

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**

**«ҚОВУҚ САРАТОНИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Республика ихтисослаштирилган
Онкология ва радиология илмий-
амалий тиббиёт маркази директори
М. Н. Гилляшайхов

_____ 2025 йил

**«ҚОВУҚ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

**«ҚОВУҚ САРАТОНИ»
НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ДИАГНОСТИКА
ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. Ушбу миллий С67, С67.0-9 - қовуқ саратони бўйича клиник протосол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ қовуқ саратонини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

Қовуқ 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)-10 коди (лар):

ХКК-10:	
Код	Номи
С67	– Қовуқнинг хавfli ўсмаси
С67.0	– Қовуқ учбурчагининг
С67.1	– Қовуқ гумбазнинг
С67.2	– Қовуқ ён деворининг
С67.3	– Қовуқ олд деворининг
С67.4	– Қовуқ орқа деворининг
С67.5	– Қовуқ бўйинчаинг (ички уретра тешиги)
С67.6	– Сийдик йўли тешигининг
С67.7	– Бирламчи сийдик йўлининг (урахус)
С67.8	– Юқоридаги бир ёки бир нечта минтақадан ташқарида жойлашган қовуқнинг шикастланиши
С67.9	– Қовуқ аниқланмаган қисмининг
ХКК-11	
2С94	Қовуқ хавfli ўсмалари
2С94.0	Қовуқ аденокарциномаси
2С94.1	Қовуқ ясси хужайрали саратони
2С94.2	Қовуқ уротелиал саратони
2С94.У	Қовуқ бошқа тасдиқланган хавfli ўсмалари
2С94.З	Қовуқ бошқа тасдиқланмаган хавfli ўсмалари

- Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:

2025/2030 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:

- Мултидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Тилляшайҳов 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 Нарзиқулович – 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 ҳудудлар 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.

- Мултидисциплинар муаллифлар рўйхати, кўшимча ҳаммуаллифлар жамоаси:

1. Тилляшайхов Мирзаголиб 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:

Алиджанов Назир Борийевич – т.ф.н., доцент, 1-Республика клиник шифохонаси эндовидеоурология бўлими мудирлари.

Ҳориждан:

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

- Мултидисциплинар ишчи гуруҳ йиғилишида Миллий клиник протоколларни 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.

Ҳориждан:

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 миллий клиник протокол ва стандарт Соғлиқни сақлаш вазирининг ўринбосари Шарипов Ф.Р., бошқарма бошлиғи Алмардонов Ш.К., тиббий суғурта бўлими бошлиғи Убайдуллаева С.А., Бош мутахассислари Нуримова Ш.Р., Джумаева Г.Т. ва бўлимнинг етакчи мутахассиси Рахимова Н.Ф.лар томонидан бошқарув, ташкилий ва услубий бошчилигида ишлаб чиқилган.

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

- Мазкур нозология бўйича миллий протоколнинг фойдаланувчилари:

- Шифокор-онкологлар;
- Онкоурологлар;
- Урологлар;
- Шифокор - катталар жарроҳлари;
- Радиотерапевтлар;
- 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:

1-жадвал. Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилиқ даражаларини (ДИД) баҳолаш ўлчови

ДИД	Батавсил
1	Малумот назорати остида ўтказиладиган тадқиқотларнинг тизимли текшируви ёки рандомлаштирилган клиник тадқиқотларнинг метатаҳлил ёрдамидаги тизимли текшируви
2	Референс услуб назорати остидаги мустақил тадқиқотлар ёки алоҳида рандомлаштирилган 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 нотасодифий қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Таққослаб бўлмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки экспертларнинг фикрини асослаш мавжуд

2-жадвал. 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	Самарадорлик ёки фойданинг этарли далиллари хавфдан устун эмас ёки камчиликлар мавжуд бўлса (ножўя ҳодисалар, юқори нарх), аралашув кўриб чиқилиши мумкин
4	Таққослаб бўлмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳодиса ёки қатор ҳодисалар тавсифи, «ҳодиса-назорат» тадқиқотлари
5	Фақат аралашувнинг таъсир қилиш механизми (клиникгача бўлган тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси учун асос мавжуд

3-жадвал. Профилактика, ташхислаш, даволаш ва реабилитация усуллари учун тавсияларнинг ишонтириш даражасини (ТИД) баҳолаш ўлчови (профилактика, даволаниш, реабилитация аралашувлари)

ТИД	Батавсил
А	<i>Кучли тавсия:</i> кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлар (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари келишилган
В	<i>Шартли тавсия:</i> 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

С	<i>Заиф тавсия:</i> 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

«ҚОВУҚ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ..... Error! Bookmark not defined.

«ҚОВУҚ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....Error! Bookmark not defined.

«ҚОВУҚ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ..... **Error! Bookmark not defined.**

«ҚОВУҚ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ..... **Error! Bookmark not defined.**

ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ:

РСА	–	рекомбинантли сил аллергени
КГБ (БСГ)	–	Калмет-Герен бацилласи ёки Бациллус Салметте–Гуэрин (БСГ)
в/и	–	вена ичига юбориш
т/о	–	тери остига юбориш
м/и	–	мушак ичига юбориш
ПЯ	–	прогрессиясиз яшовчанлик
МЮЧ	–	меъёрнинг юқори чегараси
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ГР	–	грей
Бр	–	бирликлар
ОИТ	–	ошқозон-ичак тракти
КТ	–	компютер томография
ЛОР	–	оториноларинголог
ЛСИ	–	латент сил инфекцияси
мг	–	миллиграм
мл	–	миллилитр
МРТ	–	магнит-резонанс томография
МСКТ	–	мултиспирал компьютер томография
мтс	–	метастазалар
НСЯҚД	–	ностероид яллиғланишга қарши дорилар
ОКВ	–	остки ковак вена
УҚТ	–	умумий қон таҳлили
УСТ	–	умумий сийдик таҳлили
РКТ	–	рандомлаштирилган клиник тадқиқотлар
ҚС	–	қовуқ саратони
БМЎД	–	бир марталик ўчоқли доза
СЎД	–	суммар ўчоқ дозаси
ЭЧТ	–	эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
ТРУТТ	–	трансректал ултратовуш текшируви

ТУР	–	трансуретал резекция
ДД	–	далиллар даражаси
УТДГ	–	ультратовушли доплерография
УТТ	–	ультратовуш текшируви
СБЕ	–	сурункали буйрак етишмовчилиги
КТ	–	кимийотерапия
КЖТ	–	коса-жом тизими
ЭКГ	–	электрокардиограмма
ЭФГДС	–	эзофагофиброгастродуоденоскопия
ЭхоКГ	–	эхокардиография
ЕАУ	–	Европа урологлар ассоциацияси
ҲИФУ	–	юқори интенсив фокусланган ультратовуш
ИМДС	–	прогноз гуруҳи
ИМРТ	–	интенсивликни модуляцияси билан нур терапия
ИО	–	иммунотерапия
ИОРТ	–	интраоперацион нур терапияси
ИСУП	–	Интернационал Сосиетей оф Урологисал Патҳологй Тўрт даражали баҳолаш тизими ЖССТ/ ИСУП (Халқаро урологик патологиялар жамияти)
ЛГ	–	low граде (паст хавфли ўсмалар)
ҲГ	–	ҳигҳ граде (юқори хавфли ўсмалар)
ПД-Л1	–	иммун хужайра ПД1рецепторлари учун лиганд
ГП	–	гемцитабин + цисплатин
ПРГ	–	паклитаксел + цисплатин + гемцитабин
МВАС	–	метотрексат + винбластин + доксорубицин + цисплатин
СМФ	–	цисплатин + метотрексат + винбластин
ГемСарбо	–	гемцитабин + карбоплатин
М-САВИ	–	метотрексат + винбластин + карбоплатин
ПФ	–	фторурацил + цисплатин
ИТП	–	ифосфамид + паклитаксел + цисплатин
ФОЛФОХ	–	оксалиплатин + калций фолинат + фторурацил
ЕП	–	етопозид + цисплатин
ЕС	–	етопозид + карбоплатин

ДДМВАС	–	дозаланган метотрексат + винбластин + доксорубицин ва цисплатин
СМВ	–	цисплатин + метотрексат ва винбластин
ИГРТ	–	тасвирга асосланган радиация терапияси
ИГРА тест	–	ИФН-γ чиқариш тестлари
пер ос	–	перорал
ТНМ	–	Тумор Нодулус Метастасис (хавфли ўсмаларнинг халқаро таснифи)

2. Асосий қисм

- Кириш [2, 5]:

Қовуқ саратони - қовуқнинг ички юзани қоплайдиган хужайралардан (уротелиал хужайралар) келиб чиқадиган кенг тарқалган ахвфли жараён тури.

([хттпс://www.rosoncoweб.ru/стандартс/РУСССО/2023/2023-32.пдф](https://www.rosoncoweб.ru/стандартс/РУСССО/2023/2023-32.пдф)).

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола:

[хттпс://гсо.иарс.фр/тодай/ен/датавиз/пие?моде=популатион&групп_популатионс=0&сансерс=30](https://гсо.иарс.фр/тодай/ен/датавиз/пие?моде=популатион&групп_популатионс=0&сансерс=30))

Саратон касалликларини ўрганиш бўйича халқаро агентлик - ГЛОБОСАН маълумотларига кўра, 2022 йилда жами 614 298 та қовуқ саратони ҳолати аниқланган ва саратоннинг ушбу туридан 220 596 киши вафот этган.

Қовуқ саратони (ҚС) - рецидив ва прогрессияланиш юқори мойилликга эга оғир, баъзи ҳолларда ногиронликга олиб борадиган касаллик бўлиб, уни фаол аниқлаш тизимлари ишлаб чиқилмаган, эҳтиёткорлик билан дифференциал ташхислашни талаб қилади.

ҚС – полиетиологик касаллик. Унинг кўп ҳолатлари сийдик билан чиқариладиган канцероген моддаларнинг уротелийга таъсири билан боғлиқ. Тамаки чекиш ҚС учун энг муҳим хавф омилдир. Тамаки тутунида ароматик аминлар ва политциклик ароматик углеводородлар мавжуд бўлиб, улар буйрақлар орқали чиқарилади. Чекувчи эркақларда ҚС прогрессияланиш эҳтимоли чекмайдиганларга қараганда 50-60%, аёлларда эса 20-30% юқори [17] ([хттпс://www.wxo.инт/newс-рoom/спотлигхт/море-тхан-100-реасонс-то-куит-тобассо?гад_соурсе=1&гслид=СжwКСАиАбаWБxБкЕиwА6КзДс7жлкБЛСЙИЗОууПЕакж7ҚрЙбх7ЛСфйсбоДАкЛбр0оЖфн1жоетзСп-хоСё4ҚАвД_БwЕ](https://www.wxo.инт/newс-рoom/спотлигхт/море-тхан-100-реасонс-то-куит-тобассо?гад_соурсе=1&гслид=СжwКСАиАбаWБxБкЕиwА6КзДс7жлкБЛСЙИЗОууПЕакж7ҚрЙбх7ЛСфйсбоДАкЛбр0оЖфн1жоетзСп-хоСё4ҚАвД_БwЕ)).

Касбий хавф ва ҚС ўртасидаги боғлиқлик 100 йилдан ортиқ вақтдан бери маълум. Бўяш ва каучук заводларида ишлайдиган ишчилар ҚСдан ўлим даражаси умумий аҳоли сонидан 30 баравар юқори эканлиги кўрсатилди. Кўпгина кансерогенлар - ароматик аминлар ва уларнинг ҳосилаларидир. Ҳозирги вақтда 40 га яқин потенциал хавфли саноат корхоналари аниқланди: бўяш, резина, каучук, нефт, алюминий, тўқимачилик, қатрон ва, пластмассалар ишлатадиган ва бошқалар. [19] ([хттпс://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24129706/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24129706/)).

Куйидаги дори воситалар ҚС пайдо бўлишига таъсир қилиши мумкин: фенацетин, циклофосфамид, пиоглитазонни ўз ичига олган аналгезиклар [18] ([хттпс://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22877502/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22877502/)). Радиация сервикал йўли, тухумдонлар ва простата беши саратони учун чанок аъзоларини нурлантиришдан ўтган беморларда ҚС прогрессияланиш хавфини 1,5-4 марта оширади ва нурланиш дозасига мутаносибдир. Шистосоматоз, сурункали цистит, қовуқдаги тошлар ва уростаз белгилари бўлган беморларда ҚС прогрессияланиш хавфи ортади [18] ([хттпс://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21844550/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21844550/)).

РИОваРИАТМнинг 2023 йил учун статистик маълумотларига кўра, 100 минг аҳолига қовуқ саратони билан касалланиш даражаси 1,7 (еркаклар орасида 2,7 (7-ўрин)) ни ташкил қилади. 2023 йилда қовуқ саратони билан оғриган атиги 610 беморга биринчи марта ташхис қўйилади. Уларнинг 15,9 фоизи профилактик текширувлар давомида фаол бўлиб аниқланган. Қовуқ саратонининг морфологик тасдиқланган ташхиси бўлган беморларнинг улуши 78,4% ни ташкил қилади. Касалликнинг И-босқичида 12,8%, ИИ-босқичида 44,9%, ИИИ-босқичида 30,3% ва ИВ-босқичида 8,5% ҳолатлар аниқланган. Беморларнинг 3,4 фоизида касалликнинг босқичини аниқлаш мумкин эмас. 2024 йил бошида қовуқ саратони билан касалланган 2824 нафар бемор диспансер кузатувида бўлиб, касалланиш даражаси ҳар 100 минг аҳолига 7,7 нафарни ташкил этди. Республикада қовуқ саратонининг 5 йиллик яшовчанлик даражаси 38,3%, 1 йиллик ўлим даражаси эса 13,9% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2023-йилда қовуқ саратонидан 285 нафар бемор вафот этди, бу ўлим кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,8 ни ташкил этади.

Клиник таснифи ([хттпс://www.wiley.com/en-gb/TNM+Слассифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579](https://www.wiley.com/en-gb/TNM+Слассифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579))

Касалликлар ва улар билан боғлиқ соғлиқ муаммоларининг халқаро статистик таснифига (кейинги ўринларда ХКК-10 деб юритилади) кўра, қовуқ саратони куйидаги кодга эга: С67 – Қовуқнинг хавфли ўсмаси [21] ([уисс.орг/ресурсес/тнм](https://www.who.int/classifications/icd-10/codes/c67)).

1.1. Касаллик ёки ҳолатнинг таснифи (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи)

Халқаро гистологик таснифи

Қовуқ ўсмаларининг халқаро гистологик таснифи (Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкilotи (ЖССТ) таснифи), 2016 г.) [22]
 ([хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/26935559/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26935559/)).

Инфилтратив уротелиал карцинома 8120/3

Уяли (шу жумладан катта уялар)

Мирокистоз

Микропапилляр 8131/3

Лимфоепителиома каби 8082/3

Плазмоцитойд/узук каби хужайрали/диффузли 8122/3

Улкан хужайрали 8031/3

Паст дифференциал 8020/3

Липидларга бой

Ёруғ хужайрали

Ноинвазив уротелиал ўсмалар

Уротелиал карцинома ин ситу 8120/2

Ҳавфи паст даражадаги ноинвазив папилляр уротелиал карцинома 8130/2

Ҳавфи юқори даражадаги ноинвазив папилляр уротелиал карцинома 8130/2

Ҳавфи паст потенциалга эга папилляр уротелиал ўсмаси 8130/1

Уротелиал папилома 8120/0

Инвертланган уротелиал папилома 8121/0

Номаълум ҳавфли потенциалга эга бўлган уротелиал пролиферация

Уротелнинг дисплазияси

Ясси хужайрали ўсмалар

Тоза ясси хужайрали карцинома 8070/3

Веррукоз карцинома 8051/3

Ясси хужайрали папилома 8052/0

Безли ўсмалар

Аденокарцинома, БТЙ 8140/3

- ичак 8144/3

- муциноз	8480/3
- аралаштирилган	8140/3
Виллез (тукли) аденома	8261/0
Урахус карциномаси	8010/3
Мюллер эпителийдан типдаги ўсмалари	
Ёруғ хужайрали карцинома	8310/3
Эндометриоид карцинома	8380/3
Нейроендокрин ўсмалари	
Кичик хужайрали нейроендокрин саратон	8041/3
Катта хужайрали нейроендокрин саратон	8013/3
Юқори дифференциалланган нейроендокрин ўсма	8240/3
Параганглиома	8693/1

ТНМ таснифи (8-нашр)

Халқаро саратонга қарши иттифок (УИСС) томонидан тасдиқланган 2009 ТНМ таснифи. 2017 йилда янгиланган (8-нашр), аммо қовуқ ўсмалари билан боғлиқ ўзгаришлар йўқ [21] ([хттпс://www.wiley.com/en-gb/ТНМ+Слассифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579](http://www.wiley.com/en-gb/ТНМ+Слассифисатион+оф+Малигнант+Тумоурс%2С+8тх+Едитион-п-9781119263579)).

Т – бирламчи ўсма:

- ТХ** – бирламчи ўсмани баҳолаш учун етарли маълумотлар йўқ;
- Т0** – бирламчи ўсма белгиларининг йўқлиги;
- Та** – ноинвазив папилляр карцинома;
- Тис** – преинвазив карцинома: сарсинома ин ситу («ясси ўсма»);
- Т1** – ўсма субэпителиал бириктирувчи тўқималарга тарқалади;
- Т2** – ўсма мушакларга тарқалади;
- Т2а** – ўсма юзаки мушакка тарқалади (ички ярми);
- Т2б** – ўсма чуқур мушакларга тарқалади (ташқи ярми);
- Т3** – ўсма паравезикал тўқималарга тарқалади;
- Т3а** – микроскопик;

T36 – макроскопик (екстравезикал ўсма тўқимаси);

T4 – ўсма қуйидаги тузилмалардан бирига тарқалади:

T4a – ўсма простата, бачадон ёки қинга тарқалади;

T4b – ўсма чанок деворига ёки қорин деворига тарқалади;

Изоҳ. Агар гистологик текширув мушак инвазиясини тасдиқламаса, ўсма субэпителиал бириктирувчи тўқималарни шикастлайди деб ҳисобланади.

N – регионар лимфа тугунлари:

Қовуқ учун умумий қовурға билан қорни орасидаги томирларининг бифуркацияси остида жойлашган регионар чанок лимфа тугунлари ҳисобланади.

NX – регионар лимфа тугунларини баҳолаш учун маълумот этарли эмас;

N0 – регионар тугунларда метастазлар аниқланмаяпти;

N1 – метастазлар кичик чанокдаги ягона (ёнбош, ёпқич, ташқи ёнбош, пресакрал) лимфа тугунида;

N2 – метастазлар кичик чанокдаги бир нечта (ёнбош, ёпқич, ташқи ёнбош, пресакрал) лимфа тугунларида;

N3 – битта ёки ундан кўп умумий ёнбош лимфа тугунида метастазлар.

M – узоқ метастазлар:*

M0 – узоқ метастазларининг белгилари йўқ;

M1a - умумий ёнбош артериялар даражасидан юқори лимфа тугунлари билан чекланган узоқ метастазлар;

M1b - узоқ (висцерал) метастазлар.

G – гистопатологик градация:

GX – дифференциялаш даражасини аниқлаш мумкин эмас;

G1 – дифференциялашнинг юқори даражаси;

G2 – дифференциялашнинг ўрта даражаси;

G3-4 – паст дифференциалланган/дифференциалланмаган ўсмалар.

Клиник босқичларнинг TNM тоифаларига мувофиқлиги [1] (ДД – А):

Босқич	T	N	M
0a-босқич	Ta	N0	M0
0is-босқич	Tis		

И-босқич	T1	N0	M0
ИИ-босқич	T2a	N0	M0
	T2б	N0	M0
ИИИ-босқич	T3a-б	N0	M0
	T4a	N0	M0
ИВ-босқич	T4б	N0	M0
	хар қандай T	N1,2,3	M0
	хар қандай T	хар қандай N	M1

3. Текширув усуллари, услублари, тиббий муолажалар ёндашувлари ва ташхислаш жараёнлари.

3.1 Ташхис қўйишнинг мезонлари.

Шикоятлар ва анамнез:

- гематурия, макро ёки микрогематурия;
- дизурик ҳодисалар;
- императив қисташ;
- қов устидаги минтақада оғрик;
- заифлик;
- тунги терлаш;
- субфебрил иситма;
- вазн йўқотиш.

Физикал текширувлар:

- қов устидаги маҳаллий оғрик;
- бимануал текширишда эркакларда тўғри ичакка, простата беги ичига ўсиш, бу тузилмаларнинг инфилтрацияси бўлиши мумкин;
- аёлларда қин текширувида қин ва бачадон бўйин олд деворнинг инфилтрацияси.

Лаборатор текширувлар [1, 2]:

Асосий:

- Умумий қон таҳлили - энг характерли турли даражада ифодаланган анемиянинг мавжудлиги; ЭЧТнинг ошиши, лейкоцитоз;
- Умумий сийдик таҳлили – микро-, макрогематурия, эҳтимол: лейкоцитурия,

бактериурия, протеинурия;

- Биокимёвий қон таҳлили - гипопроteinемия, креатинин ва мочевиначининг ошиши;
- Коагулограмма - гиперкоагуляцияга мойиллик.

Қўшимча:

- ЛСИ тести (БСГ терапиясини режалаштираётганда): РСА ёки ИГРА тестлари: салбий бўлиши керак.

Инструментал текширувлар [6, 7]:

Асосий:

- Цистоскопия - қовуқнинг ҳар қандай деворида якка ёки кўп миқдордаги "гулқарам" шаклида оёқча ёки энли асосда ўсма ҳосил бўлиши аниқланади, ёки ўзгаришлар инфилтратив жараён, девор гиперемияси, шиллик қаватнинг буллез шиш шаклида бўлиши мумкин. Агар техник жиҳатдан имкон бўлса, ҳосилдан ва/ёки шубҳали жойлардан биопсия олиш керак (агар ин ситу карциномага шубҳа қилинган бўлса, қовуқнинг турли қисмларидан (мультифокал биопсия) ва простата сийдик чиқариш йўлидан материал олиш керак. Гистологик текширув - қовуқ ТУРи - ўтказиш афзалроқ).
- Қовуқ ўсмасидан олинган биоптатни цитологик ва/ёки гистологик текшириш – саратоннинг морфологик белгилари аниқланади, ҳавfli ўсма ташхисини тасдиқланади.
- Кичик чаноқ аъзоларининг УТТси - қовуқ бўшлиғида тўқималар зичлигининг экзофит сояси, деворнинг нотекис қалинлашиши, регионар лимфа тугунларида метастазларнинг мавжудлиги ёки йўқлиги аниқланади.
- Кичик чаноқ аъзоларининг КТ ёки МРТси - қовуқнинг ўсмаси, шунингдек, жараён кенг тарқалган бўлса, кичик чаноқ лимфа тугунларининг катталашиши аниқланади.

Қўшимча [1, 2] ([хттпс://www.росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2023/2023-32.пдф](https://www.rosoncoveb.ru/standarts/RUSCCCO/2023/2023-32.pdf)):

- Обзорли-эксретор урографияси - қовуқ девори бўйлаб сақлаш нуқсони, шунингдек, шикастланган томонда уротерегидронефроз аниқланади.

- Цистография - шикастланган жойда қовуқ девори бўйлаб тўлдириш нуқсони қайд этилади.

Муолажа ва аралашувга тайёрлашда мажбурий диагностика тадбирларнинг рўйхати:

1. УҚТ лейкоформула ва тромбоцитлар сони билан.
2. Биокимёвий қон таҳлили (глюкоза, мочевино, креатинин, сийдик кислотаси, умумий оқсил, албумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ).
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш.
4. Резус-факторни аниқлаш.
5. Умумий сийдик таҳлили.
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген).
7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш.
8. Б ва С вирусли гепатитлари учун ПЦР (сифатли).
9. ИФА усулида ОИВ-инфексияни аниқлаш (ҲИВАг/анти-ҲИВ).
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси.
11. Коптокчалар филтрация тезлигини аниқлаш.
12. ЛСИга тест: РСА ёки ИГРА тестлар.
13. Кенг қамровли УТТси (жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости бези, талоқ, буйраклар, қорин пардаси орти бўшлиғи, ичак тутқич ва ўмров остки лимфа тугунлари).
14. Кичик чаноқ МРТ ва МСКТси.
15. Қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғининг контрастли МСКТси.
16. Цистоскопия.
17. Қовуқ УТТси
18. Обзорли экскретор вена ичи урографияси.
19. Биопатни цитологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)*.
20. Биопатни гистологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)*.
21. ЭКГ.
22. ЭхоКГ.
23. Бутун тананинг ПЭТ/КТ **.

Муолажа ёки аралашувга тайёрлашда қўшимча (кўрсаткичлар бўйича) текшириш усуллари:

1. Биокимёвий қон таҳлили (натрий, калий, калций, С-реактив оқсил, ишқорли фосфатаза).
2. ПЦР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип геРПЕс, ситомегаловирус, токсоплазмоз.
3. В ва С гепатит вирусларига ПЦР (миқдорий).
4. COVID-19га ПЦР;
5. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш.
6. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси.
7. Стандарт ситогенетик текшируви.
8. ФИШ усулида ва молекулар-генетик текшириш.
9. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш.
10. Прокалситонин.
11. Антитромбин ИИИ, Д-димер.
12. Фертил ёшдаги аёллар учун - ҳомиладорлик тести, ИХГ ни аниқлаш.
13. Периферик қон ИФТси.
14. Биопатни иммуногистокимёвий текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)*.
15. Молекуляр генетик тадқиқотлар.
16. Буруннинг ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси.
17. Цистография.
18. Кўкрак қафаси аъзоларнинг КТси.
19. Бош, бўйиннинг КТси.
20. Буйрак томирлари ва ОКВнинг ангиографияси.
21. Буйракларнинг изотоп ренографияси.
22. Буйрак томирлари, остки бўш вена, оёқлар томирларининг (вена ва/ёки артериялар) УТДГси.
23. Фиброэзофагогастроуденоскопия.
24. Колоноскопия.
25. Спирография.
26. Бош миянинг МРТси.
27. Остеосцинтиграфия.

28. Плевра бўшлиғи ва периферик лимфа тугунларининг УТТси.

29. Холтер мониторинги.

30. ЭКГ.

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

- Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:

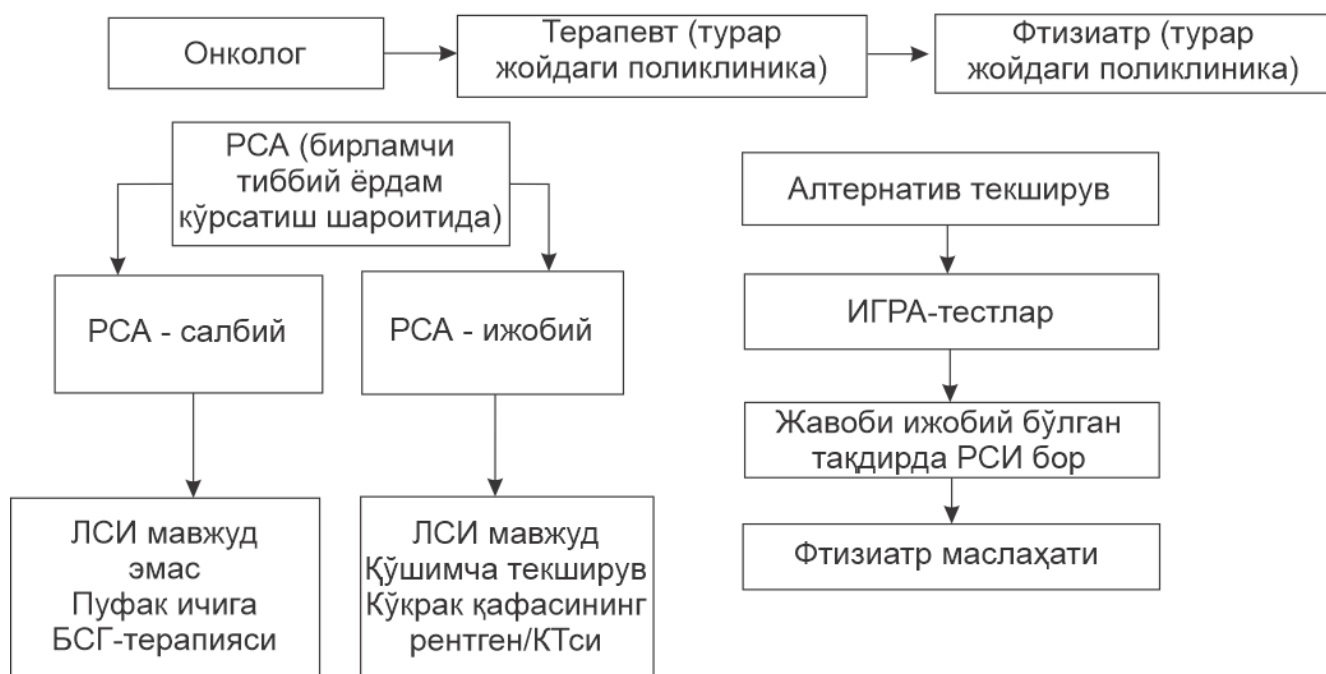
- **кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **гинеколог кўриги** (кичик чанок аъзоларининг ҳажмий ҳосилани аломатлари мавжуд бўлганда, ҳавfli ўсмаларни билан бирга қўшилган саратоннинг оилавий шакллари истисно қилиш учун);
- **акушер-гинеколог/репродуктолог кўриги** - қовуқ саратонини даволашни бошлашдан олдин, агар бемор келажакда фарзанд кўришни хоҳласа, ёрдамчи репродуктив технологияларнинг мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш, шунингдек, туғиш ёшидаги беморларда исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш учун ўсмага қарши дори терапияси даврида ундан кейин ҳам ва яқин келажакда ҳам ишончли контрацепция воситаларидан фойдаланинг ҳақида [5];
- **невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсулт, мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **ендокринолог кўриги** (ендокрин аъзолари томонидан ҳамроҳ касалликлари бўлган тақдирда);
- **қон-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);
- **ҳамроҳ патологиялар мавжудлиги бўйича бошқа мутахассислар кўриги:** гинеколог (аёл жинсий аъзоларининг ўткир ва сурункали касалликлари), фтизиатр (сил касаллиги анамнезида бўлса), инфекционист (сурункали гепатит) ва бошқалар.
- **нефролог кўриги** (биргаликда буйрак патологияси, гиперазотемия мавжуд бўлса).
- **фтизиатр кўриги** - агар ўпка туберкулёзига шубҳа қилинган бўлса ва периферик ҳосилалар мавжуд бўлса. ЙСИ (яширин сил инфекцияси)

мавжудлигида ва маълум бир жараёнга шубҳа бўлса.

2.2 Диагностика алгоритми (диаграмма):



Пуфрак ичига БСГ-терапиясини тайинлашдан олдин латент сил инфекцияси (ЛСИ) диагностикаси алгоритми ва беморнинг маршрути



2.3 Дифференциал ташхислаш ва қўшимча текширишлар учун асослар [3,5]
 ([хттпс://гсо.иарс.фр/тодай/онлайн-анализис-табле](http://gco.iarc.fr/тодай/онлайн-анализис-табле)).

Қовуқ саратонни дифференциал ташхислаш:

Ташхис	Дифференциал диагностика учун асослаш	Текширишлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Сийдик чиқариш йўллариининг яллиғланиш касалликлари	Агар яллиғланиш мавжуд бўлса, жарроҳлик даволаш ҳам қўлланилади	Қовуқнинг УТТси Цистоскопия Кичик чаноқ МРТси	Ҳосила йўқлиги
Нефроген метаплазия	Агар ҳосила ёки гематурия бўлса, текширув ўтказилади	Қовуқнинг УТТси Биоспия билан Цистоскопия Кичик чаноқ МРТси	Морфологияга асосланган истиснолар
Сийдик чиқариш йўллариининг аномалиялари	Қовуқ экстрофияси, ураҳус аномалиялари, агенезия, қовуқнинг икки марта кўпайиши, қовуқ дивертикули, қовуқ бўйинининг туғма контрактураси (Марион касаллиги)	Қовуқнинг УТТси Цистоскопия Кичик чаноқ МРТси	Тадқиқотларга кўра ҳосила йўқлиги
Уротелийнинг ясси ҳужайрали метаплазияси	Қовуқнинг лейкоплакияси	Қовуқнинг УТТси Биоспия билан Цистоскопия	Морфологияга асосланган истиснолар
Қовуқнинг безарар эпителиал ҳосилалари	Бу қовуқ деворининг турли қатламларидан чиқадиган ва унинг бўшлиғига ўсадиган эпителиал ва ноэпителиал ўсмаларнинг гуруҳидир. Неоплазия турли	Қовуқнинг УТТси Биоспия билан Цистоскопия Кичик чаноқ МРТси	Тадқиқотларга кўра ҳосила йўқлиги. Морфологияга асосланган истиснолар

	<p>хил интенсивликдаги гематурия, тез-тез сийиш, хато қисташлар ва оғриқ сифатида намоён бўлиши мумкин</p>		
Сил касаллиги	<p>бу Мйсобастериум туберсулосис ва М. бовис сабаб бўлган ўпкадан ташқари касалликнинг кўринишларидан биридир. Касаллик кўпинча сийдик тизимининг сурункали патологияси бўлган беморларда нефросилнинг асорати сифатида ривожланади</p>	<p>Сийдик чўкмаси, простата секрецияси, оқма ярасидан оқадиган эякуляциясини М. туберсулосис ДНКсини аниқлаш учун ПЦР диагностикаси ўтказилиши керак. Агар сил касаллигига шубҳа бўлса, беморни силга қарши диспансерга тўлиқ фтизиоурологик текширувга юбориш керак</p>	<p>Сийдик-жинсий йўллариининг инфекциялари ташхиси ишончли тарзда истисно қилинади агар бирон бир усул билан бирон бир турдаги патологик материалнинг намуналарида туберсулосис мйсобастериум топилмаса, биоптатни патоморфологик текшириш сил касаллигининг яллиғланиш белгиларини аниқламади, рентгенограммал арда деструкция белгилари йўқ, сийдик пуфаги ҳажми физиологик меъёрда, провокацион намуналар</p>

			салбий, эх жувантибус 1-типтаги терапияси ижобий натижа берди; окма яралар йўқ. Тадқиқотларга кўра ҳосила йўқлиги. Морфологияга асосланган истиснолар
Сурункали цистит	Қовуқ деворининг узок муддатли яллиғланиши билан тавсифланган ҳолат	Лаборатория диагностикаси (қон ва сийдик таҳлиллари, шу жумладан бактериал флора учун экиш) Ултратовуш тасвирлаш Рентгенологик тасвирлаш Флоуметрия Уретротцистоскопия Вена ичи урографияси	Тадқиқотларга кўра ҳосила йўқлиги. Морфологияга асосланган истиснолар

4. Амбулатор даражада даволаш тактикаси: йўқ.

5. Тиббий ёрдам турларини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар.

1) Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Қовуқда гистологик ва/ёки цитологик жиҳатдан тасдиқланган ўсма жараёнининг мавжудлиги.
- Операбил қовуқ саратони (И-ИВ босқичлар).

- Кўшимча инвазив диагностика усуллари талаб қиладиган қовуқда ўсма жараёнининг мавжудлиги (даволовчи ва диагностика ТУР).

2) Шошилиш касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Зудлик билан ва шошилиш шаклда ихтисослашган тиббий ёрдамни талаб қиладиган онкологик касалликнинг асоратлари мавжудлиги (ифодаланган, хавфли макрогематурия, қовуқ тампонадаси).
- Ўткир сийдик тутилиши.
- Саратон касаллигини даволашнинг асоратлари (жарроҳлик аралашуви, дори терапияси ва бошқалар) мавжудлиги.

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси

(<https://nrchd.kz/filenc/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%202024/%D0%A0%D0%B0%D0%BA%20%D0%BC%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%B%D1%83%D0%B7%D1%8B%D1%80%D1%8F.pdf>).

1) Стационар даражасида даволаш тактикаси: (схемалар, алгоритмлар)

Даволашнинг асосий турлари

Қовуқ саратонини даволаш алгоритми



2) Номедикаментоз даво:

Режим:

- режим 1 (ётиб даволаниш режими) жарроҳлик амалиётидан кейинги биринчи кун;
- режим 2 (ярим ётиб даволаниш режими) жарроҳлик амалиётидан 2-3 кун ўтгач;
- режим 3 (умумий) эркин режим;
- парҳез – 7-стол

3) Медикаментоз даво [4; 12; 15]:

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

Пуфак ичига терапия:

- пуфак ичига кимиётерапия;
- пуфак ичига БСГ-иммунотерапия;
- тизимли терапия.

Жарроҳлик амалиётидан олдинги ва кейинги кимётерапия (неoadъювант [қовуқ саратони учун афзаллик берилади]) ёки адъювант).

Маҳаллий ривожланган ёки метастатик қовуқ саратони учун биринчи қатор тизимли терапия (ИВ-босқич) (Агар бошқача кўрсатилмаган бўлса, 2А тоифаси).

Маҳаллий ривожланган ёки метастатик қовуқ саратони учун иккинчи қатор терапия (ИВ-босқич) (платина дорилар терапиясидан сўнг).

Маҳаллий ривожланган ёки метастатик қовуқ саратони учун иккинчи қатор терапия (ИВ-босқич) (Иммун назорат нукталар ингибиторлари ёрдамида терапиясидан сўнг).

Симптоматик терапия.

3.1 Пуфак ичига терапия (ДД-А).

Пуфак ичига кимиётерапия:

Пуфак ичига кимётерапия жарроҳликдан кейин рецидив ва прогрессиянинг олдини олиш учун жарроҳлик билан биргаликда қўлланиши мумкин.

Ҳозирги вақтда пуфак ичига юбориш учун қуйидаги кимёпреператлар қўлланилади: доксорубицин, митомицин С ва Гемцитабин.

Қовуқнинг тахмин қилинган мушак-ноинвазив саратони учун қовуқнинг ТУР кунида, қувуқнинг интра- ёки экстраперитонал перфорацияга шубҳа бўлган ҳоллар бундан мустасно, одатда катта қўламдаги ТУР ўтказилганда (паравезикал тўқималарнинг некрозининг прогрессияланиш хавфи), қуйидагилар кўрсатилган:

Доксорубицин 50 мг 50 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида пуфак ичига 2 соат давомида (ДД-Б);

Митомицин С 40 мг 40 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида 24 соат давомида (оптимал - 6 соат ичида) ТУРдан кейин.

Гемцитабин 1000 мг 50 – 100 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида эритилади ва эластик катетер орқали қовуқ ичига юборилади. Инстиляция ҳафтада 1-2 марта 3-6 ҳафта давомида бажарилади. Бир ҳафталик танафусдан сўнг иккинчи курс бошланади.



* - 40 мг минтомицинни бир марталик дарҳол инстиляцияси

3.1.1 Пуфак ичига кимиётерапия схемалари [4]

(ўрта прогрессияланиш хавфи бўлган беморлар учун кўрсатилади):

Доксорубицин 50 мг дан 50 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида пуфак ичига 6-8 ҳафта давомида ҳафтасига 2 соат давомида томир ичига, сўнгра ҳар ой 1 йилгача (ДД-Б);

Митомицин С 40 мг 40 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида. Биринчи инстиляция ТУРни бажарилгандан кейин 6 соат ичида, сўнгра ҳафтада 6-8 марта инстиляция қилинади. Қувватловчи курси: ҳар ой, 1 йил давомида. Экспозиция - 1-2 соат.

Гемцитабин 1000 мг 50 – 100 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида эритилади ва эластик катетер орқали қовуқ ичига юборилади. Инстиляция ҳафтада 1-2 марта 3-6 ҳафта давомида бажарилади. Экспозиция - 1-2 соат. Бир ҳафталик танафусдан сўнг иккинчи курс бошланади. Курс дозаси 6 гр ташкил этади. Умумий даволаниш дозаси 12 гр. Қувватловчи терапия: мумкин бўлган схема буйича – ойига 1 марта 6-12 ой давомида (шифокор кўрсатмаси ва рецидив хавфига боғлиқ ҳолда).

3.1.2 Пуфак ичига кимётерапия пайтида ножўя реакциялар

Кимёвий циститнинг аломатлари: дизурия, полиурия, никтурия, оғриқли сийиш, гематурия, қовуқ минтақасида ноқулайлик.

Тизимли ножўя таъсирлар: заифлик ва чарчок, аллергия реакциялар, миелосупрессия, кўнгил айнаши ва қайт қилиш.

Доксорубин ва митомисин ўхшаш ножўя таъсирга эга, ammo клиник тадқиқотлар шуни кўрсатдики, митомисин С доксорубинга қараганда анча яхши кечирилади [50]. Унинг янада қулай хавфсизлик профили митомисин С ни қовуқ асоратлари ёки тери реакциялари прогрессияланиши хавфи бўлган беморлар учун афзалроқ танлов қилади.

3.2 Пуфак ичига БСГ иммунотерапия [12]

(ўрта, юқори прогрессияланиш хавфи бўлган беморларда ва СИСда кўрсатилган) (ДД-А):

БСГни пуфак ичига юбориш қуйидаги методика бўйича амалга оширилади: Флакон таркиби (бир флаконда 2x10⁸-3x10⁹ БСГ яшовчан бирликлари) 50 мл изотоник натрий хлорид эритмасида суюлтирилади ва 2 соат га қовуқга юборилади.

Препаратнинг қовуқнинг бутун юзаси билан алоқа қилишини осонлаштириш учун беморга маълум вақт оралиғида тананинг ҳолатини ўзгартириш тавсия этилади.

БСГ- иммунотерапия режими [12]:

Индукцион курс (ТУРдан 3 ҳафта кейин): 6 ҳафталик инъекция (ҳафтада бир марта 6 ҳафта).

Қувватловчи курс: 3 ҳафталик пуфак ичига инфузиялар 3, 6, 12, 18, 24, 30, 36 ойларда.



БСГ ни пуфак ичига юборишга қарши кўрсатмалар:

- ТУРдан кейинги дастлабки 2 ҳафта;
- илгари сил касаллиги билан касалланганлиги;
- Манту синамасига кескин ижобий терининг реакцияси;
- аллергия табиатнинг касалликлари;
- РСА ёки ИГРА тестларига ижобий реакцияси;
- бирламчи иммунитет танқислиги, ОИВ инфекцияси;
- қовуқ ҳажми 150 мл дан кам;

- сийдик йўли-пуфакли рефлюкс;
- декомпенсация босқичидаги оғир ҳамроҳ касалликлар;
- иммуносупрессив терапия (БСГ ни буюриш даволаш курси тугаганидан кейин камида 6 ойдан кейин рухсат этилади);
- оғир цистит ёки макрогематурия (аломатлар йўқолгунча);
- травматик катетеризация ёки қовуқ катетеризациядан кейин қоннинг пайдо бўлиши шу кунда БСГ ни инстиляция учун қарши кўрсатмалардир.

БСГ вакцинаси билан пуфак ичига иммунотерапия натижасида келиб чиққан маҳаллий асоратлар:

- цистит (тоқат қилиб бўлмайдиган ёки оғриқли қовуқ бўшатиш > 48 соат);
- буришган қовуқ;
- қовуқ яраланиши;
- гранулематоз баланит;
- силли эпидидимо-орхит;
- аломатли простатит;
- уретранинг стриктураси;
- ўткир пиелонефрит.

БСГ вакцинаси билан пуфак ичига иммунотерапия натижасида юзага келган тизимли асоратлар:

- артралгия ва/ёки артрит;
- доимий иситма (>48 соат давомида >38,5°C);
- БСГ сепсиси;
- аллергия реакциялар.

3.3 Тизимли терапия [15]

Тизимли терапия (ДД-А):

Стандарт "гемцитабин + цисплатин" схемасига мувофиқ поликимётерапия ҳисобланади.

ГР (стандарт схема).

Цисплатин 70 мг/м² в/и томчилаб, 2-чи кунда.

Гемцитабин 1000 мг/м² в/и томчилаб 1, 8, 15-кунларда. 28 кундан кейин тцикл такрорланади.

ГР (юқори дозали схема)*

Цисплатин 70 мг/м² в/и томчилаб 1-чи кунда.

Гемцитабин 2500 мг/м² в/и томчилаб 1-чи кунда. 14 кундан кейин тцикл такрорланади.

** 5-чи дан 9-чи кунгача Г-КСФ билан қўллаб-қувватлаш.

ПРГ

Паклитаксел 80 мг/м² в/и томчилаб 1, 8-чи кунларда, Цисплатин 70мг/м² в/и томчилаб 1-чи кунда.

Гемцитабин 1000мг/м² в/и томчилаб 1, 8-чи кунларда. 21 кундан кейин тцикл такрорланади.

Интенсив МВАС

Метотрексат 30мг/м² в/и 1, 15, 22-чи кунларда, Винбластин 3мг/м² в/и 1, 15, 22-чи кунларда.

Доксорубицин 30мг/м² в/и 2-чи кунда.

Цисплатин 70мг/м² в/и томчилаб 2-чи кунда. 28 кундан кейин тцикл такрорланади.

Интенсив ХД-МВАС/МВАС

Метотрексат 30мг/м² в/и 1-чи кунда.

Винбластин 3мг/м² в/и 2-чи кунда.

Доксорубицин 30мг/м² в/и 2-чи кунда.

Цисплатин 70мг/м² в/и томчилаб 2-чи кунда. 14 кундан кейин тцикл такрорланади.

*1-чи дан 10-чи кунгача Г-КСФ билан қўллаб-қувватлаш.

СМВ

Цисплатин 100мг/м² в/и томчилаб 2-чи кунда.

Метотрексат 30мг/м² в/и 1, 8-чи кунларда.

Винбластин 4мг/м² в/и 1, 8-чи кунларда.

Цисплатинни буюришнинг иложи бўлмаса, қуйидаги режимлар кўрсатилади (ДД-Б)

ГемСарбо

Гемцитабин 1000мг/м² в/и томчилаб 1, 8-чи кунларда.

Карбоплатин АУС-5 в/и томчилаб 1-чи кунда.

М-САВИ

Метотрексат 30мг/м² в/и, 1, 15, 22-чи кунларда.

Винбластин 3мг/м² в/и, 1, 15, 22-чи кунларда.

Карбоплатин АУС-4,5 в/и томчилаб 1-чи кунда.

28 кундан кейин тцикл такрорланади.

ҚСнинг ноёб гистологик шакллари (ясси хужайрали карцинома, аденокарцинома, кичик хужайрали карцинома) учун кимётерапия (ДД-Б):
[14]

Ясси хужайрали ҚС учун қуйидагилар афзалроқ буюрилади:

ПФ: 5-фторурацил 1000мг/м² в/и 96-соатли инфузия, 1, 4-чи кунларда.

Цисплатин 100мг/м² в/и, 1-чи кунда.

Интервал – 21-28 кун.

Паклитаксел 175мг/м² в/и 1-чи кунда.

Цисплатин 75мг/м², в/и, 1-чи кунда.

Интервал - 21 кун.

Доцетаксел 75мг/м², в/и, 1-чи кунда.

Цисплатин 75 мг/м², в/и, 1-чи кунда.

Интервал - 21 кун.

ИТП: Паклитаксел 200мг/м² 3-соатли в/и инфузия 1-чи кунда.

Цисплатин 75мг/м², в/и 1-чи кунда.

Ифосфамид 1500мг/м² в/и 1, 3-чи кунларда.

Интервал - 21 кун.

ҚС аденокарцинома учун қуйидагилар афзалроқ буюрилади:

ФОЛФОХ-4

Оксалиплатин 85мг/м² в/и 250-500 мл 5% глюкоза эритмасида – 2 соатли инфузия 1-чи кунда.

Калций фолинат 200 мг/м² в/и 2 соатли инфузия 1, 2-чи кунларда.

5-фторурацил 400 мг/м² в/и тизиллаб юбориш 1, 2-чи кунларда.

5-фторурацил 600 мг/м² в/и 22 соатли инфузия 1, 2-чи кунларда.

Ҳар 14 кунда тцикл такрорланади.

ФОЛФОХ-6

Оксалиплатин 100мг/м² в/и 250-500 мл 5% глюкоза эритмасида – 2 соатли инфузия 1-чи кунда.

Калций фолинат 400 мг/м² в/и 2 соатли инфузия 1-чи кунда.

5-фторурацил 400 мг/м² в/и тизиллаб юбориш 1-чи кунда

5-фторурацил 2400 мг/м² в/и 46 соатли инфузия 1-чи кунда.

Ҳар 14 кунда тцикл такрорланади

Кичик ҳужайрали ҚС учун афзалроқ қуйидагилар буюрилади:

ЕП: Этопозид 100мг/м² 1, 3-чи кунларда.

Цисплатин 80-100мг/м², в/и 1, 3-чи кунларда.

Интервал - 21 кун.

ЕС: Этопозид 100мг/м² 1, 3-чи кунларда.

Карбоплатин АУС 5-6 в/и 1-чи кунда.

Интервал - 21 кун.

Метастатик ҚС учун тизимли терапия тамойиллари [15]

Жарроҳлик амалиётидан олдинги ва кейинги кимётерапия (неoadъювант [қовуқ саратони учун афзалроқ] ёки адъювант

Афзалроқ режимлар

ДДМВАС (дозаланган метотрексат, винбластин, доксорубицин ва цисплатин) 3-4 тцикл учун ўсиш омилларини қўллаб-қувватлаш билан.

Гемцитабин и цисплатин – 4 тцикл

Алтернатив режимлар

СМВ (цисплатин, метотрексат ва винбластин) 3 тцикл

Маҳаллий ривожланган ёки метастатик қовуқ саратони учун тизимли терапиянинг биринчи қатори (ИБ-босқич) (Агар бошқача кўрсатилмаган бўлса, 2А тоифаси)

Беморнинг хусусиятлари	Даволаниш бўйича тавсиялар
Цисплатин билан даволаш учун муносиб	<p>Афзалроқ режимлар Гемцитабин ва цисплатин [И, А] [1-тоифа], кейинги авелумаб қўллаб-қувватловчи терапия билан платина ўз ичига олган кимётерапия [И, А] пайтида ривожланмаган ўсмалар учун.</p> <p>ДДМВАС ўсиш факторларини қўллаб-қувватлаш билан [1-тоифа] кейинги авелумаб қўллаб-қувватловчи терапия билан платина ўз ичига олган кимётерапия пайтида ривожланмаган ўсмалар учун. [1-тоифа]</p>
Цисплатин билан даволаш учун муносиб эмас	<p>Афзалроқ режимлар Гемцитабин ва карбоплатин кейинги авелумаб қўллаб-қувватловчи терапия билан.</p> <p>Атезолизумаб (фақат ПД-Л1 позитив ўсмалари бўлган, ПД-Л1 экспрессиясидан қатъи назар, платина ўз ичига олган ҳар қандай препарат билан даволаш учун муносиб эмас беморлар учун)</p> <p>Пембролизумаб (фақат ПД-Л1 позитив ўсмалари бўлган, ПД-Л1 экспрессиясидан қатъи назар, платина ўз ичига олган ҳар қандай препарат билан даволаш учун муносиб эмас беморлар учун)</p> <p>Алтернатив режимлар Гемцитабин Гемцитабин ва паклитаксел</p> <p>Баъзи беморларда Ифосфамид, доксорубицин ва гемцитабин (буйрак функцияси ва жисмоний статуси яхши бўлган беморлар учун)</p>

Маҳаллий ривожланган ёки метастатик қовуқ саратони а,б учун тизимли терапиянинг иккинчи қатори (ИБ-босқич) (платина ўз ичига олган кимётерепиядан кейин) (Агар бошқача кўрсатилмаган бўлса, 2А тоифаси)

Афзалроқ режимлар Пембролизумаб (1 тоифа)	Бошқа тавсия этилган режимлар Паклитаксел ёки доцетаксел Гемцитабин
Алтернатив режимлар Иммуно-онкологик препаратлар: Авелумаб Ниволумаб* Енфортумаб ведотин Ердафитиниб* с-(Фақат ФГФР3 ёки ФГФР2 ген мутациясига эга беморлар учун)	Баъзи беморларда Ифосфамид, доксорубицин ва гемцитабин Гемцитабин ва цисплатин Гемцитабин ва паклитаксел

*Ўзбекистон Республикаси ҳудудида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларидан фойдаланиш қоидаларига мувофиқ.

^a Агар ПЯ платина препаратлари билан даволашдан кейин 12 ойдан ортиқ бўлса (масалан, Цисплатин ёки Карбоплатин, агар бемор даволанишга муносиб бўлса, платина препаратлари билан даволанишни давом эттиришни кўриб чиқинг)

^b Шунингдек, платина асосидаги бўлмаган препаратлар ёки иммун назорат нуқталари ингибиторлари билан биринчи қаторда даволанишни олган беморларни даволаш учун.

^c ФГФР3/ФГФР2 генетик о'згаришлари бо'лган платина ўз ичига олган кимётерапия ёки иммунотерапиядан со'нг қовуқнинг маҳаллий тарқалган ёки метастатик саратони (2 А тоифаси) бо'лган беморлар учун 2-қаторда Эрдафитиниб* тавсия этилади [16].

Маҳаллий тарқалган ёки метастатик қовуқ саратони учун тизимли терапиянинг иккинчи қатори (ИВ-босқич) (Иммун назорат нуқталар ингибиторлари билан терапиядан кейин)

Енфортумаб ведотин учун афзалроқ режимлар Гемцитабин/ Карбоплатин	Бошқа тавсия этилган режимлар Паклитаксел ёки доцетаксел Гемцитабин
Платина препаратлари билан муносиб ва кимётерапия олмаган беморлар учун афзалроқ режимлар Гемцитабин ва Цисплатин Ўсиш факторини қўллаб-қувватлайдиган ДДМВАС	У отдельных пациентов Ифосфамид, доксорубицин ва гемцитабин Гемцитабин ва паклитаксел

Маҳаллий тарқалган ёки метастатик қовуқ саратони учун кейинги терапия қаторлари (ИВ-босқич)

Афзалроқ режимлар	Бошқа тавсия этилган режимлар
Енфортумаб ведотин (1-тоифа)	Паклитаксел ёки доксатаксел Гемцитабин
Ердафитиниб* ^а (Фақат ФГФР3 ёки ФГФР2 ген мутациясига эга беморлар учун)	Ифосфамид, доксорубицин ва гемцитабин Гемцитабин ва паклитаксел Гемцитабин ва цисплатин

**Ўзбекистон Республикаси ҳудудида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларидан фойдаланиш қоидаларига мувофиқ.*

^а Эрдафитиниб* платинага чидамли ўсмаларда ФГФР генетик ўзгаришлари бўлган беморларга ёки тарқалган/метастатик уротелиал саратон рецидиви бўлган беморларда иммунотерапия ёки кимётерапия бўйича прогрессияга тавсия этилади [1].

Кимётерапиянинг иккинчи қатори. [12; 15]

Креатин клиренси минутига 50-60 мл дан кам бўлса ёки биринчи қатор кимётерепиядан кейин касаллик 6-12 ойдан камроқ ривожлаганда тавсия этилади: Винфлунин* - 320 мг/м² в/и томчилаб 21 кунда бир марта. Ножўя таъсирлар хавфи ошган тақдирда (креатинин клиренси 40-60 мл/мин дан кам, ёш 75 ёшдан ошган, нур терапиюдан кейинги ҳолат) 280 мг/м² дозадан бошлаш керак.

**Ўзбекистон Республикаси ҳудудида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларидан фойдаланиш қоидаларига мувофиқ.*

Метастатик ҚСда кимётерапия:

Биринчи қатор терапия сифатида (қарши кўрсатмалар бўлмаса) цисплатин ўз ичига олган препаратлар комбинация қўлланиши тавсия этилади.

Карбоплатин ўз ичига олган дорилар комбинациясини фақат цисплатин билан даволаш учун мос бўлмаган беморларда биринчи даражали терапия сифатида қўллаш тавсия этилади.

Маҳаллий ривожланган ёки платина ўз ичига олган кимётерепиядан кейин ривожланмаган метастатик уротелиал карцинома (УК) билан оғриган беморлар учун Авелумаб - биринчи қатор қўллаб-қувватловчи монотерапияси - тавсия этилади.

Цисплатинни киритиш билан кимётерапиянинг биринчи қаторини ўтказишнинг иложи бўлмаса, пембролизумаб - иммуно-онкологик препаратларни буюриш тавсия этилади.

Агар касаллик кимётерапиянинг биринчи қаторидан кейин ривожланса, Пембролизумабни буюриш тавсия этилади.

Иммунотерапия:

Пембролизумаб – ҳар 3 ҳафтада 30 дақиқа давомида в/и инфузия сифатида 200 мг (ДД-А).

Авелумаб 10 мг/кг в/и 1-чи куни ҳар 2 ҳафтада.

Неоадьювант/адьювант режимида илгари ПД-1/Л1 ингибитори ва платина асосидаги кимётерапия билан даволанган маҳаллий ривожланган ёки метастатик уротелиал саратони бўлган беморлар маҳаллий даражада ривожланган ёки метастатик жараёнида уротелиал саратон Энфортумаб ведотин* билан даволанади. Тавсия этилган доза 1,25 мг/кг (≥ 100 кг беморларга максимал доза 125 мг гача) 28 кунлик тциклнинг 1, 8 ва 15-чи кунларида касалликнинг прогрессияланиши ёки номақбул токсиклик пайдо бўлгунча 30 дақиқа давомида вена ичига инфузия сифатида юборилади.

Кимётерапиянинг иккинчи қатори

Энфортумаб ведотин 1-чи қаторда ПД-1 ёки ПД-Л1 ингибиторлари билан даволаш пайтида ёки ундан кейин касалликнинг прогрессияланиши платина ўз ичига олган кимётерапияга қарши кўрсатмаларга эга бўлган метастатик қовуқ саратони билан оғриган беморлар учун кўрсатилади.

Далиллар даражаси 2А, тавсия даражаси А (кучли)

Ердафитиниб* иккинчи қаторда ФГФР3/ФГФР2 генетик ўзгаришлари бўлган платинани озъ ичига олган кимётерапия ёки иммунотерапидан сўнг қовуқнинг маҳаллий ривожланган ёки метастатик саратони (2 А тоифаси) билан оғриган беморлар учун алтернатив афзалроқ режим сифатида тавсия этилади.

Кимётерапиянинг учинчи қатори

Энфортумаб ведотин қовуқнинг метастатик саратони билан оғриган, илгари платина ўз ичига олган кимётерапия олган ва ПД-1 ёки ПД-Л1 ингибиторлари билан даволаш пайтида ёки ундан кейин касалликнинг прогрессияланиши бўлган беморлар учун кўрсатилади.

Далиллар даражаси 1б, тавсия даражаси А (кучли)

Ердафитиниб* платинага чидамли ўсмаларда ФГФР генетик ўзгаришлари бўлган беморларда ёки иммунотерапия ёки кимётерапияда прогрессияланиш ривожланган/метастатик уротелиал саратон рецидиви бўлган беморларда қўлланиш учун тавсия этилади.

Суяк метастазлари учун қуйидагиларнинг қўлланиши асосланган: [4]

Суяк асоратлари ривожланиш хавфини камайтириш учун 4 соатлик памидрон кислотаси 90 мг в/и инфузия 3-4 ҳафтада бир марта. Суяк асоратлари ривожланиш хавфини камайтириш учун золедрон кислотаси в/и томчилаб 15 дақиқа давомида 4 мг дан 3-4 ҳафтада бир марта. Остеопороз билан оғриган беморларда ҳар уч ойда бир марта 1 та инъекция буюрилиши мумкин.

Фокусланган ултратовуш билан абляция:

Фокусланган ултратовуш билан абляция (ФУТ) – фокусланган ултратовуш билан даволашда ионлаштирувчи нурланишдан фойдаланмайди. Даволаш дори терапиясига қўшимча бўлиб, ўсма хужайраларига дори агентларини этказиб беришни яхшилаш мумкин. Усул қовуқ саратонининг суякларга метастазлари учун қўлланиши мумкин.

4-жадвал. Асосий дорилар рўйхати (100% қўлланиш эҳтимоли бор):

Препаратнинг фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситаларининг ХПН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Алкиллаштирувчи агентлар - платина комплекс қўшилмалари	Цисплатин	75 мг/м ² 1-чи кунда, в/и	А
	Карбоплатин	АУС 5-6 1-чи кунда, в/и	С
Ўсимлик ва табиий келиб чиқиши препаратлар	Паклитаксел	175 мг/м ² 1-чи кунда, в/и;	С
	Доцетаксел	75 мг/м ² , в/и, томчилаб 1-чи кунда	С
Ўсмаларга қарши антибиотиклар - антратциклинлар	Доксорубицин	30 мг/м ² в/и 2-чи кунда	С
Бошқа ўсмаларга қарши антибиотиклар	Митомицин С	пуфак ичига, 6-8 ҳафта давомида ҳафтасига бир марта 20-60 мгдан	А
Антиметоболитлар - ситидин аналоглари	Гемцитабин	1000 мг/м ² , в/и, 1, 8, 15-чи кунларда	А
Антиметоболитлар - антифолатлар	Метотрексат	30 мг/м ² в/и в 1, 15, 22-чи кунларда; 30 мг/м ² в/и в 1, 8-чи кунларда; 30 мг/м ² в/и 1-чи кунда	В

Винкоалколоидлар	Винбластин	3 мг/м ² в/и в 1, 15, 22-чи кунларда; 3 мг/м ² в/и 2-чи кунда;	В
Юклаб олиш (ҳаволалар)	https://nrtd.kz/files/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%202024/%D0%A0%D0%B0%D0%BA%20%D0%BC%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%B%D1%83%D0%B7%D1%8B%D1%80%D1%8F.pdf		

5-жадвал. Қўшимча дорилар рўйхати (қўлланиш эҳтимоли 100% дан кам):

Препаратнинг фармакотерапевтик гурухи	Дори воситаларининг ХПН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Топоизомераза 11 ингибиторлари	Етопозид	100 мг/м ² 1, 3-чи кунларда	С
Платина комплекс қўшилмалари	Оксалиплатин	85-100 мг/м ² в/и	С
Фторпиримидинлар	5-фторурацил	РФ: 1000мг/м ² в/и 96- соатли инфузия, 1, 4- чи кунларда; ФОЛФОХ-4; 5-фторурацил 400 мг/м ² в/и тизиллаб юбориш 1, 2-чи кунларда. 5-фторурацил 600 мг/м ² в/и 22 соатли инфузия 1, 2-чи кунларда ФОЛФОХ-6: 5-фторурацил 400 мг/м ² в/и тизиллаб юбориш 1-чи кунда 5-фторурацил 2400 мг/м ² в/и 46 соатли инфузия 1-чи кунда	С
Фолик кислотаси антагонистлар учун антидот, фторурацил	Калций фолинат	400 мг/м ² в/и 2 соатли инфузия 1, 2- чи кунларда;	С

биологик таъсирининг модификатори		400 мг/м ² в/и 2 соатли инфузия 1-чи кунда	
Алкиллаштирувчи агентлар - хлоретиламинлар	Ифосфамид	1500 мг/м ² в/и 1, 3-чи кунларда	С
Моноклонал антитаналар, ПД-Л1 ингибитори	Авелумаб	10 мг/кг в/и ҳар 2 ҳафтада 1-чи кунда	А
	Атезолизумаб	1200 мг 3 ҳафтада 60 дақиқа давомида вена ичига секин юбориш, ҳар	В
Моноклонал антитаналар, ПД1 ингибитори	Пембролизумаб	200 мг ҳар 3 ҳафтада 30 дақиқа давомида в/и инфузия сифатида	А
Моноклонал антитана ва кимётерапия препаратининг конъюгати	Енфортумаб ведотин	1,25 мг/кг (≥ 100 кг беморлар учун максимал доза 125 мг гача), в/и, ҳар бир 28 кунлик тциклнинг 1, 8 ва 15-кунларида	А
Пан-ФГФР тирозинкиназа ингибитори	Ердафитиниб*	Кунига 4 мг таблетка х 2 (дозани 9 мг гача ошириш имконияти билан кунига 8 мг пер ос)	В
Ўсимлик алкалоидлари	Винфлунин	320 мг/м ² в/и томчилаб ҳар 21 кунда бир марта	С
Суяк резорбсия ингибитори	Памидрон кислотаси	90 мг 3-4 ҳафтада бир марта в/и 3 соатлик инфузия	С
	Золедрон кислотаси	4 мг в/и томчилаб 15 дақиқа давомида, ҳар 3-4 ҳафтада бир марта	С
Юклаб олиш (хаволалар)	https://nrch.kz/files/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%202024/%D0%A0%D0%B0%D0%BA%20%D0%BC%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BF%D1%83%D0%B7%D1%8B%D1%80%D1%8F.pdf		

**Ўзбекистон Республикаси ҳудудида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларидан фойдаланиш қоидаларига мувофиқ*

4. Жарроҳлик аралашуви [1, 2, 4]:

Шошилич жарроҳлик амалиётлар ёки манипуляциялар учун кўрсатмалар:

- қовуқ ўсмасидан ҳаёт учун хавфли қон кетиши;
- қовуқ тампонадаси;
- постренал олиго-анурия ривожланиши билан иккиламчи уретерогидронефроз, пионефроз;
- ўткир сийдик тутилиши.

Режалаштирилган жарроҳлик амалиётлар учун кўрсатмалар:

- морфологик жиҳатдан тасдиқланган қовуқнинг хавфли ўсмаси;
- морфологик текшириш ва босқичлашни талаб қилинадиган қовуқ ўсмаси;

Жарроҳлик даволашга қарши кўрсатмалар:

- оғир ҳамроҳ касалликлар;
- сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал босқичи;
- чуқур анемия;
- жарроҳлик даволашга умумий қарши кўрсатмалар.

Юзаки қовуқ саратонини даволаш (Тис, Та ва Т1 босқичлари)

- ТУҚС дан кейин **паст хавфли Та** учун кузатув ва резекциядан кейин 24 соат ичида дарҳол пуфак ичига кимётерапиянинг бир марталик дозасини кўриб чиқиш тавсия этилади. Дарҳол пуфак ичига кимётерапиядан сўнг 6 ҳафталик индукцион пуфак ичига кимётерапия курси ўтказилиши мумкин. Касалликнинг ривожланиш хавфи паст бўлганлиги сабабли бундай беморларга иммунотерапия тавсия этилмайди.

- Юқори хавфли Та беморларда ТУҚСдан сўнг, тўлиқ шишган ўсмаларни пуфак ичига кимётерапия, пуфак ичига БСГ ёки кузатув билан даволаш мумкин.

- **сТ1 учун.** Касаллик хавфи юқори бўлган беморларда, айниқса ўсма катталиги ва жойлашуви туфайли тўлиқ резекция қилиш ноаниқ бўлса, намунада мушаклар йўқлиги, лимфоваскуляр инвазия мавжудлиги ёки нотўғри босқичласда ТУҚСни такрорлаш қатъиян тавсия этилади. Агар такрорий ТУҚСдан кейин қолдиқ сТ1 касаллиги аниқланса, даволаш пуфак ичига терапия ёки цистэктомиядан иборат бўлиши керак.

- Агар иккинчи резекциядан кейин қолдиқ касаллик топилмаса, пуфак ичига терапия тавсия этилади.

- **Тис учун:** Ушбу шикастланиш учун стандарт терапия резекция, сўнгра БСГ билан пуфак ичига терапия ҳисобланади. Агар бемор БСГ га тоқат қила олмаса, пуфак ичига кимётерапия кўриб чиқилиши мумкин, аммо бу ёндашувни тасдиқловчи маълумотлар чекланган.

Даволовчи-диагностик трансуретрал резекция/биопсия.

Кўрсатмалар:

- қовуқда ҳосила мавжудлиги (диагностик тадқиқотларга кўра);
- сийдикда қон (диагностик мақсадларда);
- тез-тез ёки қийин сийиш (диагностик мақсадларда);
- циститнинг такрорланувчи аломатлари – қоринда санчиқ оғриш, тез-тез сийиш, қовуқнинг тўлиқ бўшатишмаслиги ҳисси;

Қарши кўрсатмалар:

- нисбий - (олиб ташланадиган) - қарши кўрсатма - сийдик йўлларида инфекциялари (жарроҳлик амалиёти патогенини йўқ қилгандан кейин амалга оширилади).

Қовуқнинг мушак-инвазив саратони билан оғриган беморларни даволаш (Т2-Т4 босқичлари):

- Босқичлаш (терапевтик ва диагностик ТУР, кичик чанок аъзоларининг МРТси).
- Жарроҳлик – радикал цистэктомия (стандарт) (очик, лапароскопик, робот ёрдамида).
- Поликимётерапия - неоадьювант ва/ёки ёрдамчи режимларда (пН+ да) амалга оширилади. Ўз-ўзидан қўлланиладиган кимётерапия паллиатив табиатга эга.
- Дистанцион нурли терапия (ДНТ) - даволашнинг стандарт турига кирмайди, агар бемор аъзони олиб ташлаш жарроҳлик амалиётидан бош тортса, алоҳида ёки кимётерапия билан биргаликда амалга оширилади; Неоадьювант даволаш сифатида бажарилмайди. Аъзоларни сақлашни даволаш учун мултимодал терапиянинг таркибий қисми сифатида фойдаланиш мумкин.
- Уч компонентли (мултимодал) терапия, жарроҳлик (ТУР ёки қовуқ резекцияси), ГС ёки МВАС схемага мувофиқ 2-4 ПКТ курси ва нур терапиясини ўз ичига олади. Беморларнинг танланган гуруҳида қўлланилади (Т2Н0М0) - хабардор беморларда алтарнатив даволаш сифатида фойдаланиш мумкин.

Жарроҳлик даволаш:

Қовуқнинг инвазив саратонда аъзоларни сақлаш (Т2а ва қовуқ резекцияси учун ТУР) ва аъзоларни олиб ташлаш (радикал цистэктомия) жарроҳлик амалиётлари

қўлланилади. ТУР шунингдек, ҚС нинг кеч босқичларида қон кетишини тўхтатиш учун паллиатив усул сифатида ҳам қўлланилиши мумкин.

Қовуқ резекцияси. Қовуқ резекцияси радикал жарроҳлик амалиёти эмас ва фақат радикал цистэктомияга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда ёки бемор буни рад этганда амалга оширилиши керак.

Қовуқ резекциясига кўрсатмалар:

Қовуқнинг мушак деворидаги ягона инвазив ўсма, паст даражадаги саратон (ЛГ ёки Г2), бирламчи (норесидив) ўсма, ўсмадан қовуқ бўйнигача бўлган масофа камида 2 см, ўсмасиз қовуқ шиллиқ қаватининг биопсия бажарилганда дисплазия ва ин ситу саратони йўқлиги. Жарроҳлик амалиёти чаноқ аъзоларининг мажбурий лимфадиссекцияси билан бирлаштирилади. Агар гистологик текширувда резекция ярасининг четларида ўсма хужайралари (P1) аниқланса, радикал цистэктомия амалга оширилади. Агар сийдик йўли оғзи жараёнга кўшилган бўлса, қовуқ резекцияси ва ўсма олиб ташланганидан сўнг, уретеронеоцистоанастомоз амалга оширилади.

Радикал цистэктомия қовуқ инвазив саратони учун стандарт жарроҳлик амалиёти ҳисобланади.

Ортотопик қовуқни яратиш билан цистэктомияга кўрсатмалар [2-5], (ДД - А):

- радикал цистэктомия амалга ошириш имконияти;
- нормал буйрак функцияси (креатинин < 150 ммол/л);
- метастазларнинг йўқлиги (НОМ0);
- простата уретрасининг биопсиясининг салбий натижаси.

Қовуқ саратони билан оғриган беморларда паллиатив жарроҳлик амалиётлар:

Кўрсатмалар қуйидагилардир:

- 1) қовуқ ўсмасидан ҳаёт учун хавфли қон кетиши;
- 2) ўткир сийдик тугилиши;
- 3) юқори сийдик йўлларида сийдик чиқишининг бузилиши ва буйрак етишмовчилигининг ривожланиши, ўткир обструктив пиелонефрит;
- 4) ҳамроҳ касалликлар (юрак-қон томир тизими касалликлари, эндокрин касалликлар ва бошқалар).

Қон кетишини тўхтатиш мақсадида қуйидагилар амалга оширилади:

- 1) қон кетишини тўхтатиш билан ўсманинг ТУРи;
- 2) ички ёнбош артерияларини боғлаш ёки эмболизация қилиш;
- 3) очиқ қовуқда қон кетишини тўхтатиш;

4) паллиатив цистэктомия.

Юқори сийдик йўлларида сийдик чиқиб кетиши бузилган бўлса, қуйидагилар амалга оширилади:

- 1) пункцион усулда тери орқали нефростомия;
- 2) очик нефростомия;
- 3) уретерокутанеостомия;
- 4) эпицистостомия;
- 5) сийдикни ингичка ичакнинг алоҳида бўлагига пуфак ости йўналтириш (Брикер жарроҳлик амалиёти ва бошқалар).

Нур терапияси.

ҚС билан оғриган беморларда нур терапиясини мустақил даволаш усули сифатида қўллаш тавсия этилмайди.

Нур терапияга тавсияларга қуйидагилар киради:

- 1) қовукнинг мушак қаватига инвазияси билан хавфли ўсманинг морфологик аниқланган ташхиси;
- 2) агар бемор ТУР ва ПКТнинг 2-4 курсини ўтказгандан сўнг, мултимодал даволаш нуқтаи назаридан қовукни радикал олиб ташлашни рад этса;
- 3) рецидивлар, ўсма ўсишининг давом этиши ёки илгари ўтказилган комбинацияланган ёки комплекс даволашдан кейин касалликнинг ривожланиши.

Нур терапияга қарши кўрсатмалар:

- 1) ҳамроҳ соматик патология (юрак-қон томир, нафас олиш, сийдик-таносил, овқат ҳазм қилиш ва бошқалар) туфайли декомпенсацияланган умумий ҳолат;
- 2) онкологик жараёндан келиб чиққан беморнинг умумий соматик тузалмас ҳолати;
- 3) микроцистис, буришган қовук (ҳажми 100 мл дан кам);
- 4) чанокнинг олдинги нурланиши, 70 мл дан ортиқ сийдик қолдиқлари мавжудлиги;
- 5) қовукдаги тошлар;
- 6) цистит ва пиелонефритнинг кучайиши.

Нур терапия усуллари:

- 1) 1 ўлчовли нур терапияси (1ДРТ);
- 2) 2 ўлчовли конвенциал (стандарт) нур терапияси (2Д РТ);
- 3) 3 ўлчовли конформал нур терапияси (3Д СРТ);
- 4) интенсивлик модуляция билан нур терапияси (ИМРТ);
- 5) тасвирга асосланган Радиация терапияси (ИГРТ);
- 6) нафас билан синхронлаштирилган нур терапияси (4ДРТ);
- 7) стереотаксик радиохирургия (СРС);
- 8) стереотаксик радиотерапия (СРТ);
- 9) интраоперацион нур терапияси (ИОРТ);
- 10) брахитерапия (бўшлиқ ичи, тўқима ичи), юқори дозали, пулс дозали брахитерапия.

Нур терапия (алоҳида бўлим).

Топометрия, режалаштириш ва беморни даволаш бўш қовуқ билан амалга оширилади, бу кунлик такрорланиш учун афзалдир.

Юқори энергияли чизикли тезлатгичда кўп майдонли нурланишдан фойдаланилади. Иложи борича кунлик ИГРТ дан фойдаланинг.

Бир вақтнинг ўзида кимёрадиотерапия ёки нур терапияси гидронефрозсиз ва мушакларни шикастланган ўсма билан боғлиқ кенг тарқалган карцинома ин ситу бўлмаган беморлар учун энг муваффақиятли ҳисобланади.

Та, Т1 ёки Тис босқичлари бўлган беморлар.

Масофали нур терапия фақат қайта-қайта такрорланадиган Та-Т1 касаллиги учун ишлатилади, одатда пуфак ичига терапиядан сўнг, аммо цистэктомияга учун режалаштирилмаган кенг тарқалган Тис сиз. Бир вақтда кимёрадиотерапия стандарт даволаш бўлган радикал цистэктомияга потенциал даволовчи алтернатива сифатида кўриб чиқилиши мумкин.

Оддий ёки тезлаштирилган гиперфраксиялашдан фойдаланган ҳолда 39,6-50,4 ГР дозада кичик чанок лимфа тугунларини нурланиш билан бутун қовуқни нурланиш. Факултатив лимфа тугунларини даволаш ихтиёрийдир ва беморнинг ҳамроҳ касалликлари ва танқидий тузилмаларга токсик таъсир қилиш хавфини ҳисобга олиши керак. Кейин қовуқга умумий СОД 60-66 ГР гача қўшимча таъсир амалга оширилади. Анъанавий фраксиялашнинг алтернатив усуллари қовуқни 20 фраксияларда 55 ГР гача олиш ёки ўсма жойларида дозани интеграциялашган оширишни ўз ичига олади.

Бир вақтнинг ўзида кимёнуртерапия ўсмага қўшимча ситотоксик таъсир кўрсатиш

учун тавсия этилади ва фақат мустақил нур терапияси билан солиштирганда сезиларли даражада юқори токсикликсиз амалга оширилиши мумкин.

Митомицин С ни бир вақтда қўллаш буйрак функцияси паст ёки ўрта бўлган беморларда қўлланилиши мумкин.

Жарроҳлик амалиётни бажариш мумкин бўлмаган метастатик касалликлар

Бир вақтнинг ўзида кимёнутерапия ёки нур терапияси жарроҳлик амалиётни бажариб бўлмайдиган метастатик касаллиги бўлган беморлар учун потенциал даволовчи терапия сифатида кўриб чиқилиши керак. Қовуқнинг метастатик саратони ёки чаноқ аъзоларининг такрорий ўсмалари учун паллиатив нурланишни буюришда радиосезувчанликни кимётерапия билан нурланиш комбинациясини ҳисобга олиш керак. Кимётерапияни юқори дозали паллиатив нурланиш билан бир вақтда қўлламаслик керак (ҳар бир фракция учун >3 ГР).

Клиник даволаш ҳажми (СТВ) бутун қовуқни ва касаллик тарқалишинингнинг мумкин бўлган барча жойларини, шу жумладан регионар лимфа тугунларини, ўз ичига олиши керак. Регионар лимфа тугунларига обтуратор, ички ва ташқи ёнбош, перивизикал, сакрал, пресакрал, суббифуркацион тугунлар киради. Тугунли касалликлар учун умумий ёнбош тугунлари иккиламчи шикастланиш жойидир.

пТ3/пТ4 пН0 (соф уротелиал ёки бирламчи уротелий бошқа субтурлар билан аралаштирилган) билан оғриган беморлар учун қовуқ саратони ичак кондуитни чиқариб ташлаш билан радикал цистэктомиядан сўнг, жарроҳлик амалиётдан кейинги адьювант чаноқ аъзоларининг нур терапияси имконияти ҳисобланади. Клиник даволаш ҳажми (СТВ) жарроҳликдаги патологик натижаларга асосланган қолдиқ микроскопик касалликни ўз ичига олиши керак ва қовуқ тўшагини 54-60 ГР гача СЎД ва чаноқ лимфа тугунлари 40-50,4 ГР СЎДни ўз ичига олиши мумкин.

Бирламчи кимётерапиянинг тўлиқ дозаси тугагандан сўнг ўсмани баҳолаш: 2-3 ойдан сўнг контрастли кўкрак/қорин/чаноқнинг КТси ёрдамида визуализация - суякларни сканерлаш. Кимётерапиянинг тўлиқ дозаси тугаганидан кейин систоскопик кузатув ва биопсия ҳам тавсия этилади.

Т4б-босқичли ўсмаси бўлган танланган ҳолатларда интраоперацион нур терапияси танланган даво сифатида кўриб чиқилиши мумкин.

Мултимодал даволаш (аъзоларни сақлаш) нуқтаи назаридан нур терапияси сТ2 сН0.

ДНТ СЎД 66 дан 70 ГР гача. СТВ потенциал микроскопик тарқалиш минтақаларини ўз ичига олиши керак.

Регионар тугун зоналарини профилактик нурланиш билан даволаш мумкин (аёл ва дистал эркак ўсмалари учун ингуинал ва пастки тос тугунлари, проксимал эркак

ўсмалари учун тос лимфа тугунлари).

cT3-T4 ёки ижобий лимфа тугуни.

СТВ микроскопик тарқалиш жойлари ва регионар тугун ҳавзаларини (аёл ва дистал эркак ўсмалари учун чов ва пастки чаноқ тугунлари, яқин эркак ўсмалари учун чаноқ лимфа тугунлари) ўз ичига олиши керак. Иложи бўлса, воқуқ дозасини 62-70 ГР ва тугун ҳажмли касаллик дозасини 50-66 ГР га оширинг. Катталашган ҳажмли ҳосилага этказиладиган доза тўқималарнинг толерантлик чегараларига қараб чекланиши мумкин. Қўшимча ўсма ситотокциклиги учун бир вақтнинг ўзида кимётерапия ўтказилиши керак.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги адъювант нур терапияси.

Даволаш майдони резекция пайтида патологик топилмалар асосида қолдиқ микроскопик касалликнинг давом этиши хавфи бўлган майдонларни ўз ичига олиши керак ва резекция ўзани, чов лимфа тугунлари ва чаноқ лимфа тугунларини ўз ичига олиши мумкин. Қолдиқ микроскопик касаллик хавфи бўлган майдонлар 45 дан 50,4 ГР гача ЭБРТни олиши керак. Олинган резекция чегаралари ва экстранодал кенгайиш жойлари тўқиманинг нормал чекловлари асосида иложи бўлса, 54-60 ГР гача оширилиши керак. Ялпи қолдиқ касаллик зоналари нормал тўқималар чекловлари асосида иложи бўлса, 66-70 Гй гача оширилиши керак. Қўшимча ўсма ситотокциклиги учун қовуқ саратонини даволашда қўлланадиган режимлар билан бир вақтда кимётерапияни ҳисобга олиш керак.

Рецидивли касаллик.

66-74 ГР да (каттароқ ўсма ва неврологик гистология учун юқори доза 74 ГР гача) СТВ шубҳали зоналарга ўсма тарқалишини ўз ичига олиши керак ва танланган минтақавий тугун ҳавзалари (45-50,4 ГР) ҳисобга олиниши мумкин, юқорида муҳокама қилинганидек, иложи бўлса, нормал тўқималар чекловлари асосида.

Бош миянинг метастатик шикастланишда нур терапияси.

С1 бўйиннинг умуртқа поғонасигача бош миянинг тотал нурланиши:

- 1) БМЎД 2,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-40 ГР;
- 2) БМЎД 2,5 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-35 ГР;
- 3) БМЎД 3,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-33 ГР;
- 4) БМЎД 4.0 ГР 5 фракция СЎД 20 ГР.

Бош миянинг локал нурланиши

- 1) стереотаксик радиохирургия (СРС) - БМЎД 10,0-30,0 ГР 1 фракция диаметри 3 см дан ошмайдиган метастазлар учун;

2) стереотаксик радиотерапия (СРТ) - БМЎД 6,0-10,0 ГР 3-5 фракция ўлчамлари 3,0 дан 6,0 см гача бўлган метастаз учун;

3) БМЎД 2,0-3,0 дан СЎД 20-60 ГР гача бўлган метастазларнинг маҳаллий нурланиши.

Скелет суякларнинг метастатик шикастланишида нур терапияси.

1) БМЎД 2,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 40-50 ГР;

2) БМЎД 2,5 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-50 ГР;

3) БМЎД 3,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-45 ГР;

4) БМЎД 4,0 ГР ҳафтасига 3-5 фракция СЎД 20-40 ГР;

5) БМЎД 8,0 ГР 1-3 фракция.

Узоқ метастазлар билан қовуқ саратони билан оғриган беморларни даволаш схемаси:

1) Босқичлаш.

2) Жарроҳлик амалиёти (индивидуаллаштирилган):

3) сийдикни чиқариб юбориш учун турли хил паллиатив жарроҳлик амалиётлар бажарилиши мумкин;

4) қон кетишини тўхтатиш учун эндоскопик жарроҳлик амалиётлар;

5) ҳаёт учун хавфли бўлган қон кетишида паллиатив цистэктомия, оғир ҳолатларда эса ички ёнбош артерияларини эмболизация/боғлаш мумкин.

5. Кейинги кузатиш [2] (2-иловани кўринг):

Кузатиш кўлами:

- Биопсия билан Цистоскопия (аъзоларни сақлаш жарроҳлик амалиётларидан кейин), тўғри ичакни бармоқ билан текшириш.
- Кўкрак қафаси аъзоларнинг рентгенографияси.

Кўрсатмаларга кўра қуйидагилар амалга оширилади:

- рентген компьютер ёки магнит-резонанс томография;
- метастатик шикастланишга шубҳа бўлса, скелетнинг ўзига хос зоналарини Остеосцинтиграфия ва рентгенографияси;
- қорин бўшлиғи, қорин пардаси орти бўшлиғи ва чанок аъзоларининг УТТси.

Лаборатор текширувлар:

- умумий қон таҳлили;
- умумий сийдик таҳлили;
- сийдик чўқиндисини цитологик текшируви;
- цистэктомиядан кейин кислота-ишқор мувозанатини аниқлаш.

Кузатиш даврлари:

- Биринчи йил - ҳар 3 ойда бир марта;
- Иккинчи йил – ҳар 6 ойда бир марта;
- Кейинчалик, умрбод - йилига бир марта.

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

- «ўсма жавоби» - ўтказилган даводан сўнгги ўсманинг регрессияси;

Тўлиқ самара - 4 ҳафтадан кам бўлмаган муддатга 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 [7] (ДД – А).

- Рецидивсиз яшовчанлик (уч ва беш йиллик).

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

**«ҚОВУҚ САРАТОНИ»
НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Диагностика усуллари, ёндашувлари ва муолажалари.

1) Муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

- ўсмани радикал тарзда олиб ташлаш;
- бирламчи ўчоқни олиб ташлаш ва гистологик текшириш;
- ўсманинг қисман ёки тўлиқ регрессиясини барқарорлаштириш;
- умумий ҳолатни 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 ғолатлар (миокард инфаркти, инсулт);
- 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:

- жарроҳлик даволаш ёки биопсиядан кейин ташхисни мажбурий морфологик текшириш билан ҳар қандай босқичдаги қовуқ саратонининг мавжудлиги;
- жарроҳлик даволаш ёки очиқ биопсиядан сўнг ташхисни морфологик тасдиқлаш билан иккиламчи (метастатик ёки бирламчи аниқланган ўчоқсиз) ўсманинг мавжудлиги ёки метастазнинг морфологик тасдиғининг йўқлиги, аммо қовуқ саратонининг бирламчи ўчоғининг гистологик текшируви мавжудлиги.

Медикаментоз (таргет/иммунотерапия) ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадда ўтказилади:

- ўсма ҳужайралари йўқ қилиш;
- ўсма ўлчамларини кичрайтириш, уни ўсишдан тўхтатиш;
- ҚС рецидивини бартараф этиш;
- даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, қовуқ саратони учун кўрсатма

ҳисобланади. Мутахассислар препаратнинг дозасини диққат билан танлайдилар: агар у жуда кичик бўлса, даволаниш самарадорлиги камаяди, агар у юқори бўлса, ноҳўя таъсирлар хавфи ортади.

4) Жарроҳлик йўли билан даволаш тамойиллари [1,2,4]:

Шошилич жарроҳлик амалиётлар ёки манипуляциялар учун кўрсатмалар:

- қовуқ ўсмасидан ҳаёт учун хавfli қон кетиши;
- қовуқ тампонадаси;
- постренал олиго-анурия ривожланиши билан иккиламчи уретерогидронефроз, пионефроз;
- ўткир сийдик тутилиши.

Режалаштирилган жарроҳлик амалиётлар учун кўрсатмалар:

- морфологик жиҳатдан тасдиқланган қовуқнинг хавfli ўсмаси;
- морфологик текшириш ва босқичлашни талаб қилинадиган қовуқ ўсмаси;

Жарроҳлик даволашга қарши кўрсатмалар:

- оғир ҳамроҳ касалликлар;
- сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал босқичи;
- чуқур анемия;
- жарроҳлик даволашга умумий қарши кўрсатмалар.

Юзаки қовуқ саратонини даволаш (Тис, Та ва Т1 босқичлари)

- ТУҚС дан кейин **паст хавfli Та** учун кузатув ва резекциядан кейин 24 соат ичида дарҳол пуфак ичига кимётерапиянинг бир марталик дозасини кўриб чиқиш тавсия этилади. Дарҳол пуфак ичига кимётерапиядан сўнг 6 ҳафталик индукцион пуфак ичига кимётерапия курси ўтказилиши мумкин. Касалликнинг ривожланиш хавfli паст бўлганлиги сабабли бундай беморларга иммунотерапия тавсия этилмайди.

- Юқори хавfli Та беморларда ТУҚСдан сўнг, тўлиқ шишган ўсмаларни пуфак ичига кимётерапия, пуфак ичига БСГ ёки кузатув билан даволаш мумкин.

- **сТ1 учун.** Касаллик хавfli юқори бўлган беморларда, айниқса ўсма катталиги ва жойлашуви туфайли тўлиқ резекция қилиш ноаниқ бўлса, намунада мушаклар йўқлиги, лимфоваскуляр инвазия мавжудлиги ёки нотўғри босқичласда ТУҚСни такрорлаш қатъиян тавсия этилади. Агар такрорий ТУҚСдан кейин қолдиқ сТ1 касаллиги аниқланса, даволаш пуфак ичига терапия ёки цистэктомиядан иборат бўлиши керак.

- Агар иккинчи резекциядан кейин қолдиқ касаллик топилмаса, пуфак ичига терапия тавсия этилади.

- **Тис учун:** Ушбу шикастланиш учун стандарт терапия резекция, сўнгра БСГ билан пуфак ичига терапия ҳисобланади. Агар бемор БСГ га тоқат қила олмаса, пуфак ичига кимётерапия кўриб чиқилиши мумкин, аммо бу ёндашувни тасдиқловчи маълумотлар чекланган.

Даволовчи-диагностик трансуретрал резекция/биопсия.

Кўрсатмалар:

- қовуқда ҳосила мавжудлиги (диагностик тадқиқотларга кўра);
- сийдикда қон (диагностик мақсадларда);
- тез-тез ёки қийин сийиш (диагностик мақсадларда);
- циститнинг такрорланувчи аломатлари – қоринда санчиқ оғриш, тез-тез сийиш, қовуқнинг тўлиқ бўшатишмаслиги ҳисси;

Қарши кўрсатмалар:

- нисбий - (олиб ташланадиган) - қарши кўрсатма - сийдик йўлларида инфекциялари (жарроҳлик патогенни йўқ қилгандан кейин амалга оширилади).

Қовуқнинг мушак-инвазив саратони билан оғриган беморларни даволаш (Т2-Т4 босқичлари):

- Босқичлаш (терапевтик ва диагностик ТУР, кичик чанок аъзоларининг МРТси).
- Жарроҳлик – радикал цистэктомия (стандарт) (очик, лапароскопик, робот ёрдамида).
- Поликимётерапия - неoadъювант ва/ёки ёрдамчи режимларда (пН+ да) амалга оширилади. Ўз-ўзидан қўлланиладиган кимётерапия паллиатив табиатга эга.
- Дистанцион нурли терапия (ДНТ) - даволашнинг стандарт турига кирмайди, агар бемор аъзони олиб ташлаш жарроҳлик амалиётидан бош тортса, алоҳида ёки кимётерапия билан биргаликда амалга оширилади; Неoadъювант даволаш сифатида бажарилмайди. Аъзоларни сақлашни даволаш учун мултимодал терапиянинг таркибий қисми сифатида фойдаланиш мумкин.
- Уч компонентли (мултимодал) терапия, жарроҳлик (ТУР ёки қовуқ резекцияси), ГС ёки МВАС схемага мувофиқ 2-4 ПКТ курси ва нур терапиясини ўз ичига олади. Беморларнинг танланган гуруҳида қўлланилади (Т2Н0М0) - хабардор беморларда алтарнатив даволаш сифатида фойдаланиш мумкин.

Жарроҳлик даволаш:

Қовуқнинг инвазив саратонда аъзоларни сақлаш (Т2а ва қовуқ резекцияси учун ТУР) ва аъзоларни олиб ташлаш (радикал цистэктомия) жарроҳлик амалиётлар

қўлланилади. ТУР шунингдек, ҚС нинг кеч босқичларида қон кетишини тўхтатиш учун паллиатив усул сифатида ҳам қўлланилиши мумкин.

Қовуқ резекцияси. Қовуқ резекцияси радикал жарроҳлик амалиёти эмас ва фақат радикал цистэктомияга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда ёки бемор буни рад этганда амалга оширилиши керак.

Қовуқ резекциясига кўрсатмалар:

Қовуқнинг мушак деворидаги ягона инвазив ўсма, паст даражадаги саратон (ЛГ ёки Г2), бирламчи (норесидив) ўсма, ўсмадан қовуқ бўйнигача бўлган масофа камида 2 см, ўсмасиз қовуқ шиллиқ қаватининг биопсия бажарилганда дисплазия ва ин ситу саратони йўқлиги. Жарроҳлик амалиёти чаноқ аъзоларининг мажбурий лимфадиссекцияси билан бирлаштирилади. Агар гистологик текширувда резекция ярасининг четларида ўсма хужайралари (P1) аниқланса, радикал цистэктомия амалга оширилади. Агар сийдик йўли оғзи жараёнга кўшилган бўлса, қовуқ резекцияси ва ўсма олиб ташланганидан сўнг, уретеронеоцистоанастомоз амалга оширилади.

Радикал цистэктомия қовуқ инвазив саратони учун стандарт жарроҳлик амалиёти ҳисобланади.

Ортотопик қовуқни яратиш билан цистэктомияга кўрсатмалар [2-5], (ДД - А):

- радикал цистэктомия амалга ошириш имконияти;
- нормал буйрак функцияси (креатинин < 150 ммол/л);
- метастазларнинг йўқлиги (НОМ0);
- простата уретрасининг биопсиясининг салбий натижаси.

Қовуқ саратони билан оғриган беморларда паллиатив жарроҳлик амалиётлар:

Кўрсатмалар қуйидагилардир:

- 1) қовуқ ўсмасидан ҳаёт учун хавфли қон кетиши;
- 2) ўткир сийдик тугилиши;
- 3) юқори сийдик йўлларида сийдик чиқишининг бузилиши ва буйрак етишмовчилигининг ривожланиши, ўткир обструктив пиелонефрит;
- 4) ҳамроҳ касалликлар (юрак-қон томир тизими касалликлари, эндокрин касалликлар ва бошқалар).

Қон кетишини тўхтатиш учун қуйидагилар амалга оширилади:

- 1) қон кетишини тўхтатиш билан ўсманинг ТУРи;
- 2) ички ёнбош артерияларини боғлаш ёки эмболизация қилиш;
- 3) очиқ қовуқда қон кетишини тўхтатиш;

4) паллиатив цистэктомия.

Юқори сийдик йўлларида сийдик чиқиб кетиши бузилган бўлса, қуйидагилар амалга оширилади:

- 1) пункцион усулда тери орқали нефростомия;
- 2) очик нефростомия;
- 3) уретерокутанеостомия;
- 4) эпицистостомия;
- 5) сийдикни ингичка ичакнинг алоҳида бўлагига пуфак ости йўналтириш (Брикер жарроҳлик амалиёти ва бошқалар).

Нур терапияси.

ҚС билан оғриган беморларда нур терапиясини мустақил даволаш усули сифатида қўллаш тавсия этилмайди.

Нур терапияга тавсияларга қуйидагилар киради:

- 1) қовукнинг мушак қаватига инвазияси билан хавфли ўсманинг морфологик аниқланган ташхиси;
- 2) агар бемор ТУР ва ПКТнинг 2-4 курсини ўтказгандан сўнг, мултимодал даволаш нуқтаи назаридан қовукни радикал олиб ташлашни рад этса;
- 3) рецидивлар, ўсма ўсишининг давом этиши ёки илгари ўтказилган комбинацияланган ёки комплекс даволашдан кейин касалликнинг ривожланиши.

Нур терапияга қарши кўрсатмалар:

- 1) ҳамроҳ соматик патология (юрак-қон томир, нафас олиш, сийдик-таносил, овқат ҳазм қилиш ва бошқалар) туфайли декомпенсацияланган умумий ҳолат;
- 2) онкологик жараёндан келиб чиққан беморнинг умумий соматик тузалмас ҳолати;
- 3) микроцистис, буришган қовук (ҳажми 100 мл дан кам);
- 4) чанокнинг олдинги нурланиши, 70 мл дан ортиқ сийдик қолдиқлари мавжудлиги;
- 5) қовукдаги тошлар;
- 6) цистит ва пиелонефритнинг кучайиши.

Нур терапия усуллари:

- 1) 1 ўлчовли нур терапияси (1ДРТ);
- 2) 2 ўлчовли конвенциал (стандарт) нур терапияси (2Д РТ);
- 3) 3 ўлчовли конформал нур терапияси (3Д СРТ);
- 4) интенсивлик модуляция билан нур терапияси (ИМРТ);
- 5) тасвирга асосланган нур терапияси (ИГРТ);
- 6) нафас билан синхронлаштирилган нур терапияси (4ДРТ);
- 7) стереотаксик радиохирургия (СРС);
- 8) стереотаксик радиотерапия (СРТ);
- 9) интраоперацион нур терапияси (ИОРТ);
- 10) брахитерапия (бўшлиқ ичи, тўқима ичи), юқори дозали, пулс дозали брахитерапия.

Нур терапия (алоҳида бўлим).

Топометрия, режалаштириш ва беморни даволаш бўш қовуқ билан амалга оширилади, бу кунлик такрорланиш учун афзалдир.

Юқори энергияли чизикли тезлатгичда кўп майдонли нурланишдан фойдаланилади. Иложи борича кунлик ИГРТ дан фойдаланинг.

Бир вақтнинг ўзида кимёрадиотерапия ёки нур терапияси гидронефрозсиз ва мушакларни шикастланган ўсма билан боғлиқ кенг тарқалган карцинома ин ситу бўлмаган беморлар учун энг муваффақиятли ҳисобланади.

Та, Т1 ёки Тис босқичлари бўлган беморлар.

Масофали нур терапия фақат қайта-қайта такрорланадиган Та-Т1 касаллиги учун ишлатилади, одатда пуфак ичига терапиядан сўнг, аммо цистэктомияга учун режалаштирилмаган кенг тарқалган Тис сиз. Бир вақтда кимёрадиотерапия стандарт даволаш бўлган радикал цистэктомияга потенциал даволовчи алтернатива сифатида кўриб чиқилиши мумкин.

Оддий ёки тезлаштирилган гиперфраксиялашдан фойдаланган ҳолда 39,6-50,4 ГР дозада кичик чанок лимфа тугунларини нурланиш билан бутун қовуқни нурланиш. Факултатив лимфа тугунларини даволаш ихтиёрийдир ва беморнинг ҳамроҳ касалликлари ва танқидий тузилмаларга токсик таъсир қилиш хавфини ҳисобга олиши керак. Кейин қовуқга умумий СОД 60-66 ГР гача қўшимча таъсир амалга оширилади. Анъанавий фраксиялашнинг алтернатив усуллари қовуқни 20 фраксияларда 55 ГР гача олиш ёки ўсма жойларида дозани интеграциялашган оширишни ўз ичига олади.

Бир вақтнинг ўзида кимёнуртерапия ўсмага қўшимча ситотоксик таъсир кўрсатиш

учун тавсия этилади ва фақат мустақил нур терапияси билан солиштирганда сезиларли даражада юқори токсикликсиз амалга оширилиши мумкин.

Митомицин С ни бир вақтда қўллаш буйрак функцияси паст ёки ўрта бўлган беморларда қўлланилиши мумкин.

Жарроҳлик амалиётни бажариш мумкин бўлмаган метастатик касалликлар

Бир вақтнинг ўзида кимёнутерапия ёки нур терапияси жарроҳлик амалиёти бажариб бўлмайдиган метастатик касаллиги бўлган беморлар учун потенциал даволовчи терапия сифатида кўриб чиқилиши керак. Қовуқнинг метастатик саратони ёки чаноқ аъзоларининг такрорий ўсмалари учун паллиатив нурланишни буюришда радиосезувчанликни кимёутерапия билан нурланиш комбинациясини ҳисобга олиш керак. Кимёутерапияни юқори дозали паллиатив нурланиш билан бир вақтда қўлламаслик керак (ҳар бир фракция учун >3 ГР).

Клиник даволаш ҳажми (СТВ) бутун қовуқни ва касаллик тарқалишининг мумкин бўлган барча жойларини, шу жумладан регионар лимфа тугунларини ўз ичига олиши керак. Регионар лимфа тугунларига обтуратор, ички ва ташқи ёнбош, перивизикал, сакрал, пресакрал, суббифуркацион тугунлар киради. Тугунли касалликлар учун умумий ёнбош тугунлари иккиламчи шикастланиш жойидир.

пТ3/пТ4 пН0 (соф уротелиал ёки бирламчи уротелий бошқа субтурлар билан аралаштирилган) билан оғриган беморлар учун қовуқ саратони ичак кондуитни чиқариб ташлаш билан радикал цистэктомиядан сўнг, жарроҳлик амалиётидан кейинги адъювант чаноқ аъзоларининг нур терапияси имконияти ҳисобланади. Клиник даволаш ҳажми (СТВ) жарроҳликдаги патологик натижаларга асосланган қолдиқ микроскопик касалликни ўз ичига олиши керак ва қовуқ тўшагини 54-60 ГР гача СЎД ва чаноқ лимфа тугунлари 40-50,4 ГР СЎДни ўз ичига олиши мумкин.

Бирламчи кимёутерапиянинг тўлиқ дозаси тугагандан сўнг ўсмани баҳолаш: 2-3 ойдан сўнг контрастли кўкрак/қорин/чаноқнинг КТси ёрдамида визуализация - суякларни сканерлаш. Кимёутерапиянинг тўлиқ дозаси тугаганидан кейин систоскопик кузатув ва биопсия ҳам тавсия этилади.

Т4б-босқичли ўсмаси бўлган танланган ҳолатларда интраоперацион нур терапияси танланган даво сифатида кўриб чиқилиши мумкин.

Мултимодал даволаш (аъзоларни сақлаш) нуқтаи назаридан нур терапияси сТ2 сН0.

ДНТ СЎД 66 дан 70 ГР гача. СТВ потенциал микроскопик тарқалиш минтақаларини ўз ичига олиши керак.

Регионар тугун зоналарини профилактик нурланиш билан даволаш мумкин (аёл ва дистал эркак ўсмалари учун ингуинал ва пастки тос тугунлари, проксимал эркак

ўсмалари учун тос лимфа тугунлари).

cT3-T4 ёки ижобий лимфа тугуни.

СТВ микроскопик тарқалиш жойлари ва регионар тугун ҳавзаларини (аёл ва дистал эркак ўсмалари учун чов ва пастки чаноқ тугунлари, яқин эркак ўсмалари учун чаноқ лимфа тугунлари) ўз ичига олиши керак. Иложи бўлса, воқуқ дозасини 62-70 ГР ва тугун ҳажмли касаллик дозасини 50-66 ГР га оширинг. Катталашган ҳажмли ҳосилага этказиладиган доза тўқималарнинг толерантлик чегараларига қараб чекланиши мумкин. Қўшимча ўсма ситотокциклиги учун бир вақтнинг ўзида кимётерапия ўтказилиши керак.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги адъювант нур терапияси.

Даволаш майдони резекция пайтида патологик топилмалар асосида қолдиқ микроскопик касалликнинг давом этиши хавфи бўлган майдонларни ўз ичига олиши керак ва резекция ўзани, чов лимфа тугунлари ва чаноқ лимфа тугунларини ўз ичига олиши мумкин. Қолдиқ микроскопик касаллик хавфи бўлган майдонлар 45 дан 50,4 ГР гача ЭБРТни олиши керак. Олинган резекция чегаралари ва экстранодал кенгайиш жойлари тўқиманинг нормал чекловлари асосида иложи бўлса, 54-60 ГР гача оширилиши керак. Ялпи қолдиқ касаллик зоналари нормал тўқималар чекловлари асосида иложи бўлса, 66-70 Гй гача оширилиши керак. Қўшимча ўсма ситотокциклиги учун қовуқ саратонини даволашда қўлланадиган режимлар билан бир вақтда кимётерапияни ҳисобга олиш керак.

Рецидивли касаллик.

66-74 ГР да (каттароқ ўсма ва неврологик гистология учун юқори доза 74 ГР гача) СТВ шубҳали зоналарга ўсма тарқалишини ўз ичига олиши керак ва танланган минтақавий тугун ҳавзалари (45-50,4 ГР) ҳисобга олиниши мумкин, юқорида муҳокама қилинганидек, иложи бўлса, нормал тўқималар чекловлари асосида.

Бош миянинг метастатик шикастланишда нур терапияси.

С1 бўйиннинг умуртқа поғонасигача бош миянинг тотал нурланиши:

- 1) БМЎД 2,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-40 ГР;
- 2) БМЎД 2,5 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-35 ГР;
- 3) БМЎД 3,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-33 ГР;
- 4) БМЎД 4.0 ГР 5 фракция СЎД 20 ГР.

Бош миянинг локал нурланиши

- 1) стереотаксик радиохирургия (СРС) - БМЎД 10,0-30,0 ГР 1 фракция диаметри 3 см дан ошмайдиган метастазлар учун;

2) стереотаксик радиотерапия (СРТ) - БМЎД 6,0-10,0 ГР 3-5 фракция ўлчамлари 3,0 дан 6,0 см гача бўлган метастаз учун;

3) БМЎД 2,0-3,0 дан СЎД 20-60 ГР гача бўлган метастазларнинг лосал нурланиши.

Скелет суякларнинг метастатик шикастланишида нур терапияси.

1) БМЎД 2,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 40-50 ГР;

2) БМЎД 2,5 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-50 ГР;

3) БМЎД 3,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-45 ГР;

4) БМЎД 4,0 ГР ҳафтасига 3-5 фракция СЎД 20-40 ГР;

5) БМЎД 8,0 ГР 1-3 фракция.

Узоқ метастазлар билан қовуқ саратони билан оғриган беморларни даволаш схемаси:

1) Босқичлаш.

2) Жарроҳлик амалиёти (индивидуаллаштирилган):

3) сийдикни чиқариб юбориш учун турли хил паллиатив жарроҳлик амалиётлар бажарилиши мумкин;

4) қон кетишини тўхтатиш учун эндоскопик жарроҳлик амалиётлар;

5) ҳаёт учун хавфли бўлган қон кетишида паллиатив цистэктомия, оғир ҳолатларда эса ички ёнбош артерияларини эмболизация/боғлаш мумкин.

5) Муолажа ёки аралашувга тайёрлашда асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

Муолажа ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика тадбирлари рўйхати:

1. УҚТ лейкоформула ва тромбоцитлар сони билан.

2. биокимёвий қон таҳлили (глюкоза, мочевино, креатинин, сийдик кислотаси, умумий оқсил, албумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ).

3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш.

4. Резус-факторни аниқлаш.

5. Умумий сийдик таҳлили.

6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген).

7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш.

8. Б ва С вирусли гепатитлари учун ПЦР (сифатли).
9. ИФА усулида ОИВ-инфексияни аниқлаш (ҲИВАг/анти-ҲИВ).
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси.
11. Коптокчалар филтрация тезлигини аниқлаш.
12. ЛСИга тест: РСА ёки ИГРА тестлар.
13. Кенг қамровли УТТси (жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беши, талок, буйраклар, қорин пардаси орти бўшлиғи, ичак тутқич ва ўмров остки лимфа тугунлари).
14. Кичик чаноқ МРТ ва МСКТси.
15. Қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғининг контрастли МСКТси.
16. Цистоскопия.
17. Қовуқ УТТси
18. Обзорли экскретор вена ичи урографияси.
19. Биоптатни цитологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)*.
20. Биоптатни гистологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)*.
21. ЕКГ.
22. ЭхоКГ.
23. Бутун тананинг ПЭТ/КТ**.

Муолажа ёки аралашувга тайёрлашда қўшимча (кўрсаткичлар бўйича) текшириш усуллари:

1. Биокимёвий қон таҳлили (натрий, калий, калций, С-реактив оксил, ишқорли фосфатаза).
2. ПЦР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, ситомегаловирус, токсоплазмоз.
3. В ва С гепатит вирусларига ПЦР (микдорий).
4. СОВИД-19га ПЦР;
5. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш.
6. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси.
7. Стандарт ситогенетик текшируви.
8. ФИШ усулида ва молекулар-генетик текшириш.
9. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш.
10. Прокалситонин.

11. Антитромбин ИИИ, Д-димер.
12. Фертил ёшдаги аёллар учун - ҳомиладорлик тести, ИХГ ни аниқлаш.
13. Периферик қон ИФТси.7
14. Биоптатни иммуногистохимёвий текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)*.
15. Молекуляр генетик тадқиқотлар.
16. Буруннинг ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси.
17. Цистография.
18. Кўкрак қафаси аъзоларнинг КТси.
19. Бош, бўйиннинг КТси.
20. Буйрак томирлари ва ОКВнинг ангиографияси.
21. Буйракларнинг изотоп ренографияси.
22. Буйрак томирлари, остки ковак вена, оёқлар томирларининг (вена ва/ёки артериялар) УТДГси.
23. Фиброэзофагогастроуденоскопия.
24. Колоноскопия.
25. Спирография.
26. Бош миянинг МРТси.
27. Остеосцинтиграфия.
28. Плевра бўшлиғи ва периферик лимфа тугунларининг УТТси.
29. Холтер мониторинги.
30. ЭКГ.

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

б) 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 усулларини 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.

Бўлимнинг ётоқ ўринлар ҳажми 25 дан 50 гача бўлиши керак.

Бўлимлар камида 70 онкологик ётоқ ўринли тиббий ташкилотда ташкил этилади, агар улар мулкый мажмуа ичида жойлашган бўлса, функционал ва технологик жиҳатдан қуйидаги бўлим билан бирлаштирилган бўлса:

- Рентген диагностикаси бўлими, шу жумладан рентген текшируви қоидаларига мувофиқ ташкил этилган маммографик рентген хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси;
- Функционал тадқиқотлар қоидаларига мувофиқ ташкил этилган функционал диагностика бўлими;
- Ультратовуш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган ультратовуш диагностикаси хонаси (бўлими);
- эндоскопик текширувларни ўтказиш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган эндоскопик бўлим;
- клиник-диагностик лабораториялар;
- «анестезиология ва реаниматология» профилида катталар аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган катталар аҳолиси учун реаниматология ва интенсив терапия бўлимлари ёки анестезиология-реанимация бўлимлари реаниматология ва интенсив терапия палаталари билан;
- онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибининг иловаларга мувофиқ ташкил этилган операцион бўлинма;
- онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибининг иловаларга мувофиқ ташкил этилган ўсмага қарши дори терапияси бўлими;
- «Трансфузиология» профилида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган трансфузиология кабинети.

Бўлим беморларни доимий равишда кузатиб бориш учун онколог ва бўлим ҳамширасидан иборат навбатчи гуруҳ томонидан кечаю кундуз назорат билан таъминланиши керак.

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- кўрув хонаси;
- бўлим мудири хонаси;

- шифокорлар хонаси;
- палаталар;
- боғлам алмаштириш хонаси;
- муолажа хонаси;
- хукнахона;
- ҳамширалар хонаси.

Жарроҳлик блокни ташкил этиш қоидалари

Жарроҳлик блокада структурасида куйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- санузел билан санитар ўтказгич (хожатхона ва душлар);
- жарроҳлик олди хонаси;
- жарроҳлик хонаси;
- ювиниш хонаси;
- донорлик қонини ва (ёки) унинг таркибий қисмларини қон қуйиш учун сақлаш ва тайёрлаш учун хона;
- тиббий асбобларни сақлаш учун хоналар;
- кийим алмаштириш учун хона;
- беморнинг жарроҳлик амалиётидан кейинги вақтинчалик бўлиш хонаси;
- стерилизация;
- протокол хонаси (агар 4 дан ортиқ жарроҳлик хонаси бўлса);
- катта ҳамшира хонаси;
- жарроҳлик амалиётидан кейинги чиқиндиларни сақлаш хонаси;
- гипсли бандажларни сақлаш ва тайёрлаш учун хона (суяклар ва юмшоқ тўқималарнинг ўсмалари бўлими учун).

Хавфсизлик чораларига риоя қилиш талаблари: 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 матрас;
- каплар, загубниклар;
- индексли рамка;
- тизза остика қўйиш мосламалари;
- термопластик пластинлар (маскалар).

7) 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/ёкинур 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 олдида

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 ультратовуш текшируви, ЭКГ ва бошқа бир қатор текширувлардан ўтади.

8) даволаш усуллариининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари:

- «ўсма жавоби» - даволашдан кейин ўсманинг регрессияси;

Тўлиқ самара - 4 ҳафтадан кам бўлмаган муддатга 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.

**«ҚОВУҚ САРАТОНИ»
НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН
ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

Профилактик тиббиёт (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [хттпс://ру.википедиа.орг/вики/%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)) (профилактология, греч. πρόφύλακτικός — «ехтиёт қилувчи» [23] ва 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 мажмуидир [24][25].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [26]:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд [26].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади [24][27] 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 [28], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [29] тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлилига асосланган [30][31].

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 [32][33].

Тиббий реабилитация (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [хттпс://ру.википедиа.орг/вики/%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. рехабилитатио, тиклаш [34]) – касаллик ёки шикастланиш натижасида бузилган ёки бутунлай йўқолган инсон танасининг нормал ақлий ва физиологик

функцияларини (еҳтиёжларини) 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 [35][36][37].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [38].

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

2.1. Профилактика ёки реабилитация турлари

(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).

Соғлиқ ҳолатига, касаллик ёки оғир патология учун хавф омилларининг мавжудлигига қараб, 3 турдаги профилактикани кўриб чиқиш мумкин.

- 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 [41]. 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 [41]. 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 органлари, жамоат ташкилотлари, аҳоли иштирок этади) [40].
- 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 профилактика**» 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 [39].

2.2. Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:

Бугунги кунга қадар қовуқ саратонининг профилактикаси йўқ.

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

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

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

— **Учламчи профилактика:** радикал даволашдан кейин даволаш ва реабилитация, шунингдек метахрон саратонни ўз вақтида ташхислаш.

Қовуқ саратонининг олдини олишни тўртта асосий йўналишга бўлиш мумкин:

— турмуш тарзини ўзгартириш;

— касалликнинг дастлабки босқичида қовуқ саратонини аниқлаш учун скрининг;

— аввал аниқланган қовуқ саратон олди ҳолатлари бўлган беморларни кузатиш;

— радикал жарроҳлик даволашдан сўнг метахрон қовуқ саратонининг олдини олиш ва эрта ташхислаш.

Қовуқ саратон олди ҳолатлари бўлган беморларни кузатиш.

Қовуқ саратонининг **иккиламчи профилактикаси** - қовуқ саратон олди ҳолатлари бўлган беморларни кузатиш бўйича чора-тадбирлар мажмуи. Ушбу чора-тадбирларнинг асосий мақсади ўсма жараёнининг дастлабки босқичларида ўсмани аниқлашдир.

Бирламчи профилактикадан нисбатан, 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.

Учламчи профилактика:

- рецидив, метастазларнинг олдини олиш, эрта ташхислаш ва даволаш;
- витаминларга, оқсилларга бой тўлиқ овқатланиш режимидан фойдаланиш, ёмон одатлардан воз кечиш (чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш), вирусли инфекциялар ва ҳамроҳ касалликларнинг олдини олиш, мунтазам равишда онколог томонидан профилактик текширувлар, мунтазам диагностика жараёнлари (ўпка рентгенографияси, ултратовуш текшируви) жигар, буйраклар, қовуқ ва бўйин лимфа тугунлари).

Метахрон қовуқ саратонининг олдини олиш ва эрта ташхислаш

Буйракнинг метахрон ўсмаларини эрта аниқлаш учун йилига 1-2 марта чанок аъзоларининг мунтазам рентгенографияси (шу жумладан МРТ) ва ултратовуш текшируви кўрсатилади.

2.3. Профилактика процедуралари ва усуллари:

1) Профилактика мақсади:

қовуқ саратони пайдо бўлишининг олдини олиш, унинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилиш, даволанишдан кейин касалликнинг асоратларини эрта аниқлаш ва олдини олиш.

2) Бирламчи профилактика:

ҚСнинг специфик профилактикаси ишлаб чиқилмаган.

ҚСнинг самарали профилактикаси мавжуд эмас.

Қовуқ саратонининг профилактикаси учун қуйидагилар тавсия этилади:

([хттпс://омр.бй/профилактика-рака/рак-мочевого-пузыря](http://omr.бй/профилактика-рака/рак-мочевого-пузыря)):

1. Қовуқ саратони ривожланиш эҳтимолини камайтиришнинг энг муҳим омили чекишни ташлашдир!

Тамаки тутунида кўп миқдорда кансерогенлар мавжуд бўлиб, улар сийдик билан чиқарилади ва қовуқнинг шиллик қаватига таъсир қилади. Сигарет чекувчиларда нафақат қовуқ саратони тез-тез ривожланибгина қолмай, балки чекмайдиганларга қараганда касалликнинг ноқулай кечиши аниқланган. Чекишни

ташлаганидан кейин қовуқ саратони хавфи 30-40% га камайиши исботланган.

2. Кўп суюқлик ичиш

Кўп суюқлик ичиш қовуқ саратони хавфини камайтириши мумкин.

Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, кунига 6 стакандан ортиқ сув ичиш фақат бир стакан сув ичишга қараганда саратон ривожланиш хавфини икки баравар камайтиради.

3. Витаминларга бой паст калорияли парҳез

Бундан ташқари, сабзавот ва меваларни кўпайтириш ва чекланган ҳайвон ёғларини истеъмол қилиш билан витаминга бой, паст калорияли диетага риоя қилишда касаллик хавфининг камайиши ҳақида далиллар мавжуд. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 5).*

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

3) Қовуқ саратони скрининги ([хттпс://омр.бй/профилактика-рака/рак-мочевого-пузыря](https://omr.бй/профилактика-рака/рак-мочевого-пузыря))

Скрининг - касаллик аломатлари бўлмаган ва илгари ушбу локализацияда саратон касаллиги бўлмаган одамларни бу касалликни аниқлаш учун текшириш. Ҳозирги вақтда қовуқ саратони учун оммавий скрининг тавсия этилмайди. Қовуқ саратони ривожланиш хавфи юқори бўлган ҳолатлар бундан мустасно - агар одам илгари қовуқ саратони билан даволанган бўлса ёки қовуқ саратонига олиб келиши мумкин бўлган кимёвий моддалар билан алоқа қилса. Ўзбекистонда қовуқ саратони бўйича миллий скрининг дастурлари мавжуд эмас.

4) Иккиламчи профилактика - қовуқ саратони учун иккиламчи профилактика чораларига касалликни эрта аниқлаш мақсадида профилактик кўриклар, скрининг ва текширувлар киради. Иккиламчи профилактика учун ултратовуш, радиологик (МСКТ/МРТ) ва лаборатор текширувлар (умумий, биокимёвий қон таҳлили, сийдик таҳлили) қўлланилади.

5) Учламчи профилактика ёки қовуқ саратони реабилитацияси:

Даволанишдан кейин беморларни реабилитация қилиш чоралари курс давомийлигига ва саратон терапиясининг танланган усулларига боғлиқ. Бу жуда зарур:

- Мунтазам текширувлар учун онкологга ташриф буюриб туриш.
- Рецидив хавфини камайтириш ва иммунитетни ошириш учун тавсия этилган дори-дармонларни қабул қилиш.
- Яхши овқатланиш.

- Зарарли одатларни ва салбий ташқи омилларнинг таъсирини йўқ қилиш.
Соғлиқ ҳолатини ҳисобга олиб, даволовчи шифокор тавсияларига амал қилиш.

б). Профилактика ва диспансер назорати, профилактика усулларини қўллаш бўйича тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Қовуқ саратонини даволашни тугатгандан сўнг, касалликнинг ривожланишини эрта аниқлаш учун дори терапиясини эрта бошлаш, ўсманинг қайталанишида такрорий жарроҳлик амалиёти ва метахрон ўсмаларни аниқлаш учун қуйидаги кузатув текширувларини ўтказиш тавсия этилади:

радикал жарроҳлик амалиётларни амалга оширгандан сўнг - дастлабки 1-2 йил ичида беморларни физикал текширувдан ўтказиш ва шикоятларни йиғиш ҳар 3-6 ойда, 3-5 йилда - ҳар 6-12 ойда бир марта амалга оширилади. Жарроҳлик амалиёти бажарилдан кундан бошлаб 5 йил ўтгач, ташрифлар ҳар йили ёки шикоятлар пайдо бўлганда амалга оширилади. Рецидив хавфи юқори бўлган беморларда текширувлар орасидаги интервални қисқартириш мумкин.

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

Шарҳлар: ташрифлар давомида текширувлар ҳажми:

1. Анамнез олиш ва физикал текширув.
2. Умумий (клиник) қон таҳлили, батафсил сийдик таҳлили, умумий терапевтик биокимёвий қон таҳлили (клиник кўрсаткичларга кўра).
3. Кичик чаноқ аъзоларининг УТТси;
4. Кичик чаноқ аъзоларининг МРТси.

2.4. Реабилитация усуллари ва муолажалари:

Қовуқ саратони реабилитациясининг мақсади:

- Шикастланган аъзо ёки тизимнинг бузилган функцияларини ва/ёки йўқолган фаолиятини тўла ёки қисман тиклаш;
- ўткир ривожланган патологик жараён тугаши билан тана функциялари қўллаб қувватлаш;
- зарар кўрган аъзолар ёки тана тизимларининг мумкин бўлган функционал бузилишларини олдини олиш, эрта ташхислаш ва тузатиш;
- мумкин бўлган ногиронликнинг олдини олиш ва камайтириш;
- ҳаёт сифатини яхшилаш;

- беморнинг меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш;
- беморнинг жамиятга ижтимоий интеграцияси.

1. Тиббий реабилитация, реабилитация усуллари қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

1.1. Дастлабки реабилитация

Дастлабки реабилитация мушак инвазив ҚС (МИ ҚС) билан оғриган барча беморлар учун амалга оширилади, у жисмоний тарбия (даволаш физкультураси, ДФК), психологик ва нутритив қўллаб-қувватлаш ва беморларни хабардор қилишни ўз ичига олади.

- Ўпка асоратлари ривожланиш хавфи юқори бўлган беморларда жарроҳлик амалиётига бўлган дастлабки реабилитация пайтида нафас олиш мушакларини машқ қилдириш **тавсия этилади**. Дастлабки реабилитация функционал тикланишни сезиларли даражада тезлаштиради, жарроҳлик амалиётидан кейин касалхонада қолиш муддатини қисқартиради ва даволаниш пайтида асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтиради. [42].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - А (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 3).

- Беморнинг психоэмоционал ҳолатини барқарорлаштириш учун аъзоларни олиб ташлаш жарроҳлик муолажаси режалаштирилган МИ ҚС билан оғриган барча беморлар учун дастлабки реабилитация режада психологик ёрдам (нейропсихологик реабилитация) кўрсатиш **тавсия этилади** [42].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - А (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 3).

Шарҳлар: *Дастлабки реабилитация режада психологик ёрдам кайфиятни яхшилайдди, ташвиш ва депрессияни камайтиради. Психологик дастлабки реабилитация курсидан ўтган беморлар жарроҳлик даволашдан кейин кундалик ҳаётга яхши мослашади.*

1.2. Жарроҳлик даволаш пайтида реабилитация

1.2.1. Реабилитациянинг биринчи босқичи

- Касалхонада қолиш муддатини ва жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни камайтириш учун ҚСни жарроҳлик даволашдан сўнг периоперацион даврда фаст-траск реҳабилитатсион («тез йўл») ва ЭРАС (еарлй реҳабилитатсион афтер сургерй - жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта реабилитация) дастурини амалга ошириш **тавсия этилади**. [43].

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

Шарҳлар: комплекс оғриқсизлантириш, эрта энтерал овқатланиш, зонд ва дренажлардан мунтазам фойдаланишни рад этиш, беморларни эрта мобилизация қилишни (фаоллаштириш ва вертикализация) ўз ичига олган фаст-траск реҳабилитатсион («тез йўл») ва ЭРАС (еарлй реҳабилитатсион афтер сургерй - жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта реабилитация) эрта асоратлар хавфини, қайта касалхонага ётқизиш тезлигини оширмайди, лекин жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта даврда функционал имкониятларни яхшилайдди. Ушбу усул урологик беморлар учун самарали ва хавфсиздир. Тезкор реабилитация усули радикал цистэктомиядан кейин беморларда хавфсиз ва самарали ҳисобланади.

- Радикал цистэктомиядан (жарроҳлик амалиётидан кейин 2 соат ўтгач) беморларда мушаклар массасининг пасайишни, ўпка ва тромботик асоратларни олдини олиш учун эрта вертикализация **тавсия этилади** [43].

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

- ДФК комплексини дастурга куч, чўзиш ва чидамлилиқ машқларини киритиш билан бажариш **тавсия этилади**, бу усул операциядан кейинги асоратларнинг частотасини оширмайди, ҳаёт сифатини яхшилайдди. [43].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - А (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 3).

1.2.2. Жарроҳлик амалиётидан кейин оғриқсизлантириш

Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда оғриқ синдромини даволаш фанлараро бўлиб, медикаментоз тузатишга кўшимча равишда, жисмоний реабилитация (ДФК), жойлашиш йўли билан даволаш, оғриқни коррекциялашнинг психологик усуллари (релаксация), тери орқали электр стимуляцияси ва акупунктурани ўз ичига олади.

- ҚС билан оғриган беморларда (радикал цистэктомиядан 2-3 кундан бошлаб) тиббий массаж ва рефлексология комбинациясидан эрта фойдаланиш **тавсия этилади**, чунки у оғриқ синдромини камайтиради. [44].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 4).

- Жарроҳлик амалиётидан кейинги биринчи кундан бошлаб оғриқ, ташвиш, таранглиқни камайтириш, ҳаёт сифатини яхшилаш учун барча беморларга 60 дақиқалиқ тиббий массаж сеансларини ўтказиш **тавсия этилади**. [44].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 4).

1.2.3. Реабилитациянинг иккинчи босқичи

- Жарроҳлик даволашдан сўнг барча беморларга аэробик машқлар тўпламини бажариш **тавсия этилади**. Аэробик машқлар ҳаёт сифатини, психологик ҳолатни яхшилашга ва тана вазнини назорат қилишга ёрдам беради [42].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - А (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 3).

Шарҳлар: ўртача интенсивликдаги ДФК машғулотлари кунига 15-30 дақиқа, ҳафтасига 3-5 марта, давомийлигини босқичма-босқич ошириш билан ўтказилади. Ҳафтада 150 дақиқа аэроб машқлари ва ҳафтасига икки марта куч машқларини бирда қўшилади.

- ҚС билан оғриган барча беморларда оғриқни камайтириш учун акупунктура **тавсия этилади**. [45].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - А (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 2).

1.2.4. Реабилитациянинг учинчи босқичи

- Саратон касалликларида оғриқ, кўнгил айланиши, қусиш ва депрессияни коррекциялаш учун барча беморларга тиббий массаж ва акупунктура комбинацияси **тавсия этилади**. [45].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 2).

- Радикал цистэктомиядан сўнг барча беморларга ҳавфли ўсмаларни комбинацияланган даволаш натижаларини ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайдиган аэроб машқларини ўз ичига олган ҳолда ДФК комплексини бажариш ва босқичма-босқич ошириш **тавсия этилади**. [42].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - А (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 3).

Шарҳлар: Мувозанат машқлари полиневопатияни коррекциялашда чидамлилиқ ва куч машқлари комбинациясидан кўра самаралироқдир.

1.3. Кимётерапия пайтида физиотерапевтик даволаш усуллари

- Кимётерапия фонида даволашнинг физиотерапевтик усулларини (қарши кўрсатмалар бўлмаса) қўллаш **тавсия этилади**: паст частотали магнит терапия (периферик полиневопатияни даволашда), паст интенсив лазер терапияси (оғиз шиллиқ қавати мукозитларни олдини олишда ва сочларнинг тўкилиши профилактика орқали ўсишини тезлаштириш). ([ҳтtps://www.researchgate.net/publication/339854915_Low-level_laser_therapy_for_chemotherapy-induced_peripheral_neuropathy](https://www.researchgate.net/publication/339854915_Low-level_laser_therapy_for_chemotherapy-induced_peripheral_neuropathy)).

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

1.4. Нур терапиясидан кейин реабилитация

• Нур терапия фонида ДФК комплексини (куч машқлари билан биргаликда аероб машқлари) бажариш **тавсия этилади**, бу эса нур терапияси фонида цистэктомиядандан кейин ҚС билан оғриган беморларнинг кучсизлигининг олдини олишга ва ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради. [42].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - А (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 3).

• Нур терапия бошланганидан 3 кун ўтгач, беморларда нур дерматитининг олдини олиш учун ҳафтада 3 кун паст интенсив лазер терапиясини бошлаш **тавсия этилади**. ([хтtps://www.researchgate.net/publication/339854915_Low-level_laser_therapy_for_chemotherapy-induced_peripheral_neuropathy](https://www.researchgate.net/publication/339854915_Low-level_laser_therapy_for_chemotherapy-induced_peripheral_neuropathy)).

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

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

Қовуқ саратонининг бирламчи профилактикаси хавф омилларини олдини олиш, сурункали юқумли, ўсма олдин, безарар ўсма касалликлар ва асоратларни даволаш орқали саратон билан касалланиш эҳтимолини пасайишига олиб келади.

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

Учламчи реабилитацион профилактик терапияси бемор ёши, гистологик кўриниш босқичидан қатъи назар, жарроҳлик ва дори-дармонлар терапияни олган ва/ёки тугатган қовуқ саратони бўлган 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 ситостатик терапия пайтида ва ундан кейин беморнинг соматик ҳолатининг ёмонлашиши (яхшиланмаслиги) ҳолатларида қабул қилинади.

3.1. Профилактика турларини аниқлаш мезонлари (халқаро стандартларга мувофиқ, далилларга асосланган тиббиёт институти маълумотлари).

- Қовуқ саратони ривожланишининг олдини олиш учун аҳолининг барча қатламлари учун бирламчи профилактика тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 4);*
- Иккиламчи профилактика мақсадида, айниқса, хавф омиллари бўлган одамларда профилактик текширувлардан ўтиш тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 4);*
- Махсус жарроҳлик ва дори терапияси тугагандан сўнг, барча беморларга учламчи - реабилитация профилактикаси тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - Б (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 4).*

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

Реабилитация муолажалари амалга оширилади:

Терапия якунлангандан кейин 1 йил (ҳар 3 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери, қориннинг ҳолати, нажас);
- қон умумий таҳлили + ЭЧТ;
- кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси;
- кичик чанок, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг УТТси;
- рецидив хавфи юқори бўлган ўсмалари бўлган беморларда пешоб чўкмасини Цистоскопия ва микроскопик текшириш;
- ҳар 6 ойда кичик чанок МРТси.

Терапия якунлангандан кейин 2 йил (ҳар 6 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери, қориннинг ҳолати, нажас);
- кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси;
- кичик чанок, қорин ва қорин парда орти бўшлиқлари аъзоларининг УТТси;
- рецидив хавфи юқори бўлган ўсмалари бўлган беморларда пешоб чўкмасини Цистоскопия ва микроскопик текшириш;
- кичик чанок МРТси ҳар йилда.

Терапия якунлангандан кейин 3 йил (ҳар 12 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери, қориннинг ҳолати, нажас);
- кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси;
- кичик чанок, қорин ва қорин парда орти бўшлиқлари аъзоларининг УТТси;

- рецидив хавфи юқори бўлган ўсмалари бўлган беморларда пешоб чўкмасини Цистоскопия ва микроскопик текшириш;
- кичик чаноқ МРТси.

Терапия яқунланганидан кейин 4 йил (ҳар 12 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери, қориннинг ҳолати, нажас);
- кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси;
- кичик чаноқ, қорин ва қорин парда орти бўшлиқлари аъзоларининг УТТси;
- рецидив хавфи юқори бўлган ўсмалари бўлган беморларда пешоб чўкмасини Цистоскопия ва микроскопик текшириш;
- кичик чаноқ МРТси.

Терапия яқунланганидан кейин 5 йил:

- Катамнестик хизматга кузатувга ўтиш.

4. Реабилитация босқичлари ва кўлами:

Простата беги саратони беморлари простата беги саратони билан 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.

Простата беги саратони билан оғриган беморларнинг диспансер кузатуви куйидагиларни ўз ичига олади: касалликнинг қайталаниш ёки метастаз белгилари мавжудлигини баҳолаш билан беморнинг аҳволини динамик кузатиш, ситостатик 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, КББ аъзолари, юрак-қон томир тизими патологияси ва бошқалар. ва ихтисослашган мутахассисларга мурожаат қилиш. Простата беги саратони билан оғриган барча беморларни ихтисослаштирилган онкология ёки гематология марказида рўйхатдан ўтказиш ва назорат қилиш тавсия этилади [1,3].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

5. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатадиган холда ташхислаш тадбирлари:

- Қуйидаги динамик мониторинг алгоритмларига риоя қилиш **тавсия этилади**:

Мушак инвазив бўлмаган ҚС (паст ва ўрта хавф гуруҳи) билан оғриган беморларда органларни сақловчи даволашда ([хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/22609313/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22609313/)):

– пешоб чўкмасини Цистоскопия ва микроскопик текшириш ҳар 3 ойда 2 йил давомида, кейин ҳар 6 ойда, кейин ҳар йили.

Мушак инвазив бўлмаган ҚС (юқори ва юқори хавф гуруҳи) бўлган беморларда ва МИ ҚС билан оғриган беморларда органларни сақловчи даволашда:

– пешоб чўкмасини Цистоскопия ва микроскопик текшириш ҳар 3 ойда 2 йил давомида, кейин ҳар 6 ойда, кейин ҳар йили.

– қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ контрастли КТси (КТ урография усули) ҳар 6 ойда бир марта бир йил ичида, кейин 1 йилдан кейин - ҳар 12 ойда. Агар рецидив белгилари аниқланса, тадқиқот кўламини кенгайтириш талаб қилинади - кўкрак қафасининг КТси [46]. Ёд ўз ичига олган контраст моддалар (В08А: Ёд ўз ичига олган рентгеноконтраст моддалар) қўллашга қарши кўрсатмалар бўлса, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ бўшлиғининг КТни қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзоларининг МРТга алмаштириш тавсия этилади. Бундай ҳолда, МРТ пайтида контрастнинг зарурлиги ва хавфсизлиги индивидуал равишда баҳоланиши керак. Бундан ташқари, агар ҚС рецидив белгилари аниқланса, текширув кўламига кўкрак қафасининг контрастсиз КТ текширувини қўшиш тавсия этилади.

Радикал цистэктомиядан кейин:

– қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ контрастли МРТси (ВИ-РАДС тавсияларига кўра), кўкрак бўшлиғининг контрастсиз КТси ёки муқобил равишда кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзоларининг контрастли КТси (КТ урография усули) 1 марта ҳар ойда, 1 йилдан кейин - ҳар 12 ойда [46]; агар ёд ўз ичига олган контраст моддаларга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқнинг МРТ (ВИ-РАДС тавсияларига мувофиқ) ва кўкрак қафасининг контрастсиз КТни қилиш тавсия этилади [47]. Бундай ҳолда, МРТ пайтида контрастнинг зарурлиги ва хавфсизлигини индивидуал равишда баҳоланиши керак.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

- ТаТ1 ўсмалари бўлган беморларни мунтазам сийдик цитологияси ва Цистоскопия билан кузатиш **тавсия этилади** ([хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/28847481/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28847481/)).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 4).

Шарҳлар: ТаТ1 ўсмалари бўлган беморларда Цистоскопия 3 ойдан кейин амалга оширилади. Натижа салбий бўлса, кейинги Цистоскопия 9 ойдан кейин, кейин эса ҳар йили 5 йил давомида амалга ошириш тавсия этилади.

● Цистоскопия ва пешоб чўкмасининг микроскопик текшируви 3 ойдан кейин такрорланиш хавфи юқори бўлган ўсмалари бўлган беморларга **тавсия этилади**. ([хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/28847481/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28847481/)).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

Шарҳлар: Агар натижа салбий бўлса, кейинги Цистоскопия ва цитология 2 йил давомида ҳар 3 ойда ва кейин ҳар 6 ойда 5 йилгача, кейин эса йилига бир марта такрорланиши керак. [48].

● Барча беморларга рецидив хавфи юқори бўлган ўсмалар учун контрастли КТ ёрдамида юқори сийдик йўллариининг йиллик (мунтазам) текшируви **тавсия этилади**. [49].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

6. Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

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

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

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

Тўлиқ ремиссия билан даволашни тугатган қовуқ саратони беморларига терапия тугаганидан кейин 1-чи йил давомида ҳар 3 ойда, 2-чи йил - ҳар 6 ойда ва ундан кейин ҳар йили онкоуролог ёки онколог томонидан кузатилиши тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

УҚТ, биокимёвий қон таҳлили ва сийдик таҳлили 1-чи йилида ҳар 3 ойда, кейин 2-чи йил давомида ҳар 6 ойда ва кейин йилига бир марта ўтказиб туриш зарур.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

Қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи МСКТ/КТси биринчи 2 йилда ҳар 6 ойда ёки клиник кўрсатмаларга кўра ўтказиб турилади. турилади. Агар

оҳирги 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).

7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:

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

- касаллик рецидивининг йўқлиги;
- касаллик метастазланишининг йўқлиги;
- ситостатик ва нур терапиянинг кечки 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;
- қовуқ саратони учун хавф омили ёки фон касалликлари бўлган ҳолатлар/касалликларни ўз вақтида даволаш.

**«ҚОВУҚ САРАТОНИ»
НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН
ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Диагностика ва паллиатив даволаш усуллари, ёндашувлари ва муолажалари (<https://онсологй-ассоциативон.ру/wp-content/uploads/2023/03/национальное-руководство-по-паллиативнож-медицинесзитирование-.pdf>):

1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари:

- Паллиатив жарроҳлик амалиёти, мақсадли паллиатив терапия курсларини, иммуно ва нур терапия ва бошқа даволаш турларини ўтказиш.
- Лимфа тугунининг/екстранодал ҳосиланинг бирламчи ёки такрорий биопсиясини ўтказиш ёки трепанобиопсия.
- Амбулатория терапияси билан тузатилмаган асоратларни даволаш.
- Симптоматик даволашни ўтказиш.

2) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш шартлари.

- Паллиатив кимётерапия, таргет даво, нур терапия ва даволаш бошқа турларини ўтказиш муддатининг келиши.
- Ҳаёт учун хавф солувчи ҳолатларнинг бўлиши.

3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

Шикоятлар ва анамнез:

- гематурия, макро ёки микрогематурия;
- дизурик ҳодисалар;
- императив қисташ;
- қов устидаги минтақада оғрик;
- заифлик;
- тунги терлаш;
- субфебрил иситма;
- вазн йўқотиш.

Физикал текширувлар:

- қов устидаги маҳаллий оғрик;
- бимануал текширишда эркакларда тўғри ичакка, простата беши ичига ўсиш, бу

тузилмаларнинг инфилтрацияси бўлиши мумкин;

- аёлларда қин текширувида қин ва бачадон бўйин олд деворнинг инфилтрацияси.

Лаборатор текширувлар [1, 2]:

Асосий:

- Умумий қон таҳлили - энг характерли турли даражада ифодаланган анемиянинг мавжудлиги; ЭЧТнинг ошиши, лейкоцитоз;
- Умумий сийдик таҳлили – микро-, макрогематурия, эхтимол: лейкоцитурия, бактериурия, протеинурия;
- Биокимёвий қон таҳлили - гипопроteinемия, креатинин ва мочевиначининг ошиши;
- Коагулограмма - гиперкоагуляцияга мойиллик.

Қўшимча:

- ЛСИ тести (БСГ терапиясини режалаштираётганда): РСА ёки ИГРА тестлари: салбий бўлиши керак.

Инструментал текширувлар [6, 7]:

Асосий:

- Цистоскопия - қовуқнинг ҳар қандай деворида якка ёки кўп миқдордаги "гулкарам" шаклида оёқча ёки энли асосда ўсма ҳосил бўлиши аниқланади, ёки ўзгаришлар инфилтратив жараён, девор гиперемияси, шиллиқ қаватнинг буллез шиш шаклида бўлиши мумкин. Агар техник жиҳатдан имкон бўлса, ҳосилдан ва/ёки шубҳали жойлардан биопсия олиш керак (агар ин ситу карциномага шубҳа қилинган бўлса, қовуқнинг турли қисмларидан (мультифокал биопсия) ва простата сийдик чиқариш йўлидан материал олиш керак. Гистологик текширув - қовуқ ТУРи - ўтказиш афзалроқ).
- Қовуқ ўсмасидан олинган биоптатни цитологик ва/ёки гистологик текшириш – саратоннинг морфологик белгилари аниқланади, ҳавfli ўсма ташхисини тасдиқланади.
- Кичик чаноқ аъзоларининг УТТси - қовуқ бўшлиғида тўқималар зичлигининг экзофит сояси, деворнинг нотекис қалинлашиши, регионар лимфа тугунларида метастазларнинг мавжудлиги ёки йўқлиги аниқланади.

- Кичик чаноқ аъзоларининг КТ ёки МРТси - қовуқнинг ўсмаси, шунингдек, жараён кенг тарқалган бўлса, кичик чаноқ лимфа тугунларининг катталашиши аниқланади.

Қўшимча [1, 2] ([хттпс://www.роснscoweb.ru/стандартс/РУСССО/2023/2023-32.пдф](https://www.rosnscoweb.ru/стандартс/РУСССО/2023/2023-32.пдф)):

- Обзорли-эксретор урографияси - қовуқ девори бўйлаб сақлаш нуқсони, шунингдек, шикастланган томонда уротерегидронефроз аниқланади.
- Цистография - шикастланган жойда қовуқ девори бўйлаб тўлдириш нуқсони қайд этилади.

4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:

- ✓ Оғрик ва бошқа оғриқли аломатларнинг олдини олиш ва йўқ қилиш, беморнинг азобини енгиллаштириш.
- ✓ Саратон касаллигининг ривожланишини секинлаштириш ва беморнинг умрини узайтириш.
- ✓ Бемор ҳаёти фаровонлигини ошириш ҳаёт сифатини яхшилаш.
- ✓ Психологик, ижтимоий, маънавий қўллаб-қувватлаш, психосоматик томонидан қўллаб-қувватлаш.
- ✓ Ўсмага қарши даволашнинг ножўя таъсирларини енгиллаштириш учун.

5. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси:

- ўсма ўчоғи ва метастазларни кичрайтириш;
- ўсма жараёни қисман регрессияси ёки стабилизациясига эришиш;
- ҳаёт сифатини яхшилаш;
- ҳаёт давомийлигини узайтириш.

1) Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутлаш: (схемалар, алгоритмлар)

Даволашнинг асосий турлари

Қовуқ саратонини даволаш алгоритми

T0-T1 қовуқ уротелиал саратонини даволаш

T2-T3 қовуқ уротелиал саратонини даволаш

Даволаш ва диагностика қовуқ ТУРи

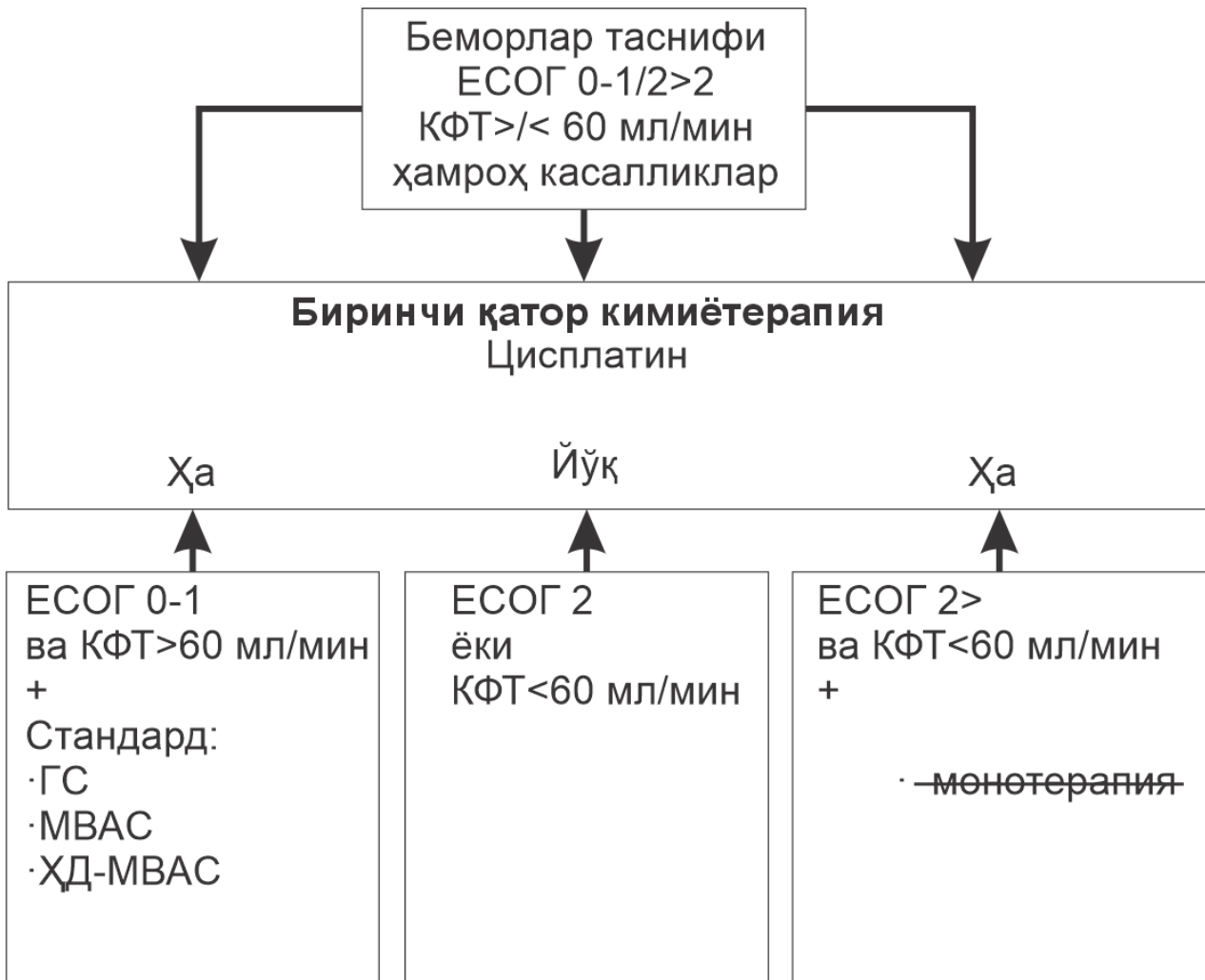
Радикал цистектомия (жарроҳлик амалиётининг умумий жиҳатларини билиш)
Бажариш техникаси, кенгайтирилган тос лимфодиссекция билан биргалиқда Сийдик деривацияси

Пуфак ичига БСГ терапиясининг индукцион курслари ёки пуфак ичига кимётерапия

Неoadъювант кимётерапия
Танланган беморларда кўриб чиқилиши керак. Умумий 5 йиллик яшовчанликни оширади

Адъювант кимётерапия
ижобий Н+ лимфа тугунлари ва узоқ метастазлар М+ шикастланиши бўлган беморларда цистектомиядан кейин кўрсатилади

pT2N0M0 ҚС нинг баъзи ҳолатлари
T2 босқичидаги ўсмалар учун қовуқни сақлаб қолиш билан мултимодал терапия (ТУР + ПКТ + ДНТ) кўриб чиқилиши мумкин (бу стандарт ёндашув эмас, алтернативдир).



Иккинчи қатор кимиётерапия

ЕСОГ 0-1

ЕСОГ 2_≥

Вақтдан қатъи назар,
1 қатор терапиядан кейин,
етарли буйрак функциясида

Стандарт режимлар:

1. Пембролизумаб
2. Атезолизумаб
3. Авелумаб
4. Дурвалумаб
5. Ниволумаб
6. Эрдафитиниб*

- иммунотерапия
- клиник тадқиқотлар
- қўллаб-қувватловчи терапия

- Ёки:
1. клиник тадқиқотлар
 2. поликимиётерапия
 3. монотерапия

2) Паллиатив номедикаментоз даволаш ([хттпс://онсологй-ассосиатион.ру/wp-content/uploads/2023/03/национальное-руководство-по-паллиативнож-медсизинесзитирование-.pdf](https://онсологй-ассосиатион.ру/wp-content/uploads/2023/03/национальное-руководство-по-паллиативнож-медсизинесзитирование-.pdf)):

Режим:

- режим 1 (ётиб даволаниш режими) жарроҳлик амалиётидан кейинги биринчи кун;
- режим 2 (ярим ётиб даволаниш режими) жарроҳлик амалиётидан 2-3 кун ўтгач;
- режим 3 (умумий) эркин режим;
- парҳез – 7-стол

Трансфузион қўллаб қувватлаш.

- Трансфузион терапия учун кўрсатмалар, биринчи навбатда, ҳар бир бемор учун ёши, ҳамроҳ касалликлари, кимётерапиянинг толерантлиги ва даволашнинг олдинги босқичларида асоратларнинг ривожланишини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда клиник кўринишлар билан белгиланади.
- Кўрсатмаларни аниқлаш учун лаборатория параметрлари ёрдамчи аҳамиятга эга бўлиб, улар асосан тромбоцитлар концентратини профилактик қуйиш зарурлигини баҳолаш учун қўлланилади.
- Трансфузияларга кўрсатмалар, шунингдек, кимётерапия курсидан кейинги вақтга боғлиқ – кейинги бир неча кун ичида кўрсаткичларнинг тахмин қилинган пасайиши ҳисобга олинади.

Эритроцитар масса/аралашмаси:

- Тўқималарнинг кислородга бўлган эҳтиёжини қондириш учун одатдаги захиралар ва компенсация механизмлари етарли бўлса, гемоглобин даражасини ошириш шарт эмас;
- Сурункали анемияларда эритроцитларни сақловчи воситаларни қуйиш учун фақат битта кўрсатма мавжуд – симптоматик анемия (тахикардия, нафас қисилиши, стенокардия, сенкоп, де ново депрессияси ёки СТ элевацияси билан намоён бўлади);
- Гемоглобин даражасининг 30 г/л.дан кам бўлиши, эритроцитлар трансфузияси учун абсолют кўрсатма бўлади;
- Юрак-қон томир тизими ва ўпканинг декомпенсацияланган касалликлари бўлмаса, сурункали анемияда эритроцитларни профилактик қуйиш учун кўрсатма бўлиши мумкин бўлган гемоглобин даражаси:

– Ёши (ёш)	– Хб (г/л) триггер даражаси
– <25	– 35-45

– 25-50	– 40-50
– 50-70	– 55
– >70	– 60

Тромбоцитлар концентрати:

- Тромбоцитлар даражасининг $10 \times 10^9/\text{л}$ дан пасайиши ёки терида геморрагик тошмаларнинг пайдо бўлишида (петехиялар, кўкаришлар) аферез тромбоцитларни профилактик трансфузияси ўтказилади;
- Иситма билан, инвазив аралашув режалаштирилаётган беморларга юқорирок даражада ҳам ($20 \times 10^9/\text{л}$) аферез тромбоцитлар билан профилактик трансфузия ўтказилиши мумкин;
- Петехиал-доғли типдаги геморрагик синдром (бурун, милкдан қон кетиш, мено-, метроррагия, бошқа локализация қон кетишлари) мавжуд бўлганда, тромбоцитлар концентратини қуйиш даволаш мақсадида амалга оширилади.

Янги музлатилган плазма:

- ЯМПни трансфузияси қон кетишли беморларда ёки инвазив муолажалар ўтказишдан олдин ўтказилади.
- МНО ≥ 2.0 бўлган беморлар (нейрожарроҳлик аралашувларида ≥ 1.5) инвазив муолажаларни режалаштиришда ЯМП қуйиш учун кандидат сифатида кўрилади. Режали амалиётларда амалиётдан камида 3 кун олдин фитоменадион 30 мг/сут дан кам бўлмаган дозада вена ичига ёки ичишга буюрилиши мумкин.

3) Паллиатив медикаментоз даволаш.

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

Пуфак ичига терапия:

- пуфак ичига кимиётерапия;
- пуфак ичига БСГ-иммунотерапия;
- тизимли терапия.

Жарроҳлик амалиётидан олдинги ва кейинги кимётерапия (неoadъювант [қовуқ саратони учун афзаллик берилади]) ёки адъювант.

Маҳаллий ривожланган ёки метастатик қовуқ саратони учун биринчи қатор тизимли терапия (ИВ-босқич) (Агар бошқача кўрсатилмаган бўлса, 2А тоифаси).

Маҳаллий ривожланган ёки метастатик қовуқ саратони учун иккинчи қатор терапия (ИВ-босқич) (платина дорилар терапиясидан сўнг).

Маҳаллий ривожланган ёки метастатик қовуқ саратони учун иккинчи қатор терапия (ИВ-босқич) (Иммун назорат нуқталар ингибиторлари ёрдамида терапиясидан сўнг).

Симптоматик терапия.

Метастатик ҚС учун тизимли терапия тамойиллари [15]

Жарроҳлик амалиётидан олдинги ва кейинги кимётерапия (неoadъювант [қовуқ саратони учун афзаллик берилади]) ёки адъювант).

<p>Афзалроқ режимлар ДДМВАС (дозаланган метотрексат, винбластин, доксорубицин ва цисплатин) 3-4 тцикл учун ўсиш омилларини қўллаб-қувватлаш билан.</p> <p>Гемцитабин и цисплатин – 4 тцикл</p>
<p>Алтернатив режимлар СМВ (цисплатин, метотрексат ва винбластин) 3 тцикл</p>

Маҳаллий ривожланган ёки метастатик қовуқ саратони учун тизимли терапиянинг биринчи қатори (ИВ-босқич) (Агар бошқача кўрсатилмаган бўлса, 2А тоифаси)

Беморнинг хусусиятлари	Даволаниш бўйича тавсиялар
Цисплатин билан даволаш учун муносиб	<p>Афзалроқ режимлар Гемцитабин ва цисплатин [И, А] [1-тоифа], кейинги авелумаб қўллаб-қувватловчи терапия билан платина ўз ичига олган кимётерапия [И, А] пайтида ривожланмаган ўсмалар учун.</p> <p>ДДМВАС ўсиш факторларини қўллаб-қувватлаш билан [1-тоифа] кейинги авелумаб қўллаб-қувватловчи терапия билан платина ўз ичига олган кимётерапия пайтида ривожланмаган ўсмалар учун. [1-тоифа]</p>
Цисплатин билан	Афзалроқ режимлар

<p>даволаш учун муносиб эмас</p>	<p>Гемцитабин ва карбоплатин кейинги авелумаб қўллаб-қувватловчи терапия билан.</p> <p>Атезолизумаб (фақат ПД-Л1 позитив ўсмалари бўлган, ПД-Л1 экспрессиясидан қатъи назар, платина ўз ичига олган ҳар қандай препарат билан даволаш учун муносиб эмас беморлар учун)</p> <p>Пембролизумаб (фақат ПД-Л1 позитив ўсмалари бўлган, ПД-Л1 экспрессиясидан қатъи назар, платина ўз ичига олган ҳар қандай препарат билан даволаш учун муносиб эмас беморлар учун)</p> <p>Алтернатив режимлар Гемцитабин Гемцитабин ва паклитаксел</p> <p>Баъзи беморларда Ифосфамид, доксорубицин ва гемцитабин (буйрак функцияси ва жисмоний статуси яхши бўлган беморлар учун)</p>
----------------------------------	---

Маҳаллий ривожланган ёки метастатик қовуқ саратони а,б учун тизимли терапиянинг иккинчи қатори (ИВ-босқич) (платина ўз ичига олган кимётерапиядан кейин) (Агар бошқача кўрсатилмаган бўлса, 2А тоифаси)

<p>Афзалроқ режимлар Пембролизумаб (1 тоифа)</p>	<p>Бошқа тавсия этилган режимлар Паклитаксел ёки доцетаксел Гемцитабин</p>
<p>Алтернатив режимлар Иммуно-онкологик препаратлар: Авелумаб Ниволумаб* Енфортумаб ведотин Ердафитиниб* с-(Фақат ФГФР3 ёки ФГФР2 ген мутациясига эга беморлар учун)</p>	<p>Баъзи беморларда Ифосфамид, доксорубицин ва гемцитабин Гемцитабин ва цисплатин Гемцитабин ва паклитаксел</p>

**Ўзбекистон Республикаси ҳудудида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларидан фойдаланиш қоидаларига мувофиқ.*

^a Агар ПЯ платина препаратлари билан даволашдан кейин 12 ойдан ортиқ бўлса (масалан, Цисплатин ёки Карбоплатин, агар бемор даволанишга муносиб бўлса, платина препаратлари билан даволанишни давом эттиришни кўриб чиқинг)

^b Шунингдек, платина асосидаги бўлмаган препаратлар ёки иммун назорат нуқталари ингибиторлари билан биринчи қаторда даволанишни олган беморларни даволаш учун.

^c ФГФР3/ФГФР2 генетик ўзгаришлари бўлган платина ўз ичига олган кимётерапия ёки иммунотерапиядан со‘нг қовуқнинг маҳаллий тарқалган ёки метастатик саратони (2 А тоифаси) бўлган беморлар учун 2-қаторда Эрдафитиниб* тавсия этилади [16].

Маҳаллий тарқалган ёки метастатик қовуқ саратони учун тизимли терапиянинг иккинчи қатори (ИВ-босқич) (Иммун назорат нуқталар ингибиторлари билан терапиядан кейин)

<p>Енфортумаб ведотин учун афзалроқ режимлар Гемцитабин/ Карбоплатин</p>	<p>Бошқа тавсия этилган режимлар Паклитаксел ёки доцетаксел Гемцитабин</p>
<p>Платина препаратлари билан муносиб ва кимётерапия олмаган беморлар учун афзалроқ режимлар Гемцитабин ва Цисплатин Ўсиш факторини қўллаб-қувватлайдиган ДДМВАС</p>	<p>У отдельных пациентов Ифосфамид, доксорубицин ва гемцитабин Гемцитабин ва паклитаксел</p>

Маҳаллий тарқалган ёки метастатик қовуқ саратони учун кейинги терапия қаторлари (ИВ-босқич)

<p>Афзалроқ режимлар Енфортумаб ведотин (1-тоифа)</p>	<p>Бошқа тавсия этилган режимлар Паклитаксел ёки доксатаксел Гемцитабин</p>
<p>Ердафитиниб* ^a (Фақат ФГФР3 ёки ФГФР2 ген мутациясига эга беморлар учун)</p>	<p>Ифосфамид, доксорубицин ва гемцитабин Гемцитабин ва паклитаксел Гемцитабин ва цисплатин</p>

**Ўзбекистон Республикаси ҳудудида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларидан фойдаланиш қоидаларига мувофиқ.*

^a Эрдафитиниб* платинага чидамли ўсмаларда ФГФР генетик ўзгаришлари бўлган беморларга ёки тарқалган/метастатик уротелиал саратон рецидиви бўлган беморларда иммунотерапия ёки кимётерапия бўйича прогрессияга тавсия этилади [1].

Иккинчи қатор кимётерапия. [12; 15]

Креатин клиренси минутига 50-60 мл дан кам бўлса ёки биринчи қатор кимётерапиядан кейин касаллик 6-12 ойдан камроқ ривожлаганда тавсия этилади: Винфлунин* - 320 мг/м² в/и томчилаб 21 кунда бир марта. Ножўя таъсирлар хавфи ошган тақдирда (креатинин клиренси 40-60 мл/мин дан кам, ёш 75 ёшдан ошган, нур терапиюдан кейинги ҳолат) 280 мг/м² дозадан бошлаш керак.

**Ўзбекистон Республикаси ҳудудида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларидан фойдаланиш қоидаларига мувофиқ*

Метастатик ҚСда кимётерапия:

Биринчи қатор терапия сифатида (қарши кўрсатмалар бўлмаса) цисплатин ўз ичига олган препаратлар комбинация қўлланиши тавсия этилади.

Карбоплатин ўз ичига олган дорилар комбинациясини фақат цисплатин билан даволаш учун мос бўлмаган беморларда биринчи даражали терапия сифатида қўллаш тавсия этилади.

Маҳаллий ривожланган ёки платина ўз ичига олган кимётерапиядан кейин ривожланмаган метастатик уротелиал карцинома (УК) билан оғриган беморлар учун Авелумаб - биринчи қатор қўллаб-қувватловчи монотерапияси - тавсия этилади.

Цисплатинни киритиш билан кимётерапиянинг биринчи қаторини ўтказишнинг иложи бўлмаса, пембролизумаб - иммуно-онкологик препаратларни буюриш тавсия этилади.

Агар касаллик кимётерапиянинг биринчи қаторидан кейин ривожланса, Пембролизумабни буюриш тавсия этилади.

Иммунотерапия:

Пембролизумаб – ҳар 3 ҳафтада 30 дақиқа давомида в/и инфузия сифатида 200 мг (ДД-А).

Авелумаб 10 мг/кг в/и 1-чи куни ҳар 2 ҳафтада.

Неoadъювант/адъювант режимида илгари ПД-1/Л1 ингибитори ва платина асосидаги кимётерапия билан даволанган маҳаллий ривожланган ёки метастатик уротелиал саратони бўлган беморлар маҳаллий даражада ривожланган ёки метастатик жараёнида уротелиал саратон Энфортумаб ведотин* билан даволанади. Тавсия этилган доза 1,25 мг/кг (≥ 100 кг беморларга максимал доза 125 мг гача) 28 кунлик тциклнинг 1, 8 ва 15-чи кунларида касалликнинг прогрессияланиши ёки номақбул токсиклик пайдо бўлгунча 30 дақиқа давомида вена ичига инфузия сифатида юборилади.

Кимётерапиянинг иккинчи қатори

Енфортумаб ведотин 1-чи қаторда ПД-1 ёки ПД-Л1 ингибиторлари билан даволаш пайтида ёки ундан кейин касалликнинг прогрессияланиши платина ўз ичига олган кимётерапияга қарши кўрсатмаларга эга бўлган метастатик қовуқ саратони билан оғриган беморлар учун кўрсатилади.

Далиллар даражаси 2А, тавсия даражаси А (кучли)

Ердафитиниб* иккинчи қаторда ФГФР3/ФГФР2 генетик ўзгаришлари бўлган платинани озь ичига олган кимётерапия ёки иммунотерапиядан сўнг қовуқнинг маҳаллий ривожланган ёки метастатик саратони (2 А тоифаси) билан оғриган беморлар учун алтернатив афзалроқ режим сифатида тавсия этилади.

Кимётерапиянинг учинчи қатори

Енфортумаб ведотин қовуқнинг метастатик саратони билан оғриган, илгари платина ўз ичига олган кимётерапия олган ва ПД-1 ёки ПД-Л1 ингибиторлари билан даволаш пайтида ёки ундан кейин касалликнинг прогрессияланиши бўлган беморлар учун кўрсатилади.

Далиллар даражаси 1б, тавсия даражаси А (кучли)

Ердафитиниб* платинага чидамли ўсмаларда ФГФР генетик ўзгаришлари бўлган беморларда ёки иммунотерапия ёки кимётерапияда прогрессияланиш ривожланган/метастатик уротелиал саратон рецидиви бўлган беморларда қўлланиш учун тавсия этилади.

Суяк метастазлари учун қуйидагиларнинг қўлланиши асосланган: [4]

Суяк асоратлари ривожланиш хавфини камайтириш учун золедрон кислотаси в/и томчилаб 15 дақиқа давомида 4 мг дан 3-4 ҳафтада бир марта. Остеопороз билан оғриган беморларда ҳар уч ойда бир марта 1 та инъекция буюрилиши мумкин.

6-жадвал. Асосий дорилар рўйхати (100% қўлланиш эҳтимоли бор):

Препаратнинг фармакотерапевтик гурухи	Дори воситаларининг ХПН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Алкиллаштирувчи агентлар - платина комплекс қўшилмалари	Цисплатин	75 мг/м ² 1-чи кунда, в/и	А
	Карбоплатин	АУС 5-6 1-чи кунда, в/и	С
	Паклитаксел	175 мг/м ² 1-чи кунда, в/и;	С

Ўсимлик ва табиий келиб чиқиши препаратлар	Доцетаксел	75 мг/м ² , в/и, томчилаб 1-чи кунда	С
Ўсмаларга қарши антибиотиклар - антратциклинлар	Доксорубицин	30 мг/м ² в/и 2-чи кунда	С
Бошқа ўсмаларга қарши антибиотиклар	Митомицин С	пуфак ичига, 6-8 ҳафта давомида ҳафтасига бир марта 20-60 мгдан	А
Антиметоболитлар - ситидин аналоглари	Гемцитабин	1000 мг/м ² , в/и, 1, 8, 15-чи кунларда	А
Антиметоболитлар - антифолатлар	Метотрексат	30 мг/м ² в/и в 1, 15, 22-чи кунларда; 30 мг/м ² в/и в 1, 8-чи кунларда; 30 мг/м ² в/и 1-чи кунда	В
Винкоалколоидлар	Винбластин	3 мг/м ² в/и в 1, 15, 22-чи кунларда; 3 мг/м ² в/и 2-чи кунда;	В
Юклаб олиш (хаволалар)	https://nrcl.kz/files/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%202024/%D0%A0%D0%B0%D0%BA%20%D0%BC%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BФ%D1%83%D0%B7%D1%8B%D1%80%D1%8Ф.pdf		

7-жадвал. Қўшимча дорилар рўйхати (қўлланиш эҳтимоли 100% дан кам):

Препаратнинг фармакотерапевтик гурухи	Дори воситаларининг ХПН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Топоизомераза 11 ингибиторлари	Етопозид	100 мг/м ² 1, 3-чи кунларда	С
Платина комплекс қўшилмалари	Оксалиплатин	85-100 мг/м ² в/и	С
Фторпиримидинлар	5-фторурацил	РФ: 1000мг/м ² в/и 96-соатли инфузия, 1, 4-чи кунларда; ФОЛФОХ-4;	С

		<p>5-фторурацил 400 мг/м² в/и тизиллаб юбориш 1, 2-чи кунларда.</p> <p>5-фторурацил 600 мг/м² в/и 22 соатли инфузия 1, 2-чи кунларда</p> <p>ФОЛФОХ-6:</p> <p>5-фторурацил 400 мг/м² в/и тизиллаб юбориш 1-чи кунда</p> <p>5-фторурацил 2400 мг/м² в/и 46 соатли инфузия 1-чи кунда</p>	
Фолик кислотаси антагонистлар учун антидот, фторурацил биологик таъсирининг модификатори	Калций фолинат	400 мг/м ² в/и 2 соатли инфузия 1, 2-чи кунларда; 400 мг/м ² в/и 2 соатли инфузия 1-чи кунда	С
Алкиллаштирувчи агентлар - хлоретиламинлар	Ифосфамид	1500 мг/м ² в/и 1, 3-чи кунларда	С
Моноклонал антитаналар, ПД-Л1 ингибитори	Авелумаб	10 мг/кг в/и ҳар 2 ҳафтада 1-чи кунда	А
	Атезолизумаб	1200 мг 3 ҳафтада 60 дақиқа давомида вена ичига секин юбориш, ҳар	В
Моноклонал антитаналар, ПД1 ингибитори	Пембролизумаб	200 мг ҳар 3 ҳафтада 30 дақиқа давомида в/и инфузия сифатида	А
Моноклонал антитана ва кимётерапия препаратининг конъюгати	Енфортумаб ведотин	1,25 мг/кг (≥ 100 кг беморлар учун максимал доза 125 мг гача), в/и, ҳар бир 28 кунлик тциклнинг 1, 8 ва 15-кунларида	А

Пан-ФГФР тирозинкиназа ингибитори	Ердафитиниб*	Кунига 4 мг таблетка х 2 (дозани 9 мг гача ошириш имконияти билан кунига 8 мг пер ос)	В
Ўсимлик алкалоидлари	Винфлунин	320 мг/м2 в/и томчилаб ҳар 21 кунда бир марта	С
Суяк резорбсия ингибитори	Памидрон кислотаси	90 мг 3-4 ҳафтада бир марта в/и 3 соатлик инфузия	С
	Золедрон кислотаси	4 мг в/и томчилаб 15 дақиқа давомида, ҳар 3-4 ҳафтада бир марта	С
Юклаб олиш (хаволалар)	хтгпс://нрчд.кз/филес/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%202024/%D0%A0%D0%B0%D0%BA%20%D0%BC%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BF%D1%83%D0%B7%D1%8B%D1%80%D1%8F.pdf		

*Ўзбекистон Республикаси ҳудудида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларидан фойдаланиш қоидаларига мувофиқ.

6. Жарроҳлик аралашуви.

Қовуқ саратони билан оғриган беморларда паллиатив жарроҳлик амалиётлар:

Кўрсатмалар қуйидагилардир:

- 1) қовуқ ўсмасидан ҳаёт учун хавфли қон кетиши;
- 2) ўткир сийдик тутилиши;
- 3) юқори сийдик йўлларида сийдик чиқишининг бузилиши ва буйрак етишмовчилигининг ривожланиши, ўткир обструктив пиелонефрит;
- 4) ҳамроҳ касалликлар (юрак-қон томир тизими касалликлари, эндокрин касалликлар ва бошқалар).

Қон кетишини тўхтатиш мақсадида қуйидагилар амалга оширилади:

- 1) қон кетишини тўхтатиш билан ўсманинг ТУРи;
- 2) ички ёнбош артерияларини боғлаш ёки эмболизация қилиш;
- 3) очик қовуқда қон кетишини тўхтатиш;
- 4) паллиатив цистэктомия.

Юқори сийдик йўлларида сийдик чиқиб кетиши бузилган бўлса, қуйидагилар амалга оширилади:

- 1) пункцион усулда тери орқали нефростомия;
- 2) очик нефростомия;
- 3) уретерокутанеостомия;
- 4) сийдикни ингичка ичакнинг алоҳида бўлагига пуфак ости йўналтириш (Брикер жарроҳлик амалиёти ва бошқалар);
- 5) эпицистостомия.

Нур терапияси.

ҚС билан оғриган беморларда нур терапиясини мустақил даволаш усули сифатида қўллаш тавсия этилмайди.

Жарроҳлик амалиётни бажариш мумкин бўлмаган метастатик касалликларда нур терапияси

Бир вақтнинг ўзида кимёнутерапия ёки нур терапияси жарроҳлик амалиёти бажариб бўлмайдиган метастатик касаллиги бўлган беморлар учун потенциал даволовчи терапия сифатида кўриб чиқилиши керак. Қовуқнинг метастатик саратони ёки чаноқ аъзоларининг такрорий ўсмалари учун паллиатив нурланишни буюришда радиосезувчанликни кимётерапия билан нурланиш комбинациясини ҳисобга олиш керак. Кимётерапияни юқори дозали паллиатив нурланиш билан бир вақтда қўлламаслик керак (хар бир фракция учун >3 ГР).

Клиник даволаш ҳажми (СТВ) бутун қовуқни ва касаллик тарқалишининг мумкин бўлган барча жойларини, шу жумладан регионар лимфа тугунларини ўз ичига олиши керак. Регионар лимфа тугунларига обтуратор, ички ва ташқи ёнбош, перивизикал, сакрал, пресакрал, суббифуркацион тугунлар киради. Тугунли касалликлар учун умумий ёнбош тугунлари иккиламчи шикастланиш жойидир.

пТ3/пТ4 пН0 (соф уротелиал ёки бирламчи уротелий бошқа субтурлар билан аралаштирилган) билан оғриган беморлар учун қовуқ саратони ичак кондуитни чиқариб ташлаш билан радикал цистэктомиядан сўнг, жарроҳлик амалиётдан кейинги адъювант чаноқ аъзоларининг нур терапияси имконияти ҳисобланади. Клиник даволаш ҳажми (СТВ) жарроҳликдаги патологик натижаларга асосланган қолдиқ микроскопик касалликни ўз ичига олиши керак ва қовуқ тўшагини 54-60 ГР гача СЎД ва чаноқ лимфа тугунлари 40-50,4 ГР СЎДни ўз ичига олиши мумкин.

Бирламчи кимётерапиянинг тўлиқ дозаси тугагандан сўнг ўсмани баҳолаш: 2-3 ойдан сўнг контрастли кўкрак/қорин/чаноқнинг КТси ёрдамида визуализация - суякларни сканерлаш. Кимётерапиянинг тўлиқ дозаси тугаганидан кейин

систоскопик кузатув ва биопсия ҳам тавсия этилади.

Т4б-босқичли ўсмаси бўлган танланган ҳолатларда интраоперацион нур терапияси танланган даво сифатида кўриб чиқилиши мумкин.

Бош миянинг метастатик шикастланишда нур терапияси.

С1 бўйиннинг умуртқа поғонасигача бош миянинг тотал нурланиши:

- 1) БМЎД 2,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-40 ГР;
- 2) БМЎД 2,5 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-35 ГР;
- 3) БМЎД 3,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-33 ГР;
- 4) БМЎД 4,0 ГР 5 фракция СЎД 20 ГР.

Бош миянинг локал нурланиши

- 1) стереотаксик радиохирургия (СРС) - БМЎД 10,0-30,0 ГР 1 фракция диаметри 3 см дан ошмайдиган метастазлар учун;
- 2) стереотаксик радиотерапия (СРТ) - БМЎД 6,0-10,0 ГР 3-5 фракция ўлчамлари 3,0 дан 6,0 см гача бўлган метастаз учун;
- 3) БМЎД 2,0-3,0 дан СЎД 20-60 ГР гача бўлган метастазларнинг лосал нурланиши.

Скелет суякларнинг метастатик шикастланишда нур терапияси.

- 1) БМЎД 2,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 40-50 ГР;
- 2) БМЎД 2,5 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-50 ГР;
- 3) БМЎД 3,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-45 ГР;
- 4) БМЎД 4,0 ГР ҳафтасига 3-5 фракция СЎД 20-40 ГР;
- 5) БМЎД 8,0 ГР 1-3 фракция.

Узоқ метастазлар билан қовуқ саратони билан оғриган беморларни даволаш схемаси:

- 1) Босқичлаш.
- 2) Жарроҳлик амалиёти (индивидуаллаштирилган):
- 3) сийдикни чиқариб юбориш учун турли хил паллиатив жарроҳлик амалиётлар бажарилиши мумкин;
- 4) қон кетишини тўхтатиш учун эндоскопик жарроҳлик амалиётлар;
- 5) ҳаёт учун хавфли бўлган қон кетишида паллиатив цистэктомия, оғир ҳолатларда эса ички ёнбош артерияларини эмболизация/боғлаш мумкин.

7. Кейинги кузатиш:

Вояга етган беморлар, агар қовуқ саратони учун медикаментоз терапиянинг паллиатив курсларини давом эттиришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, онколог диспансер кузатуви ва оғриқсизлантирувчи (агар керак бўлса, наркотик), симптоматик терапия тавсия этилади.

Кузатиш кўлами:

- Биопсия билан Цистоскопия (аъзоларни сақлаш жарроҳлик амалиётларидан кейин), тўғри ичакни бармоқ билан текшириш.
- Кўкрак қафаси аъзоларнинг рентгенографияси.

Кўрсатмаларга кўра қуйидагилар амалга оширилади:

- рентген компьютер ёки магнит-резонанс томография;
- метастатик шикастланишга шубҳа бўлса, скелетнинг ўзига хос зоналарини Остеосцинтиграфия ва рентгенографияси;
- қорин бўшлиғи, қорин пардаси орти бўшлиғи ва чанок аъзоларининг УТТси.

Лаборатор текширувлар:

- умумий қон таҳлили;
- умумий сийдик таҳлили;
- сийдик чўкиндисини цитологик текшируви;
- цистэктомиядан кейин кислота-ишқор мувозанатини аниқлаш.

Кузатиш даврлари:

- биринчи йил - ҳар 3 ойда бир марта;
- иккинчи йил – ҳар 6 ойда бир марта;
- кейинчалик, умрбод - йилига бир марта.

8. Паллиатив даволаш самарадорлиги индикаторлари:

- «ўсма жавоби» - ўтказилган даводан сўнгги ўсманинг регрессияси;

Тўлиқ самара - 4 ҳафтадан кам бўлмаган муддатга 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 катталашиви.

Прогрессияланиш – битта ёки кўпроқ ўсма ўчоқларининг 25%дан ортиқ катталашиви ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши [7] (ДД – А).

- Рецидивсиз яшовчанлик (уч ва беш йиллик);

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

9. Иловалар:

1- илова.

Беморлар учун маълумот

Беморга ҚС нинг клиник таъриф ҳақида маълумот берилади, турли даволаш усуллари, уларнинг мумкин бўлган натижалари ва асоратлари билан таништирилади.

Беморга ҚС аломатлари ва турли асоратлари ҳақида маълумот бериш керак. Айниқса, умуртқа поғоналари метастатик шикастланиши бўлган ҚС билан оғриган беморларни орқа мия компрессия эҳтимоли ҳақида огоҳлантириш жуда муҳимдир, агар бу асорат юзага келса, ўз вақтида тиббий ёрдамга мурожаат қилиш учун.

Беморга ҚС билан даволашдан кейин кейинги тиббий ёрдамнинг табиати ва мунтазам текширувнинг аҳамияти ҳақида маълумот берилиши керак.

Метастатик ҚС билан оғриган беморлар касалликнинг ушбу босқичида бўлган беморларда Ўзбекистон Республикасида ўтказилаётган клиник тадқиқотлар ҳақида хабардор қилиниши керак.

Бемор томонидан касалликнинг кечишини мустақил назорат қилиш мумкин эмас. Шифокорга ташриф буюриш частотаси ҳар бир алоҳида ҳолатда алоҳида белгиланади.

Кимиётерапиянинг асоратлари бўйича тавсия - онколог билан боғланишдир.

1) Тана ҳарорати 38°C ва ундан юқори кўтарилганда шифокор қўрсатмаси бўйича микробларга қарши терапияни қабул қилиш навсия этилади.

2) Стоматитда:

- механик, термал авайладиган парҳез;
- оғизни тез-тез (ҳар соатда) мойчечак, маврак, эман пўстлоғи қайнатмалари билан чайиш, оғиз бўшлиғини чаканда (шафтоли) мойи билан мойлаш;
- оғиз бўшлиғини шифокор қўрсатмасига бўйича даволаш.

3) Ичи кетишда:

● Парҳез - ёғли, аччиқ, дудланган, ширин, сутли, толали маҳсулотларни истисно қилинг. Ёғсиз гўшт, ҳамир овқат, ферментланган сут маҳсулотлари, гуруч қайнатмасини истеъмол қилиши мумкин. Кўп суюқлик ичиш;

● шифокор кўрсатмаси бўйича препаратларни қабул қилиш.

4) Кўнгил айниганда:

● шифокор кўрсатмаси бўйича препаратларни қабул қилиш.

2-илова

ЖССТ/ЕСОГ беморнинг ахволининг оғирлигини баҳолаш учун шкаласи

Асл ном: Тхе эастерн Сооперативе Онсологй Групп/Ворлд Хеалтх Организатион Перформансе Статус (ЕСОГ/ВҲО ПС)

Манба (ишлаб чиқарувчининг расмий веб-сайти, тасдиқланган нашр):
[хттпс://есогасрин.орг/ресурсес/есог-перформансе-статус](http://есогасрин.орг/ресурсес/есог-перформансе-статус)

Окен ММ, Срееч РХ, Тормей ДС, Ҳортон Ж, Давис ТЕ, МсФадден эТ, Сарбоне ПП: Тохиситй анд респонсе сритериа оф тхе эастерн Сооперативе Онсологй Групп. Ам Ж Слин Онсол 1982, 5(6):649-655

Тури: баҳолаш шкаласи

Мақсад: беморнинг фаолият даражасини унинг ўз-ўзига ғамхўрлик қилиш қобилияти, кундалик ҳаёт фаолияти ва жисмоний қобилиятлари (юриш, ишлаш ва бошқалар) нуқтаи назаридан тавсифлаш.

Таркиб:

Балл	Тавсиф
0	Бемор тўлиқ фаол, ҳамма нарсани касалликдан олдинги каби бажаришга қодир (Карновский шкаласи бўйича 90-100%)
1	Бемор оғир ишларни бажаролмайди, лекин энгил ёки ҳаракатсиз ишларни бажариши мумкин (масалан, энгил уй ишлари ёки қоғоз-ҳужжатлари билан ишлаши мумкин, Карновский шкаласи бўйича 70-80 %)
2	Бемор амбулатор тарзда даволанади ва ўз-ўзини парвариш қилиш қобилиятига эга, аммо ишни бажара олмайди. Уйғониш вақтининг 50% дан кўпроғини фаол равишда, тик ҳолатида, ўтказади (Карновский шкаласи бўйича 50-60 %)

3	Бемор фақат чекланган ўзига ғамхўрлик қила олади, уйғониш вақтининг 50% дан кўпроғини креслода ёки ётоқда ўтказди (Карновский шкаласи бўйича 30-40 %)
4	Ўзига ғамхўрлик қила олмайдиган, креслода ёки тўшақда қимирлатмай ётган ногирон (Карновский шкаласи бўйича 10-20 %)

3-илова

Карновский шкаласи

Асл ном: КАРНОФСКИЙ ПЕРФОРМАНСЕ СТАТУС

Манба (ишлаб чиқарувчининг расмий веб-сайти, тасдиқланган нашр):

Карнофский ДА, Бурченал ЖХ: Тхе слинисал эвалуатион оф чemothерапевтикс агентс ин сансер. Ин: эвалуатион оф чemothерапевтикс агентс. эдн. эдитед бй МасLeod С. New Ёрк: Солумбия Университй Пресс; 1949: 191-205.

Тури: баҳолаш шкаласи

Мақсад: беморнинг фаолият даражасини унинг ўз-ўзига ғамхўрлик қилиш қобилияти, кундалик ҳаёт фаолияти ва жисмоний қобилиятлари (юриш, ишлаш ва бошқалар) нуқтаи назаридан тавсифлаш.

Таркиб (шаблон):

Карновский шкаласи

100 – оддий аҳвол, шикоятлар йўқ

90 – оддий фаолиятга қодир, касалликнинг аҳамиятсиз аломатлар ёки белгилари.

80 – ҳаракат билан оддий фаолият, касалликнинг аҳамиятсиз аломатлар ёки белгилари.

70 – ўз-ўзини парвариш қилиш қобилиятига эга, оддий фаолият ёки фаол ишлашга қодир эмас.

60 – баъзан ёрдамга муҳтож, лекин ўз эҳтиёжларининг кўпини ўзи қондира олади.

50 – аҳамиятлий ёрдам ва тиббий хизматига муҳтож.

40 – ногирон, махсус, шу жумладан, тиббий ёрдамга муҳтож.

30 – оғир ногиронлик, касалхонага ётқизиш кўрсатилади, гарчи ўлим дарҳол таҳдид қилинмаса ҳам.

20 – оғир бемор. Касалхонага ётқизиш ва фаол даволаниш талаб этилади.

10 – ўлаётган.

0 – ўлим.

4-илова

Оғриқ синдромини баҳолаш учун висуал-аналог шкаласи.

Рус тилидаги ном: Оғриқ синдромини баҳолаш учун висуал-аналог шкаласи.

Асл ном: Тхе Нумерис Паин Ратинг Ссале Инструстионс.

Манба (шилаб чиқарувчининг расмий веб-сайти, тасдиқланган нашр):

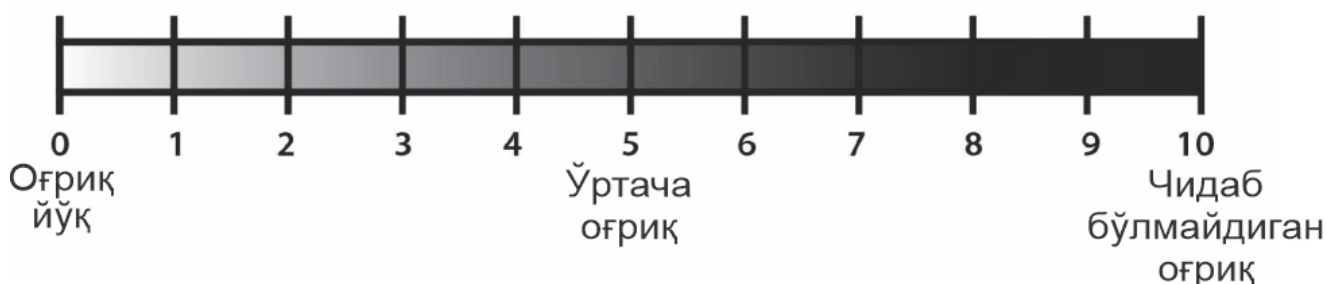
[хттпс://www.cralab.org/rehabilitacion-measuras/numeris-pain-rating-ssale](https://www.cralab.org/rehabilitacion-measuras/numeris-pain-rating-ssale);

McСафферй М, Беебе А. Паин: слинисал мануал фор нурсинг прастисе. Ст. Лоуис:

С.В. Мосбй; 1989. П. 158-70.

Тури: баҳолаш шкаласи

Мақсад: бемордаги оғриқ синдромининг даражасини тавсифлаш.



Йўриқнома: бемордан 10 см чизикда оғриқ даражасини 0 дан 10 гача бўлган шкалада белгилашни сўралади.

Калит: 1-3 балл - энгил оғриқ; 4-7 балл - ўртача оғриқ; 8 баллдан ортиқ - кучли оғриқ.

5-илова

Солид ўсмаларнинг иммуноркали жавобни баҳолаш мезонлари

Солид ўсмаларнинг РЕСИСТ 1.1 даволанишга жавобини баҳолаш мезонлари

Рус тилидаги ном: Солид ўсмаларнинг 1.1 даволанишга жавобини баҳолаш мезонлари

Рус тилидаги сарлавҳа: қаттиқ ўсмаларнинг даволанишга жавобини баҳолаш мезонлари 1.1.

Асл ном: Респонсе эвалуатион Сритериа Ин Солид Туморс 1.1 (РЕСИСТ).

Манба (ишлаб чиқарувчининг расмий веб-сайти, тасдиқланган нашр): эисенхауер э.А., Тхерассе П., Богаертс Ж., Счwartз Л.Х., Саргент Д., Форд Р., Дансей Ж., Арбуск С., Гвйтхер С., Мооней М., Рубинстеин Л., Шанкар Л., Додд Л., Каплан Р., Ласомбе Д., Вервейж Ж. New респонсе эвалуатион критериа ин солид тумоурс: ревисед РЕСИСТ гуиделине (версион 1.1). эур Ж Сансер 2009;45(2):228–47. DOI: 10.1016/ж.ежса.2008.10.026 [248].

Тури: баҳолаш шкаласи

Мазмуни: солид ўсмаларнинг даволанишга жавобини баҳолашни унификациялаш.

Таркиб (шаблон):

Даволанишга жавоби	РЕСИСТ 1.1
Тўлиқ самара	Қисқа ўқда барча мақсадли ҳосилалар ёки ≥ 10 мм лимфа тугунларининг йўқлиги
Қисман самара	Мақсадли ўчоқларнинг энг катта диаметрлари йиғиндисининг $\geq 30\%$ га қисқариши
Прогрессияланиш	Мақсадли ўчоқларнинг энг катта диаметрлари йиғиндисининг ≥ 5 мм мутлақ ўсиши билан $\geq 20\%$ га ўсиши. Янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши
Стабилизация	Юқорида кўрсатилгилардан ҳеч қайси бири

Калит (изоҳлаш): шкаланинг ўзида берилган.

10. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Клинические рекомендации эСМО (утверждено группой по подготовке рекомендаций эСМО, август 2014 года).
2. «Клиническая онкоурология» под редакцией Б.П. Матвеева (Москва, 2018 год). Руководство по раку мочевого пузыря ЕАУ (Европейской Ассоциации Урологов), 2018 год.
3. Журнал Онкоурология 2015г - 2018г, Ежеквартальный научно-практический журнал.
4. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов 2021 гг.
5. ИАРС, Сансер Тодай. эстиматед нумбер оф new сасес ин 2020, worлдwide, ботх сехес, алл агес. 2021 [ассесс дате Марч 2021].
[хттпс://гсо.иарс.фр/тодай/онлайн-анализ-табле](https://gso.iarc.fr/тодай/онлайн-анализ-табле)
6. Бургер, М., эт ал. эпидемиологй анд риск фасторс оф уротхелиал бладдер сансер. эур Урол, 2013. 63: 234. [хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/22877502](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22877502)
7. Сомперат, э., эт ал. Слинисопатхологисал чарактеристисс оф уротхелиал бладдер сансер ин пациентс лесс тхан 40 йеарс олд. Вирчовс Арч, 2015. 466: 589.
[хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/25697540](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25697540)
8. Вескимае, э., эт ал. Вхат Ис тхе Прогностис анд Слинисал Импортансе оф Уротхелиал анд Нонуротхелиал Хистологисал Вариантс оф Бладдер Сансер ин Предистинг Онсологисал Оутсомес ин Пациентс витх Муссле-инвасиве анд Метастатис Бладдер Сансер? А эуропеан Ассосиатион оф Урологй Муссле Инвасиве анд Метастатис Бладдер Сансер Гуиделинес Панел Сйстематис Ревиев. эур Урол Онсол, 2019. 2: 625. [хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/31601522](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31601522)
9. Чои, W., эт ал. Идентифисатион оф дистинст басал анд луминал субтйпес оф муссле-инвасиве бладдер сансер витх дифферент сенситивитиес то фронтлине чемотхерапй. Сансер Селл, 2014. 25: 152.
[хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/24525232](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24525232)
10. Ричард, П.О., эт ал. Астиве Сурвеиллансе фор Ренал Неопласмс витх Онсойтис Феатурес ис Сафе. Ж Урол, 2016. 195: 581.
[хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/26388501](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26388501)
11. Сомперат, э.М., эт ал. Градинг оф Уротхелиал Сарсинома анд Тхе Нев “Wорлд Хеалтх Органисатион Слассифисатион оф Тумоурс оф тхе Уринарй Сйстем анд Мале Генитал Органс 2016”. эур Урол Фосус, 2019. 5: 457.
[хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/29366854](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366854)
12. Рупре, М.,и другие., Руководство по уротелиальной клеточной карциноме верхних мочевых путей. В:Руководящие принципы ЕАУ, опубликованные на 38й

Ежегодный Конгресс Милан 2023. Офис рекомендаций Европейской ассоциации урологов, Арнем, Нидерланды. <https://uroweb.org/guidelines/upper-urinary-tract-urothelial-cell-carcinoma> 17

13. Гонтеро, П., и другие. Рекомендации по немышечно-инвазивному раку мочевого пузыря (Ta, T1 и СИС). В: Руководящие принципы ЕАУ, опубликованные на 38й Ежегодный Конгресс Милан 2023. Офис рекомендаций Европейской ассоциации урологов, Арнем, Нидерланды. <https://uroweb.org/guidelines/non-muscle-invasive-bladder-cancer> 18

14. Гакис, Г., и другие. Руководство ЭАУ по первичной карциноме уретры. В: Руководящие принципы ЕАУ, опубликованные на 38й Ежегодный Конгресс Милан 2023. Офис рекомендаций Европейской ассоциации урологов, Арнем, Нидерланды. <https://uroweb.org/guidelines/muscle-invasive-and-metastatic-bladder-cancer>.

15. Витжес, Дж. А., и другие. Рекомендации Европейской ассоциации урологов по мышечно-инвазивному и метастатическому раку мочевого пузыря: Краткое изложение рекомендаций 2020 г. Евро Урол, 2021. 79: 82.

16. НССН Гуйделинес Версион 3.2023 по раку мочевого пузыря

17. Фрейдман Н.Д. эт ал. Ассоциативон бетвеен смокинг анд риск оф бладдер сансер амонг мен анд women. ЖАМА 2011. 306: 737.

18. Бургер М. эт ал. эпидемиологй анд риск факторс оф уротхелиал бладдер сансер. эур Урол 2013. 63: 234

19. Песч Б. эт ал. Ссреенинг фор бладдер сансер витх уринарй тумор маркерс ин чемисал воркерс витх эхпосуре то ароматис аминес. Инт Арч Оссуп энвирон Хеалтх 2013.

20. У.С. Превентиве Сервисес Таск Форсе. Ссреенинг фор Бладдер Сансер ин Адултс: Ресоммендацион Статемент. Жуне 2004. Агенсй фор Хеалтхсаре Ресеарч анд Куалитй. Росквилле МД, 2004.

21. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Версия 2019. Доступно по: <https://mkб-10.com/>.

22. Моч Х., Субилла А.Л., Хумпхрей П.А. эт ал. Тхе 2016 WХО классифисатион оф тумоурс оф тхе уринарй сйстем анд мале генитал органс-парт А: ренал, пениле, анд тестисулар тумоурс. эур Урол 2016;70(1):93–105.

23. [Советский энциклопедический словарь](#) / Гл. ред. [А. М. Прохоров](#). — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.

24. ↑ [Перейти обратно:¹ ² Профилактика](#) / [Лисицын Ю. П.](#), [Трофимов В. В.](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд.

— М. : [Советская энциклопедия](#), 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.

25. ↑ Профилактика (в медицине) // [Большая советская энциклопедия](#). — М. : Советская энциклопедия, 1969—1978. — ([Большая советская энциклопедия](#) : [в 30 т.] / гл. ред. [А. М. Прохоров](#) ; 1969—1978).

26. ↑ [Перейти обратно:](#)^{1 2} [Профилактика](#) : [арх. 19 октября 2022] // [Большая российская энциклопедия](#) : [в 35 т.] / гл. ред. [Ю. С. Осипов](#). — М. : Большая российская энциклопедия, 2004—2017.

27. ↑ [Полунина Н. В., Пивоваров Ю. П., Милушкина О. Ю. Профилактическая медицина — основа сохранения здоровья населения](#) [Архивная копия](#) от 18 мая 2021 на [Вайбаск Мачине](#) / ГБОУ ВПО «[Российский национальный исследовательский университет имени Н. И. Пирогова](#)» Минздрава России, научная статья, DOI: 10.24075/вргму.2018.058 // М.: РНИУ им. Пирогова, журнал «Вестник Российского государственного медицинского университета», № 5, 2018 г., С. 5-13. ИССН: 2070-7320

28. ↑ [Профилактика болезней посредством создания здоровой окружающей среды](#) [Архивная копия](#) от 13 ноября 2018 на [Вайбаск Мачине](#) // Статья на сайте ВОЗ от марта 2016 года

29. ↑ [Буренков С. П., Лидов И. П., Сточик А. М. Первичная профилактика](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.

30. ↑ [Статистика санитарная](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1985. — Т. 24 : Сосудистый шов — Тениоз. — 544 с. : ил.

31. ↑ [Социальная гигиена](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1985. — Т. 24 : Сосудистый шов — Тениоз. — 544 с. : ил.

32. ↑ [А. Б. Полетаев. «Превентивная медицина: введение в проблему»](#) // Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал. [Архивировано](#) 28 октября 2021 года.

33. ↑ [Депутаты призвали развернуть медицину и сделать превентивной](#) // Статья от 19.09.2017 г. «Медвестник». Р. Шевченко

34. [Советский энциклопедический словарь](#) / Гл. ред. [А.М. Прохоров](#). — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.

35. ↑ Реабилитация в медицине / Турович э. А., Скобля э. С. // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1984. — Т. 22 : Растворители — Сахаров. — 544 с. : ил.

36. ↑ [Реабилитация](#) [Архивная копия](#) от 12 мая 2022 на [Вайбаск Мачине](#) // 10.11.2021 г. Просветительская статья на сайте [ВОЗ](#).

37. ↑ [Реабилитация больных и инвалидов](#) : [арх. 25 сентября 2022] // [Большая российская энциклопедия](#) [Электронный ресурс]. — 2017. ([Реабилитация больных и инвалидов](#) // Пустырник — Румчерод. — М. : Большая российская энциклопедия, 2015. — С. 277-278. — ([Большая российская энциклопедия](#) : [в 35 т.] / гл. ред. [Ю. С. Осипов](#) ; 2004—2017, т. 28). — [ИСБН 978-5-85270-365-1](#)).

38. ↑ Статья 40 Федерального закона от 21.11.2011 Н 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016)

39. Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (учебное пособие)./Под ред. В. С. Лучкевича и И. В. Полякова.— СПб,2005

40. ↑ [Перейти обратно:](#)¹ ² [Алексеев С. Н., Дробот Е. В.](#) Профилактика заболеваний // М.: Академия Естествознания, 2015. — 449 с. [ИСБН 978-5-91327-352-9](#). ([Текст в электронном виде](#) [Архивная копия](#) от 26 января 2021 на [Вайбаск Мачине](#) на сайте [монографияес.ру](#))

41. ↑ [Перейти обратно:](#)¹ ² [Катз. Д., Атер. А.](#) [««Превентиве медисине, интегративе медисине анд тхе хеалтх оф тхе популатион»» \(ПДФ\)](#). [Архивировано \(ПДФ\) 27 августа 2010](#). Дата обращения: 20 июля 2020.

42. Раммант э. эт ал. А Сйстематис Ревиев оф эхерсисе анд Псйчососиал Рехабилитатион Интервенционс то Импрове Хеалтх-Релатед Оутсомес ин Пациентс Витх Бладдер Сансер Ундергоинг Радисал Сйстестомй. Слин Рехабил, 32 (5), 594-606 Май 2018

43. Смитх Ж, Прутхи РС, МсГратх Ж. энхансед ресоверй программес фор пациентсундергоинг радисал сйстестомй. Нат Рев Урол. 2014;11(8):437–44.

44. Силвердале Н. этал. Массаже анд рефлехологй фор пост-оперативе сансер сйстестомй пациентс: эвалуатион оф а пилот сервисе.СомплементГхер Слин Праст. 2019 Феб;34:109-112. дои: 10.1016/ж.стсп.2018.11.010. эпуб 2018 Нов 14.

45. Мехлинг WE, Жасобс Б, Асрее М, эт ал.: Сймптом манажмент витх массаже анд асупунстуре ин постоперативе сансер пациентс: а рандомизед контроллед триал. Ж Паин Сймптом Манаге 33 (3): 258-66, 2007.

46. Салманоглу э. эт ал. А глансе ат имагинг бладдер сансер. Слин Трансл Имагинг. 2018 Ауг; 6(4): 257–269.дои: 10.1007/c40336-018-0284-9

47. Зуиверлоон ТСМ. эт ал. Ресоммендационс фор фоллоу-уп оф муссле-инвасиве бладдер сансер пациентс: А сонсенсус бй тхе интернационал бладдер сансер нетворк. Урол Онсол. 2018 Сеп;36(9):423-431. дои: 10.1016/ж.уролонс.2018.01.014. эпуб 2018 Мар 2.

48. БеллмунтЖ. эт ал. Бладдер сансер: эСМО Прастисе Гуиделинес фор диагносис, трeatмент анд фоллоу-уп.Анн Онсол. 2014 Сеп;25 Суппл 3:иини40-8. дои: 10.1093/аннонс/мду223. эпуб 2014 Ауг 5

49. Бус МТ. эт ал. Уротхелиал сарсинома ин тхе ушпер уринарй траст: девелопментс ин диагностисс, трeatмент анд фоллоу-уп. НедТиждсчрГенеескд. 2014;158:A7347. Ревиев. Дутч.

50. Витжес ЖА, Бруинс ХМ, Сатхомас Р, эт ал. эАУ Гуиделинес он Нон-муссле-инвасиве Бладдер Сансер (ТаТ1 анд СИС). эур Урол. 2021.