

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

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

**"JINSIY OLAT SARATONI" NOZOLOGIYASI BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

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



"JINSIY OLAT SARATONI" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOSHKENT – 2025

**«JINSIY OLAT SARATONI»
NOZOLOGIYASI UCHUN
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH
BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi

- Qisqacha annotatsiya. Ushbu milliy C60 – jinsiy olat saratoni bo'yicha klinik protokol dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan zamonaviy ilmiy ma'lumotlarga muvofiq buyrak-hujayrali saratonini nazorat qilish va oldini olishga qaratilgan o'z vaqtida va sifatli diagnostika, terapevtik taktika, palliativ yordamni ta'minlash uchun yagona konsepsiyani shakllantirish maqsadida ishlab chiqilgan.

Jinsiy olat saratoni nozologiyasi bo'yicha ushbu milliy klinik protokol O'zbekiston Respublikasi tuman, viloyat va respublika sog'liqni saqlash muassasalarining ambulator va statsionar sharoitida tibbiy yordam ko'rsatish uchun mo'ljallangan.

- Xalqaro kasalliklar klassifikatori – XKK (MKB)-10 kodi (lar):

XKK-10:	
Kod	Kod
C60	– Jinsiy olat xavfli o'smasi
C60.0	– jinsiy olat kertmakning
C60.1	– jinsiy olat boshining
C60.2	– jinsiy olat tanasining
C60.8	– yuqoridagi bir yoki bir nechta lokalizatsiyadan tashqariga chiqadigan jinsiy olat shikastlanishi
C60.9	– aniqlanmagan lokalizatsiyadagi jinsiy olat shikastlanishi
XKK-11	
2C81	Jinsiy olat xavfli o'smalari
2C81.0	Jinsiy olat xavfli o'smalari yassi hujayrali saratoni
2C81.1	Jinsiy olat melanomasi
2C81.Y	Jinsiy olat boshqa tasqiqlangan xavfli o'smalari
2C81.Z	Jinsiy olat boshqa tasdiqlanmagan xavfli o'smalari
Yuklab olish (XKK (MKB)dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1323	

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

2025/2030 yil.

- Milliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish uchun mas'ul bo'lgan tashkilot: Respublika ixtisoslashtirilgan Onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi.

- MILLIY KLINIK PROTOKOL VA STANDARTLARNI ISHLAB CHIQUISHDA XISSA QO‘SHGANLAR:

- Multidissiplinar ishchi guruh a’zolari:

1. Tillyashayhov Mirzagolib Nigmatovich – t.f.d., professor, Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RIOvaRIATM) direktori;
2. Yusupbekov Abrorbek Axmedjanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktorining ilmiy ishlar bo‘yicha o‘rinbosari;
3. Jurayev Mirjalol Dexkanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM abdominal bo‘limi rahbari;
4. Ibragimov Shavkat Narziqulovich – t.f.d., RIOvaRIATM radiologiya bo‘limi ilmiy rahbari;
5. Nishanov Daniyar Anarbayevich – t.f.d., RIOvaRIATM direktorining davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari;
6. Kamishov Sergey Viktorovich – t.f.d., RIOvaRIATM kimyo terapiya bo‘limi ilmiy rahbari;
7. Ismailova Munajat Hayotovna – k.m.n., Toshkent Tibbiyot akademiyasi onkologiya kafedrasida mudiri.
8. Xasanov Akbar Ibragimovich – t.f.d., RIOvaRIATM bosh bo‘yin o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
9. Abdulkarimov Xurshid Ganjiyevich – t.f.d. RIOvaRIATM tayanch-harakat a’zolari o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
10. Axmedov Odiljon Muxamedjanovich – t.f.n., RIOvaRITM endovizual jarrohlik bo‘limi mudiri.

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

1. Tillyashayxov Mirzagolib Nigmatovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktori;
2. Boyko Yelena Vladimirovna – t.d., RIOvaRIATM onkourologiya bo‘limi ilmiy rahbari;
3. Xasanov Sherali Toshtemirovich – t.f.n., RIOvaRIATM onkourologiya bo‘limi mudiri;

4. Kamishov Sergey Viktorovich – t.f.d., RIOvaRIATM kimyo terapiya bo‘limi ilmiy rahbari;
5. Yusupov Sherali Xasanovich – t.f.n., RIOvaRIATM Toshkent shahar filiali onkourologiya bo‘limi mudiri.

- Taqrizchilar:

Respublikadan:

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

Horiждан:

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

- **Multidissiplinar ishchi guruh yig‘ilishida Milliy klinik protokollarni loyihasini muhokamasi bayonnomasidan ko‘chirmaning raqami va sanasi:** ishchi guruhning 5-sonli yig‘ilishi 2025 yil 22 mayda bo‘lib o‘tgan.

- **Onkologiya tibbiyot yo‘nalishlari kengashlari yig‘ilishida AGREE usulida muhokamadan o‘tkazilganligi xulosasi va yig‘ilish bayonnomasidan ko‘chirma:** Ilmiy Kengashning 5-sonli yig‘ilishi 2025 yil 23 mayda bo‘lib o‘tgan.

Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baholash bo‘yicha ekspert xulosasi va taxrirlash:

Respublikadan:

Islamov Xurshid Jamshidovich – t.f.n., Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi koloproktologiya bo‘limi ilmiy rahbari.

Horiждан:

Kim Sergey – Seul Milliy universitetining Bundang gospitali tashqi aloqalar departamenti professori.

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

Mazkur milliy klinik protokol va standart Sog‘liqni saqlash vazirining o‘rinbosari Sharipov F.R., boshqarma boshlig‘i Almardonov Sh.K., tibbiy sug‘urta bo‘limi boshlig‘i Ubaydullayeva S.A., Bosh mutaxassislari Nurimova Sh.R., Djumayeva G.T. va

bo‘limning yetakchi mutaxassisi Raximova N.F.lar tomonidan boshqaruv, tashkiliy va uslubiy boshchiligida ishlab chiqilgan.

Sog‘liqni saqlash vazirligi qoshidagi Muvofiqlashtirilgan Kengash yig‘ilish bayonnomasidan ko‘chirma (sana, № raqam).

- Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:

- Shifokor-onkologlar;
- Onkourologlar;
- Urologlar;
- Shifokor - kattalar jarrohlari;
- Radioterapevtlar;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
- Shifokor-terapevtlar;
- OTM talabalari, magistrlar, ordinator va aspirantlar.

-- Mazkur nozologiya bo‘yicha bemorlarning toifasi: (18 yoshdan) kattalar.

Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi shkalasi:

1-jadval. Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillarning ishonchlilik darajalarini (DID) baholash o‘lchovi

DID	Batavsil
1	Malumot nazorati ostida o‘tkaziladigan tadqiqotlarning tizimli tekshiruvi yoki randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning metatahlil yordamidagi tizimli tekshiruvi
2	Referens uslub nazorati ostidagi mustaqil tadqiqotlar yoki alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi alohida tadqiqotlar muntazam ravishda ko‘rib chiqish, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno
3	Ma‘lumotnoma usuli bilan ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan tadqiqotlar yoki notasodifiy qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslab bo‘lmaydigan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmi yoki ekspertlarning fikrini asoslash mavjud

2-jadval. Profilaktika, davolash va rehabilitatsiya (profilaktika, davolanish, rehabilitatsiya aralashuvlari) uchun dalillarga ishonch darajasini baholash o‘lchovi

DID	Batavsil
1	Metatahlil yordamida RKTni muntazam ko‘rib chiqish
2	Alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno
3	Samaradorlik yoki foydaning etarli dalillari xavfdan ustun emas yoki kamchiliklar mavjud bo‘lsa (nojo‘ya hodisalar, yuqori narx), aralashuv ko‘rib chiqilishi mumkin
4	Taqqoslab bo‘lmaydigan tadqiqotlar, klinik hodisa yoki qator hodisalar tavsifi, «hodisa-nazorat» tadqiqotlari
5	Faqat aralashuvning ta'sir qilish mexanizmi (klinikgacha bo‘lgan tadqiqotlar) yoki ekspert xulosasi uchun asos mavjud

3-jadval. Profilaktika, tashxislash, davolash va rehabilitatsiya usullari uchun tavsiyalarning ishontirish darajasini (TID) baholash o‘lchovi (profilaktika, davolanish, rehabilitatsiya aralashuvlari)

TID	Batavsil
A	<i>Kuchli tavsiya:</i> ko‘rib chiqilgan barcha samaradorlik mezonlar (natijalar) muhim ahamiyatga ega, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo‘yicha xulosalari kelishilgan
B	<i>Shartli tavsiya:</i> ko‘rib chiqilgan barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim emas, hamma tadqiqotlar ham yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki qiziqish natijalari bo‘yicha ularning xulosalari kelishilmagan
C	<i>Zaif tavsiya:</i> tegishli sifat dalillarining yo‘qligi, ko‘rib chiqilgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va qiziqish natijalari bo‘yicha ularning xulosalari kelishilmagan

Mundarija

«JINSIY OLAT SARATONI» NOZOLOGIYASI UCHUN DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....**Error! Bookmark not defined.**

«JINSIY OLAT SARATONI» NOZOLOGIYASI UCHUN TIBBIY ARALASHUVLAR BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI..**Error! Bookmark not defined.**

«JINSIY OLAT SARATONI» NOZOLOGIYASI UCHUN PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI..... 56

«JINSIY OLAT SARATONI» NOZOLOGIYASI UCHUN PALLIATIV TIBBIY YORDAM BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI..... 71

QISQARTMALAR RO'YXATI:

AFP	–	alfa-fetoprotein
MYC	–	me'yorning yuqori chegarasi
v/i	–	vena ichiga yuborish
t/o	–	teri ostiga yuborish
m/i	–	mushak ichiga yuborish
PYa	–	progressiyasiz yashovchanlik
JSST	–	Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti
GR	–	grey
Br	–	birliklar
MIT	–	m'eda ichak trakti
QPOLAE	–	qorin pardasi orti limfadenektomiya
KT	–	kompyuter tomografiya
LDG	–	laktatdegidrogenaza
mg	–	milligram
ml	–	millilitr
MRT	–	magnit-rezonans tomografiya
MSKT	–	multispiral kompyuter tomografiya
mts	–	metastazalar
NSYQD	–	nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar
OKV	–	ostki kovak vena
UQT	–	umumiy qon tahlili
UST	–	umumiy siydik tahlili
PKT	–	polikimyoterapiya
PET	–	pozitron-emissiya tomografiya
RKT	–	randomlashtirilgan klinik tadqiqotlar
BMO'D	–	bir martalik o'choq'li doza
JOS	–	jinsiy olat saratoni
RPGA	–	Treponema pallidum antitanalarini aniqlash uchun gemaglyutinatsiya passiv reaksiyasi treponem testi

SO'D	–	summar o'choq' dozasi
ECHT	–	eritrotsitlarning cho'kish tezligi
IIAB	–	ingichka ignali aspiratsion biopsiyasi
CHLAE	–	Chanoq limfadenektomiyasi
DD	–	dalillar darajasi
UTDG	–	ultratovushli dopplerografiya
UTT	–	ultratovush tekshiruvi
KT	–	kimiyoterapiya
KJT	–	kosa-jom tizimi
FFG	–	folikula faollashtiruvchi gormon
EKG	–	elektrokardiogramma
EFGDS	–	ezofagofibrogastroduodenoskopiya
ExoKG	–	exokardiografiya
EAU	–	Evropa urologlar assotsiatsiyasi
per os	–	peroral
TNM	–	Tumor Nodus Metastasis (xavfli o'smalarning xalqaro tasnifi)
UICC	–	Saratonga qarshi xalqaro ittifoqi

2. Asosiy qism

- Kirish:

Jinsiy olat saratoni (JOS) onkologik kasallik bo'lib, unda epiteliya to'qimasidan kelib chiqadigan xavfli o'sma jinsiy olatning boshi, kertmak yoki tanasi sohasida lokalizatsiya qilinadi. [1] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25457021/>).

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manba'ga havola: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=26&types=1)

Saraton kasalliklarini o'rganish bo'yicha xalqaro agentlik - GLOBOCAN ma'lumotlariga ko'ra, 2022 yilda jami 37 700 ta jinsiy olat saratoni holatlari aniqlangan va saratonning ushbu turidan 13 738 kishi vafot etgan.

JOS rivojlanishiga fimoz va surunkali balanopostit yordam beradi. Psoriasis bilan og'rigan bemorlarda psoralen, fototerapiya va ultrabinafsha nurlari terapiyasi, chekuvchilar va jinsiy faollikning erta boshlanishi va ko'p jinsiy sheriklari bo'lgan erkaklarda JOS rivojlanish xavfi ortishi ko'rsatilgan. JOS rivojlanish xavfi va 16 va 18

turdagi inson papilloma virusi o'rtasida korrelyatsiyasi aniqlandi, bu bemorlarning 50% da aniqlanadi; jinsiy olat saratonining bazalioid va verrukoz turlarida bu ko'rsatkich 22-66% ga etadi (<https://emedicine.medscape.com/article/446554-workup#c4?form=fpf>)

JOS bilan vaqti-vaqti bilan bog'liq bo'lgan kasalliklarga teri shoxi, jinsiy olatni bouen kabi papullyozi va obliterlovchi balanopostit (lixenizatsiyalovchi skleroz) kiradi. Jinsiy olatning yassi hujayrali saratoni uchun yuqori xavf omillari (xavfli transformatsiyalarning 30% gacha) intraepitelial neoplaziya (carcinoma in situ), Bushke-Levenshteynning gigant kondilomasi, Keyr eritroplaziyasi, Bouen kasalligi va Pedjet kasalligidir (<https://emedicine.medscape.com/article/446554-workup#c4>).

JOS kam uchraydigan onkologik kasallik bo'lib, har 100 000 erkak aholiga chastotasi 0,1-7,9 ni tashkil qiladi. Evropada uning chastotasi 100 000 kishiga 0,1-0,9, AQShda - 100 000 kishiga 0,7-0,9; biroq, Osiyo, Afrika va Janubiy Amerikaning ba'zi hududlarida bu ko'rsatkich 100 000 kishiga 19 ga etadi. Bu mamlakatlarda JOS erkaklardagi barcha xavfli o'smalarning 10-20% ni tashkil qiladi [1]. 2017 yilda Rossiyada kasallanish darajasi 100 000 kishiga 0,67 ni tashkil etdi. (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).

RIOvaRIATMning statistik ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekiston Respublikasida 2021 yilda 7 ta, 2022 yilda 9 ta, 2023 yilda 15 ta jinsiy olat saraton holatlari aniqlangan.

Klinik tasnifi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25457021/>)

Kasalliklar va ular bilan bog'liq sog'liq muammolarining xalqaro statistik (XKK-10) tasnifiga ko'ra, jinsiy olatning saratoni lokalizatsiyaga ko'ra tasniflanadi: masalan, jinsiy olat kertmakning xavfli o'smasi C60.0, jinsiy olat tanasining xavfli o'smasi esa C60.2 kodiga ega bo'ladi.

Jinsiy olat saratonining xalqaro gistologik tasnifi (JSST tasnifi, 2016 y.):

❖ Xavfli epitelial o'smalari:	
▪ Yassi hujayrali saraton:	8070/3
• Odam papilloma virusi (OPV) bilan bog'liq bo'lmagan yassi hujayrali saraton:	
• Yassi hujayrali saraton, oddiy turi	8070/3
• Psevdogiperplastik saraton	
• Soxta temirli saraton	8075/3
• Verrukoz saraton	8051/3
• <i>Cuniculatum</i> kartsinomasi	

• Papillary yassi hujayrali saraton	8052/3
• Adeno yassi hujayrali saraton	8560/3
• Sarkomatoid yassi hujayrali saraton	8074/3
• Aralash yassi hujayrali saraton	8070/3
• OPV bilan bog'liq yassi hujayrali saraton:	
• Bazaloid yassi hujayrali saraton	8083/3
• Papillary basaloid saraton	
• Sug'alli saraton	8054/3
• Sug'alli-bazaloid saraton	
• Yorug' yassi hujayrali saraton	8084/3
• Limfoepiteliomaga o'xshash saraton	8082/3
• Boshqa noyob turlari	
❖ O'tmidosh shikastlanishlar:	
• Penil intraepitelial neoplaziyasi	8077/2
• Sug'alli/bazaloid/sug'alli-bazaloid	
• Differentsialangan penil intraepitelial neoplaziyasi	8071/2
• Pedjet kasalligi	8542/3

Jinsiy olat xavfli o'smalarining 95% dan ortig'i yassi hujayrali saratondir. Xavfli melanomalar va bazal hujayrali karsinomalar juda kam uchraydi. Jinsiy olatning mezenximal o'smalari juda kam uchraydi, ularning chastotasi deyarli 3% ga etadi (Kaposhi sarkomasi, angiosarkoma, epiteloid gemangioendotelioma). Qovuq, prostata bezi, buyrak va to'g'ri ichak o'smalarining jinsiy olatga metastazlanish holatlari tasvirlangan. Jinsiy olat saratoni rivojlanishining 3 asosiy turi mavjud: yuzaki, tugunli va verrukoz.

4-jadval. JOSning gistologik kichik tiplari, ularning chastotasi va prognozi

Kichik turi	Chastotasi (holatlar %)	Prognoz
Klassik yassi hujayrali karsinoma	48-65	Xavfli o'smaning joylashuvi, bosqichi va darajasiga bog'liq
Bazaloid	4-10	Yomon prognoz, ko'pincha chov limfa tugunlarining erta shikastlanishi
Sug'alli	7-10	Yaxshi prognoz, kamdan-kam metastazlanadi

Verrukoz	3-8	Yaxshi prognoz, metastazlanmaydi
Papillyar	5-15	Yaxshi prognoz, kamdan-kam metastazlanadi
Sarkomatoid	1-3	Juda yomon prognoz, erta tomir metastazlari
Aralash	9-10	Geterogen guruh
Soxta giperplastik	< 1	Kertmak, kserotik balanit bilan bog'liq, yaxshi prognoz, metastazlar tasvirlanmagan
Duksimon hujayrali	< 1	Verrukoz karsinomaning varianti, yaxshi prognoz, metastazlar tasvirlanmagan
Soxta glandulyar	< 1	Yuqori xavf darajadagi karsinoma, erta metastazlash, yomon prognoz
Sug'alli-bazaloid	9-14	Yomon prognoz, metastazlashning yuqori potentsiali (sug'alli turiga qaraganda yuqori, bazaloid turiga qaraganda past)
Adenoskvamoz	< 1	Olat boshning markaziy va perimeatal qismi, yuqori xavf darajadagi karsinoma, metastazlash potentsiali yuqori, ammo o'lim darajasi past
Mukoepidermoid	< 1	Yuqori agressivlik, yomon prognoz 3
JOSninh yassi hujayrali varianti	1-2	Juda kam uchraydigan variant, OPV bilan bog'liq, agressiv, erta metastazlanadi, yomon prognoz, lokatsiyaga bog'liq, ko'pincha limfa tugunlarini shakastlaydi

Jinsiy olat saratondan oldingi kasalliklari fakultativ (jinsiy olat saratoni rivojlanish xavfi past) va obligativ (jinsiy olat saratoni rivojlanish xavfi yuqori) ga bo'linishi mumkin. Fakultativ saraton oldi kasalliklarga jinsiy olatning teri shoxi va jinsiy olatning papillomalari kiradi. Obligativ kasalliklarga jinsiy olatning intraepitelial neoplaziyasi (Kveyrat (Queyrat) eritroplaziyasi, Bouen (Bowen) kasalligi), shuningdek obliteratsiyalovchi balantit kiradi [1].

Klinik tasnifi.

Jinsiy olat saratonning 2016 yildagi TNM tasnifi.

T – birlamchi o'sma:

Tx	birlamchi o'smani baholash uchun yetarli ma'lumotlar yo'q
Tis	kartsinoma in situ.

Ta	noinvaziv verrukoz (sug'alli) karsinoma destruktiv invaziv o'sishsiz T1 o'sma subepitelial biriktiruvchi to'qimalarga o'sadi.
T1a	o'sma limfovaskulyar invaziya belgilarisiz subepitelial biriktiruvchi to'qimalarga o'sib boradi va past differentsiallangan yoki differentsiallanmagan bo'ladi (T1G1-2).
T1b	o'sma limfovaskulyar invaziya bilan subepitelial biriktiruvchi to'qimaga o'sadi yoki past differentsiallangan yoki differentsiallanmagan bo'ladi (T1G3-4).
T2	o'sma g'ovakli tanaga uretraga invaziyasi bilan yoki invaziyasiz o'sadi.
T3	o'sma kavernozi tanaga o'sadi kavernozi tanaga invaziyasi bilan yoki invaziyasiz.
T4	o'sma boshqa atrofdagi tuzilmalarga tarqaladi.

N – regional limfa tugunlari (LT):

Nx	regional N0 limfa tugunlari holatini baholash uchun ma'lumotlarning etarli emasligi, paypaslanadigan yoki ko'zga ko'rinadigan chov limfa tugunlari mavjud emas.
N1	Bir tomonda harakatlanuvchi paypaslanadigan chov limfa tuguni mavjud.
N2	Ko'p yoki ikki tomonlarni harakatlanuvchi paypaslanadigan chov limfa tugunlari mavjud.
N3	chov limfa tugunlarining harakatsiz konglomerati yoki chanoq limfa tugunlarining bir tomonlarni yoki ikki tomonlarni kengayishi.

M – uzoq metastazlar:

M0	uzoq metastazlar mavjudligining belgilari emas.
M1	uzoq metastazlar mavjud.

Patomorfologik tasnifi TNM JOS 2016 y.:

- Patomorfologik T toifalari klinik T toifalariga to'g'ri keladi. pN toifalari biopsiya yoki limfodisseksiya ma'lumotlariga asoslanadi.

pN – regional limfa tugunlari

pNx	regional limfa tugunlarining holatini baholash uchun etarli ma'lumotlar mavjud emas.
------------	--

pN0	regionar limfa tugunlarida metastazlar yo'q.
pN1	bir tomonda bir yoki ikkita chov limfa tugunlarida metastaz.
pN2	chov limfa tugunlarining ko'p yoki ikki tomonlama shikastlanishi.
pN3	bir yoki ikki tomonda bir yoki bir nechta chanoq limfa tugunlarida metastaz yoki chov limfa tugunidan metastazning ekstranodal tarqalishi.

pM – uzoq metastazlar

pM0	uzoq metastazlar mavjud emas.
pM1	uzoq metastazlar mavjud.

G – gistologik bosqichlash:

Gx	gistologik differentsiyalashni baholash uchun etarli ma'lumotlar yo'qligi.
G1	yuqori differentsiyalangan o'sma.
G2	o'rta darajada differentsiyalangan o'sma.
G3–4	kam differentsiyalangan yoki differentsiyalanmagan o'sma.

Bosqichlarga guruhlash:

0-bosqich	Tis	N0	M0
	Ta	N0	M0
I-bosqich	T1	N0	M0
II-bosqich	T1 T2	N1 N0	M0 M0
	T2	N1	M0
III-bosqich	T1 T2 T3	N2 N2 N0	M0 M0 M0
	T3 T3	N1 N2	M0 M0
VI-bosqich	T4	har qanday N N3	M0
	har qanday T	har qanday N	M0 M1
	har qanday T		

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

3.1. Kasallik yoki holatning klinik ko'rinishi (kasalliklar yoki holatlar guruhi)

Dastlabki bosqichlarda kasallik jinsiy olat boshi yoki kertmakda kichik ekzofitik

yoki yassi o'choqning mavjudligi bilan tavsiflanadi, bu asta-sekin spongioz va/yoki kavernoza jislarga infiltratsiya qilinadi. Ko'pincha parchalanadigan o'sma infeksiyalanadi, uretra oqmalari paydo bo'lishi mumkin, oraliqning yumshoq to'qimalarining flegmonasi va sepsis rivojlanishi mumkin. Birlamchi o'smadan qon ketishi tasvirlangan. Agar davolanmasa, jinsiy olat avtoamputatsiyasi bajarilishi mumkin.

JOSda chov limfa tugunlarining kengayishi tez-tez kuzatiladi, bu metastazlar yoki yuqumli limfadenit mavjudligidan kelib chiqadi. Shikastlangan limfa tugunlari bir-biri bilan qo'shib, teriga o'sadigan konglomeratlarni hosil qiladi, yiringli oqma bilan tashqi oqmalarni hosil qiladi. Oyoqlardan limfa drenajining buzilishi shishning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Uzoq metastazlarning paydo bo'lishi ularning lokalizatsiyasiga muvofiq keladigan simptomlarning rivojlanishiga sabab bo'ladi.

3.2. Tashhis qo'yish

Tashxis/holatni tashhishlash mezonlari:

1. anamnez ma'lumotlari;
2. fizikal tekshiruv ma'lumotlari;
3. laboratoriya tadqiqotlarning ma'lumotlari;
4. instrumental tekshiruv ma'lumotlari.

Klinik tashxis tahlillar natijalarining kombinatsiyasiga asoslanadi:

1. fizikal tekshiruv (vizual tekshirish va paypaslash) - jinsiy olatda shubhali hosilani ko'rsatadigan mezonlarni taqdim etadi;
2. o'sma namunalari patologik-anatomik (morfologik) o'rganishning xulosalari.

3.3 Diagnostika mezonlari.

Shikoyatlar va anamnez:

- Davolash taktikasini tanlashga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan omillarni aniqlash uchun barcha bemorlardan shikoyatlar va anamnez yig'ish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25457021/>)

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Fizikal tekshiruv

- JOSga shubha bo'lgan barcha bemorlarga o'sma jarayonining tarqalish darajasini baholash uchun jinsiy olat va chov sohalarini tekshirish va paypaslash **tavsiya etiladi**

[\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23279708/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23279708/).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - A (dalillarning ishonchliligi darajasi - 2).

Laborator diagnostikasi tekshiruvlar:

- JOS bilan og'rigan barcha bemorlarga qo'shimcha diagnostika usullarini tanlash va davolash taktikasini aniqlash uchun umumiy klinik qon tahlili **tavsiya etiladi**.

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

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

- JOS bilan og'rigan barcha bemorlarga qo'shimcha diagnostika usullarini tanlash va davolash taktikasini aniqlash uchun biokimyoviy qon tahlilini topshirish (shu jumladan glyukoza, kreatinin, mochevina, bilirubin, transaminazalar, ishqorli fosfataza, qon zardobidagi kaliy darajalarini aniqlash) **tavsiya etiladi** (<https://emedicine.medscape.com/article/446554-workup?form=fpf>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

- JOS bilan og'rigan barcha bemorlarga qo'shimcha diagnostika usullarini tanlash va davolash taktikasini aniqlash uchun protrombin, protrombin vaqti, xalqaro normallashtirilgan nisbat, faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti va fibrinogenni aniqlashni o'z ichiga olgan koagulogrammi topshirish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19394816/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

- JOS bilan og'rigan barcha bemorlarga qo'shimcha diagnostika usullarini tanlash va davolash taktikasini aniqlash uchun umumiy siydik tahlil **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15791892/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

- JOS bilan og'rigan va birlamchi o'sma yoki regionar metastazlar infeksiyasining klinik alomatlari bo'lgan barcha bemorlarga infeksiyon asoratlarni davolash va sepsisning oldini olish taktikasini aniqlash uchun aerob va fakultativ-anaerob shartli-patogen mikroorganizmlar uchun o'sma oqishi mikrobiologik (madaniy) tadqiqotidan o'tish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15791892/>)

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Instrumental diagnostika tekshiruvlari

- JOS tashxisi qo'yilgan bemorlarda shubhali tekshiruv va paypaslash ma'lumotlari bo'lsa, o'sma invaziyasi chuqurligini aniqlash uchun jinsiy olat ultratovush tekshiruvi (UTT) va/yoki magnit-rezonans tomografiyani (MRT) bajarish **tavsiya etiladi**

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12656901/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 2).

- JOS tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarda regionar limfa tugunlarining holatini baholash uchun chov zonalar UTTsini bajarish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27402024/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

- Chov limfa tugunlari paypaslanadigan (yoki UTTga ko'ra chov limfa tugunlari ≥ 10 mm bo'lgan semizlikka chalingan bemorlarda) JOS bilan og'rigan barcha bemorlarda regionar limfa tugunlarining holatini baholash uchun chov va chanoq a'zolarining kontrastli kompyuter tomografiyasi (KT) yoki MRTini bajarish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975666/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

- Chov limfa tugunlari kattalashgan barcha JOS bilan og'rigan barcha bemorlarda qorin orti parda limfa tugunlari holatini baholash uchun qorin bo'shlig'i va qorin orti parda bo'shlig'ining tomir ichiga kontrastlash bilan KT yoki MRIni bajarish **tavsiya etiladi** (<https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Penile-Cancer-2022.pdf>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

- Chanoq a'zolarining limfa tugunlari kattalashgan JOS bilan og'rigan barcha bemorlarni o'pka metastazlarini aniqlash uchun ko'krak qafasi rentgenografiya yoki KTni bajarish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975666/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

- Suyak metastazlarini aniqlash uchun suyak og'rig'idan shikoyat qilgan bemorlarga suyak sintigrafiyasini (osteostintigrafiya) bajarish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975666/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Boshqa diagnostika tekshiruvlari

- JOSga shubha qilingan barcha bemorlarda gistologik turi, varianti, anaplaziya darajasi, angiolimfatik invaziya mavjudligi, birlamchi o'smaning invaziya chuqurligi, shuningdek, olib tashlangan limfa tugunlari sonini baholash, olib tashlangan limfa tugunlarida JOS metastazlarini aniqlash, ekstranodal o'sma ekstenziyasini aniqlash uchun biopsiya va/yoki jarrohlik namunalarini patologik-anatomik tekshiruvdan o'tkazish **tavsiya etiladi** [2, 18-20].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Sharhlar: Davolashni boshlashdan oldin JOS tashxisining morfologik tasdiqlashni olish shart. Birlamchi o'smani ham, regional metastazlarni ham davolash taktikasini aniqlash uchun o'smaning gistologik variantini aniqlash, T toifasi va anaplaziya G darajasini baholash kerak. Sitologik tekshirish uchun morfologik namunalarni qirindi yoki surtma orqali, patologik-anatomik tekshirish uchun - ochiq , ustunli, aspiratsion biopsiya orqali olish mumkin. Distal lokalizatsiyaning kichik o'smalari (kertmak, jinsiy olat boshi) bo'lsa, tashxisni birlamchi tekshirish uchun o'smani to'liq olib tashlash mumkin.

Muolaja va aralashuvga tayyorlashda majburiy diagnostika tadbirlarning ro'yxati:

1. UQT leykoformula va trombositlar soni bilan.
2. Biokimyoviy qon tahlili (glyukoza, mochevina, kreatinin, siydik kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT).
3. AVO tizimi bo'yicha qon tuguhini aniqlash.
4. Rezus-faktorni aniqlash.
5. Umumiy siydik tahlili.
6. Koagulogramma (ACHTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen).
7. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash.
8. B va C virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli).
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV).
10. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi.
11. Moyak xaltasini paypaslash, jinsiy olatni tekshirish.
12. Kichik chanoq, qorin bo'shlig'i a'zolarining va chov limfa tugunlarining UTTsi.
13. Kichik chanoq a'zolarining va jinsiy olatning kontrastli MRTsi .
14. Qorin bo'shlig'i va qorin pardasi orti bo'shlig'i a'zolarining kontrastli KTsi.
15. Ko'krak qafasi a'zolarining kontrastli KTsi.
16. Biopatni sitologik tekshirish (hosila, limfa tugunlari)*.
17. Biopatni gistologik tekshirish (hosila, limfa tugunlari)*.
18. EKG.
19. ExoKG.
20. Butun tananing PET/KTsi **.

Muolaja yoki aralashuvga tayyorlashda qo'shimcha (ko'rsatkichlar bo'yicha) tekshirish usullari:

1. Biokimyoviy qon tahlili (natriy, kaliy, kaltsiy, C-reaktiv oqsil, isqorli fosfataza).
2. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip geRPEs, sitomegalovirus, toksoplazmoz.
3. B va C gepatit viruslariga PZR (miqdoriy).
4. COVID-19ga PZR;
5. Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash.
6. Bevosita va bilvosita Kumbs sinamasi.
7. Standart sitogenetik tekshiruvi.
8. FISH usulida va molekular-genetik tekshirish.
9. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash.
10. AFP, IXG, LDG o'sma markerlarining qondagi darajasini tekshirish.
11. Prokalsitonin.
12. Antitrombin III, D-dimer.
13. Periferik qon IFTsi.
14. Biopatni immunogistokimyologik tekshirish (hosila, limfa tugunlari)*.
15. Molekulyar genetik tadqiqotlar.
16. Burunning yondosh bo'shliqlarining rentgenografiyasi.
17. Moyak xaltasining TRUTT.
18. Obzorli ekskretor vena ichi urografiyasi.
19. Koptokchalar filtratsiya tezligini aniqlash.
20. Bosh, bo'yinning KTsi.
21. Bosh miyaning MRTsi.
22. Buyrak tomirlar va OKVning angiografiyasi.
23. Buyraklarning izotop renografiyasi.
24. Buyrak tomirlari, ostki b'osh vena, oyoqlar tomirlarining (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi.
25. Fibroezofagogastroduodenoskopiya.
26. Kolonoskopiya.
27. Skelet suyaklarning osteostsintigrafiyasi.
28. EKG Xolter monitoringi.

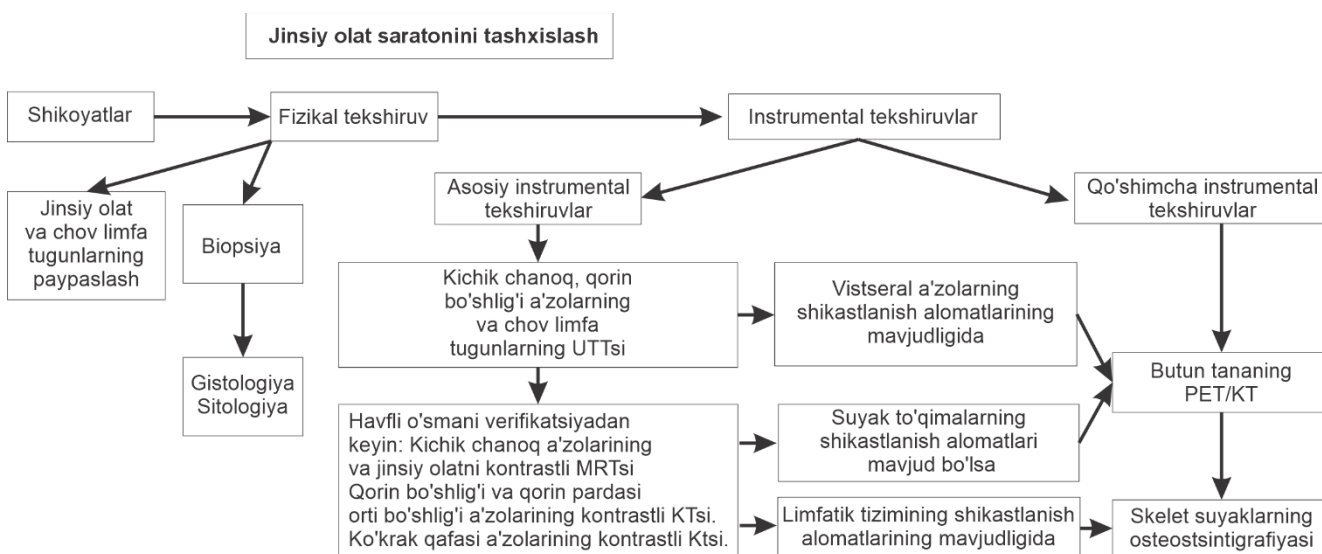
* Agar avval o'tkazilmagan bo'lsa.

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

- Mutaxassislarning konsultativ ko‘ruvi uchun ko‘rsatmalar:

- **androlog ko‘rigi**, jinsiy olat saratonini davolashni boshlashdan oldin barcha erkaklar bilan maniyni «maniy bankida» (kriyokonservatsiya) saqlashni muhokama qilish;
- **kardilog ko‘rigi** (50 yosh va undan katta bemorlarda, shuningdek, YUQT da patologiyasi bo‘lgan 50 yoshdan kichik bemorlar);
- **nevropatolog ko‘rigi** (qon tomir miya kasalliklarida, shu jumladan insult, miya shikastlanishi, epilepsiya, miasteniya, neyroinfeksion kasalliklar, shuningdek, ongni yo‘qotishning barcha holatlarida);
- **endokrinolog ko‘rigi** (endokrin a‘zolari tomonidan hamroh kasalliklari bo‘lgan taqdirda);
- **qon-tomir jarrohi ko‘rigi** (varikoz kasallik, tug‘ma/orttirilgan tomirlar patologiya mavjud bo‘lgan hollarda);
- **pulmonolog ko‘rigi** (o‘pka parenximasida qoldiq patologiyalar mavjud bo‘lganda, bakterial / virusli / noaniq genezli yallig‘lanish jarayonidan keyin);
- **hamroh patologiyalar mavjudligi bo‘yicha boshqa mutaxassislar ko‘rigi:** ginekolog (ayol jinsiy a‘zolarining o‘tkir va surunkali kasalliklari), ftiziatr (sil kasalligi anamnezida bo‘lsa), infeksiyachil (surunkali gepatit) va boshqalar.
- **nefrolog ko‘rigi** (birgalikda buyrak patologiyasi, giperazotemiya mavjud bo‘lsa).
- **ftiziatr ko‘rigi** - agar o‘pka tuberkulyoziga shubha qilingan bo‘lsa va periferik hosilalar mavjud bo‘lsa. YSI (yashirin sil infeksiyasi) mavjudligida va ma‘lum bir jarayonga shubha bo‘lsa.

3.4 Diagnostik algoritm (chizma):



2.3 Differensial diagnostika va qo'shimcha tekshirishlar uchun asoslar

5-jadval. Jinsiy olat saratonining differensial diagnostikasi.

Tashxis	Differensial diagnostika uchun asoslash	Tekshirishlar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Fakultativ (jinsiy olatning teri shoxi va jinsiy olat papillomasi)	Agar jinsiy olatda hosila va oqindi mavjud bo'lsa	Kichik chanoq a'zolarining UTTsi va jinsiy olatning MRTsi. Sitologik va gistologik tekshiruv. Odam papilloma virusi. RPGA va OIV uchun qon tahlili	Jinsiy olatning UTT va MRTsi ma'lumotlariga ko'ra hosila mavjudligi. Tashxisni sitologik yoki gistologik tasdiqlash
Majburiy (jinsiy olat intraepitelial neoplaziyasi (Kveyrat (Queyrat) eritroplaziyasi, Bouen (Bowen) kasalligi) va obliteratsiyalovchi balantit)	Jinsiy olatni terisida hosila bo'lganda, oqindi, shuningdek jinsiy olat shakli o'zgargan bo'lsa	Jinsiy olatning MRTsi. Sitologik va gistologik tekshiruv. Odam papilloma virusi	Jinsiy olatning MRTsi ma'lumotlariga ko'ra hosila mavjudligi. Tashxisni sitologik yoki gistologik tasdiqlash
Jinsiy olat sil kasalligi (JOSK) nisbatan kam uchraydigan kasallikdir	Jinsiy olat sil kasalligi birlamchi, ikkilamchi va yatrogenik bo'lishi mumkin (qovuqning yuzaki saratoni uchun BCG instilatsiyasi natijasida kelib chiqadi). JOSK tarkibiga jinsiy olat	Tashxis asosan patologik jihatdan tasdiqlanadi, sil kasallikni ekish usuli bilan aniqlash va PZR diagnostikasi natijalari holatlarning uchdan biridan	PZR tashxisini sitologik yoki gistologik tasdiqlash - diagnostika

	teri, jinsiy olat boshi va kavernoza tanalarning sil kasalligi kiradi. Jinsiy olatdagi har qanday o'zgarishlar, birinchi navbatda, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar yoki xavfli to'qimalarning xavfli qayta tug'ilish haqida dalolat beradi.	ko'p bo'lmagan hollarda ijobiy natija beradi	
--	---	--	--

4. Ambulator darajada davolash taktikasi: yo'q.

5. Tibbiy yordam turlarini hisobga olgan holda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar.

1) Rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- Jinsiy olatda gistologik va/yoki sitologik verifikatsiyalangan o'sma jarayonining mavjudligi;
- Jinsiy olatni jarrohlik amaliyoti bajarish mumkin bo'lgan saraton (I-IV bosqichlar).

2) Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- Jinsiy olat shakllanishidan va limfa tugunlaridan o'smaning parchalanishi va qon ketishi.

6. Statsionar darajasida davolash taktikasi

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31324498/>)

1) Bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutlash: (yo'q)

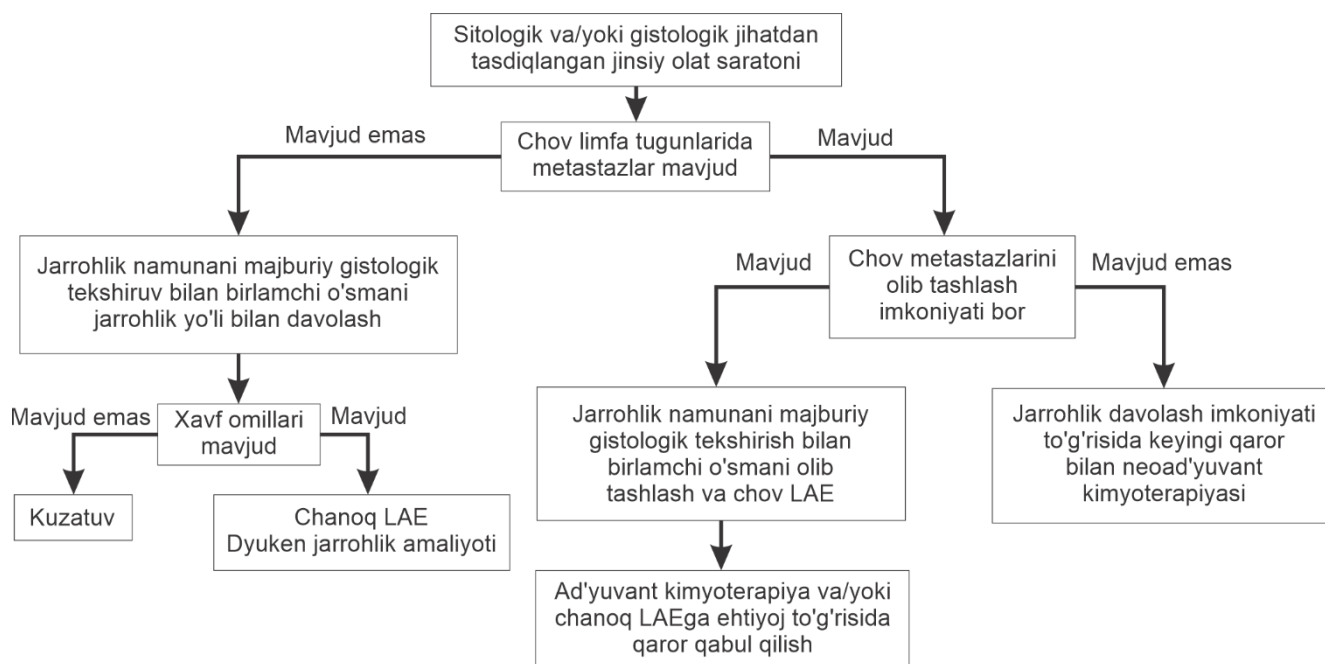
2) Nomedikamentoz davolash:

Rejim:

- rejim 1 (yotib davolanish rejimi) jarrohlik amaliyotidan keyingi birinchi kun;
- rejim 2 (yarim yotib davolanish rejimi) jarrohlik amaliyotidan 2-3 kun o'tgach;
- rejim 3 (umumiy) erkin rejim;

- parhez – 7-stol

Jinsiy olat saratonini davolash algoritmi:



6-jadval. JOS bilan og'rigan bemorlarda birlamchi o'smani davolash usulini tanlash algoritmi.

Birlamchi o'smaning xususiyatlari	Davolash
Tis, Ta	#imiximoda applikatsiyalari; lazer ablyatsiya, jarrohlik davolash
T1 (G1,G2)	#imiximoda applikatsiyalari; lazer ablyatsiya, jarrohlik davolash, nur terapiya distantсион yoki to'qima ichidagi - <4 sm o'smalarda distantсион - ≥4 sm o'smalarda
T1 (G3,G4), T2-4	jarrohlik davolash, nur terapiya distantсион yoki to'qima ichidagi - <4 sm o'smalarda distantсион - ≥4 sm o'smalarda kimyo nur terapiyasi

7-jadval. JOS bilan og'rigan bemorlarda regional metastazlar uchun davolash taktikasini tanlash algoritmi.

Regionar limfa tugunlari	Qo'shimcha xususiyatlari	Davolash taktikasi

Chov limfa tugunlari paypaslanmadi	Birlamchi o'sma Tis, Ta, TaG1	Dinamik qo'riqchi limfa tugunning biopsiyasi (agar ijobiy bo'lsa - ikki tomonlama standart chov-son limfodissektsiya)
	Birlamchi o'sma Tis, Ta, TaG1	Agar dinamik qo'riqchi limfa tugunning biopsiyasi mumkin bo'lmasa - dinamik kuzatuv
	Birlamchi o'sma T>T1a, G>G1	Shoshilinch patologik-anatomik tekshiruv bilan modifikatsiyalangan ikki tomonlama standart chov-son limfodissektsiyasi (agar natija ijobiy bo'lsa - metastaz yoki metastazlar aniqlangan tomonda standart chov-son limfadenektomiyasi)
Chov limfa tugunlari paypaslanadi.	Birlamchi o'sma Tis, Ta, TaG1 Chov limfa tugunlari <4 sm, harakatchan	Teri orqali UTT nazorati ostida biopsiya Teri orqali biopsiyasining natijasi salbiy bo'lsa: ochiq biopsiya Ochiq biopsiyasining natijasi salbiy bo'lsa: dinamik kuzatuv Biopsiyasining natijasi ijobiy bo'lsa: ikki tomonlama standart chov-son limfodissektsiyasi Ekstranodal o'smaning o'sishi, chov limfa tugunlarida 3 yoki undan ortiq metastazlar, ikki tomonlama chanoq limfodissektsiyasi, ad'yuvant kimyoterapiya yoki kimyoterapiya imkoniyatini ko'rib chiqish zarur.
	Birlamchi o'sma T>T1a, G>G1 Chov limfa tugunlari <4 sm, harakatchan	Ikki tomonlama standart chov-son limfodissektsiyasi. Ekstranodal o'smaning o'sishi, chov limfa tugunlarida 3 yoki undan ortiq metastazlar, ikki tomonlama chanoq limfodissektsiyasi.

	Chov limfa tugunlari ≥ 4 sm, harakatchan	Teri orqali UTT nazorati ostida biopsiya Teri orqali biopsiyasining natijasi salbiy bo'lsa: ochiq biopsiya Ochiq biopsiyasining natijasi salbiy bo'lsa: dinamik kuzatuv Biopsiyasining natijasi ijobiy bo'lsa: ad'yuvant kimyoterapiya, ikki tomonlama standart chov-son limfodissektsiyasi Ekstranodal o'smaning o'sishi, chov limfa tugunlarida 3 yoki undan ortiq metastazlar, ikki tomonlama chanoq limfodissektsiyasi. Ad'yuvant kimyoterapiya yoki kimyo nur terapiya (agar ad'yuvant kimyoterapiya bajarilmagan bo'lsa) imkoniyatini ko'rib chiqish zarur.
	Harakatsiz	Teri orqali UTT nazorati ostida biopsiya Teri orqali biopsiyasining natijasi salbiy bo'lsa: ochiq biopsiya Ochiq biopsiyasining natijasi salbiy bo'lsa: dinamik kuzatuv Biopsiyasining natijasi ijobiy bo'lsa: induksion kimyoterapiya, ikki tomonlama standart chov-son, chanoq limfodissektsiyasi, davolashga javob bo'lganda
Chanok limfa tugunlari	Kattalashmagan, pN0-N1	Chanoq limfodissektsiyasi ko'rsatilmagan
	Kattalashmagan, pN2	Ikki tomonlama chanoq limfodissektsiyasi
	Kattalashgan, olib tashlashi mumkin	Neoad'yuvant kimyoterapiya, ikki tomonlama chanoq limfodissektsiyasi
	Kattalashgan, olib tashlashi mumkin emas	Induksion kimyoterapiya, ikki tomonlama chanoq limfodissektsiyasi, davolashga javob bo'lganda

Nur terapiya:

Nur terapiyasidan foydalanish mustaqil ravishda ham, boshqa davolash usullari

bilan birgalikda ham mumkin. Nur terapiyasini jarrohlik davolash bilan birlashtirganda, o'smaning birlamchi o'choq, shuningdek chov-son limfa tugunlarning zonolari nurlanadi. Jinsiy olat nurlantirishi chov-son maydondan yoki uning deformatsiyasi bunga imkon bermasa, alohida maydondan amalga oshiriladi. Shishishning kuchayishi va yallig'lanishning zo'rayishi xavfi tufayli klassik fraksiyalashdan foydalanish tavsiya etiladi.

1. Nur terapiyasi kichik birlamchi o'sma o'lchamlari (4 sm gacha) va yaxshi prognostik omillar uchun mustaqil davolash usuli sifatida bajarilishi mumkin - metodika yuqorida tavsiflangan. Ushbu davolash usulining eng ko'p uchraydigan asoratlari orasida chandiqlash (15-30%), siydik yo'llarining strikturalari (20-35%), teleangiektaziylar (90% dan ortiq), shuningdek, nekroz shaklidagi nurlanishning kech o'zgarishlardir, ularni ko'pincha o'sma retsidivi bilan differentsiyalash qiyin.

2. Shish hajmini kamaytirish uchun neoad'yuvant nur terapiyasi buyuriladi. Neoad'yuvant nur terapiyasidan so'ng limfadenektomiyadan o'limga olib keladigan asoratlarning kuchayishi sababli uni buyurish tavsiya etilmaydi.

3. Ad'yuvant nur terapiyasi jarrohlik sohasida mahalliy retsidivlar ehtimolini kamaytirishga qaratilgan. Uni 40-60 GR summar o'choq dozasi da buyuriladi.

- Nur terapiya kasallikning dastlabki bosqichlarida mustaqil davolash usuli sifatida qo'llanilishi mumkin. Yaqin fokusli rentgenoterapiyasi diametri 2 sm gacha bo'lgan o'smalarni davolashda yaxshi natijalarga erishish imkonini beradi. Uzoq asoratlari (chandiqlash, teri nekrozi) rivojlanishi tez uchraydi. Alohida metodikadan foydalanish distantsion nurlari nur terapiyasining kombinatsiyasiga qaraganda yaxshiroq natijalarga erishishga imkon beradi.

- Yaqin fokusli rentgenoterapiyasi yoki 2-5 GR bir martalik o'choq dozada elektronlar bog'lami ta'siri, kamida 60 GR summar o'choq dozasi gacha qo'llaniladi. Yaqin fokusli rentgenoterapiyasini buyurishda, ushbu protseduradan oldin sirkumtsiziyani amalga oshirish juda muhimdir.

Saraton in situ holatlarida organlarni saqlovchi davolash ko'rsatiladi. Quyidagi davolash usullaridan birini qo'llash tavsiya etiladi:

1 O'choqning mahalliy ekstsiziyasi.

2 Kimyoterapiya preparatlarini mahalliy qo'llash (5-ftoruratsilli krem).

3) Medikamentoz davo:

- Ikki yoki undan ortiq limfa tugunlari shikastlanganda yoki limfa tugunlari kapsulasidan tashqarida o'sma invaziyasi bo'lgan hollarda ad'yuvant terapiya ko'rsatiladi, chunki bu guruhdagi bemorlarda kasallikning prognozi faqat bitta limfa tugunining metastatik shikastlanishi aniqlangan bemorlarga nisbatan sezilarli darajada og'irlashadi.
- Kombinatsiyalangan terapiya jarrohlik aralashuv bilan birgalikda kimyonurli usullaridan foydalanishni o'z ichiga oladi. Chanoq a'zolarining limfa

tugunlarining metastatik shikastlanishi bilan birlamchi jinsiy olat saratoni tashxisi qo'yilgan bemorlarda neoad'yuvant kimyoterapiya ko'rsatiladi. Radikal yoki palliativ jarrohlik yoki nur terapiyasidan foydalanish o'smaning kimyoterapiyaga javobini hisobga olgan holda ko'rib chiqiladi. Kimyoterapiyaga yomon javob bo'lsa, palliativ jarrohlik davolash usullarini tanlangan bemorlar guruhida qo'llash mumkin (umr davomiyligi uzoq bo'lgan somatik jihatdan saqlangan bemorlar).

- Jinsiy olat saratoni uchun kimyoterapiya boshqa usullar bilan turli kombinatsiyalarda ham, mustaqil davolash usuli sifatida ham, ayniqsa uzoq metastazlar mavjud bo'lganda qo'llaniladi. Shunday qilib, kimyoterapiya fimozi uchun nur terapiyasi bilan birlashtiriladi (sirkumtsiziyadan keyin). Bundan tashqari, u nur terapiyasi bilan birga qo'shiladi.
- Neoad'yuvant kimyoterapiya kurslari jarrohlik amaliyotini qilib bo'lmaydigan, metastatik jarayon (T4), shuningdek, gistologiya bilan tasdiqlangan regionar limfa tugunlarida metastazlar (TIP, PF sxemalari) bo'lgan bemorlarga qo'llaniladi.
- Ad'yuvant kimyoterapiya jinsiy olat saratonini standart davolashga kiritilmagan, ammo agar yomon prognoz belgilari mavjud bo'lsa, neoad'yuvant kimyoterapiya o'tkazilmaganda, uni amalga oshirish mumkin.
- Metastatik retsidiv kasalliklar uchun keyingi qator kimyoterapiyaning mustaqil kurslari (Paklitaksel + Setuksimab).
- Monoterapiyada quyidagi preparatlardan foydalanish mumkin: sisplatin, kapetsitabin, paklitaksel, setuksimab.

8-jadval. Asosiy dorilar ro'yxati (100% qo'llanish ehtimoli bor):

Preparatning farmakoterapevtik guruhi	Dori vositalarining HPN	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
Alkillashtiruvchi agentlar - platina kompleks qo'shilmalari	sisplatin	20 mg/m ² v/i (30-60 daqiqali infuziya) 1-3 kunda; 70-80 mg/m ² v/i 1-chi kunda;	A
O'simlik va tabiiy kelib chiqishi preparatlari	paklitaksel	175 mg/m ² v/i 3 soatlik infuziya 1-	A

Mikronaychali ingibitorlari - taksanlar		chi kunda	
Alkillashtiruvchi agentlar - xloretilaminlar	ifosfamid	1200 mg/m ² v/i (30-60 daqiqali infuziya) 1-3 chi kunlarda	A
Akroleinning antidoti, oksazafosforin guruhidagi o'smaga qarshi vositalarning metaboliti (ifosfamid, siklofosfamid)	mesna	800 mg v/i tizzilab ifosfamidni yuborishdan oldin, uning infuziyadan 4 va 8 soat o'tgach, 1, 2, 3-chi kunlarda	B
Ftorpirimidinlar	5-ftoruratsil	800-1000 mg/m ² v/i 1-4 chi kunlarda	A
Monoklonal antitana, EGFR ingibitori	setuksimab	400 mg/m ² v/i (2 soatlik infuziya) 1 marta, keyin setuksimab 250 mg/m ² v/i (1 soatlik infuziya) har haftasiga	A
Yuklab olish (havolalar)	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		

9-jadval. Qo'shimcha dorilar ro'yxati (qo'llanish ehtimoli 100% dan kam):

Preparatning farmakoterapevtik guruhi	Dori vositalarining HPN	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
O'smaga qarshi vosita. Antimetabolit.	kapetsitabin	1000 mg/m ² 1-14 kunlar davomida og'iz orqali. Har 21 kunda takrorlash	A
Antibakterial dori vositalar	Piperatsillin tazobaktam	Vena ichiga	A
	Ofloksatsin	Vena ichiga	C
	Amikatsin	Vena ichiga	B

	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Vankomitsin	Vena ichiga	A
	Gentamitsin	Vena ichiga	-
	Metronidazol	Vena ichiga Ichiga	A
	Imipenem	Vena ichiga	A
	Kolistimetat nartriy	Vena ichiga	A
	Meropenem	Vena ichiga	A
	Linezoid	Vena ichiga	A
	Levofloksatsin	Vena ichiga Ichiga	-
	Seftazidim	Vena ichiga	A
	Sepefim	Vena ichiga	C
	Siprofloksatsin	Vena ichiga Ichiga	C
	Ertapenem	Vena ichiga	B
	Sulfametoksazol /trimetoprim	Vena ichiga Ichiga	A
Zamburug'ga qarshi dori vositalar	Amfoteritsin B	Vena ichiga	C
	Vorikonazol	Vena ichiga Ichiga	B
	Intrakonazol	Ichiga	B
	Kaspofungin	Vena ichiga	B
	Mikofungin	Vena ichiga	B
	Flukonazol	Vena ichiga Ichiga	C
	Anidulafungin	Vena ichiga	B
	Pozakonazol	Ichiga qabul qilish	B
Virusga qarshi dori vositalar	Asiklovir	Vena ichiga Ichiga	A
	Ganasiklovir	Vena ichiga	C
	Valgantsiklovir	Ichiga qabul qilish	
Qon ivish tizimiga ta'sir qiluvchi dori vositalar	Geparin	Vena ichiga Teri ostiga	C
	Aminokapron kislotasi	Vena ichiga	C
	Gemostatik gubka	Mahalliy qo'llash	C
	Nadroparin	Teri ostiga	C
	Enoksaparin	Teri ostiga	C
	Ingibitorlarga qarshi koagulyatn kompleksi	Vena ichiga	B
Boshqa dori vositalar	Bupivakain, Lidokain, Prokain	Mahalliy qo'llash	D

	Odam normal immunoglobulini [IgG+IgA+IgM]	Vena ichiga	A
	Omeprazol	Vena ichiga Ichiga	A
	Famotidin	Vena ichiga	A
	Ambroksol	Ichiga qabul qilish	
	Amlodipin	Ichiga qabul qilish	B
	Drotaverin	Vena ichiga Ichiga	
	Kaptopril	Ichiga qabul qilish	B
	Lizinopril	Ichiga qabul qilish	B
	Laktuloza	Ichiga qabul qilish	B
	Spirovlakton	Ichiga qabul qilish	B
	Povidon-yod	Tashqi	-
	Tobramitsin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichiga qabul qilish	-
	Foliy kislotasi	Ichiga qabul qilish	-
	Furosemid	Vena ichiga Ichiga	A
	Xlorgeksidin	Tashqi	-
Yuklab olish (havolalar)	https://nrhd.kz/ru/2017-03-12-10-51-13/klinicheskie-protokoly		

Jinsiy olat saratonini davolash uchun polikimyoterapiya sxemalari

TIP: Kurs har 21 kunda takrorlanadi.

4 ta kurs - standart ikkinchi qator rejimi

Paklitaksel	175 mg/m ² v/i 3 soatlik infuziya 1-chi kuni
Ifosfamid	1200 mg/m ² v/i (30-60 daqiqa davomida infuziya) 1-3 chi kunlarda
Mesna	800 mg v/i tizzilab ifosfamidni yuborishdan oldin, uning infuziyadan 4 va 8 soat o'tgach, 1, 2, 3-chi kunlarda
Sisplatin	20 mg/m ² v/i (30-60 daqiqa davomida infuziya) 1-3 chi kunlarda

PF: 4 ta kurs - kurs har 21 kunda takrorlanadi.

Ftoruratsil	800-1000 mg/m ² v/i B 1-4-chi kunlarda
Sisplatin	70-80 mg/m ² v/i 1-chi kunda

Paklitaksel+Setuksimab: 4 ta kurs - kurs har 21 kunda takrorlanadi.

Paklitaksel	175 mg/m ² v/i 3 soatlik infuziya 1-chi kunda
Setuksimab	400 mg/m ² v/i (2 soatlik infuziya) 1 marta yuborish, keyin setuksimab 250 mg/m ² v/i (1 soatlik infuziya) har haftasiga

Jinsiy olat saratonini davolash uchun monokimyoterapiya sxemalari

Paklitaksel	175 mg/m ² v/i 3 soatlik infuziya 1-chi kunda har 21 kunda takrorlanadi
Sisplatin	70-80 mg/m ² v/i 1-chi kunda har 21 kunda takrorlanadi
Kapetsitabin	1000 mg/m ² ichiga qabul qilish 1-14 kun har 21 kunda takrorlanadi
Setuksimab	400 mg/m ² v/i (2 soatlik infuziya) 1 marta yuborish, keyin setuksimab 250 mg/m ² v/i (1 soatlik infuziya) har haftasiga

Jinsiy olat saratonini davolashning umumiy algoritmi quyidagicha taqdim etilishi mumkin:

I. Birlamchi o'choqni davolash bo'yicha tavsiyalar:

- Tis bosqichi: a'zolari saqlash taktikasi tavsiya etiladi.
- Ta-1 G1-2 bosqichi: a'zolari saqlash taktikasini qo'llash tavsiya etiladi. Dinamik kuzatuvni amalga oshirish mumkin bo'lmagan bemorlarda qisman amputatsiyani bajarish ko'rsatiladi.
- T1 G3, T_≥2 bosqichi: qisman yoki to'liq amputatsiya yoki o'smaning joylashishi va hajmiga qarab emaskulyatsiya ko'rsatiladi. Konservativ terapiya faqat majburiy dinamik kuzatuv bilan bemorlarning cheklangan tanlangan guruhida amalga oshirilishi mumkin.
- konservativ davo davomida mahalliy retsidivi: o'sma kavernoza a'zolarga invaziya bo'lmaganda konservativ terapiyaning takroriy kursi ko'rsatiladi. Katta retsidiv va kavernoza organlarning invaziyasi mavjud bo'lsa, jinsiy olatni qisman yoki to'liq amputatsiya qilish ko'rsatiladi.

II. Paypaslanmaydigan limfa tugunlari uchun tavsiyalar:

- regionar metastazlashning past xavfi (pTis, pTaG1-G2, pT1G1): dinamik kuzatuv tavsiya etiladi. Belgilangan vaqt oralig'ida rejalashtirilgan tekshiruvdan o'tolmaydigan bemorlar uchun chov limfadenektomiya ko'rsatiladi.

- regionar metastazlashning o'rtacha xavfi (pT1G2): agar iloji bo'lsa, Tc99m bilan radioizotop limfostsintigrafiyasi, so'ngra radiofarmpreparatni to'plangan limfa tugunlarining biopsiyasi ko'rsatiladi. Limfa tugunlarining metastatik shikastlanishlari aniqlansa, ularni olib tashlash ko'rsatiladi. Agar radioizotop limfostsintigrafiyasini amalga oshirishning iloji bo'lmasa, chov limfadenektomiya ko'rsatiladi. Chov limfadenektomiyadan voz kechish faqat qat'iy tanlangan bemorlar guruhida majburiy puxta dinamik kuzatuv bilan mumkin. Chov limfadenektomiya, agar chov limfa tugunlarida ikki yoki undan ortiq metastaz mavjud bo'lsa yoki ekstrakapsulyar invaziya aniqlansa, chanoq a'zolarining limfadenektomiyasi bilan qo'shib bajarilishi kerak.
- regionar metastazlashning yuqori xavfi (pT \geq 2 yoki G3): bu holatda radikal chov limfadenektomiya ko'rsatiladi, agar tegishli gistologik topilmalar mavjud bo'lsa, chanoq limfadenektomiyasi bilan qo'shib bajarilishi mumkin.

III. Paypaslanadigan limfa tugunlarining metastatik shikastlanishi bo'yicha tavsiyalar:

- Radikal chov limfadenektomiya ko'rsatiladi, agar tegishli gistologik topilmalar mavjud bo'lsa, u chanoq a'zolarining limfadenektomiyasigacha kengaytirilishi mumkin. Massiv chov konglomeratlar yoki kattalashgan chanoq limfa tugunlari (KT va MRT ma'lumotlariga ko'ra) bo'lgan bemorlarga jarrohlik amaliyotidan oldin kimyoterapiya yoki nur terapiyasi kursidan o'tish ko'rsatiladi. Biroq, neoad'yuvant nur terapiyasi keyingi limfadenektomiyadan keyin bemorlarning o'limini statistik ravishda oshiradi. Agar dinamik kuzatuv paytida limfa tugunlari paydo bo'lsa, chov limfadenektomiya ko'rsatiladi, agar tegishli gistologik topilmalar mavjud bo'lsa, chanoq a'zolarining limfadenektomiyasigacha kengaytirilishi imkoniyati mavjud.

4) Jarrohlik aralashuvi [1]:

Bir yoki boshqa ta'sir usulini tanlash jarroh va bemorning afzalliklariga, o'choqning kattaligiga, invaziyaning chuqurligiga va zarur jihozlarning mavjudligiga bog'liq.

I. Ta-1G1-2 o'smasini davolash. Davolanishdan keyin keyingi muntazam kuzatuvdan o'tishi mumkin bo'lgan bemorlar uchun a'zolari saqlovchi davolash usullari ko'rsatiladi, ular quyidagilardan iborat: o'sma lazer destruksiyasi, rekonstruktiv jarrohlik bilan mahalliy ekstsiziya, distantsion nur terapiyasi yoki braxiterapiya, jinsiy olat boshini amputatsiya qilish. Puxta dinamik kuzatuv shubhali bo'lgan bemorlarda jinsiy olatni qisman amputatsiya qilish tavsiya etiladi.

II. T1G3, T \geq 2 o'smalarini davolash. Jinsiy olatni qisman yoki to'liq amputatsiya qilish yoki shikastlanish darajasiga qarab emaskulyatsiyani o'z ichiga olgan jarrohlik aralashuvi davolashning standart usuli hisoblanadi. Faqatgina jinsiy olatni boshining yarmidan ko'p

bo'lmagan qismiga o'sma tarqalishi bilan og'rigan bemorlarda majburiy qat'iy dinamik kuzatuv bilan organlarni saqlovchi davolash usullarini amalga oshirish mumkin.

Mahalliy retsidiv:

- Agar a'zolari saqlovchi davolashdan so'ng mahalliy retsidiv rivojlansa, faqat kavernoza a'zolarga o'sma invaziyasi istisno qilingan taqdirdagina takroriy a'zolari saqlovchi davolashni amalga oshirish mumkin. Chuqur o'sma invaziyasi yoki katta o'sma o'choqlari mavjud bo'lsa, jinsiy olatni qisman yoki to'liq amputatsiya qilish ko'rsatiladi.

Mintaqaviy limfa tugunlari:

- Radikal limfadenektomiya limfa tugunlari metastazlari bo'lgan bemorlar uchun standart davolash hisoblanadi.

Paypaslanmaydigan limfa tugunlari: regional metastazlarni rivojlanish xavfi past: Bu guruhga pTis, pTaG1-G2, pT1G1 birlamchi o'choq xususiyatlari bo'lgan bemorlar kiradi. Ushbu toifadagi bemorlarda metastazlash ehtimoli 16,5% dan kam. Turli xil holatlar tufayli dinamik kuzatuvdan o'tolmaydigan ushbu guruhdagi bemorlar uchun chov limfadenektomiya ko'rsatiladi.

1. **Regional metastazlarni rivojlanishning o'rtacha xavfi:** Bu guruhga pT1G2 birlamchi o'choq xususiyatlari bo'lgan bemorlar kiradi. Ushbu guruhdagi regional metastazlar xavfi 30% ga etadi. Birlamchi o'choqning gistologik tekshiruvi bo'yicha o'smaning qon tomirlari yoki limfatik invaziyasi belgilari bo'lmagan bemorlarda puxta tekshirish tavsiya etiladi. Agar limfa yoki qon tomirlariga o'sma invaziyasi mavjud bo'lsa, chov limfadenektomiya ko'rsatiladi. Agar keyingi dinamik tekshiruv mumkin bo'lsa, ushbu guruhdagi bemorlar Tc⁹⁹ bilan radioizotop limfostintigrafiyasi nazorati ostida limfa tugunlari biopsiyasidan o'tishi mumkin. Agar ushbu tadqiqot usuliga ko'ra metastazlash belgilari bo'lmasa, limfadenektomiyaga nisbatan payt poylash taktikasini majburiy dinamik kuzatuv nazorati ostida qo'llash mumkin.

2. **Regional metastazlashning yuqori xavfi:** Bunga o'sma xususiyatlari pT \geq 2 yoki G3 bo'lgan bemorlar kiradi. Limfa tugunlarida metastazlarni aniqlash xavfi 68-73% ni tashkil qiladi. Bunday holda, rejalashtirilgan gistologik tekshiruv vaqtida limfa tugunlarida metastazlar mavjud bo'lganda, chanoq a'zolariga (laparoskopik chanoq limfadenektomiyasi amalga oshirilishi mumkin) kengaytirilishi mumkin bo'lgan radikal chov limfadenektomiya bajarilishi shart. Chanoq limfadenektomiyasining chegaralari: yuqorida - yonbosh tomirlarining bifurkatsiyasi, medial - obturator asabi, lateral – yonbosh-chov asabi.

Paypaslanadigan limfa tugunlari: Agar *ijobiy* limfa tugunlari aniqlansa (biopsiya yordamida), chov limfadenektomiyasi majburiydir. Kechiktirilgan yoki bir vaqtning o'zida chanoq a'zolarining limfadenektomiyasi chov limfa tugunlarida ikki yoki undan ortiq metastazlar aniqlangan yoki limfa tugunlari kapsulasidan tashqarida o'sma

invaziyasi mavjud bo'lgan hollarda ko'rsatiladi. Bunday holda, chanoq a'zolarining limfa tugunlarida metastazlarning paydo bo'lish ehtimoli 30% gacha oshadi. Shunday qilib, chov limfa tugunlarida 2-3 ta metastazlar mavjud bo'lsa, chanoq a'zolariga metastaz ehtimoli 23% ni, 3 dan ortiq shikastlangan chov limfa tugunlari bo'lsa 56% ni tashkil qiladi. Bunday holda, tuzalib ketish ehtimoli 14-54% gacha kamayadi.

Kontrilateral tomondan, paypaslanadigan limfa tugunlari mavjud bo'lmasa, limfadenektomiya dastlab bajarilishi kerak va agar muntazam gistologik tekshiruv paytida chov limfa tugunlarida metastazlar aniqlansa, chanoq a'zolariga kengaytirilishi mumkin.

Harakatsiz chov konglomeratlar yoki ijobiy chanoq limfa tugunlari (KT yoki MRT ma'lumotlari bo'yicha): Chov mintaqalarda katta hajmli hosilalar (metastazlar) yoki kattalashgan chanoq limfa tugunlari (KT, MRT) mavjud bo'lganda, ad'yuvant kimyoterapiya kurslari ko'rsatiladi, bu esa 21-60% hollarda o'smaning qisman yoki to'liq regressiyasiga olib kelishi mumkin. Palliativ chov-yonbosh-obturator limfadenektomiya majburiy davolash usuli hisoblanadi. Davolashning yana bir varianti jarrohlik amaliyotidan oldingi keyingi limfadenektomiyasi bilan nur terapiya bo'lishi mumkin.

Dinamik kuzatuv davrida paypaslanadigan limfa tugunlarining paydo bo'lishi: Agar navbatdagi tekshiruv vaqtida bemorning chov limfa tugunlari kattalashgan bo'lsa, bu deyarli 100% hollarda ularning metastatik shikaslanishini ko'rsatadi. Bunday holatda quyidagi davolash usullari ko'rsatiladi:

- Yuqoridagi mezonlarga muvofiq ikki tomonlama radikal limfadenektomiyani bajarish.
- Remissiyaning uzoq oralig'i mavjudligida ijobiy limfa tugunlari tomonida chov limfadenektomiyani bajarish. Chov sohasiga metastazlash ikkala tomondan sinxron ravishda yoki qisqa vaqt oralig'ida sodir bo'ladi. Shunday qilib, agar bemorni uzoq muddatli kuzatuv paytida bir tomonda chov limfa tugunlarida metastazlar paydo bo'lsa, unda sezilarli vaqt oralig'idan keyin ularning kontrilateral tomonda rivojlanish ehtimoli ahamiyatsiz - 10% ni tashkil qiladi. Bunday holda, bir tomonlama limfadenektomiya, keyinchalik yaqin kuzatuv bilan tavsiya etilishi mumkin. Ammo, agar bir tomondan bir nechta limfa tugunlarida metastazlar mavjud bo'lsa, kontrilateral tomonda mikrometastazlar bo'lish ehtimoli 30% gacha oshadi. Bunday holatda ikki tomonlama limfadenektomiya ko'rsatiladi.

7. Keyingi kuzatuv:

- Onkolog yoki umumiy amaliyot shifokor tomonidan kuzatish.

Kuzatuv davrlari:

- Birinchi yil - har 3 oyda bir marta;
- Ikkinchi yil – har 6 oyda bir marta;
- Keyingi 6 yilgacha - yiliga bir marta.

Kuzatuv ko'lam:

- umumiy qon tahlili - birinchi yil davomida har 3 oyda bir marta, keyin har 6 oyda bir marta;
- umumiy siydik tahlili - birinchi yil davomida har 3 oyda bir marta, keyin 6 oyda bir marta;
- biokimyoviy qon tahlili (shlaklar, oqsillar, shakarlarni aniqlash bilan) birinchi yil davomida har 3 oyda bir marta, keyin har 6 oyda bir marta;
- qorin bo'shlig'i va qorin pardasi orti bo'shlig'i a'zolarining, chov limfa tugunlarning UTTsi - birinchi yil davomida har 3 oyda bir marta, keyin har 6 oyda bir marta;
- ko'krak qafasi rentgenografiyasi - har 6 oyda;
- qorin bo'shlig'i va qorin pardasi orti bo'shlig'i a'zolarining KTsi - har 12 oyda;
- kichik chanoq va jinsiy olat MRTsi - har 12 oyda.

Dinamik kuzatuv - jinsiy olat saratonida, bemorni keyingi kuzatuvda quyidagi algoritmlarga rioya qilish tavsiya etiladi:

- birlamchi o'sma: konservativ davodan o'tgan bemorlar birinchi 2 yilda har 2 oyda, so'ngra bir yilda har 3 oyda, so'ngra har 6 oyda tekshiruvdan o'tishi kerak. Bemor o'z-o'zini tekshirish ko'nikmalarga ega bo'lishi kerak. Qisman yoki to'liq amputatsiya qilingan bemorlar uchun - birinchi 2 yilda har 4 oyda, keyin har 6 oyda.

- regionar limfa tugunlari va uzoq metastazlar: Birlamchi o'choqni olib tashlangandan so'ng, rejalashtirilgan dinamik kuzatuv holatida, birinchi 2 yil davomida har 2 oyda, so'ngra keyingi yil davomida har 3 oyda muntazam tekshiruv ko'rsatiladi. Keyin keyingi 2 yilda har 6 oyda. Chov limfadenektomiya (pN0) amalga oshirilgandan so'ng, dastlabki 2 yil davomida har 4 oyda, so'ngra har 3 oyda bir yil davomida kuzatuv tekshiruvi ko'rsatiladi. Metastaz belgilari bo'lmasa, qo'shimcha kuzatuv kerak bo'lmasligi mumkin. Chov limfadenektomiya (pN1-3) amalga oshirilgan bo'lsa, kamida 2 yil davomida har 2 oyda to'liq tekshiruv (chanoq bo'shlig'ining KT, MRTsi, ko'krak rentgenografiyasi, qorin bo'shlig'i kichik chanoq a'zolarining UTTsi) ko'rsatiladi. Suyaklarni skanerlash faqat suyak to'qimaning shikastlanish belgilari mavjud bo'lganda ko'rsatiladi.

- kuzatuv uchun sabablari;
- retsidivni erta aniqlash radikal davolash uchun imkonini yaratadi. Samarali davolanish bilan mahalliy retsidiv uzoq muddatli yashovchanlikni statistik jihatdan

sezilarli darajada kamaytirmaydi, chov limfa tugunlarning shikastlanishi esa saraton kasalligiga xos bo'lgan uzoq muddatli yashovchanlik ehtimolini sezilarli darajada kamaytiradi. Bundan tashqari, kuzatuv davolanish bilan bog'liq asoratlarni aniqlash va oldini olish uchun kerak. Chov limfa tugunlari mahalliy retsidivi va shikastlanishining retsidivi ko'pincha birlamchi davolanishdan keyin ikki yil ichida rivojlanadi. Davolanishdan 5 yildan so'ng faqat mahalliy retsidivlar yoki yangi birlamchi o'smalar aniqlanadi. Motivatsiya darajasi yuqori bo'lgan yaxshi ma'lumotga ega bemorlarda kuzatuv 5 yildan keyin to'xtatilishi mumkin, ammo ular muntazam ravishda o'z-o'zini tekshirishni davom ettirishlari kerak.

Qachon va qanday qilib kuzatish kerak:

- mahalliy davolashdan so'ng chov limfa tugunlari shikastlanmagan bemorlarda mahalliy va/yoki regional retsidivni aniqlash uchun jinsiy olat va chov mintaqani fizikal tekshiruvdan o'tkazish kerak.

- qo'shimcha tasvirlash usullarining klinik ahamiyati tasdiqlanmagan. Kuzatuv, shuningdek, asosiy o'smani davolash usuliga bog'liq bo'lishi kerak. Lazer ablyatsiya yoki topikal kimyoterapiyadan so'ng, o'sma yo'qligini tasdiqlash uchun olat boshning biopsiyasini o'tkazish kerak. Chov limfa tugunlari metastazlari uchun potentsial radikal davolanishdan so'ng, uzoq metastazlarni aniqlash uchun dastlabki ikki yil davomida har 3 oyda KT yoki MRT tavsiya etiladi, chunki bu bemorlar guruhida kimyoterapiya samarali bo'ladi. Kamdan kam hollarda kech mahalliy retsidiv paydo bo'lishi mumkin bo'lsa-da, hayot uchun xavfli uzoq metastazlar davolanishdan keyin 5 yildan keyin kamdan-kam hollarda kuzatiladi. Bu shuni anglatadiki, bemor mahalliy o'zgarishlar paydo bo'lgandan keyin darhol davolanishga murojaat qilsa, 5 yildan keyin muntazam kuzatuvni to'xtatish mumkin. O'z-o'zini tekshirish imkoniyati bo'lmagan bemorlar uchun uzoq muddatli kuzatuv talab qilinishi mumkin.

Birlamchi o'smaning retsidivi:

- Mahalliy retsidiv ko'proq a'zolari saqlovchi davolashning har qanday turi, jumladan, mahalliy kesib tashlash, lazer bilan davolash, braxiterapiya va boshqa usullardan so'ng sodir bo'ladi. Biroq, regional retsidivdan farqli o'laroq, u yashovchanlikga deyarli ta'sir qilmaydi. Jinsiy olat rezektsiyasidan so'ng mahalliy retsidiv xavfi 4-5% dan oshmaydi. Mahalliy retsidiv bemor yoki shifokor tomonidan fizikal tekshiruv orqali osongina aniqlanadi. Kuzatuvning muhim qismi bemorni o'qitishdir, chunki bemor har qanday o'zgarishlar yuz berganda shifokor bilan bog'lanishi kerak.

Regionar retsidiv:

- Regionar retsidivlar aksariyati diagnostika va davolashdan keyingi dastlabki ikki

yil ichida dinamik kuzatuv, qo'riqchi limfa tugun biopsiyasi yoki modifikatsiyalangan chov limfodissektsiyasi qo'llangan yoki qollanmasligidan qat'iy nazar sodir bo'ladi. Regionar retsidivlar kamdan-kam hollarda bo'lsa ham keyinchalik rivojlanishi mumkin, shuning uchun ushbu guruhi bemorlarning doimiy ravishda intensiv kuzatuvni davom ettirishni tavsiya etiladi. Payt poylash taktikasini amalga oshirilgan bemorlarda modifikatsiyalangan chov limfodissektsiyasi yoki qo'riqchi limfa tugunining dinamik biopsiyasi (2,3%) yo'li bilan limfa tugunlarning invaziv bosqichlashni o'tkazgan bemorlarga qaraganda retsidiv xavfi ko'proq bo'lgan (9%).

- Ingichka ignali aspiratsion biopsiya (IIAB) bilan UTtdan foydalanish retsidivga shubhasi bo'lgan holatlarida regionar retsidivni erta aniqlashni yaxshilaydi. Hozirgi vaqtda regionar limfa tugunlarini kuzatish uchun KT yoki MRT zarurligini tasdiqlovchi dalillar yo'q. Tasdiqlangan limfa tugunlar metastazlari mavjud limfodissektsiya bajarilgan bemorlarda regionar retsidiv xavfi 19% gacha oshadi. Regionar retsidivlar radikal chanoq limfodissektsiya va ad'yuvant terapiya bajarish bilan o'z vaqtida davolashni talab qiladi.

Prognoz: jinsiy olat saratoni prognozi kasallikning bosqichiga bog'liq. Kasallikning dastlabki shakllarida prognoz juda yaxshi - deyarli 100% hollarda uzoq muddatli davolanishga erishish mumkin. Jarayonning II-III bosqichlarda kombinatsiyalangan davolash bilan bemorlarning 5 yillik yashovchanlik darajasi 60-70% ga etadi. IV bosqichda yashovchanlik darajasi ancha past. Davolanishsiz bemorlar o'rtacha 3 yil yashaydi.

8. Protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari:

- «o'sma javobi» - davolashdan keyin o'smaning regressiyasi;

To'liq samara - 4 haftadan kam bo'lmagan muddatga barcha shikastlanish o'choqlarining yo'qolishi.

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

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

Progressiyalanish – bitta yoki ko'proq o'sma o'choqlarining 25%dan ortiq kattalashishi yoki yangi shikastlanish o'choqlarining paydo bo'lishi [7] (DD – A):

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

**«JINSIY OLAT SARATONI»
NOZOLOGIYASI UCNUN TIBBIY
ARALASHUVLAR BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

1. Diagnostika usullari, yondashuvlari va muolajalari.

1) Muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

- o'smani radikal tarzda olib tashlash;
- birlamchi o'choqni olib tashlash va gistologik tekshirish;
- o'smaning qisman yoki to'liq regressiyasini barqarorlashtirish;
- umumiy holatni yaxshilash;
- umumiy yashovchanlikni oshirish.

2) Muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:

- bemorning og'ir holati – ECOG III–IV;
- faol bosqichdagi tuberkulez;
- dekompensatsiya bosqichidagi hamroh kasallik;
- o'tkir kechiktirib bo'lmaydigan g'olalar (miokard infarkti, insult);
- septik holatlar;
- qon ketish xavfi bilan, parchalanish bosqichidagi o'smalar (nur terapiya uchun);
- psixorgan kasalliklar (shizofreniya, kuchli tutqanoq sindromi bilan epilepsiya);
- bemorning Karnovskiy shkalasi bo'yicha 60%dan kam bo'lgan og'ir holati.
- dekompensatsiya bosqichidagi hamroh kasalliklar.

3) Muolaja yoki aralashuvga ko'rsatmalar:

- jarrohlik davolash yoki biopsiyadan keyin tashxisni majburiy morfologik tekshirish bilan har qanday bosqichdagi jinsiy olat saratonining mavjudligi;
- jarrohlik davolash yoki ochiq biopsiyadan so'ng tashxisni morfologik tasdiqlash bilan ikkilamchi (metastatik yoki birlamchi aniqlangan o'choqsiz) o'smaning mavjudligi yoki metastazning morfologik tasdig'ining yo'qligi, ammo jinsiy olat saratonining birlamchi o'chog'ining gistologik tekshiruv mavjudligi.

Kimiyo va/yoki nur terapiya quyidagi maqsadda o'tkaziladi:

- o'sma hujayralari yo'q qilish;
- o'sma o'lchamlarini kichraytirish, uni o'sishdan to'xtatish;
- QS retsidivini bartaraf etish;

- davolashning asosiy usuli sifatida u butun tanaga ta'sir qiladigan tizimli xavfli o'smalar, shu jumladan, jinsiy olat saratoni uchun ko'rsatma hisoblanadi. Mutaxassislar preparatning dozasini diqqat bilan tanlaydilar: agar u juda kichik bo'lsa, davolanish samaradorligi kamayadi, agar u yuqori bo'lsa, nojo'ya ta'sirlar xavfi ortadi.

4) Jarrohlik yo'li bilan davolash tamoyillari:

Shoshilinch jarrohlik amaliyotlar yoki manipulyatsiyalar uchun ko'rsatmalar: yo'q.

Rejalashtirilgan jarrohlik amaliyotlar uchun ko'rsatmalar:

- morfologik jihatdan tasdiqlangan rezektsiya barabar bo'ladigan jinsiy olat saratoni.

Jarrohlik davolashga qarshi ko'rsatmalar:

- og'ir hamroh kasalliklar;
- surunkali buyrak etishmovchiligining terminal bosqichi;
- chuqur anemiya;
- jarrohlik davolashga umumiy qarshi ko'rsatmalar.

Jarrohlik davolash:

Bir yoki boshqa ta'sir usulini tanlash jarroh va bemorning afzalliklariga, o'choqning kattaligiga, invaziyaning chuqurligiga va zarur jihozlarning mavjudligiga bog'liq.

I. Ta-1G1-2 o'smasini davolash. Davolanishdan keyin keyingi muntazam kuzatuvdan o'tishi mumkin bo'lgan bemorlar uchun a'zolari saqlovchi davolash usullari ko'rsatiladi, ular quyidagilardan iborat: o'sma lazer destruksiyasi, rekonstruktiv jarrohlik bilan mahalliy ekstsiziya, distantsion nur terapiyasi yoki braxiterapiya, jinsiy olat boshini amputatsiya qilish. Puxta dinamik kuzatuv shubhali bo'lgan bemorlarda jinsiy olatni qisman amputatsiya qilish tavsiya etiladi.

II. T1G3, T \geq 2 o'smalarini davolash. Jinsiy olatni qisman yoki to'liq amputatsiya qilish yoki shikastlanish darajasiga qarab emaskulyatsiyani o'z ichiga olgan jarrohlik aralashuvi davolashning standart usuli hisoblanadi. Faqatgina jinsiy olatni boshining yarmidan ko'p bo'lmagan qismiga o'sma tarqalishi bilan og'rigan bemorlarda majburiy qat'iy dinamik kuzatuv bilan organlarni saqlovchi davolash usullarini amalga oshirish mumkin.

Mahalliy retsidiv:

- Agar a'zolari saqlovchi davolashdan so'ng mahalliy retsidiv rivojlansa, faqat kavernoza'zolariga o'sma invaziyasi istisno qilingan taqdirdagina takroriy a'zolari saqlovchi davolashni amalga oshirish mumkin. Chuqur o'sma invaziyasi yoki katta o'sma o'choqlari mavjud bo'lsa, jinsiy olatni qisman yoki to'liq amputatsiya qilish ko'rsatiladi.

Mintaqaviy limfa tugunlari:

- Radikal limfadenektomiya limfa tugunlari metastazlari bo'lgan bemorlar uchun standart davolash hisoblanadi.

Paypaslanmaydigan limfa tugunlari: regionar metastazlarni rivojlanish xavfi past: Bu guruhga pTis, pTaG1-G2, pT1G1 birlamchi o'choq xususiyatlari bo'lgan bemorlar kiradi. Ushbu toifadagi bemorlarda metastazlash ehtimoli 16,5% dan kam. Turli xil holatlar tufayli dinamik kuzatuvdan o'tolmaydigan ushbu guruhdagi bemorlar uchun chov limfadenektomiya ko'rsatiladi.

1. **Regionar metastazlarni rivojlanishning o'rtacha xavfi:** Bu guruhga pT1G2 birlamchi o'choq xususiyatlari bo'lgan bemorlar kiradi. Ushbu guruhdagi regionar metastazlar xavfi 30% ga etadi. Birlamchi o'choqning gistologik tekshiruvi bo'yicha o'smaning qon tomirlari yoki limfatik invaziyasi belgilari bo'lmagan bemorlarda puxta tekshirish tavsiya etiladi. Agar limfa yoki qon tomirlariga o'sma invaziyasi mavjud bo'lsa, chov limfadenektomiya ko'rsatiladi. Agar keyingi dinamik tekshiruv mumkin bo'lsa, ushbu guruhdagi bemorlar Tc⁹⁹ bilan radioizotop limfostintigrafiyasi nazorati ostida limfa tugunlari biopsiyasidan o'tishi mumkin. Agar ushbu tadqiqot usuliga ko'ra metastazlash belgilari bo'lmasa, limfadenektomiyaga nisbatan payt poylash taktikasini majburiy dinamik kuzatuv nazorati ostida qo'llash mumkin.

2. **Regionar metastazlashning yuqori xavfi:** Bunga o'sma xususiyatlari pT \geq 2 yoki G3 bo'lgan bemorlar kiradi. Limfa tugunlarida metastazlarni aniqlash xavfi 68-73% ni tashkil qiladi. Bunday holda, rejalashtirilgan gistologik tekshiruv vaqtida limfa tugunlarida metastazlar mavjud bo'lganda, chanoq a'zolariga (laparoskopik chanoq limfadenektomiyasi amalga oshirilishi mumkin) kengaytirilishi mumkin bo'lgan radikal chov limfadenektomiya bajarilishi shart. Chanoq limfadenektomiyasining chegaralari: yuqorida - yonbosh tomirlarining bifurkatsiyasi, medial - obturator asabi, lateral – yonbosh-chov asabi.

Paypaslanadigan limfa tugunlari: Agar *ijobiy* limfa tugunlari aniqlansa (biopsiya yordamida), chov limfadenektomiyasi majburiydir. Kechiktirilgan yoki bir vaqtning o'zida chanoq a'zolarining limfadenektomiyasi chov limfa tugunlarida ikki yoki undan ortiq metastazlar aniqlangan yoki limfa tugunlari kapsulasidan tashqarida o'sma invaziyasi mavjud bo'lgan hollarda ko'rsatiladi. Bunday holda, chanoq a'zolarining limfa tugunlarida metastazlarning paydo bo'lish ehtimoli 30% gacha oshadi. Shunday qilib, chov limfa tugunlarida 2-3 ta metastazlar mavjud bo'lsa, chanoq a'zolariga metastaz

ehtimoli 23% ni, 3 dan ortiq shikastlangan chov limfa tugunlari bo'lsa 56% ni tashkil qiladi. Bunday holda, tuzalib ketish ehtimoli 14-54% gacha kamayadi.

Kontrilateral tomondan, paypaslanadigan limfa tugunlari mavjud bo'lmasa, limfadenektomiya dastlab bajarilishi kerak va agar muntazam gistologik tekshiruv paytida chov limfa tugunlarida metastazlar aniqlansa, chanoq a'zolariga kengaytirilishi mumkin.

Harakatsiz chov konglomeratlar yoki ijobiy chanoq limfa tugunlari (KT yoki MRT ma'lumotlari bo'yicha): Chov mintaqalarda katta hajmli hosilalar (metastazlar) yoki kattalashgan chanoq limfa tugunlari (KT, MRT) mavjud bo'lganda, ad'yuvant kimyoterapiya kurslari ko'rsatiladi, bu esa 21-60% hollarda o'smaning qisman yoki to'liq regressiyasiga olib kelishi mumkin. Palliativ chov-yonbosh-obturator limfadenektomiya majburiy davolash usuli hisoblanadi. Davolashning yana bir varianti jarrohlik amaliyotidan oldingi keyingi limfadenektomiyasi bilan nur terapiya bo'lishi mumkin.

Dinamik kuzatuv davrida paypaslanadigan limfa tugunlarining paydo bo'lishi: Agar navbatdagi tekshiruv vaqtida bemorning chov limfa tugunlari kattalashgan bo'lsa, bu deyarli 100% hollarda ularning metastatik shikaslanishini ko'rsatadi. Bunday holatda quyidagi davolash usullari ko'rsatiladi:

- Yuqoridagi mezonlarga muvofiq ikki tomonlama radikal limfadenektomiyani bajarish.

Remissiyaning uzoq oralig'i mavjudligida ijobiy limfa tugunlari tomonida chov limfadenektomiyani bajarish. Chov sohasiga metastazlash ikkala tomondan sinxron ravishda yoki qisqa vaqt oralig'ida sodir bo'ladi. Shunday qilib, agar bemorni uzoq muddatli kuzatuv paytida bir tomonda chov limfa tugunlarida metastazlar paydo bo'lsa, unda sezilarli vaqt oralig'idan keyin ularning kontrilateral tomonda rivojlanish ehtimoli ahamiyatsiz - 10% ni tashkil qiladi. Bunday holda, bir tomonlama limfadenektomiya, keyinchalik yaqin kuzatuv bilan tavsiya etilishi mumkin. Ammo, agar bir tomondan bir nechta limfa tugunlarida metastazlar mavjud bo'lsa, kontrilateral tomonda mikrometastazlar bo'lish ehtimoli 30% gacha oshadi. Bunday holatda ikki tomonlama limfadenektomiya ko'rsatiladi.

Nur terapiya:

Nur terapiyasidan foydalanish mustaqil ravishda ham, boshqa davolash usullari bilan birgalikda ham mumkin. Nur terapiyasini jarrohlik davolash bilan birlashtirganda, o'smaning birlamchi o'choq, shuningdek chov-son limfa tugunlarning zonalarini nurlanadi. Jinsiy olat nurlantirishi chov-son maydondan yoki uning deformatsiyasi bunga imkon bermasa, alohida maydondan amalga oshiriladi. Shishishning kuchayishi va yallig'lanishning zo'rayishi xavfi tufayli klassik fraksiyalashdan foydalanish tavsiya etiladi.

1. Nur terapiyasi kichik birlamchi o'sma o'lchamlari (4 sm gacha) va yaxshi prognostik omillar uchun mustaqil davolash usuli sifatida bajarilishi mumkin - metodika yuqorida tavsiflangan. Ushbu davolash usulining eng ko'p uchraydigan asoratlari orasida chandiqlash (15-30%), siydik yo'llarining strikturalari (20-35%), teleangiektaziylar (90% dan ortiq), shuningdek, nekroz shaklidagi nurlanishning kech o'zgarishlardir, ularni ko'pincha o'sma retsidivi bilan differentsiyalash qiyin.

2. Shish hajmini kamaytirish uchun neoad'yuvant nur terapiyasi buyuriladi. Neoad'yuvant nur terapiyasidan so'ng limfadenektomiyadan o'limga olib keladigan asoratlarning kuchayishi sababli uni buyurish tavsiya etilmaydi.

3. Ad'yuvant nur terapiyasi jarrohlik sohasida mahalliy retsidivlar ehtimolini kamaytirishga qaratilgan. Uni 40-60 GR summar o'choq dozasida buyuriladi.

• Nur terapiya kasallikning dastlabki bosqichlarida mustaqil davolash usuli sifatida qo'llanilishi mumkin. Yaqin fokusli rentgenoterapiyasi diametri 2 sm gacha bo'lgan o'smalarni davolashda yaxshi natijalarga erishish imkonini beradi. Uzoq asoratlarda (chandiqlash, teri nekrozi) rivojlanishi tez uchraydi. Alohida metodikadan foydalanish distantsion nurli nur terapiyasining kombinatsiyasiga qaraganda yaxshiroq natijalarga erishishga imkon beradi.

• Yaqin fokusli rentgenoterapiyasi yoki 2-5 GR bir martalik o'choq dozada elektronlar bog'lami ta'siri, kamida 60 GR summar o'choq dozasigacha qo'llaniladi. Yaqin fokusli rentgenoterapiyasini buyurishda, ushbu protseduradan oldin sirkumtsiziyani amalga oshirish juda muhimdir.

Saraton in situ holatlarida organlarni saqlovchi davolash ko'rsatiladi. Quyidagi davolash usullaridan birini qo'llash tavsiya etiladi:

1 O'choqning mahalliy ekstsiziyasi.

2 Kimyoterapiya preparatlarini mahalliy qo'llash (5-ftoruratsilli krem).

5) Muolaja yoki aralashuvga tayyorlashda asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari ro'yxati:

Muolaja yoki aralashuvga tayyorgarlik ko'rishda majburiy diagnostika tadbirlari ro'yxati:

1. UQT leykoformula va trombositlar soni bilan.
2. biokimyoviy qon tahlili (glyukoza, mochevina, kreatinin, siydik kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT).
3. AVO tizimi bo'yicha qon tuguhini aniqlash.
4. Rezus-faktorni aniqlash.
5. Umumiy siydik tahlili.
6. Koagulogramma (ACHTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen).

7. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash.
8. B va C virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli).
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV).
10. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi.
11. Moyak xaltasini paypaslash.
12. AFP, IXG, LDG o'sma markerlarining qondagi darajasini tekshirish.
13. Moyak xaltasining UTTsi.
14. Keng qamrovli UTTsi (jigar, o't pufagi, oshqozon osti bezi, taloq, buyraklar, qorin pardasi orti bo'shlig'i, ichak tutqich va o'mrov ostki limfa tugunlari).
15. Moyak xaltasining MRTsi: differentsial diagnostika bilan bog'liq murakkab vaziyatlarda.
16. Ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i va qorin pardasi orti bo'shlig'i a'zolarning kontrastli MSKTsi.
17. Bioplatni sitologik tekshirish (hosila, limfa tugunlari)*.
18. Bioplatni gistologik tekshirish (hosila, limfa tugunlari)*.
19. EKG.
20. ExoKG.
21. Butun tananing PET/KT**.

Muolaja yoki aralashuvga tayyorlashda qo'shimcha (ko'rsatkichlar bo'yicha) tekshirish usullari:

1. Biokimyoviy qon tahlili (natriy, kaliy, kaltsiy, C-reaktiv oqsil, ishqorli fosfataza).
2. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip geRPEs, sitomegalovirus, toksoplazmoz.
3. B va C gepatit viruslariga PZR (miqdoriy).
4. COVID-19ga PZR;
5. Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash.
6. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi.
7. Standart sitogenetik tekshiruvi.
8. FISH usulida va molekular-genetik tekshirish.

9. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash.
 10. Prokalsitonin.
 11. Antitrombin III, D-dimer.
 12. Periferik qon IFTsi.7
 13. Bioptatni immunogistokimyoviy tekshirish (hosila, limfa tugunlari)*.
 14. Molekulyar genetik tadqiqotlar.
 15. Burunning yondosh bo'shliqlarining rentgenografiyasi.
 16. Moyak xaltasining TRUTT.
 17. Obzorli ekskretor vena ichi uroografiyasi.
 18. Koptokchalar filtratsiya tezligini aniqlash.
 19. Bo'yin a'zolarining KTsi.
 20. Bosh, bo'yinning KTsi.
 21. Bosh miyaning MRTsi.
 22. Buyrak tomirlar va OKVning angiografiyasi.
 23. Buyraklarning izotop renografiyasi.
 24. Buyrak tomirlari, ostki b'osh vena, oyoqlar tomirlarining (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi.
 25. Fibroezofagogastroduodenoskopiya.
 26. Kolonoskopiya.
 27. Skelet suyaklarning osteostsintigrafiyasi.
 28. EKG Xolter monitoringi.
- * Agar avval o'tkazilmagan bo'lsa.
- ** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

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

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

Ushbu qoidalar onkologik shifoxonaning (onkologik markaz va uning filiallari), onkologik kasalliklarga chalingan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatadigan boshqa tibbiy tashkilotning (keyinchalik - tibbiyot tashkilotlari) jarrohlik davolash usullari onkologik bo'limlari (keyinchalik - bo'lim) faoliyatini tashkil etish tartibini belgilaydi.

Bo‘lim onkologik kasalliklarga chalingan bemorlarga jarrohlik usullarini mustaqil davolash turi sifatida tibbiy yordam ko‘rsatish maqsadida tibbiy tashkilotning tarkibiy bo‘linmasi sifatida tashkil etilgan bo‘lib, «onkologiya», «urologiya», «kimyoterapiya», «radiologiya» ishlar (xizmatlar) uchun tibbiy faoliyatni amalga oshirish uchun litsenziya asosida faoliyat yuritadi.

Bo‘limning yotoq o‘rinlar hajmi 25 dan 50 gacha bo‘lishi kerak.

Bo‘limlar kamida 70 onkologik yotoq o‘rinli tibbiy tashkilotda tashkil etiladi, agar ular mulkiy majmua ichida joylashgan bo‘lsa, funksional va texnologik jihatdan quyidagi bo‘lim bilan birlashtirilgan bo‘lsa:

- Rentgen diagnostikasi bo‘limi, shu jumladan rentgen tekshiruvi qoidalariga muvofiq tashkil etilgan mammografik rentgen xonasi, rentgen kompyuter tomografiyasi xonasi;
- Funksional tadqiqotlar qoidalariga muvofiq tashkil etilgan funksional diagnostika bo‘limi;
- Ultratovush qoidalariga muvofiq tashkil etilgan ultratovush diagnostikasi xonasi (bo‘limi);
- endoskopik tekshiruvlarni o‘tkazish qoidalariga muvofiq tashkil etilgan endoskopik bo‘lim;
- klinik-diagnostik laboratoriyalar;
- «anesteziologiya va reanimatologiya» profilida kattalar aholisiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan kattalar aholisi uchun reanimatologiya va intensiv terapiya bo‘limlari yoki anesteziologiya-reanimatsiya bo‘limlari reanimatologiya va intensiv terapiya palatalari bilan;
- onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibining ilovalarga muvofiq tashkil etilgan operatsion bo‘linma;
- onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibining ilovalarga muvofiq tashkil etilgan o‘smaga qarshi dori terapiyasi bo‘limi;
- «Transfuziologiya» profilida aholiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan transfuziologiya kabineti.

Bo‘lim bemorlarni doimiy ravishda kuzatib borish uchun onkolog va bo‘lim hamshirasidan iborat navbatchi guruh tomonidan kechayu kunduz nazorat bilan ta‘minlanishi kerak.

Bo‘lim strukturasi quyidagilar bo‘lishi nazarda tutilishi kerak:

- ko‘ruv honasi;
- bo‘lim mudiri xonasi;

- shifokorlar xonasi;
- palatalar;
- bog‘lam almashtirish xonasi;
- muolaja xonasi;
- xuqnaxona;
- hamshiralar xonasi.

Jarrohlik blokni tashkil etish qoidalari

Jarrohlik blokida strukturasi quyidagilar bo‘lishi nazarda tutilishi kerak:

- sanuzel bilan sanitar o‘tkazgich (xojatxona va dushlar);
- jarrohlik oldi xonasi;
- jarrohlik xonasi;
- yuvinish xonasi;
- donorlik qonini va (yoki) uning tarkibiy qismlarini qon quyish uchun saqlash va tayyorlash uchun xona;
- tibbiy asboblarni saqlash uchun xonalar;
- kiyim almashtirish uchun xona;
- bemorning jarrohlik amaliyotidan keyingi vaqtinchalik bo‘lish xonasi;
- sterilizatsiya;
- protokol xonasi (agar 4 dan ortiq jarrohlik xonasi bo‘lsa);
- katta hamshira xonasi;
- jarrohlik amaliyotidan keyingi chiqindilarni saqlash xonasi;
- gipsli bandajlarni saqlash va tayyorlash uchun xona (suyaklar va yumshoq to‘qimalarning o‘smalari bo‘limi uchun).

Xavfsizlik choralari rioya qilish talablari: O‘zbekiston Respublikasining normativ-huquqiy hujjatlariga muvofiq jarrohlik shifoxonasining barcha sanitariya normalari va qoidalari, kimyoviy va radiatsion xavfsizlikka rioya qilish.

Nur terapiya o‘tkazish uchun:

- chiziqli tezlatkich yoki gamma terapevtik uskuna;
- baraban fantom (qurilmaning ishlashini tekshirish va kalibrlash uchun);
- CVCT tasvirlash tizimining Xaunsvild birliklarini kalibrlash uchun fantom;

- termoplastik niqoblar uchun termoregulyatsiyalangan vanna/pech;
 - vakkum matraslar uchun nasos;
 - o‘rnatilgan, to‘liq integratsiyalashgan dozimetrik rejalashtirish tizimi;
 - dozimetrik uskunalarning standart to‘plami;
 - virtual simulyatsiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan KT;
 - virtual simulyatsiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan MRT.
 - podgolovnik;
 - vakuumli matras;
 - kaplar, zagubniklar;
 - indeksli ramka;
 - tizza ostika qo‘yish moslamalari;
- termoplastik plastinlar (maskalar).

7) Bemorni tayyorlashga qo‘yiladigan talablar:

Bemor tomonidan tayyorlangan tomografik tasvirlar va ko‘rsatmalar asosida, shuningdek bemorni tekshirish natijasida kasallikning o‘chog‘i va tananing umumiy holati aniqlanadi, kimyoterapiya va / yoki nur terapiyasining maqsadga muvofiqligi hisoblanadi.

Birinchi tashrif kuni kimyoterapevt va / yoki nur terapiya onkologi tomonidan tibbiy ko‘rikdan o‘tiladi va kerakli tekshiruvlarni tayinlaydi.

Shifokor bemorga uning kasalligining xususiyatlarini va davolash usulini tushunarli tarzda tushuntiradi, bemordan simptomlar haqida batafsil so‘rab surishtiradi va barcha mavjud ma’lumotlarga asoslanib qaror qabul qiladi.

Kasallikning holatiga qarab, kimyoviy terapiya va/yoki nur terapiyasi noo‘rin deb hisoblanishi mumkin.

Kimyoviy va/yokinur terapiyasi kursini tayinlash kimyoterapevt va / yoki radiolog tomonidan va bemorning yozma roziligi bilan hal qilinadi.

Davolash rejimi klinik ko‘rsatmalar va tadqiqot protokollariga muvofiq belgilanadi. Terapevtik dozalar o‘smaning gistologik turiga, lokalizatsiyasiga, bosqichiga va tarqalishiga qarab tanlanadi.

Kimyoterapiya va / yoki nur terapiyasini o‘tkazish to‘g‘risida qaror bemorni keng qamrovli tekshiruvdan, aniq tashxisdan so‘ng qabul qilinadi. Jarayon oldidan bemor premedikatsiya qilinadi — organizmga qilinishi kutilayotgan davolanishni yaxshi ko‘tarishi uchun bir qator dorilar qo‘llaniladi:

- gepatoprotektorlar;
- qayt qilishga qarshi dorilar;
- immunomodulyatorlar;
- probiotiklar va boshqalar.

Kimyoterapiya va / yoki nur terapiyasining har bir kursidan oldin bemor bir qator qon va siydik sinovlaridan o'tadi, agar kerak bo'lsa, muayyan holatga qarab ba'zi a'zolarining ultratovush tekshiruvi, EKG va boshqa bir qator tekshiruvlardan o'tadi.

8) davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari:

- «o'sma javobi» - davolashdan keyin o'smaning regressiyasi;

To'liq samara - 4 haftadan kam bo'lmagan muddatga barcha shikastlanish o'choqlarining yo'qolishi.

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

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

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

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

**«JINSIY OLAT SARATONI»
NOZOLOGIYASI UCHUN
PROFILAKTIKA VA
REABILITATSIYA BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

- Profilaktika yoki reabilitatsiya tushunchasi

Profilaktik tibbiyot (manbani yuklab olish uchun havola: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%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) (profilaktologiya, grech. πρόφύλακτικός — «ehtiyot qiluvchi» [18] va λόγος — «ta'limot, fan») – tibbiyotdagi fan va amaliyot, kasalliklar va shikastlanishlar paydo bo'lishining oldini olish, ularning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yo'q qilishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuidir [19][20].

Aslida profilaktika quyidagilarga bo'linadi [21]:

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

Profilaktika doirasida yuqumli kasalliklar va psixoprofilaktikaning spetsifik profilaktikasi ham mavjud [21].

Profilaktika tibbiyotning asosiy yo'nalishi hisoblanadi [19][22] va sog'liqni saqlashning yuqori holatini ta'minlash va kasalliklarning oldini olish maqsadida davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, gigiyenik va terapevtik-tibbiy xarakterdagi tadbirlarni o'z ichiga oladi. Bu nafaqat tibbiy manipulyatsiyalarni, balki qonunchilik, tashkiliy, ekologik [23], me'moriy va rejalashtirish, sanitariya-texnik, aholining tibbiy masalalari bo'yicha ta'lim [24]. tadbirlarni ham nazarda tutadi. Bu omillar va xavflarning kasalliklar bilan bog'liqligini ilmiy statistik sababiy tahliliga asoslangan [25] [26].

Profilaktik chora-tadbirlar sog'liqni saqlash tizimining muhim tarkibiy qismi bo'lib, aholi o'rtasida tibbiy-ijtimoiy faollik va sog'lom turmush tarzini rag'batlantirishga qaratilgan.

Amaldagi profilaktika choralari bir kishining tanasida keyingi kasalliklarga olib kelishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni aniqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan maqsadli choralarni ko'rish orqali to'liq sog'lom inson hayotini uzaytirishga intiladi. Kasallikning oldini olishga bunday individual yondashuv profilaktika tibbiyoti tomonidan ko'rib chiqiladi [27][28].

Tibbiy reabilitatsiya (manbani yuklab olish uchun havola: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) (lot. rehabilitatio, tiklash [29]) — kasallik yoki shikastlanish natijasida buzilgan yoki butunlay yo'qolgan inson tanasining normal aqliy va fiziologik funksiyalarini (ehtiyotlarini) maksimal darajada tiklash yoki qoplashga qaratilgan tibbiy, pedagogik, psixologik va boshqa turdagi chora-tadbirlar majmuasidir. Ehtiyojlarga misollar: sog'lom

bo‘lish, jismoniy faollik, harakat yerkinligi, harakatlarning mustaqilligi, odamlar bilan muloqot qilish, zarur ma’lumotlarni olish, mehnat va boshqa faoliyat orqali o‘zini o‘zi anglash [30][31][32].

Davolashdan farqli o‘laroq, reabilitatsiya tanadagi patologik jarayonning o‘tkir bosqichi bo‘lmaganda amalga oshiriladi [33].

Tibbiy reabilitatsiya reabilitatsiyaning boshqa turlari — jismoniy, psixologik, mehnat, ijtimoiy, iqtisodiy turlari bilan chambarchas bog‘liq.

2.1. Profilaktika yoki reabilitatsiya turlari

(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).

Sog‘lik holatiga, kasallik yoki og‘ir patologiya uchun xavf omillarining mavjudligiga qarab, 3 turdagi profilaktikani ko‘rib chiqish mumkin.

1. **Birlamchi profilaktika** — kasalliklarning rivojlanishi uchun xavf omillarining paydo bo‘lishi va ta’sirini oldini olish bo‘yicha chora-tadbirlar tizimi (dezinfeksiya, emlash, oqilona ish va dam olish, oqilona sifatli ovqatlanish, jismoniy faollik, atrof-muhitni muhofaza qilish)dir. Bir qator birlamchi profilaktika choralari milliy miqyosda amalga oshirilishi mumkin. Kasalliklarning oldini olish va farovonlikni yaratish umr ko‘rish davomiyligini uzaytiradi [36]. Salomatlikni mustahkamlash tadbirlari ma’lum bir kasallik yoki holatga qaratilgan emas, balki salomatlikni mustahkamlashga hissa qo‘shadi. Boshqa tomondan, maxsus himoya kasalliklarning bir turi yoki guruhiga qaratilgan va sog‘liqni saqlashni rivojlantirish maqsadlarini to‘ldiradi [39]. Birlamchi profilaktikaning asosiy tamoyillari: 1) profilaktika choralarining uzluksizligi (antenatal davrdan boshlab hayot davomida); 2) profilaktika choralarining tabaqalashtirilgan tabiati; 3) profilaktikaning ommaviy tabiati; 4) profilaktikaning ilmiy tabiati; 5) profilaktika choralarining kompleksligi (profilaktikada tibbiyot muassasalari, hokimiyat organlari, jamoat tashkilotlari, aholi ishtirok etadi) [35].
2. **Ikkilamchi profilaktika** — muayyan sharoitlarda (stress, immunitetning zaiflashishi, tananing boshqa har qanday funksional tizimlariga ortiqcha yuk) kasallikning boshlanishi, kuchayishi va qaytalanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan aniq xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasidir. Ikkilamchi profilaktikaning eng samarali usuli bu kasalliklarni erta aniqlash, dinamik kuzatuv, maqsadli davolash va oqilona izchil tiklanishning keng qamrovli usuli sifatida tibbiy ko‘rikdir.

3. Ba'zi profilaktika mutaxassislari «**uchlamchi profilaktika**» atamasini to'liq ishlash imkoniyatini yo'qotgan bemorlarni reabilitatsiya qilish bo'yicha chora-tadbirlar majmuasi sifatida taklif qilishadi. Uchlamchi profilaktika ijtimoiy (o'z ijtimoiy tayyorgarligiga ishonchni mustahkamlash), mehnat (mehnat ko'nikmalarini tiklash imkoniyati), psixologik (xulq-atvor faoliyatini tiklash) va tibbiy (a'zolar va tana tizimlarining funksiyalarini tiklash) reabilitatsiyasiga qaratilgan bo'ladi [34].

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

Bugungi kunga qadar jinsiy olat saratonining profilaktikasi yo'q.

Saraton kasalligining oldini olish bo'yicha barcha tadbirlarni uch qismga bo'lish mumkin.

— **Birlamchi profilaktika:** xavf omillarining ta'sirini yo'q qilish yoki kamaytirish, xavf omillari ta'siriga tananing rezistentligini oshirish.

— **Ikkilamchi profilaktika:** erta klinikadan oldingi bosqichlarda kasallikni diagnostikalash (asosan skrining orqali) va davolash.

Uchlamchi profilaktika: radikal davolashdan keyin davolash va reabilitatsiya, shuningdek metaxron saratonni o'z vaqtida tashxislash, retsidiv, metastazlarning oldini olish, erta tashxislash va davolash; vitaminlar va oqsillarga boy to'yimli dietadan foydalanish, yomon odatlardan voz kechish (chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish), virusli infeksiyalar va hamroh kasalliklarning oldini olish, onkolog, urolog tomonidan muntazam ravishda profilaktik tekshiruvlar, muntazam diagnostika muolajalari (o'pka rentgenografiyasi, jigar, buyraklar, qovuq, bo'yinning limfa tugunlari, moyak xaltasining UTTsi).

Jinsiy olat saratonining oldini olishni to'rtta asosiy yo'nalishga bo'lish mumkin:

- turmush tarzini o'zgartirish;
- kasallikning dastlabki bosqichida jinsiy olat saratonini aniqlash uchun skrining;
- kriptorxizm bilan og'rikan bemorlarni kuzatish va/yoki kriptorxizmni davolash;
- radikal jarrohlik davolashdan so'ng metaxron jinsiy olat saratonining oldini olish va erta tashxislash.

2.3. Profilaktika protseduralari va usullari

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

1) Profilaktika maqsadi:

jinsiy olat saratoni paydo bo'lishining oldini olish, uning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yo'q qilish, davolanishdan keyin kasallikning asoratlarini erta aniqlash va oldini olish.

2) Birlamchi profilaktika:

Oldini olishda yordam beradigan chora-tadbirlar orasida yoshlarda xatna qilish, xatna qilinmagan erkaklarda izchil gigiena amaliyotlari va o'smirlarda tavsiya etilgan inson papilloma virusiga (OPV) qarshi emlash kiradi.

Dunyoning turli mintaqalarida jinsiy olat saratoni bilan kasallanishning katta o'zgarishi jinsiy olat saratonining oldini olish mumkinligini ko'rsatadi.

Jinsiy olat saratonining oldini olishning eng yaxshi usuli inson papilloma virusi infeksiyasi va chekish kabi ma'lum xavf omillaridan chetga olishdir. Afsuski, jinsiy olat saratoni rivojlanishining 100% oldini olishning hech qanday yo'li yo'q, chunki jinsiy olat saratoni hech qanday xavf omillari bo'lmagan taqdirda ham erkaklarda uchraydi.

Ilgari sirkumtsiziya (kertmakni olib tashlash) jinsiy olat saratoni rivojlanishining oldini olishi mumkinligiga ishonishgan. Bu fikr xatna qilingan erkaklarda jinsiy olat saratoni kamroq uchraydigan tadqiqot ma'lumotlariga asoslangan edi. Biroq, keyinchalik xatna kilishning o'zi jinsiy olat saratoni rivojlanish xavfini kamaytirmasligi ko'rsatildi.

Jinsiy a'zolarining gigienasiga rioya qilish.

Xatna qilinmagan erkaklarda jinsiy olat saratonining oldini olishning eng muhim omili jinsiy a'zolar gigienasiga rioya qilishdir. Odam papilloma virusi infeksiyasining oldini olish. Erkaklar OPV ta'siridan chetga olishlari kerak, chunki bu jinsiy olat saratonining xavfini kamaytirishdan tashqari, jinsiy sheriklarda bachadon bo'yni saraton xavfini sezilarli darajada kamaytiradi.

OPV infeksiyasining tarqalishiga ikkita asosiy omil ta'sir qiladi: xatna qilish va jinsiy sheriklar soni. Xatna qilingan erkaklarda OPV infeksiyasi xavfi kamroq ekanligi ko'rsatilgan. Buning mumkin bo'lgan sabablaridan biri - bu xatna qilishdan keyin jinsiy olat boshi terisi xususiyatlarining o'zgarishi va OPV penetratsiyasiga chidamli bo'lib qolganda. Biroq, xatna qilish OPV infeksiyasi va jinsiy sheriklarga o'tish ehtimolini yo'q qilmaydi.

OPV infeksiyasi xavfi ko'p sonli jinsiy sheriklarga ega bo'lish bilan bevosita bog'liqligini bilish muhimdir. Afsuski, erkaklarda OPVni aniqlay oladigan usul yo'q. Ko'p hollarda OPV infeksiyasi hech qanday alomatsiz sodir bo'ladi.

Shuning uchun jinsiy olatni terisida ko'rinadigan o'zgarishlarning yo'qligi OPV yo'qligining belgisi emas va virus jinsiy sheriklarga yuqishi mumkin. Prezervativdan

foydalanish OPV infeksiyasidan 100% himoya qilmaydi, chunki OPV prezervativ bilan himoyalangan joylarda (jinsiy a'zolar terisi va anal sohasi) mavjud bo'lishi mumkin.

Emlash

Eng keng tarqalgan OPV 6 va 11 turlaridan himoya qiluvchi xavfsiz va samarali vaktsina mavjud. Ushbu vaktsinani 9 yoshdan 26 yoshgacha bo'lgan o'g'il bolalar va erkaklarda qo'llash mumkin, ammo balog'atga etgunga qadar emlash yaxshidir.

Chekish

Jinsiy olat saratoni rivojlanish ehtimolini kamaytiradigan omillardan biri chekishni to'xtatishdir. Tamaki tutunida o'smaning rivojlanishiga olib keladigan jinsiy olat teri hujayralarida o'zgarishlarga olib keladigan kanserogenlar mavjud.

3) Ikkilamchi profilaktika:

Jinsiy olat o'smalarini erta aniqlash

Jinsiy olat saratonining birinchi klinik ko'rinishi jinsiy olat boshi yoki kertmak terining o'zgarishi bilan bog'liq. Biroq, kertmak terisi ostida rivojlanayotgan o'smalar (ayniqsa, fimozda) uzoq vaqt davomida e'tiborsiz qolishi mumkin. Jinsiy olat terisida g'ayrioddiy o'zgarishlarni (dog'lar, so'gallar, yaralar) sezsangiz, shifokorga murojaat qilishingiz kerak. Bu o'zgarishlar bezarar bo'lib, ammo davolanishni talab qilishi mumkin.

Afsuski, ko'p erkaklar jinsiy olat ustida shish paydo bo'lganda uzoq vaqt davomida shifokorga borishdan qochishadi. Ba'zida o'sma birinchi marta paydo bo'lgan paytdan boshlab shifokorga tashrif buyurishgacha bir yil yoki undan ko'proq vaqt o'tadi.

Shuni esda tutish kerakki, agar jinsiy olat saratoni erta bosqichda aniqlansa, jinsiy olat minimal yoki umuman shikastlanmagan holda to'liq davolanishga erishish mumkin. Agar saraton keyingi bosqichda aniqlansa, u holda jinsiy olat qisman yoki to'liq olib tashlash talab qilinadi.

4) Jinsiy olat saratoni skriningi:

Jinsiy olat saratoni uchun skrining yo'q. Bemorni tekshirishning sababi uning kasallik alomatlarini bilan murojaat qilishdir. Odatda mutaxassis tekshiruvini jinsiy olat saratonini tashxislash uchun etarli.

5) Uchlamchi profilaktika yoki jinsiy olat saratoni reabilitatsiyasi:

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

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

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

6). Profilaktika va dispanser nazorati, profilaktika usullarini qo'llash bo'yicha tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar

- Dastlabki davolanishdan so'ng barcha bemorlarni birinchi 5 yilda onkolog tomonidan kuzatilishi **tavsiya etiladi** (fizikal tekshiruvni o'tkazish, shikoyatlar va anamnez yig'ish, instrumental diagnostika tadqiqotlarini o'tkazish), o'ziga xos klinik vaziyatga qarab birinchi 5 yil davomida yiliga 1 dan 4 martagacha, keyin har yili. *Kuzatuvning asosiy maqsadi mahalliy retsidivlarni va JOSning rivojlanishini imkon qadar tezroq aniqlashdir, chunki bu samarali davolash imkoniyatini beradi [54] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18440124/>).*

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - \$).

***Sharhlar:** tekshiruv algoritmi klinik vaziyatga qarab davolovchi shifokor tomonidan belgilanadi.*

2.4. Reabilitatsiya usullari va muolajalari:

Jinsiy olat saratoni reabilitatsiyasining maqsadi:

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

1. Tibbiy reabilitatsiya, reabilitatsiya usullarini qo'llash uchun tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar

Hozirgi vaqtda tibbiy rehabilitatsiyaning aksariyat turlari uchun JOS bilan og'riqan bemorlarni qamrab olgan klinik tadqiqotlar mavjud emas. Ushbu tavsiyalar tibbiy rehabilitatsiyaning turli turlari funksional tiklanishni sezilarli darajada tezlashtirishi, jarrohlik amaliyotidan keyin kasalxonada qolish muddatini qisqartirishi va boshqa xavfli o'smalari bo'lgan bemorlarda asoratlar va o'lim holatlarini kamaytirishi ko'plab tadqiqotlar, jumladan, meta-tahlillar (Steffens D. va boshq. 2018 va boshqalar) va sistematik sharhlarda (Nicole L. Stout va boshqalar, 2017 va R. Segal va boshqalar, 2017 va boshqalar) isbotlanganligi asosida ishlab chiqilgan.

Jarrohlik aralashuvi va/yoki kimyoterapiyadan keyin bemorlarni rehabilitatsiya qilishning umumiy tamoyillariga e'tibor qaratgan holda rehabilitatsiya qilish kerak.

1.1. Dastlabki rehabilitatsiya

• JOS bilan og'riqan barcha bemorlarga dastlabki rehabilitatsiyani amalga oshirish **tavsiya etiladi**. Dastlabki rehabilitatsiya jismoniy tarbiya (DFK), psixologik (neyropsikologik rehabilitatsiya) va nutritiv qo'llab-quvvatlash, bemorlarni xabardor qilish o'z ichiga oladi. Oldindan rehabilitatsiya funksional tiklanishni sezilarli darajada tezlashtiradi, jarrohlik amaliyotidan keyin kasalxonada qolish muddatini qisqartiradi va saraton kasalligini davolash paytida asoratlar va o'lim holatlarini kamaytiradi. [37, 38].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Sharhlar: Dastlabki rehabilitatsiyadagi rejada psixologik yordam kayfiyatni yaxshilaydi, tashvish va depressiyani kamaytiradi. Psixologik rehabilitatsiya kursidan o'tgan bemorlar jarrohlik davolashdan keyin kundalik hayotga yaxshiroq moslashadi.

1.2. Jarrohlik davolash paytida rehabilitatsiya

1.2.1. Jarrohlik davolash paytida rehabilitatsiyaning birinchi bosqichi

• Davolash natijalarini yaxshilash uchun jismoniy rehabilitatsiya (DFK), joylashish yo'li bilan davolash, og'riqni klinik va psixologik korrektsiyalash (relaksatsiya), teri orqali elektr stimulyatsiyasi, akupunkturani o'z ichiga olgan holda jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda og'riqni yo'qotishga multidistsiplinar yondashuv **tavsiya etiladi** [39, 40].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Sharhlar: Agar ko'rsatmalar bo'lsa, og'riqsizlantirish uchun joylashish yo'li bilan davolash, DFK, jarrohlik bo'lgan zonaga joyida krioterapiya, tibbiy massaj va elektroterapiyani birlashtirish kerak.

1.2.2. Rehabilitatsiyaning ikkinchi bosqichi

• Limfedema paydo bo'lganda shish sindromini bartaraf etish uchun to'liq terapiya, shu jumladan manual limfa drenaji (oyoqlar massaji), kompression trikotaj kiyish, DFK

kompleksini bajarish va terini parvarish qilish **tavsiya etiladi** [41].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Dyuken jarrohlik amaliyotidan keyin oyoqlarning limfostazini oldini olish uchun quyidagi choralarni ko'rish tavsiya etiladi [41]:

- vaznni nazorat qilish, semirishning oldini olish;
- saramas yallig'lanishning oldini olish, terini parvarish qilish.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Sharhlar: *Agar limfostaz yuzaga kelsa, vazn yo'qotish zarurligiga e'tibor berish kerak.*

1.2.3. Reabilitatsiyaning uchinchi bosqichi

• Jarrohlik davolashdan so'ng barcha bemorlarga aerobik mashqlarni kiritilgan holda DFK kompleksini bajarish va bosqichma-bosqich kengaytirish **tavsiya etiladi**, bu xavfli o'smalarni kombinatsiyalangan davolashning natijalarini va hayot sifatini yaxshilaydi. [42].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Sharhlar: *Aerobik va kuch mashqlari kombinatsiyasi tavsiya etiladi.*

• Jarrohlik davolashdan so'ng (qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa) hayot sifatini yaxshilash, og'riq va zaiflikni kamaytirish uchun barcha bemorlarga tibbiy massaj **tavsiya etiladi**. [43].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - A (dalillarning ishonchliligi darajasi - 2).

1.3. Kimyoterapiya paytida reabilitatsiya

• Kimyoterapiya olgan barcha bemorlarga jismoniy faoliyatni erta boshlash **tavsiya etiladi**, bu mushaklar zaifligi, gipotrofiya va jismoniy mashqlar tolerantligining pasayishining oldini olishga yordam beradi [44, 45] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - B (dalillarning ishonchliligi darajasi - 3).

Sharhlar: *kimyoterapiya paytida aerob mashqlaridan foydalanish gemoglobin, eritrotsitlar darajasini oshiradi va leykopeniya va trombositopeniya davomiyligini kamaytiradi [45].*

• Kimyoterapiya olgan barcha bemorlarga DFK bajarish **tavsiya etiladi**, bu esa zaiflik va depressiyani kamaytirishga yordam beradi. Kimyoterapiya paytida zaiflik va depressiyani davolashda LFKning psixologik yordam (neyropsikologik reabilitatsiya) bilan kombinatsiyasi faqat dori-darmonlarni korrektsiyadan ko'ra samaraliroqdir [44, 46].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - A (dalillarning ishonchliligi darajasi - 1).

***Sharhlar:** kimyoterapiya paytida DFKning hajmi va intensivligi zaiflik darajasiga (engil, o'rtacha, og'ir) qarab individual ravishda tanlanadi va umumiy holat yaxshilanishi bilan DFKning intensivligi oshadi.*

- Kimyoterapiya bilan davolanayotgan barcha bemorlarga, agar kimyoterapiya paytida periferik polineyropatiya paydo bo'lsa, polineyropatiyaning klinik ko'rinishini nazorat qilishga yordam beradigan 6 haftalik terren terapiyasi (yurish yordamida davolash) kursini buyurish **tavsiya etiladi** [47].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - A (dalillarning ishonchliligi darajasi - 2).

- Agar kimyoterapiya paytida periferik polineyropatiya paydo bo'lsa, kimyoterapiya olayotgan bemorlarga past intensivlikdagi lazer terapiyasi **tavsiya etiladi** [48] (<https://experts.mcmaster.ca/display/publication1233659>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - A (dalillarning ishonchliligi darajasi - 2).

- Kimyoterapiya paytida periferik polineyropatiya paydo bo'lganda uni davolash uchun kimyoterapiya olayotgan bemorlarga past chastotali magnit terapiyasi **tavsiya etiladi** [49].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - A (dalillarning ishonchliligi darajasi - 2).

- Kimyoterapiya paytida yuzaga keladigan polineyropatiyani davolash uchun kimyoterapiya olayotgan bemorlarga 4 hafta davomida kuniga 20 daqiqali teri orqali elektr neyrostimulyatsiyasi **tavsiya etiladi** [50] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24549206/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - B (dalillarning ishonchliligi darajasi - 3).

- Kimyoterapiya paytida og'iz bo'shlig'ining mukozitlarni oldini olish uchun kimyoterapiya olgan bemorlarga past intensivlikdagi lazer terapiyasi **tavsiya etiladi** [51].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - B (dalillarning ishonchliligi darajasi - 3).

- Kimyoterapiya olayotgan bemorlarga kimyoterapiya paytida yurak bilan bog'liq asoratlarni kamaytiradigan DFK mashqlarini bajarish **tavsiya etiladi** [52].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - B (dalillarning ishonchliligi darajasi - 3).

- Kimyoterapiya vaqtida bosh terisini sovutish tizimlaridan foydalanish **tavsiya etiladi**, bu esa kimyoterapiya fonida alopetsiyaning oldini olishni ta'minlaydi [53] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28315539/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - B (dalillarning ishonchliligi darajasi - 3).

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

Jinsiy olat saratonining birlamchi profilaktikasi xavf omillarini oldini olish, surunkali yuqumli, o'sma oldin, bezarar o'sma kasalliklar va asoratlarni davolash orqali saraton bilan kasallanish ehtimolini pasayishiga olib keladi.

Ikkilamchi profilaktika jinsiy olat saratonini simptomsiz va klinikadan oldingi bosqichlarda erta aniqlashga olib keladi, bunda buyrak saratonini to'liq davolash ehtimoli yuqori.

Uchlamchi reabilitatsion profilaktik terapiyasi bemor yoshi, gistologik ko'rinish bosqichidan qat'i nazar, jarrohlik va dori-darmonlar terapiyani olgan va/yoki tugatgan jinsiy olat saratoni bo'lgan barcha bemorlar uchun amalga oshiriladi.

Samaradorlikni baholash va profilaktika rejimini tuzatish zarurligi to'g'risida qaror qabul qilish uchun klinik va laboratoriya profilaktik terapiyasini kuzatish tavsiya etiladi. Klinik nazoratda profilaktik almashtirish terapiyasining yetarli darajada samaradorligi to'g'risida qaror klinik test natijalari me'yoridan chetga chiqish va spetsifik sitostatik terapiya paytida va undan keyin bemorning somatik holatining yomonlashishi (yaxshilanmasligi) holatlarida qabul qilinadi.

3.1. Profilaktika turlarini aniqlash mezonlari (xalqaro standartlarga muvofiq, dalillarga asoslangan tibbiyot instituti ma'lumotlari)

- Jinsiy olat saratoni rivojlanishining oldini olish uchun aholining barcha qatlamlari uchun birlamchi profilaktika tavsiya etiladi. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 4).*
- Ikkilamchi profilaktika maqsadida, ayniqsa, xavf omillari bo'lgan odamlarda profilaktik tekshiruvlardan o'tish tavsiya etiladi. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 4).*
- Maxsus jarrohlik va dori terapiyasi tugagandan so'ng, barcha bemorlarga uchlamchi - reabilitatsiya profilaktikasi tavsiya etiladi. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - B (dalillarning ishonchliligi darajasi - 4).*

3.2. Reabilitatsiya muolajalarining bosqichi va ko'lamini aniqlash mezonlari.

- Quyidagi kuzatish jadvali tavsiya etiladi: fizikal tekshiruv, qorin bo'shlig'i a'zolari, qorin pardasi orti bo'shlig'i va chov-yonbosh mintaqalarning UTTsi - har 2-3 oyda 1-chi yilda, har 3 oyda 2-chi yilda, keyin har 4 oyda 3 va 4-chi yillarda, har 6 oyda bir marta 5-chi yilda, keyin har yili. Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi har 2-chi kelishda bajariladi

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

4. Reabilitatsiya bosqichlari va ko'lam:

Jinsiy olat saratoni bemorlari jinsiy olat saratoni bilan og'rikan bemorlar bilan ishlash tajribasiga ega bo'lgan onkolog, urolog, tibbiy psixolog, shu jumladan, turli profil mutaxassislar guruhi tomonidan nazorat qilinishi kerak. Bemorlarni onkourolog, onkolog tomonidan tekshirish yiliga kamida 2 marta o'tkazilishi kerak; boshqa mutaxassislar tomonidan - zarurat bo'lganda. Bemorlarni yiliga bir marta yetarli klinik va laboratoriya jihozlariga ega ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida tibbiy ko'rikdan o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

Jinsiy olat saratoni bilan og'rikan bemorlarning dispanser kuzatuvini quyidagilarni o'z ichiga oladi: kasallikning qaytalanish yoki metastaz belgilari mavjudligini baholash bilan bemorning ahvolini dinamik kuzatish, sitostatik terapiyaning tugallangan sikllaridan keyin umumiy restorativ terapiya paytida noxush hodisalar mavjudligi, individual dori ko'tara olishligi monitoringi, virusli kontamizatsiya, kasallikning o'zgarishi. bemorning psixologik yoki ijtimoiy holati, boshqa muhim tizimlarning holatini baholash talab etiladi.

Kimyo-radioterapiya asoratlarini davolash: qon parametrlarini tuzatish, og'iz gigiyenasi, oshqozon-ichak trakti, KBB a'zolari, yurak-qon tomir tizimi patologiyasi va boshqalar. va ixtisoslashgan mutaxassislarga murojaat qilish. Jinsiy olat saratoni bilan og'rikan barcha bemorlarni ixtisoslashtirilgan onkologiya yoki gematologiya markazida ro'yxatdan o'tkazish va nazorat qilish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

5. Tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiya darajasini ko'rsatadigan xolda tashxislash tadbirlari :

Tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiya bo'yicha barcha diagnostika tadbirlari davolovchi onkourolog nazorati ostida, urologik onkolog nazorati ostida Markaziy viloyat kasalxonasi, markaziy tibbiyot shifoxonasi yoki markaziy shahar shifoxonasining onkologiya bo'limida birlamchi sharoitda onkolog tomonidan amalga oshiriladi. Davolashni tugatgandan so'ng, profilaktika tayinlangan sanaga ko'ra, bemor yashash joyidagi onkologiya muassasasi shifokoriga murojaat qilishi va bir qator tekshiruvlardan o'tishi kerak (onkologning tekshiruvi, ultratovush tekshiruvi, rentgen tekshiruvi, qon va siydik tahlillari, MSKT/MRT va boshqalar). Bundan tashqari, tuman onkologi, agar kasallikning retsidivi yoki metastazga shubha bo'lsa, bemorni chuqur tekshirish uchun yashash joyidagi onkologik muassasaga yuboradi.

6. Тактика медицинской профилактики или реабилитации с указанием уровня:

1) dalillar darajasini ko'rsatish bilan tavsiya qilinadigan asosiy profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlari:

To'liq javob MSKT va/yoki MRT va/yoki PET/KT yordamida dastlabki terapiya tugaganidan 3 oy o'tgach tasdiqlanishi kerak.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

To'liq remissiya bilan davolashni tugatgan jinsiy olat saratoni bemorlariga terapiya tugaganidan keyin 1-chi yil davomida har 3 oyda, 2-chi yil - har 6 oyda va undan keyin har yili onkourolog yoki onkolog tomonidan kuzatilishi tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

UQT, biokimyoviy qon tahlili va siydik tahlili hayotning 1-chi yilida har 3 oyda, keyin 2-chi yil davomida har 6 oyda va keyin yiliga bir marta o'tkazib turish zarur.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Kichik chanoq, qorin bo'shlig'i va qorin pardasi orti bo'shlig'i MSKT/KTsi terapiya tugagandan so'ng birinchi 2 yilda har 6 oyda yoki klinik ko'rsatmalarga ko'ra bajariladi. Agar ohirgi PET/KTda to'liq javob tasdiqlangan bo'lsa, progressiya/retsidivga shubxa bo'lsa PET/KT o'tkaziladi.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

2) dalillar darajasini ko'rsatish bilan tavsiya qilinadigan qo'shimcha profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlari:

Qo'shimcha profilaktika choralariga retsidiv xavfini kamaytirish va immunitetni oshirish uchun tavsiya etilgan dori-darmonlarni qabul qilish, to'g'ri ovqatlanish, yomon odatlardan voz kechish va salbiy tashqi omillar ta'sirini istisno qilish, sog'liq holatini hisobga olgan holda davolovchi shifokorning tavsiyalariga amal qilish kiradi.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

7. Profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlarining samaradorlik ko'rsatkichlari:

Profilaktik terapiya va reabilitatsiya dinamik nazorat tashrifi davomida klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvlarni kuzatish kerak. Moyak saratoni uchun profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarining samaradorligi ko'rsatkichlari quyidagicha:

- kasallik retsidivining yo'qligi;
- kasallik metastazlanishining yo'qligi;
- sitostatik va nur terapiyaning kechki asoratlarning yo'qligi;
- bemorning va bemorning yaqin qarindoshlarining ruhiy holatining boshlang'ich pozitsiyasiga to'liq qaytish;

- bemorning zararli odatlardan voz kechishi, sog‘lom turmush tarziga rioya qilish, sog‘lom ovqatlanishi;
- bemorning dinamik nazoratga o‘z vaqtida murojaat qilishi;
- jinsiy olat saratoni uchun xavf omili yoki fon kasalliklari bo‘lgan xolatlar/kasalliklarni o‘z vaqtida davolash

**«JINSIY OLAT SARATONI»
NOZOLOGIYASI UCHUN
PALLIATIV TIBBIY YORDAM
BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

2. Diagnostika va palliativ davolash usullari, yondashuvlari va muolajalari (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/naczionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):

1) Palliativ yordam ko'rsatish uchun kasalxonaga yotqizish ko'rsatmalari:

- Palliativ jarrohlik amaliyoti, maqsadli palliativ terapiya kurslarini, immuno va nur terapiya va boshqa davolash turlarini o'tkazish.
- Limfa tugunining/ekstranodal hosilaning birlamchi yoki takroriy biopsiyasini o'tkazish yoki trepanobiopsiya.
- Ambulatoriya terapiyasi bilan tuzatilmagan asoratlarni davolash.
- Simptomatik davolashni o'tkazish.

2) Palliativ yordam ko'rsatish uchun kasalxonaga yotqizish shartlari.

- Palliativ kimyoterapiya, target davo, nur terapiya va davolash boshqa turlarini o'tkazish muddatining kelishi.
- Hayot uchun xavf soluvchi xolatlarning bo'lishi.

3. Diagnostika mezonlari (sindromning ishonchli belgilarining tavsifi):

JOSda chov limfa tugunlarining kengayishi tez-tez kuzatiladi, bu metastazlar yoki yuqumli limfadenit mavjudligidan kelib chiqadi. Shikastlangan limfa tugunlari bir-biri bilan qo'shilib, teriga o'sadigan konglomeratlarni hosil qiladi, yiringli oqma bilan tashqi oqmalarni hosil qiladi. Oyoqlardan limfa drenajining buzilishi shishning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Uzoq metastazlarning paydo bo'lishi ularning lokalizatsiyasiga muvofiq keladigan simptomlarning rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Shikoyatlar va anamnez:

- Davolash taktikasini tanlashga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan omillarni aniqlash uchun barcha bemorlardan shikoyatlar va anamnez yig'ish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25457021/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Fizikal tekshiruvlar:

- JOSga shubha bo'lgan barcha bemorlarga o'sma jarayonining tarqalish darajasini baholash uchun jinsiy olat va chov sohalarini tekshirish va paypaslash **tavsiya etiladi**

[\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23279708/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23279708/).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Laborator diagnostic tekshiruvlar:

- JOS bilan og'rigan barcha bemorlarga qo'shimcha diagnostika usullarini tanlash va davolash taktikasini aniqlash uchun umumiy klinik qon tahlili **tavsiya etiladi**. (<https://emedicine.medscape.com/article/446554-workup?form=fpf>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

- JOS bilan og'rigan barcha bemorlarga qo'shimcha diagnostika usullarini tanlash va davolash taktikasini aniqlash uchun biokimyoviy qon tahlilini topshirish (shu jumladan glyukoza, kreatinin, mochevina, bilirubin, transaminazalar, ishqorli fosfataza, qon zardobidagi kaliy darajalarini aniqlash) **tavsiya etiladi** (<https://emedicine.medscape.com/article/446554-workup?form=fpf>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

- JOS bilan og'rigan barcha bemorlarga qo'shimcha diagnostika usullarini tanlash va davolash taktikasini aniqlash uchun protrombin, protrombin vaqti, xalqaro normallashtirilgan nisbat, faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti va fibrinogenni aniqlashni o'z ichiga olgan koagulogrammi topshirish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19394816/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

- JOS bilan og'rigan barcha bemorlarga qo'shimcha diagnostika usullarini tanlash va davolash taktikasini aniqlash uchun umumiy siydik tahlil **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15791892/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

- JOS bilan og'rigan va birlamchi o'sma yoki regionar metastazlar infeksiyasining klinik alomatlarini bo'lgan barcha bemorlarga infeksiyon asoratlarni davolash va sepsisning oldini olish taktikasini aniqlash uchun aerob va fakultativ-anaerob shartli-patogen mikroorganizmlar uchun o'sma oqishi mikrobiologik (madaniy) tadqiqotidan o'tish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15791892/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Instrumental diagnostika tekshiruvlar:

- JOS tashxisi qo'yilgan bemorlarda shubhali tekshiruv va paypaslash ma'lumotlari bo'lsa, o'sma invaziyasi chuqurligini aniqlash uchun jinsiy olat ultratovush tekshiruvi (UTT) va/yoki magnit-rezonans tomografiyani (MRT) bajarish **tavsiya etiladi**

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12656901/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 2).

• JOS tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarda regionar limfa tugunlarining holatini baholash uchun chov zonalar UTTsini bajarish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27402024/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

• Chov limfa tugunlari paypaslanadigan (yoki UTTga ko'ra chov limfa tugunlari ≥ 10 mm bo'lgan semizlikka chalingan bemorlarda) JOS bilan og'rigan barcha bemorlarda regionar limfa tugunlarining holatini baholash uchun chov va chanoq a'zolarining kontrastli kompyuter tomografiyasi (KT) yoki MRTini bajarish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975666/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

• Chov limfa tugunlari kattalashgan barcha JOS bilan og'rigan barcha bemorlarda qorin orti parda limfa tugunlari holatini baholash uchun qorin bo'shlig'i va qorin orti parda bo'shlig'ining tomir ichiga kontrastlash bilan KT yoki MRIni bajarish **tavsiya etiladi** (<https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Penile-Cancer-2022.pdf>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

• Chanoq a'zolarining limfa tugunlari kattalashgan JOS bilan og'rigan barcha bemorlarni o'pka metastazlarini aniqlash uchun ko'krak qafasi rentgenografiya yoki KTni bajarish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975666/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

• Suyak metastazlarini aniqlash uchun suyak og'rig'idan shikoyat qilgan bemorlarga suyak sintigrafiyasini (osteostintigrafiya) bajarish **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975666/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Boshqa diagnostika tekshiruvlari

• JOSga shubha qilingan barcha bemorlarda gistologik turi, varianti, anaplaziya darajasi, angiolimfatik invaziya mavjudligi, birlamchi o'smaning invaziya chuqurligi, shuningdek, olib tashlangan limfa tugunlari sonini baholash, olib tashlangan limfa tugunlarida JOS metastazlarini aniqlash, ekstranodal o'sma ekstenziyasini aniqlash uchun biopsiya va/yoki jarrohlik namunalari patologik-anatomik tekshiruvdan o'tkazish **tavsiya etiladi** [2, 18-20].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5).

Sharhlar: Davolashni boshlashdan oldin JOS tashxisining morfologik tasdiqlashni olish shart. Birlamchi o'smani ham, regional metastazlarni ham davolash taktikasini aniqlash uchun o'smaning gistologik variantini aniqlash, T toifasi va anaplaziya G darajasini baholash kerak. Sitologik tekshirish uchun morfologik namunalarni qirindi yoki surtma orqali, patologik-anatomik tekshirish uchun - ochiq , ustunli, aspiratsion biopsiya orqali olish mumkin. Distal lokalizatsiyaning kichik o'smalari (kertmak, jinsiy olat boshi) bo'lsa, tashxisni birlamchi tekshirish uchun o'smani to'liq olib tashlash mumkin.

4. Palliativ tibbiy yordamning maqsadlari:

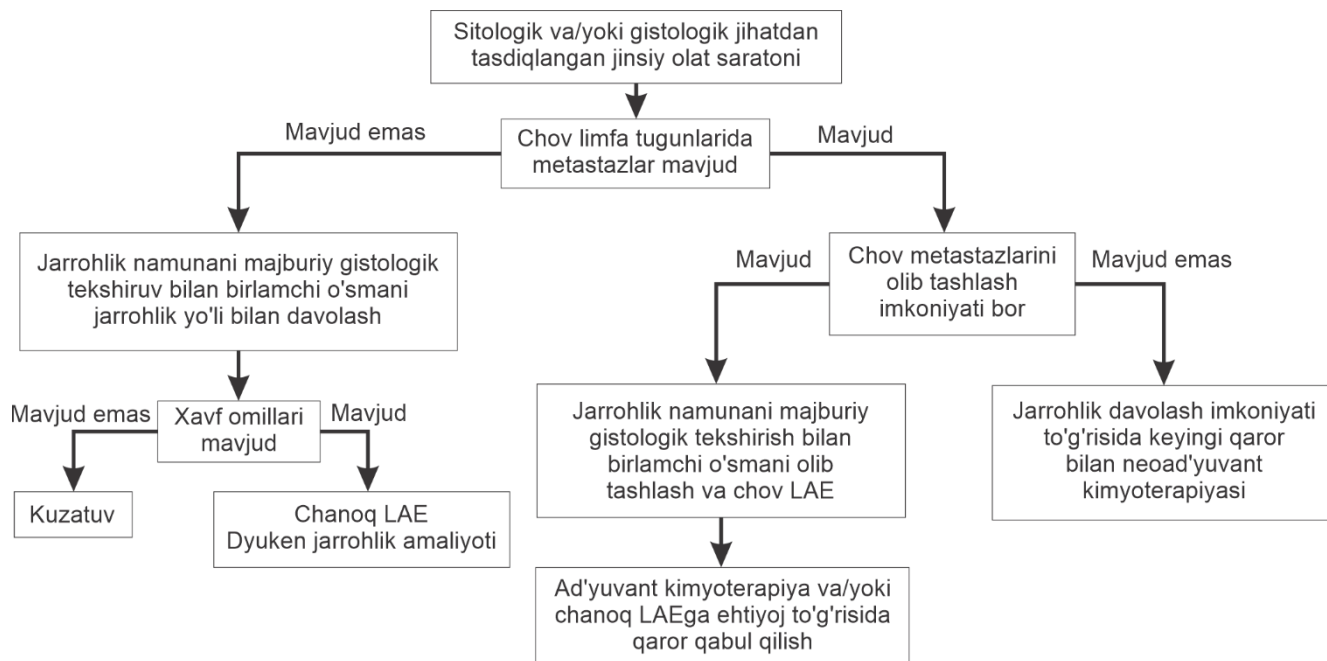
- ✓ Og'riq va boshqa og'riqli alomatlarining oldini olish va yo'q qilish, bemorning azobini yengillashtirish.
- ✓ Saraton kasalligining rivojlanishini sekinlashtirish va bemorning umrini uzaytirish.
- ✓ Bemor hayoti farovonligini oshirish hayot sifatini yaxshilash.
- ✓ Psixologik, ijtimoiy, ma'naviy qo'llab-quvvatlash, psixosomatik tomonidan qo'llab-quvvatlash.
- ✓ O'smaga qarshi davolashning nojo'ya ta'sirlarini yengish uchun.

5. Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish taktikasi:

- o'sma o'chog'i va metastazlarni kichraytirish;
- o'sma jarayoni qisman regressiyasi yoki stabilizatsiyasiga erishish;
- hayot sifatini yaxshilash;
- hayot davomiyligini uzaytirish.

1) Bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutlash: (chizmalar, algoritmlar)

Jinsiy olat saratonini davolash algoritmi:



10-jadval. JOS bilan og'rigan bemorlarda birlamchi o'smani davolash usulini tanlash algoritmi.

Birlamchi o'smaning xususiyatlari	Davolash
Tis, Ta	#imiximoda applikatsiyalari; lazer ablyatsiya, jarrohlik davolash
T1 (G1,G2)	#imiximoda applikatsiyalari; lazer ablyatsiya, jarrohlik davolash, nur terapiya distantсион yoki to'qima ichidagi - <4 sm o'smalarda distantсион - ≥4 sm o'smalarda
T1 (G3,G4), T2-4	jarrohlik davolash, nur terapiya distantсион yoki to'qima ichidagi - <4 sm o'smalarda distantсион - ≥4 sm o'smalarda kimyo nur terapiyasi

11-jadval. JOS bilan og'rigan bemorlarda regionar metastazlar uchun davolash taktikasini tanlash algoritmi.

Regionar limfa tugunlari	Qo'shimcha xususiyatlari	Davolash taktikasi
Chov limfa tugunlari paypaslanma	Birlamchi o'sma Tis, Ta, TaG1	Dinamik qo'riqchi limfa tugunning biopsiyasi (agar ijobiy bo'lsa - ikki tomonlama standart chov-son limfodissektsiya)

ydi	Birlamchi o'sma Tis, Ta, TaG1	Agar dinamik qo'riqchi limfa tugunning biopsiyasi mumkin bo'lmasa - dinamik kuzatuv
	Birlamchi o'sma T>T1a, G>G1	Shoshilinch patologik-anatomik tekshiruv bilan modifikatsiyalangan ikki tomonlama standart chov- son limfodissektsiyasi (agar natija ijobiy bo'lsa - metastaz yoki metastazlar aniqlangan tomonda standart chov-son limfadenektomiyasi)
Chov limfa tugunlari paypaslanadi.	Birlamchi o'sma Tis, Ta, TaG1 Chov limfa tugunlari <4 sm, harakatchan	Teri orqali UTT nazorati ostida biopsiya Teri orqali biopsiyasining natijasi salbiy bo'lsa: ochiq biopsiya Ochiq biopsiyasining natijasi salbiy bo'lsa: dinamik kuzatuv Biopsiyasining natijasi ijobiy bo'lsa: ikki tomonlama standart chov-son limfodissektsiyasi Ekstranodal o'smaning o'sishi, chov limfa tugunlarida 3 yoki undan ortiq metastazlar, ikki tomonlama chanoq limfodissektsiyasi, ad'yuvant kimyoterapiya yoki kimyoterapiya imkoniyatini ko'rib chiqish zarur.
	Birlamchi o'sma T>T1a, G>G1 Chov limfa tugunlari <4 sm, harakatchan	Ikki tomonlama standart chov-son limfodissektsiyasi. Ekstranodal o'smaning o'sishi, chov limfa tugunlarida 3 yoki undan ortiq metastazlar, ikki tomonlama chanoq limfodissektsiyasi.
	Chov limfa tugunlari ≥4 sm, harakatchan	Teri orqali UTT nazorati ostida biopsiya Teri orqali biopsiyasining natijasi salbiy bo'lsa: ochiq biopsiya Ochiq biopsiyasining natijasi salbiy bo'lsa: dinamik kuzatuv Biopsiyasining natijasi ijobiy bo'lsa: ad'yuvant kimyoterapiya, ikki tomonlama standart chov-son limfodissektsiyasi Ekstranodal o'smaning o'sishi, chov limfa tugunlarida 3 yoki undan ortiq metastazlar, ikki tomonlama chanoq limfodissektsiyasi. Ad'yuvant kimyoterapiya yoki kimyo nur terapiya (agar

		ad'yuvant kimyoterapiya bajarilmagan bo'lsa) imkoniyatini ko'rib chiqish zarur. ◦
	Harakatsiz	Teri orqali UTT nazorati ostida biopsiya Teri orqali biopsiyasining natijasi salbiy bo'lsa: ochiq biopsiya Ochiq biopsiyasining natijasi salbiy bo'lsa: dinamik kuzatuv Biopsiyasining natijasi ijobiy bo'lsa: induksion kimyoterapiya, ikki tomonlama standart chov-son, chanoq limfodissektsiyasi, davolashga javob bo'lganda
Chanok limfa tugunlari	Kattalashmagan, pN0-N1	Chanoq limfodissektsiyasi ko'rsatilmagan
	Kattalashmagan, pN2	Ikki tomonlama chanoq limfodissektsiyasi
	Kattalashgan, olib tashlashi mumkin	Neoad'yuvant kimyoterapiya, ikki tomonlama chanoq limfodissektsiyasi
	Kattalashgan, olib tashlashi mumkin emas	Induksion kimyoterapiya, ikki tomonlama chanoq limfodissektsiyasi, davolashga javob bo'lganda

2) Palliativ nomedikamentoz davolash:

Rejim:

- rejim 1 (yotib davolanish rejimi) jarrohlik amaliyotidan keyingi birinchi kun;
- rejim 2 (yarim yotib davolanish rejimi) jarrohlik amaliyotidan 2-3 kun o'tgach;
- rejim 3 (umumiy) erkin rejim;
- parhez – 7-stol

Transfuzion qo'llab quvvatlash.

- Transfuzion terapiya uchun ko'rsatmalar, birinchi navbatda, har bir bemor uchun yoshi, hamroh kasalliklari, kimyoterapiyaning tolerantligi va davolashning oldingi bosqichlarida asoratlarning rivojlanishini hisobga olgan holda individual ravishda klinik ko'rinishlar bilan belgilanadi.

- Ko‘rsatmalarni aniqlash uchun laboratoriya parametrlari yordamchi ahamiyatga ega bo‘lib, ular asosan trombositlar konsentratini profilaktik quyish zarurligini baholash uchun qo‘llaniladi.
- Transfuziyalarga ko‘rsatmalar, shuningdek, kimyoterapiya kursidan keyingi vaqtga bog‘liq – keyingi bir necha kun ichida ko‘rsatkichlarning taxmin qilingan pasayishi hisobga olinadi.

Eritrotsitar massa/aralashmasi:

- To‘qimalarning kislorodga bo‘lgan ehtiyojini qondirish uchun odatdagi zaxiralar va kompensatsiya mexanizmlari yetarli bo‘lsa, gemoglobin darajasini oshirish shart emas;
- Surunkali anemiyalarda eritrotsitlarni saqlovchi vositalarni quyish uchun faqat bitta ko‘rsatma mavjud – simptomatik anemiya (taxikardiya, nafas qisilishi, stenokardiya, senkop, de novo depressiyasi yoki ST elevatsiyasi bilan namoyon bo‘ladi);
- Gemoglobin darajasining 30 gr/l dan kam bo‘lishi, eritrotsitlar transfuziyasi uchun absolyut ko‘rsatma bo‘ladi;
- Yurak-qon tomir tizimi va o‘pkaning dekompensatsiyalangan kasalliklari bo‘lmasa, surunkali anemiyada eritrotsitlarni profilaktik quyish uchun ko‘rsatma bo‘lishi mumkin bo‘lgan gemoglobin darajasi:

– Yoshi (yosh)	– Hb (gr/l) trigger darajasi
– <25	– 35-45
– 25-50	– 40-50
– 50-70	– 55
– >70	– 60

Trombositlar konsentrati:

- Trombositlar darajasining $10 \times 10^9/l$ dan pasayishi yoki terida gemorragik toshmalarning paydo bo‘lishida (petexiyalar, ko‘karishlar) aferez trombositlarni profilaktik transfuziyasi amalga oshiriladi;
- Invaziv aralashuvni rejalashtirilayotgan isitmasi bo‘lgan bemorlarga aferez trombositlarini profilaktika maqsadida quyish yuqoriroq darajada ($20 \times 10^9/l$) amalga oshirilishi mumkin;

- Petexial-dog‘li tipdagi gemorragik sindrom (burun, milkdan qon ketish, meno-, metrorragiya, boshqa lokalizatsiya qon ketishlari) mavjud bo‘lganda, davolash maqsadida trombositlar konsentratini quyish amalga oshiriladi.

Yangi muzlatilgan plazma:

- YAMPni transfuziyasi qon ketishi bor bemorlarda yoki invaziv muolajalardan oldin amalga oshiriladi.
- MNO ≥ 2.0 bo‘lgan bemorlar (neyrojarrohlik aralashuvlar uchun ≥ 1.5) invaziv muolajalarni rejalashtirishda YAMP quyish uchun nomzod sifatida ko‘riladi. Rejali amaliyotlarda amaliyotdan kamida 3 kun oldin fitomenadion 30 mg/sut dan kam bo‘lmagan dozada vena ichiga yoki og‘iz orqali buyurilishi mumkin.

3) Palliativ medikamentoz davolash.

O‘zbekiston Respublikasida ro‘yxatdan o‘tmagan dori vositalarining klinik protokolga kiritilishi bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug‘urta tizimida to‘lovni qoplash uchun asos bo‘lmaydi.

Palliativ kimyoterapiya

- Jinsiy olat saratoni uchun kimyoterapiya boshqa usullar bilan turli kombinatsiyalarda ham, mustaqil davolash usuli sifatida ham, ayniqsa uzoq metastazlar mavjud bo‘lganda qo‘llaniladi. Shunday qilib, kimyoterapiya fimozi uchun nur terapiyasi bilan birlashtiriladi (sirkumtsiziyadan keyin). Bundan tashqari, u nur terapiyasi bilan birga qo‘shiladi.
- Neoad‘yuvant kimyoterapiya kurslari jarrohlik amaliyotini qilib bo‘lmaydigan, metastatik jarayon (T4), shuningdek, gistologiya bilan tasdiqlangan regionar limfa tugunlarida metastazlar (TIP, PF sxemalari) bo‘lgan bemorlarga qo‘llaniladi.
- Metastatik retsidiv kasalliklar uchun keyingi qator kimyoterapiyaning mustaqil kurslari (Paklitaksel + Setuksimab).
- Monoterapiyada quyidagi preparatlardan foydalanish mumkin: sisplatin, kapetsitabin, paklitaksel, setuksimab.

12-jadval. Asosiy dorilar ro‘yxati (100% qo‘llanish ehtimoli bor):

Preparatning	Dori vositalarining	Qo‘llash tartibi	Dalillar
---------------------	----------------------------	-------------------------	-----------------

farmakoterapevtik guruhi	HPN		darajasi
Alkillashtiruvchi agentlar - platina kompleks qo'shilmalari	sisplatin	20 mg/m ² v/i (30-60 daqiqali infuziya) 1-3 kunda; 70-80 mg/m ² v/i 1-chi kunda;	A
O'simlik va tabiiy kelib chiqishi preparatlari Mikronaychali ingibitorlari - taksanlar	paklitaksel	175 mg/m ² v/i 3 soatlik infuziya 1-chi kunda	A
Alkillashtiruvchi agentlar - xloretilaminlar	ifosfamid	1200 mg/m ² v/i (30-60 daqiqali infuziya) 1-3 chi kunlarda	A
Akroleinning antidoti, oksazafosforin guruhidagi o'smaga qarshi vositalarning metaboliti (ifosfamid, siklofosfamid)	mesna	800 mg v/i tizzilab ifosfamidni yuborishdan oldin, uning infuziyadan 4 va 8 soat o'tgach, 1, 2, 3-chi kunlarda	B
Ftorpirimidinlar	5-ftoruratsil	800-1000 mg/m ² v/i 1-4 chi kunlarda	A
Monoklonal antitana, EGFR ingibitori	setuksimab	400 mg/m ² v/i (2 soatlik infuziya) 1 marta, keyin setuksimab 250 mg/m ² v/i (1 soatlik infuziya) har haftasiga	A
Yuklab olish (havolalar)	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-jadval. Qo'shimcha dorilar ro'yxati (qo'llanish ehtimoli 100% dan kam):

Preparatning farmakoterapevtik guruhi	Dori vositalarining HPN	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
O'smaga qarshi vosita. Antimetabolit.	kapetsitabin	1000 mg/m ² 1-14 kunlar davomida og'iz orqali. Har 21 kunda takrorlash	A
Antibakterial dori vositalar	Piperatsillin tazobaktam	Vena ichiga	A
	Ofloksatsin	Vena ichiga	C
	Amikatsin	Vena ichiga	B
	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Vankomitsin	Vena ichiga	A
	Gentamitsin	Vena ichiga	-
	Metronidazol	Vena ichiga Ichiga	A
	Imipenem	Vena ichiga	A
	Kolistimetat nartriy	Vena ichiga	A
	Meropenem	Vena ichiga	A
	Linezoid	Vena ichiga	A
	Levofloksatsin	Vena ichiga Ichiga	-
	Seftazidim	Vena ichiga	A
	Sepefim	Vena ichiga	C
	Siprofloksatsin	Vena ichiga Ichiga	C
	Ertapenem	Vena ichiga	B
Sulfametoksazol /trimetoprim	Vena ichiga Ichiga	A	
Zamburug'ga qarshi dori vositalar	Amfoteritsin B	Vena ichiga	C
	Vorikonazol	Vena ichiga Ichiga	B
	Intrakonazol	Ichiga	B
	Kasporfungin	Vena ichiga	B
	Mikofungin	Vena ichiga	B
	Flukonazol	Vena ichiga Ichiga	C
	Anidulafungin	Vena ichiga	B
	Pozakonazol	Ichiga qabul qilish	B
Virusga qarshi dori vositalar	Asiklovir	Vena ichiga Ichiga	A
	Ganasiklovir	Vena ichiga	C

	Valgantsiklovir	Ichiga qabul qilish	
Qon ivish tizimiga ta'sir qiluvchi dori vositalar	Geparin	Vena ichiga Teri ostiga	C
	Aminokapron kislotasi	Vena ichiga	C
	Gemostatik gubka	Mahalliy qo'llash	C
	Nadroparin	Teri ostiga	C
	Enoksaparin	Teri ostiga	C
	Ingibitorlarga qarshi koagulyatn kompleksi	Vena ichiga	B
Boshqa dori vositalar	Bupivakain, Lidokain, Prokain	Mahalliy qo'llash	D
	Odam normal immunoglobulini [IgG+IgA+IgM]	Vena ichiga	A
	Omeprazol	Vena ichiga Ichiga	A
	Famotidin	Vena ichiga	A
	Ambroksol	Ichiga qabul qilish	
	Amlodipin	Ichiga qabul qilish	B
	Drotaverin	Vena ichiga Ichiga	
	Kaptopril	Ichiga qabul qilish	B
	Lizinopril	Ichiga qabul qilish	B
	Laktuloza	Ichiga qabul qilish	B
	Spirolakton	Ichiga qabul qilish	B
	Povidon-yod	Tashqi	-
	Tobramitsin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichiga qabul qilish	-
	Foliy kislotasi	Ichiga qabul qilish	-
	Furosemid	Vena ichiga Ichiga	A
	Xlorgeksidin	Tashqi	-
Yuklab olish (havolalar)	https://nrchd.kz/ru/2017-03-12-10-51-13/klinicheskie-protokoly		

Jinsiy olat saratonini davolash uchun polikimyoterapiya sxemalari

TIP: Kurs har 21 kunda takrorlanadi.

4 ta kurs - standart ikkinchi qator rejimi

Paklitaksel	175 mg/m ² v/i 3 soatlik infuziya 1-chi kuni
-------------	---

Ifosfamid	1200 mg/m ² v/i (30-60 daqiqa davomida infuziya) 1-3 chi kunlarda
Mesna	800 mg v/i tizzilab ifosfamidni yuborishdan oldin, uning infuziyadan 4 va 8 soat o'tgach, 1, 2, 3-chi kunlarda
Sisplatin	20 mg/m ² v/i (30-60 daqiqa davomida infuziya) 1-3 chi kunlarda

PF: 4 ta kurs - kurs har 21 kunda takrorlanadi.

Ftoruratsil	800-1000 mg/m ² v/i B 1-4-chi kunlarda
Sisplatin	70-80 mg/m ² v/i 1-chi kunda

Paklitaksel+Setuksimab: 4 ta kurs - kurs har 21 kunda takrorlanadi.

Paklitaksel	175 mg/m ² v/i 3 soatlik infuziya 1-chi kunda
Setuksimab	400 mg/m ² v/i (2 soatlik infuziya) 1 marta yuborish, keyin setuksimab 250 mg/m ² v/i (1 soatlik infuziya) har haftasiga

Jinsiy olat saratonini davolash uchun monokimyoterapiya sxemalari

Paklitaksel	175 mg/m ² v/i 3 soatlik infuziya 1-chi kunda har 21 kunda takrorlanadi
Sisplatin	70-80 mg/m ² v/i 1-chi kunda har 21 kunda takrorlanadi
Kapetsitabin	1000 mg/m ² ichiga qabul qilish 1-14 kun har 21 kunda takrorlanadi
Setuksimab	400 mg/m ² v/i (2 soatlik infuziya) 1 marta yuborish, keyin setuksimab 250 mg/m ² v/i (1 soatlik infuziya) har haftasiga

Jinsiy olat saratonini davolashning umumiy algoritmi quyidagicha taqdim etilishi mumkin:

I. Birlamchi o'choqni palliativ davolash bo'yicha tavsiyalar:

- T_{≥2} bosqichi: qisman yoki to'liq amputatsiya yoki o'smaning joylashishi va hajmiga qarab emaskulyatsiya ko'rsatiladi. Konservativ terapiya faqat majburiy dinamik kuzatuv bilan bemorlarning cheklangan tanlangan guruhida amalga oshirilishi mumkin.
- konservativ davomida mahalliy retsidivi: o'sma kavernoza a'zolarga invaziya bo'lmaganda konservativ terapiyaning takroriy kursi ko'rsatiladi. Katta retsidiv va kavernoza organlarning invaziyasi mavjud bo'lsa, jinsiy olatni qisman yoki to'liq

amputatsiya qilish ko'rsatiladi.

II. Paypaslanadigan limfa tugunlarining metastatik shikastlanishi bo'yicha tavsiyalar:

- Radikal chov limfadenektomiya ko'rsatiladi, agar tegishli gistologik topilmalar mavjud bo'lsa, u chanoq a'zolarining limfadenektomiyasigacha kengaytirilishi mumkin. Massiv chov konglomeratlar yoki kattalashgan chanoq limfa tugunlari (KT va MRT ma'lumotlariga ko'ra) bo'lgan bemorlarga jarrohlik amaliyotidan oldin kimyoterapiya yoki nur terapiyasi kursidan o'tish ko'rsatiladi. Biroq, neoad'yuvant nur terapiyasi keyingi limfadenektomiyadan keyin bemorlarning o'limini statistik ravishda oshiradi. Agar dinamik kuzatuv paytida limfa tugunlari paydo bo'lsa, chov limfadenektomiya ko'rsatiladi, agar tegishli gistologik topilmalar mavjud bo'lsa, chanoq a'zolarining limfadenektomiyasigacha kengaytirilishi imkoniyati mavjud.

6. Palliativ jarrohlik aralashuvi:

Jinsiy olatni qisman yoki to'liq amputatsiya qilish yoki shikastlanish darajasiga qarab emaskulyatsiyani o'z ichiga olgan jarrohlik aralashuvi davolashning standart usuli hisoblanadi. Faqatgina jinsiy olatni boshining yarmidan ko'p bo'lmagan qismiga o'sma tarqalishi bilan og'rigan bemorlarda majburiy qat'iy dinamik kuzatuv bilan organlarni saqlovchi davolash usullarini amalga oshirish mumkin.

- Chuqur o'sma invaziyasi yoki katta retsidivli o'sma o'chog'i bo'lsa, jinsiy olatni qisman yoki to'liq amputatsiyani amalga oshirish ko'rsatiladi.

Harakatsiz chov konglomeratlar yoki ijobiy chanoq limfa tugunlari (KT yoki MRT ma'lumotlari bo'yicha): Chov mintaqalarda katta hajmli hosilalar (metastazlar) yoki kattalashgan chanoq limfa tugunlari (KT, MRT) mavjud bo'lganda, ad'yuvant kimyoterapiya kurslari ko'rsatiladi, bu esa 21-60% hollarda o'smaning qisman yoki to'liq regressiyasiga olib kelishi mumkin. Palliativ chov-yonbosh-obturator limfadenektomiya majburiy davolash usuli hisoblanadi. Davolashning yana bir varianti jarrohlik amaliyotidan oldingi keyingi limfadenektomiyasi bilan nur terapiya bo'lishi mumkin.

7. Keyingi kuzatuv:

- Onkolog yoki umumiy amaliyot shifokor tomonidan kuzatish.

Kuzatuv davrlari:

- Birinchi yil - har 3 oyda bir marta;
- Ikkinchi yil – har 6 oyda bir marta;

- Keyingi 6 yilgacha - yiliga bir marta.

Kuzatuv ko'lam:

- umumiy qon tahlili - birinchi yil davomida har 3 oyda bir marta, keyin har 6 oyda bir marta;
 - umumiy siydik tahlili - birinchi yil davomida har 3 oyda bir marta, keyin 6 oyda bir marta;
 - biokimyoviy qon tahlili (shlaklar, oqsillar, shakarlarni aniqlash bilan) birinchi yil davomida har 3 oyda bir marta, keyin har 6 oyda bir marta;
 - qorin bo'shlig'i va qorin pardasi orti bo'shlig'i a'zolarining, chov limfa tugunlarning UTTsi - birinchi yil davomida har 3 oyda bir marta, keyin har 6 oyda bir marta;
 - ko'krak qafasi rentgenografiyasi - har 6 oyda;
 - qorin bo'shlig'i va qorin pardasi orti bo'shlig'i a'zolarining KTsi - har 12 oyda;
- kichik chanoq va jinsiy olat MRTsi - har 12 oyda.

Prognoz: IV bosqichda yashovchanlik darajasi ancha past. Davolanishsiz bemorlar o'rtacha 3 yil yashaydi.

8. Palliativ davolash samaradorligi indikatorlari:

- «o'sma javobi» - davolashdan keyin o'smaning regressiyasi;

To'liq samara - 4 haftadan kam bo'lmagan muddatga barcha shikastlanish o'choqlarining yo'qolishi.

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

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

Progressiyalanish – bitta yoki ko'proq o'sma o'choqlarining 25%dan ortiq kattalashishi yoki yangi shikastlanish o'choqlarining paydo bo'lishi [7] (DD – A):

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

9. Ilovalar:

1-ilova.

Bemorlar uchun ma'lumot

Kimiyoterapiyaning asoratlari bo'yicha tavsiya - onkolog bilan bog'lanishdir.

1) Tana harorati 38°C va undan yuqori ko'tarilganda:

- **shifokor-onkolog** ko'rsatmasi bo'yicha antibiotiklarni qabul qilishni boshlash;
- klinik qon tahlili.

2) Stomatitda:

- mexanik, termal avayladigan parhez;
- og'izni tez-tez (har soatda) moychechak, mavrak, eman po'stlog'i qaynatmalari bilan chayish, og'iz bo'shlig'ini chakanda (shaftoli) moyi bilan moylash;
- og'iz bo'shlig'ini **shifokor-onkolog** ko'rsatmasiga bo'yicha davolash.

3) Ichi ketishda:

● yog'li, achchiq, dudlangan, shirin, sutli, tolali mahsulotlarni istisno qiling. Yog'siz go'sht, hamir ovqat, fermentlangan sut mahsulotlari, guruch qaynatmasini iste'mol qilishi mumkin. Ko'p suyuqlik ichish;

- **shifokor-onkolog** ko'rsatmasi bo'yicha preparatlarni qabul qilish.

4) Ko'ngil ayniganda:

- **shifokor-onkolog** ko'rsatmasi bo'yicha preparatlarni qabul qilish.

JSST/ECOG bemorning ahvolining og'irligini baholash uchun shkalasi

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

Manba (ishlab chiqaruvchining rasmiy veb-sayti, tasdiqlangan nashr):
<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

Turi: baholash shkalasi

Maqsad: bemorning faoliyat darajasini uning o'z-o'ziga g'amxo'rlik qilish qobiliyati, kundalik hayot faoliyati va jismoniy qobiliyatlari (yurish, ishlash va boshqalar) nuqtai nazaridan tavsiflash.

Tarkib:

Ball	Tavsif
0	Bemor to'liq faol, hamma narsani kasallikdan oldingi kabi bajarishga qodir (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 90-100%)
1	Bemor og'ir ishlarni bajarolmaydi, lekin engil yoki harakatsiz ishlarni bajarishi mumkin (masalan, engil uy ishlari yoki qog'oz-hujjatlari bilan ishlashi mumkin, Karnovskiy shkalasi bo'yicha 70-80 %)
2	Bemor ambulator tarzda davolanadi va o'z-o'zini parvarish qilish qobiliyatiga ega, ammo ishni bajara olmaydi. Uyg'onish vaqtining 50% dan ko'prog'ini faol ravishda, tik holatida, o'tkazadi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 50-60 %)
3	Bemor faqat cheklangan o'ziga g'amxo'rlik qila oladi, uyg'onish vaqtining 50% dan ko'prog'ini kresloda yoki yotoqda o'tkazadi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 30-40 %)
4	O'ziga g'amxo'rlik qila olmaydigan, kresloda yoki to'shakda qimirlatmay yotgan nogiron (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 10-20 %)

Karnovskiy shkalasi

Asl nom: KARNOVSKY PERFORMANCE STATUS

Manba (ishlab chiqaruvchining rasmiy veb-sayti, tasdiqlangan nashr):

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.

Turi: baholash shkalasi

Maqsad: bemorning faoliyat darajasini uning o'z-o'ziga g'amxo'rlik qilish qobiliyati, kundalik hayot faoliyati va jismoniy qobiliyatlari (yurish, ishlash va boshqalar) nuqtai nazaridan tavsiflash.

Tarkib (shablon):

Karnovskiy shkalasi

100 – oddiy ahvol, shikoyatlar yo'q

90 – oddiy faoliyatga qodir, kasallikning ahamiyatsiz alomatlar yoki belgilari.

80 – harakat bilan oddiy faoliyat, kasallikning ahamiyatsiz alomatlar yoki belgilari.

70 – o'z-o'zini parvarish qilish qobiliyatiga ega, oddiy faoliyat yoki faol ishlashga qodir emas.

60 – ba'zan yordamga muhtoj, lekin o'z ehtiyojlarining ko'pini o'zi qondira oladi.

50 – ahamiyatly yordam va tibbiy xizmatiga muhtoj.

40 – nogiron, maxsus, shu jumladan, tibbiy yordamga muhtoj.

30 – og'ir nogironlik, kasalxonaga yotqizish ko'rsatiladi, garchi o'lim darhol tahdid qilinmasa ham.

20 – og'ir bemor. Kasalxonaga yotqizish va faol davolanish talab etiladi.

10 – o'layotgan.

0 – o'lim.

Solid o'smalarning immunorqali javobni baholash mezonlari

Solid o'smalarning RECIST 1.1 davolanishga javobini baholash mezonlari

Rus tilidagi nom: Solid o'smalarning 1.1 davolanishga javobini baholash mezonlari

Rus tilidagi sarlavha: qattiq o'smalarning davolanishga javobini baholash mezonlari 1.1.

Asl nom: Response Evaluation Criteria In Solid Tumors 1.1 (RECIST).

Manba (ishlab chiqaruvchining rasmiy veb-sayti, tasdiqlangan nashr):

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].

Turi: baholash shkalasi

Mazmuni: solid o'smalarning davolanishga javobini baholashni unifikatsiyalash.

Tarkib (shablon):

Davolanishga javobi	RECIST 1.1
To'liq samara	Qisqa o'qda barcha maqsadli hosilalar yoki ≥ 10 mm limfa tugunlarining yo'qligi
Qisman samara	Maqsadli o'choqlarning eng katta diametrlari yig'indisining $\geq 30\%$ ga qisqarishi
Progressiyalanish	Maqsadli o'choqlarning eng katta diametrlari yig'indisining ≥ 5 mm mutlaq o'sishi bilan $\geq 20\%$ ga o'sishi. Yangi o'choqlarning paydo bo'lishi
Stabilizatsiya	Yuqorida ko'rsatilgilardan hech qaysi biri

Kalit (izohlash): shkalaning o'zida berilgan.

10. Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

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., Angheliescu 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.