlash;
- zarar ko'rgan a'zolar yoki tana tizimlarining mumkin bo'lgan funksional buzilishlarini oldini olish, erta tashxislash va tuzatish;
- mumkin bo'lgan nogironlikning oldini olish va kamaytirish;
- hayot sifatini yaxshilash;
- bemorning mehnat qobiliyatini saqlab qolish;
- bemorning jamiyatga ijtimoiy integratsiyasi.

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

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

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

Uchlamchi reabilitatsion profilaktik terapiyasi bemor yoshi, gistologik ko'rinish bosqichidan qat'i nazar, sitostatik terapiyani olgan va/yoki tugatgan prostata bezi 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);**

- Prostata bezi saratoni rivojlanishining oldini olish uchun erkaklar populyatsiyasining barcha qatlamlari, ayniqsa keksa erkaklar uchun birlamchi profilaktika tavsiya etiladi. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);
- Prostata bezi 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 profilaktikasi tavsiya etiladi. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);
- Maxsus jarrohlik va sitostatik terapiya tugagandan so'ng, barcha bemorlarga uchinchi darajali rehabilitatsiya profilaktikasidan o'tish tavsiya etiladi. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi 4).

### **3.2. Rehabilitatsiya muolajalarining bosqichi va ko'lamini aniqlash mezonlari (faoliyat, xayot faoliyatini cheklash va sog'liqning Xalqaro tasnifiga ko'ra xalqaro shkalalar).**

Rehabilitatsiya muolajalari amalga oshiriladi:

Davo yakunlanganidan 1 keyin (har 3 oyda):

- ko'rik (bo'y/vazn, barmoq bilan rektal tekshirish, periferik limfa tugunlari, suyak strukturalari)
- prostata spetsifik antigenga (PSAga) qon tahlili.
- Qon umumiy tahlili + ECHT
- Kichik chanoq, qorin bo'shlig'i va qorin parda orti a'zolari UTTsi.
- Ko'krak qafasi a'zolari rentgenografisi (o'zgarishlar aniqlanganda kichik chanoq MRTsi va/yoki qorin/ko'krak qafasi MSKTsi).
- EKG/ExoKG/Xolter.

Davo yakunlangandan keyin 2 yil:

- Har 6 oyda ko'rik, tahlillar va MRT/MSKT.
- Har yili – yurak va o'pka faoliyatini baholash.

Davo yakunlangandan keyin 3 yil:

- Har 12 oyda ko'rik, tahlillar va MRT/MSKT.
- Har yili – yurak va o'pka faoliyatini baholash.

Davo yakunlangandan keyin 4 yil:

- Har 12 oyda ko‘rik, tahlillar va MRT/MSKT.
- Har yili – yurak va o‘pka faoliyatini baholash.

Davo yakunlangandan keyin 5 yil:

- Katamnestik xizmatga kuzatuvga o‘tish

#### **4. Reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari**

Prostata bezi saratoni bemorlari tajriba prostata bezi saratoni bilan bemorlar bilan ishlash tajribasiga ega bo‘lgan onkolog, urolog, tibbiy psixolog, shu jumladan, turli profil mutaxassislar guruhi tomonidan nazorat qilinishi kerak. Bemorlarni urolog, 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.

Prostata bezi 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 asoratlarini davolash: qon parametrlarini tuzatish, og‘iz gigiyenasi, oshqozon-ichak trakti, MIT a‘zolari, yurak-qon tomir tizimi patologiyasi va boshqalar. va ixtisoslashgan mutaxassislarga murojaat qilish. Prostata bezi saratoni bilan og‘rigan barcha bemorlarni ixtisoslashtirilgan onkologiya yoki gematologiya 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 xolda tashxislash tadbirlari:**

- 1) Dalillar darajasi kiritilgan xolda asosiy tashxislash tadbirlari:
- QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
- Qon biokimyoviy tahlyoki (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
- AVO tizimi bo‘yicha qon tuguhini aniqlash;

- Rezus-faktorni aniqlash;
- Peshob umumiy tahlili;
- Koagulogramma (ACHTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
- Koptokcha filtratsiyasi tezligini aniqlash;
- IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
- IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
- V va S virusli hepatitlari uchun PZR (sifatli)
- Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
- Barmoq bilan rektal tekshirish (BRT);
- Qon zardobida PSA miqdorini aniqlash ;
- Prostata bezini transrektal ultratovush tekshiruvi;
- Qorin bo‘shlig‘i, kichik chanoq va periferik limfa tugunlari UTTsi;
- Prostata bezi maqsadli biopsiyasi (zarurat bo‘lganda, limfa tugundan);
- Biopstatni gistologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)\*
- Biopstatni immunogistoximik tekshirish (limfa tugunini, hosilani, trepanobiopstatni)
- Kichik chanoq MRT va KT si;
- Qorin bo‘shlig‘i MSKTsi;
- Ko‘rak qafasi rentgenografiyasi;
- Osteossintigrafiya
- Butun tana PET/KTsi\*\*
- EKG;
- ExoKG.

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

2) Dalillar darajasi kiritilgan xolda qo‘shimcha tashxislash tadbirlari:

- PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip geRPEs, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
- V va S gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
- Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
- Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;

- FISH usulida va molekular-genetik tekshirish;
- Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
- ProBNP
- Prokalsitonin
- Antitrombin III, D-dimer
- Periferik qon IFTsi;
- Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;
- Standarte –sitogenetik tekshirish;
- DNK gomologik rekombinatsiyalari genlarida mutatsiyalar mavjudligiga molekular-genetik tekshirishlar (BRCA1, BRCA2, ATM).
- Linch sindromiga shubha bo‘lsa yoki u qon qarindoshlarida mavjud bo‘lsa – MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 genlarida germinal mutatsiyalarga tekshirish;
- FISH va PZR usulida molekular-genetik tekshirish;
- Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
- Ko‘krak bezi segmentini kompyuter tomografiyasi;
- Bosh, bo‘yin va qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
- Bosh miya MRTsi;
- FGDS;
- Bronxoskopiya;
- Kolonoskopiya;
- Qon tomirlar UZDGsi (vena vayoki arteriyalar);
- Spirografiya.
- Plevral bo‘shliq, periferik limfa tugunlar, qalqonsimon bez UTTsi;
- Xolter – monitorlash bilan EKG

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

## **6. Darajasi ko‘rsatilgan xolda 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).

TR kuzatilishi bilan davolashni tugatgan katta ko'krak bezi saratoni bemorlariga terapiya tugaganidan keyin 1 yil davomida har 3 oyda, 2 yil - har 6 oyda va undan keyin har yili onkolog yoki mammolog tomonidan kuzatilishi tavsiya etiladi. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

PSAga qon taxlili, 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, ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i, kichik chanoq a'zolarining kontrastli KTsi birinchi 2 yilda har 6 oyda yoki klinik ko'rsatmalarga ko'ra o'tkazib turiladi. Agar ohirgi PET/KTda to'la javob kuzatilgan bo'lsa, progressiya/retsdivga gumon bo'lsa PET/KT o'tkaziladi. 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 retsdiv 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. Prostata bezi saratoni uchun profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarining samaradorligi ko'rsatkichlari quyidagicha:

- Kasallik retsdivining yo'qligi;
- Kasallik metastazlanishining yo'qligi;
- Sitostatik va nur terapiyaning kechki asoratlarining 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;
- Prostata bezi saratoni uchun xavf omili yoki fon kasalliklari bo'lgan xolatlar/kasalliklarni o'z vaqtida davolash.

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

**TOSHKENT – 2025**

**Prostata bezi saratonini palliativ davolash** bemorning hayot sifatini yaxshilashga, asosiy kasallik bilan kurashish usullarining imkoniyatlari deyarli tugaganida va to‘liq davolanish ehtimoli minimal bo‘lganda uning ahvolini yengillashtirishga qaratilgan. Yetarli va o‘z vaqtida palliativ yordam bemorga bir necha qo‘shimcha hayot yillarini berishi mumkin.

### 3) Tasnifi (Palliativ yordamga tegishli)

#### Gistologik tasnifi [3, 4]:

- Adenokarsinoma (mayda atsinar, duktal, yirik atsinar, kribriform, solid yoki trabekulyar va boshqalar);
- O‘tuvchi-hujayrali saraton;
- Yassi hujayrali saraton;
- Sarkomotoid saraton;
- Differensiallashmagan saraton.

#### PBSni TNM 8 toifasi bo‘yicha tasnifi (2017 y.).

#### M – Uzoq metastazlar

<b>M – Uzoq metastazlar</b>	Mx	Uzoq metastazlarning mavjudligini aniqlash mumkin emas
	M0	Uzoq metastazlarning belgilari yo‘q
	M1	Uzoq metastazlar
	M1a	No regionar ilmfu tugunlarida metastazlar
	M1b	Suyaklarda metastazlar
	M1c	Uzoq metastazlar mavjud

#### Glison bo‘yicha morfologik tasnif [8]

Bu faqat adenokarsinomalar uchun qo‘llaniladi. Glison tasnifiga ko‘ra, o‘smaning differensiatsiya darajasi 5 balli shkala bo‘yicha baholanadi. Bu yerda 1 ball eng yuqori differensiatsiyalangan o‘sma, 5 ball eng past differensiatsiyalangan o‘sma hisoblanadi. Glison indeksi - bu o‘smaning tarqalganligi bo‘yicha asosiy komponentining bezlar differensiatsiya darajasi va o‘smaning tarqalganligi bo‘yicha ikkinchi komponenti bezlar differensiatsiya darajasining yig‘indisidir (2 dan 10 ballgacha). Glison tasnifi prostata bezi saratonini davolash natijalarini baholash uchun maxsus prognostik ahamiyatga ega.

#### 21-Jadval. Uropatologlar Xalqaro jamiyati 2014 y. (ISUP) bo‘yicha prostata bezi saratoni havflilik darajasiga guruhlari

ISUP guruhi	Glison indeksi
1	2-6
2	7 (3 + 4)
3	7 (4 + 3)
4	8 (4 + 4 yoki 3 + 5 yoki 5 + 3)
5	9-10

## 22-jadval. PBS progressiyalanish havfi stratifikatsiyasi

Havf	tavsif		
Juda past	T1s, gradatsiya guruhi 1, PSA < 10 ng/ml, 3 tadan kam pozitiv biopsiya ustunlari, har birida 50%dan kam o'sma saqlaydi, PSA zichligi $1 < 0,15 \text{ ng/ml / sm}^3$		
Past	T1-2a, gradatsiya guruhi 1, PSA < 10 ng/ml		
Oraliq	Yuqori yoki juda yuqori xavf belgilari yo'q, 1 yoki undan ortiq oraliq xavf omillariga ega:	Yaxshi	1 havf omili, gradatsiya guruhi 1-2, < 50 % ПОЗИТИВ УСТУНЛАР
	T2b- T2c, gradatsiya guruhi 2-3, PSA 10-20 ng/ml	Yomon	2-3 хавф омили, градация гурухи 3, > 50 % pozitiv ustunlar
Yuqori	T3a yoki gradatsiya guruhi 4-5 yoki PSA > 20 ng/ml		
Juda yuqori	T3b-T4 yoki Glison birlamchi patterni 5 yoki > 4 biopsiya ustunlari gradatsiya guruhi 4-5 bilan		

## 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):

### - Shikoyatlari [5, 7]:

- Boshlang'ich bosqichlarda - simptomsiz;
- Prostata bezi ichidagi o'smalarda - peshob oqimining zaiflashishi va uzilishlar bilan oqishi, peshob pufagining to'liq bo'shatilmasligi hissi, siyishning tezlashishi, peshob chiqarishga imperativ chaqiriqlar, peshobni stressor tuta olmaslik;
- O'smaning mahalliy progressiyalanishida - gemospermiya, gematuriya, peshob tuta olmaslik, erektil disfunktsiya, qov usti va oraliq sohada og'riq.
- Metastazlar paydo bo'lganda - suyaklarda og'riq, belda og'riq (ureteral obstruksiyada), oyoqlarning shishishi (limfostaz), paraplegiya (orqa miya siqilishi), vazn yo'qotish, anemiya, uremiya, kaxeksiya.

### - Anamnez [5, 7]:

Prostata bezi saratoni bilan og'rgan bemorlarning anamnezida irsiy va etiologik xavf omillarini aniqlash kerak.

### - Fizikal tekshirishlar [9, 10]:

**Transrektal barmoq bilan tekshirish (TRBBT)**, vaqtida quyidagilarni aniqlash mumkin [ID-V]:

- bir yoki bir nechta cheklangan tugunlar;
- noaniq konturlar bilan bezning assimetriyasi;
- deyarli har doim to'g'ri ichakning harakatchan shilliq qavati;
- "buqa shoxlari" alomati: prostata bezining yuqori chetidan urug' pufakchalari tomon tarqaladigan infiltratsiya iplari;
- kechikkan holatlarda, to'g'ri ichak bo'shlig'ini qoplaydigan toshsimon zichlik mavjud bo'lib, uning yuqori chegarasiga barmoq bilan yetib bo'lmaydi

### Laborator tekshiruvlar [5 - 8]:

- Qon umumiy tahlili – boshlang‘ich bosqichlarda o‘zgarishlar yo‘q. Kechroq bosqichlarda ko‘proq turli darajada ifodalangan anemiya, leykotsitoz, ECHTning oshishi xarakterli;
- Umumiy peshob tahlili - makro yoki mikrogematuriya; oqsil, leykotsituriya, bakteriuriyaning biroz oshishi. Tahlilda hech qanday o‘zgarishlar bo‘lmasligi mumkin;
- Biokimyoviy qon tahlili (umumiy oqsil, mochevina, kreatinin, bilirubin, glyukoza) - buyrak yetishmovchiligi belgilari, hamroh patologiya ko‘rinishidagi asoratlarni aniqlash imkonini beradi;
- Koagulogramma - qon ivishining buzilishi kuzatilishi mumkin;
- Qon zardobida PSA darajasini aniqlash - indeksning 4 ng/ml dan oshishi qayd etilgan;
- Gomologik DNK rekombinatsiyasi genlaridagi mutatsiyalar (BRCA1, BRCA2, ATM) mavjudligiga molekular-genetik tekshirish. Bu og‘ir irsiy anamnezga ega bemorlarda (yaqin qarindoshlarida ko‘krak bezi, tuxumdonlar, oshqozon osti bezi va prostata bezi saratoni bo‘lganlarda) yoki <55 yoshdagi bemorda prostata bezi saratoni tashxisi qo‘yilganda ko‘rsatiladi;
- MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 genlaridagi germinal mutatsiyalarga tekshirish — Agar Linch sindromiga shubha qilingan bo‘lsa yoki qon qarindoshlarida bu sindrom bo‘lsa.

#### **Instrumental tekshiruvlar [5 - 8]:**

#### **PBSning nur diagnostikasi [5 - 8, 11 - 16, 73]:**

#### **Transrektal ultratovush tekshiruvi:**

- Prostata bezidagi patologik joylarni aniqlash va prostata bezining transrektal biopsiyasining aniqligini oshirish uchun prostata bezi saratoniga shubha qilingan barcha bemorlarga tavsiya etiladi [11-15, ID-C];
- Tipik exografik surat – bu prostata bezining periferik qismlarida gipoexogen o‘choqli zonalardir. O‘sma o‘choqlari hajmining oshishi bilan gipo - va giperexogen sohalar kuzatilishi mumkin. Biopsiya yo‘li bilan tashxis qo‘yilgan prostata o‘smalarining 37,6 foizi TRUTTda izoexogen sohalar bilan ifodalanadi [11-15];
- Sonoelastografiya, kontrastlash bilan UTT, prostata bezini gistoskanirlash kabi TRUTTga qo‘shimcha bo‘lgan usullarni muntazam qo‘llash, isbotlangan bazasi yetarli bo‘lmaganligi sababli tavsiya qilinmaydi [16, ID-S];
- Prostata bezi saratoni tashxisi qo‘yilgan barcha bemorlarga ham birlamchi o‘smaning tarqalganligini aniqlash maqsadida TRUTT bajarish tavsiya etilmaydi

[73, ID-C].

#### **MRT va KT [5 - 8]:**

- Birlamchi o‘smaning tarqalishini baholash uchun va osteosintigrafiya natijalariga ko‘ra shubhali holatlarda tavsiya etiladi [ID-V];
- Kontrast kuchaytirish va endorektal magnit katushka yordamida dinamik magnit-rezonansli prostatovezikulografiyadan foydalanish, bosqichlash aniqligini 16%;
- Jarayonni bosqichlash uchun prostata bezining kompyuter tomografiyasini o‘tkazish tavsiya etilmaydi [ID-S];
- Chanoq limfa tugunlarida metastazlar bo‘lgan bemorlarga qorin bo‘shlig‘i va qorin parda ortining kontrastli KT/MRTsi va ko‘krak qafasi rentgenogrammasi ko‘rsatiladi;
- O‘pka to‘qimalarida rentgenologik o‘zgarishlar aniqlanganda, ko‘krak qafasi a‘zolarining KTsi ko‘rsatiladi. Agar ko‘krak ichi limfa tugunlarining kattalashishiga shubha qilinsa, kontrastli ko‘krak qafasi a‘zolarining KT si ko‘rsatiladi.

#### **Osteosintigrafiya [5 - 8]:**

- Salbiy xavf omillari (PSA 20 ng/ml va Glisson bo‘yicha 4 yoki 5 o‘smalari) va suyak metastazining klinik belgilari mavjud bo‘lganda, suyak metastazlarini aniqlash uchun tavsiya etiladi;
- RFP to‘planishi ko‘paygan bemorlarga suyaklarning rentgenografiyasi yoki KT yoki MRTsi o‘tkaziladi.

#### **PET/KT [5-8]:**

- Multiparametrik MRT bilan bir hil sezgirliги tufayli 11C-xolin bilan PET/KT limfogen metastazlar mavjudligini aniqlash uchun birlamchi bosqichda muntazam foydalanish uchun tavsiya etilmaydi [ID-V];
- Osteosintigrafiya natijalariga ko‘ra shubhali holatlarda tavsiya etiladi [ID-C];
- Yuqori xavfli bemorlarda PSMA bilan PET/KT an‘anaviy diagnostika usullariga nisbatan sezilarli darajada spetsifiklik va sezgirlikka ega. Klinik amaliyotda muntazam foydalanish uchun o‘rni belgilanmagan [ID-C].

#### **Prostata bezining maqsadli biopsiyasi [5]:**

- Yakuniy tashxis prostata bezining punktsion biopsiyasi va gistologik tekshiruv natijalariga asoslanadi;
- TRUTT shubhali o‘sma o‘choqlaridan to‘qima namunalarini maqsadli olish uchun punktsion biopsiya bajarilishini vizual nazorat qilishning asosiy usuli hisoblanadi;

- MRT nazorati ostida prostata biopsiyasini o‘tkazish mumkin.
- Yetarli ma’lumot olish uchun biopsiya multifokal xarakterga ega bo‘lib, har biri diametri 1-2 mm va uzunligi 17-20 mm bo‘lgan ustun shakliga ega bo‘lgan bir nechta (2 yoki undan ortiq) to‘qima bo‘laklarini olishdan iborat;
- Prostata adenokarsinomasida har bir ustuncha uchun Glison shkalasi bo‘yicha differentsiatsiya darajasi, shikastlanish maydonining kesmalar umumiy maydoniga foiz nisbati ko‘rsatiladi, perinevral invaziya va bez kapsulasining invaziyasi belgilari qayd etiladi;
- Prostatik intraepitelial neoplaziyada (PIN) yuqori va past darajadagi PINni ajratgan holda morfologik o‘zgarishlarning chuqurligi ko‘rsatiladi;
- Zarurat bo‘lganda, prostata biopsiyasi 3-6 oydan keyin yana qayta o‘tkazilishi mumkin;
- Biopsiyaga asoslangan tashxis qo‘yilgan bemorlar TNM tizimi bo‘yicha tasnifga muvofiq kasallikning klinik bosqichini aniqlash uchun tekshirilishi kerak.

#### **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.

#### **Davolash usullari va algoritmi [5-8]:**

PBSni davolashda quyidagi usullar qo‘llaniladi:

- Kechiktirilgan davolanish;
- Faol kuzatuv;
- Kutish taktikasi;
- Medikamentoz terapiya;
- Hamroh kasalliklarni davolash;
- Palliativ (simptomatik) davolash.

PBSning davolash algoritmi PBSning klinik bosqichi va progressiyalanish havfiga bog'liq (6-jadval)

## 23-jadval. Progressiyalanish havfiga qarab PBSning davolashni tanlash algoritmi

Havf	Tavsifi			Kutilayotgan hayot davomiyligi / belgilar	Davolash turi
<b>Juda past</b>	T1s, gradatsiya guruhi 1, PSA < 10 ng/ml, 3 dan kam pozitiv biopsiya ustunlari, har birida 50%dan kam o'sma saqllovchi, PSA 1 zichligi < 0,15 ng/ml/sm <sup>3</sup>			≥ 20 yil	Faol kuzatuv (tanlov usuli) yoki DNT yoki braxiterapiya yoki RPE
				10-20 yil	Faol kuzatuv
				< 10 yil	Kutish taktikasi
<b>Past</b>	T1-2a, gradatsiya guruhi 1, PSA < 10 ng/ml			> 10 yil	Faol kuzatuv (tanlov usuli) yoki DNT yoki braxiterapiya yoki RPE
				< 10 yil	Kutish taktikasi
<b>Oraliq</b>	Yuqori va juda yuqori havf belgilari yo'q, 1 va undan ortiq quyidagi oraliq havf omillarini tutadi: T2b-T2c, gradatsiya guruhi 2-3, PSA 10-20 ng/ml	Yaxshi	1 havf omili, gradatsiya guruhi 1-2, < 50 % ПОЗИТИВ УСТУНЛАР	> 10 yil	Faol kuzatuv (tanlov usuli) yoki DNT yoki braxiterapiya yoki metastazlar havfi > 2 % 1 bo'lganda TLAE bilan RPE
				< 10 yil	DNT yoki braxiterapiya yoki kutish taktikasi (tanlov usuli)
				Yomon	2-3 хавф омили, градация гурухи 3, > 50 % pozitiv ustunlar
		< 10 yil	DNT yoki braxiterapiya ± ADT 4 oy. yoki kutish taktikasi (tanlov usuli)		
		<b>Yuqori va juda yuqori</b>	T3a yoki gradatsiya guruhi 4-5 yoki PSA > 20 ng/ml		
				T3b-T4 yoki Glisson birlamchi potterni 5 yoki > 4-4-5 gradatsiya guruhi bilan 4 biopsiya ustunlari	< 5 yil yoki belgilar yo'q

RPE — radikal prostatektomiya;

DNT — distansion nur terapiya;

TLAE — tos limfadenektomiyasi;

ADT — androgen-deprivatsion terapiya;

1 rT2a-b yoki R + bo'lganda va aniqlanmaydigan PSA qiymatida — boshlang'ich kutish taktikasi va PSAning ko'tarilish davriga qadar kechiktirilgan DNT;

pN + da — ADT bilan ad'yuvant DNT.

## 1) Palliativ nomedikamentoz davo

PBS davolash rejasi ixtisoslashtirilgan markazlar bazasida multidissiplinar guruh tomonidan muhokama qilinadi va quyidagilarni hisobga olishi kerak:

- O'sma jarayonining tarqalganligi (kasallik kechishining klinik bosqichi);
- Bemorning obyektiv holati;
- Asosiy kasallik prognozi;
- Hamroh patologiyasi;
- Bemorning hoxishi.

### Davolashdan oldin:

- Funktsional tiklanishni tezlashtirish, jarrohlik amaliyotidan keyin statsionarda qolish vaqtini kamaytirish va prostata bezi saratonini davolash paytida asoratlari va o'lim holatlarini kamaytirish uchun LFK, psixologik va nutritiv yordamni o'tkazish tavsiya etiladi [ID-A];
- Jarrohlik amaliyotidan keyingi o'pka asoratlari va statsionarda qolish muddatini kamaytirish uchun o'pka asoratlari xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda jarrohlik davolashdan oldin nafas olish mushaklarini mashq qildirish tavsiya etiladi [ID-A].

### Palliativ jarrohlik davosi [5 - 8]: qo'llanilmaydi

### Palliativ nur terapiyasi

Palliativ nur terapiya bo'yicha tavsiyalarga quyidagilar kiradi:

- Birlamchi tashxis qo'yilgan mGCHPBSda va metastatik jarayonning past tarqalganligida (visseral metastazlar bo'shlmaganda suyaklarda 3-tadan ortiq bo'lmagan metastaz bo'lganda) birlamchi o'smaning DNT ko'rsatiladi (SO'D 55 Grgacha 20 fraksiyada 4 hafta davomida yoki SO'D 36 Gr 6 har haftalik fraksiyada 6 hafta davomida) [ID-S];
- Ablativ nur terapiyasi (SABR) usulini qo'lash bilan suyaklar yoki limfa tugunlaridagi metastazlarning (3 o'choqdan ko'p bo'lmagan) DNTsi ADT ni rad etgan iGSPBS bemorlariga ADTni buyurish zaruratini kechiktiradi [ID-C].
- Palliativ NT hayot sifatini yaxshilash uchun kasallikning tarqalgan bosqichi mavjud bo'lganda tavsiya etiladi (dizurik simptomlar, og'riq sindromi, gematuriyani kamaytirish maqsadida) [ID-A];
- Nurlanish rejimi: BMO'D 2-3 Gr (har kuni, kuniga 1 marta, haftada 5 kun, ekvivalent SO'D 50 Grgacha).
- Simptomatik TT kasallik belgilarini so'ndirish yoki kamaytirish (metastatik

shikastlangan skelet suyaklaridagi og‘riq sindromini) va hayot sifatini yaxshilash uchun tavsiya etiladi [ID-A];

- Nurlanish rejimi: BMO‘D 8 Grdan (bir marta); BMO‘D 5 Gr (kunora, 5 fraksiyada, SO‘D 25 Gr gacha); BMO‘D 4 Gr (har kuni, haftasiga 5 marta, 5-6 fraksiyada, SO‘D 20-24 Gr gacha); BMO‘D 3 Gr (har kuni, haftada 5 marta, 10 fraksiyada, SO‘D 30 Gr gacha).

### **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 trombotsitlar 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/aralashma:**

- 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

### **Trombotsitlar konsentrati:**

- 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:**

- YAMPni transfuziyasi qon ketishli bemorlarda yoki invaziv muolajalar o'tkazishdan oldin o'tkaziladi.
- $MNO \geq 2.0$  bo'lgan bemorlar (neyrojarrohlik aralashuvlarida  $\geq 1.5$ ) 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.

## **2) Medikamento davolash.**

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.

PBSning tizimli dori terapiyasiga gormonal terapiya, kimyo terapiya va radionuklid terapiya kiradi. Terapevtik davo usulini tanlash kasallik klinik bosqichi va PBSning progressiyalanish havfiga bog'liq.

### **Metastatik GSPBSning medikamentoz terapiyasi bo'yicha tavsiyalar [8]:**

Terapevtik yonboshuv o'sma jarayoni tarqalganligiga qarab tanlanadi (8-jadvalga qaralsin) [8].

### **24-jadval. O'sma jarayonining tarqalganlik darajasi [8]:**

<b>O'sma jarayonining tarqalganlik darajasi</b>	<b>Tavsifi</b>
---	----------------

Past	Kichik xajmdagi shikastlanish; visseral metastazlarning yo‘qligi va suyaklarning minimal shikastlanishi (suyaklarda 4 tada kam metastazlar);
Yuqori	Katta xajmdagi shikastlanish; visseral metastazlarning mavjudligi va/yoki suyaklarda ko‘plab (>4) metastazlar va ulardan minimum bittasi tos suyaklaridan tashqarida yoki umurtqa pog‘onasida bo‘lishi

**25-jadval. Metastatik GSPBS bemorlarida terapiya o‘tkazish bo‘yicha tavsiyalar [5, 7, 13, 17-40]:**

Tavsiyalar	ID
Simptomlari mavjud M1 bosqichi bo‘lgan bemorlarda simptomlarni yengillashtirish va progressiv kasallikning mumkin bo‘lgan jiddiy asoratlari (orqa miya siqilishi, patologik sinishlar, peshob yo‘llarining obstruksiyasi) xavfini kamaytirishga qaratilgan tezkor tizimli terapiya tavsiya etiladi [17, 18]	A
Orqa miya siqilishi yoki infravezikal obstruksiyaning birinchi belgilari bo‘lgan bemorlarda LGRG antagonistlaridan foydalanish tavsiya etiladi [17, 18]	B
Jarrohlik usulida davolash va/yoki NT PBSning M1 bosqichi va orqa miya siqilishi yoki patologik sinish kabi asoratlar xavfi bo‘lgan bemorlarga ko‘rsatiladi [19 - 22]	B
M1 bosqichi bo‘lgan asimptomatik bemorlarga yashovchanlikni oshirish, kasallik belgilari boshlanishidan oldingi vaqtni uzaytirish va prostata bezi saratoni rivojlanishi bilan bog‘liq jiddiy asoratlarni oldini olish uchun erta tizimli terapiya ko‘rsatiladi [17, 18]	A
M1 bosqichi bo‘lgan yaxshi ma‘lumotga ega bemorlarda, o‘sma belgilari bo‘lmasa, kechiktirilgan ADT o‘tkazish mumkin, chunki u bemor qattiq nazorat ostida bo‘lsa, davolanishning nojo‘ya ta’sirlarini kamaytiradi [17, 18]	A
LGRG analoglarini olgan M1 bosqichi bo‘lgan bemorlarda antiandrogenlarning qisqa muddatli kursi "chaqnash" ta’siri xavfini kamaytiradi [23 - 28]	A
Kasallikning M1 bosqichi bemorlarida antiandrogenlar bilan monoterapiya tavsiya etilmaydi [28]	A

Yangi aniqlangan PBS M1 bosqichi bo‘lgan bemorlarga, agar XTga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmasa GT bilan birgalikda XT (dots.taksel) ko‘rsatiladi [29 - 32]	A
M1 bosqichida aniqlangan barcha PBS bemorlariga, ushbu dorilarga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmaganda abirateron atsetat va prednizolon, apalutamid yoki enzalutamid bilan kombinatsiyada ADT ko‘rsatiladi [33 - 35]	A
Prostata bezi sohasiga NT bilan birga ADT yangi tashxis qo‘yilgan M1 bosqichidagi va CHAARTED tadqiqoti mezonlari bo‘yicha katta bo‘lmagan hajmdagi o‘choqlari bor PBS bemorlariga ko‘rsatilgan [36]	B
ADTning har qanday mahalliy davolash usuli (NT/RPE) bilan kombinatsiyasi prostata bezi saratoni M1 bosqichi va klinik tadqiqotlar doirasidan tashqarida metastatik o‘choqlarning katta hajmi bo‘lgan bemorlarda ko‘rsatilmaydi (palliativ davolash zarurati bundan mustasno) [36, 37]	C
Agar bemorlar dots.taksel, prednizolon, apalutamid, enzalutamid yoki NT bilan kombinatsiyada ADTga to‘g‘ri kelmasa yoki bosh tortilsa, antiandrogenlar ning qo‘shilishi bilan ADT ko‘rsatiladi [13, 28, 38]	C
Intermittirlovchi terapiya faqat simptomsiz mGSPBS bo‘lgan va induksion davrdan keyin yaxshi biokimyoviy javob bo‘lgan yuqori motivatsiyali bemorlarda ko‘rsatiladi [39, 40]	A

### Metastatik KRPBS bemorlarini medikamentoz davolash bo‘yicha tavsiyalar [5 - 8]

#### 26-jadval. mKRPBS bemorlarida davo o‘tkazish bo‘yicha tavsiyalar [5, 7, 47-72]:

Tavsiyalar	ID
Terapiyaning birinchi yo‘nalishi uchun preparatni tanlash umumiy holatga, simptomlarga, hamroh kasalliklarga, kasallikning lokalizatsiyasiga va tarqalishiga, shuningdek bemorning tanloviga va GSPBSni davolash uchun buyurilgan dorilarga bog‘liq [5]	C
Terapiyani boshlashdan oldin bemorga mumkin bo‘lgan terapevtik variantlar, ularning afzalliklari, ma’lum kamchiliklari va nojo‘ya ta’siri haqida ma’lumot berilishi kerak [5]	C
Dots.taksel - bu birinchi qatorda metastatik KRPBS bilan og‘rigan bemorlarni davolash uchun, ayniqsa visseral metastazli bemorlarning kichik guruhida, dastlabki ADT samaradorligining qisqa davri va kuchli og‘riq sindromida tavsiya etilgan dorilardan biri hisoblanadi [47, 48]	A
Abirateron – birinchi qatorda metastatik KRPBS bo‘lgan bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan dorilardan biridir (dots.taksel ishlatishdan oldin) [49]	A
Enzalutamid – birinchi qatorda metastatik prostata bezi saratoni bilan og‘rigan	A

bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan dorilardan biridir (dots.taksel ishlatishdan oldin) [50, 51]	
Metastatik KRPBS uchun ikkinchi liniya terapiya taktikasi dastlabki umumiy holatga, bemorning tanloviga, hamroh kasalliklarga va jarayonning tarqalishiga bog‘liq. Terapiyaning yangi liniyasiga o‘tishda boshqa ta’sir mexanizmi va o‘zaro rezistentligi bo‘lmagan dorilarni qo‘llash tavsiya etiladi [5, 7]	C
Kabazitaksel – bu ikkinchi qatorda metastatik KRPBS bilan og‘rigan bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan dorilardan biri bo‘lib, dots.taksel terapiyasidan so‘ng kasallikning progressiyasida, ayniqsa visseral metastazli bemorlarning kichik guruhida, qisqa muddatli samarali dots.taksel terapiyasi va kuchli og‘riq sindromida tavsiya etiladi [52 - 56]	A
Samariy-153 - bu birinchi darajali terapiyadan so‘ng kasallikning progressiyalanishida ikkinchi qatorda metastatik KRPBS bilan og‘rigan bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan dorilardan biri bo‘lib, shu jumladan og‘riq sindromi bor yoki yo‘q bemorlarning kichik guruhida (og‘riq sindromining og‘irligidan qat’i nazar), suyak shikastlanishlari va visseral metastazlarsiz bemorlarda ham tavsiya qilinadi [57 - 60]	A
Beta-emitterlarga asoslangan boshqa radionuklid preparatlarini qo‘llash og‘riq sindromini uzoq muddatli va doimiy ravishda bostirish va hayot sifatini yaxshilash vositasi sifatida tavsiya etilishi mumkin. Ushbu dorilarning bemorlarda progressiyasiz yashovchanlik (PSYA) va umumiy yashovchanlik (UYA) ga ta’siri randomizatsiyalangan sinovlarda o‘rganilmagan. Ulardan foydalanish keyingi liniyadagi XTni buyurishda gematologik toksiklik xavfini oshirishi mumkin [5 - 8]	C
Abirateron – visseral metastazlar bo‘lmagan va minimal ifodalangan og‘riq sindromi bo‘lgan bemorlarning kichik guruhida dots.taksel terapiyasidan so‘ng kasallikning progressiyalanishida ikkinchi qatorda metastatik KRPBS bilan og‘rigan bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan dorilardan biridir [61, 62]	A
Enzalutamid dots.taksel terapiyasidan so‘ng kasallikning rivojlanishi progressiyalanishida ikkinchi liniya metastatik KRPBS bilan og‘rigan bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan dorilardan biridir [51, 63]	A
KRPBS sababli abirateron yoki enzalutamid bilan terapiya boshlanganidan keyin 12 oy ichida jarayonning progressiyalanishida kabazitaksel yoki Samariy-153 terapiyasi gormonal vositani o‘zgartirishdan ko‘ra samaraliroq bo‘ladi, chunki enzalutamid va abirateron o‘rtasida o‘zaro rezistentlik mavjudligi to‘g‘risida dalillar bor [64, 65]	C
Olaparib gormonal dorilar (abirateron yoki enzalutamid ) bilan davolashdan so‘ng kasallik progressiyalangan bemorlarda, gomologik rekombinatsiya orqali	B

DNKni reparatsiyasida ishtirok etadigan genlarning germinal yoki somatik mutatsiyalari bo‘lgan mKRPBSni monoterapiyasi uchun tavsiya etiladi [66]	
Dots.taksel (va/yoki kabazitaksel) va yangi avlod antiandrogenlari bilan XT fonida yoki undan keyin progressiyalangan mKRPBS bemorlarida MSI-H aniqlanganda, pembrolizumabdan foydalanish ko‘rsatiladi [67]	C
Suyak metastazlari bo‘lgan bemorlarda suyak asoratlari xavfini kamaytirish uchun Bifosfonatlar (zoledron kislotasi) yoki denosumabdan foydalanish tavsiya etiladi [68 - 71]	A
Denosumab yoki zoledron kislotadan foydalanganda kalsiy va kolekalsiferolni qo‘shimcha iste‘mol qilishni buyurish kerak [5]	A
Og‘riqli suyak metastazlarini davolashda palliativ terapiya davolashning dastlabki bosqichida amalga oshirilishi kerak, masalan, DNT va analgetiklardan yetarli darajada foydalanish [5, 72]	B
Orqa miya siqilishi bilan bog‘liq nevrologik simptomatika mavjud bo‘lgan bemorlarga, jarrohlik aralashuvi (dekompression laminektomiya va boshqalar) tavsiya etiladi [5]	B

## 27-jadval

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

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo‘llash tartibi	ID
Gonadotropin- rilizing gormon analoglari	Gozerelin	3,6 mg 28 kunda 1 marta yoki 10,8 mg 84 kunda 1 marta teri ostiga qorin old devoriga	A
Gonadotropin- rilizing gormon analoglari	Buserelin	3,75 mg m/o har 4 haftada;	C
Gonadotropin- rilizing gormon analoglari	Leyprorelin	3,75 mg 28 kunda 1 marta teri ostiga qorin old devoriga; yoki 7,5 mg 28 kunda 1 marta; yoki 22,5 mg 3 oyda 1 marta; yoki 45 mg 6 oyda 1 marta teri ostiga qorin old devoriga;	A
Gonadotropin- rilizing gormon analoglari	Triptorelin	3,75 mg 28 kunda 1 marta yoki 11,25 mg 3 oyda 1 marta m/o	A
Gonadotropin- rilizing	Degareliks	240 mg, 120 mg dan 2 ta in‘eksiya	B

gormon antogonistlari		shaklida, keyinchalik - 80 mg.dan, in'eksiya oyda 1 marta, teri ostiga qorin old devoriga	
Antiandrogenlar	Enzalutamid	160 mg sutkada 1 marta, ichishga	A
Antiandrogenlar	Apalutamid	240 mg sutkada 1 marta, ichishga	A
Antiandrogenlar	Darolutamid	600 mg sutkada 2 marta, ichishga	A
Gormonlarning boshqa antogonistlari va shu kabi preparatlar	Abirateron atsetat	1000 mg ichishga sutkada 1 marta prednizolon 10 mg bilan kombinatsiyada, ichishga, sutkada 1 marta	A
Taksanlar	Dots.taksel	75 mg / m <sup>2</sup> v/i prednizolon bilan kombinatsiyada ichishga 10 mg/sut.	A
Taksanlar	Kabazitaksel	20-25 mg / m <sup>2</sup> v/i tomchilab, 3 haftada 1 marta sutkada prednizolon 10 mg bilan kombinatsiyada	A
Turli boshqa radioterapevtik vositalar	Samariy [153 Sa]	v/i sekin 55 kBk (0.00149 mKi)/kg dozada 4 hafta interval bilan 6 in'eksiya	A
Bisfosfonatlar	Zoledron kislotasi	v/i tomchilab 15 daqiqa davomida 4 mg 3-4 haftada 1 marta	C

### 28-jadval.

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

<b>Farmakoterapevtik guruh</b>	<b>Dori-vositasi XPN</b>	<b>Qo'llash tartibi</b>	<b>ID</b>
Antiandrogenlar	Siproteron	100 mg ichishga kuniga 2 mahal	C
Antiandrogenlar	Flutamid	250 mg 3 marta/sut. har 8 soatda	C
Antiandrogenlar	Bikalutamid	50 mg ichishga sutkada 1 marta, "qo'zish" fenomenini bartaraf etish maqsadida ADT bilan kombinatsiyada yoki 150 mg sutkada 1 marta monorejimda	C
PARP ingibitorlari	Olaparib	300 mg ichishga sutkada 2 marta	B
Suyaklar	Denozumab	120mg teri ostiga 4 haftada 1 marta	C

mineralizatsiyasiga ta'sir qiluvchi boshqa preparatlar			
--	--	--	--

## 6. Keyingi davo:

Tekshirishning minimal ko'lamini BRT, PSA, gemoglobin, kreatinin, ishqoriy fosfataza, shuningdek testosteron qiymati nazorati.

Voyaga yetgan bemorlar, agar prostata bezi saratoni uchun kimyoterapiyaning palliativ kurslarini davom ettirishga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, onkolog yoki urolog kuzatuvini va analgetik (agar kerak bo'lsa, narkotik), simptomatik terapiya tavsiya etiladi [3].

UQT, qon biokimyoviy tahlili agar kerak bo'lsa yoki ichki a'zolarining disfunktsiyasi belgilari mavjud bo'lsa o'tkaziladi.

Bo'yin, ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i, kichik chanoqni kontrastli KTsi klinik ko'rsatmalarga ko'ra bajariladi. PET/KT agar palliativ terapiyadan so'ng remissiya kuzatilsa va kasallikning progressiyasi/retsdiviga gumon bo'lsa bajariladi [6]

## 7. Palliativ davolash samaradorligi ko'rsatkichlari

Prostata bezi saratoni bilan og'rikan barcha bemorlarga, XTning 2 va 4 siklidan so'ng, kimyoterapevtik bosqich tugagandan so'ng va butun davolash dasturi tugagandan so'ng, bemorni keyingi olib borish taktikasini belgilash maqsadida, PBSni davolashga javob berishning standart mezonlariga muvofiq terapiyaga javobni baholash tavsiya etiladi.

Kasallik boshlanishidagi bemorlarda va qayta bosqichlash uchun PET/KT o'tkaziladi, davolash samaradorligi esa standart bo'yicha baholanadi.

PET/KT o'tkazilmagan bemorlar guruhiga esa, baholash samaradorlikni umumiy qabul qilingan standart mezonlariga asosan baholanadi:

### **Protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari [7]:**

PBSni davolash samaradorligi indikatorlari:

- «O'sma javobi» - o'tkazilgan davodan so'nggi o'smaning regressiyasi:

**To'la samara** - kamida 4 hafta davomida barcha shikastlanish o'choqlarining yo'qolishi.

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

**Stabilizatsiya** - (o'zgarishsiz) yangi shikastlanish o'choqlari paydo bo'lmagan holda, barcha yoki alohida o'smalarning 50% dan kam kichrayishi va 25% dan kam kattalashishi.

**Progressiyalanish** – bitta yoki ko'proq o'sma o'choqlarining 25%dan ortiq kattalashishi yoki yangi shikastlanish o'choqlarining paydo bo'lishi.

- Retsidivsiz yashovchanlik (uch va besh yillik);
- Hayot sifatiga insonning psixologik, hissiy va ijtimoiy faoliyatidan tashqari, bemor organizmining jismoniy holati ham kiradi.

## 9. Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Клиническая онкоурология / Под ред. Б. П. Матвеева. - М.: АБВ-Пресс, 2011. 934 с. - ISBN 978-5-903018-23-9;
2. Онкоурология. Национальное руководство / Под ред. В. И. Чиссова, Б.Я. Алексеева, И. Г. Русакова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 688 с. - ISBN 978-5-97042181-9;
3. International Union Against Cancer (UICC). TNM Classification of Malignant Tumours, 8th ed. Brierley D., Gospodarowicz M.K., Wittekind Ch., eds. New York: Wiley-Blackwell; 2017;
4. American Joint Committee on Cancer (AJCC). AJCC Cancer Staging Manual, 7th ed. Edge S.B., Byrd D.R., Carducci M.A. et al., eds. New York: Springer; 2009;
5. Mottet N., Cornford P., van den Bergh R.C.N., et al. EAU - EANM - ESTRO - ESUR - ISUP - SIOG Guidelines on Prostate Cancer // EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.
6. NCCN Guidelines, Prostate cancer // Version 2.2021 - February 17, 2021 ([www.nccn.org/patients](http://www.nccn.org/patients));
7. Клинические рекомендации по диагностике и лечению РПЖ. Ассоциация онкологов России, Москва 2020 г.
8. Носов Д. А., Волкова М. И., Гладков О. А., Карабина Е. В., Крылов В. В., Матвеев В. Б. и соавт. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака предстательной железы. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2020 (том 10).33.
9. Gosselaar C. et al. The role of the digital rectal examination in subsequent screening visits in the European randomized study of screening for prostate cancer (ERSPC), Rotterdam. Eur Urol 2008;54:581.
10. Алексеева Г. Н. и др. Сравнительная характеристика диагностической значимости методов обследования пациентов с подозрением на злокачественные новообразования предстательной железы. Тихоокеанский медицинский журнал 2011;3(45).
11. Stewart R.W. et al. Screening for prostate cancer. Semin Oncol 2017;44:47.
12. Wang R. et al. Prebiopsy mp-MRI Can Help to Improve the Predictive Performance in Prostate Cancer: A Prospective Study in 1,478 Consecutive Patients. Clin Cancer Res 2017;23:3692. [https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/#note\\_158](https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/#note_158)
13. Rider J.R. et al. Ejaculation Frequency and Risk of Prostate Cancer: Updated Results with an Additional Decade of Follow-up. Eur Urol 2016;70:974.
14. Bryant R.J., Sjoberg D.D., Vickers A.J. & Robinson M.C., Kumar R., Marsden L.,

Davis M., Scardino P.T., Donovan J., Neal D.E., Lilja H., Hamdy F.C. Predicting high-grade cancer at ten-core prostate biopsy using four kallikrein markers measured in blood in the ProtecT study. *J Natl Cancer Inst* 2015 Jul;107(7).

15. Митина Л.А., Казакевич В.И., Степанов С.О. Ультразвуковая онкоурология. М.: Триумф; 2009. 200 с. ISBN 978-5-89392-463-3.
16. Harshman L.C. et al. Seven-Month Prostate-Specific Antigen Is Prognostic in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer Treated With Androgen Deprivation With or Without Доцетаксел. *J Clin Oncol* 2018;36:376.
17. Nair B. et al. Early versus deferred androgen suppression in the treatment of advanced prostatic cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD003506.
18. Albertsen P.C. et al. Cardiovascular morbidity associated with gonadotropin releasing hormone agonists and an antagonist. *Eur Urol* 2014;65(3):565-573.
19. Margel D. et al. Cardiovascular Morbidity in a Randomized Trial Comparing GnRH Agonist and GnRH Antagonist among Patients with Advanced Prostate Cancer and Preexisting Cardiovascular Disease. *J Urol* 2019:101097JU00000000000000384. DOI: 10.1097/JU.00000000000000384.
20. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02663908.
21. Schroder F.H. et al. Changes in alkaline phosphatase levels in patients with prostate cancer receiving degarelix or leuprolide: results from a 12-month, comparative, phase III study. *BJU Int.* 2010 Jul;106(2):182-7.
22. Kollmeier M.A., McBride S., Taggar A., Anderson E., Lin M., Pei X., Weiji S., Voros L., Cohen G., Yamada Y., Zelefsky M.J. Salvage brachytherapy for recurrent prostate cancer after definitive radiation therapy: A comparison of low-dose-rate and high-dose-rate brachytherapy and the importance of prostate-specific antigen doubling time. *Brachytherapy* 2017 Nov-Dec;16(6):1091-1098. doi: 10.1016/j.brachy.2017.07.013. Epub 2017 Aug 21.
23. Gravis G. et al. Androgen Deprivation Therapy (ADT) Plus Доцетаксел Versus ADT Alone in Metastatic Non castrate Prostate Cancer: Impact of Metastatic Burden and Long-term Survival Analysis of the Randomized Phase 3 GETUG-AFU15 Trial. *Eur Urol* 2016;70:256.
24. Akaza H. et al. Combined androgen blockade with bicalutamide for advanced prostate cancer: long-term follow-up of a phase 3, double-blind, randomized study for survival. *Cancer* 2009;115:3437.
25. Rydzewska L.H.M. et al. Adding abiraterone to androgen deprivation therapy in men with metastatic hormone-sensitive prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *European journal of cancer* 2017;84:88-101.
26. Sun G. et al. What kind of patients with castration-naive prostate cancer can benefit

from upfront доцетаксел and abiraterone: A systematic review and a network meta-analysis. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*. Elsevier 2018;36(12):505-517.

27. Akaza H. et al. Combined androgen blockade with bicalutamide for advanced prostate cancer: long-term follow-up of a phase 3, double-blind, randomized study for survival. *Cancer* 2009;115:3437.
28. Ost P. et al. Surveillance or Metastasis-Directed Therapy for Oligometastatic Prostate Cancer Recurrence: A Prospective, Randomized, Multicenter Phase II Trial. *J Clin Oncol* 2018;36:446.
29. Sweeney C.J. et al. Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2015;373:737.
30. James N.D. et al. Addition of доцетаксел, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multiarm, multistage, platform randomised controlled trial. *Lancet* 2016;387:1163.
31. Gravis G. et al. Androgen-deprivation therapy alone or with доцетаксел in non-castrate metastatic prostate cancer (GETUG-AFU 15): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2013;14:149.
32. Kim N. Chi et al. Apalutamide for Metastatic, Castration-Sensitive Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2019;381:13-24.
33. Andrew J. Armstrong et al. Phase 3 study of androgen deprivation therapy (ADT) with enzalutamide (ENZA) or placebo (PBO) in metastatic hormone-sensitive prostate cancer (mHSPC): The ARCHES trial. *Journal of Clinical Oncology* 37, no. 7\_suppl (March 1 2019), 687-687.
34. Davis I.D., Martin A.J., Stockler M.R. Enzalutamide with Standard First-Line Therapy in Metastatic Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2019 Jul 11;381(2): 121-131. DOI: 10.1056/NEJMoa1903835. Epub 2019 Jun 2.
35. Boeve L.M.S. et al. Effect on Survival of Androgen Deprivation Therapy Alone Compared to Androgen Deprivation Therapy Combined with Concurrent Radiation Therapy to the Prostate in Patients with Primary Bone Metastatic Prostate Cancer in a Prospective Randomised Clinical Trial: Data from the HORRAD Trial. *Eur Urol* 2019 Mar;75(3):410-418. doi: 10.1016/j.eururo.2018.09.008.
36. Heidenreich A., Fossati N., Pfister D., Suardi N., Montorsi F., Shariat S., Grubmuller B., Gandaglia G., Briganti A., Karnes R.J. Cytoreductive Radical Prostatectomy in Men with Prostate Cancer and Skeletal Metastases. *Eur Urol Oncol* 2018 May;1(1):46-53. doi: 10.1016/j.euo.2018.03.002. Epub 2018 May 15.
37. Mohler J.L., Srinivas S., Antonarakis E.S., Armstrong A.J. et al. Prostate cancer. In:

NCCN Guidelines Version 4. 2019.

38. Brungs D. et al. Intermittent androgen deprivation is a rational standard-of-care treatment for all stages of progressive prostate cancer: results from a systematic review and meta-analysis. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2014; 17:105.
39. Magnan S. et al. Intermittent vs Continuous Androgen Deprivation Therapy for Prostate Cancer A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Oncol* 2015; 1:1261.
40. Hussain M. et al. Enzalutamide in Men with Nonmetastatic, Castration-Resistant Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2018;378:2465.
41. Smith M.R. et al. Disease and host characteristics as predictors of time to first bone metastasis and death in men with progressive castration-resistant nonmetastatic prostate cancer. *Cancer* 2011; 117:2077.
42. Mateo J. et al. Managing Nonmetastatic Castration-resistant Prostate Cancer. *Eur Urol* 2019 Feb;75(2):285-293. doi: 10.1016/j.eururo.2018.07.035.
43. Hussain M. et al. Enzalutamide in Men with Nonmetastatic, Castration-Resistant Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2018; 378:2465.
44. Smith M.R. et al. Apalutamide Treatment and Metastasis-free Survival in Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2018; 378:1408.
45. Fizazi K et al. *N Engl J Med*. 2019;380:1235-1246.
46. Tannock I.F. et al. Доцетаксел plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. *N Engl J Med* 2004;351:1502.
47. Kellokumpu-Lehtinen P.L. et al. 2-Weekly versus 3-weekly доцетаксел to treat castration-resistant advanced prostate cancer: a randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2013; 14:117.
48. Ryan C.J. et al. Abiraterone in metastatic prostate cancer without previous chemotherapy. *N Engl J Med* 2013;368:138.
49. Shore N.D. et al. Efficacy and safety of enzalutamide versus bicalutamide for patients with metastatic prostate cancer (TERRAIN): a randomised, double-blind, phase 2 study. *Lancet Oncol* 2016;17:153.
50. Beer T.M. et al. Enzalutamide in Men with Chemotherapy-naive Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer: Extended Analysis of the Phase 3 PREVAIL Study. *Eur Urol* 2017;71:151.
51. de Bono J.S. et al. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after доцетаксел treatment: a randomised open-label trial. *Lancet* 2010;376:1147.
52. Smith M.R. et al. Apalutamide Treatment and Metastasis-free Survival in Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2018;378:1408.

53. Sartor A. et al. Cabazitaxel vs доцетаксел in chemotherapy-naive (CN) patients with metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC): A three-arm phase III study (FIRSTANA). *J Clin Oncol* 2016;34: Abstract5006.
54. Eisenberger M. et al. Phase III Study Comparing a Reduced Dose of Cabazitaxel (20 mg/m (2)) and the Currently Approved Dose (25 mg/m(2)) in Postдоцетаксел Patients With Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer-PROSELICA. *J Clin Oncol* 2017; 35:3198.
55. Resnick M.J. et al. Prostate cancer survivorship care guideline: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline endorsement. *J Clin Oncol* 2015;33:1078.
56. Parker C. et al. Alpha emitter radium-223 and survival in metastatic prostate cancer. *N Engl J Med* 2013; 369:213.
57. Hoskin P. et al. Efficacy and safety of radium-223 dichloride in patients with castration-resistant prostate cancer and symptomatic bone metastases, with or without previous доцетаксел use: a prespecified subgroup analysis from the randomised, doubleblind, phase 3 ALSYMPCA trial. *Lancet Oncol* 2014; 15:1397.
58. Saad F., Carles J., Gillessen S. et al. Radium-223 and concomitant therapies in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer: an international, early access, open-label, single-arm phase 3b trial. *Lancet Oncol* 2016;17(9):1306-16. DOI: 10.1016/S1470-2045(16)30173-5.
59. Smith M.R. et al. ERA 223: A phase 3 trial of radium-223 (Ra-223) in combination with abiraterone acetate and prednisone/prednisolone for the treatment of asymptomatic or mildly symptomatic chemotherapy-naive patients with mCRPC. ESMO Congress Oct 19-23, 2018, Munich, Germany; 2018.
60. Roviello G. et al. Targeting the androgenic pathway in elderly patients with castration-resistant prostate cancer:A meta-analysis of randomized trials. *Medicine (Baltimore)* 2016;95:e4636.
61. Fizazi K. et al. Abiraterone acetate for treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer: final overall survival analysis of the COU-AA-301 randomised, doubleblind, placebo-controlled phase 3 study. *Lancet Oncol* 2012;13:983.
62. Scher H.I. et al. Increased survival with enzalutamide in prostate cancer after chemotherapy. *N Engl J Med* 2012;367:1187.
63. Badrising S. et al. Clinical activity and tolerability of enzalutamide (MDV3100) in patients with metastatic, castration-resistant prostate cancer who progress after доцетаксел and abiraterone treatment. *Cancer* 2014;120:968.
64. Zhang T. et al. Enzalutamide versus abiraterone acetate for the treatment of men with metastatic castration-resistant prostate<sub>92</sub> cancer. *Expert Opin Pharmacother*

2015;16:473.

65. de Bono J. et al. Olaparib for Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. *N Engl J Med* NEJMoa1911440 2020. doi: 10.1056/NEJMoa1911440.
66. Rexer H. et al. Phase II study of pembrolizumab (MK-3475) in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer (KEYNOTE-199)-study AP 93/16 of the AUO. *Urologe A* 2017 Nov;56(11):1471-1472. doi: 10.1007/s00120-017-0519-9.
67. Evans C.P. et al. The PREVAIL Study: Primary Outcomes by Site and Extent of Baseline Disease for Enzalutamide-treated Men with Chemotherapy-naive Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer. *Eur Urol* 2016;70:675.
68. Resnick M.J. et al. Prostate cancer survivorship care guideline: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline endorsement. *J Clin Oncol* 2015;33:1078.
69. Fizazi K. et al. Denosumab versus zoledronic acid for treatment of bone metastases in men with castration-resistant prostate cancer: a randomised, double-blind study. *Lancet* 2011;377:813.
70. Smith M.R. et al. Denosumab and bone-metastasis-free survival in men with castration-resistant prostate cancer: results of a phase 3, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2012;379:39.
71. Westhoff P.G. et al. Quality of life in relation to pain response to radiation therapy for painful bone metastases. *International Journal of Radiation Oncology\* Biology\* Physics* 2015;93(3):694-701.
72. Bono J.S. et al. Subsequent Chemotherapy and Treatment Patterns After Abiraterone Acetate in Patients with Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer: Post Hoc Analysis of COU-AA-302. *Eur Urol* 2017;71:656.
73. Bonekamp D, Jacobs MA, El-Khouli R, Stoianovici D et al. Advancements in MR imaging of the prostate: from diagnosis to interventions. *Radiographics*, 2011 - [pubs.rsna.org](http://pubs.rsna.org)
74. Focal magnetic resonance guided focused ultrasound for prostate cancer: Initial North American experience. *Can Urol Assoc J.* 2012 Dec; 6(6): E283-E286.
75. Gillessen S. et al. Management of patients with advanced prostate cancer: recommendations of the St Gallen Advanced Prostate Cancer Consensus Conference (APCCC) 2015. *Ann Oncol* 2015;26:1589.
76. Hoeks CM, Barentsz JO, Hambrock T., Yakar D, Somford DM, Heijmink SW, Scheenen TW, Vos PC, Huisman H, van Oort IM, et al. Prostate cancer: multiparametric MR imaging for detection, localization, and staging *Radiology*. 2011; 261 (1): 46-66.

77. Kirkham A.P.S. , Emberton M., Hoh I.M., O Illing R. et al. MR imaging of prostate after treatment with high-intensity focused ultrasound. *Radiology*. 2008 Mar;246(3):833-44.
78. Napoli A.,Cartocci G., Boni F., Del Monte M et al. Focused Ultrasound Therapy of the Prostate with MR Guidance. *Current Radiology Reports* volume 1, pages154-160(2013) Springer Nature
79. Napoli A., Scipione R., Anzidei M., Dababou S., Marrocchio C., Catalano C. Focal MR-Guided Focused Ultrasound Treatment of Localized Low-Intermediate Risk Prostate Cancer: Feasibility Study. March 13, 2019
80. New prospectives in MRI-guided focused ultrasound (MRgFUS) treatment for localised prostate cancer. Congress: ECR 2017 Poster Number: C-3129 <https://dx.doi.org/10.1594/ecr2017/C-3129>.
81. RSNA 2018: MRgFUS treatment of localized intermediate-risk prostate cancer. *Appl Radiol*. By Staff News Brief| January 24, 2019
82. Vargas HA, Akin O, Franiel T., Mazaheri Y, Zheng J, Moskowitz C, Udo K, Eastham J, Hricak H. Diffusion-weighted endorectal MR imaging at 3 T for prostate cancer: tumor detection and assessment of aggressiveness. *Radiology*. 2011. 259 (3): 775-84.
83. Yuh B., Liu An, Beatty R., Jung A., and Wong J.Y. C. Focal therapy using magnetic resonance image-guided focused ultrasound in patients with localized prostate cancer. *J Ther Ultrasound*. 2016; 4: 8.
84. Ramsay, C.R., et al. Ablative therapy for people with localised prostate cancer: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 2015. 19: 1.
85. Калькулятор для расчета ВУПСА: <https://calculatepsa.kz/calculator-psa> (Дата обращения: 16.06.2022).