

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

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

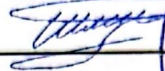
**"ЖИНСИЙ ОЛАТ САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

"ТАСДИҚЛАЙМАН"

Республика ихтисослаштирилган
Онкология ва радиология илмий-
амалий тиббиёт маркази директори

М. Н. Тилляидинов



2025 йил



**"ЖИНСИЙ ОЛАТ САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

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

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. Ушбу миллий С60 – жинсий олат саратони бўйича клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ буйрак-хужайрали саратонини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепсияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

Жинсий олат 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	Код
C60	– Жинсий олат хавfli ўсмаси
C60.0	– жинсий олат кертмакнинг
C60.1	– жинсий олат бошининг
C60.2	– жинсий олат танасининг
C60.8	– юқоридаги бир ёки бир нечта локализациядан ташқарига чиқадиган жинсий олат шикастланиши
C60.9	– аниқланмаган локализациядаги жинсий олат шикастланиши
ХКК- 11	
2C81	Жинсий олат хавfli ўсмалари
2C81.0	Жинсий олат хавfli ўсмалари ясси хужайрали саратони
2C81.1	Жинсий олат меланомаси
2C81.Y	Жинсий олат бошқа тасдиқланган хавfli ўсмалари
2C81.Z	Жинсий олат бошқа тасдиқланмаган хавfli ўсмалари
Юқлаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1323	

- 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. Тилляшайхов Мирзаголиб Нигматович – т.ф.д., профессор, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИОваРИАТМ) директори;
2. Юсупбеков Аброрбек Ахмеджанович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари;
3. Жураев Миржалол Дехканович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ абдоминал бўлими раҳбари;
4. Ибрагимов Шавкат 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. Исмаилова Муножат Ҳаётовна – к.м.н., Тошкент Тиббиёт академияси онкология кафедраси мудири.
8. Хасанов Акбар Ибрагимович – т.ф.д., РИОваРИАТМ бош бўйин ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
9. Абдукаримов Хуршид Ганжиевич – т.ф.д. РИОваРИАТМ таянч-харакат аъзолари ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
10. Ахмедов Одилжон Мухамеджанович – т.ф.н., РИОваРИАТМ эндовизуал жарроҳлик бўлими мудири.

- Мултидисциплинар муаллифлар рўйхати, қўшимча 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 мудир;
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 мудир.

- Тақризчилар:

Республикадан:

Рахимов Нодир Махаматкулович – т.ф.д., Самарқанд вилояти ҳудудлар аро Хосписи директори.

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 ноябрда бўлиб ўтган.

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва таҳрирлаш:

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 рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг метатаҳлил ёрдамидаги тизимли текшируви
2	Референс услуб назорати остидаги мустақил тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизацияланган 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 РКТни 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

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

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

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

«ЖИНСИЙ ОЛАТ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ 77

ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ:

АФП	–	алфа-фетопротеин
МЮЧ	–	меъёрнинг юқори чегараси
в/и	–	вена ичига юбориш
т/о	–	тери остига юбориш
м/и	–	мушак ичига юбориш
ПЯ	–	прогрессиясиз яшовчанлик
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ГР	–	грей
Бр	–	бирликлар
МИТ	–	мъеда ичак тракти
ҚПОЛАЭ	–	қорин пардаси орти лимфоаденектомия
КТ	–	компьютер томография
ЛДГ	–	лактатдегидрогеназа
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
ПКТ	–	поликимётерапия
ПЭТ	–	позитрон-эмиссия томография
РКТ	–	рандомлаштирилган клиник тадқиқотлар
БМЎД	–	бир марталик ўчоқли доза
ЖОС	–	жинсий олат саратони
РПГА	–	<i>Treponema pallidum</i> антитаналарини аниқлаш учун

	гемаглютинация пассив реакцияси трепонем тести
СЎД	– суммар ўчоқ дозаси
ЭЧТ	– эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
ИИАБ	– ингичка игнали аспирацион биопсияси
ЧЛАЭ	– Чанок лимфаденэктомияси
ДД	– далиллар даражаси
УТДГ	– ултратовушли доплерография
УТТ	– ултратовуш текшируви
КТ	– кимиётерапия
КЖТ	– коса-жом тизими
ФФГ	– фоликула фаоллаштирувчи гормон
ЭКГ	– электрокардиограмма
ЭФГДС	– эзофагофиброгастроуденоскопия
ЭхоКГ	– эхокардиография
EAU	– Европа урологлар ассоциацияси
per os	– перорал
TNM	– Tumor Nodulus Metastasis (хавфли ўсмаларнинг халқаро таснифи)
UICC	– Саратонга қарши халқаро иттифоқи

2. Асосий қисм

- Кириш:

Жинсий олат саратони (ЖОС) онкологик касаллик бўлиб, унда эпителия тўқимасидан келиб чиқадиган хавфли ўсма жинсий олатнинг боши, кертмак ёки танаси соҳасида локализация қилинади. [1] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25457021/>).

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=26&types=1)

Саратон касалликларини ўрганиш бўйича халқаро агентлик - GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда жами 37 700 та жинсий олат саратони ҳолатлари аниқланган ва саратоннинг ушбу туридан 13 738 киши вафот этган.

ЖОС ривожланишига фимоз ва сурункали баланопостит ёрдам беради. Псориаз билан оғриган беморларда псориаз, фототерапия ва ультрабинафша нурлари терапияси, чекувчилар ва жинсий фаолликнинг эрта бошланиши ва кўп жинсий шериклари бўлган эркакларда ЖОС ривожланиш хавфи ортиши кўрсатилган. ЖОС ривожланиш хавфи ва 16 ва 18 турдаги инсон папиллома вируси ўртасида корреляцияси аниқланди, бу беморларнинг 50% да аниқланади; жинсий олат саратонининг базалиоид ва веррукоз турларида бу кўрсаткич 22-66% га етади (<https://emedicine.medscape.com/article/446554-workup#c4?form=fpf>)

ЖОС билан вақти-вақти билан боғлиқ бўлган касалликларга тери шохи, жинсий олатни боуен каби папуллёзи ва облитерловчи баланопостит (лихенизацияловчи склероз) киради. Жинсий олатнинг ясси хужайрали саратони учун юқори хавф омиллари (хавфли трансформацияларнинг 30% гача) интраэпителиал неоплазия (сарсинома ин ситу), Бушке-Левенштейннинг гигант кондиломаси, Кейр эритроплазияси, Боуен касаллиги ва Педжет касаллигидир (<https://emedicine.medscape.com/article/446554-workup#c4>).

ЖОС кам учрайдиган онкологик касаллик бўлиб, ҳар 100 000 эркак аҳолига частотаси 0,1-7,9 ни ташкил қилади. Европада унинг частотаси 100 000 кишига 0,1-0,9, АҚШда - 100 000 кишига 0,7-0,9; бироқ, Осиё, Африка ва Жанубий Американинг баъзи ҳудудларида бу кўрсаткич 100 000 кишига 19 га етади. Бу мамлакатларда ЖОС эркаклардаги барча хавфли ўсмаларнинг 10-20% ни ташкил қилади [1]. 2017 йилда Россияда касалланиш даражаси 100 000 кишига 0,67 ни ташкил этди. (https://glavonco.ru/cancer_register/%D0%97%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB_2019_%D0%AD%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82%D1%80.pdf).

РИОваРИАТМнинг статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистон Республикасида 2021 йилда 7 та, 2022 йилда 9 та, 2023 йилда 15 та жинсий олат саратон ҳолатлари аниқланган.

Клиник таснифи (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25457021/>)

Касалликлар ва улар билан боғлиқ соғлиқ муаммоларининг халқаро статистик (ХКК-10) таснифига кўра, жинсий олатнинг саратони локализацияга кўра таснифланади: масалан, жинсий олат кертмакнинг хавфли ўсмаси С60.0, жинсий олат танасининг хавфли ўсмаси эса С60.2 кодига эга бўлади.

Жинсий олат саратонининг халқаро гистологик таснифи (ЖССТ таснифи, 2016 й.):

❖ **Хавфли эпителиал ўсмалари:**

▪ Ясси хужайрали саратон:	8070/3
• Одам папиллома вируси (ОПВ) билан боғлиқ бўлмаган ясси хужайрали саратон:	
• Ясси хужайрали саратон, оддий тури	8070/3
• Псевдогиперпластик саратон	
• Сохта темирли саратон	8075/3
• Веррукоз саратон	8051/3
• <i>Сунисулатум</i> карциномаси	
• Папилляр ясси хужайрали саратон	8052/3
• Адено ясси хужайрали саратон	8560/3
• Саркоматоид ясси хужайрали саратон	8074/3
• Аралаш ясси хужайрали саратон	8070/3
• ОПВ билан боғлиқ ясси хужайрали саратон:	
• Базалоид ясси хужайрали саратон	8083/3
• Папилляр басалоид саратон	
• Суғалли саратон	8054/3
• Суғалли-базалоид саратон	
• Ёруғ ясси хужайрали саратон	8084/3
• Лимфоэпителиомага ўхшаш саратон	8082/3
• Бошқа ноёб турлари	
❖ Ўтмидош шикастланишлар:	
• Пенил интраэпителиал неоплазияси	8077/2
• Суғалли/базалоид/суғалли-базалоид	
• Дифференциаланган пенил интраэпителиал неоплазияси	8071/2
• Педжет касаллиги	8542/3

Жинсий олат хавфли ўсмаларининг 95% дан ортиғи ясси хужайрали саратондир. Хавфли меланомалар ва базал хужайрали карциномалар жуда кам учрайди. Жинсий олатнинг мезенхимал ўсмалари жуда кам учрайди, уларнинг частотаси деярли 3% га етади (Капоши саркомаси, ангиосаркома, эпителиоид гемангиоендотелиома). Қовуқ, простата беши, буйрак ва тўғри ичак ўсмаларининг жинсий олатга метастазланиш ҳолатлари тасвирланган. Жинсий олат саратони ривожланишининг 3 асосий тури мавжуд: юзаки, тугунли ва веррукоз.

4-жадвал. ЖОСнинг гистологик кичик типлари, уларнинг частотаси ва прогнози

Кичик тури	Частотаси (холатлар %)	Прогноз
Классик ясси хужайрали карцинома	48-65	Хавфли ўсманинг жойлашуви, босқичи ва даражасига боғлиқ
Базалоид	4-10	Ёмон прогноз, кўпинча чов лимфа тугунларининг эрта шикастланиши
Суғалли	7-10	Яхши прогноз, камдан-кам метастазланади
Веррукоз	3-8	Яхши прогноз, метастазланмайди
Папилляр	5-15	Яхши прогноз, камдан-кам метастазланади
Саркоматоид	1-3	Жуда ёмон прогноз, эрта томир метастазлари
Аралаш	9-10	Гетероген гуруҳ
Сохта гиперпластик	< 1	Кертмак, ксеротик баланит билан боғлиқ, яхши прогноз, метастазлар тасвирланмаган
Дуксимон хужайрали	< 1	Веррукоз карциноманинг варианты, яхши прогноз, метастазлар тасвирланмаган
Сохта glandуляр	< 1	Юқори хавф даражадаги карцинома, эрта метастазлаш, ёмон прогноз
Суғалли-базалоид	9-14	Ёмон прогноз, метастазлашнинг юқори потенциали (суғалли турига қараганда юқори, базалоид турига қараганда паст)
Аденосквамоз	< 1	Олат бошнинг марказий ва перимеатал қисми, юқори хавф даражадаги карцинома, метастазлаш потенциали юқори, аммо ўлим даражаси паст
Мукоепидермоид	< 1	Юқори агрессивлик, ёмон прогноз 3
ЖОСнинг ясси хужайрали варианты	1-2	Жуда кам учрайдиган вариант, ОПВ билан боғлиқ, агрессив, эрта метастазланади, ёмон прогноз, локацияга боғлиқ, кўпинча лимфа тугунларини шакастлайди

Жинсий олат саратондан олдинги касалликлари факултатив (жинсий олат саратони ривожланиш хавфи паст) ва облигатив (жинсий олат саратони ривожланиш хавфи юқори) га бўлиниши мумкин. Факултатив саратон олди касалликларга жинсий олатнинг тери шохи ва жинсий олатнинг папилломалари

киради. Облигатив касалликларга жинсий олатнинг интраэпителиал неоплазияси (Квейрат (Қуейрат) эритроплазияси, Боуен (Bowen) касаллиги), шунингдек облитерацияловчи балантит киради [1].

Клиник таснифи.

Жинсий олат саратоннинг 2016 йилдаги TNM таснифи.

Т – бирламчи ўсма:

Tx	бирламчи ўсмани баҳолаш учун етарли маълумотлар йўқ
Tis	карцинома ин ситу.
Ta	ноинвазив веррукоз (суғалли) карцинома деструктив инвазив ўсишсиз T1 ўсма субэпителиал бириктирувчи тўқималарга ўсади.
T1a	ўсма лимфоваскуляр инвазия белгиларисиз субэпителиал бириктирувчи тўқималарга ўсиб боради ва паст дифференциалланган ёки дифференциалланмаган бўлади (T1G1-2).
T1b	ўсма лимфоваскуляр инвазия билан субэпителиал бириктирувчи тўқимага ўсади ёки паст дифференциалланган ёки дифференциалланмаган бўлади (T1G3-4).
T2	ўсма ғовакли танага уретрага инвазияси билан ёки инвазиясиз ўсади.
T3	ўсма каверноз танага ўсади каверноз танага инвазияси билан ёки инвазиясиз.
T4	ўсма бошқа атрофдаги тузилмаларга тарқалади.

N – регионар лимфа тугунлари (ЛТ):

Nx	регионар N0 лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш учун маълумотларнинг етарли эмаслиги, пайпасланадиган ёки кўзга кўринадиган чов лимфа тугунлари мавжуд эмас.
N1	Бир томонда ҳаракатланувчи пайпасланадиган чов лимфа тугуни мавжуд.
N2	Кўп ёки икки томонлама ҳаракатланувчи пайпасланадиган чов лимфа тугунлари мавжуд.
N3	чов лимфа тугунларининг ҳаракатсиз конгломерати ёки чаноқ лимфа тугунларининг бир томонлама ёки икки томонлама кенгайиши.

M – узоқ метастазлар:

M0	узоқ метастазлар мавжудлигининг белгилари эмас.
M1	узоқ метастазлар мавжуд.

Патоморфологик таснифи TNM ЖОС 2016 й.:

- Патоморфологик T тоифалари клиник T тоифаларига тўғри келади. pN тоифалари биопсия ёки лимфодиссекция маълумотларига асосланади.

pN – регионар лимфа тугунлари

pNx	регионар лимфа тугунларининг ҳолатини баҳолаш учун этарли маълумотлар мавжуд эмас.
pN0	регионар лимфа тугунларида метастазлар йўқ.
pN1	бир томонда бир ёки иккита чов лимфа тугунларида метастаз.
pN2	чов лимфа тугунларининг кўп ёки икки томонлама шикастланиши.
pN3	бир ёки икки томонда бир ёки бир нечта чанок лимфа тугунларида метастаз ёки чов лимфа тугунидан метастазнинг экстранодал тарқалиши.

pM – узоқ метастазлар

pM0	узоқ метастазлар мавжуд эмас.
pM1	узоқ метастазлар мавжуд.

G – гистологик босқичлаш:

Gx	гистологик дифференциялашни баҳолаш учун этарли маълумотлар йўқлиги.
G1	юқори дифференцияланган ўсма.
G2	ўрта даражада дифференцияланган ўсма.
G3–4	кам дифференцияланган ёки дифференцияланмаган ўсма.

Босқичларга гуруҳлаш:

0-босқич	Тис	N0	M0
	Та	N0	M0
I-босқич	T1	N0	M0
II-босқич	T1 T2	N1 N0	M0 M0

	T2	N1	M0
III-босқич	T1 T2 T3 T3 T3	N2 N2 N0 N1 N2	M0 M0 M0 M0 M0
IV-босқич	T4 хар қандай T хар қандай T	хар қандай N N3 хар қандай N	M0 M0 M1

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

3.1. Касаллик ёки ҳолатнинг клиник кўриниши (касалликлар ёки ҳолатлар гурухи)

Дастлабки босқичларда касаллик жинсий олат боши ёки кертмакда кичик экзофитик ёки ясси ўчоқнинг мавжудлиги билан тавсифланади, бу аста-секин спонгиоз ва/ёки каверноз жисмларга инфильтрация қилинади. Кўпинча парчаланадиган ўсма инфекцияланади, уретра оқмалари пайдо бўлиши мумкин, ораликнинг юмшоқ тўқималарининг флегмонаси ва сепсис ривожланиши мумкин. Бирламчи ўсмадан қон кетиши тасвирланган. Агар даволанмаса, жинсий олатни автоампутация бажарилиши мумкин.

ЖОСда чов лимфа тугунларининг кенгайиши тез-тез кузатилади, бу метастазлар ёки юқумли лимфаденит мавжудлигидан келиб чиқади. Шикастланган лимфа тугунлари бир-бири билан қўшилиб, терига ўсадиган конгломератларни ҳосил қилади, йирингли оқма билан ташқи оқмаларни ҳосил қилади. Оёқлардан лимфа дренажининг бузилиши шишнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Узоқ метастазларнинг пайдо бўлиши уларнинг локализациясига мувофиқ келадиган симптомларнинг ривожланишига сабаб бўлади.

3.2. Ташҳис қўйиш

Ташхис/ҳолатни ташҳислаш мезонлари:

1. анамнез маълумотлари;
2. физикал текширув маълумотлари;
3. лаборатория тадқиқотларнинг маълумотлари;
4. инструментал текширув маълумотлари.

Клиник ташхис таҳлиллар натижаларининг комбинациясига асосланади:

1. физикал текширув (визуал текшириш ва пайпаслаш) - жинсий олатда шубҳали

ҳосилани кўрсатадиган мезонларни тақдим этади;

2. ўсма намуналарини патологик-анатомик (морфологик) ўрганишнинг хулосалари.

3.3 Диагностика мезонлари.

Шикоятлар ва анамнез:

- Даволаш тактикасини танлашга таъсир қилиши мумкин бўлган омилларни аниқлаш учун барча беморлардан шикоятлар ва анамнез йиғиш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25457021/>)

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

Физикал текширув

- ЖОСга шубҳа бўлган барча беморларга ўсма жараёнининг тарқалиш даражасини баҳолаш учун жинсий олат ва чов соҳаларини текшириш ва пайпаслаш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23279708/>).

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

Лаборатор диагностикаси текширувлар:

- ЖОС билан оғриган барча беморларга қўшимча диагностика усулларини танлаш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун умумий клиник қон таҳлили **тавсия этилади**.

(<https://emedicine.medscape.com/article/446554-workup?form=fpf>).

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

- ЖОС билан оғриган барча беморларга қўшимча диагностика усулларини танлаш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун биокимёвий қон таҳлилини топшириш (шу жумладан глюкоза, креатинин, мочевина, билирубин, трансаминазалар, ишқорли фосфатаза, қон зардобадаги калий даражаларини аниқлаш) **тавсия этилади** (<https://emedicine.medscape.com/article/446554-workup?form=fpf>).

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

- ЖОС билан оғриган барча беморларга қўшимча диагностика усулларини танлаш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун протромбин, протромбин вақти, халқаро нормаллаштирилган нисбат, фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти ва

фибриногенни аниқлашни ўз ичига олган коагулограмми топшириш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19394816/>).

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

• ЖОС билан оғриган барча беморларга қўшимча диагностика усуллари танлаш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун умумий сийдик таҳлил **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15791892/>).

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

• ЖОС билан оғриган ва бирламчи ўсма ёки регионар метастазлар инфекциясининг клиник аломатлари бўлган барча беморларга инфекцион асоратларни даволаш ва сепсиснинг олдини олиш тактикасини аниқлаш учун аероб ва факултатив-анаероб шартли-патоген микроорганизмлар учун ўсма оқиши микробиологик (маданий) тадқиқотидан ўтиш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15791892/>)

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

Инструментал диагностика текширувлари

• ЖОС ташхиси қўйилган беморларда шубҳали текширув ва пайпаслаш маълумотлари бўлса, ўсма инвазияси чуқурлигини аниқлаш учун жинсий олат ултратовуш текшируви (УТТ) ва/ёки магнит-резонанс томографияни (МРТ) бажариш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12656901/>).

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

• ЖОС ташхиси қўйилган барча беморларда регионар лимфа тугунларининг ҳолатини баҳолаш учун чов зоналар УТТсини бажариш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27402024/>).

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

• Чов лимфа тугунлари пайпасланадиган (ёки УТТга кўра чов лимфа тугунлари ≥ 10 мм бўлган семизликка чалинган беморларда) ЖОС билан оғриган барча беморларда регионар лимфа тугунларининг ҳолатини баҳолаш учун чов ва чанок аъзоларининг контрастли компьютер томографияси (КТ) ёки МРТини бажариш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975666/>).

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

- Чов лимфа тугунлари катталашган барча ЖОС билан оғриган барча беморларда қорин орти парда лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш учун қорин бўшлиғи ва қорин орти парда бўшлиғининг томир ичига контрастлаш билан КТ ёки МРИни бажариш **тавсия этилади** (<https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Penile-Cancer-2022.pdf>).

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

- Чаноқ аъзоларининг лимфа тугунлари катталашган ЖОС билан оғриган барча беморларни ўпка метастазларини аниқлаш учун кўкрак қафаси рентгенография ёки КТни бажариш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975666/>).

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

- Суяк метастазларини аниқлаш учун суяк оғриғидан шикоят қилган беморларга суяк синтиграфиясини (Остеосцинтиграфия) бажариш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975666/>).

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

Бошқа диагностика текширувлари

- ЖОСга шубҳа қилинган барча беморларда гистологик тури, варианты, анаплазия даражаси, ангиолимфатик инвазия мавжудлиги, бирламчи ўсманинг инвазия чуқурлиги, шунингдек, олиб ташланган лимфа тугунлари сонини баҳолаш, олиб ташланган лимфа тугунларида ЖОС метастазларини аниқлаш, экстранодал ўсма экстензиясини аниқлаш учун биопсия ва/ёки жарроҳлик намуналарини патологик-анатомик текширувдан ўтказиш **тавсия этилади** [2, 18-20].

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

Шарҳлар: Даволашни бошлашдан олдин ЖОС ташхисининг морфологик тасдиқлашни олиш шарт. Бирламчи ўсмани ҳам, регионар метастазларни ҳам даволаш тактикасини аниқлаш учун ўсманинг гистологик вариантини аниқлаш, Т тоифаси ва анаплазия G даражасини баҳолаш керак. Ситологик текшириш учун морфологик намуналарини қиринди ёки суртма орқали, патологик-анатомик текшириш учун - очик, устунли, аспирацион биопсия орқали олиш мумкин. Дистал локализациянинг кичик ўсмалари (кертмак, жинсий олат боши) бўлса, ташхисни бирламчи текшириш учун ўсмани тўлиқ олиб ташлаш мумкин.

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 тугухини 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. Мояк халтасини пайпаслаш, жинсий олатни текшириш.
12. Кичик чаноқ, қорин бўшлиғи аъзоларининг ва чов лимфа тугунларининг УТТси.
13. Кичик чаноқ аъзоларининг ва жинсий олатнинг контрастли МРТси .
14. Қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи аъзоларининг контрастли КТси.
15. Кўкрак қафаси аъзоларининг контрастли КТси.
16. Биоптатни ситологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)*.
17. Биоптатни гистологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)*.
18. ЭКГ.
19. ЭхоКГ.
20. Бутун тананинг ПЭТ/КТси **.

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

1. Биокимёвий қон таҳлили (натрий, калий, калций, С-реактив оқсил, исқорли фосфатаза).

2. ПЦР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, ситомегаловирус, токсоплазмоз.
3. В ва С гепатит вирусларига ПЦР (микдорий).
4. COVID-19га ПЦР;
5. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш.
6. Бевосита ва билвосита Кумбс синамаси.
7. Стандарт цитогенетик текшируви.
8. FISH усулида ва молекулар-генетик текшириш.
9. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш.
10. АФП, ИХГ, ЛДГ ўсма маркерларининг қондаги даражасини текшириш.
11. Прокалцитонин.
12. Антитромбин III, Д-димер.
13. Периферик қон ИФТси.
14. Биоптатни иммуногистохимёлогик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)*.
15. Молекуляр генетик тадқиқотлар.
16. Буруннинг ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси.
17. Мояк халтасининг ТРУТТ.
18. Обзорли экскретор вена ичи урографияси.
19. Коптокчалар филтрация тезлигини аниқлаш.
20. Бош, бўйиннинг КТси.
21. Бош миянинг МРТси.
22. Буйрак томирлар ва ОКВнинг ангиографияси.
23. Буйракларнинг изотоп ренографияси.
24. Буйрак томирлари, остки бўш вена, оёқлар томирларининг (вена ва/ёки артериялар) УТДГси.
25. Фиброэзофагогастроуденоскопия.
26. Колоноскопия.
27. Скелет суякларнинг Остеосцинтиграфияси.
28. ЭКГ Холтер мониторинги.

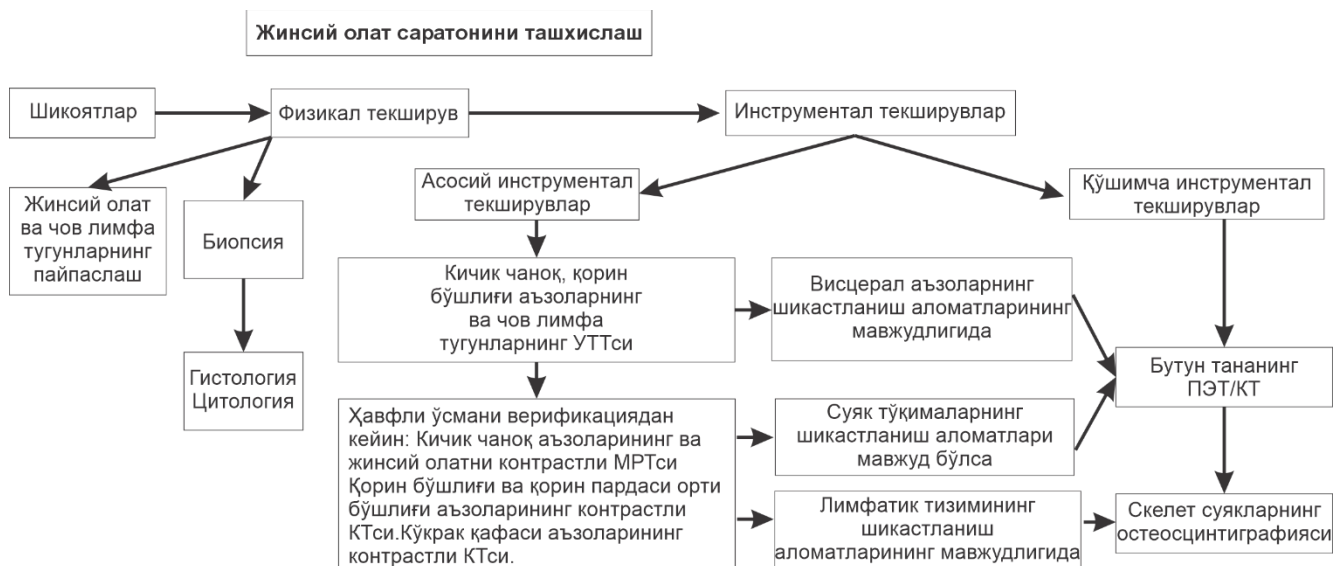
* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

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

- Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:

- **андролог кўриги**, жинсий олат саратонини даволашни бошлашдан олдин барча эркаклар билан манийни «маний банкида» (криоконсервация) сақлашни муҳокама қилиш;
- **кардилог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсулт, мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **эндокринолог кўриги** (эндокрин аъзолари томонидан ҳамроҳ касалликлари бўлган тақдирда);
- **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.

3.4 Диагностик алгоритм (чизма):



2.3 Дифференциал диагностика ва қўшимча текширишлар учун асослар

5-жадвал. Жинсий олат саратонининг дифференциал диагностикаси.

Ташхис	Дифференциал диагностика учун асослаш	Текширишлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Факултатив (жинсий олатнинг тери шохи ва жинсий олат папилломаси)	Агар жинсий олатда ҳосила ва оқинди мавжуд бўлса	Кичик чаноқ аъзоларининг УТТси ва жинсий олатнинг МРТси. Ситологик ва гистологик текширув. Одам папиллома вируси. РПГА ва ОИВ учун қон таҳлили	Жинсий олатнинг УТТ ва МРТси маълумотларига кўра ҳосила мавжудлиги. Ташхисни ситологик ёки гистологик тасдиқлаш
Мажбурий (жинсий олат интраэпители ал неоплазияси (Квейрат	Жинсий олатни терисида ҳосила бўлганда, оқинди, шунингдек жинсий олат шакли ўзгарган бўлса	Жинсий олатнинг МРТси. Ситологик ва гистологик текширув. Одам	Жинсий олатнинг МРТси маълумотларига кўра ҳосила мавжудлиги. Ташхисни ситологик ёки гистологик

<p>(Күейрат) эритроплазияс и, Боуен (Bowen) касалиги) ва облитерациял овчи балантит)</p>		<p>папиллома вируси</p>	<p>тасдиқлаш</p>
<p>Жинсий олат сил касалиги (ЖОСК) нисбатан кам учрайдиган касаликдир</p>	<p>Жинсий олат сил касалиги бирламчи, иккиламчи ва ятрогеник бўлиши мумкин (қовуқнинг юзаки саратони учун БСГ инстиляцияси натижасида келиб чиқади). ЖОСК таркибига жинсий олат тери, жинсий олат боши ва каверноз таналарнинг сил касалиги киради. Жинсий олатдаги ҳар қандай ўзгаришлар, биринчи навбатда, жинсий йўл билан юқадиган касаликлар ёки хавфли тўқималарнинг хавфли қайта туғилиш ҳақида далолат беради.</p>	<p>Ташхис асосан патологик жиҳатдан тасдиқланади, сил касалликни экиш усули билан аниқлаш ва ПЦР диагностикаси натижалари ҳолатларнинг учдан бирдан кўп бўлмаган ҳолларда ижобий натижа беради</p>	<p>ПЦР ташхисини ситологик ёки гистологик тасдиқлаш - диагностика</p>

4. Амбулатор даражада даволаш тактикаси: йўқ.

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

1) Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Жинсий олатда гистологик ва/ёки ситологик верификацияланган ўсма жараёнининг мавжудлиги;
- Жинсий олатни жарроҳлик амалиёти бажариш мумкин бўлган саратон (И-ИВ босқичлар).

2) Шошилич касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Жинсий олат шаклланишидан ва лимфа тугунларидан ўсманинг парчаланиши ва қон кетиши.

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси

[\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31324498/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31324498/)

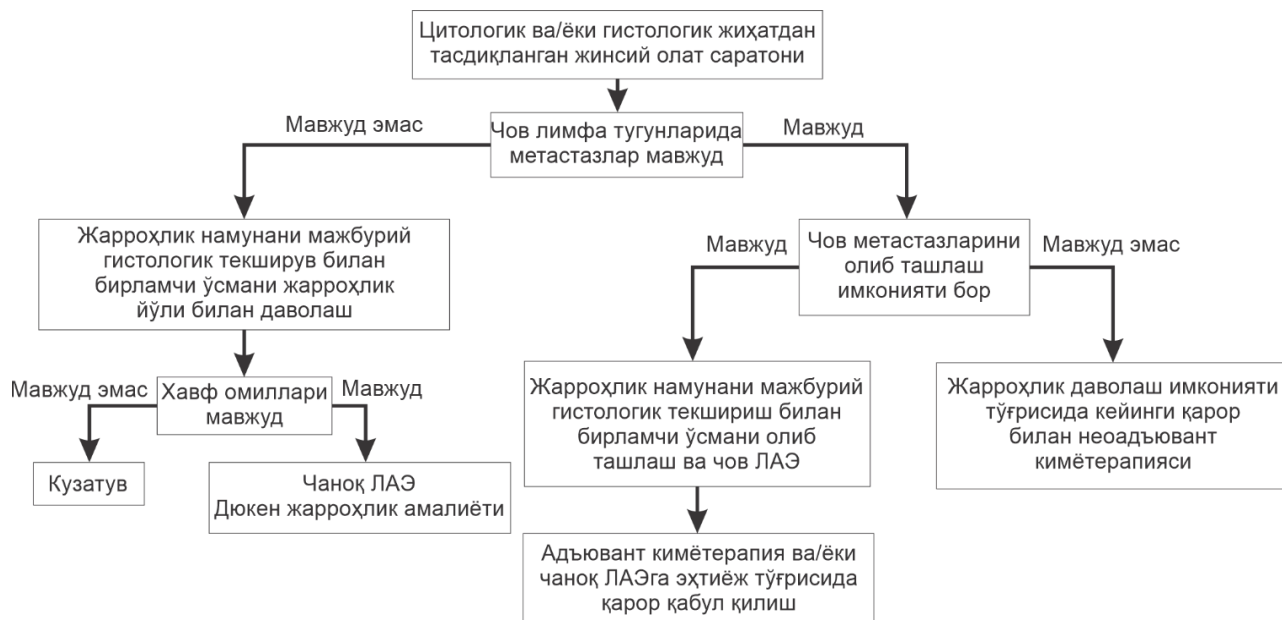
1) Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутлаш: (йўқ)

2) Номедикаментоз даволаш:

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

Жинсий олат саратонини даволаш алгоритми:



6-жадвал. ЖОС билан оғриган беморларда бирламчи ўсмани даволаш усулини танлаш алгоритми.

Бирламчи ўсманинг хусусиятлари	Даволаш
Tis, Ta	#имихимода аппликациялари; лазер абляция, жарроҳлик даволаш
T1 (G1,G2)	#имихимода аппликациялари; лазер абляция, жарроҳлик даволаш, нур терапия дистанцион ёки тўқима ичидаги - <4 см ўсмаларда дистанцион - ≥4 см ўсмаларда
T1 (G3,G4), T2-4	жарроҳлик даволаш, нур терапия дистанцион ёки тўқима ичидаги - <4 см ўсмаларда дистанцион - ≥4 см ўсмаларда кимё нур терапияси

7-жадвал. ЖОС билан оғриган беморларда регионар метастазлар учун даволаш тактикасини танлаш алгоритми.

Регионар лимфа тугунлари	Қўшимча хусусиятлари	Даволаш тактикаси
Чов лимфа тугунлари пайпасланма	Бирламчи ўсма Tis, Ta, TaG1	Динамик кўрикчи лимфа тугуннинг биопсияси (агар ижобий бўлса - икки томонлама стандарт чов-сон лимфодиссекция)

йди	Бирламчи ўсма Tis, Ta, TaG1	Агар динамик кўриқчи лимфа тугуннинг биопсияси мумкин бўлмаса - динамик кузатув
	Бирламчи ўсма T>T1a, G>G1	Шошилинч патологик-анатомик текширув билан модификацияланган икки томонлама стандарт чов-сон лимфодиссекцияси (агар натижа ижобий бўлса - метастаз ёки метастазлар аниқланган томонда стандарт чов-сон лимфаденэктомияси)
Чов лимфа тугунлари пайпасланад и.	Бирламчи ўсма Tis, Ta, TaG1 Чов лимфа тугунлари <4 см, ҳаракатчан	Тери орқали УТТ назорати остида биопсия Тери орқали биопсиясининг натижаси салбий бўлса: очик биопсия Очик биопсиясининг натижаси салбий бўлса: динамик кузатув Биопсиясининг натижаси ижобий бўлса: икки томонлама стандарт чов-сон лимфодиссекцияси Экстранодал ўсманинг ўсиши, чов лимфа тугунларида 3 ёки ундан ортиқ метастазлар, икки томонлама чаноқ лимфодиссекцияси, адъювант кимётерапия ёки кимётерапия имкониятини кўриб чиқиш зарур.
	Бирламчи ўсма T>T1a, G>G1 Чов лимфа тугунлари <4 см, ҳаракатчан	Икки томонлама стандарт чов-сон лимфодиссекцияси. Экстранодал ўсманинг ўсиши, чов лимфа тугунларида 3 ёки ундан ортиқ метастазлар, икки томонлама чаноқ лимфодиссекцияси.
	Чов лимфа тугунлари ≥4 см, ҳаракатчан	Тери орқали УТТ назорати остида биопсия Тери орқали биопсиясининг натижаси салбий бўлса: очик биопсия Очик биопсиясининг натижаси салбий бўлса: динамик кузатув Биопсиясининг натижаси ижобий бўлса: адъювант кимётерапия, икки томонлама стандарт чов-сон лимфодиссекцияси Экстранодал ўсманинг ўсиши, чов лимфа тугунларида 3 ёки ундан ортиқ метастазлар, икки томонлама чаноқ лимфодиссекцияси. Адъювант кимётерапия ёки кимё нур терапия (агар адъювант кимётерапия бажарилмаган

		бўлса) имкониятини кўриб чиқиш зарур.
	Харакатсиз	Тери орқали УТТ назорати остида биопсия Тери орқали биопсиясининг натижаси салбий бўлса: очиқ биопсия Очиқ биопсиясининг натижаси салбий бўлса: динамик кузатув Биопсиясининг натижаси ижобий бўлса: индукцион кимётерапия, икки томонлама стандарт чов-сон, чаноқ лимфодиссекцияси, даволашга жавоб бўлганда
Чаноқ лимфатунгунлари	Катталашмаган, pN0-N1	Чаноқ лимфодиссекцияси кўрсатилмаган
	Катталашмаган, pN2	Икки томонлама чаноқ лимфодиссекцияси
	Катталашган, олиб ташлаши мумкин	Неoadъювант кимётерапия, икки томонлама чаноқ лимфодиссекцияси
	Катталашган, олиб ташлаши мумкин эмас	Индукцион кимётерапия, икки томонлама чаноқ лимфодиссекцияси, даволашга жавоб бўлганда

Нур терапия:

Нур терапиясидан фойдаланиш мустақил равишда ҳам, бошқа даволаш

усуллари билан биргаликда ҳам мумкин. Нур терапиясини жарроҳлик даволаш билан бирлаштирганда, ўсманинг бирламчи ўчоқ, шунингдек чов-сон лимфа тугунларнинг зоналари нурланади. Жинсий олат нурлантириши чов-сон майдондан ёки унинг деформацияси бунга имкон бермаса, алоҳида майдондан амалга оширилади. Шишишнинг кучайиши ва яллиғланишнинг зўрайиши хавфи туфайли классик фраксиялашдан фойдаланиш тавсия этилади.

1. Нур терапияси кичик бирламчи ўсма ўлчамлари (4 см гача) ва яхши прогностик омиллар учун мустақил даволаш усули сифатида бажарилиши мумкин - методика юқорида тавсифланган. Ушбу даволаш усулининг энг кўп учрайдиган асоратлари орасида чандиклаш (15-30%), сийдик йўллариининг стриктуралари (20-35%), телеангиэктазийлар (90% дан ортиқ), шунингдек, некроз шаклидаги нурланишнинг кеч ўзгаришлардир, уларни кўпинча ўсма рецидив билан дифференциялаш қийин.

2. Шиш ҳажмини камайтириш учун неоадьювант нур терапияси буюрилади. Неоадьювант нур терапиясидан сўнг лимфаденэктомиядан ўлимга олиб келадиган асоратларнинг кучайиши сабабли уни буюриш тавсия этилмайди.

3. Адьювант нур терапияси жарроҳлик соҳасида маҳаллий рецидивлар эҳтимолини камайтиришга қаратилган. Уни 40-60 ГР суммар ўчоқ дозасида буюрилади.

• Нур терапия касалликнинг дастлабки босқичларида мустақил даволаш усули сифатида қўлланилиши мумкин. Яқин фокусли рентгенотерапияси диаметри 2 см гача бўлган ўсмаларни даволашда яхши натижаларга эришиш имконини беради. Узоқ асоратлар (чандиклаш, тери некрози) ривожланиши тез учрайди. Алоҳида методикадан фойдаланиш дистанцион нурли нур терапиясининг комбинациясига қараганда яхшироқ натижаларга эришишга имкон беради.

• Яқин фокусли рентгенотерапияси ёки 2-5 ГР бир марталик ўчоқ дозада электронлар боғлами таъсири, камида 60 ГР суммар ўчоқ дозасигача қўлланилади. Яқин фокусли рентгенотерапиясини буюришда, ушбу процедурадан олдин циркумцизияни амалга ошириш жуда муҳимдир.

Саратон ин ситу ҳолатларида органларни сақловчи даволаш кўрсатилади. Қуйидаги даволаш усуллари билан бирини қўллаш тавсия этилади:

1 Ўчоқнинг маҳаллий эксцизияси.

2 Кимётерапия препаратларини маҳаллий қўллаш (5-фторурацилли крем).

3) Медикаментоз даво:

• Икки ёки ундан ортиқ лимфа тугунлари шикастланганда ёки лимфа тугунлари капсуласидан ташқарида ўсма инвазияси бўлган ҳолларда адьювант терапия кўрсатилади, чунки бу гуруҳдаги беморларда касалликнинг прогнози фақат битта лимфа тугунининг метастатик

шикастланиши аниқланган беморларга нисбатан сезиларли даражада оғирлашади.

- Комбинацияланган терапия жарроҳлик аралашув билан биргаликда кимёнузли усулларида фойдаланишни ўз ичига олади. Чанок аъзоларининг лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши билан бирламчи жинсий олат саратони ташхиси қўйилган беморларда неoadъювант кимётерапия кўрсатилади. Радикал ёки паллиатив жарроҳлик ёки нур терапиясидан фойдаланиш ўсманинг кимётерапияга жавобини ҳисобга олган ҳолда кўриб чиқилади. Кимётерапияга ёмон жавоб бўлса, паллиатив жарроҳлик даволаш усуллари танланган беморлар гуруҳида қўллаш мумкин (умр давомийлиги узок бўлган соматик жиҳатдан сақланган беморлар).
- Жинсий олат саратони учун кимётерапия бошқа усуллар билан турли комбинацияларда ҳам, мустақил даволаш усули сифатида ҳам, айниқса узок метастазлар мавжуд бўлганда қўлланилади. Шундай қилиб, кимётерапия фимоз учун нур терапияси билан бирлаштирилади (циркумцизиядан кейин). Бундан ташқари, у нур терапияси билан бирга қўшилади.
- Неoadъювант кимётерапия курслари жарроҳлик амалиётини қилиб бўлмайдиган, метастатик жараён (T4), шунингдек, гистология билан тасдиқланган регионар лимфа тугунларида метастазлар (ТИП, ПФ схемалари) бўлган беморларга қўлланилади.
- Адъювант кимётерапия жинсий олат саратонини стандарт даволашга киритилмаган, аммо агар ёмон прогноз белгилари мавжуд бўлса, неoadъювант кимётерапия ўтказилмаганда, уни амалга ошириш мумкин.
- Метастатик рецидив касалликлар учун кейинги қатор кимётерапиянинг мустақил курслари (Паклитаксел + Цетуксимаб).
- Монотерапияда қуйидаги препаратлардан фойдаланиш мумкин: Цисплатин, капецитабин, паклитаксел, цетуксимаб.

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

Препаратнинг фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситаларининг ХПН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Алкиллаштирувчи	Цисплатин	20 мг/м ² в/и (30-60 дақиқали	А

агентлар - платина комплекс қўшилмалари		инфузия) 1-3 кунда; 70-80 мг/м ² в/и 1-чи кунда;	
Ўсимлик ва табиий келиб чиқиши препаратлари Микронайчали ингибиторлари - таксанлар	паклитаксел	175 мг/м ² в/и 3 соатлик инфузия 1-чи кунда	А
Алкиллаштирувчи агентлар - хлоретиламинлар	ифосфамид	1200 мг/м ² в/и (30-60 дақиқали инфузия)1-3 чи кунларда	А
Акролеиннинг антидоти, оксазафосфорин гуруҳидаги ўсмага қарши воситаларнинг метаболити (ифосфамид, циклофосфамид)	месна	800 мг в/и тиззилаб ифосфамидни юборишдан олдин, унинг инфузиядан 4 ва 8 соат ўтгач, 1, 2, 3-чи кунларда	В
Фторпиримидинлар	5-фторурацил	800-1000 мг/м ² в/и 1-4 чи кунларда	А
Моноклонал антитана, ЭГФР ингибитори	цетуксимаб	400 мг/м ² в/и (2 соатлик инфузия) 1 марта, кейин цетуксимаб 250 мг/м ² в/и (1 соатлик инфузия) ҳар ҳафтасига	А
Юклаб олиш (ҳаволалар)	https://diseases.medelemet.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D1%87%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B0-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17899		

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

Препаратнинг фармакотерапевти к гуруҳи	Дори воситаларининг ХПН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Ўсмага қарши восита. Антиметаболит.	капецитабин	1000 мг/м ² 1-14 кунлар давомида оғиз орқали. Ҳар 21 кунда такрорлаш	А
Антибактериал дори воситалар	Пиперациллин тазобактам	Вена ичига	А
	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Амикацин	Вена ичига	В
	Сефоперазон сулбактам	Вена ичига	С
	Ванкомицин	Вена ичига	А
	Гентамицин	Вена ичига	-
	Метронидазол	Вена ичига Ичига	А
	Импипенем	Вена ичига	А
	Колистиметат натрий	Вена ичига	А
	Меропенем	Вена ичига	А
	Линезоид	Вена ичига	А
	Левифлоксацин	Вена ичига Ичига	-
	Цефтазидим	Вена ичига	А
	Цепефим	Вена ичига	С
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичига	С
Замбуруғга қарши дори воситалар	Амфотерицин В	Вена ичига	С
	Вориконазол	Вена ичига Ичига	В
	Интраконазол	Ичига	В
	Каспофунгин	Вена ичига	В
	Микофунгин	Вена ичига	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичига	С
	Анидулафунгин	Вена ичига	В
	Позаконазол	Ичига қабул қилиш	В
Вирусга қарши дори воситалар	Ацикловир	Вена ичига Ичига	А
	Ганацикловир	Вена ичига	С

	Валганцикловир	Ичига қабул қилиш	
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалар	Гепарин	Вена ичига Тери остига	С
	Аминокапрон кислотаси	Вена ичига	С
	Гемостатик губка	Маҳаллий қўллаш	С
	Надропарин	Тери остига	С
	Еноксапарин	Тери остига	С
	Ингибиторларга қарши коагулянт комплекси	Вена ичига	В
Бошқа дори воситалар	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д
	Одам нормал иммуноглобулини [ИгГ+ИгА+ИгМ]	Вена ичига	А
	Омепразол	Вена ичига Ичига	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичига қабул қилиш	
	Амлодипин	Ичига қабул қилиш	В
	Дротаверин	Вена ичига Ичига	
	Каптоприл	Ичига қабул қилиш	В
	Лизиноприл	Ичига қабул қилиш	В
	Лактулоза	Ичига қабул қилиш	В
	Спиронолактон	Ичига қабул қилиш	В
	Повидон-ёд	Ташқи	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичига қабул қилиш	-
	Фолий кислотаси	Ичига қабул қилиш	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичига	А
	Хлоргексидин	Ташқи	-

Юклаб (ҳаволалар)	олиш	https://nrchd.kz/ru/2017-03-12-10-51-13/klinicheskie-protokoly
------------------------------	-------------	---

Жинсий олат саратонини даволаш учун поликимётерапия схемалари

ТИП: Курс ҳар 21 кунда такрорланади.

4 та курс - стандарт иккинчи қатор режими

Паклитаксел	175 мг/м ² в/и 3 соатлик инфузия 1-чи куни
Ифосфамид	1200 мг/м ² в/и (30-60 дақиқа давомида инфузия) 1-3 чи кунларда
Месна	800 мг в/и тиззилаб ифосфамидни юборишдан олдин, унинг инфузиядан 4 ва 8 соат ўтгач, 1, 2, 3-чи кунларда
Цисплатин	20 мг/м ² в/и (30-60 дақиқа давомида инфузия) 1-3 чи кунларда

ПФ: 4 та курс - курс ҳар 21 кунда такрорланади.

Фторурацил	800-1000 мг/м ² в/и в 1-4-чи кунларда
Цисплатин	70-80 мг/м ² в/и 1-чи кунда

Паклитаксел+Цетуксимаб: 4 та курс - курс ҳар 21 кунда такрорланади.

Паклитаксел	175 мг/м ² в/и 3 соатлик инфузия 1-чи кунда
Цетуксимаб	400 мг/м ² в/и (2 соатлик инфузия) 1 марта юбориш, кейин цетуксимаб 250 мг/м ² в/и (1 соатлик инфузия) ҳар ҳафтасига

Жинсий олат саратонини даволаш учун монокимётерапия схемалари

Паклитаксел	175 мг/м ² в/и 3 соатлик инфузия 1-чи кунда ҳар 21 кунда такрорланади
Цисплатин	70-80 мг/м ² в/и 1-чи кунда ҳар 21 кунда такрорланади
Капецитабин	1000 мг/м ² ичига қабул қилиш 1-14 кун ҳар 21 кунда такрорланади
Цетуксимаб	400 мг/м ² в/и (2 соатлик инфузия) 1 марта юбориш, кейин цетуксимаб 250 мг/м ² в/и (1 соатлик инфузия) ҳар ҳафтасига

Жинсий олат саратонини даволашнинг умумий алгоритми қуйидагича тақдим

этилиши мумкин:

I. Бирламчи ўчоқни даволаш бўйича тавсиялар:

- Тис босқичи: аъзоларни сақлаш тактикаси тавсия этилади.
- Та-1 G1-2 босқичи: аъзоларни сақлаш тактикасини қўллаш тавсия этилади. Динамик кузатувни амалга ошириш мумкин бўлмаган беморларда қисман ампутацияни бажариш кўрсатилади.
- T1 G3, T \geq 2 босқичи: қисман ёки тўлиқ ампутация ёки ўсманинг жойлашиши ва ҳажмига қараб эмаскуляция кўрсатилади. Консерватив терапия фақат мажбурий динамик кузатуви билан беморларнинг чекланган танланган гуруҳида амалга оширилиши мумкин.
- консерватив даво давомида маҳаллий рецидиви: ўсма каверноз аъзоларга инвазия бўлмаганда консерватив терапиянинг такрорий курси кўрсатилади. Катта рецидив ва каверноз органларнинг инвазияси мавжуд бўлса, жинсий олатни қисман ёки тўлиқ ампутация қилиш кўрсатилади.

II. Пайпасланмайдиган лимфа тугунлари учун тавсиялар:

- регионар метастазлашнинг паст хавфи (pTis, pTaG1-G2, pT1G1): динамик кузатув тавсия этилади. Белгиланган вақт оралиғида режалаштирилган текширувдан ўтолмайдиган беморлар учун чов лимфаденэктомия кўрсатилади.
- регионар метастазлашнинг ўртача хавфи (pT1G2): агар иложи бўлса, Tc99m билан радиоизотоп лимфосцинтиграфияси, сўнгра радиофармпрепаратни тўпланган лимфа тугунларининг биопсияси кўрсатилади. Лимфа тугунларининг метастатик шикастланишлари аниқланса, уларни олиб ташлаш кўрсатилади. Агар радиоизотоп лимфосцинтиграфиясини амалга оширишнинг иложи бўлмаса, чов лимфаденэктомия кўрсатилади. Чов лимфаденэктомиядан воз кечиш фақат қатъий танланган беморлар гуруҳида мажбурий пухта динамик кузатуви билан мумкин. Чов лимфаденэктомия, агар чов лимфа тугунларида икки ёки ундан ортиқ метастаз мавжуд бўлса ёки экстракапсуляр инвазия аниқланса, чаноқ аъзоларининг лимфаденэктомияси билан қўшиб бажарилиши керак.
- регионар метастазлашнинг юқори хавфи (pT \geq 2 ёки G3): бу ҳолатда радикал чов лимфаденэктомия кўрсатилади, агар тегишли гистологик топилмалар мавжуд бўлса, чаноқ лимфаденэктомияси билан қўшиб бажарилиши мумкин.

III. Пайпасланадиган лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши бўйича тавсиялар:

- Радикал чов лимфаденэктомия кўрсатилади, агар тегишли гистологик топилмалар мавжуд бўлса, у чаноқ аъзоларининг лимфаденэктомиясигача кенгайтирилиши мумкин. Массив чов конгломератлар ёки катталашган чаноқ лимфа тугунлари (КТ ва МРТ маълумотларига кўра) бўлган беморларга жарроҳлик амалиётидан олдин кимётерапия ёки нур терапияси курсидан ўтиш кўрсатилади. Бироқ, неоадьювант нур терапияси кейинги лимфаденэктомиядан кейин беморларнинг ўлимини статистик равишда оширади. Агар динамик кузатув пайтида лимфа тугунлари пайдо бўлса, чов лимфаденэктомия кўрсатилади, агар тегишли гистологик топилмалар мавжуд бўлса, чаноқ аъзоларининг лимфаденэктомиясигача кенгайтирилиши имконияти мавжуд.

4) Жарроҳлик аралашуви [1]:

Бир ёки бошқа таъсир усулини танлаш жарроҳ ва беморнинг афзалликларига, ўчоқнинг катталигига, инвазиянинг чуқурлигига ва зарур жиҳозларнинг мавжудлигига боғлиқ.

I. Tа-1G1-2 ўсмасини даволаш. Даволанишдан кейин кейинги мунтазам кузатувдан ўтиши мумкин бўлган беморлар учун аъзоларни сақловчи даволаш усуллари кўрсатилади, улар қуйидагилардан иборат: ўсма лазер деструкцияси, реконструктив жарроҳлик билан маҳаллий эксцизия, дистанцион нур терапияси ёки брахитерапия, жинсий олат бошини ампутация қилиш. Пухта динамик кузатуви шубҳали бўлган беморларда жинсий олатни қисман ампутация қилиш тавсия этилади.

II. T1G3, T≥2 ўсмаларини даволаш. Жинсий олатни қисман ёки тўлиқ ампутация қилиш ёки шикастланиш даражасига қараб эмаскуляцияни ўз ичига олган жарроҳлик аралашуви даволашнинг стандарт усули ҳисобланади. Фақатгина жинсий олатни бошининг ярмидан кўп бўлмаган қисмига ўсма тарқалиши билан оғриган беморларда мажбурий қатъий динамик кузатув билан органларни сақловчи даволаш усуллари амалга ошириш мумкин.

Маҳаллий рецидив:

- Агар аъзоларни сақловчи даволашдан сўнг маҳаллий рецидив ривожланса, фақат каверноз аъзоларга ўсма инвазияси истисно қилинган тақдирдагина такрорий аъзоларни сақловчи даволашни амалга ошириш мумкин. Чуқур ўсма инвазияси ёки катта ўсма ўчоқлари мавжуд бўлса, жинсий олатни қисман ёки тўлиқ ампутация қилиш кўрсатилади.

Минтақавий лимфа тугунлари:

- Радикал лимфаденэктомия лимфа тугунлари метастазлари бўлган беморлар учун стандарт даволаш ҳисобланади.

Пайпасланмайдиган лимфа тугунлари: регионар метастазларни ривожланиш хавфи паст: Бу гурухга pTis, pTaG1-G2, pT1G1 бирламчи ўчоқ хусусиятлари бўлган беморлар киради. Ушбу тоифадаги беморларда метастазлаш эҳтимоли 16,5% дан кам. Турли хил ҳолатлар туфайли динамик кузатувдан ўтолмайдиган ушбу гурухдаги беморлар учун чов лимфаденэктомия кўрсатилади.

1. Регионар метастазларни ривожланишнинг ўртача хавфи: Бу гурухга pT1G2 бирламчи ўчоқ хусусиятлари бўлган беморлар киради. Ушбу гурухдаги регионар метастазлар хавфи 30% га етади. Бирламчи ўчоқнинг гистологик текшируви бўйича ўсманинг қон томирлари ёки лимфатик инвазияси белгилари бўлмаган беморларда пухта текшириш тавсия этилади. Агар лимфа ёки қон томирларига ўсма инвазияси мавжуд бўлса, чов лимфаденэктомия кўрсатилади. Агар кейинги динамик текширув мумкин бўлса, ушбу гурухдаги беморлар Tc⁹⁹ билан радиоизотоп лимфосцинтиграфияси назорати остида лимфа тугунлари биопсиясидан ўтиши мумкин. Агар ушбу тадқиқот усулига кўра метастазлаш белгилари бўлмаса, лимфаденэктомияга нисбатан пайт пойлаш тактикасини мажбурий динамик кузатув назорати остида қўллаш мумкин.

2. Регионар метастазлашнинг юқори хавфи: Бунга ўсма хусусиятлари pT \geq 2 ёки G3 бўлган беморлар киради. Лимфа тугунларида метастазларни аниқлаш хавфи 68-73% ни ташкил қилади. Бундай ҳолда, режалаштирилган гистологик текширув вақтида лимфа тугунларида метастазлар мавжуд бўлганда, чаноқ аъзоларига (лапароскопик чаноқ лимфаденэктомияси амалга оширилиши мумкин) кенгайтирилиши мумкин бўлган радикал чов лимфаденэктомия бажарилиши шарт. Чаноқ лимфаденэктомиясининг чегаралари: юқорида - ёнбош томирларининг бифуркацияси, медиал - обтуратор асаби, латерал – ёнбош-чов асаби.

Пайпасланадиган лимфа тугунлари: Агар *ижобий* лимфа тугунлари аниқланса (биопсия ёрдамида), чов лимфаденэктомияси мажбурийдир. Кечиктирилган ёки бир вақтнинг ўзида чаноқ аъзоларининг лимфаденэктомияси чов лимфа тугунларида икки ёки ундан ортиқ метастазлар аниқланган ёки лимфа тугунлари капсуласидан ташқарида ўсма инвазияси мавжуд бўлган ҳолларда кўрсатилади. Бундай ҳолда, чаноқ аъзоларининг лимфа тугунларида метастазларнинг пайдо бўлиш эҳтимоли 30% гача ошади. Шундай қилиб, чов лимфа тугунларида 2-3 та метастазлар мавжуд бўлса, чаноқ аъзоларига метастаз эҳтимоли 23% ни, 3 дан ортиқ шикастланган чов лимфа тугунлари бўлса 56% ни ташкил қилади. Бундай ҳолда, тузалиб кетиш эҳтимоли 14-54% гача камаяди.

Контрлатерал томондан, пайпасланадиган лимфа тугунлари мавжуд бўлмаса, лимфаденэктомия дастлаб бажарилиши керак ва агар мунтазам гистологик текширув пайтида чов лимфа тугунларида метастазлар аниқланса, чаноқ аъзоларига кенгайтирилиши мумкин.

Ҳаракатсиз чов конгломератлар ёки ижобий чанок лимфа тугунлари (КТ ёки МРТ маълумотлари бўйича): Чов минтақаларда катта ҳажмли ҳосилалар (метастазлар) ёки катталашган чанок лимфа тугунлари (КТ, МРТ) мавжуд бўлганда, адъювант кимётерапия курслари кўрсатилади, бу эса 21-60% ҳолларда ўсманинг қисман ёки тўлиқ регрессиясига олиб келиши мумкин. Паллиатив чов-ёнбош-обтуратор лимфаденэктомия мажбурий даволаш усули ҳисобланади. Даволашнинг яна бир варианты жарроҳлик амалиётидан олдинги кейинги лимфаденэктомияси билан нур терапия бўлиши мумкин.

Динамик кузатув даврида пайпасланадиган лимфа тугунларининг пайдо бўлиши: Агар навбатдаги текширув вақтида беморнинг чов лимфа тугунлари катталашган бўлса, бу деярли 100% ҳолларда уларнинг метастатик шикасланишини кўрсатади. Бундай ҳолатда қуйидаги даволаш усуллари кўрсатилади:

- Юқоридаги мезонларга мувофиқ икки томонлама радикал лимфаденэктомияни бажариш.
- Рэмиссиянинг узок оралиғи мавжудлигида ижобий лимфа тугунлари томонида чов лимфаденэктомияни бажариш. Чов соҳасига метастазлаш иккала томондан синхрон равишда ёки қисқа вақт оралиғида содир бўлади. Шундай қилиб, агар беморни узок муддатли кузатув пайтида бир томонда чов лимфа тугунларида метастазлар пайдо бўлса, унда сезиларли вақт оралиғидан кейин уларнинг контрлатерал томонда ривожланиш эҳтимоли аҳамиятсиз - 10% ни ташкил қилади. Бундай ҳолда, бир томонлама лимфаденэктомия, кейинчалик яқин кузатув билан тавсия этилиши мумкин. Аммо, агар бир томондан бир нечта лимфа тугунларида метастазлар мавжуд бўлса, контрлатерал томонда микрометастазлар бўлиш эҳтимоли 30% гача ошади. Бундай ҳолатда икки томонлама лимфаденэктомия кўрсатилади.

7. Кейинги кузатув:

- Онколог ёки умумий амалиёт шифокор томонидан кузатиш.

Кузатув даврлари:

- Биринчи йил - ҳар 3 ойда бир марта;
- Иккинчи йил – ҳар 6 ойда бир марта;
- Кейинги 6 йилгача - йилига бир марта.

Кузатув кўлами:

умумий қон таҳлили - биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейин ҳар 6 ойда бир марта;

- умумий сийдик таҳлили - биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейин 6 ойда бир марта;
- биокимёвий қон таҳлили (шлаклар, оксиллар, шакарларни аниқлаш билан) биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейин ҳар 6 ойда бир марта;
- қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи аъзоларининг, чов лимфа тугунларнинг УТТси - биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейин ҳар 6 ойда бир марта;
- кўкрак қафаси рентгенографияси - ҳар 6 ойда;
- қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи аъзоларининг КТси - ҳар 12 ойда;
- кичик чанок ва жинсий олат МРТси - ҳар 12 ойда.

Динамик кузатув - жинсий олат саратонида, беморни кейинги кузатувда қуйидаги алгоритмларга риоя қилиш тавсия этилади:

- бирламчи ўсма: консерватив даводан ўтган беморлар биринчи 2 йилда ҳар 2 ойда, сўнгра бир йилда ҳар 3 ойда, сўнгра ҳар 6 ойда текширувдан ўтиши керак. Бемор ўз-ўзини текшириш кўникмаларга эга бўлиши керак. Қисман ёки тўлиқ ампутация қилинган беморлар учун - биринчи 2 йилда ҳар 4 ойда, кейин ҳар 6 ойда.

- регионар лимфа тугунлари ва узоқ метастазлар: Бирламчи ўчоқни олиб ташлангандан сўнг, режалаштирилган динамик кузатув ҳолатида, биринчи 2 йил давомида ҳар 2 ойда, сўнгра кейинги йил давомида ҳар 3 ойда мунтазам текширув кўрсатилади. Кейин кейинги 2 йилда ҳар 6 ойда. Чов лимфаденэктомия (pN0) амалга оширилгандан сўнг, дастлабки 2 йил давомида ҳар 4 ойда, сўнгра ҳар 3 ойда бир йил давомида кузатув текшируви кўрсатилади. Метастаз белгилари бўлмаса, кўшимча кузатув керак бўлмаслиги мумкин. Чов лимфаденэктомия (pN1-3) амалга оширилган бўлса, камида 2 йил давомида ҳар 2 ойда тўлиқ текширув (чанок бўшлиғининг КТ, МРТси, кўкрак рентгенографияси, қорин бўшлиғи кичик чанок аъзоларининг УТТси) кўрсатилади. Суякларни сканерлаш фақат суяк тўқиманинг шикастланиш белгилари мавжуд бўлганда кўрсатилади.

- кузатув учун сабаблари;
- рецидивни эрта аниқлаш радикал даволаш учун имконини яратади. Самарали даволаниш билан маҳаллий рецидив узоқ муддатли яшовчанликни статистик жиҳатдан сезиларли даражада камайтирмайди, чов лимфа тугунларнинг

шикастланиши эса саратон касаллигига хос бўлган узоқ муддатли яшовчанлик эҳтимолини сезиларли даражада камайтиради. Бундан ташқари, кузатув даволаниш билан боғлиқ асоратларни аниқлаш ва олдини олиш учун керак. Чов лимфа тугунлари маҳаллий рецидив ва шикастланишининг рецидиви кўпинча бирламчи даволанишдан кейин икки йил ичида ривожланади. Даволанишдан 5 йилдан сўнг фақат маҳаллий рецидивлар ёки янги бирламчи ўсмалар аниқланади. Мотивация даражаси юқори бўлган яхши маълумотга эга беморларда кузатув 5 йилдан кейин тўхтатилиши мумкин, аммо улар мунтазам равишда ўз-ўзини текширишни давом эттиришлари керак.

Қачон ва қандай қилиб кузатиш керак:

- маҳаллий даволашдан сўнг чов лимфа тугунлари шикастланмаган беморларда маҳаллий ва/ёки регионар рецидивни аниқлаш учун жинсий олат ва чов минтақани физикал текширувдан ўтказиш керак.

- кўшимча тасвирлаш усулларининг клиник аҳамияти тасдиқланмаган. Кузатув, шунингдек, асосий ўсмани даволаш усулига боғлиқ бўлиши керак. Лазер абляция ёки топикал кимётерапиядан сўнг, ўсма йўқлигини тасдиқлаш учун олат бошнинг биопсиясини ўтказиш керак. Чов лимфа тугунлари метастазлари учун потенциал радикал даволанишдан сўнг, узоқ метастазларни аниқлаш учун дастлабки икки йил давомида ҳар 3 ойда КТ ёки МРТ тавсия этилади, чунки бу беморлар гуруҳида кимётерапия самарали бўлади. Камдан кам ҳолларда кеч маҳаллий рецидив пайдо бўлиши мумкин бўлса-да, ҳаёт учун хавфли узоқ метастазлар даволанишдан кейин 5 йилдан кейин камдан-кам ҳолларда кузатилади. Бу шуни англатадики, бемор маҳаллий ўзгаришлар пайдо бўлгандан кейин дарҳол даволанишга мурожаат қилса, 5 йилдан кейин мунтазам кузатувни тўхтатиш мумкин. Ўз-ўзини текшириш имконияти бўлмаган беморлар учун узоқ муддатли кузатув талаб қилиниши мумкин.

Бирламчи ўсманинг рецидиви:

- Маҳаллий рецидив кўпроқ аъзоларни сақловчи даволашнинг ҳар қандай тури, жумладан, маҳаллий кесиб ташлаш, лазер билан даволаш, брахитерапия ва бошқа усуллардан сўнг содир бўлади. Бирок, регионар рецидивдан фарқли ўлароқ, у яшовчанликга деярли таъсир қилмайди. Жинсий олат резекциясидан сўнг маҳаллий рецидив хавфи 4-5% дан ошмайди. Маҳаллий рецидив бемор ёки шифокор томонидан физикал текширув орқали осонгина аниқланади. Кузатувнинг муҳим қисми беморни ўқитишдир, чунки бемор ҳар қандай ўзгаришлар юз берганда шифокор билан боғланиши керак.

Регионар рецидив: Регионар рецидивлар аксарияти диагностика ва даволашдан кейинги дастлабки икки йил ичида динамик кузатув, кўриқчи лимфа тугун

биопсияси ёки модификацияланган чов лимфодиссекцияси қўлланган ёки қолланмаслигидан қатъий назар содир бўлади. Регионар рецидивлар камдан-кам ҳолларда бўлса ҳам кейинчалик ривожланиши мумкин, шунинг учун ушбу гуруҳи беморларнинг доимий равишда интенсив кузатувни давом эттиришни тавсия этилади. Пайт пойлаш тактикасини амалга оширилган беморларда модификацияланган чов лимфодиссекцияси ёки қўриқчи лимфа тугунининг динамик биопсияси (2,3%) йўли билан лимфа тугунларнинг инвазив босқичлашни ўтказган беморларга қараганда рецидив хавфи кўпроқ бўлган (9%).

- Ингичка игнали аспирацион биопсия (ИИАБ) билан УТТдан фойдаланиш рецидивга шубҳаси бўлган ҳолатларида регионар рецидивни эрта аниқлашни яхшилайти. Ҳозирги вақтда регионар лимфа тугунларини кузатиш учун КТ ёки МРТ зарурлигини тасдиқловчи далиллар йўқ. Тасдиқланган лимфа тугунлар метастазлари мавжуд лимфодиссекция бажарилган беморларда регионар рецидив хавфи 19% гача ошади. Регионар рецидивлар радикал чаноқ лимфодиссекция ва адьювант терапия бажариш билан ўз вақтида даволашни талаб қилади.

Прогноз: жинсий олат саратони прогнози касалликнинг босқичига боғлиқ. Касалликнинг дастлабки шаклларида прогноз жуда яхши - деярли 100% ҳолларда узоқ муддатли даволанишга эришиш мумкин. Жараённинг II-III босқичларда комбинацияланган даволаш билан беморларнинг 5 йиллик яшовчанлик даражаси 60-70% га етади. IV босқичда яшовчанлик даражаси анча паст. Даволанишсиз беморлар ўртача 3 йил яшайди.

8. Протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари:

- «ўсма жавоби» - даволашдан кейин ўсманнинг 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 катталаниши. **Прогрессияланиш** – битта ёки кўпроқ ўсма ўчоқларининг 25% дан ортиқ катталаниши 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.

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

ТОШКЕНТ – 2025

Муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар:

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

Кимиё ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадда ўтказилади:

- ўсма хужайралари 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, жинсий олат саратони учун кўрсатма ҳисобланади. Мутахассислар препаратнинг дозасини диққат билан танлайдилар: агар у жуда кичик бўлса, даволаниш самарадорлиги камаяди, агар у юқори бўлса, ножўя таъсирлар хавфи ортади.

4) Жарроҳлик йўли билан даволаш тамойиллари:

Шошилич жарроҳлик амалиётлар ёки манипуляциялар учун кўрсатмалар:
йўқ.

Режалаштирилган жарроҳлик амалиётлар учун кўрсатмалар:

- морфологик жиҳатдан тасдиқланган резекция барариб бўладиган жимсий олат саратони.

Жарроҳлик даволашга қарши кўрсатмалар:

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

Жарроҳлик даволаш:

Бир ёки бошқа таъсир усулини танлаш жарроҳ ва беморнинг афзалликларига, ўчоқнинг катталигига, инвазиянинг чуқурлигига ва зарур жиҳозларнинг мавжудлигига боғлиқ.

I. Та-1G1-2 ўсмасини даволаш. Даволанишдан кейин кейинги мунтазам кузатувдан ўтиши мумкин бўлган беморлар учун аъзоларни сақловчи даволаш усуллари кўрсатилади, улар қуйидагилардан иборат: ўсма лазер деструкцияси, реконструктив жарроҳлик билан маҳаллий эксцизия, дистанцион нур терапияси ёки брахитерапия, жинсий олат бошини ампутация қилиш. Пухта динамик кузатуви шубҳали бўлган беморларда жинсий олатни қисман ампутация қилиш тавсия этилади.

II. T1G3, T \geq 2 ўсмаларини даволаш. Жинсий олатни қисман ёки тўлиқ ампутация қилиш ёки шикастланиш даражасига қараб эмаскуляцияни ўз ичига олган жарроҳлик аралашуви даволашнинг стандарт усули ҳисобланади. Фақатгина жинсий олатни бошининг ярмидан кўп бўлмаган қисмига ўсма тарқалиши билан оғриган беморларда мажбурий қатъий динамик кузатув билан органларни сақловчи даволаш усуллари амалга ошириш мумкин.

Маҳаллий рецидив:

- Агар аъзоларни сақловчи даволашдан сўнг маҳаллий рецидив ривожланса, фақат каверноз аъзоларга ўсма инвазияси истисно қилинган тақдирдагина такрорий аъзоларни сақловчи даволашни амалга ошириш мумкин. Чуқур ўсма инвазияси ёки катта ўсма ўчоқлари мавжуд бўлса, жинсий олатни қисман ёки тўлиқ ампутация қилиш кўрсатилади.

Минтақавий лимфа тугунлари:

- Радикал лимфаденэктомия лимфа тугунлари метастазлари бўлган беморлар учун стандарт даволаш ҳисобланади.

Пайпасланмайдиган лимфа тугунлари: регионар метастазларни ривожланиш хавфи паст: Бу гуруҳга pTis, pTaG1-G2, pT1G1 бирламчи ўчоқ хусусиятлари бўлган беморлар киради. Ушбу тоифадаги беморларда метастазлаш эҳтимоли 16,5% дан кам. Турли хил ҳолатлар туфайли динамик кузатувдан ўтолмайдиган ушбу гуруҳдаги беморлар учун чов лимфаденэктомия кўрсатилади.

1. Регионар метастазларни ривожланишнинг ўртача хавфи: Бу гуруҳга pT1G2 бирламчи ўчоқ хусусиятлари бўлган беморлар киради. Ушбу гуруҳдаги регионар метастазлар хавфи 30% га етади. Бирламчи ўчоқнинг гистологик текшируви бўйича ўсманинг қон томирлари ёки лимфатик инвазияси белгилари бўлмаган беморларда пухта текшириш тавсия этилади. Агар лимфа ёки қон

томирларига ўсма инвазияси мавжуд бўлса, чов лимфаденэктомия кўрсатилади. Агар кейинги динамик текширув мумкин бўлса, ушбу гуруҳдаги беморлар Тс⁹⁹ билан радиоизотоп лимфосцинтиграфияси назорати остида лимфа тугунлари биопсиясидан ўтиши мумкин. Агар ушбу тадқиқот усулига кўра метастазлаш белгилари бўлмаса, лимфаденэктомияга нисбатан пайт пойлаш тактикасини мажбурий динамик кузатув назорати остида қўллаш мумкин.

2. Регионар метастазлашнинг юқори хавфи: Бунга ўсма хусусиятлари $pT \geq 2$ ёки G3 бўлган беморлар киради. Лимфа тугунларида метастазларни аниқлаш хавфи 68-73% ни ташкил қилади. Бундай ҳолда, режалаштирилган гистологик текширув вақтида лимфа тугунларида метастазлар мавжуд бўлганда, чанок аъзоларига (лапароскопик чанок лимфаденэктомияси амалга оширилиши мумкин) кенгайтирилиши мумкин бўлган радикал чов лимфаденэктомия бажарилиши шарт. Чанок лимфаденэктомиясининг чегаралари: юқорида - ёнбош томирларининг бифуркацияси, медиал - обтуратор асаби, латерал – ёнбош-чов асаби.

Пайпасланадиган лимфа тугунлари: Агар *ижобий* лимфа тугунлари аниқланса (биопсия ёрдамида), чов лимфаденэктомияси мажбурийдир. Кечиктирилган ёки бир вақтнинг ўзида чанок аъзоларининг лимфаденэктомияси чов лимфа тугунларида икки ёки ундан ортиқ метастазлар аниқланган ёки лимфа тугунлари капсуласидан ташқарида ўсма инвазияси мавжуд бўлган ҳолларда кўрсатилади. Бундай ҳолда, чанок аъзоларининг лимфа тугунларида метастазларнинг пайдо бўлиш эҳтимоли 30% гача ошади. Шундай қилиб, чов лимфа тугунларида 2-3 та метастазлар мавжуд бўлса, чанок аъзоларига метастаз эҳтимоли 23% ни, 3 дан ортиқ шикастланган чов лимфа тугунлари бўлса 56% ни ташкил қилади. Бундай ҳолда, тузалиб кетиш эҳтимоли 14-54% гача камаяди.

Контралатерал томондан, пайпасланадиган лимфа тугунлари мавжуд бўлмаса, лимфаденэктомия дастлаб бажарилиши керак ва агар мунтазам гистологик текширув пайтида чов лимфа тугунларида метастазлар аниқланса, чанок аъзоларига кенгайтирилиши мумкин.

Ҳаракатсиз чов конгломератлар ёки ижобий чанок лимфа тугунлари (КТ ёки МРТ маълумотлари бўйича): Чов минтақаларда катта ҳажмли ҳосилалар (метастазлар) ёки катталашган чанок лимфа тугунлари (КТ, МРТ) мавжуд бўлганда, адъювант кимётерапия курслари кўрсатилади, бу эса 21-60% ҳолларда ўсманинг қисман ёки тўлиқ регрессиясига олиб келиши мумкин. Паллиатив чов-ёнбош-обтуратор лимфаденэктомия мажбурий даволаш усули ҳисобланади. Даволашнинг яна бир варианты жарроҳлик амалиётидан олдинги кейинги лимфаденэктомияси билан нур терапия бўлиши мумкин.

Динамик кузатув даврида пайпасланадиган лимфа тугунларининг пайдо бўлиши: Агар навбатдаги текширув вақтида беморнинг чов лимфа тугунлари

катталашган бўлса, бу деярли 100% ҳолларда уларнинг метастатик шикасланишини кўрсатади. Бундай ҳолатда қуйидаги даволаш усуллари кўрсатилади:

- Юқоридаги мезонларга мувофиқ икки томонлама радикал лимфаденэктомиyani бажариш.

Рэмиссиянинг узок оралиғи мавжудлигида ижобий лимфа тугунлари томонида чов лимфаденэктомиyani бажариш. Чов соҳасига метастазлаш иккала томондан синхрон равишда ёки қисқа вақт оралиғида содир бўлади. Шундай қилиб, агар беморни узок муддатли кузатув пайтида бир томонда чов лимфа тугунларида метастазлар пайдо бўлса, унда сезиларли вақт оралиғидан кейин уларнинг контрлатерал томонда ривожланиш эҳтимоли аҳамиятсиз - 10% ни ташкил қилади. Бундай ҳолда, бир томонлама лимфаденэктомия, кейинчалик яқин кузатув билан тавсия этилиши мумкин. Аммо, агар бир томондан бир нечта лимфа тугунларида метастазлар мавжуд бўлса, контрлатерал томонда микрометастазлар бўлиш эҳтимоли 30% гача ошади. Бундай ҳолатда икки томонлама лимфаденэктомия кўрсатилади.

Нур терапия:

Нур терапиясидан фойдаланиш мустақил равишда ҳам, бошқа даволаш усуллари билан биргаликда ҳам мумкин. Нур терапиясини жарроҳлик даволаш билан бирлаштирганда, ўсманинг бирламчи ўчоқ, шунингдек чов-сон лимфа тугунларнинг зоналари нурланади. Жинсий олат нурлантириши чов-сон майдондан ёки унинг деформацияси бунга имкон бермаса, алоҳида майдондан амалга оширилади. Шишишнинг кучайиши ва яллиғланишнинг зўрайиши хавфи туфайли классик фраксиялашдан фойдаланиш тавсия этилади.

1. Нур терапияси кичик бирламчи ўсма ўлчамлари (4 см гача) ва яхши прогностик омиллар учун мустақил даволаш усули сифатида бажарилиши мумкин - методика юқорида тавсифланган. Ушбу даволаш усулининг энг кўп учрайдиган асоратлари орасида чандиқлаш (15-30%), сийдик йўллариининг стриктуралари (20-35%), телеангиэктазийлар (90% дан ортик), шунингдек, некроз шаклидаги нурланишнинг кеч ўзгаришлардир, уларни кўпинча ўсма рецидиви билан дифференциялаш қийин.

2. Шиш ҳажмини камайтириш учун неоадьювант нур терапияси буюрилади. Неоадьювант нур терапиясидан сўнг лимфаденэктомиядан ўлимга олиб келадиган асоратларнинг кучайиши сабабли уни буюриш тавсия этилмайди.

3. Адьювант нур терапияси жарроҳлик соҳасида маҳаллий рецидивлар эҳтимолини камайтиришга қаратилган. Уни 40-60 ГР суммар ўчоқ дозасида буюрилади.

- Нур терапия касалликнинг дастлабки босқичларида мустақил даволаш усули сифатида қўлланилиши мумкин. Яқин фокусли рентгенотерапияси диаметри 2 см

гача бўлган ўсмаларни даволашда яхши натижаларга эришиш имконини беради. Узоқ асоратлар (чандиқлаш, тери некрози) ривожланиши тез учрайди. Алоҳида методикадан фойдаланиш дистанцион нурли нур терапиясининг комбинациясига қараганда яхшироқ натижаларга эришишга имкон беради.

- Яқин фокусли рентгенотерапияси ёки 2-5 ГР бир марталик ўчоқ дозада электронлар боғлами таъсири, камида 60 ГР суммар ўчоқ дозасигача қўлланилади. Яқин фокусли рентгенотерапиясини буюришда, ушбу процедуран олдин циркумцизияни амалга ошириш жуда муҳимдир.

Саратон ин ситу ҳолатларида органларни сақловчи даволаш кўрсатилади. Қуйидаги даволаш усулларида бирини қўллаш тавсия этилади:

- 1 Ўчоқнинг маҳаллий эксцизияси.

- 2 Кимётерапия препаратларини маҳаллий қўллаш (5-фторурацилли крем).

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. Мояк ҳалтасини пайпаслаш.
12. АФП, ИХГ, ЛДГ ўсма маркерларининг қондаги даражасини текшириш.
13. Мояк ҳалтасининг УТТси.

14. Кенг қамровли УТТси (жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беши, талоқ, буйраклар, қорин пардаси орти бўшлиғи, ичак тутқич ва ўмров остки лимфа тугунлари).
15. Мояк халтасининг МРТси: дифференциал диагностика билан боғлиқ мураккаб вазиятларда.
16. Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи аъзоларнинг контрастли МСКТси.
17. Биоптатни ситологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)*.
18. Биоптатни гистологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)*.
19. ЭКГ.
20. ЭхоКГ.
21. 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 (КИҲ) ва газларга аниқлаш.
6. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси.
7. Стандарт цитогенетик текшируви.
8. FISH усулида ва молекулар-генетик текшириш.
9. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш.
10. Прокалситонин.
11. Антитромбин III, Д-димер.
12. Периферик қон ИФТси.
13. Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)*.
14. Молекуляр генетик тадқиқотлар.
15. Буруннинг ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси.

16. Мояк халтасининг ТРУТТ.
17. Обзорли экскретор вена ичи урографияси.
18. Коптокчалар филтрация тезлигини аниқлаш.
19. Бўйин аъзоларининг КТси.
20. Бош, бўйиннинг КТси.
21. Бош миянинг МРТси.
22. Буйрак томирлар ва ОКВнинг ангиографияси.
23. Буйракларнинг изотоп ренографияси.
24. Буйрак томирлари, остки бёш вена, оёқлар томирларининг (вена ва/ёки артериялар) УТДГси.
25. Фиброэзофагогастродуоденоскопия.
26. Колоноскопия.
27. Скелет суякларнинг Остеосцинтиграфияси.
28. ЭКГ Холтер мониторинги.

* 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 усуллари мустақил даволаш тури сифатида тиббий ёрдам кўрсатиш мақсадида тиббий ташкилотнинг таркибий бўлинмаси сифатида ташкил этилган бўлиб, «онкология», «урология», «кимётерапия», «радиология» ишлар (хизматлар) учун тиббий фаолиятни амалга ошириш учун лицензия асосида фаолият юритади.

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 мудури хонаси;
- шифокорлар хонаси;
- палаталар;
- боғлам алмаштириш хонаси;

- муолажа хонаси;
- хукнахона;
- ҳамширалар хонаси.

Жарроҳлик блокни ташкил этиш қоидалари

Жарроҳлик блокада структурасида қуйидагилар 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 онколог 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 олдидан бемор премедикация қилинади — организмга қилиниши кутилаётган даволанишни яхши кўтариши учун бир қатор дорилар қўлланилади:

- гепатопротекторлар;

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

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

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 катталашиси.

Прогрессияланиш – битта ёки кўпроқ ўсма ўчоқларининг 25% дан ортиқ катталашиси 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.

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

ТОШКЕНТ – 2025

- Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

Профилактик тиббиёт (манбани юклаб олиш учун ҳавола: 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» [18] 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 [19][20].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [21]:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд [21].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади [19][22] 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 [23], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [24]. тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлилига асосланган [25] [26].

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 [27][28].

Тиббий реабилитация (манбани юклаб олиш учун ҳавола: 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 [29]) — касаллик ёки шикастланиш натижасида

бузилган ёки бутунлай йўқолган инсон танасининг нормал ақлий ва физиологик функцияларини (ехтиёжларини) 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 [30][31][32].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [33].

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.

1. **Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсекция, эмлаш, оқилона иш ва дам олиш, оқилона сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш)дир. Бир қатор бирламчи профилактика чоралари миллий миқёсда амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва фаровонликни яратиш умр кўриш давомийлигини узайтиради [36]. 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 [39]. 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) [35].

2. **Иккиламчи профилактика** — муайян шароитларда (стресс, иммунитетнинг заифлашиши, тананинг бошқа ҳар қандай функционал тизимларига ортиқча юк) касалликнинг бошланиши, кучайиши ва қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган аниқ хавф омилларини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасидир. Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули бу касалликларни эрта аниқлаш, динамик кузатув, мақсадли даволаш ва оқилона изчил тикланишнинг кенг қамровли усули сифатида тиббий кўрикдир.
3. Баъзи профилактика мутахассислари «**учламчи 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 [34].

2.2. Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:

Бугунги кунга қадар жинсий олат 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, рецидив, метастазларнинг олдини олиш, эрта ташхислаш ва даволаш; витаминлар ва оксилларга бой тўйимли диетадан фойдаланиш, ёмон одатлардан воз кечиш (чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш), вирусли инфекциялар ва ҳамроҳ касалликларнинг олдини олиш, онколог, уролог томонидан мунтазам равишда профилактик текширувлар, мунтазам диагностика муолажалари (ўпка рентгенографияси, жигар, буйрақлар, ковуқ, бўйиннинг лимфа тугунлари, мойк халтасининг УТТси).

Жинсий олат саратонининг олдини олишни тўртта асосий йўналишга бўлиш мумкин:

— турмуш тарзини ўзгартириш;

— касалликнинг дастлабки босқичида жинсий олат саратонини аниқлаш учун скрининг;

— крипторхизм билан оғриган беморларни кузатиш ва/ёки крипторхизмни даволаш;

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

2.3. Профилактика процедуралари ва усуллари

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18440124/>):

1) Профилактика мақсади:

жинсий олат 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:

Олдини олишда ёрдам берадиган чора-тадбирлар орасида ёшларда хатна қилиш, хатна қилинмаган эркакларда изчил гигиена амалиётлари ва ўсмирларда тавсия этилган инсон папиллома вирусига (ОПВ) қарши эмлаш киради.

Дунёнинг турли минтақаларида жинсий олат саратони билан касалланишнинг катта ўзгариши жинсий олат саратонининг олдини олиш мумкинлигини кўрсатади.

Жинсий олат саратонининг олдини олишнинг энг яхши усули инсон папиллома вируси инфекцияси ва чекиш каби маълум хавф омилларидан четга олишдир. Афсуски, жинсий олат саратони ривожланишининг 100% олдини олишнинг ҳеч қандай йўли йўқ, чунки жинсий олат саратони ҳеч қандай хавф омиллари бўлмаган тақдирда ҳам эркакларда учрайди.

Илгари циркумцизия (кертмакни олиб ташлаш) жинсий олат саратони ривожланишининг олдини олиши мумкинлигига ишонишган. Бу фикр хатна қилинган эркакларда жинсий олат саратони камроқ учрайдиган тадқиқот маълумотларига асосланган эди. Бироқ, кейинчалик хатна қилишнинг ўзи жинсий олат саратони ривожланиш хавфини камайтирмаслиги кўрсатилди.

Жинсий аъзоларнинг гигиенасига риоя қилиш.

Хатна қилинмаган эркакларда жинсий олат саратонининг олдини олишнинг энг муҳим омили жинсий аъзолар гигиенасига риоя қилишдир. Одам папиллома вируси инфекциясининг олдини олиш. Эркаклар ОПВ таъсиридан четга олишлари керак, чунки бу жинсий олат саратонининг хавфини камайтиришдан ташқари,

жинсий шерикларда бачадон бўйни саратон хавфини сезиларли даражада камайтиради.

ОПВ инфекциясининг тарқалишига иккита асосий омил таъсир қилади: хатна қилиш ва жинсий шериклар сони. Хатна қилинган эркакларда ОПВ инфекцияси хавфи камроқ эканлиги кўрсатилган. Бунинг мумкин бўлган сабабларидан бири - бу хатна қилишдан кейин жинсий олат боши териси хусусиятларининг ўзгариши ва ОПВ пенетрациясига чидамли бўлиб қолганда. Бироқ, хатна қилиш ОПВ инфекцияси ва жинсий шерикларга ўтиш эҳтимолини йўқ қилмайди.

ОПВ инфекцияси хавфи кўп сонли жинсий шерикларга эга бўлиш билан бевосита боғлиқлигини билиш муҳимдир. Афсуски, эркакларда ОПВни аниқлай оладиган усул йўқ. Кўп ҳолларда ОПВ инфекцияси ҳеч қандай аломатсиз содир бўлади.

Шунинг учун жинсий олатни терисида кўринадиган ўзгаришларнинг йўқлиги ОПВ йўқлигининг белгиси эмас ва вирус жинсий шерикларга юқиши мумкин. Презервативдан фойдаланиш ОПВ инфекциясидан 100% ҳимоя қилмайди, чунки ОПВ презерватив билан ҳимояланмаган жойларда (жинсий аъзолар териси ва анал соҳаси) мавжуд бўлиши мумкин.

Емлаш

Енг кенг тарқалган ОПВ 6 ва 11 турларидан ҳимоя қилувчи хавфсиз ва самарали вакцина мавжуд. Ушбу вакцинани 9 ёшдан 26 ёшгача бўлган ўғил болалар ва эркакларда қўллаш мумкин, аммо балоғатга этгунга қадар эмлаш яхшидир.

Чекиш

Жинсий олат саратони ривожланиш эҳтимолини камайтирадиган омиллардан бири чекишни тўхтатишдир. Тамаки тутунида ўсманинг ривожланишига олиб келадиган жинсий олат тери хужайраларида ўзгаришларга олиб келадиган кансерогенлар мавжуд.

3) Иккиламчи профилактика:

Жинсий олат ўсмаларини эрта аниқлаш

Жинсий олат саратонининг биринчи клиник кўриниши жинсий олат боши ёки кертмак терининг ўзгариши билан боғлиқ. Бироқ, кертмак териси остида ривожланаётган ўсмалар (айниқса, фимозда) узок вақт давомида эътиборсиз қолиши мумкин. Жинсий олат терисида ғайриоддий ўзгаришларни (доғлар,

сўгаллар, яралар) сезсангиз, шифокорга мурожаат қилишингиз керак. Бу ўзгаришлар безарар бўлиб, аммо даволанишни талаб қилиши мумкин.

Афсуски, кўп эркаклар жинсий олат устида шиш пайдо бўлганда узоқ вақт давомида шифокорга боришдан қочишади. Баъзида ўсма биринчи марта пайдо бўлган пайтдан бошлаб шифокорга ташриф буюришгача бир йил ёки ундан кўпроқ вақт ўтади.

Шуни эсда тутиш керакки, агар жинсий олат саратони эрта босқичда аниқланса, жинсий олат минимал ёки умуман шикастланмаган ҳолда тўлиқ даволанишга эришиш мумкин. Агар саратон кейинги босқичда аниқланса, у ҳолда жинсий олат қисман ёки тўлиқ олиб ташлаш талаб қилинади.

4) Жинсий олат саратони скрининги:

Жинсий олат саратони учун скрининг йўқ. Беморни текширишнинг сабаби унинг касаллик аломатлари билан мурожаат қилишдир. Одатда мутахассис текшируви жинсий олат саратонини ташхислаш учун этарли.

5) Учламчи профилактика ёки жинсий олат саратони реабилитацияси:

Даволанишдан кейин беморларни реабилитация қилиш чоралари курс давомийлигига ва саратон терапиясининг танланган усуллариغا 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.

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

- Дастлабки даволанишдан сўнг барча беморларни биринчи 5 йилда онколог томонидан кузатилиши **тавсия этилади** (физикал текширувни ўтказиш, шикоятлар ва анамнез йиғиш, инструментал диагностика тадқиқотларини ўтказиш), ўзига хос клиник вазиятга қараб биринчи 5 йил давомида йилига 1 дан 4 мартагача, кейин ҳар йили. *Кузатувнинг асосий мақсади маҳаллий рецидивларни ва ЖОСнинг ривожланишини имкон қадар тезроқ аниқлашдир,*

чунки бу самарали даволаш имкониятини беради [54]
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18440124/>).

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси - С (далилларнинг ишончилиги даражаси - \$).

Шарҳлар: текширув алгоритми клиник вазиятга қараб даволовчи шифокор томонидан белгиланади.

2.4. Реабилитация усуллари ва муолажалари:

Жинсий олат 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

Ҳозирги вақтда тиббий реабилитациянинг аксарият турлари учун ЖОС билан оғриган беморларни қамраб олган клиник тадқиқотлар мавжуд эмас. Ушбу тавсиялар тиббий реабилитациянинг турли турлари функционал тикланишни сезиларли даражада тезлаштириши, жарроҳлик амалиётидан кейин касалхонада қолиш муддатини қисқартириши ва бошқа хавfli ўсмалари бўлган беморларда асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтириши кўплаб тадқиқотлар, жумладан, мета-таҳлиллар (Стеффенс Д. ва бошқ. 2018 ва бошқалар) ва систематик шарҳларда (Нисоле Л. Стоут ва бошқалар, 2017 ва Р. Сегал ва бошқалар, 2017 ва бошқалар) исботланганлиги асосида ишлаб чиқилган.

Жарроҳлик аралашуви ва/ёки кимётерапиядан кейин беморларни реабилитация қилишининг умумий тамойилларига эътибор қаратган ҳолда реабилитация қилиши керак.

1.1. Даствлабкн реабилитация

• ЖОС билан оғриган барча беморларга даствлабкн реабилитацияни амалга ошириш **тавсия этилади**. Даствлабкн реабилитация жисмоний тарбия (ДФК), психологик (нейропсихологик реабилитация) ва нутритив қўллаб-қувватлаш, бемориларни хабардор қилиш ўз ичига олади. Олдиндан реабилитация функционал тикланишни сезиларли даражада тезлаштиради, жарроҳлик амалиётидан кейин касалхонада қолиш муддатини қисқартиради ва саратон касаллигини даволаш пайтида асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтиради. [37, 38].

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

Шарҳлар: Даствлабкн реабилитациядаги режада психологик ёрдам кайфиятни яхшилади, ташвиш ва депрессияни камайтиради. Психологик реабилитация курсидан ўтган беморлар жарроҳлик даволашдан кейин кундалик ҳаётга яхшироқ мослашади.

1.2. Жарроҳлик даволаш пайтида реабилитация

1.2.1. Жарроҳлик даволаш пайтида реабилитациянинг биринчи босқичи

• Даволаш натижаларини яхшилаш учун жисмоний реабилитация (ДФК), жойлашиш йўли билан даволаш, оғриқни клиник ва психологик коррекциялаш (релаксация), тери орқали электр стимуляцияси, акупунктурани ўз ичига олган ҳолда жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда оғриқни йўқотишга мултидисциплинар ёндашув **тавсия этилади** [39, 40].

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

Шарҳлар: Агар кўрсатмалар бўлса, оғриқсизлантириш учун жойлашиш йўли билан даволаш, ДФК, жарроҳлик бўлган зонага жойида криотерапия, тиббий массаж ва электротерапияни бирлаштириш керак.

1.2.2. Реабилитациянинг иккинчи босқичи

• Лимфедема пайдо бўлганда шиш синдромини бартараф этиш учун тўлик терапия, шу жумладан мануал лимфа дренажи (оёқлар массажи), компрессион трикотаж кийиш, ДФК комплексини бажариш ва терини парвариш қилиш **тавсия этилади** [41].

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

Дюкен жарроҳлик амалиётидан кейин оёқларнинг лимфостазини олдини олиш учун қуйидаги чораларни кўриш тавсия этилади [41]:

- вазни назорат қилиш, семиришнинг олдини олиш;
- сарамас яллиғланишнинг олдини олиш, терини парвариш қилиш.

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

***Шарҳлар:** Агар лимфостаз юзага келса, вазн йўқотиш зарурлигига эътибор бериш керак.*

1.2.3. Реабилитациянинг учинчи босқичи

- Жарроҳлик даволашдан сўнг барча беморларга аеробик машқларни киритилган ҳолда ДФК комплексини бажариш ва босқичма-босқич кенгайтириш **тавсия этилади**, бу хавfli ўсмаларни комбинацияланган даволашнинг натижаларини ва ҳаёт сифатини яхшилайдди. [42].

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

***Шарҳлар:** Аеробик ва куч машқлари комбинацияси тавсия этилади.*

- Жарроҳлик даволашдан сўнг (қарши кўрсатмалар бўлмаса) ҳаёт сифатини яхшилаш, оғриқ ва заифликни камайтириш учун барча беморларга тиббий массаж **тавсия этилади**. [43].

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

1.3. Кимётерапия пайтида реабилитация

- Кимётерапия олган барча беморларга жисмоний фаолиятни эрта бошлаш **тавсия этилади**, бу мушаклар заифлиги, гипотрофия ва жисмоний машқлар толерантлигининг пасайишининг олдини олишга ёрдам беради [44, 45] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси - Б (далилларнинг ишончилиги даражаси - 3).

***Шарҳлар:** кимётерапия пайтида аероб машқларидан фойдаланиш гемоглобин, эритроцитлар даражасини оширади ва лейкопения ва тромбоцитопения давомийлигини камайтиради [45].*

- Кимётерапия олган барча беморларга ДФК бажариш **тавсия этилади**, бу эса заифлик ва депрессияни камайтиришга ёрдам беради. Кимётерапия пайтида заифлик ва депрессияни даволашда ЛФКнинг психологик ёрдам (нейропсихологик реабилитация) билан комбинацияси фақат дори-дармонларни коррекциядан кўра самаралироқдир [44, 46].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - А (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 1).

***Шарҳлар:** кимётерапия пайтида ДФКнинг ҳажми ва интенсивлиги заифлик даражасига (енгил, ўртача, оғир) қараб индивидуал равишда танланади ва умумий ҳолат яхшиланиши билан ДФКнинг интенсивлиги ошади.*

- Кимётерапия билан даволанаётган барча беморларга, агар кимётерапия пайтида периферик полинейропатия пайдо бўлса, полинейропатиянинг клиник кўринишини назорат қилишга ёрдам берадиган 6 ҳафталик террен терапияси (юриш ёрдамида даволаш) курсини буюриш **тавсия этилади** [47].

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

- Агар кимётерапия пайтида периферик полинейропатия пайдо бўлса, кимётерапия олаётган беморларга паст интенсивликдаги лазер терапияси **тавсия этилади** [48] (<https://experts.mcmaster.ca/display/publication1233659>).

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

- Кимётерапия пайтида периферик полинейропатия пайдо бўлганда уни даволаш учун кимётерапия олаётган беморларга паст частотали магнит терапияси **тавсия этилади** [49].

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

- Кимётерапия пайтида юзага келадиган полинейропатияни даволаш учун кимётерапия олаётган беморларга 4 ҳафта давомида кунига 20 дақиқали тери орқали электр нейростимуляцияси **тавсия этилади** [50] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24549206/>).

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

- Кимётерапия пайтида оғиз бўшлиғининг мукозитларни олдини олиш учун кимётерапия олган беморларга паст интенсивликдаги лазер терапияси **тавсия этилади** [51].

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

- Кимётерапия олаётган беморларга кимётерапия пайтида юрак билан боғлиқ асоратларни камайтирадиган ДФК машқларини бажариш **тавсия этилади** [52].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - Б (далилларнинг ишончлилиги

даражаси - 3).

- Кимётерапия вақтида бош терисини совутиш тизимларидан фойдаланиш **тавсия этилади**, бу эса кимётерапия фонида алопециянинг олдини олишни таъминлайди [53] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28315539/>).

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

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

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

Иккиламчи профилактика жинсий олат саратонини симптомсиз ва клиникадан олдинги босқичларда эрта аниқлашга олиб келади, бунда буйрак 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 жинсий олат 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)

- Жинсий олат саратони ривожланишининг олдини олиш учун аҳолининг барча катламлари 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.

- Қуйидаги кузатиш жадвали тавсия этилади: физикал текширув, қорин бўшлиғи аъзолари, қорин пардаси орти бўшлиғи ва чов-ёнбош минтақаларнинг УТТси - ҳар 2-3 ойда 1-чи йилда, ҳар 3 ойда 2-чи йилда, кейин ҳар 4 ойда 3 ва 4-чи йилларда, ҳар 6 ойда бир марта 5-чи йилда, кейин ҳар йили. Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси ҳар 2-чи келишда бажарилади

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

4. Реабилитация босқичлари ва кўлами:

Жинсий олат саратони беморлари жинсий олат саратони билан оғриган беморлар билан ишлаш тажрибасига эга бўлган онколог, уролог, тиббий психолог, шу жумладан, турли профил мутахассислар гуруҳи томонидан назорат қилиниши керак. Беморларни онкоуролог, онколог томонидан текшириш йилига камида 2 марта ўтказилиши керак; бошқа мутахассислар томонидан - зарурат бўлганда. Беморларни йилига бир марта етарли клиник ва лаборатория жиҳозларига эга ихтисослаштирилган онкология марказида тиббий кўриқдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Жинсий олат саратони билан оғриган беморларнинг диспансер кузатуви қуйидагиларни 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. Жинсий олат саратони билан оғриган барча беморларни ихтисослаштирилган онкология ёки гематология марказида рўйхатдан ўтказиш ва назорат қилиш тавсия этилади.

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

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

Тиббий профилактика ёки реабилитация бўйича барча диагностика тадбирлари даволовчи онкоуролог назорати остида, урологик онколог назорати остида Марказий вилоят касалхонаси, марказий тиббиёт шифохонаси ёки марказий шаҳар шифохонасининг онкология бўлимида бирламчи шароитда онколог томонидан амалга оширилади. Даволашни тугатгандан сўнг, профилактика тайинланган санага кўра, бемор яшаш жойидаги онкология муассасаси шифокорига мурожаат қилиши ва бир қатор текширувлардан ўтиши керак (онкологнинг текшируви, ултратовуш текшируви, рентген текшируви, қон ва сийдик таҳлиллари, МСКТ/МРТ ва бошқалар). Бундан ташқари, туман онкологи, агар касалликнинг рецидиви ёки метастазга шубҳа бўлса, беморни чуқур текшириш учун яшаш жойидаги онкологик муассасага юборади.

6. Тактика медицинской профилактики или реабилитации с указанием уровня:

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

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

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

Тўлиқ рэмиссия билан даволашни тугатган жинсий олат 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 ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 5).

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

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

Кичик чанок, қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи МСКТ/КТси терапия тугагандан сўнг биринчи 2 йилда ҳар 6 ойда ёки клиник кўрсатмаларга кўра бажарилади. Агар охириги ПЭТ/КТда тўлиқ жавоб тасдиқланган бўлса, прогрессия/рецидивга шубҳа бўлса ПЭТ/КТ ўтказилади.

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги 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 омиллар таъсирини истисно қилиш, соғлиқ ҳолатини ҳисобга олган ҳолда даволовчи шифокорнинг тавсияларига амал қилиш киради.

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

7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:

Профилактик терапия ва реабилитация динамик назорат ташрифи давомида клиник, лаборатория ва инструментал текширувларни кузатиш керак. Мояк 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;
- жинсий олат саратони учун хавф омили ёки фон касалликлари бўлган ҳолатлар/касалликларни ўз вақтида даволаш

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

ТОШКЕНТ – 2025

1. Диагностика ва паллиатив даволаш усуллари, ёндашувлари ва муолажалари (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/naczionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):

1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари:

- Паллиатив жаррохлик 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):

ЖОСда чов лимфа тугунларининг кенгайиши тез-тез кузатилади, бу метастазлар ёки юқумли лимфаденит мавжудлигидан келиб чиқади. Шикастланган лимфа тугунлари бир-бири билан қўшилиб, терига ўсадиган конгломератларни ҳосил қилади, йирингли оқма билан ташқи оқмаларни ҳосил қилади. Оёқлардан лимфа дренажининг бузилиши шишнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Узоқ метастазларнинг пайдо бўлиши уларнинг локализациясига мувофиқ келадиган симптомларнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Шикоятлар ва анамнез:

- Даволаш тактикасини танлашга таъсир қилиши мумкин бўлган омилларни аниқлаш учун барча беморлардан шикоятлар ва анамнез йиғиш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25457021/>).

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

Физикал текширувлар:

- ЖОСга шубҳа бўлган барча беморларга ўсма жараёнининг тарқалиш даражасини баҳолаш учун жинсий олат ва чов соҳаларини текшириш ва пайпаслаш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23279708/>).

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

Лаборатор диагностик текширувлар:

- ЖОС билан оғриган барча беморларга қўшимча диагностика усулларини танлаш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун умумий клиник қон таҳлили **тавсия этилади**. (<https://emedicine.medscape.com/article/446554-workup?form=fpf>).

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

- ЖОС билан оғриган барча беморларга қўшимча диагностика усулларини танлаш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун биокимёвий қон таҳлилинини топшириш (шу жумладан глюкоза, креатинин, мочевина, билирубин, трансаминазалар, ишқорли фосфатаза, қон зардободаги калий даражаларини аниқлаш) **тавсия этилади** (<https://emedicine.medscape.com/article/446554-workup?form=fpf>).

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

- ЖОС билан оғриган барча беморларга қўшимча диагностика усулларини танлаш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун протромбин, протромбин вақти, халқаро нормаллаштирилган нисбат, фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти ва фибриногенни аниқлашни ўз ичига олган коагулограмми топшириш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19394816/>)

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

- ЖОС билан оғриган барча беморларга қўшимча диагностика усулларини танлаш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун умумий сийдик таҳлил **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15791892/>).

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

- ЖОС билан оғриган ва бирламчи ўсма ёки регионар метастазлар инфекциясининг клиник аломатлари бўлган барча беморларга инфекция асоратларни даволаш ва сепсиснинг олдини олиш тактикасини аниқлаш учун аэроб ва факултатив-анаэроб шартли-патоген микроорганизмлар учун ўсма оқиши микробиологик (маданий)

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15791892/>)

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

Инструментал диагностика текширувлар:

- ЖОС ташхиси қўйилган беморларда шубҳали текширув ва пайпаслаш маълумотлари бўлса, ўсма инвазияси чуқурлигини аниқлаш учун жинсий олат ултратовуш текшируви (УТТ) ва/ёки магнит-резонанс томографияни (МРТ) бажариш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12656901/>).

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

- ЖОС ташхиси қўйилган барча беморларда регионар лимфа тугунларининг ҳолатини баҳолаш учун чов зоналар УТТсини бажариш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27402024/>).

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

- Чов лимфа тугунлари пайпасланадиган (ёки УТТга кўра чов лимфа тугунлари ≥ 10 мм бўлган семизликка чалинган беморларда) ЖОС билан оғриган барча беморларда регионар лимфа тугунларининг ҳолатини баҳолаш учун чов ва чаноқ аъзоларининг контрастли компьютер томографияси (КТ) ёки МРТини бажариш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975666/>).

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

- Чов лимфа тугунлари катталашган барча ЖОС билан оғриган барча беморларда қорин орти парда лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш учун қорин бўшлиғи ва қорин орти парда бўшлиғининг томир ичига контрастлаш билан КТ ёки МРИни бажариш **тавсия этилади** (<https://d56bochluxecloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Penile-Cancer-2022.pdf>).

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

- Чаноқ аъзоларининг лимфа тугунлари катталашган ЖОС билан оғриган барча беморларни ўпка метастазларини аниқлаш учун кўкрак қафаси рентгенография ёки КТни бажариш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975666/>).

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

• Суяк метастазларини аниқлаш учун суяк оғриғидан шикоят қилган беморларга суяк синтиграфиясини (Остеосцинтиграфия) бажариш **тавсия этилади** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975666/>).

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

Бошқа диагностика текширувлари

• ЖОСга шубҳа қилинган барча беморларда гистологик тури, варианты, анаплазия даражаси, ангиолимфатик инвазия мавжудлиги, бирламчи ўсманинг инвазия чуқурлиги, шунингдек, олиб ташланган лимфа тугунлари сонини баҳолаш, олиб ташланган лимфа тугунларида ЖОС метастазларини аниқлаш, экстранодал ўсма экстензиясини аниқлаш учун биопсия ва/ёки жарроҳлик намуналарини патологик-анатомик текширувдан ўтказиш **тавсия этилади** [2, 18-20].

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

Шарҳлар: Даволашни бошлашдан олдин ЖОС ташхисининг морфологик тасдиқлашни олиш шарт. Бирламчи ўсмани ҳам, регионар метастазларни ҳам даволаш тактикасини аниқлаш учун ўсманинг гистологик вариантини аниқлаш, Т тоифаси ва анаплазия Г даражасини баҳолаш керак. Ситологик текшириш учун морфологик намуналарини қиринди ёки суртма орқали, патологик-анатомик текшириш учун - очиқ, устунли, аспирацион биопсия орқали олиш мумкин. Дистал локализациянинг кичик ўсмалари (кертмак, жинсий олат боши) бўлса, ташхисни бирламчи текшириш учун ўсмани тўлиқ олиб ташлаш мумкин.

4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:

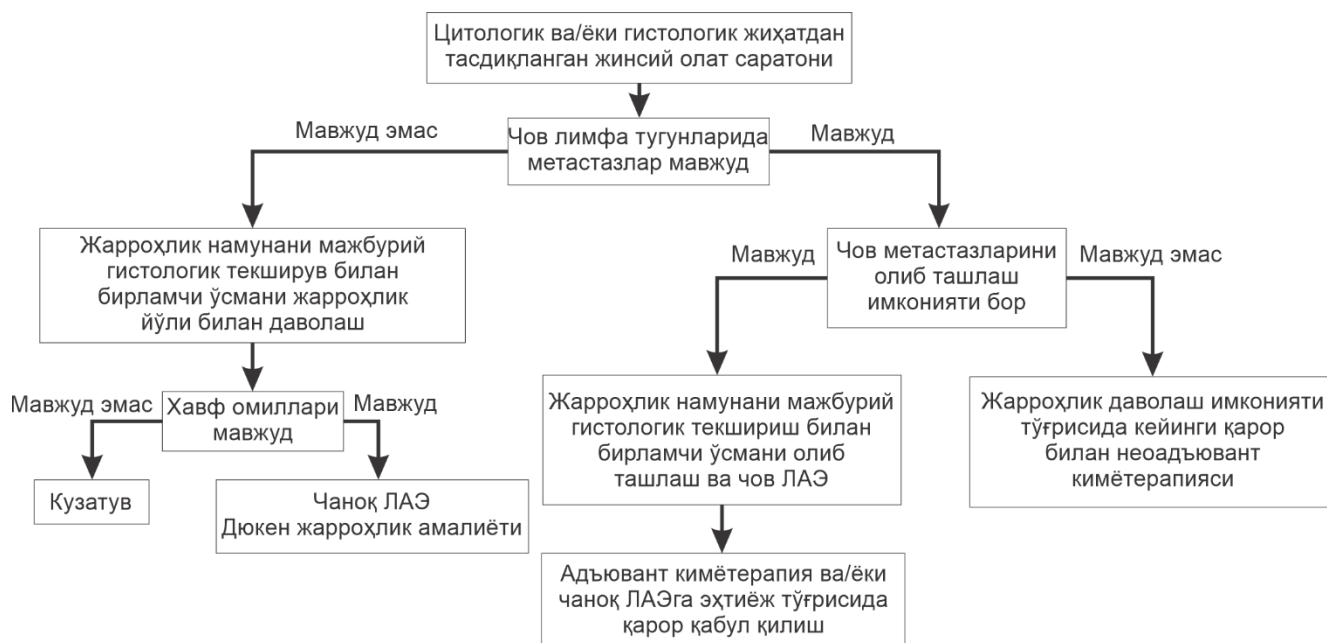
- ✓ Оғриқ ва бошқа оғриқли аломатларнинг олдини олиш ва йўқ қилиш, беморнинг азобини енгиллаштириш.
- ✓ Саратон касаллигининг ривожланишини секинлаштириш ва беморнинг умрини узайтириш.
- ✓ Бемор ҳаёти фаровонлигини ошириш ҳаёт сифатини яхшилаш.
- ✓ Психологик, ижтимоий, маънавий қўллаб-қувватлаш, психосоматик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

Жинсий олат саратонини даволаш алгоритми:



10-жадвал. ЖОС билан оғриган беморларда бирламчи ўсмани даволаш усулини танлаш алгоритми.

Бирламчи ўсманинг хусусиятлари	Даволаш
Tis, Ta	#имихимода аппликациялари; лазер абляция, жарроҳлик даволаш
T1 (G1,G2)	#имихимода аппликациялари; лазер абляция, жарроҳлик даволаш, нур терапия дистанцион ёки тўқима ичидаги - <4 см ўсмаларда дистанцион - ≥4 см ўсмаларда
T1 (G3,G4), T2-4	жарроҳлик даволаш, нур терапия

	<p>дистанцион ёки тўқима ичидаги - <4 см ўсмаларда</p> <p>дистанцион - ≥4 см ўсмаларда</p> <p>кимё нур терапияси</p>
--	---

11-жадвал. ЖОС билан оғриган беморларда регионар метастазлар учун даволаш тактикасини танлаш алгоритми.

Регионар лимфа тугунлари	Қўшимча хусусиятлари	Даволаш тактикаси
Чов лимфа тугунлари пайпасланма йди	Бирламчи ўсма Tis, Ta, TaG1	Динамик қўриқчи лимфа тугуннинг биопсияси (агар ижобий бўлса - икки томонлама стандарт чов-сон лимфодиссекция)
	Бирламчи ўсма Tis, Ta, TaG1	Агар динамик қўриқчи лимфа тугуннинг биопсияси мумкин бўлмаса - динамик кузатув
	Бирламчи ўсма T>T1a, G>G1	Шошилишч патологик-анатомик текширув билан модификацияланган икки томонлама стандарт чов-сон лимфодиссекцияси (агар натижа ижобий бўлса - метастаз ёки метастазлар аниқланган томонда стандарт чов-сон лимфаденэктомияси)
Чов лимфа тугунлари пайпасланад и.	Бирламчи ўсма Tis, Ta, TaG1	Тери орқали УТТ назорати остида биопсия Тери орқали биопсиясининг натижаси салбий бўлса: очик биопсия
	Чов лимфа тугунлари <4 см, ҳаракатчан	Очик биопсиясининг натижаси салбий бўлса: динамик кузатув Биопсиясининг натижаси ижобий бўлса: икки томонлама стандарт чов-сон лимфодиссекцияси Экстранодал ўсманинг ўсиши, чов лимфа тугунларида 3 ёки ундан ортиқ метастазлар, икки томонлама чаноқ лимфодиссекцияси, адъювант кимётерапия ёки кимётерапия имкониятини кўриб чиқиш зарур.
	Бирламчи ўсма T>T1a, G>G1 Чов лимфа тугунлари <4 см, ҳаракатчан	Икки томонлама стандарт чов-сон лимфодиссекцияси. Экстранодал ўсманинг ўсиши, чов лимфа тугунларида 3 ёки ундан ортиқ метастазлар, икки томонлама чаноқ лимфодиссекцияси.

	<p>Чов лимфа тугунлари ≥ 4 см, ҳаракатчан</p>	<p>Тери орқали УТТ назорати остида биопсия</p> <p>Тери орқали биопсиясининг натижаси салбий бўлса: очик биопсия</p> <p>Очик биопсиясининг натижаси салбий бўлса: динамик кузатув</p> <p>Биопсиясининг натижаси ижобий бўлса: адьювант кимётерапия, икки томонлама стандарт чов-сон лимфодиссекцияси</p> <p>Екстранодал ўсманинг ўсиши, чов лимфа тугунларида 3 ёки ундан ортиқ метастазлар, икки томонлама чаноқ лимфодиссекцияси. Адьювант кимётерапия ёки кимё нур терапия (агар адьювант кимётерапия бажарилмаган бўлса) имкониятини кўриб чиқиш зарур.</p> <p>◦</p>
	<p>Ҳаракатсиз</p>	<p>Тери орқали УТТ назорати остида биопсия</p> <p>Тери орқали биопсиясининг натижаси салбий бўлса: очик биопсия</p> <p>Очик биопсиясининг натижаси салбий бўлса: динамик кузатув</p> <p>Биопсиясининг натижаси ижобий бўлса: индукцион кимётерапия, икки томонлама стандарт чов-сон, чаноқ лимфодиссекцияси, даволашга жавоб бўлганда</p>
<p>Чаноқ лимфа тугунлари</p>	<p>Катталашмаган, pN0-N1</p>	<p>Чаноқ лимфодиссекцияси кўрсатилмаган</p>
	<p>Катталашмаган, pN2</p>	<p>Икки томонлама чаноқ лимфодиссекцияси</p>
	<p>Катталашган, олиб ташлаши мумкин</p>	<p>Неoadьювант кимётерапия, икки томонлама чаноқ лимфодиссекцияси</p>
	<p>Катталашган, олиб ташлаши мумкин эмас</p>	<p>Индукцион кимётерапия, икки томонлама чаноқ лимфодиссекцияси, даволашга жавоб бўлганда</p>

2) Паллиатив номедикаментоз даволаш:

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 гр/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 (гр/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 геморагик тошмаларнинг пайдо бўлишида (петехиялар, қўқаришлар) аферез тромбоцитларни профилактик трансфузияси амалга оширилади;
- Инвазив аралашувни режалаштирилаётган иситмаси бўлган беморларга аферез тромбоцитларини профилактика мақсадида қуйиш юқорирок даражада ($20 \times 10^9/\text{л}$) амалга оширилиши мумкин;
- Петехиал-доғли типдаги геморагик синдром (бурун, милқдан қон кетиш, мено-, метроррагия, бошқа локализация қон кетишлари) мавжуд бўлганда, даволаш мақсадида тромбоцитлар концентратини қуйиш амалга оширилади.

Янги музлатилган плазма:

- ЯМПни трансфузияси қон кетиши бор беморларда ёки инвазив муолажалардан олдин амалга оширилади.
- $\text{MHO} \geq 2.0$ бўлган беморлар (нейрожарроҳлик аралашувлар учун ≥ 1.5) инвазив муолажаларни режалаштиришда ЯМП қуйиш учун номзод сифатида қўрилади. Режали амалиётларда амалиётдан камида 3 кун олдин фитоменадион 30 мг/сут дан кам бўлмаган дозада вена ичига ёки оғиз орқали 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.

Паллиатив кимётерапия

- Жинсий олат саратони учун кимётерапия бошқа усуллар билан турли комбинацияларда ҳам, мустақил даволаш усули сифатида ҳам, айниқса узоқ метастазлар мавжуд бўлганда қўлланилади. Шундай қилиб, кимётерапия фимоз учун нур терапияси билан бирлаштирилади

(циркумцизиядан кейин). Бундан ташқари, у нур терапияси билан бирга қўшилади.

- Неoadъювант кимётерапия курслари жарроҳлик амалиётини қилиб бўлмайдиган, метастатик жараён (Т4), шунингдек, гистология билан тасдиқланган регионар лимфа тугунларида метастазлар (ТИП, ПФ схемалари) бўлган беморларга қўлланилади.
- Метастатик рецидив касалликлар учун кейинги қатор кимётерапиянинг мустақил курслари (Паклитаксел + Цетуксимаб).
- Монотерапияда қуйидаги препаратлардан фойдаланиш мумкин: Цисплатин, капецитабин, паклитаксел, цетуксимаб.

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

Препаратнинг фармакотерапевтик гурухи	Дори воситаларининг ХПН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Алкиллаштирувчи агентлар - платина комплекс қўшилмалари	Цисплатин	20 мг/м ² в/и (30-60 дақиқали инфузия) 1-3 кунда; 70-80 мг/м ² в/и 1-чи кунда;	А
Ўсимлик ва табиий келиб чиқиши препаратлари Микронайчали ингибиторлари - таксанлар	паклитаксел	175 мг/м ² в/и 3 соатлик инфузия 1-чи кунда	А
Алкиллаштирувчи агентлар - хлоретиламинлар	ифосфамид	1200 мг/м ² в/и (30-60 дақиқали инфузия) 1-3 чи кунларда	А
Акролеиннинг антидоти, оксазафосфорин гуруҳидаги ўсмага қарши воситаларнинг метаболити (ифосфамид, циклофосфамид)	месна	800 мг в/и тиззилаб ифосфамидни юборишдан олдин, унинг инфузиядан 4 ва 8	В

		соат ўтгач, 1, 2, 3-чи кунларда	
Фторпиримидинлар	5-фторурацил	800-1000 мг/м ² в/и 1-4 чи кунларда	А
Моноклонал антитана, ЭГФР ингибитори	цетуксимаб	400 мг/м ² в/и (2 соатлик инфузия) 1 марта, кейин цетуксимаб 250 мг/м ² в/и (1 соатлик инфузия) ҳар ҳафтасига	А
Юклар олиш (ҳаволалар)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D1%87%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B0-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17899		

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

Препаратнинг фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситаларининг ХПН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Ўсмага қарши восита. Антиметаболит.	капецитабин	1000 мг/м ² 1-14 кунлар давомида оғиз орқали. Ҳар 21 кунда такрорлаш	А
Антибактериал дори воситалар	Пиперациллин тазобактам	Вена ичига	А
	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Амикацин	Вена ичига	В
	Сефоперазон сулбактам	Вена ичига	С
	Ванкомицин	Вена ичига	А
	Гентамицин	Вена ичига	-
	Метронидазол	Вена ичига Ичига	А
	Имипенем	Вена ичига	А
	Колистиметат натрий	Вена ичига	А
	Меропенем	Вена ичига	А
	Линезоид	Вена ичига	А
	Левифлоксацин	Вена ичига Ичига	-
	Цефтазидим	Вена ичига	А
Цефепим	Вена ичига	С	

	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичига	С
	Ертапенем	Вена ичига	В
	Сулфаметоксазол /триметоприм	Вена ичига Ичига	А
Замбуруғга қарши дори воситалар	Амфотерицин В	Вена ичига	С
	Вориконазол	Вена ичига Ичига	В
	Интраконазол	Ичига	В
	Каспофунгин	Вена ичига	В
	Микофунгин	Вена ичига	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичига	С
	Анидулафунгин	Вена ичига	В
	Позаконазол	Ичига қабул қилиш	В
Вирусга қарши дори воситалар	Ацикловир	Вена ичига Ичига	А
	Ганацикловир	Вена ичига	С
	Валгантцикловир	Ичига қабул қилиш	
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалар	Гепарин	Вена ичига Тери остига	С
	Аминокапрон кислотаси	Вена ичига	С
	Гемостатик губка	Маҳаллий қўллаш	С
	Надропарин	Тери остига	С
	Еноксапарин	Тери остига	С
	Ингибиторларга қарши коагулятн комплекси	Вена ичига	В
Бошқа дори воситалар	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д
	Одам нормал иммуноглобулини [ИгГ+ИгА+ИгМ]	Вена ичига	А
	Омепразол	Вена ичига Ичига	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичига қабул қилиш	
	Амлодипин	Ичига қабул қилиш	В
	Дротаверин	Вена ичига	

		Ичига	
	Каптоприл	Ичига қабул қилиш	В
	Лизиноприл	Ичига қабул қилиш	В
	Лактулоза	Ичига қабул қилиш	В
	Спиринолактон	Ичига қабул қилиш	В
	Повидон-ёд	Ташқи	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичига қабул қилиш	-
	Фолий кислотаси	Ичига қабул қилиш	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичига	А
	Хлоргексидин	Ташқи	-
Юклаб олиш (хаволалар)	https://nrchd.kz/ru/2017-03-12-10-51-13/klinicheskie-protokoly		

Жинсий олат саратонини даволаш учун поликимётерапия схемалари

ТИП: Курс ҳар 21 кунда такрорланади.

4 та курс - стандарт иккинчи қатор режими

Паклитаксел	175 мг/м ² в/и 3 соатлик инфузия 1-чи куни
Ифосфамид	1200 мг/м ² в/и (30-60 дақиқа давомида инфузия) 1-3 чи кунларда
Месна	800 мг в/и тиззилаб ифосфамидни юборишдан олдин, унинг инфузиядан 4 ва 8 соат ўтгач, 1, 2, 3-чи кунларда
Цисплатин	20 мг/м ² в/и (30-60 дақиқа давомида инфузия) 1-3 чи кунларда

ПФ: 4 та курс - курс ҳар 21 кунда такрорланади.

Фторурацил	800-1000 мг/м ² в/и в 1-4-чи кунларда
Цисплатин	70-80 мг/м ² в/и 1-чи кунда

Паклитаксел+Цетуксимаб: 4 та курс - курс ҳар 21 кунда такрорланади.

Паклитаксел	175 мг/м ² в/и 3 соатлик инфузия 1-чи кунда
Цетуксимаб	400 мг/м ² в/и (2 соатлик инфузия) 1 марта юбориш, кейин цетуксимаб 250 мг/м ² в/и (1 соатлик инфузия) ҳар ҳафтасига

Жинсий олат саратонини даволаш учун монокимётерапия схемалари

Паклитаксел	175 мг/м ² в/и 3 соатлик инфузия 1-чи кунда ҳар 21 кунда такрорланади
Цисплатин	70-80 мг/м ² в/и 1-чи кунда ҳар 21 кунда такрорланади
Капецитабин	1000 мг/м ² ичига қабул қилиш 1-14 кун ҳар 21 кунда такрорланади
Цетуксимаб	400 мг/м ² в/и (2 соатлик инфузия) 1 марта юбориш, кейин цетуксимаб 250 мг/м ² в/и (1 соатлик инфузия) ҳар ҳафтасига

Жинсий олат саратонини даволашнинг умумий алгоритми қуйидагича тақдим этилиши мумкин:

I. Бирламчи ўчоқни паллиатив даволаш бўйича тавсиялар:

- T_{≥2} босқичи: қисман ёки тўлиқ ампутация ёки ўсманинг жойлашиши ва ҳажмига қараб эмаскуляция кўрсатилади. Консерватив терапия фақат мажбурий динамик кузатуви билан беморларнинг чекланган танланган гуруҳида амалга оширилиши мумкин.
- консерватив даво давомида маҳаллий рецидиви: ўсма каверноз аъзоларга инвазия бўлмаганда консерватив терапиянинг такрорий курси кўрсатилади. Катта рецидив ва каверноз органларнинг инвазияси мавжуд бўлса, жинсий олатни қисман ёки тўлиқ ампутация қилиш кўрсатилади.

II. Пайпасланадиган лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши бўйича тавсиялар:

- Радикал чов лимфаденэктомия кўрсатилади, агар тегишли гистологик топилмалар мавжуд бўлса, у чаноқ аъзоларининг лимфаденэктомиясигача кенгайтирилиши мумкин. Массив чов конгломератлар ёки катталашган чаноқ лимфа тугунлари (КТ ва МРТ маълумотларига кўра) бўлган беморларга жарроҳлик амалиётидан олдин кимётерапия ёки нур терапияси курсидан ўтиш кўрсатилади. Бироқ, неоадъювант нур терапияси кейинги лимфаденэктомиядан кейин беморларнинг ўлимини статистик равишда оширади. Агар динамик кузатув

пайтида лимфа тугунлари пайдо бўлса, чов лимфаденэктомия кўрсатилади, агар тегишли гистологик топилмалар мавжуд бўлса, чанок аъзоларининг лимфаденэктомиясигача кенгайтирилиши имконияти мавжуд.

6. Паллиатив жарроҳлик аралашуви:

Жинсий олатни қисман ёки тўлиқ ампутация қилиш ёки шикастланиш даражасига қараб эмаскуляцияни ўз ичига олган жарроҳлик аралашуви даволашнинг стандарт усули ҳисобланади. Фақатгина жинсий олатнинг бошининг ярмидан кўп бўлмаган қисмига ўсма тарқалиши билан оғриган беморларда мажбурий қатъий динамик кузатув билан органларни сақловчи даволаш усуллари амалга ошириш мумкин.

- Чуқур ўсма инвазияси ёки катта рецидивли ўсма ўчоғи бўлса, жинсий олатни қисман ёки тўлиқ ампутацияни амалга ошириш кўрсатилади.

Ҳаракатсиз чов конгломератлар ёки ижобий чанок лимфа тугунлари (КТ ёки МРТ маълумотлари бўйича): Чов минтақаларда катта ҳажмли ҳосилалар (метастазлар) ёки катталашган чанок лимфа тугунлари (КТ, МРТ) мавжуд бўлганда, адъювант кимётерапия курслари кўрсатилади, бу эса 21-60% ҳолларда ўсманинг қисман ёки тўлиқ регрессиясига олиб келиши мумкин. Паллиатив чов-ёнбош-обтуратор лимфаденэктомия мажбурий даволаш усули ҳисобланади. Даволашнинг яна бир варианты жарроҳлик амалиётидан олдинги кейинги лимфаденэктомияси билан нур терапия бўлиши мумкин.

7. Кейинги кузатув:

- Онколог ёки умумий амалиёт шифокор томонидан кузатиш.

Кузатув даврлари:

- Биринчи йил - ҳар 3 ойда бир марта;
- Иккинчи йил – ҳар 6 ойда бир марта;
- Кейинги 6 йилгача - йилига бир марта.

Кузатув кўлами:

- умумий қон таҳлили - биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейин ҳар 6 ойда бир марта;
- умумий сийдик таҳлили - биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейин 6 ойда бир марта;
- биокимёвий қон таҳлили (шлаклар, оқсиллар, шакарларни аниқлаш билан)

биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейин ҳар 6 ойда бир марта;

- қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи аъзоларининг, чов лимфа тугунларнинг УТТси - биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейин ҳар 6 ойда бир марта;

- кўкрак қафаси рентгенографияси - ҳар 6 ойда;

- қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи аъзоларининг КТси - ҳар 12 ойда;

кичик чаноқ ва жинсий олат МРТси - ҳар 12 ойда.

Прогноз: ИВ босқичда яшовчанлик даражаси анча паст. Даволанишсиз беморлар ўртача 3 йил яшайди.

8. Паллиатив 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 ортик 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.

9. Иловалар:

1-илова.

Беморлар учун маълумот

Кимиётерапиянинг асоратлари бўйича тавсия - онколог билан боғланишдир.

1) Тана ҳарорати 38°C ва ундан юқори кўтарилганда:

- **шифокор-онколог кўрсатмаси бўйича** антибиотикларни қабул қилишни бошлаш;

- клиник қон таҳлили.

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-онколог кўрсатмасига бўйича** даволаш.

3) Ичи кетишда:

- 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-онколог кўрсатмаси бўйича** препаратларни қабул қилиш.

4) Кўнгил айниганда:

- **шифокор-онколог кўрсатмаси бўйича** препаратларни қабул қилиш.

ЖССТ/ЕСОГ беморнинг аҳолининг оғирлигини баҳолаш учун шкаласи

Асл ном: The Eastern Cooperative Oncology Group/World Health Organization Performance Status (ECOG/WHO PS)

Манба (ишлаб чиқарувчининг расмий веб-сайти, тасдиқланган нашр):
<https://ecogacrin.org/resources/ecog-performance-status>

Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP: Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 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:

Б а л л	Т а в с и ф
0	Бемор тўлиқ фаол, ҳатта амма 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

	<p>қ илишқ обилиятига эга, аммо ишни бажара олмайди. Уйғониш вақтининг 50% дан кўпроғини фаол равишда, тик ҳолатида, ўтказди (Карновский шкаласи буйича 50-60%)</p>
3	<p>Бемор фақат чекланган ўзига ғамхўрлик қила олади, уйғониш вақтининг 50% дан кўпроғини креслода ёки ётоқда ўтказди (Карновский шкаласи буйича 30-40%)</p>
4	<p>Ўзига ғамхўрлик қила олмайди ган, креслода ёки тўшакда қимирлатмай ётган ногирон (Карновский шкаласи буйича 10-20%)</p>

Карновский шкаласи

Асл ном: KARNOVSKY PERFORMANCE STATUS

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

Karnovsky DA, Burchenal JH: The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Evaluation of chemotherapeutic agents. edn. Edited by MacLeod C. New York: Columbia University Press; 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 – аҳамиятлӣ 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.

Солид ўсмаларнинг иммунорқали жавобни баҳолаш мезонлари

Солид ўсмаларнинг RECIST 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: Response Evaluation Criteria In Solid Tumors 1.1 (RECIST).

Манба (ишлаб чиқарувчининг расмий веб-сайти, тасдиқланган нашр): Eisenhauer E.A., Therasse P., Bogaerts J., Schwartz L.H., Sargent D., Ford R., Dancey J., Arbuck S., Gwyther S., Mooney M., Rubinstein L., Shankar L., Dodd L., Kaplan R., Lacombe D., Verweij J. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). Eur J Cancer 2009;45(2):228–47. DOI: 10.1016/j.ejca.2008.10.026 [248].

Тури: баҳолаш шкаласи

Мазмуни: солид ўсмаларнинг даволанишга жавобини баҳолашни унификациялаш.

Таркиб (шаблон):

Даволанишга жавоби	RECIST 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. Phillips, B., et al. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. Update by Jeremy Howick March 2009.
2. Park, J.S., et al. Recent global trends in testicular cancer incidence and mortality. *Medicine (Baltimore)*, 2018. 97: e12390. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30213007/>
3. Nigam, M., et al. Increasing incidence of testicular cancer in the United States and Europe between 1992 and 2009. *World J Urol*, 2014. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25030752/>
4. Gurney, J.K., et al. International Trends in the Incidence of Testicular Cancer: Lessons from 35 Years and 41 Countries. *Eur Urol*, 2019. 76: 615. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31324498/>.
5. Williamson, S.R., et al. The World Health Organization 2016 classification of testicular germ cell tumours: a review and update from the International Society of Urological Pathology Testis Consultation Panel. *Histopathology*, 2017. 70: 335. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27747907>
6. Brierley, J.E., et al. The TNM Classification of Malignant Tumours 8th edition. 2016. <https://www.wiley.com/en-gb/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>
7. Gillessen, S., et al. Predicting Outcomes in Men With Metastatic Nonseminomatous Germ Cell Tumors (NSGCT): Results From the IGCCCG Update Consortium. *J Clin Oncol*, 2021. 39: 1563. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33822655/>
8. Beyer, J., et al. Survival and New Prognosticators in Metastatic Seminoma: Results From the IGCCCG-Update Consortium. *J Clin Oncol*, 2021. 39: 1553. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33729863/>
9. «Клиническая онкоурология» под редакцией Б.П. Матвеева (Москва, 2011 год)
10. Aparicio, J., et al. Patterns of relapse and treatment outcome after active surveillance or adjuvant carboplatin for stage I seminoma: a retrospective study of the Spanish Germ Cell Cancer Group. *Clin Transl Oncol*, 2021. 23: 58. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32462393/>
11. Nayan, M., et al. Conditional Risk of Relapse in Surveillance for Clinical Stage I Testicular Cancer. *Eur Urol*, 2017. 71: 120. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27527805/>
12. Garcia-del-Muro, X., et al. Chemotherapy as an alternative to radiotherapy in the treatment of stage IIA and IIB testicular seminoma: Spanish Germ Cell Cancer Group Study. *J Clin Oncol*, 2008. 26: 5416

13. Albers, P., et al. Randomized phase III trial comparing retroperitoneal lymph node dissection with one course of bleomycin and etoposide plus cisplatin chemotherapy in the adjuvant treatment of clinical stage I Nonseminomatous testicular germ cell tumors: AUO Trial AH 01/94 by the German Testicular Cancer Study Group. J Clin Oncol, 2008. 26: 2966

14. Tandstad, T., et al. Risk-adapted treatment in clinical stage I nonseminomatous germ cell testicular cancer: the SWENOTECA management program. J Clin Oncol, 2008. 26: 2966

15. Nicolai, N., et al. Retroperitoneal lymph node dissection with no adjuvant chemotherapy in clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors: long-term outcome and analysis of risk factors of recurrence. Eur urol, 2010. 58: 912

16. Thibault, C., et al. Compliance with guidelines and correlation with outcome inpatients with advanced germ-cell tumours. Eur J Cancer, 2014. 50: 1284.

17. Клинические рекомендации ESMO (утверждено группой по подготовке рекомендаций ESMO, 2016 года);

18. Журнал Онкоурология 2005г-2017, Ежеквартальный научно практический журнал.

19. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов 2023г/
<http://www.uroweb.org/guideline/testicular-cancer/>.

20. NCCN клинические рекомендации 2023 года.

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

22. ↑ [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.

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

24. ↑ [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.

25. ↑ [Полунина Н. В., Пивоваров Ю. П., Милушкина О. Ю. Профилактическая медицина — основа сохранения здоровья населения](#) [Архивная копия](#) от 18 мая 2021 на [Wayback Machine](#) / ГБОУ ВПО «[Российский национальный исследовательский](#)

[университет имени Н. И. Пирогова»](#) Минздрава России, научная статья, DOI: 10.24075/vrgmu.2018.058 // М.: РНИУ им. Пирогова, журнал «Вестник Российского государственного медицинского университета», № 5, 2018 г., С. 5-13. ISSN: 2070-7320

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

27. ↑ [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.

28. ↑ [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.

29. ↑ [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.

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

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

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

33. ↑ [Реабилитация в медицине](#) / Турович Е. А., Скобля Е. 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.

34. ↑ [Реабилитация](#) [Архивная копия](#) от 12 мая 2022 на [Wayback Machine](#) // 10.11.2021 г. Просветительская статья на сайте [ВОЗ](#).

35. ↑ [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). — ISBN 978-5-85270-365-1.).

36. ↑ Статья 40 Федерального закона от 21.11.2011 N 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)

37. 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

38. ↑ [Перейти обратно:¹ ²](#) Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. Профилактика заболеваний // М.: Академия Естествознания, 2015. — 449 с. [ISBN 978-5-91327-352-9](#). ([Текст в электронном виде](#) [Архивная копия](#) от 26 января 2021 на [Wayback Machine](#) на сайте *monographies.ru*)

39. ↑ [Перейти обратно:¹ ²](#) Katz. D., Ater. A. "[«Preventive medicine, integrative medicine and the health of the population»](#)" (PDF). [Архивировано](#) (PDF) 27 августа 2010. Дата обращения: 20 июля 2020.

40. Hulzebos E.H., Helders P.J., Favie N.J. et al. Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial. JAMA 2006;296(15):1851–7.

41. Tsimopoulou I., Pasquali S., Howard R. et al. Psychological Prehabilitation Before Cancer Surgery: A Systematic Review. Ann Surg Oncol 2015;22(13):4117–23.

42. Swarm R., Abernethy A.P., Anghelescu D.L. et al. Adult cancer pain. J Natl Compr Canc Netw 2010;8:1046–86.

43. Azhar R.A., Bochner B., Catto J. et al. Enhanced recovery after urological surgery: a contemporary systematic review of outcomes, key elements, and research needs. Eur Urol 2016;70(1):176–87.

44. Nilsson H., Angeras U., Bock D. et al. Is preoperative physical activity related to post- surgery recovery? A cohort study of patients with breast cancer. BMJ Open 2016;6(1):e007997.

45. Shin K.Y., Guo Y., Konzen B. et al. Inpatient cancer rehabilitation: the experience of a national comprehensive cancer center. Am J Phys Med Rehabil 2011;90(5):63–8.

46. Fallon M., Giusti R., Aielli F. et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. . Ann Oncol 2018;29(Suppl 4):iv166–91.

47. Musculoskeletal Cancer Surgery. Ed. by M. Malawer. Dordrecht: Springer, 2013. Pp. 583– 593.

48. Committee NMA: The diagnosis and treatment of lymphedema. Position Statement of the National Lymphedema Network. 2011. 19 p.

49. Segal R., Zwaal C., Green E. et al. Exercise for People with Cancer Guideline Development G: Exercise for people with cancer: a systematic review. . *Curr Oncol* 2017;24(4):e290–315.
50. Hu M., Lin W. Effects of exercise training on red blood cell production: implications for anemia. *Acta Haematol* 2012,127(3):156–64.
51. Mustian K.M., Alfano C.M., Heckler C. et al. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. *JAMA Oncol* 2017;3(7):961– 8.
52. Kinkead B., Schettler P.J., Larson E.R. et al. Massage therapy decreases cancer-related fatigue: Results from a randomized early phase trial. *Cancer* 2018;124(3):546–54.
53. Streckmann F., Zopf E.M., Lehmann H.C. et al. Exercise intervention studies in patients with peripheral neuropathy: a systematic review. *Sports Med* 2014;44(9):1289–304.
54. Kleckner I.R., Kamen C., Gewandter J.S. et al. Effects of exercise during chemotherapy on chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a multicenter, randomized controlled trial. . *Support Care Cancer* 2018;26(4):1019–28.
55. Lee J.M., Look R.M., Turner C. et al. Low-level laser therapy for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *J Clin Oncol* 2012;30(15 suppl):9019.
56. Rick O., von Hehn U., Mikus E. et al. Magnetic field therapy in patients with cytostatics- induced polyneuropathy: A prospective randomized placebo-controlled phase-III study. . *Bioelectromagnetics* 2017;38(2):85–94.
57. Kilinc M., Livanelioglu A., Yildirim S.A., Tan E. Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation in patients with peripheral and central neuropathic pain. *J Rehabil Med* 2014;46(5):454–60.
58. Oberoi S., Zamperlini-Netto G., Beyene J. et al. Effect of prophylactic low level laser therapy on oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(9):e107418.
59. Westphal J.G., Schulze P.C. Exercise training in cancer related cardiomyopathy. *J Thorac Dis* 2018;10(Suppl35):S4391–9.
60. Rief H., Omlor G., Akbar M. et al. Feasibility of isometric spinal muscle training in patients with bone metastases under radiation therapy – first results of a randomized pilot trial. *BMC Cancer* 2014;14:6.

61. Bensadoun R.J., Nair R.G. Low-level laser therapy in the management of mucositis and dermatitis induced by cancer therapy. . *Photomed Laser Surg* 2015;33(10):487–91.

62. Temoshok L. Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology and tumor-host response. *Soc Sci Med* 1985;20(8):833–40.

63. Sollner W., Zschocke I., Zingg-Schir M. et al. Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics* 1999;40(3):239–50.