

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

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

**"БУЙРАК ҲУЖАЙРАЛИ САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**"ТАСДИҚЛАЙМАН"**

Республика ихтисослаштирилган  
Онкология ва радиология илмий-  
амалий тиббиёт маркази директори  
М. Н. Гилъишайхов

\_\_\_\_\_ 2025 йил  
\_\_\_\_\_

**"БУЙРАК ХУЖАЙРАЛИ САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. Ушбу миллий С64 - буйрак-хужайрали саратони бўйича клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ буйрак-хужайрали саратонини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

Буйрак-хужайрали саратони нозологияси бўйича ушбу миллий клиник протокол Ўзбекистон Республикаси туман, вилоят ва республика соғлиқни сақлаш муассасаларининг амбулатор ва стационар шароитида тиббий ёрдам кўрсатиш учун мўлжалланган.

### - Халқаро касалликлар классификатори – ХКК (МКБ)-10 коди (лар):

ХКК-10:	
Код	Номи
С64	– Буйракнинг хавфли ўсмаси, буйрак жомидан ташқари
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1342">https://mkb-10.com/index.php?pid=1342</a>	

МКБ-11	
Код	Номи
2С90	– Буйракнинг хавфли ўсмаси, буйрак жомидан ташқари
2С90.0	– Буйрак хужайрали саратон
2С90.У	– Буйрак жомидан ташқари, бошқа аниқланган буйрак хавфли ўсмалари
2С90.З	– Буйрак жомидан ташқари, бошқа аниқланмаган буйрак хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#673566475">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#673566475</a>	

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

2025/2030 йил.

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

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

### **- Мултидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:**

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

### **- Мултидисциплинар муаллифлар рўйхати, қўшимча ҳаммуаллифлар жамоаси:**

1. Тилляшайхов Мирзаголиб Нигматович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директори;
2. Бойко Елена Владимировна – т.д., РИОваРИАТМ онкоурология бўлими илмий раҳбари;

3. Хасанов Шерали Тоштемирович – т.ф.н., РИОваРИАТМ онкоурология бўлими мудирлари;
4. Камишов Сергей Викторович – т.ф.д., РИОваРИАТМ кимё терапия бўлими илмий раҳбари;
5. Юсупов Шерали Хасанович – т.ф.н., РИОваРИАТМ Тошкент шаҳар филиали онкоурология бўлими мудирлари.

**- Такризчилар:**

**Республикадан:**

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

**Ҳориждан:**

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

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

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

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

**Республикадан:**

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

**Ҳориждан:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>ДИД</b>	<b>Батавсил</b>
<b>1</b>	Малумот назорати остида ўтказиладиган тадқиқотларнинг тизимли текшируви ёки рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг метатаҳлил ёрдамидаги тизимли текшируви
<b>2</b>	Референс услуб назорати остидаги мустақил тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги алоҳида тадқиқотлар мунтазам равишда кўриб чиқиш, метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотлар бундан мустасно

3	Маълумотнома усули билан кетма-кет назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган тадқиқотлар ёки нотасодифий қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Таққослаб бўлмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки экспертларнинг фикрини асослаш мавжуд

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

ДИД	Батавсил
1	Метатаҳлил ёрдамида РКТни мунтазам кўриб чиқиш
2	Алоҳида тасодифий клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотлар бундан мустасно
3	Самарадорлик ёки фойданинг этарли далиллари хавфдан устун эмас ёки камчиликлар мавжуд бўлса (ножўя ҳодисалар, юқори нарх), аралашув кўриб чиқилиши мумкин
4	Таққослаб бўлмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳодиса ёки қатор ҳодисалар тавсифи, «ҳодиса-назорат» тадқиқотлари
5	Фақат аралашувнинг таъсир қилиш механизми (клиникгача бўлган тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси учун асос мавжуд

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

ТИД	Батавсил
А	<i>Кучли тавсия:</i> кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлар (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари келишилган
В	<i>Шартли тавсия:</i> кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, ҳамма тадқиқотлар ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва/ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари келишилмаган
С	<i>Заиф тавсия:</i> тегишли сифат далилларининг йўқлиги, кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари келишилмаган

## Мундарижа

«БУЙРАК ҲУЖАЙРАЛИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
«БУЙРАК ҲУЖАЙРАЛИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
«БУЙРАК ҲУЖАЙРАЛИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
«БУЙРАК ҲУЖАЙРАЛИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ:

в/и	–	вена ичига юбориш
т/о	–	тери остига юбориш
м/и	–	мушак ичига юбориш
ПЯ	–	прогрессиясиз яшовчанлик
<b>МЮЧ</b>	–	меъёрнинг юқори чегараси
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ГР	–	грей
Бр	–	бирликлар
ИЛ-2	–	Интерлейкин-2
ИНФ	–	Интерферон
КТ	–	<b>компьютер</b> томография
ЛДГ	–	Лактат-дегидрогеназа
мг	–	миллиграм
мл	–	миллилитр
МРТ	–	магнит-резонанс томография
МСКТ	–	мултиспирал <b>компьютер</b> томография
мтс	–	метастазалар
ОКВ	–	остки кавак вена
УҚТ	–	умумий қон таҳлили
УСТ	–	умумий сийдик таҳлили
БҲС	–	буйрак хужайрали саратон
РКТ	–	рандомлаштирилган клиник тадқиқотлари
БМЎД	–	бир марталик <b>ўчоқли</b> доза
<b>ТОРЧА</b>	–	тери орқали радиочастотали абляция
СЎД	–	суммар <b>ўчоқ</b> дозаси

ЭЧТ	– эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
ТА	– тепловизион абляция
ДД	– далиллар даражаси
УТДГ	– ултратовушли доплерография
УТТ	– ултратовуш текшируви
СБЕ	– сурункали буйрак етишмовчилиги
КТ	– кимиётерапия
ЦН	– циторедуктив нефрэктомия
КЖТ	– коса-жом тизими
ЭКГ	– электрокардиограмма
ЭФГДС	– эзофагофиброгастродуоденоскопия
ЭхоКГ	– эхокардиография
СН	– клиник жихатдан ижобий лимфа тугунлари
DRT	– 2 ўлчовли конвенциал (стандарт) нур терапияси
EAU	– Европа урологлар ассоциацияси
HIFU	– юқори интенсив фокусланган ултратовуш
IMDC	– прогноз гуруҳи
IMRT	– интенсивликни модуляцияси билан нур терапия
IO	– иммунотерапия
IORT	– интраоперацион нур терапияси
ISUP	– International Society of Urological Pathology даражали баҳолаш тизими ЖССТ/ ISUP (Халқаро урологик патологиялар жамияти)
MSKCC	– ўртача хавф остида бўлган беморлар
PD-L1	– дастурлаштирилган хужайра ўлим рецепторлари лиганди 1
per os	– перорал
SRS	– стереотаксик радиотерапия
TKI	– терозинкиназа ингибиторлари
TNM	– Тумор Нодулус Метастасис (хавфли ўсмаларнинг халқаро таснифи)
VEGF	– қон томир эндотелиал ўсиш омили

## 2. Асосий қисм

### - Кириш

**Буйрак хужайрали саратон** - буйракнинг хавфли ўсмаси, у кўпинча карцинома шаклида бўлиб, проксимал каналчалар ва йиғувчи найчалар эпителийсидан (*буйрак хужайрали саратон, БҲС*) ёки буйрак коса-жом тизими эпителийсидан (*ўтимли хужайрали саратон*) ривожланади [16]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26742998/>).

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: [https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group\\_populations=0&cancers=29](https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=29))

Саратон касалликларини ўрганиш бўйича халқаро агентлик - ГЛОБОСАН маълумотларига кўра, 2022 йилда жами 434 840 та буйрак хужайрали саратони ҳолати аниқланган ва саратоннинг ушбу туридан 155 953 киши вафот этган.

Буйрак паренхимасининг саратони (буйрак хужайрали саратони, БҲС) проксимал каналчалар ва йиғувчи найчалар эпителийсидан ривожландиган буйракнинг хавфли ўсмалари гуруҳидир.

Буйрак саратонининг этиологияси бир турдаги эмасдир. БҲС ривожланиш хавфи тана вазни ва ёши ошириши билан ортиб бориши исботланган [16]. Касалликнинг тахминий хавф омиллари чекиш ва артериал гипертензия (АГ) ҳисобланади [17, 18]. Буйрак саратонининг бир қатор ирсий вариантлари тавсифланган. Улардан энг кенг тарқалгани ёруғ хужайрали БҲС (ёБҲС) ва бошқа бир қатор пролифератив қон томир шикастланишлар ривожланишига олиб келадиган 3-хромосоманинг қисқа елкада (локус 3p25-26) жойлашган ВХЛ генининг аутосомал доминант герминал мутацияси билан ўзаро боғланган фон Ҳиппел-Линдау (ВХЛ) касаллиги [19].

Буйрак саратони хавфли ўсмалар орасида касалланиш бўйича 14-ўринда туради. 2018 йилда бутун дунё бўйлаб тахминан 400 000 янги БҲС ҳолатлари қайд этилган. Буйрак саратони билан касалланишнинг энг юқори даражаси Беларус, Латвия ва Литвада, энг пасти Австралия, Белгия ва Сингапурда қайд этилган. [20] ([https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/11/rak-pochki\\_23.pdf](https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/11/rak-pochki_23.pdf)).

РИОваРИАТМнинг 2023 йил учун статистик маълумотларига кўра, 100 минг аҳолига буйрак саратони билан касалланиш эркаклар ўртасида 3,9 (9-ўрин), аёллар орасида - 2,2 (12-ўрин), умумий аҳоли орасида – 2,1 тани ташкил қилади. 2023 йилда биринчи марта буйрак саратони билан касалланган жами 767 нафар бемор аниқланди. Уларнинг 15,1% профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. Морфологик жиҳатдан тасдиқланган буйрак саратони ташхиси бўлган беморларнинг улуши 83,2% ни ташкил қилади. Касалликнинг ҳолатлар I-босқичида 14,0%, II-босқичда 37,4%, III-босқичда 23,1%, IV-босқичда 13,6% аниқланган. Беморларнинг 12,0% касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2024-йил бошида буйрак саратони билан касалланган 4109 нафар бемор диспансер кузатувида бўлиб, касалланиш даражаси ҳар 100 минг аҳолига 11,2 нафарни ташкил этди. Республикада буйрак саратонининг 5 йиллик яшовчанлик даражаси 41,9%, 1 йиллик ўлим даражаси 11,1% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2023-йилда буйрак саратонидан 349 нафар бемор вафот этди, бу ўлим даражаси ҳар 100 минг аҳолига 0,9 ни ташкил этади.

**Клиник таснифи** (<https://www.wiley.com/en-gb/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>)

Касалликлар ва улар билан боғлиқ соғлиқ муаммоларининг халқаро статистик (ХКК-10) таснифига кўра, буйрак паренхиманинг саратони қуйидаги кодга эга: С64 – буйракнинг хавфли ўсмаси, буйрак жомидан ташқари [22] (<https://www.uicc.org/what-we-do/sharing-knowledge/tnm>).

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

#### **Халқаро гистологик таснифи**

Буйрак ўсмаларининг халқаро гистологик таснифи (Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) таснифи, 2016 й.) [23] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26935559/>).

#### **Буйрак ҳужайрали ўсмалар**

Ёруғ ҳужайрали БҲС	8310/3
Буйракнинг хавфи паст даражадаги мултилокуляр кистоз ўсмаси	8316/1
Папилляр БҲС	8260/3
Ирсий леёмиоматоз билан боғлиқ БҲС	8311/3
Хромофоб БҲС	8317/3
Йиғувчи найчалардан саратони (Беллини)	8319/3
Буйракнинг медуляр саратони	8510/3

БҲС МиТ Транслокацияси билан	8311/3
<b>Суктсинатдегидрогеназа танқис БҲС</b>	
Муциноз тубуляр ва дуксимон хужайрали саратон	8480/3
Тубулокистоз БҲС	8316/3
Кистоз буйрак касаллиги билан боғлиқ БҲС	8316/3
Юруғ хужайрали папиляр БҲС	8323/1
Таснифланмаган БҲС	8312/3
Папиляр аденома	8260/0
Онкоцитома	8290/0
<b>Метанефрал ўсмалар</b>	
Метанефрал аденома	8325/0
Метанефрал аденофиброма	9013/0
Метанефрал стромал ўсма	8935/1
<b>Асосан болаларда учрайдиган нефробластик ва кистоз ўсмалар</b>	
<b>Нефроген эмбрионал қолдиқлари</b>	
Нефробластома	8960/3
Қисман дифференциацияланган кистоз нефробластома	8959/1
Болалик ёшдаги кистоз нефромаси	8959/0
<b>Мензенефрал ўсмалар</b>	
<b>Асосан болаларда учрайдиган мензенефрал ўсмалар</b>	
Ёруғ хужайрали саркома	8964/3
Рабдоид ўсма	8963/3
Туғма мезобластик нефрома	8960/1
Болаларда буйракнинг осифитсилловчи ўсма	8967/0
<b>Асосан ёши катталарда учрайдиган мензенефрал ўсмалар</b>	
Леёмиосаркома	8890/3
Ангиосаркома	9120/3
Рабдомиосаркома	8900/3
Остеосаркома	9180/3
Синовиал саркома	9040/3
Юинг саркомаси	9364/3
Ангиомиолипома	8860/0
Эпителиоид ангиомиолипома	8860/1

Леёмиома	8890/0
Гемангиома	9120/0
Лимфангиома	9170/0
Гемангиобластома	9161/1
Юкстагломеруляр хужайрали ўсма	8361/0
Мия моддасининг интерстициал хужайралардан ўсма	8966/0
Шваннома	9560/0
Солитар фиброзли ўсма	8815/1
<b>Эпителиал ва стромал аралаш ўсмалари гуруҳи</b>	
Кистозли нефрома	8959/0
Аралаш эпитҳелиал стромал ўсма	8959/0
<b>Нейроэндокрин ўсмалар</b>	
Юқори дифференцияланган нейроэндокрин ўсма	8240/3
Катта хужайрали нейроэндокрин саратон	8013/3
Кичик хужайрали нейроэндокрин саратон	8041/3
Параганглиома	8700/0
<b>Бошқа ўсмалар</b>	
Гемопоестик тўқиманинг ўсмалари	
Герминоген ўсмалар	
<b>Метастатик ўсмалар</b>	

Одатда буйрак хужайрали саратон ядро ёки хужайрали морфологияга кўра таснифланган. Замонавий морфологик, ситогенетик ва молекуляр тадқиқотлар саратоннинг 5 турини аниқлаш имконини беради [25]:

- ёруғ хужайрали — 80–90%;
- папилляр — 10–15%;
- хромофоб — 4–5%;
- онкоцитар — 2–5%;
- йўлли — 1–2%.

### **ЖССТ таснифига киритилган асосий ўзгаришлар**

Ёруғ хужайрали ва папилляр БҲС учун ЖССТ/Халқаро урологик патологлар ассотсиатсияси (ИСУП) томонидан тўрт босқичли таснифлаш тизими (1-4 даража) тавсия қилинган - ядровий хусусиятлар ва саркоматоид/рабдоид

дифференциацияси мавжудлигига асосланган ўсма даражасининг аниқлаш тизими [24].

Ушбу босқичлаш тизими хромофоб саратон учун қўлланилмайди, чунки ушбу гистологик вариантда Граде прогноз билан боғлиқ эмас, лекин унинг прогностик қиймати номаълум бўлса-да, бошқа БҲС вариантлари учун ишлатилиши қўлланиши мумкин.

ЖССТ/ИСУП тўрт босқичли буйрак ўсмаларини дифференциялаш тизими [9]

- Граде 1 – ядролар кўринмайди ёки  $\times 400$  да йўқ
- Граде 2 – ядролар  $\times 400$  да кўринади ёки  $\times 100$  да хира кўринади.
- Граде 3 – ядролар  $\times 100$  катталаштиришда аниқ кўринади
- Граде 4 – сезиларли ядро плеёморфизми, кўп ядроли гигант хужайралар ва рабдоид ва/ёки саркоматоид дифференциацияси бўлган хужайралар мавжудлиги қайд этилган.

### **Касалликни босқичлаш**

Буйрак саратони босқичлаши TNM таснифига мувофиқ амалга оширилади.

УИСС 8-версияси (2017 й.). pT ва pN тоифалари клиник T ва N тоифаларига мос келади. [25].

#### **T – бирламчи ўсма T-мезони :**

- Tx – бирламчи ўсмани баҳолаб бўлмайди.
- T0 – бирламчи ўсма мавжудлиги тасдиқланмаган.
- T1 - энг катта ўлчамдаги  $\leq 7$  см ўсма, буйракдан ташқарига чиқмайди:
  - o cT1a - ўсма энг катта ўлчамда  $\leq 4$  см ва буйракдан ташқарига чиқмайди;
  - o cT1b – ўсма  $> 4$  см, лекин энг катта ўлчамда  $\leq 7$  см, буйракдан ташқарига чиқмайди.
- T2 – энг катта ўлчамдаги  $\geq 7$  см ўсма, буйракдан ташқарига чиқмайди:
  - o cT2a – ўсма  $> 7$  см, лекин  $\leq 10$  см, буйракдан ташқарига чиқмайди;
  - o cT2b – ўсма  $> 10$  см, буйракдан ташқарига чиқмайди.
- T3 – ўсма катта веналарга ёки паранефрал бириктирувчи тўқималарга тарқалади, лекин ипсилатерал буйрак усти безига ёки Герота фасциясидан ташқарига чиқмайди:
  - o cT3a - ўсма буйрак венасига ёки буйрак венасининг сегментар шохларига тарқалади ёки ўсма периренал тўқималарга ва/ёки буйрак синус бириктирувчи тўқималарига (буйрак жомини ўраб турган бириктирувчи тўқималарга) ўсади, лекин Герота фасциясидан ташқарига чиқмайди.

- o cT3b - ўсма макроскопик равишда диафрагма сатҳидан остки кавак вена (ОКВ) ичига тарқалади;
- o cT3c - ўсма макроскопик равишда диафрагма сатҳидан юқорироқ ОКВ ичига тарқалади ёки ОКВ деворининг ичига қараб ўсади.
- T4 - ўсма Герота фасциясидан ташқарига тарқалади (шу жумладан ипсилатерал буйрак усти безининг ичига қараб ўсиш).

#### **Н – регионар лимфа тугунлари (ЛТ)**

- Nx – регионар ЛТни баҳолаб бўлмайди.
- N0 – регионар ЛТ ларда метастазлар йўқлиги.
- N1 – регионар ЛТ ларда метастазлар.

#### **М – узоқ метастазлар**

- Mx – узоқ метастазларни баҳолаб бўлмайди.
- M0 – узоқ метастазлар йўқлиги.
- M1 – узоқ метастазлар.

Ўсма жараёни босқичларининг TNM тоифаларига қараб мувофиқлиги 4-жадвалда келтирилган.

**4-жадвал. Ўсма босқичларининг TNM тоифаларига мувофиқлиги**

<b>Босқич</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
I-босқич	T1	N0	M0
II-босқич	T2	N0	M0
III-босқич	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
IV-босқич	T4	ҳар қандай N	M0
	ҳар қандай T	ҳар қандай N	M1

#### **Буйрак паренхимасининг ўсмаларининг нефрометрик таснифи**

Операциядан олдинги нурли визуализация усуллари ёрдамида олинган ўсманинг анатомик хусусиятлари тўғрисидаги маълумотларга асосланган нефрометрик хусусиятларни баҳолаш буйрак паренхимасининг ўсмаларини ва уларнинг ҳамроҳ тузилмалар билан алоқасини ягона тавсифлаш имконини беради. Стандартлаштирилган объектив ва қайта чиқараланадиган шкалалардан фойдаланиш турли мутахассислар томонидан визуализация натижаларини талқин қилишдаги вариабеликни йўқ қилади. Нефрометрик кўрсаткичлар буйрак резециясининг (БР) кутилаётган техник қийинчиликларини олдиндан айтиб бериш мумкин ва ишемия давомийлиги, жарроҳлик амалиётининг вақти, қон йўқотиш ҳажми, асоратларнинг частотаси ва БРдан радикал нефрэктомияга (РН)

ўтиш эҳтимоли билан боғлиқ. Нефрометрик шкалалар жарроҳлик кўлами ва ёндашуви бўйича клиник қарор қабул қилишда ёрдам бериши мумкин.

### **RENAL шкаласи**

RENAL нефрометрик шкаласи 5 та рентгенологик анатомик хусусиятларни баҳолашга асосланган:

- (P)adius (ўсманинг максимал диаметри),
- (E)xophytic/endophytic (ўсманинг экзофитик ёки эндофитик ўсиши),
- (N)earness (ўсманинг буйрак йиғувчи тизими ёки унинг синусига яқинлиги),
- (A)nterior (a)/posterior (p)/not anterior or posterior (x) (ўсманинг буйракнинг олд ёки орқа юзасида, олдинги ёки орқа юзасида эмас жойлашгани) ва
- (L)ocation (ўсманинг кутб чизиғига нисбатан жойлашиши) [26].

Асосий буйрак артерияси ёки венасига туташган ўсмаларни тасвирлаш учун -хилар (x) суффикси қўшилади (4-жадвал). А дан ташқари ҳар бир ўзгарувчига 1 дан 3 гача балл ўзлаштирилади, бу БС ўсмасига нисбатан энг кам мураккаб учун жами 3 балл ва энг мураккаб учун 12 балл беради. Нефрометрия индексининг умумий баҳоси ҳар бир ўзгарувчи учун баллар йиғиндиси билан амалга оширилади (масалан, 1 + 2 + 2 + А + 3) ва ўсманинг олд-орқа жойлашувига мос келадиган қисқартма билан тўлдирилади (масалан, 8А). БС мураккаблиги паст (RENAL индекси 4-6), ўртача (RENAL индекси 7-9) ёки юқори (RENAL индекси 10-12) деб таснифланади.

### **ПАДУА шкаласи**

ПАДУА (Анатомик учун ишлатиладиган операциядан олдинги жиҳатлар ва ўлчовлар) шкаласи балл тизими ва ўсманинг олд ёки орқа жойлашуви индекси ёрдамида баҳоланадиган 6 параметрдан иборат [27]. Ўзгарувчиларга кутбнинг жойлашиши, экзофитик ёки эндофитик ўсиш характерИ, буйрак чегараси билан боғлиқлиги, буйрак синусининг иштироки, йиғувчи тизимининг иштироки ва ўсманинг максимал ҳажми киради (4-жадвал). Индекс ушбу параметрларнинг йиғиндиси сифатида ҳисобланади ва минимал қиймати 6 ва максимал 14 баллга эга. БС ПАДУА индекси 6–7 бо‘лган паст техник қийинчиликка, 8–9 индекс билан о‘ртача қийинчиликка ёки 10–14 индекс билан юқори қийинчиликка мувофик бўлади. Жарроҳлик амалиётининг мураккаблик даражаси асоратлар хавфи билан боғлиқ.

### **БҲС билан оғриган беморларда ўсма веноз тромбозининг таснифи**

БҲС нинг ўзига хос хусусияти унинг вена ичига кириб ўсиҳи ва ўсма

тромбозини шакллантириш қобилиятидир. Тромбнинг краниал чегараси жарроҳлик тактикасини белгиловчи асосий омил бўлиб, бу белгига кўра буйрак саратонининг клиник босқичининг ўсма веноз тромбози билан боғлиқлигини асослайди. Бир нечта жарроҳлик таснифлари таклиф қилинган. Энг кенг тарқалгани Новик тизими бўлиб, унга кўра буйрак венасининг ОКВ га 2 см дан кам бўртиб чиқадиган ўсма тромби I даражага, жигар ости тромб II даражага, диафрагма остидаги жигар ичи тромбозни III даражага, диафрагма устида тарқаладиган тромб эса IV даражага таснифланади [28].

### **Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) прогностик таснифи**

Ситокин иммунотерапиясини олган диссеминацияланган буйрак паренхиманинг саратони бўлган 670 нафар бемор учун умумий яшовчанлик (УЯ) учун хавф омиллари аниқланган:

- 1) паст соматик ҳолат (Карновский шкаласи бўйича <80 балл);
- 2) метастатик касаллик ташхисидан то даволашгача бўлган вақт <1 йил;
- 3) гемоглобин даражаси норманинг қуйи чегарасидан паст;
- 4) қон зардобдаги албумин концентрацияси бўйича тузатилган калций даражаси норманинг юқори чегарасидан баландроқ;
- 5) лактатдегидрогеназа даражаси норманинг юқори чегарасидан 1,5 баравар баландроқ.

Хавф омилларининг мавжудлиги ва сонига қараб, қуйидаги прогноз гуруҳлари аниқланади:

- яхши – 0 хавф омиллари;
- оралик – 1-2 омил;
- ёмон -  $\geq 3$ .

Ушбу шкала ҳозирда клиник қарор қабул қилиш учун ишлатилмайди ва ушбу таснифлаш тизимидан фойдаланган тадқиқотлар натижаларини шарҳлашни осонлаштириш учун кўрсатмаларга киритилган [29].

### **International Metastatic Renal Cancer Database Consortiumning (IMDC) прогностик таснифи**

2009 йилда мақсадли терапияни олган тарқалган БХС билан оғирган 645 беморнинг маълумотларини ўз ичига олган тадқиқот нашр этилди. Беморларнинг ушбу гуруҳини даволаш натижаларини таҳлил қилиш асосида касалликнинг ривожланиши учун қуйидаги хавф омиллари аниқланди:

- 1) паст соматик ҳолат (Карновский шкаласи бўйича <80 балл);
- 2) метастатик касаллик ташхисидан то даволашгача бўлган вақт <1 йил;

- 3) гемоглобин даражаси норманинг қуйи чегарасидан паст;
- 4) нейтрофиллар сони норманинг юқори чегарасидан баландроқ;
- 5) тромбоцитлар сони норманинг юқори чегарасидан баландроқ;
- 6) қон зардобидаги албумин концентрацияси бўйича тузатилган калций даражаси норманинг юқори чегарасидан баландроқ.

Мавжуд хавф омилларининг мавжудлиги ва сонига қараб қуйидаги прогноз гуруҳлари аниқланади:

яхши - 0 хавф омиллари;

оралиқ - 1-2 омил;

ёмон -  $\geq 3$ .

Маҳаллий ривожланган резеция қилинмаган ва метастатик БҲС (мБҲС) учун оптимал даволаш стратегиясини аниқлаш учун ИМДС прогноз гуруҳини баҳолаш керак [30].

### **Босняк буйрак кистоз ҳосилаларнинг таснифи [31]:**

Босняк таснифида буйракнинг кистоз ҳосилалари КТ ва МРТ маълумотларига қараб беш тоифага бўлинади, бу эса хавфли бутунлай ўзгариш хатарини баҳолашга имкон беради [32, 33]. Ушбу тасниф, шунингдек, кистанинг тоифасига қараб даволаш усулини кўрсатади (5-жадвал).

### **5-жадвал. Босняк буйрак кистоз ҳосилаларнинг таснифи**

<b>Босняк бўйича тоифа</b>	<b>Хусусиятлар</b>	<b>Тадқиқот натижаси</b>
И	Оддий, хавфсиз, юпка деворли, септа, калциноз ўчоқлари ёки солид компонентларни ўз ичига олмаган. Зичлиги сувга мувофиқ ва контраст қилиб бўлмайди	Хавфсиз киста
II	Бир нечта ингичка септаларни ўз ичига олган хавфсиз киста. Деворда ёки септада кичик калциноз ўчоқлари мавжуд бўлиши мумкин. Паренхима билан солиштирганда гомоген, гипоинтенсив <3 см диаметрили чегаралари аниқ, контрастни тўплайдиган ҳосила.	Хавфсиз киста
IIIФ	Ушбу тоифадаги кисталарда кўпроқ ингичка септалар бўлиши мумкин. Септа ва киста деворининг бироз кучайтириши, шунингдек, уларнинг минимал қалинлашиши бўлиши	Беморни кузатиш керак. Баъзида хавфли бутунлай ўзгариш бўлиши

	мумкин. Кистда нодуляр тузилишга эга бўлган, аммо контраст моддани тўпламайдиган нисбатан катта калциноз ўчоқлари бўлиши мумкин. Сигналларни кучайтирувчи юмшоқ тўқималар элементлари бўлмаслиги мумкин. Ушбу тоифага бутунлай интраренал тарзда жойлашган, диаметри $\geq 3$ см бўлган, контрастни тўпламайдиган, аниқ чегараланган ва зичлиги ошган кисталар киради.	мумкин
III	Контрастни тўпланиши мумкин бўлган нотекис, қалинлашган деворлари ва септалари бўлган кистли ҳосилалар (яъни, ҳосиланинг контрастли кучайтириши)	Жарроҳлик кесиб олиб ташлаш ёки динамикада кузатув кўрсатилади. III тоифадаги кисталарнинг 50% дан ортиғи хавфлидир.
IV	Контрастли кучайтириши билан тавсифланадиган юмшоқ тўқималар компонентини ўз ичига олган аниқ хавфли кистлар	Жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш тавсия этилади. Асосан хавфли ўсмалар

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

#### 3.1 Ташхис қўйишнинг мезонлари.

##### Шикоятлар ва анамнез:

- ён томонда оғриқ, кўринадиган гематурия ва буйрак проекциясида пайпасланадиган ҳосила.

##### Екстраренал аломатлар:

- ОКВ сиқиш синдроми: оёқ шиши, варикотселе, қорин тери ости веналарининг кенгайиши, оёқ чуқур веналарининг тромбози, протеинурия - ОКВнинг массив ўсма тромбози билан оғриган беморларнинг тахминан 50 фоизида ёки ОКВнинг ўсма ва катталашган лимфа тугунлари билан компрессияда ривожланади.
- паранеопластик синдроми – кахексия, вазн йўқотиш, иситма, нейромиёпатия, амилоидоз, ЭЧТнинг ошиши, анемия.

### **Физикал текширувлар:**

- кичик ҳосилаларда объектив текширувда БҲСга хос бўлган патология аниқланмайди. Буйрак ҳосила ўсиши билан қуйидагиларни аниқлаш мумкин:
  - буйраклар проекциясида пайпасланадиган ҳосила;
  - пайпасланадиган кенгайган бачадон бўйни ва ўмров ости лимфа тугунлари;
  - йўқолмайдиган варикотселе ёки оёқларнинг икки томонлама шишиши, бу ўсманинг ОКВга инвазияни кўрсатади.

### **Лаборатор текширувлар:**

- умумий қон таҳлили - энг характерли турли даражада ифодаланган анемиянинг мавжудлиги; ЭҚТнинг ошиши;
- умумий сийдик таҳлили – микро-, макрогематурия, ёки таҳлилда ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин;
- биокимёвий қон таҳлили (умумий оқсил, мочевина, креатинин, билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ, албумин, амилаза) – мочевина креатинини буйрак этишмовчилиги аломатлари борлигида ошиши мумкин;
- коагулограмма - қон ивишининг бузилиши кузатилиши мумкин;
- коптокчалар филтрация тезлиги – буйрак функциясини баҳолаш учун, айниқса, ёлғиз буйракда ўсма мавжуд бўлса.

### **Инструментал текширувлар [16]:**

- экскретор вена ичи урографияси - ҳосиланинг рентгенологик белгилари - шикастланган томонда буйрак функциясининг бузилиши ёки сусайиши, КЖТнинг деформацияси - силжиши, косачалар, жомимимг сиқиб бориши, косачаларнинг ампутацияси, буйрак контурларининг катталашиши ва бошқалар. Болюс кучайтириши билан КТ амалга оширганда, экскретор урография ўтказилмаслиги мумкин;
- буйрак томирлар ва ОКВининг ангиографияси - чекланган кўрсаткичларга эга ва алоҳида беморларда кўшимча диагностика воситалари сифатида қўлланилади;
- буйракларнинг изотоп ренографияси - буйрак функцияси сусайган беморларга режалаштирилган даволашни оптималлаштириш учун буйрак функциясини тўлиқ баҳолаш учун кўрсатилади, масалан, буйрак функциясини сақлаб қолиш зарур бўлса.

НБ! Маҳаллий даражада ривожланган жараён ёки ошқозон-ичак трактининг ҳамроҳ патологияси бўлса, ЭФГДС, ирригоскопия ва фиброколоноскопия қўлланиладиган ушбу органларни текшириш зарурати туғилади.

НБ! Остеосцинтиграфияси ва бош миянинг КТси буйрак саратони III-IV босқичлари бўлган беморларга, шунингдек метастатик жараённинг намоён бўлиши мумкин бўлган аломатлари бўлган беморларга кўрсатилади.

- буйрак томирларининг ангиографияси - буйрак артерияларининг эмболизациясини режалаштиришда (ДД - Б).
- қорин пардаси орти бўшлиғи ёки қорин бўшлиғи аъзоларининг МРТси (ДД-В) - буйракда суюқлик ҳосилалар аниқлаганда буйрак хужайрали саратон кистоз шакли ва безарар суюқлик ҳосилалардан кистада саратонни дифференциал ташхислаш учун [16].
- тери орқали буйрак биопсияси (ДД-Б) - гистологик ташхис қўйиш, динамик кузатув учун кичикина ўсмаси бор беморларни танлаш; ўсмани олиб ташлаш ёки аблатив даволаш усулларини қўллашдан олдин унинг гистологик хусусиятини аниқлаш; мақсадли фармакологик терапия учун энг мос бўлган метастазлар билан оғирган беморларни танлаш. НБ! Буйрак биопсияси ҳамроҳ патологиялари ва ҳолати заифлашган беморларга кўрсатилмаган, улар биопсия натижаларидан қатъи назар, фақат консерватив даво (хушёр кутиш) учун кўриб чиқилиши мумкин.
- буйрак ва қорин пардаси орти бўшлиғининг УТТси, қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТси – эрта босқичда ҳосилани аниқлаш, бунинг асосида кейинги чуқур текширувга хулоса қилинади;
- ЕхоКГ – ҳамроҳ кардиал патологияси бўлган ёки юрак олд бўлмачасида тромб борлигига шубҳа қилинган беморларга кўрсатилади;
- буйрак томирлар ва ОКВнинг УТДГси (агар тромбга шубҳа бўлса) ва/ёки МРТ; ўсма тромбининг тарқалишини ва ўрганилаётган зонадаги қон оқимининг ҳолатини баҳолаш;
- оёқ томирларининг УТДГси – оёқларнинг томирлари тромбозини истисно қилиш учун буйрак ўсмасига жарроҳлик аралашувни режалаштиришда;
- кичик чаноқ аъзоларининг УТТси – кичик чаноқ аъзоларининг ҳолатини баҳолаш;
- икки проекцияда кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси - беморни жарроҳлик амалиётга тайёрлашда ўпкадаги ўзгаришларни истисно қилиш;
- қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин пардаси орти бўшлиғининг болюс кучайтириши билан МСКТси - УТТда ноаниқ этиологияли ҳосилаларни аниқлаганда қўшимча текширув сифатида;
- қорин бўшлиғи аъзоларининг МРТси (контрастли) - ҳосиланинг характерини аниқлаш, агар КТдан аниқ маълумот олишнинг иложи бўлмаса, остки кавак венада ўсма тромбининг тарқалишини ўрганиш; вена ичига контрастига аллергия бўлган

беморлар ва буйрак этишмовчилиги бўлмаган ҳомиладор аёллар учун ҳам кўрсатилади;

- кўкрак қафасининг КТси - ўпка, плевра ва кўкрак қафаси суякларидаги жараённинг тарқалишини аниқлаш учун зарур;
- кичик чаноқ аъзоларининг КТси - МРТ текширувини ўтказишнинг иложи бўлмаса (беморга металл имплантлар, ўрнатилган юрак стимулятори ва бошқалар туфайли);
- бош миянинг КТси - агар бош мияда метастазларга шубҳа бўлса, ҳар қандай мия аломатлари мавжуд бўлса, чунки БҲСда метастазларнинг аксар локализациялардан бири бош мия ҳисобланади.

**Тавсиялар [17]:**

<b>Тавсия</b>	<b>Тавсиянинг градацияси</b>
Буйрак ўсмаларини ташхислаш ва босқичларини аниқлаш учун қорин ва кўкрак қафасининг контрастли кучайтириши билан кўп фазали КТ дан фойдаланинг.	Кучли (Юқори)
Тасодифан аниқланган сТ1а касаллиги билан оғриган беморларда кўкрак қафасидаги КТни мустасно қилинг, чунки бу когортада ўпкага метастазларининг хавфи паст.	Заиф (Паст)
Веноз шикастланишини яхшироқ баҳолаш, радиация таъсирини камайтириш ёки КТда вена ичига контрастни юбормаслик учун магнит-резонанс томографиядан фойдаланинг.	Заиф
Контрастли кучайтириши билан КТнинг натижалари тайинсиз бўлса кичкина буйрак ҳосилаларини, ўсма тромбларини ва ноаниқ буйрак ҳосилаларини дифференциация қилиш учун МРТ ва контрастли кучайтириши билан ултратовушни ўз ичига олган ионлаштирувчи бўлмаган усуллардан фойдаланинг.	Кучли
Буйрак хужайрали саратонни босқичлаш учун суяк сканерлаш ва/ёки позитрон эмиссияли томографиясини мунтазам равишда қўлланилмаслиги керак.	Заиф
Олдиндан патологиясиз абляция терапия ва тизимли терапиядан олдин буйрак ўсманинг биопсиясини бажаринг.	Кучли
Фаол кузатув имкониятини кўриб чиқилган танланган беморларда тери ости биопсиясини бажаринг.	Заиф
Буйрак ўсмаси биопсиясини бажаришда коаксиал техникадан фойдаланинг.	Кучли
Буйракларда кисоз ҳосилалари бўлса, буйрак ўсмаси	Кучли

биопсиясини бажарманг.	
Солид буйрак ўсмаларининг гистологик тавсифи учун ингичка игна аспирациясидан кўра дастлабки биопсиясия усулидан фойдаланинг.	Кучли

**Муолажа ва аралашувга тайёрлашда мажбурий диагностика тадбирларнинг рўйхати:**

1. УҚТ лейкоформула ва тромбоцитлар сони билан.
2. Биокимёвий қон таҳлили (глюкоза, мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, умумий оқсил, албумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ).
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш.
4. Резус-факторни аниқлаш.
5. Умумий сийдик таҳлили.
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген).
7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш.
8. Б ва С вирусли гепатитлари учун ПЦР (сифатли).
9. ИФА усулида ОИВ-инфексияни аниқлаш (ҲИВАг/анти-ҲИВ).
10. Заҳмга серологик реаксиялар мажмуаси.
11. Коптокчалар филтрация тезлигини аниқлаш
12. Кенг қамровли УТТси (жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беши, талоқ, буйраклар, қорин пардаси орти бўшлиғи, ичак тутқич ва ўмров остки лимфа тугунлари).
13. Қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғининг контрастли МСКТси.
14. Обзорли экскретор вена ичи урографияси.
15. Буйрак томирлари ва ОКВнинг ангиографияси.
16. Буйракларнинг изотоп ренографияси.
17. Қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғининг МРТси.
18. Тери орқали биопсия.
19. Буйрак томирлари ва остки кавак веналарининг УТДГси.
20. Биоптатни ситологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)\*.
21. Биоптатни гистологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)\*.
22. Биоптатни ситологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)\*.

23. Биопатни иммуногистохимёлогик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)\*.
24. Остеосцинтиграфия ва бош миянинг КТси буйрак саратони III-IV босқичлари бўлган беморларга, шунингдек метастатик жараённинг намоён бўлиши мумкин аломатлари бўлган беморларга кўрсатилади.
25. ЭКГ.
26. ЭхоКГ.
27. Бутун тананинг ПЭТ/КТ\*\*.

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

1. Биокимёвий қон таҳлили (натрий, калий, калций, С-реактив оқсил, искорли фосфатаза).
2. ПЦР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, ситомегаловирус, токсоплазмоз.
3. В ва С гепатит вирусларига ПЦР (микдорий).
4. COVID-19га ПЦР;
5. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш.
6. Бевосита ва билвосита Кумбс синамаси.
7. Стандарт ситогенетик текшируви.
8. FISH усулида ва молекулар-генетик текшириш.
9. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш.
10. ПроБНП;
11. Прокалситонин.
12. Антитромбин III, Д-димер.
13. Фертил ёшдаги аёллар учун - ҳомиладорлик тести, ИХГ ни аниқлаш.
14. Периферик қон ИФТси.
15. Молекуляр генетик тадқиқотлар.
16. Буруннинг ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси.
17. Ортопантоморгамма.
18. Кўкрак қафаси аъзоларнинг КТси.
19. Бош, бўйиннинг КТси.
20. Фиброэзофагогастроуденоскопия.
21. БроНхоскопия.

22. Колоноскопия.
23. Оёқ томирларининг УТДГси (веналар ва/ёки артериялар).
24. Спирография.
25. Бош миянинг МРТси.
26. Плевра бўшлиғи ва периферик лимфа тугунларининг УТТси.
27. ЭКГ Холтер мониторинг.

\* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

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

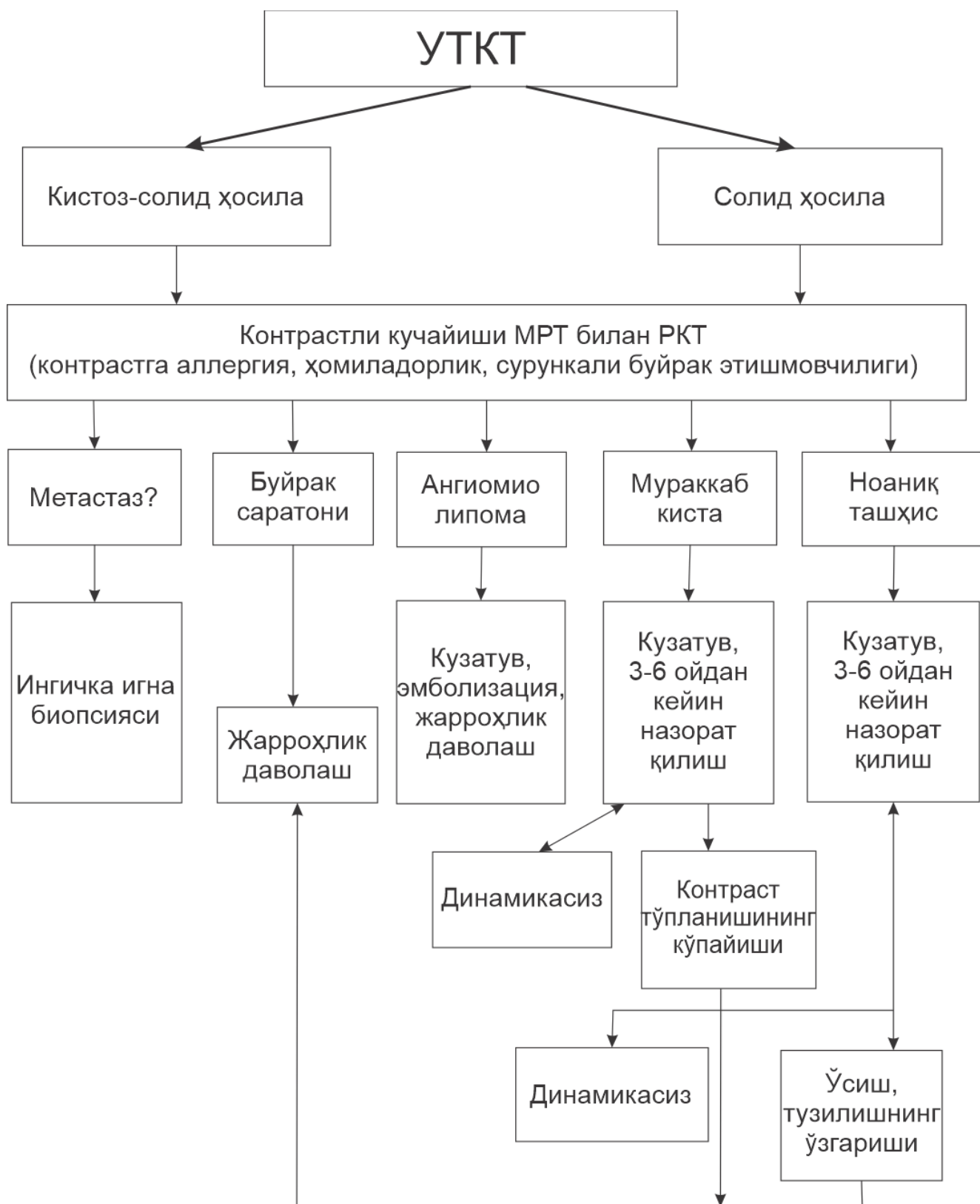
#### **- Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:**

- **кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **гинеколог кўриги** (кичик чанок аъзоларининг ҳажмий ҳосилани аломатлари мавжуд бўлганда, хавfli ўсмаларни билан бирга қўшилган саратоннинг оилавий шакллари истисно қилиш учун);
- **акушер-гинеколог/репродуктолог кўриги** – буйрак хужайрали саратонини даволашни бошлашдан олдин, агар бемор келажакда фарзанд кўришни хоҳласа, ёрдамчи репродуктив технологияларнинг мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш, шунингдек, туғиш ёшидаги беморларда исталмаган ҳомилдорликнинг олдини олиш учун ўсмага қарши дори терапияси даврида ундан кейин ҳам ва яқин келажакда ҳам ишончли контрацепция воситаларидан фойдаланинг ҳақида [5];
- **невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсулт, мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **эндокринолог кўриги** (эндокрин аъзолари томонидан ҳамроҳ касалликлари бўлган тақдирда);
- **қон-томир жарроҳи кўриги** (варикоз касаллик, туғма/орттирилган томирлар патология мавжуд бўлган ҳолларда);
- **пульмонолог кўриги** (ўпка паренхимасида қолдиқ патологиялар мавжуд бўлганда, бактериал / вирусли / ноаниқ генезли яллиғланиш жараёнидан кейин);
- **ҳамроҳ патологиялар мавжудлиги бўйича бошқа мутахассислар кўриги:** гинеколог (аёл жинсий аъзоларининг ўткир ва сурункали касалликлари), фтизиатр (сил касаллиги анамнезида бўлса), инфекционист (сурункали гепатит) ва бошқалар.

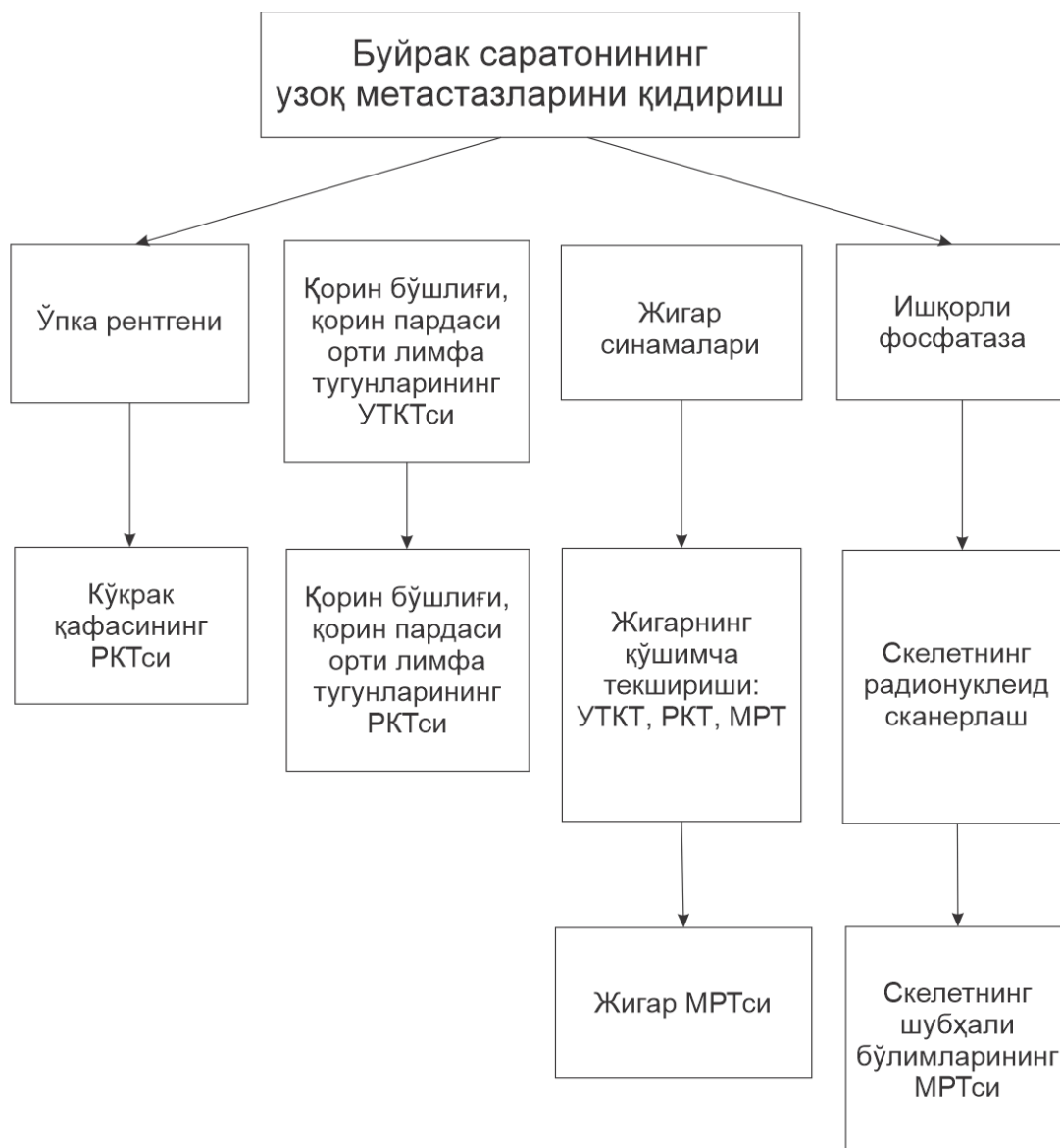
- **нефролог кўриги** (биргаликда буйрак патологияси, гиперазотемия мавжуд бўлса).
- **фтизиатр кўриги** - агар ўпка туберкулёзига шубҳа қилинган бўлса ва периферик ҳосилалар мавжуд бўлса.

## 2.2 Диагностик алгоритм:

1-чизма – Буйрак саратонининг бирламчи диагностикаси.



2-чизма – Буйрак саратони метастазларнинг бирламчи диагностикаси.



2.3 Дифференциал ташҳис [18].

Буйрак саратонни дифференциал ташҳислаш

Ташҳис	Дифференциал диагностика учун асослаш	Текширишлар	Ташҳисни истисно қилиш мезонлари
Солитар буйрак кистаси	Босняк таснифига кўра 3-4 тоифадаги буйрак кисталари мавжуд бўлса, буйрак саратонида каби жарроҳлик даволаш кўрсатилади	Болюс кучайтириши билан МСКТ; УТТ; Артериография	Буйрак ўсма ва кистасининг дифференциал диагностикасида буйрак ўсмаси контрастланадиган болюс кучайтириши билан МССТ ёрдам

			<p>бериши мумкин.  Буйрак ўсма ва кистасини аниқроқ дифференциялаш буйрак артериографияси ёрдамида амалга оширилиши мумкин. Сканограммаларда (УТТ) киста силлиқ контурли капсулага эга, унинг ичида акс-садо сигналларидан эркин зона мавжуд. Киста пасайган контрастлик билан тавсифланади.</p>
Буйракларнинг гидронефроза	<p>Гидронефрозда қовурға остида ўсмага ўхшаш ҳосила пайпасланади, лекин унинг консистенцияси қаттиқ-эластик, юзаси силлиқ, гематурия камдан-кам кузатилади.</p>	Артериография	<p>Гидронефротик трансформациянинг пеллографик тасвири КЖТнинг ўсма сабабли деформациясидан кескин фарқ қилади. Буйрак артериограммаларида буйрак артерияси ва унинг шохлари ораликнинг торайиши аниқланади</p>
Буйракнинг поликистоз касаллиги	<p>Буйракнинг поликистоз касаллиги унинг ассиметрик прогрессияланишда ўсмани симуляция қилади. Бундай ҳолда, фақат битта катталашган, зич, бўртиқли буйрак пайпаслаб кўрилади. Ўсма борлигига шубҳа гематурияда кучаяди.</p>	Артериография	<p>Поликистоз касаллиги у ёки бу босқичнинг сурункали буйрак этишмовчилиги, энг муҳими, икки томонлама ўзгаришларнинг патогномоник пеллографик кўриниши, косачаларнинг шохланишининг</p>

			<p>кучайтириши, жомларнинг сиқилиши ва чўзилиши билан тавсифланади.</p> <p>Артериограммаларда поликистоз касаллик кўплаб юмалоқ томирларсиз жойлар ва чўзилган, ингичка артериялар мавжудлиги билан тавсифланади.</p>
Буйракларнинг йирингли яллиғланиши	Буйрак хўппозда (камрок фасод боғлашда) ўсма борлигига шубҳа одатда экскретор урография пайтида шунга ўхшаш рентгенологик тасвири (деформация, КЖТнинг силжиши, косачаларнинг ампутацияси) туфайли юзага келади	Артериография	Ўткир яллиғланиш жараёнининг клиник ва лаборатория белгилари (титраш билан иситма, лейкоцитоз) нафақат буйрак ўсмани истисно қилмайди, балки унинг белгиларига ҳам хосдир. Буйрак артериографияси бу ҳолатларда дифференциал диагностикага аниқлик киритади.
Буйракларнинг касаллиги	Буйракнинг касаллигида умумий аломатлар анча эрта пайдо бўлади: иштаҳа йўқолиши, заифлик, субфебрил ҳарорат ва белдаги энгил оғриқ. Сийдикда ўртача албуминурия ва микрогематурия аниқланиши мумкин (профуз	Сийдикни бактериологик текшириш ва биологик синамаси катта аҳамиятга эга	Обзорли суратларда, буйракда, баъзида, ПЭТрификация ўчоқлари аниқланиши мумкин. Контрастли модда билан текширилганда, касал буйрак функциясининг пасайиши, жом ва юқори сийдик йўллариининг ўртача кенгайиши, кемирилиши, буйрак сўргичлари ва косачалар (улар

	<p>макрогематурия жуда кам учрайди). Кейинчалик, каверна ҳосил бўлганда ва жомга очилганда, сийдик текшируви пиурия ва нефритни кўрсатади. Кўп миқдорда лейкоцитлардан ташқари, сийдикда эритроцитлар, цилиндрлар ва оксиллар аниқланади. Беморда йирингли бўлақлар ва қон қуйқалар чиқиши туфайли коликсимон оғриқлар пайдо бўлиши мумкин. Дизурик бузилишлар кўпинча ҳамроҳ бўлади.</p>		<p>кенгайган бўлиши мумкин) чегараларнинг хиралаши аниқланади: сийдик йўлли томонидан стриктуралар шаклида ўзгаришлар аниқланиши мумкин. Буйрак сил касаллигининг ўзига ҳос белгиси буйрак жоми билан қўшиладиган бўшлиқ шаклидаги (ногўғри юмалоқ) каверналардир.</p>
Буйрак ўсмаси	Буйракдаги ҳажмли ҳосиланинг мавжудлиги	КТ	Буйрак саратони КТда гомоген ёки бир хил бўлмаган ички тузилишга эга, зичлиги нормал паренхимадан ( $\pm 5-10$ ХУ) бир оз юқори ёки пастрок бўлган ҳажмли ҳосила сифатида визуаллаштирилади. Контрастли кучайтиришда буйрак

			саратони кўп ҳолларда оддий паренхимага қараганда камроқ зичлик билан тавсифланади. Бундай ҳолда, 80% гиперваскуляр бўлган буйрак ҳужайрали карцинома буйрак паренхимасидан осонгина фарқланади.
--	--	--	--

#### **4. Амбулатор даражада даволаш тактикаси:**

Ривожланган/метастатик БҲС учун амбулатория даражасида мақсадли терапия амбулатор кимётерапия бўлими орқали амалга оширилади.

##### **1) Номедикаментоз даво [16]:**

- 3-режим (умумий) эркин (жигарга зарар этказувчи омиллар таъсирини минималлаштириш - спиртли ичимликлар, чекиш, гепатотоксик дорилар ва бошқа моддаларнинг таъсир қилиши ва бошқалар);
- парҳез – стол №7.

**2) Медикаментоз даво [24,25]:** амбулатор даражасида ривожланган/метастатик БҲСни даволаш амбулатор кимётерапия бўлими орқали, мақсадли дори-дармонларни буюриш йўли билан амалга оширилади.

##### **Мақсадли терапия.**

Ҳозирги вақтда мБҲСни даволашда қуйидаги мақсадли воситалар самарали эканлиги кўрсатилди: сунитиниб, сорафениб, пазопаниб, акситиниб, акситиниб пембролизумаб билан комбинацияси, акситиниб авелумаб билан комбинацияси, эверолимус, кабозатиниб ва ленватиниб (плюс эверолимусаб ёки пембролизумаб).

<b>Тавсия</b>	<b>Тавсиянинг градацияси</b>
<b>Тизимли даволаш: ёруғ ҳужайрали мБҲСнинг биринчи қатор терапия</b>	
<b>Яхши прогнозли беморлар</b>	
<b>Акситиниб ва Пембролизумаб билан комбинацияси</b> яхши прогноз (ДД-А) (1-тоифа) гуруҳидаги беморларда ёруғ ҳужайрали мБҲС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли

<b>Акситиниб ва Авелумаб билан комбинацияси</b> яхши прогноз (ДД-Б) (2А тоифаси) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Кабозантиниб ва Ниволумаб комбинацияси</b> яхши прогноз (ДД-А) (1-тоифа) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Ленватиниб ва Пембролизумаб комбинацияси</b> яхши прогноз (ДД-А) (1-тоифа) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Ипилимумаб ва Ниволумаб комбинацияси</b> яхши прогноз (ДД-Б) (2А тоифаси) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Пазопаниб</b> яхши прогноз (ДД-Б) (2А тоифаси) гуруҳи бўлган беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Сунитиниб</b> яхши прогноз (ДД-Б) (2А тоифаси) гуруҳи бўлган беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли
Алоҳида беморларни фаол кузатув, ёруғ хужайрали БХС бўлган аломатсиз беморлар, яхши прогноз (2А тоифаси) гуруҳидаги беморлар учун вариант сифатида	Кучли
<b>Акситиниб</b> ҳар қандай хавф гуруҳидаги (яхши, ўрта ва ёмон прогноз) (ДД-С) (2Б тоифаси) алоҳида беморларда фойдаланиш учун ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Заиф
<b>ИЛ2 юқори дозаси</b> , ижобий равишда танланган, яхши прогноз (ФПО) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида (2Б тоифаси)	Заиф
<b>Ёмон/ўрта прогнозли беморлар</b>	
<b>Акситиниб ва Пембролизумаб комбинацияси</b> орьта ва ёмон прогноз (ДД-А) (1-тоифа) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Акситиниб ва Авелумаб комбинацияси</b> орьта ва ёмон прогноз (ДД-Б) (2А тоифаси) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади.	Кучли
<b>Кабозантиниб ва Ниволумаб комбинацияси</b> орьта ва ёмон прогноз (ДД-А) (1-тоифа) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали	Кучли

мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	
<b>Ипилимумаб* ва Ниволумаб комбинацияси</b> оръта ва ёмон прогноз (ДД-А) (1-тоифа) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Ленватиниб ва Пембролизумаб комбинацияси</b> оръта ва ёмон прогноз (ДД-А) (1-тоифа) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Кабозантиниб</b> оръта ва ёмон прогноз (ДД-Б) (2А тоифаси) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Пазопаниб</b> оръта ва ёмон прогноз (ДД-Б) (2А тоифаси) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Сунитиниб</b> оръта ва ёмон прогноз (ДД-Б) (2А тоифаси) гуруҳи беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Акситиниб</b> ўрта ва ёмон прогнозли (ДД-С) (2Б тоифаси) танланган беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади	Заиф
<b>ИЛ2 юқори дозаси</b> , операция қилиб бўлмайдиган мБХС ИВ босқичли (ДД-Д) (3-тоифа) ўсмаси билан ёки касаллик рецидиви (релапс) бўлган ижобий равишда танланган беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида	Заиф
<b>Темсиролимус</b> операция қилиб бўлмайдиган мБХС ИВ босқичли (ДД-Д) (3-тоифа) ўсмаси билан ёки касаллик рецидиви (релапс) бўлган ижобий равишда танланган беморларда ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапия сифатида тавсия этилади.	Кучли
<b>Тизимли даволаш: ёруғ хужайрали мБХС учун кейинги терапия қаторлари</b>	
<b>Кабозантиниб</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга ВЕГФ-мақсадли терапиянинг биринчи қатордан кейин келгуси терапия сифатида тавсия этилади (ДД-А) (1-тоифа)	Кучли
<b>Ленватиниб билан Эверолимус комбинацияси</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-А) (1-тоифа) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Ниволумаб</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-А) (1-тоифа) сифатида тавсия этилади	Кучли

<b>Акситиниб</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-А) (1-тоифа) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Акситиниб ва Пембролизумаб комбинацияси</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-Б) (2А тоифаси) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Кабозатиниб ва Ниволумаб комбинацияси</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-Б) (2А тоифаси) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Ипилимумаб ва Ниволумаб комбинацияси</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-Б) (2А тоифаси) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Ленватиниб ва Пембролизумаб комбинацияси</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-Б) (2А тоифаси) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Пазопаниб</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-Б) (2А тоифаси) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Сунитиниб</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-Б) (2А тоифаси) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Тивозаниб</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-Б) (2А тоифаси) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Акситиниб ва Авелумаб комбинацияси</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-С) (3-тоифаси) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Еверолимус</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-Б) (2А тоифаси) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Бевацизумаб комбинацияси</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-С) (2Б тоифаси) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>ИЛ2 юқори дозаси</b> ижобий равишда танланган ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-С) (2Б тоифаси) сифатида тавсия этилади	Заиф
<b>Сорафениб</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия сифатида тавсия <b>этилмайди</b> , аммо кейинги терапия сифатида беморлар учун мавжуд вариант бўлиб қолмоқда (ДД-Д) (3-тоифаси)	Заиф
<b>Темсиролимус</b> ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларга кейинги терапия (ДД-С) (2Б тоифаси) сифатида тавсия этилади	Заиф

<b>Йёруғ бўлмаган хужайрали мБХС учун тизимли терапия</b>	
<b>Сунитиниб</b> IV-босқич ёруғ бўлмаган хужайрали мБХС билан оғриган илгари даволанмаган беморларга афзалроқ қилинган режим (ДД-Б) (2А тоифаси) сифатида тавсия этилади	Кучли
<b>Кабозатиниб</b> ёруғ бўлмаган хужайрали БХС (ДД-Б) (2А тоифаси) билан оғриган беморлар учун тавсия этилади	Кучли
<b>Ленватиниб ва Эверолимус комбинацияси</b> ёруғ бўлмаган хужайрали БХС (ДД-Б) (2А тоифаси) билан оғриган беморларга маълум шароитларда тавсия этилиши мумкин	Кучли
<b>Ниволумаб</b> ёруғ бўлмаган хужайрали БХС (ДД-Б) (2А тоифаси) билан оғриган беморлар учун тавсия этилади	Кучли
<b>Пембролизумаб</b> ёруғ бўлмаган хужайрали БХС (ДД-Б) (2А тоифаси) билан оғриган беморлар учун тавсия этилади	Кучли
<b>Акситиниб</b> ёруғ бўлмаган хужайрали БХС (ДД-Б) (2А тоифаси) билан оғриган беморлар учун тавсия этилади	Кучли
Гемситабин доксорубитсин ёки сунитиниб билан комбинацияси режимидаги кимётерапия асосан саркоматоид типикдаги ёруғ хужайрали ва ёруғ бўлмаган хужайрали мБХС билан оғриган беморлар учун даволаш усули сифатида тавсия этилиши мумкин	Кучли
<b>Сорафениб</b> IV-босқич ясси хужайрали мБХС (ДД-Б) (2А тоифаси) билан оғриган беморлар учун тавсия <b>этилмайди</b>	Заиф

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

### **Иммунотерапия/комбинацияланган терапия.**

Интерферон- $\alpha$  ва бевацизумаб билан комбинацияланган монотерапияси тарқатилган ёруғ хужайрали мБХС учун мақсадли препаратлар ёрдамида стандарт даволаш билан алмаштирилди. Баъзи ҳолларда иммунотерапия (интерферон- $\alpha$ , интерлейкин-2) тавсия этилади, аммо бунинг учун кўрсатмалар чекланган (пастга қаранг). мБХСда рецептор (ПД-1) ва лиганднинг (ПД-Л1) ингибиторлаши ўрганилди. Тасодифий тадқиқотлар ВЕГФга резистент бўлган касаллигида ниволумаб (ПД-1 ингибитори) дан фойдаланишни исботлайди. Иккита иммун назорат пункти ингибиторлар комбинацияси, ипилимумаб ва ниволумаб, ўрта ва паст хавфли гуруҳларда яшовчанликнинг яхшиланганлигини кўрсатди, пембролизумаб ва акситинибнинг комбинацияси эса барча хавф гуруҳларидаги беморлар яшовчанлик учун устунликни кўрсатди.

### **Мақсадли терапия учун прогностик омиллар.**

Тарқалган ёруғ хужайрали БХС билан оғриган беморлар прогностик жиҳатдан турли гуруҳни ифодалайди (6-жадвал)

**6-жадвал** - Мотзерга кўра, буйрак хужайрали саратоннинг кеч босқичларида яшовчанликнинг прогностик мезонлари.

<b>Хавф омиллари</b>	<b>Хавф бўйича гуруҳлар</b>
<p>Ташхисдан терапия бошланишигача бўлган вақт &lt;12 ой;                      Карновский шкаласи бўйича умумий ҳолат &lt; 80;                      Лактат дегидрогеназа - меъёрнинг юқори чегарасидан 1,5 баравар.                      Коррекцияланган қон зардобдаги калций миқдори - &gt;10,0 мг/дл (2,4 ммол/Л) 10,0 мг/дл (2,4 ммол/Л).                      Гемоглобин қийматлар диапазонининг пастки чегарасидан кам</p>	<p>Паст хавф - хавф омиллари йўқ;                      ўрта хавф - 1 ёки 2 прогностик омил; юқори хавф - 3 ёки ундан ортиқ хавф омиллари</p>

**7-жадвал** – Мақсадли терапиянинг прогностик мезонлари

<b>Хавф омиллари</b>	<b>Хавф бўйича гуруҳлар</b>
<p>Ташхисдан терапия бошланишигача бўлган вақт &lt;12 ой;                      Карновский шкаласи бўйича умумий ҳолат &lt; 80;                      Гемоглобин даражаси меъёрнинг пастки чегарасидан пастроқ (меъёр: 120 гр/л);                      Қон зардобда коррекцияланган Са<sup>2+</sup> мезон концентрацияси меъёрнинг юқори чегарасидан юқори (меъёр: 8,5-10 мг/дл);                      Нейтрофил даражаси &gt; меъёрнинг юқори чегараси (меъёр: 2,0-7,0*10<sup>6</sup>/л);                      Тромбоцитлар сони &gt; норманинг юқори чегараси (меъёр: 150000-400000).</p>	<p>Яхши - хавф омиллари йўқ;                      Ўрта-ўртача хавф - 1 ёки 2 прогностик омил;                      Юқори хавф - 3 ёки ундан кўп хавф.</p>

**Ёруғ хужайрали мБХС учун биринчи қатор терапияси (2А тоифаси)**

<b>ИМДС прогноз гуруҳи</b>	<b>Афзалроқ режимлар</b>	<b>Алтернатив режимлар</b>	<b>Баъзи беморларда</b>
Яхши прогноз	Акситиниб + Пембролизумаб (1-тоифа); Акситиниб+Авелумаб	Кабозантиниб (2Б тоифаси) Ипилимумаб+ Ниволумаб	Фаол кузатув Акситиниб (2Б тоифаси) ИЛ-2 юқори

	Кабозатиниб +ниволумаб (1-тоифа) Ленватиниб +Пембролизумаб (1-тоифа)	Пазопаниб Сунитиниб	дозаси (2Б тоифаси)
Ўрта ва ёмон прогноз	Акситиниб+ Пембролизумаб (1-тоифа) Акситиниб+ Авелумаб Кабозантиниб+ ниволумаб (1-тоифа) Ипилимумаб+ ниволумаб (1-тоифа) Ленватиниб + пембролизумаб (1-тоифа) Кабозатиниб	Пазопаниб Сунитиниб	Акситиниб (2Б тоифаси) ИЛ-2 юқори дозаси (3-тоифа) Темзиролимус (3-тоифа)

### Ёруғ ҳужайрали мБҲС учун кейинги терапия

Афзалроқ режимлар	Алтернатив режимлар	Баъзи беморларда
Кабозатиниб (1-тоифа) Ленватиниб+еверолимус (1-тоифа) Ниволумаб (1-тоифа)	Акситиниб (1-тоифа) Акситиниб+ Пембролизумаб Акситиниб+Авелумаб (3-тоифа) Кабозантиниб+ниволумаб Ипилимумаб+ниволумаб Ленватиниб + пембролизумаб Пазопаниб Сунитиниб Тивозаниб Кабозатиниб	Еверолимус Бевацизумаб (2Б тоифаси) ИЛ-2 юқори дозаси (2Б тоифаси) Сорафениб (3-тоифа) Темзиролимус (2Б тоифаси)

**БҲС билан оғриган беморларда дори терапияси схемасини танлаш алгоритми.**

Яхши прогнозли гуруҳнинг ёруғ хужайрали БҲС (ёБҲС) терапиясининг биринчи қаторида Пембролизумаб+акситиниб, Акситиниб+Авелумаб, Кабозатиниб+ниволумаб; Ленватиниб+Пембролизумаб комбинациясини ўтказиш афзалроқдир (1-тоифа). Кабозатиниб терапияси, ипилимумаб ва ниволумаб комбинацияси, пазотиниб ва сунитиниб алтернатив вариант сифатида қўлланилади, танланган беморларда эса акситиниб қўлланилади. Ўрта ва ёмон прогнозли гуруҳларнинг ёБҲС терапиясининг биринчи қаторида ниволумаб ипилимумаб билан комбинациясида, пембролизумаб акситиниб билан комбинациясида, авелумаб акситиниб билан комбинациясида, кабозатиниб ниволумаб билан комбинациясини буюриш афзалроқдир. Пазотиниб ва сунитиниб пастроқ далилларга эга бўлган вариант сифатида кўриб чиқиши мумкин. "Пембролизумаб+акситиниб" комбинациясидан фойдаланганда, ножўя ҳодисаларнинг частотаси (3-4 босқич) 63% га етиши мумкин.

Ниволумаб + ипилимумаб комбинациясини қўллашда иммунитет билан боғлиқ номақбул ҳодисалар (3-4 босқич) частотаси 46% гача ошади. Ёмон прогноз гуруҳидаги беморлар учун камроқ далилларга эга бўлган танланган беморларга темсирилимус, қарши кўрсатмалари ёки афзалроқ ёки алтернатив режимларга нисбатан нотоқатлиги бўлган беморлар учун эса сунитиниб ёки пазопаниб буюриш кўриб чиқиши мумкин. Тирозинкиназа ингибиторлари ёки анти-VEGF антитаналар терапияси билан антиангиогеник терапияга резистентликни кўрсатган ёБҲС билан оғриган беморлар учун ниволумаб ёки кабозатиниб афзалроқ буюрилади. Шу билан бир қаторда, ленватиниб/эверолимус комбинацияланган терапия ёки акситиниб қўлланилиши мумкин. Кабозатиниб ёки ленватиниб эверолимус билан комбинацияси билан 3-4 даражали ножўя таъсирларнинг частотаси 70% га етиши мумкин ва терапиянинг бардошлилигини диққат билан кузатишни талаб қилади. Иккинчи қаторда афзалроқ ёки алтернатив режимлардан фойдаланишга қарши кўрсатмалари бўлган танланган беморларга эверолимус қўлланиш кўриб чиқиши мумкин. Ситокин терапиясига резистентлик бўлган ёБҲС билан оғриган беморлар учун акситиниб ёки пазопаниб\* афзалроқ буюрилади. Алтернатива сифатида сунитиниб буюрилиши мумкин. Қарши кўрсатмалар ёки афзалроқ ёки алтернатив режимларга нисбатан нотоқатлик бўлган танланган беморларга сорафениб кўриб чиқиши мумкин. Ниволумаб+ипилимумаб комбинациясига резистентлик бўлса, тирозинкиназа ингибиторлари буюрилиши мумкин.

### **Ёруғ бўлмаган хужайрали буйрак хужайрали карцинома.**

Ёруғ бўлмаган хужайрали БҲС учун дори терапияси рандомизацияланган III фаза синовларида ўрганилмаган. Кенгайтирилган кириш дастурлари шуни кўрсатдики, Ёруғ бўлмаган хужайрали БҲС билан касалланган беморлар ёруғ хужайрали ўсмалари бўлган беморларга қараганда ёмонроқ прогнозга эга. Ёруғ бўлмаган хужайрали БҲСда темсирилимус, эверолимус, сунитиниб ва

сорафенибнинг самарадорлиги тўғрисида далиллар мавжуд. 2 фаза кичик тадқиқотлари (ЕСПН, РЕСОРД-3 ва АСПЕН) маълумотларини ўз ичига олган тизимли текширув натижаларига кўра, сунитиниб ва камроқ даражада эверолимус ушбу гуруҳдаги беморлар учун афзалроқ қилинган даволаш усуллари бўлиб қолмоқда. Йиғувчи найчалардан саратони учун сисплатин (карбоплатин) ва гемситабин қўшилиши билан кимётерапия буюрилиши мумкин. Саркоматоид компонент устун бўлган БҲСда пембролизумаб акситиниб билан комбинацияси кичик гуруҳлар таҳлили натижаларига кўра максимал самарадорликни кўрсатади.

### Ёруғ бўлмаган хужайрали мБҲС учун тизимли терапия (2А тоифаси)

Афзалроқ режимлар	Алтернатив режимлар	Баъзи беморларда
<p>Сунитиниб Кабозатиниб Клиник тадқиқотлар</p>	<p>Ленватиниб+ эверолимус Ниволумаб Пембролизумаб</p>	<p>Акситиниб Бевацизумаб Бевацизумаб + эрлотиниб тарқалган папилляр БҲС учун, шу жумладан ирсий леёматоз ва ҲЛРСС билан боғлиқ РСС билан ижобий равишда танланган беморлар учун. Бевацизумаб+эверолимус Ерлотиниб Еверолимус Пазопаниб Темзиролимус (Ёмон прогнозли беморлар учун 1-тоифа; бошқа хавф гуруҳлари учун 2А тоифаси)</p>

### ЕАУ-2021 тавсиялар.

#### Метастатик БҲС учун тизимли терапия.

#### Иммунотерапия.

Бевацизумаб интерферон-α билан комбинация монотерапияси мақсадли терапия билан алмаштирилди ва ёруғ хужайрали ривожланган мБҲС учун стандарт даволашга айланди. мБҲСда дастурлаштирилган ўлим рецепторлари 1 (ПД-1) ва лиганд 1 (ПД-Л1) иммун назорат пунктларини орқали ингибиторлаш ўрганилди. Рандомизацияланган маълумотлар ВЕГФ-резистент касаллигида ниволумаб (ПД-1 ингибитори) дан фойдаланишни қўллаб-қувватлайди. Иккита иммун назорат

нуктаси ингибиторларининг комбинацияси: ипилимумаб ва ниволумаб ўрта ва ёмон прогнозли гуруҳларда юқори яшовчанликни кўрсатди, пембролизумаб ва акситиниб комбинацияси эса барча хавф гуруҳларидаги беморларда яшовчанлик учун устунликни кўрсатди.

Далил	ДД
Интерферон-α монотерапияси мБХСда ВЕГФ ёки (мТОР) ингибиторлари билан мақсадли терапиядан паст келади.	16
Бир ёки икки қатор анти-ВЕГФ ингибиторларини олмаган беморларда Ниволумаб эверолимус билан солиштирганда юқори умумий яшовчаликни (УЯ) таъминлайди.	16
Беморларда ниволумаб ипилимумаб билан комбинацияси ИМДСга кўра ўрта ва ёмон прогнозга эга бўлган ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган ва даволанмаган беморларда ниволумаб ипилимумаб билан комбинацияси сунитиниб терапияси билан солиштирганда УЯ ва объектив жавоб тезлиги (ОЖТ) бўйича устунликни кўрсатди.	16
Пембролизумаб плюс акситиниб, авелумаб* плюс акситиниб, ленватиниб плюс пембролизумаб ва ниволумаб плюс кабозантиниб комбинацияси барча ИМДСга кўра хавф гуруҳларида даволанмаган ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларда сунитиниб билан солиштирганда ПЯ, УЯ ва ОЖТ бўйича устунликни кўрсатди.	16
Ҳозирги вақтда ПД-Л1 экспрессия ҳолати беморларни танлаш учун ишлатилмайди.	26
Агар иммун тизими билан боғлиқ ён таъсирлар акситиниб плюс пембролизумаб, авелумаб* плюс акситиниб, кабозантиниб плюс ниволумаб ёки ленватиниб плюс пембролизумаб комбинацияси билан даволашни тўхтатишга олиб келса, акситиниб, кабозантиниб ёки ленватинибни давом эттириш мумкин. Иммуно-онкологик препаратлар билан қайта даволаш мутахассислар ёрдами талаб қилади.	4
Токсик таъсир туфайли ипилимумабнинг тўлиқ 4 дозасини олмаган беморлар хавфсиз ва мумкин бўлган ҳолларда ниволумаб монотерапиясини давом эттиришлари керак. Комбинацияланган терапияни қайта ўтказиш мутахассис ёрдами талаб қилади.	4
Прогрессияланишдан кейин даволаниш ўринли бўлиши мумкин, аммо диққат билан кўриб чиқиш ва	16

Мултидисциплинар жамоадан эксперт ёрдамини талаб қилади.	
Ниволумаб плюс ипилимумаб, пембролизумаб плюс акситиниб, авелумаб плюс акситиниб, ниволумаб плюс кабозантиниб ва ленватиниб плюс пембролизумаб Мултидисциплинар жамоанинг таркибида иммун препаратлари билан комбинацияланган терапия ва тегишли ёрдам кўрсатиш тажрибасига эга марказларда қўлланилиши керак.	4
Ниволумаб ипилимумаб билан комбинацияси ИМДСга кўра ўрта ва ёмон прогнозли ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган ва даволанмаган беморларда сунитиниб билан солиштирганда энг яхши яшовчанликни кўрсатди, бундан ташқари, яхши прогнозли беморларда сунитиниб терапиясида УЯ юқорироқ бўлган.	26
Ниволумаб плюс ипилимумаб комбинацияси беморларнинг 15 фоизда 3-5 даражали токсиклик ва 1,5 фоиз беморларда даволаниш билан боғлиқ ўлим билан боғлиқ.	1
Пембролизумаб плюс акситиниб, авелумаб плюс акситиниб, ленватиниб плюс пембролизумаб ёки ниволумаб плюс кабозантиниб комбинацияси илгари даволанмаган ҳар қандай хавфдаги метастатик ёруғ хужайрали БХС билан оғриган беморларни даволаш учун тавсия этилади.	Кучли
Ипилимумаб плюс ниволумаб комбинацияси илгари даволанмаган ўрта ва ёмон прогнозли метастатик ёруғ хужайрали БХС билан оғриган беморларни даволаш учун тавсия этилади.	Кучли
Ниволумаб плюс ипилимумаб, пембролизумаб плюс акситиниб, авелумаб плюс акситиниб, ленватиниб плюс пембролизумаб ва ниволумаб плюс кабозантиниб комбинацияси Мултидисциплинар жамоанинг таркибида иммун препаратлари билан комбинацияланган терапия ва тегишли ёрдам кўрсатиш тажрибасига эга марказларда қўлланилиши керак.	Заиф
Токсик таъсир туфайли ипилимумабнинг тўлиқ 4 дозасини олмаган беморлар хавфсиз ва мумкин бўлган ҳолларда ниволумаб монотерапиясини давом эттиришлари керак.	Заиф
Акситиниб плюс пембролизумаб, авелумаб плюс акситиниб, кабозантиниб плюс ниволумаб ёки ленватиниб	Заиф

ва пембролизумаб комбинацияси билан даволашдан кейин даволашни чекловчи иммунитет билан боғлиқ ён таъсирларни бошдан кечирган беморларга акситиниб, кабозантиниб билан терапия тавсия этилади.	
Прогрессияланишдан кейин даволаниш ўринли бўлиши мумкин, аммо диққат билан кўриб чиқиш ва Мультидисциплинар жамоадан эксперт ёрдамини талаб қилади.	Заиф
Токциклик туфайли тўхтатилган иммуно-онкологик препаратлар билан қайта даволаш эксперт ва мультидисциплинар жамоа ёрдамисиз тавсия этилмайди.	Кучли
Сунитиниб ёки пазопаниб* ИМДСга кўра ўрта ва ёмон прогнозли ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган, даволанмаган ва иммуно-онкологик препаратлар билан даволашни қабул қила олмайдиган ёки тоқат қила олмайдиган беморларга тавсия этилади.	Кучли
Кабозантиниб ИМДСга кўра ўрта ва ёмон прогнозли тиниқ хужайрали мБХС бўлган, даволанмаган ва иммуно-онкологик терапияни қабул қила олмайдиган ёки тоқат қила олмайдиган беморларга тавсия этилади.	Кучли

Бу рандомизацияланган II фазанинг тадқиқотига асосланган бўлса-да, кабозантиниб (заиф) ИМДСга кўра сунитинибга каби яхши натижалар кўрсатди = Халқаро метастатик буйрак саратони маълумотлар базаси консорциуми.

### Мақсадли терапия

Далил	ДД
ВЕГФни ингибитирлашга қаратилган монотерапия иммуно-онкологик препаратлар билан комбинацияланган терапия билан алмаштирилди.	16
Пазопаниб* мБХС ни даволашнинг биринчи қаторда сунитинибдга каби натижалар кўрсатади.	16
Кабозантиниб даволаш олмаган ИМДСга кўра ўрта ва ёмон прогнозли ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларда сунитиниб билан солиштирганда юқори ПЯ натижаларини кўрсатади, лекин УЯ натижаларини эмас.	26
Тивозаниб ЭМА томонидан тасдиқланган, аммо далиллар мавжуд терапия усуллари билан солиштирганда ҳали ҳам паст даражада ҳисобланади.	3
Анти-ВЕГФ монотерапияси ПД-Л1 ингибиторлари	3

комбинацияси билан биринчи қатор терапиядан сўнг афзалроқдир. Олдиндан буюрилган препаратлар билан қайта даволанмаслиги керак.	
Кабозантиниб ёки ниволумаб монотерапияси бир ёки бир нечта қатор анти-ВЕГФ препаратлар ёрдамида терапиясидан кейинги эверолимус терапиясидан устундир.	1б
Еверолимус плацебо билан солиштирганда анти-ВЕГФ терапиясидан сўнг ПЯ ни узайтиради. Ушбу даволаш энди учинчи қатор терапиясидан олдин кенг қўлланилмайди.	1б
мТОР ингибиторлари ва анти-ВЕГФ препаратлари билан терапия ёруғ бўлмаган хужайрали мБХСда чекланган фаолликка эга. Сунитиниб билан эверолимус билан солиштирганда онкологик натижаларда сезиларли яхшиланиш кузатилмади.	2а
Ленватиниб эверолимус билан биргаликда ВЕГФ-резистент касаллигида эверолимус монотерапияси билан солиштирганда ПЯ ни яхшилаган. Иммун жавоби ингибиторлариндан кейин унинг роли ноаниқ. Ушбу комбинация ҳақида ишончли маълумотлар йўқ, бу тавсия қилишни қийинлаштиради.	2а
Ниволумаб ёки кабозантиниб биринчи ёки икки қатор терапиядан сўнг анти-ВЕГФ препаратларига рефрактер метастатик ёруғ хужайрали БХС бўлган, назорат нуқтаси ингибиторларини олмаган беморларга тавсия этилади.	Кучли
Учинчи қатор терапияси учун иккинчи қатор терапияси (ниволумаб ёки кабозантиниб) пайтида бажарилмайдиган секвенирлаш тавсия этилади.	Заиф
Ниволумаб плюс ипилимумаб ёки акситиниб плюс пембролизумаб ёки кабозантиниб плюс ниволумаб ёки ленватиниб плюс пембролизумабга рефрактерли беморлар учун ВЕГФ тирозинкиназа ингибиторлари иккинчи қатор терапия сифатида тавсия этилади.	Заиф
Кабозантиниб ёруғ хужайрали мБХСда анти-ВЕГФ агентлари билан мақсадли терапиядан кейин тавсия этилади.	Кучли
мБХС даволашда тизимли терапиянинг кетма-кетлиги тавсия этилади.	Кучли

ИМДС = Халқаро метастатик буйрак саратони маълумотлар базаси консорциуми.

**8-жадвал: мБХСни биринчи қатор даволаш бўйича янгиланган ЭАУ тавсиялари**

<b>ИМДС прогноз гуруҳи</b>	<b>Даволаш стандарти</b>	<b>Иммунитет назорати пункти ингибиторлар терапиясини қабул қила олмайдиган ёки тоқат қила олмайдиган беморлар учун алтернатив даволаш</b>
ИМДСга кўра яхши прогноз	Кабозантиниб+ниволумаб (1б) Акситиниб+ Пембролизумаб (1б) Ленватиниб+ пембролизумаб (1б) Акситиниб+Авелумаб (1б)	Пазопаниб (1б) Сунитиниб (1б) Баъзи беморларда Акситиниб
ИМДСга кўра ўрта ва ёмон прогноз	Кабозантиниб+ниволумаб (1б) Акситиниб+ Пембролизумаб (1б) Ленватиниб+ пембролизумаб (1б) Акситиниб+Авелумаб (1б) Ипилимумаб+ ниволумаб (1б)	Сунитиниб (1б) Пазопаниб (1б) Кабозатиниб (2а)

ИМДС = Халқаро метастатик буйрак саратони маълумотлар базаси консорциуми.

пазопаниб фақат ўрта хавфли касалликларни даволаш учун мўлжалланган.

[1б] = битта III-фаза рандомлашган назорат қилинган тадқиқот асосида.

[2а] = битта II-фаза рандомлашган назорат қилинган тадқиқот асосида.

<b>ИМДС прогноз гуруҳи</b>	<b>Даволаш стандарти</b>	<b>Алтернатив даволаш</b>
Иммуно-онкологик препаратлар билан олдинги терапия	Кабозантиниб+ниволумаб (1б) Акситиниб+ Пембролизумаб (1б) Ленватиниб+ пембролизумаб (1б) Акситиниб+ Авелумаб (1б)	Пазопаниб (1б) Сунитиниб (1б) Баъзи беморларда Акситиниб
Тирозин киназа ингибиторлар билан олдинги терапия	Ниволумаб (1б) Кабозантиниб (1б)	Акситиниб (2б)

ИО = иммунотерапия;

ТКИ = тирозин киназа ингибиторлар;

ВЕРФ = қон томир эндотелийнинг ўсиш омили.

[16] = битта III-фаза рандомлашган назорат қилинган тадқиқот асосида.

[26] = рандомлашган назорат қилинган III-фаза кичик гуруҳларнинг таҳлили.

[4] = эксперт фикри.

### Неoadъювант ва адъювант терапия билан БХСни даволаш

Далил: резюме	Далиллар даражаси
Адъювант терапия нефрэктомиядан кейин яшовчанликни яхшиламайди.	16
Танланган юқори хавфли беморларда рандомлашган назорат қилинган бир тадқиқотда сунитиниб адъювант терапия режимида прогрессиясиз яшовчанликни (ПЯ) яхшилаган, аммо умумий яшовчанликни (УЯ) эмас.	16
Адъювант терапия режимида сорафениб, пазопаниб, эверолимус, гирентуксимаб ёки акситиниб нефрэктомиядан кейин ПЯ ёки УЯ ни яхшиламайди.	16
Адъювант РКТ юқори хавфли беморларда нефрэктомиядан кейин адъювант иммунотерапиянинг афзалликларини баҳолаш учун давом эттирилади.	16
Сорафениб, пазопаниб, эверолимус, гирентуксимаб ёки акситиниб билан адъювант терапияни таклиф қилманг.	Кучли
Юқори хавфли ёруғ хужайрали БХС жарроҳлик резециясидан кейин адъювант режимида сунитинибни таклиф қилманг.	Заиф

#### Мақсадли ва иммуно-мақсадли терапия режимлари:

1. Пембролизумаб + Акситиниб комбинацияси - Пембролизумаб 200 мг в/и томчилаб, ҳар 3 ҳафтада акситиниб билан биргаликда кунига 2 марта 5 мг.

2. Авелумаб + акситиниб комбинацияси – 28 кунлик курс, Авелумаб 800 мг в/и томчилаб 1 ва 15-кунларда акситиниб билан биргаликда кунига икки марта 5 мг.

3. Авелумаб 800 мг в/и 60 дақиқа давомида ҳар 2 ҳафтада, давомий равишда прогрессияланиш ёки қабул қилиниши мумкин бўлмаган токсик таъсирлар пайдо бўлгунча.

Авелумабнинг дастлабки 4 та инфузиясидан олдин беморга антигистаминлар ва парацетамол билан премедикация бажарилиши керак. Агар тўртинчи инфузия инфузион реакциялар ривожланмасдан тугалланган бўлса, кейинги дозаларни юборишдан олдин премедикация шифокорнинг ихтиёрига кўра белгиланади.

**4. Сунитиниб** - 4 ҳафта давомида кунига 50 мг оғиз орқали, кейин 2 ҳафталик танаффус. Кечирилиши оғир бўлса, қабул қилишни 2 ҳафтагача камайтиради ва кейин 1 ҳафталик танаффус.

**5. Сорафениб** 400 мг оғиз орқали кунига 2 марта (ерталаб ва кечқурун) - суткалик кунлик доза 800 мг. Дозани кунига 400 ва 200 мг га камайтириш мумкин (оғир ён таъсирлар бўлса).

**6. Эверолимус** 10 мг дан кунига бир марта оғиз орқали. Агар заиф толерантлик белгилари пайдо бўлса, дозани 2 даражага камайтириш мумкин: кунига бир марта оғиз орқали 5 мг, ҳар 2 кунда бир марта 5 мг дан.

**7. Пазопаниб** 800 мг оғиз орқали кунига бир марта. Шахсий толерантликга қараб, препаратнинг суткалик дозаси 200 мг га камайиши мумкин, максимал суткалик доза 800 мг дан ошмаслиги ва минимал суткалик дозаси 400 мг дан кам бўлмаслиги керак.

**8. Акситиниб** - кунига 2 марта 5 мг дан, оғиз орқали. Акситинибнинг бошланғич дозаси кунига 2 марта 5 мг дан, агар қабул қилишнинг дастлабки икки ҳафтасида III-IV даражали токсик асоратлар бўлмаса, препаратнинг дозаси кунига 2 марта 7 мг га оширилади; (кейинги икки ҳафта давомида) ва кейин кунига 2 марта 10 мг гача.

**9. Ленватиниб** - ВЕГФР1, ВЕГФР2 ва ВЕГФР3, ФГФР1, ФГФР2, ФГФР3 ва ФГФР4, ПДГФР-а, шунингдек, РИТИТ ва КЕТ тирозин киназа рецепторларининг киназ фаоллигини бостирадиган оғиз тирозин киназа ингибитори. Препаратнинг тавсия этилган суткалик дозаси кунига бир марта 18 мг ни ташкил қилади (еверолимус билан биргаликда кунига бир марта 5 мг дан, препаратлар бир вақтнинг ўзида оғиз орқали қабул қилинади).

**10. Темсиролимус** – ҳафтасига бир марта 30-60 дақиқа давомида 25 мг в/и томчилаб. Даволаш клиник самарадорлик тасдиқланмагунча ёки қабул қилиниши мумкин бўлмаган токсиклик қайд этилмагунча давом эттирилиши керак.

**11. Кабозатиниб** - кунига бир марта 140 мг дан. Капсулаларни очмасдан бутунлай ютиш керак. Оч қоринга, қабул қилишдан камида 2 соат олдин ёки 1 соатдан кейин овқатланиш мумкин. Капсулаларни тўлиқ стакан сув билан қабул қилинади.

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

Препаратнинг фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситаларининг ХПН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Протеинтирозинкиназа а ингибитори	Сунитиниб	4 ҳафта давомида кунига 50 мг дан оғиз	А

		орқали, кейин 2 хафталик танаффус. Толерантлик заиф бўлса, дозани 2 хафтагача камайтириб ва кейин 1 хафталик танаффус.	
Протеинтирозинкиназа ингибитори	Сорафениб	400 мг дан оғиз орқали кунига 2 марта (ерталаб ва кечкурун) - кунлик суткалик доза 800 мг. Дозани кунига 400 ва 200 мг га камайтириш мумкин (оғир ён таъсирлар бўлса).	А
Протеинкиназа ингибитори	Еверолимус	Кунига бир марта оғиз орқали 10 мг. Агар заиф толерантлик белгилари пайдо бўлса, дозани 2 даражага камайтириш мумкин: кунига бир марта оғиз орқали 5 мг, ҳар 2 кунда бир марта 5 мг дан.	А
Тирозинкиназа ингибитори	Пазопаниб	Кунига бир марта оғиз орқали 800 мг. Шахсий толерантликка қараб, препаратнинг суткалик дозаси 200 мг га камайиши мумкин, максимал суткалик доза 800 мг дан ошмаслиги ва минимал суткалик дозаси 400 мг дан кам бўлмаслиги керак.	А

Ирозинкиназ ингибитори	Акситиниб	5 мг дан кунига 2 марта, оғиз орқали. Акситинибнинг бошланғич дозаси кунига 2 марта 5 мг ни ташкил қилади, агар қабул қилишнинг дастлабки икки ҳафтасида III-IV даражали токсик асоратлар бўлмаса, препаратнинг дозаси кунига 2 марта 7 мг га оширилади (кейинги икки ҳафта давомида) ва кейин кунига 2 марта 10 мг гача.	А
Тирозинкиназ ингибитори	Ленватиниб	18 мг кунига бир марта (Еверолимус билан биргаликда кунига бир марта 5 мг, препаратлар бир вақтнинг ўзида оғиз орқали қабул қилинади).	А
Тирозинкиназ ингибитори	Кабозатиниб	140 мг кунига бир марта	А
<b>Юклаб олиш (хаволалар)</b>	<a href="https://diseases.medelemet.com/disease/%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17759">https://diseases.medelemet.com/disease/%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17759</a>		

**Қўшимча дорилар рўйхати (қўлланиш эҳтимоли 100% дан кам):** йўқ.

**3) Жарроҳлик аралашуви:** йўқ.

**4) Кейинги кузатиш:**

Даволашдан кейинги БҲС кузатиши урологга қуйидагиларни баҳолашга имкон беради:

- операциядан кейинги асоратлар;
- буйрак функцияси;

- маҳаллий рецидив;
- контрлатерал буйракда рецидив;
- метастазларнинг прогрессияланиши.

Янги самарали даволаш усуллари мавжудлигига қараб, айниқса, криётерапия ва радио частотали абляциядан кейин маҳаллий рецидив тез-тез такрорланиш юқори бўлганлиги сабабли, янада интенсив кузатиш жадваллари талаб қилиниши мумкин.

10-жадвалда БҲС даволашдан сўнг беморни кузатиш алгоритмига мисол, жумладан, нафақат беморнинг хавф профили, балки даволаш самарадорлиги ҳам келтирилган. Метастатик касаллиги бўлган беморлар учун индивидуал кузатув кўрсатилган (2-чизма - Буйрак саратони метастазларнинг диагностикаси).

**10-жадвал. Беморнинг хавф профили ва даволаниш самарадорлугу асосида БҲС даволашдан кейин тавсия этилган кузатув жадвали**

Хавф профили	Жарроҳлик амалиёти бажарилган кундан кейин онкологик кузатув								
	3 ой	6 ой	12 ой	18 ой	24 ой	30 ой	36 ой	>3 йил	>5 йил (ихтиёрий)
Рецидивнинг хавфи паст	-	КТ	-	КТ	-	КТ	-	КТ ҳар 2 йилда	-
Рецидивнинг хавфи ўрта	-	КТ	КТ	-	КТ	-	КТ	КТ ҳар йили	КТ ҳар 2 йилда
Рецидивнинг хавфи юқори	КТ	КТ	КТ	КТ	КТ	-	КТ	КТ ҳар йили	КТ ҳар 2 йилда

КТ = кўкрак ва қорин бўшлиғининг компютер томографияси, алтернатив равишда қорин бўшлиғи учун магнит-резонанс томографиядан фойдаланинг;

УТТ = қорин бўшлиғи, буйрак ва буйрак ўзанининг УТТси.

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

- «ўсма жавоби» - даволашдан кейин ўсманинг регрессияси;

**Тўлиқ самара** - 4 ҳафтадан кам бўлмаган муддатга барча шикастланиш ўчоқларининг йўқолиши.

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

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

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

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

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

### **1) Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

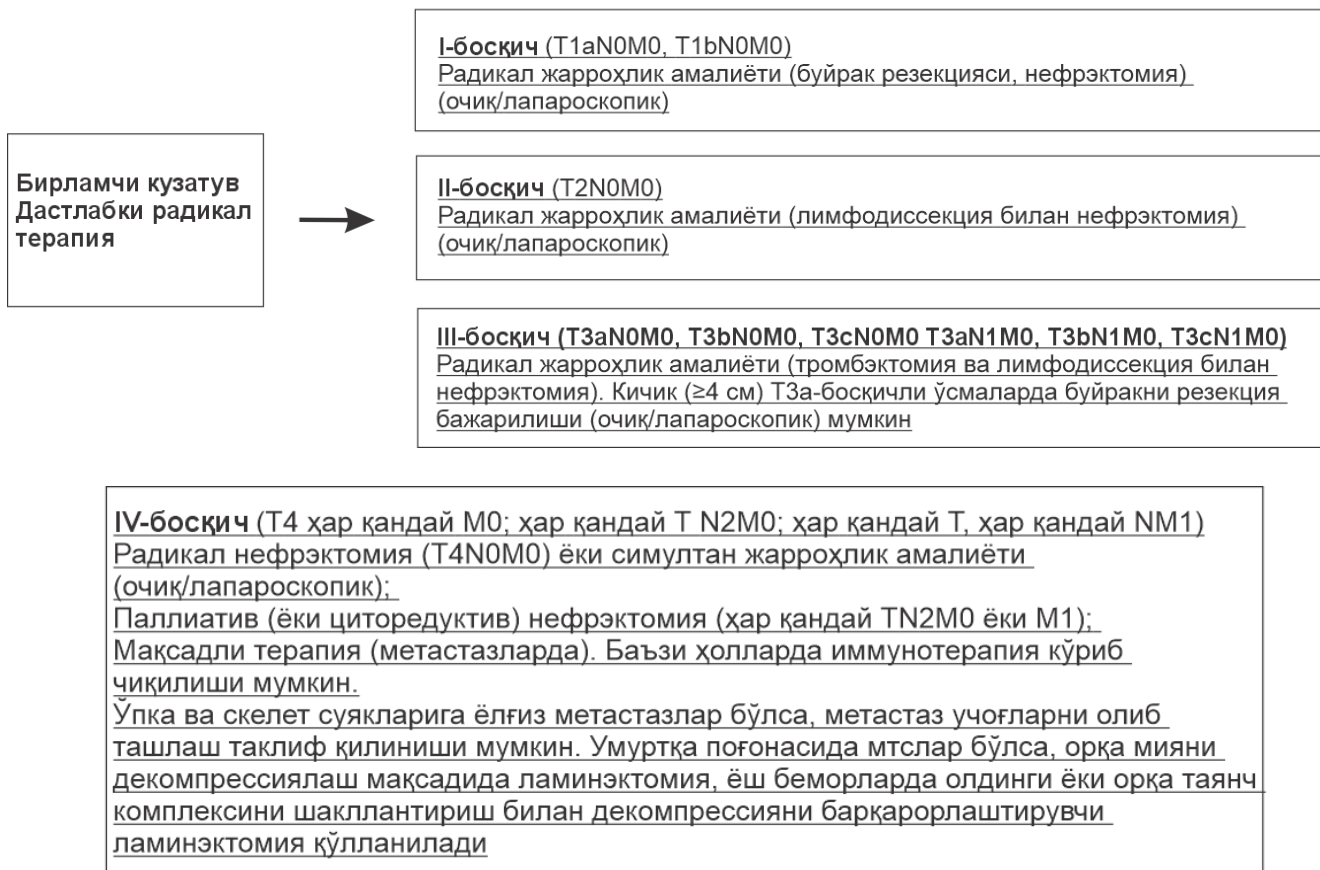
- 24 соатлик ёки кундузги стационар шароитида кузатувни талаб қиладиган мураккаб интервенцион диагностик тиббий аралашувларни амалга ошириш зарурати;
- 24 соатлик ёки кундузги стационар шароитида кузатувни талаб қиладиган ихтисослаштирилган ўсмага қарши даволаш зарур бўлганда (жарроҳлик аралашувлар, дори терапияси ва бошқалар).

### **2) Шошилич касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- зудлик билан ва шошилич шаклда ихтисослашган тиббий ёрдамни талаб қиладиган онкологик касалликнинг асоратлари мавжудлиги;
- саратон касаллигини даволашнинг асоратлари (жарроҳлик аралашуви, дори терапияси ва бошқалар) мавжудлиги.

## **6. Стационар даражасида даволаш тактикаси ([https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/11/rak-pochki\\_23.pdf](https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/11/rak-pochki_23.pdf)).**

### **1) Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутлаш: 1-расм.**



↓  
**КУЗАТУВ**

Назорат текширувлар жадвали	Tekshiruv turi	
6 ойдан кейин	ҚБА, буйрак ва буйрак ўзанининг УТТси	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси
1 йилдан кейин	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси	
2 йилдан кейин	ҚБА, буйрак ва буйрак ўзанининг УТТси	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси
3 йилдан кейин	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси
4 йилдан кейин	ҚБА, буйрак ва буйрак ўзанининг УТТси	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси
5 йилдан кейин	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси	
5 йил ўтгач	Рўйхатдан чиқариш	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси

**1-расм. Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутлаш**

**2) Номедикаментоз даволаш:**

**Режим:**

- режим 1 (ётиб даволаниш режими) жарроҳлик амалиётидан кейинги биринчи кун;
- режим 2 (ярим ётиб даволаниш режими) жарроҳлик амалиётидан 2-3 кун ўтгач;

- режим 3 (умумий) эркин режим;
- парҳез – 7-стол

### 3) Медикаментоз даво

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

Стационар даражада, 24 соатлик ёки кундузги стационар шароитида амалга оширилади. Инъекция учун мўлжалланган дорилар қўлланилади (мақсадли терапия ёки иммуно-онкологик препаратлар билан даволаш).

#### 11-жадвал. Қўшимча дорилар рўйхати (100% қўлланиш эҳтимоли бор):

Препаратнинг фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситаларининг ХПН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Протеинкиназа ингибитори	Темсиролимус*	25 мг в/и томчилаб, ҳафтада бир марта 30-60 дақиқа давомида.	А
ПД-1 ингибитори, моноклонал антитана	Пембролизумаб	200 мг в/и ҳар 3 ҳафтада акситиниб билан биргаликда кунига 2 марта 5 мг дан.	А
ПД-Л-1 ингибитори, моноклонал антитана	Авелумаб	800 мг в/и томчилаб 1 ва 15-кунларда акситиниб билан биргаликда кунига икки марта 5 мг дан.	А
<b>Юклаб олиш (ҳаволалар)</b>	<a href="https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17759">https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17759</a>		

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

#### 4) Жарроҳлик аралашуви.

Даволаш мақсадлари:

- ўсмани радикал тарзда олиб ташлаш;

- бирламчи ўчоқни олиб ташлаш ва гистологик текшириш;
- ўсманинг қисман ёки тўлиқ регрессиясини барқарорлаштириш;
- умумий ҳолатни яхшилаш;
- умумий яшовчанликни ошириш.

**12-жадвал.** Ўсма жараёнининг босқичига қараб буйрак саратонини даволаш.

Касаллик босқичи	Даволаш усуллари
I-босқич (T1aN0M0, T1bN0M0)	Радикал жарроҳлик амалиёти (буйрак резекцияси, нефрэктомия) (очик/лапароскопик).
II-босқич (T2N0M0)	Радикал жарроҳлик амалиёти (лимфодиссекция билан нефрэктомия) (очик/лапароскопик)
III-босқич (T3aN0M0, T3bN0M0, T3c N0M0 T3aN1M0, T3bN1M0, T3c N1M0)	Радикал жарроҳлик амалиёти (тромбектомия ва лимфодиссекция билан нефрэктомия). Кичик ( $\geq 4$ см) T3a-босқичли ўсмаларда буйракни резекция бажарилиши (очик/лапароскопик) мумкин.
IV-босқич (T4 ҳар қандай M0; ҳар қандай T N2M0; ҳар қандай T, ҳар қандай NM1)	Радикал нефрэктомия (T4N0M0) ёки симултан жарроҳлик амалиёти (очик/лапароскопик); Паллиатив (ёки ситоредуктив) нефрэктомия (ҳар қандай TN2M0 ёки M1); Мақсадли терапия (метастазларда). Баъзи ҳолларда иммунотерапия кўриб чиқилиши мумкин. Ўпка ва скелет суяқларига ёлғиз метастазлар бўлса, метастаз учоғларни олиб ташлаш таклиф қилиниши мумкин. Умуртқа поғонасида метастаз бўлса, орқа мияни декомпрессиялаш мақсадида ламинектомия, ёш беморларда олдинги ёки орқа таянч комплексини шакллантириш билан декомпрессияни барқарорлаштирувчи ламинектомия қўлланилади.

*Еслатма: БҲСни радикал жарроҳлик даволашдан сўнг адъюван терапия кўрсатилмаган [5] (ДД - А).*

**Жарроҳлик аралашуви:** буйрак саратонини даволаш стандарти радикал ёки кенгайтирилган нефрэктомия (лапаротомия, шу жумладан лапароскопик, робот ёрдамида).

**Радикал нефрэктомия** буйракни атрофдаги ёғ ўтқималари, Герота фасцияси, буйрак усти безлари ва минтақавий лимфа тугунлари билан бирга битта блок сифатида олиб ташлашни ўз ичига олади.

Кенгайтирилган нефрэктомияда, агар ўсма уларга тарқалган бўлса, қўшимча равишда атрофдаги аъзоларни резеция қилиш амалга оширилади.

**Радикал ёки кенгайтирилган нефрэктомияни амалга оширишда қуйидаги тамойилларга амал қилиш керак:**

- буйракни манипуляция қилишдан олдин буйрак томирларини боғлаш имконини берувчи жарроҳлик киришдан фойдаланиш (торако-урологик ва урологик киришлар оптимал ҳисобланади);

- буйракни ўсма, унинг атрофидаги ёғ тўқималари ва фасция билан бир блок сифатида олиб ташлаш;

- МРТ ва/ёки КТ маълумотлари асосида буйрак усти безига шикастланиш ёки метастазлаш борлигига шубҳа бўлса, агар ўсма сТ3-Т4 буйракнинг юқори қутбига таъсир қилса, шикастланган томонда адреналектомия;

- тўлиқ лимфодиссекция (классик вариант) сТ3-Т4 ўсмаларда амалга оширилади. Ўнг буйрак саратонида у диафрагмадан умумий ёнбош веналарининг қўшилиш жойигача бўлган латерокавал, прекавал, ретрокавал ва интер-аортокавал лимфа тугунларини олиб ташлашни ўз ичига олади. Чап буйрак саратонида лимфодиссекция диафрагмадан аорта бифуркациясигач бўлган латероаорттик, преаорттик, ретроаорттик ва интераортокавал лимфа тугунларини олиб ташлашни ўз ичига олади. Т1-Т2 босқичида бўлган ўсмалар учун кенгайтирилган лимфодиссекция керак эмас. Ўнг буйрак саратонида чекланган лимфодиссекцияси диафрагмадан ОКВ қўшилишигача бўлган латерокавал, прекавал ва ретрокавал лимфа тугунларини олиб ташлашни ўз ичига олади. Чап буйрак саратони бўлса, латероаорттик ва преаорттик лимфа тугунлари диафрагмадан аорта бифуркациясига олиб ташланади;

- ўсма тромби буйрак ёки остки кавак вена бўшлиғига тарқалса, тромб олиб ташланади. Ўсма тромби ОКВнинг бўшлиғига тарқалиб кетган тақдирда, томир тромбнинг юқорисидан ва остидан, шунингдек, карама-қарши буйрак венасидан сиқилади, кейинчалик тромбдан остида жойлашган вена кесилгандан кейин тромб чиқарилади. Ўсма томир деворига ўсганда, ОКВ нинг берилган қисмини резеция қилиш томир деворининг бутун қалинлиги бўйлаб амалга оширилади.

Ўсма атрофдаги аъзолар ва тўқималарга тарқалиб кетган тақдирда, кесилган қирраларнинг интраоператив текшируви билан шикастланган аъзолар ва тўқималарни резеция қилиш билан бирлаштирилган жарроҳлик амалиёти амалга оширилади.

**Буйрак резецияси:**

**Кўрсаткичлар:**

**- Мутлак:**

- битта ёки иккала буйрак саратони (очик, лапароскопик, робот ёрдамида);
- бир буйрак саратони ва функционал қобилиятсиз СБЕ билан иккинчи буйрак.

**- Нисбий:**

- СБЕ латент босқичи билан контрлатерал буйрак касалликлари;
- соғлом бошқа буйрак билан, агар 4 см гача бўлган соғлом ўсма тўқималарида резеция қилиш мумкин бўлса (Т1а);
- буйрак резецияси пТ1б босқичида ҳам, фақат эҳтиёткорлик билан танланган беморларда амалга оширилиши мумкин.

**13-жадвал. Локаллаштирилган ва маҳаллий ривожланган БҲСни даволаш бўйича тавсиялар**

Тавсиялар	ДД
Жарроҳлик аралашув БҲС учун ягона радикал даволаш усули ҳисобланади.	С
Т1-босқичидаги ўсмалар учун, иложи бўлса, буйрак резецияси амалга оширилиши керак.	В
Тегишли техник имкониятлар мавжуд бўлса Бюрак резецияси диаметри <7 см бўлган солитар буйрак ўсмалари учун стандарт амалиёт ҳисобланади.	С
Буйрак резециясини амалга ошираётганда, маҳаллий рецидивнинг олдини олиш учун соғлом тўқималар чегарасида минимал оралиқ талаб қилинади.	В
Кенгайтирилган лимфаденектомия яшовчанликнинг яхшиланиши ҳақида маълумотлар йўқлиги сабабли барча беморларга тавсия этилмайди. Пайпасланадиган ва/ёки катталашган лимфа тугунлари бўлган беморларда босқичлаш учун кенгайтирилган лимфаденектомия амалга оширилиши керак.	А
Операциядан олдинги КТси маълумотларига кўра буйрак усти безлари нормал бўлган беморларга ва интраоператив текширувда буйрак усти безига метастазлар ёки буйрак усти безига тўғридан-тўғри ўсма ўсиши аниқланмаган беморларга адреналектомия тавсия этилмайди.	С
Катта ўсмалари (>7 см) бўлган беморларда ёки аъзоларни сақловчи операциядан кейин ижобий резеция чегараси бўлган беморларда буйрак ичи рецидивларнинг прогрессияланиш хавфи юқори.	С
Лапароскопик радикал нефрэктомия кўрсатилади ва БҲС Т2-босқичи	С

бўлган беморлар ва буйракни резеция бажариш мумкин эмас бўлган беморлар учун стандарт даволашдир.	
T1-босқичдаги ўсмалари бўлган беморларга лапароскопик радикал нефрэктомия кўрсатилмайди, уларга буйрак резецияси тавсия этилади	C
Очиқ буйрак резецияси бугунги кунда даволаш стандарти бўлиб қолмоқда. Лапароскопик ва робот ёрдамида бажарилаётган буйрак резецияси очиқ буйрак резецияга алтернатив усули деб ҳисобланади.	C

## **Жарроҳлик алтернативалари**

### **Кузатув**

Кекса беморлар ва буйракда тасодифан топилган кичик ҳосиласи билан ҳамроҳ патология билан беморларнинг буйрак саратонидан ўлим даражаси паст ва рақобатдош сабабларга кўра сезиларли ўлим даражаси мавжуд. Баъзи кекса ёшдаги ва/ёки ҳамроҳ касалликлари бўлган беморларда буйракнинг кичик ҳосилаларини кузатиш, сўнгра, зарурати туғилса, ривожланишда даволаш учун фаол кузатув (ФК) мақсадга мувофиқ бўлиши мумкин.

ФК тушунчаси кутиш тушунчасидан фарқ қилади. Кутиш ҳар қандай кейинги фаол даволанишга зид бўлган ва клиник кўрсатма бўлмаса, кейинги визуализацияни талаб қилмайдиган ҳамроҳ касалликлар бўлган беморлар учун мўлжалланган.

### **Криоабляция ва радиочастотали абляция**

Ҳозирги вақтда қисман нефрэктомия билан солиштирганда криоабляция ёки радиочастотали абляция усулларининг онкологик фойдасини кўрсатадиган маълумотлар йўқ.

<b>Тавсиялар</b>	<b>Тавсиялар даражаси</b>
Кичкина буйрак ҳосиласи бўлган беморларга заифлик ва/ёки ҳамроҳ касалликка қадар фаол кузатув (ФК) ёки тепловизион абляцияни (ТА) ни таклиф қилинг.	Заиф
Тери ости буйрак биопсиясини ТА дан олдин, лекин бир вақтнинг ўзида эмас бажаринг.	Кучли
ТА таклиф қилинганда, бемор билан саратон натижалари ва асоратлари билан боғлиқ зарар/фойдаларни муҳокама қилинг.	Кучли
3 см дан катта ўсмалар учун ТА ва 4 см дан катта ўсмалар учун криоабляцияни мунтазам равишда таклиф қилманг	Заиф

### **Маҳаллий ривожланган БҲСни даволаш**

Лимфа тугунлари метастазлари (сН +) мавжуд бўлганда даволаш.

Клиник жиҳатдан ижобий ЛН (сН+) мавжуд бўлганда, лимфа тугунларининг диссексияси ҳар доим ўринли, аммо лимфа тугунларининг диссексияси кўлами ҳали ҳам мунозарали бўлиб қолмоқда.

Паст сифатли далиллар, метастатик касаллик бўлмаса, ўсма тромбини олиб ташлаш кераклигини кўрсатади. Ўсма эмболизацияси ёки ОКВ филтри каби адьювант муолажалар ўсма тромбини даволашда ҳеч қандай фойда келтирмайди.

Жарроҳлик амалиётига яроқсиз ёки операция қилиб бўлмайдиган касаллиги бўлган беморларда эмболизация аломатларни, шу жумладан кўринадиган гематурия ёки ёнбош оғриғини, назорат қилиши мумкин. Жарроҳлик амалиётидан кейин ёрдамчи терапия қўлланилиши ҳақида ҳозирча ҳеч қандай далил йўқ.

### Веноз ўсма тромбози билан БҲСни даволаш

Тавсиялар	Тавсиялар даражаси
Клиник жиҳатдан кенгайган лимфа тугунлари (ЛН) бўлган беморларда босқич, прогноз ва кейинг кузатув тактикасини аниқлаш учун лимфа тугунларнинг диссекциясини амалга оширинг.	Заиф
Агар томирлар метастатик бўлмаган касалликда шикастланган бўлса, буйрак ўсма ва тромбини олиб ташланг.	Кучли
Метастатик касаллик учун жарроҳликни мултидисциплинар жамоанинг таркибида муҳокама қилинг.	Заиф

### Ситоредуктив нефрэктомия

Ўсманинг нефрэктомияси фақат барча ўсма конгломератлари олиб ташланган тақдирдагина даволайди. Бу бирламчи ўсмаси бўлган ва бир ёки олигометастатик резецияли касаллиги бўлган беморларни ўз ичига олади.

Метастатик касаллиги бўлган беморларнинг аксарияти учун ситоредуктив нефрэктомия (СРН) паллиатив ҳисобланади ва тизимли терапия талаб этилади.

Далил	Далил даражаси
СС-метастатик БҲС (мБҲС) бўлган ўрта хавфли беморларда жарроҳлик амалиётидан олдин сунитиниб билан кечиктирилган СРН иккиламчи якуний таҳлилда яшовчанлик фойдасини кўрсатади ва тизимли терапияга ажралмас қаршиликка эга беморларни танлайди.	2б
Сунитинибнинг ўзи қон томир эндотелиал ўсиш омили рецепторлари (ВЕГФР) тирозин киназа ингибитори (ТКИ) билан тизимли даволашни талаб қиладиган ўрта ва паст хавфли МСКСС бўлган беморларда сунитинибдан кейин	1а

СРН дарҳол таъсирли препаратдан кам эмас.	
Битта метастаз ёки олигометастазнинг бир вақтнинг ўзида тўлиқ резецияси бўлган беморларда ситоредуктив нефрэктомия яшовчанликни яхшилаши ва тизимли терапияни кейинга суриши мумкин.	3
Паст хавфли МСКСС ёки ИМДС ( $\geq 4$ омил) бўлган беморлар маҳаллий терапиядан фойда кўрмайди.	1a
ИСИ асосидаги комбинацияланган терапия билан даволанган бирламчи ўсмаси ин ситу бўлган беморлар сунитиниб билан даволаш билан солиштирганда тадқиқотчи кичик гуруҳлар таҳлилларида юқори ПЯ ва УЯга эга.	2b
Паст хавфли МСКСС беморларида ситоредуктив нефрэктомияни (СН) бажармаслик.	Кучли
Асимптоматик сиNхрон бирламчи ўсмаси бўлган ва тизимли терапияни талаб қиладиган ўрта хавфли МСКСС беморларда дарҳол СНни бажармаслик.	Заиф
Асимптоматик сиNхрон бирламчи ўсмаси бўлган ва тизимли терапияни талаб қиладиган ўрта хавфли МСКСС беморларида СНсиз тизимли терапияни бошлаш.	Заиф
Тизимли терапиядан клиник фойда кўрадиган беморлар билан кимиётерапия кечиктиришни муҳокама қилинг.	Заиф
Тизимли терапияни талаб қилмайдиган яхши ишлаш ҳолатига эга бўлган беморларда СН ни дарҳол бажариш.	Заиф
Олигометастазлар бўлган беморларда метастазларни тўлиқ маҳаллий даволашда СН нинг дарҳол бажарилиши.	Заиф

### **Рецидивли БХС**

Қисман нефрэктомиядан сўнг ёки абляция терапиядан кейин даволанган буйракда маҳаллий рецидивли касаллик пайдо бўлиши мумкин.

Радикал нефрэктомия (РН) ёки нефрон сақловчи терапиядан сўнг рецидив буйрак ўзани ёки минтақавийда пайдо бўлиши мумкин, масалан, ўсманинг венотромбози ёки қорин пардаси ортидаги лимфа тугунларига метастазлар. РНдан кейин буйрак ўзанида изоляция қилинган маҳаллий рецидив кам учрайди.

Беморлар маҳаллий рецидивли касалликнинг тўлиқ жарроҳлик резециясидан фойда олишлари мумкин. Ўсманинг прогрессив ўсиши ва оғриғи туфайли тўлиқ жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш мумкин бўлмаган ҳолларда паллиатив даволаш, шу жумладан нур терапияси ва тизимли терапия тавсия этилади.

**Узоқ метастазлар билан буйрак саратони билан оғриган беморларни даволаш**

Буйрак саратони билан оғриган беморларнинг 10-15 фоизда дастлабки кўринишда узоқ метастазлар аниқланади.

Тарқалган БҲС билан касалланган беморлар прогностик жиҳатдан турли хил гуруҳни ифодалайди.

Беморларнинг умумий яшовчанликга салбий таъсир кўрсатадиган номувофик прогностик омиллар (Мемориал Слоан Кеттеринг Сансер Сентер прогностик модели; МСКСС):

- соматик ҳолат (Карновский шкаласи бўйича <70%); ЛДГ даражасининг норманинг юқори чегарасидан >1,5 га ошиши; гемоглобин даражаси < меъёрнинг пастки чегараси;

- қон зардобидаги коррекцияланган  $\text{Ca}^{2+}$  даражаси > 10 мг/дл ёки > 2,5 ммол/л; БҲСнинг дастлабки ташхисидан терапия бошланишигача бўлган вақт < 1 йил;

МСКСС моделига кўра, тарқалган БҲС билан касалланган барча беморлар 3 гуруҳга бўлинган:

- яхши прогноз гуруҳи (хавф омиллари йўқ, ўртача яшовчанлик ~ 30 ой);
- ўрта прогноз гуруҳи (1-2 хавф омиллари, ўртача яшовчанлик ~ 14 ой);
- ёмон прогноз гуруҳи ( $\geq 3$  хавф омили, ўртача яшовчанлик ~ 6 ой).

Ҳозирги вақтда буйрак саратонидан бир нечта узоқ метастазлар бўлган беморларни даволаш учун стандартлар мавжуд эмас. Метастатик буйрак ҳужайрали саратонни даволаш учун қуйидаги усуллардан фойдаланиш мумкин:

Узоқ метастазлар билан буйрак саратони билан оғриган бирламчи беморларда даволашнинг биринчи босқичида (агар беморнинг умумий ҳолати имкон берса - яхши прогноз гуруҳи), паллиатив ёки кенгайтирилган жарроҳлик (нефрэктомия) амалга оширилади.

Жарроҳлик даволаш фақат барча аниқланадиган ўсма ўчоқлари олиб ташланган тақдирдагина даволанишга олиб келади. Метастатик БҲС бўлган беморларнинг кўпчилигида нефрэктомия паллиатив ҳисобланади ва кейинги тизимли даволанишни талаб қилади.

Радикал нефрэктомиядан сўнг буйрак саратони билан оғриган беморларда узоқ метастазлар аниқланганда, техник жиҳатдан иложи бўлса, уларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлашга ҳаракат қилиш керак (якка метастазлар).

Радикал жарроҳликдан сўнг буйрак саратони билан оғриган беморларда кўплаб метастазлар аниқланганда, яхши прогнозли, жараённинг чекланган тарқалиши, минимал шикастланиш ҳажми ва касаллик белгилари бўлмаса, монотерапияда ИНФ- $\alpha$  дан фойдаланиш даволаш самарадорлигини ва прогрессив

ҳолатларда мақсадли дори-дармонларни қўллаш имкониятини диққат билан кузатиб бориш шарти билан рухсат этилади. Метастазларнинг қисман регрессияси бўлса, техник имкониятлар юзага келса, улар жарроҳлик йўли билан олиб ташланади. Бошқа ҳолларда, мақсадли терапия амалга оширилади.

Скелет суякларига метастазларда оғриқ синдромини камайтириш учун нур терапиясининг паллиатив курси ўтказилиши мумкин.

### **Метастазектомия учун кўрсатмалар:**

- Илгари ўтказилган радикал ёки паллиатив нефрэктомия беморларда солитар ёки якка метастазларни радикал тарзда олиб ташлаш имконияти.

### **Метастазектомияга қарши кўрсатмалар:**

- Барча аниқланадиган ўсмаларни (буйрак ўсмаси ва метастазлар) радикал олиб ташлашнинг имконият йўқлиги;
- МСКСС шкаласи [7] бўйича ўрта ёки ёмон прогноз;
- Олдинги даволаш ёки динамик кузатувда ўсма жараёнининг тошқин прогрессияланиши ёки қисқа вақт ичида янги метастазларнинг пайдо бўлиши;
- Юқори операцион хавф.

### **Метастатик буйрак саратони учун қўшимча даволаш усуллари**

Гематурия ривожланиши туфайли узоқ метастазлари бўлган бирламчи беморларда нефрэктомия бажариш мумкин бўлмаган ҳолларда, гемостатик мақсадларда буйрак артерияси эмболизацияси қўлланилади.

Скелет суякларида метастазлар бўлса, оғриқ синдромини йўқотиш учун СЎД 5 ГР дан 35 ГР гача бўлган катта фракциялар билан нур терапияси қўлланилади ва бифосфонатлар буюрилади.

Нур терапияси бош мия метастазлари учун ҳам қўлланилиши мумкин.

### **Метастатик БҲСда нур терапиясига кўрсатмалар:**

- 1-3 бош мия метастазлари бўлган БҲС беморлари;
- касалликнинг экстракраниал намоёнларининг йўқлиги ёки бу намоёнларни дори усуллар ёрдамида назорат қилиш имконияти;
- оғриқ синдроми мавжудлигида суяк метастазлари бўлган беморлар.

**14-жадвал. Метастатик БҲС билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш ва нур терапияси бўйича тавсиялар [6]**

Тавсиялар	Далиллар даражаси
Метастатик БҲС ва яхши умумий соматик ҳолати бўлган	С

беморларга паллиатив нефрэктомия тавсия этилади.	
Метастатик БҲС билан оғриган беморларда метастазларни олиб ташлаш резецсияли шикастланиши, паст жарроҳлик хавфи, қонқарли умумий аҳволи, беморнинг яхши прогнози ва касалликнинг суёт курси бўлган танланган беморларда амалга оширилиши керак.	С
Иммунотерапия ва/ёки бошқа тизимли даволанишга жавоб берган беморларда резидуал метастазларни радикал тарзда олиб ташлаш мумкин.	С
Баъзи ҳолларда бош миянинг метастатик шикастланиши ва суяк метастазлари бўлган беморларда стереотаксик нур терапиясидан фойдаланиш аломатларларнинг намоёнлигини сезиларли даражада камайтириши мумкин.	С

### **Паллиатив ёрдам:**

- Кучли оғриқ синдромида даволаш “Инкурабел босқичдаги сурункали оғриқ синдроми билан кечадиган сурункали прогрессив касалликларга чалинган беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш” протоколи тавсияларига мувофиқ амалга оширилади.

- Қон кетиш ҳолатларида даволаш “Қон кетиши билан кечадиган инкурабел босқичдаги сурункали прогрессив касалликларга чалинган беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш” протоколи тавсияларига мувофиқ амалга оширилади.

### **Нур терапия:**

- буйрак саратони нур терапиясига чидамли, шунинг учун буйрак ҳужайрали саратонида бирламчи ўчоқ учун нурли даволаш усуллари кўрсатилмаган. Нур терапияси оғриқни йўқотиш учун суякдаги метастатик ўчоқларни нурлантириш ёки бош миядаги метастатик ўчоқларни нурлантириш учун ишлатилиши мумкин. Бундай ҳолларда беморларда нур терапиясидан фойдаланиш аломатларнинг оғирлигини сезиларли даражада камайтириши мумкин.

### **Нур терапия учун кўрсатмалар:**

- хавфли ўсманинг морфологик аниқланган ташҳиси; рецидивларда, ўсма ўсишининг давом этиши ёки илгари қўлланиладиган комбинацияланган ёки комплекс даволашдан кейин касалликнинг прогрессиялашда.

### **Нур терапияга қарши кўрсатмалар:**

- ҳамроҳ соматик патология (юрак-қон томир, нафас олиш, сийдик-таносил, овқат ҳазм қилиш ва бошқалар) туфайли декомпенсацияланган умумий ҳолат;
- беморнинг онкологик жараён натижасида келиб чиққан умумий соматик инкурабел ҳолати.

### **Нур терапиясининг мақсадли функцияси:**

- радикал нур терапияси; паллиатив нур терапияси.

### **Симптоматик нур терапияси:**

- профилактик нур терапияси.

### **Нур терапиянинг турлари:**

- Фотон терапияси (рентгенотерапия, юқори қувватлар тормозланиш нурланиши, гамма терапия).

- Корпускуляр терапия ( $\beta$ -терапия; юқори қувватлар тез электронлари, протон, ион, нейтрон).

### **Нур терапия усуллари:**

- мустақил нур терапияси; жарроҳлик амалиёт олдинги нур терапияси; операциядан кейинги радиация терапияси; кимёнури терапия.

### **Нур терапия усуллари:**

1-ўлчовли нур терапияси (1ДРТ);

2-ўлчовли анъанавий (стандарт) нур терапияси (2Д РТ);

3-ўлчовли конформал нур терапияси (3Д СРТ); интенсивликни модуляцияси билан нур терапия (ИМРТ); тасвирга асосланган нур терапияси (ИГРТ); нафас олиш билан синхронлашган нур терапияси (4ДРТ); стереотаксик радиожарроҳлик (СРС); стереотаксик радиотерапия (СРТ); интраоперацион нур терапияси (ИОРТ); брахитерапия;

- протон нурлари билан терапия;

- томо қурилмаларда томотерапия. Бир мартали ва суммар ўчоқ дозаларни келтириш учун стандарт фракциялаш усуллари қўлланилади. Бироқ, томотерапияда асосий эътибор БМЎД <2,5 ГР да гипофракциялашга қаратилган.

### **Нур терапия усуллари:**

- Узлуксиз нур терапияси.

- СРСда бир фракцияли нур терапияси.

- 1,6 ГР дан 12,0 ГР гача бўлган БМЎД да фракцияланган нур терапияси ҳафтасига 2-5 фракция:

- стандарт фракциялаш;

- гипофракциялаш;

- гиперфракциялаш;

- тезлаштирилган фракциялаш;

- мултифракциялаш.

### **Бош миянинг метастатик шикастланишда нур терапияси.**

#### ***С1 бўйиннинг умуртқа поғонасигача бош миянинг тотал нурланиши:***

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

#### ***Бош миянинг локал нурланиши***

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

#### ***Скелет суякларнинг метастатик шикастланишда нур терапияси.***

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

#### **Нур терапияга тайёргарлик:**

1. Бемор позициясини ва маҳкамлаш мосламаларини танлаш.
2. Рентген симуляторида белгилаш (марказлаш).
3. КТ мосламаларида КТ топометрияси.
4. КТ ва МР маълумотларининг комбинацияси (биргаликда рўйхатга олиш).
5. Контурометрия (контурни чизиш).
6. Тиббий физиклар томонидан нур терапиясининг компютерлаштирилган дозиметрик режалаштириши, яъни нур терапияси режасини ҳисоблаш.
7. Нур терапияси режасини тиббий физиклар билан биргаликда муҳокама қилиш ва тасдиқлаш (фақат нур терапевт-рентгенолог режани тасдиқлаши мумкин!).
8. Симуляция - рентген симуляторининг рентгеноскопик назорати пайтида

дозиметрик режани текшириш.

9. Шифокор ва тиббий физик иштирокида беморнинг биринчи жойлашиши.

### **БХС учун алтернатив даволаш усуллари:**

Фаол кузатув.

Кекса беморлар ва кичик тасодифий аниқланган буйрак ўсмалари бўлган оғир ҳамроҳ патология билан беморларда БХСдан ўлим хавфи нисбатан паст ва ҳамроҳ касалликлардан ўлим хавфи сезиларли даражада юқори. Фаол кузатув тактикаси қорин бўшлиғини тасвирлашнинг замонавий усуллари (УТТ, КТ ёки МРТ) асосида ўсма ўлчамини доимий мониторингини ўз ичига олади, бунда кузатув даврида клиник прогрессияси бўлса, кечиктирилган аралашув имконияти мавжуд. Энг катта кузатувлар серияларида кўпчилик беморларда буйрак ўсмаларининг ўсиши эҳтимоли паст ва метастазларнинг прогрессияланиши билан ривожланиш чекланган миқдордаги беморларда (1-2%) кузатилади. Қисқа ва ўрта муддатли онкологик натижалар шуни кўрсатадики, фаол кузатув стратегияси буйракнинг кичик ҳосилаларини дастлабки мониторинги учун мос келади, агар керак бўлса, прогрессияланишда даволаш мумкин.

### **Мақсадга мувофиқликлиги:**

Буйракда кичик ўсмалар мавжудлигида клиник аҳамиятсиз БХСни аниқлашнинг юқори эҳтимоли.

Буйракда кичик ўсмалар бўлган беморларнинг 10-15 фоизида буйракнинг безарар ўсмалари мавжуд.

### **Афзалликлари:**

- терапиянинг ён таъсирларини олдини олиш;
- беморнинг ҳаёт сифатини ва жисмоний фаоллигини сақлаб қолиш;
- клиник аҳамиятсиз ўсмаларнинг "кераксиз" терапиясининг олдини олиш;
- даволаш харажатларини камайтириш;
- клиник ўсиш ҳолатларида кечиктирилган аралашув имконияти.

### **Камчиликлари:**

- касалликнинг прогрессияланиш эҳтимоли;
- кўпроқ тарқалган касалликнинг прогрессияланиши аниқланса, уни даволашда мураккабликлар;
- беморда психологик ноқулайлик;
- доимий мониторинг зарурати (қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларининг УТТ, КТ ёки МРТси).

## **Аблатив методикалар.**

БҲС ни жарроҳлик даволашнинг бор алтернативлари замонавий тасвирлаш усуллари назоратида амалга ошириладиган тери орқали минимал инвазив муолажаларни ўз ичига олади, масалан тери орқали радиочастотали абляция, криоабляция, микротўлқинли ва лазерли абляция ва юқори интенсив фокусланган ултратовушли (ҲИФУ) абляция.

### **Афзалликлари:**

- камроқ жароҳатланиш;
- амбулатор режимида даволаниш имконияти;
- жарроҳлик хавфи юқори бўлган беморларни даволаш имконияти;
- биринчи абляцён сеанси самарасиз бўлган тақдирда такрорий аралашув имконияти;
- даволаш харажатларини камайтириш.

### **Минимал инвазив аблатив усуллардан фойдаланишга кўрсатмалар:**

- кекса беморларда буйрак пўстлоқли моддада тасодифан аниқланган майда ўсмаларнинг мавжудлиги;
- беморларнинг кўп миқдордаги ўсмаларнинг ривожланишига генетик мойиллиги;
- беморда жарроҳлик йўли билан даволаб бўлмайдиган икки томонлама ўсмаларни аниқлаш;
- беморда якка буйрак борлиги ва жарроҳлик амалиётидан кейин реноприв ҳолатни ривожланиш юқори хавфи (ДД – Б) [5,6,7]

### **Аблатив усуллардан фойдаланишга қарши кўрсатмалар:**

- умр кўриш давомийлиги <1 йил;
- бир нечта метастазларнинг мавжудлиги;
- ўсманнинг катталиги ёки жойлашуви туфайли даволанишнинг муваффақияти эҳтимоли паст бўлиши.

Умуман олганда, диаметри 3 см дан катта бўлган ёки буйрак дарвозада, марказий йиғиш тизимида ёки проксимал сийдик йўли бўлимида жойлашган ўсмалар учун аблатив тери орқали аралашувлар тавсия этилмайди.

### **Аблатив усуллардан фойдаланишга мутлақ қарши кўрсатмалар:**

- қайтмас коагулопатияларнинг мавжудлиги;
- ўта юқори операцион хавф.

Мавжуд аблатив усуллар орасида РЧА ва криоабляциянинг амалийлиги,

асоратлари ва онкологик натижалари бўйича энг чуқур ўрганилган.

Аблатив усулларни қўллашдан олдин, буйрак ўсмасининг гистологик турини аниқлаш учун дастлабки биопсия қилиш керак.

### **Эмболизация.**

Эмболизациянинг нефрэктомияга нисбатан афзалликлари аниқланмаган. Жарроҳатлик амалиётини қилиб бўлмайдиган ва операцияга тоқат қила олмайдиган беморларда эмболизация гематурия ёки оғриқ каби аломатларнинг оғирлигини камайтириши мумкин.

Суяк ёки умуртқа поғонасидаги гиперваскуляр метастазларни резеция қилишдан олдин эмболизация қилиш жарроҳлик амалиёт давомида қон йўқотилишини камайтиришга ёрдам беради. Суяк ёки паравертебрал метастазлар ва оғриқлар бўлган баъзи беморлар учун эмболизация шу аломатларни бартараф этишга ёрдам беради.

### **15-жадвал. БҲС учун алтернатив даволаш усуллари бўйича тавсиялар [5,6,7]**

<b>Тавсиялар</b>	<b>Далиллар даражаси</b>
Буйракда кичик ўсмалари ва умр кўриш давомийлиги чекланган кекса ва/ёки оғир оғир ҳамроҳ патологиялари бўлган беморлар учун фаол кузатув ўринли танловдир.	С
Жарроҳлик аралашувига қарши кўрсатмаларга эга бўлган буйракда кичик ўсмалари ва/ёки оғир ҳамроҳ патологиялари бўлган беморлар криёабляция ёки РЧА каби аблатив усулларга номзодлар сифатида кўриб чиқилиши мумкин.	С
Аблацион усуллардан ва фаол кузатувдан олдин биопсия ўтказиш стандарт муолажа бўлиб, ўсма гистологияси асосида турли кузатув гуруҳларига бўлиниш учун кўрсатилади.	С
Микротўлқинли ва лазерли абляция ва ҲИФУ каби тасвирга асосланган бошқа минимал инвазив усуллар ҳозирда экспериментал бўлиб, фақат тадқиқотда фойдаланиш учун тавсия этилади.	С
Жарроҳлик аралашуви мумкин бўлмаган беморларда ва оғир гематурия ёки бел минтақада оғриқлар бўлган беморларда эмболизация паллиатив аралашув сифатида кўрсатилади.	С

### **5. Кейинги кузатув.**

### **Кузатув режими:**

- биринчи йил – ҳар 3 ойда бир марта;
- иккинчи йил – ҳар 6 ойда бир марта;
- кейинги 5 йилгача - йилига бир марта.

### **Кузатув кўлами:**

- умумий қон таҳлили - биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейин ҳар 6 ойда бир марта;
- умумий сийдик таҳлили - биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейин 6 ойда бир марта;
- биокимёвий қон текшируви (шлаклар, оқсиллар, шакарларни аниқлаш билан) биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейин ҳар 6 ойда бир марта
- қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи аъзоларининг УТТси - биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейин ҳар 6 ойда бир марта;
- кўкрак қафаси рентгенографияси - ҳар 6 ойда;
- қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи аъзоларининг КТси - ҳар 12 ойда.

### **Жарроҳлик даволаш ва аблатив усуллардан сўнг динамик кузатув қўйидаги мақсадларда амалга оширилади:**

- буйраклар фаолиятини баҳолаш;
- жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар мавжудлигини аниқлаш;
- буйрак резекцияси ёки аблатив даволашдан кейин юзага келадиган маҳаллий рецидивларни аниқлаш;
- контрлатерал буйрак ва ипсилатерал буйракда рецидивларни аниқлаш (резекциядан кейин);
- узоқ метастазларни аниқлаш.

Назорат текшурувларини ўтказиш усуллари ва муддатларига бағишланган кўплаб нашрлар мавжуд. Ҳозирги вақтда беморларни БҲС билан даволашдан кейин динамик мониторинг қилишнинг зарур частотаси бўйича консенсус йўқ, шунингдек, рецидивни эрта аниқлаш кеч аниқлаш билан солиштирганда яшовчанликни яхшилаши ҳақида маълумот йўқ. Динамик кузатувда стандарт текшириш усуллари қўйидагилардир: кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг КТси, кўкрак қафаси рентгенографияси, қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТси (радикал жарроҳлик даволашдан кейин ҳар 6 ойда бир мартадан кўп бўлмаган)

### **Профилактик чора-тадбирлар:** БҲСнинг бирламчи олдини олишнинг энг

муҳим чоралари чекишни ташлаш ва семиришни назорат қилишдир.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда тромбоемболик асоратларнинг олдини олишга эътибор қаратиш лозим, айниқса буйрак ва ўпка артерияларида тромби бўлган беморларда, семириб кетган беморларда, шунингдек, кекса одамларда ва ҳамроҳ юрак патологияси бўлганларда. Аъзоларни олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти радикал эканлигини ҳисобга олиб, мумкин бўлган буйрак этишмовчилигининг олдини олиш учун операциядан олдин контралатерал буйрак функциясини аниқлаш керак. Буйрак резецияси бўлса, сийдик оқма яраси ёки сийдик оқмаси мумкин бўлган ривожланишини кузатиш керак.

#### **6. Даволаш самарадорлиги индикаторлари:**

- «ўсма жавоби» - ўтказилган даводан сўнгги ўсманинг регрессияси;
- рецидивсиз яшовчанлик (уч ва беш йиллик).;
- ҳаёт сифатига инсоннинг психологик, ҳиссий ва ижтимоий фаолиятдан ташқари, бемор организмнинг жисмоний ҳолати ҳам киради.

**«БУЙРАК ХУЖАЙРАЛИ САРАТОН»  
НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Диагностика усуллари, ёндашувлари ва муолажалари.

### 1) Муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

- ўсмани радикал тарзда олиб ташлаш;
- бирламчи ўчоқни олиб ташлаш ва гистологик текшириш;
- ўсманинг қисман ёки тўлиқ регрессиясини барқарорлаштириш;
- умумий ҳолатни яхшилаш;
- умумий яшовчанликни ошириш.

### 2) Муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

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

### 3) Муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар:

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

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

- ўсма ҳужайралари йўқ қилиш;
- ўсма ўлчамларини кичрайтириш, уни ўсишдан тўхтатиш;
- ҚС рецидивини бартараф этиш;

- даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, буйрак ҳужайрали саратони учун кўрсатма ҳисобланади. Мутахассислар препаратнинг дозасини диққат билан танлайдилар: агар у жуда кичик бўлса, даволаниш самарадорлиги камаяди, агар у юқори бўлса, ножўя таъсирлар хавфи ортади.

#### 4) Жарроҳлик йўли билан даволаш тамойиллари

##### **Жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар:**

- гистологик жиҳатдан тасдиқланган жарроҳлик қилиб бўладиган буйрак саратони;
- жарроҳлик даволашга қарши кўрсатмалар бўлмаганда.

##### **Буйрак саратонини жарроҳлик даволашга қарши кўрсатмалар:**

- беморда жарроҳлик қилиб бўлмайдиган белгилари ва оғир ҳамроҳ патологиянинг мавжудлиги;
- нафас олиш, юрак-қон томир ва сийдик чиқариш тизимларининг сурункали декомпенсацияланган ва/ёки ўткир функционал бузилишлари;
- умумий анестезия учун ишлатиладиган препаратларга аллергия.
- **Жарроҳлик аралашуви:** буйрак саратонини даволаш стандарти радикал ёки кенгайтирилган нефрэктомия (лапаротомия, шу жумладан лапароскопик, робот ёрдамида).
- **Радикал нефрэктомия** буйракни атрофдаги ёғ ўткималари, Герота фасцияси, буйрак усти безлари ва минтақавий лимфа тугунлари билан бирга битта блок сифатида олиб ташлашни ўз ичига олади.
- Кенгайтирилган нефрэктомияда, агар ўсма уларга тарқалган бўлса, қўшимча равишда атрофдаги аъзоларни резеция қилиш амалга оширилади.
- **Радикал ёки кенгайтирилган нефрэктомияни амалга оширишда қуйидаги тамойилларга амал қилиш керак:**
  - буйракни манипуляция қилишдан олдин буйрак томирларини боғлаш имконини берувчи жарроҳлик киришдан фойдаланиш (торако-урологик ва урологик киришлар оптимал ҳисобланади);
  - буйракни ўсма, унинг атрофидаги ёғ ўткималари ва фасция билан бир блок сифатида олиб ташлаш;
  - МРТ ва/ёки КТ маълумотлари асосида буйрак усти безига шикастланиш ёки метастазлаш борлигига шубҳа бўлса, агар ўсма сТ3-Т4 буйракнинг юқори қутбига таъсир қилса, шикастланган томонда адреналектомия;
  - тўлиқ лимфодиссекция (классик вариант) сТ3-Т4 ўсмаларда амалга оширилади. Ўнг буйрак саратонида у диафрагмадан умумий ёнбош

веналарининг қўшилиш жойигача бўлган латерокавал, прекавал, ретрокавал ва интер-аортокавал лимфа тугунларини олиб ташлашни ўз ичига олади. Чап буйрак саратонида лимфодиссекция диафрагмадан аорта бифуркациясигача бўлган латероаорттик, преаорттик, ретроаорттик ва интераортокавал лимфа тугунларини олиб ташлашни ўз ичига олади. Т1-Т2 босқичида бўлган ўсмалар учун кенгайтирилган лимфодиссекция керак эмас. Ўнг буйрак саратонида чекланган лимфодиссекцияси диафрагмадан ОКВ қўшилишигача бўлган латерокавал, прекавал ва ретрокавал лимфа тугунларини олиб ташлашни ўз ичига олади. Чап буйрак саратони бўлса, латероаорттик ва преаорттик лимфа тугунлари диафрагмадан аорта бифуркациясига олиб ташланади;

- • ўсма тромби буйрак ёки остки кавак вена бўшлиғига тарқалса, тромб олиб ташланади. Ўсма тромби ОКВнинг бўшлиғига тарқалиб кетган тақдирда, томир тромбнинг юқорисидан ва остидан, шунингдек, қарама-қарши буйрак венасидан сиқилади, кейинчалик тромбдан остида жойлашган вена кесилгандан кейин тромб чиқарилади. Ўсма томир деворига ўсганда, ОКВнинг берилган қисмини резеция қилиш томир деворининг бутун қалинлиги бўйлаб амалга оширилади.

Ўсма атрофдаги аъзолар ва тўқималарга тарқалиб кетган тақдирда, кесилган қирраларнинг интраоператив текшируви билан шикастланган аъзолар ва тўқималарни резеция қилиш билан бирлаштирилган жарроҳлик амалиёти амалга оширилади.

### **Буйрак резецияси:**

#### **Кўрсаткичлар:**

##### **- Мутлак:**

- битта ёки иккала буйрак саратони (очиқ, лапароскопик, робот ёрдамида);
- бир буйрак саратони ва функционал қобилиятсиз СБЕ билан иккинчи буйрак.

##### **- Нисбий:**

- СБЕ латент босқичи билан контрлатерал буйрак касалликлари;
- соғлом бошқа буйрак билан, агар 4 см гача бўлган соғлом ўсма тўқималарида резеция қилиш мумкин бўлса (Т1а);
- буйрак резецияси пТ1б босқичида ҳам, фақат эҳтиёткорлик билан танланган беморларда амалга оширилиши мумкин.

**16-жадвал. Локаллаштирилган ва маҳаллий ривожланган БҲСни даволаш бўйича тавсиялар**

<b>Тавсиялар</b>	<b>ДД</b>
Жарроҳлик аралашув БҲС учун ягона радикал даволаш усули ҳисобланади.	С
T1-босқичидаги ўсмалар учун, иложи бўлса, буйрак резецияси амалга оширилиши керак.	В
Тегишли техник имкониятлар мавжуд бўлса Бюрак резецияси диаметри <7 см бўлган солитар буйрак ўсмалари учун стандарт амалиёт ҳисобланади.	С
Буйрак резециясини амалга ошираётганда, маҳаллий рецидивнинг олдини олиш учун соғлом тўқималар чегарасида минимал оралик талаб қилинади.	В
Кенгайтирилган лимфаденектомия яшовчанликнинг яхшиланиши ҳақида маълумотлар йўқлиги сабабли барча беморларга тавсия этилмайди. Пайпасланадиган ва/ёки катталашган лимфа тугунлари бўлган беморларда босқичлаш учун кенгайтирилган лимфаденектомия амалга оширилиши керак.	А
Операциядан олдинги КТси маълумотларига кўра буйрак усти безлари нормал бўлган беморларга ва интраоператив текширувда буйрак усти безига метастазлар ёки буйрак усти безига тўғридан-тўғри ўсма ўсиши аниқланмаган беморларга адреналектомия тавсия этилмайди.	С
Катта ўсмалари (>7 см) бўлган беморларда ёки аъзоларни сақловчи операциядан кейин ижобий резеция чегараси бўлган беморларда буйрак ичи рецидивларнинг прогрессияланиш хавфи юқори.	С
Лапароскопик радикал нефрэктомия кўрсатилади ва БҲС T2-босқичи бўлган беморлар ва буйракни резеция бажариш мумкин эмас бўлган беморлар учун стандарт даволашдир.	С
T1-босқичидаги ўсмалари бўлган беморларга лапароскопик радикал нефрэктомия кўрсатилмайди, уларга буйрак резецияси тавсия этилади	С
Очиқ буйрак резецияси бугунги кунда даволаш стандарти бўлиб қолмоқда. Лапароскопик ва робот ёрдамида бажарилаётган буйрак резецияси очиқ буйрак резецияга алтернатив усули деб ҳисобланади.	С

### **Жарроҳлик алтернативалари**

#### **Кузатув**

Кекса беморлар ва буйракда тасодифан топилган кичик ҳосиласи билан ҳамроҳ патология билан беморларнинг буйрак саратонидан ўлим даражаси паст ва рақобатдош сабабларга кўра сезиларли ўлим даражаси мавжуд. Баъзи кекса ёшдаги ва/ёки ҳамроҳ касалликлари бўлган беморларда буйракнинг кичик ҳосилаларини кузатиш, сўнгра, зарурати туғилса, ривожланишда даволаш учун фаол кузатув

(ФК) мақсадга мувофиқ бўлиши мумкин.

ФК тушунчаси кутиш тушунчасидан фарқ қилади. Кутиш ҳар қандай кейинги фаол даволанишга зид бўлган ва клиник кўрсатма бўлмаса, кейинги визуализацияни талаб қилмайдиган ҳамроҳ касалликлар бўлган беморлар учун мўлжалланган.

### **Криоабляция ва радиочастотали абляция**

Ҳозирги вақтда қисман нефрэктомия билан солиштирганда криоабляция ёки радиочастотали абляция усулларининг онкологик фойдасини кўрсатадиган маълумотлар йўқ.

<b>Тавсиялар</b>	<b>Тавсиялар даражаси</b>
Кичкина буйрак ҳосиласи бўлган беморларга заифлик ва/ёки ҳамроҳ касалликка қадар фаол кузатув (ФК) ёки тепловизион абляцияни (ТА) ни таклиф қилинг.	Заиф
Тери ости буйрак биопсиясини ТА дан олдин, лекин бир вақтнинг ўзида эмас бажаринг.	Кучли
ТА таклиф қилинганда, бемор билан саратон натижалари ва асоратлари билан боғлиқ зарар/фойдаларни муҳокама қилинг.	Кучли
3 см дан катта ўсмалар учун ТА ва 4 см дан катта ўсмалар учун криоабляцияни мунтазам равишда таклиф қилманг	Заиф

### **Маҳаллий ривожланган БҲСни даволаш**

Лимфа тугунлари метастазлари (сН +) мавжуд бўлганда даволаш.

Клиник жиҳатдан ижобий ЛН (сН+) мавжуд бўлганда, лимфа тугунларининг диссексияси ҳар доим ўринли, аммо лимфа тугунларининг диссексияси кўлами ҳали ҳам мунозарали бўлиб қолмоқда.

Паст сифатли далиллар, метастатик касаллик бўлмаса, ўсма тромбини олиб ташлаш кераклигини кўрсатади. Ўсма эмболизацияси ёки ОКВ филтри каби адьювант муолажалар ўсма тромбини даволашда ҳеч қандай фойда келтирмайди.

Жарроҳлик амалиётига яроқсиз ёки операция қилиб бўлмайдиган касаллиги бўлган беморларда эмболизация аломатларни, шу жумладан кўринадиган гематурия ёки ёнбош оғриғини, назорат қилиши мумкин. Жарроҳлик амалиётидан кейин ёрдамчи терапия қўлланилиши ҳақида ҳозирча ҳеч қандай далил йўқ.

### **Веноз ўсма тромбози билан БҲСни даволаш**

<b>Тавсиялар</b>	<b>Тавсиялар даражаси</b>
------------------	---------------------------

Клиник жиҳатдан кенгайган лимфа тугунлари (ЛН) бўлган беморларда босқич, прогноз ва кейинг кузатув тактикасини аниқлаш учун лимфа тугунларнинг диссекциясини амалга оширинг.	Заиф
Агар томирлар метастатик бўлмаган касалликда шикастланган бўлса, буйрак ўсма ва тромбини олиб ташланг.	Кучли
Метастатик касаллик учун жарроҳликни мултидисциплинар жамоанинг таркибида муҳокама қилинг.	Заиф

### **Ситоредуктив нефрэктомия**

Ўсманинг нефрэктомияси фақат барча ўсма конгломератлари олиб ташланган тақдирдагина даволайди. Бу бирламчи ўсмаси бўлган ва бир ёки олигометастатик резецияли касаллиги бўлган беморларни ўз ичига олади.

Метастатик касаллиги бўлган беморларнинг аксарияти учун ситоредуктив нефрэктомия (СРН) паллиатив ҳисобланади ва тизимли терапия талаб этилади.

### **Метастазектомия**

#### **Метастазектомия учун кўрсатмалар:**

- Илгари ўтказилган радикал ёки паллиатив нефрэктомия беморларда солитар ёки якка метастазларни радикал тарзда олиб ташлаш имконияти.

#### **Метастазектомияга қарши кўрсатмалар:**

- Барча аниқланадиган ўсмаларни (буйрак ўсмаси ва метастазлар) радикал олиб ташлашнинг имконият йўқлиги;
- МСКСС шкаласи [7] бўйича ўрта ёки ёмон прогноз;
- Олдинги даволаш ёки динамик кузатувда ўсма жараёнининг тошқин прогрессияланиши ёки қисқа вақт ичида янги метастазларнинг пайдо бўлиши;
- Юқори операцион хавф.

#### **Нур терапия:**

• буйрак саратони нур терапиясига чидамли, шунинг учун буйрак хужайрали саратонида бирламчи ўчоқ учун нурли даволаш усуллари кўрсатилмаган. Нур терапияси оғриқни йўқотиш учун суякдаги метастатик ўчоқларни нурлантириш ёки бош миёдаги метастатик ўчоқларни нурлантириш учун ишлатилиши мумкин. Бундай ҳолларда беморларда нур терапиясидан фойдаланиш аломатларнинг оғирлигини сезиларли даражада камайтириши мумкин.

#### **Нур терапия учун кўрсатмалар:**

- хавфли ўсманинг морфологик аниқланган ташҳиси; рецидивларда, ўсма

ўсишининг давом этиши ёки илгари қўлланиладиган комбинацияланган ёки комплекс даволашдан кейин касалликнинг прогрессиялашда.

### **Нур терапияга қарши кўрсатмалар:**

- ҳамроҳ соматик патология (юрак-қон томир, нафас олиш, сийдик-таносил, овқат ҳазм қилиш ва бошқалар) туфайли декомпенсацияланган умумий ҳолат;
- беморнинг онкологик жараён натижасида келиб чиққан умумий соматик инкурабел ҳолати.

### **Нур терапиясининг мақсадли функцияси:**

- радикал нур терапияси; паллиатив нур терапияси.

### **Симптоматик нур терапияси:**

- профилактик нур терапияси.

### **Нур терапиянинг турлари:**

- Фотон терапияси (рентгенотерапия, юқори қувватлар тормозланиш нурланиши, гамма терапия).
- Корпускуляр терапия ( $\beta$ -терапия; юқори қувватлар тез электронлари, протон, ион, нейтрон).

### **Нур терапия усуллари:**

- мустақил нур терапияси; жарроҳлик амалиёт олдинги нур терапияси; операциядан кейинги радиация терапияси; кимёнузли терапия.

### **Нур терапия усуллари:**

1-ўлчовли нур терапияси (1ДРТ);

2-ўлчовли анъанавий (стандарт) нур терапияси (2Д РТ);

3-ўлчовли конформал нур терапияси (3Д СРТ); интенсивликни модуляцияси билан нур терапия (ИМРТ); тасвирга асосланган нур терапияси (ИГРТ); нафас олиш билан синхронлашган нур терапияси (4ДРТ); стереотаксик радиожарроҳлик (СРС); стереотаксик радиотерапия (СРТ); интраоперацион нур терапияси (ИОРТ); брахитерапия;

- протон нурлари билан терапия;
- томо қурилмаларда томотерапия. Бир мартали ва суммар ўчоқ дозаларни келтириш учун стандарт фракциялаш усуллари қўлланилади. Бироқ, томотерапияда асосий эътибор БМЎД  $<2,5$  ГР да гипофракциялашга қаратилган.

### **Нур терапия усуллари:**

- Узлуксиз нур терапияси.
- СРСда бир фракцияли нур терапияси.

• 1,6 ГР дан 12,0 ГР гача бўлган БМЎД да фраксияланган нур терапияси ҳафтасига 2-5 фраксия:

- стандарт фраксиялаш;
- гипофраксиялаш;
- гиперфраксиялаш;
- тезлаштирилган фраксиялаш;
- мултифраксиялаш.

### **Бош миянинг метастатик шикастланишда нур терапияси.**

#### ***С1 бўйиннинг умуртқа поғонасигача бош миянинг тотал нурланиши:***

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

#### ***Бош миянинг локал нурланиши***

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

#### ***Скелет суякларнинг метастатик шикастланишда нур терапияси.***

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

#### **Нур терапияга тайёргарлик:**

1. Бемор позициясини ва маҳкамлаш мосламаларини танлаш.
2. Рентген симуляторида белгилаш (марказлаш).
3. КТ мосламаларида КТ топометрияси.
4. КТ ва МР маълумотларининг комбинацияси (биргаликда рўйхатга олиш).

5. Контурометрия (контурни чизиш).

6. Тиббий физиклар томонидан нур терапиясининг компютерлаштирилган дозиметрик режалаштириши, яъни нур терапияси режасини ҳисоблаш.

7. Нур терапияси режасини тиббий физиклар билан биргаликда муҳокама қилиш ва тасдиқлаш (фақат нур терапевт-рентгенолог режани тасдиқлаши мумкин!).

8. Симуляция - рентген симуляторининг рентгеноскопик назорати пайтида дозиметрик режани текшириш.

9. Шифокор ва тиббий физик иштирокида беморнинг биринчи жойлашиши.

### **БҲС учун алтернатив даволаш усуллари:**

Фаол кузатув.

Кекса беморлар ва кичик тасодифий аниқланган буйрак ўсмалари бўлган оғир ҳамроҳ патология билан беморларда БҲСдан ўлим хавфи нисбатан паст ва ҳамроҳ касалликлардан ўлим хавфи сезиларли даражада юқори. Фаол кузатув тактикаси қорин бўшлиғини тасвирлашнинг замонавий усуллари (УТТ, КТ ёки МРТ) асосида ўсма ўлчамини доимий мониторингини ўз ичига олади, бунда кузатув даврида клиник прогрессияси бўлса, кечиктирилган аралашув имконияти мавжуд. Энг катта кузатувлар серияларида кўпчилик беморларда буйрак ўсмаларининг ўсиши эҳтимоли паст ва метастазларнинг прогрессияланиши билан ривожланиш чекланган миқдордаги беморларда (1-2%) кузатилади. Қисқа ва ўрта муддатли онкологик натижалар шуни кўрсатадики, фаол кузатув стратегияси буйракнинг кичик ҳосилаларини дастлабки мониторинги учун мос келади, агар керак бўлса, прогрессияланишда даволаш мумкин.

### **Мақсадга мувофиқликлиги:**

Буйракда кичик ўсмалар мавжудлигида клиник аҳамиятсиз БҲСни аниқлашнинг юқори эҳтимоли.

Буйракда кичик ўсмалар бўлган беморларнинг 10-15 фоизида буйракнинг безарар ўсмалари мавжуд.

### **Афзалликлари:**

- терапиянинг ён таъсирларини олдини олиш;
- беморнинг ҳаёт сифатини ва жисмоний фаоллигини сақлаб қолиш;
- клиник аҳамиятсиз ўсмаларнинг "кераксиз" терапиясининг олдини олиш;
- даволаш харажатларини камайтириш;
- клиник ўсиш ҳолатларида кечиктирилган аралашув имконияти.

### **Камчиликлари:**

- касалликнинг прогрессияланиш эҳтимоли;
- кўпроқ тарқалган касалликнинг прогрессияланиши аниқланса, уни даволашда мураккабликлар;
- беморда психологик ноқулайлик;
- доимий мониторинг зарурати (қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларининг УТТ, КТ ёки МРТси).

### **Аблатив методикалар.**

БҲС ни жарроҳлик даволашнинг бор алтернативлари замонавий тасвирлаш усуллари назоратида амалга ошириладиган тери орқали минимал инвазив муолажаларни ўз ичига олади, масалан тери орқали радиочастотали абляция, криоабляция, микротўлқинли ва лазерли абляция ва юқори интенсив фокусланган ултратовушли (ҲИФУ) абляция.

### **Афзалликлари:**

- камроқ жароҳатланиш;
- амбулатор режимида даволаниш имконияти;
- жарроҳлик хавфи юқори бўлган беморларни даволаш имконияти;
- биринчи абляцён сеанси самарасиз бўлган тақдирда такрорий аралашув имконияти;
- даволаш харажатларини камайтириш.

### **Минимал инвазив аблатив усуллардан фойдаланишга кўрсатмалар:**

- кекса беморларда буйрак пўстлоқли моддада тасодифан аниқланган майда ўсмаларнинг мавжудлиги;
- беморларнинг кўп миқдордаги ўсмаларнинг ривожланишига генетик мойиллиги;
- беморда жарроҳлик йўли билан даволаб бўлмайдиган икки томонлама ўсмаларни аниқлаш;
- беморда якка буйрак борлиги ва жарроҳлик амалиётидан кейин реноприв ҳолатни ривожланиш юқори хавфи (ДД – Б) [5,6,7]

### **Аблатив усуллардан фойдаланишга қарши кўрсатмалар:**

- умр кўриш давомийлиги <1 йил;
- бир нечта метастазларнинг мавжудлиги;
- ўсманинг катталиги ёки жойлашуви туфайли даволанишнинг муваффақияти эҳтимоли паст бўлиши.

Умуман олганда, диаметри 3 см дан катта бўлган ёки буйрак дарвозада,

марказий йиғиш тизимида ёки проксимал сийдик йўли бўлимида жойлашган ўсмалар учун аблатив тери орқали аралашувлар тавсия этилмайди.

**Аблатив усуллардан фойдаланишга мутлақ қарши кўрсатмалар:**

- қайтмас коагулопатияларнинг мавжудлиги;
- ўта юқори операцион хавф.

Мавжуд аблатив усуллар орасида РЧА ва криоабляциянинг амалийлиги, асоратлари ва онкологик натижалари бўйича энг чуқур ўрганилган.

Аблатив усулларни қўллашдан олдин, буйрак ўсмасининг гистологик турини аниқлаш учун дастлабки биопсия қилиш керак.

**Эмболизация.**

Эмболизациянинг нефрэктомияга нисбатан афзалликлари аниқланмаган. Жарроҳатлик амалиётини қилиб бўлмайдиган ва операцияга тоқат қила олмайдиган беморларда эмболизация гематурия ёки оғриқ каби аломатларнинг оғирлигини камайтириши мумкин.

Суяк ёки умуртқа поғонасидаги гиперваскуляр метастазларни резеция қилишдан олдин эмболизация қилиш жарроҳлик амалиёт давомида қон йўқотилишини камайтиришга ёрдам беради. Суяк ёки паравертебрал метастазлар ва оғриқлар бўлган баъзи беморлар учун эмболизация шу аломатларни бартараф этишга ёрдам беради.

**17-жадвал. БҲС учун алтернатив даволаш усуллари бўйича тавсиялар [5,6,7]**

Тавсиялар	Далиллар даражаси
Буйракда кичик ўсмалари ва умр кўриш давомийлиги чекланган кекса ва/ёки оғир оғир ҳамроҳ патологиялари бўлган беморлар учун фаол кузатув ўринли танловдир.	C
Жарроҳлик аралашувига қарши кўрсатмаларга эга бўлган буйракда кичик ўсмалари ва/ёки оғир ҳамроҳ патологиялари бўлган беморлар криоабляция ёки РЧА каби аблатив усулларга номзодлар сифатида кўриб чиқилиши мумкин.	C
Аблацион усуллардан ва фаол кузатувдан олдин биопсия ўтказиш стандарт муолажа бўлиб, ўсма гистологияси асосида турли кузатув гуруҳларига бўлиниш учун кўрсатилади.	C
Микротўлқинли ва лазерли абляция ва ҲИФУ каби тасвирга асосланган бошқа минимал инвазив усуллар ҳозирда	C

экспериментал бўлиб, фақат тадқиқотда фойдаланиш учун тавсия этилади.	
Жарроҳлик аралашуви мумкин бўлмаган беморларда ва оғир гематурия ёки бел минтақада оғриқлар бўлган беморларда эмболизация паллиатив аралашув сифатида кўрсатилади.	С

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

#### **Муолажа ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика тадбирлари рўйхати:**

1. УҚТ Лейкоформула ва тромбоцитлар сони билан.
2. биокимёвий қон таҳлили (глюкоза, мочевино, креатинин, сийдик кислотаси, умумий оксил, албумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ).
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш.
4. Резус-факторни аниқлаш.
5. Умумий сийдик таҳлили.
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген).
7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш.
8. Б ва С вирусли гепатитлари учун ПЦР (сифатли).
9. ИФА усулида ОИВ-инфексияни аниқлаш (ҲИВАг/анти-ҲИВ).
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси.
11. Коптокчалар филтрация тезлигини аниқлаш.
12. Кенг қамровли УТТси (жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беши, талоқ, буйраклар, қорин пардаси орти бўшлиғи, ичак тутқич ва ўмров остки лимфа тугунлари).
13. Қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғининг болнос кучайиши билан МСКТси.
14. Обзорли экскретор вена ичи урографияси.
15. Буйрак томирлари ва ОКВнинг ангиографияси.
16. Буйракларнинг изотоп ренографияси.
17. Қорин бўшлиғи ёки қорин пардаси орти бўшлиғининг МРТси

18. Тери орқали буйрак биопсияси.
19. Буйрак томирлари ва остки ковак вена УТДГси.
20. Биоптатни ситологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)\*.
21. Биоптатни гистологик текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)\*.
22. Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (ҳосила, лимфа тугунлари)\*.
23. Остеосцинтиграфия ва бош миянинг КТ текшируви буйрак саратони III-IV босқичли беморларга, шунингдек метастатик жараённинг намоён бўлиши мумкин бўлган аломатлари бор беморларга кўрсатилади.
24. ЭКГ.
25. ЭхоКГ.
26. Бутун тананинг ПЭТ/КТ\*\*.

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

1. Биокимёвий қон таҳлили (натрий, калий, калций, С-реактив оқсил, исқорли фосфатаза).
2. ПЦР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип геРПЕс, ситомегаловирус, токсоплазмоз.
3. В ва С гепатит вирусларига ПЦР (миқдорий).
4. СОВИД-19га ПЦР;
5. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИҲ) ва газларга аниқлаш.
6. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси.
7. Стандарт ситогенетик текшируви.
8. FISH усулида ва молекулар-генетик текшириш.
9. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш.
10. ПроБНП;
11. Прокалситонин.
12. Антитромбин III, Д-димер.
13. Фертил ёшдаги аёллар учун - ҳомиладорлик тести, ИХГ ни аниқлаш.
14. Периферик қон ИФТси.
15. Молекуляр генетик тадқиқотлар.
16. Буруннинг ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси.
17. Ортопантограмма.

18. Кўкрак қафаси аъзоларнинг КТси.
19. Бош, бўйиннинг КТси.
20. Фиброэзофагогастроуденоскопия.
21. Колоноскопия.
22. БроНхоскопия.
23. Оёқлар томирларининг (вена ва/ёки артериялар) УТДГси.
24. Спирография.
25. Бош миянинг МРТси.
26. Холтер мониторинги.
27. ЭКГ.

\* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

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

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

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

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

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

Бўлимнинг ётоқ ўринлар ҳажми 25 дан 50 гача бўлиши керак.

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

- Рентген диагностикаси бўлими, шу жумладан рентген текшируви қоидаларига мувофиқ ташкил этилган маммографик рентген хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси;

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

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

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- кўрув хонаси;
- бўлим мудир хонаси;
- шифокорлар хонаси;
- палаталар;
- боғлам алмаштириш хонаси;
- муолажа хонаси;
- хуқнахона;

ҳамширалар хонаси.

**Жарроҳлик блокни ташкил этиш қоидалари**

Жарроҳлик блокада структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

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

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

#### **Нур терапия ўтказиш учун:**

- чизиқли тезлаткич ёки гамма терапевтик ускуна;
- барабан фантом (қурилманинг ишлашини текшириш ва калибрлаш учун);
- СВСТ тасвирлаш тизимининг Хаунсфилд бирликларини калибрлаш учун фантом;
- термопластик ниқоблар учун терморегуляцияланган ванна/печ;
- вакуум матраслар учун насос;
- ўрнатилган, тўлиқ интеграциялашган дозиметрик режалаштириш тизими;
- дозиметрик ускуналарнинг стандарт тўплами;
- виртуал Симуляция Функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан КТ;
- виртуал Симуляция Функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан МРТ.

- подголовник;
  - вакуумли матрас;
  - каплар, загубниклар;
  - индексли рамка;
  - тизза остика қўйиш мосламалари;
- термопластик пластинлар (маскалар).

## 7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

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

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

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

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

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

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

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

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

Кимётерапия ва / ёки нур терапиясининг ҳар бир курсидан олдин бемор бир қатор қон ва сийдик синовларидан ўтади, агар керак бўлса, муайян ҳолатга қараб баъзи

абзоларнинг ултратовуш текшируви, ЭКГ ва бошқа бир қатор текширувлардан ўтади.

### **8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги индикаторлари:**

- «ўсма жавоби» - даволашдан кейин ўсманинг регрессияси;

**Тўлиқ самара** - 4 ҳафтадан кам бўлмаган муддатга барча шикастланиш ўчоқларининг йўқолиши.

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

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

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

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

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

## - Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

**Профилактик тиббиёт** (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)) (профилактикология, греч. πρόφύλακτικός — «еҳтиёт қилувчи» [23] ва λόγος — «таълимот, фан») – тиббиётдаги фан ва амалиёт, касалликлар ва шикастланишлар пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуидир [35][36].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [37]:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд [37].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади [35][38] ва соғлиқни сақлашнинг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиеник ва терапевтик-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Бу нафақат тиббий манипуляцияларни, балки қонунчилик, ташкилий, экологик [39], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [40]. тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлилига асосланган [41][42].

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

Амалдаги профилактика чоралари бир кишининг танасида кейинги касалликларга олиб келиши мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилган мақсадли чораларни кўриш орқали тўлиқ соғлом инсон ҳаётини узайтиришга интилади. Касалликнинг олдини олишга бундай индивидуал ёндашув профилактика тиббиёти томонидан кўриб чиқилади [43][44].

**Тиббий РЕАБИЛИТАЦИЯ** (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F)) (лот. рехабилитатио, тиклаш [45]) – касаллик ёки шикастланиш натижасида бузилган ёки бутунлай йўқолган инсон танасининг нормал ақлий ва физиологик функцияларини (еҳтиёжларини) максимал даражада тиклаш ёки қоплашга

қаратилган тиббий, педагогик, психологик ва бошқа турдаги чора-тадбирлар мажмуасидир. Эҳтиёжларга мисоллар: соғлом бўлиш, жисмоний фаоллик, ҳаракат еркинлиги, ҳаракатларнинг мустақиллиги, одамлар билан мулоқот қилиш, зарур маълумотларни олиш, меҳнат ва бошқа фаолият орқали ўзини ўзи англаш [46][47][48].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [49].

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

## 2.1. Профилактика ёки реабилитация турлари

([https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)).

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

- 1. Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсекция, эмлаш, оқилона иш ва дам олиш, оқилона сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш)дир. Бир қатор бирламчи профилактика чоралари миллий миқёсда амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва фаровонликни яратиш умр кўриш давомийлигини узайтиради [52]. Саломатликни мустаҳкамлаш тадбирлари маълум бир касаллик ёки ҳолатга қаратилган эмас, балки саломатликни мустаҳкамлашга ҳисса қўшади. Бошқа томондан, махсус ҳимоя касалликларнинг бир тури ёки гуруҳига қаратилган ва соғлиқни сақлашни ривожлантириш мақсадларини тўлдиради [52]. Бирламчи профилактиканинг асосий тамойиллари: 1) профилактика чораларининг узлуксизлиги (антенатал даврдан бошлаб ҳаёт давомида); 2) профилактика чораларининг табақалаштирилган табиати; 3) профилактиканинг оммавий табиати; 4) профилактиканинг илмий табиати; 5) профилактика чораларининг комплекслиги (профилактикада тиббиёт муассасалари, ҳокимият органлари, жамоат ташкилотлари, аҳоли иштирок этади) [51].
- 2. Иккиламчи профилактика** — муайян шароитларда (стресс, иммунитетнинг заифлашиши, тананинг бошқа ҳар қандай Функционал тизимларига ортиқча юк) касалликнинг бошланиши, кучайиши ва қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган аниқ хавф омилларини бар்தараф этишга қаратилган чора-

тадбирлар мажмуасидир. Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули бу касалликларни эрта аниқлаш, динамик кузатув, мақсадли даволаш ва оқилона изчил тикланишнинг кенг қамровли усули сифатида тиббий кўрикдир.

3. Баъзи профилактика мутахассислари «**учламчи профилактика**» атамасини тўлиқ ишлаш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуаси сифатида таклиф қилишади. Учламчи профилактика ижтимоий (ўз ижтимоий тайёргарлигига ишончни мустаҳкамлаш), меҳнат (меҳнат кўникмаларини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор фаолиятини тиклаш) ва тиббий (аъзолар ва тана тизимларининг Функцияларини тиклаш) реабилитациясига қаратилган бўлади [50].

## **2.2. Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:**

Бугунги кунга қадар буйрак хужайрали саратонининг профилактикаси охиргача ўрганилмаган.

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

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

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

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

Буйрак хужайрали саратонининг олдини олишни тўртта асосий йўналишга бўлиш мумкин:

— турмуш тарзини ўзгартириш;

— касалликнинг дастлабки босқичида буйрак хужайрали саратонини аниқлаш учун скрининг;

— аввал аниқланган буйрак хужайрали саратон олди ҳолатлари бўлган беморларни кузатиш;

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

— **Буйрак хужайрали саратон олди ҳолатлари бўлган беморларни кузатиш.**

Буйрак хужайрали саратонининг **иккиламчи профилактикаси** - буйрак хужайрали саратон олди ҳолатлари бўлган беморларни кузатиш бўйича чора-

тадбирлар мажмуи. Ушбу чора-тадбирларнинг асосий мақсади ўсма жараёнининг дастлабки босқичларида ўсмани аниқлашдир.

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

#### **Учламчи профилактика:**

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

#### **Метахрон қовуқ саратонининг олдини олиш ва эрта ташхислаш**

Буйракнинг метахрон ўсмаларини эрта аниқлаш учун йилига 1-2 марта мунтазам рентгенологик (шу жумладан МСКТ) ва ултратовуш текшируви кўрсатилади.

### **2.3. Профилактика муолажалари ва усуллари:**

#### **1) Профилактика мақсади:**

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

#### **2) Бирламчи профилактика:**

Буйрак хужайрали саратонининг специфик профилактикаси ишлаб чиқилмаган.

Буйрак хужайрали саратонининг самарали профилактикаси мавжуд эмас.

Буйрак хужайрали саратонининг профилактикаси учун қуйидагилар тавсия этилади: (<https://bilyak.com.ua/ru/poleznoe/profylaktycheskiye-programmy-y-skrynyng-na-rak-pochky/>):

- урологик касалликларни ўз вақтида ва тўлиқ даволаш;
- белни жароҳатлардан ҳимоя қилиш;
- чекишни ташлаш ва спиртли ичимликларни суўстеъмол қилишдан воз

кечиш;

- семиришга қарши кураш.

- асбест, кадмий, бензин, органик эритувчилар ва баъзи гербицидлар каби кимёвий моддаларга таъсир қилишдан сақланиш;

- мунтазам равишда профилактик текширувлардан ўтиш (сийдик таҳлили ва буйрак УТТси).

- кансерогенлар ва захарли кимёвий моддалар билан алоқа қилишдан сақланиш.

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

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

### **3) Буйрак хужайрали саратони скрининги**

Буйрак саратони бўйича аҳолига асосланган кенг қўламли миллий скрининг дастурлари мавжуд эмас ва оммавий популяцияга асосланган саратон скрининги ўлимни камайтирмайди ва иқтисодий жиҳатдан самарали эмас.

Ўзбекистонда буйрак саратони бўйича миллий скрининг дастурлари мавжуд эмас.

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

### **5) Учламчи профилактика** ёки буйрак саратони реабилитацияси:

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

- Мунтазам текширувлар учун онкологга ташриф буюриб туриш.
- Рецидив хавфини камайтириш ва иммунитетни ошириш учун тавсия этилган дори-дармонларни қабул қилиш.
- Яхши овқатланиш.
- Зарарли одатларни ва салбий ташқи омилларнинг таъсирини йўқ қилиш.
- Соғлиқ ҳолатини ҳисобга олиб, даволовчи шифокор тавсияларига амал қилиш.

## **б). Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

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

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

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

**Шарҳлар:** ташрифлар давомида текширувлар ҳажми:

1. Анамнез олиш ва физикал текширув.
2. Умумий (клиник) қон таҳлили, батафсил сийдик таҳлили, умумий терапевтик биокимёвий қон таҳлили (клиник кўрсаткичларга кўра).
3. Қорин бўшлиғи ёки қорин пардаси орти бўшлиғи аъзоларининг УТТси;
4. Қорин бўшлиғи ёки қорин пардаси орти бўшлиғи МРТси.

## **2.4. Реабилитация усуллари ва муолажалари:**

Буйрак саратони реабилитациясининг мақсади:

- Шикастланган аъзо ёки тизимнинг бузилган Функцияларини ва/ёки йўқолган фаолиятини тўла ёки қисман тиклаш;
- ўткир ривожланган патологик жараён тугаши билан тана Функциялари қўллаб қувватлаш;
- зарар кўрган аъзолар ёки тана тизимларининг мумкин бўлган Функционал бузилишларини олдини олиш, эрта ташхислаш ва тузатиш;
- мумкин бўлган ногиронликнинг олдини олиш ва камайтириш;
- ҳаёт сифатини яхшилаш;
- беморнинг меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш;
- беморнинг жамиятга ижтимоий интеграцияси.

## **1. Тиббий реабилитация, реабилитация усулларини қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар**

### **1.1. Дастлабки реабилитация**

● БҲС билан касалланган барча беморларга дастлабки реабилитация қилиш **тавсия этилади**. Дастлабки реабилитация функционал тикланишни сезиларли даражада тезлаштиради, жарроҳликдан кейин касалхонада қолиш муддатини қисқартиради ва БҲС даволаш пайтида асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтиради.

Дастлабки реабилитация жисмоний тарбия (даволаш физкултураси, ДФК), психологик ва нутритив қўллаб-қувватлаш ва беморни хабардор қилиш ўз ичига олади. [54].

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

● Жарроҳлик даволаш учун режалаштирилган БҲС билан касалланган барча беморлар учун дастлабки реабилитация режада психологик ёрдам кўрсатиш **тавсия этилади**. [55].

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

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

## **2. Жарроҳлик даволашдан кейин реабилитация**

### **2.1. Реабилитациянинг биринчи босқичи**

● Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда оғриқ синдромининг оғирлигини камайтириш учун мултидисциплинар ёндашув **тавсия этилади**, жумладан, жисмоний реабилитация (ДФК), жойлашиш йўли билан даволаш, оғриқни коррекциялашнинг психологик усуллари (релаксация) ва тери орқали электр стимуляцияси (акупунктура). [56].

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

● БҲСни жарроҳлик даволашдан кейинги даврда fast track реҳабилитатсион («тез йўл») ва ERAS (early rehabilitation after surgery – жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта реабилитация) дастурини қўллаш **тавсия этилади** [57].

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

**Шарҳлар:** комплекс оғриқсизлантириши, эрта энтерал овқатланиши, зонд ва дренажлардан мунтазам фойдаланишни рад этиши, беморларни эрта мобилизация қилишни (фаоллаштириши ва вертикализация) ўз ичига олган фаст-траск реҳабилитатсион ва ERAS тактикаси жарроҳлик амалиётидан кейинги 1-2 кундан бошлаб эрта асоратлар хавфини, қайта касалхонага ётқизиши тезлигини оширмайди. Fast track реҳабилитатсион тактикаси касалхонада қолиши муддатини ва жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни камайтиради. Fast track реҳабилитатсион тактикаси урологик беморлар учун самарали ва хавфсиздир.

● Лапароскопик нефрэктомиядан сўнг беморларни реабилитация қилиш учун кенг қамровли fast track ёндашув **тавсия этилади.** [58].

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

**Шарҳлар:** Лапароскопик нефрэктомиядан сўнг беморларни реабилитация қилишининг комплекс фаст-траск ёндашуви беморнинг интенсив терапия бўлимида қолиши муддатини ва касалхонага ётқизиши муддатини қисқартириши имконини беради. Бундан ташқари, ушбу стратегия оғриқни яхшироқ назорат қилиши ва жарроҳлик даволаш билан беморни қондириши имконини беради.

● Жарроҳлик даволашдан кейинги эрта даврда функционал имкониятларни яхшилаш учун жарроҳлик даволашдан сўнг беморларни эрта вертикаллаштириш ва мобилизация қилиш **тавсия этилади.** [59].

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

● Жарроҳлик амалиётидан кейинги 2 кундан бошлаб массаж сеансларини ўтказиш **тавсия этилади.** [59].

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

**Шарҳлар:** Жарроҳлик амалиётидан кейинги 2 кундан бошлаб 20 дақиқалик массаж сеанслари оғриқ, ташвиш, кучланишининг интенсивлигини камайтиради, ҳаёт сифатини яхшилайдди.

## 2.2. Реабилитациянинг иккинчи ва учинчи босқичлари

● Жарроҳлик даволашдан сўнг барча беморларга аеробик машқлар тўпламини бажариш **тавсия этилади.** Аеробик машқлар ҳаёт сифатини, психологик ҳолатни яхшилашга ва тана вазнини назорат қилишга ёрдам беради [60].

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

**Шарҳлар:** аеробик машқлар ҳафтасига 150 дақиқа ва куч машқлари -

ҳафтасига 2 марта бажарилиши керак.

- Ўртача интенсивликдаги ДФК машғулоти кунига 15-30 дақиқа, ҳафтасига 3-5 марта, давомийлигини босқичма-босқич ошириш билан ўтказиш **тавсия этилади.** [61].

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

- БҲС билан оғриган барча беморларда оғриқни камайтириш учун акупунктура **тавсия этилади.** [62].

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - Б (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 1).*

### **2.3. Реабилитациянинг учинчи босқичи**

- Массаж барча беморлар учун ҳаёт сифатини яхшилаш, оғриқни камайтириш ва заифлик зўравонлигини камайтириш учун **тавсия этилади.** [63].

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

### **3. Нур терапия пайтида реабилитация**

- Нур терапияси фонида БҲС билан оғриган беморларга суяк тўқималар зичлигини оширадиган, заифликнинг олдини олишга ёрдам берадиган, беморнинг чидамлилигини оширадиган ва ҳаёт сифатини яхшилайдиган ДФК комплексини (куч машқлари билан биргаликда аэробик машқлар) бажариш **тавсия этилади.** [64].

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

- Нурли дерматитнинг олдини олиш учун нур терапияси бошланганидан 3 кун ўтгач, паст интенсив лазер терапиясини ҳафтада 3 кун бошлаш **тавсия этилади.** [65].

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

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

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

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

Учламчи реабилитацион профилактик терапияси бемор ёши, гистологик кўриниш босқичидан қатъи назар, жарроҳлик ва дори-дармонлар терапияни олган ва/ёки тугатган буйрак саратони бўлган барча беморлар учун амалга оширилади.

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

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

- Буйрак саратони ривожланишининг олдини олиш учун аҳолининг барча катламлари учун бирламчи профилактика тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 4);*
- Махсус жарроҳлик ва дори терапияси тугагандан сўнг, барча беморларга учламчи - реабилитация профилактикаси тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - Б (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 4).*

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

Реабилитация муолажалари амалга оширилади:

Терапия яқунлангандан кейин 1-йил (ҳар 3 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери, қориннинг ҳолати, нажас);
- қон умумий таҳлили + ЭЧТ;
- кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси;
- кичик чанок, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг УТТси;
- ҳар 6 ойда меъда/кичик чанок МРТси.

Терапия яқунлангандан кейин 2-йил (ҳар 6 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери, қориннинг ҳолати, нажас);

- кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси;
- кичик чаноқ, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг УТТси;
- меъда/кичик чаноқ МРТси.

Терапия якунланганнидан кейин 3-йил (ҳар 12 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери, қориннинг ҳолати, нажас);
- кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси;
- кичик чаноқ, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг УТТси;
- меъда/кичик чаноқ МРТси.

Терапия якунланганнидан кейин 4-йил (ҳар 12 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери, қориннинг ҳолати, нажас);
- кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси;
- кичик чаноқ, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг УТТси;
- меъда/кичик чаноқ МРТси.

Терапия якунланганнидан кейин 5 йил:

- Катамнестик хизматга кузатувга ўтиш.

#### **4. Реабилитация босқичлари ва кўлами:**

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

Простата беши саратони билан оғриган беморларнинг диспансер кузатуви қуйидагиларни ўз ичига олади: касалликнинг қайталаниш ёки метастаз белгилари мавжудлигини баҳолаш билан беморнинг аҳволини динамик кузатиш, ситостатик терапиянинг тугалланган циклларида кейин умумий ресторатив терапия пайтида нохуш ҳодисалар мавжудлиги, индивидуал дори кўтара олишлиги мониторинги, вирусли контаминация, касалликнинг ўзгариши. беморнинг психологик ёки ижтимоий ҳолати, бошқа муҳим тизимларнинг ҳолатини баҳолаш талаб этилади.

Дори ва нур терапия асоратларини даволаш: қон параметрларини тузатиш, оғиз гигиенаси, меъда-ичак тракти, ҚББ аъзолари, юрак-қон томир тизими патологияси ва бошқалар. ва ихтисослашган мутахассисларга мурожаат қилиш. Простата беzi саратони билан оғриган барча беморларни ихтисослаштирилган онкология ёки гематология марказида рўйхатдан ўтказиш ва назорат қилиш тавсия этилади [1,3].

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

## **5. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатилган холда ташхислаш тадбирлари:**

1) Далиллар даражасини кўрсатилган холда ташхислаш тадбирлари:

- УҚТ лейкоформула ва тромбоцитлар сони билан;
- биокимёвий қон таҳлили (натрий, калий, калций, глюкоза, мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, умумий оқсил, албумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, С-реактив оқсил, ишқорли);
- қорин бўшлиғи, буйраклар, қорин пардаси орти бўшлиғи, кичик чаноқ, қовуқ ва периферик лимфа тугунларнинг УТТси;
- кўкрак қафаси аъзоларнинг рентгенографияси;
- қорин бўшлиғи, буйраклар, қорин пардаси орти бўшлиғи, кичик чаноқ ва қовуқнинг МСКТси ёки бутун тананинг ПЭТ/КТси

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

2) Далиллар даражасини кўрсатилган холда қўшимча ташхислаш тадбирлари:

- қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
- бош, бўйин ва кўкрак қафаси КТси;
- томирларининг (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
- спирография;
- бош мия МРТси;
- бўйин ва плевра бўшлиғининг УТТси;
- Холтер мониторинг - ЭКГ

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

## **6. Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:**

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

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

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

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

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

УҚТ, қон биокимёвий таҳлили 1 йил давомида ҳар 3 ойда ўтказилиши, кейин 2 йил давомида ҳар 6 ойда ва кейинчалиқ ҳар йили ўтказиб туриш зарур.

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

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

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

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

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

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

## **7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:**

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

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

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

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

### **1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари:**

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

### **2) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш шартлари.**

- Паллиатив кимётерапия, таргет даво, нур терапия ва даволаш бошқа турларини ўтказиш муддатининг келиши.

Ҳаёт учун хавф солувчи ҳолатларнинг бўлиши.

## **3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):**

### **Шикоятлар ва анамнез:**

- ён томонда оғрик, кўринадиган гематурия ва буйрак проекциясида пайпасланадиган ҳосила.

### **Екстраренал аломатлар:**

- ОКВ сиқиш синдроми: оёқ шиши, варикоцеле, қорин тери ости веналарининг кенгайиши, оёқ чуқур веналарининг тромбози, протеинурия - ОКВ нинг массив ўсма тромбози билан оғриган беморларнинг тахминан 50 фоизида ёки ОКВнинг ўсма ва катталашган лимфа тугунлари билан компрессияда ривожланади.
- паранеопластик синдроми – кахексия, вазн йўқотиш, иситма, нейромиёпатия, амилоидоз, ЭЧТнинг ошиши, анемия.

### **Физикал текширувлар:**

- кичик ҳосилаларда объектив текширувда БҲСга хос бўлган патология аниқланмайди. Буйрак ҳосила ўсиши билан қуйидагиларни аниқлаш мумкин:
  - буйраклар проекциясида пайпасланадиган ҳосила;
  - пайпасланадиган кенгайган бачадон бўйни ва ўмров ости лимфа тугунлари;
  - йўқолмайдиган варикоцеле ёки оёқларнинг икки томонлама шишиши, бу

ўсманинг ОКВга инвазияни кўрсатади.

### **Лаборатор текширувлар:**

- умумий қон таҳлили - энг характерли турли даражада ифодаланган анемиянинг мавжудлиги; ЭЧТнинг ошиши;
- умумий сийдик таҳлили – микро-, макрогематурия, ёки таҳлилда ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин;
- биокимёвий қон таҳлили (умумий оқсил, мочевина, креатинин, билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ, албумин, амилаза) – мочевина креатинини буйрак этишмовчилиги аломатлари борлигида ошиши мумкин;
- коагулограмма - қон ивишининг бузилиши кузатилиши мумкин;
- коптокчалар филтрация тезлиги – буйрак функциясини баҳолаш учун, айниқса, ёлғиз буйракда ўсма мавжуд бўлса.

### **Инструментал текширувлар [16]:**

эксретор вена ичи урографияси - ҳосиланинг рентгенологик белгилари - шикастланган томонда буйрак функциясининг бузилиши ёки сусайиши, КЖТнинг деформацияси - силжиши, косачалар, жомимимг сиқиб бориши, косачаларнинг ампутацияси, буйрак контурларининг катталаниши ва бошқалар. Болюс кучайтириши билан КТ амалга оширганда, эксретор урография ўтказилмаслиги мумкин;

- буйрак томирлар ва ОКВининг ангиографияси - чекланган кўрсаткичларга эга ва алоҳида беморларда қўшимча диагностика воситалари сифатида қўлланилади;
- буйракларнинг изотоп ренографияси - буйрак функцияси сусайган беморларга режалаштирилган даволашни оптималлаштириш учун буйрак функциясини тўлиқ баҳолаш учун кўрсатилади, масалан, буйрак функциясини сақлаб қолиш зарур бўлса.

НБ! Маҳаллий даражада ривожланган жараён ёки ошқозон-ичак трактининг ҳамроҳ патологияси бўлса, ЭФГДС, ирригоскопия ва фиброколоноскопия қўлланиладиган ушбу органларни текшириш зарурати туғилади.

НБ! Остеосцинтиграфияси ва бош миянинг КТси буйрак саратони III-IV босқичлари бўлган беморларга, шунингдек метастатик жараённинг намоён бўлиши мумкин бўлган аломатлари бўлган беморларга кўрсатилади.

- буйрак томирларининг ангиографияси - буйрак артерияларининг эмболизациясини режалаштиришда (ДД - Б).
- қорин пардаси орти бўшлиғи ёки қорин бўшлиғи аъзоларининг МРТси (ДД-В)

- буйракда суюқлик ҳосилалар аниқлаганда буйрак хужайрали саратон кистоз шакли ва безарар суюқлик ҳосилалардан кистада саратонни дифференциал ташхислаш учун [16].

- тери орқали буйрак биопсияси (ДД-Б) - гистологик ташхис қўйиш, динамик кузатув учун кичикина ўсмаси бор беморларни танлаш; ўсмани олиб ташлаш ёки аблатив даволаш усулларини қўллашдан олдин унинг гистологик хусусиятини аниқлаш; мақсадли фармакологик терапия учун энг мос бўлган метастазлар билан оғирган беморларни танлаш. НБ! Буйрак биопсияси ҳамроҳ патологиялари ва ҳолати заифлашган беморларга кўрсатилмаган, улар биопсия натижаларидан қатъи назар, фақат консерватив даво (хушёр кутиш) учун кўриб чиқилиши мумкин.
- буйрак ва қорин пардаси орти бўшлиғининг УТТси, қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТси – эрта босқичда ҳосилани аниқлаш, бунинг асосида кейинги чуқур текширувга хулоса қилинади;
- ЕхоКГ – ҳамроҳ кардиал патологияси бўлган ёки юрак олд бўлмачасида тромб борлигига шубҳа қилинган беморларга кўрсатилади;
- буйрак томирлар ва ОКВнинг УТДГси (агар тромбга шубҳа бўлса) ва/ёки МРТ; ўсма тромбининг тарқалишини ва ўрганилаётган зонадаги қон оқимининг ҳолатини баҳолаш;
- оёқ томирларининг УТДГси – оёқларнинг томирлари тромбозини истисно қилиш учун буйрак ўсмасига жарроҳлик аралашувни режалаштиришда;
- кичик чаноқ аъзоларининг УТТси – кичик чаноқ аъзоларининг ҳолатини баҳолаш;
- икки проекцияда кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси - беморни жарроҳлик амалиётга тайёрлашда ўпкадаги ўзгаришларни истисно қилиш;
- қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин пардаси орти бўшлиғининг болуос кучайтириши билан МСКТси - УТТда ноаниқ этиологияли ҳосилаларни аниқлаганда қўшимча текширув сифатида;
- қорин бўшлиғи аъзоларининг МРТси (контрастли) - ҳосиланинг характерини аниқлаш, агар КТдан аниқ маълумот олишнинг иложи бўлмаса, остки кавак венада ўсма тромбининг тарқалишини ўрганиш; вена ичига контрастига аллергия бўлган беморлар ва буйрак этишмовчилиги бўлмаган ҳомиладор аёллар учун ҳам кўрсатилади;
- кўкрак қафасининг КТси - ўпка, плевра ва кўкрак қафаси суякларидаги жараённинг тарқалишини аниқлаш учун зарур;

- кичик чаноқ аъзоларининг КТси - МРТ текширувини ўтказишнинг иложи бўлмаса (беморга металл имплантлар, ўрнатилган юрак стимулятори ва бошқалар туфайли);
- бош миянинг КТси - агар бош мияда метастазларга шубҳа бўлса, ҳар қандай мия аломатлари мавжуд бўлса, чунки БҲСда метастазларнинг аксар локализациялардан бири бош мия ҳисобланади.

**Тавсиялар [17]:**

<b>Тавсия</b>	<b>Тавсиянинг градацияси</b>
Буйрак ўсмаларини ташхислаш ва босқичларини аниқлаш учун қорин ва кўкрак қафасининг контрастли кучайтириши билан кўп фазали КТ дан фойдаланинг.	Кучли (Юқори)
Тасодифан аниқланган сТ1а касаллиги билан оғриган беморларда кўкрак қафасидаги КТни мустасно қилинг, чунки бу когортада ўпкага метастазларининг хавфи паст.	Заиф (Паст)
Веноз шикастланишини яхшироқ баҳолаш, радиация таъсирини камайтириш ёки КТда вена ичига контрастни юбормаслик учун магнит-резонанс томографиядан фойдаланинг.	Заиф
Контрастли кучайтириши билан КТнинг натижалари тайинсиз бўлса кичкина буйрак ҳосилаларини, ўсма тромбларини ва ноаниқ буйрак ҳосилаларини дифференциация қилиш учун МРТ ва контрастли кучайтириши билан ултратовушни ўз ичига олган ионлаштирувчи бўлмаган усуллардан фойдаланинг.	Кучли
Буйрак хужайрали саратонни босқичлаш учун суяк сканерлаш ва/ёки позитрон эмиссияли томографиясини мунтазам равишда қўлланилмаслиги керак.	Заиф
Олдиндан патологиясиз абляция терапия ва тизимли терапиядан олдин буйрак ўсманинг биопсиясини бажаринг.	Кучли
Фаол кузатув имкониятини кўриб чиқилган танланган беморларда тери ости биопсиясини бажаринг.	Заиф
Буйрак ўсмаси биопсиясини бажаришда коаксиал техникадан фойдаланинг.	Кучли
Буйракларда кисоз ҳосилалари бўлса, буйрак ўсмаси биопсиясини бажарманг.	Кучли
Солид буйрак ўсмаларининг гистологик тавсифи учун ингичка игна аспирациясидан кўра дастлабки биопсиясия усулидан фойдаланинг.	Кучли

#### **4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:**

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

#### **5. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси:**

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

**1) Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутлаш: 2-расм.**

**IV-босқич** (T4 ҳар қандай M0; ҳар қандай T N2M0; ҳар қандай T, ҳар қандай NM1)  
 Радикал нефрэктомия (T4N0M0) ёки симултан жарроҳлик амалиёти  
 (очик/лапароскопик);  
 Паллиатив (ёки циторедуктив) нефрэктомия (ҳар қандай TN2M0 ёки M1);  
 Мақсадли терапия (метастазларда). Баъзи ҳолларда иммунотерапия кўриб  
 чиқилиши мумкин.  
 Упка ва скелет суяқларига ёлғиз метастазлар бўлса, метастаз учоғларни олиб  
 ташлаш таклиф қилиниши мумкин. Умуртқа поғонасида мтслар бўлса, орқа мияни  
 декомпрессиялаш мақсадида ламинэктомия, ёш беморларда олдинги ёки орқа таянч  
 комплексини шакллантириш билан декомпрессияни барқарорлаштирувчи  
 ламинэктомия қўлланилади

↓  
**КУЗАТУВ**

Назорат текширувлар жадвали	Tekshiruv turi	
<b>6 ойдан кейин</b>	ҚБА, буйрак ва буйрак ўзанининг УТТси	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси
<b>1 йилдан кейин</b>	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси	
<b>2 йилдан кейин</b>	ҚБА, буйрак ва буйрак ўзанининг УТТси	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси
<b>3 йилдан кейин</b>	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси
<b>4 йилдан кейин</b>	ҚБА, буйрак ва буйрак ўзанининг УТТси	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси
<b>5 йилдан кейин</b>	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси	
<b>5 йил ўтгач</b>	Рўйхатдан чиқариш	КҚА ва ҚБАнинг Кт ёки МРТси

**2-расм. Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутлаш**

**19-жадвал. Ўсма жараёнининг босқичига қараб буйрак саратонини даволаш.**

Касаллик босқичи	Даволаш усуллари
I-босқич (T1aN0M0, T1bN0M0)	Радикал жарроҳлик амалиёти (буйрак резекцияси, нефрэктомия) (очик/лапароскопик).
II-босқич (T2N0M0)	Радикал жарроҳлик амалиёти (лимфодиссекция билан нефрэктомия) (очик/лапароскопик)
III-босқич (T3aN0M0, T3bN0M0, T3c N0M0 T3aN1M0, T3bN1M0, T3c N1M0)	Радикал жарроҳлик амалиёти (тромбектомия ва лимфодиссекция билан нефрэктомия). Кичик ( $\geq 4$ см) T3a-босқичли ўсмаларда буйракни резекция бажарилиши (очик/лапароскопик) мумкин.
IV-босқич (T4 ҳар қандай M0; ҳар қандай T N2M0; ҳар	Радикал нефрэктомия (T4N0M0) ёки симултан жарроҳлик амалиёти (очик/лапароскопик); Паллиатив (ёки ситоредуктив) нефрэктомия (ҳар қандай

қандай Т, ҳар қандай НМ1)	<p>TN2M0 ёки M1);</p> <p>Мақсадли терапия (метастазларда). Баъзи ҳолларда иммунотерапия кўриб чиқилиши мумкин.</p> <p>Ўпка ва скелет суяқларига ёлғиз метастазлар бўлса, метастаз учоғларни олиб ташлаш таклиф қилиниши мумкин. Умуртқа поғонасида метастазлар бўлса, орқа мияни декомпрессиялаш мақсадида ламинектомия, ёш беморларда олдинги ёки орқа таянч комплексини шакллантириш билан декомпрессияни барқарорлаштирувчи ламинектомия қўлланилади.</p>
---------------------------	--

**2) Паллиатив номедикаментоз даволаш (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/naczionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):**

**Режим:**

- режим 3 (умумий) эркин режим (жигарга зарар этказувчи омилларнинг таъсирини минималлаштириш - спиртли ичимликлар, чекиш, гепатотоксик дорилар ва бошқа моддаларнинг таъсири ва бошқалар).
- парҳез – 7-стол.

**Трансфузион қўллаб қувватлаш.**

- Трансфузион терапия учун кўрсатмалар, биринчи навбатда, ҳар бир бемор учун ёши, ҳамроҳ касалликлари, кимётерапиянинг толерантлиги ва даволашнинг олдинги босқичларида асоратларнинг ривожланишини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда клиник кўринишлар билан белгиланади.
- Кўрсатмаларни аниқлаш учун лаборатория параметрлари ёрдамчи аҳамиятга эга бўлиб, улар асосан тромбоцитлар концентратини профилактик қуйиш зарурлигини баҳолаш учун қўлланилади.

Трансфузияларга кўрсатмалар, шунингдек, кимётерапия курсидан кейинги вақтга боғлиқ – кейинги бир неча кун ичида кўрсаткичларнинг тахмин қилинган пасайиши ҳисобга олинади.

**Эритроцитар масса/аралашмаси:**

- Тўқималарнинг кислородга бўлган эҳтиёжини қондириш учун одатдаги захиралар ва компенсация механизмлари етарли бўлса, гемоглобин даражасини ошириш шарт эмас;
- Сурункали анемияларда эритроцитларни сақловчи воситаларни қуйиш учун фақат битта кўрсатма мавжуд – симптоматик анемия (тахикардия, нафас

қисилиши, стенокардия, сенкоп, де ново депрессияси ёки СТ элевацияси билан намоён бўлади);

- Гемоглобин даражасининг 30 г/л.дан кам бўлиши, эритроцитлар трансфузияси учун абсолют кўрсатма бўлади;
- Юрак-қон томир тизими ва ўпканинг декомпенсацияланган касалликлари бўлмаса, сурункали анемияда эритроцитларни профилактик қуйиш учун кўрсатма бўлиши мумкин бўлган гемоглобин даражаси:

– Ёши (ёш)	– Хб (г/л) триггер даражаси
– <25	– 35-45
– 25-50	– 40-50
– 50-70	– 55
– >70	– 60

#### **Тромбоцитлар концентрати:**

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

#### **Янги музлатилган плазма:**

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

### 3) Паллиатив медикаментоз даволаш

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

#### Метастатик БҲС учун тизимли терапия.

#### Иммунотерапия.

Бевацизумаб интерферон- $\alpha$  билан комбинация монотерапияси мақсадли терапия билан алмаштирилди ва ёруғ хужайрали ривожланган мБҲС учун стандарт даволашга айланди. мБҲСда дастурлаштирилган ўлим рецепторлари 1 (ПД-1) ва лиганд 1 (ПД-Л1) иммун назорат пунктларини орқали ингибиторлаш ўрганилди. Рандомизацияланган маълумотлар ВЕГФ-резистент касаллигида ниволумаб (ПД-1 ингибитори) дан фойдаланишни қўллаб-қувватлайди. Иккита иммун назорат нуқтаси ингибиторларининг комбинацияси: ипилимумаб ва ниволумаб ўрта ва ёмон прогнозли гуруҳларда юқори яшовчанликни кўрсатди, пембролизумаб ва акситиниб комбинацияси эса барча хавф гуруҳларидаги беморларда яшовчанлик учун устунликни кўрсатди.

Далил	ДД
Интерферон- $\alpha$ монотерапияси мБҲСда ВЕГФ ёки (мТОР) ингибиторлари билан мақсадли терапиядан паст келади.	16
Бир ёки икки қатор анти-ВЕГФ ингибиторларини олмаган беморларда Ниволумаб эверолимус билан солиштирганда юқори умумий яшовчаликни (УЯ) таъминлайди.	16
Беморларда ниволумаб ипилимумаб билан комбинацияси ИМДСга кўра ўрта ва ёмон прогнозга эга бўлган ёруғ хужайрали мБҲС билан оғриган ва даволанмаган беморларда ниволумаб ипилимумаб билан комбинацияси сунитиниб терапияси билан солиштирганда УЯ ва объектив жавоб тезлиги (ОЖТ) бўйича устунликни кўрсатди.	16
Пембролизумаб плюс акситиниб, авелумаб* плюс акситиниб, ленватиниб плюс пембролизумаб ва ниволумаб плюс кабозантиниб комбинацияси барча ИМДСга кўра хавф гуруҳларида даволанмаган ёруғ хужайрали мБҲС билан оғриган беморларда сунитиниб билан солиштирганда ПЯ, УЯ ва ОЖТ бўйича устунликни кўрсатди.	16
Ҳозирги вақтда ПД-Л1 экспрессия ҳолати беморларни танлаш учун ишлатилмайди.	26

Агар иммун тизими билан боғлиқ ён таъсирлар акситиниб плус пембролизумаб, авелумаб* плус акситиниб, кабозантиниб плус ниволумаб ёки ленватиниб плус пембролизумаб комбинацияси билан даволашни тўхтатишга олиб келса, акситиниб, кабозантиниб ёки ленватинибни давом эттириш мумкин. Имуно-онкологик препаратлар билан қайта даволаш мутахассислар ёрдамини талаб қилади.	4
Токсик таъсир туфайли ипилимумабнинг тўлиқ 4 дозасини олмаган беморлар хавфсиз ва мумкин бўлган ҳолларда ниволумаб монотерапиясини давом эттиришлари керак. Комбинацияланган терапияни қайта ўтказиш мутахассис ёрдамини талаб қилади.	4
Прогрессияланишдан кейин даволаниш ўринли бўлиши мумкин, аммо диққат билан кўриб чиқиш ва Мультидисциплинар жамоадан эксперт ёрдамини талаб қилади.	16
Ниволумаб плус ипилимумаб, пембролизумаб плус акситиниб, авелумаб плус акситиниб, ниволумаб плус кабозантиниб ва ленватиниб плус пембролизумаб Мультидисциплинар жамоанинг таркибида иммун препаратлари билан комбинацияланган терапия ва тегишли ёрдам кўрсатиш тажрибасига эга марказларда қўлланилиши керак.	4
Ниволумаб ипилимумаб билан комбинацияси ИМДСга кўра ўрта ва ёмон прогнозли ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган ва даволанмаган беморларда сунитиниб билан солиштирганда энг яхши яшовчанликни кўрсатди, бундан ташқари, яхши прогнозли беморларда сунитиниб терапиясида УЯ юқорироқ бўлган.	26
Ниволумаб плус ипилимумаб комбинацияси беморларнинг 15 фоизда 3-5 даражали токсиклик ва 1,5 фоиз беморларда даволаниш билан боғлиқ ўлим билан боғлиқ.	1
Пембролизумаб плус акситиниб, авелумаб плус акситиниб, ленватиниб плус пембролизумаб ёки ниволумаб плус кабозантиниб комбинацияси илгари даволанмаган ҳар қандай хавфдаги метастатик ёруғ хужайрали БХС билан оғриган беморларни даволаш учун тавсия этилади.	Кучли
Ипилимумаб плус ниволумаб комбинацияси илгари	Кучли

даволанмаган ўрта ва ёмон прогнозли метастатик ёруғ хужайрали БҲС билан оғриган беморларни даволаш учун тавсия этилади.	
Ниволумаб плюс ипилимумаб, пембролизумаб плюс акситиниб, авелумаб плюс акситиниб, ленватиниб плюс пембролизумаб ва ниволумаб плюс кабозантиниб комбинацияси Мултидисциплинар жамоанинг таркибида иммун препаратлари билан комбинацияланган терапия ва тегишли ёрдам кўрсатиш тажрибасига эга марказларда қўлланилиши керак.	Заиф
Токсик таъсир туфайли ипилимумабнинг тўлиқ 4 дозасини олмаган беморлар хавфсиз ва мумкин бўлган ҳолларда ниволумаб монотерапиясини давом эттиришлари керак.	Заиф
Акситиниб плюс пембролизумаб, авелумаб плюс акситиниб, кабозантиниб плюс ниволумаб ёки ленватиниб ва пембролизумаб комбинацияси билан даволашдан кейин даволашни чекловчи иммунитет билан боғлиқ ён таъсирларни бошдан кечирган беморларга акситиниб, кабозантиниб билан терапия тавсия этилади.	Заиф
Прогрессияланишдан кейин даволаниш ўринли бўлиши мумкин, аммо диққат билан кўриб чиқиш ва Мултидисциплинар жамоадан эксперт ёрдамани талаб қилади.	Заиф
Токциклик туфайли тўхтатилган иммуно-онкологик препаратлар билан қайта даволаш эксперт ва мултидисциплинар жамоа ёрдамисиз тавсия этилмайди.	Кучли
Сунитиниб ёки пазопаниб* ИМДСга кўра ўрта ва ёмон прогнозли ёруғ хужайрали мБҲС билан оғриган, даволанмаган ва иммуно-онкологик препаратлар билан даволашни қабул қила олмайдиган ёки тоқат қила олмайдиган беморларга тавсия этилади.	Кучли
Кабозантиниб ИМДСга кўра ўрта ва ёмон прогнозли тиниқ хужайрали мБҲС бўлган, даволанмаган ва иммуно-онкологик терапияни қабул қила олмайдиган ёки тоқат қила олмайдиган беморларга тавсия этилади.	Кучли

Бу рандомизацияланган II фазанинг тадқиқотига асосланган бўлса-да, кабозантиниб (заиф) ИМДСга кўра сунитинибга каби яхши натижалар кўрсатди = Халқаро метастатик буйрак саратони маълумотлар базаси консорциуми.

## Мақсадли терапия

Далил	ДД
ВЕГФни ингибитирлашга қаратилган монотерапия иммуно-онкологик препаратлар билан комбинацияланган терапия билан алмаштирилди.	16
Пазопаниб* мБХС ни даволашнинг биринчи қаторда сунитинибдга каби натижалар кўрсатади.	16
Кабозантиниб даволаш олмаган ИМДСга кўра ўрта ва ёмон прогнозли ёруғ хужайрали мБХС билан оғриган беморларда сунитиниб билан солиштирганда юқори ПЯ натижаларини кўрсатади, лекин УЯ натижаларини эмас.	26
Тивозаниб ЭМА томонидан тасдиқланган, аммо далиллар мавжуд терапия усуллари билан солиштирганда ҳали ҳам паст даражада ҳисобланади.	3
Анти-ВЕГФ монотерапияси ПД-Л1 ингибиторлари комбинацияси билан биринчи қатор терапиядан сўнг афзалроқдир. Олдиндан буюрилган препаратлар билан қайта даволанмаслиги керак.	3
Кабозантиниб ёки ниволумаб монотерапияси бир ёки бир нечта қатор анти-ВЕГФ препаратлар ёрдамида терапиясидан кейинги эверолимус терапиясидан устундир.	16
Еверолимус плацебо билан солиштирганда анти-ВЕГФ терапиясидан сўнг ПЯ ни узайтиради. Ушбу даволаш энди учинчи қатор терапиясидан олдин кенг қўлланилмайди.	16
мТОР ингибиторлари ва анти-ВЕГФ препаратлари билан терапия ёруғ бўлмаган хужайрали мБХСда чекланган фаолликка эга. Сунитиниб билан эверолимус билан солиштирганда онкологик натижаларда сезиларли яхшиланиш кузатилмади.	2а
Ленватиниб эверолимус билан биргаликда ВЕГФ-резистент касаллигида эверолимус монотерапияси билан солиштирганда ПЯ ни яхшилаган. Иммуни жавоби ингибиторлариндан кейин унинг роли ноаниқ. Ушбу комбинация ҳақида ишончли маълумотлар йўқ, бу тавсия қилишни қийинлаштиради.	2а
Ниволумаб ёки кабозантиниб биринчи ёки икки қатор терапиядан сўнг анти-ВЕГФ препаратларига рефрактер метастатик ёруғ хужайрали БХС бўлган, назорат нуқтаси ингибиторларини олмаган беморларга тавсия этилади.	Кучли

Учинчи қатор терапияси учун иккинчи қатор терапияси (ниволумаб ёки кабозантиниб) пайтида бажарилмайдиган секвенирлаш тавсия этилади.	Заиф
Ниволумаб плюс ипилимумаб ёки акситиниб плюс пембролизумаб ёки кабозантиниб плюс ниволумаб ёки ленватиниб плюс пембролизумабга рефрактерли беморлар учун ВЕГФ тирозинкиназа ингибиторлари иккинчи қатор терапия сифатида тавсия этилади.	Заиф
Кабозантиниб ёруғ хужайрали мБХСда анти-ВЕГФ агентлари билан мақсадли терапиядан кейин тавсия этилади.	Кучли
мБХС даволашда тизимли терапиянинг кетма-кетлиги тавсия этилади.	Кучли

ИМДС = Халқаро метастатик буйрак саратони маълумотлар базаси консорциуми.

**20-жадвал: мБХСни биринчи қатор даволаш бўйича янгиланган ЭАУ тавсиялари**

<b>ИМДС прогноз гуруҳи</b>	<b>Даволаш стандарти</b>	<b>Иммунитет назорати пункти ингибиторлар терапиясини қабул қила олмайдиган ёки тоқат қила олмайдиган беморлар учун алтернатив даволаш</b>
ИМДСга кўра яхши прогноз	Кабозантиниб+ниволумаб (1б) Акситиниб+ Пембролизумаб (1б) Ленватиниб+ пембролизумаб (1б) Акситиниб+Авелумаб (1б)	Пазопаниб (1б) Сунитиниб (1б) Баъзи беморларда Акситиниб
ИМДСга кўра ўрта ва ёмон прогноз	Кабозантиниб+ниволумаб (1б) Акситиниб+ Пембролизумаб (1б) Ленватиниб+ пембролизумаб (1б) Акситиниб+Авелумаб (1б) Ипилимумаб+ ниволумаб (1б)	Сунитиниб (1б) Пазопаниб (1б) Кабозатиниб (2а)

ИМДС = Халқаро метастатик буйрак саратони маълумотлар базаси консорциуми.

пазопаниб фақат ўрта хавфли касалликларни даволаш учун мўлжалланган.

[1б] = битта III-фаза рандомлашган назорат қилинган тадқиқот асосида.

[2a] = битта II-фаза рандомлашган назорат қилинган тадқиқот асосида.

<b>ИМДС прогноз гуруҳи</b>	<b>Даволаш стандарти</b>	<b>Алтернатив даволаш</b>
Иммуно-онкологик препаратлар билан олдинги терапия	Кабозантиниб+ниволумаб (1б) Акситиниб+ Пембролизумаб (1б) Ленватиниб+ пембролизумаб (1б) Акситиниб+ Авелумаб (1б)	Пазопаниб (1б) Сунитиниб (1б) Баъзи беморларда Акситиниб
Тирозин киназа ингибиторлар билан олдинги терапия	Ниволумаб (1б) Кабозантиниб (1б)	Акситиниб (2б)

ИО = иммунотерапия;

ТКИ = тирозин киназа ингибиторлар;

ВЕГФ = қон томир эндотелийнинг ўсиш омили.

[1б] = битта III-фаза рандомлашган назорат қилинган тадқиқот асосида.

[2б] = рандомлашган назорат қилинган III-фаза кичик гуруҳларнинг таҳлили.

[4] = эксперт фикри.

### **Мақсадли ва иммуно-мақсадли терапия режимлари:**

**1.** Пембролизумаб + Акситиниб комбинацияси - Пембролизумаб 200 мг в/и томчилаб, ҳар 3 ҳафтада акситиниб билан биргаликда кунига 2 марта 5 мг.

**2.** Авелумаб + акситиниб комбинацияси – 28 кунлик курс, Авелумаб 800 мг в/и томчилаб 1 ва 15-кунларда акситиниб билан биргаликда кунига икки марта 5 мг.

**3.** Авелумаб 800 мг в/и 60 дақиқа давомида ҳар 2 ҳафтада, давомий равишда прогрессияланиш ёки қабул қилиниши мумкин бўлмаган токсик таъсирлар пайдо бўлгунча.

Авелумабнинг дастлабки 4 та инфузиясидан олдин беморга антигистаминлар ва парацетамол билан премедикация бажарилиши керак. Агар тўртинчи инфузия инфузион реакциялар ривожланмасдан тугалланган бўлса, кейинги дозаларни юборишдан олдин премедикация шифокорнинг ихтиёрига кўра белгиланади.

**4.** Сунитиниб - 4 ҳафта давомида кунига 50 мг оғиз орқали, кейин 2 ҳафталик танаффус. Кечирилиши оғир бўлса, қабул қилишни 2 ҳафтагача камайтиради ва кейин 1 ҳафталик танаффус.

**5. Сорафениб** 400 мг оғиз орқали кунига 2 марта (ерталаб ва кечкурун) - суткалик кунлик доза 800 мг. Дозани кунига 400 ва 200 мг га камайтириш мумкин (оғир ён таъсирлар бўлса).

**6. Эверолимус** 10 мг дан кунига бир марта оғиз орқали. Агар заиф толерантлик белгилари пайдо бўлса, дозани 2 даражага камайтириш мумкин: кунига бир марта оғиз орқали 5 мг, ҳар 2 кунда бир марта 5 мг дан.

**7. Пазопаниб** 800 мг оғиз орқали кунига бир марта. Шахсий толерантликга қараб, препаратнинг суткалик дозаси 200 мг га камайиши мумкин, максимал суткалик доза 800 мг дан ошмаслиги ва минимал суткалик дозаси 400 мг дан кам бўлмаслиги керак.

**8. Акситиниб** - кунига 2 марта 5 мг дан, оғиз орқали. Акситинибнинг бошланғич дозаси кунига 2 марта 5 мг дан, агар қабул қилишнинг дастлабки икки ҳафтасида III-IV даражали токсик асоратлар бўлмаса, препаратнинг дозаси кунига 2 марта 7 мг га оширилади; (кейинги икки ҳафта давомида) ва кейин кунига 2 марта 10 мг гача.

**9. Ленватиниб** - ВЕГФР1, ВЕГФР2 ва ВЕГФР3, ФГФР1, ФГФР2, ФГФР3 ва ФГФР4, ПДГФР-а, шунингдек, РИТИТ ва КЕТ тирозин киназа рецепторларининг киназ фаоллигини бостирадиган оғиз тирозин киназа ингибитори. Препаратнинг тавсия этилган суткалик дозаси кунига бир марта 18 мг ни ташкил қилади (еверолимус билан биргаликда кунига бир марта 5 мг дан, препаратлар бир вақтнинг ўзида оғиз орқали қабул қилинади).

**10. Темсиролимус** – ҳафтасига бир марта 30-60 дақиқа давомида 25 мг в/и томчилаб. Даволаш клиник самарадорлик тасдиқланмагунча ёки қабул қилиниши мумкин бўлмаган токсиклик қайд этилмагунча давом эттирилиши керак.

**11. Кабозатиниб** - кунига бир марта 140 мг дан. Капсулаларни очмасдан бутунлай ютиш керак. Оч қоринга, қабул қилишдан камида 2 соат олдин ёки 1 соатдан кейин овқатланиш мумкин. Капсулаларни тўлиқ стакан сув билан қабул қилинади.

## **21-жадвал. Асосий дорилар рўйхати (100% қўлланиш эҳтимоли бор):**

<b>Препаратнинг фармакотерапевтик гуруҳи</b>	<b>Дори воситаларининг ХПН</b>	<b>Қўллаш тартиби</b>	<b>Далиллар даражаси</b>
Протеинтирозинкиназа а ингибитори	Сунитиниб	4 ҳафта давомида кунига 50 мг дан оғиз орқали, кейин 2 ҳафталик танаффус.	А

		Толерантлик заиф бўлса, дозани 2 ҳафтагача камайтириб ва кейин 1 ҳафталик танаффус.	
Протеинтирозинкиназа ингибитори	Сорафениб	400 мг дан оғиз орқали кунига 2 марта (ерталаб ва кечқурун) - кунлик суткалик доза 800 мг. Дозани кунига 400 ва 200 мг га камайтириш мумкин (оғир ён таъсирлар бўлса).	А
Протеинкиназа ингибитори	Еверолимус	Кунига бир марта оғиз орқали 10 мг. Агар заиф толерантлик белгилари пайдо бўлса, дозани 2 даражага камайтириш мумкин: кунига бир марта оғиз орқали 5 мг, ҳар 2 кунда бир марта 5 мг дан.	А
Тирозинкиназа ингибитори	Пазопаниб	Кунига бир марта оғиз орқали 800 мг. Шахсий толерантликка қараб, препаратнинг суткалик дозаси 200 мг га камайиши мумкин, максимал суткалик доза 800 мг дан ошмаслиги ва минимал суткалик дозаси 400 мг дан кам бўлмаслиги керак.	А
Ирозинкиназа ингибитори	Акситиниб	5 мг дан кунига 2 марта, оғиз орқали. Акситинибнинг	А

		бошланғич дозаси кунига 2 марта 5 мг ни ташкил қилади, агар қабул қилишнинг дастлабки икки ҳафтасида III-IV даражали токсик асоратлар бўлмаса, препаратнинг дозаси кунига 2 марта 7 мг га оширилади (кейинги икки ҳафта давомида) ва кейин кунига 2 марта 10 мг гача.	
Тирозинкиназ ингибитори	Ленватиниб	18 мг кунига бир марта (Еверолимус билан биргаликда кунига бир марта 5 мг, препаратлар бир вақтнинг ўзида оғиз орқали қабул қилинади).	А
Тирозинкиназ ингибитори	Кабозатиниб	140 мг кунига бир марта	А
Юклаб олиш (хаволалар)	<a href="https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17759">https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17759</a>		

**22-жадвал. Қўшимча дорилар рўйхати (100% қўлланиш эҳтимоли бор):**

Препаратнинг фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситаларининг ХПН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Протеинкиназа ингибитори	Темсиролимус*	25 мг в/и томчилаб, ҳафтада бир марта 30-60 дақиқа давомида.	А
ПД-1 ингибитори, моноклонал антитана	Пембролизумаб	200 мг в/и ҳар 3 ҳафтада акситиниб билан биргаликда	А

		кунига 2 марта 5 мг дан.	
ПД-Л-1 ингибитори, моноклонал антитана	Авелумаб	800 мг в/и томчилаб 1 ва 15-кунларда акситиниб билан биргаликда кунига икки марта 5 мг дан.	А
<b>Юклаб олиш (хаволалар)</b>	<a href="https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17759">https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17759</a>		

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

## 6. Жарроҳлик аралашуви.

### Маҳаллий ривожланган БҲСни даволаш

Лимфа тугунлари метастазлари (сН +) мавжуд бўлганда даволаш.

Клиник жиҳатдан ижобий ЛН (сН+) мавжуд бўлганда, лимфа тугунларининг диссекцияси ҳар доим ўринли, аммо лимфа тугунларининг диссекцияси кўлами ҳали ҳам мунозарали бўлиб қолмоқда.

Паст сифатли далиллар, метастатик касаллик бўлмаса, ўсма тромбини олиб ташлаш кераклигини кўрсатади. Ўсма эмболизацияси ёки ОКВ филтри каби адьювант муолажалар ўсма тромбини даволашда ҳеч қандай фойда келтирмайди.

Жарроҳлик амалиётига яроқсиз ёки операция қилиб бўлмайдиган касаллиги бўлган беморларда эмболизация аломатларни, шу жумладан кўринадиган гематурия ёки ёнбош оғриғини, назорат қилиши мумкин. Жарроҳлик амалиётидан кейин ёрдамчи терапия қўлланилиши ҳақида ҳозирча ҳеч қандай далил йўқ.

### Веноз ўсма тромбози билан БҲСни даволаш

Тавсиялар	Тавсиялар даражаси
Клиник жиҳатдан кенгайган лимфа тугунлари (ЛН) бўлган беморларда босқич, прогноз ва кейинг кузатув тактикасини аниқлаш учун лимфа тугунларнинг диссекциясини амалга оширинг.	Заиф
Агар томирлар метастатик бўлмаган касалликда шикастланган бўлса, буйрак ўсма ва тромбини олиб ташланг.	Кучли
Метастатик касаллик учун жарроҳликни мултидисциплинар жамоанинг таркибида муҳокама қилинг.	Заиф

## Ситоредуктив нефрэктомия

Ўсманинг нефрэктомияси фақат барча ўсма конгломератлари олиб ташланган тақдирдагина даволайди. Бу бирламчи ўсмаси бўлган ва бир ёки олигометастатик резецияли касаллиги бўлган беморларни ўз ичига олади.

Метастатик касаллиги бўлган беморларнинг аксарияти учун ситоредуктив нефрэктомия (СРН) паллиатив ҳисобланади ва тизимли терапия талаб этилади.

Далил	Далил даражаси
СС-метастатик БҲС (мБҲС) бўлган ўрта хавфли беморларда жарроҳлик амалиётидан олдин сунитиниб билан кечиктирилган СРН иккиламчи якуний таҳлилда яшовчанлик фойдасини кўрсатади ва тизимли терапияга ажралмас қаршилиққа эга беморларни танлайди.	2б
Сунитинибнинг ўзи қон томир эндотелиал ўсиш омили рецепторлари (ВЕГФР) тирозин киназа ингибитори (ТКИ) билан тизимли даволашни талаб қиладиган ўрта ва паст хавфли МСКСС бўлган беморларда сунитинибдан кейин СРН дарҳол таъсирли препаратдан кам эмас.	1а
Битта метастаз ёки олигометастазнинг бир вақтнинг ўзида тўлиқ резецияси бўлган беморларда ситоредуктив нефрэктомия яшовчанликни яхшилаши ва тизимли терапияни кейинга суриши мумкин.	3
Паст хавфли МСКСС ёки ИМДС ( $\geq 4$ омил) бўлган беморлар маҳаллий терапиядан фойда кўрмайди.	1а
ИСИ асосидаги комбинацияланган терапия билан даволанган бирламчи ўсмаси ин ситу бўлган беморлар сунитиниб билан даволаш билан солиштирганда тадқиқотчи кичик гуруҳлар таҳлилларида юқори ПЯ ва УЯга эга.	2б
Паст хавфли МСКСС беморларида ситоредуктив нефрэктомияни (СН) бажармаслик.	Кучли
Асимптоматик сиNхрон бирламчи ўсмаси бўлган ва тизимли терапияни талаб қиладиган ўрта хавфли МСКСС беморларда дарҳол СНни бажармаслик.	Заиф
Асимптоматик сиNхрон бирламчи ўсмаси бўлган ва тизимли терапияни талаб қиладиган ўрта хавфли МСКСС беморларида СНсиз тизимли терапияни бошлаш.	Заиф
Тизимли терапиядан клиник фойда кўрадиган беморлар билан кимиётерапия кечиктиришни муҳокама қилинг.	Заиф
Тизимли терапияни талаб қилмайдиган яхши ишлаш	Заиф

ҳолатига эга бўлган беморларда СН ни дарҳол бажариш.	
Олигометастазлар бўлган беморларда метастазларни тўлиқ маҳаллий даволашда СН нинг дарҳол бажарилиши.	Заиф

### **Рецидивли БҲС**

Қисман нефрэктомиядан сўнг ёки абляция терапиядан кейин даволанган буйракда маҳаллий рецидивли касаллик пайдо бўлиши мумкин.

Радикал нефрэктомия (РН) ёки нефрон сақловчи терапиядан сўнг рецидив буйрак ўзани ёки минтақавийда пайдо бўлиши мумкин, масалан, ўсманинг веноз тромбози ёки қорин пардаси ортидаги лимфа тугунларига метастазлар. РНдан кейин буйрак ўзанида изоляция қилинган маҳаллий рецидив кам учрайди.

Беморлар маҳаллий рецидивли касалликнинг тўлиқ жарроҳлик резециясидан фойда олишлари мумкин. Ўсманинг прогрессив ўсиши ва оғриғи туфайли тўлиқ жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш мумкин бўлмаган ҳолларда паллиатив даволаш, шу жумладан нур терапияси ва тизимли терапия тавсия этилади.

### **Узоқ метастазлар билан буйрак саратони билан оғриган беморларни даволаш**

Буйрак саратони билан оғриган беморларнинг 10-15 фоизида дастлабки кўринишда узоқ метастазлар аниқланади.

Тарқалган БҲС билан касалланган беморлар прогностик жиҳатдан турли хил гуруҳни ифодалайди.

Беморларнинг умумий яшовчанликга салбий таъсир кўрсатадиган номувофик прогностик омиллар (Мемориал Слоан Кеттеринг Сансер Сентер прогностик модели; МСКСС):

- соматик ҳолат (Карновский шкаласи бўйича <70%); ЛДГ даражасининг норманинг юқори чегарасидан >1,5 га ошиши; гемоглобин даражаси < меъёрнинг пастки чегараси;

- қон зардобидаги коррекцияланган  $Ca^{2+}$  даражаси > 10 мг/дл ёки > 2,5 ммол/л; БҲСнинг дастлабки ташхисидан терапия бошланишигача бўлган вақт < 1 йил;

МСКСС моделига кўра, тарқалган БҲС билан касалланган барча беморлар 3 гуруҳга бўлинган:

- яхши прогноз гуруҳи (хавф омиллари йўқ, ўртача яшовчанлик ~ 30 ой);
- ўрта прогноз гуруҳи (1-2 хавф омиллари, ўртача яшовчанлик ~ 14 ой);
- ёмон прогноз гуруҳи ( $\geq 3$  хавф омили, ўртача яшовчанлик ~ 6 ой).

Ҳозирги вақтда буйрак саратонидан бир нечта узоқ метастазлар бўлган

беморларни даволаш учун стандартлар мавжуд эмас. Метастатик буйрак ҳужайрали саратонни даволаш учун қуйидаги усуллардан фойдаланиш мумкин:

Узоқ метастазлар билан буйрак саратони билан оғриган бирламчи беморларда даволашнинг биринчи босқичида (агар беморнинг умумий ҳолати имкон берса - яхши прогноз гуруҳи), паллиатив ёки кенгайтирилган жарроҳлик (нефрэктомия) амалга оширилади.

Жарроҳлик даволаш фақат барча аниқланадиган ўсма ўчоқлари олиб ташланган тақдирдагина даволанишга олиб келади. Метастатик БҲС бўлган беморларнинг кўпчилигида нефрэктомия паллиатив ҳисобланади ва кейинги тизимли даволанишни талаб қилади.

Радикал нефрэктомиядан сўнг буйрак саратони билан оғриган беморларда узоқ метастазлар аниқланганда, техник жиҳатдан иложи бўлса, уларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлашга ҳаракат қилиш керак (якка метастазлар).

Радикал жарроҳликдан сўнг буйрак саратони билан оғриган беморларда кўплаб метастазлар аниқланганда, яхши прогнозли, жараённинг чекланган тарқалиши, минимал шикастланиш ҳажми ва касаллик белгилари бўлмаса, монотерапияда ИНФ- $\alpha$  дан фойдаланиш даволаш самарадорлигини ва прогрессив ҳолатларда мақсадли дори-дармонларни қўллаш имкониятини диққат билан кузатиб бориш шарти билан рухсат этилади. Метастазларнинг қисман регрессияси бўлса, техник имкониятлар юзага келса, улар жарроҳлик йўли билан олиб ташланади. Бошқа ҳолларда, мақсадли терапия амалга оширилади.

Скелет суякларига метастазларда оғриқ синдромини камайтириш учун нур терапиясининг паллиатив курси ўтказилиши мумкин.

#### **Метастазектомия учун кўрсатмалар:**

- Илгари ўтказилган радикал ёки паллиатив нефрэктомия беморларда солитар ёки якка метастазларни радикал тарзда олиб ташлаш имконияти.

#### **Метастазектомияга қарши кўрсатмалар:**

- Барча аниқланадиган ўсмаларни (буйрак ўсмаси ва метастазлар) радикал олиб ташлашнинг имконият йўқлиги;
- МСКСС шкаласи [7] бўйича ўрта ёки ёмон прогноз;
- Олдинги даволаш ёки динамик кузатувда ўсма жараёнининг тошқин прогрессияланиши ёки қисқа вақт ичида янги метастазларнинг пайдо бўлиши;
- Юқори операцион хавф.

#### **Метастатик буйрак саратони учун қўшимча даволаш усуллари**

Гематурия ривожланиши туфайли узоқ метастазлари бўлган бирламчи беморларда нефрэктомия бажариш мумкин бўлмаган ҳолларда, гемостатик

мақсадларда буйрак артерияси эмболизацияси қўлланилади.

Скелет суякларида метастазлар бўлса, оғриқ синдромини йўқотиш учун СЎД 5 ГР дан 35 ГР гача бўлган катта фракциялар билан нур терапияси қўлланилади ва бифосфонатлар буюрилади.

Нур терапияси бош мия метастазлари учун ҳам қўлланилиши мумкин.

### **Метастатик БҲСда нур терапиясига кўрсатмалар:**

- 1-3 бош мия метастазлари бўлган БҲС беморлари;
- касалликнинг экстракраниал намоёнларининг йўқлиги ёки бу намоёнларни дори усуллар ёрдамида назорат қилиш имконияти;
- оғриқ синдроми мавжудлигида суяк метастазлари бўлган беморлар.

**23-жадвал. Метастатик БҲС билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш ва нур терапияси бўйича тавсиялар [6]**

<b>Тавсиялар</b>	<b>Далиллар даражаси</b>
Метастатик БҲС ва яхши умумий соматик ҳолати бўлган беморларга паллиатив нефрэктомия тавсия этилади.	С
Метастатик БҲС билан оғриган беморларда метастазларни олиб ташлаш резецияли шикастланиши, паст жарроҳлик хавфи, қоникарли умумий аҳволи, беморнинг яхши прогнози ва касалликнинг суст курси бўлган танланган беморларда амалга оширилиши керак.	С
Иммунотерапия ва/ёки бошқа тизимли даволанишга жавоб берган беморларда резидуал метастазларни радикал тарзда олиб ташлаш мумкин.	С
Баъзи ҳолларда бош миянинг метастатик шикастланиши ва суяк метастазлари бўлган беморларда стереотаксик нур терапиясидан фойдаланиш аломатларларнинг намоёнлигини сезиларли даражада камайтириши мумкин.	С

### **Паллиатив ёрдам:**

• Кучли оғриқ синдромида даволаш “Инкурабел босқичдаги сурункали оғриқ синдроми билан кечадиган сурункали прогрессив касалликларга чалинган беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш” протоколи тавсияларига мувофиқ амалга оширилади.

• Қон кетиш ҳолатларида даволаш “Қон кетиши билан кечадиган инкурабел босқичдаги сурункали прогрессив касалликларга чалинган беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш” протоколи тавсияларига мувофиқ амалга оширилади.

### **Нур терапия:**

• буйрак саратони нур терапиясига чидамли, шунинг учун буйрак ҳужайрали саратонида бирламчи ўчоқ учун нурли даволаш усуллари кўрсатилмаган. Нур терапияси оғриқни йўқотиш учун суякдаги метастатик ўчоқларни нурлантириш ёки бош миядаги метастатик ўчоқларни нурлантириш учун ишлатилиши мумкин. Бундай ҳолларда беморларда нур терапиясидан фойдаланиш аломатларнинг оғирлигини сезиларли даражада камайтириши мумкин.

### **Нур терапия учун кўрсатмалар:**

• хавфли ўсманинг морфологик аниқланган ташҳиси; рецидивларда, ўсма ўсишининг давом этиши ёки илгари қўлланиладиган комбинацияланган ёки комплекс даволашдан кейин касалликнинг прогрессиялашда.

### **Нур терапияга қарши кўрсатмалар:**

• ҳамроҳ соматик патология (юрак-қон томир, нафас олиш, сийдик-таносил, овқат ҳазм қилиш ва бошқалар) туфайли декомпенсацияланган умумий ҳолат;  
• беморнинг онкологик жараён натижасида келиб чиққан умумий соматик инкурабел ҳолати.

### **Нур терапиясининг мақсадли функцияси:**

• радикал нур терапияси; паллиатив нур терапияси.

### **Симптоматик нур терапияси:**

• профилактик нур терапияси.

### **Нур терапиянинг турлари:**

• Фотон терапияси (рентгенотерапия, юқори қувватлар тормозланиш нурланиши, гамма терапия).

• Корпускуляр терапия ( $\beta$ -терапия; юқори қувватлар тез электронлари, протон, ион, нейтрон).

### **Нур терапия усуллари:**

• мустақил нур терапияси; жарроҳлик амалиёт олдинги нур терапияси; операциядан кейинги радиация терапияси; кимёнурли терапия.

### **Нур терапия усуллари:**

1-ўлчовли нур терапияси (1ДРТ);

2-ўлчовли анъанавий (стандарт) нур терапияси (2Д РТ);

3-ўлчовли конформал нур терапияси (3Д СРТ); интенсивликни модуляцияси билан нур терапия (ИМРТ); тасвирга асосланган нур терапияси (ИГРТ); нафас олиш билан синхронлашган нур терапияси (4ДРТ); стереотаксик радиожарроҳлик

(СРС); стереотаксик радиотерапия (СРТ); интраоперацион нур терапияси (ИОРТ); брахитерапия;

- протон нурлари билан терапия;

- томо қурилмаларда томотерапия. Бир мартали ва суммар ўчоқ дозаларни келтириш учун стандарт фракциялаш усуллари қўлланилади. Бирок, томотерапияда асосий эътибор БМЎД <2,5 ГР да гипофракциялашга қаратилган.

### **Нур терапия усуллари:**

- Узлуксиз нур терапияси.

- СРСда бир фракцияли нур терапияси.

- 1,6 ГР дан 12,0 ГР гача бўлган БМЎД да фракцияланган нур терапияси ҳафтасига 2-5 фракция:

- стандарт фракциялаш;

- гипофракциялаш;

- гиперфракциялаш;

- тезлаштирилган фракциялаш;

- мултифракциялаш.

### **Бош миянинг метастатик шикастланишда нур терапияси.**

#### ***С1 бўйиннинг умуртқа поғонасигача бош миянинг тотал нурланиши:***

- 1) БМЎД 2,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-40 ГР;

- 2) БМЎД 2,5 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-35 ГР;

- 3) БМЎД 3,0 ГР ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-33 ГР;

- 4) БМЎД 4,0 ГР 5 фракция СЎД 20 ГР.

#### ***Бош миянинг локал нурланиши***

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

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

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

#### ***Скелет суякларнинг метастатик шикастланишда нур терапияси.***

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

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

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

**Нур терапияга тайёргарлик:**

1. Бемор позициясини ва маҳкамлаш мосламаларини танлаш.
2. Рентген симуляторида белгилаш (марказлаш).
3. КТ мосламаларида КТ топометрияси.
4. КТ ва МР маълумотларининг комбинацияси (биргаликда рўйхатга олиш).
5. Контурометрия (контурни чизиш).
6. Тиббий физиклар томонидан нур терапиясининг компютерлаштирилган дозиметрик режалаштириши, яъни нур терапияси режасини ҳисоблаш.
7. Нур терапияси режасини тиббий физиклар билан биргаликда муҳокама қилиш ва тасдиқлаш (фақат нур терапевт-рентгенолог режани тасдиқлаши мумкин!).
8. Симуляция - рентген симуляторининг рентгеноскопик назорати пайтида дозиметрик режани текшириш.
9. Шифокор ва тиббий физик иштирокида беморнинг биринчи жойлашиши.

**Эмболизация.**

Эмболизациянинг нефрэктомияга нисбатан афзалликлари аниқланмаган. Жарроҳатлик амалиётини қилиб бўлмайдиган ва операцияга тоқат қила олмайдиган беморларда эмболизация гематурия ёки оғриқ каби аломатларнинг оғирлигини камайтириши мумкин.

Суяк ёки умуртқа поғонасидаги гиперваскуляр метастазларни резеция қилишдан олдин эмболизация қилиш жарроҳлик амалиёт давомида қон йўқотилишини камайтиришга ёрдам беради. Суяк ёки паравертебрал метастазлар ва оғриқлар бўлган баъзи беморлар учун эмболизация шу аломатларни бартараф этишга ёрдам беради.

**24-жадвал. БҲС учун алтернатив даволаш усуллари бўйича тавсиялар [5,6,7]**

<b>Тавсиялар</b>	<b>Далиллар даражаси</b>
Буйракда кичик ўсмалари ва умр кўриш давомийлиги чекланган кекса ва/ёки оғир оғир ҳамроҳ патологиялари бўлган беморлар учун фаол кузатув ўринли танловдир.	C

Жарроҳлик аралашувига қарши кўрсатмаларга эга бўлган буйракда кичик ўсмалари ва/ёки оғир ҳамроҳ патологиялари бўлган беморлар криёабляция ёки РЧА каби аблатив усулларга номзодлар сифатида кўриб чиқилиши мумкин.	С
Аблацион усуллардан ва фаол кузатувдан олдин биопсия ўтказиш стандарт муолажа бўлиб, ўсма гистологияси асосида турли кузатув гуруҳларига бўлиниш учун кўрсатилади.	С
Микротўлқинли ва лазерли абляция ва ҲИФУ каби тасвирга асосланган бошқа минимал инвазив усуллар ҳозирда экспериментал бўлиб, фақат тадқиқотда фойдаланиш учун тавсия этилади.	С
Жарроҳлик аралашuvi мумкин бўлмаган беморларда ва оғир гематурия ёки бел минтақада оғриқлар бўлган беморларда эмболизация паллиатив аралашув сифатида кўрсатилади.	С

## 7. Кейинги кузатув:

Вояга этган беморларга, буйрак саратони учун мақсадли ва/ёки иммунотерапиянинг паллиатив курсларини давом эттиришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, онкологнинг диспансер кузатуви ва оғриқ қолдирувчи (агар керак бўлса, гиёҳвандлик) ва симптоматик терапия тавсия этилади [3].

Агар керак бўлса ёки ички органларнинг дисфункцияси белгилари мавжуд бўлса, ОҚТ, биокимёвий қон таҳлилини бажариш керак.

Қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи азоларнинг, периферик лимфа тугунларнинг УТТси, қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларнинг КТси, экскретор урография клиник кўрсаткичларга кўра ўтказилади. ПЭТ/КТ, агар паллиатив терапиядан сўнг касалликнинг ремиссияси кузатилган бўлса ва касалликнинг ривожланишига/қайталанишига шубҳа қилинган тақдирда амалга оширилади.

Динамик кузатув:

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

Текширув усуллари:

- қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи аъзоларининг УТТси;

- ўпканинг рентгенологик текшируви;
- қорин бўшлиғи ва қорин пардаси орти бўшлиғи аъзоларининг МСКТ/МРТси;
- гинеколог кўриги (аёллар учун);
- умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, биокимёвий қон таҳлили.

*Кўрсаткичларга кўра:*

- кўкрак қафаси аъзоларнинг КТси;
- қорин бўшлиғи ва оёқларнинг ангиографияси;
- скелет суяқларининг синтиграфияси;
- бутун тананинг позитрон эмиссион томографияси (ПЭТ) + компютер томографияси.

## **8. Паллиатив даволаш самарадорлигининг индикаторлари:**

- «ўсма жавоби» - даволашдан кейин ўсманинг регрессияси;

**Тўлиқ самара** - 4 ҳафтадан кам бўлмаган муддатга барча шикастланиш ўчоқларининг йўқолиши.

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

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

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

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

## 9. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin* 2016; 66 (1): 7–30.
2. Moch, H., et al. The 2016 WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs-Part A: Renal, Penile, and Testicular Tumours. *Eur Urol*, 2016. 70: 93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26935559>.
3. Capitanio, U., et al. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. *Eur Urol*, 2019. 75: 74. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30243799>.
4. Al-Bayati, O., et al. Systematic review of modifiable risk factors for kidney cancer. *Urol Oncol*, 2019. 37: 359. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30685335>.
5. Moch H, et al. WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs, ed. WHO. 2016, IARC, Lyon. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Tumours-Of-The-Urinary-System-And-Male-Genital-Organs-2016>.
6. European Association of urology (EAU) Guedelines 2021 Edition.
7. Клинические рекомендацII по диагностике и лечению рака почки. Ассоциация онкологов РоссII, Москва2020г.
8. NCCN guidelines 2021 [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/kidney.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/kidney.pdf).
9. Ljungberg, B. EAU guidelines on renal cell carcinoma: 2014 update / B. Ljungberg, K. Bensalah, S. Canfield et al. // *Eur Urol*. – 2015. – Vol. 67 (5). – P. 913-924. 62.
10. Luciani, L.G. Robotic-assisted partial nephrectomy provides better operative outcomes as compared to the laparoscopic and open approaches: results from a prospective cohort study / L.G. Luciani, S. Chiodini, D. Mattevi et al. // *J Robot Surg*. – 2016. – Vol. 20. – P. 1007-1013.
11. Schmidt, L.S. Genetic predisposition to kidney cancer / L.S. Schmidt, W.M. Linehan // *Semin Oncol*. – 2016. – Vol. 43 (5). – P. 566-574. 80.
12. Secin, F.P. et al. American Confederation of Urology (CAU) experience in minimally invasive partial nephrectomy / F.P., Secin, O. A. Castillo, J. J. Rozanec et al. // *World J Urol*. – 2017. – Vol. 35 (1). – P. 57-65. 81.
13. Seo, A.N. Clinicopathologic and Molecular Pathology of Collecting Duct Carcinoma and Related Renal Cell Carcinomas / A.N. Seo, G. Yoon, J.Y. Ro // *Adv Anat Pathol*. – 2017. – Vol. 24 (2). – P. 65-77.
14. Wu, W.S. Protein Kinase RNA-Like Endoplasmic Reticulum Kinase-Mediated Bcl-2 Protein Phosphorylation Contributes to Evodiamine-Induced Apoptosis of Human

Renal Cell Carcinoma Cells / W.S. Wu, C.C. Chien, Y.C. Chen, W.T. Chiu // PLoS One. – 2016. – Vol. 2 (8). – P. 484. 126 97.

15. Yoo, S. et al. Preserving Renal Function through Partial Nephrectomy Depends on Tumor Complexity in T1b Renal Tumors / S. Yoo, D. You, I.G. Jeong et al. // J Korean Med Sci. – 2017. – Vol. 32 (3). – P. 495-501.

16. Pischon T., Lahmann P.H., Boeing H. et al. Body size and risk of renal cell carcinoma in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Int J Cancer* 2006;118:728–38.

17. Petejova N., Martinek A. Renal cell carcinoma: Review of etiology, pathophysiology and risk factors. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2016;160(2):183–94. DOI: 10.5507/bp.2015.050.

18. Sasco A.J., Secretan M.B., Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer* 2004;45(Suppl 2):3–9. DOI: 10.1016/j.lungcan.2004.07.998.

19. Chittiboina P., Lonser R.R. von Hippel–Lindau disease. *Hand Clin Neurol* 2015;139–56. DOI: 10.1016/b978-0-444-62702-5.00010-x.

20. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68(6):394–424. DOI: 10.3322/caac.21492.

21. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. (ред.). Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиолог» Минздрава России, 2019. 250 с.

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

23. Moch H., Cubilla A.L., Humphrey P.A. et al. The 2016 WHO classification of tumours of the urinary system and male genital organs-part A: renal, penile, and testicular tumours. *Eur Urol* 2016;70(1):93–105.

24. Moch H., Humphrey P.A., Ulbright T.M., Reuter V.E. WHO (World Health Organization). Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. World Health Organization Classification of Tumours. IARC Press, Lyon, France, 2016.

25. Brierley J.D., Gospodarowicz M.K., Wittekind C. Eds. TNM Classification of Malignant Tumours. 8th ed. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 2017.

26. Kutikov A., Uzzo R.G. The R.E.N.A.L. nephrometry score: a comprehensive standardized system for quantitating renal tumor size, location and depth. *J Urol* 2009;182(3):844–53.

27. Ficarra V., Novara G., Secco S. et al. Preoperative aspects and dimensions used for an anatomical (PADUA) classification of renal tumours in patients who are candidates for nephron-sparing surgery. *Eur Urol* 2009;56:786–93.

28. Novick A.C., Cosgrove D.M. Surgical approach for removal of renal cell carcinoma extending into the vena cava and the right atrium. *J Urol* 1980;123:947–50.

29. Motzer R.J., Mazumdar M., Bacik J. Survival and prognostic stratification of 670 patients with advanced renal cell carcinoma. *J Clin Oncol* 1999;17(8):2530–40.

30. Heng D.Y., Xie W., Regan M.M. et al. Prognostic factors for overall survival in patients with metastatic renal cell carcinoma treated with vascular endothelial growth factor-targeted agents: results from a large, multicenter study *J Clin Oncol* 2009;27(34):5794–9.

31. Israel G.M., Bosniak M.A. How I do it: evaluating renal masses. *Radiology* 2005;236(2):441–50. 17. Patard J.J., Leray E., Rodriguez A. et al. Correlation between symptom graduation, tumor characteristics and survival in renal cell carcinoma. *Eur Urol* 2003;44(2):226.

32. Patard J.J., Leray E., Rodriguez A. et al. Correlation between symptom graduation, tumor characteristics and survival in renal cell carcinoma. *Eur Urol* 2003;44(2):226.

33. Lee C.T., Katz J., Fearn P.A., Russo P. Mode of presentation of renal cell carcinoma provides prognostic information. *Urol Oncol* 2002;7(4):135–40.

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

35. ↑ [Перейти обратно:<sup>1</sup> <sup>2</sup> 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.

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

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

38. ↑ [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 РосИ, научная статья, DOI: 10.24075/vrgmu.2018.058 // М.: РНИУ им. Пирогова, журнал «Вестник

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

40. ↑ [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.

41. ↑ [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.

42. ↑ [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.

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

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

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

46. ↑ [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.

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

48. ↑ [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](#)).

49. ↑ 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)

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

51. ↑ [Перейти обратно:<sup>1</sup><sup>2</sup>](#) 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*)

52. ↑ [Перейти обратно:<sup>1</sup><sup>2</sup>](#) 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.

53. Seaman E., Goluboff E.T., Ross S., Sawczuk I.S. Association of radionuclide bone scan and serum alkaline phosphatase in patients with metastatic renal cell carcinoma. Urol 1996;48(5):692–5.

54. Tahbaz R., Schmid M., Merseburger A.S. Prevention of kidney cancer incidence and recurrence: lifestyle, medication and nutrition. Curr Opin Urol 2018;28(1):62–79. DOI: 10.1097/MOU.0000000000000454.

55. Silver J.A., Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. Am J Phys Med Rehabil 2103;92(8):715–27.

56. Tsimopoulou I., Pasquali S., Howard R. et al. Psychological prehabilitation before cancer surgery: A Systematic Review. Ann Surg Oncol 2015;22(13):4117–23. DOI: 10.1245/s10434-015-4550-z.

57. Swarm R., Abernethy A.P., Anghelescu D.L. et al. Adult Cancer Pain. J Natl Compr Canc Netw 2010;8(9):1046–86.

58. 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.

59. Recart A., Duchene D., White P.F. et al. Efficacy and safety of fast-track recovery strategy for patients undergoing laparoscopic nephrectomy. J Endourol 2005;19(10):1165–9.

60. 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.

61. Bourke L., Homer K.E., Thaha M.A. et al. Interventions to improve exercise behaviour in sedentary people living with and beyond cancer: a systematic review. Br J Cancer 2014;110:831–41.

62. 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.

63. Mehling W.E., Jacobs B., Acree M. et al. Symptom management with massage and acupuncture in postoperative cancer patients: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2007;33(3):258–66.

64. Boyd C., Crawford C., Paat C.F. et al. Evidence for massage therapy working G: the impact of massage therapy on function in pain populations-A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials: Part II, Cancer Pain Populations. *Pain Med* 2016;17(8):1553–68.

65. 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;14:67. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-67>.