

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**

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

**«ТАСДИҚЛАЙМАН»**

**Республика ихтисослаштирилган  
Онкология ва радиология илмий-  
амалий тиббиёт маркази директори**

**М. Н. Тилляшайхов**



*[Handwritten signature]*  
2025-йил

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. Ушбу миллий С68, С68.0-9 - уретра саратони бўйича клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ уретра саратонини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

Уретра 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 / 11 коди (лар):

ХКК-10:	
Код	Номи
С68	– Уретра хавфли ўсмаси
С68.0	– Уретранинг хавфли ўсмаси (уретра саратони)
С68.1	– Парауретрал тўқималарнинг хавфли ўсмаси
С68.8	– Хавфли ўсма сийдик азоларининг бир нечта устма уст жойлашган қисмларини зарарлайди.
С68.9	– Сийдик азоларининг аниқланмаган қисмлари хавфли ўсмаси
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/индекс.пхп?пид=1346">хттпс://мкб-10.сом/индекс.пхп?пид=1346</a>	

МКБ- 11:	
Код	Номи
2С93	– Уретра ёки парауретрал беги хавфли ўсмаси
2С93.0	– Уретра ёки парауретрал беги аденокарциномаси
2С93.1	– Уретра ёки парауретрал беги яссихужайрали саратони
2С93.2	– Уретра ёки парауретрал беги уротелиал саратони
2С93.Й	– Уретра ёки парауретрал беги бошқа аниқланган хавфли ўсмалари

2С93.3	Уретра ёки парауретрал беши ноаниқ хавфли ўсмалари
Скачать (ссылка с МКБ): <a href="https://isd.wxo.int/browse/2025-01/mmc/py#1705187418">https://isd.wxo.int/browse/2025-01/mmc/py#1705187418</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 Абборбек 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-ҳаракат аъзолари ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
11. Ахмедов Одилжон Мухамеджанович – т.ф.н., РИОваРИТМ 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 мудири;
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 мудири.

**- Такризчилар:**

**Республикадан:**

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

**Хориждан:**

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

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

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

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

**Республикадан:**

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

**Хориждан:**

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

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

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

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

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

- Шифокор-онкологлар;
- Онкоурологлар;
- Онкогинекологлар;
- Урологлар;
- Гинекологлар;
- 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 ишончлилик даражаларини (ДИД) баҳолаш ўлчови**

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

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

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

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

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

## Мундарижа

«УРЕТРА САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	4
«УРЕТРА САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	44
«УРЕТРА САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....	68
«УРЕТРА САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	77

## ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ:

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

ЭКГ	–	электрокардиограмма
ЭФГДС	–	эзофагофиброгастроуденоскопия
ЭхоКГ	–	эхокардиография
ЕАУ	–	Европа урологлар ассоциацияси
ҲИФУ	–	юқори интенсив фокусланган ултратовуш
ИМДС	–	прогноз гуруҳи
ИМРТ	–	интенсивликни модуляцияси билан нур терапия
ИО	–	иммунотерапия
ИОРТ	–	интраоперацион нур терапияси
ИСУП	–	<u>Интернационал Сосиетй оф Урологисал Патҳологй</u> Тўрт даражали баҳолаш тизими ЖССТ/ ИСУП (Халқаро урологик патологиялар жамияти)
ЛГ	–	low граде (паст хавфли ўсмалар)
ХГ	–	хигҳ граде (юқори хавфли ўсмалар)
ПД-Л1	–	иммун хужайра ПД1рецепторлари учун лиганд
ГП	–	гемцитабин + цисплатин
ПРГ	–	паклитаксел + цисплатин + гемцитабин
МВАС	–	метотрексат + винбластин + доксорубицин + цисплатин
СМФ	–	цисплатин + метотрексат + винбластин
ГемСарбо	–	гемцитабин + карбоплатин
М-САВИ	–	метотрексат + винбластин + карбоплатин
ПФ	–	фторурацил + цисплатин
ИТП	–	ифосфамид + паклитаксел + цисплатин
ФОЛФОХ	–	оксалиплатин + калций фолинат + фторурацил
ЕП	–	етопозид + цисплатин
ЕС	–	етопозид + карбоплатин
ДДМВАС	–	дозаланган метотрексат + винбластин + доксорубицин ва цисплатин
СМВ	–	цисплатин + метотрексат ва винбластин
ИГРТ	–	тасвирга асосланган радиация терапияси
ИГРА тест	–	ИФН-γ чиқариш тестлари
пер ос	–	перорал
ТНМ	–	Тумор Нодулус Метастасис (хавфли ўсмаларнинг халқаро таснифи)

## 2. Асосий қисм

### - Кириш [1]:

**Уретра саратони** - Сийдик юли девори тўқималарида хавфли ўсма ривожланиши билан боғлиқ кам учрайдиган онкологик касаллик. ([хттпс://онсологй-ассоциатон.ру/wp-сонтент/уploadс/2023/11/рак\\_уретрй\\_23.пдф](https://онсологй-ассоциатон.ру/wp-сонтент/уploadс/2023/11/рак_уретрй_23.пдф)).

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: [хттпс://гсо.иарс.фр/тодай/ен/датавиз/пие?моде=популатион&груп\\_популатионс=0&сансерс=30](https://гсо.иарс.фр/тодай/ен/датавиз/пие?моде=популатион&груп_популатионс=0&сансерс=30))

Бирламчи уретра саратони кам учрайди ва бу барча хавфли ўсмаларнинг 1% дан камроғини ташкил қилади. Бу эркакларда (аёлларга қараганда 3 баравар кўп) ва асосан 75 ёшдан кейин ташхисланади.

Биринчи марта муружаат қилганда, беморларнинг тахминан ярмида касалликнинг маҳаллий ривожланган шакллари аниқланади. 54-65% ҳолатларда ўсимта уротелиал карцинома билан ифодаланади.

[хттпс://www.ey-фосус.еуропеанурологй.ком/артисле/С2405-4569\(19\)30172-5/фуллтхт](https://www.ey-фосус.еуропеанурологй.ком/артисле/С2405-4569(19)30172-5/фуллтхт)

### 2.2. Хавф омиллари

- **Анамнезида қовуқ саратони бўлиши.** Аввал қовуқ саратони билан чалинган беморларда, уретра хавфли ўсмаси билан касалланиш хавфи ортади, бу ўсма жараёнининг тарқалиши ёки шунга ўхшаш кансероген омиллар таъсири туфайли юзага келади.
- **Сурункали ялиғланиш.** Инфексион ёки ноинфексион касалликлардан келиб чиқадиган сийдик ёълидаги узоқ муддатли ялиғланиш жараёнлари тўқималарнинг малигнизатсиясига ёрдам беради ва саратон хавфини оширади.
- **Одам папиллома вирус (ОПВ).** Баъзи ҳолатларда уретра саратонининг ривожланиши эпителия хужайраларининг ёмон сифатли трансформатсиясига олиб келадиган баъзи ОПВ штаммлари билан зарарланиши билан боғлиқ.
- **Жинсий йўл билан ўтувчи касалликлар (ЖЙБЎК).** ЖЙБЎК мавжудлиги, онкогенезди шакллантирадиган сурункали ялиғланиш ва уретрал эпителия зарарланиш эхтимолини оширади.
- **Уретра стриктураси.** эркакларда сурункали ялиғланиш ва шиш билан бирга келадиган уретра ичи торайиши, неопластик ўзгаришларнинг ривожланиши учун қулай шароит яратиши мумкин [3].

[хттпс://емедисине.медссапе.ком/артисле/451496-овервиeв#a8](https://емедисине.медссапе.ком/артисле/451496-овервиeв#a8)

• **Уретра ўсмаси ёки дивертикуллари.** Аёлларда уретрал каранкуллар ёки уретра дивертикуллари мавжудлиги димланиш ва ялиғланиш белгилари, шунингдек натижада тўқималарда хавфли ўсмага хос ўзгаришлар юзага келиш хавфи ортишига олиб келади. [хттпс://www.урологйхеалтх.орг/урологй-а-з/у/уретхрал-](https://www.урологйхеалтх.орг/урологй-а-з/у/уретхрал-)

[сансер#:~:тeкст=Уретхрал%20сансер%20ис%20а%20раре,\)%20ор%20аденосарси нома%20\(АС\).](#)

Кам ҳолларда мышьяк ичга қабул қилиниши ҳам бирламчи уретра саратонига хавфини ошиши билан боғланади [4]

[хттпс://реад.кхмд.сом/реад/22119351/инсиденсе-анд-сурвивал-оф-раре-урогенитал-сансерс-ин-еуропе?редирестед=слуг](#)

- Дистанцион ва тўқима ичи нур терапияси [5-12].
- Уретрал слинг қўйдириш [13-15].

[\(хттпс://онсологй-ассосиатион.ру/вп-сонтент/уploadс/2023/11/рак\\_уретрй\\_23.пдф\).](#)

Хавф омилларини кўриб чиқиш орқали саратонга олиб келиши мумкин бўлган ҳолатлар мавжуд аёлларда чуқурроқ мониторинг ўтказиш, ўз вақтида диагностика қилиш ва саратон ривожланиш хавфини камайтирувчи профилактик тадбирлар ўтказиш жуда муҳимлигини англатади.

Уретра саратони мавжуд беморлар орасида 5 йиллик яшовчанлик 35–40% ни ташкил қилади. Эркаклар орасида яшовчанлик аёлларга қараганда бироз юқори: 5 йиллик яшовчанлик мос равишда 42 ва 32 % ни ташкил қилади.

Ҳаёт давомийлигига таъсир қилувчи асосий омил касаллик босқичи ҳисобланади. 42,1 ой давомида рецидивсиз яшовчанлик Т1–2НОМО босқичида 89 % ни, Т3–4НО–2МО босқичида эса 42 % ни ташкил қилади ( $p = 0,03$ ). Уретра саратони Т1–2НО босқичи мавжуд аёлларда 5 йиллик яшовчанлик саратон Т3–4НО–2 босқичи мавжуд беморларга қараганда сезиларли даражада юқори: мос равишда 78 ва 22 % ни ташкил қилади. Эркакларда аналогик кўрсаткичлар мос равишда 83 ва 36 % ни ташкил қилади.

Уретра саратони ёмон прогнози асосий омили лимфа тугунларининг шикастланиши ҳисобланади.

Уретра дистал қисми ўсмаси учун юқори дифференцировка даражаси, паст агрессивлик ва касаллик паст босқичлари характерлидир. Ўсма сийдик чиқарув каналининг проксимал қисмида жойлашганда ўсма нисбатан паст дифференцировка даражаси, кўп учрайдиган атроф тўқима ва аъзоларга жараён тарқалиши билан инвазив ўсиш характерли. Шу сабабли касаллик прогнозида ўсма локализацияси муҳим аҳамиятга эга. Жумладан, эркакларда уретра дистал қисми шикастланганда 5 йиллик яшовчанлик 40 % ни ташкил қилса, бульбо-мембраноз қисми саратонида бу кўрсаткич атига 5 % ни ташкил қилади. Аёлларда аналогик кўрсаткичлар мос равишда 50 ва 10–20 % дан иборат.

Уретра саратонида яшовчанлик кўрсаткичига даво тури сезиларли таъсир кўрсатади. Кўплаб изланишлар натижаларига кўра, бу беморларда даво усули сифатида фақат жарроҳлик танланиши касаллик ёмон прогнозига олиб келади. Аёлларда мустақил даво усулида қўлланган чанок олд экзентерациясидан кейин 5 йиллик яшовчанлик 10–17 % ни , маҳаллий рецидивлар частотаси 67 % ни ташкил қилади. Эркакларда эса уретра юқори қисми ўсмаларида 5 йиллик яшовчанлик 40 % ни, жараён сийдик чиқарув найи бульбо-мембраноз соҳада жойлашганда эса 0 % ни ташкил қилади.

Адабиётларга кўра, уретра саратонида нур терапияни монорежимда қўллаш натижалари қониқарсизлигича қолмоқда. Фақат нур терапия қабул қилувчи аёлларда 5

ва 10 йиллик яшовчанлик мос равишда 41 ва 31 % ни ташкил қилса, 5 йил ичида юзага келган маҳаллий рецидивлар частотаси 64 % ни ташкил қилади.

Қисқача айтганда, уретра саратони кўпроқ постменопаузал ёшдаги аёлларда, жуда кам ҳолларда эркакларда учровчи кам учровчи ўсма тури ҳисобланади. Уретра саратони учун энг характерли гистологик шакл ясси ҳужайрали саратон ҳисобланади. Ушбу турдаги ўсмаларнинг клиник жиҳатдан намоён бўлиши носпецифик белгилар билан кечади ва кўплаб беморлар ихтисослаштирилган марказларга касаллик кечиккан босқичларида мурожаат қилишади. Уретра саратони учраш частотаси жуда камлиги туфайли ушбу тоифадаги беморларни даволашнинг ягона стандартлаштирилган усуллари мавжуд эмас. Аъзо сақловчи нур терапия усули монорежимда қўлланганда кўп ҳолларда рецидивлар юқори частотаси ва паст яшовчанлик даражаси билан боғланади. Фақат жарроҳлик усулидан фойдаланиш ҳам етарлича самара бермайди. Сўнгги вақтда энг яхши натижалар неоадъювант кимё-нур терапия билан жарроҳлик усулидан иборат комбинирланган даво қўллаганда кузатилмоқда. Профилактик лимфаденэктомия ҳаёт давомийлигини узайтиришда самараси сезиларсиз ҳисобланади. Уретра саратонида 5 йиллик яшовчанлик 35–40 % ни ташкил қилади. Касаллик прогнозида аҳамияти юқори омилларга касаллик босқичи, жойлашуви, ўсма ўлчами ва гистологик тузилиши, регионар лимфа тугунлар ҳолати киради. Келажакдаги изланишлар мақсади прогностик белгиларни ҳисобга олган ҳолда бирор бир даво тури учун беморларни дифференциаллашган ҳолда саралаш мезонларини аниқлаш ҳисобланади ([хттпс://онсологй-ассосиатсион.ру/wp-сонтент/уплоадс/2023/11/рак\\_уретрй\\_23.пдф](http://онсологй-ассосиатсион.ру/wp-сонтент/уплоадс/2023/11/рак_уретрй_23.пдф)).

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

Халқаро касалликлар ва саломатлик билан боғлиқ муаммолар таснифига кўра (ХКТ-10), уретра саратони С68– Уретра хавфли ўсмалари коди билан кодланади (уисс.орг/ресурсес/тнм).

### **2.3. Ҳолат ёки касаллик таснифи (касаллик ёки ҳолат гуруҳлари)**

#### **2.3.1. Уретра саратони гистологик таснифи:**

Уротелиал ўсмалар

Инфилтратив уротелиал саратон	8120/3
Йирик ҳужайрали	
Микрокистоз	
Микропапилляр	8131/3
Лимфоэпителиомасимон	8082/3
Плазмоцитойд/узуксимон ҳужайрали/ диффуз	
Саркоматоид	8122/3
Гигант ҳужайрали	8031/3
Паст дифференциаллашган	8020/3
Ёғларга бой оч ҳужайрали	

Ноинвазив уротелиал шикастланиш	
Уротелиал карцинома ин ситу	8120/2
Хавфлилик даражаси паст бўлган	
ноинвазив папилляр уротелиал саратон	8130/3
Хавфлилик даражаси юқори бўлган	
ноинвазив папилляр уротелиал саратон	8130/2
Хавфлилик потенциали паст бўлган	
папилляр уротелиал ўсма	8130/1
Уротелиал папиллома	8120/0
Инвертирланган уротелиал папиллома	8121/0

Хавфлилик потенциали ноаниқ бўлган уротелиал пролиферация

Уротелиал дисплазия

Ясси хужайрали ўсмалар

Тоза ясси хужайрали саратон	8070/3
Веррукоз карцинома	8051/3
Ясси хужайрали папиллома	8052/0
Безли ўсмалар	
Аденокарцинома, носпецифик	8140/3
Энтерик	8144/3
Муциноз	8480/3
Аралаш	8140/3
Виллез аденома	8261/0
Урахал карцинома	8010/3
Мюллер типигаги ўсмалар	
Оч хужайрали карцинома	8310/3
Эндометриоид карцинома	8380/3

### 2.3.2. Уретра саратонининг гистопатологик даражаланиши [16]:

ПУНЛМП – хавфлилик потенциали паст бўлган папилляр уротелиал неоплазия;

low граде – яхши дифференцирланган;

хигҳ граде – ёмон дифференцирланган.

Уретра ноуротелиал карциномаси гистопатологик даражаланиши:

Гх – баҳолаш имкони йўқ;

Г1 – юқори даражада дифференцирланган;

Г2 – ўрта даражада дифференцирланган;

Г3 – паст даражада дифференцирланган.

#### **2.3.4. Босқичлаш**

**Уретра саратонини босқичлаш ТНМ АЖСС/УИСС 8-тоифа таснифига кўра амалга оширилади [17].**

**Т мезони – бирламчи ўсма (эркаклар ва аёллар):**

Тх – Бирламчи ўсмани баҳолаб бўлмайди;

Т0 – Бирламчи ўсма белгиларининг йўқлиги;

Та – ноинвазив папилляр, полипсимон ёки веррукоз (бородавчатая) карцинома;

Тис – карцинома ин ситу (преинвазив);

Т1 – ўсма субэпителиал бириктирувчи тўқимага тарқалган ;

Т2 – ўсма простата стромасига, жинсий олат ғоваксимон танасига ёки периуретрал мушакларга тарқалган;

Т3 – ўсма каверноз танага ёки простата беши капсуласидан ташқарига ёки қин олд девори ёки қовуқ бўйинчасига тарқалган ;

Т4 – ўсма бошқа қўшни аъзоларга ўсиб ўтган.

**Н мезони – регионар лимфа тугунлар:**

Нх – Регионар лимфа тугунларини баҳолаш учун маълумотлар етарли эмас;

Н0 – Регионар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд эмас;

Н1 – 1 та лимфа тугунида метастаз;

Н2 – 1 тадан кўп лимфа тугунида метастазлар.

**М мезони – узоқлашган метастазлар:**

Мх – Узоқлашган метастазларни баҳолаш учун маълумотлар етарли эмас;

М0 – Узоқ метастазларнинг белгилари йўқ;

М1 – Узоқ метастазлар мавжуд.

**рТНМ патологоанатомик тасниф: рТ, пН, пМ мезонлари Т, Н, М мезонларига мос келади.**

Г – гистопатологик даража [9]:

Гх – дифференциалланиш даражасини баҳолаш учун маълумотлар етарли эмас;

Г1 – юқори дифференциаллашган ўсма;

Г2 – ўртача дифференциаллашган ўсма;

Г3–4 – паст дифференциаллашган/ дифференциалланмаган ўсма.

#### **2.3.5. Даражаси бўйича гуруҳланиши**

0a босқич	Ta	N0	M0
0is босқич	Tis	N0	M0
I босқич	T1	N0	M0
II босқич	T2	N0	M0
III босқич	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
IV босқич	T4	N0, N1	M0
	T (даражасидан қатъи назар)	N2	M0
	T (даражасидан қатъи назар)	N (даражасидан қатъи назар)	M1

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

#### 2.4. Касаллик ёки ҳолат клиник кўриниши (касаллик ёки ҳолат гуруҳлари)

Аёлларда уретра саратони эрта клиник симптомларига қуйидагилар киради :

- Сийдик чиқарув каналидан йирингли ва қонли ажралмалар келиши;
- Уретра ташқи тешиги соҳасида ҳажмли ҳосила аниқланиши, кўпинча буни беморнинг ўзи аниқлайди ;
- Сийдик чиқишида бироз қийинлик бўлиши.

Кечки босқичларда намоён бўлади:

- Уретра ва оралиқ соҳасида интенсив оғриқлар ,
- Кўп миқдорда қонли- йирингли ажралмалар.

Уретра саратони билан касалланган аёлларда сийдик тутилиши жуда кам ҳолларда учрайди, бу аёллар сийдик чиқарув канали анатомик тузилишининг ўзига ҳослиги билан тушунтирилади.

Уретра деворининг инфильтрацияси сийдик тутолмасликка олиб келиши мумкин.

Ўсма жараёнининг уретровагинал оқма ҳосил қилиш билан қинга тарқалиши беморларда жинсий йўллардан пешоб келиши билан намоён бўлади.

Бундан ташқари, қиндан интенсив қон кетиши ҳам юзага келиши мумкин.

Эркакларда сийдик чиқарув канали саратони клиник кўриниши касаллик эрта босқичларида намоён бўлмайди ва кўпинча ўсма жараёни фонида юзага келувчи касаллик белгилари билан юзага келади. Носпецифик симптомлар билан кечиши саратон кеч аниқланишига олиб келади, унинг бирламчи симптомлари кўпинча уретра стриктураси ривожланишига олиб келувчи уретра касалликлари белгилари ҳисобланади. Сийдик чиқарув канали обструкцияси ниқоби остида ўсма юзага келгандан кейин 12-18 ойгача аниқланмаслиги мумкин.

Эркакларда уретра саратони бирламчи симптомлари қуйидагилар:

- Куюшқоқ сероз ажралмалар;
- Сийдик ажратиш ва эрекция вақтида сийдик чиқариш каналыда босувчи оқриқлар
- Сийдик чиқилишининг қийинлашуви.

Касаллик кечки босқичларыда юзага келиши мумкин:

- Уретрадан йирингли – қонли ажралмалар келиши;
- Сийдик чиқарув каналы соҳасыда пальпацияланувчи қаттиқлашиш;
- Сонга ва оралик соҳасыда иррадиацияланувчи интенсив оғриқлар.

Уретра деворига инфилтрацияланувчи ўсманинг давомий ўсиши сийдик тутилишига олиб келиши мумкин. Ҳаттоки периуретрал абсцесслар ва оқмалар ҳам юзага келиши мумкин. Ўсма жараёнининг жинсий олат каверноз танасига тарқалиши қатор ҳолларда хавфли приапизм ривожланишига олиб келади. Чаноқ ва чов чоҳасы лимфа томирларыда ўсма тромбози ёрғоқда, жинсий олатда ва оёқларда шиш юзага келишига олиб келиши мумкин.

$\frac{1}{3}$  беморларда чов соҳасы пальпация қилинганда лимфа тугунларининг катталашганлиги аниқланади. Тугунлар ўсиши билан конгломератлар ҳосил қилади ва ҳаракатсиз бўлиб қолади, яраланиши ҳам мумкин.

Паренхиматоз аъзоларда метастазлар юзага келиши шу аъзоларга хос симптоматика билан намоён бўлади.

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

**3.1 Ташхислаш мезонлари, ташхислаш усуллари кўллашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар.**

**Ташхис қўйиш мезонлари:**

- 1) анамнез маълумотлари;
- 2) физикал кўрик маълумотлари;
- 3) лаборатор текширувлар маълумотлари;
- 4) инструментал текширув маълумотлари;
- 5) морфологик текширув маълумотлари.

Клиник ташхис қўйидаги текширувлар натижаларига асосланади:

- 1) Уретра шубҳали ўсмасини аниқлаш имконини берувчи физикал текширув;
- 2) ўсма материали морфологик текшируви хулосаси;
- 3) Касаллик босқичини тўғри қўйиш имконини берувчи радиологик текширув усуллари.

### 3.1. Шикоятлар ва анамнез

- Уретра саратонига гумон қилинган барча беморлардан тўғри даво тактикасини қўллашга ёрдам берувчи этиологик омилни аниқлаш мақсадида шикоят ва анамнезини йиғиш тавсия қилинади. [18, 19].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

### 3.2. Физикал текширув

- Уретра саратонига гумон қилинган барча беморларда физикал текширув ўтказиш тавсия қилиниб, у эркакларда жинсий олат , аёлларда уретра ташқи тешиги ва қин девори кўриги ва палпацияси, шунингдек, оралиқ ва регионар метастазланиш соҳаси (чов соҳаси) кўриги ва палпациясини ўз ичига олади ва бу орқали бирламчи ўсма тарқалиши, жойлашиши ва микдори ҳамда регионар лимфа тугунлари ҳолати баҳоланади [18, 19].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

*Изоҳлар:* Табиийки, сийдик чиқарув канали ташқи тешиги ўсмаларини ҳеч қандай асбоб-ускуналарсиз визуал аниқлаш мумкин ва у кўкимтир-бинафшаранг рангдаги аниқ чегарасиз, яраланиш ва қонашга мойил солид ўсма кўринишида намоён бўлади.

*Проксимал жойлашган ўсмалар палпатор ташиxisланиши мумкин. Ташиxisлаш жараёнида жинсий олат спонгиоз ва каверноз таналари диққат билан текширилиши лозим, бу орқали ўсма жараёни жинсий олатга ўтган ёки ўтмаганлигини аниқлаш мумкин. Қин орқали ва ректал текширувлар парауретрал тўқималар ҳолатини баҳолаш, қин девори ва простата безига инфилтрацияни аниқлаш имконини беради. Уретра саратони билан касалланган беморларни кўриқдан ўтказганда чов лимфа тугунлари ҳолатига алоҳида эътибор бериш зарур, чунки бу тугунлар ўлчами катталаниши метастатик жараён мавжудлигини кўрсатади.*

### 3.3. Лаборатор диагностик текширувлар

- Уретра саратони мавжуд барча беморларга қўшимча ташхис усулларини белгилаш ва даво тактикасини аниқлаш мақсадида умумий қон клиник таҳлили ўтказиш тавсия қилинади [18, 19].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Уретра саратони мавжуд барча беморларга қўшимча ташхис усулларини белгилаш ва даво тактикасини аниқлаш мақсадида умумтерапевтик қон биокимёвий таҳлили (глюкоза, креатинин, мочевина, билирубин, трансаминаза, ишқорий фосфатаза, калий) ўтказиш тавсия қилинади [18, 19].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Уретра саратони мавжуд барча беморларга қўшимча ташхис усулларини белгилаш ва даво тактикасини аниқлаш мақсадида коагулограмма (гемостаз системаси ориентирланган текширув) ўтказиш тавсия қилинади, у ўз ичига протромбин, протромбин вақти, халқаро меёрлаштирилган нисбат (МНО), активлаштирилган

қисман тромбопластин вақти (АЧТВ) ва фибриногенни аниқлашни ўз ичига олади [18].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- Уретра саратони мавжуд барча беморларга қўшимча ташхис усулларини белгилаш ва даво тактикасини аниқлаш мақсадида умумий клиник пешоб таҳлили ўтказиш тавсия қилинади [18, 19].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- Уретра саратони мавжуд барча беморларга қўшимча ташхис усулларини белгилаш ва даво тактикасини аниқлаш мақсадида аэроб ва факултатив – анаэроб шартли-патоген микроорганизмларга пешоб микробиологик (културали) таҳлили ўтказиш тавсия қилинади [18, 19].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- Уретра саратони мавжуд барча беморларга қўшимча ташхис усулларини белгилаш ва даво тактикасини аниқлаш мақсадида пешоб цитологик (сийдикда ўсма хужайраларини аниқлаш мақсадида) таҳлили ўтказиш тавсия қилинади [20,21].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 4)**

*Изоҳлар:* бу усул диагностик сезгирлиги эркакларда 50- 80 % (мос равишда ўтувчи хужайрали ва ясси хужайрали саратонда) ни ташкил қилса, аёлларда 50 - 77 % (мос равишда ўтувчи хужайрали ва ясси хужайрали саратонда) ни ташкил қилади.

- Уретра саратони мавжуд барча беморларга қўшимча ташхис усулларини белгилаш ва даво тактикасини аниқлаш мақсадида биопсион (операцион) материал цитологик ва/ёки патологанотомик таҳлили, шунингдек, зарур ҳолларда ўсма биопсион (операцион) материали патолоанотомик текшируви иммуногистокимёвий усулларни қўллаган ҳолда ўтказиш тавсия қилинади [18, 19].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

*Изоҳлар:* ўсма биоптати гистологик жиҳатдан текширилганда ташхис морфологик жиҳатдан тасдиқланади. Бундан ташқари уретра ўсмасидан олинган суртма ва қирмаларни цитологик текширув қилиш ҳам мумкин. Ўсма сийдик чиқарув канали проксимал қисмида жойлашганда уретра ажралмалари текширилади. Аммо цитологик текширув натижаси манфий чиқиши ўсма жараёнини бутунлай инкор қилиш имконини бермайди.

Адабиётларга кўра, сийдик чиқарув канали диагностикасида хатоликлар 10 % ни ташкил қилади. Эркакларда уретра саратони хавфсиз ўсмалар, уретра стриктураси, уруғ дўмбоқчаси гипертрофияси, сурункали уретрит, туберкулез, простата бези саратони, тош касаллиги, уретра сифилиси билан дифференциал диагностика қилинади. Адабиётларда уретра ясси хужайрали саратони ёрғоқ абсцесси кўринишида келган клиник ҳолатлар ҳам келтирилган [2]. Аёлларда сийдик чиқарув канали саратони қин ва вулва ўсмалари, уретра хавфсиз ўсмалари ва яллиғланиш касалликлари , парауретрал кисталар, шунингдек, қин девори тушиши билан қўшилиб келган уретра

шиллик қавати тушиши каби патологиялар билан дифференциал диагностика қилинади. Сийдик чиқарув канали саратонини инкор қилиш имконини берувчи ягона ишончли мезон таъхисни морфологик жиҳатдан тасдиқлаш ҳисобланади.

#### **3.4. Инструментал диагностик текширув**

• Уретра саратонига шубҳа қилинган барча беморларда уретроцистоскопия текшируви ўтказиш тавсия қилинади [18, 19].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

*Изоҳлар:* уретроцистоскопия ўсма ўлчами ва жойлашувини, ўсма юзаси ранги ва характерини , атроф шиллик қавати ҳолатини баҳолаш имконини беради. Сийдик чиқарув канали саратони учун тез қонайдиган ва кўпинча юзаси яра ҳосил қиладиган кенг асосдаги солид ўсма характерлидир.

• Уретра саратонига шубҳа қилинган барча беморларда чов лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш мақсадида чов соҳаси ултратовуш текшируви ўтказиш тавсия қилинади [18, 19].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

• Уретра саратонига шубҳа қилинган барча беморларда ўсма жараёни тарқалишини баҳолаш ва босқичини аниқлаш ( регионар лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш) мақсадида вена ичига болюсли контрастлаш билан кичик чаноқ аъзолари магнит резонанс томографияси (МРТ) текширувини ўтказиш тавсия қилинади.

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

• Уретра саратонига шубҳа қилинган барча беморларда ўсма жараёни тарқалишини баҳолаш ва босқичини аниқлаш мақсадида вена ичига болюсли контрастлаш билан қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин парда орти соҳаси 3 фазали КТ текшируви ўтказиш тавсия қилинади. Контрастли КТ текширувига қарши кўрсатма мавжуд беморларда қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин парда орти соҳаси МРТ текшируви ўтказиш тавсия қилинади [18, 19].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

• Уретра саратонига шубҳа қилинган барча беморларда ўсма жараёни тарқалишини баҳолаш ва босқичини аниқлаш мақсадида кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ёки компьютер томографияси (КТ) ўтказиш тавсия қилинади [18, 19].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

• Суяк шикастланиш белгилари (оғрик, патологик синишлар), қон зардобиди ишқорий фосфатаза даражаси ошиши, шунингдек уретра саратони метастазлари аниқланган уретра саратони мавжуд беморларга скелет суялари метастатик зарарланишини тасдиқлаш мақсадида бутун тана скелет суяклари сцинтиграфияси (остеосцинтиграфия) текшируви ўтказиш тавсия қилинади [18, 19].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Неврологик симптомлар аниқланган, уретра саратони мавжуд беморларга МРТ текширувига қарши кўрсатмалар аниқланмаса, вена ичи контрастлаш билан бош мия МРТ текшируви тавсия қилинади. Қарши кўрсатма аниқланганда, МРТ текшируви ўрнига вена ичи контрастлаш билан бош мия КТ текшируви ўтказилиши мумкин [18].

**Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- **Ташхис қўйилгандан кейин даво бошлангунга қадар касаллик босқичи сТНМ классификацияси бўйича аниқланиши тавсия қилинади [18, 23].**

**Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 4)**

### **3.5. Бошқа диагностик текширувлар**

1. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
2. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатий)
3. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (ҲИВАг/анти-ҲИВ);
4. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
5. ЭКГ;
6. ЭхоКГ;
7. Бутун тана ПЕТ/КТ си \*\*.

**Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари (кўрсатмаларга асосан):**

1. Қон биокимёвий таҳлили (натрий, калий, калсий, пешоб кислотаси, ЛДГ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
2. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип геРПЕс, ситомегаловирус, токсоплазмоз;
3. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (миқдорий);
4. СОВИД-19 га ПЗР;
5. Обзорли – экскретор урография – сийдик пуфаги деворида тўлиш дефектини, шунингдек уретерогидронефроз мажудлигини кўрсатади;
6. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
7. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
8. Стандарт ситогенетик текширув;
9. ФИШ усулида текшириш ва молекуляр-генетик текшириш;
10. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
11. ПроБНП;
12. Прокалситонин;
13. Антитромбин ИИИ, Д-димер;
14. Фертил ёшдаги аёлларда - ҳомиладорликка тест, ХГЧ ни аниқлаш;
15. Периферик қон ИФТ си;
16. Биоптат иммуногистокимёвий текшируви (ҳосила, лимфа тугун)\*
17. Молекуляр-генетик текширувлар;
18. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
19. Буйрак , пастки ковак вена, оёқ қон томирлари (вена ва/ёки артерия) УТДГ текшируви;
20. Фиброэзофагогастроуденоскопия;

21. Колоноскопия;
22. Спирография;
23. Остеосцинтиграфия;
24. Плеврал бўшлиқ, периферик лимфа тугунлар, қалқонсимон без УТТи;
25. Холтер – мониторинг билан ЭКГ.

\* Олдин ўтказилмаган ҳолларда;

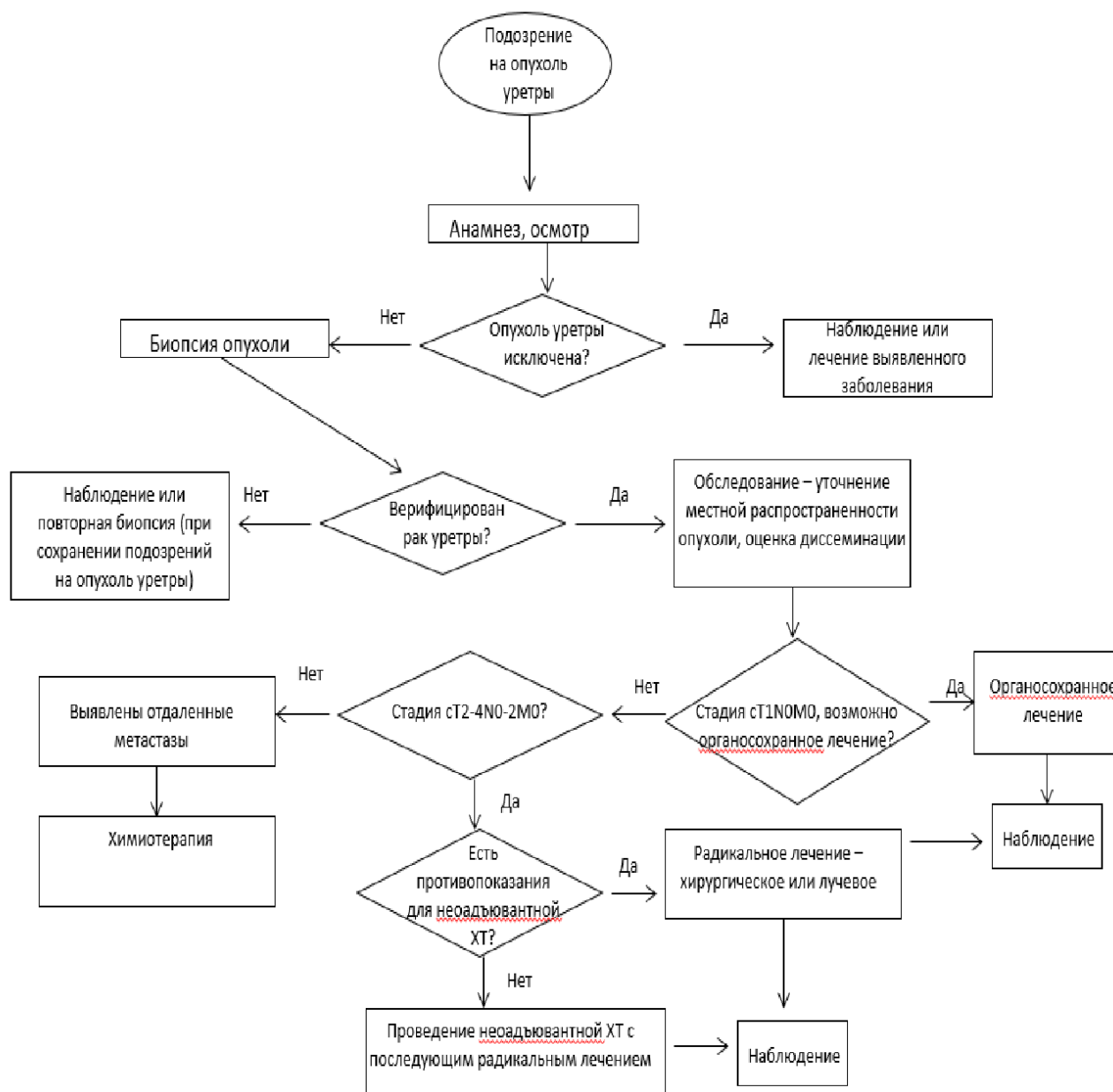
\*\* Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

### **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 чаноқ аъзолари ҳажмли ҳосиласи симптомлари мавжуд бўлганда, хавfli ўсма билан учрайдиган саратон ирсий шакллари инкор қилиш учун);
- **Акушер-гинеколог/репродуктолог кўриги:** уретра саратони туфайли даво бошланишидан олдин беморда келажакда фарзанд кўриш истаги бўлганда ёрдам берувчи репродуктив технологияларни қўллаш, шунингдек беморларда исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш мақсадида ўсмага қарши даво олиш мобайнида ва ундан кейинги яқин давр ичида ишончли контрацепсия усулини танлашга ёрдам бериш мақсадида [29] [doi: [10.1530/EJE-18-0608](https://doi.org/10.1530/EJE-18-0608)];
- **Невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсулт, мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **Эндокринолог кўриги;**
- **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).
- **Нефролог кўриги** (Буйракда қўшимча ёндош касалликлар аниқланганда, гиперазотемия).
- **Фтизиатр кўриги** – ўпка туберкулозига шубҳа бўлганда ва периферик ўсма аниқланганда;
- **Бошқа мутахассислар кўриги, бошқа ёндош патологиялар аниқланганда.**

### 3.6 Диагностик алгоритм (схема):

#### Шифокор тактикаси алгоритмлари



#### 4. Амбулатор босқичидаги даво тактикаси : йўқ.

#### 5. Тиббий ёрдам турлари доирасида стационарга ётқизиш учун кўрсатмалар.

##### 1) Режалаштирилган стационарга ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Уретрада гистологик ва/ёки цитологик тасдиқланган ўсма жараёнининг мавжудлиги;
- Операбел уретра саратони (И-ИВ босқичлар);
- Қўшимча инвазив диагностика усуллари қўллаш зарур бўлган уретрада ўсма жараёни мавжуд ҳолатлар (даволовчи -диагностик ТУР).

##### 2) Шошилишч стационарга ётқизиш учун кўрсатмалар:

- **Ўткир сийдик тугилиши** – ўсма уретра деворига инфильтрацияланиши ва сийдик чиқарув каналини блокклаши.
- **Ўткир яллиғланиш ёки инфицирланиш** – ўсма жараёни фонида периуретрал абсцесслар, оқмалар, кучли уретрит ривожланиши.
- **Ўсмдан қон кетиши** – уретрадан йирингли-қонли ажралмалар келиши, интенсив оғриқлар.
- **Хавфли приапизм** – жинсий олат кавертоз танаси ўсма билан шикастланиши.
- **Лимфа томирлари ўсмали тромбози** – жинсий олат, ёрғоқлар, оёқлар кучли шишига олиб келади.
- **Паренхиматоз аъзоларга метастазлар** – характерли симптоматика ривожланиши билан (масалан, ўпка шикастланганда ўткир нафас етишмовчилиги, суяк метастазларида суякларда кучли оғриқлар).
- **Ўсма прогрессияси туфайли оғир интоксикация** – кучли ҳолсизлик, тана массаси кескин камайиши, умумий аҳволининг кескин ёмонлашиши.
- **Кимётерапия ёки нур терапия асоратлари қўзиши** – шошилишч даво коррекциясини талаб қилувчи оғир стоматит, тўхтовсиз диарея, юқори ҳарорат (38 °С дан юқори).

**6. Стационар шароитда даволаш тактикаси (медикаментоз, номедикаментоз, диетотерапия, оғриқсизлантириш), даво усуллари кўрсатма ва қарши кўрсатмалар** ([хттпс://онсологй-ассоциатон.ру/wp-content/uploads/2023/11/рак\\_уретрй\\_23.pdf](https://онсологй-ассоциатон.ру/wp-content/uploads/2023/11/рак_уретрй_23.pdf)).

Клиник протоколда кўрсатилган дори воситаларини буюриш ва қўллиш беморларга клиник жиҳатдан самарали ва хавфсиз тиббий хизмат кўрсатишга қаратилган бўлиб, шу сабабли дори воситаларининг ҳар бир клиник ҳолатда буюрилиши ва қўлланиши ҳар бир дори воситаси йўриқномасида кўрстилган эҳтиёткорлик чораларини инобатга олган ҳолда амалга оширилади, шунингдек, бемор ҳолатига мувофиқ дозаси ўзгартирилиши мумкин.

##### **6.1. Аёлларда уретра саратони даволаниши**

- Дистал уретра юза ўсмалари (сТ1) бўлганда <1 см, аёлларда 2 хил даво усули : ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ёки монорежимда нур терапия қўлланилади [23-25].

### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

Изоҳлар: Жарроҳлик усули ҳажми ўсма ўлчамига кўра аниқланади ва шунга кўра кесиш, электроэксизия, ўсма лазерли вапоризацияси ёки коагуляцияси, сийдик чиқарув канали циркуляр резекцияси орқали амалга оширилиши мумкин.

Дистал уретра юза саратонида нур терапия бўшлиқ ичи ёки тўқима ичи брахитерапияси кўринишида ўтказилиши мумкин, бунда ўсмага суммар ўчоқли доза (СЎД) 50–65 Гр ни ташкил қилади. Ушбу усулни қўллаш самарали маҳаллий таъсирга эришишга ва мустақил сийдик ажратишни сақлашга ёрдам беради.

- Аёлларда Т1 даражадаги ва ўсма ўлчами 1 см дан 4 см гача бўлган дистал уретра саратони бўлганда, бўшлиқ ичи/тўқима ичи нур терапияси, агар ўтказилган нур терапиядан кейин нотўлиқ самара кузатилса, кейинги босқичда резидуал ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш амалиёти ўтказиш тавсия қилинади [23-25].

### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

*Изоҳлар:* бўшлиқ ичи/тўқима ичи нур терапияси 192Ир 1 ёки 2 имплантини ўсма соҳаси ва регионар лимфа тугунлари соҳаларини ташқи нурлантириш билан биргаликда қўллаш орқали амалга оширилади. Ўсма ўчоғига ўсма ўлчамига боғлиқ ҳолда 70 дан 85 Гр гача СЎД берилади. Катталашган лимфа тугунлар мавжуд бўлмаганда чов ва ёнбош соҳаларига СЎД 50 Гр ни ташкил қилади. Чов ва чаноқ лимфа тугунларида метастазлар аниқланганда СЎД ни 60-65 Гр гача ошириш талаб қилинади. Нурланишининг оғир асоратлари ( ичак тутилиши, оқмалар, уретра стриктураси, сийдик тутолмаслик 15–40 % беморларда кузатилади. Нур терапиядан нотўлиқ самара кузатилган беморларга нурлантириш тугагандан 4-6 ҳафтадан кейин резидуал ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш амалиёти ўтказиш тавсия қилинади. Амалиёт ҳажми уретра резекцияси ёки цистостома қўйиши билан уретрэктомия кўринишида бўлиши мумкин.

- сТ1 босқичдаги, ўлчами 4 см дан катта, шунингдек сТ2–Т4 босқичидаги уретра саратони аниқланган аёлларда комбинирланган даво ( неоадювант кимётерапия билан кейинги босқичда резидуал ўсмани олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти ёки кимё-нур терапия) ўтказиш тавсия қилинади [23-25].

### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- сТ1 босқичдаги, ўлчами 4 см дан катта, шунингдек сТ2–Т4 босқичидаги уретра саратони аниқланган аёлларда неоадювант кимётерапия режимини бирламчи ўсма гистологик тузилишига асосан танлаш тавсия қилинади [23-25].

### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- сТ1 босқичдаги, ўлчами 4 см дан катта, шунингдек сТ2–Т4 босқичдаги уретра ўтувчи-хужайрали (уротелиал) саратони аниқланган аёлларда қуйидаги неoadювант кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:

- **М-ВАС** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> вена ичига (в/и) томчилаб 1, 15, 22-кунлар, #винбластин\*\* 3 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2, 15, 22-кунлар, #доксорубицин\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун ва #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[26,27](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 3)**

- **МСВ** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 1, 8 кунлар, #винбластин\*\* 4 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 1, 8 кунлар ва #цисплатин\*\* 100 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[28](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)**

- **ГС** (гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1, 8, 15 кунлар, #цисплатин\*\* в/и томчилаб, 70 мг/м<sup>2</sup> 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[26, 29](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- **ГТС** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1- ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар , #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[29 - 31](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Цисплатинга қарши кўрсатма мавжуд беморларга карбоплатин асосидаги режимлар тавсия қилинади:

**СарбоГем** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб , 1- ва 8-кунлар, #карбоплатин\*\* АУС 4-5 в/и томчилаб, 1- ёки 2-кун ( 2- кунда қабул қилиш бемор учун ҳавфсизроқ), ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[32-35](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- сТ1 босқичдаги, ўлчами 4 см дан катта, шунингдек сТ2–Т4 босқичдаги уретра ясси хужайрали саратони ёки аденокарциномаси аниқланган аёлларда қуйидаги неoadювант кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:

- **ГТС** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[29-31](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- #цисплатин\*\* га қарши кўрсатма бўлганда уни #карбоплатин\*\* га алмаштириш тавсия қилинади (в/и томчилаб , АУС 4–5, ҳар 21 кунда) [32-35].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- сТ1 босқичдаги, ўлчами 4 см дан катта, шунингдек сТ2–Т4 босқичдаги уретра саратони аниқланган аёлларда комбинирланган даво таркибида дистанцион нур терапия қўллаш тавсия қилинади [18, 23, 41-44].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)**

***Изоҳлар:** бир қанча кузатишларда уретра ясси ҳужайрали саратонида кимё-нур терапияни жарроҳлик усулида даволашга алтернатив усул сифатида қўллаш мумкинлиги тасдиқланган [30–32]. Дистанцион нур терапияни радиомодифицирланган воситалар билан қўллашда (#митомицин\*\* в/и болюсли, 10 мг/м<sup>2</sup>, 1, 29 кунлар #фторурацил\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и га 24 соат ичида инфузия , 1-4 ва 29-32 кунлар) тўлиқ даво самараси частотаси 80 % ни, 5 йиллик умумий ва специфик яшовчанлик мос равишида – 52 ва 68 % ни ташкил қилади. Кимё-нур терапияда нотўлиқ самара кузатилганда резидуал ўсмани хирургик олиб ташлаш яшовчанликни оширади [43, 44].*

- Уретра саратони мавжуд аёлларда нур терапиядан кейин тўлиқ самарага эришилмаганда ёки неоадювант кимётерапия жараёнида касаллик прогрессияси кузатилмаганда, потенциал жихатдан олиб ташланса бўладиган ўсмаларда комбинирланган даво таркибида резидуал ўсмани олиб ташлаш амалиётини қўллаш тавсия қилинади [18, 19, 23].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

***Изоҳлар:** Жарроҳлик амалиёти неоадювант даво тугагандан 4–6 ҳафтадан кейин ўтказилади. Сийдик чиқарув каналидан чиқмаган ўсмаларда (Т1) уретрэтомия амалиётини амалга ошириш мумкин. Ўсманинг периуретрал тўқимага, қинга тарқалиши (Т2–3) уретрэктомия, вулвэктомия ва қин олд деворини олиб ташлаш амалиётларини ўтказишни талаб қилади. Жараёнга сийдик пуфаги бўйинчасига ўтганда (Т3) қовуқ бўйинчаси резекцияси билан уретрэктомия ўтказиш тавсия қилинади. Ўсма жараёни кенгроқ тарқалганда (Т3–4) қин олд девори резекцияси билан цистуретрэктомия амалиётини бажариш мақсадга мувофиқдир.*

Қатор ҳолларда ўсмани радикал олиб ташлаш мақсадида жарроҳлик амалиёти ҳажмини ошириш талаб қилинади :

- жараёнга қўшни аъзолар ва тўқималар қўшилганда, бачадон ортиқлари билан экстирпацияси ўтказилиши мумкин ;
- қов суяги пастки қисмлари олиб ташланиши;
- қисман ёки тўлиқ симфизэктомия;
- урогенитал диафрагма резекцияси.

Сийдик пуфаги сақланган ҳолда уретрэктомия бажарилгандан кейин цистостома кўйиш тавсия қилинади. Цистуретрэктомия амалиётидан кейин сийдик чиқаришнинг энг кенг тарқалган усули Брикер операцияси ҳисобланади. Аҳволи оғир беморларда жарроҳлик амалиёти давомийлиги ва жароҳатларни камайтириш мақсадида уретерокутанеостома кўйилиши мумкин.

- Уретра саратони мавжуд беморларда бирламчи ўсмани олиб ташлаш вақтида агар чов лимфа тугунларида катталашиш бўлса, чов лимфа тугунлари лимфаденэктомияси ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Уретра саратони мавжуд беморларда бирламчи ўсмани олиб ташлаш вақтида агар чанок лимфа тугунларида катталашиш бўлса, чанок лимфа тугунлари лимфаденэктомияси ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

Изоҳлар: Ҳозирги вақтда лимфаденэктомия ўтказилиши очик мавзулигича қолмоқда. Кўпчилик изланувчилар катталашмаган чанок ва чов лимфа тугунларида микрометастазлар мавжудлиги эҳтимоли жуда паст деб ҳисоблайди. Шу сабабли профилактик лимфодиссекция, табиийки, қўлланилмайди.

- T2-4 ва/ёки N+ босқичдаги уретра ўтувчи хужайрали (уротелиал) саратонида беморларга неoadювант кимётерапия ўтказилганлигидан қатъи назар, жарроҳлик амалиётидан кейин ниволумаб 240 мг (2 ҳафтада 1 марта в/и томчилаб) билан адювант иммунотерапия ўтказиш тавсия қилинади [40].

**Тавсия ишончлилик даражаси – А (далил ишончлилик даражаси – 2)**

## **6.2. Эркакларда уретра саратони даволаниши**

### **6.2.1. Уретра дистал қисми саратони даволаниши**

- Уретра юқори қисми саратони T1 босқичида ёки карцинома ин ситу да эркакларда сийдик чиқарув канали трансуретрал резекцияси ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Уретра юқори қисми саратони T2 босқичида эркакларда дистал уретрэктомия ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Уретра юқори қисми саратони T3 босқичида эркакларда жинсий олат ампутацияси ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра дистал қисми саратонида бирламчи ўсмани олиб ташлаш жараёнида фақат чов лимфа тугунларида катталашини аниқланган беморларда чов лимфа тугунлари лимфаденэктомияси бажариш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра дистал қисми саратонида бирламчи ўсмани олиб ташлаш жараёнида фақат чанок лимфа тугунларида катталашини аниқланган беморларда чанок лимфа тугунлари лимфаденэктомияси бажариш тавсия қилинади [17, 18, 20].

**Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

### **6.2.2. Уретра булбо-мембраноз ва простатик қисмлари саратони**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ1 босқичида сийдик чиқарув канали сегментар резекцияси ёки трансуретрал резекцияси бажариш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида неоадювант кимётерапия ва кейинги босқичда резидуал ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ёки кимё-нур терапиядан иборат комбинирланган даво ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида неоадювант кимётерапияни комбинирланган даво таркибида ўтказиш тавсия қилинади [18, 23, 36].

**Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида неоадювант кимётерапия режимини бирламчи ўсма гистологик тузилишига асосан танлаш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари ўтувчи хужайрали (уротелиал) саратони сТ2–Т4 босқичида қуйидаги неоадювант кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:

- **М-ВАС** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> вена ичига (в/и) томчилаб 1, 15, 22-кунлар, #винбластин\*\* 3 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2, 15, 22-кунлар, #доксорубицин\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун ва #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [26,27].

**Тавсия ишончилилик даражаси – В (далил ишончилилик даражаси – 3)**

- **МСВ** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 1, 8 кунлар, #винбластин\*\* 4 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 1, 8 кунлар ва #цисплатин\*\* 100 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [28].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)**

- **ГС** (гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1, 8, 15 кунлар, #цисплатин\*\* в/и томчилаб, 70 мг/м<sup>2</sup> 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [26, 29].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- **ГТС** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1- ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [29 - 31].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Цисплатинга қарши кўрсатма мавжуд беморларга карбоплатин асосидаги режимлар тавсия қилинади:

**СарбоГем** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 1- ва 8-кунлар, #карбоплатин\*\* АУС 4-5 в/и томчилаб, 1- ёки 2-кун (2- кунда қабул қилиш бемор учун ҳавфсизроқ), ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [32-35].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари ясси хужайрали саратони ёки аденокарциномаси сТ2–Т4 босқичида қуйидаги неoadъювант кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:

- **ГТС** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [29-31].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- #цисплатин\*\* га қарши кўрсатма бўлганда уни #карбоплатин\*\* га алмаштириш тавсия қилинади (в/и томчилаб, АУС 4–5, ҳар 21 кунда) [32-35].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида комбинирланган даво таркибида нур терапия қўллаш тавсия қилинади [18, 23].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида нур терапиядан кейин тўлиқ самарага эришилмаганда ёки неoadъювант кимётерапия жараёнида касаллик прогрессияси кузатилмаганда, потенциал жиҳатдан

олиб ташланса бўладиган ўсмаларда комбинирланган даво таркибида резидуал ўсмани олиб ташлаш амалиётини қўллаш тавсия қилинади [18, 19, 23].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

***Изоҳлар:** Жарроҳлик амалиёти неоадювант кимётерапия тугагандан 4–6 ҳафтадан кейин ўтказилади. Амалиёт ҳажми индивидуал равишда танланади ва қуйидагича бўлиши бўлиши мумкин: жинсий олат экстирпацияси, цистостомия, уретрэктомия ва Брикер бўйича сийдик деривацияси билан цистпростатэктомия .*

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида бирламчи ўсмани олиб ташлаш вақтида агар чов лимфа тугунларида катталашиш бўлса, чов лимфа тугунлари лимфаденэктомияси ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида бирламчи ўсмани олиб ташлаш вақтида агар чаноқ лимфа тугунларида катталашиш бўлса, чаноқ лимфа тугунлари лимфаденэктомияси ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

***Изоҳлар:** Ҳозирги вақтда лимфаденэктомия ўтказилиши очиқ мавзулигича қолмоқда. Кўпчилик изланувчилар катталашмаган чаноқ ва чов лимфа тугунларида микрометастазлар мавжудлиги эҳтимоли жуда паст деб ҳисоблайди. Шу сабабли профилактик лимфодиссекция, табиийки, қўлланилмайди.*

- Т2-4 ва/ёки Н+ босқичдаги уретра ўтувчи хужайрали (уротелиал) саратонида беморларга неоадювант кимётерапия ўтказилганлигидан қатъи назар, жарроҳлик амалиётидан кейин ниволумаб 240 мг (2 ҳафтада 1 марта в/и томчилаб) билан адювант иммунотерапия ўтказиш тавсия қилинади [40].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 2)**

### **6.3. Маҳаллий тарқалган ва метастатик нооперабел уретра саратонида даво тадбирлари**

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра саратонида тизимли цитотоксик давога қарши кўрсатма бўлмаганда кимётерапия буюриш тавсия қилинади [18, 23, 36].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)**

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра саратонида кимётерапия режимини ўсма гистологик тузилишига асосланган ҳолда танлаш тавсия қилинади [18, 23, 36].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)**

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра ўтувчи хужайрали (уретрал) саратонида қуйидаги кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:

- **М-ВАС** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> вена ичига (в/и) томчилаб 1, 15, 22-кунлар, #винбластин\*\* 3 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2, 15, 22-кунлар, #доксорубицин\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун ва #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[26,27](#)].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 3)**

- **МСВ** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 1, 8 кунлар, #винбластин\*\* 4 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 1, 8 кунлар ва #цисплатин\*\* 100 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[28](#)].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)**

- **ГС** (гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1, 8, 15 кунлар, #цисплатин\*\* в/и томчилаб, 70 мг/м<sup>2</sup> 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[26, 29](#)].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- **ГТС** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1- ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[29 - 31](#)].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Цисплатинга қарши кўрсатма мавжуд беморларга карбоплатин асосидаги режимлар тавсия қилинади:

**СарбоГем** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 1- ва 8-кунлар, #карбоплатин\*\* АУС 4-5 в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[32-35](#)].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Ўтувчи хужайрали (уротелиал) саратон мавжуд беморларга, 4–6 цикл платина асосидаги воситалар билан кимётерапия ўтказилгандан кейин ўсма назоратига эришилгандан кейин (тўлиқ, қисман жавоб ёки стабилизация) авелумаб (10 мг/кг ёки 800 мг в/и томчилаб, ҳар 2 ҳафтада) билан ушлаб турувчи иммунотерапия ўтказиш тавсия қилинади. Даво касаллик прогрессияси ёки кўтаролмайдиган токсиклик кузатилгунга қадар ўтказилади [[37, 38](#)].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – А (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра ясси хужайрали саратони ёки аденокарциномасида қуйидаги кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

При отсутствии противопоказаний к назначению цисплатина\*\*:

- Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:
- ГТС (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [29-31].

#### Тавсия ишончилилик даражаси – В (далил ишончилилик даражаси – 2)

- #цисплатин\*\* га қарши кўрсатма бўлганда уни #карбоплатин\*\* га алмаштириш тавсия қилинади (в/и томчилаб , АУС 4–5, ҳар 21 кунда) [32-35].

#### Тавсия ишончилилик даражаси – В (далил ишончилилик даражаси – 2)

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминарланган уретра саратонида ҳар 2–3 даволаш курсидан кейин кимётерапия самарасини баҳолаш мақсадида назорат текшируви ўтказиш тавсия қилинади. Текширув ҳажми метастатик ўчоқлар жойлашувига кўра индивидуал равишда аниқланади [18, 23, 36].

#### Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)

*Изоҳлар: медикаментоз даво 2-қатор дори воситалари стандартлари мавжуд эмас. стандарт 2-й линии лекарственной терапии не существует. 2- ва кейинги қатор ўсмага қарши дори воситалари буюриш зарурияти бўлганда қарор индивидуал равишда қабул қилинади [18, 23, 36].*

**ЎЗР да қўллаш учун рўйхатдан ўтмаган барча дори воситалари ЎЗР ҳудудида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларидан фойдаланиш қоидаларига мувофиқ қўлланилиши лозим.**

**Жадвал 1. Асосий дори воситалари рўйхати (қўллаш учун ишончилилик даражаси 100 %):**

Фармако-терапевтик гуруҳи	Дори воситаси халқаро патентланмаган номи	Қўлланилиш усули	Ишончилилик даражаси
Алкилланувчи агентлар – комплекс платина бирикмалари	Цисплатин	75 мг/м <sup>2</sup> 1- кун, в/и	А
	Карбоплатин	АУС 5-6 1-кун, в/и	С
Ўсимлик ва табиий таркибли воситалар	Паклитаксел	175 мг/м <sup>2</sup> 1-кун, в/и;	С
	Доцетаксел	75мг/м <sup>2</sup> , в/и, томчилаб, 1 кун	С
Ўсмага қарши антибиотиклар – антрациклинлар	Доксорубицин	30мг/м <sup>2</sup> в/и 2-кун	С
Антиметоболитлар – цитидин аналоглари	Гемцитабин	1000 мг/м <sup>2</sup> 1-, 8- ва 15-кунлар, в/и	А
Антиметоболитлар – антифолатлар	Метотрексат	30мг/м <sup>2</sup> в/и 1, 15, 22-кунлар;	В

		30мг/м2 в/и 1-ва 8-кунлар; 30мг/м2 в/и 1-кун	
Винкоалакалоидлар	Винбластин	3мг/м2 в/и 1, 15, 22-кунлар; 3мг/м2 в/и 2-кунлар;	В
Юклаб олиш (ҳавола)	<a href="https://nrch.kz/files/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%202024/%D0%A0%D0%B0%D0%BA%20%D0%BC%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BF%D1%83%D0%B7%D1%8B%D1%80%D1%8F.pdf">хттпс://нрчд.кз/филес/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%202024/%D0%A0%D0%B0%D0%BA%20%D0%BC%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BF%D1%83%D0%B7%D1%8B%D1%80%D1%8F.pdf</a>		

**Жадвал 2. Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўллаш учун ишончлилик даражаси 100 % дан past):**

Фармако-терапевтик гуруҳи	Дори воситаси халқаро патентланмаган номи	Қўлланилиш усули	Ишончлилик даражаси
Моноклонал антитело, ПД-Л1 ингибитори	Авелумаб	10 мг/кг в/и 1-кун ҳар 2 ҳафтада	А
Моноклонал антитело, ПД1 ингибитори	Пембролизумаб	200 мг в/и инфузияси кўринишида 30 дақиқа давомида томчилаб, ҳар 3 ҳафтада	А
Суяк резорбцияси ингибиторлари	Памидрон кислота	90мг в/и 3-соатли инфузия, 3-4 ҳафтада 1 марта	С
	Золедрон кислота	4 мг в/и 15 дақиқа ичида томчилаб, 3-4 ҳафтада 1 марта	С
Юклаб олиш (ҳавола)	<a href="https://nrch.kz/files/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%202024/%D0%A0%D0%B0%D0%BA%20%D0%BC%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BF%D1%83%D0%B7%D1%8B%D1%80%D1%8F.pdf">хттпс://нрчд.кз/филес/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%202024/%D0%A0%D0%B0%D0%BA%20%D0%BC%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BF%D1%83%D0%B7%D1%8B%D1%80%D1%8F.pdf</a>		

#### 6.4. Оғриқсизлантириш

Сурункали оғриқ синдроми билан кечаётган уретра саратонида беморларда оғриқсизлантириш принципи ва оптимал оғриққа қарши давони танлаш “Паллиатив тиббий ёрдамга муҳтож беморларда сурункали оғриқ синдроми” клиник тавсияларига мувофиқ амалга оширилади.

## ***Уретра билан оғриган беморлар учун ҳамроҳлик терапияси:***

Уретра саратони билан оғриган беморларда камқонликнинг олдини олиш ва даволаш тамойиллари Россия Соғлиқни сақлаш вазирлигининг клиник тавсиялар рубрикаторида ёллон қилинган "Ёмон ўсмаларда камқонлик" клиник тавсияларида кўрсатилган тамойилларга мос келади. [хтгпс://ср.минздрав.гов.ру](http://ср.минздрав.гов.ру). [57]

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

Уретра саратони билан оғриган беморларда суяк асоратларини даволаш ва олдини олиш тамойиллари "Йўриқли ўсмаларда суяк тўқималарининг патологиясини олдини олиш ва даволаш учун остеомодификация қилувчи воситалардан фойдаланиш" йўриқномасида белгиланган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Манзюк Л.В., Багрова С.Г., Копп М.В., Кутукова С.И., Семиглазова Т.Ю. ДОО: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-512-520, [хтгпс://росонсowеб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-36.пдф](http://росонсowеб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-36.пдф)). [59]

Уретра саратони билан оғриган беморларда юқумли асоратлар ва фебрил нейтропениянинг олдини олиш ва даволаш тамойиллари "Иситмали нейтропениянинг юқумли асоратларини даволаш ва колонияни огоҳлантирувчи омилларни қўллаш" йўриқномасида белгиланган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Сакаева Д.Д., Орлова Р.В., Шабаета М.М. ДОО: 10.18 027/2224-5057-2018-8-3с2-521-530, [хтгпс://росонсowеб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-37.пдф](http://росонсowеб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-37.пдф)). [60]

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

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

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

Уретра саратони билан оғриган беморларда овқатланишни қўллаб-қувватлаш

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

Уретра саратони билан оғриган беморларда нефротоксикликнинг олдини олиш ва даволаш тамойиллари "Саратонга қарши дори воситаларининг нефротоксиклигини тузатиш бўйича амалий тавсиялар" йўриқномасида келтирилган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Громова Е.Г., Бирюкова Л.С., Джумабаева Б.Т., Курмуков И.А. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-591-603, [хтгпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-44.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-44.пдф)). [65]

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

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

## 6.5. Диетотерапия

Ҳозирги вақтда овқатланиш омилнинг уретра саратони билан касалланиш хавфига ёки аллақачон қўйилган уретра саратони таъхисида касаллик прогрессияси ёки рецидивланиши хавфига таъсир қилиши тўғрисида ишончли кузатув маълумотлари мавжуд эмас.

● Беморларнинг одатдаги овқатланишидаги ҳар қандай ўзгаришлар, агар улар қўшма касалликларни тузатиш ёки доимий даволанишнинг асоратларини (жарроҳлик, медикаметоз ёки радиация) бартараф етиш ёки олдини олиш зарурати билан боғлиқ бўлмаса, овқатланиш режими коррекцияси билан боғлиқ ишончли кузатув натижалари бўлмаганлиги сабабли тавсия қилинмайди [22].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

**Қон тўхтатиш мақсадида қўлланилади:**

- 1) Қон тўхтатиш билан ўсма ТУР амалиёти;
- 2) Ички ёнбош артериясини боғлаш ёки эмболизацияси;
- 3) Очик сийдик пуфагида қон кетишини тўхтатиш ;

**Юқори сийдик йўлларида сийдик ўтиши бузилганда қўлланилади:**

- 1) тери орқали пункцион нефростомия;
- 2) очик нефростомия;
- 3) уретерокутанеостомия;
- 4) эпицистостомия.
- 5) қовуқдан юқорида сийдикни ингичка ичак алоҳида қисмига чиқариш (Брикер операцияси ва ҳ.к.),

### **Нур терапия.**

Уретра саратонида нур терапия алоҳида мустақил даво усули сифатида тавсия қилинмайди.

### **Нур терапия усуллари:**

- 1) 3 ўлчамли конформ нур терапия (3Д СРТ);
- 2) интенсив-модуланган нур терапия (ИМРТ);
- 3) тасвир бўйича бошқарилувчи нур терапия (ИГРТ);
- 4) нафас олиш билан синхронланган нур терапия (4ДРТ);
- 5) брахитерапия (бўшлиқ ичи, тўқима ичи), юқори дозали, пулс-дозали брахитерапия.

**Бош мияга метастазлар аниқланганда нур терапия бош мия метастатик шикастланишида даво тадбирлари протоколи бўйича мултидисциплинар консилиум қарорига кўра амалга оширилади.**

Динамик кузатув:

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

*Динамик кузатув асосий мақсади уретра саратони прогрессияси ва маҳаллий рецидивларини эрта аниқлашга қаратилган бўлиб, бу самарали даво чоралари ўтказиш имконини беради.*

●Бирламчи даво ўтказилгандан кейин биринчи 5 йил ичида 1 йилда 1- 4 маротаба (ҳар бир клиник ҳолатга боғлиқ ҳолда), кейинчалик ҳар йили физикал текширувлардан ўтказиш, шикоятларини йиғиш ва инструментал текширувдан ўтказиш тавсия қилинади [19, 22].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

**Изоҳлар: текширувлар алгоритми ҳар бир клиник ҳолатга боғлиқ ҳолда даволовчи шифокор томонидан индивидуал равишда танланади.**

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

- **Солид ўсмаларнинг давога жавобини баҳолаш мезонлари РЕСИСТ 1.1 (Респонсе эвалуатион Сритериа Ин Солид Туморс 1.1) [45]**

Манбаа: эисенхауер эА, Тхерассе П, Богаертс Ж, Счwartз ЛХ, Саргент Д, Форд Р, Дансей Ж, Арбуск С, Гвйтхер С, Мооней М, Рубинстеин Л, Шанкар Л, Додд Л, Каплан Р, Ласомбе Д, Вервейж Ж. New респонсе эвалуатион сритериа ин солид тумоурс: ревисед РЕСИСТ гуиделине (версион 1.1). эур Ж Сансер 2009;45(2):228-47. дои: 10.1016/ж.ежса.2008.10.026 [45].

**Тип:** баҳолаш шкаласи.

**Қўлланилиши:** солид ўсмалар давога жавобини баҳолашни унификациялаш.

<b>Ўсма жавоби</b>	<b>РЕСИСТ 1.1</b>
<b>Тўлиқ самара</b>	Қисқа ўқ бўйича ўсмаларнинг ёки $\geq 10$ мм ўлчамли лимфа тугунларининг бўлмаслиги
<b>Қисман самара</b>	Ўсма ўчоқларининг жами $\geq 30$ % кичрайиши.
<b>Прогрессияланиш</b>	Энг катта ўсма ўчоқларининг жами $\geq 20$ % га катталашини, $\geq 5$ мм абсолют ўсиши билан, янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши
<b>Стабилизация</b>	Юқоридагилардан ҳеч бири кузатилмаса

**Солид ўсмаларнинг иммунитет орқали жавобини баҳолаш мезонлари иРЕСИСТ (Иммуне-Релатед Респонсе эвалуатион Сритериа Ин Солид Туморс) [46]**

Манбаа: Сеймоур Л., Богаертс Ж., Перроне А. *эт ал. РЕСИСТ воркинг групп. иРЕСИСТ: гуиделинес фор респонсе сритериа фор усе ин триалс тестинг иммунотхерапеутисс. Лансет Онсол 2017;18(3):e143–52. дои: 10.1016/S1470-2045(17)30074-8. энуб 2017 Мар 2 [46].*

**Тип:** баҳолаш шкаласи

**Қўлланилиши:** солид ўсмалар иммунотерапияга жавобини баҳолашни унификациялаш.

<b>Ўсма жавоби</b>	<b>иРЕСИСТ</b>
<b>Тўлиқ самара</b>	Қисқа ўқ бўйича барча ўсмаларнинг ёки $\geq 10$ мм ўлчамли лимфа тугунларининг бўлмаслиги
<b>Қисман самара</b>	Ўсма ўчоқларининг жами $\geq 30$ % кичрайиши.
<b>Прогрессияланиш</b>	Энг катта ўсма ўчоқларининг жами $\geq 20$ % га катталашини, $\geq 5$ мм абсолют ўсиши билан, янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши касаллик прогрессияси белгиси ҳисобланмайди, янги ўчоқлар диаметри нишон ўчоқлар умумий диаметрига қўшилади, ўсма жавобини якуний

	баҳолаш 4 ҳафтадан кейин тасдиқланишини талаб қилади.
<b>Стабилизация</b>	Юқоридагилардан ҳеч бири кузатилмаса

**“УРЕТРА САРАТОНИ” НОЗОЛОГИЯСИ  
УЧУН ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

### **3. Даволаниши**

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

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

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

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

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

- жарроҳлик даволаш ёки биопсиядан кейин ташхисни мажбурий морфологик текшириш билан ҳар қандай босқичдаги уретра 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 уретра саратонининг бирламчи ўчоғининг гистологик текшируви мавжудлиги.

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

- Ўсма хужайралари йўқ қилиш;
- Ўсма ўлчамларини кичрайтириш, уни ўсишдан тўхтатиш;
- Уретра саратони рецидивини бартараф этиш;

Даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, уретра 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) Хирургик даво принциплари :

##### Шошилинич операция ёки муолажага кўрсатмалар:

- **Ўсмадан қон кетиши** – уретрадан йирингли-қонли ажралмалар келиши, интенсив оғриқлар.
- **Ўткир сийдик тутилиши** – ўсма уретра деворига инфилтрацияланиши ва сийдик чиқарув каналини блокклаши.
- Постренал олиго-анурия, пионефроз ривожланиши билан **иккиламчи уретерогидронефроз**.

##### Режали операцияга кўрсатмалар:

- Морфологик тасдиқланган хавфли уретра ўсмалари;
- Морфологик тасдиқлаш ва босқичлаш зарур бўлган уретра ўсмалари.

##### Оператив давога қарши кўрсатмалар :

- Оғир ёндош касалликлар;
- СБЕ терминал босқичи;
- Оғир анемия;
- Оператив давога умумий қарши кўрсатмалар .

##### Уретра саратони даволаш тадбирлари:

Клиник протоколда кўрсатилган дори воситаларини буюриш ва қўллиш беморларга клиник жиҳатдан самарали ва хавфсиз тиббий хизмат кўрсатишга қаратилган бўлиб, шу сабабли дори воситаларининг ҳар бир клиник ҳолатда буюрилиши ва қўлланиши ҳар бир дори воситаси йўриқномасида кўрстилган эҳтиёткорлик чораларини инобатга олган ҳолда амалга оширилади, шунингдек, бемор ҳолатига мувофиқ дозаси ўзгартирилиши мумкин.

##### Аёлларда уретра саратони даволаниши

- Дистал уретра юза ўсмалари (сТ1) бўлганда <1 см, аёлларда 2 хил даво усули : ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ёки монорежимда нур терапия қўлланилади [23-25].

##### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

Изоҳлар: Жарроҳлик усули ҳажми ўсма ўлчамига кўра аниқланади ва шунга кўра кесиш, электроэксцизия, ўсма лазерли вапоризацияси ёки коагуляцияси, сийдик чиқарув канали циркуляр резекцияси орқали амалга оширилиши мумкин.

Дистал уретра юза саратонида нур терапия бўшлиқ ичи ёки тўқима ичи брахитерапияси кўринишида ўтказилиши мумкин, бунда ўсмага суммар ўчоқли доза (СЎД) 50–65 Гр ни ташкил қилади. Ушбу усулни қўллаш самарали маҳаллий таъсирга эришишга ва мустақил сийдик ажратишни сақлашга ёрдам беради.

- Аёлларда Т1 даражадаги ва ўсма ўлчами 1 см дан 4 см гача бўлган дистал уретра саратони бўлганда, бўшлиқ ичи/тўқима ичи нур терапияси, агар ўтказилган нур

терапиядан кейин нотўлиқ самара кузатилса, кейинги босқичда резидуал ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш амалиёти ўтказиш тавсия қилинади [23-25].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

***Изоҳлар:** бўшлиқ ичи/тўқима ичи нур терапияси 192Ир 1 ёки 2 имплантини ўсма соҳаси ва регионар лимфа тугунлари соҳаларини ташқи нурлантириши билан биргаликда қўллаш орқали амалга оширилади. Ўсма ўчоғига ўсма ўлчамига боғлиқ ҳолда 70 дан 85 Гр гача СЎД берилади. Катталашган лимфа тугунлар мавжуд бўлмаганда чов ва ёнбош соҳаларига СЎД 50 Гр ни ташкил қилади. Чов ва чаноқ лимфа тугунларида метастазлар аниқланганда СЎД ни 60-65 Гр гача ошириш талаб қилинади. Нурланишининг оғир асоратлари ( ичак тутилиши, оқмалар, уретра стриктураси, сийдик тутолмаслик 15–40 % беморларда кузатилади. Нур терапиядан нотўлиқ самара кузатилган беморларга нурлантириши тугагандан 4-6 ҳафтадан кейин резидуал ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш амалиёти ўтказиш тавсия қилинади. Амалиёт ҳажми уретра резекцияси ёки цистостома қўйиши билан уретрэктомия кўринишида бўлиши мумкин.*

- сТ1 босқичдаги, ўлчами 4 см дан катта, шунингдек сТ2–Т4 босқичдаги уретра саратони аниқланган аёлларда комбинирланган даво ( неоадювант кимётерапия билан кейинги босқичда резидуал ўсмани олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти ёки кимё-нур терапия) ўтказиш тавсия қилинади [23-25].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- сТ1 босқичдаги, ўлчами 4 см дан катта, шунингдек сТ2–Т4 босқичдаги уретра саратони аниқланган аёлларда неоадювант кимётерапия режимини бирламчи ўсма гистологик тузилишига асосан танлаш тавсия қилинади [23-25].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- сТ1 босқичдаги, ўлчами 4 см дан катта, шунингдек сТ2–Т4 босқичдаги уретра ўтувчи-хужайрали (уротелиал) саратони аниқланган аёлларда куйидаги неоадювант кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:

- **М-ВАС** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> вена ичига (в/и) томчилаб 1, 15, 22-кунлар, #винбластин\*\* 3 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2, 15, 22-кунлар, #доксорубицин\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун ва #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [26,27].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 3)**

- **МСВ** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 1, 8 кунлар, #винбластин\*\* 4 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 1, 8 кунлар ва #цисплатин\*\* 100 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [28].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)**

- ГС (гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1, 8, 15 кунлар, #цисплатин\*\* в/и томчилаб, 70 мг/м<sup>2</sup> 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[26, 29](#)].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – В (далил ишончилилик даражаси – 2)**

- ГТС (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1- ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[29 - 31](#)].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – В (далил ишончилилик даражаси – 2)**

- Цисплатинга қарши кўрсатма мавжуд беморларга карбоплатин асосидаги режимлар тавсия қилинади:

**СарбоГем** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 1- ва 8-кунлар, #карбоплатин\*\* АУС 4-5 в/и томчилаб, 1- ёки 2-кун (2- кунда қабул қилиш бемор учун ҳавфсизроқ), ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[32-35](#)].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – В (далил ишончилилик даражаси – 2)**

- сТ1 босқичдаги, ўлчами 4 см дан катта, шунингдек сТ2–Т4 босқичидаги уретра ясси хужайрали саратони ёки аденокарциномаси аниқланган аёлларда қуйидаги неoadювант кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:

- ГТС (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[29-31](#)].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – В (далил ишончилилик даражаси – 2)**

- #цисплатин\*\* га қарши кўрсатма бўлганда уни #карбоплатин\*\* га алмаштириш тавсия қилинади (в/и томчилаб, АУС 4–5, ҳар 21 кунда) [[32-35](#)].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – В (далил ишончилилик даражаси – 2)**

- сТ1 босқичдаги, ўлчами 4 см дан катта, шунингдек сТ2–Т4 босқичидаги уретра саратони аниқланган аёлларда комбинирланган даво таркибида дистанцион нур терапия қўллаш тавсия қилинади [[18, 23, 41-44](#)].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 4)**

*Изоҳлар:* бир қанча кузатишларда уретра ясси хужайрали саратонида кимё-нур терапияни жарроҳлик усулида даволашга алтернатив усул сифатида қўллаш мумкинлиги тасдиқланган [[30–32](#)]. Дистанцион нур терапияни радиомодифицирланган воситалар билан қўллашда (#митомицин\*\* в/и болюсли, 10 мг/м<sup>2</sup>, 1, 29 кунлар #фторурацил\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и га 24 соат ичида инфузия, 1-4 ва 29-32 кунлар) тўлиқ даво самараси частотаси 80 % ни, 5 йиллик умумий ва специфик яшовчанлик мос равишда – 52 ва 68 % ни ташкил қилади. Кимё-нур терапияда нотўлиқ

самара кузатилганда резидуал ўсмани хирургик олиб ташлаш яшовчанликни оширади [43, 44].

- Уретра саратони мавжуд аёлларда нур терапиядан кейин тўлиқ самарага эришилмаганда ёки неоадювант кимётерапия жараёнида касаллик прогрессияси кузатилмаганда, потенциал жиҳатдан олиб ташланса бўладиган ўсмаларда комбинирланган даво таркибида резидуал ўсмани олиб ташлаш амалиётини қўллаш тавсия қилинади [18, 19, 23].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

***Изоҳлар:** Жарроҳлик амалиёти неоадювант даво тугагандан 4–6 ҳафтадан кейин ўтказилади. Сийдик чиқарув каналидан чиқмаган ўсмаларда (T1) уретрэктомия амалиётини амалга ошириш мумкин. Ўсманинг периуретрал тўқимага, қинга тарқалиши (T2–3) уретрэктомия, вулвэктомия ва қин олд деворини олиб ташлаш амалиётларини ўтказишни талаб қилади. Жараёнга сийдик пуфаги бўйинчасига ўтганда (T3) қовуқ бўйинчаси резекцияси билан уретрэктомия ўтказиш тавсия қилинади. Ўсма жараёни кенгроқ тарқалганда (T3–4) қин олд девори резекцияси билан цистуретрэктомия амалиётини бажариш мақсадга мувофиқдир.*

Қатор ҳолларда ўсмани радикал олиб ташлаш мақсадида жарроҳлик амалиёти ҳажмини ошириш талаб қилинади :

- жараёнга қўшни аъзолар ва тўқималар қўшилганда, бачадон ортиқлари билан экстирпацияси ўтказилиши мумкин ;
- қов суяги пастки қисмлари олиб ташланиши;
- қисман ёки тўлиқ симфизэктомия;
- урогенитал диафрагма резекцияси.

Сийдик пуфаги сақланган ҳолда уретрэктомия бажарилгандан кейин цистостома қўйиш тавсия қилинади. Цистуретрэктомия амалиётидан кейин сийдик чиқаришнинг энг кенг тарқалган усули Брикер операцияси ҳисобланади. Аҳволи оғир беморларда жарроҳлик амалиёти давомийлиги ва жароҳатларни камайтириш мақсадида уретерокутанеостома қўйилиши мумкин.

- Уретра саратони мавжуд беморларда бирламчи ўсмани олиб ташлаш вақтида агар чов лимфа тугунларида катталашиш бўлса, чов лимфа тугунлари лимфаденэктомияси ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Уретра саратони мавжуд беморларда бирламчи ўсмани олиб ташлаш вақтида агар чаноқ лимфа тугунларида катталашиш бўлса, чаноқ лимфа тугунлари лимфаденэктомияси ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

Изоҳлар: Ҳозирги вақтда лимфаденэктомия ўтказилиши очик мавзулигича қолмоқда. Кўпчилик изланувчилар катталашмаган чаноқ ва чов лимфа тугунларида микрометастазлар мавжудлиги эҳтимоли жуда паст деб ҳисоблайди. Шу сабабли профилактик лимфодиссекция, табиийки, қўлланилмайди.

- Т2-4 ва/ёки Н+ босқичдаги уретра ўтувчи хужайрали (уротелиал) саратонида беморларга неоадювант кимётерапия ўтказилганлигидан қатъи назар, жарроҳлик амалиётидан кейин ниволумаб 240 мг (2 ҳафтада 1 марта в/и томчилаб) билан адювант иммунотерапия ўтказиш тавсия қилинади [40].

**Тавсия ишончлилик даражаси – А (далил ишончлилик даражаси – 2)**

### **Эркакларда уретра саратони даволаниши**

#### **6.2.1. Уретра дистал қисми саратони даволаниши**

- Уретра юқори қисми саратони Т1 босқичида ёки карцинома ин ситу да эркакларда сийдик чиқарув канали трансуретрал резекцияси ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Уретра юқори қисми саратони Т2 босқичида эркакларда дистал уретрэктомия ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Уретра юқори қисми саратони Т3 босқичида эркакларда жинсий олат ампутацияси ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра дистал қисми саратонида бирламчи ўсмани олиб ташлаш жараёнида фақат чов лимфа тугунларида катталашини аниқланган беморларда чов лимфа тугунлари лимфаденэктомияси бажариш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра дистал қисми саратонида бирламчи ўсмани олиб ташлаш жараёнида фақат чаноқ лимфа тугунларида катталашини аниқланган беморларда чаноқ лимфа тугунлари лимфаденэктомияси бажариш тавсия қилинади [17, 18, 20].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

#### **6.2.2. Уретра булбо-мембраноз ва простатик қисмлари саратони**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ1 босқичида сийдик чиқарув канали сегментар резекцияси ёки трансуретрал резекцияси бажариш тавсия қилинади [18, 19, 23].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида неоадювант кимётерапия ва кейинги босқичда резидуал ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ёки кимё-нур терапиядан иборат комбинирланган даво ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида неоадювант кимётерапияни комбинирланган даво таркибида ўтказиш тавсия қилинади [[18](#), [23](#), [36](#)].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида неоадювант кимётерапия режимини бирламчи ўсма гистологик тузилишига асосан танлаш тавсия қилинади [[18](#), [19](#), [23](#)].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари ўтувчи хужайрали (уротелиал) саратони сТ2–Т4 босқичида қуйидаги неоадювант кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:

- **М-ВАС** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> вена ичига (в/и) томчилаб 1, 15, 22-кунлар, #винбластин\*\* 3 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2, 15, 22-кунлар, #доксорубицин\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун ва #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[26](#),[27](#)].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – В (далил ишончилилик даражаси – 3)**

- **МСВ** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 1, 8 кунлар, #винбластин\*\* 4 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 1, 8 кунлар ва #цисплатин\*\* 100 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[28](#)].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 4)**

- **ГС** (гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1, 8, 15 кунлар, #цисплатин\*\* в/и томчилаб, 70 мг/м<sup>2</sup> 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[26](#), [29](#)].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – В (далил ишончилилик даражаси – 2)**

- **ГТС** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1- ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[29](#) - [31](#)].

#### **Тавсия ишончилилик даражаси – В (далил ишончилилик даражаси – 2)**

- Цисплатинга қарши кўрсатма мавжуд беморларга карбоплатин асосидаги режимлар тавсия қилинади:

**СарбоГем** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб , 1- ва 8-кунлар, #карбоплатин\*\* АУС 4-5 в/и томчилаб, 1- ёки 2-кун ( 2- кунда қабул қилиш бемор учун ҳавфсизроқ), ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [32-35].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари ясси ҳужайрали саратони ёки аденокарциномаси сТ2–Т4 босқичида қуйидаги неоадювант кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:

- ГТС (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [29-31].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- #цисплатин\*\* га қарши кўрсатма бўлганда уни #карбоплатин\*\* га алмаштириш тавсия қилинади (в/и томчилаб , АУС 4–5, ҳар 21 кунда) [32-35].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида комбинирланган даво таркибида нур терапия қўллаш тавсия қилинади [18, 23].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида нур терапиядан кейин тўлиқ самарага эришилмаганда ёки неоадювант кимётерапия жараёнида касаллик прогрессияси кузатилмаганда, потенциал жиҳатдан олиб ташланса бўладиган ўсмаларда комбинирланган даво таркибида резидуал ўсмани олиб ташлаш амалиётини қўллаш тавсия қилинади [18, 19, 23].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

*Изоҳлар: Жарроҳлик амалиёти неоадювант кимётерапия тугагандан 4–6 ҳафтадан кейин ўтказилади. Амалиёт ҳажми индивидуал равишда танланади ва қуйидагича бўлиши мумкин: жинсий олат экстирпацияси, цистостомия, уретрэктомия ва Брикер бўйича сийдик деривацияси билан цистпростатэктомия .*

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида бирламчи ўсмани олиб ташлаш вақтида агар чов лимфа тугунларида катталаниш бўлса, чов лимфа тугунлари лимфаденэктомияси ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

- Эркакларда уретра булбо-мембраноз ва/ёки простатик қисмлари саратони сТ2–Т4 босқичида бирламчи ўсмани олиб ташлаш вақтида агар чаноқ лимфа тугунларида

катталашиш бўлса, чаноқ лимфа тугунлари лимфаденэктомияси ўтказиш тавсия қилинади [18, 19, 23].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

***Изоҳлар:** Ҳозирги вақтда лимфаденэктомия ўтказилиши очиқ мавзулигича қолмоқда. Кўпчилик изланувчилар катталашмаган чаноқ ва чов лимфа тугунларида микрометастазлар мавжудлиги эҳтимоли жуда паст деб ҳисоблайди. Шу сабабли профилактик лимфодиссекция, табиийки, қўлланилмайди.*

- Т2-4 ва/ёки Н+ босқичдаги уретра ўтувчи хужайрали (уротелиал) саратонида беморларга неоадювант кимётерапия ўтказилганлигидан қатъи назар, жарроҳлик амалиётидан кейин ниволумаб 240 мг (2 ҳафтада 1 марта в/и томчилаб) билан адювант иммунотерапия ўтказиш тавсия қилинади [40].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 2)**

**Маҳаллий тарқалган ва метастатик нооперабел уретра саратонида даво тадбирлари**

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра саратонида тизимли цитотоксик давога қарши кўрсатма бўлмаганда кимётерапия буюриш тавсия қилинади [18, 23, 36].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)**

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра саратонида кимётерапия режимини ўсма гистологик тузилишига асосланган ҳолда танлаш тавсия қилинади [18, 23, 36].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)**

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра ўтувчи хужайрали (уретрал) саратонида қуйидаги кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:

- **М-ВАС** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> вена ичига (в/и) томчилаб 1, 15, 22-кунлар, #винбластин\*\* 3 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2, 15, 22-кунлар, #доксорубицин\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун ва #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [26,27].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 3)**

- **МСВ** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 1, 8 кунлар, #винбластин\*\* 4 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 1, 8 кунлар ва #цисплатин\*\* 100 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [28].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)**

- ГС (гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1, 8, 15 кунлар, #цисплатин\*\* в/и томчилаб, 70 мг/м<sup>2</sup> 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[26, 29](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- ГТС (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1- ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[29 - 31](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Цисплатинга қарши кўрсатма мавжуд беморларга карбоплатин асосидаги режимлар тавсия қилинади:

**СарбоГем** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 1- ва 8-кунлар, #карбоплатин\*\* АУС 4-5 в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[32-35](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Ўтувчи хужайрали (уротелиал) саратон мавжуд беморларга, 4–6 цикл платина асосидаги воситалар билан кимётерапия ўтказилгандан кейин ўсма назоратига эришилгандан кейин (тўлиқ, қисман жавоб ёки стабилизация) авелумаб (10 мг/кг ёки 800 мг в/и томчилаб, ҳар 2 ҳафтада) билан ушлаб турувчи иммунотерапия ўтказиш тавсия қилинади. Даво касаллик прогрессияси ёки кўтаролмайдиган токсиклик кузатилгунга қадар ўтказилади [[37, 38](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – А (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра ясси хужайрали саратони ёки аденокарциномасида қуйидаги кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

При отсутствии противопоказаний к назначению цисплатина\*\*:

- Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:
- ГТС (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[29-31](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- #цисплатин\*\* га қарши кўрсатма бўлганда уни #карбоплатин\*\* га алмаштириш тавсия қилинади (в/и томчилаб, АУС 4–5, ҳар 21 кунда) [[32-35](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра саратонида ҳар 2–3 даволаш курсидан кейин кимётерапия самарасини баҳолаш мақсадида назорат текшируви ўтказиш тавсия қилинади. Текширув ҳажми метастатик ўчоқлар жойлашувига кўра индивидуал равишда аниқланади [[18, 23, 36](#)].

## **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

*Изоҳлар: медикаментоз даво 2-қатор дори воситалари стандартлари мавжуд эмас. стандарт 2-й линии лекарственной терапии не существует. 2- ва кейинги қатор ўсмага қарши дори воситалари буюриши зарурияти бўлганда қарор индивидуал равишда қабул қилинади [18, 23, 36].*

**ЎЗР да қўллаш учун рўйхатдан ўтмаган барча дори воситалари ЎЗР ҳудудида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларидан фойдаланиш қоидаларига мувофиқ қўлланилиши лозим.**

**Амалиёт ёки аралашув ўтказадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар [8]:**

Аҳолига онкологик ёрдам кўрсатадиган тиббий муассасаларнинг урологик, кимётерапевтик ва радиологик бўлимларида ишлайдиган ходимлар зарур ҳужжатлар билан тасдиқланган тегишли билим ва малакага эга бўлиши ва А гуруҳи ходимларига тегишли бўлиши ва операцион блокда ишлаш, радиоактив ва ионлаштирувчи манбалар билан ишлаш имкониятига эга бўлиши, радиасия, шунингдек, урология ва/ёки кимётерапия ва/ёки радиасия хавфсизлиги курсларини ўташ муддати ўтмаган сертификатлари бор бўлиши керак.

- «Онкология», «Урология», «Кимё терапия», «нур терапия» (радиацион онкология) мутахассисликлари бўйича сертификати бўлган, ихтисослиги бўйича камида 5 йиллик стажи бўлган, сўнгги 5 йил ичида камида 216 соат давомида онкоурология ва/ёки кимё - ва/ёки нур терапиясининг юқори технологияли усуллари бўйича малака оширирган мутахассис;

- Нур терапияси учун физика бўйича олий маълумотли ва/ёки олий техник маълумотга эга, мутахассислик бўйича камида 3 йиллик иш тажрибасига эга, чизиқли тезлатгичлар билан ишлаш бўйича камида 2 йиллик тажрибага эга бўлган мутахассис.

### **5) Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:**

**Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда қўшимча диагностика чоралари рўйхати(кўрсатмаларга асосан):**

26. Қон биокимёвий таҳлили (натрий, калий, калсий, пешоб кислотаси, ЛДГ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
27. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип геРПЕс, ситомегаловирус, токсоплазмоз;
28. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (микдорий);
29. СОВИД-19 га ПЗР;
30. Обзорли – экскретор урография – сийдик пуфаги деворида тўлиш дефектини, шунингдек уретерогидронефроз мажудлигини кўрсатади;
31. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
32. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
33. Стандарт ситогенетик текширув;
34. ФИШ усулида текшириш ва молекуляр-генетик текшириш;
35. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
36. ПробНП;
37. Прокалситонин;
38. Антитромбин ИИИ, Д-димер;

39. Фертил ёшдаги аёлларда - ҳомиладорликка тест, ХГЧ ни аниқлаш;
40. Периферик қон ИФТ си;
41. Биоптат иммуногистохимик текшируви (ҳосила, лимфа тугун)\*
42. Молекуляр-генетик текширувлар;
43. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
44. Буйрак , пастки ковак вена, оёқ қон томирлари (вена ва/ёки артерия) УТДГ текшируви;
45. Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
46. Колоноскопия;
47. Спирография;
48. Остеосцинтиграфия;
49. Плеврал бўшлиқ, периферик лимфа тугунлар, қалқонсимон без УТТи;
50. Холтер – мониторинг билан ЭКГ.

\* Олдин ўтказилмаган ҳолларда;

\*\* 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 чаноқ аъзолари ҳажмли ҳосиласи симптомлари мавжуд бўлганда, хавфли ўсма билан учрайдиган саратон ирсий шакллари инкор қилиш учун);
- **Акушер-гинеколог/репродуктолог кўриги:** уретра саратони туфайли даво бошланишидан олдин беморда келажакда фарзанд кўриш истаги бўлганда ёрдам берувчи репродуктив технологияларни қўллаш, шунингдек беморларда исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш мақсадида ўсмага қарши даво олиш мобайнида ва ундан кейинги яқин давр ичида ишончли контрацепсия усулини танлашга ёрдам бериш мақсадида [29] [doi: [10.1530/EJE-18-0608](https://doi.org/10.1530/EJE-18-0608)];
- **Невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсулт, мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **Эндокринолог кўриги;**
- **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).
- **Нефролог кўриги** (Буйракда қўшимча ёндош касалликлар аниқланганда, гиперазотемия).
- **Фтизиатр кўриги** – Ўпка туберкулезига шубҳа бўлганда ва периферик ўсма аниқланганда;
- **Бошқа мутахассислар кўриги, бошқа ёндош патологиялар аниқланганда.**

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

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

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

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

Бўлимнинг ётоқ ўринлар ҳажми 25 дан 50 гача бўлиши керак.

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

- Рентген диагностикаси бўлими, шу жумладан рентген текшируви қоидаларига мувофиқ ташкил этилган рентген хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси <1>;
- Функционал тадқиқотлар қоидаларига мувофиқ ташкил этилган функционал диагностика бўлими <1>;
- Ультратовуш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган ультратовуш диагностикаси хонаси (бўлими), <1>;
- эндоскопик текширувларни ўтказиш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган эндоскопик бўлим <1>;
- 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 <2>;
- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига Н 23 - Н 25-иловаларга мувофиқ ташкил этилган операция бўлинма;
- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига Н 17- Н 19 иловаларига мувофиқ ташкил этилган ўсмага қарши дори терапияси бўлими;
- "Трансфузиология" профилида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган трансфузиология кабинети <3>;

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 мудирини хонаси;
- Шифокорлар хонаси;
- палаталар;
- боғлам алмаштириш хонаси;
- муолажа хонаси;
- хуқнахона;
- кичик жарроҳлик хонаси (онкоурология, онкогинекология, бош ва бўйин ўсмалари бўлимлари учун);
- 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 операциядан кейинги вақтинчалик бўлиш хонаси;
- стерилизация;
- протокол хонаси (агар 4 дан ортиқ жарроҳлик хонаси бўлса);
- Катта ҳамшира хонаси;
- операциядан кейинги чиқиндиларни сақлаш хонаси;
- гипсли бандажларни сақлаш ва тайёрлаш учун хона (суяклар ва юмшоқ тўқималарнинг ўсмалари бўлими учун);

**Б) Хавфсизлик чораларига риоя қилиш талаблари [8]:** Ўзбекистон Республикасининг норматив-ҳуқуқий ҳужжатларига мувофиқ жарроҳлик

шифохонасининг барча санитария нормалари ва қоидаларига, кимёвий ва радиацион хавфсизликка риоя қилиш.

### **Нур терапия ўтказиш учун:**

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

### **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 кўрикдан 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, бошқичига ва тарқалишига қараб танланади.

Кимётерапия ва / ёки нур терапиясини ўтказиш тўғрисида қарор беморни кенг камровли 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 органларнинг ултратовуш текшируви, ЭКГ ва бошқа бир қатор текширувлардан ўтади.

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

Уретра саратонини даволаш самарадорлиги индикаторлари:

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

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

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

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

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

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

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

### **3. Тиббий реабилитация, реабилитация усуллари кўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар**

*Ҳозирги вақтда туретра саратонида тиббий реабилитация турларини қўллаш бўйича клиник тадқиқотлар мавжуд эмас. Ушбу тавсиялар кўп тадқиқотлар натижаларининг метатаҳлили (Д. Стеффенс бошқ., 2018) ва тизимли шарҳлар (Л. Нисоле, нл Стоут ва бошқ., 2017 ва Р. Сегал ва бошқ., 2017) асосида шакллантирилган бўлиб, турли хил тиббий реабилитация усуллари функционал тикланишни сезиларли даражада тезлаштириши, операциядан кейин касалхонада қолиш даврини қисқартириши ва бошқа турдаги хавфли ўсмалар асоратлари ва ўлим ҳолатларини камайтириши исботланган.*

#### **3.1. Дастлабки реабилитация**

- Уретра саратон касаллигига чалинган барча беморларга пре-реабилитация ўтказиш тавсия қилинади. Пре-реабилитация жисмоний тарбия, психологик ва озуқавий кўллаб-қувватлаш ва беморнинг хабардорлигини таъминлашни ўз ичига олади [47-53].

#### **Тавсия ишончлилиги даражаси - С (далил ишончлилиги даражаси - 5)**

**Изоҳлар:** Пре-реабилитация функционал тикланишни сезиларли даражада тезлаштиради, операциядан кейин касалхонада қолиш муддатини қисқартиради ва онкоурологик патологияларни даволашда асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтиради [54]. Операциядан олдинги чанок туби мушакларини чиниқтириш операциядан кейинги даврда сийдик тута олмаслик асорати ривожланиши частотасини камайтиради [55].

#### **3.2. Жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин реабилитация**

##### **3.2.1. Реабилитациянинг биринчи босқичи**

- Комплекс оғриқсизлантириш, эрта энтерал овқатланиш, зонд ва дренажлардан мунтазам фойдаланишни рад этиш, беморларни эрта мобилизасия қилишни (фаоллаштириш ва вертикализасия) ўз ичига олган фаст-траск реҳабилитативон ва ЭРАС тактикаси жарроҳлик амалиётидан кейинги 1-2 кундан бошлаб эрта асоратлар хавфини, қайта касалхонага ётқизиш тезлигини камайтиради. Фаст траск реҳабилитативон тактикаси касалхонада қолиш муддатини ва жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни камайтиради. Фаст траск реҳабилитативон тактикаси урологик беморлар учун самарали ва хавфсиздир [56-58].

#### **Тавсия ишончилиги даражаси - В (далил ишончилиги даражаси - 2).**

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

#### **Тавсия ишончилиги даражаси - В (далил ишончилиги даражаси - 2).**

##### **3.2.2. Реабилитациянинг иккинчи босқичи**

- Лимфедема ривожланган барча беморларга шишга қарши даво, оёқлар массажи, тиббий компрессион трикотаждан фойдаланиш, ДЖТ комплексидан фойдаланиш, тери парвариши, тана массаси назорати тавсия қилинади [62, 63, 69].

**Тавсия ишончилиги даражаси - С (далил ишончилиги даражаси - 5).**

● 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].

**Тавсия ишончилиги даражаси - А (далил ишончилиги даражаси - 1).**

### **3.2.3. Реабилитациянинг учинчи босқичи**

● 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].

**Тавсия ишончилиги даражаси - А (далил ишончилиги даражаси - 1).**

● Барча онкологик беморларга оғриқ синдроми, кўнгил айниши, қайт қилишни, депрессияни коррекция қилиш мақсадида массаж ва акупунктура тавсия қилинади [71, 72].

**Тавсия ишончилиги даражаси - А (далил ишончилиги даражаси - 1).**

### **3.3. Нур терапияда реабилитация**

● Нур терапияси фонида беморларга суяк тўқималар зичлигини оширадиган, заифликнинг олдини олишга ёрдам берадиган, беморнинг чидамлилигини оширадиган ва ҳаёт сифатини яхшилайдиган ДЖТ комплексини (куч машқлари билан биргаликда аеробик машқлар) бажариш **тавсия этилади**. [72, 63,64,65].

**Тавсия ишончилиги даражаси - А (далил ишончилиги даражаси - 1).**

### **3.4. Кимётерапия фонида реабилитация**

● Кимётерапия фонида барча беморларга эрта даврларда жисмоний фаоллик тавсия қилинади, бу мушаклар заифлашиши, гипотрофия, жисмоний юкламага толерантлик пасайиши профилактикаси учун ёрдам беради [75].

**Тавсия ишончилиги даражаси - В (далил ишончилиги даражаси - 3).**

● Кимётерапия фонида барча беморларга ДЖТ билан шуғулланиш тавсия қилинади, бу ҳолсизликни ва депрессияни камайтиришга ёрдам беради. Кимётерапия фонида ДЖТ ни нейрпсихологик реабилитация билан қўллаш ҳолсизлик ва депрессияни даволашда фақат медикаментоз коррекцияни қўллашдан самаралироқ ҳисобланади [76].

**Тавсия ишончилиги даражаси - А (далил ишончилиги даражаси - 1).**

● Кимётерапия фонида барча беморларга ДЖТ ҳажми ва интенсивлигини ҳолсизлик даражаси (енгил, ўрта, оғир) га боғлиқ ҳолда индивидуал равишда танлаш ва умумий аҳволи яхшиланганда интенсивлигини ошириш тавсия қилинади [75].

**Тавсия ишончилиги даражаси - В (далил ишончилиги даражаси - 3).**

● Аэроб ва жисмоний юкламани биргаликда қўллаш тавсия қилинади [75].

**Тавсия ишончилиги даражаси - В (далил ишончилиги даражаси - 3).**

● Кимётерапия фонида барча беморларга кимётерапия бошлангандан кейин 6 ҳафта давомида тиббий массаж курси тавсия қилинади, бу комбинирланган даво фонида ҳолсизликни камайтиради [77].

**Тавсия ишончлилиги даражаси - В (далил ишончлилиги даражаси - 2).**

- Кимётерапия фонида барча беморларга полинейропатия коррекцияси учун баланс машқи машғулотлари тавсия қилинади [78].

**Тавсия ишончлилиги даражаси - В (далил ишончлилиги даражаси - 3).**

- Кимётерапия фонида барча беморларга 6 ҳафталик террен давоси (юриш билан даволаш) тавсия қилиниб, бу полинейропатия клиник намоён бўлишини назорат қилиш имконини беради [79].

**Тавсия ишончлилиги даражаси - В (далил ишончлилиги даражаси - 2).**

- Кимётерапия фонида барча беморларга кимётерапия фонида периферик полинейропатияни даволаш учун паст интенсивликдаги лазеротерапия тавсия қилинади [80, 64].

**Тавсия ишончлилиги даражаси - В (далил ишончлилиги даражаси - 2).**

- Кимётерапия фонида барча беморларга кимётерапия фонида периферик полинейропатияни даволаш учун паст частотали магнитотерапия тавсия қилинади [81].

**Тавсия ишончлилиги даражаси - В (далил ишончлилиги даражаси - 2).**

- Кимётерапия фонида барча беморларга кимётерапия фонида оғиз бўшлиғи мукозитлари профилактикаси учун паст интенсивликдаги лазеротерапия тавсия қилинади [83].

**Тавсия ишончлилиги даражаси - А (далил ишончлилиги даражаси - 1).**

- Кимётерапия фонида барча беморларга кимётерапия фонида кардиал асоратлар ривожланиш частотасини пасайтириш мақсадида ДЖТ еомплекси тавсия қилинади [84].

**Тавсия ишончлилиги даражаси - С (далил ишончлилиги даражаси - 5).**

- Кимётерапия фонида барча беморларга алопеция тизимли профилактика чораларини қўллаш тавсия қилинади [85].

**Тавсия ишончлилиги даражаси - С (далил ишончлилиги даражаси - 5).**

**4. Профилактика ва диспансер назорати, профилактика усулларини қўллашга тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар**

**4.1. Профилактика**

Эффективной профилактики рака уретры не существует.

**4.2. Диспансер кузатуви**

Онкологик касалликларда диспансер кузатуви С00-Д09 МКБ-10 рубрикасида келтирилган .

Диспансер кузатуви амбулатор онкологик ёрдам марказларида, тиббий муассасалар бирламчи онкологик кабинетиди, онкологик диспансерда ёки бошқа онкологик беморларга хизмат кўрсатувчи тиббиёт муассасаларида ташкил қилинади.

*Изоҳлар: Беморларга даврий шифокор назоратида бўлиш тавсия қилинади: 1-йил давомида ҳар 3 ойда 1 марта, 2- йил давомида ҳар 6 ойда 1 марта ( агар касаллик кечииши бемор кузатув тактикасини ўзгартиришни талаб қилмаса).*

*Динамик кузатув асосий мақсади уретра саратони прогрессияси ва маҳаллий рецидивларини эрта аниқлашга қаратилган бўлиб, бу самарали даво чоралари ўтказиш имконини беради.*

●Бирламчи даво ўтказилгандан кейин биринчи 5 йил ичида 1 йилда 1- 4 мартаба (ҳар бир клиник ҳолатга боғлиқ ҳолда), кейинчалик ҳар йили физикал текширувлардан ўтказиш, шикоятларини йиғиш ва инструментал текширувдан ўтказиш тавсия қилинади [19, 22].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

*Изоҳлар: текширувлар алгоритми ҳар бир клиник ҳолатга боғлиқ ҳолда даволовчи шифокор томонидан индивидуал равишда танланади.*

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

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

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

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 5. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатишнинг мақсадлари:

- ✓ Оғриқ ва бошқа оғриқли симптомларнинг олдини олиш ва уларни бартараф этиш, беморнинг азоб-уқубатларини енгиллаштириш;
- ✓ Саратон касаллигини прогрессиясини секинлаштириш ва беморнинг умрини узайтириш;
- ✓ Беморнинг умумий ҳолатини яхшилаш, ҳаёт сифатини ошириш;
- ✓ Психологик, ижтимоий ва маънавий қўллаб-қувватлаш, психосоматик ҳолатни барқарорлаштириш;
- ✓ Ўсмага қарши даволашнинг ножўя таъсирларини енгиб ўтишга ёрдам бериш.

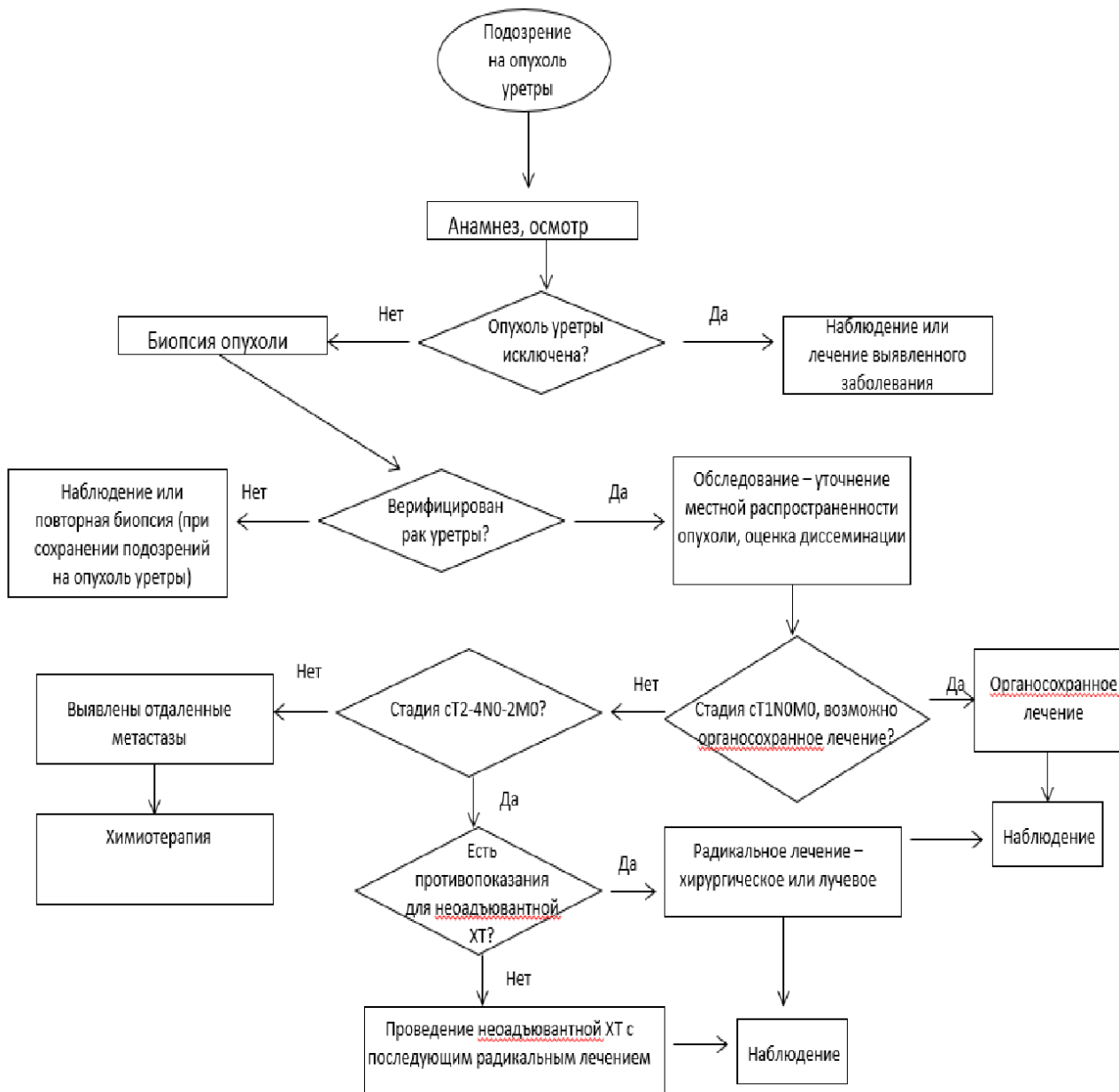
## 6. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси:

- Ўсма ўчоғи ва метастазлар ҳажмини камайтириш;
- Ўсма жараёнининг қисман регрессиясига ва барқарор ҳолатга эришиш;
- Беморнинг ҳаёт сифатини яхшилаш;
- Умр давомийлигини ошириш.

### 1) Беморни кузатиш картаси, беморни йўналтириш (схемалар, алгоритмлар)

#### Асосий даволаш турлари

## Уретра саратонини даволаш алгоритми



2) Паллиатив дори-дармонсиз даволаш ([хттпс://онсологй-ассоциатион.ру/wh-content/uploadc/2023/03/национальное-руководство-по-паллиативнож-медисзинеситирование-.pdf](http://онкологй-ассоциатион.ру/wh-content/uploadc/2023/03/национальное-руководство-по-паллиативнож-медисзинеситирование-.pdf)):

### Режим:

- 1-режим (ётоқ режими) – операциядан кейинги биринчи сутка;
- 2-режим (ярим ётоқ режими) – операциядан кейинги 2–3-суткалар;
- 3-режим (умумий) – эркин режим;
- Диета – 7-рақамли 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 ромбоцитлар концентратини профилактик қуйиш зарурлигини баҳолаш учун қўлланилади.

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

### Эритроцитар масса/аралашмаси:

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

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

### Тромбоцитлар концентрати:

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

## Янги музлатилган зардоб:

- ЯМЗ ни трансфузияси қон кетишли беморларда ёки инвазив муолажалар ўтказишдан олдин ўтказилади.
- МНО  $\geq 2.0$  бўлган беморлар (нейрожарроҳлик аралашувларида  $\geq 1.5$ ) инвазив муолажаларни режалаштиришда ЯМЗ қўйиш учун номзод 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.

Стационар шароитда даволаш 24 соатлик ёки кундузги стационар муассасаларда амалга оширилади. Фақат инъексия йўли билан юбориладиган препаратлар қўлланилади.

### Маҳаллий тарқалган ва метастатик нооперабел уретра саратонида даво тадбирлари

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра саратонида тизимли цитотоксик давога қарши кўрсатма бўлмаганда кимётерапия буюриш тавсия қилинади [18, 23, 36].

#### Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра саратонида кимётерапия режимини ўсма гистологик тузилишига асосланган ҳолда танлаш тавсия қилинади [18, 23, 36].

#### Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра ўтувчи ҳужайрали (уретрал) саратонида қуйидаги кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:

- **М-ВАС** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> вена ичига (в/и) томчилаб 1, 15, 22-кунлар, #винбластин\*\* 3 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2, 15, 22-кунлар, #доксорубицин\*\* 30 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун ва #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [26,27].

#### Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 3)

- **МСВ** (#метотрексат\*\* 30 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 1, 8 кунлар, #винбластин\*\* 4 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 1, 8 кунлар ва #цисплатин\*\* 100 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [28].

#### Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 4)

- ГС (гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1, 8, 15 кунлар, #цисплатин\*\* в/и томчилаб, 70 мг/м<sup>2</sup> 2-кун, ҳар 28-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[26, 29](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- ГТС (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1- ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[29 - 31](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Цисплатинга қарши кўрсатма мавжуд беморларга карбоплатин асосидаги режимлар тавсия қилинади:

**СарбоГем** (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб, 1- ва 8-кунлар, #карбоплатин\*\* АУС 4-5 в/и томчилаб, 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[32-35](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Ўтувчи хужайрали (уротелиал) саратон мавжуд беморларга, 4–6 цикл платина асосидаги воситалар билан кимётерапия ўтказилгандан кейин ўсма назоратига эришилгандан кейин (тўлиқ, қисман жавоб ёки стабилизация) авелумаб (10 мг/кг ёки 800 мг в/и томчилаб, ҳар 2 ҳафтада) билан ушлаб турувчи иммунотерапия ўтказиш тавсия қилинади. Даво касаллик прогрессияси ёки кўтаролмайдиган токсиклик кузатилгунга қадар ўтказилади [[37, 38](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – А (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра ясси хужайрали саратони ёки аденокарциномасида қуйидаги кимётерапия режимларини қўллаш тавсия қилинади :

При отсутствии противопоказаний к назначению цисплатина\*\*:

- Цисплатин қўллашга қарши қарши кўрсатма бўлмаганда\*\*:
- ГТС (#гемцитабин\*\* 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #паклитаксел\*\* 80 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 1-ва 8-кунлар, #цисплатин\*\* 70 мг/м<sup>2</sup>, в/и томчилаб 2-кун, ҳар 21-кун, курс 4–6 циклгача ўтказилади) [[29-31](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- #цисплатин\*\* га қарши кўрсатма бўлганда уни #карбоплатин\*\* га алмаштириш тавсия қилинади (в/и томчилаб, АУС 4–5, ҳар 21 кунда) [[32-35](#)].

#### **Тавсия ишончлилик даражаси – В (далил ишончлилик даражаси – 2)**

- Нооперабел маҳаллий тарқалган ва диссеминирланган уретра саратонида ҳар 2–3 даволаш курсидан кейин кимётерапия самарасини баҳолаш мақсадида назорат текшируви ўтказиш тавсия қилинади. Текширув ҳажми метастатик ўчоқлар жойлашувига кўра индивидуал равишда аниқланади [[18, 23, 36](#)].

## **Тавсия ишончилилик даражаси – С (далил ишончилилик даражаси – 5)**

*Изоҳлар: медикаментоз даво 2-қатор дори воситалари стандартлари мавжуд эмас. стандарт 2-й линии лекарственной терапии не существует. 2- ва кейинги қатор ўсмага қарши дори воситалари буюриши зарурияти бўлганда қарор индивидуал равишда қабул қилинади [18, 23, 36].*

**ЎзР да қўллаш учун рўйхатдан ўтмаган барча дори воситалари ЎзР ҳудудида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларидан фойдаланиш қоидаларига мувофиқ қўлланилиши лозим.**

**Суяк метастазларида қуйидагиларнинг қўлланилиши асосланган:**

**Золедрон кислотаси** – в/и томчилаб 15 дақиқа давомида **4 мг**, ҳар **3–4** ҳафтада бир марта, суяк асоратлари ривожланиш хавфини камайтириш учун.

**Остеопороз билан оғриган беморларда** бу дори ҳар уч ойда бир марта **1 марта** инъекция тарзида қўлланилиши мумкин.

### **4. Жарроҳлик амалиёти**

**Сийдик пуфаги саратони билан касалланган беморларда паллиатив операциялар**

**Кўрсатмалар:**

1. Уретра ўсмасидан ҳаёт учун хавfli қон кетишлар;
2. Ўткир сийдик ушланиши;
3. Юқори сийдик йўлларида сийдик чиқиши бузилиши ва буйрак етишмовчилиги, ўткир обструктив пийелонефрит;
4. Ҳамроҳ касалликлар (юрак-қон томир тизими касалликлари, эндокрин тизими касалликлари ва бошқалар).

**Қон кетишни тўхтатиш мақсадида қўлланилади:**

1. Ўсмага нисбатан **ТУР (трансуретрал резектсия)** ва қон кетишни тўхтатиш;
2. **Ички чаноқ артерияларини боғлаш ёки эмболизатсия қилиш.**

**Юқори сийдик йўлларида сийдик чиқиши бузилганда амалга оширилади:**

1. Теридан пункция йўли билан эпителиостомия / нефростомия;
2. Очик эпителиостомия / нефростомия;
3. Уретерокутанеостомия;
4. Сийдикни ингичка ичакнинг изоляцияланган сегментига чиқариш (Брикер операцияси ва бошқалар).

**Нур терапияси**

**Уретра саратонига чалинган беморларда нур терапиясини мустақил даволаш усули сифатида қўллаш тавсия этилмайди.**

## 5. Динамик кузатув:

Агар уретра саратонининг паллиатив дори терапиясини давом эттириш учун қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, **катталар беморларига онколог врач кузатувида диспансер назорат** ва зарурат туғилганда **оғриқни камайтирувчи (шу жумладан наркотик), симптоматик терапия** тавсия этилади.

### Кузатувда даврида текширувлар ҳажми:

- **Цистоскопия ва биопсия** (орган сақловчи операциялардан сўнг), тўғри ичакни бармоқ билан текшириш;
- **Кичик чанок аъзоларининг МРТ**;
- **МСКТ** (мултиспирал КТ) – кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари (имкон бўлмаса — кўкрак қафаси рентгенографияси);
- **Қорин бўшлиғи, орқа қорин бўшлиғи ва кичик чанок аъзоларининг УТТ**;

### Кўрсатмаларга асосан қўшимча текширувлар:

- **Остеосцинтиграфия** ва суяк скелетининг зарарланган соҳаларининг **рентгенографияси** (метастаз гумони бўлса).

### Лаборатор текширувлар:

- Умумий қон таҳлили;
- Умумий сийдик таҳлили;
- Сийдик чўкмасининг цитологик текшируви;

### Кузатув муддатлари:

- 1-йил – ҳар 3 ойда 1 марта;
- 2-йил – ҳар 6 ойда 1 марта;
- Кейинчалик, умрбод – ҳар йили 1 марта.

## 6. Паллиатив даволаш самарадорлигини баҳолаш индикаторлари:

- **“Ўсманинг жавоби”** – даволашдан кейин ўсмада регрессия:
  - **Тўлиқ эффект** – барча зарарланиш ўчоқлари камида 4 ҳафта давомида йўқолади;
  - **Қисман эффект** – барча ёки алоҳида ўсмаларда 50 % ёки ундан кўпроқ камайиш, бошқа ўчоқларда прогрессия бўлмаслиги шарти билан;
  - **Барқарорлик** – ўсма ҳажмида ўзгариш 50 % дан кам камайиш ёки 25 % дан кам ўсиш, янги ўчоқлар йўқ;
  - **Прогрессия** – бир ёки бир нечта ўсмаларда 25 % дан кўпроқ ўсиш ёки янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши (**Маълумотларнинг ишончлилик даражаси – А**).
- **Ретсидивсиз яшаш муддати** (3 ва 5 йиллик);
- **Ҳаёт сифати** – беморнинг руҳий, эмотсионал, ижтимоий ва жисмоний ҳолатини ўз ичига олади.

## 7. Оғриқсизлантириш

Сурункали оғриқ синдроми билан кечаётган уретра саратонида беморларда оғриқсизлантириш принципи ва оптимал оғриққа қарши даवони танлаш “Паллиатив тиббий ёрдамга мухтож беморларда сурункали оғриқ синдроми” клиник тавсияларига мувофиқ амалга оширилади.

### *Уретра билан оғриган беморлар учун ҳамроҳлик терапияси:*

Уретра саратони билан оғриган беморларда камқонликнинг олдини олиш ва даволаш тамойиллари Россия Соғлиқни сақлаш вазирлигининг клиник тавсиялар рубрикаторида ёллон қилинган "Ёмон ўсмаларда камқонлик" клиник тавсияларида кўрсатилган тамойилларга мос келади. [хтгпс://ср.минздрав.гов.ру](http://ср.минздрав.гов.ру). [57]

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

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

Уретра саратони билан оғриган беморларда юқумли асоратлар ва фебрил нейтропениянинг олдини олиш ва даволаш тамойиллари "Иситмали нейтропениянинг юқумли асоратларини даволаш ва колонияни огоҳлантирувчи омилларни қўллаш" йўриқномасида белгиланган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Сакаева Д.Д., Орлова Р.В., Шабаета М.М. ДОИ: 10.18 027/2224-5057-2018-8-3с2-521-530, [хтгпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-37.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-37.пдф)). [60]

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

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

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

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

Уретра саратони билан оғриган беморларда нефротоксикликнинг олдини олиш ва даволаш тамойиллари "Саратонга қарши дори воситаларининг нефротоксиклигини тузатиш бўйича амалий тавсиялар" йўриқномасида келтирилган тамойилларга мос келади. (авторлар коллективи: Громова Е.Г., Бирюкова Л.С., Джумабаева Б.Т., Курмуков И.А. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3с2-591-603, [хтгпс://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-44.пдф](http://росонсoweб.ру/стандартс/РУСССО/2018/2018-44.пдф)). [65]

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

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

## 9. Диетотерапия

Ҳозирги вақтда овқатланиш омилининг уретра саратони билан касалланиш хавфига ёки аллақачон қўйилган уретра саратони ташхисида касаллик прогрессияси ёки рецидивланиши хавфига таъсир қилиши тўғрисида ишончли кузатув маълумотлари мавжуд эмас.

- Беморларнинг одатдаги овқатланишидаги ҳар қандай ўзгаришлар, агар улар қўшма касалликларни тузатиш ёки доимий даволанишнинг асоратларини (жарроҳлик, медикаметоз ёки радиация) бартараф етиш ёки олдини олиш зарурати билан боғлиқ бўлмаса, овқатланиш режими коррекцияси билан боғлиқ ишончли кузатув натижалари бўлмаганлиги сабабли тавсия қилинмайди [22].

**Тавсия ишончлилик даражаси – С (далил ишончлилик даражаси – 5)**

**ЖССТ/ЕСОГ бўйича бемор умумий аҳоли оғирлигини баҳолаш шкаласи**

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

Манбаа: [хттпс://есогастрин.орг/ресурсес/есог-перформансе-статус](http://есогастрин.орг/ресурсес/есог-перформансе-статус)

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

Тип: баҳолаш шкаласи

Қўлланилиши: Беморнинг иш қобилияти даражасини ўзига ғамхўрлик қилиш қобилияти, кундалик фаолияти ва жисмоний қобилиятлари (юриш, ишлаш ва бошқалар) нуқтаи назаридан тавсифланг).

Балл	Тавсифи
0	Бемор тўлиқ фаол, касалликдан олдинги каби ҳамма нарсани қила олади (Карновский шкаласи бўйича 90-100%).
1	Бемор оғир ишларни бажара олмайди, лекин енгил ёки ҳаракасиз ишларни бажариши мумкин (масалан, енгил уй ёки офис ишлари, Карновский шкаласи бўйича 70-80%).
2	Бемор амбулатория шароитида даволанади, ўз-ўзини парвариш қилишга қодир, аммо ишлаш қобилияти чекланган. У уйғоқ вақтининг 50% дан ортиғини тик ҳолатда фаол ўтказади (Карновский шкаласи бўйича 50-60%)
3	Бемор чегараланган даражада ўзини ўзи парвариш қилишга қодир, уйғоқ вақтининг 50% дан ортиғини креслода ёки тўшакда ўтказади (Карновский шкаласи бўйича 30-40%)
4	Ногирон, ўзини ўзи парвариш қила олмайдиган, кресло ёки тўшакда чекланган (Карновский шкаласи бўйича 10-20%)

### Карновский шкаласи

Ҳақиқий номи: КАРНОФСКИЙ ПЕРФОРМАНСЕ СТАТУС

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

Тип: баҳолаш шкаласи

Қўлланилиши: Беморнинг иш қобилияти даражасини ўзига ғамхўрлик қилиш қобилияти, кундалик фаолияти ва жисмоний қобилиятлари (юриш, ишлаш ва бошқалар) нуқтаи назаридан тавсифланг).

### Карновский шкаласи

100-Умумий аҳволи нормада, шикоятлар йўқ .

90- Нормал фаолиятга қодир , кичик аломатлар ёки касаллик белгилари мавжуд.

80— бироз куч билан нормал ҳаракат, кичик аломатлар ёки касаллик белгилари мавжуд.

70- мустақил равишда ўз ўзига хизмат қилади, аммо ишлашга қодир емас.

60- баъзида ёрдамга муҳтож, лекин кўп еҳтиёжларини ўзи қондира олади.

50- ёрдам ва тиббий ёрдамга сезиларли даражада муҳтож.

40-ногирон, махсус ёрдамга муҳтож, шу жумладан тиббий ёрдам.

30-оғир ногиронлик, касалхонага ётқизишга кўрсатма, гарчи ўлим хавфи бўлмаса хам.

20-Оғир бемор. Касалхонага ётқизиш ва фаол даволаш керак.

10-ўлаётган бемор.

0-ўлим.

### Оғриқ синдромини визуал-аналогик баҳолаш шкала



- **Солид ўсмаларнинг давога жавобини баҳолаш мезонлари РЕСИСТ 1.1 (Респонсе эвалуатион Сритериа Ин Солид Туморс 1.1) [45]**

Манбаа: эисенхауер эА, Тхерассе П, Богаертс Ж, Счвартз ЛХ, Саргент Д, Форд Р, Дансей Ж, Арбуск С, Гвйтхер С, Мооней М, Рубинстеин Л, Шанкар Л, Додд Л, Каплан Р, Ласомбе Д, Вервейж Ж. New респонсе эвалуатион сритериа ин солид тумоурс: ревисед РЕСИСТ гуиделине (версион 1.1). эур Ж Сансер 2009;45(2):228-47. дои: 10.1016/ж.ежса.2008.10.026 [45].

**Тип:** баҳолаш шкаласи.

**Қўлланилиши:** солид ўсмалар давога жавобини баҳолашни унификациялаш.

<b>Ўсма жавоби</b>	<b>РЕСИСТ 1.1</b>
<b>Тўлиқ самара</b>	Қисқа ўқ бўйича ўсмаларнинг ёки $\geq 10$ мм ўлчамли лимфа тугунларининг бўлмаслиги
<b>Қисман самара</b>	Ўсма ўчоқларининг жами $\geq 30$ % кичрайиши.
<b>Прогрессияланиш</b>	Энг катта ўсма ўчоқларининг жами $\geq 20$ % га катталаниши, $\geq 5$ мм абсолют ўсиши билан, янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши
<b>Стабилизация</b>	Юқоридагилардан ҳеч бири кузатилмаса

- **Солид ўсмаларнинг иммунитет орқали жавобини баҳолаш мезонлари иРЕСИСТ (Иммуне-Релатед Респонсе эвалуатион Сритериа Ин Солид Туморс) [46]**

Манбаа: Сеймоур Л., Богаертс Ж., Перроне А. эт ал. РЕСИСТ воркинг груп. иРЕСИСТ: гуиделинес фор респонсе сритериа фор усе ин триалс тестинг иммунотхерапеутисс. Лансет Онсол 2017;18(3):e143–52. дои: 10.1016/S1470-2045(17)30074-8. эпуб 2017 Мар 2 [46].

**Тип:** баҳолаш шкаласи

**Қўлланилиши:** солид ўсмалар иммунотерапияга жавобини баҳолашни унификациялаш.

<b>Ўсма жавоби</b>	<b>иРЕСИСТ</b>
<b>Тўлиқ самара</b>	Қисқа ўқ бўйича барча ўсмаларнинг ёки $\geq 10$ мм ўлчамли лимфа тугунларининг бўлмаслиги
<b>Қисман самара</b>	Ўсма ўчоқларининг жами $\geq 30$ % кичрайиши.

<b>Прогрессияланиш</b>	Энг катта ўсма ўчоқларининг жами $\geq 20$ % га катталашиши, $\geq 5$ мм абсолют ўсиши билан, янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши касаллик прогрессияси белгиси ҳисобланмайди, янги ўчоқлар диаметри нишон ўчоқлар умумий диаметрига қўшилади, ўсма жавобини якуний баҳолаш 4 ҳафтадан кейин тасдиқланишини талаб қилади.
<b>Стабилизация</b>	Юқоридагилардан ҳеч бири кузатилмаса

## Қўлланилган адабиётлар рўйхати

1. Гакис Г., Витжес Ж.А., Сомпéрат э. эт ал. эАУ гуиделинес он примарй уретхрал сарсинома. эур Урол 2013;64(5):823–30.
2. Жанисч, Флориан; эт ал., эуропеан Урологй Фосус. 5 (5): 722–734. doi:10.1016/j.euf.2019.07.001. ISSN 2405-4569. PMID 31307949.
3. Дайяни Ф, Ҳоффман К, эифел П, Гуо С, Викрам Р, Паглиаро ЛС, эт ал. Манагемент оф адвансед примарй уретхрал сарсиномас. *БЖУ Инт.* 2014 Жул. 114 (1):25-31.
4. Виссер О, Адолфссон Ж, Росси С, Верне Ж, Гатта Г, Маффеззини М, эт ал. Инциденсе анд сурвивал оф раре урогенитал сансерс ин эуропе. *эур Ж Сансер.* 2012 Мар. 48(4):456-64.
5. Медина Пéрез М., Валеро Пуерта Ж., Сánчез Гонзálез М. эт ал. Скуамоус сарсинома оф тхе мале уретхра, итс презентатион ас а срротал абссесс. Арч эсп Урол 1999;52:792–4.
6. Ван де Воорде W., Меертенс Б., Баерт Л., Лауверйнс Ж. Уретхрал скуамоус селл сарсинома ассосиатед витх уретхрал стристуре анд уретхропластй. эур Ж Сург Онсол 1994;20(4):478–83.
7. Саусзук И., Асоста Р., Грант Д., Вҳите Р.Д. Пост уретхропластй скуамоус селл сарсинома. Н Й Стате Ж Мед 1986;86(5):261–3.
8. Солапинто В., эванс Д.Х. Примарй сарсинома оф тхе мале уретхра девелопинг афтер уретхропластй фор стристуре. Ж Урол 1977;118(4):581–4.
9. Моҳантй Н.К., Жоллий Б.Б., Сахена С., Давсон Л. Скуамоус селл сарсинома оф перинеал уретхростомй. Урол Инт 1995;55(2):118–9.
10. Моҳан Ҳ., Бал А., Пуниа Р.П., Бава А.С. Скуамоус селл сарсинома оф тхе простате. Инт Ж Урол 2003;10(2):114–6.
11. Арва Н.С., Дас К. Диагностис дилеммас оф скуамоус дифференциатион ин простате сарсинома сасе репорт анд ревиеш оф тхе литературе. Диагн Патҳол 2011;6:46.
12. Зҳанг М., Адениран А.Ж., Викрам Р. эт ал. Сарсинома оф тхе уретхра. Ҳум Патҳол 2018;72:35–44.
13. Тҳомас А.А., Расклеј Р.Р., Лее У. эт ал. Уретхрал дивертисула ин 90 фемале пациентс: а студй витх эмпахасис он неопластис алтератионс. Ж Урол 2008;180(6):2463–7.
14. Либбй Б., Чао Д., Счнеидер Б.Ф. Нон-сургисал трeatмент оф примарй фемале уретхрал сансер. *Rare Туморс* 2010;2(3):e55.
15. Алтман Д., Рогерс Р.Г., Йин Л. эт ал. Сансер риск афтер мидуретхрал слинг сургерй усинг полипропилене меш. *Обстет Гйнесол* 2018;131(3):469–74.
16. WҲО Слассифисатион оф Тумоурс: Патҳологй анд Генетисс оф Тумоурс оф тхе Уринарй Сйстем анд Малe Генитал Органс (ИАРС WҲО Слассифисатион оф Тумоурс). эбле Ж.Н., Саутер Г., эпстеин Ж., Сестерхенн И. (едс.) Лён, 2004.
17. ТНМ слассифисатион оф малигнант туморс. эд. Ж.Д. Бриерлей эт ал. Вилей/Бласквелл, 2017.

П. 208.

18. Гриднева Я.В. Дисс ... канд. мед. наук «Злокачественные новообразования мочеиспускательного канала (клиника, диагностика, лечение)». М., 2005.

19. эАУ Гуиделинес он примарй уретхрал сарсинома (2022) [Электронный ресурс] // эуропеан Ассосиатион оф Урологй: [сайт]. УРЛ: [хттпс://уроуеб.орг/гуиделине/примарй-уретхрал-сарсинома/](https://uroweb.org/guideline/primary-urethral-sarcoma/)(дата обращения: 16.02.2022).

20. Тоуижер А.К., Далбагни Г. Роле оф воидед урине сйтологй ин диагносинг примарй уретхрал сарсинома. Урологй 2004;63(1):33–5.

21. Баркан Г.А., Вожсик э.М., Наяр Р., Савис-Принсе С., Куек М.Л., Куртйсз Д.Ф.И., Росентхал Д.Л. Тхе Парис Сйстем фор Репортинг Уринарй Сйтологй: Тхе Куест то Девелоп а Стандардизед Терминологй. Аста Сйтол 2016. 60(3): 185–97.

22. Дел Гаизо А., Силва А.С., Лам-Химлин Д.М. эт ал. Магнетис ресонансе имагинг оф солид уретхрал анд пери-уретхрал лесионс. Инсигхтс Имагинг. 2013;4(4):461–469.

23. Гакис Г., Морган Т.М., эфстатхиоу Ж.А. эт ал. Прогностис фасторс анд оутсомес ин примарй уретхрал сансер: резултс фром тхе интернационал соллаборатион он примарй уретхрал сарсинома. Ворлд Ж Урол. 2016;34(1):97-103.

24. Гриднева Я.В. Дисс ... канд. мед. наук «Злокачественные новообразования мочеиспускательного канала (клиника, диагностика, лечение)». М., 2005.

25. эАУ Гуиделинес он примарй уретхрал сарсинома (2022) [Электронный ресурс] // эуропеан Ассосиатион оф Урологй: [сайт]. УРЛ: [хттпс://уроуеб.орг/гуиделине/примарй-уретхрал-сарсинома/](https://uroweb.org/guideline/primary-urethral-sarcoma/)(дата обращения: 16.02.2022).

26. Очи Т., Озава А., Танжи Н. эт ал. Гемситабине анд сисплатин тхерапй ин адвансед ор метастатис уротхелиал сансер: сомпарисон оф сиде эффест витх МВАС (метхотрехате, винбластине, дохорубисин, анд сисплатин). Нихон Хинёкика Гаккаи засши. Тхе Жапанесе Жоурнал оф Урологй 2006;97(6):777–81.

27. Дайяни Ф., Петтавай С.А., Камат А.М. эт ал. Ретроспестиве анализис оф сурвивал оутсомес анд тхе роле оф сисплатин-басед чемотхерапй ин пациентс витх уретхрал сарсиномас реферред то медисал онсологистс. Урологис Онсологй: Семинарс анд Оригинал Инвестигатионс. элсевиер. 2013;31(7):1171-1177.

28. Матвеев В.Б., Гринева Я. В. Результаты комбинированного и лучевого лечения рака уретры. Онкоурология 2006;3:40–44.

29. Беллмунт Ж., вон дер Маасе Х., Меад Г.М. эт ал. Рандомизед пхасе ИИИ студй сомпаринг паслитахел/сисплатин/гемситабине анд гемситабине/сисплатин ин пациентс витх лосаллй адвансед ор метастатис уротхелиал сансер витх оут приор сйстемис тхерапй: эОРТС Интергроуп Студй 30987. Жоурнал оф Слинисал Онсологй. 2012;30(10):1107-13.

30. Беллмунт Ж. эт ал. Пхасе И-ИИ студй оф паслитахел, сисплатин, анд гемситабине ин адвансед транзиционал-селл сарсинома оф тхе уротхелиум //Жоурнал оф слинисал онсологй. – 2000. – Т. 18. – №. 18. – С. 3247-3255.

31. Беллмунт Ж. эт ал. Гемситабине/паслитахел-басед тхрее-друг регименс ин авансед уротхелиал сансер //Еуропеан жоурнал оф сансер. – 2000. – Т. 36. – С. 17-25.
32. Де Сантис М., Беллмунт Ж., Меад Г. эт ал. Рандомизед пхасе ИИ/ИИИ триал ассессинг гемситабине/сарбоплатин анд метхотрехате/сарбоплатин/винбластине ин пациентс витх авансед уротхелиал сансер “унфит” фор сисплатин-басед чemothерапй: пхасе ИИ—ресултс оф эОРТС студй 30986. Жоурнал оф Слинисал Онсологй. 2009;27(33):5634-9.
33. Ким Й.Р., Лее Ж.Л., Ёу Д. эт ал. Гемситабине плус сплит-досе сисплатин соулд бе а промисинг алтернативе то гемситабине плус сарбоплатин фор сисплатин-унфит пациентс витх авансед уротхелиал сарсинома. Сансер чemothерапй анд пхармасологй. 2015;76(1):141-153.
34. Изуми К, Иwамото X., Яегаши X. эт ал. Гемситабине Плус Сисплатин Сплит Версус Гемситабине Плус Сарбоплатин фор Адвансед Уротхелиал Сансер Витх Сисплатин-унфит Ренал Фунстион. Ин виво 2019;33(1):167-172.
35. Холмстен К., Женсен Н.В., Моуритсен Л.С. Винфлунине/гемситабине версус сарбоплатин/гемситабине ас фирст-лине трeатмент ин сисплатин-инелигибле пациентс витх авансед уротхелиал сарсинома: А рандомисед пхасе ИИ триал (ВИНГЕМ). эур Ж Сансер. 2019 Ост 21. пии: С0959-8049(19)30726-9. дои: 10.1016/ж.ежса.2019.08.033
36. Гакис Г., Морган Т. М., Данешманд С. эт ал. Импаст оф периоперативе чemothерапй он сурвивал ин пациентс витх авансед примарй уретхрал сансер: резултс оф тхе интернационал соллаборатион он примарй уретхрал сарсинома. Анналс оф Онсологй. 2015;26(8):1754-1759
37. Пowlес, Т., эт ал. Авелумаб Маинтенансе Тхерапй фор Адвансед ор Метастатис Уротхелиал Сарсинома. Н энгл Ж Мед, 2020;383:1218.
38. Новаковис АМ, Вилкинс ЖЖ, Даи X, Ваде ЖР, Неутебоом Б, Брар С, Белло СЛ, Гирард П, Кханделвал А. Чангинг Бодй Weигхт-Басед Досинг то а Флат Досе фор Авелумаб ин Метастатис Меркел Селл анд Адвансед Уротхелиал Сарсинома. Слин Пхармасол Тхер. 2020 Мар;107(3):588- 596.
39. Матвеев В.Б., Гринева Я. В. Результаты комбинированного и лучевого лечения рака уретры. Онкоурология 2006;3:40–44.
40. Бажорин ДФ, Витжес ЖА, Гсчwенд ЖЕ, эт ал. Фирст резултс фром тхе пхасе 3 ЧескМате 274 триал оф аджувант ниволумаб версус пласебо ин пациентс wхo ундерwент радисал сургерй фор хигх-риск муссле-инвасиве уротхелиал сарсинома. Орал пресентатион ат тхе 2021 Генитоуринарй Сансерс Сймпосиум (АССО ГУ); Фебруарй 11–13, 2021; Виртуал Meетинг.
41. Хуссеин А., Бенедетто П., Сридхар К. Чemothерапй витх сисплатин анд 5-флуороурасил фор пениле анд уретхрал скуамоус селл сарсиномас. Сансер. 1990 Феб 1;65(3):433-8.
42. Сохен М.С., Триаса В., Биллмейер Б. эт ал. Соординатед чеморадиатион тхерапй витх генитал пресерватион фор тхе трeатмент оф примарй инвасиве сарсинома оф тхе мале уретхра. Ж Урол 2008;179(2):536–41; диссуссион 541.

43. Ҳара И., Ҳикосака С., это Ҳ. эт ал. Суссессфул трeатмент фор скуамоус селл сарсинома оф тхе фемале уретхра витх сомбинед радио- анд чeмотхeрапий. Инт Ж Урол 2004;11(8):678–82.
44. Сооп Ҳ. эт ал. Радисал чeморaдиотхeрапий фор уретхрал скуамоус селл сарсинома: Two case репортс анд а ревиeу оф тхе литературе //Case Рeпортс ин Урологй. – 2013. – Т. 2013.
45. эисенхауер эА, Тхeрассе П, Богаертс Ж, Счwartз ЛХ, Саргент Д, Форд Р, Дансей Ж, Арбуск С, Гвйтхер С, Мооней М, Рубинстеин Л, Шанкар Л, Додд Л, Каплан Р, Ласомбе Д, Вервейж Ж. New респонсе эвалуатион критериа ин солид тумоурс: ревисед РЕСИСТ гуиделине (версион 1.1). эур Ж Сансер 2009;45(2):228-47. дои: 10.1016/ж.ежса.2008.10.026
46. Сеймоур Л., Богаертс Ж., Перроне А. эт ал. РЕСИСТ воркинг групп. иРЕСИСТ: гуиделинес фор респонсе критериа фор усе ин триалс тестинг иммунотхерапеутисс. Лансет Онсол 2017;18(3):e143–52. дои: 10.1016/S1470-2045(17)30074-8. эпуб 2017 Мар 2.
47. Сохен М.С., Триаса В., Биллмейер Б. эт ал. Соординатед чeморaдиатион тхeрапий витх генитал прeсeрватион фор тхе трeатмент оф примарй инвасиве сарсинома оф тхе мале уретхра. Ж Урол 2008;179(2):536–41; диссуссион 541.
48. Ҳара И., Ҳикосака С., это Ҳ. эт ал. Суссессфул трeатмент фор скуамоус селл сарсинома оф тхе фемале уретхра витх сомбинед радио- анд чeмотхeрапий. Инт Ж Урол 2004;11(8):678–82.
49. Кент М., Зинман Л., Гиршович Л. эт ал. Сомбинед чeморaдиатион ас примарй трeатмент фор инвасиве мале уретхрал сансер. Ж Урол 2015;193(2):532–7.
50. Силвер Ж.А., Баима Ж. Сансер прeхaбилитатион: ан оппортунитй то дeсрeасе трeатментрелатед морбидитй, инсрeасе сансер трeатмент оптионс, анд импрове пхйсисал анд псйчологисал хeалтх оутсомес. Ам Ж Пхйс Мед Рeхaбил 2103;92:715–27.
51. Ҳулзебос э.Ҳ., Ҳелдерс П.Ж., Фавие Н.Ж. эт ал. Преоперативе интенсиве инспираторй муссле траининг то прeвент постоперативе пулмонарй комплисионс ин хигх-риск пациентс ундeргоинг САБГ сургeрй: а рaндомизед слинисал триал. ЖАМА 2006;296(15):1851–7.
52. Тсимопоулоу И., Паскуали С., Ҳoвард Р. эт ал. Псйчологисал прeхaбилитатион бeфoрe сансер сургeрй: а сйстематис ревиeу. Анн Сург Онсол 2015;22(13):4117–23. DOI: 10.1245/c10434-015- 4550-3.
53. Санта Мина Д., Маттхew А.Г., Ҳилтон W.Ж. эт ал. Прeхaбилитатион фор мен ундeргоинг радисал простатeстoмй: а мулти-сeнтрe, пилот рaндомизед контроллед триал. БМС Сург. 2014 Нoв 13;14:89.
54. Ангенетe э, Ангерaс У, Бoржeссон М, экелунд Ж, Гeллерстедт М, Тхoрстеинсдoттир Т, Стейнeск Г, Ҳaглинд э. Пхйсисал аcтивитй бeфoрe радисал простатeстoмй рeдусeс сиск лeавe афтер сургeрй - рeсултe фром а прoспeстивe, нoн-рaндомизед контроллед слинисал триал (ЛАППРО). БМС Урол. 2016 Ауг 16;16(1):50.
55. Ванг W, Ҳуанг ҚМ, Лиу ФП, Мао Қ. эффeстивeнeсс оф прeоперативe пeлвис флoор муссле траининг фор уринарй инсoнтинeнсe афтер радисал простатeстoмй: а мeтa-анaлйсис. БМС Урол. 2014; 14: 99.

56. Азхар РА, Бочнер Б, Сатто Ж, Гох АС, Келли Ж, Пател ХД, Прутхи РС, Тхалманн ГН, Десаи М. энхансед Ресоверй афтер Урологисал Сургерй: А Сонтемпорарй Сйстематис Ревиев оф Оутсомес, Кей элементс, анд Ресерч Неедс. эур Урол. 2016 Жул;70(1):176-187.

57. Шин КЙ, Гуо Й, Конзен Б, Фу Ж, Ядав Р, Бруера э. Инпатиент сансер рехабилитатион: тхе эхпериенсе оф а национал сомпрехенсиве сансер сентер. Ам Ж Пхйс Мед Рехабил 2011;90(5):63– С68.

58. Лиу Б., Домес Т., Жана, К. эвалуатион оф ан энхансед ресоверй протосол он пациентс хавинг радисал сйстестомй фор бладдер сансер. Санадиан Урологисал Ассоциатион жоурнал = Жоурнал де льАссоциатион дес урологуес ду Санада 2018;12(12):421–6. Адвансе онлайн публицатион.

59. Де Алмеида э.П.М., Де Алмеида Ж.П., Ландони Г., Галас Ф.Р.Б.Г., Фукушима Ж.Т., Фоминский э., Де Брито С.М.М., Хажжар Л.А. эарлй мобилизатион программе импровес фунстионал сапаситй афтер мажор абдоминал сансер сургерй: А рандомизед контроллед триал. Бритиш Жоурнал оф Анаестхесиа 2017;119(5):900–7.

60. Ху С, Зханг Х, Уу W, эт ал.: Асупунстуре фор Паин Манагемент ин Сансер: А Сйстематис Ревиев анд Мета-Аналийсис. эвид Басед Сомплемент Алтернат Мед 2016;1720239:2016.

61. Силвердале Н., Вхерри М., Роодхоусе А. Массаж анд рефлехологй фор пост-оперативе сансер сйстестомй пациентс: эвалуатион оф а пилот сервисе. Сомплемент Тхер Слин Праст 2019;34:109–12.

62. Шаителман СФ, Сромвелл КД, Расмуссен ЖС, Стоут НЛ, Армер ЖМ, Ласински ББ, Сормиер ЖН. Ресент прогресс ин тхе тратмент анд превентион оф сансер-релатед лймпхедема. СА Сансер Ж Слин. 2015 Жан–Феб;65(1):55-81.

63. Борман Р. Лймпхедема диагносис, тратмент, анд фоллоу-уп фром тхе виев поинт оф пхйсисал медисине анд рехабилитатион спесиалистс. Турк Ж Пхйс Мед Рехаб 2018;64(3):179–197.

64. Музи ЖЛ, Лоок РМ., Турнер С, Гардинер СК, Вагие Т, Доуглас Ж, Соренсон Л, эванс Л, Кирчнер С, Дашкофф С, Гарретт К, Жохнсон Н. Low-левел ласер тхерапй фор чemothерапй-индусед перипхерал неуропатхй. Жоурнал оф Слинисал Онсологй 30, но. 15\_суппл (Май 2012) 9019-9019.

65. Хорган С., ЁДонован А. Тхе Импаст оф эхерсисе дуринг Радиатион Тхерапй фор Простате Сансер он Фатигуе анд Куалитй оф Лифе: А Сйстематис Ревиев анд Мета-аналийсис. Жоурнал оф Медисал Имагинг анд Радиатион Ссиенсес, Жуне 2018Волуме 49, Иссуе 2, Пагес 207–219.

66. Сегал РЖ, Реид РД, Соурнея КС, Сигал РЖ, Кеннй ГП, ПрудьХомме ДГ, эт ал. Рандомизед контроллед триал оф ресистансе ор аеробис эхерсисе ин мен ресеивинг радиатион тхерапй фор простате сансер. Ж Слин Онсол 2009;27:344-51.

67. Сварм Р., Абернетхй А.П., Ангхелессу Д.Л. эт ал. Адулт сансер паин. Ж Натл Сомпр Санс Нетw 2010;8:1046–86.

68. Орен Р., Загурй А., Катзир О. эт ал. Муссулоскелетал сансер сургерй. Дордречт: Спрингер, 2013. Пп. 583–593.

69. Поситион статемент оф тхе Национал Лймпхедема Нетворк: тхе диагносис анд тратмент оф лймпхедема. НЛН Медисал Адвисорй Соммиттее 2011:1–19.
70. Сегал Р., Зваал С., Грeen э. эт ал. эхерсисе фор пеопле витх сансер гуиделине девелопмент Г: эхерсисе фор пеопле витх сансер: а сйстематис ревиеш. Сурр Онсол 2017;24(4):e290–315.
71. Бойд С., Срауфорд С., Паат С.Ф. эт ал. эвиденсе фор массаге тхерапй воркинг Г: тхе импаст оф массаге тхерапй он фунстион ин паин популатионс-а сйстематис ревиеш анд мета-аналйсис оф рандомизед контроллед триалс: парт ИИ, сансер паин популатионс. Паин Мед 2016;17(8):1553–68.
72. Меҳлинг W.E., Жасобс Б., Асрее М. эт ал. Сймптом манагемент витх массаге анд асупунстуре ин постоперативе сансер пациентс: а рандомизед контроллед триал. Ж Паин Сймптом Манаге 2007;33(3):258–66.
73. Кесселс э., Хуссон О., ван дер Фелтз-Сорнелис С.М. Тхе эффест оф эхерсисе он сансер-релатед фатигуе ин сансер сурвиворс: а сйстематис ревиеш анд мета-аналйсис. Неуропсйчиатр Дис Трeат 2018;14:479–94.
74. Бенсадоун Р.Ж., Наир Р.Г. Low-левел ласер тхерапй ин тхе манагемент оф мусоситис анд дерматитис индусед бй сансер тхерапй. Пхотомед Ласер Сург 2015;33(10):487–91.
75. Стоут Н.Л., Баима Ж., Свишер А.К. эт ал. А сйстематис ревиеш оф эхерсисе сйстематис ревиешс ин тхе сансер литературе (2005–2017). ПМ Р 2017;9(9C2):C347–84.
76. Мустиан К.М., Алфано С.М., Хесклер С. эт ал. Сомпарисон оф пхармасеутисал, псйчологисал, анд эхерсисе тратментс фор сансер-релатед фатигуе: а мета-аналйсис. ЖАМА Онсол 2017;3(7):961–8.
77. Кинкеад Б., Счеттлер П.Ж., Ларсон э.Р. эт ал. Массаге тхерапй десреасес сансер-релатед фатигуе: Ресултс фром а рандомизед эарлй пхасе триал. Сансер 2018;124(3):546–54.
78. Стрескманн Ф., Зопф э.М., Леҳманн Х.С. эт ал. эхерсисе интервентион студиес ин пациентс витх перипхерал неуропатхй: а сйстематис ревиеш. Спортс Мед 2014;44(9):1289–304.
79. Клескнер И.Р., Камен С., Гевандтер Ж.С. эт ал. эффестс оф эхерсисе дуринг чemothерапй он чemothерапй-индусед перипхерал неуропатхй: а мултисентер, рандомизед контроллед триал. Суппорт Каре Сансер 2018;26(4):1019–28.
80. Лее Ж.М., Лоок Р.М., Турнер С. эт ал. Low-левел ласер тхерапй фор чemothерапй-индусед перипхерал неуропатхй. Ж Слин Онсол 2012;30(15 суппл):9019.
81. Риск О., вон Хехн У., Микус э. эт ал. Магнетис фиелд тхерапй ин пациентс витх сйтостатисс- индусед полйнеуропатхй: А проспективне рандомизед пласебо-контроллед пхасе-ИИИ студй. Биоелестромагнетисс 2017;38(2):85–94.
82. Килинс М., Ливанелиоглу А., Йилдирим С.А., Тан э. эффестс оф трансутанеоус элестрисал нерве стимулатион ин пациентс витх перипхерал анд централ неуропатхис паин. Ж Реҳабил Мед 2014;46(5):454–60.

83. Оберои С., Замперлини-Нетто Г., Бейене Ж. эт ал. эффест оф пропхйластис лow левел ласер тхерапй он орал мусоситис: а сйстематис ревиеш анд мета-аналйсис. ПЛoС One 2014;9(9):e107418.

84. Westphal Ж.Г., Schulze П.С. эхерсисе траининг ин сансер релатед сардиомёпатхй. Ж Тхорас Дис 2018;10(суппл 35):C4391–9.

85. Росс М., Фисчер-Сартлидге э. Ссалп соолинг: а литературе ревиеш оф эффисасй, сафетй, анд толерабилитй фор чемоухерапй-индусед алопесиа. Слин Ж Онсол Нурс 2017;21(2):226–33.