

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

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

**"СИЙДИК ЮҚОРИ ЙЎЛЛАРИ УРОТЕЛИАЛ  
САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**"ТАСДИҚЛАЙМАН"**

Республика ихтисослаштирилган  
Онкология ва радиология илмий-  
амалий тиббиёт маркази директори

**М. Н. Тилляшайхов**



**"СИЙДИК ЮҚОРИ ЙЎЛЛАРИ УРОТЕЛИАЛ  
САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**"СИЙДИК ЮҚОРИ ЙЎЛЛАРИ  
УРОТЕЛИАЛ САРАТОНИ"  
НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ДИАГНОСТИКА  
ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Кириш қисми

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

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

- **Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-11 коди (лар):**

<b>ХКК(МКБ)-11:</b>	
<b>Код</b>	<b>Номи</b>
С 65	Буйрак жомининг хавфли ўсмаси
С 66	Сийдик найининг хавфли ўсмаси
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола): <a href="#">МКБ-11: 2С9 Злокачественные новообразования мочевыводящих путей</a>	

<b>МКБ-11:</b>	
<b>Код</b>	<b>Название</b>
2С91	– Буйрак жомининг хавфли ўсмаси
2С91.0	– Буйрак жоми уротелиал саратони
2С91.У	– Бошқа аниқланган буйрак жоми хавфли ўсмалари
2С91.З	– Бошқа аниқланмаган буйрак жоми хавфли ўсмалари
2С92	– Сийдик найи хавфли ўсмалари
2С92.0	– Сийдик найи уротелиал саратони
2С92.У	– Бошқа аниқланган сийдик найи хавфли ўсмалари
2С92.З	– Бошқа аниқланмаган сийдик найи хавфли ўсмалари
Скачать (ссылка с МКБ <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678</a> )	

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

2025/2027 йил.

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

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

**- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:**

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

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

1. Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директори;
2. Бойко Елена Владимировна – т.д., РИОваРИАТМ онкоурология бўлими илмий раҳбари;
3. Хасанов Шерали Тоштемирович – т.ф.н., РИОваРИАТМ онкоурология бўлими мудирлари;
4. Камишов Сергей Викторович – т.ф.д., РИОваРИАТМ кимё терапия бўлими илмий раҳбари;
5. Юсупов Шерали Хасанович – т.ф.н., РИОваРИАТМ Тошкент шаҳар филиали онкоурология бўлими мудирлари.

**- Такризчилар:**

**Республикадан:**

Аллазов Саллах Аллазович – т.ф.д., Самарқанд давлат тиббиёт университети урология кафедраси профессори.

**Хориждан:**

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

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

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

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

**Республикадан:**

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

**Хориждан:**

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

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

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

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

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

- Шифокор-онкологлар;
- Онкоурологлар;
- Шифокор- катталар жаррохлари;
- Радиотерапевтлар;
- Генетиклар;
- Умумий амалиёт шифокорлари;
- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
- Шифокор-терапевтлар;
- ОТМ талабалари, магистрлар, ординатор ва аспирантлар.

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

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

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

<b>ДИД</b>	<b>Батавсил</b>
------------	-----------------

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

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

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

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

ДИД	Батавсил
A	Кучли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлар (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари келишилган).

<b>Б</b>	Шартли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, ҳамма тадқиқотлар ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва / ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари келишилмаган).
<b>С</b>	Заиф тавсия (тегишли сифат далилларининг йўқлиги, кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари келишилмаган).

## **Мундарижа**

<b>«ЮҚОРИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ УРОТЕЛИАЛ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....</b>	<b>5</b>
<b>«ЮҚОРИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ УРОТЕЛИАЛ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....</b>	<b>44</b>
<b>«ЮҚОРИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ УРОТЕЛИАЛ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....</b>	<b>59</b>
<b>«ЮҚОРИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ УРОТЕЛИАЛ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ПАЛЛИАТИВ ЁРДАМ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....</b>	<b>77</b>

## ҚИՐҚАՐТМАЛАР РЎЙХАТИ:

ПЯ	– Прогрессиясиз яшовчанлик
В/И	– Вена ичига
ЖССВ	– Жахон соғлиқни сақлаш вазирлиги
ГТ	– гормонал терапия
ИГХ	– Иммуногистохимик
КТ	– Компьютер томография
НТ	– Нур терапия
ЛТ	– Лимфа тугун
КТ	– компьютер томография
КХТ-11	– касалликлар халқаро таснифи 11-қайта кўриги
НТ	– нур терапия
МРТ	– магнит-резонанс томография
КХТ-11	– касалликлар халқаро таснифи 11-қайта кўриги
МРТ	– магнит-резонанс томография
ПЭТ/КТ	– КТ билан биргаликда позитрон эмиссион томография
МСКТУ	– Мультиспиральная компьютерная томографическая урография
НО	– Ножоя аломатлар
УЯ	– Умумий яшовчанлик
ҚС	– Қовуқ саратони
РНЭ	– Радикал нефруретерэктомия
ЛС	– Линч синдроми
УС	– Уротелиал саратон
ЮСЮС	– Юқори сийдик йўллари уротелиал саратони
КТ	– Кимйотерапия
ОЖЧ	– Объектив жавобрал частотаси
СИС	– Саратон ин ситу
ЕСОГ	– ПС (англ. эастерн Сооперативе Онсологй Групп перформансе статус) беморнинг умумий ахволини Шарқо онкологлар йеғилиши шкаласи бўйича баҳолаш
ФИСГ	– Флуоресцентная ин ситу гибридизацияси
РЕСИСТ	– (англ. Респонсе эвалуатион Сритериа ин Солид Туморс) -солид ўсмалар ўтказилган давога жавоби
иРЕСИСТ	– (англ. Иммуно-модифиед Респонсе эвалуатион Сритериа ин Солид Туморс) – Солид ўсмаларнинг иммунологияга боғлиқ жавоб критерияри»

## 2. Асосий қисм.

### - Кириш

Уротелиял саратон ёмон сифатли ўсмаларнинг тарқалиши бўйича простата беши, кўкрак беши, ўпкалар ва колоректал саратондан кейин 4-ўринни эгаллайди [1] [[хттпс://дои.орг/10.3322/саас.21590](https://doi.org/10.3322/caac.21590) ]. Ушбу турдаги ўсмалар пастки сийдик чиқариш йўлларида (сийдик пуфаги, ёки уретра) ҳамда юқори сийдик чиқариш йўлларида (Косача-жомча тизими ёки сийдик йўли) пайдо бўлиши мумкин. Бир йил давомида буйрак ва буйрак косача-жомча тизими янги саратон холатлари 100 000 кишига 17,2 ни ташкил етди. Ўлим даражаси 100 000 кишига 3,4 ни ташкил етди. Ушбу ракамлар беморлар йоши ва янги холатларни инобатга олган холда корректлаштирилган ва 2017 йилдан 2021 йилгача бўлган вақт даврида регистрация қилинган ва ўлим холатлари 2018 йилдан 2022 йилгача содир бўлган ўлим холатлари инобатга олган холда. [ [хттпс://сеер.сансер.гов/статфастс/хтмл/кидрп.хтмл](https://seer.cancer.gov/statfacts/html/kidrp.html) ]. [2]

Тахминан учдан икки қисми юқори сийдик чиқариш йўлларида уротелиал саратонига чалинган беморлардан ташхис қойилган вақтда аллақачон инвазив касалликка эга бўлишади. Таққослаш учун, фақат 15-25% мушакларга инвазив қовуқ ўсмаларига чалинган беморлар шу босқичга эга [ДОИ: [10.1007/c00345-016-1928-x](https://doi.org/10.1007/c00345-016-1928-x) ; ДОИ: [10.1002/cncr.24135](https://doi.org/10.1002/cncr.24135)]. Сийдик юқори йўллари уротелиал саратонига дуч келган беморлар, касаллик юқори чўққисига 70 дан 90 йошигача бўлган беморларда учрайди. [ДОИ: [10.1007/c00345-010-0594-7](https://doi.org/10.1007/c00345-010-0594-7)]. [5]

Юқори сийдик йўлларида ўтувчи хужайрали саратони геномик хусусиятлари сийдик қопи саратони қайталаниши хавфини аниқлашга йордам бериши ва Линч-синдроми билан боғлиқ ўсмаларни аниқлашда фойдали бўлиши мумкин. Ушбу ўсмаларнинг аксарияти МШ2 и МШ6 генлари мутатсияси сабабли пайдо бўлиши мумкин.

Сийдик юқори йўлларида геном характеристикаси қовуқ саратони қайталаниши ва Линч синдроми ўсмаларини аниқлаш мақсадига мувофиқ бўлган маълумотларини олса бўлади. Ўсмаларнинг аксарият қисми МШ2 ва МШ6 генлари мутатсияга дуч келган инсонларда учрайди. Наслдан-наслга ўтадиган мос келмасликни тиклаш генларида мутациялар, Линч синдромига олиб келувчи, фақатгина СЮЎ саратонига учраган беморлар 9%да аниқланади, қовуқ саратонига учраган 1% беморлар билан солиштириганда. Ушбу холат 60 йошгача бўлган беморларни скрининг қилиш кераклигини оқлайди. Ундан ташқари, СЮЎС ёлғиз холатларида ММР гени мутатсияларини аниқлаш мақсадида иммуногистохимик текширувини ўтқизиш мумкин. [ ДОИ: [10.1001/жамаонсол.2018.0539](https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2018.0539) ; ДОИ: [10.1002/1878-0261.12325](https://doi.org/10.1002/1878-0261.12325) ] [6,7]

- **Нозология умумий хусусиятлари** (маълумот манбасига ҳавола: <https://doi.org/10.24835/1607-0763-2018-1-78-92> [8] )

Уротелиал карцинома – бу хавфли ўсма тури бўлиб, уротелий шиллик ҳужайраларидан ривожланади. Бу ўсма тури юқори сийдик йўлларида (буйрак косача – жом системаси ва сийдик найи) , ва шу билан бирга, пастки сийдик йўлларида ( сийдик уретра) ҳам учрайди. пуфаги ва Юқори сийдик йўллари уротелиал саратони (ЮСЮС) жуда кам учрайдиган нозология бўлиб, барча уротелиал саратонларнинг 5–10% ини ташкил қилади.

Адабиётларда юқори сийдик йўллари саратони ҳақида бирламчи маълумотлар 1841 йилда француз патологоанатоми Р. Райер томонидан ( Р. Кусс ва С. Чателаин маълумотига кўра, 1975 й.) ёзилган. 1902 йилда француз урологи Ж. Албарран томонидан биринчи марта операциягача бўлган муддатда сийдик найи саратони ташхиси қўйилган (Б. Бира релли ва Г. Морбидусси маълумотларига кўра, 1963 ).

Уротелиал саратон ривожланишига олиб келувчи омиллар:

- чекиш ;
- оғир металллардан интоксикация ;
- буйрак жоида конкрементларнинг узок вақт туриши;
- маълум бир кимёвий моддаларнинг канцероген таъсири (бензидинин, β-нафталин, 4-аминобифенил, 4,4ъ-диаминобифенил каби моддалар);
- маргимуш бирикмалари ;
- сийдик найи дивертикулларида сийдик димланиши ;
- баъзи бир анальгетикларни , масалан, фенацетинни истеъмол қилиш;
- аристолох кислота ҳосиласи д-аристолактама р53 генида, 139 кодонида мутация чақиради ( бу мутация жуда кам учрайди, асосан, хитой халқ табобати препаратини қабул қилганларда ёки болқон нефропатияси мавжуд беморларда учрайди).
- сульфотрансфераза активлигини пасайтирувчи СУЛТ1А1\*2 вариантли аллели ва 8қ24 хромосомада рс9642880 Т-аллелида полиморфизм .

Чекиш ЮСЮС ривожланиш хавфини 2,5 дан 7 мартагача оширади. Маълум бир ароматик аминлар билан касб билан боғлиқ ҳолда узок муддат ишлаш ( рангли бўёқлар, текстил, кимё, нефт ва кўмир саноатида ишловчилар) ҳам хавф омили

ҳисобланади. Бу каби ишлаб чиқариш корхоналарида ишловчилар маълум бир кимёвий моддалар канцероген таъсирида бўлишади (бензидин ва β-нафталин). Экспозиция муддати тахминан 7 йил ҳисобланади (латент даври – 20 йилгача). Ароматик аминлар билан алоқада бўлгандан кейин ЮСЮС ривожланиш хавфи 8 мартагача ошади [ДОИ: [10.1016/j.eururo.2013.06.010](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.06.010)]. [9]

Аристолох кислота – нитрофенантренкарбон кислота ҳисобланиб, Аристолохиа авлоди ўсимликларидан ажралади ва сийдик йўлларида турли хил таъсир қилади. Аристолох кислота буйрак проксимал каналчаларини қайтмас шикастлайди, натижада сурункали тубулоинтерстициал нефритга сабаб бўлади, шунингдек, бу кимёвий канцероген модданинг мутаген таъсири ЮСЮС ривожланишига сабаб бўлади. [ДОИ: [10.1002/em.21756](https://doi.org/10.1002/em.21756). дои: [10.3390/ijms18020297](https://doi.org/10.3390/ijms18020297)]. [10,11]

Уротелиал саратон кўп ҳолларда сийдик пуфагида (90–95 %) учрайди, атига 5–10 % ҳолларда юқори сийдик йўлларида учрайди. Ғарб мамлакатларида ЮСЮС билан йиллик касалланиш деярли 100 000 аҳолида 2 ҳолатда учрайди. Охирги бир неча 10 йилликда, диагностика сифати яхшиланиши ва қовуқ саратони билан беморларда яшовчанлик ошиши сабабли, касалланиш кўрсаткичлари ошиши кузутилган. Буйрак жоми саратони сийдик найи саратонига қараганда, 2 баробар кўп учрайди. Ёндош юқори сийдик йўлларида карцинома ин ситу (сарсинома ин ситу, СИС) 11 дан 36 % гача бўлган частотада учрайди. ЮСЮС да 17 % беморларда сийдик пуфаги саратони ҳам учрайди. Сийдик пуфагида ЮСЮС рецидиви 31–50 % ҳолларда учраса, қарама-қарши тараф буйрак жомида рецидив ҳолатлари 2–6 % беморларда қайд қилинган [ДОИ: [10.1016/j.eururo.2019.08.016](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.08.016) ; ДОИ: [10.1016/j.eururo.2009.12.032](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2009.12.032)]. [12,13]

Шундай қилиб, юқори сийдик йўллари билан касалланиш учраш частотаси, тарқалиши, ўсиш тенденцияси, шунингдек, турли хил факторларга боғлиқ ҳолда яшовчанликни ўрганиш янги профилактика, скрининг ва самарали даво учулларини яратишда аҳамиятлидир.

- **Клиник таснифи** [[МКБ-11: 2С9 Злокачественные новообразования мочевыводящих путей](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.08.016)] [14]

МКБ-11 бўйича бирламчи ўсма қайси аъзода пайдо бўлганлиги тарзда таснифлаштирилади:

- С65–буйрак жомча тизими хавфли ўсмалари;
- С66–юқори сийдик йўли хавфли ўсмалари.

## Гистологик турлари

95% ўтувчи хужайрали саратонлар уротелийдан келиб чиқади ва ЮСЎЎХСга ёки сийдик қопага тегишли бўлади. ЮСЎЎХСга келсак, морфологик турлари энг кўп учрайдиган турлари буйрак уротелиал ўсмалари бўлади. Айнан шу турлари юқори хавфли потенциалга эга бўлиб, қуйидаги турларга бўлинади: микропапилляр, оч-хужайрали, нейроэндокрин ва лимфоэпителиал. Йиғувчи протоклар саратони ва ЮСЎЎХС эмбрионал келишуви ҳисобига ўхшаш хусусиятларга. Юқори сийдик йўллари ўсмалари ноуретрал морфологик тузулмага эга бўлган юқори сийдик йўллари ўсмалари камдан кам учрайди. Юқори сийдик йўллари эпидермоид саратони- 10% косача-жомча тизими ва юқори сийдик йўлларида учрайди. Қолган морфологик турлари аденокарцинома билан тақдим этилган (<1%), нейроэндокрин саратон ва саркома. [DOI: [10.4132/жптм.2023.12.11](https://doi.org/10.4132/jptm.2023.12.11)] [15]

## Тасниф

ЮСЎЎХС таснифи ва морфологияси сийдик қопа билан бир хил. Инвазив папилляр ўсмалар (папилляр ўтувчи хужайрали ўсмалар, паст хавф потенциали билан, low-граде папилляр ўтувчи хужайрали саратон, ҳигҳ-граде папилляр ўтувчи хужайрали саратон) ямоқсимон шикастланишлар (сарсинома ин ситу [СИС]), ва инвазив саратон. Сийдик қопа учун кўрсатилган барча ўтувчи хужайрали саратонлар, юқори сийдик йўлларида ҳам учраши мумкин. [doi: [10.32074/1591-951X-838](https://doi.org/10.32074/1591-951X-838)] [16]

Ёмон сифатли ўсимталарнинг Халқаро онкологик касалликлар билан курашиш иттифоқи томонидан ТНМ-таснифи, 2017 (8-нашр) [хттпс://www.wiley.com/en-us/ТНМ+Слассифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579](https://www.wiley.com/en-us/ТНМ+Слассифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579)] [17]

ТНМ-таснифига кўра (англ. тумор, нодус и метастасис – ўсма, тугун, метастазлар), регионар лимфа тугунлар сифатида, буйрак дарвозаси йонида жойлашган, парааортал, паракавал ва юқори сийдик йўли учун- кичик чаноқ лимфа тугунлари кўрилади. Зарарланган томон Н-таснифига таъсир қилмайди.

## Касалликни стадиялаштириш

[[хттпс://www.wiley.com/en-us/ТНМ+Слассифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579](https://www.wiley.com/en-us/ТНМ+Слассифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579)] [17].

Жомча ва юқори сийдик йўллари хавфли ўсмаларини стадиялаш ТНМ АЖСС/УИСС (2017) 8-чи қайта кўригига асосланган (Америсан Жоинт Коммитте

он Сансер, АЖСС – Саратонни ўрганиш Америка қошма комитети, Унион Интернационале Сонтре ле Сансер, УИСС – Халқаро онкологик касалликлар билан курашиш қошмаси) Международный союз по борьбе с онкологическими заболеваниями).

#### 4 жадвал. ТНМ таснифи

<b>Т – бирламчи ўсма</b>	Tx	Бирламчи ўсма аниқлан имкони йўқ
	T0	Бирламчи ўсма аниқланмади
	Ta	Ноинвазив папилляр саратон;
	Tис	СИС
	T1	Ўсма субэпителиал бириктирувчи тўқимагача ўсиб кирган;
	T2	Ўсма мушак қатламини зарарлайди;
	T3	(Буйрак жомчаси) ўсма мушак қатлампдан ташқарига ўсиб чиқади, перипелвикал тўқимага ва буйрак паренхимасига ўсиб кирган; (сийдик найи) ўсма мушак қаватидан ўтган ва периуретрал йоғли тўқимага ўсиб уткан;
	T4	Ўсма қўшни аъзоларни зарарлайди ва паранефрал тўқимага ўсиб киради;
<b>Н – регионар лимфа тугунлар</b>	Nx	Регионар лимфа тугунларни баҳолашга маълумотлар йетарли эмас
	N0	Регионар лимфа тугунларда метастазлар йўқ
	N1	1 дона регионар лимфа тугунда $\leq 2$ см энг катта ўлчамда бўлган метастаз ;
	N2	1 дона регионар лимфа тугунда $> 2$ см энг катта ўлчамда бўлган метастаз ёки бир неча лимфа тугунларда
<b>М – Узоқ метастазлар</b>	Mx	Узоқ метастазларни аниқлаш имкони йўқ
	M0	Узоқ метастазларни мавжуд эмас
	M1	Узоқ метастазлар

Ўсма жараён босқичи ТНМ таснифи катерогиясига боғлиқлиги 5чи жадвалда кўрсатилган

#### 5 Жадвал. ТНМ категориясига ўсма жараён боғлиқлиги

Стадия	Т	Н	М
Оис, 0а	ис, а	0	0

И	1	0	0
ИИ	2	0	0
ИИИ	3	0	0
ИВ	4	0	0
	1–4	1–2	0–1

### 3. Диагностика усуллари, ёндошувлар, тиббий амалиётлар ёндошувлари ва диагностик.

#### Ташхис қўйишда диагностик критериялар:

ЮСЮС бирламчи диагностикаси ва кейинги жараёни босқичлаш қуйидаги маълумотларга нисбатан қолланилади:

- Анамнез маълумотлари;
- Объектив кўрик маълумотлари;
- Лаборатор текширувлар маълумотлари;
- Инструментал текширувлар маълумотлари;
- Морфологик текширувлар маълумотлари.

Клиник ташхис қўйишдаги натижаларга асосланган:

1) Буйрак жомчаси, сийдик найи ёки косачаларда бирламчи ўсма контраст модданинг тўплаши инструментал текширувлар ёрдамида аниқлаш.

2) Биопсия ёки жаррохлик амалиёти ёрдамидан олинган намунанинг хавф даражасини морфологик текшируви ёрдамида аниқлаш.

Буйрак жомчаси, сийдик найи ёки буйрак косачаларида аниқланган солид ўсмалар нур текширувлар ёрдамига контраст моддасининг тўпланиши аниқланса (компьютер томография (КТ) контраст билан ва/ёки магнитрезонанс томография контраст билан) морфологик верификациясиз хирургик даво қўлланилиши мумкин.

#### Шикоятлар [ДОИ: [10.1038/нрурол.2012.32](https://doi.org/10.1038/нрурол.2012.32)] [18]

• Макрогематурия ва/ёки Линч синдроми мавжуд бўлган, аммо сийдик қопада ўсма аниқланмаган беморларнинг, ЮСЮС аниқлаш мақсадида, бемор шикоятлари ва анамнезини йегиш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/ж.еуруро.2020.05.042](https://doi.org/10.1016/ж.еуруро.2020.05.042)]. [19]

- ЮСЮС ташхиси беморнинг симптомлари асосида ёки тасодифан топилиши

мумкин. Макро- ёки микрогематурия энг кенг тарқалган симптомлардан бири бўлиб, 70-80% беморларда аниқланади.

### **Физикал текширув**

• Макрогематурия ва белдаги оғриқлар мавжуд бўлган беморларга, ЮСЮС таъхисини истисно қилиш мақсадида пухта физикал текшируви тавсия этилади. [DOI: [10.1016/j.eururo.2020.05.042](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.05.042)]. [19]

• Ёнбошдаги оғриқлар тахмиман 20% беморларда, пайпаслаганда сезиладиган ўсма эса 10 % беморларда қайд этилади [DOI: [10.1016/j.juro.2010.12.035](https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.12.035)]. [20]

ЮСЮС билан боғлиқ бўлган тизимли аломатлар (анорексия, вазин йўқотиш, ўзини ёмон хис қилиш, чарчаш, иситма, тунги терлаш ёки йўтал) эҳтиёткор бўлиши керак ва метастатик жараённи ҳам инкор этиш зарур, ҳамда шу аломатлар ёмон прогноз билан боғлиқ бўлиши мумкин. [DOI: [10.1016/j.urolonc.2009.11.007](https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2009.11.007)]. [21]

### **Лаборатор**

### **диагностик**

### **текширувлар.**

<https://www.dissersat.com/сонтент/современная-диагностика-и-лечение-уротелиалного-рака-верхних-мочевых-путей> ] [22]

• Қон умумий таҳлили – бошланғич босқичларда ўзгаришлар йўқ. Кечроқ босқичларда кўпроқ турли даражада ифодаланган анемия, лейкоцитоз, ЭТнинг ошиши характерли;

• Умумий пешоб таҳлили - макро ёки микрогематурия; оқсил, лейкоцитурия, бактериуриянинг биров ошиши. Таҳлилда ҳеч қандай ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин;

• Биокимёвий қон таҳлили (умумий оқсил, мочевино, креатинин, билирубин, глюкоза) - буйрак етишмовчилиги белгилари, ҳамроҳ патология кўринишидаги асоратларни аниқлаш имконини беради;

• Коагулограмма - қон ивишининг бузилиши кузатилиши мумкин;

• Коптокчалар филтратсия тезлиги- буйрак фаолиятини текшириш мақсадида, айниқса ягона буйрак ўсмаси бўлган ҳолатда.

• МЛХ1, МШ2, МШ6, ПМС2 генларидаги герминал мутацияларга текшириш — Агар Линч синдромига шубҳа қилинган бўлса ёки қон қариндошларида бу синдром бўлса.

• Пешоб бактериал текшируви (пешоб экмаси)- беморга қўлланилиши мумкин бўлган даво, диагностика ва иккиламчи профилактика тактикасини аниқлаш мақсадида.

### **Инструментал текширувлар**

• **Мултиспирал компьютер томография урография (МСКТУ)**  
[ДОИ: [10.1016/j.juro.2009.08.144](https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.08.144)]. [23]

• Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси МСКТУ контраст билан, юқори сийдик йўллари текшируви олтин стандарти бўлиб, экскретор урографияни ўрнини босган (айнан шу текширув услуби оптимал шароитларда ўтказилиши шарт ва экскретор фаза билан, Контраст моддаси қўлланишидан олдин ва кейин 1 мм қадам билан спирал режимда сканерлашни амалга ошириш керак.

• ЮСЮС аниқлаш даражаси бу турдаги тадқиқотлар учун қоникарли деб ҳисобланади: сезгирлик – 96 %, махсуслик – 99 % 5 дан 10 мм гача бўлган полипсимон ўсмалар учун. [ДОИ: [10.1016/j.juro.2010.12.035](https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.12.035)]. [20] Сезгирлик 5 мм дан кичик полипсимон ўсмалар учун 89 % гача пасаяди ва 3 мм дан кичик хасталиклар учун 40 % ни ташкил қилади.

• ЮСЮС шубҳа бўлган МСКТУ текшируви ёрдамида буйрак жомча ва сийдик найи деворлари қалинлигини баҳолаш мумкин. Асосий қийинчилик ясса ўсмаларни идентификация қилишда қолмоқда, чунки улар катта инфилтрация ривожлангунга қадар аниқланмайди.

• Гидронефрозни дооперацион текширув босқичида аниқлаш кенг тарқалган патологик жараён бўлиб ва ёмон онкологик натижалар билан боғлиқ эканлиги кўрсатилган. Кенгайган ЛТнинг мавжудлиги ёмон прогнознинг предиктори ҳисобланади [ДОИ: [10.1007/s00345-014-1311-8](https://doi.org/10.1007/s00345-014-1311-8)]. [24]

## **Ультратовушли текширув**

• Макрогематурия ва/ёки бел остида оғриққа эга бўлган барча беморларга буйрак ва қорин парда орти соҳаси, ковуқ ультратовушли текшируви ЮСЎУС ва пешоб қопи ўсмаларини истисно қилиш мақсадида ўтказиш тавсия этилади.

ЮСЮС тасдиқланган барча беморларга, қорин бўшлиғи, қорин парда орти соҳаси ва ёнбош лимфа тугунлар ультратовушли текшируви тавсия этилади. [ДОИ: [10.1007/s11255-020-02615-7](https://doi.org/10.1007/s11255-020-02615-7)]. [25]

## **МСКТ**

• ЮСЮС истисно этиш мақсадида, макрогематурия ва/ёки бел соҳасидаги оғриқлар бўлган беморларга кўкрак қафаси МСКТ контраст билан текширувини ўтказиш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/j.eururo.2020.05.042](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.05.042)]. [19]

• Агар 4 хафта давомида оптимал нур текширув амалиёти ўтказиш имкони бўлмаса, МСКТ текширувини ўрнига кўкрак қафаси рентген текширувини ўтказиш рухсат этилади.

• **МРТ** [ДОИ: [10.1016/j.juro.2009.12.031](https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.12.031)] [26]

- Макрогематурия ва/ёки бел остида оғриққа эга бўлган барча беморларга қорин бўшлиғи, қорин парда орти соҳаси ва кичик чаноқ бўшлиғи контраст кучайиши билан бирга МРТ текшируви ЮСЮС истисно қилиш мақсадида ўтказиш тавсия этилади.

- МРТ МСКТУни амалга ошириш имконсиз бўлган беморларга кўрсатилади. МРТда ЮСЮС аниқланиш жиҳатдан 75 % ни ташкил қилади (2 см дан кичик ўсмалар учун контраст моддаси қўлланилади). Буйрак фаолияти паст бўлган (креатинин клиренси 30мл/дақ.дан паст) беморларга МРТ контрасти билан ўтказиш нефроген тизимли фиброз ривожланиши туфайли қарши кўрсатилган. ЮСЮС аниқлаш мақсадида қўлланиладиган контрастсиз МРТ текшируви МСКТУ текширувига нисбатан самарадорлиги паст.

- ЮСЮС билан оғриган ва неврологик симптомлари бор беморларга бош миянинг МРТсини веноз контраст билан ўтказиш тавсия этилади, бош миянинг метастатик зарарланишини аниқлаш учун (МРТга қарши кўрсатмалар бўлганда, бош миянинг КТсини веноз контраст билан ўтказиш мумкин). [ДОИ: [10.1093/неуонс/now241](https://doi.org/10.1093/неуонс/now241)]. [27]

**Цистоскопия, уретероскопия, уретеропиелоскопия биопсия билан**  
[ДОИ: [10.1111/бжу.13935](https://doi.org/10.1111/бжу.13935).] [28]

- Макрогематурия ва/ёки бел остида оғриққа эга бўлган барча беморларга цистоскопия, уретероскопия, уретеропиелоскопия ва биопсия билан ўтказиш жароҳлик олди даврда ЮСЮС истисно этиш мақсадида тавсия этилади.

- Уретероскопия – ЮСЮСни аниқлаш мақсадида энг яхши услуб бўлади. Эгилувчан уретероскоп йордамида макроскопик сийдик найи ва буйрак катта косачаларни 95 % ҳолатларда кўриш имконини, ўсма турини аниқлаш, биопсия олиш, хавф даражасини 90% ҳолатларда аниқлаш ва кам даражада хато-салбий натижаларга эга бўлиш мумкин. Шунингдек, ушбу усул орқали мочеточнидан 15 та цитологик текширув учун материал олиш, ретроград пиелографиясини ўтказиш мумкин.

- Эгилувчан уретероскопия, айниқса, аъзони сақлаб қолувчи даво режалаштирилган беморлар ва биргина буйракка эга беморларда диагностика учун жуда фойдали. Уретероскопия вақтида олинган биопсия натижалари, ипсилатерал гидронефроз ва пешоб цитологик текшируви натижалари радикал нефроуретерэктомии (РНУ) ёки эндоскопик даволаш бўйича қарор қабул қилишда ёрдам бериши мумкин. Шунга қарамай, яқинда олиб борилган тадқиқотлар операциядан олдин диагностик уретероскопия ўтказилган беморларда радикал нефроуретерэктомиядан кейинги даврда рецидивнинг юқори бўлишини кўрсатмоқда.

- **Сцинтиграфия** [ДОИ: [10.4329/wжр.в7.и8.202](https://doi.org/10.4329/wжр.в7.и8.202)] [29]

• ЮСЮС ташхисига эга бўлган, буйрак фаолияти бузилиши ва/ёки ягона ишлаётган буйракка эга ёки юқори сийдик йўллarning икки томонлама зарарланиши (буюрак косачалри, сийдик найи икки томонлама ўсимталар) ва/ёки боғлиқ касалликлар ёки ҳолатлар туфайли буйрак фаолияти бузилиш хавфига эга беморларга динамик нефросцинтиграфия (буюрак сцинтиграфияси) ўтказиш тавсия этилади. Бу тадқиқот даволаш тактикаси, диагностика усуллари ва иккинчи профилактика усуллари танлашга таъсир кўрсатиши мумкин бўлган омилларни аниқлаш мақсадида олиб борилади.

• ЮСЮС билан касалланган ва катта ҳажмда ўсма зарарланишига эга беморларга, шунингдек, суяк оғриқлари, суяк синдирилганликлари, сийдикда ишқор фосфатаза даражасининг ошиши ва ёки маҳаллий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС (сТ3а–Т4 босқичлари ва/ёки N+ ва/ёки M1) мавжудлигида бутун тананинг суяк сцинтиграфиясини (остеосцинтиграфия) ўтказиш тавсия этилади. Бу суяк скелетининг метастатик зарарланишини аниқлаш мақсадида амалга оширилади.

• ЮСЮС билан касалланган беморларда бутун тананинг суяк сцинтиграфияси (остеосцинтиграфияси) натижасида радиофармацевтик препаратнинг 16 маротаба кўп жамланишини кўрсатган ҳолда суякларининг метастатик зарарланишини тасдиқлаш мақсадида зарарланган скелет элементларининг мақсадли КТ ва/ёки МРТ ўтказиш тавсия этилади, радиологик диагностика ҳажмини оптималлаштириш учун.

#### **Амалиётга ёки аралашувга тайёргарликда асосий диагностика тадқиқотлар рўйхати:**

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлёки (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оксил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. КФТни аниқлаш;
8. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (ҲИВАг/анти-ҲИВ);
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
11. Биоптат гистологик текшируви (лимфа тугун, хосила) Г

12. Иммуногистохимическое исследование биоптата (лимфоузла, образования, трепанобиоптата)
13. Кичик чаноқ МРТ ва КТ;
14. Қорин бўшлиғи МСКТ;
15. Кўкрак кафаси рентгенографияси;
16. Остеосцинтиграфия
17. ПЭТ/КТ\*\*
18. ЭКГ;
19. ЭхоКГ.

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

1. Қон биохимик текшируви (натрий, калий, калций, СРБ, ишқорли фосфотаза);
2. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип геРПЭс, цитомегаловирус, токсоплазмоз;
3. ПЗР усулида В, С вирусли гепатитлар (миқдорий жихатдан)
4. ПЗР усулида СОВИД-19
5. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
6. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
7. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
8. Антитромбин ИИИ, Д-димер
9. Инсон Т-лимфотроп вируси И/ИИ-ИгГ га антитана;
10. Линч синдромига шубҳа бўлса ёки у қон қариндошларида мавжуд бўлса – МЛХ1, МШ2, МШ6, ПМС2 генларида герминал мутацияларга текшириш;
11. Кўкрак кафаси компьютер томографияси;
12. Бош мия МРТси;
13. ФГДС;
14. Бронхоскопия;
15. Колоноскопия;
16. Қон томирлар УЗДГси (вена ваёки артериялар);
17. Спирография.
18. Плеврал бўшлиқ, периферик лимфа тугунлар, қалқонсимон без УТТси;
19. Холтер – мониторинг билан ЭКГ

\* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

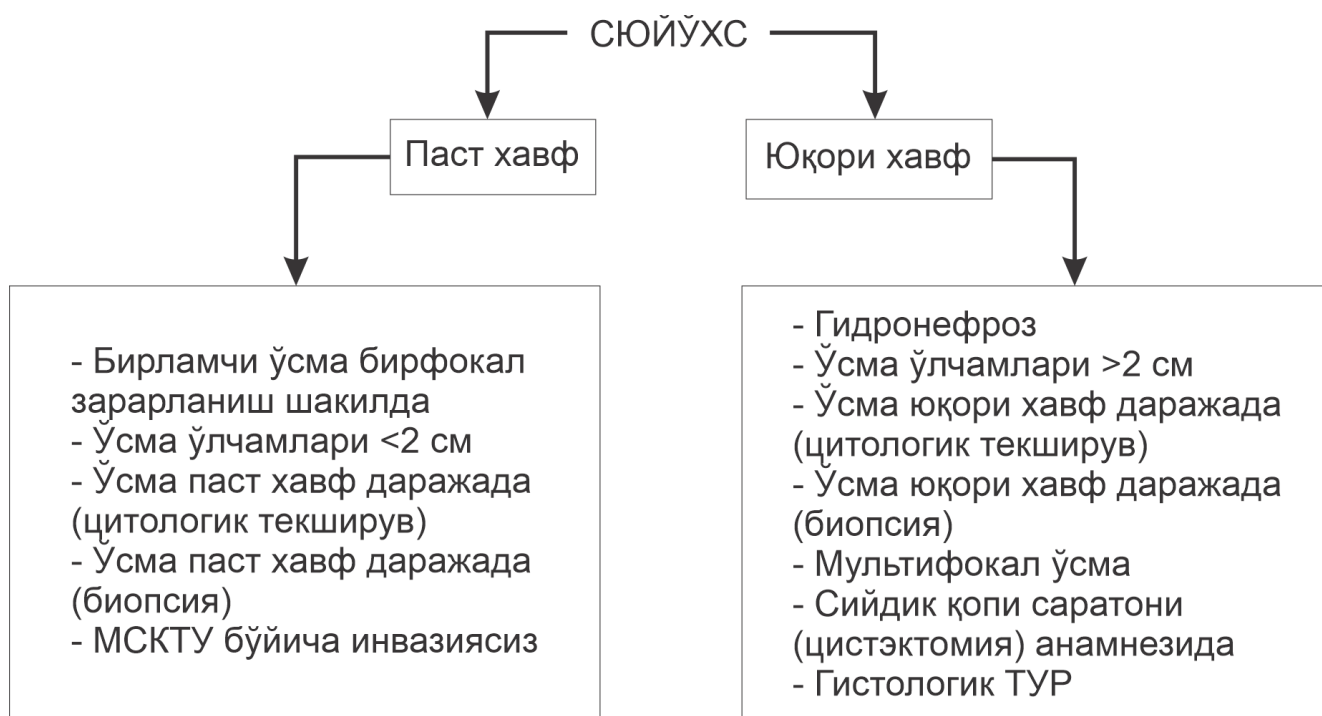
\*\*\* Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак  
**Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:**

- **Кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсульт, мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **эндокринолог кўриги** (эндокрин аъзолари томонидан ҳамроҳ касалликлари бўлган тақдирда);
- **қон-томир жарроҳи кўриги** (варикоз касаллик, туғма/ортирилган томирлар патология мавжуд бўлган ҳолларда);
- **пульмонолог кўриги** (ўпка паренхимасида қолдиқ патологиялар мавжуд бўлганда, бактериал / вирусли / ноаниқ генезли яллиғланиш жараёнидан кейин).
- **Гастроэнтеролог кўриги** – Ҳамроҳ МИТ касалликлари мавжуд бўлганда даволаш мақсадида;
- **Торакал жарроҳ кўриги** – ўпкада метастазлар мавжуд бўлганда;
- **Нефролог кўриги** – ўткир ёки сурункали буйрак етишмовчилиги мавжуд бўлганда;

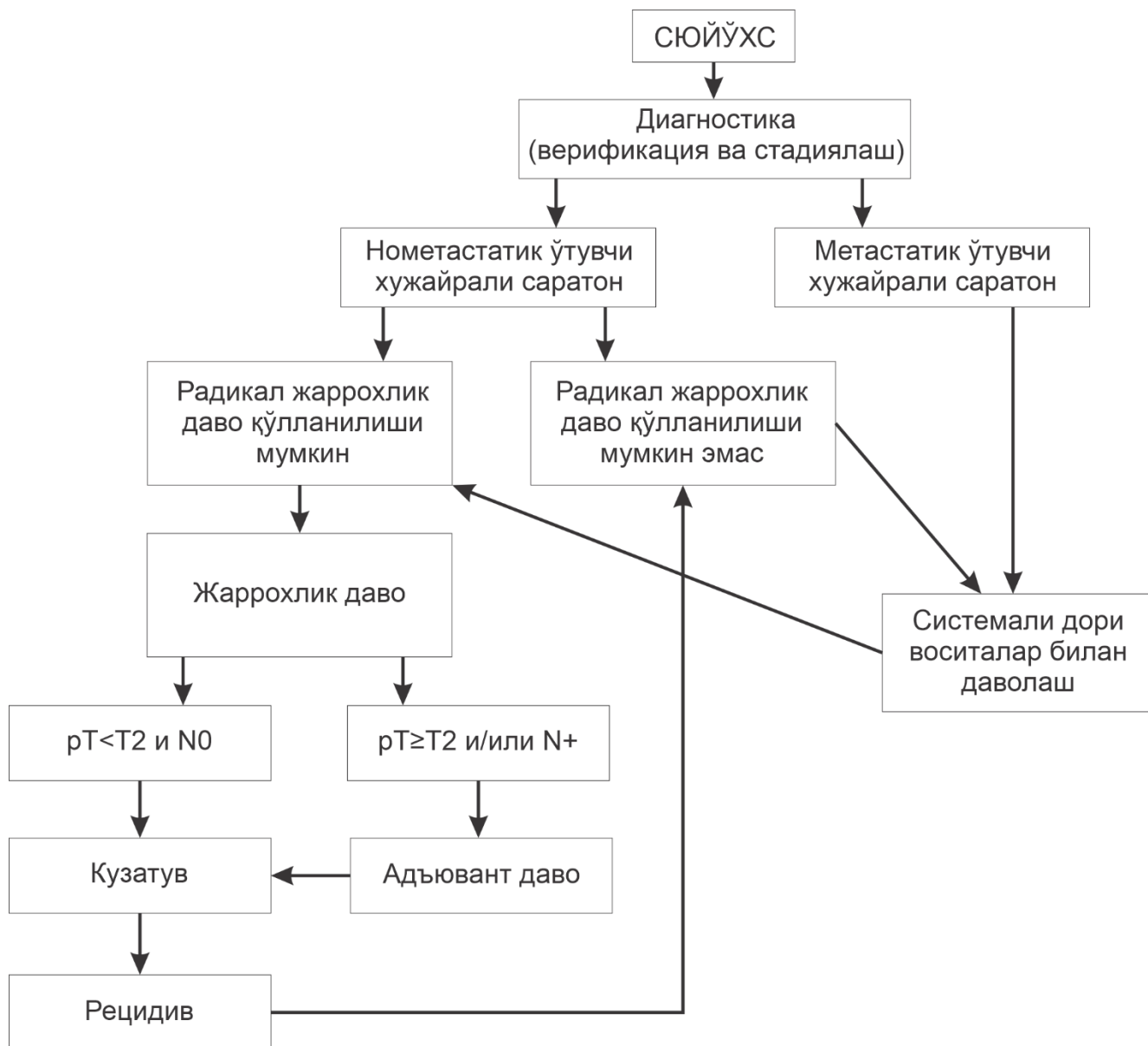
- **Диагностик алгоритм:**

ЮСЮС беморларини диагностик алгоритми беморлар прогнозини белгиловчи хавф омилларига ва регионар метастазланиш хавфига боғлиқ ҳолда белгиланади.

## Схема 1 – Хавф группалари



## Схема 2 – Шифкор тактикаси алгоритми



## 4. Амбулатор даражасида даволаш тактикаси.

### Даволаш тактикаси:

ЮСЮС даволаш режаси ихтисослаштирилган марказлар базасида мультидисциплинар гуруҳ томонидан муҳокама қилинади ва қуйидагиларни ҳисобга олиши керак:

- Ўсма жараёнининг тарқалганлиги (касаллик кечишининг клиник босқичи);
- Беморнинг объектив ҳолати;
- Асосий касаллик прогнози;
- Ҳамроҳ патологияси;
- Беморнинг хохиши.

### Даволаш усуллари ва алгоритми:

ЮСЮСни даволашда қуйидаги усуллар қўлланилади:

- Ҳамроҳ касалликларни даволаш;
- Паллиатив (симптоматик) даволаш.

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

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

• Кейинги кузатувни талаб қиладиган мураккаб интервенционал диагностик тиббий аралашувларни амалга ошириш, улар учун кундузи ёки тўлиқ иш вақти стационар шартларида кузатиш талаб этилади.;

• 24 - соат ёки кундузги стационар шароитида кузатувни талаб қиладиган ихтисослаштирилган ўсмага қарши даволаш зарур бўлганда (радикал нефруретерэктомия, нур терапия, кимётерапия, даволашнинг фокал усуллари).

### 2) Шошинч ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

• Ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни шошинч ва кечиктириб бўлмайдиган турларини талаб қиладиган ЮСЮС касаллигининг асоратлари (масалан, ўткир пешоб тутилиши, макрогематурия ва бошқ.) мавжудлиги;

• ЮСЮСни даволаш (жарроҳлик аралашуви, НТ, дори терапияси ва бошқалар) нинг асоратларининг мавжудлиги

## 6. Стационар даражасида даволаш тактикаси [ДОИ: [10.1016/j.eururo.2020.05.042](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.05.042)] [19]

ЮСЮСни даволаш режаси ихтисослаштирилган марказлар базасида мультидисциплинар гуруҳ томонидан муҳокама қилинади ва қуйидагиларни ҳисобга олиши керак:

- Ўсма жараёнининг тарқалганлиги (қсаллик кечишининг клиник босқичи);
- Беморнинг объектив ҳолати;
- Асосий қсаллик прогнози;
- Ҳамроҳ патологияси;
- Беморнинг ҳошиши.

**Даволаш усуллари ва алгоритми**  
[уротелиалнйж рак верхних моч путеж 23.пдф ]: [30]

ЮСЮСни даволашда қуйидаги усуллар қўлланилади:

- Хирургик даво;
- Нур терапия;
- Медикаментоз даво;
- Ҳамроҳ қсалликларни даволаш;
- Паллиатив (симптоматик) даволаш.

### 1) Жарроҳлик йўли билан даволаш:

**Аъзони сақлаб қолувчи жарроҳлик амалиёти**  
[ДОИ: [10.1016/j.eururo.2020.05.042](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.05.042)]: [19]

• Буюракнинг жамлаш тизимини эндоскопик ёки перкутан электрорезекцияси, ёки йиғувчи тизими ўсимтасини электрокоагуляцияси ёки лазерли коагуляцияси шаклида аъзо сақловчи жарроҳлик амалиётини амалга ошириш тавсия этилади.

• Келгуси беморлар категориясига: 1,5 см дан кичик солитар ўсмаларга эга бўлган, папилляр УС ЛГ тузилишига ва йиғувчи тизими буйракида сТа–Т1 категориясига мос бўлган беморлар.

• Келгуси беморлар категориясига: 1,5 см дан кичик солитар ўсмаларга эга бўлган, папилляр УС ЛГ тузилишига ва буйрак йиғувчи тизими сТа–Т1 категориясига мос бўлган беморлар: икки томонлама буйрак косачалари ўсмалари, ягона буйракнинг йиғувчи тизими ёки ягона ишлаётган буйракнинг ўсмалари, оғир сурункали буйрак қсалликлари, юқори сийдик йўлларининг ўсмалари

ривожланиш хавфи юқори бўлган ирсий синдромлар (хусусан, СЛ билан боғлиқ)

- Буюрак йиғувчи тизими ўсмасини электрокоагуляцияси ёки лазерли коагуляциясига ўтказишдан олдин ўсмани биопсия қилиш тавсия этилади. [ДИД-С].

- УС билан касалланган беморларда буюрак йиғувчи тизими ўсмаларини лазерли коагуляцияси учун Нд:Яг лазерларини (пенетрация чуқурлиги 4–6 мм) ёки Хо:Яг лазерларини (микрорезекция 0,5 мм дан кам) қўллаш тавсия этилади [ДИД-С]."

- Буюрак йиғувчи тизими билан касалланган беморларга аъзо сақловчи даволаш фақат зарур тажриба ва техник жиҳозланишга эга муассасаларда амалга ошириш тавсия этилади

- Литературанинг систематик кўриб чиқиш маълумотларига кўра, ЮСЮС ЛГ бўлган ҳолда аъзони сақлаш эндоскопик хирургик даволаш 19 онкологик натижаларни нефруретерэктомия, ўсмани резекцияси билан солиштирганда, буюрак фаолиятини сақлаб қолиш имконини беради. Даволаш усулини танлаш техник жиҳозлар ва имкониятлар ҳисобга олиниб амалга оширилади. Буюрак жомчаси, ўрта ва юқори гуруҳ косачалар ўсмалари учун аъзо сақловчи даволаш усули сифатида энг қулай услуб эндоскопик электрорезекция/лазерли коагуляция ҳисобланади, уни тўғри амалга ошириш учун эса эгилувчан уретероскоп талаб қилинади. Буюрак жомчаси ва пастки косачалар Та–Т1 ЛГ ўсмалари пиелоскопик йўл билан олиб ташлаш имкони йўқ, чунки уретеропиелоскопнинг дистанцион участкасининг йетарлича бурилишини таъминлаш имконсиз бўлади, улар перкутан электрорезекция/коагуляцияга кўрсатма сифатида қаралади. Перкутан кириш усули эндоскопик усулга қараганда ўсмани тарқатиш хавфининг кўпроқ эканлиги билан боғлиқ [ДОИ: [10.1111/ж.1464-410X.2012.11068.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11068.x)]. [31]

### **Радикал нефруретерэктомия сийдик найи оғизчаси резекцияси билан.**

- Радикал нефруретерэктомия, сийдик найи оғизчаси резекцияси билан қуйидаги беморлар категориясида амалга ошириш тавсия этилади: сийдик найи юқори ва ўрта қисмида жойлашган ўсмалари сТ>Т1 ва/ёки ХГ бўлган беморларда; аъзо сақловчи жаррохлик амалиёти амалга ошириш учун техник имкониятлар мавжуд бўлмаган ҳолларда. [ДИД- В].

- Радикал нефруретерэктомия, сийдик найи оғизчаси резекцияси билан лапаратомия услуги билан ўтказиш сийдик найи инвазив УСга дуч келган беморларга тавсия этилади. [ДОИ: [10.1111/ж.1464-410X.2012.11068.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11068.x)]. [ДИД-А]. [31]

- Лапароскопик ва лапароскопик роботассистланган РНУ, сийдик найи оғизчаси резекцияси билан жаррохлик амалиётини сийдик найи ноинвазив УС

беморларга ўтказиш тавсия берилади. [10.1016/j.eururo.2012.02.019](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2012.02.019). [ДИД-А]. [32]

- Радикал нефруретерэктомия, сийдик найи оғизчаси резекцияси жаррохлик амалиёти вақтида сийдик йўллари бўшлиғини очиш тавсия этилмади. [ДИД-С].

- ЮСЮС билан касалланган барча беморларга РНУнинг мажбурий босқичи сифатида, зарарланган томондан қовуқ ва сийдик найи оғизчаси билан резекциясини амалга ошириш тавсия этилади. [ДИД-С].

- Сийдик найи саратони билан сT2–T4 ва/ёки ХГ беморларга радикал нефруретерэктомия, сийдик найи оғизчаси резекцияси жаррохлик амалиёт вақтида қорин парда орти лимфа тугунларни олиш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/j.eururo.2017.09.015](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.09.015)]. [ДИД-В]. [33]

- ЮСЮСда регионар лимфа тугунлар зарарланиши қисмати Т категорияси ва ўсманинг хавфли потенциалига (граде) боғлиқ бўлиб, Та–Т1 категорияларида 2,2 % ва ЛГда 0 %ни ташкил этади. Жаррохлик олди даврда босқични ва хавф даражасини баҳолашга имконият бўлмаса лимфадиссектсия бўйича қарор шахсни индивидуал тарзда қабул қилинади. ЮСЮС билан касалланган беморларда лимфодиссекциянинг даволашдаги роли тўлиқ исботланмаган, шундай бўлса-да, лимфодиссекция жараёнида олинган препаратларнинг гистологик текширилиши ўсма жараёнининг адекват стадияланишига имконият беради, бу эса адъювант даволаш учун самарадорлиги исботланган кандидатларни танлаш имконини яратади. (пастка қаралсин).

- Лимфадиссекция оптимал чегаралари аниқланмаган. Ягона тадқиқотларга кўра, ўнг буйрак йиғувчи тизими УСда паракавал лимфа тугунларни диафрагма оёқчасидан бошлаб пастки мезентерик артериясигача бажариш тавсия этилади. Чап буйрак йиғувчи тизими УССда-парааортал лимфа тугунларни диафрагма оёқчасидан бошлаб пастки мезентерик артериясигача олиб ташлаш тавсия этилади.

- Жаррохлик амалиёт ёрдамида олинган препаратларнинг патологоанатомик текширувга юбориш тавсия этилади. [ДИД-А]

- **Аъзо сақловчи даво** [ДОИ: [10.1016/j.eururo.2016.07.014](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.07.014).] [34]

- Буюрак йиғувчи тизими УСни билан касалланган беморларга аъзо сақловчи давони фақат зарур тажриба ва техник жиҳозланишга эга муассасаларда амалга ошириш тавсия этилади. [ДИД-А]

- Эндоскопик ёки перкутан электррезекция, электркоагуляция ёки лазер абляция жаррохлик амалиёти куйидаги беморларга ўтказиш тавсия этилади: сийдик найи солитар ўсмалар ўлчамлари 1,5 смдан кам бўлса, папиляр УС ЛГ ва сТа–Т1 категориясига мос бўлса; икки томонлама юқори сийдик йўллари ўсмалари, ягона сийдик найи ўсмалари ёки ягона фаолияти сақланган буйрак ўсмалари, оғир

сурункали буйрак касалликлари, юқори сийдик йўлларининг ўсмалари ривожланиши хавфи юқори бўлган ирсий синдромлар билан боғлиқ. (СЛ биринчи ўринда). [ДИД-С]

- Сийдик найи ўсмаларини электркоагуляцияси ёки лазерли абляциясини амалга оширишдан олдин ўсмадан биопсия олиш тавсия этилади. [ДИД-В]

- УС беморлар сийдик найини коагуляцияси учун Нд:Яг лазерал (пенетрация чуқурлиги 4-6мм) ёки Хо:Яг (микрорепетрация 0.5мм.дан кам) қўллаш тавсия. [ДИД-С]

- Сийдик найи резекцияси жаррохлик амалиётини қўйидаги беморлар турига қўллаш тавсия этилади: Юқори ва ўрта сийдик найи УС Та–Т1 ЛГга мос бўлган ва эндоскопик жаррохлик амалиётини қўллаш имкони бўлмаса; сийдик найи пастки учлиги саратони Т категорияси ва хавф даражасига (граде) боғлиқ бўлмаган тарзда; сийдик найи ўсмалари оғир буйрак касалликалари билан бирга, юқори сийдик йўлларининг ўсмалари ривожланиши хавфи юқори бўлган ирсий синдромлар билан боғлиқ (СЛ биринчи ўринда). [ДИД-С]

- Сийдик найи резекцияси ўзгармаган тўқима чегарасигача визуал тарзда қўлланилиши керак. Сийдик найи пастки учлиги ўсмалари, қовуқ девори ва сийдик найи оғизчаси резекцияси билан бирга бажарилиши керак. Сийдик найи резекцияси услуби индивидуал тарзда танланади ва шу билан бирга уч учига анастомоз, сийдик найи резекцияланган чўлтоғи қовуқ деворига, иккинчи сийдик найига қўшилиши мумкин, Боари амалиёти, дефектни ингичка ичак билан қоплаш. [ДОИ: [10.1016/j.juro.2009.12.018](https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.12.018)]. [35]

**Радикал нефруретерэктомия сийдик оғизчаси резекцияси билан бирга**  
[ДОИ: [10.1111/j.1464-410X.2012.11068.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11068.x)] [31]

Радикал нефруретерэктомия, сийдик оғизчаси резекцияси билан биргаликда қўйидаги беморлар турига қўллаш тавсия этилади: Сийдик найи юқори ва ўрта учлиги УС сТ >Т1 ва/ёки ХГ категориясига мос бўлса; Сийдик найи УСнида аъзо сақловчи жаррохлик амалиётини бажаришга имконият бўлмаса. [ДИД-С]

- Радикал нефруретерэктомия сийдик оғизчаси резекцияси билан бирга, буйрак ёғувчи тизимчаси амалиётлар принципи бўйича бажарилади- инвазив ўсмаларда очик кириш услубини қўллаш, сийдик йўллари бўшлиғини амалиёт вақтида очиш профилактикаси, қовуқ ва сийдик найи оғизчаси зарарланган томонда резекциясини бажариш тавсия этилади.

- сТ2–Т4 ва/ёки ХГ беморларга РНУ сийдик оғизчаси резекцияси билан биргаликда вақтида қорин парда орти лимфа тугунларни олиб ташлаш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/j.euf.2017.09.015](https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.09.015)] [ДИД-В]. [33]

- ЮСЮСда регионар лимфа тугунлар зарарланиши қисмати Т категорияси ва ўсманинг хавфли потенциалига (граде) боғлиқ бўлиб, Та–Т1 категорияларида 2,2 % ва ЛГда 0 %ни ташкил этади[63, 66]. Жаррохлик олди даврда босқични ва хавф даражасини баҳолашга имконият бўлмаса лимфадиссектсия бўйича қарор индивидуал тарзда қабул қилинади.

- ЮСЮС билан касалланган беморларда лимфодиссекциянинг даволашдаги роли тўлиқ исботланмаган, шундай бўлса-да, лимфодиссекция жараёнида олинган препаратларнинг гистологик текширилиши ўсма жараёнининг адекват стадияланишига имконият беради, бу эса адъювант даволаш учун самарадорлиги исботланган кандидатларни танлаш имкониятини яратади. (пастга қаралсин).

- Лимфадиссекция оптимал чегаралари аниқланмаган. Ягона тадқиқотларга кўра, сийдик найи юқори ва ўрта ўсмаларида (паракавал-ўнг томонлама зарарланишда, парааортал-чап томонлама зарарланишда) лимфа тугунларни диафрагма ойқчасидан бошлаб аорта бифуркациясигача бажариш тавсия этилади. Сийдик найи пастки учлиги ўсмаларида аорта бифуркациядан пастки чов каналигача кирувчи соҳасигача, латерал тер нервдан қовуқ медиал деворигача бажаралади [ДОИ: [10.1016/j.euf.2017.09.015](https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.09.015)]. [33]

- Жаррохлик амалиёт ёрдамида олинган препаратларнинг патологоанатомик текширувга юбориш тавсия этилади. [ДИД- А]

## **2) Номедикаментоз даво:**

### **Режим:**

- режим 1 (йоток) жаррохлик амалиётидан сўнг биринчи кунларда;
- режим 2 (яримйоток) жаррохлик амалиётидан сўнг 2-3 кунлар;
- режим 3 (умумий) эркин режим;
- пархез – стол №7.

## **3) Медикаментоз даво**

- Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш, бундан келиб чиқиб, қафолатланган бепул тиббий ёрдам ҳажми ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизими доирасида ҳақ тўланиши учун асос бўлмайди.
- Стационар даражасида бу жараён 24 соат ишлайдиган стационар ёки кундузги стационар шароитларида амалга оширилади. Инъекцион киритиш учун мўлжалланган дори воситалари қўлланилади.

## **Периоперацион даво**

## **Қовуқ ичи ва бўшлиқ ичи терапияси**

- ЮСЎУС билан касалланган, РНУ ва сийдик найи оғизчаси резекцияси ёки аъзо сақловчи жаррохлик амалиётини ўтказган беморларга митомицин ёки доксорубициннинг бир маротаба қовуқ ичига инстилляциясини амалга ошириш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1007/s12032-018-1102-y](https://doi.org/10.1007/s12032-018-1102-y)]. [36]
- РНУ амалиётидан сўнг қолдирилган уретрал катетер орқали Митомицин 40мг 40мл натрий хлорга аралаштириб қовуқ ичига юборилади, экспозиция даври -1-2соат
- РНУ амалиётидан сўнг қолдирилган уретрал катетер орқали Доксорубицин: 40-50мг 25-50мл 0.9% натрий хлорга аралаштириб қовуқ ичига юборилади, экспозиция даври 1-2 соат [ДИД- С].

•ЮСЮС сабабли хирургик даволашдан сўнг қовуқ саратони қайталаниш даражаси 22–47%га етади. 2 та рандомизация қилинган тадқиқот ва метаанализ натижаларига кўра, РНУ ва сийдик найи оғизчаси резекциясидан сўнг 2–10 кун давомида қовуқ ичига кимётерепевтик моддаларининг инстилляцияси қайталаниш хавфини 1 йил давомида камайтиради. Истилляциядан олдин циттогафия бажарилиши шарт, қуйидаги муолажа кимётерапевтик модданинг қорин бўшлиғига тушишдан сақлаб қолиши мумкин. Аъзони сақловчи даводан сўнг усулнинг самарадорлигига доир исботлар йўқ, бироқ юқори эҳтимол билан натижалар РНУ ва сийдик найи оғизчаси резекциясидан ўтган беморлардан олинган маълумотларга ўхшаш бўлиши керак.

•ЮСЮС билан касалланган, аъзо сақловчи даволашга учраган беморларга, буйрак йиғувчи тизими ва сийдик найига ўсимга қарши препаратларни киритиш орқали адьювант терапиясини рутин равишда тайинлашдан қочиш тавсия этилади. [ДИД- В].

•ЮСЮС билан касалланган, аъзо сақловчи даволашга учраган беморларда адьювант қовуқ ичи антеград (нефростома орқали) ва ретроград (сийдик найи катетери орқали) БЦЖ-терапияси ва кимётерапия (ХТ) бир неча кичик тадқиқотларда ўрганилган. Адабиётларнинг систематик кўриб чиқилиши ва метаанализ натижалари адьювант қовуқ ичи терапияси усули (антеград ёки ретроград терапия ёки уларнинг комбинацияси)га боғлиқ равишда рецидивлар, прогрессия, махсус ҳаёт сақлаш ва умумий ҳаёт сақлаш жиҳатидан фарқлар мавжуд эмаслигини, шунингдек, кузатиш орқали рецидивлар даражаси адьювант қовуқ ичи терапиясидан фарқ қилмаслигини кўрсатди.

**Ноадьювант ва адьювант тизимли терапия**  
[ДОИ: [10.1016/j.juro.2017.12.054](https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.12.054)] [37]

•ЮСЮС билан касалланган беморларда периперацион кимётерапиясини қўллашни асослаш учун далилга асосланган база жуда кам.

• Техник жиҳатдан ўсма массаларини радикал олиб ташлаш имконияти шубҳали бўлган, ЮСЮС билан касалланган пТ3–Т4 ва/ёки пН+ даволанган беморларга неоадьювант терапиясини ўтказиш тавсия этилмоқда. [ДИД- В]

• Бир неча кичик тадқиқотлар ва уларнинг мета-анализага кўра, ЮСЮС билан касалланган ва РНУ сийдик найи оғизчаси резекцияси билан режалаштирилган беморларда неоадьювант кимётерапияси Т категориясини пасайтириш, рецидивлар частотасини камайтириш ва ўлим хавфини 59% га камайтиришга ёрдам беради. Аммо, завқли тадқиқотларнинг методологик хоссалари олинган натижаларнинг далилга асосланган қиммати пастлигини аниқлайди ва барча беморларга неоадьювант кимётерапиясини стандарт даволаш ёндошуви сифатида тавсия қилишга имконият бермайди.

• Неоадьювант кимётерапиясини ўтказиш учун платина асосидаги дори-дармонлардан фойдаланиш режимларини қўллаш тавсия этилмоқда. [ДИД- В].

• Ҳозирга қадар тугатилган ЮСЮС билан касалланган беморлардаги неоадьювант кимётерапияси тадқиқотларида энг кўп қўлланилган режимлар: гемцитабин, цисплатин; гемцитабин, карбоплатин; метотрексат, доксорубицин, цисплатин, винбластин. [ДОИ: [10.1111/бжу.14020](https://doi.org/10.1111/бжу.14020)]. [38]

• ЮСЮС билан касалланган, пТ3–Т4 ва/ёки пН+ бўлган ва радикал хирурустик даволанишдан ўтган беморларга гемцитабин ва платина препарати билан адьювант кимётерапиясини ўтказиш тавсия этилмоқда. [ДИД- В]

• ЮСЮС билан касалланган, рТ3–4Н0/+М0Р0 бўлган беморларга, ПД-Л1 статуси ва неоадьювант кимётерапиясини ўтказишдан қатъий назар, ниволумаб (240 мг, 1 маротаба 2 ҳафтада инфузия орқали 1 йил давомида) билан адьювант терапиясини ўтказиш тавсия этилмоқда. [ДИД-В].

#### **Адъвант нур терапияси [ ДОИ: [10.1016/ж.уролонс.2019.05.021](https://doi.org/10.1016/ж.уролонс.2019.05.021)] [39]**

• ЮСЮС билан касалланган беморларга хирургик даволашдан кейин одатий адьювант нур терапиясини (НТ) тайинлашдан қочиш тавсия этилмоқда. [ДИД- В]

• Тахминан, адьювант НТ хирургик даволашдан кейин маҳаллий рецидивлар фоизини камайтиришга ёрдам бериши мумкин, бироқ турли тадқиқотлар маълумотлари зиддиятли, шунинг учун бу усул стандарт ҳисобланмайди ва танланган ҳолатларда КТ билан ёки ундан ташқари қўлланилади.

#### **Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮСни билан беморларни даволаш**

• **Олигометастатик ЮСЮСни хирургик даволаш**  
[ДОИ: [10.1016/ж.уролонс.2017.09.009](https://doi.org/10.1016/ж.уролонс.2017.09.009)] [40]

• ЮСЮС билан касалланган беморларда якка метастазларни олиш тавсия этилади. [ДИД- С]

• Кенг тарқалган онкологик жараён билан беморларда метастазэктомиянинг ролини исботловчи маълумотлар йўқ. Шундай бўлса-да, ЮСЮС ва СЙС билан касалланган беморларни ўз ичига олган тадқиқотда, метастатик оғоҳларни олишнинг хавфсиз ва онкологик жиҳатдан асосли эканлиги кўрсатилди, лекин бу фақат узоқ ҳаёт кўрсаткичига эга бўлган беморларда амалга оширилиши керак. Рандомизаторланган тадқиқотлар маълумотларининг йўқлигига кўра, метастазэктомиянинг самарадорлиги ҳар бир беморга алоҳида ёндошилади.

### **Нооперабел маҳалий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮСнинг тизимли ўсма қарши терапияси**

Нооперабел маҳалий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮСда қўлланиладиган кимётерапия ва иммунотерапия схемалари, ҳамда ушбу бўлимда қўлланиладилар:

#### **Поликимётерапия режимлари:**

➤ **ГС** [ДОИ: [10.1159/000296294](https://doi.org/10.1159/000296294)]: [41]

• гемцитабин – 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и в 1, 8 ва 15-чи кунлари;

• цисплатин – 70 мг/м<sup>2</sup> в/и в 1(2)-чи кунлари, гидратация (изотоник натрий хлор (≈ 2,5 л) Цисплатин киритилиши жараёнида ва кейинги 3 соат давомида диурезни 100 мл/соатдан кўпроқ сақлаш мақсадида.

• Цикл ҳар 4 ҳафтада қайталанади;

➤ **ГемСарбо** [ДОИ: [10.1016/s0959-8049\(01\)00295-7](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(01)00295-7)]: [42]

• гемцитабин – 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1 ва 8-чи кунлари;

• карбоплатин – АУС-4-5 1-чи кун (Доза режими клиник вазиятга қараб ўзгариши мумкин — АУС-3-6 доирасида дозани камайтириш ёки ошириш).

• Цикл ҳар 3 ҳафтада қайталанади;

➤ **МВАС** [ДОИ: [10.1200/JCO.2001.19.10.2638](https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.10.2638)]: [43]

• винбластин – 3 мг/м<sup>2</sup> в/и 2, 15, 22-чи кунлари;

• доксорубицин – 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-чи кун;

• метотрексат – 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 1, 15, 22-чи кун;

• цисплатин – 70 мг/м<sup>2</sup> 2-чи день ва гидратация.

• Цикл ҳар 4 ҳафтада қайталанади;

➤ **ДД-МВАС** [ДОИ: [10.1200/JCO.2001.19.10.2638](https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.10.2638)]: [43]

- винбластин – 3 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-чи кун;
- доксорубицин – 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-чи кун;
- метотрексат – 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун;
- цисплатин – 70 мг/м<sup>2</sup> в 2-чи кун ва гидратация;

Гранулоцитар колония стимуллаштирувчи инсон омиллари рекомбинанти (рчГ-КФТ).

- **Цикл хар 2 хафтада қайталанеди;**

#### **Монохимиотерапия режими:**

- **винфлуниин** – Вена томирга 20 дақиқа давомида, хар 3 хафтада 320 мг/м<sup>2</sup> (дозалаш режаси клиник ҳолатга қараб ўзгариши мумкин – дозани 250–280 мг/м<sup>2</sup> га камайтириш) [ДОИ: [10.1038/сж.бжс.6603118](https://doi.org/10.1038/сж.бжс.6603118)];[44]
- **паклитаксел** 80 мг/м<sup>2</sup> 1, 8, 15-чи кунлари; цикл 28 кунлар, ёки 175 мг/м<sup>2</sup> в 1-чи кун; цикл 21 кун;
- **доцетаксел** 75–100 мг/м<sup>2</sup> 1-чи кун (цикл – 21 кун) ;
- **гемцитабин** 1000–1250 мг/м<sup>2</sup> в/и 1, 8, 15-чи кунлар (цикл – 28 кун) .

### **1. Биринчи қатор медикаментоз терапияси** **[[уротелиалнийж рак верхних моч путей 23.пдф](#)] [30]**

• Даволаш усулини танлаш цисплатинни тайинлаш учун қарши кўрсатмалар, карбоплатинни тайинлаш учун қарши кўрсатмалар ва ўсма тўқимасидаги ПД-Л1 экспрессиясига асосланиб амалга оширилади.

• Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминарлашган ЮСЮСга эга бўлган, цисплатинни тайинлаш учун қарши кўрсатмалари бўлмаган беморларга тавсия этилади. 1-линия терапиясида КТни ГС ёки МВАС ёки ДД-МВАС режимларида тайинлаш тавсия этилади. [ДИД- В]

• Цисплатин тайинлаш учун қарши кўрсатма — қуйидаги мезонлардан камида бирининг мавжудлиги: соматик ҳолат бўйича эСОГ классификациясига кўра 1 дан юқори; коптўкчали филтрация тезлиги (КФТ) — 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> ёки ундан кам; эшитиш қобилиятини йўқотиш — 2-чи даража ва ундан юқори; периферик нейропатия — 2-чи даража ва ундан юқори; юрак етишмовчилиги ИИИ даража, Нью-Йорк кардиология ассоциацияси (New Ёрк Ҳеарт Ассоциативон) бўйича.

- Жаррохлик амалиёти ўтказилмайдиган маҳаллий тарқалган ва

диссеминирлашган ЮСЮС билан беморларга, цисплатин тайинланишига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда. Биринчи қатор терапияда ўсма тўқимаси ПД-Л1 экспрессиясини ИГХ-талқин қилиш керак. Пембролизумаб билан терапия режалаштирилганда ПД-Л1 экспрессиясини СПС шкаласи бўйича, атезолизумаб билан – ИС шкаласи бўйича баҳолаш керак. [ДИД- С].

- Жаррохлик амалиёти ўтказилмайдиган маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮС билан беморларга, цисплатин тайинланишига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган ва ўсма тўқимасида ПД-Л1 гиперэкспрессияси бўлган ҳолларда иммунотерапия ўтказиш тавсия этилади;

- Тавсия этилади: ПД-Л1 гиперэкспрессияси 5% ва ундан юқори бўлган ҳолларда — атезолизумаб билан монотерапия (840 мг (в/в инфузия ҳар 2 ҳафтада), ёки 1200 мг (в/в инфузия ҳар 3 ҳафтада), ёки 1680 мг (в/в инфузия ҳар 4 ҳафтада)). [ДИД- С]

- Авелумаб билан қўллаб-қувватловчи терапияни, 4-6 цикл платинага асосланган кимётерапиядан кейин пухта ёки қисман жавоб ёки ўсма жараёнининг барқарорлашишига эришган, ёки диссеминирлашган қовуқ УС билан касал бўлган беморларга ўтказиш тавсия этилади. [ДИД-А]

- Маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮСга дуч келган беморларга, платина дори воситаларини қўллашга қарши кўрсатмалар бўлмаса, 1 қатор даво мақсадида иммунокимётерапия гемцитабин, платина ва атезолизумаб ПД-Л1 экспрессиясига боғлиқ бўлмаган тарзда қўллаш тавсия этилади:

#### **Цисплатинга қарши кўрсатмалар бўлмаган беморларга:**

- **гемцитабин** – 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1, 8чи кунлар;
- **цисплатин** – 70 мг/м<sup>2</sup> в/и 1(2)-чи кун ва гидратация (Изотоник натрий хлорид эритмаси (тақрибан 2,5 л) цисплатин киритилиши давомида ва кейинги 3 соат давомида диурезни 100 мл/соатдан юқори сақлаш мақсадида. Цикл ҳар 3 ҳафтада такрорланади
- **атезолизумаб** – 1200 мг в/и томчилаб ҳар 3 ҳафта.

#### **• Цисплатинга қарши кўрсатмаларга эга бўлган беморларга:**

- **гемцитабин** – 1000 мг/м<sup>2</sup> в/т 1 ва 8-чи кунлари;
- **карбоплатин** – АУС-4,5 1чи кун; Цикл ҳар 3 ҳафта қайталанади;
- **атезолизумаб** – 1200 мг в/и томчилаб ҳар 3 ҳафта. [ДИД-А]

- Карбоплатинни тайинлашга қарши кўрсатмалари бор, жаррохлик амалиётини ўтказиш мумкин бўлмаган, маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган

ЮСЮСга дуч келган беморларга, ПД-Л1 гиперэкспрессиядан ташқари, иммунокимётерапия ўтказиш тавсия этилади:

➤ **Пембролизумаб билан монотерапия** (200 мг, в/и 30 дақиқа давомида инфузия, ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг бир мартаба ҳар 6 ҳафтада) ;

➤ **Атезолизумаб билан монотерапия** (840 мг/в инфузия ҳар 2 ҳафтада, ёки 1200 мг/в инфузия ҳар 3 ҳафтада, ёки 1680 мг/вузия ҳар 4 ҳафтада) [ДИД- С].

• Нооперабел маҳалий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮС беморларда карбоплатин тайинлашга қарши кўрсатмалар бўлган тақдирда, беморга бошқа турдаги фармакологик дори воситаларни монокимётерапия тарзда ўтказиш тавсия этилади.

**2. Иккинчи қатор медикаментоз терапияси** [ [уротелиалнйж рак верхних моч путеж 23.пдф](#) ] [30]

• Пембролизумаб монотерапия режими нооперабел маҳалий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС прогрессияси билан ёки платина воситаларига асосланган КТ даво фониди қўлланиши тавсия этилади. [ДОИ: [10.1056/NEJMoa1613683](#)]. [ДИД- А] [45]

• Нооперабел маҳалий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС платина воситаларига асосланган КТ даво фониди прогрессияси бўлса алтернатив монотерапия режим сифатида ниволумаб қўллаш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/S1470-2045\(16\)30496-X](#)]. [ДИД- С] [46]

• Нооперабел маҳалий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС платина ёки бошқа фармакологик гуруҳ дори воситаларига асосланган КТ даво фониди прогрессияси бўлса алтернатив режим сифатида атезолизумаб қўллаш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/S0140-6736\(16\)00561-4](#)]. [ДИД- В] [47]

• Нооперабел маҳалий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС платина воситаларига асосланган КТ даво фониди прогрессияси бўлса алтернатив режим сифатида винфлунином қўллаш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1038/сж.бжс.6603118](#)] [44] [ДИД- С]

### **Нур терапия**

• ЮСЮСда беморга паллиатив нур терапия ўтказиш тавсия этилади. [ДИД- С] [48]

• 1-чи ва 2-чи қатор тизимли терапия бажариш тартиби 6, 8 жадвалда келтирилган.

### **Мустақил тизимли терапия**

### 6 жадвал. Биринчи қатор ўсмага қарши тизимли терапия

Гурух	Афзаллик режими	Алтернатив режим
Цисплатинга қарши кўрсатма йўқ <sup>1</sup>	ГС МВАС ддМВАС	ГС+атезолизумаб
Цисплатинга қарши кўрсатма бор. Карбоплатинга қарши кўрсатма йўқ <sup>2</sup> , ПД-Л	ГарбоГем	ГарбоГем +атезолизумаб
Цисплатинга қарши кўрсатма бор. арбоплатинга қарши кўрсатма йўқ <sup>2</sup> , ПД-Л+	ГарбоГем Атезолизумаб Пембролизумаб	ГарбоГем +атезолизумаб
Платина моддаларига қарши кўрсатмалар бор	Доцетаксел Паклитаксел Гемцитабин	Атезолизумаб Пембролизумаб
Платина моддасига эга ХТ 4-6 циклидан сўнг ўсма контролда бўса	Авелумаб	

<sup>1</sup>ЕСОГПС > 1; КФТ ≤ 60 мл/дак/1,73 м<sup>2</sup>; эшитиш қобиляти ≥ 2 даража; периферик нейропатия ≥ 2 даража; ЮЕ синф ИИИ НЙҲА.

<sup>2</sup>РКИ эОРТС критериялари 30986 (ПСЕСОГ>2; КФТ<30 мл/дак/1,73 м<sup>2</sup>; эСОГПС 2 ва КФТ< 60 мл/дак/1,73 м<sup>2</sup> ).

<sup>3</sup>Атезолизумаб учун мусбат экспрессия ≥5% (ВентанаПД-Л1 (СП142) Ассай® (ВентанаМедисалСйстемс, Инс.))

<sup>4</sup>Пембролизумаба учун мусбат экспрессия ≥10% (тест-система ДакоПДЛ1 ИҲС 22С3 ПҳармДхАссай (ДакоНортхАмериса, Инс.))

### 7 Жадвал. Биринчи қатор ўсмага қарши тизимли терапия

Гурух	Афзаллик режими	Альтернативный режим
Цисплатинга қарши кўрсатма йўқ <sup>1</sup>	ГС МВАС ддМВАС	ГС + атезолизумаб
Цисплатинга қарши кўрсатма бор.	ГарбоГем	ГарбоГем + атезолизумаб

Карбоплатинга қарши кўрсатма йўқ <sup>2</sup> , ПД-Л		
Цисплатинга қарши кўрсатма бор. арбоплатинга қарши кўрсатма йўқ <sup>2</sup> , ПД-Л+	ГарбоГем Атезолизумаб <sup>3</sup> Пембролизумаб <sup>4</sup>	ГарбоГем атезолизумаб +
Платина моддаларига қарши кўрсатмалар бор	Доцетаксел Паклитаксел Гемцитабин	Атезолизумаб Пембролизумаб
Платина моддасига эга ХТ 4-6 циклидан сўнг ўсма контролда бўса	Авелумаб	--

<sup>1</sup>ЕСОГПС > 1; КФТ ≤ 60 мл/дак/1,73 м<sup>2</sup>; эшитиш қобиляти ≥ 2 даража; периферик нейропатия ≥ 2 даража; ЮЕ синф ИИИ НЙҲА.

<sup>2</sup> РКИ эОРТС критериялари 30986 (ПСЕСОГ > 2; КФТ < 30 мл/дак/1,73 м<sup>2</sup>; эСОГПС 2 ва КФТ < 60 мл/дак/1,73 м<sup>2</sup>).

<sup>3</sup>Атезолизумаб учун мусбат экспрессия ≥ 5% (ВентанаПД-Л1 (СП142) Ассай® (ВентанаМедисалСйстемс, Инс.))

<sup>4</sup>Пембролизумаба учун мусбат экспрессия ≥ 10% (тест-система ДакоПД-Л1 ИҲС 22С3 ПҳармДхАссай (ДакоНортхАмериса, Инс.))

### 8 жадвал. Иккинчи қатор тизимли ўсмага қарши терапия

1 қатор терапия	Афзаллик режими	Альтернативный режим
Платина моддасига эга кимётерапия	Пембролизумаб	Атезолизумаб Ниволумаб Винфлуниин Паклитаксел Доцетаксел
Платина моддасига эга бўлмаган кимётерапия	Атезолизумаб	Винфлуниин
Иммунитетни назорат қилиши нуқтаси ингибиторлари билан иммунотерапия	Илгари қолланилмаган ёки 12 ой ва прогрессдан кўпроқ вақт олдин қўлланилган, эришилган эффект ва стабилизацияга	

	олиб келган кимётерапия режимлари	
--	-----------------------------------	--

**9 Жадвал. «Ўсма жавоба» - Ўтказилган даводан сўнг эришилган регресс**

<b>Давога жавоби</b>	<b>Иресист</b>
Тўлиқ жавоб	Қисқа ўқда 10 мм ёки ундан ортик ўлчамдаги барча мақсадли ўсмалар ёки лимфа тугунларининг йўқлиги
Қисман жавоб	Мақсадли ўчоқлар энг катта диаметрлари суммасини 30% ёки ундан кўпроқ камайиши
Прогресс	Мақсадли ўчоқлар энг катта диаметрлари йиғиндисининг 20% ёки ундан кўпроқ мутлақ ўсиши билан 5 мм ёки ундан кўпроқ ошиши. Янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши прогрессивлик белгиси емас; янги ўсмаларнинг диаметрлари мақсадли жароҳатларнинг умумий миқдорига кўшилади; ўсма жавобини аниқ баҳолаш 4 ҳафтадан сўнг тасдиқлашни талаб қилади
Стабилизация	Юқоридагилардан ҳеч қайси бири

Кейинги олиб бориш [[уротелиалнйж рак верхних моч путеж 23.пдф](#) ]:  
[30]

**ЮСЮС беморларни динамик кузатуви.**

• **Нефруретерэктомиядан** сўнг, пастки хавф ўсмаларда хар 3 ойда цистоскопия, манфий натижаларда 9 ойдан сўнг цистоскопия, ва кейинги даврда хар 5 йилда бажариш тавсия этилади. [ДИД-С].

➤ Юқори хавфга эга ўсмаларда хар 3 ой мобайнида цистоскопия ва пешоб цитологик текширувини ўтказиш, манфий натижаларда цистоскопия ва пешоб цитологик текширувини 2 йил давомида хар 3 ойда, кейинг даврда 5 йил давомида

хар 6 ойда, ва хар йили ўтказиш тавсия этилади. [ДИД-С].

➤ 2 йил давомида хар 6 ой ва хар йили МСКТУ ва кўкрак қафаси КТ текширувини ўтказиш тавсия этилади. [ДИД-С].

• **Аъзо сақловчи даводан сўнг** паст хавфга эга ўсмаларда цистоскопия ва МСКТУ текширувини 3 ва 6 ойдан сўнг, ва 5 йил давомида хар йили ўтказиш тавсия этилади. [ДИД-С].

➤ Уретероскопию 3 ойдан сўнг бажариш тавсия этилади. [ДИД-С].

➤ Юқори хавфга эга ўсмаларда цистоскопия, пешоб цитологик текшируви, МСКТУ ва кўкрак қафаси КТ текширувини 3 ва 6 ойдан сўнг, ва хар йили ўтказиш тавсия этилади. [ДИД-С].

➤ Уретероскопию и пешоб цитологик текширувини 3 ва 6 ойдан сўнг ўтказиш тавсия этилади. [ДИД-С].

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

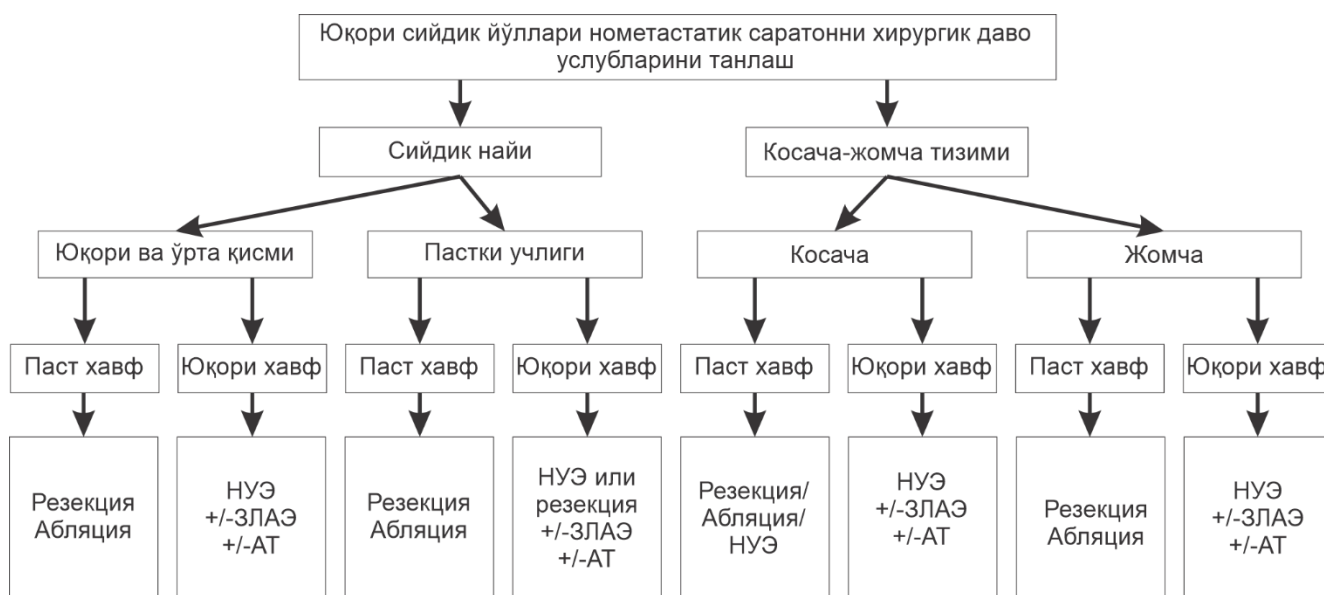
ЮСЮСни даволаш самарадорлиги индикаторлари:

«Ўсма жавоби» - ўтказилган даводан сўнгги ўсманинг регрессияси:

- **Тўла самара** - камида 4 ҳафта давомида барча шикастланиш ўчоқларининг йўқолиши.
- **Қисман самара** - бошқа ўчоқлари прогрессиянинг йўқлигида барча ёки алоҳида ўсмаларнинг 50% ва ундан кўп кичрайиши.
- **Стабилизация** - (ўзгаришсиз) янги шикастланиш ўчоқлари пайдо бўлмаган ҳолда, барча ёки алоҳида ўсмаларнинг 50% дан кам кичрайиши ва 25% дан кам катталашиши.
- **Прогрессияланиш** – битта ёки кўпроқ ўсма ўчоқларининг 25%дан ортик катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.
- Рецидивсиз яшовчанлик (уч ва беш йиллик);

Ҳаёт сифатига инсоннинг рухий, ҳиссий ва ижтимоий фаолиятидан ташқари, бемор организмнинг жисмоний ҳолати ҳам киради.

### Схема – 3 Стационар шароитида даво тактикаси



\*Юқори хавф  $\geq 1$  критерия билан баҳоланади: НУЭ – нефруретерэктомия

- Ҳигх риск ҚПОЛАЭ–қорин парда орти лимфаденэктомия
- Инвазив уротелиал карцинома АД – адьюванттерапия
- Хамроҳ СИС
- Рецидив ўсма

#### Кейинги даврда олиб бориш.

Кузатув режими:

- Биринчи йил – 3 ойдан 1 маротаба;
- Иккинчи йил – 6 ойдан 1 маротаба;
- Кейинги 5 йил давомида – йилига 1 маротаба.

Кузатув хажми:

- қон умумий тахлили хар 3 ой 1 йил давомида, кейинчалик 6 ой давомида 1 маротаба;
- Пешоб умумий тахлили хар 3 ой 1 йил давомида, кейинчалик 6 ой давомида 1 маротаба;
- Қон биохимик тахлили (шлак, оксил ва глюкоза даражасини аниқлаш) хар 3 ой 1 йил давомида, кейинчалик 6 ой давомида 1 маротаба;
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси УТТ хар 3 ой 1 йил давомида,

кейинчалик 6 ой давомида 1 маротаба;

- Ўпка рентгенографияси хар 6 ойда;
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси КТ текшируви хар 12 ойда

**Жаррохлик даво ва аблатив усулларида сўнг динамик кузатув олиб борилади:**

- буйрак фаолиятини баҳолаш;
- жаррохлик амалиётидан сўнг асоратларни аниқланш;
- Буйрак резекцияси ёки аблатив даводан сўнг пайдо бўлиши мумкин бўлган маҳалий рецидивларни аниқлаш;
- Контралатерал ва ипсилатерал буйракда (резекциядан сўнг) рецидивларни аниқлаш;
- узоқ жойлашган метастазларни аниқлаш.

Қайта контрол текширувлар услублари ва муддатлари бўйича кўплаб тадқиқотларда йоритилган. ЮСЮС сабабли ўтказилган даводан сўнги даврда беморларга керак бўлган динамик кузатув ҳақида, ҳамда эрта аниқланган рецидивлар, кеч аниқланган рецидивлардан кўра яшувчанликни яхшилаши ҳақида алоҳида маълумот йўқ. Динамик кузатувда стандарт текшириш услублари: Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи КТ, ўпка рентгенографияси, қорин бўшлиғи УТТ текшируви (Радика хирургик даводан сўнг 6 ой давомида 1 маротабадан кўпроқ эмас)

**Профилактик чоралари:** Асосий бирламчи профилактик чораларидан бири бу чекишдан воз кечиш ва семизлик билан курашув.

Операциядан кейинги даврда тромбоземболик асоратларнинг олдини олишга эътибор бериш керак, айниқса буйрак ва ПКВда тромблар бўлган, семиз беморларда, шунингдек, кекса одамларда ва юрак патологияси бор беморларда. Аъзони олиб ташлаш операцияси радикал эканлигини ҳисобга олиб, мумкин бўлган буйрак етишмовчилигининг олдини олиш учун жаррохлик амалиётидан олдин контралатерал буйрак фаолиятини ўрнатиш керак. Агар буйрак резекцияси амалга оширилса, сийдик оқмаси ёки сийдик оқиши мумкин бўлган ривожланишини кузатиш керак.

#### **6. Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:**

- «ўсма жавоби» - даволашдан кейин ўсманинг регрессияси;
- рецидивсиз яшовчанлик (уч ва беш йиллик);
- "Ҳаёт сифати" инсоннинг рухий, ҳиссий ва ижтимоий фаолиятига кўшимча равишда, бемор танасининг жисмоний ҳолатини ўз ичига олади.

**“ЮҚОРИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ  
УРОТЕЛИАЛ САРАТОНИ”  
НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

## **1. Мазкур нозологияда танланган тиббий муолажа ва ёки жаррохлик амалиётининг қўлланилиши тартиби.**

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

- ўсмани радикал олиб ташлаш;
- бирламчи ўчоқни олиб ташлаш;
- ўсма ўсишини стабиллаштириш ва оғир ҳамроҳ симптомларни бартараф этиш учун ўсма жараёнининг тўлиқ ёки қисман регрессиясига эришиш;
- бемор умумий аҳволини яхшилаш;
- умумий яшовчанликни ошириш.

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

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

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

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

## Медикаментоз (кимё-, таргет-, иммуно- ва гормон-терапия) ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадда ўтказилади:

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

## Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган ЮСЮС даволаниши.

### Олигометастатик ЮСЮС хирургик давоси.

• ЮСЮС аниқланган айрим беморларда солитар метастазларни олиб ташлаш тавсия қилинади. [ДОИ: [10.1016/ж.уролонс.2017.09.009](#)]. [42]

### Тавсия ишончилилик даражаси – С (далилларнинг ишончилилик даражаси – 4).

Изоҳ: Ҳозирда тарқалган онкологик жараён мавжуд беморларда метастазэктомия аҳамиятини тасдиқловчи маълумотлар йўқ. Аммо ЮСЮС билан биргаликда сийдик пуфаги саратони ўрганилган бир қанча тадқиқотларда метастаз ўчоқларини олиб ташлаш, яшовчанлик прогнози юқори бўлган айрим гуруҳ беморларда, хавфсиз ва онкологик жиҳатдан исботланганлиги келтирилган.

### Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган ЮСЮС да тизимли ўсмага қарши даво.

### Жадвал 10. Кимётерапия режимлари

ГС	гемцитабин – 1000 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-, 8- ва 15 - кунлар;  цисплатин – 70 мг/м <sup>2</sup> в/и 1(2)-кун ва гидратация ( натрий хлорид изотоник эритмаси (≈ 2,5 л), цисплатинни юбориш ва ундан кейинги 3 соат мобайнида диурезни 100 мл/соат дан юқори ҳолда ушлаб туриш мақсадида).  Цикл ҳар 4 ҳафтада такрорий ўтказилади.
----	---

<b>ГемСарбо</b>	<p>гемцитабин – 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-,8-кунлар;</p> <p>карбоплатин – АУС-4-5 1-куни (доза режими клиник вазиятга кўра ўзгариши мумкин – мажбурий редуция ёки АУС-3-6 чегарасида доза эскалацияси).</p> <p>Цикл ҳар 3 ҳафтада такрорий ўтказилади.</p>
<b>МВАС</b>	<p>винбластин – 3 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-, 15-, 22-кунлар;</p> <p>доксорубицин – 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-куни;</p> <p>метотрексат – 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-, 15-, 22-кунлар;</p> <p>цисплатин – 70 мг/м<sup>2</sup> 2-куни ва гидратация.</p> <p>Цикл ҳар 4 ҳафтада такрорий ўтказилади.</p>
<b>ДД-МВАС</b>	<p>винбластин – 3 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-куни ;</p> <p>доксорубицин – 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-куни;</p> <p>метотрексат – 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-куни;</p> <p>цисплатин – 70 мг/м<sup>2</sup> 2-куни ва гидратация;</p> <p>ор Г-КСФ (одам рекомбинант гранулоцитар колониестимулловчи фактор).</p>
<b>Паклитаксел</b>	80 мг/м <sup>2</sup> 1-, 8-, 15-кунлар ; цикл 28 кун, ёки 175 мг/м <sup>2</sup> 1-кун ; цикл 21 кун
<b>Доцетаксел</b>	75–100 мг/м <sup>2</sup> 1-кун (цикл – 21 кун)
<b>Гемцитабин</b>	1000–1250 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-, 8-, 15-кунлар (цикл – 28 кун)

**Жадвал 11. Иммуноонкологик препаратлар (моноклонал антитело)**

Атезолизумаб	840 мг (в/и инфузия ҳар 2 ҳафтада), ёки 1200 мг (в/и инфузия ҳар 3 ҳафтада), ёки 1680 мг (в/и инфузия ҳар 4 ҳафтада). Атезолизумаб биринчи дозаси 60 дақиқа ичида юборилиши лозим. Биринчи инфузияни яхши қабул қилганда, кейинги инфузияларни 30 дақиқа ичида юбориш мумкин.
Пембролизумаб	200 мг (в/и инфузия 30 дақиқа ичида, ҳар 3 ҳафтада) ёки 400 мг 6 ҳафтада 1 марта
Авелумаб	800 мг (в/и инфузия, 60 дақиқа ичида, ҳар 2 ҳафтада)
Ниволумаб	3 мг/кг ёки 240 мг (в/и инфузия ҳар 2 ҳафтада), ёки 480 мг (в/и инфузия ҳар 4 ҳафтада). Биринчи инфузия 60 дақиқа ичида юборилиши лозим, яхши қабул қилинганда, қолган барчаси – 30 дақиқа ичида юборилиши мумкин.

## Жадвал 12. Биринчи қатор медикаментоз терапия

Тавсия	ИД
Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган ЮСЮС да, цисплатин буюришга қарши кўрсатмалар бўлмаган ҳолларда, биринчи қатор терапияда ГС ёки МВАС ёки ДД-МВАС режимларида кимётерапия буюрилади.	А
Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган ЮСЮС да, цисплатин буюришга қарши кўрсатмалар бўлган ҳолларда, биринчи қатор терапия ўтказиш учун ПД-Л1 экспрессиясини аниқлаш учун иммуногистокимёвий текширув ўтказилади. Пембролизумаб билан даво ўтказиш режалаштирилганда, ПД-Л1 экспрессиясига СПС шкаласи бўйича, атезолизумаб билан ўтказишда ИС шкаласи бўйича баҳоланиши керак.	С
Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган ЮСЮС да, цисплатинга қарши кўрсатмалар бўлганда ва ўсма тўқимасида ПД-Л1	С

гиперэкспрессияси бўлганда беморга иммунотерапия ўтказиш тавсия қилинади.	
Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган ЮСЮС да, цисплатинга қарши кўрсатмалар бўлганда ва ўсма тўқимасида ПД-Л1 гиперэкспрессияси бўлмаганда ГемСарбо режимида кимётерапия ўтказиш тавсия қилинади.	<b>A</b>
Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган сийдик пуфаги уротелиал саратонида беморга 4-6 цикл платина препаратлари асосида 4-6 курс кимётерапия ўтказилгандан кейин ўсма назоратига эришилгандан кейин (тўлиқ, қисман жавоб ёки ўсма жараёни стабилизацияси) беморга авелумаб билан ушлаб турувчи даво ўтказиш тавсия қилинади.	<b>A</b>
Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган ЮСЮС да, цисплатинга қарши кўрсатмалар бўлмаганда биринчи қатор терапияда гемцитабин билан биргаликда платина препаратлари ҳамда ПД-Л1 гиперэкспрессиясидан қатъи назар, атезолизумаб билан иммунокимётерапия ўтказиш тавсия қилинади.	<b>A</b>
Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган ЮСЮС да, карбоплатинга қарши кўрсатма бўлганда, ПД-Л1 гиперэкспрессиясидан қатъи назар, иммунотерапия ўтказиш тавсия қилинади.	<b>C</b>
Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган ЮСЮС да, карбоплатинга қарши кўрсатма бўлганда, беморга бошқа фармакологик гуруҳ препаратлари билан монокимётерапия ўтказиш тавсия қилинади.	<b>C</b>

### **Жадвал 13. Иккинчи қатор медикаментоз терапия**

Нооперабел маҳаллий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС да платина препаратлари билан кимётерапия ўтказилгандан кейин ёки кимётерапия фонида прогрессия кузатилганда, беморга пембролизумаб билан монотерапия ўтказиш муқобил режим сифатида тавсия қилинади.	<b>A</b>
---	----------

<p>Нооперабел маҳаллий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС да платина препаратлари билан кимётерапия ўтказилгандан кейин ёки кимётерапия фонида прогрессия кузатилганда, беморга альтернатив режим сифатида ниволумаб билан монотерапия ўтказиш тавсия қилинади.</p>	<b>С</b>
<p>Нооперабел маҳаллий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС да платина препаратлари ёки бошқа фармакологик гуруҳдаги препаратлар билан кимётерапия ўтказилгандан кейин ёки кимётерапия фонида прогрессия кузатилганда, альтернатив режим сифатида атезолизумаб билан монотерапия буюриш тавсия қилинади.</p>	<b>В</b>
<p>Нооперабел маҳаллий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС да платина препаратлари билан кимётерапия ўтказилгандан кейин ёки кимётерапия фонида прогрессия кузатилганда, беморга альтернатив даво режими сифатида винфлунин билан монотерапия ўтказиш тавсия қилинади.</p>	<b>С</b>

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

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлили (глюкоза, мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. Коптокча филтрацияси тезлигини аниқлаш;
8. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (ҲИВАг/анти-ҲИВ);
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
11. Биоптатни гистологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)\*
12. Биоптатни иммуногистохимик текшириш (лимфа тугунини, ҳосилани, трепанобиоптатни)

13. Кичик чанок МРТ ва КТ си;
14. Қорин бўшлиғи МСКТси;
15. Кўрак қафаси рентгенграфияси;
16. Остеосцинтиграфия
17. Бутун тана ПЭТ/КТси\*\*
18. ЭКГ;
19. ЭхоКГ.

**Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари (кўрсатма бўлганда):**

1. Қон биокимёвий таҳлёки (натрий, калий, кальций, СРО, ишқорий фосфотаза);
2. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомегаловирус, токсоплазмоз;
3. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (микдорий);
4. СОВИД-19 га ПЗР;
5. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
6. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
7. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
8. Антитромбин ИИИ, Д-димер
9. Одам Т-лимфотроп вируси И/ИИ-ИгГ га антитана;
10. Линч синдромига шубҳа бўлса ёки яқин қариндошларида мавжуд бўлса – МЛХ1, МШ2, МШ6, ПМС2 генларида герминал мутацияларга текшириш;
11. Кўрак қафасини компьютер томографияси;
12. Бош мия МРТси;
13. ФГДС;
14. Бронхоскопия;
15. Колоноскопия;
16. Қон томирлар УТДГси (вена ва/ёки артериялар);
17. Спирография.
18. Плеврал бўшлиқ, периферик лимфа тугунлар, қалқонсимон без УТТси;
19. Холтер – мониторинг билан ЭКГ

\* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

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

#### **4) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:**

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

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

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

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

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

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

**Нур терапия ўтказиш учун:**

- чизиқли тезлаткич ёки гамма терапевтик ускуна;
- барабан фантом (қурилманинг ишлашини текшириш ва калибрлаш учун);
- СВСТ тасвирлаш тизимининг Хаунсфилд бирликларини калибрлаш учун фантом;
- термопластик ниқоблар учун терморегуляцияланган ванна/печ;
- вакуум матраслар учун насос;
- ўрнатилган, тўлиқ интеграциялашган дозиметрик режалаштириш тизими;
- дозиметрик ускуналарнинг стандарт тўплами;
- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан КТ;
- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан МРТ.
- подголовник;
- вакуумли матрац;
- каплар, загубниклар;
- индексли рамка;
- тизза остика қўйиш мосламалари;
- термопластик пластинлар (маскалар)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **б) Протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усуллариининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари [7]:**

- «Ўсма жавоби» - ўтказилган даводан сўнгги ўсманинг регрессияси:

**Тўла самара** - камида 4 ҳафта давомида барча шикастланиш ўчоқларининг йўқолиши.

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

**Стабилизация** - (ўзгаришсиз) янги шикастланиш ўчоқлари пайдо бўлмаган ҳолда, барча ёки алоҳида ўсмаларнинг 50% дан кам кичрайиши ва 25% дан кам катталашиши.

**Прогрессияланиш** – битта ёки кўпроқ ўсма ўчоқларининг 25%дан ортиқ катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

- Рецидивсиз яшовчанлик (уч ва беш йиллик);
- Ҳаёт сифатига инсоннинг психологик, ҳиссий ва ижтимоий фаолиятидан ташқари, бемор организмнинг жисмоний ҳолати ҳам киради.

**"СИЙДИК ЮҚОРИ ЙЎЛЛАРИ  
УРОТЕЛИЛА САРАТОН" НОЗОЛОГИЯСИ  
УЧУН ПРОФИЛАКТИКА ВА  
РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## - Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

**Профилактик тиббиёт** (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [хтгпс://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)) (профилактикология, греч. πρόφύλακτικός — «эҳтиёт қилувчи»<sup>[1]</sup> и λόγος — «таълимот, фан») — тиббиётдаги фан ва амалиёт, касалликлар ва шикастланишлар пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи дир<sup>[2][3]</sup>.

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади<sup>[4]</sup>:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд<sup>[4]</sup>.

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади<sup>[2][5]</sup> ва соғлиқни сақлашнинг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиеник ва терапевтик-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Бу нафақат тиббий манипуляцияларни, балки Қонунчилик, ташкилий, экологик<sup>[6]</sup>, меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим<sup>[7]</sup> тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлилга асосланган<sup>[8][9]</sup>.

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

Амалдаги профилактика чоралари бир кишининг танасида кейинги касалликларга олиб келиши мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилган мақсадли чораларни кўриш орқали тўлиқ соғлом инсон ҳаётини узайтиришга интилади. Касалликнинг олдини олишга бундай индивидуал ёндашув профилактика тиббиёти томонидан кўриб чиқилади<sup>[10][11]</sup>.

**Тиббий реабилитация** (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [хтгпс://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)) (лот. *rehabilitatio*, тиклаш<sup>[1]</sup>) — касаллик ёки шикастланиш натижасида бузилган ёки бутунлай йўқолган инсон танасининг нормал ақлий ва физиологик функцияларини (эҳтиёжларини) максимал даражада тиклаш ёки қоплашга қаратилган тиббий, педагогик, психологик ва бошқа турдаги чора-тадбирлар мажмуасидир. Эҳтиёжларга мисоллар: соғлом бўлиш, жисмоний

фаоллик, ҳаракат еркинлиги, ҳаракатларнинг мустақиллиги, одамлар билан мулоқот қилиш, зарур маълумотларни олиш, меҳнат ва бошқа фаолият орқали ўзини ўзи англаш<sup>[2][3][4]</sup>.

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади<sup>[5]</sup>.

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

## 2. Профилактика ёки реабилитация турлари.

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

- 1. Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсекция, эмлаш, оқилона иш ва дам олиш, оқилона сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш)дир. Бир қатор бирламчи профилактика чоралари миллий миқёсда амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва фаровонликни яратиш умр кўриш давомийлигини узайтиради<sup>[17]</sup>. Саломатликни мустаҳкамлаш тадбирлари маълум бир касаллик ёки ҳолатга қаратилган эмас, балки саломатликни мустаҳкамлашга ҳисса қўшади. Бошқа томондан, махсус ҳимоя касалликларнинг бир тури ёки гуруҳига қаратилган ва соғлиқни сақлашни ривожлантириш мақсадларини тўлдиради<sup>[17]</sup>. Бирламчи профилактиканинг асосий тамойиллари: 1) профилактика чораларининг узлуксизлиги (антенатал даврдан бошлаб ҳаёт давомида); 2) профилактика чораларининг табақалаштирилган табиати; 3) профилактиканинг оммавий табиати; 4) профилактиканинг илмий табиати; 5) профилактика чораларининг комплекслиги (профилактикада тиббиёт муассасалари, ҳокимият идоралари, жамоат ташкилотлари, аҳоли иштирок этади )<sup>[16]</sup>.
- 2. Иккиламчи профилактика** — муайян шароитларда (стресс, иммунитетнинг заифлашиши, тананинг бошқа ҳар қандай функционал тизимларига ортиқча юк) касалликнинг бошланиши, кучайиши ва қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган аниқ хавф омилларини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасидир. Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули бу касалликларни эрта аниқлаш, динамик кузатув, мақсадли даволаш ва оқилона изчил тикланишнинг кенг қамровли усули сифатида тиббий кўрикдир.
- 3. Баъзи профилактика мутахассислари "учламчи ипрофилактика"** атамасини тўлиқ ишлаш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуаси сифатида таклиф қилишади. Учламчи профилактика

ижтимоий (ўз ижтимоий тайёргарлигига ишончни мустаҳкамлаш), меҳнат (меҳнат кўникмаларини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор фаолиятини тиклаш) ва тиббий (аъзолар ва тана тизимларининг функцияларини тиклаш) реабилитациясига қаратилган бўлади<sup>[15]</sup>.

### **3. Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:** [DOI: [10.1016/j.juro.2017.06.073](https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.06.073)] [49]

Хозирги вақтда ЮСЮС профилактикаси бутунлай ўрганиб чиқилмаган.

Буйрак жомчаси ва сийдик найи саратони агрессив ап рецидивга мойил саратонлардан бири ҳисобланади. Шу сабабли қайта кўриклар жуда муҳим ва қаттиям тавсия этилади. Кузатув қайта кўриклар саратоннинг қайталаниши ёки даволаш таъсирини тезда аниқлаш учун мўлжалланган. Бундай ҳолда, кейинги ташрифлар белгиланган жадвалга мувофиқ амалга оширилади.

Саратон касаллигининг олдини олиш бўйича барча тадбирларни уч қисмга бўлиш мумкин [53].

— **Бирламчи профилактика:** хавф омилларининг таъсирини йўқ қилиш ёки камайтириш, хавф омиллари таъсирига тананинг қаршилигини ошириш.

— **Иккиламчи профилактика:** эрта клиникадан олдинги босқичларда касалликни ташхислаш (асосан скрининг орқали) ва даволаш.

— **Учинчи даражали профилактика:** радикал даводан кейин даволаш ва реабилитация, шунингдек метахрон саратонни ўз вақтида ташхислаш.

ЮСЮС олдини олишда потенциал бир нечта асосий йўналишларни аниқлаш мумкин:

— Турмуш тарзини ўзгартириш;

— касалликнинг дастлабки босқичларида буйрак саратонини аниқлаш учун скрининг;

— буйракларда илгари аниқланган саратон олди касалликлари бўлган беморларни кузатиш;

— радикал жарроҳлик даводан сўнг метахрон буйрак саратонининг олдини олиш ва эрта ташхислаш.

#### **Бирламчи профилактика:**

ЮСЮС специфик профилактика усуллари ишлаб чиқарилмаган.

ЮСЮС самарадор профилактик усуллари мавжуд эмас.

Буйрак саратонининг олдини олиш учун тавсия этилади:

([хттпс://уроportal.ру/сервисес/онкоурология/рак-почечной-локханки-и-мочеточника/](https://uroportal.ru/сервисес/онкоурология/рак-почечной-локханки-и-мочеточника/)):

- Вақтида ва тўлиқ урологик касалликларни олдини олиш;
- Белни жароҳатлардан химоя қилиш;
- Чекишдан ва алкоголь маҳсулотлардан воз кечиш;
- семиришга қарши кураш;
- асбест, кадмий, бензин, органик эритувчилар ва баъзи гербицидлар каби кимёвий моддалар таъсиридан сақланиш
- регуляр профилактик текширувлардан ўтиш (пешоб таҳлиллари ва буйрак УТТ).

- канцероген ва захарли кимёвий моддалар билан алоқа қилишдан сақланинг;

*Тавсияларнинг ишончли даражаси – С (далилларнинг даражаси– 5)*

Улар ҳар бир киши учун индивидуал равишда мўлжалланган, ҳамма жойда ва ҳар доим амалга оширилади (айниқса, радикал даволанишдан кейин касалликнинг ремиссияси пайтида ва хавф омиллари мавжуд бўлганда).

**ЮСЮС иккиламчи профилактикаси** буйрак жомчаси ва сийдик найида ўсма олди ҳолатлар мавжуд бўлган беморларни кузатиш бўйича чора-тадбирларни ташкил этади. Ушбу чора-тадбирларнинг асосий мақсади ўсма жараёнинг дастлабки босқичларида аниқлашдир.

Бирламчи профилактикага қараганда иккиламчи профилактика сезиларли даражада кўпроқ молиявий ва тиббий ресурсларни талаб қилади. Унинг сифати кўп жиҳатдан замонавий тиббий технологияларнинг мавжудлиги, шифокорларнинг яхши тайёргарлиги, радиологик ва морфологик диагностика учун стандартлаштирилган протоколларга боғлиқ.

#### 14 Жадвал. ЮСЮСдан даволанган беморларни кузатуви.

Профилактик чоралар	ДД
ЮСЮС жарроҳлик даволашдан сўнг беморларни қатъий кузатув қилиш тавсия этилади, чунки бу бизга қовуқнинг метакрон ўсмаларини (барча ҳолларда), маҳаллий қайталанишни ва узоқ метастазларни (инвазив ўсмаларда) аниқлаш имконини беради.	С
Ҳар бир кейинги текширувда сийдик қопининг ҳолатини баҳолаш тавсия этилади.	С

Аъзо сақловчи жаррохлик амалиётидан сўнг диққат билан кузатув олиб бориш тавсия этилади.	С
Қовуқ метакрон ўсмаларнинг, локал қайталанишлари ва узок метастазларни пайдо бўлиши аломатларини қатъий кузатиш тавсия этилади (вақт ўтиши билан уларнинг еҳтимоли ортади). Қайталаниш ва ўлим хавфи жаррохлик амалиётидан кейинги кузатув даврида давом этади.	С
Кузатув даврида цистоскопия ва пешоб цитологик текширувини 5 йил давомидан ва ундан кўпроқ вақт мобайнида ўтказиш тавсия этилади.	С
Аъзо сақловчи жаррохлик амалиётидан сўнг, РНУ дан кўра диққат билан кузатиб бориш тавсия этилади.	С
Кузатув даврида цистоскопия ва пешоб цитологик текширувини 5 йил ва ундан кўпроқ вақт мобайнида ўтказиш тавсия этилади.	С
Аъзо сақловчи жаррохлик амалиётидан сўнг, РНУ дан кўра диққат билан кузатиб бориш тавсия этилади.	С

- Агар РНУ амалга оширилган бўлса, маҳаллий такрорланишнинг ривожланиши эҳтимолдан йироқ эмас, узокдаги метастазлар тўғридан-тўғри юқорида айтиб ўтилган хавф омилларига боғлиқ;

- Бирламчи ЮСЮС даволагандан сўнг пешоб қопи такрорий касалликнинг қайталаниши 15% дан 50% гача ўзгариб туради. Шунинг учун барча ҳолатларда қовуқни текшириш керак. Беморнинг анамнезида қовуқ саратони ва СЮЮС мултифокал зарарланиши, қовуқ ўсмасининг пайдо бўлишига хавф омили деб ҳисобланади.

- Кузатув режими камида 5 йил давомида цистоскопия ва пешоб цитологик текширувини ўзига олиши керак. Қовуқ ичида пайдо бўлган ўсмани узокда жойлашган метастаз деб ҳисоблаб бўлмайди.

- Аъзо сақловчи даволашда, такрорланиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли, ипсилатерал сийдик йўлларининг ҳолатини диққат билан кузатиб бориш керак. Ендоурологик усулларнинг доимий яхшиланишига қарамай, консерватив даволанган беморларни кузатиш қийин бўлиб қолмоқда ва кўпинча минимал инвазив муолажаларни талаб қилади.

## 4. Профилактика усуллари ва муолажалари:

### 1) Профилактика мақсади:

Юқори сийдик йўллари саратонининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг олдини олиш ва бартараф этиш, даволанишдан кейин асоратларини эрта аниқлаш ва олдини олиш.

**2) Профилактика ва диспансер кузатув, тиббий кўрсатмалар ва профилактика методларини қўллашга қарши кўрсатмалар**

**15 Жадвал. Даводан кейинги профилактика ва диспансер кузатув**

	<b>Тавсиялар</b>	<b>ДД</b>
<b>Нефруретерэктомиядан кейин</b>	Паст хавфли ўсмалар учун систоскопияни 3 ойдан кейин бажариш тавсия этилади, агар натижа салбий бўлса, кейинги цицтоскопия 9 ойдан кейин, кейин эса ҳар йили 5 йил давомида амалга оширилиши керак;	<b>С</b>
	Юқори хавфга эга ўсмаларда цистоскопия ва пешоб цитологик текширувини 3 ойдан кейин бажариш тавсия этилади, агар натижа салбий бўлса цистоскопия ва пешоб цитологик текширувини 2 йил давомида хар 3 ойда, кейин 5 йил давомида хар 6 ойда, кейин-хар йили ўтказиш тавсия этилади	<b>С</b>
	МСКТУ ва кўкрак қафаси КТ текширувини 2 йил давомида хар 6 ойда, кейин хар йили ўтказиш тавсия этилади	<b>С</b>
<b>Аъзо сақловчи жаррохлик амалиётидан сўнг</b>	Паст хавфли ўсмалар учун цистоскопия ва МСКТУ текширувини 3 ва 6 ойдан сўнг, кейин эса 5 йил давомида хар йили ўтказиш тавсия этилади.	<b>С</b>
	Хар 3 ойи уретероскопия амалиётини ўтказиш тавсия этилади.	<b>С</b>
	Юқори хавфга эга ўсмаларда, цистоскопия, пешоб цитологик текшируви, МСКТУ ва кўкрак қафаси КТ текширувини 3 ва 6 ойдан кейин, кейин хар йили ўтказиш тавсия этилади	<b>С</b>

### 3) Диспансер кузатув.

C00-Д09 МКБ-10 рубрикасига киритилган онкологик касалликларга дуч келган йоши катта беморлар диспансер кузатувга ўтказилади. Диспансер кузатуви амбулатор онкология марказида ёки тиббий ташкилотнинг бирламчи онкология кабинетида, онкология клиникасида (онкология шифохонаси) ёки бошқа тиббий ташкилотларда ташкил этилади. Хў тасдиқланган беморлар кузатув туркумига киради. Шифокор томонидан беморни тиббий кўрикдан ўтказишнинг тавсия этилган жадвали (1 йил давомида- хар 3 ойда, иккинчи йил мобайнида- хар 6 ойда 1 маротаба, кейинчалик 1 йилда 1 маротаба (агар касаллик кечиши беморни олиб бориш тактикаси ўзгармаса)

## 5. Реабилитация усуллари ва муолажалари:

Реабилитация специфик методлари ишлаб чиқарилмаган. Сурункали буйрак етишмовчилигининг олдини олиш бўйича тавсияларга амал қилиш керак.

### Кимётерапиядан сўнгги реабилитация

- Аэроб машқлари ва куч-қувват машқлари комбинацияси тавсия этилади.

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – Б (далилларнинг ишончлиги даражаси – 3).*

**Комментарий:** *Жисмоний терапия ҳажми ва интенсивлиги заифлик даражасига (енгил, ўртача, оғир) қараб индивидуал равишда танланади. Умумий ҳолат яхшиланганда, жисмоний терапия интенсивлиги ошади.*

Баланс машқлари тавсия этилади - улар чидамлилиқ машқлари ва куч машқлари комбинациясидан кўра полиневопатияни даволаш учун самаралироқдир.

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – Б (далилларнинг ишончлиги даражаси – 3).*

Кимётерапия туфайли периферик полинейропатияни даволашда паст интенсив лазер терапиясидан фойдаланиш тавсия этилади.

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – В (далилларнинг ишончлиги даражаси – 2).*

Кимётерапия туфайли периферик полинейропатияни даволашда Рекомендуется паст частотали магнит терапиядан фойдаланиш тавсия этилади.

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – В (далилларнинг ишончлиги даражаси – 2).*

• Кимётерапия туфайли периферик полинейропатияни даволашда 4 хафта давомида кунига 20 дақиқадан перкутан электростимуляциядан фойдаланиш тавсия этилади.

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – С (далилларнинг ишончлиги даражаси – 4).*

• Кимётерапия туфайли оғиз бўшлиғи мукозитларни даволашда пастинтенсивли лазер терапиясидан фойдаланиш тавсия этилади.

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – А (далилларнинг ишончлиги даражаси – 1).*

• Кимётерапия туфайли алопецияни олдини олиш мақсадида КТ олди бошни музлатиш тавсия этилади.

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – В (далилларнинг ишончлиги даражаси – 3).*

• Кимётерапия туфайли соч тўкилиш ва КТдан сўнгги давирда соч ўсишини тезлаштириш мақсадида пастинтенсивли лазер терапиясидан фойдаланиш тавсия этилади.

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – В (далилларнинг ишончлиги даражаси – 2).*

• Кичик чақно бўшлиғи мушак тизимини кучайтириш мақсадида БиофеедбаскР усули, тиббал нейромодуляция, кичик чанок бўшлиғи ва тиргак электростимуляцияси эректрил дисфункциясида ва сийдик чиқариш касалликларида фойдаланиш тавсия этилади.

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – В (далилларнинг ишончлиги даражаси – 3).*

## **Жаррохлик даводан сўнгги реабилитация**

### **2.1. Реабилитация биринчи даври**

• **Тавсия этилади:** жаррохлик амалиётидан сўнг оғрикни пасайтиришга йўналтирилган, жисмони тарбия, жойлашув билан даво, оғрикни рухий йенгиш (релаксация), перкутан электростимуляция (аупунктура) йордамида мултидисциплинар йондашув қўллаш. [дои: [10.3390/surppn31040162](https://doi.org/10.3390/surppn31040162).] [50].

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – С (далилларнинг ишончлиги даражаси – 5).*

• **Тавсия этилади:** БХС сабабли жаррохлик амалиётидан сўнг фаст траск реҳабилитацион усули ва эРАС дастурлари (еарлй реҳабилитацион афтер сургерй-

оператив даводан кейинги тез реабилитация) [дои: [10.3390/сурронсол31040162.](#)] [50].

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – А (далилларнинг ишончлиги даражаси – 3).*

**Изох:** *Комплекс оғриқ қолдириш, эрта энтерал озиқлантириш, зондлар ва дренажлар рутин ишлатишдан бош тортиш, эрта мобилизация (активация ва вертикализация) услубларини ўзига киритувчи фаст траск реҳабилитацион и эРАС тактикаси жаррохлик амалиётидан сўнгги 1-2 кунлари асоратларни ва қайта госпитализация камайтиради. Фаст траск реҳабилитацион беморни стационарда бўлишни ва жаррохликдан кейинги бўлган асоратлар частотасини камайтиради. Фаст траск тактикаси самарадор ва урологик профил беморлари учун хавфсиз.*

● **Тавсия этилади:** фаст-траск тактикаси лапароскопик жаррохлик амалиётидан сўнгги беморларга комплекс реабилитация. [дои: [10.3390/сурронсол31040162.](#)] [50].

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – В (далилларнинг ишончлиги даражаси – 2).*

**Изох:** *Комплекс фаст-траск-йондошув лапароскопик нефрэктомия жаррохлик амалиётидан сўнгги беморларга реабилитация, интенсив терапия бўлимида қолиш ва госпитализация муддатини қисқартириш мақсадида қўлланилади. Бундан ташқари, ушбу стратегия оғриқни яхшироқ назорат қилиш ва жаррохлик даволаш билан беморни қондириш имконини беради.*

● Беморларнинг жаррохлик амалиётидан сўнгги даврда эрта активизация ва вертикализация функционал имкониятларни яхшилаш мақсадида тавсия этилади [ДОИ: [10.1089/енд.2005.19.1165](#)] [51].

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – С (далилларнинг ишончлиги даражаси – 4).*

● Жаррохлик амалиётидан 2 кундан сўнг массаж ўтказиш тавсия этилади. [59].

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – В (далилларнинг ишончлиги даражаси – 4).*

**Изох:** *Оператив даводан 2 кундан сўнг 20 дақиқали массажни ўтказиш оғриқ синдромини интенсивлигини камайтиради, безовталикни, зўриқишни ва хаёт сифатини яхшилаётти.*

## **2.2. Иккинчи ва учинчи реабилитация босқичлари**

- Жарроҳликдан сўнг беморнинг ҳаёт сифатини, психологик ҳолатини ва тана вазнини назорат қилишни яхшилаш учун аеробик машқлар тўпламини бажариш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1097/ПХМ.06013e318206e1a4](#)] [52].

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – А (далилларнинг ишончлиги даражаси – 1).*

**Комментарий:** Аеробик машқлар ҳафтасига 150 дақиқа, куч машқлари еса ҳафтасига 2 марта бажарилиши керак.

- Ўртача интенсивликдаги машқлар терапиясини кунига 15-30 дақиқа, ҳафтасига 3-5 марта, давомийлигини аста-секин ошириб бориш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1038/бжс.2013.750.](#)] [53].

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – С (далилларнинг ишончлиги даражаси – 4).*

- БХС бўлган беморларда оғриқни камайтириш учун дори терапияси билан биргаликда акупунктура ўтказиш тавсия этилади [ДОИ: [10.3747/со.24.3619](#)] [54].

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – В (далилларнинг ишончлиги даражаси – 1).*

### **2.3. Реабилитация учинчи босқичи**

- Барча беморлар учун ҳаёт сифатини яхшилаш, оғриқни камайтириш ва заифлик зўравонлигини камайтириш учун массаж тавсия этилади [ДОИ: [10.1016/ж.жпаинсйман.2006.09.016](#)] [55].

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – А (далилларнинг ишончлиги даражаси – 2).*

### **3. Нур терапия даврида реабилитация**

- Нур терапияси даврида БХС билан оғриган беморлар учун суяк зичлигини оширадиган, заифликнинг олдини олишга, беморнинг чидамлилигини оширадиган ва ҳаёт сифатини яхшилайдиган жисмоний машқлар мажмуасини (куч машқлари билан биргаликда аеробик машқлар) бажариш тавсия этилади. [ ДОИ: [10.1016/ж.жпаинсйман.2006.09.016](#)] [55].

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – А (далилларнинг ишончлиги даражаси – 2).*

- Нур терапиясидан сўнг дерматитнинг олдини олиш учун нур терапияси бошланганидан 3 кун ўтгач, паст интенсивликдаги лазер терапиясини ҳафтасига 3 кун ўтказиш тавсия этилади. [50].

*Тавсияларнинг ишончлиги даражаси – С (далилларнинг ишончлиги даражаси – 5).*

## **6. 3-турдаги профилактика ёки реабилитацияни ўтказишга кўрсатмалар (улар профилга мувофиқ белгиланади).**

ЮСЮС бирламчи профилактикаси хавф омилларини олдини олиш, сурункали юкумли, ўсма олди ва хавфсиз ўсма касалликлар, ва асоратларни даволаш орқали ЮСЮС билан касалланиш эҳтимолини пасайишига олиб келади.

Иккиламчи профилактика симптомсиз ва клиникадан олдинги босқичларда эрта аниқлашга олиб келади, бунда ЮСЮС тўлиқ даволаш эҳтимоли юқори.

Учламчи реабилитацион профилактик терапияси, hozirgi вақтда ЮСЮСга қарши хирургик ва медикаментоз даво олаётган ва олиб бўлган беморларга гистологик кўриниш босқичидан қатъий назар барча беморлар учун амалга оширилади.

Самарадорликни баҳолаш ва профилактика режимини тузатиш зарурлиги тўғрисида қарор қабул қилиш учун клиник ва лаборатория профилактик терапиясини кузатиш тавсия этилади. Клиник назоратда профилактик алмаштириш терапиясининг етарли даражада самарадорлиги тўғрисида қарор клиник тест натижалари меъёридан четга чиқиш ва специфик цитостатик терапия пайтида ва ундан кейин беморнинг соматик ҳолатининг ёмонлашиши (яхшиланмаслиги) ҳолатларида қабул қилинади.

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

- ЮСЮС ривожланишининг олдини олиш учун барча инсонларга бирламчи профилактика тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*
- Махсус жарроҳлик ва цитостатик терапия тугагандан сўнг, барча беморларга учинчи даражали реабилитация профилактикасидан ўтиш тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси Б (далилларнинг ишончлилик даражаси 4).*

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

Реабилитация муолажалари амалга оширилади:

Даво якунлангандан 1 кейин (ҳар 3 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, кўринувчи тери ва шиллик қавати, қорин ва қабзият)
- Қон умумий таҳлили + ЭЧТ

- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиси
- Кичик чанок, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзолари УТТси.
- Хар 6 ойда қорин, тос КТси.

Даво якунлангандан кейин 2 йил:

- кўрик (бўй/вазн, кўринувчи тери ва шиллик қавати, қорин ва қабзият)
- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиси
- Кичик чанок, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзолари УТТси.
- Қорин ва тос КТси.

Даво якунлангандан кейин 3 йил:

- кўрик (бўй/вазн, кўринувчи тери ва шиллик қавати, қорин ва қабзият)
- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиси
- Кичик чанок, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзолари УТТси.
- Қорин ва тос КТси.

Даво якунлангандан кейин 4 йил:

- кўрик (бўй/вазн, кўринувчи тери ва шиллик қавати, қорин ва қабзият)
- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиси
- Кичик чанок, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзолари УТТси.
- Қорин ва тос КТси.

Даво якунлангандан кейин 5 йил:

- Катамнестик хизматга кузатувга ўтиш

## 7. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари:

ЮСЮС беморлар билан ишлаш тажрибасига эга бўлган онколог, уролог, тиббий психолог, шу жумладан, турли профил мутахассислар гуруҳи томонидан назорат қилиниши керак. Беморларни уролог, онколог томонидан текшириш йилига камида 2 марта ўтказилиши керак; бошқа мутахассислар томонидан - агар керак бўлса. Беморларни йилига бир марта етарли клиник ва лаборатория жиҳозларига эга ихтисослаштирилган онкология марказида тиббий кўриқдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

ЮСЮС билан оғриган беморларнинг диспансер мониторинги қуйидагиларни ўз ичига олади: касалликнинг қайталаниш ёки метастаз белгилари мавжудлигини баҳолаш билан беморнинг аҳволини динамик кузатиш, цитостатик терапиянинг тугалланган циклларида кейин умумий ресторатив терапия пайтида

нохуш ҳодисалар мавжудлиги, индивидуал дори кўтара олишлиги мониторинги, вирусли контаминация, касалликнинг ўзгариши. беморнинг психологик ёки ижтимоий ҳолати, бошқа муҳим тизимларнинг ҳолатини баҳолаш талаб этилади.

Кимё-радиотерапия асоратларини даволаш: қон параметрларини тузатиш, оғиз гигиенаси, ошқозон-ичак тракти, МИТ аъзолари, юрак-қон томир тизими патологияси ва бошқалар. ва ихтисослашган мутахассисларга мурожаат қилиш. ЮСЮС билан оғриган барча беморларни ихтисослаштирилган онкология ёки гематология марказида рўйхатдан ўтказиш ва назорат қилиш тавсия этилади

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

## **8. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатадиган холда ташхислаш тадбирлари:**

1) Далиллар даражаси киритилган холда асосий ташхислаш тадбирлари:

- ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
- Қон биокимёвий таҳлёки (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оксил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
- Қорин бўшлиғи, кичик чанок ва периферик лимфа тугунлари УТТси;
- Кўрак қафаси рентгенграфияси;
- кичик чанок, қорин бўшлиғи МСКТ ОБП, ёки бутун тана ПЭТ/КТси

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

2) Далиллар даражаси киритилган холда кўшимча ташхислаш тадбирлари:

- Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
- Бош, бўйин ва кўкрак қафаси КТ;
- Қон томирлар УЗДГси (вена ваёки артериялар);
- Спирография.
- Бош мия МРТси
- Бўйин ва плеврал соҳаси УТТ;
- Холтер – мониторинг билан ЭКГ

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

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

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

Тўлиқ жавоб МСКТ, МРТ ва/ёки ПЕТ / КТ, ёрдамида дастлабки терапия тугаганидан 3 ой ўтгач тасдиқланиши керак.

*Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*

ЮСЮС туфайли даволанган ва тўлиқ ремиссияга эга бўлган беморларларга 1 йил давомида ҳар 3 ойда, 2 йил - ҳар 6 ойда ва ундан кейин ҳар йили онколог ёки онкоуролог томонидан кузатилиши тавсия этилади.

*Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*

ҚУТ, қон биокимёвий таҳлилиё йил давомида ҳар 3 ойда ўтказилиши, кейин 2 йил давомида ҳар 6 ойда ва кейинчалик ҳар йили ўтказиб туриш зарур

*Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*

Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси аъзоларининг МСКТ/МРТ текшируви биринчи 2 йилда ҳар 6 ойда ёки клиник кўрсатмаларга кўра ўтказиб турилади. Агар охириги ПЭТ/КТда тўла жавоб кузатилган бўлса, прогрессия/рецидивга гумон бўлса ПЭТ/КТ ўтказилади.

*Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*

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

Қўшимча профилактика чораларига рецидив хавфини камайтириш ва иммунитетни ошириш учун тавсия этилган дори-дармонларни қабул қилиш, тўғри овқатланиш, ёмон одатлардан воз кечиш ва салбий ташқи омилларга таъсир қилиш, соғлиғингиз ҳолатини ҳисобга олган ҳолда даволовчи шифокорнинг тавсияларига амал қилиш киради.

*Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*

## **10. Профилактик ва реабилитация тадбирлар самарадорлигининг кўрсаткичлари.**

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

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

**«ЮҚОРИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ  
УРОТЕЛИАЛ САРАТОНИ»  
НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ПАЛЛИАТИВ  
ЁРДАМ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**Паллиативное лечение уротелиального рака верхних мочевыводящих путей** направлено на улучшение качества жизни пациента, облегчение ее состояния, когда возможности методов борьбы с основным заболеванием практически исчерпаны и вероятность полного излечения минимальна. Адекватное и своевременное паллиативное лечение может подарить больному несколько дополнительных лет жизни.

**3) Клиник таснифи** [[МКБ-11: 2С9 Злокачественные новообразования мочевыводящих путей](#)] [[14](#)]

МКБ-11 бўйича бирламчи ўсма қайси аъзода пайдо бўлганлиги тарзда таснифлаштирилади:

- С65–буйрак жомча тизими хавфли ўсмалари;
- С66–юқори сийдик йўли хавфли ўсмалари.

### **Гистологик турлари**

95% ўтувчи хужайрали саратонлар уротелийдан келиб чиқади ва ЮСЎЎХСга ёки сийдик қопага тегишли бўлади. ЮСЎЎХСга келсак, морфологик турлари энг кўп учрайдиган турлари буйрак уротелиал ўсмалари бўлади. Айнан шу турлари юқори хавфли потенциалга эга бўлиб, қуйидаги турларга бўлинади: микропапилляр, оч-хужайрали, нейроэндокрин ва лимфоэпителиал. Йиғувчи протоклар саратони ва ЮСЎЎХС эмбрионал келишуви хисобига ўхшаш хусусиятларга. Юқори сийдик йўллари ўсмалари ноуретрал морфологик тузулмага эга бўлган юқори сийдик йўллари ўсмалари камдан кам учрайди. Юқори сийдик йўллари эпидермоид саратони- 10% косача-жомча тизими ва юқори сийдик йўлларида учрайди. Қолган морфологик турлари аденокарцинома билан тақдим этилган (<1%), нейроэндокрин саратон ва саркома. [ДОИ: [10.4132/жптм.2023.12.11](#)] [[15](#)]

### **Тасниф**

ЮСЎЎХС таснифи ва морфологияси сийдик қопа билан бир хил. Инвазив папилляр ўсмалар (папилляр ўтувчи хужайрали ўсмалар, паст хавф потенциали билан, low-граде папилляр ўтувчи хужайрли саратон, хигҳ-граде папилляр ўтувчи хужайрали саратон) ямоқсимон шикастланишлар (сарсинома ин ситу [СИС]), ва инвазив саратон. Сийдик қопа учун кўрсатилган барча ўтувчи хужайрали саратонлар, юқори сийдик йўлларида ҳам учраши мумкин. [дои: [10.32074/1591-951X-838](#)] [[16](#)]

Ёмон сифатли ўсимталарнинг Халқаро онкологик касалликлар билан курашиш иттифоқи томонидан ТНМ-таснифи, 2017 (8-нашр)

[[хттпс://www.wiley.com/en-us/TNM+Слассифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579](http://www.wiley.com/en-us/TNM+Слассифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579)] [17]

ТНМ-таснифига кўра (англ. тумор, нодус и метастасис – ўсма, тугун, метастазлар), регионар лимфа тугунлар сифатида, буйрак дарвозаси йонида жойлашган, парааортал, паракавал ва юқори сийдик йўли учун- кичик чаноқ лимфа тугунлари кўрилади. Зарарланган томон Н-таснифига таъсир қилмайди.

### Касалликни стадиялаштириш

[[хттпс://www.wiley.com/en-us/TNM+Слассифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579](http://www.wiley.com/en-us/TNM+Слассифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579)] [17].

Жомча ва юқори сийдик йўллари хавфли ўсмаларини стадиялаш ТНМ АЖСС/УИСС (2017) 8-чи қайта кўригига асосланган (Америсан Жоинт Коммитее он Сансер, АЖСС – Саратонни ўрганиш Америка қошма комитети, Унион Интернационале Сонтре ле Сансер, УИСС – Халқаро онкологик касалликлар билан курашиш қошмаси) Международный союз по борьбе с онкологическими заболеваниями).

### 16 Жадвал. ТНМ таснифи

<b>Т – бирламчи ўсма</b>	Tx	Бирламчи ўсма аниқлан имкони йўқ
	T0	Бирламчи ўсма аниқланмади
	Ta	Ноинвазив папилляр саратон;
	Tis	СИС
	T1	Ўсма субэпителиал бириктирувчи тўқимагача ўсиб кирган;
	T2	Опухоль поражает мышечный слой;
	T3	(Буйрак жомчаси) ўсма мушак қатламидан ташқарига ўсиб чиқади, перипелвикал тўқимага ва буйрак паренхимасига ўсиб кирган; (сийдик найи) ўсма мушак қаватидан ўтган ва периуретрал йоғли тўқимага ўсиб уткан;
T4	Ўсма кўшни аъзоларни зарарлайди ва паранефрал тўқимага ўсиб киради;	
<b>Н – Регионар лимфа тугунлар</b>	Nx	Регионар лимфа тугунларни баҳолашга маълумотлар йетарли эмас
	N0	Регионар лимфа тугунларда метастазлар йўқ
	N1	1 дона регионар лимфа тугунда ≤2 см энг катта ўлчамда бўлган метастаз ;

	N2	1 дона регионар лимфа тугунда >2 см энг катта ўлчамда бўлган метастаз ёки бир неча лимфа тугунларда
<b>М – Узоқ метастазлар</b>	Mx	Узоқ метастазларни аниқлаш имкони йўқ
	M0	Узоқ метастазларни мавжуд эмас
	M1	Узоқ метастазлар

Ўсма жараён босқичи ТНМ таснифи катерогиясига боғлиқлиги 17чи жадвалда кўрсатилган

### 17 жадвал. ТНМ категориясига ўсма жараён боғлиқлиги

Стадия	T	N	M
0ис, 0а	ис, а	0	0
I	1	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
IV	4	0	0
	1–4	1–2	0–1

**2. Диагностика ва паллиатив даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари** [<https://онсологй-ассоциатин.ру/wp-content/uploads/2023/03/национальное-руководство-по-паллиативнож-медисизнеситирование-.pdf>] [60] :

**1) Паллиатив ёрдам ташкилотида касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- паллиатив жарроҳлик, мақсадли терапиянинг паллиатив курслари, иммунотерапия, радиация ва бошқа даволаш турларини ўтказиш;
- лимфа тугунлари/экстранодал шаклланиш ёки трепанобиопсиянинг бирламчи ёки такрорий биопсиясини ўтказиш;
- амбулатор терапия билан тузатилмаган асоратларни ривожланиши;
- Симптоматик даво ўтказиш.

**2) Паллиатив ёрдам ташкилотида касалхонага ётқизиш шартлари:**

- паллиатив жарроҳлик даволаш, мақсадли терапиянинг паллиатив курслари, иммунотерапия, радиация ва даволашнинг бошқа турларини ўтказиш муддати келганда;

– Ҳаётга хавф соладиган ҳолатларнинг мавжудлиги;

### **3. Диагностик критериялар** (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

ЮСЮС бирламчи диагностикаси ва кейинги жараёни босқичлаш қуйидаги маълумотларга нисбатан қолланилади:

- Анамнез маълумотлари;
- Об'ектив кўрик маълумотлари;
- Лаборатор текширувлар маълумотлари;
- Инструментал текширувлар маълумотлари;
- Морфологик текширувлар маълумотлари.

Клиник ташхис қуйидаги натижаларга асосланган:

1) Буйрак жомчаси, сийдик найи ёки косачаларда бирламчи ўсма контраст модданинг тўплаши инструментал текширувлар ёрдамида аниқлаш.

2) Биопсия ёки жаррохлик амалиёти ёрдамидан олинган намунанинг хавф даражасини морфологик текшируви ёрдамида аниқлаш.

Буйрак жомчаси, сийдик найи ёки буйрак косачаларида аниқланган солид ўсмалар нур текширувлар ёрдамига контраст моддасининг тўпланиши аниқланса (компьютер томография (КТ) контраст билан ва/ёки магнитрезонанс томография контраст билан) морфологик верификациясиз хирургик даво қолланилиши мумкин.

#### **Шикоятлар** [ДОИ: [10.1038/нрурол.2012.32](#)] [18]

• Макрогематурия ва/ёки Линч синдроми мавжуд бўлган, аммо пешоб қопада ўсма аниқланмаган беморларнинг, ЮСЮС аниқлаш мақсадида, бемор шикоятлари ва анамнезини йегиш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/ж.еуруро.2020.05.042](#)]. [19]

ЮСЮС ташхиси беморнинг симптомлари асосида ёки тасодифан топилиши мумкин. Макро- ёки микрогематурия энг кенг тарқалган симптомлардан бири бўлиб, 70-80% беморларда аниқланади.

#### **Физикал текширув**

• Макрогематурия ва белдаги оғриклар мавжуд бўлган беморларга, ЮСЮС ташхисини истисно қилиш мақсадида пухта физикал текшируви тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/ж.еуруро.2020.05.042](#)]. [19]

• Ёнбошдаги оғриклар тахмиман 20% беморларда, пайпаслаганда сезиладиган ўсма эса 10 % беморларда қайд этилади [ДОИ: [10.1016/ж.журо.2010.12.035](#)]. [20]

ЮСЮС билан боғлиқ бўлган тизимли аломатлар (анорексия, вазин йўқотиш, ўзини ёмон хис қилиш, чарчаш, иситма, тунги терлаш ёки йўтал) эҳтиёткор бўлиши керак ва метастатик жараёни хам инкор этиш зарур, хамда шу аломатлар ёмон прогноз билан боғлиқ бўлиши мумкин. [ДОИ: [10.1016/j.urolonc.2009.11.007](https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2009.11.007)]. [21]

**Лаборатор** **диагностик** **текширувлар.**  
[[хтпс://www.dissersat.com/сонтент/современная-диагностика-и-лечение-уротелиального-рака-веркхникх-мочевйкх-путей](https://www.dissersat.com/сонтент/современная-диагностика-и-лечение-уротелиального-рака-веркхникх-мочевйкх-путей)] [22]

- Қон умумий таҳлили – бошланғич босқичларда ўзгаришлар йўқ. Кечроқ босқичларда кўпроқ турли даражада ифодаланган анемия, лейкоцитоз, ЭЧТнинг ошиши характерли;

- Умумий пешоб таҳлили - макро ёки микрогематурия; оксил, лейкоцитурия, бактериуриянинг биров ошиши. Таҳлилда ҳеч қандай ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин;

- Биокимёвий қон таҳлили (умумий оксил, мочевино, креатинин, билирубин, глюкоза) - буйрак етишмовчилиги белгилари, ҳамроҳ патология кўринишидаги асоратларни аниқлаш имконини беради;

- Коагулограмма - қон ивишининг бузилиши кузатилиши мумкин;

- Коптокчалар филтратсия тезлиги- буйрак фаолияти текшири мақсадида, айниқса ягона буйрак ўсмаси бўлган ҳолатда.

- МЛХ1, МШ2, МШ6, ПМС2 генларидаги герминал мутацияларга текшириш — Агар Линч синдромига шубҳа қилинган бўлса ёки қон қариндошларида бу синдром бўлса.

- Пешоб бактериал текшируви (пешоб экмаси)- беморга қолланилиши мумкин бўлган даво, диагностика ва иккиламчи профилактика тактикасини аниқлаш мақсадида.

## **Инструментал текширувлар**

- **Мультиспирал компьютер томография урография (МСКТУ) (МСКТУ)**  
[ДОИ: [10.1016/j.juro.2009.08.144](https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.08.144)]. [23]

- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси МСКТУ контраст билан, юқори сийдик йўллари текшируви олтин стандарти бўлиб, экскретор урографияни ўрнини босган (айнан шу текширув услуби оптимал шароитларда ўтказилиши шарт ва экскретор фаза билан, Контраст моддаси қўлланишидан олдин ва кейин 1 мм қадам билан спирал режимда сканерлашни амалга ошириш керак.

- ЮСЮС аниқлаш даражаси бу турдаги тадқиқотлар учун қониқарли деб ҳисобланади: сезгирлик – 96 %, махсуслик – 99 % 5 дан 10 мм гача бўлган полипсимон ўсмалар учун. [ДОИ: [10.1016/ж.журо.2010.12.035](#)]. [20] Сезгирлик 5 мм дан кичик полипсимон ўсмалар учун 89 % гача пасаяди ва 3 мм дан кичик хасталиклар учун 40 % ни ташкил қилади.
- ЮСЮС шубҳа бўлган МСКТУ текшируви ёрдамида буйрак жомча ва сийдик найи деворлари қалинлигини баҳолаш мумкин. Асосий қийинчилик ясса ўсмаларни идентификация қилишда қолмоқда, чунки улар катта инфилтрация ривожлангунга қадар аниқланмайди.
- Гидронефрозни дооперацион текширув босқичида аниқлаш кенг тарқалган патологик жараён бўлиб ва ёмон онкологик натижалар билан боғлиқ эканлиги кўрсатилган. Кенгайган ЛУнинг мавжудлиги ёмон прогнознинг предиктори ҳисобланади [ДОИ: [10.1007/c00345-014-1311-8](#)]. [24]

### Ультратовушли текширув

- Макрогематурия ва/ёки бел остида оғриққа эга бўлган барча беморларга буйрак ва қорин парда орти соҳаси, қовуқ ультратовушли текшируви ЮСЮС ва сийдик қопи ўсмаларини истисно қилиш мақсадида ўтказиш тавсия этилади.

ЮСЮС тасдиқланган барча беморларга, қорин бўшлиғи, қорин парда орти соҳаси ва ёнбош лимфа тугунлар ультратовушли текшируви тавсия этилади. [ДОИ: [10.1007/c11255-020-02615-7](#)]. [25]

### МСКТ

- ЮСЮС истисно этиш мақсадида, макрогематурия ва/ёки бел соҳасидаги оғриқлар бўлган беморларга кўкрак қафаси МСКТ контраст билан текширувини ўтказиш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/ж.еуруро.2020.05.042](#)]. [19]

- Агар 4 ҳафта давомида оптимал нур текширув амалиёти ўтказиш имкони бўлмаса, МСКТ текширувини ўрнига кўкрак қафаси рентген текширувини ўтказиш рухсат этилади.

- **МРТ** [ДОИ: [10.1016/ж.журо.2009.12.031](#)] [26]

- Макрогематурия ва/ёки бел остида оғриққа эга бўлган барча беморларга қорин бўшлиғи, қорин парда орти соҳаси ва кичик чаноқ бўшлиғи контраст кучайиши билан бирга МРТ текшируви ЮСЮС истисно қилиш мақсадида ўтказиш тавсия этилади.

- МРТ МСКТУни амалга ошириш имконсиз бўлган беморларга кўрсатилади. МРТда УРВМП аниқланиш жиҳатдан 75 % ни ташкил қилади (2 см дан кичик

ўсимталар учун контраст моддаси қўлланилади). Буйрак фаолияти паст бўлган (креатинин клиренси 30мл/дақ.дан паст) беморларга МРТ контрасти билан ўтказиш нефроген тизимли фиброз ривожланиши туфайли қарши кўрсатилган. ЮСЮС аниқлаш мақсадида қўлланиладиган контрастсиз МРТ текшируви МСКТУ текширувига нисбатан эффективлиги кам.

- ЮСЮС билан оғриган ва неврологик симптомлари бор беморларга бош миянинг МРТсини веноз контраст билан ўтказиш тавсия этилади, бош миянинг метастатик зарарланишини аниқлаш учун (МРТга қарши кўрсатмалар бўлганда, бош миянинг КТсини веноз контраст билан ўтказиш мумкин). [ДОИ: [10.1093/неуонс/now241](https://doi.org/10.1093/неуонс/now241)]. [27]

**Цистоскопия, уретероскопия, уретеропиелоскопия биопсия билан**  
[ДОИ: [10.1111/бжу.13935](https://doi.org/10.1111/бжу.13935).] [28]

- Макрогематурия ва ёки бел остида оғриққа эга бўлган барча беморларга цистоскопия, уретероскопия, уретеропиелоскопия ва биопсия билан ўтказиш жаррохлик олди даврда ЮСЮС истисно этиш мақсадида тавсия этилади.

- Уретероскопия – ЮСЮСни аниқлаш мақсадида энг яхши услуб бўлади. Эгилувчан уретероскоп йордамида макроскопик сийдик найи ва буйрак катта косачаларни 95 % ҳолатларда кўриш имконини, ўсма турини аниқлаш, биопсия олиш, хавф даражасини 90% ҳолатларда аниқлаш ва кам даражада хато-салбий натижаларга эга бўлиш мумкин. Шунингдек, ушбу усул орқали мочеточнидан 15 та цитологик текширув учун материал олиш, ретроград пиелографиясини ўтказиш мумкин.

- Эгилувчан уретероскопия, айниқса, аъзони сақлаб қолиш даво режалаштирилган беморлар ва биргина буйракка эга беморларда диагностика учун жуда фойдали. Уретероскопия вақтида олинган биопсия натижалари, ипсилатерал гидронефроз ва пешоб цитологик текшируви натижалари радикал нефроуретерэктомии (РНУ) ёки эндоскопик даволаш бўйича қарор қабул қилишда ёрдам бериши мумкин.

- Данные о степени злокачественности опухоли при биопсии во время уретероскопии, ипсилатеральном гидронефрозе и результат цитологического исследования мочи могут помочь принять решение о радикальной нефроуретерэктомии (РНУ) или эндоскопическом лечении. Шунга қарамай, яқинда олиб борилган тадқиқотлар операциядан олдин диагностик уретероскопия ўтказилган беморларда радикал нефроуретерэктомиядан кейинги даврда рецидивнинг юқори бўлишини кўрсатмоқда.

**Сцинтиграфия** [ДОИ: [10.4329/wжр.в7.и8.202](https://doi.org/10.4329/wжр.в7.и8.202)] [29]

• ЮСЮС ташхисига эга бўлган, буйрак фаолияти бузилиши ва/ёки ягона ишлаётган буйракка эга ёки юқори сийдик йўллarning икки томонлама зарарланиши (буюрак косачалри, сийдик найи икки томонлама ўсимталар) ва/ёки боғлиқ касалликлар ёки ҳолатлар туфайли буйрак фаолияти бузилиш хавфига эга беморларга динамик нефросцинтиграфия (буюрак сцинтиграфияси) ўтказиш тавсия этилади. Бу тадқиқот даволаш тактикаси, диагностика усуллари ва иккинчи профилактика усуллари танлашга таъсир кўрсатиши мумкин бўлган омилларни аниқлаш мақсадида олиб борилади.

• ЮСЮС билан касалланган ва катта ҳажмда ўсимта зарарланишига эга беморларга, шунингдек, суяк оғриқлари, суяк синдирилганликлари, сийдикда ишқор фосфатаза даражасининг ошиши ва ёки маҳаллий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС (сТ3а–Т4 босқичлари ва/ёки N+ ва/ёки M1) мавжудлигида бутун тананинг суяк сцинтиграфиясини (остеосцинтиграфия) ўтказиш тавсия этилади. Бу суяк скелетининг метастатик зарарланишини аниқлаш мақсадида амалга оширилади.

• ЮСЮС билан касалланган беморларда бутун тананинг суяк сцинтиграфияси (остеосцинтиграфияси) натижасида радиофармацевтик препаратнинг 16 маротаба кўп жамланишини кўрсатган ҳолда суякларининг метастатик зарарланишини тасдиқлаш мақсадида зарарланган скелет элементларининг мақсадли КТ ва/ёки МРТ ўтказиш тавсия этилади, радиологик диагностика ҳажмини оптималлаштириш учун.

**Амалиётга ёки аралашувга тайёргарликда асосий диагностик тадқиқотлар рўйхати:**

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлёки (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оксил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. КФТни аниқлаш;
8. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (ҲИВАг/анти-ҲИВ);
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
11. Биоптат гистологик текшируви (лимфа тугун, хосила) Г
12. Иммуногистохимическое исследование биоптата (лимфоузла, образования, трепанобиоптата)
13. Кичик чанок МРТ ва КТ;
14. Қорин бўшлиғи МСКТ;
15. Кўкрак қафаси рентгенографияси;
16. Osteосцинтиграфия

17.ПЭТ/КТ\*\*

18.ЭКГ;

19.ЭхоКГ.

**Жараён ёки аралашувга тайёргарлик кўришда қўшимча диагностика чоралари (кўрсаткичлар бўйича) рўйхати:**

1. Қон биохимик текшируви (натрий, калий, калций, СРБ, ишқорли фосфотаза);
2. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип геРПЭс, цитомегаловирус, токсоплазмоз;
3. ПЗР усулида В, С вирусли гепатитлар (миқдорий жихатдан)
4. ПЗР усулида СОВИД-19
5. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
6. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
7. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
8. Антитромбин ИИИ, Д-димер
9. Инсон Т-лимфотроп вируси И/ИИ-ИгГ га антитана;
10. Линч синдромига шубҳа бўлса ёки у қон қариндошларида мавжуд бўлса – МЛХ1, МШ2, МШ6, ПМС2 генларида герминал мутацияларга текшириш;
11. Кўкрак қафаси компьютер томографияси;
12. Бош мия МРТси;
13. ФГДС;
14. Бронхоскопия;
15. Колоноскопия;
16. Қон томирлар УЗДГси (вена ваёки артериялар);
17. Спирография.
18. Плеврал бўшлиқ, периферик лимфа тугунлар, қалқонсимон без УТТси;
19. Холтер – мониторинг билан ЭКГ

\* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

**\*\*\* Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:**

- **Кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсулт, мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **эндокринолог кўриги** (эндокрин аъзолари томонидан ҳамроҳ касалликлари

бўлган тақдирда);

- **кон-томир жарроҳи кўриги** (варикоз касаллик, туғма/орттирилган томирлар патология мавжуд бўлган ҳолларда);
- **пульмонолог кўриги** (ўпка паренхимасида қолдиқ патологиялар мавжуд бўлганда, бактериал / вирусли / ноаниқ генезли яллиғланиш жараёнидан кейин).
- **Гастроэнтеролог кўриги** – Ҳамроҳ МИТ касалликлари мавжуд бўлганда даволаш мақсадида;
- **Торакал жарроҳ кўриги** – ўпкада метастазлар мавжуд бўлганда;
- **Нефролог кўриги** – ўткир ёки сурункали буйрак етишмовчилиги мавжуд бўлганда;

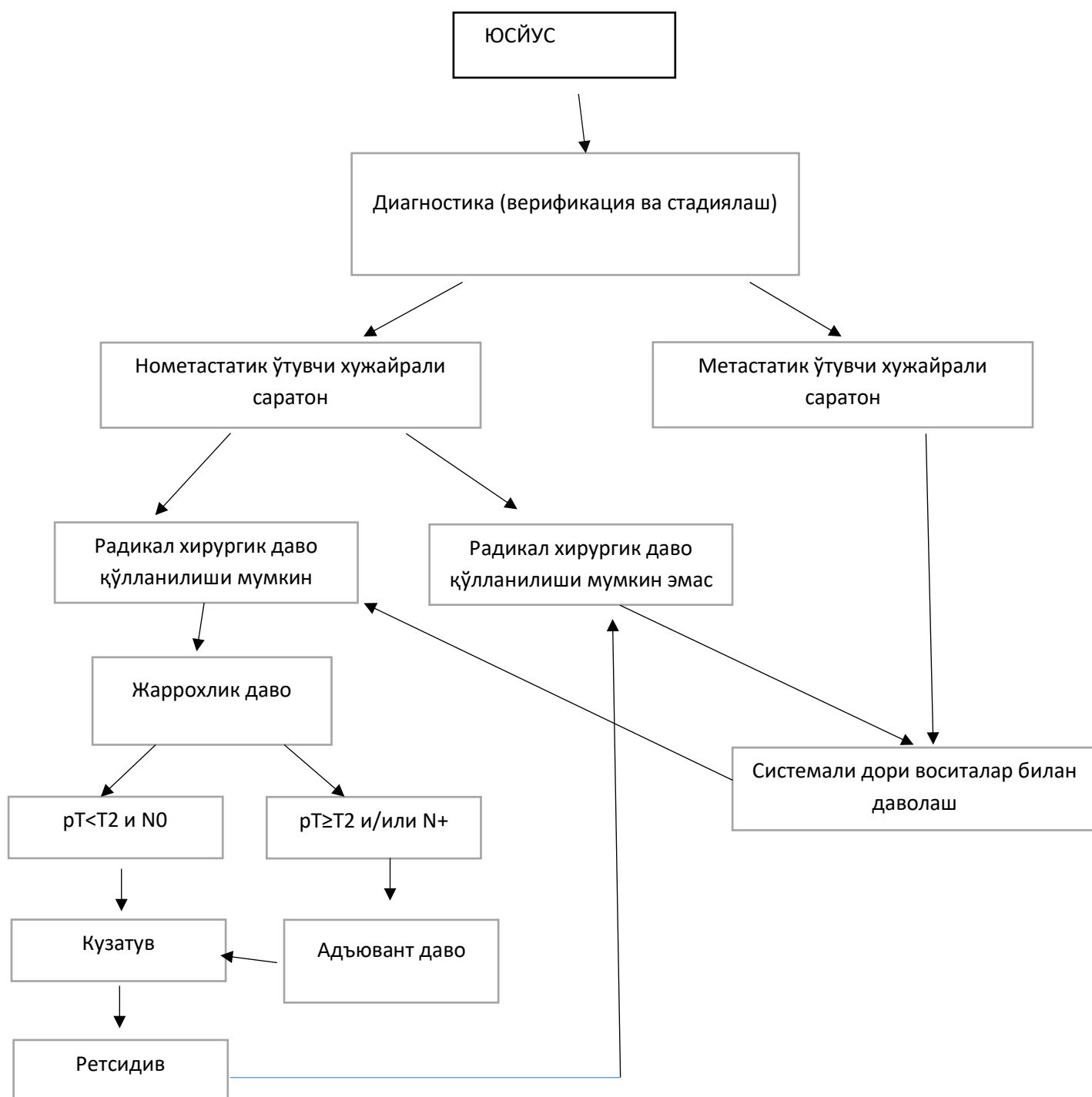
**- Диагностик алгоритм:**

ЮСЮС беморларини диагностик алгоритми беморлар прогнозини белгиловчи хавф омилларига ва регионар метастазланиш хавфига боғлиқ ҳолда белгиланади.

**Схема 1 – Хавф группалари**



## Схема 2 – Шифкор тактикаси алгоритми



## 4. Амбулатор даражасида даволаш тактикаси.

### Даволаш тактикаси:

ЮСЮС даволаш режаси ихтисослаштирилган марказлар базасида мультидисциплинар гуруҳ томонидан муҳокама қилинади ва қуйидагиларни ҳисобга олиши керак:

- Ўсма жараёнининг тарқалганлиги (касаллик кечишининг клиник босқичи);
- Беморнинг объектив ҳолати;
- Асосий касаллик прогнози;
- Ҳамроҳ патологияси;
- Беморнинг хохиши.

### Даволаш усуллари ва алгоритми:

ЮСЮСни даволашда қуйидаги усуллар қўлланилади:

- Ҳамроҳ касалликларни даволаш;
- Паллиатив (симптоматик) даволаш.

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

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

• Кейинги кузатувни талаб қиладиган мураккаб интервенционал диагностик тиббий аралашувларни амалга ошириш, улар учун кундузи ёки тўлиқ иш вақти стационар шартларида кузатиш талаб этилади.;

• 24 - соат ёки кундузги стационар шароитида кузатувни талаб қиладиган ихтисослаштирилган ўсмага қарши даволаш зарур бўлганда (радикал нефруретерэктомия, нур терапия, кимётерапия, даволашнинг фокал усуллари).

### 2) Шошилинч ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

• Ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни шошилинч ва кечиктириб бўлмайдиган турларини талаб қиладиган ЮСЮС касаллигининг асоратлари (масалан, ўткир пешоб тугилиши, макрогематурия ва бошқ.) мавжудлиги;

• ЮСЮСни даволаш (жарроҳлик аралашуви, НТ, дори терапияси ва бошқалар) нинг асоратларининг мавжудлиги

## 6. Стационар даражасида даволаш тактикаси

[DOI: [10.1016/j.eururo.2020.05.042](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.05.042)] [19]

ЮСЮСни даволаш режаси ихтисослаштирилган марказлар базасида мультидисциплинар гуруҳ томонидан муҳокама қилинади ва қуйидагиларни ҳисобга олиши керак:

- Ўсма жараёнининг тарқалганлиги (касаллик кечишининг клиник босқичи);
- Беморнинг объектив ҳолати;
- Асосий касаллик прогнози;
- Ҳамроҳ патологияси;
- Беморнинг ҳошиши.

### Даволаш усуллари ва алгоритми

[[уротелиалнийж рак верхних моч путей 23.пдф](#)]: [30]

ЮСЮСни даволашда қуйидаги усуллар қўлланилади:

- Хирургик даво;
- Нур терапия;
- Медикаментоз даво;
- Ҳамроҳ касалликларни даволаш;
- Паллиатив (симптоматик) даволаш.

#### 1) Жарроҳлик йўли билан даволаш:

##### Радикальная нефруретерэктомия с резекцией устья мочеточника

• Радикал нефруретерэктомия, сийдик найи оғизчаси резекцияси билан қуйидаги беморлар категориясида амалга ошириш тавсия этилади: сийдик найи юқори ва ўрта қисмида жойлашган ўсмалари  $cT>T1$  ва/ёки ХГ бўлган беморларда; аъзо сақловчи операцияларини амалга ошириш учун техник имкониятлар мавжуд бўлмаган ҳолларда. [ДИД- В].

• Радикал нефруретерэктомия, сийдик найи оғизчаси резекцияси билан лапаратомия услуби билан ўтказиш сийдик найи инвазив УСга дуч келган

беморларга тавсия этилади. [ДОИ: [10.1111/j.1464-410X.2012.11068.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11068.x)]. [ДИД- А]. [31]

- Лапароскопик ва лапароскопик роботассистланган РНУ, сийдик найи оғизчаси резекцияси билан жаррохлик амалиётини сийдик найи ноинвазив УС беморларга ўтказиш тавсия берилади [ДИД- А]. [32]

- Радикал нефруретерэктомия, сийдик найи оғизчаси резекцияси жаррохлик амалиёт вақтида сийдик йўллари бўшлиғини очиш тавсия этилмайди. [ДИД- С].

- ЮСЮС билан касалланган барча беморларга РНУнинг мажбурий босқичи сифатида, зарарланган томондан қовуқ ва сийдик найи оғизчаси билан резекциясини амалга ошириш тавсия этилади. [ДИД- С].

- Сийдик найи саратони билан сТ2–Т4 и/или ХГ беморларга радикал нефруретерэктомия, сийдик найи оғизчаси резекцияси жаррохлик амалиёт вақтида қорин парда орти лимфа тугунларни олиш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/j.euf.2017.09.015](https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.09.015)]. [ДИД- Д]. [33]

- ЮСЮСда регионар лимфа тугунлар зарарланиши қисмати Т категорияси ва ўсманинг хавфли потенциалига (граде) боғлиқ бўлиб, Та–Т1 категорияларида 2,2 % ва ЛГда 0 %ни ташкил этади. Жаррохлик олди даврда босқични ва хавф даражасини баҳолашга имконият бўлмаса лимфадиссектсия бўйича қарор шахсни индивидуал тарзда қабул қилинади. ЮСЮС билан касалланган беморларда лимфодиссекциянинг даволашдаги роли тўлиқ исботланмаган, шундай бўлса-да, лимфодиссекция жараёнида олинган препаратларнинг гистологик текширилиши ўсма жараёнининг адекват стадияланишига имконият беради, бу эса адъювант даволаш учун самарадорлиги исботланган кандидатларни танлаш имконини яратади. (пастка қаралсин).

- Лимфадиссекция оптимал чегаралари аниқланмаган. Ягона тадқиқотларга кўра, ўнг буйрак еғувчи тизими УСда паракавал лимфа тугунларни диафрагма оёқчасидан бошлаб пастки мезентерик артериясигача бажариш тавсия этилади. Чап буйрак йиғувчи тизими УСда-парааортал лимфа тугунларни диафрагма ойоқчасидан бошлаб пастки мезентерик артериясигача олиш тавсия этилади.

- Жаррохлик амалиёт ёрдамида олинган препаратларнинг патологоанатомик текширувга юбориш тавсия этилади. [ДИД- А]

**Аъзо сақловчи даво** [ДОИ: [10.1016/j.eururo.2016.07.014](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.07.014).] [34]

- Буюрак еғувчи тизими УСни билан касалланган беморларга аъзо сақловчи давони фақат зарур тажриба ва техник жиҳозланишга эга муассасаларда амалга ошириш тавсия этилади. [ДИД- А]

- Эндоскопик ёки перкутан электррезекция, электркоагулятсия ёки лазер

абляция жаррохлик амалиёти куйидаги беморларга ўтказиш тавсия этилади: сийдик найи солитар ўсмалар ўлчамлари 1,5 смдан кам бўлса, папилляр УС ЛГ ва сТа–Т1 категориясига мос бўлса; икки томонлама юқор сийдик йўллари ўсмалари, ягона сийдик найи ўсмалари ёки ягона фаолияти сақланган буйрак ўсмалари, оғир сурункали буйрак касалликлари, Юқори сийдик йўлларининг ўсмалари ривожланиши хавфи юқори бўлган ирсий синдромлар билан боғлиқ. (СЛ биринчи ўринда). [ДИД-Ў]

- Сийдик найи ўсмаларини электркоагуляцияси ёки лазерли абляциясини амалга оширишдан олдин ўсмани биопсия қилиш тавсия этилади. [ДИД- В]

- УС беморлар сийдик найини коагуляцияси учун Нд:Яг лазерал (пенетрация чуқурлиги 4-6мм) ёки Ҳо:Яг (микрopenетрация 0.5мм.дан кам) қўллаш тавсия. [ДИД- С]

- Сийдик найи резекцияси жаррохлик амалиётини куйидаги беморлар турига қўллаш тавсия этилади: Юқори ва ўрта сийдик найи УС Та–Т1 ЛГга мос бўлган ва эндоскопик жаррохлик амалиётини қўллаш имкони бўлмаса; сийдик найи пастки учлиги саратони Т категорияси ва хавф даражасига (граде) боғлиқ бўлмаган тарзда; сийдик найи ўсмалари оғир буйрак касалликалари билан бирга, юқори сийдик йўлларининг ўсмалари ривожланиши хавфи юқори бўлган ирсий синдромлар билан боғлиқ (СЛ биринчи ўринда). [ДИД- С]

- Сийдик найи резекцияси ўзгармаган тўқима чегарасигача визуал тарзда қўлланилиши керак. Сийдик найи пастки учлиги ўсмалари, қовуқ девори ва сийдик найи оғизчаси резекцияси билан бирга бажарилиши керак. Сийдик найи резекцияси услуби индивидуал тарзда танланади ва шу билан бирга уч учига анастамоз, сийдик найи резекцияланган чўлтоғи қовуқ деворига, иккинчи сийдик найига қўшилиши мумкин, Боари амалиёти, дефектни ингичка ичак билан қоплаш. [ДОИ: [10.1016/j.juro.2009.12.018](https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.12.018)]. [35]

**Радикал нефруретерэктомия сийдик оғизчаси резекцияси билан бирга**  
[ДОИ: [10.1111/j.1464-410X.2012.11068.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11068.x)]. [31]

- Радикал нефруретерэктомия, сийдик оғизчаси резекцияси билан биргаликда куйидаги беморлар турига қўллаш тавсия этилади: Сийдик найи юқори ва ўрта учлиги УС сТ >Т1 и/или ХГ категориясига мос бўлса; Сийдик найи УСнида аъзо сақловчи жаррохлик амалиётини бажаришга имкон бўлмаса. [ДИД- С]

- Радикал нефруретерэктомия сийдик оғизчаси резекцияси билан бирга, буйрак еғувчи тизимчаси амалиётлар принципи бўйича бажарилади- инвазив ўсмаларда очик кириш услубини қўллаш, сийдик йўллари бўшлиғини амалиёт вақтида очиш профилактикаси, қовуқ ва сийдик найи оғизчаси зарарланган томонда резекциясини бажариш тавсия этилади.

• сТ2–Т4 и/или ХГ беморларга РНУ сийдик оғизчаси резекцияси билан биргаликда вақтида қорин парда орти лимфа тугунларни олиб ташлаш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/j.euf.2017.09.015](https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.09.015)] [ДИД- В]. [33]

• ЮСЮСда регионар лимфа тугунлар зарарланиши қисмати Т категорияси ва ўсманинг хавфли потенциалига (граде) боғлиқ бўлиб, Та–Т1 категорияларида 2,2 % ва ЛГда 0 %ни ташкил этади[63, 66]. Жаррохлик олди даврда босқични ва хавф даражасини баҳолашга имконият бўлмаса лимфадиссектсия бўйича қарор индивидуал тарзда қабул қилинади.

• ЮСЮС билан касалланган беморларда лимфодиссекциянинг даволашдаги роли тўлиқ исботланмаган, шундай бўлса-да, лимфодиссекция жараёнида олинган препаратларнинг гистологик текширилиши ўсма жараёнининг адекват стадияланишига имконият беради, бу эса адъювант даволаш учун самарадорлиги исботланган кандидатларни танлаш имконини яратади. (пастка қаралсин).

• Лимфадиссекция оптимал чегаралари аниқланмаган. Ягона тадқиқотларга кўра, сийдик найи юқори ва ўрта ўсмаларида (паракавал-ўнг томонлама зарарланишда, парааортал-чап томонлама зарарланишда) лимфа тугунларни диафрагма ойқочасидан бошлаб аорта бифуркациясигача бажариш тавсия этилади. Сийдик найи пастки учлиги ўсмаларида аорта бифуркациядан пастки чов каналигача кирувчи соҳасигача, латерал тер нервдан ковуқ медиал деворигача [ДОИ: [10.1016/j.euf.2017.09.015](https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.09.015)]. [33]

• Жаррохлик амалиёт ёрдамида олинган препаратларнинг патологоанатомик текширувга юбориш тавсия этилади. [ДИД- А].

## **2) Номедикаментоз даво:**

### **Режим:**

- режим 1 (йоток) жаррохлик амалиёт сўнг биринчи кунларда;
- режим 2 (яримйоток) жаррохлик амалиёт сўнг 2-3 кунлар;
- режим 3 (умумий) эркин режим;
- пархез – стол №7.

## **3) Медикаментоз даво**

• Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш, бундан келиб чиқиб, қафолатланган бепул тиббий ёрдам ҳажми ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизими доирасида ҳақ тўланиши учун асос бўлмайди.

• Стационар даражасида бу жараён 24 соат ишлайдиган стационар ёки кундузги стационар шароитларида амалга оширилади. Инъекцион киритиш учун мўлжалланган дори воситалари қўлланилади.

## Периоперацион даво

### Внутрипузырная и внутриводостная терапия

- ЮСЎУС билан касалланган, РНУ ва сийдик найи оғизчаси резекцияси ёки аъзо сақловчи жаррохлик амалиётини ўтказган беморларга митомицин ёки доксорубициннинг бир мартаба қовуқ ичига инстилляциясини амалга ошириш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1007/s12032-018-1102-y](https://doi.org/10.1007/s12032-018-1102-y)]. [36]
- РНУ амалиётдан сўнг қолдирилган уретрал катетер орқали Митомицин 40мг 40мл натрий хлорга аралаштириб қовуқ ичига юборилади, экспозиция даври -1-2соат
- РНУ амалиётдан сўнг қолдирилган уретрал катетер орқали Доксорубицин: 40-50мг 25-50мл 0.9% натрий хлорга аралаштириб қовуқ ичига юборилади, экспозиция даври 1-2 соат [ДИД- С].

•ЮСЮР сабабли хирургик даволашдан сўнг қовуқ саратони қайталаниш даражаси 22–47%га етади. 2 та рандомизация қилинган тадқиқот ва метаанализ натижаларига кўра, РНУ ва сийдик найи оғизчаси резекциясидан сўнг 2–10 кун давомида қовуқ ичига кимётерепевтик моддаларининг инстилляцияси қайталаниш хавфини 1 йил давомида камайтиради. Инстилляциядан олдин систография бажарилиши шарт, қуйидаги муолажа кимётерапевтик модданинг қорин бўшлиғига тушишдан сақлаб қолиши мумкин. Аъзон сақловчи даводан сўнг усулнинг самарадорлигига доир исботлар йўқ, бироқ юқори эҳтимол билан натижалар РНУ ва сийдик найи оғизчаси резекциясидан ўтган беморлардан олинган маълумотларга ўхшаш бўлиши керак.

•ЮСЮС билан касалланган, аъзо сақловчи даволашга учраган беморларга, буйрак еғувчи тизими ва сийдик найига ўсимга қарши препаратларни киритиш орқали адъювант терапиясини рутин равишда тайинлашдан қочиш тавсия этилади. [ДИД- В].

•ЮСЮС билан касалланган, аъзо сақловчи даволашга учраган беморларда адъювант қовуқ ичи антеград (нефростома орқали) ва ретроград (сийдик найи катетери орқали) БЦЖ-терапияси ва кимётерапия (ХТ) бир неча кичик тадқиқотларда ўрганилган. Адабиётларнинг систематик кўриб чиқилиши ва мета-анализа натижалари адъювант қовуқ ичи терапияси усули (антеград ёки ретроград терапия ёки уларнинг комбинацияси)га боғлиқ равишда рецидивлар, прогрессия, махсус ҳаёт сақлаш ва умумий ҳаёт сақлаш жихатидан фарқлар мавжуд эмаслигини, шунингдек, кузатиш орқали рецидивлар даражаси адъювант қовуқ ичи терапиясидан фарқ қилмаслигини кўрсатди.

• Ноадъювант ва адъювант тизимли терапия  
[ДОИ: [10.1016/j.juro.2017.12.054](https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.12.054)] [37]

- ЮСЮС билан касалланган беморларда периоперацион кимётерапиясини қўллашни асослаш учун далилга асосланган база жуда кам.

- Техник жиҳатдан ўсма массаларини радикал олиб ташлаш имконияти шубҳали бўлган, ЮСЮС билан касалланган пТ3–Т4 ва/ёки пН+ даволанган беморларга неоадьювант терапиясини ўтказиш тавсия этилмоқда. [ДИД- В]

- Бир неча кичик тадқиқотлар ва уларнинг мета-анализага кўра, ЮСЮС билан касалланган ва РНУ сийдик найи оғизчаси резекцияси билан режалаштирилган беморларда неоадьювант кимётерапияси Т категориясини пасайтириш, рецидивлар частотасини камайтириш ва ўлим хавфини 59% га камайтиришга ёрдам беради. Аммо, завқли тадқиқотларнинг методологик хоссалари олинган натижаларнинг далилга асосланган қиммати пастлигини аниқлайди ва барча беморларга неоадьювант кимётерапиясини стандарт даволаш ёндошуви сифатида тавсия қилишга имконият бермайди.

- Неоадьювант кимётерапиясини ўтказиш учун платино асосидаги дори-дармонлардан фойдаланиш режимларини қўллаш тавсия этилмоқда. [ДИД- В].

- Ҳозирга қадар тугатилган ЮСЮС билан касалланган беморлардаги неоадьювант кимётерапияси тадқиқотларида энг кўп қўлланилган режимлар: гемситабин, цисплатин; гемситабин, карбоплатин; метотрексат, доксорубицин, цисплатин, винбластин. [ДОИ: [10.1111/бжу.14020](https://doi.org/10.1111/бжу.14020)]. [38]

- ЮСЮС билан касалланган, пТ3–Т4 ва/ёки пН+ бўлган ва радикал хирургик даволанишдан ўтган беморларга гемситабин ва платино препарати билан адьювант кимётерапиясини ўтказиш тавсия этилмоқда. [ДИД- В]

- ЮСЮС билан касалланган, рТ3–4Н0/+М0Р0 бўлган беморларга, ПД-Л1 статуси ва неоадьювант кимётерапиясини ўтказишдан қатъий назар, ниволумаб (240 мг, 1 марта 2 ҳафтада инфузия орқали 1 йил давомида) билан адьювант терапиясини ўтказиш тавсия этилмоқда. [ДИД-В].

### **Адъвант нур терапияси [ ДОИ: [10.1016/ж.уролонс.2019.05.021](https://doi.org/10.1016/ж.уролонс.2019.05.021)] [39]**

- ЮСЮС билан касалланган беморларга хирургик даволашдан кейин одатий адьювант нур терапиясини (НТ) тайинлашдан қочиш тавсия этилмоқда. [ДИД- В]

- Тахминан, адьювант НТ хирургик даволашдан кейин маҳаллий рецидивлар фоизини камайтиришга ёрдам бериши мумкин, бироқ турли тадқиқотлар маълумотлари зиддиятли, шунинг учун бу усул стандарт ҳисобланмайди ва танланган ҳолатларда ХТ билан ёки ундан ташқари қўлланилади.

## Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮСни билан беморларни даволаш

• **Олигометастатик ЮСЮСни хирургик даволаш**  
[ДОИ: [10.1016/ж.уролонс.2017.09.009](#)] [40]

• ЮСЮС билан касалланган танланган беморларда якка метастазларни олиш тавсия этилади. [ДИД- С]

• Кенг тарқалган онкологик жараён билан беморларда метастазэктомиянинг ролини исботловчи маълумотлар йўқ. Шундай бўлса-да, ЮСЮС ва СЙС билан касалланган беморларни ўз ичига олган тадқиқотда, метастатик огоҳларни олишнинг хавфсиз ва онкологик жиҳатдан асосли эканлиги кўрсатилди, лекин бу фақат узоқ ҳаёт кўрсаткичига эга бўлган танланган беморларда амалга оширилиши керак. Рандомизаторланган тадқиқотлар маълумотларининг йўқлигига кўра, метастазэктомиянинг самарадорлиги ҳар бир беморга алоҳида ёндошилади.

## Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮСнинг тизимли ўсма қарши терапияси

Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮСда қўлланиладиган кимётерапия ва иммунотерапия схемалари, ҳамда ушбу бўлимда қўлланиладилар:

### Поликимётерапия режимлари:

- **ГС** [ДОИ: [10.1159/000296294](#)]: [41]
- гемцитабин – 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и в 1, 8 ва 15-чи кунлари;
- цисплатин – 70 мг/м<sup>2</sup> в/и в 1(2)-чи кунлари, гидратация (изотоник натрий хлор (≈ 2,5 л) Цисплатин киритилиши жараёнида ва кейинги 3 соат давомида диурезни 100 мл/соатдан кўпроқ сақлаш мақсадида.
- Цикл ҳар 4 ҳафтада қайталанади;
- **ГемСарбо** [ДОИ: [10.1016/с0959-8049\(01\)00295-7.](#)]: [42]
- гемцитабин – 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1 ва 8-чи кунлари;
- карбоплатин – АУС-4-5 1-чи кун (Доза режими клиник вазиятга қараб ўзгариши мумкин — АУС-3-6 доирасида дозани камайтириш ёки ошириш).
- Цикл ҳар 3 ҳафтада қайталанади;
- **МВАС** [ДОИ: [10.1200/ЖСО.2001.19.10.2638.](#)]: [43]
- винбластин – 3 мг/м<sup>2</sup> в/и 2, 15, 22-чи кунлари;
- доксорубицин – 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-чи кун;

- метотрексат – 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 1, 15, 22-чи кун;
- цисплатин – 70 мг/м<sup>2</sup> 2-чи день ва гидратация.
- Цикл хар 4 хафтада қайталанади;
- ДД-МВАС [ДОИ: [10.1200/JCO.2001.19.10.2638](https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.10.2638)]: [43]
- винбластин – 3 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-чи кун;
- доксорубицин – 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-чи кун;
- метотрексат – 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун;
- цисплатин – 70 мг/м<sup>2</sup> в 2-чи кун ва гидратация;

Гранулоцитар колония стимуллаштирувчи инсон омиллари рекомбинанти (рчГ-КФТ).

- Цикл повторяют каждые 2 нед;

#### Монохимиотерапия режими:

- **винфлуниин** – Вена томирга 20 дақиқа давомида, ҳар 3 ҳафтада 320 мг/м<sup>2</sup> (дозалаш режаси клиник ҳолатга қараб ўзгариши мумкин – дозани 250–280 мг/м<sup>2</sup> га камайтириш) [ДОИ: [10.1038/сж.бжс.6603118](https://doi.org/10.1038/сж.бжс.6603118)];[44]
- **паклитаксел** 80 мг/м<sup>2</sup> 1, 8, 15-чи кунлари; цикл 28 кунлар, ёки 175 мг/м<sup>2</sup> в 1-чи кун; цикл 21 кун;
- **доцетаксел** 75–100 мг/м<sup>2</sup> 1-чи кун (цикл – 21 кун) ;
- **гемцитабин** 1000–1250 мг/м<sup>2</sup> в/и 1, 8, 15-чи кунлар (цикл – 28 кун) .

### 3. Биринчи қатор медикаментоз терапияси [\[уротелиалнийж рак верхних моч путей 23.пдф \] \[30\]](#)

- Даволаш усулини танлаш цисплатинни тайинлаш учун қарши кўрсатмалар, карбоплатинни тайинлаш учун қарши кўрсатмалар ва ўсма тўқимасидаги ПД-Л1 экспрессиясига асосланиб амалга оширилади.

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮСга эга бўлган, цисплатинни тайинлаш учун қарши кўрсатмалари бўлмаган беморларга тавсия этилади. 1-линия терапиясида ХТни ГС ёки МВАС ёки ДД-МВАС режимларида тайинлаш тавсия этилади. [ДИД- В]

- Цисплатин тайинлаш учун қарши кўрсатма — қуйидаги мезонлардан камида бирининг мавжудлиги: соматик ҳолат бўйича эСОГ классификациясига кўра 1 дан юқори; коптўкчали филтрация тезлиги (КФТ) — 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> ёки ундан кам;

эшитиш қобилиятини йўқотиш — 2-чи даража ва ундан юқори; периферик нейропатия — 2-чи даража ва ундан юқори; юрак етишмовчилиги ИИИ даража, Нью-Йорк кардиология ассоциацияси (New Ёрк Ҳеарт Ассоциатсион) бўйича.

• Жаррохлик амалиёти ўтказилмайдиган маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮС билан беморларга, цисплатин тайинланишига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда. Биринчи қатор терапияда ўсма тўқимаси ПД-Л1 экспрессиясини ИГХ-талқин қилиш керак. Пембролизумаб билан терапия режалаштирилганда ПД-Л1 экспрессиясини СПС шкаласи бўйича, атезолизумаб билан – ИС шкаласи бўйича баҳолаш керак. [ДИД- С].

• Жаррохлик амалиёти ўтказилмайдиган маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮС билан беморларга, цисплатин тайинланишига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган ва ўсма тўқимасида ПД-Л1 гиперэкспрессияси бўлган ҳолларда иммунотерапия ўтказиш тавсия этилади;

• При гиперэкспрессии ПД-Л1 10 % и более – монотерапия пембролизумабом (200 мг (в/в инфузия в течение 30 мин) каждые 3 нед или 400 мг 1 раз в 6 нед) ;

• Тавсия этилади: ПД-Л1 гиперэкспрессияси 5% ва ундан юқори бўлган ҳолларда — атезолизумаб билан монотерапия (840 мг (в/в инфузия ҳар 2 ҳафтада), ёки 1200 мг (в/в инфузия ҳар 3 ҳафтада), ёки 1680 мг (в/в инфузия ҳар 4 ҳафтада)). [ДИД- С]

• Авелумаб билан қўллаб-қувватловчи терапияни, 4-6 цикл платинага асосланган кимётерапиядан кейин пухта ёки қисман жавоб ёки ўсма жараёнининг барқарорлашишига эришган, ёки диссеминирлашган қовуқ УС билан касал бўлган беморларга ўтказиш тавсия этилади. [ДИД- А]

• Маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮСга дуч келган беморларга, платина дори воситаларини қўллашга қарши кўрсатмалар бўлмаса, 1 қатор даво мақсадида иммунокимётерапия гемцитабин, платина ва атезолизумаб ПД-Л1 экспрессиясига боғлиқ бўлмаган тарзда қўллаш тавсия этилади:

#### **Цисплатинга қарши кўрсатмалар бўлмаган беморларга:**

- **гемцитабин** – 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1, 8чи кунлар;
- **цисплатин** – 70 мг/м<sup>2</sup> в/и 1(2)-чи кун ва гидратация (Изотоник натрий хлорид эритмаси (тақрибан 2,5 л) цисплатин киритилиши давомида ва кейинги 3 соат давомида диурезни 100 мл/соатдан юқори сақлаш мақсадида. Цикл ҳар 3 ҳафтада такрорланади
- **атезолизумаб** – 1200 мг в/и томчилаб ҳар 3 ҳафта.

#### **Цисплатинга қарши кўрсатмаларга эга бўлган беморларга:**

- **гемцитабин** – 1000 мг/м<sup>2</sup> в/т 1 ва 8-чи кунлари;
- **карбоплатин** – АУС-4,5 1чи кун; Цикл хар 3 хафта қайталанади;
- **атезолизумаб** – 1200 мг в/и томчилаб хар 3 хафта. [ДИД-А]

Карбоплатинни тайинлашга қарши кўрсатмалари бор, жаррохлик амалиётини ўтказиш мумкин бўлмаган, маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮСга дуч келган беморларга, ПД-Л1 гиперэкспрессиядан ташқари, иммунохиметерапия ўтказиш тавсия этилади:

- **Пембролизумаб билан монотерапия** (200 мг, в/и 30 дақиқа давомида инфузия, хар 3 хафтада ёки 400 мг бир мартаба хар 6 хафтада) ;
- **Атезолизумаб билан монотерапия** (840 мг/в инфузия хар 2 хафтада, ёки 1200 мг/в инфузия хар 3 хафтада, ёки 1680 мг/вузия хар 4 хафтада) [ДИД-С].

• Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирлашган ЮСЮС беморларда карбоплатин тайинлашга қарши кўрсатмалар бўлган тақдирда, беморга бошқа турдаги фармаколагик дори воситаларни монокимётерапия тарзда ўтказиш тавсия этилади.

#### 4. **Иккинчи қатор медикаментоз терапияси** [ [уротелиалнйж рак верхних моч путеж 23.пдф](#) ] [30]

• Пембрализумаб монотерапия режими нооперабел маҳаллий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС прогрессияси билан ёки платина воситаларига асосланган КТ даво фонида қўлланиши тавсия этилади. [ДОИ: [10.1056/NEJMoa1613683](#)]. [ДИД-А] [45]

• Нооперабел маҳаллий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС платина воситаларига асосланган КТ даво фонида прогрессияси бўлса алтернатив монотерапия режим сифатида ниволумаб қўллаш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/S1470-2045\(16\)30496-X](#)]. [ДИД- С] [46]

• Нооперабел маҳаллий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС платина ёки бошқа фармакологик гуруҳ дори воситаларига асосланган КТ даво фонида прогрессияси бўлса алтернатив режим сифатида атезолизумаб қўллаш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1016/S0140-6736\(16\)00561-4](#)]. [ДИД- В] [47]

• Нооперабел маҳаллий тарқалган ёки метастатик ЮСЮС платина воситаларига асосланган КТ даво фонида прогрессияси бўлса алтернатив режим сифатида винфлунином қўллаш тавсия этилади. [ДОИ: [10.1038/сж.бжс.6603118](#)] [44] [ДИД- С]

## 7. Паллиатив ёрдамнинг мақсадлари.

- ✓ Оғриқ ва бошқа оғриқли аломатларнинг олдини олиш ва бартараф етиш, беморнинг азобини енгиллаштириш;
- ✓ Рак касаллигини секинлаштириш ва беморнинг хаётини узайтириш;
- ✓ фаровонликни яхшилаш, хаёт сифатини яхшилаш;
- ✓ психологик, ижтимоий, маънавий ёрдам кўрсатиш, психосоматик ҳолатни қўллаб-қувватлаш;
- ✓ Ўсмага қарши даволашнинг ножўя таъсирини бартараф етиш;

## **8. Паллиатив ёрдамнинг тактикаси.**

- ўсма ўчоқлари ва метастазларнинг кайтириш;
- ўсма жараёнининг қисман регрессияси ва барқарорлашувига еришиш;
- Беморнинг хаёт сифатини яхшилаш;
- Беморнинг хаётини узайтириш;

**Паллиатив номедикаментиоз даво** [[хттпс://онсологй-ассосиатсион.ру/wp-контент/уploadс/2023/03/насзиональное-руководство-по-паллиативнож-медисзинесзитирование-.пдф](https://онсологй-ассосиатсион.ру/wp-контент/уploadс/2023/03/насзиональное-руководство-по-паллиативнож-медисзинесзитирование-.пдф)] [56]:

### **Режим:**

- 3 режим (умумий) эркин (жигарга зарар йетказувчи омиллар таъсирини минималлаштириш - спиртли ичимликлар, чекиш, гепатотоксик дорилар ва бошқа моддаларга таъсир қилиш ва бошқалар);
- пархез – стол №7.

### **Трансфузионни қўллаб-қувватлаш.**

Трансфузион терапия учун кўрсатмалар, биринчи навбатда, ҳар бир бемор учун клиник кўринишлар билан, ёши, хамроҳ касалликлар, кимётерапиянинг бардошлилиги ва даволашнинг олдинги босқичларида асоратларнинг ривожланишини ҳисобга олган ҳолда белгиланади.

Кўрсаткичларни аниқлаш учун лаборатория кўрсаткичлари ёрдамчи аҳамиятга ега, асосан тромбоцитлар концентратини профилактик қуйиш зарурлигини баҳолаш учун.

Трансфузия учун кўрсатмалар, шунингдек, кимётерапия курсидан кейинги вақтга боғлиқ - кейинги бир неча кун ичида кўрсаткичларнинг тахминий пасайиши ҳисобга олинади.

### **Қизил қон ҳужайралари массаси / суспензияси (ҚҚХМ):**

- Гемоглобин заҳиралар ва компенсацион механизмлар тўқималарнинг кислородга бўлган еҳтиёжини қондириш учун етарли бўлса, гемоглобин даражасини ошириш керак эмас;
- Сурункали камқонлик учун қизил қон таначалари бўлган муҳитларни қуйиш учун фақат битта кўрсатма мавжуд - симптоматик анемия (тахикардия, нафас қисилиш и, ангина пекториси, ҳушидан кетиш, де ново депрессия ёки СТнинг кўтарилиши билан намоён бўлади);
- 30 г/л дан паст гемоглобин даражаси қизил қон ҳужайраларини қуйиш учун мутлақ кўрсаткичдир;
- Юрак-қон томир тизими ва ўпканинг декомпенсацияланган касалликлари бўлмаса, гемоглобин даражаси сурункали анемияда қизил қон таначаларини профилактика қилиш учун кўрсатма бўлиши мумкин:

– Ёш (йилда)	– Ҳб триггер даражаси (г/л)
– <25	– 35-45
– 25-50	– 40-50
– 50-70	– 55
– >70	– 60

### **Тромбоцитлар концентрати (ТК):**

- Агар тромбоцитлар даражаси  $10 \times 10^9/\text{л}$  дан кам бўлса ёки терида геморрагик тошмалар (петехиялар, кўкаришлар) пайдо бўлса, аферез тромбоцитларини профилактик қуйиш амалга оширилади;
- иситма билан оғриган беморларда, инвазив аралашувни режалаштираётган беморларда аферез тромбоцитларини профилактик трансфузияси юқори даражада амалга оширилиши мумкин -  $20 \times 10^9/\text{л}$ ;
- петехиал-нуқта типигаги геморрагик синдром (бурун, гингивал қон кетиш, меноррагия, метроррагия, бошқа локализация қон кетиши) мавжуд бўлганда,

тромбоцитлар концентратининг трансфузион терапевтик мақсадларда амалга оширилади.

### Янги музлатилган плазма (ЯМП):

- ЯМП қуйиш қон кетиши билан оғриган беморларда ёки инвазив жараёнлардан олдин амалга оширилади.

- МНО  $\geq 2.0$  (нейрожаррохлик муолажалар учун  $\geq 1.5$ ) инвазив муолажалар режалаштирилган беморлар ЯМП трансфузия ўтказиш керак бўлган кандидатлар хисобланади. Режалаштирилган аралашувлар учун фитоменадионни кунига камида 30 мг томир ичига ёки оғиз орқали, амалиётдан камида 3 кун олдин буюриш мумкин.

### Паллиатив медикаментоз даво

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

Нур терапия

- ЮСЮС беморларга паллиатив НТ ўтказиш тавсия этилади. [ДИД- С] [48]

1 ва 2-қаторларнинг мустақил тизимли терапияси кетма-кетлиги 18, 20. жадвалларда келтирилган.

### Мустақил тизимли терапия

#### 18 жадвал. Биринчи қатор ўсмага қарши тизимли терапия

Гуруҳ	Афзаллик режими	Алтернатив режим
Цисплатинга қарши кўрсатма йўқ <sup>1</sup>	ГС МВАС ддМВАС	ГС+атезолизумаб
Цисплатинга қарши кўрсатма бор. Карбоплатинга қарши кўрсатма йўқ <sup>2</sup> , ПД-Л	ГарбоГем	ГарбоГем +атезолизумаб
Цисплатинга қарши кўрсатма бор.	ГарбоГем Атезолизумаб Пембролизумаб	ГарбоГем +атезолизумаб

арбоплатинга қарши кўрсатма йўқ <sup>2</sup> , ПД-Л+		
Платина моддаларига қарши кўрсатмалар бор	Доцетаксел Паклитаксел Гемцитабин	Атезолизумаб Пембролизумаб
Платина моддасига эга ХТ 4-6 циклидан сўнг ўсма контролда бўса	Авелумаб	

<sup>1</sup>ЕСОГПС > 1; КФТ ≤ 60 мл/дак/1,73 м<sup>2</sup>; эшитиш қобиляти ≥ 2 даража; периферик нейропатия ≥ 2 даража; ЮЕ синф ИИИ НЙҲА.

<sup>2</sup>РКИ эОРТС критериялари 30986 (ПСЕСОГ > 2; КФТ < 30 мл/дак/1,73 м<sup>2</sup>; эСОГПС 2 ва КФТ < 60 мл/дак/1,73 м<sup>2</sup>).

<sup>3</sup>Атезолизумаб учун мусбат экспрессия ≥ 5% (ВентанаПД-Л1 (СП142) Ассай® (ВентанаМедисалСйстемс, Инс.))

<sup>4</sup>Пембролизумаба учун мусбат экспрессия ≥ 10% (тест-система ДакоПДЛ1 ИҲС 22С3 ПҳармДхАссай (ДакоНортхАмериса, Инс.))

### 19 жадвал. Биринчи қатор ўсмага қарши тизимли терапия

Гуруҳ	Афзаллик режими	Альтернативный режим
Цисплатинга қарши кўрсатма йўқ <sup>1</sup>	ГС МВАС ддМВАС	ГС + атезолизумаб
Цисплатинга қарши кўрсатма бор. Карбоплатинга қарши кўрсатма йўқ <sup>2</sup> , ПД-Л	ГарбоГем	ГарбоГем + атезолизумаб
Цисплатинга қарши кўрсатма бор. арбоплатинга қарши кўрсатма йўқ <sup>2</sup> , ПД-Л+	ГарбоГем Атезолизумаб <sup>3</sup> Пембролизумаб <sup>4</sup>	ГарбоГем + атезолизумаб
Платина моддаларига қарши кўрсатмалар бор	Доцетаксел Паклитаксел Гемцитабин	Атезолизумаб Пембролизумаб
Платина моддасига эга ХТ 4-6 циклидан сўнг ўсма контролда бўса	Авелумаб	--

<sup>1</sup>ЕСОГПС > 1; КФТ ≤ 60 мл/дақ/1,73 м<sup>2</sup>; эшитиш қобилияти ≥ 2 даража; периферик нейропатия ≥ 2 даража; ЮЕ синф ИИИ НЙҲА.

<sup>2</sup>РКИ эОРТС критериялари 30986 (ПСЕСОГ > 2; КФТ < 30 мл/дақ/1,73 м<sup>2</sup>; эСОГПС 2 ва КФТ < 60 мл/дақ/1,73 м<sup>2</sup>).

<sup>3</sup>Атезолизумаб учун мусбат экспрессия ≥ 5% (ВентанаПД-Л1 (СП142) Ассай® (ВентанаМедисалСйстемс, Инс.))

<sup>4</sup>Пембролизумаба учун мусбат экспрессия ≥ 10% (тест-система ДакоПД-Л1 ИҲС 22С3 ПҳармДхАссай (ДакоНортхАмериса, Инс.))

## 20 жадвал. Иккинчи қатор тизимли ўсмага қарши терапия

1 қатор терапия	Афзаллик режими	Альтернативный режим
Платина моддасига эга кимётерапия	Пембролизумаб	Атезолизумаб Ниволумаб Винфлунин Паклитаксел Доцетаксел
Платина моддасига эга бўлмаган кимётерапия	Атезолизумаб	Винфлунин
Иммунитетни назорат қилиши нуктаси ингибиторлари билан иммунотерапия	Илгари қолланилмаган ёки 12 ой ва прогресдан кўпроқ вақт олдин қўлланилган, эришилган эффект ва стабилизацияга олиб келган кимётерапия режимлари	

## Таблица 21 жадвал. «Ўсма жавоба» - Ўтказилган даводан сўнг эришилган регресс

Ответ на лечение	Иресист
Тўлиқ жавоб	Қисқа ўқда 10 мм ёки ундан ортиқ ўлчамдаги барча мақсадли ўсмалар ёки лимфа тугунларининг йўқлиги
Қисман жавоб	Мақсадли ўчоқлар энг катта диаметрлари суммасини 30% ёки ундан кўпроқ камайиши

Прогресс	Мақсадли ўчоқлар энг катта диаметрлари йиғиндисининг 20% ёки ундан кўпроқ мутлақ ўсиши билан 5 мм ёки ундан кўпроқ ошиши. Янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши прогрессивлик белгиси емас; янги ўсмаларнинг диаметрлари мақсадли жароҳатларнинг умумий миқдорига кўшилади; ўсма жавобини аниқ баҳолаш 4 ҳафтадан сўнг тасдиқлашни талаб қилади
Стабилизация	Юқоридагилардан ҳеч қайси бири

### **Паллиатив ёрдам:**

- Кучли оғриқ синдроми бўлса, даволаш "Даволаб бўлмайдиган босқичдаги сурункали прогрессив касалликлар билан оғриган, сурункали оғриқ синдроми билан кечадиган беморларга паллиатив ёрдам" протоколи тавсияларига мувофиқ амалга оширилади.

- Агар қон кетиш бўлса, даволаш "Қон кетиши билан кечадиган даволаб бўлмайдиган босқичдаги сурункали прогрессив касалликларга чалинган беморларга паллиатив ёрдам" протоколи тавсияларига мувофиқ амалга оширилади.

### **ЮСЮС билан оғриган беморлар учун ҳамроҳлик терапияси**

Қовуқ саратони билан оғриган беморларда камқонликнинг олдини олиш ва даволаш тамойиллари Россия Соғлиқни сақлаш вазирлигининг клиник тавсиялар рубрикаторида еълон қилинган "Ёмон ўсмаларда камқонлик" клиник тавсияларида кўрсатилган тамойилларга мос келади. [хттпс://сп.минздрав.гов.ру](http://sp.minzdrav.gov.ru). [57]

Уретра саратони билан оғриган беморларда кўнгил айнаши ва қусишни даволаш ва олдини олиш тамойиллари "Кўнгил айнаши ва қайт қилишнинг олдини олиш ва даволаш" йўриқномасида кўрсатилган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Владимирова Л.Ю., Гладков О.А., Когония Л.М., Королева И.А., Семиглазова Т.Ю. ДОИ: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-502-511, [хттпс://росонсoweb.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-35.пдф](http://rosoncweb.ru/стандартс/РУСССО/2018/2018-35.пдф)). [58]

Уретра саратони билан оғриган беморларда суяк асоратларини даволаш ва олдини олиш тамойиллари "Йўриқли ўсмаларда суяк тўқималарининг

патологиясини олдини олиш ва даволаш учун остеомодификация қилувчи воситалардан фойдаланиш" йўриқномасида белгиланган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Манзюк Л.В., Багрова С.Г., Копп М.В., Кутукова С.И., Семиглазова Т.Ю. ДОИ: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-512-520, [хттпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-36.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-36.пдф)). [59]

Уретра саратони билан оғриган беморларда юқумли асоратлар ва фебрил нейтропениянинг олдини олиш ва даволаш тамойиллари "Иситмали нейтропениянинг юқумли асоратларини даволаш ва колонияни огоҳлантирувчи омилларни қўллаш" йўриқномасида белгиланган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Сакаева Д.Д., Орлова Р.В., Шабаева М.М. ДОИ: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-521-530, [хттпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-37.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-37.пдф)). [60]

Уретра саратони билан оғриган беморларда гепатотоксикликнинг олдини олиш ва даволаш тамойиллари "Гепатотоксикликни тузатиш" йўриқномасида келтирилган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Ткаченко П.Е., Ивашкин В.Т., Маевская М.В. ДОИ: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-531-544, [хттпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-38.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-38.пдф)). [61]

Уретра саратони билан оғриган беморларда юрак-қон томир асоратларининг олдини олиш ва даволаш тамойиллари "Ўсмага қарши дори терапиясининг юрак-қон томир токсиклигини тузатиш бўйича амалий тавсиялар" йўриқномасида белгиланган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Виценя М.В., Агеев Ф.Т., Гиляров М.Ю., Овчинников А.Г., Орлова Р.В., Полтавская М.Г., Сычева Е.А. ДОИ: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-545-563, [хттпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-39.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-39.пдф)). [62]

Уретра саратони билан оғриган беморларда терининг асоратларини олдини олиш ва даволаш тамойиллари "Ўсмага қарши дори-дармонларни қабул қиладиган беморларда дерматологик реакцияларни дори-дармонлар билан даволаш бўйича амалий тавсиялар" кўрсатмаларида кўрсатилган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Королева И.А., Болотина Л.В., Гладков О.А., Горбунова В.А., Круглова Л.С., Манзюк Л.В., Орлова Р.В. ДОИ: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-564-574, [хттпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-40.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-40.пдф)). [63]

Уретра саратони билан оғриган беморларда овқатланишни қўллаб-қувватлаш тамойиллари "Саратон билан оғриган беморларни озиқлантириш бўйича амалий тавсиялар" услубий тавсияларида белгиланган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Сытов А.В., Лейдерман И.Н., Ломидзе С.В., Нехаев И.В., Хотеев А.Ж. ДОИ: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-575-583, [хттпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-41.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-41.пдф)). [64]

Сийдик йўллари саратони билан оғриган беморларда нефротоксикликнинг олдини олиш ва даволаш тамойиллари "Ўсаратонга қарши дори воситаларининг

нефротоксиклигини тузатиш бўйича амалий тавсиялар" йўриқномасида келтирилган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Громова Е.Г., Бирюкова Л.С., Джумабаева Б.Т., Курмуков И.А. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-591-603, [хттпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-44.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-44.пдф)). [65]

Уретра саратони билан оғриган беморларда тромбоземболик асоратларни олдини олиш ва даволаш тамойиллари "Саратон билан оғриган беморларда 39 та тромбоземболик асоратларни олдини олиш ва даволаш бўйича амалий тавсиялар" йўриқномасида кўрсатилган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Сомонова О.В., Антух Э.А., Елизарова А.Л., Матвеева И.И., Сельчук В.Ю., Черкасов В.А., DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-604-609, [хттпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-45.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-45.пдф)). [66]

Уретра саратони билан оғриган беморларда дори воситаларининг экстравазацияси оқибатларини олдини олиш ва даволаш тамойиллари "Ўсмага қарши дориларнинг экстравазацияси оқибатларини даволаш бўйича тавсиялар" кўрсатмаларида кўрсатилган тамойилларга мос келади. (автор: Буйденко Ю.В. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-610-616, [хттпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-46.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-46.пдф)). [67]

#### **Кейинги даво [[уротелиалнийж рак верхних моч путеж 23.пдф](#)] [30] :**

Вояга етган беморлар, агар ЮСЮС учун кимё- ва иммунотерапия паллиатив курсларини давом эттиришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, онколог ёки уролог кузатуви ва аналгетик (агар керак бўлса, наркотик), симптоматик терапия тавсия этилади [30].

УҚТ, қон биокимёвий таҳлили агар керак бўлса ёки ички аъзоларнинг дисфункцияси белгилари мавжуд бўлса ўтказилади.

Қорин бўшлиғи, қорин парда орти соҳаси ва периферик лимфа тугунлар УТТ текшируви, қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси КТси клиник кўрсатмаларга кўра бажарилади. ПЭТ/КТ агар паллиатив терапиядан сўнг ремиссия кузатилса ва касалликнинг прогрессияси/рецидивига гумон бўлса бажарилади

Динамик кузатув:

- Биринчи йил – 3 ойда 1 маротаба.;
- Иккинчи йил – 6 ойда 1 маротаба.;
- Кейинчалик, бутун умр – 1 йилда 1 маротаба.

Текширилиш усуллари:

- УТТ;
- Ўпка рентгенологик текшируви;

- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси МСКТ/МРТ;
- Гинеколог кўриги (айолларга);
- ҚУТ, ПУТ, қон биокимёвий тахлили.

*Кўрсатмалар:*

- Кўкрак қафаси КТси;
- Қорин бўшлиғи ва оёқ кон томирлар ангиографияси;
- Скелет суяклар сцинтиграфияси;
- Бутун тана позитронно-эмиссион томография (ПЭТ) + компьютерная томография

**Протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усуллариининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари:**

ЮСЮСни даволаш самарадорлиги индикаторлари:

- «Ўсма жавоби» - ўтказилган даводан сўнгги ўсманинг регрессияси:

**Тўла самара** - камида 4 ҳафта давомида барча шикастланиш ўчоқларининг йўқолиши.

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

**Стабилизация** - (ўзгаришсиз) янги шикастланиш ўчоқлари пайдо бўлмаган ҳолда, барча ёки алоҳида ўсмаларнинг 50% дан кам кичрайиши ва 25% дан кам катталашиши.

**Прогрессияланиш** – битта ёки кўпроқ ўсма ўчоқларининг 25%дан ортиқ катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

- Рецидивсиз яшовчанлик (уч ва беш йиллик);
- Ҳаёт сифатига инсоннинг психологик, ҳиссий ва ижтимоий фаолиятидан ташқари, бемор организмнинг жисмоний ҳолати ҳам киради.

## 9. Список использованной литературы

1. Сиегел, Р.Л., Миллер, К.Д. анд Жемал, А. (2020), Сансер статистисс, 2020. СА А Сансер Ж Слин, 70: 7-30. [хттпс://дои.орг/10.3322/caac.21590](https://doi.org/10.3322/caac.21590)
2. Сансер Стат Фастс: Кидней анд Ренал Пелвис Сансер [Кидней анд Ренал Пелвис Сансер — Сансер Стат Фастс](#)
3. Сория Ф, Шариат СФ, Лернер СП, Фритсче ХМ, Ринк М, Кассоуф W, Спиесс ПЕ, Лотан Й, Йе Д, Фернандез МИ, Кикучи э, Чаде ДС, Бабжук М, Гроллман АП, Тхалманн ГН. эпидемиологй, диагносис, преоперативе эвалуатион анд прогностис ассесмент оф уппер-траст уротхелиал сарсинома (УТУС). Ворлд Ж Урол. 2017 Мар;35(3):379-387. DOI: [10.1007/s00345-016-1928-x](https://doi.org/10.1007/s00345-016-1928-x) эпуб 2016 Сеп 7. PMID: 27604375.
4. Маргулис В, Шариат СФ, Матин СФ, Камат АМ, Зигеунер Р, Кикучи э, Лотан Й, Веизер А, Раман ЖД, Ууд СГ; Уппер Траст Уротхелиал Сарсинома СоллаборатионТхе Уппер Траст Уротхелиал Сарсинома Соллаборатион. Оутсомес оф радисал непхроуретерестомй: а сериес фром тхе Уппер Траст Уротхелиал Сарсинома Соллаборатион. Сансер. 2009 Мар 15;115(6):1224-33. DOI: [10.1002/cnsp.24135](https://doi.org/10.1002/cnsp.24135) PMID: 19156917.
5. Шариат СФ, Фаваретто РЛ, Гупта А, Фритсче ХМ, Матсумото К, Кассоуф W, Уалтон ТЖ, Тритсчлер С, Баба С, Матсушита К, Бастиан ПЖ, Мартінез-Саламанса ЖИ, Сеитз С, Пйча А, Отто W, Каракиевисз ПИ, Фисарра В, Новара Г. Гендер дифференсес ин радисал непхроуретерестомй фор уппер траст уротхелиал сарсинома. Ворлд Ж Урол. 2011 Ауг;29(4):481-6. DOI: [10.1007/s00345-010-0594-7](https://doi.org/10.1007/s00345-010-0594-7) эпуб 2010 Ост 1. PMID: 20886219.
6. Матин СФ, Солеман ЖА. Миссклассифисатион оф Уппер Траст Уротхелиал Сарсинома ин Пациентс Уитх Лйнч Сйndrome. ЖАМА Онсол. 2018;4(7):1010. DOI: [10.1001/jamaoncol.2018.0539](https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2018.0539)
7. Тхеркилдсен С, эрикссон П, Хёглунд М, Жёнссон М, Сжёдахл Г, Нилберт М, Лиедберг Ф. Молесулар субтйпе сlassифисатион оф уротхелиал сарсинома ин Лйнч сйndrome. Мол Онсол. 2018 Ауг;12(8):1286-1295. DOI: [10.1002/1878-0261.12325](https://doi.org/10.1002/1878-0261.12325) эпуб 2018 Жун 19. PMID: 29791078; ПМСИД: ПМС6068353.
8. Степанова Ю.А., Прокофьева А.В., Дунаев С.А., Глотов А.В., Морозова М.В., Грицкевич А.А., Теплов А.А. УРОТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ: МОРФОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. *Медицинская визуализация.* 2018;(1):78-92. [хттпс://дои.орг/10.24835/1607-0763-2018-1-78-92](https://doi.org/10.24835/1607-0763-2018-1-78-92)
9. Сривелли ЖЖ, Хйлинас э, Клутх ЛА, Риекен М, Ринк М, Шариат СФ.

эффест оф смокинг он оутсомес оф уротхелиал сарсинома: а сйстематис ревиеш оф тхе литературе. эур Урол. 2014 Апр;65(4):742-54. DOI: [10.1016/j.eururo.2013.06.010](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.06.010) эпуб 2013 Жун 19. PMID: 23810104.

10. Гроллман АП. Аристолочис асид непхропатхй: Харбингер оф а глобал иатрогенис дисеасе. энвирон Мол Мутаген. 2013 Жан;54(1):1-7. DOI: [10.1002/em.21756](https://doi.org/10.1002/em.21756). эпуб 2012 Дес 13. PMID: 23238808.;

11. Жадот И, Деслèвес АЕ, Нортиер Ж, Сарон Н. Ан Интегрated Виеш оф Аристолочис Асид Непхропатхй: Упдате оф тхе Литературе. Инт Ж Мол Сси. 2017 Жан 29;18(2):297. doi: [10.3390/ijms18020297](https://doi.org/10.3390/ijms18020297) PMID: 28146082; ПМСИД: ПМС5343833.

12. Бабжук М, Бургер М, Сомпéрат эМ, Гонтеро П, Мостафид АХ, Палоу Ж, ван Рхижн БВГ, Роупрèт М, Шариат СФ, Сйлвестер Р, Зигеунер Р, Сапоун О, Сохен Д, эсриг ЖЛД, Хèрнандез В, Пейроннет Б, Сеисен Т, Соукуп В. эуропеан Ассоциатион оф Урологй Гуиделинес он Нон-муссле-инвасиве Бладдер Сансер (ТаТ1 анд Сарсинома Ин Ситу) - 2019 Упдате. эур Урол. 2019 Нов;76(5):639-657. DOI: [10.1016/j.eururo.2019.08.016](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.08.016) эпуб 2019 Ауг 20. PMID: 31443960.

13. Ли WM, Шен ЖТ, Ли СС, Ке ХЛ, Wei ЙС, Wu WЖ, Чоу ЙХ, Хуанг Ч. Онсологис оутсомес фоллоинг тхрее дифферент апроачес то тхе дистал уретер анд бладдер суфф ин непхроуретерестомй фор примарй уппер уринарй траст уротхелиал сарсинома. эур Урол. 2010 Жун;57(6):963-9. DOI: [10.1016/j.eururo.2009.12.032](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2009.12.032) эпуб 2010 Жан 5. PMID: 20079965.

14. [МКБ-11: 2С9 Злокачественные новообразования мочевыводящих путей](#)

15. Чой Б, Третиакова М, Зйнгер ДЛ. Wхатс неw ин генитоуринарй патхологй 2023: WХО 5тх эдитион упдатес фор уринарй траст, простате, тестис, анд пенис. Ж Патхол Трансл Мед. 2024 Жан;58(1):45-48. DOI: [10.4132/jptm.2023.12.11](https://doi.org/10.4132/jptm.2023.12.11) эпуб 2023 Дес 27. PMID: 38145904; ПМСИД: ПМС10792282.

16. Располлини МР, Сомперат эМ, Лопез-Белтран А, Монтирони Р, Симадаморе А, Тсузуки Т, Нетто ГЖ. News ин тхе сlassифисатион оф WХО 2022 бладдер туморс. Патхологиса. 2022 Феб;115(1):32-40. doi: [10.32074/1591-951X-838](https://doi.org/10.32074/1591-951X-838) эпуб 2023 Жан 25. PMID: 36704871; ПМСИД: ПМС10342216.

17. Бриерлей Ж.Д., Господаровисз М.К., Виттекинд С. эдс. ТНМ Сlassифисатион оф Малигнант Тумоурс. 8тх эд. Охфорд, УК: Вилей-Бласквелл, 2017. [хттпс://www.wiley.com/en-us/TNM+Сlassифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579](https://www.wiley.com/en-us/TNM+Сlassифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579)

18. Cowan HC. CT урограпхй фор хематуриа. Нат Рев Урол. 2012 Мар 13;9(4):218-26. DOI: [10.1038/nрурол.2012.32](https://doi.org/10.1038/nрурол.2012.32) PMID: 22410682.
19. Роупрёт М, Бабжук М, Бургер М, Сапоун О, Сохен Д, Сомпéрат эМ, Cowan HC, Домингуез-Есстриг ЖЛ, Гонтеро П, Хугх Мостафид А, Палоу Ж, Пейроннет Б, Сеисен Т, Соукуп В, Сйлвестер РЖ, Рхижн БВГВ, Зигеунер Р, Шариат СФ. эуропеан Ассоциатион оф Урологй Гуиделинес он Уппер Уринарй Траст Уротхелиал Сарсинома: 2020 Упдате. эур Урол. 2021 Жан;79(1):62-79. DOI: [10.1016/j.еуруро.2020.05.042](https://doi.org/10.1016/j.еуруро.2020.05.042) эпуб 2020 Жун 24. PMID: 32593530
20. Ито Й, Кикучи э, Танака Н, Мияжима А, Миками С, Жинзаки М, Оя М. Преоперативе хйдронепхросис граде индепендентлй предисте ворсе патхологисал оутсомес ин пациентс ундергоинг непхроуретерестомй фор уппер траст уротхелиал сарсинома. Ж Урол. 2011 Май;185(5):1621-6. DOI: [10.1016/j.ж.журо.2010.12.035](https://doi.org/10.1016/j.ж.журо.2010.12.035) эпуб 2011 Мар 21. PMID: 21419429
21. Раман ЖД, Шариат СФ, Каракиевисз ПИ, Лотан Й, Сагаловский АИ, Россигно М, Монторси Ф, Боленз С, Веизер АЗ, Вхеат ЖС, Нг СК, Счерр ДС, Ремзи М, Валдерт М, Вуд СГ, Маргулис В; Уппер-Траст Уротхелиал Сарсинома Соллаборативе Групп. Доес преоперативе сймптом сlassифисатион импаст прогносис ин пациентс витх слинисаллй лосализед уппер-траст уротхелиал сарсинома манагед бй радисал непхроуретерестомй? Урол Онсол. 2011 Нов-Дес;29(6):716-23. DOI: [10.1016/j.уролонс.2009.11.007](https://doi.org/10.1016/j.уролонс.2009.11.007) эпуб 2010 Жан 6. PMID: 20056458.
22. Афонин С.В. Современная диагностика и лечение уротелиального рака верхних мочевых путей. Дисс. ...канд. мед. наук. М. – 2010. [хттпс://www.диссерсат.ком/сонтент/современная-диагностика-и-лечение-уротелиального-рака-верхних-мочевых-путей](https://www.диссерсат.ком/сонтент/современная-диагностика-и-лечение-уротелиального-рака-верхних-мочевых-путей)
23. Ванг ЛЖ, Вонг ЙС, Хуанг СС, Ву Ч, Хунг СС, Чен ХВ. Мултидетестор компутеризед томограпхй урограпхй ис море ассурате тхан эхсреторй урограпхй фор диагносинг транзитионал селл сарсинома оф тхе уппер уринарй траст ин адултс витх хематуриа. Ж Урол. 2010 Жан;183(1):48-55. DOI: [10.1016/j.ж.журо.2009.08.144](https://doi.org/10.1016/j.ж.журо.2009.08.144) PMID: 19913253.
24. Хурел С, Роупрёт М, Сеисен Т, Сомперат э, Пхэ В, Дроупй С, Ауденет Ф, Пигнот Г, Сатхелинеау Х, Гуй Л, Суссенот О, Оуззане А, Боззини Г, Нисон Л, Руффсион А, Солин П. Инфлуенсе оф преоперативе фасторс он тхе онсологис оутсоме фор уппер уринарй траст уротхелиал сарсинома афтер радисал непхроуретерестомй. Ворлд Ж Урол. 2015 Мар;33(3):335-41. DOI: [10.1007/s00345-014-1311-8](https://doi.org/10.1007/s00345-014-1311-8) эпуб 2014 Май 9. PMID: 24810657.
25. Давид РА, Жамес Б, Аделойе Д, Босе П, Раи Б, КандаСвамй ГВ. Ассурасй оф ултрасоунд вс компутед томограпхй ссан фор уппер уринарй траст малигнансиес анд девелопмент оф а риск-басед диагностис алгоритхм фор

ҳаематуриа ин а УК тертиарй сентре. Инт Урол Непхрол. 2021 Жан;53(1):49-57. DOI: [10.1007/s11255-020-02615-7](https://doi.org/10.1007/s11255-020-02615-7). эпуб 2020 Ауг 25. PMID: 32844354.

26. Такаҳаши Н, Глоскнер ЖФ, Ҳартман РП, Кинг БФ, Леибович БС, Станлей ДВ, Фитз-Гиббон ПД, Кавашима А. Гадолиниум энҳансед магнетис резонансе урограпхй фор уппер уринарй траст малигнансй. Ж Урол. 2010 Апр;183(4):1330-65. DOI: [10.1016/j.juro.2009.12.031](https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.12.031) эпуб 2010 Феб 19. PMID: 20171676

27. Соффьетти Р, Абасиоглу У, Баумерт Б, Сомбс СЕ, Кинхулт С, Крос ЖМ, Мароси С, Метеллус П, Радбруч А, Вилла Фрейха СС, Брада М, Сарапелла СМ, Преуссер М, Ле Рхун э, Рудà Р, Тонн ЖС, Вебер ДС, Веллер М. Диагносис анд трeatмент оф браин метастасес фром солид туморс: гуиделинес фром тхе эуропеан Ассосиатион оф Неуро-Онсологй (ЕАНО). Неуро Онсол. 2017 Феб 1;19(2):162-174. DOI: [10.1093/неуонс/now241](https://doi.org/10.1093/неуонс/now241)

28. Марчиони М, Примисери Г, Синдоло Л, Ҳамптон ЛЖ, Гроб МБ, Гурули Г, Счипс Л, Шариат СФ, Ауторино Р. Импаст оф диагностис уретероссопй он интравесисал ресурренсе ин пациентс ундергоинг радисал непхроуретерестомй фор уппер траст уротхелиал сансер: а сйстематис ревиeв анд мета-аналйсис. БЖУ Инт. 2017 Сеп;120(3):313-319. DOI: [10.1111/бжу.13935](https://doi.org/10.1111/бжу.13935). эпуб 2017 Жул 19. PMID: 28621055.

29. ЁСулливан ГЖ, Сартй ФЛ, Сронин СГ. Имагинг оф боне метастасис: Ан упдате. Ворлд Ж Радиол. 2015 Ауг 28;7(8):202-11. DOI: [10.4329/wжр.в7.и8.202](https://doi.org/10.4329/wжр.в7.и8.202) PMID: 26339464; ПМСИД: ПМС4553252

30. Клинические рекомендации. Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей. Общероссийская общественная организация. Российское общество онкоурологов 2023. [уротелиалнйж рак верхних моч путеж 23.пдф](#)

31. Сутресс МЛ, Стюарт ГД, Закикхани П, Пхиппс С, Тхомас БГ, Толлей ДА. Уретероссопис анд персутанеоус манагемент оф уппер траст уротхелиал сарсинома (УТУС): сйстематис ревиeв. БЖУ Инт. 2012 Сеп;110(5):614-28. DOI: [10.1111/ж.1464-410X.2012.11068.x](https://doi.org/10.1111/ж.1464-410X.2012.11068.x).11068.x. эпуб 2012 Апр 3. PMID: 22471401

32. Ни С, Тао W, Чен Қ, Лиу Л, Жианг Х, Ху Х, Ҳан Р, Ванг С. Лапароссопис версус опен непхроуретерестомй фор тхе трeatмент оф уппер уринарй траст уротхелиал сарсинома: а сйстематис ревиeв анд сумулативе анализис оф сомпаративе студиеc. эур Урол. 2012 Жун;61(6):1142-53. DOI: [10.1016/j.eуруро.2012.02.019](https://doi.org/10.1016/j.eуруро.2012.02.019) эпуб 2012 Феб 15. PMID: 22349569

33. Домингуез-Есриг ЖЛ, Пейроннет Б, Сеисен Т, Бруинс ХМ, Юан СЙ, Бабжук М, Бөхле А, Бургер М, Сомпéрат эМ, Гонтеро П, Лам Т, МасЛеннан С, Мостафид Х, Палоу Ж, ван Рхижн БВГ, Сйлвестер РЖ, Зигеунер Р, Шариат СФ, Роупрёт М. Потенциал Бенефит оф Лймпх Ноде Диссестион Дуринг Радисал Непхроуретерестомй фор Уппер Траст Уротхелиал Сарсинома: А Сйстематис

Ревиев бй тхе эуропеан Ассосиатион оф Урологй Гуиделинес Панел он Нон-муссле-инвасиве Бладдер Сансер. эур Урол Фосус. 2019 Мар;5(2):224-241. DOI: [10.1016/j.euf.2017.09.015](https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.09.015) эпуб 2017 Нов 20. PMID: 29158169

34. Сеисен Т, Пейроннет Б, Домингуез-Есстриг ЖЛ, Бруинс ХМ, Юан СЙ, Бабжук М, Бёхле А, Бургер М, Сомпéрат эМ, Сowan НС, Каасинен э, Палоу Ж, ван Рхижн БВ, Сйлвестер РЖ, Зигеунер Р, Шариат СФ, Роупрёт М. Онсологис Оутсомес оф Кидней-спаринг Сургерй Версус Радисал Непхроуретерестомй фор Уппер Траст Уротхелиал Сарсинома: А Сйстематис Ревиев бй тхе эАУ Нон-муссле Инвасиве Бладдер Сансер Гуиделинес Панел. эур Урол. 2016 Дес;70(6):1052-1068. DOI: [10.1016/j.eururo.2016.07.014](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.07.014). эпуб 2016 Жул 28. PMID: 27477528

35. Желдрес С, Лугхеззани Г, Сун М, Исбарн Х, Шариат СФ, Будаус Л, Латтоуф ЖБ, Видмер Х, Граефен М, Монторси Ф, Перротте П, Каракиевисз ПИ. Сегментал уретерестомй сан сафелй бе перформед ин пациентс витх транзитионал селл сарсинома оф тхе уретер. Ж Урол. 2010 Апр;183(4):1324-9. DOI: [10.1016/j.juro.2009.12.018](https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.12.018) эпуб 2010 Феб 19. PMID: 20171666

36. Хоригучи Х., Ёнеяма Т., Хатакеяма С. эт ал. Импаст оф басиллус Салметте–Гуерин тхерапй оф уппер уринарй траст сарсинома ин ситу: сомпарисон оф онсологисал оутсомес витх радисал непхроуретерестомй. Мед Онсол 2018;35(4):41. DOI: [10.1007/s12032-018-1102-y](https://doi.org/10.1007/s12032-018-1102-y)

37. Лиано РС, Гупта М, Счвен ЗР, Пател ХД, Катес М, Жохнсон МХ, Хахн НМ, МсСонкей Д, Биваласкуа ТЖ, Пиероразиио ПМ. Сомпарисон оф Патхологисал Стаге ин Пациентс Трeатед витх анд витхоут Неoadжувант Чемотхерапй фор Хигх Риск Уппер Траст Уротхелиал Сарсинома. Ж Урол. 2018 Жул;200(1):68-73. DOI: [10.1016/j.juro.2017.12.054](https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.12.054) эпуб 2018 Жан 4. PMID: 29307680

38. Несчи А, Ло Вулло С, Мариани Л, Мосчини М, Хендрисксен К, Ринк М, Сосновски Р, Добруч Ж, Раман ЖД, Ууд СГ, Маргулис В, Роупрет М, Бриганти А, Монторси Ф, Хйлинас э, Шариат СФ; эуропеан Ассосиатион оф Урологй-Ёунг Асадемис Урологистс (ЕАУ-ЯУ), Уротхелиал Сансер Групп анд тхе Уппер Траст Уротхелиал Сарсинома Соллаборатион групп. Аджувант чемотхерапй афтер радисал непхроуретерестомй доес нот импрове сурвивал ин пациентс витх уппер траст уротхелиал сарсинома: а жоинт студй бй тхе эуропеан Ассосиатион оф Урологй-Ёунг Асадемис Урологистс анд тхе Уппер Траст Уротхелиал Сарсинома Соллаборатион. БЖУ Инт. 2018 Феб;121(2):252-259. DOI: [10.1111/bju.14020](https://doi.org/10.1111/bju.14020) эпуб 2017 Ост 12. PMID: 28940605.

39. Ивата Т, Кимура С, Абуфараж М, Жанисч Ф, Каракиевисз ПИ, Сеебачер В, Роупрёт М, Насу Й, Шариат СФ. Тхе роле оф аджувант радиотхерапй афтер сургерй фор уппер анд lower уринарй траст уротхелиал сарсинома: А сйстематис ревиeв. Урол Онсол. 2019 Ост;37(10):659-671. DOI: [10.1016/j.urolonc.2019.05.021](https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2019.05.021) эпуб 2019 Жун 27. PMID: 31255542

40. Фалтас БМ, Геннарелли РЛ, элкин э, Нгуйен ДП, Ху Ж, Тагава СТ. Метастасестомий ин олдер адултс витх уротхелиал сарсинома: Популатион-басед анализис оф усе анд оутсомес. Урол Онсол. 2018 Жан;36(1):9.e11-9.e17. DOI: [10.1016/j.uroelonc.2017.09.009](https://doi.org/10.1016/j.uroelonc.2017.09.009) эпуб 2017 Ост 5. PMID: 28988653; PMSID: PMS5793883.

41. Сонг ЙС, Чо ЖС, Чо КС, Доо Ш, Чунг БХ, Ким СЖ, Янг WЖ, Сонг КХ, Ким СИ, Хонг СЖ. эффисасй оф аджувант гемситабине-сисплатин чemothерапй: а сомпаративе студй бетвеен лосаллй адвансед транзитионал селл сарсинома оф тхе бладдер анд уппер уринарй траст. Урол Инт. 2010;85(1):47-51. DOI: [10.1159/000296294](https://doi.org/10.1159/000296294) эпуб 2010 Мар 16. PMID: 20234122

42. Беллмунт Ж., де Вит Р., Албанелл Ж., Баселга Ж. А феасибилитй студй оф сарбоплатин витх фикед досе оф гемситабине ин “унфит” пациентс витх адвансед бладдер сансер. эур Ж Сансер 2001;37(17), 2212–5. DOI: [10.1016/c0959-8049\(01\)00295-7](https://doi.org/10.1016/c0959-8049(01)00295-7)

43. Стернберг С.Н., де Мулдер П.Х., Счорнагел Ж.Х. эт ал. Рандомизед пхасе ИИИ триал оф хигх досе-интенситй метхотрехате, винбластине, дохорубисин, анд сисплатин (МВАС) чemothерапй анд ресомбинант хуман гранулосите солонй-стимулатинг фастор версус классис МВАС ин адвансед уротхелиал траст туморс: эуропеан Организатион фор Ресеарч анд Трeатмент оф Сансер Протосол но. 30924. Ж Слин Онсол 2001;19(10):2638–46. DOI: [10.1200/JCO.2001.19.10.2638](https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.10.2638)

44. Сулине С., Тхеодоре С., Де Сантис М. эт ал. А пхасе ИИ студй оф винфлунине ин бладдер сансер пациентс прогрессинг афтер фирст-лине платинум-сонтаининг регимен. Бр Ж Сансер 2006;94(10):1395–401. DOI: [10.1038/сж.бжс.6603118](https://doi.org/10.1038/сж.бжс.6603118)

45. Беллмунт Ж, де Вит Р, Ваугхн ДЖ, Фрадет Й, Лее ЖЛ, Фонг Л, Вогелзанг НЖ, Слимент МА, Петрайлак ДП, Чоуеири ТК, Несчи А, Герритсен W, Гурней X, Куинн ДИ, Сулине С, Стернберг СН, Май Й, Поехлеин Ч, Перини РФ, Бажорин ДФ; KEYNOTE-045 Инвестигаторс. Пембролизумаб ас Сесонд-Лине Тхерапй фор Адвансед Уротхелиал Сарсинома. Н энгл Ж Мед. 2017 Мар 16;376(11):1015-1026. DOI: [10.1056/NEJMoa1613683](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1613683). эпуб 2017 Феб 17. PMID: 28212060; PMSID: PMS5635424.

46. Шарма П., Саллахан М.К., Боно П. эт ал. Ниволумаб монотхерапй ин ресуррент метастатис уротхелиал сарсинома (ЧескМате 032): А мултисентре, опен-лабел, two-стаге, мулти-арм, пхасе 1/2 триал. Лансет Онсол 2016;17(11):1590–8. DOI: [10.1016/S1470-2045\(16\)30496-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30496-X)

47. Росенберг Ж.Е., Хоффман-Сенситс Ж., Пowlес Т. эт ал. Атезолизумаб ин пациентс витх лосаллй адвансед анд метастатис уротхелиал сарсинома wхo хаве прогрессед фоллоуинг трeатмент витх платинум-басед чemothерапй: А сингле-

арм, мултисентре, пхасе 2 триал. Лансет 2016;387(10031):1909–20.  
DOI: [10.1016/C0140-6736\(16\)00561-4](https://doi.org/10.1016/C0140-6736(16)00561-4)

48. Ҳахн АW, Гири С, Патҳак Р, Бхатт ВР, Мартин МГ. эффест оф Аджувант Радиотҳерапй он Сурвивал ин Пациентс витҳ Лосорегионал Уротҳелиал Малигнансиес оф тхе Уппер Уринарй Траст. Антисансер Рес. 2016 Ауг;36(8):4051-5. PMID: 27466512

49. Шигета К, Кикучи э, Ҳагиwара М, Андо Т, Мизуно Р, Абе Т, Миками С, Мияжима А, Накагава К, Оя М. Тхе Сондитионал Сурвивал витҳ Тиме оф Интравесисал Ресурренсе оф Уппер Траст Уротҳелиал Сарсинома. Ж Урол. 2017 Дес;198(6):1278-1285. DOI: [10.1016/j.juro.2017.06.073](https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.06.073). эпуб 2017 Жун 17. PMID: 28634017.

50. Гуерра-Лондоно СЕ, Сата ЖП, Ноуак К, Готтумуккала В. Прехабилитатион ин Адултс Ундергоинг Сансер Сургерй: А Сомпрехенсиве Ревиеу он Ратионале, Метҳодологй, анд Меасурес оф эффестивенесс. Сурр Онсол. 2024 Апр 9;31(4):2185-2200. doi: [10.3390/surroncol31040162](https://doi.org/10.3390/surroncol31040162). PMID: 38668065; ПМСИД: ПМС11049527.

51. Ресарт А, Дучене Д, Wҳите ПФ, Тҳомас Т, Жохнсон ДБ, Садедду ЖА. эффисасй анд сафетй оф фаст-траск ресоверй стратегй фор пациентс ундергоинг лапароссопис непхрестомй. Ж эндоурол. 2005 Дес;19(10):1165-9. DOI: [10.1089/енд.2005.19.1165](https://doi.org/10.1089/енд.2005.19.1165) PMID: 16359206.

52. Шин КЙ, Гуо Й, Конзен Б, Фу Ж, Ядав Р, Бруера э. Инпациент сансер реҳабилитатион: тхе эхпериенсе оф а национал сомпрехенсиве сансер сентер. Ам Ж Пҳйс Мед Реҳабил. 2011 Май;90(5 Суппл 1):С63-8. DOI: [10.1097/ПХМ.06013e318206e1a4](https://doi.org/10.1097/ПХМ.06013e318206e1a4) PMID: 21765265.

53. Боурке Л, Ҳомер КЕ, Тҳаҳа МА, Стеед Л, Росарио ДЖ, Робб КА, Сахтон ЖМ, Тайлор СЖ. Интервентионс то импрове эхерсисе беҳавиоур ин седентарй пеопле ливинг витҳ анд беёнд сансер: а сйстематис ревиеш. Бр Ж Сансер. 2014 Феб 18;110(4):831-41. DOI: [10.1038/бжс.2013.750](https://doi.org/10.1038/бжс.2013.750). эпуб 2013 Дес 12. PMID: 24335923; ПМСИД: ПМС3929865.

54. Сегал Р, Зваал С, Грешн э, Томасоне ЖР, Лоблау А, Петрелла Т; эхерсисе фор Пеопле витҳ Сансер Гуиделине Девелопмент Гроуп. эхерсисе фор пеопле витҳ сансер: а сйстематис ревиеш. Сурр Онсол. 2017 Ауг;24(4):e290-e315. DOI: [10.3747/со.24.3619](https://doi.org/10.3747/со.24.3619) эпуб 2017 Ауг 31. PMID: 28874900; ПМСИД: ПМС5576469.

55. Меҳлинг WE, Жасобс Б, Асрее М, Wилсон Л, Бостром А, West Ж, Аскуаҳ Ж, Бурнс Б, Чапман Ж, Ҳечт ФМ. Сймптом манагемент витҳ массаге анд асупунстуре ин постоперативе сансер пациентс: а рандомизед контроллед триал. Ж Паин Сймптом Манаге. 2007 Мар;33(3):258-66. DOI: [10.1016/j.jpainсймман.2006.09.016](https://doi.org/10.1016/j.jpainсймман.2006.09.016) PMID: 17349495.

56. Национальное руководство по паллиативной медицинской помощи в онкологии. Под редакцией академика РАН А.Д.Каприна. Г. Р. Абузарова. Москва 2022.

<https://онсологий-ассоциативон.ру/wp-content/uploads/2023/03/национальное-руководство-по-паллиативной-медицинской-помощи-в-онкологии-2022.pdf>

57. Анемия при злокачественных новообразованиях», размещенным в рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России <https://ср.минздрав.гов.ру>.

58. «Профилактика и лечение тошноты и рвоты» (коллектив авторов: Владимирова Л.Ю., Гладков О.А., Когония Л.М., Королева И.А., Семиглазова Т.Ю. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-502-511, <https://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-35.pdf>).

59. «Использование остеомодифицирующих агентов для профилактики и лечения патологии костной ткани при злокачественных новообразованиях» (коллектив авторов: Манзюк Л.В., Багрова С.Г., Копп М.В., Кутукова С.И., Семиглазова Т.Ю. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-512-520, <https://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-36.pdf>).

60. «Лечение инфекционных осложнений фебрильной нейтропении и назначение колониестимулирующих факторов» (коллектив авторов: Сакаева Д.Д., Орлова Р.В., Шабаева М.М. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-521-530, <https://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-37.pdf>).

61. «Коррекция гепатотоксичности» (коллектив авторов: Ткаченко П.Е., Ивашкин В.Т., Маевская М.В. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-531-544, <https://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-38.pdf>).

62. «Практические рекомендации по коррекции кардиоваскулярной токсичности противоопухолевой лекарственной терапии» (коллектив авторов: Виценя М.В., Агеев Ф.Т., Гиляров М.Ю., Овчинников А.Г., Орлова Р.В., Полтавская М.Г., Сычева Е.А. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-545-563, <https://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-39.pdf>).

63. «Практические рекомендации по лекарственному лечению дерматологических реакций у пациентов, получающих противоопухолевую лекарственную терапию» (коллектив авторов: Королева И.А., Болотина Л.В., Гладков О.А., Горбунова В.А., Круглова Л.С., Манзюк Л.В., Орлова Р.В. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-564-574, <https://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-40.pdf>).

64. «Практические рекомендации по нутритивной поддержке онкологических больных» (коллектив авторов: Сытов А.В., Лейдерман И.Н., Ломидзе С.В., Нехаев И.В., Хотеев А.Ж. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-575-583, <https://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-41.pdf>).

65. «Практические рекомендации по коррекции нефротоксичности

противоопухолевых препаратов» (коллектив авторов: Громова Е.Г., Бирюкова Л.С., Джумабаева Б.Т., Курмуков И.А. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-591-603, [хттпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-44.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-44.пдф)).

66. «Практические рекомендации по профилактике и лечению 39 тромбоэмболических осложнений у онкологических больных» (коллектив авторов: Сомонова О.В., Антух Э.А., Елизарова А.Л., Матвеева И.И., Сельчук В.Ю., Черкасов В.А., DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-604-609, [хттпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-45.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-45.пдф)).

67. «Рекомендации по лечению последствий экстравазации противоопухолевых препаратов» (автор: Буйденко Ю.В. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-610-616, [хттпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-46.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-46.пдф)).