

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

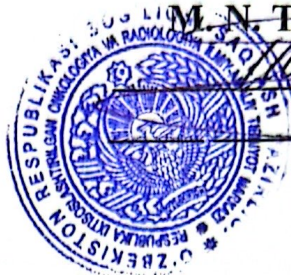
**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN ONKOLOGIYA VA RADIOLOGIYA
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**«URETRA SARATONI»
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

«TASDIQLAYMAN»
Respublika ixtisoslashtirilgan
onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy
tibbiyot markazi direktori

M. N. Tillyashayxov



2025 yil

«URETRA SARATONI» NOZOLOGIYASI
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

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

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi

- Qisqacha annotatsiya. Ushbu milliy S68, S68.0-9 - uretra saratoni bo'yicha klinik protokol dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan zamonaviy ilmiy ma'lumotlarga muvofiq uretra saratonini nazorat qilish va oldini olishga qaratilgan o'z vaqtida va sifatli diagnostika, terapevtik taktika, palliativ yordamni ta'minlash uchun yagona konsepsiyani shakllantirish maqsadida ishlab chiqilgan.

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

- Xalqaro kasalliklar klassifikatori – XKK (MKB)-10 / 11 kodi (lar):

XKK-10:	
Kod	Nomi
C68	– Uretraning xavfli o'smasi
S68.0	– Uretraning xavfli o'smasi (uretra saratoni)
S68.1	– Parauretral to'qimalarning xavfli o'smasi
S68.8	– Xavfli o'sma siydik azolarining bir nechta ustma ust joylashgan qismlarini zararlaydi.
S68.9	– Siydik azolarining aniqlanmagan qismlari xavfli o'smasi

Yuklab olish (XKK (MKB)dan havola): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1346>

MKB- 11:	
Kod	Nomi
2C93	– Uretra yoki parauretral bezi xavfli o'smasi
2C93.0	– Uretra yoki parauretral bezi adenokarsinomasi
2C93.1	– Uretra yoki parauretral bezi yassixujayrali saratoni
2C93.2	– Uretra yoki parauretral bezi urotelial saratoni
2C93.Y	– Uretra yoki parauretral bezi boshqa aniqlangan xavfli o'smalari
2C93.Z	Uretra yoki parauretral bezi noaniq xavfli o'smalari

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

2025/2027 yil.

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

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

- Multidissiplinar ishchi guruh a‘zolari:

1. Tillyashayhov Mirzagolib Nigmatovich – t.f.d., professor, Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RIOvaRIATM) direktori;
2. Yusupbekov Abrorbek Axmedjanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktorining ilmiy ishlar bo‘yicha o‘rinbosari;
3. Juraev Mirjalol Dexkanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM abdominal bo‘limi rahbari;
4. Ibragimov Shavkat Narziqulovich – t.f.d., RIOvaRIATM radiologiya bo‘limi ilmiy rahbari;
5. Nishanov Daniyar Anarbaevich – t.f.d., RIOvaRIATM direktorining davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari;
6. Kamishov Sergey Viktorovich – t.f.d., RIOvaRIATM kimyo terapiya bo‘limi ilmiy rahbari;
7. Raximov Nodir Maxamatkulovich – t.f.d., Samarqand shahar hududlar aro Xospisi direktori;
8. Ismailova Munajat Hayotovna – k.m.n., Toshkent Tibbiyot akademiyasi onkologiya kafedrasi mudiri.
9. Xasanov Akbar Ibragimovich – t.f.d., RIOvaRIATM bosh bo‘yin o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
10. Abdukarimov Xurshid Ganjievich – t.f.d. RIOvaRIATM tayanch-harakat a‘zolari o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
11. Axmedov Odiljon Muxamedjanovich – t.f.n., RIOvaRITM endovizual jarrohlik bo‘limi mudiri.

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

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

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

- Taqrizchilar:

Respublikadan:

Alidjanov Nazir Boriyevich – t.f.n., dosent, 1-Respublika klinik shifoxonasi endovideourologiya bo‘limi mudiri.

Horijdan:

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

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

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

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

Respublikadan:

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

Horijdan:

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

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

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

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

- Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:

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

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

Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi shkalasi:

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

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

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

DID	Batavsil
1	Metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlarni muntazam ko'rib chiqish
2	Alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno
3	Samaradorlik yoki foydaning etarli dalillari xavfdan ustun emas yoki kamchiliklar mavjud bo'lsa (nojo'ya hodisalar, yuqori narx), aralashuv ko'rib chiqilishi mumkin

4	Taqqoslab bo'lmaydigan tadqiqotlar, klinik hodisa yoki qator hodisalar tavsifi, «hodisa-nazorat» tadqiqotlari
5	Faqat aralashuvning ta'sir qilish mexanizmi (klinikgacha bo'lgan tadqiqotlar) yoki ekspert xulosasi uchun asos mavjud

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

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

Mundarija

«URETRA SARATONI» NOZOLOGIYASI UCHUN DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	4
«URETRA SARATONI» NOZOLOGIYASI UCHUN TIBBIY ARALASHUVLAR BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	43
«URETRA SARATONI» NOZOLOGIYASI UCHUN PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	65
«URETRA SARATONI» NOZOLOGIYASI UCHUN PALLIATIV TIBBIY YORDAM BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	75

QISQARTMALAR RO'YXATI:

RSA	–	rekombinantli sil allergeni
KGB (BCG)	–	Kalmet-Geren batsillasi yoki Bacillus Calmette–Guérin (BCG)
v/i	–	vena ichiga yuborish
t/o	–	teri ostiga yuborish
m/i	–	mushak ichiga yuborish
PYa	–	progressiyasiz yashovchanlik
MYuCh	–	me'yorning yuqori chegarasi
JSST	–	Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti
GR	–	grey
Br	–	birliklar
OIT	–	oshqozon-ichak trakti
KT	–	kompyuter tomografiya
LOR	–	otorinolaringolog
LSI	–	latent sil infeksiyasi
mg	–	milligram
ml	–	millilitr
MRT	–	magnit-rezonans tomografiya
MSKT	–	multispiral kompyuter tomografiya
mts	–	metastazalar
NSYaQD	–	nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar
OKV	–	ostki kovak vena
UQT	–	umumiy qon tahlili
UST	–	umumiy siydik tahlili
RKT	–	randomlashtirilgan klinik tadqiqotlar
QS	–	qovuq saratoni
BMO'D	–	bir martalik o'choqli doza
SO'D	–	summar o'choq dozasi
EChT	–	eritrotsitlarning cho'kish tezligi
TRUTT	–	transrektal ultratovush tekshiruvi
TUR	–	transuretal rezeksiya
DD	–	dalillar darajasi
UTDG	–	ultratovushli dopplerografiya
UTT	–	ultratovush tekshiruvi
SBE	–	surunkali buyrak yetishmovchiligi
KT	–	kimiyoterapiya
KJT	–	kosa-jom tizimi
EKG	–	elektrokardiogramma

EFGDS	– ezofagofibrogastrroduenoskopiya
ExoKG	– exokardiografiya
EAU	– Evropa urologlar assotsiatsiyasi
HIFU	– yuqori intensiv fokuslangan ultratovush
IMDC	– prognoz guruhi
IMRT	– intensivlikni modulyatsiyasi bilan nur terapiya
IO	– immunoterapiya
IORT	– intraoperatsion nur terapiyasi
ISUP	– <u>International Society of Urological Pathology</u> To‘rt darajali baholash tizimi JSST/ ISUP (Xalqaro urologik patologiyalar jamiyati)
LG	– low grade (past xavfli o‘smalar)
HG	– high grade (yuqori xavfli o‘smalar)
PD-L1	– immun hujayra PD1retseptorlari uchun ligand
GP	– gemitabin + sisplatin
PRG	– paklitaksel + sisplatin + gemitabin
MVAC	– metotreksat + vinblastin + doksorubitsin + sisplatin
CMF	– sisplatin + metotreksat + vinblastin
GemCarbo	– gemitabin + karboplatin
M-CAVI	– metotreksat + vinblastin + karboplatin
PF	– ftoruratsil + sisplatin
ITP	– ifosfamid + paklitaksel + sisplatin
FOLFOX	– oksaliplatin + kalsiy folinat + ftoruratsil
EP	– etopozid + sisplatin
EC	– etopozid + karboplatin
DDMVAS	– dozalangan metotreksat + vinblastin + doksorubitsin va sisplatin
CMV	– sisplatin + metotreksat va vinblastin
IGRT	– tasvirga asoslangan radiatsiya terapiyasi
IGRA test	– IFN- γ chiqarish testlari
per os	– peroral
TNM	– Tumor Nodus Metastasis (havfli o‘smalarning xalqaro tasnifi)

2. Asosiy qism

- Kirish [1]:

Uretra saratoni - Siydik yuli devori to‘qimalarida xavfli o‘sma rivojlanishi bilan bog‘liq kam uchraydigan onkologik kasallik. https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/11/rak_uretry_23.pdf.

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manba'ga havola:

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=30)

Birlamchi uretra saratoni kam uchraydi va bu barcha xavfli o'smalarning 1% dan kamrog'ini tashkil qiladi. Bu erkaklarda (ayollarga qaraganda 3 baravar ko'p) va asosan 75 yoshdan keyin tashxislanadi.

Birinchi marta murojaat qilganda, bemorlarning taxminan yarmida kasallikning mahalliy rivojlangan shakllari aniqlanadi. 54-65% holatlarda o'simta urotelial karsinoma bilan ifodalanadi.

[https://www.eu-focus.europeanurology.com/article/S2405-4569\(19\)30172-5/fulltext](https://www.eu-focus.europeanurology.com/article/S2405-4569(19)30172-5/fulltext)

2.2. Xavf omillari

- **Anamnezida qovuq saratoni bo'lishi.** Avval qovuq saratoni bilan chalingan bemorlarda, uretra xavfli o'smasi bilan kasallanish xavfi ortadi, bu o'sma jarayonining tarqalishi yoki shunga o'xshash kanserogen omillar ta'siri tufayli yuzaga keladi.
- **Surunkali yalig'lanish.** Infektsion yoki noinfektsion kasalliklardan kelib chiqadigan siydik yo'lidagi uzoq muddatli yallig'lanish jarayonlari to'qimalarning malignizatsiyasiga yordam beradi va saraton xavfini oshiradi.
- **Odam papilloma virusi (OPV).** Ba'zi holatlarda uretra saratonining rivojlanishi epiteliya hujayralarining yomon sifatli transformatsiyasiga olib keladigan ba'zi OPV shtammlari bilan zararlanishi bilan bog'liq.
- **Jinsiy yo'l bilan o'tuvchi kasalliklar (JYBO'K).** JYBO'K mavjudligi, onkogenezdi shakllantiradigan surunkali yalig'lanish va uretral epiteliya zararlanish extimolini oshiradi.
- **Uretra strikturasi.** erkaklarda surunkali yallig'lanish va shish bilan birga keladigan uretra ichi torayishi, neoplastik o'zgarishlarning rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratishi mumkin [3].

<https://emedicine.medscape.com/article/451496-overview#a8>

• **Uretra o'smasi yoki divertikullari.** Ayollarda uretral karankullar yoki uretra divertikullari mavjudligi dimlanish va yallig'lanish belgilari, shuningdek natijada to'qimalarda xavfli o'smaga xos o'zgarishlar yuzaga kelish xavfi ortishiga olib keladi.
[https://www.urologyhealth.org/urology-a-z/u/urethral-cancer#:~:text=Urethral%20cancer%20is%20a%20rare,\)%20or%20adenocarcinoma%20\(AC\).](https://www.urologyhealth.org/urology-a-z/u/urethral-cancer#:~:text=Urethral%20cancer%20is%20a%20rare,)%20or%20adenocarcinoma%20(AC).)

Kam hollarda myshyak ichga qabul qilinishi ham birlamchi uretra saratoniga xavfini oshishi bilan bog'lanadi [4]

<https://read.qxmd.com/read/22119351/incidence-and-survival-of-rare-urogenital-cancers-in-europe?redirected=slug>

- **Distansion va to'qima ichi nur terapiyasi** [5-12].
- **Uretral sling qo'ydirish** [13-15].

https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/11/rak_uretry_23.pdf).

Xavf omillarini ko'rib chiqish orqali saratonga olib kelishi mumkin bo'lgan holatlar mavjud ayollarda chuqurroq monitoring o'tkazish, o'z vaqtida diagnostika qilish va saraton rivojlanish xavfini kamaytiruvchi profilaktik tadbirlar o'tkazish juda muhimligini anglatadi.

Uretra saratoni mavjud bemorlar orasida 5 yillik yashovchanlik 35–40% ni tashkil qiladi. Erkaklar orasida yashovchanlik ayollarga qaraganda biroz yuqoriroq: 5 yillik yashovchanlik mos ravishda 42 va 32 % ni tashkil qiladi.

Hayot davomiyligiga ta'sir qiluvchi asosiy omil kasallik bosqichi hisoblanadi. 42,1 oy davomida residivsiz yashovchanlik T1– 2N0M0 bosqichida 89 % ni, T3–4N0–2M0 bosqichida esa 42 % ni tashkil qiladi ($r = 0,03$). Uretra saratoni T1–2N0 bosqichi mavjud ayollarda 5 yillik yashovchanlik saraton T3–4N0–2 bosqichi mavjud bemorlarga qaraganda sezilarli darajada yuqori: mos ravishda 78 va 22 % ni tashkil qiladi. Erkaklarda analogik ko'rsatkichlar mos ravishda 83 va 36 % ni tashkil qiladi.

Uretra saratoni yomon prognozi asosiy omili limfa tugunlarining shikastlanishi hisoblanadi.

Uretra distal qismi o'smasi uchun yuqori differensirovka darajasi, past agressivlik va kasallik past bosqichlari xarakterlidir. O'sma siydik chiqaruv kanalining proksimal qismida joylashganda o'sma nisbatan past differensirovka darajasi, ko'p uchraydigan atrof to'qima va a'zolarga jarayon tarqalishi bilan invaziv o'sish xarakterli. Shu sababli kasallik prognozida o'sma lokalizatsiyasi muhim ahamiyatga ega. Jumladan, erkaklarda uretra distal qismi shikastlanganda 5 yillik yashovchanlik 40 % ni tashkil qilsa, bulbo-membranoz qismi saratonida bu ko'rsatkich atiga 5 % ni tashkil qiladi. Ayollarda analogik ko'rsatkichlar mos ravishda 50 va 10–20 % dan iborat.

Uretra saratonida yashovchanlik ko'rsatkichiga davo turi sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Ko'plab izlanishlar natijalariga ko'ra, bu bemorlarda davo usuli sifatida faqat jarrohlik tanlanishi kasallik yomon prognoziga olib keladi. Ayollarda mustaqil davo usulida qo'llangan chanoq old ekzenteratsiyasidan keyin 5 yillik yashovchanlik 10–17 % ni, mahalliy residivlar chastotasi 67 % ni tashkil qiladi. Erkaklarda esa uretra yuqori qismi o'smalarida 5 yillik yashovchanlik 40 % ni, jarayon siydik chiqaruv nayi bulbo-membranoz sohada joylashganda esa 0 % ni tashkil qiladi.

Adabiyotlarga ko'ra, uretra saratonida nur terapiyani monorejimda qo'llash natijalari qoniqarsizligicha qolmoqda. Faqat nur terapiya qabul qiluvchi ayollarda 5 va 10 yillik yashovchanlik mos ravishda 41 va 31 % ni tashkil qilsa, 5 yil ichida yuzaga kelgan mahalliy residivlar chastotasi 64 % ni tashkil qiladi.

Qisqacha aytganda, uretra saratoni ko'proq postmenopauzal yoshdagi ayollarda, juda kam hollarda erkaklarda uchrovchi kam uchrovchi o'sma turi hisoblanadi. Uretra saratoni uchun eng xarakterli gistologik shakl yassi hujayrali saraton hisoblanadi. Ushbu turdagi o'smalarning klinik jihatdan namoyon bo'lishi nospesifik belgilar bilan kechadi va ko'plab bemorlar ixtisoslashtirilgan markazlarga kasallik kechikkan bosqichlarida murojaat qilishadi. Uretra saratoni uchrash chastotasi juda kamligi tufayli ushbu toifadagi bemorlarni davolashning yagona standartlashtirilgan usullari mavjud emas. A'zo saqlovchi nur terapiya usuli monorejimda qo'llanganda ko'p hollarda residivlar yuqori chastotasi va past yashovchanlik darajasi bilan bog'lanadi. Faqat jarrohlik usulidan foydalanish ham yetarlicha samara bermaydi. So'nggi vaqtda eng yaxshi natijalar neoad'yuvant kimyo-nur terapiya bilan jarrohlik usulidan iborat kombinirlangan davo qo'llaganda kuzatilmoqda. Profilaktik limfadenektomiya hayot davomiyligini uzaytirishda samarasi sezilarsiz hisoblanadi. Uretra

saratonida 5 yillik yashovchanlik 35–40 % ni tashkil qiladi. Kasallik prognozida ahamiyati yuqori omillarga kasallik bosqichi, joylashuvi, o‘sma o‘lchami va gistologik tuzilishi, regionar limfa tugunlar holati kiradi. Kelajakdagi izlanishlar maqsadi prognostik belgilarni hisobga olgan holda biror bir davo turi uchun bemorlarni differensiallashgan holda saralash mezonlarini aniqlash hisoblanadi https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/11/rak_uretry_23.pdf).

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

Xalqaro kasalliklar va salomatlik bilan bog‘liq muammolar tasnifiga ko‘ra (XKT-10), uretra saratoni C68– Uretra xavfli o‘smalari kodi bilan kodlanadi (uicc.org/resources/tnm).

2.3. Holat yoki kasallik tasnifi (kasallik yoki holat guruhлари)

2.3.1. Uretra saratoni gistologik tasnifi:

Urotelial o‘smalar

Infiltrativ urotelial saraton 8120/3

Yirik hujayrali

Mikrokistoz

Mikropapillyar 8131/3

Limfoepiteliomasimon 8082/3

Plazmotsitoid/uzuksimon hujayrali/ diffuz

Sarkomatoid 8122/3

Gigant hujayrali 8031/3

Past differensiallashgan 8020/3

Yog‘larga boy och hujayrali

Noinvaziv urotelial shikastlanish

Urotelial karsinoma in situ 8120/2

Xavflilik darajasi past bo‘lgan

noinvaziv papillyar urotelial saraton 8130/3

Xavflilik darajasi yuqori bo‘lgan noinvaziv papillyar urotelial saraton 8130/2

Xavflilik potentsiali past bo‘lgan papillyar urotelial o‘sma 8130/1

Urotelial papilloma 8120/0

Invertirlangan urotelial papilloma 8121/0

Xavflilik potentsiali noaniq bo‘lgan urotelial proliferatsiya

Urotelial displaziya

Yassi hujayrali o'smalar

Toza yassi hujayrali saraton	8070/3
Verrukoz karsinoma	8051/3
Yassi hujayrali papilloma	8052/0
Bezli o'smalar	
Adenokarsinoma, nospesifik	8140/3
Enterik	8144/3
Mutsinoz	8480/3
Aralash	8140/3
Villez adenoma	8261/0
Uraxal karsinoma	8010/3
Myuller tipidagi o'smalar	
Och hujayrali karsinoma	8310/3
Endometrioid karsinoma	8380/3

2.3.2. Uretra saratonining gistopatologik darajalanishi [16]:

PUNLMP – xavfli potentsiali past bo'lgan papillyar urotelial neoplaziya;

low grade – yaxshi differensirlangan;

high grade – yomon differensirlangan.

Uretra nourotelial karsinomasi gistopatologik darajalanishi:

Gx – baholash imkoni yo'q;

G1 – yuqori darajada differensirlangan;

G2 – o'rta darajada differensirlangan;

G3 – past darajada differensirlangan.

2.3.4. Bosqichlash

Uretra saratonini bosqichlash TNM AJCC/UICC 8-toifa tasnifiga ko'ra amalga oshiriladi [17].

T mezoni – birlamchi o'sma (erkaklar va ayollar):

Tx – Birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi;

T0 – Birlamchi o'sma belgilarining yo'qligi;

Ta – noinvaziv papillyar, polipsimon yoki verrukoz (borodavchataya) karsinoma;

Tis – karsinoma in situ (preinvaziv);

T1 – o'sma subepitelial biriktiruvchi to'qimaga tarqalgan ;

T2 – o'sma prostata stromasiga, jinsiy olat g'ovaksimon tanasiga yoki periuretral mushaklarga tarqalgan;

T3 – o‘sma kavernoza tanaga yoki prostata bezida kapsulasidan tashqariga yoki qin old devori yoki qovuq bo‘yinchasiga tarqalgan ;

T4 – o‘sma boshqa qo‘shni a‘zolariga o‘tib o‘tgan.

N mezon – regional limfa tugunlar:

Nx – Regional limfa tugunlarini baholash uchun ma‘lumotlar yetarli emas;

N0 – Regional limfa tugunlarida metastazlar mavjud emas;

N1 – 1 ta limfa tugunida metastaz;

N2 – 1 tadan ko‘p limfa tugunida metastazlar.

M mezon – uzoqlashgan metastazlar:

Mx – Uzoqlashgan metastazlarni baholash uchun ma‘lumotlar yetarli emas;

M0 – Uzoq metastazlarning belgilari yo‘q;

M1 – Uzoq metastazlar mavjud.

rTNM patologoanatomik tasnif: rT, pN, pM mezonlari T, N, M mezonlariga mos keladi.

G – gistopatologik daraja [9]:

Gx – differensiallash darajasini baholash uchun ma‘lumotlar yetarli emas;

G1 – yuqori differensiallashgan o‘sma;

G2 – o‘rtacha differensiallashgan o‘sma;

G3–4 – past differensiallashgan/ differensiallanmagan o‘sma.

2.3.5. Darajasi bo‘yicha guruhlanishi

0a bosqich	Ta	N0	M0
0is bosqich	Tis	N0	M0
I bosqich	T1	N0	M0
II bosqich	T2	N0	M0
III bosqich	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
IV bosqich	T4	N0, N1	M0
	T (darajasidan qat‘i nazar)	N2	M0
	T (darajasidan qat‘i nazar)	N (darajasidan qat‘i nazar)	M1

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

2.4. Kasallik yoki holat klinik ko‘rinishi (kasallik yoki holat guruhlari)

Ayollarda uretra saratoni erta klinik simptomlariga quyidagilar kiradi :

- Siydik chiqaruv kanalidan yiringli va qonli ajralmalar kelishi;
- Uretra tashqi teshigi sohasida hajmli hosila aniqlanishi, ko‘pincha buni bemorning o‘zi aniqlaydi ;
- Siydik chiqishida biroz qiyinlik bo‘lishi.
Kechki bosqichlarda namoyon bo‘ladi:
- Uretra va oraliq sohasida intensiv og‘riqlar ,
- Ko‘p miqdorda qonli- yiringli ajralmalar.

Uretra saratoni bilan kasallangan ayollarda siydik tutilishi juda kam hollarda uchraydi, bu ayollar siydik chiqaruv kanali anatomik tuzilishining o‘ziga hosligi bilan tushuntiridadi.

Uretra devorining infiltratsiyasi siydik tutolmaslikka olib kelishi mumkin.

O‘sma jarayonining uretrovaginal oqma hosil qilish bilan qinga tarqalishi bemorlarda jinsiy yo‘llardan peshob kelishi bilan namoyon bo‘ladi.

Bundan tashqari, qindan intensiv qon ketishi ham yuzaga kelishi mumkin.

Erkaklarda siydik chiqaruv kanali saratoni klinik ko‘rinishi kasallik erta bosqichlarida namoyon bo‘lmaydi va ko‘pincha o‘sma jarayoni fonida yuzaga keluvchi kasallik belgilari bilan yuzaga keladi. Nospesifik simptomlar bilan kechishi saraton kech aniqlanishiga olib keladi, uning birlamchi simptomlari ko‘pincha uretra strikturasi rivojlanishiga olib keluvchi uretra kasalliklari belgilari hisoblanadi. Siydik chiqaruv kanali obstruksiyasi niqobi ostida o‘sma yuzaga kelgandan keyin 12-18 oygacha aniqlanmasligi mumkin.

Erkaklarda uretra saratoni birlamchi simptomlari quyidagilar:

- Quyushqoq seroz ajralmalar;
- Siydik ajratish va ereksiya vaqtida siydik chiqarish kanalida bosuvchi oqriqlar
- Siydik chiqishining qiyinlashuvi.

Kasallik kechki bosqichlarida yuzaga kelishi mumkin:

- Uretradan yiringli – qonli ajralmalar kelishi;
- Siydik chiqaruv kanali sohasida palpatsiyalanuvchi qattiqlashish;
- Songa va oraliq sohasida irradiatsiyalanuvchi intensiv og‘riqlar.

Uretra devoriga infiltratsiyalanuvchi o‘smaning davomiy o‘sishi siydik tutilishiga olib kelishi mumkin. Hattoki periuretral abscesslar va oqmalar ham yuzaga kelishi mumkin. O‘sma jarayonining jinsiy olat kavernoza tanasiga tarqalishi qator hollarda xavfli priapizm rivojlanishiga olib keladi. Chanoq va chov chohasi limfa tomirlarida o‘sma trombozi yorg‘oqda, jinsiy olatda va oyoqlarda shish yuzaga kelishiga olib kelishi mumkin.

$\frac{1}{3}$ bemorlarda chov sohasi palpatsiya qilinganda limfa tugunlarining kattalashganligi aniqlanadi. Tugunlar o‘sishi bilan konglomeratlar hosil qiladi va harakatsiz bo‘lib qoladi, yaralanishi ham mumkin.

Parenximatoz a‘zolarida metastazlar yuzaga kelishi shu a‘zolariga xos simptomatika bilan namoyon bo‘ladi.

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

3.1 Tashxislash mezonlari, tashxislash usullarini qo'llashga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar.

Tashxis qo'yish mezonlari:

- 1) anamnez ma'lumotlari;
- 2) fizikal ko'rik ma'lumotlari;
- 3) laborator tekshiruvlar ma'lumotlari;
- 4) instrumental tekshiruv ma'lumotlari;
- 5) morfologik tekshiruv ma'lumotlari.

Klinik tashxis quyidagi tekshiruvlar natijalariga asoslanadi:

- 1) Uretra shubhali o'smasini aniqlash imkonini beruvchi fizikal tekshiruv;
- 2) o'sma material morfoloqik tekshiruvi xulosasi;
- 3) Kasallik bosqichini to'g'ri qo'yish imkonini beruvchi radiologik tekshiruv usullari.

3.1. Shikoyatlar va anamnez

• Uretra saratoniga gumon qilingan barcha bemorlardan to'g'ri davo taktikasini qo'llashga yordam beruvchi etiologik omilni aniqlash maqsadida shikoyat va anamnezini yig'ish tavsiya qilinadi. [18, 19].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

3.2. Fizikal tekshiruv

• Uretra saratoniga gumon qilingan barcha bemorlarda fizikal tekshiruv o'tkazish tavsiya qilinib, u erkaklarda jinsiy olat, ayollarda uretra tashqi teshigi va qin devori ko'rigi va palpatsiyasi, shuningdek, oraliq va regionar metastazlanish sohasi (chov sohasi) ko'rigi va palpatsiyasini o'z ichiga oladi va bu orqali birlamchi o'sma tarqalishi, joylashishi va miqdori hamda regionar limfa tugunlari holati baholanadi [18, 19].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

***Izohlar:** Tabiiyki, siydik chiqaruv kanali tashqi teshigi o'smalarini hech qanday asbob-uskunalarsiz vizual aniqlash mumkin va u ko'kimtir-binafsharang rangdagi aniq chegarasiz, yaralanish va qonashga moyil solid o'sma ko'rinishida namoyon bo'ladi. Proksimal joylashgan o'smalar palpator tashxislanishi mumkin. Tashxislash jarayonida jinsiy olat spongioz va kavernoq tanalari diqqat bilan tekshirilishi lozim, bu orqali o'sma jarayoni jinsiy olatga o'tgan yoki o'tmaganligini aniqlash mumkin. Qin orqali va rektal tekshiruvlar parauretral to'qimalar holatini baholash, qin devori va prostata beziga infiltratsiyani aniqlash imkonini beradi. Uretra saratoni bilan kasallangan bemorlarni ko'rikdan*

o'tkazganda chov limfa tugunlari holatiga alohida e'tibor berish zarur, chunki bu tugunlar o'lchami kattalashishi metastatik jarayon mavjudligini ko'rsatadi.

3.3. Laborator diagnostik tekshiruvlar

- Uretra saratoni mavjud barcha bemorlarga qo'shimcha tashxis usullarini belgilash va davo taktikasini aniqlash maqsadida umumiy qon klinik tahlili o'tkazish tavsiya qilinadi [18, 19].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra saratoni mavjud barcha bemorlarga qo'shimcha tashxis usullarini belgilash va davo taktikasini aniqlash maqsadida umumterapevtik qon biokimyoviy tahlili (glyukoza, kreatinin, mochevina, bilirubin, transaminaza, ishqoriy fosfataza, kaliy) o'tkazish tavsiya qilinadi [18, 19].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra saratoni mavjud barcha bemorlarga qo'shimcha tashxis usullarini belgilash va davo taktikasini aniqlash maqsadida koagulogramma (gemostaz sistemasi orientirlangan tekshiruv) o'tkazish tavsiya qilinadi, u o'z ichiga protrombin, protrombin vaqti, xalqaro meyorlashtirilgan nisbat (MNO), aktivlashtirilgan qisman tromboplastin vaqti (AChTV) va fibrinogenni aniqlashni o'z ichiga oladi [18].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra saratoni mavjud barcha bemorlarga qo'shimcha tashxis usullarini belgilash va davo taktikasini aniqlash maqsadida umumiy klinik peshob tahlili o'tkazish tavsiya qilinadi [18, 19].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra saratoni mavjud barcha bemorlarga qo'shimcha tashxis usullarini belgilash va davo taktikasini aniqlash maqsadida aerob va fakultativ – anaerob shartli-patogen mikroorganizmlarga peshob mikrobiologik (kulturali) tahlili o'tkazish tavsiya qilinadi [18, 19].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra saratoni mavjud barcha bemorlarga qo'shimcha tashxis usullarini belgilash va davo taktikasini aniqlash maqsadida peshob sitologik (siydikda o'sma hujayralarini aniqlash maqsadida) tahlili o'tkazish tavsiya qilinadi [20,21].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 4)

Izohlar: bu usul diagnostik sezgirligi erkaklarda 50- 80 % (mos ravishda o'tuvchi hujayrali va yassi hujayrali saratonda) ni tashkil qilsa, ayollarda 50 - 77 % (mos ravishda o'tuvchi hujayrali va yassi hujayrali saratonda) ni tashkil qiladi.

- Uretra saratoni mavjud barcha bemorlarga qo'shimcha tashxis usullarini belgilash va davo taktikasini aniqlash maqsadida biopsion (operatsion) material sitologik va/yoki patologanotomik tahlili, shuningdek, zarur hollarda o'sma biopsion (operatsion) materiali

patoloanotomik tekshiruvi immunogistokimyoviy usullarni qo‘llagan holda o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: o‘sma bioptati gistologik jihatdan tekshirilganda tashxis morfologik jihatdan tasdiqlanadi. Bundan tashqari uretra o‘smasidan olingan surtma va qirmalarni sitologik tekshiruv qilish ham mumkin. O‘sma siydik siqaruv kanali proksimal qismida joylashganda uretra ajralmalari tekshiriladi. Ammo sitologik tekshiruv natijasi manfiy chiqishi o‘sma jarayonini butunlay inkor qilish imkonini bermaydi. Adabiyotlarga ko‘ra, siydik chiqaruv kanali diagnostikasida xatoliklar 10 % ni tashkil qiladi. Erkaklarda uretra saratoni xavfsiz o‘smalar, uretra strikturasi, urug‘ do‘mboqchasi gipertrofiyasi, surunkali uretrit, tuberkulez, prostata bezi saratoni, tosh kasalligi, uretra sifilisi bilan differensial diagnostika qilinadi. Adabiyotlarda uretra yassi hujayrali saratoni yorg‘oq absessi ko‘rinishida kelgan klinik holatlar ham keltirilgan [2]. Ayollarda siydik chiqaruv kanali saratoni qin va vulva o‘smalari, uretra xavfsiz o‘smalari va yallig‘lanish kasalliklari, parauretral kistalar, shuningdek, qin devori tushishi bilan qo‘shilib kelgan uretra shilliq qavati tushishi kabi patologiyalar bilan differensial diagnostika qilinadi. Siydik chiqaruv kanali saratonini inkor qilish imkonini beruvchi yagona ishonchli mezon tashxisni morfologik jihatdan tasdiqlash hisoblanadi.

3.4. Instrumental diagnostik tekshiruv

- Uretra saratoniga shubha qilingan barcha bemorlarda uretrotsistoskopiya tekshiruvi o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: uretrotsistoskopiya o‘sma o‘lchami va joylashuvini, o‘sma yuzasi rangi va xarakterini, atrof shilliq qavati holatini baholash imkonini beradi. Siydik chiqaruv kanali saratoni uchun tez qonaydigan va ko‘pincha yuzasi yara hosil qiladigan keng asosdagi solid o‘sma xarakterlidir.

- Uretra saratoniga shubha qilingan barcha bemorlarda chov limfa tugunlari holatini baholash maqsadida chov sohasi ultratovush tekshiruvi o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra saratoniga shubha qilingan barcha bemorlarda o‘sma jarayoni tarqalishini baholash va bosqichini aniqlash (regional limfa tugunlari holatini baholash) maqsadida vena ichiga bolyusli kontrastlash bilan kichik chanoq a‘zolari magnit rezonans tomografiyasi (MRT) tekshiruvini o‘tkazish tavsiya qilinadi.

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra saratoniga shubha qilingan barcha bemorlarda o‘sma jarayoni tarqalishini baholash va bosqichini aniqlash maqsadida vena ichiga bolyusli kontrastlash bilan qorin bo‘shlig‘i a‘zolari va qorin parda orti sohasi 3 fazali KT tekshiruvi o‘tkazish tavsiya qilinadi. Kontrastli KT tekshiruviga qarshi ko‘rsatma mavjud bemorlarda qorin bo‘shlig‘i a‘zolari va qorin parda orti sohasi MRT tekshiruvi o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra saratoniga shubha qilingan barcha bemorlarda o'sma jarayoni tarqalishini baholash va bosqichini aniqlash maqsadida ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi yoki kompyuter tomografiyasi (KT) o'tkazish tavsiya qilinadi [18, 19].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Suyak shikastlanish belgilari (og'riq, patologik sinishlar), qon zardobida ishqoriy fosfataza darajasi oshishi, shuningdek uretra saratoni metastazlari aniqlangan uretra saratoni mavjud bemorlarga skelet suyalari metastatik zararlanishini tasdiqlash maqsadida butun tana skelet suyaklari ssintigrafiyasi (osteossintigrafiya) tekshiruvini o'tkazish tavsiya qilinadi [18, 19].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Nevrologik simptomlar aniqlangan, uretra saratoni mavjud bemorlarga MRT tekshiruviga qarshi ko'rsatmalar aniqlanmasa, vena ichi kontrastlash bilan bosh miya MRT tekshiruvini tavsiya qilinadi. Qarshi ko'rsatma aniqlanganda, MRT tekshiruvini o'rniga vena ichi kontrastlash bilan bosh miya KT tekshiruvini o'tkazilishi mumkin [18].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Tashxis qo'yilgandan keyin davo boshlangunga qadar kasallik bosqichi sTNM klassifikatsiyasi bo'yicha aniqlanishi tavsiya qilinadi [18, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 4)

3.5. Boshqa diagnostik tekshiruvlar

1. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
2. V va S virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli)
3. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
4. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
5. EKG;
6. ExoKG;
7. Butun tana PET/KT si **.

Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo'shimcha tekshirish usullari (ko'rsatmalarga asosan):

1. Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kalsiy, peshob kislotasi, LDG, SRB, ishqoriy fosfotaza);
2. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip geRPEs, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
3. V va S gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
4. SOVID-19 ga PZR;
5. Obzorli – ekskretor urografiya – siydik pufagi devorida to'lish defektini, shuningdek ureterogidronefroz majudligini ko'rsatadi;
6. Qonni kislotasi ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
7. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
8. Standart sitogenetik tekshiruv;

9. FISH usulida tekshirish va molekulyar-genetik tekshirish;
10. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
11. ProBNP;
12. Prokalsitonin;
13. Antitrombin III, D-dimer;
14. Fertil yoshdagi ayollarda - homiladorlikka test, XGCh ni aniqlash;
15. Periferik qon IFT si;
16. Biopstat immunogistokimyoviy tekshiruvi (hosila, limfa tugun)*
17. Molekulyar-genetik tekshiruvlar;
18. Burun yondosh bo'liqlari rentgenografiyasi;
19. Buyrak , pastki kovak vena, oyoq qon tomirlari (vena va/yoki arteriya) UTDG tekshiruvi;
20. Fibroezofagogastroduodenoskopiya;
21. Kolonoskopiya;
22. Spirografiya;
23. Osteossintigrafiya;
24. Plevral bo'shliq, periferik limfa tugunlar, qalqonsimon bez UTTi;
25. Xolter – monitorlash bilan EKG.

* Oldin o'tkazilmagan hollarda;

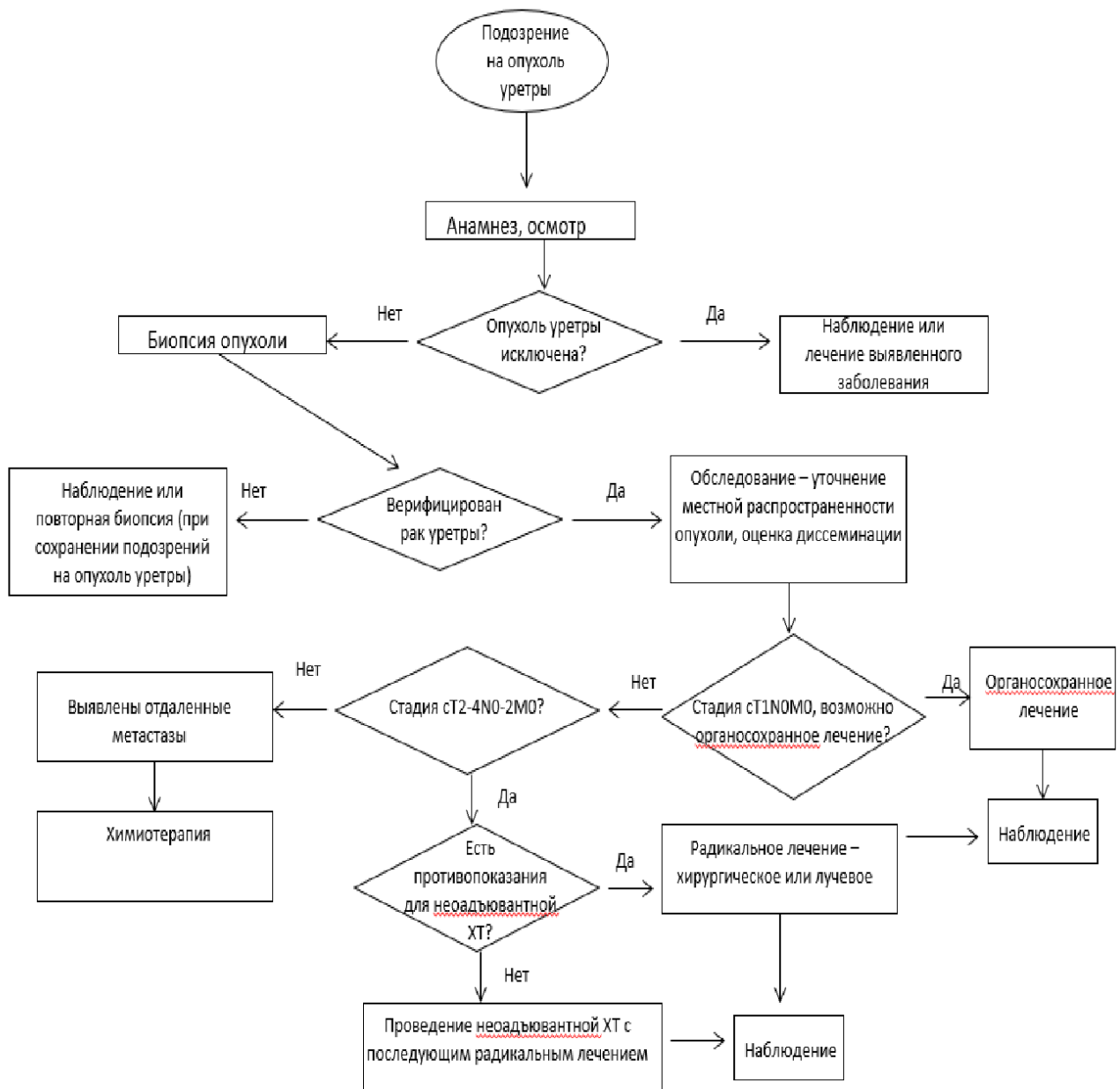
** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

Mutaxassislarning konsultativ ko'ruvi uchun ko'rsatmalar:

- **Kardilog ko'rigi** (50 yosh va undan katta bemorlarda, shuningdek, YuQT da patologiyasi bo'lgan 50 yoshdan kichik bemorlar);
- **Ginekolog ko'rigi** (kichik chanoq a'zolari hajmli hosilasi simptomlari mavjud bo'lganda, xavfli o'sma bilan uchraydigan saraton irsiy shakllarini inkor qilish uchun);
- **Akusher-ginekolog/reproduktolog ko'rigi:** uretra saratoni tufayli davo boshlanishidan oldin bemorda kelajakda farzand ko'rish istagi bo'lganda yordam beruvchi reproduktiv texnologiyalarni qo'llash, shuningdek bemorlarda istalmagan homiladorlikning oldini olish maqsadida o'smaga qarshi davo olish mobaynida va undan keyingi yaqin davr ichida ishonchli kontrasepsiya usulini tanlashga yordam berish maqsadida [29] [DOI: [10.1530/EJE-18-0608](https://doi.org/10.1530/EJE-18-0608)];
- **Nevropatolog ko'rigi** (qon tomir miya kasalliklarida, shu jumladan insult, miya shikastlanishi, epilepsiya, miasteniya, neyroinfeksion kasalliklar, shuningdek, ongni yo'qotishning barcha holatlarida);
- **Endokrinolog ko'rigi;**
- **qon-tomir jarrohi ko'rigi** (varikoz kasallik, tug'ma/orttirilgan tomirlar patologiya mavjud bo'lgan hollarda);
- **pulmonolog ko'rigi** (o'pka parenximasida qoldiq patologiyalar mavjud bo'lganda, bakterial / virusli / noaniq genezli yallig'lanish jarayonidan keyin).
- **Nefrolog ko'rigi** (Buyrakda qo'shimcha yondosh kasalliklar aniqlanganda, giperazotemiya).
- **Ftiziater ko'rigi** – O'pka tuberkuloziga shubha bo'lganda va periferik o'sma aniqlanganda;
- **Boshqa mutaxassislar ko'rigi, boshqa yondosh patologiyalar aniqlanganda.**

• 3.6 Diagnostik algoritm (sxema):

Shifokor taktikasi algoritmlari



4. Ambulator bosqichidagi davo taktikasi : yo‘q.

5. Tibbiy yordam turlari doirasida statsionarga yotqizish uchun ko‘rsatmalar.

1) Rejalashtirilgan statsionarga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

- Uretrada gistologik va/yoki sitologik tasdiqlangan o‘sma jarayonining mavjudligi;
- Operabel uretra saratoni (I-IV bosqichlar);
- Qo‘shimcha invaziv diagnostika usullari qo‘llash zarur bo‘lgan uretrada o‘sma jarayoni mavjud holatlar (davolovchi -diagnostik TUR).

2) Shoshilinch statsionarga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

- **O‘tkir siydik tutilishi** – o‘sma uretra devoriga infiltratsiyalanishi va siydik chiqaruv kanalini bloklashi.
- **O‘tkir yallig‘lanish yoki infitsirlanish** – o‘sma jarayoni fonida periuretral abscesslar, oqmalar, kuchli uretrit rivojlanishi.
- **O‘smadan qon ketishi** – uretradan yiringli-qonli ajralmalar kelishi, intensiv og‘riqlar.
- **Xavfli priapizm** – jinsiy olat kavertoz tanasi o‘sma bilan shikastlanishi.
- **Limfa tomirlari o‘smali trombozi** – jinsiy olat, yorg‘oqlar, oyoqlar kuchli shishiga olib keladi.
- **Parenximatoz a‘zolarga metastazlar** – xarakterli simptomatika rivojlanishi bilan (masalan, o‘pka shikastlanganda o‘tkir nafas yetishmovchiligi, suyak metastazlarida suyaklarda kuchli og‘riqlar).
- **O‘sma progressiyasi tufayli og‘ir intoksikatsiya** – kuchli holsizlik, tana massasi keskin kamayishi, umumiy ahvolining keskin yomonlashishi.
- **Kimyoterapiya yoki nur terapiya asoratlari qo‘zishi** – shoshilinch davo korreksiyasini talab qiluvchi og‘ir stomatit, to‘xtovsiz diareya, yuqori harorat (38 °C dan yuqori).

6. Statsionar sharoitda davolash taktikasi (medikamentoz, nomedikamentoz, dietoterapiya, og‘riqsizlantirish), davo usullariga ko‘rsatma va qarshi ko‘rsatmalar (https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/11/rak_uretry_23.pdf).

Klinik protokolda ko‘rsatilgan dori vositalarini buyurish va qo‘llash bemorlarga klinik jihatdan samarali va xavfsiz tibbiy xizmat ko‘rsatishga qaratilgan bo‘lib, shu sababli dori vositalarining har bir klinik holatda buyurilishi va qo‘llanishi har bir dori vositasi yo‘riqnomasida ko‘rsatilgan ehtiyotkorlik choralarini inobatga olgan holda amalga oshiriladi, shuningdek, bemor holatiga muvofiq dozasi o‘zgartirilishi mumkin.

6.1. Ayollarda uretra saratoni davolanishi

- Distal uretra yuza o‘smalari (sT1) bo‘lganda <1 sm, ayollarda 2 xil davo usuli : o‘smani jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash yoki monorejimda nur terapiya qo‘llaniladi [23-25].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: Jarrohlik usuli hajmi o'sma o'lchamiga ko'ra aniqlanadi va shunga ko'ra kesish, elektroekssiziya, o'sma lazerli vaporizatsiyasi yoki koagulyatsiyasi, siydik chiqaruv kanali sirkulyar rezeksiyasi orqali amalga oshirilishi mumkin.

Distal uretra yuza saratonida nur terapiya bo'shliq ichi yoki to'qima ichi braxiterapiyasi ko'rinishida o'tkazilishi mumkin, bunda o'smaga summar o'choqli doza (SO'D) 50–65 Gr ni tashkil qiladi. Ushbu usulni qo'llash samarali mahalliy ta'sirga erishishga va mustaqil siydik ajratishni saqlashga yordam beradi.

- Ayollarda T1 darajadagi va o'sma o'lchami 1 sm dan 4 sm gacha bo'lgan distal uretra saratoni bo'lganda, bo'shliq ichi/to'qima ichi nur terapiyasi, agar o'tkazilgan nur terapiyadan keyin noto'liq samara kuzatilsa, keyingi bosqichda rezidual o'smani jarrohlik yo'li bilan olib tashlash amaliyoti o'tkazish tavsiya qilinadi [23-25].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

***Izohlar:** bo'shliq ichi/to'qima ichi nur terapiyasi 192Ir 1 yoki 2 implantini o'sma sohasi va regional limfa tugunlari sohalarini tashqi nurlantirish bilan birgalikda qo'llash orqali amalga oshiriladi. O'sma o'chog'iga o'sma o'lchamiga bog'liq holda 70 dan 85 Gr gacha SO'D beriladi. Kattalashgan limfa tugunlar mavjud bo'lmaganda chov va yonbosh sohalariga SO'D 50 Gr ni tashkil qiladi. Chov va chanoq limfa tugunlarida metastazlar aniqlanganda SO'D ni 60-65 Gr gacha oshirish talab qilinadi. Nurlanishning og'ir asoratlari (ichak tutilishi, oqmalar, uretra strikturasi, siydik tutolmaslik 15–40 % bemorlarda kuzatiladi. Nur terapiyadan noto'liq samara kuzatilgan bemorlarga nurlantirish tugagandan 4-6 haftadan keyin rezidual o'smani jarrohlik yo'li bilan olib tashlash amaliyoti o'tkazish tavsiya qilinadi. Amaliyot hajmi uretra rezeksiyasi yoki sistostoma qo'yish bilan uretrektomiya ko'rinishida bo'lishi mumkin.*

- sT1 bosqichdagi, o'lchami 4 sm dan katta, shuningdek sT2–T4 bosqichidagi uretra saratoni aniqlangan ayollarda kombinirlangan davo (neoadyuvant kimyoterapiya bilan keyingi bosqichda rezidual o'smani olib tashlash jarrohlik amaliyoti yoki kimyo-nur terapiya) o'tkazish tavsiya qilinadi [23-25].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- sT1 bosqichdagi, o'lchami 4 sm dan katta, shuningdek sT2–T4 bosqichidagi uretra saratoni aniqlangan ayollarda neoadyuvant kimyoterapiya rejimini birlamchi o'sma gistologik tuzilishiga asosan tanlash tavsiya qilinadi [23-25].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- sT1 bosqichdagi, o'lchami 4 sm dan katta, shuningdek sT2–T4 bosqichidagi uretra o'tuvchi-hujayrali (urotelial) saratoni aniqlangan ayollarda quyidagi neoadyuvant kimyoterapiya rejimlarini qo'llash tavsiya qilinadi :

Sisplatin qo'llashga qarshi karshi ko'rsatma bo'lmaganda**:

- **M-VAC** (#metotreksat** 30 mg/m² vena ichiga (v/i) tomchilab 1, 15, 22-kunlar, #vinblastin** 3 mg/m² v/i tomchilab, 2, 15, 22-kunlar, #doksorubitsin** 30 mg/m² v/i

tomchilab, 2-kun va #sisplatin** 70 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[26,27](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 3)

- **MCV** (#metotreksat** 30 mg/m², v/i tomchilab, 1, 8 kunlar, #vinblastin** 4 mg/m² v/i tomchilab, 1, 8 kunlar va #sisplatin** 100 mg/m², v/i tomchilab, 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[28](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- **GC** (gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1, 8, 15 kunlar, #sisplatin** v/i tomchilab, 70 mg/m² 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[26, 29](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1- va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar , #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[29 - 31](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Sisplatinga qarshi ko‘rsatma mavjud bemorlarga karboplatin asosidagi rejimlar tavsiya qilinadi:

CarboGem (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab , 1- va 8-kunlar, #karboplatin** AUC 4-5 v/i tomchilab, 1- yoki 2-kun (2- kunda qabul qilish bemor uchun havfsizroq), har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[32-35](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- sT1 bosqichdagi, o‘lchami 4 sm dan katta, shuningdek sT2–T4 bosqichidagi uretra yassi hujayrali saratoni yoki adenokarsinomasi aniqlangan ayollarda quyidagi neoadyuvant kimyoterapiya rejimlarini qo‘llash tavsiya qilinadi :

Sisplatin qo‘llashga qarshi karshi ko‘rsatma bo‘lmaganda**:

- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m², v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[29-31](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- #sisplatin** ga qarshi ko‘rsatma bo‘lganda uni #karboplatin** ga almashtirish tavsiya qilinadi (v/i tomchilab , AUC 4–5, har 21 kunda) [[32-35](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- sT1 bosqichdagi, o‘lchami 4 sm dan katta, shuningdek sT2–T4 bosqichidagi uretra saratoni aniqlangan ayollarda kombinirlangan davo tarkibida distansion nur terapiya qo‘llash tavsiya qilinadi [[18, 23, 41-44](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 4)

***Izohlar:** bir qancha kuzatishlarda uretra yassi hujayrali saratonida kimyo-nur terapiyani jarrohlik usulida davolashga alternativ usul sifatida qo'llash mumkinligi tasdiqlangan [30–32]. Distansion nur terapiyani radiomodifitsirlangan vositalar bilan qo'llashda (#mitomitsin** v/i bolyusli, 10 mg/m², 1, 29 kunlar #ftoruratsil** 1000 mg/m² v/i ga 24 soat ichida infuziya, 1-4 va 29-32 kunlar) to'liq davo samarasi chastotasi 80 % ni, 5 yillik umumiy va spetsifik yashovchanlik mos ravishda – 52 va 68 % ni tashkil qiladi. Kimyo-nur terapiyada noto'liq samara kuzatilganda rezidual o'smani xirurgik olib tashlash yashovchanlikni oshiradi [43, 44].*

- Uretra saratoni mavjud ayollarda nur terapiyadan keyin to'liq samaraga erishilmaganda yoki neoadyuvant kimyoterapiya jarayonida kasallik progressiyasi kuzatilmaganda, potensial jihatdan olib tashlansa bo'ladigan o'smalarda kombinirlangan davo tarkibida rezidual o'smani olib tashlash amaliyotini qo'llash tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

***Izohlar:** Jarrohlik amaliyoti neoadyuvant davo tugagandan 4–6 haftadan keyin o'tkaziladi. Siydik chiqaruv kanalidan chiqmagan o'smalarda (T1) uretrectomiya amaliyotini amalga oshirish mumkin. O'smaning periuretral to'qimaga, qinga tarqalishi (T2–3) uretrectomiya, vulvektomiya va qin old devorini olib tashlash amaliyotlarini o'tkazishni talab qiladi. Jarayonga siydik pufagi bo'yinchasiga o'tganda (T3) qovuq bo'yinchasi rezeksiyasi bilan uretrectomiya o'tkazish tavsiya qilinadi. O'sma jarayoni kengroq tarqalganda (T3–4) qin old devori rezeksiyasi bilan sisturetrectomiya amaliyotini bajarish maqsadga muvofiqdir.*

Qator hollarda o'smani radikal olib tashlash maqsadida jarrohlik amaliyoti hajmini oshirish talab qilinadi :

- jarayonga qo'shni a'zolar va to'qimalar qo'shilganda, bachadon ortiqlari bilan ekstirpatsiyasi o'tkazilishi mumkin ;
- qov suyagi pastki qismlari olib tashlanishi;
- qisman yoki to'liq simfizektomiya;
- urogenital diafragma rezeksiyasi.

Siydik pufagi saqlangan holda uretrectomiya bajarilgandan keyin sistostoma qo'yish tavsiya qilinadi. Sisturetrectomiya amaliyotidan keyin siydik chiqarishning eng keng tarqalgan usuli Briker operatsiyasi hisoblanadi. Ahvoli og'ir bemorlarda jarrohlik amaliyoti davomiyligi va jarohatlarni kamaytirish maqsadida ureterokutaneostoma qo'yilishi mumkin.

- Uretra saratoni mavjud bemorlarda birlamchi o'smani olib tashlash vaqtida agar chov limfa tugunlarida kattalashish bo'lsa, chov limfa tugunlari limfadenektomiyasi o'tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra saratoni mavjud bemorlarda birlamchi o'smani olib tashlash vaqtida agar chanoq limfa tugunlarida kattalashish bo'lsa, chanoq limfa tugunlari limfadenektomiyasi o'tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: Hozirgi vaqtda limfadenektomiya o'tkazilishi ochiq mavzuligicha qolmoqda. Ko'pchilik izlanuvchilar kattalashmagan chanoq va chov limfa tugunlarida mikrometastazlar mavjudligi ehtimoli juda past deb hisoblaydi. Shu sababli profilaktik limfodisseksiya, tabiiyki, qo'llanilmaydi.

- T2-4 va/yoki N+ bosqichdagi uretra o'tuvchi hujayrali (urotelial) saratonida bemorlarga neoadyuvant kimyoterapiya o'tkazilganligidan qat'i nazar, jarrohlik amaliyotidan keyin nivolumab 240 mg (2 haftada 1 marta v/i tomchilab) bilan adyuvant immunoterapiya o'tkazish tavsiya qilinadi [40].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – A (dalil ishonchlilik darajasi – 2)

6.2. Erkaklarda uretra saratoni davolanishi

6.2.1. Uretra distal qismi saratoni davolanishi

- Uretra yuqori qismi saratoni T1 bosqichida yoki karsinoma in situ da erkaklarda siydik chiqaruv kanali transuretral rezeksiyasi o'tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra yuqori qismi saratoni T2 bosqichida erkaklarda distal uretrektomiya o'tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra yuqori qismi saratoni T3 bosqichida erkaklarda jinsiy olat amputatsiyasi o'tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra distal qismi saratonida birlamchi o'smani olib tashlash jarayonida faqat chov limfa tugunlarida kattalashish aniqlangan bemorlarda chov limfa tugunlari limfadenektomiyasi bajarish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra distal qismi saratonida birlamchi o'smani olib tashlash jarayonida faqat chanoq limfa tugunlarida kattalashish aniqlangan bemorlarda chanoq limfa tugunlari limfadenektomiyasi bajarish tavsiya qilinadi [17, 18, 20].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

6.2.2. Uretra bulbo-membranoz va prostatik qismlari saratoni

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT1 bosqichida siydik chiqaruv kanali segmentar rezeksiyasi yoki transuretral rezeksiyasi bajarish tavsiya qilinadi [[18](#), 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida neoadyuvant kimyoterapiya va keyingi bosqichda rezidual o‘smanni jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash yoki kimyo-nur terapiyadan iborat kombinirlangan davolarni o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida neoadyuvant kimyoterapiyani kombinirlangan davolarni tarkibida o‘tkazish tavsiya qilinadi [[18](#), [23](#), [36](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida neoadyuvant kimyoterapiya rejimini birlamchi o‘smanni gistologik tuzilishiga asosan tanlash tavsiya qilinadi [[18](#), [19](#), [23](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari o‘tuvchi hujayrali (urotelial) saratoni sT2–T4 bosqichida quyidagi neoadyuvant kimyoterapiya rejimlarini qo‘llash tavsiya qilinadi :

Sisplatin qo‘llashga qarshi karshi ko‘rsatma bo‘lmaganda**:

- **M-VAC** (#metotreksat** 30 mg/m² vena ichiga (v/i) tomchilab, 1, 15, 22-kunlar, #vinblastin** 3 mg/m² v/i tomchilab, 2, 15, 22-kunlar, #doksorubitsin** 30 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun va #sisplatin** 70 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[26](#),[27](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V (dalil ishonchlilik darajasi – 3)

- **MCV** (#metotreksat** 30 mg/m², v/i tomchilab, 1, 8 kunlar, #vinblastin** 4 mg/m² v/i tomchilab, 1, 8 kunlar va #sisplatin** 100 mg/m², v/i tomchilab, 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[28](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- **GC** (gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1, 8, 15 kunlar, #sisplatin** v/i tomchilab, 70 mg/m² 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[26](#), [29](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1- va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar , #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[29 - 31](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Sisplatinga qarshi ko‘rsatma mavjud bemorlarga karboplatin asosidagi rejimlar tavsiya qilinadi:

CarboGem (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab , 1- va 8-kunlar, #karboplatin** AUC 4-5 v/i tomchilab, 1- yoki 2-kun (2- kunda qabul qilish bemor uchun havfsizroq), har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[32-35](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari yassi hujayrali saratoni yoki adenokarsinoma sT2–T4 bosqichida quyidagi neoadyuvant kimyoterapiya rejimlarini qo‘llash tavsiya qilinadi :

Sisplatin qo‘llashga qarshi karshi ko‘rsatma bo‘lmaganda**:

- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m², v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[29-31](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- #sisplatin** ga qarshi ko‘rsatma bo‘lganda uni #karboplatin** ga almashtirish tavsiya qilinadi (v/i tomchilab , AUC 4–5, har 21 kunda) [[32-35](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida kombinirlangan davo tarkibida nur terapiya qo‘llash tavsiya qilinadi [18, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida nur terapiyadan keyin to‘liq samaraga erishilmaganda yoki neoadyuvant kimyoterapiya jarayonida kasallik progressiyasi kuzatilmaganda, potensial jihatdan olib tashlansa bo‘ladigan o‘smalarda kombinirlangan davo tarkibida rezidual o‘smanni olib tashlash amaliyotini qo‘llash tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: Jarrohlik amaliyoti neoadyuvant kimyoterapiya tugagandan 4–6 haftadan keyin o‘tkaziladi. Amaliyot hajmi individual ravishda tanlanadi va quyidagicha bo‘lishi bo‘lishi mumkin: jinsiy olat ekstirpatsiyasi, sistostomiya, uretrektomiya va Briker bo‘yicha siydik derivatsiyasi bilan sistprostektomiya .

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida birlamchi o‘smanni olib tashlash vaqtida agar chov limfa tugunlarida kattalashish bo‘lsa, chov limfa tugunlari limfadenektomiyasi o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida birlamchi o‘smanni olib tashlash vaqtida agar chanoq limfa tugunlarida kattalashish bo‘lsa, chanoq limfa tugunlari limfadenektomiyasi o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: Hozirgi vaqtda limfadenektomiya o‘tkazilishi ochiq mavzuligicha qolmoqda. Ko‘pchilik izlanuvchilar kattalashmagan chanoq va chov limfa tugunlarida mikrometastazlar mavjudligi ehtimoli juda past deb hisoblaydi. Shu sababli profilaktik limfodisseksiya, tabiiyki, qo‘llanilmaydi.

- T2-4 va/yoki N+ bosqichdagi uretra o‘tuvchi hujayrali (urotelial) saratonida bemorlarga neoadyuvant kimyoterapiya o‘tkazilganligidan qat’i nazar, jarrohlik amaliyotidan keyin nivolumab 240 mg (2 haftada 1 marta v/i tomchilab) bilan adyuvant immunoterapiya o‘tkazish tavsiya qilinadi [40].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 2)

6.3. Mahalliy tarqalgan va metastatik nooperabel uretra saratonida davo tadbirlari

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra saratonida tizimli sitotoksik davoga qarshi ko‘rsatma bo‘lmaganda kimyoterapiya buyurish tavsiya qilinadi [18, 23, 36].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra saratonida kimyoterapiya rejimini o‘sma gistologik tuzilishiga asoslangan holda tanlash tavsiya qilinadi [18, 23, 36].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra o‘tuvchi hujayrali (uretral) saratonida quyidagi kimyoterapiya rejimlarini qo‘llash tavsiya qilinadi :

Sisplatin qo‘llashga qarshi karshi ko‘rsatma bo‘lmaganda**:

- **M-VAC** (#metotreksat** 30 mg/m² vena ichiga (v/i) tomchilab 1, 15, 22-kunlar, #vinblastin** 3 mg/m² v/i tomchilab, 2, 15, 22-kunlar, #doksorubitsin** 30 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun va #sisplatin** 70 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [26,27].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 3)

- **MCV** (#metotreksat** 30 mg/m², v/i tomchilab, 1, 8 kunlar, #vinblastin** 4 mg/m² v/i tomchilab, 1, 8 kunlar va #sisplatin** 100 mg/m², v/i tomchilab, 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[28](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- **GC** (gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1, 8, 15 kunlar, #sisplatin** v/i tomchilab, 70 mg/m² 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[26, 29](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1- va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar , #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[29 - 31](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Sisplatinga qarshi ko‘rsatma mavjud bemorlarga karboplatin asosidagi rejimlar tavsiya qilinadi:

CarboGem (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab , 1- va 8-kunlar, #karboplatin** AUC 4-5 v/i tomchilab, 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[32-35](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- O‘tuvchi hujayrali (urotelial) saraton mavjud bemorlarga, 4–6 sikl platina asosidagi vositalar bilan kimyoterapiya o‘tkazilgandan keyin o‘sma nazoratiga erishilgandan keyin (to‘liq , qisman javob yoki stabilizatsiya) avelumab (10 mg/kg yoki 800 mg v/i tomchilab, har 2 haftada) bilan ushlab turuvchi immunoterapiya o‘tkazish tavsiya qilinadi. Davo kasallik progressiyasi yoki ko‘tarolmaydigan toksiklik kuzatilgunga qadar o‘tkaziladi [37, 38].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – A (dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra yassi hujayrali saratoni yoki adenokarsinomasida quyidagi kimyoterapiya rejimlarini qo‘llash tavsiya qilinadi :

Pri otsutstvii protivopokazaniy k naznacheniyu sisplatin**:

- Sisplatin qo‘llashga qarshi karshi ko‘rsatma bo‘lmaganda**:
- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m², v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[29-31](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- #sisplatin** ga qarshi ko‘rsatma bo‘lganda uni #karboplatin** ga almashtirish tavsiya qilinadi (v/i tomchilab , AUC 4–5, har 21 kunda) [[32-35](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra saratonida har 2–3 davolash kursidan keyin kimyoterapiya samarasini baholash maqsadida nazorat tekshiruvini o‘tkazish tavsiya qilinadi. Tekshiruv hajmi metastatik o‘choqlar joylashuviga ko‘ra individual ravishda aniqlanadi [18, 23, 36].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: medikamentoz davo 2-qator dori vositalari standartlari mavjud emas. standartov 2-y linii lekarstvennoy terapii ne suuyestvuet. 2- va keyingi qator o‘smaga qarshi dori vositalari buyurish zaruriyati bo‘lganda qaror individual ravishda qabul qilinadi [18, 23, 36].

O‘zR da qo‘llash uchun ro‘yxatdan o‘tmagan barcha dori vositalari O‘zR hududida ro‘yxatdan o‘tmagan dori vositalaridan foydalanish qoidalariga muvofiq qo‘llanilishi lozim.

Jadval 1. Asosiy dori vositalari ro‘yxati (qo‘llash uchun ishonchlilik darajasi 100 %):

Farmako-terapevtik guruhi	Dori vositasi xalqaro patentlanmagan nomi	Qo‘llanilish usuli	Ishonchlilik darajasi
Alkillanuvchi agentlar – kompleks platina birikmalari	Sisplatin	75 mg/m ² 1- kun, v/i	A
	Karboplatin	AUC 5-6 1-kun, v/i	S
O‘simlik va tabiiy tarkibli vositalar	Paklitaksel	175 mg/m ² 1-kun, v/i;	S
	Dotsetaksel	75mg/m ² , v/i, tomchilab, 1 kun	S
O‘smaga qarshi antibiotiklar – antrasiklinlar	Doksorubitsin	30mg/m ² v/i 2-kun	S
Antimetabolitlar – sitidin analoglari	Gemsitabin	1000 mg/m ² 1-, 8- va 15-kunlar, v/i	A
Antimetabolitlar – antifolatlar	Metotreksat	30mg/m ² v/i 1, 15, 22-kunlar; 30mg/m ² v/i 1-va 8-kunlar; 30mg/m ² v/i 1-kun	V
Vinkoalakaloidlar	Vinblastin	3mg/m ² v/i 1, 15, 22-kunlar; 3mg/m ² v/i 2-kunlar;	V
Yuklab olish (havola)	https://nrchd.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		

Jadval 2. Qo‘shimcha dori vositalari ro‘yxati (qo‘llash uchun ishonchlilik darajasi 100 % dan past):

Farmako-terapevtik guruhi	Dori vositasi xalqaro patentlanmagan nomi	Qo‘llanilish usuli	Ishonchlilik darajasi
Monoklonal antitelo, PD-L1 ingibitori	Avelumab	10 mg/kg v/i 1-kun har 2 haftada	A
Monoklonal antitelo, PD1 ingibitori	Pembrolizumab	200 mg v/i infuziyasi ko‘rinishida 30 daqiqa davomida tomchilab, har 3 haftada	A
Suyak rezorbsiyasi ingibitorlari	Pamidron kislota	90mg v/i 3-soatli infuziya, 3-4 haftada 1 marta	S
	Zoledron kislota	4 mg v/i 15 daqiqa ichida tomchilab, 3-4 haftada 1 marta	S
Yuklab olish (havola)	https://nrchd.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		

6.4. Og‘riqsizlantirish

Surunkali og‘riq sindromi bilan kechayotgan uretra saratonida bemorlarda og‘riqsizlantirish prinsipi va optimal og‘riqqa qarshi davoni tanlash “Palliativ tibbiy yordamga muhtoj bemorlarda surunkali og‘riq sindromi” klinik tavsiyalariga muvofiq amalga oshiriladi.

Uretra bilan og‘rigan bemorlar uchun hamrohlik terapiyasi:

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda kamqonlikning oldini olish va davolash tamoyillari Rossiya Sog‘liqni saqlash vazirligining klinik tavsiyalar rubrikatorida ye‘lon qilingan "Yomon o‘smalarda kamqonlik" klinik tavsiyalarida ko‘rsatilgan tamoyillarga mos keladi. <https://cr.minzdrav.gov.ru>. [57]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda ko‘ngil aynishi va qusishni davolash va oldini olish tamoyillari "Ko‘ngil aynishi va qayt qilishning oldini olish va davolash" yo‘riqnomasida ko‘rsatilgan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Vladimirova L.Yu., Gladkov O.A., Kogoniya L.M., Koroleva I.A., Semiglazova T.Yu. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-502-511, <https://rosoncweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-35.pdf>). [58]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda suyak asoratlarini davolash va oldini olish

tamoyillari "Yoʻriqli oʻsmalarda suyak toʻqimalarining patologiyasini oldini olish va davolash uchun osteomodifikatsiya qiluvchi vositalardan foydalanish" yoʻriqnomasida belgilangan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Manzyuk L.V., Bagrova S.G., Kopp M.V., Kutukova S.I., Semiglazova T.Yu. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-512-520, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-36.pdf>). [59]

Uretra saratoni bilan ogʻrigan bemorlarda yuqumli asoratlar va febril neytropeniyaning oldini olish va davolash tamoyillari "Isitmali neytropeniyaning yuqumli asoratlarini davolash va koloniyani ogohlantiruvchi omillarni qoʻllash" yoʻriqnomasida belgilangan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Sakaeva D.D., Orlova R.V., Shabaeva M.M. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-521-530, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-37.pdf>). [60]

Uretra saratoni bilan ogʻrigan bemorlarda gepatotoksiklikning oldini olish va davolash tamoyillari "Gepatotoksiklikni tuzatish" yoʻriqnomasida keltirilgan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Tkachenko P.E., Ivashkin V.T., Maevskaya M.V. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-531-544, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-38.pdf>). [61]

Uretra saratoni bilan ogʻrigan bemorlarda yurak-qon tomir asoratlarining oldini olish va davolash tamoyillari "Oʻsmaga qarshi dori terapiyasining yurak-qon tomir toksikligini tuzatish boʻyicha amaliy tavsiyalar" yoʻriqnomasida belgilangan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Vitsenya M.V., Ageev F.T., Gilyarov M.Yu., Ovchinnikov A.G., Orlova R.V., Poltavskaya M.G., Sycheva Ye.A. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-545-563, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-39.pdf>). [62]

Uretra saratoni bilan ogʻrigan bemorlarda terining asoratlarini oldini olish va davolash tamoyillari "Oʻsmaga qarshi dori-darmonlarni qabul qiladigan bemorlarda dermatologik reaksiyalarni dori-darmonlar bilan davolash boʻyicha amaliy tavsiyalar" koʻrsatmalarida koʻrsatilgan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Koroleva I.A., Bolotina L.V., Gladkov O.A., Gorbunova V.A., Kruglova L.S., Manzyuk L.V., Orlova R.V. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-564-574, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-40.pdf>). [63]

Uretra saratoni bilan ogʻrigan bemorlarda ovqatlanishni qoʻllab-quvvatlash tamoyillari "Saraton bilan ogʻrigan bemorlarni oziqlantirish boʻyicha amaliy tavsiyalar" uslubiy tavsiyalarida belgilangan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Shtov A.V., Leyderman I.N., Lomidze S.V., Nexaev I.V., Xoteev A.J. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-575-583, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-41.pdf>). [64]

Uretra saratoni bilan ogʻrigan bemorlarda nefrotoksiklikning oldini olish va davolash tamoyillari "Saratonga qarshi dori vositalarining nefrotoksikligini tuzatish boʻyicha amaliy tavsiyalar" yoʻriqnomasida keltirilgan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Gromova Ye.G., Biryukova L.S., Djumabaeva B.T., Kurmukov I.A. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-591-603, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-44.pdf>). [65]

Uretra saratoni bilan ogʻrigan bemorlarda tromboembolik asoratlarni oldini olish va davolash tamoyillari "Saraton bilan ogʻrigan bemorlarda 39 ta tromboembolik asoratlarni oldini olish va davolash boʻyicha amaliy tavsiyalar" yoʻriqnomasida koʻrsatilgan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Somonova O.V., Antux E.A., Yelizarova A.L., Matveeva I.I., Selchuk V.Yu., Cherkasov V.A., DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-604-609, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-45.pdf>). [66]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda dori vositalarining ekstravazatsiyasi oqibatlarini oldini olish va davolash tamoyillari "O‘smaga qarshi dorilarning ekstravazatsiyasi oqibatlarini davolash bo‘yicha tavsiyalar" ko‘rsatmalarida ko‘rsatilgan tamoyillarga mos keladi. (avtor: Buydenok Yu.V. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8- 3s2-610-616, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-46.pdf>). [67]

6.5. Dietoterapiya

Hozirgi vaqtda ovqatlanish omilining uretra saratoni bilan kasallanish xavfiga yoki allaqachon qo‘yilgan uretra saratoni tashxisida kasallik progressiyasi yoki residivlanishi xavfiga ta‘sir qilishi to‘g‘risida ishonchli kuzatuv ma‘lumotlari mavjud emas. Bemorlarning odatdagi ovqatlanishidagi har qanday o‘zgarishlar, agar ular qo‘shma kasalliklarni tuzatish yoki doimiy davolanishning asoratlarini (jarrohlik, medikamentoz yoki radiatsiya) bartaraf yetish yoki oldini olish zarurati bilan bog‘liq bo‘lmasa, ovqatlanish rejimi korreksiyasi bilan bog‘liq ishonchli kuzatuv natijalari bo‘lmaganligi sababli tavsiya qilinmaydi [22].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Qon to‘xtatish maqsadida qo‘llaniladi:

- 1) Qon to‘xtatish bilan o‘sma TUR amaliyoti;
- 2) Ichki yonbosh arteriyasini bog‘lash yoki embolizatsiyasi;
- 3) Ochiq siydik pufagida qon ketishini to‘xtatish ;

Yuqori siydik yo‘llaridan siydik o‘tishi buzilganda qo‘llaniladi:

- 1) teri orqali punktsion nefrostomiya;
- 2) ochiq nefrostomiya;
- 3) ureterokutaneostomiya;
- 4) epitsistostomiya.
- 5) qovuqdan yuqorida siydikni ingichka ichak alohida qismiga chiqarish (Briker operatsiyasi va h.k.),

Nur terapiya.

Uretra saratonida nur terapiya alohida mustaqil davo usuli sifatida tavsiya qilinmaydi.

Nur terapiya usullari:

- 1) 3 o‘lchamli konform nur terapiya (3D CRT);
- 2) intensiv-modullangan nur terapiya (IMRT);
- 3) tasvir bo‘yicha boshqariluvchi nur terapiya (IGRT);
- 4) nafas olish bilan sinxronlangan nur terapiya (4DRT);
- 5) braxiterapiya (bo‘shliq ichi, to‘qima ichi), yuqori dozali, puls-dozali braxiterapiya.

Bosh miyaga metastazlar aniqlanganda nur terapiya bosh miya metastatik

shikastlanishida davо tadbirlari protokoli bo‘yicha multidissiplinar konsilium qaroriga ko‘ra amalga oshiriladi.

Dinamik kuzatuv:

- Birinchi yil – 3 oyda 1 marotaba.;
- Ikkinchi yil – 6 oyda 1 marotaba.;
- Keyinchalik, butun umr – 1 yilda 1 marotaba.

Dinamik kuzatuv asosiy maqsadi uretra saratoni progressiyasi va mahalliy residivlarini erta aniqlashga qaratilgan bo‘lib, bu samarali davо choralari o‘tkazish imkonini beradi.

• Birlamchi davо o‘tkazilgandan keyin birinchi 5 yil ichida 1 yilda 1- 4 marotaba (har bir klinik holatga bog‘liq holda), keyinchalik har yili fizikal tekshiruvlardan o‘tkazish, shikoyatlarini yig‘ish va instrumental tekshiruvdan o‘tkazish tavsiya qilinadi [19, 22].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: tekshiruvlar algoritmi har bir klinik holatga bog‘liq holda davolovchi shifokor tomonidan individual ravishda tanlanadi.

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

- **Solid o‘smalarning davoga javobini baholash mezonlari RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors 1.1) [45]**

Manbaa: Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, Dancey J, Arbuck S, Gwyther S, Mooney M, Rubinstein L, Shankar L, Dodd L, Kaplan R, Lacombe D, Verweij J. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). Eur J Cancer 2009;45(2):228-47. doi: 10.1016/j.ejca.2008.10.026 [45].

Tip: baholash shkalasi.

Qo‘llanilishi: solid o‘smalar davoga javobini baholashni unifikatsiyalash.

O‘sma javobi	RECIST 1.1
<i>To‘liq samara</i>	Qisqa o‘q bo‘yicha o‘smalarning yoki ≥ 10 mm o‘lchamli limfa tugunlarining bo‘lmasligi
<i>Qisman samara</i>	O‘sma o‘choqlarining jami ≥ 30 % kichrayishi.
Progressiyalanish	Eng katta o‘sma o‘choqlarining jami ≥ 20 % ga kattalashishi, ≥ 5 mm absolyut o‘sishi bilan, yangi o‘choqlarning paydo bo‘lishi
Stabilizatsiya	Yuqoridagilardan hech biri kuzatilmasa

Solid o‘smalarning immunitet orqali javobini baholash mezonlari iRECIST (Immune-Related Response Evaluation Criteria In Solid Tumors) [46]

Manbaa: Seymour L., Bogaerts J., Perrone A. et al. RECIST working group. iRECIST: guidelines for response criteria for use in trials testing immunotherapeutics. *Lancet Oncol* 2017;18(3):e143–52. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30074-8. Epub 2017 Mar 2 [46].

Tip: baholash shkalasi

Qo'llanilishi: solid o'smalar immunoterapiyaga javobini baholashni unifikatsiyalash.

O'sma javobi	iRECIST
<i>To'liq samara</i>	Qisqa o'q bo'yicha barcha o'smalarning yoki ≥ 10 mm o'lchamli limfa tugunlarining bo'lmasligi
<i>Qisman samara</i>	O'sma o'choqlarining jami ≥ 30 % kichrayishi.
Progressiyalanish	Eng katta o'sma o'choqlarining jami ≥ 20 % ga kattalashishi, ≥ 5 mm absolyut o'sishi bilan, yangi o'choqlarning paydo bo'lishi kasallik progressiyasi belgisi hisoblanmaydi, yangi o'choqlar diametri nishon o'choqlar umumiy diametriga qo'shiladi, o'sma javobini yakuniy baholash 4 haftadan keyin tasdiqlanishini talab qiladi.
Stabilizatsiya	Yuqoridagilardan hech biri kuzatilmasa

**“URETRA SARATONI” NOZOLOGIYASI
UCHUN TIBBIY ARALASHUVLAR BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

3. Davolanishi

1) Muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

- o'smani radikal olib tashlash;
- birlamchi o'choqni olib tashlash;
- o'sma o'sishini stabillashtirish va og'ir hamroh simptomlarni bartaraf etish uchun o'sma jarayonining to'liq yoki qisman regressiyasiga erishish;
- bemor umumiy ahvolini yaxshilash;
- umumiy yashovchanlikni oshirish.

2) Muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:

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

3) Muolaja yoki aralashuvga ko'rsatmalar;

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

Medikamentoz (kimyo-, target-, immuno- va gormon-terapiya) va/yoki nur terapiya quyidagi maqsadda o'tkaziladi:

- O'sma hujayralari yo'q qilish;
- O'sma o'lchamlarini kichraytirish, uni o'sishdan to'xtatish;
- Uretra saratoni residivini bartaraf etish;

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

4) Xirurgik davo prinsiplari :

Shoshilinch operatsiya yoki muolajaga ko'rsatmalar:

- **O'smadan qon ketishi** – uretradan yiringli-qonli ajralmalar kelishi, intensiv og'riqlar.
- **O'tkir siydik tutilishi** – o'sma uretra devoriga infiltratsiyalanishi va siydik chiqaruv kanalini bloklashi.
- Postrenal oligo-anuriya, pionefroz rivojlanishi bilan **ikkilamchi ureterogidronefroz**.

Rejali operatsiyaga ko'rsatmalar:

- Morfologik tasdiqlangan xavfli uretra o'smalari;
- Morfologik tasdiqlash va bosqichlash zarur bo'lgan uretra o'smalari.

Operativ davoga qarshi ko'rsatmalar :

- Og'ir yondosh kasalliklar;
- SBE terminal bosqichi;
- Og'ir anemiya;
- Operativ davoga umumiy qarshi ko'rsatmalar .

Uretra saratoni davolash tadbirlari:

Klinik protokolda ko'rsatilgan dori vositalarini buyurish va qo'llash bemorlarga klinik jihatdan samarali va xavfsiz tibbiy xizmat ko'rsatishga qaratilgan bo'lib, shu sababli dori vositalarining har bir klinik holatda buyurilishi va qo'llanishi har bir dori vositasi yo'riqnomasida ko'rsatilgan ehtiyotkorlik choralarini inobatga olgan holda amalga oshiriladi, shuningdek, bemor holatiga muvofiq dozasi o'zgartirilishi mumkin.

Ayollarda uretra saratoni davolanishi

- Distal uretra yuza o'smalari (sT1) bo'lganda <1 sm, ayollarda 2 xil davo usuli : o'smani jarrohlik yo'li bilan olib tashlash yoki monorejimda nur terapiya qo'llaniladi [23-25].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: Jarrohlik usuli hajmi o'sma o'lchamiga ko'ra aniqlanadi va shunga ko'ra kesish, elektroekssiziya, o'sma lazerli vaporizatsiyasi yoki koagulyatsiyasi, siydik chiqaruv kanali sirkulyar rezeksiyasi orqali amalga oshirilishi mumkin.

Distal uretra yuza saratonida nur terapiya bo'shliq ichi yoki to'qima ichi braxiterapiyasi ko'rinishida o'tkazilishi mumkin, bunda o'smaga summar o'choqli doza (SO'D) 50–65 Gr ni tashkil qiladi. Ushbu usulni qo'llash samarali mahalliy ta'sirga erishishga va mustaqil siydik ajratishni saqlashga yordam beradi.

- Ayollarda T1 darajadagi va o'sma o'lchami 1 sm dan 4 sm gacha bo'lgan distal uretra saratoni bo'lganda, bo'shliq ichi/to'qima ichi nur terapiyasi, agar o'tkazilgan nur terapiyadan keyin noto'liq samara kuzatilsa, keyingi bosqichda rezidual o'smani jarrohlik yo'li bilan olib tashlash amaliyoti o'tkazish tavsiya qilinadi [23-25].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: bo'shliq ichi/to'qima ichi nur terapiyasi 192Ir 1 yoki 2 implantini o'sma sohasi va regional limfa tugunlari sohaslarini tashqi nurlantirish bilan birgalikda qo'llash orqali amalga oshiriladi. O'sma o'chog'iga o'sma o'lchamiga bog'liq holda 70 dan 85 Gr gacha SO'D beriladi. Kattalashgan limfa tugunlar mavjud bo'lmaganda chov va yonbosh sohaslariga SO'D 50 Gr ni tashkil qiladi. Chov va chanoq limfa tugunlarida metastazlar aniqlanganda SO'D ni 60-65 Gr gacha oshirish talab qilinadi. Nurlanishning og'ir asoratlari (ichak tutilishi, oqmalar, uretra strikturasi, siydik tutolmaslik 15–40 % bemorlarda kuzatiladi. Nur terapiyadan noto'liq samara kuzatilgan bemorlarga nurlantirish tugagandan 4-6 haftadan keyin rezidual o'smani jarrohlik yo'li bilan olib tashlash amaliyoti o'tkazish tavsiya qilinadi. Amaliyot hajmi uretra rezeksiyasi yoki sistostoma qo'yish bilan uretrektomiya ko'rinishida bo'lishi mumkin.

- sT1 bosqichdagi, o'lchami 4 sm dan katta, shuningdek sT2–T4 bosqichidagi uretra saratoni aniqlangan ayollarda kombinirlangan davo (neoadyuvant kimyoterapiya bilan keyingi bosqichda rezidual o'smani olib tashlash jarrohlik amaliyoti yoki kimyo-nur terapiya) o'tkazish tavsiya qilinadi [23-25].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- sT1 bosqichdagi, o'lchami 4 sm dan katta, shuningdek sT2–T4 bosqichidagi uretra saratoni aniqlangan ayollarda neoadyuvant kimyoterapiya rejimini birlamchi o'sma gistologik tuzilishiga asosan tanlash tavsiya qilinadi [23-25].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- sT1 bosqichdagi, o'lchami 4 sm dan katta, shuningdek sT2–T4 bosqichidagi uretra o'tuvchi-hujayrali (urotelial) saratoni aniqlangan ayollarda quyidagi neoadyuvant kimyoterapiya rejimlarini qo'llash tavsiya qilinadi :

Sisplatin qo'llashga qarshi karshi ko'rsatma bo'lmaganda**:

- **M-VAC** (#metotreksat** 30 mg/m² vena ichiga (v/i) tomchilab, 1, 15, 22-kunlar, #vinblastin** 3 mg/m² v/i tomchilab, 2, 15, 22-kunlar, #doksorubitsin** 30 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun va #sisplatin** 70 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o'tkaziladi) [26,27].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V (dalil ishonchlilik darajasi – 3)

- **MCV** (#metotreksat** 30 mg/m², v/i tomchilab, 1, 8 kunlar, #vinblastin** 4 mg/m² v/i tomchilab, 1, 8 kunlar va #sisplatin** 100 mg/m², v/i tomchilab, 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o'tkaziladi) [28].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- **GC** (gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1, 8, 15 kunlar, #sisplatin** v/i tomchilab, 70 mg/m² 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o'tkaziladi) [26, 29].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1- va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar , #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[29 - 31](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Sisplatinga qarshi ko‘rsatma mavjud bemorlarga karboplatin asosidagi rejimlar tavsiya qilinadi:

CarboGem (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab , 1- va 8-kunlar, #karboplatin** AUC 4-5 v/i tomchilab, 1- yoki 2-kun (2- kunda qabul qilish bemor uchun havfsizroq), har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[32-35](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- sT1 bosqichdagi, o‘lchami 4 sm dan katta, shuningdek sT2–T4 bosqichidagi uretra yassi hujayrali saratoni yoki adenokarsinomasi aniqlangan ayollarda quyidagi neoadyuvant kimyoterapiya rejimlarini qo‘llash tavsiya qilinadi :

Sisplatin qo‘llashga qarshi karshi ko‘rsatma bo‘lmaganda**:

- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m², v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[29-31](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- #sisplatin** ga qarshi ko‘rsatma bo‘lganda uni #karboplatin** ga almashtirish tavsiya qilinadi (v/i tomchilab , AUC 4–5, har 21 kunda) [[32-35](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- sT1 bosqichdagi, o‘lchami 4 sm dan katta, shuningdek sT2–T4 bosqichidagi uretra saratoni aniqlangan ayollarda kombinirlangan davo tarkibida distansion nur terapiya qo‘llash tavsiya qilinadi [[18, 23, 41-44](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 4)

***Izohlar:** bir qancha kuzatishlarda uretra yassi hujayrali saratonida kimyo-nur terapiyani jarrohlik usulida davolashga alternativ usul sifatida qo‘llash mumkinligi tasdiqlangan [30–32]. Distansion nur terapiyani radiomodifitsirlangan vositalar bilan qo‘llashda (#mitomitsin** v/i bolyusli, 10 mg/m², 1, 29 kunlar #ftoruratsil** 1000 mg/m² v/i ga 24 soat ichida infuziya , 1-4 va 29-32 kunlar) to‘liq davo samarasi chastotasi 80 % ni, 5 yillik umumiy va spetsifik yashovchanlik mos ravishda – 52 va 68 % ni tashkil qiladi. Kimyo-nur terapiyada noto‘liq samara kuzatilganda rezidual o‘smi xirurgik olib tashlash yashovchanlikni oshiradi [[43, 44](#)].*

- Uretra saratoni mavjud ayollarda nur terapiyadan keyin to‘liq samaraga erishilmaganda yoki neoadyuvant kimyoterapiya jarayonida kasallik progressiyasi kuzatilmaganda, potensial jihatdan olib tashlansa bo‘ladigan o‘smalarda kombinirlangan

davo tarkibida rezidual o'smani olib tashlash amaliyotini qo'llash tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: Jarrohlik amaliyoti neoadyuvant davu tugagandan 4–6 haftadan keyin o'tkaziladi. Siydik chiqaruv kanalidan chiqmagan o'smalarda (T1) uretrotomiya amaliyotini amalga oshirish mumkin. O'smaning periuretral to'qimaga, qinga tarqalishi (T2–3) uretrektomiya, vulvektomiya va qin old devorini olib tashlash amaliyotlarini o'tkazishni talab qiladi. Jarayonga siydik pufagi bo'yinchasiga o'tganda (T3) qovuq bo'yinchasi rezeksiyasi bilan uretrektomiya o'tkazish tavsiya qilinadi. O'sma jarayoni kengroq tarqalganda (T3–4) qin old devori rezeksiyasi bilan sisturetrektomiya amaliyotini bajarish maqsadga muvofiqdir.

Qator hollarda o'smani radikal olib tashlash maqsadida jarrohlik amaliyoti hajmini oshirish talab qilinadi :

- jarayonga qo'shni a'zolar va to'qimalar qo'shilganda, bachadon ortiqlari bilan ekstirpatsiyasi o'tkazilishi mumkin ;
- qov suyagi pastki qismlari olib tashlanishi;
- qisman yoki to'liq simfizektomiya;
- urogenital diafragma rezeksiyasi.

Siydik pufagi saqlangan holda uretrektomiya bajarilgandan keyin sistostoma qo'yish tavsiya qilinadi. Sisturetrektomiya amaliyotidan keyin siydik chiqarishning eng keng tarqalgan usuli Briker operatsiyasi hisoblanadi. Ahvoli og'ir bemorlarda jarrohlik amaliyoti davomiyligi va jarohatlarni kamaytirish maqsadida ureterokutaneostoma qo'yilishi mumkin.

- Uretra saratoni mavjud bemorlarda birlamchi o'smani olib tashlash vaqtida agar chov limfa tugunlarida kattalashish bo'lsa, chov limfa tugunlari limfadenektomiyasi o'tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra saratoni mavjud bemorlarda birlamchi o'smani olib tashlash vaqtida agar chanoq limfa tugunlarida kattalashish bo'lsa, chanoq limfa tugunlari limfadenektomiyasi o'tkazish tavsiya qilinadi [[18](#), [19](#), [23](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: Hozirgi vaqtda limfadenektomiya o'tkazilishi ochiq mavzuligicha qolmoqda. Ko'pchilik izlanuvchilar kattalashmagan chanoq va chov limfa tugunlarida mikrometastazlar mavjudligi ehtimoli juda past deb hisoblaydi. Shu sababli profilaktik limfodisseksiya, tabiiyki, qo'llanilmaydi.

- T2-4 va/yoki N+ bosqichdagi uretra o'tuvchi hujayrali (urotelial) saratonida bemorlarga neoadyuvant kimyoterapiya o'tkazilganligidan qat'i nazar, jarrohlik amaliyotidan keyin nivolumab 240 mg (2 haftada 1 marta v/i tomchilab) bilan adyuvant immunoterapiya o'tkazish tavsiya qilinadi [[40](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – A (dalil ishonchlilik darajasi – 2)

Erkaklarda uretra saratoni davolanishi

6.2.1. Uretra distal qismi saratoni davolanishi

- Uretra yuqori qismi saratoni T1 bosqichida yoki karsinoma in situ da erkaklarda siydik chiqaruv kanali transuretral rezeksiyasi o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra yuqori qismi saratoni T2 bosqichida erkaklarda distal uretrektomiya o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra yuqori qismi saratoni T3 bosqichida erkaklarda jinsiy olat amputatsiyasi o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra distal qismi saratonida birlamchi o‘smanni olib tashlash jarayonida faqat chov limfa tugunlarida kattalashish aniqlangan bemorlarda chov limfa tugunlari limfadenektomiyasi bajarish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra distal qismi saratonida birlamchi o‘smanni olib tashlash jarayonida faqat chanoq limfa tugunlarida kattalashish aniqlangan bemorlarda chanoq limfa tugunlari limfadenektomiyasi bajarish tavsiya qilinadi [17, 18, 20].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

6.2.2. Uretra bulbo-membranoz va prostatik qismlari saratoni

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT1 bosqichida siydik chiqaruv kanali segmentar rezeksiyasi yoki transuretral rezeksiyasi bajarish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida neoadyuvant kimyoterapiya va keyingi bosqichda rezidual o‘smanni jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash yoki kimyo-nur terapiyadan iborat kombinirlangan davo o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida neoadyuvant kimyoterapiyani kombinirlangan davo tarkibida o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 23, 36].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida neoadyuvant kimyoterapiya rejimini birlamchi o'sma gistologik tuzilishiga asosan tanlash tavsiya qilinadi [[18, 19, 23](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari o'tuvchi hujayrali (urotelial) saratoni sT2–T4 bosqichida quyidagi neoadyuvant kimyoterapiya rejimlarini qo'llash tavsiya qilinadi :

Sisplatin qo'llashga qarshi karshi ko'rsatma bo'lmaganda**:

- **M-VAC** (#metotreksat** 30 mg/m² vena ichiga (v/i) tomchilab 1, 15, 22-kunlar, #vinblastin** 3 mg/m² v/i tomchilab, 2, 15, 22-kunlar, #doksorubitsin** 30 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun va #sisplatin** 70 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o'tkaziladi) [[26,27](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 3)

- **MCV** (#metotreksat** 30 mg/m², v/i tomchilab, 1, 8 kunlar, #vinblastin** 4 mg/m² v/i tomchilab, 1, 8 kunlar va #sisplatin** 100 mg/m², v/i tomchilab, 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o'tkaziladi) [[28](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- **GC** (gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1, 8, 15 kunlar, #sisplatin** v/i tomchilab, 70 mg/m² 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o'tkaziladi) [[26, 29](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1- va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar , #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o'tkaziladi) [[29 - 31](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Sisplatinga qarshi ko'rsatma mavjud bemorlarga karboplatin asosidagi rejimlar tavsiya qilinadi:

CarboGem (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab , 1- va 8-kunlar, #karboplatin** AUC 4-5 v/i tomchilab, 1- yoki 2-kun (2- kunda qabul qilish bemor uchun havfsizroq), har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o'tkaziladi) [[32-35](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari yassi hujayrali saratoni yoki adenokarsinomasi sT2–T4 bosqichida quyidagi neoadyuvant kimyoterapiya rejimlarini qo'llash tavsiya qilinadi :

Sisplatin qo'llashga qarshi karshi ko'rsatma bo'lmaganda**:

- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m², v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [29-31].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- #sisplatin** ga qarshi ko‘rsatma bo‘lganda uni #karboplatin** ga almashtirish tavsiya qilinadi (v/i tomchilab , AUC 4–5, har 21 kunda) [32-35].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida kombinirlangan davo tarkibida nur terapiya qo‘llash tavsiya qilinadi [18, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida nur terapiyadan keyin to‘liq samaraga erishilmaganda yoki neoadyuvant kimyoterapiya jarayonida kasallik progressiyasi kuzatilmaganda, potensial jihatdan olib tashlansa bo‘ladigan o‘smalarda kombinirlangan davo tarkibida rezidual o‘smanni olib tashlash amaliyotini qo‘llash tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

***Izohlar:** Jarrohlik amaliyoti neoadyuvant kimyoterapiya tugagandan 4–6 haftadan keyin o‘tkaziladi. Amaliyot hajmi individual ravishda tanlanadi va quyidagicha bo‘lishi bo‘lishi mumkin: jinsiy olat ekstirpatsiyasi, sistostomiya, uretrektomiya va Briker bo‘yicha siydik derivatsiyasi bilan sistprostataktomiya .*

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida birlamchi o‘smanni olib tashlash vaqtida agar chov limfa tugunlarida kattalashish bo‘lsa, chov limfa tugunlari limfadenektomiyasi o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

- Erkaklarda uretra bulbo-membranoz va/yoki prostatik qismlari saratoni sT2–T4 bosqichida birlamchi o‘smanni olib tashlash vaqtida agar chanoq limfa tugunlarida kattalashish bo‘lsa, chanoq limfa tugunlari limfadenektomiyasi o‘tkazish tavsiya qilinadi [18, 19, 23].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

***Izohlar:** Hozirgi vaqtda limfadenektomiya o‘tkazilishi ochiq mavzuligicha qolmoqda. Ko‘pchilik izlanuvchilar kattalashmagan chanoq va chov limfa tugunlarida mikrometastazlar mavjudligi ehtimoli juda past deb hisoblaydi. Shu sababli profilaktik limfodisseksiya, tabiiyki, qo‘llanilmaydi.*

- T2-4 va/yoki N+ bosqichdagi uretra o‘tuvchi hujayrali (urotelial) saratonida bemorlarga neoadyuvant kimyoterapiya o‘tkazilganligidan qat’i nazar, jarrohlik amaliyotidan keyin nivolumab 240 mg (2 haftada 1 marta v/i tomchilab) bilan adyuvant immunoterapiya o‘tkazish tavsiya qilinadi [40].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 2)

Mahalliy tarqalgan va metastatik nooperabel uretra saratonida davo tadbirlari

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra saratonida tizimli sitotoksik davoga qarshi ko‘rsatma bo‘lmaganda kimyoterapiya buyurish tavsiya qilinadi [18, 23, 36].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra saratonida kimyoterapiya rejimini o‘sma gistologik tuzilishiga asoslangan holda tanlash tavsiya qilinadi [18, 23, 36].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra o‘tuvchi hujayrali (uretral) saratonida quyidagi kimyoterapiya rejimlarini qo‘llash tavsiya qilinadi :

Sisplatin qo‘llashga qarshi karshi ko‘rsatma bo‘lmaganda**:

- **M-VAC** (#metotreksat** 30 mg/m² vena ichiga (v/i) tomchilab 1, 15, 22-kunlar, #vinblastin** 3 mg/m² v/i tomchilab, 2, 15, 22-kunlar, #doksorubitsin** 30 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun va #sisplatin** 70 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[26,27](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 3)

- **MCV** (#metotreksat** 30 mg/m², v/i tomchilab, 1, 8 kunlar, #vinblastin** 4 mg/m² v/i tomchilab, 1, 8 kunlar va #sisplatin** 100 mg/m², v/i tomchilab, 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[28](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- **GC** (gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1, 8, 15 kunlar, #sisplatin** v/i tomchilab, 70 mg/m² 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[26, 29](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1- va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar , #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[29 - 31](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Sisplatinga qarshi ko‘rsatma mavjud bemorlarga karboplatin asosidagi rejimlar tavsiya qilinadi:

CarboGem (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab , 1- va 8-kunlar, #karboplatin** AUC 4-5 v/i tomchilab, 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[32-35](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- O‘tuvchi hujayrali (urotelial) saraton mavjud bemorlarga, 4–6 sikl platina asosidagi vositalar bilan kimyoterapiya o‘tkazilgandan keyin o‘sma nazoratiga erishilgandan keyin (to‘liq , qisman javob yoki stabilizatsiya) avelumab (10 mg/kg yoki 800 mg v/i tomchilab, har 2 haftada) bilan ushlab turuvchi immunoterapiya o‘tkazish tavsiya qilinadi. Davo kasallik progressiyasi yoki ko‘tarolmaydigan toksiklik kuzatilgunga qadar o‘tkaziladi [37, 38].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – A (dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra yassi hujayrali saratoni yoki adenokarsinomasida quyidagi kimyoterapiya rejimlarini qo‘llash tavsiya qilinadi :

Pri otsutstvii protivopokazaniy k naznacheniyu sisplatina**:

- Sisplatin qo‘llashga qarshi karshi ko‘rsatma bo‘lmaganda**:
- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m², v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [29-31].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- #sisplatin** ga qarshi ko‘rsatma bo‘lganda uni #karboplatin** ga almashtirish tavsiya qilinadi (v/i tomchilab , AUC 4–5, har 21 kunda) [32-35].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra saratonida har 2–3 davolash kursidan keyin kimyoterapiya samarasini baholash maqsadida nazorat tekshiruvini o‘tkazish tavsiya qilinadi. Tekshiruv hajmi metastatik o‘choqlar joylashuviga ko‘ra individual ravishda aniqlanadi [18, 23, 36].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: medikamentoz davo 2-qator dori vositalari standartlari mavjud emas. standartov 2-y linii lekarstvennoy terapii ne suuyestvuet. 2- va keyingi qator o‘smaga qarshi dori vositalari buyurish zaruriyati bo‘lganda qaror individual ravishda qabul qilinadi [18, 23, 36].

O‘zR da qo‘llash uchun ro‘yxatdan o‘tmagan barcha dori vositalari O‘zR hududida ro‘yxatdan o‘tmagan dori vositalaridan foydalanish qoidalariga muvofiq qo‘llanilishi lozim.

Amaliyot yoki aralashuv o‘tkazadigan mutaxassisga qo‘yiladigan talablar [8]:

Aholiga onkologik yordam ko‘rsatadigan tibbiy muassasalarning urologik, kimyoterapevtik va radiologik bo‘limlarida ishlaydigan xodimlar zarur hujjatlar bilan tasdiqlangan tegishli bilim va malakaga ega bo‘lishi va A guruhi xodimlariga tegishli bo‘lishi va operatsion blokda ishlash, radioaktiv va ionlashtiruvchi manbalar bilan ishlash imkoniyatiga ega bo‘lishi, radiasiya, shuningdek, urologiya va/yoki kimyoterapiya va/yoki radiasiya xavfsizligi kurslarini o‘tash muddati o‘tmagan sertifikatlari bor bo‘lishi kerak.

- «Onkologiya», «Urologiya», «Kimyo terapiya», «nur terapiya» (radiasion onkologiya) mutahassisliklari bo‘yicha sertifikati bo‘lgan, ixtisosligi bo‘yicha kamida 5 yillik staji bo‘lgan,

so'nggi 5 yil ichida kamida 216 soat davomida onkourologiya va/yoki kimyo - va/yoki nur terapiyasining yuqori texnologiyali usullari bo'yicha malaka oshirgan mutahassis;

- Nur terapiyasi uchun fizika bo'yicha oliy ma'lumotli va/yoki oliy texnik ma'lumotga ega, mutaxassislik bo'yicha kamida 3 yillik ish tajribasiga ega, chiziqli tezlatgichlar bilan ishlash bo'yicha kamida 2 yillik tajribaga ega bo'lgan mutaxassis.

5) Asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari ro'yxati:

Amaliyot yoki aralashuvga tayyorgarlik ko'rishda qo'shimcha diagnostika choralari ro'yxati(ko'rsatmalarga asosan):

26. Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kalsiy, peshob kislotasi, LDG, SRB, ishqoriy fosfotaza);
27. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip geRPEs, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
28. V va S gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
29. SOVID-19 ga PZR;
30. Obzorli – ekskretor urografiya – siydik pufagi devorida to'lish defektini, shuningdek ureterogidronefroz majudligini ko'rsatadi;
31. Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
32. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
33. Standart sitogenetik tekshiruv;
34. FISH usulida tekshirish va molekulyar-genetik tekshirish;
35. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
36. ProBNP;
37. Prokalsitonin;
38. Antitrombin III, D-dimer;
39. Fertil yoshdagi ayollarda - homiladorlikka test, XGCh ni aniqlash;
40. Periferik qon IFT si;
41. Biopstat immunogistokimyoviy tekshiruvi (hosila, limfa tugun)*
42. Molekulyar-genetik tekshiruvlar;
43. Burun yondosh bo'liqlari rentgenografiyasi;
44. Buyrak , pastki kovak vena, oyoq qon tomirlari (vena va/yoki arteriya) UTDG tekshiruvi;
45. Fibroezofagogastroduodenoskopiya;
46. Kolonoskopiya;
47. Spirografiya;
48. Osteossintigrafiya;
49. Plevral bo'shliq, periferik limfa tugunlar, qalqonsimon bez UTTi;
50. Xolter – monitorlash bilan EKG.

* Oldin o'tkazilmagan hollarda;

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

Mutaxassislarning konsultativ ko'ruvi uchun ko'rsatmalar:

- **Kardilog ko'rigi** (50 yosh va undan katta bemorlarda, shuningdek, YuQT da patologiyasi bo'lgan 50 yoshdan kichik bemorlar);
- **Ginekolog ko'rigi** (kichik chanoq a'zolari hajmli hosilasi simptomlari mavjud

bo'lganda, xavfli o'sma bilan uchraydigan saraton irsiy shakllarini inkor qilish uchun;

- **Akusher-ginekolog/reproduktolog ko'rigi:** uretra saratoni tufayli davo boshlanishidan oldin bemorda kelajakda farzand ko'rish istagi bo'lganda yordam beruvchi reproduktiv texnologiyalarni qo'llash, shuningdek bemorlarda istalmagan homiladorlikning oldini olish maqsadida o'smaga qarshi davo olish mobaynida va undan keyingi yaqin davr ichida ishonchli kontrasepsiya usulini tanlashga yordam berish maqsadida [29] [DOI: [10.1530/EJE-18-0608](https://doi.org/10.1530/EJE-18-0608)];
- **Nevropatolog ko'rigi** (qon tomir miya kasalliklarida, shu jumladan insult, miya shikastlanishi, epilepsiya, miasteniya, neyroinfeksion kasalliklar, shuningdek, ongni yo'qotishning barcha holatlarida);
- **Endokrinolog ko'rigi;**
- **qon-tomir jarrohi ko'rigi** (varikoz kasallik, tug'ma/orttirilgan tomirlar patologiya mavjud bo'lgan hollarda);
- **pulmonolog ko'rigi** (o'pka parenximasida qoldiq patologiyalar mavjud bo'lganda, bakterial / virusli / noaniq genezli yallig'lanish jarayonidan keyin).
- **Nefrolog ko'rigi** (Buyrakda qo'shimcha yondosh kasalliklar aniqlanganda, giperazotemiya).
- **Ftiziatr ko'rigi** – O'pka tuberkuloziga shubha bo'lganda va periferik o'sma aniqlanganda;
- **Boshqa mutaxassislar ko'rigi, boshqa yondosh patologiyalar aniqlanganda.**

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

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

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

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

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

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

- Rentgen diagnostikasi bo'limi, shu jumladan rentgen tekshiruv qoidalariga muvofiq tashkil etilgan rentgen xonasi, rentgen kompyuter tomografiyasi xonasi <1>;
- Funksional tadqiqotlar qoidalariga muvofiq tashkil etilgan funksional diagnostika bo'limi <1>;
- Ultratovush qoidalariga muvofiq tashkil etilgan ultratovush diagnostikasi xonasi (bo'limi), <1>;

- endoskopik tekshiruvlarni o‘tkazish qoidalariga muvofiq tashkil etilgan endoskopik bo‘lim <1>;
- klinik-diagnostik laboratoriyalar;
- "anesteziologiya va reanimatologiya" profilida kattalar aholisiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan kattalar aholisi uchun reanimatologiya va intensiv terapiya bo‘limlari yoki anesteziologiya-reanimatsiya bo‘limlari yeanimatologiya va intensiv terapiya palatalari bilan <2>;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga N 23 - N 25-ilovalarga muvofiq tashkil etilgan operatsion bo‘linma;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga N 17- N 19 ilovalariga muvofiq tashkil etilgan o‘smaga qarshi dori terapiyasi bo‘limi;
- "Transfuziologiya" profilida aholiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan transfuziologiya kabineti <3>;

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

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

- Ko‘ruv xonasi;
- Bo‘lim mudiri xonasi;
- Shifokorlar xonasi;
- palatalar;
- bog‘lam almashtirish xonasi;
- muolaja xonasi;
- xuqnaxona;
- kichik jarrohlik xonasi (onkourologiya, onkoginekologiya, bosh va bo‘yin o‘smalari bo‘limlari uchun);
- hamshiralalar xonasi.

Jarrohlik blokni tashkil etish qoidalarini

Jarrohlik blokida strukturasi quyidagilar bo‘lishi nazarda tutilishi kerak:

- sanuzel bilan sanitar o‘tkazgich (xojatxona va dushlar);
- jarrohlik oldi xonasi;
- jarrohlik xonasi;
- yuvinish xonasi;
- donorlik qonini va (yoki) uning tarkibiy qismlarini qon quyish uchun saqlash va tayyorlash uchun xona;

- tibbiy asboblarni saqlash uchun xonalar;
- kiyim almashtirish uchun xona;
- bemorning operatsiyadan keyingi vaqtinchalik bo‘lish xonasi;
- sterilizatsiya;
- protokol xonasi (agar 4 dan ortiq jarrohlik xonasi bo‘lsa);
- Katta hamshira xonasi;
- operatsiyadan keyingi chiqindilarni saqlash xonasi;
- gipsli bandajlarni saqlash va tayyorlash uchun xona (suyaklar va yumshoq to‘qimalarning o‘smalari bo‘limi uchun);

B) Xavfsizlik choralariga rioya qilish talablari [8]: O‘zbekiston Respublikasining normativ-huquqiy hujjatlariga muvofiq jarrohlik shifoxonasining barcha sanitariya normalari va qoidalariga, kimyoviy va radiatsion xavfsizlikka rioya qilish.

Nur terapiya o‘tkazish uchun:

- chiziqli tezlatkich yoki gamma terapevtik uskuna;
- baraban fantom (qurilmaning ishlashini tekshirish va kalibrlash uchun);
- CVCT tasvirlash tizimining Xaunsvild birliklarini kalibrlash uchun fantom;
- termoplastik niqoblar uchun termoregulyatsiyalangan vanna/pech;
- vakkum matraslar uchun nasos;
- o‘rnatilgan, to‘liq integratsiyalashgan dozimetrik rejalashtirish tizimi;
- dozimetrik uskunalarning standart to‘plami;
- Virtual simulyatsiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan KT;
- Virtual simulyatsiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan MRT.
- podgolovnik;
- vakuumli matras;
- kaplar, zagubniklar;
- indeksli ramka;
- tizza ostika qo‘yish moslamalari;
- termoplastik plastinlar (maskalar)

7) Bemorni tayyorlashga qo‘yiladigan talablar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8) Protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari [7]:

Uretra saratonini davolash samaradorligi indikatorlari:

- «O'sma javobi» - o'tkazilgan davodan so'nggi o'smaning regressiyasi:

To'la samara - kamida 4 hafta davomida barcha shikastlanish o'choqlarining yo'qolishi.

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

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

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

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

**«URETRA SARATONI» NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA
REABILITATSIYA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

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

Hozirgi vaqtda turetra saratonida tibbiy reabilitatsiya turlarini qo'llash bo'yicha klinik tadqiqotlar mavjud yemas. Ushbu tavsiyalar ko'p tadqiqotlar natijalarining metatahlili (D. Steffens boshq., 2018) va tizimli sharhlar (L. Nicole, nl Stout va boshq., 2017 va R. Segal va boshq., 2017) asosida shakllantirilgan bo'lib, turli xil tibbiy reabilitatsiya usullari funksional tiklanishni sezilarli darajada tezlashtirishi, operatsiyadan keyin kasalxonada qolish davrini qisqartirishi va boshqa turdagi xavfli o'smalar asoratlari va o'lim holatlarini kamaytirishi isbotlangan.

3.1. Dastlabki reabilitatsiya

- Uretra saraton kasalligiga chalingan barcha bemorlarga pre-reabilitatsiya o'tkazish tavsiya qilinadi. Pre-reabilitatsiya jismoniy tarbiya, psixologik va ozuqaviy qo'llab-quvvatlash va bemorning xabardorligini ta'minlashni o'z ichiga oladi [47-53].

Tavsiya ishonchlilik darajasi- C (dalil ishonchlilik darajasi - 5)

Izohlar: Pre-reabilitatsiya funksional tiklanishni sezilarli darajada tezlashtiradi, operatsiyadan keyin kasalxonada qolish muddatini qisqartiradi va onkourologik patologiyalarni davolashda asoratlari va o'lim holatlarini kamaytiradi [54]. Operatsiyadan oldingi chanoq tubi mushaklarini chiniqtirish operatsiyadan keyingi davrda siydik tuta olmaslik asorati rivojlanishi chastotasini kamaytiradi [55].

3.2. Jarrohlik yo'li bilan davolashdan keyin reabilitatsiya

3.2.1. Reabilitatsiyaning birinchi bosqichi

- Kompleks og'riqsizlantirish, erta enteral ovqatlanish, zond va drenajlardan muntazam foydalanishni rad etish, bemorlarni erta mobilizatsiya qilishni (faollashtirish va vertikalizatsiya) o'z ichiga olgan fast-track rehabilitation va ERAS taktikasi jarrohlik amaliyotidan keyingi 1-2 kundan boshlab erta asoratlari xavfini, qayta kasalxonaga yotqizish tezligini kamaytiradi. Fast track rehabilitation taktikasi kasalxonada qolish muddatini va jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlarni kamaytiradi. Fast track rehabilitation taktikasi urologik bemorlar uchun samarali va xavfsizdir [56-58].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - V (dalil ishonchliligi darajasi - 2).

- Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda og'riq sindromining og'irligini kamaytirish uchun multidissiplinar yondashuv **tavsiya etiladi**, jumladan, jismoniy reabilitatsiya (DFK), joylashish yo'li bilan davolash, og'riqni korreksiyalashning psixologik usullari (relaksatsiya) va teri orqali elektr stimulyatsiyasi (akupunktura). [56].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - V (dalil ishonchliligi darajasi - 2).

3.2.2. Reabilitatsiyaning ikkinchi bosqichi

- Limfedema rivojlangan barcha bemorlarga shishga qarshi davo, oyoqlar massaji, tibbiy kompression trikotajdan foydalanish, DJT kompleksidan foydalanish, teri parvarishi, tana massasi nazorati tavsiya qilinadi [62, 63, 69].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - S (dalil ishonchliligi darajasi - 5).

- Jarrohlik davolashdan so'ng barcha bemorlarga aerobik mashqlar to'plamini bajarish **tavsiya etiladi**. Aerobik mashqlar hayot sifatini, psixologik holatni yaxshilashga va tana

vaznini nazorat qilishga yordam beradi [60].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - A (dalil ishonchliligi darajasi - 1).

3.2.3. Reabilitatsiyaning uchinchi bosqichi

• Jarrohlik davolashdan so‘ng barcha bemorlarga aerobik mashqlar to‘plamini bajarish **tavsiya etiladi**. Aerobik mashqlar hayot sifatini, psixologik holatni yaxshilashga va tana vaznini nazorat qilishga yordam beradi [60].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - A (dalil ishonchliligi darajasi - 1).

• Barcha onkologik bemorlarga og‘riq sindromi, ko‘ngil aynishi, qayt qilishni, depressiyani korreksiya qilish maqsadida massaj va akupunktura tavsiya qilinadi [71, 72].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - A (dalil ishonchliligi darajasi - 1).

3.3. Nur terapiyada reabilitatsiya

• Nur terapiyasi fonida bemorlarga suyak to‘qimalar zichligini oshiradigan, zaiflikning oldini olishga yordam beradigan, bemorning chidamliligini oshiradigan va hayot sifatini yaxshilaydigan DJT kompleksini (kuch mashqlari bilan birgalikda aerobik mashqlar) bajarish **tavsiya etiladi**. [72, 63,64,65].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - A (dalil ishonchliligi darajasi - 1).

3.4. Kimyoterapiya fonida reabilitatsiya

• Kimyoterapiya fonida barcha bemorlarga erta davrlarda jismoniy faollik tavsiya qilinadi, bu mushaklar zaiflashishi, gipotrofiya, jismoniy yuklamaga tolerantlik pasayishi profilaktikasi uchun yordam beradi [75].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - V (dalil ishonchliligi darajasi - 3).

• Kimyoterapiya fonida barcha bemorlarga DJT bilan shug‘ullanish tavsiya qilinadi, bu holsizlikni va depressiyani kamaytirishga yordam beradi. Kimyoterapiya fonida DJT ni neyropsixologik reabilitatsiya bilan qo‘llash holsizlik va depressiyani davolashda faqat medikamentoz korreksiyaning qo‘llashdan samaraliroq hisoblanadi [76].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - A (dalil ishonchliligi darajasi - 1).

• Kimyoterapiya fonida barcha bemorlarga DJT hajmi va intensivligini holsizlik darajasi (engil, o‘rta, og‘ir) ga bog‘liq holda individual ravishda tanlash va umumiy ahvoli yaxshilanganda intensivligini oshirish tavsiya qilinadi [75].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - V (dalil ishonchliligi darajasi - 3).

• Aerob va jismoniy yuklamani birgalikda qo‘llash tavsiya qilinadi [75].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - V (dalil ishonchliligi darajasi - 3).

• Kimyoterapiya fonida barcha bemorlarga kimyoterapiya boshlangandan keyin 6 hafta davomida tibbiy massaj kursi tavsiya qilinadi, bu kombinirlangan davo fonida holsizlikni kamaytiradi [77].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - V (dalil ishonchliligi darajasi - 2).

• Kimyoterapiya fonida barcha bemorlarga polineuropatiya korreksiyasi uchun balans mashqi mashg‘ulotlari tavsiya qilinadi [78].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - V (dalil ishonchliligi darajasi - 3).

- Kimyoterapiya fonida barcha bemorlarga 6 haftalik terren davosi (yurish bilan davolash) tavsiya qilinib, bu polineuropatiya klinik namoyon bo'lishini nazorat qilish imkonini beradi [79].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - V (dalil ishonchliligi darajasi - 2).

- Kimyoterapiya fonida barcha bemorlarga kimyoterapiya fonida periferik polineuropatiyani davolash uchun past intensivlikdagi lazeroterapiya tavsiya qilinadi [80, 64].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - V (dalil ishonchliligi darajasi - 2).

- Kimyoterapiya fonida barcha bemorlarga kimyoterapiya fonida periferik polineuropatiyani davolash uchun past chastotali magnitoterapiya tavsiya qilinadi [81].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - V (dalil ishonchliligi darajasi - 2).

- Kimyoterapiya fonida barcha bemorlarga kimyoterapiya fonida og'iz bo'shlig'i mukozitlari profilaktikasi uchun past intensivlikdagi lazeroterapiya tavsiya qilinadi [83].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - A (dalil ishonchliligi darajasi - 1).

- Kimyoterapiya fonida barcha bemorlarga kimyoterapiya fonida kardial asoratlar rivojlanish chastotasini pasaytirish maqsadida DJT yeompleksi tavsiya qilinadi [84].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - S (dalil ishonchliligi darajasi - 5).

- Kimyoterapiya fonida barcha bemorlarga alopesiya tizimli profilaktika choralari qo'llash tavsiya qilinadi [85].

Tavsiya ishonchliligi darajasi - S (dalil ishonchliligi darajasi - 5).

4. Profilaktika va dispanser nazorati, profilaktika usullarini qo'llashga tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar

4.1. Profilaktika

Effektivnoy profilaktiki raka uretry ne suщestvuet.

4.2. Dispanser kuzatuv

Onkologik kasalliklarda dispanser kuzatuv S00-D09 MKB-10 rubrikasida keltirilgan .

Dispanser kuzatuv ambulator onkologik yordam markazlarida, tibbiy muassasalar birlamchi onkologik kabinetida, onkologik dispanserda yoki boshqa onkologik bemorlarga xizmat ko'rsatuvchi tibbiyot muassasalarida tashkil qilinadi.

***Izohlar:** Bemorlarga davriy shifokor nazoratida bo'lish tavsiya qilinadi: 1-yil davomida har 3 oyda 1 marta, 2- yil davomida har 6 oyda 1 marta (agar kasallik kechishi bemor kuzatuv taktikasini o'zgartirishni talab qilmasa).*

Dinamik kuzatuv asosiy maqsadi uretra saratoni progressiyasi va mahalliy residivlarini erta aniqlashga qaratilgan bo'lib, bu samarali davo choralari o'tkazish imkonini beradi.

- Birlamchi davo o'tkazilgandan keyin birinchi 5 yil ichida 1 yilda 1- 4 marotaba (har bir klinik holatga bog'liq holda), keyinchalik har yili fizikal tekshiruvlardan o'tkazish, shikoyatlarini yig'ish va instrumental tekshiruvdan o'tkazish tavsiya qilinadi [19, 22].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: tekshiruvlar algoritmi har bir klinik holatga bog'liq holda davolovchi shifokor

tomonidan individual ravishda tanlanadi.

5. Indikatorы effektivnosti profilakticheskix i reabilitatsionnyx meropriyatiy:

Profilaktik va reabilitatsiya tadbirlar samaradorligining ko'rsatkichlari.

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

- Kasallik residivining yo'qligi;
- Kasallik metastazlanishining yo'qligi;
- jarrohlik, dori va radiatsiya terapiyasining kech asoratlarning yo'qligi;
- Bemorning va bemorning yaqin qarindoshlarining ruhiy holatining boshlang'ich pozitsiyasiga to'liq qaytish;
- Bemorning zararli odatlardan voz kechishi, sog'lom turmush tarziga rioya qilish, sog'lom ovqatlanishi;
- Bemorning dinamik nazoratga o'z vaqtida murojaat qilishi;
- Uretra saratoni uchun xavf omili yoki fon kasalliklari bo'lgan xolatlar/kasalliklarni o'z vaqtida davolash.

**«URETRA SARATONI» NOZOLOGIYASI
UCHUN PALLIATIV YORDAM BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

5. Palliativ tibbiy yordam ko'rsatishning maqsadlari:

- ✓ Og'riq va boshqa og'riqli simptomlarning oldini olish va ularni bartaraf etish, bemorning azob-uqubatlarini yengillashtirish;
- ✓ Saraton kasalligini progressiyasini sekinlashtirish va bemorning umrini uzaytirish;
- ✓ Bemorning umumiy holatini yaxshilash, hayot sifatini oshirish;
- ✓ Psixologik, ijtimoiy va ma'naviy qo'llab-quvvatlash, psixosomatik holatni barqarorlashtirish;
- ✓ O'smaga qarshi davolashning nojo'ya ta'sirlarini yengib o'tishga yordam berish.

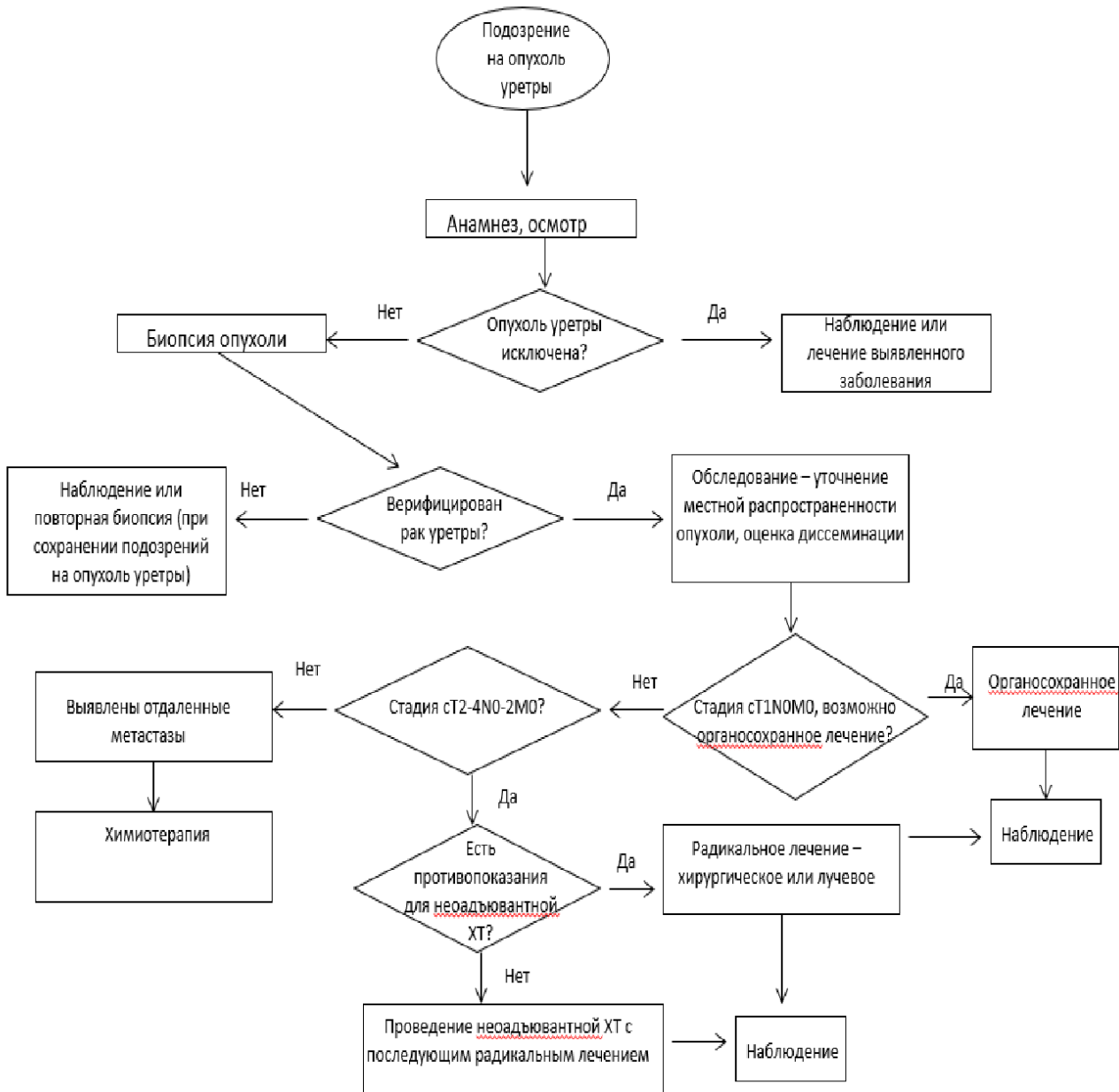
6. Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish taktikasi:

- O'sma o'chog'i va metastazlar hajmini kamaytirish;
- O'sma jarayonining qisman regressiyasiga va barqaror holatga erishish;
- Bemorning hayot sifatini yaxshilash;
- Umr davomiyligini oshirish.

1) Bemorni kuzatish kartasi, bemorni yo'naltirish (sxemalar, algoritmlar)

Asosiy davolash turlari

Uretra saratonini davolash algoritmi



2) Palliativ dori-darmonsiz davolash (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/naczionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):

Rejim:

- **1-rejim (yotoq rejimi)** – operatsiyadan keyingi birinchi sutka;
- **2-rejim (yarim yotoq rejimi)** – operatsiyadan keyingi 2–3-sutkalar;
- **3-rejim (umumiy)** – erkin rejim;
- **Dieta** – 7-raqamli stol.

Transfuzion qo‘llab quvvatlash.

- Transfuzion terapiya uchun ko'rsatmalar, birinchi navbatda, har bir bemor uchun yoshi, hamroh kasalliklari, kimyoterapiyaning tolerantligi va davolashning oldingi bosqichlarida asoratlarning rivojlanishini hisobga olgan holda individual ravishda klinik ko'rinishlar bilan belgilanadi.
- Ko'rsatmalarni aniqlash uchun laboratoriya parametrlari yordamchi ahamiyatga ega bo'lib, ular asosan rombotsitlar konsentratini profilaktik quyish zarurligini baholash uchun qo'llaniladi.

Transfuziyalarga ko'rsatmalar, shuningdek, kimyoterapiya kursidan keyingi vaqtga bog'liq – keyingi bir necha kun ichida ko'rsatkichlarning taxmin qilingan pasayishi hisobga olinadi.

Eritrotsitar massa/aralashmasi:

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

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

Trombotsitlar konsentratini:

- Trombotsitlar darajasining $10 \times 10^9/l$ dan pasayishi yoki terida gemorragik toshmalarning paydo bo'lishida (petexiyalar, ko'karishlar) aferez trombotsitlarni profilaktik transfuziyasi o'tkaziladi;
- Isitma bilan, invaziv aralashuv rejalashtirilayotgan bemorlarga yuqoriroq darajada ham ($20 \times 10^9/l$) aferez trombotsitlar bilan profilaktik transfuziya o'tkazilishi mumkin;
- Petexial-dog'li tipdagi gemorragik sindrom (burun, milkdan qon ketish, meno-, metrorragiya, boshqa lokalizatsiya qon ketishlari) mavjud bo'lganda, trombotsitlar konsentratini quyish davolash maqsadida amalga oshiriladi.

Yangi muzlatilgan zardob:

- YaMZ ni transfuziyasi qon ketishli bemorlarda yoki invaziv muolajalar o‘tkazishdan oldin o‘tkaziladi.
- MNO ≥ 2.0 bo‘lgan bemorlar (neyrojarrohlik aralashuvlarida ≥ 1.5) invaziv muolajalarni rejalashtirishda YaMZ quyish uchun nomzod sifatida ko‘riladi. Rejali amaliyotlarda amaliyotdan kamida 3 kun oldin fitomenadion 30 mg/sut dan kam bo‘lmagan dozada vena ichiga yoki ichishga buyurilishi mumkin.

3) Palliativ medikamentoz davolash

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

Stasionar sharoitda davolash 24 soatlik yoki kunduzgi stasionar muassasalarda amalga oshiriladi. Faqat in‘eksiya yo‘li bilan yuboriladigan preparatlar qo‘llaniladi.

Mahalliy tarqalgan va metastatik nooperabel uretra saratonida davo tadbirlari

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra saratonida tizimli sitotoksik davoga qarshi ko‘rsatma bo‘lmaganda kimyoterapiya buyurish tavsiya qilinadi [18, 23, 36].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra saratonida kimyoterapiya rejimini o‘sma gistologik tuzilishiga asoslangan holda tanlash tavsiya qilinadi [18, 23, 36].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra o‘tuvchi hujayrali (uretral) saratonida quyidagi kimyoterapiya rejimlarini qo‘llash tavsiya qilinadi :

Sisplatin qo‘llashga qarshi karshi ko‘rsatma bo‘lmaganda**:

- **M-VAC** (#metotreksat** 30 mg/m² vena ichiga (v/i) tomchilab 1, 15, 22-kunlar, #vinblastin** 3 mg/m² v/i tomchilab, 2, 15, 22-kunlar, #doksorubitsin** 30 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun va #sisplatin** 70 mg/m² v/i tomchilab, 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[26,27](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 3)

- **MCV** (#metotreksat** 30 mg/m², v/i tomchilab, 1, 8 kunlar, #vinblastin** 4 mg/m² v/i tomchilab, 1, 8 kunlar va #sisplatin** 100 mg/m², v/i tomchilab, 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[28](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S(dalil ishonchlilik darajasi – 4)

- **GC** (gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1, 8, 15 kunlar, #sisplatin** v/i tomchilab, 70 mg/m² 2-kun, har 28-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[26, 29](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1- va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar , #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[29 - 31](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Sisplatinga qarshi ko‘rsatma mavjud bemorlarga karboplatin asosidagi rejimlar tavsiya qilinadi:

CarboGem (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab , 1- va 8-kunlar, #karboplatin** AUC 4-5 v/i tomchilab, 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[32-35](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- O‘tuvchi hujayrali (urotelial) saraton mavjud bemorlarga, 4–6 sikl platina asosidagi vositalar bilan kimyoterapiya o‘tkazilgandan keyin o‘sma nazoratiga erishilgandan keyin (to‘liq , qisman javob yoki stabilizatsiya) avelumab (10 mg/kg yoki 800 mg v/i tomchilab, har 2 haftada) bilan ushlab turuvchi immunoterapiya o‘tkazish tavsiya qilinadi. Davo kasallik progressiyasi yoki ko‘tarolmaydigan toksiklik kuzatilgunga qadar o‘tkaziladi [37, 38].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – A (dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra yassi hujayrali saratoni yoki adenokarsinomasida quyidagi kimyoterapiya rejimlarini qo‘llash tavsiya qilinadi :

Pri otsutstvii protivopokazaniy k naznacheniyu sisplatina**:

- Sisplatin qo‘llashga qarshi karshi ko‘rsatma bo‘lmaganda**:
- **GTC** (#gemsitabin** 1000 mg/m² v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #paklitaksel** 80 mg/m², v/i tomchilab 1-va 8-kunlar, #sisplatin** 70 mg/m², v/i tomchilab 2-kun, har 21-kun, kurs 4–6 siklgacha o‘tkaziladi) [[29-31](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- #sisplatin** ga qarshi ko‘rsatma bo‘lganda uni #karboplatin** ga almashtirish tavsiya qilinadi (v/i tomchilab , AUC 4–5, har 21 kunda) [[32-35](#)].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – V(dalil ishonchlilik darajasi – 2)

- Nooperabel mahalliy tarqalgan va disseminirlangan uretra saratonida har 2–3 davolash kursidan keyin kimyoterapiya samarasini baholash maqsadida nazorat tekshiruvini o‘tkazish tavsiya qilinadi. Tekshiruv hajmi metastatik o‘choqlar joylashuviga ko‘ra individual ravishda aniqlanadi [18, 23, 36].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: medikamentoz davo 2-qator dori vositalari standartlari mavjud emas. standartov 2-y linii lekarstvennoy terapii ne suuyestvuet. 2- va keyingi qator o‘smaga qarshi dori vositalari buyurish zaruriyati bo‘lganda qaror individual ravishda qabul qilinadi [18, 23, 36].

O‘zR da qo‘llash uchun ro‘yxatdan o‘tmagan barcha dori vositalari O‘zR hududida ro‘yxatdan o‘tmagan dori vositalaridan foydalanish qoidalariga muvofiq qo‘llanilishi lozim.

Suyak metastazlarida quyidagilarning qo‘llanilishi asoslangan:

Zoledron kislotasi – v/i tomchilab 15 daqiqa davomida **4 mg**, har **3–4 haftada bir marta**, suyak asoratlari rivojlanish xavfini kamaytirish uchun.

Osteoporoz bilan og‘rigan bemorlarda bu dori **har uch oyda bir marta 1 marta in‘eksiya** tarzida qo‘llanilishi mumkin.

4. Jarrohlik amaliyoti

Siydik pufagi saratoni bilan kasallangan bemorlarda palliativ operatsiyalar

Ko‘rsatmalar:

1. Uretra o‘smasidan hayot uchun xavfli qon ketishlar;
2. O‘tkir siydik ushlanishi;
3. Yuqori siydik yo‘llaridan siydik chiqishi buzilishi va buyrak yetishmovchiligi, o‘tkir obstruktiv piyelonefrit;
4. Hamroh kasalliklar (yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, endokrin tizimi kasalliklari va boshqalar).

Qon ketishni to‘xtatish maqsadida qo‘llaniladi:

1. O‘smaga nisbatan **TUR (transuretral rezektsiya)** va qon ketishni to‘xtatish;
2. **Ichki chanoq arteriyalarini bog‘lash yoki embolizatsiya qilish.**

Yuqori siydik yo‘llaridan siydik chiqishi buzilganda amalga oshiriladi:

1. **Teridan punksiya yo‘li bilan epitsistostomiya / nefrostomiya;**
2. **Ochiq epitsistostomiya / nefrostomiya;**
3. **Ureterokutaneostomiya;**
4. **Siydikni ingichka ichakning izolyatsiyalangan segmentiga chiqarish (Briker operatsiyasi va boshqalar).**

Nur terapiyasi

Uretra saratoniga chalingan bemorlarda nur terapiyasini mustaqil davolash usuli sifatida qo‘llash tavsiya etilmaydi.

5. Dinamik kuzatuv:

Agar uretra saratonining palliativ dori terapiyasini davom ettirish uchun qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa, **kattalar bemorlariga onkolog vrach kuzatuvida dispanser nazorat va**

zarurat tug'ilganda **og'riqni kamaytiruvchi (shu jumladan narkotik), simptomatik terapiya** tavsiya etiladi.

Kuzatuvda davrida tekshiruvlar hajmi:

- **Sistoskopiya va biopsiya** (organ saqlovchi operatsiyalardan so'ng), to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish;
- **Kichik chanoq a'zolarining MRT;**
- **MSKT** (multispiral KT) – ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolari (imkon bo'lmasa — ko'krak qafasi rentgenografiyasi);
- **Qorin bo'shlig'i, orqa qorin bo'shlig'i va kichik chanoq a'zolarining UTT;**

Ko'rsatmalarga asosan qo'shimcha tekshiruvlar:

- **Osteossintigrafiya** va suyak skeletining zararlangan sohalarining **rentgenografiyasi** (metastaz gumoni bo'lsa).

Laborator tekshiruvlar:

- Umumiy qon tahlili;
- Umumiy siydik tahlili;
- Siydik cho'kmasining sitologik tekshiruvi;

Kuzatuv muddatlari:

- 1-yil – har 3 oyda 1 marta;
- 2-yil – har 6 oyda 1 marta;
- Keyinchalik, umrbod – har yili 1 marta.

6. Palliativ davolash samaradorligini baholash indikatorlari:

- **“O'smaning javobi”** – davolashdan keyin o'smada regressiya:
 - **To'liq effekt** – barcha zararlanish o'choqlari kamida 4 hafta davomida yo'qoladi;
 - **Qisman effekt** – barcha yoki alohida o'smalarda 50 % yoki undan ko'proq kamayish, boshqa o'choqlarda progressiya bo'lmasligi sharti bilan;
 - **Barqarorlik** – o'sma hajmida o'zgarish 50 % dan kam kamayish yoki 25 % dan kam o'sish, yangi o'choqlar yo'q;
 - **Progressiya** – bir yoki bir nechta o'smalarda 25 % dan ko'proq o'sish yoki yangi o'choqlarning paydo bo'lishi (**Ma'lumotlarning ishonchlilik darajasi – A**).
- **Retsidivsiz yashash muddati** (3 va 5 yillik);
- **Hayot sifati** – bemorning ruhiy, emotsional, ijtimoiy va jismoniy holatini o'z ichiga oladi.

7. Og'riqsizlantirish

Surunkali og'riq sindromi bilan kechayotgan uretra saratonida bemorlarda og'riqsizlantirish prinsipi va optimal og'riqqa qarshi davoni tanlash “Palliativ tibbiy

yordamga muhtoj bemorlarda surunkali og‘riq sindromi” klinik tavsiyalariga muvofiq amalga oshiriladi.

Uretra bilan og‘rigan bemorlar uchun hamrohlik terapiyasi:

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda kamqonlikning oldini olish va davolash tamoyillari Rossiya Sog‘liqni saqlash vazirligining klinik tavsiyalar rubrikatorida ye‘lon qilingan "Yomon o‘smalarda kamqonlik" klinik tavsiyalarida ko‘rsatilgan tamoyillarga mos keladi. <https://cr.minzdrav.gov.ru>. [57]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda ko‘ngil aynishi va qusishni davolash va oldini olish tamoyillari "Ko‘ngil aynishi va qayt qilishning oldini olish va davolash" yo‘riqnomasida ko‘rsatilgan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Vladimirova L.Yu., Gladkov O.A., Kogoniya L.M., Koroleva I.A., Semiglazova T.Yu. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-502-511, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-35.pdf>). [58]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda suyak asoratlarini davolash va oldini olish tamoyillari "Yo‘riqli o‘smalarda suyak to‘qimalarining patologiyasini oldini olish va davolash uchun osteomodifikatsiya qiluvchi vositalardan foydalanish" yo‘riqnomasida belgilangan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Manzyuk L.V., Bagrova S.G., Kopp M.V., Kutukova S.I., Semiglazova T.Yu. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-512-520, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-36.pdf>). [59]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda yuqumli asoratlar va febril neytropeniyaning oldini olish va davolash tamoyillari "Isitmali neytropeniyaning yuqumli asoratlarini davolash va koloniyani ogohlantiruvchi omillarni qo‘llash" yo‘riqnomasida belgilangan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Sakaeva D.D., Orlova R.V., Shabaeva M.M. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-521-530, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-37.pdf>). [60]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda gepatotoksiklikning oldini olish va davolash tamoyillari "Gepatotoksiklikni tuzatish" yo‘riqnomasida keltirilgan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Tkachenko P.E., Ivashkin V.T., Maevskaya M.V. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-531-544, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-38.pdf>). [61]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda yurak-qon tomir asoratlarining oldini olish va davolash tamoyillari "O‘smaga qarshi dori terapiyasining yurak-qon tomir toksikligini tuzatish bo‘yicha amaliy tavsiyalar" yo‘riqnomasida belgilangan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Vitsenya M.V., Ageev F.T., Gilyarov M.Yu., Ovchinnikov A.G., Orlova R.V., Poltavskaya M.G., Sycheva Ye.A. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-545-563, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-39.pdf>). [62]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda terining asoratlarini oldini olish va davolash tamoyillari "O‘smaga qarshi dori-darmonlarni qabul qiladigan bemorlarda dermatologik reaksiyalarni dori-darmonlar bilan davolash bo‘yicha amaliy tavsiyalar" ko‘rsatmalarida ko‘rsatilgan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Koroleva I.A., Bolotina L.V., Gladkov O.A., Gorbunova V.A., Kruglova L.S., Manzyuk L.V., Orlova R.V. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-564-574,

<https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-40.pdf>). [63]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda ovqatlanishni qo‘llab-quvvatlash tamoyillari "Saraton bilan og‘rigan bemorlarni oziqlantirish bo‘yicha amaliy tavsiyalar" uslubiy tavsiyalarida belgilangan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Сытов А.В., Leyderman I.N., Lomidze S.V., Nexaev I.V., Xoteev A.J. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-575-583, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-41.pdf>). [64]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda nefrotoksiklikning oldini olish va davolash tamoyillari "Saratonga qarshi dori vositalarining nefrotoksikligini tuzatish bo‘yicha amaliy tavsiyalar" yo‘riqnomasida keltirilgan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Gromova Ye.G., Biryukova L.S., Djumabaeva B.T., Kurmukov I.A. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-591-603, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-44.pdf>). [65]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda tromboembolik asoratlarni oldini olish va davolash tamoyillari "Saraton bilan og‘rigan bemorlarda 39 ta tromboembolik asoratlarni oldini olish va davolash bo‘yicha amaliy tavsiyalar" yo‘riqnomasida ko‘rsatilgan tamoyillarga mos keladi. (avtorlar kollektivi: Somonova O.V., Antux E.A., Yelizarova A.L., Matveeva I.I., Selchuk V.Yu., Cherkasov V.A., DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-604-609, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-45.pdf>). [66]

Uretra saratoni bilan og‘rigan bemorlarda dori vositalarining ekstravazatsiyasi oqibatlarini oldini olish va davolash tamoyillari "O‘smaga qarshi dorilarning ekstravazatsiyasi oqibatlarini davolash bo‘yicha tavsiyalar" ko‘rsatmalarida ko‘rsatilgan tamoyillarga mos keladi. (avtor: Buydenok Yu.V. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-3s2-610-616, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-46.pdf>). [67]

9. Dietoterapiya

Hozirgi vaqtda ovqatlanish omilining uretra saratoni bilan kasallanish xavfiga yoki allaqachon qo‘yilgan uretra saratoni tashxisida kasallik progressiyasi yoki residivlanishi xavfiga ta’sir qilishi to‘g‘risida ishonchli kuzatuv ma’lumotlari mavjud emas.

- Bemorlarning odatdagi ovqatlanishidagi har qanday o‘zgarishlar, agar ular qo‘shma kasalliklarni tuzatish yoki doimiy davolanishning asoratlarini (jarrohlik, medikametozi yoki radiatsiya) bartaraf yetish yoki oldini olish zarurati bilan bog‘liq bo‘lmasa, ovqatlanish rejimi korreksiyasi bilan bog‘liq ishonchli kuzatuv natijalari bo‘lmaganligi sababli tavsiya qilinmaydi [22].

Tavsiya ishonchlilik darajasi – S (dalil ishonchlilik darajasi – 5)

JSST/ECOG bo'yicha bemor umumiy aholi og'irligini baholash shkalasi

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

Manbaa: <https://ecogacrin.org/resources/ecog-performance-status>

Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP: Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 1982, 5(6):649-655

Tip: baholash shkalasi

Qo'llanilishi: Bemorning ish qobiliyati darajasini o'ziga g'amxo'rlik qilish qobiliyati, kundalik faoliyati va jismoniy qobiliyatlari (yurish, ishlash va boshqalar) nuqtai nazaridan tavsiflang).

Ball	Tavsifi
0	Bemor to'liq faol, kasallikdan oldingi kabi hamma narsani qila oladi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 90-100%).
1	Bemor og'ir ishlarni bajara olmaydi, lekin yengil yoki harakasiz ishlarni bajarishi mumkin (masalan, yengil uy yoki ofis ishlari, Karnovskiy shkalasi bo'yicha 70-80%).
2	Bemor ambulatoriya sharoitida davolanadi, o'z-o'zini parvarish qilishga qodir, ammo ishlash qobiliyati cheklangan. U uyg'oq vaqtining 50% dan ortig'ini tik holatda faol o'tkazadi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 50-60%)
3	Bemor chegaralangan darajada o'zini o'zi parvarish qilishga qodir, uyg'oq vaqtining 50% dan ortig'ini kresloda yoki to'shakda o'tkazadi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 30-40%)
4	Nogiron, o'zini o'zi parvarish qila olmaydigan, kreslo yoki to'shakda cheklangan (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 10-20%)

Karnovskiy shkalasi

Haqiqiy nomi: KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Manbaa: Karnofsky DA, Burchenal JH: The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Evaluation of chemotherapeutic agents. edn. Edited by MacLeod C. New York: Columbia University Press; 1949: 191-205.

Tip: baholash shkalasi

Qo'llanilishi: Bemorning ish qobiliyati darajasini o'ziga g'amxo'rlik qilish qobiliyati, kundalik faoliyati va jismoniy qobiliyatlari (yurish, ishlash va boshqalar) nuqtai nazaridan tavsiflang).

Karnovskiy shkalasi

100-Umumiy ahvoli normada, shikoyatlar yo'q .

90- Normal faoliyatga qodir , kichik alomatlar yoki kasallik belgilari mavjud.

80— biroz kuch bilan normal harakat, kichik alomatlar yoki kasallik belgilari mavjud.

70- mustaqil ravishda o'z o'ziga xizmat qiladi, ammo ishlashga qodir yemas.

60- ba'zida yordamga muhtoj, lekin ko'p yehtiyojlarini o'zi qondira oladi.

50- yordam va tibbiy yordamga sezilarli darajada muhtoj.

40-nogiron, maxsus yordamga muhtoj, shu jumladan tibbiy yordam.

30-og'ir nogironlik, kasalxonaga yotqizishga ko'rsatma, garchi o'lim xavfi bo'lmasa ham.

20-Og'ir bemor. Kasalxonaga yotqizish va faol davolash kerak.

10-o'layotgan bemor.

0-o'lim.

Og'riq sindromini vizual-analogik baholash shkala

Haqiqiy nomi : The Numeric Pain Rating Scale Instructions.

Manbaa: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/numeric-pain-rating-scale>;

McCaffery M, Beebe A. Pain: clinical manual for nursing practice. St. Louis:

C.V. Mosby; 1989. P. 158-70.

Tip: baholash shkalasi

Qo'llanilishi: Bemorda og'riq sindromi darajasini tavsiflash.



Yo'riqnoma: Bemorga og'riq darajasini 0 dan 10 gacha bo'lgan shkalada baholagan holda 10 sm li chiziqda belgilash taklif qilinadi.

Kalit: 1–3 ball – kuchsiz og'riq; 4–7 ball – o'rtacha og'riq; 8 ball dan yuqori – kuchli og'riq.

Ilava 5.

- **Solid o'smalarning davoga javobini baholash mezonlari RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors 1.1) [45]**

Manbaa: Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, Dancey J, Arbuck S, Gwyther S, Mooney M, Rubinstein L, Shankar L, Dodd L, Kaplan R, Lacombe D, Verweij J. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer* 2009;45(2):228-47. doi: 10.1016/j.ejca.2008.10.026 [45].

Tip: baholash shkalasi.

Qo'llanilishi: solid o'smalar davoga javobini baholashni unifikatsiyalash.

O'sma javobi	RECIST 1.1
<i>To'liq samara</i>	Qisqa o'q bo'yicha o'smalarning yoki ≥ 10 mm o'lchamli limfa tugunlarining bo'lmasligi
<i>Qisman samara</i>	O'sma o'choqlarining jami ≥ 30 % kichrayishi.
Progressiyalanish	Eng katta o'sma o'choqlarining jami ≥ 20 % ga kattalashishi, ≥ 5 mm absolyut o'sishi bilan, yangi o'choqlarning paydo bo'lishi
Stabilizatsiya	Yuqoridagilardan hech biri kuzatilmasa

- **Solid o'smalarning immunitet orqali javobini baholash mezonlari iRECIST (Immune-Related Response Evaluation Criteria In Solid Tumors) [46]**

Manbaa: Seymour L., Bogaerts J., Perrone A. et al. RECIST working group. *iRECIST: guidelines for response criteria for use in trials testing immunotherapeutics. Lancet Oncol* 2017;18(3):e143–52. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30074-8. Epub 2017 Mar 2 [46].

Tip: baholash shkalasi

Qo'llanilishi: solid o'smalar immunoterapiyaga javobini baholashni unifikatsiyalash.

O'sma javobi	iRECIST
<i>To'liq samara</i>	Qisqa o'q bo'yicha barcha o'smalarning yoki ≥ 10 mm o'lchamli limfa tugunlarining bo'lmasligi
<i>Qisman samara</i>	O'sma o'choqlarining jami ≥ 30 % kichrayishi.
Progressiyalanish	Eng katta o'sma o'choqlarining jami ≥ 20 % ga kattalashishi, ≥ 5 mm absolyut o'sishi bilan, yangi o'choqlarning paydo bo'lishi kasallik progressiyasi belgisi hisoblanmaydi, yangi o'choqlar diametri nishon o'choqlar umumiy diametriga qo'shiladi, o'sma javobini yakuniy baholash 4 haftadan keyin tasdiqlanishini talab qiladi.
Stabilizatsiya	Yuqoridagilardan hech biri kuzatilmasa

Qoʻllanilgan adabiyotlar roʻyxati

1. Gakis G., Witjes J.A., Compérat E. et al. EAU guidelines on primary urethral carcinoma. *Eur Urol* 2013;64(5):823–30.
2. Janisch, Florian; et al., *European Urology Focus*. 5 (5): 722–734. doi:10.1016/j.euf.2019.07.001. ISSN 2405-4569. PMID 31307949.
3. Dayyani F, Hoffman K, Eifel P, Guo C, Vikram R, Pagliaro LC, et al. Management of advanced primary urethral carcinomas. *BJU Int*. 2014 Jul. 114 (1):25-31.
4. Visser O, Adolfsson J, Rossi S, Verne J, Gatta G, Maffezzini M, et al. Incidence and survival of rare urogenital cancers in Europe. *Eur J Cancer*. 2012 Mar. 48(4):456-64.
5. Medina Pérez M., Valero Puerta J., Sánchez González M. et al. Squamous carcinoma of the male urethra, its presentation as a scrotal abscess. *Arch Esp Urol* 1999;52:792–4.
6. Van de Voorde W., Meertens B., Baert L., Lauweryns J. Urethral squamous cell carcinoma associated with urethral stricture and urethroplasty. *Eur J Surg Oncol* 1994;20(4):478–83.
7. Sawczuk I., Acosta R., Grant D., White R.D. Post urethroplasty squamous cell carcinoma. *N Y State J Med* 1986;86(5):261–3.
8. Colapinto V., Evans D.H. Primary carcinoma of the male urethra developing after urethroplasty for stricture. *J Urol* 1977;118(4):581–4.
9. Mohanty N.K., Jolly B.B., Saxena S., Dawson L. Squamous cell carcinoma of perineal urethrostomy. *Urol Int* 1995;55(2):118–9.
10. Mohan H., Bal A., Punia R.P., Bawa A.S. Squamous cell carcinoma of the prostate. *Int J Urol* 2003;10(2):114–6.
11. Arva N.C., Das K. Diagnostic dilemmas of squamous differentiation in prostate carcinoma case report and review of the literature. *Diagn Pathol* 2011;6:46.
12. Zhang M., Adeniran A.J., Vikram R. et al. Carcinoma of the urethra. *Hum Pathol* 2018;72:35–44.
13. Thomas A.A., Rackley R.R., Lee U. et al. Urethral diverticula in 90 female patients: a study with emphasis on neoplastic alterations. *J Urol* 2008;180(6):2463–7.
14. Libby B., Chao D., Schneider B.F. Non-surgical treatment of primary female urethral cancer. *Rare Tumors* 2010;2(3):e55.
15. Altman D., Rogers R.G., Yin L. et al. Cancer risk after midurethral sling surgery using polypropylene mesh. *Obstet Gynecol* 2018;131(3):469–74.
16. WHO Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs (IARC WHO Classification of Tumours). Eble J.N., Sauter G., Epstein J., Sesterhenn I. (eds.) Lyon, 2004.
17. TNM classification of malignant tumors. Ed. J.D. Brierley et al. Wiley/Blackwell, 2017.
P. 208.
18. Gridneva Ya.V. Diss ... kand. med. nauk «Zlokachestvennyye novoobrazovaniya mocheispuskatel'nogo kanala (klinika, diagnostika, lechenie)». M., 2005.

19. EAU Guidelines on primary urethral carcinoma (2022) [Elektronnyy resurs] // European Association of Urology: [sayt]. URL: <https://uroweb.org/guideline/primary-urethral-carcinoma/>(data obrasheniya: 16.02.2022).
20. Touijer A.K., Dalbagni G. Role of voided urine cytology in diagnosing primary urethral carcinoma. *Urology* 2004;63(1):33–5.
21. Barkan G.A., Wojcik E.M., Nayar R., Savic-Prince S., Quek M.L., Kurtycz D.F.I., Rosenthal D.L. The Paris System for Reporting Urinary Cytology: The Quest to Develop a Standardized Terminology. *Acta Cytol* 2016. 60(3): 185–97.
22. Del Gaizo A., Silva A.C., Lam-Himlin D.M. et al. Magnetic resonance imaging of solid urethral and peri-urethral lesions. *Insights Imaging*. 2013;4(4):461–469.
23. Gakis G., Morgan T.M., Efstathiou J.A. et al. Prognostic factors and outcomes in primary urethral cancer: results from the international collaboration on primary urethral carcinoma. *World J Urol*. 2016;34(1):97-103.
24. Gridneva Ya.V. Diss ... kand. med. nauk «Zlokachestvennyye novoobrazovaniya mocheispuskatelnogo kanala (klinika, diagnostika, lechenie)». M., 2005.
25. EAU Guidelines on primary urethral carcinoma (2022) [Elektronnyy resurs] // European Association of Urology: [sayt]. URL: <https://uroweb.org/guideline/primary-urethral-carcinoma/>(data obrasheniya: 16.02.2022).
26. Ochi T., Ozawa A., Tanji N. et al. Gemcitabine and cisplatin therapy in advanced or metastatic urothelial cancer: comparison of side effect with MVAC (methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin). *Nihon Hinyokika Gakkai zasshi. The Japanese Journal of Urology* 2006;97(6):777–81.
27. Dayyani F., Pettaway C.A., Kamat A.M. et al. Retrospective analysis of survival outcomes and the role of cisplatin-based chemotherapy in patients with urethral carcinomas referred to medical oncologists. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations. Elsevier*. 2013;31(7):1171-1177.
28. Matveev V.B., Grineva Ya. V. Rezultaty kombinirovannogo i lucheвого lecheniya raka uretry. *Onkourologiya* 2006;3:40–44.
29. Bellmunt J., von der Maase H., Mead G.M. et al. Randomized phase III study comparing paclitaxel/cisplatin/gemcitabine and gemcitabine/cisplatin in patients with locally advanced or metastatic urothelial cancer without prior systemic therapy: EORTC Intergroup Study 30987. *Journal of Clinical Oncology*. 2012;30(10):1107-13.
30. Bellmunt J. et al. Phase I-II study of paclitaxel, cisplatin, and gemcitabine in advanced transitional-cell carcinoma of the urothelium // *Journal of clinical oncology*. – 2000. – T. 18. – №. 18. – S. 3247-3255.
31. Bellmunt J. et al. Gemcitabine/paclitaxel-based three-drug regimens in advanced urothelial cancer // *European journal of cancer*. – 2000. – T. 36. – S. 17-25.
32. De Santis M., Bellmunt J., Mead G. et al. Randomized phase II/III trial assessing gemcitabine/carboplatin and methotrexate/carboplatin/vinblastine in patients with advanced urothelial cancer “unfit” for cisplatin-based chemotherapy: phase II—results of EORTC study 30986. *Journal of Clinical Oncology*. 2009;27(33):5634-9.

33. Kim Y.R., Lee J.L., You D. et al. Gemcitabine plus split-dose cisplatin could be a promising alternative to gemcitabine plus carboplatin for cisplatin-unfit patients with advanced urothelial carcinoma. *Cancer chemotherapy and pharmacology*. 2015;76(1):141-153.
34. Izumi K, Iwamoto H., Yaegashi H. et al. Gemcitabine Plus Cisplatin Split Versus Gemcitabine Plus Carboplatin for Advanced Urothelial Cancer With Cisplatin-unfit Renal Function. *In vivo* 2019;33(1):167-172.
35. Holmsten K., Jensen N.V., Mouritsen L.S. Vinflunine/gemcitabine versus carboplatin/gemcitabine as first-line treatment in cisplatin-ineligible patients with advanced urothelial carcinoma: A randomised phase II trial (VINGEM). *Eur J Cancer*. 2019 Oct 21. pii: S0959-8049(19)30726-9. doi: 10.1016/j.ejca.2019.08.033
36. Gakis G., Morgan T. M., Daneshmand S. et al. Impact of perioperative chemotherapy on survival in patients with advanced primary urethral cancer: results of the international collaboration on primary urethral carcinoma. *Annals of Oncology*. 2015;26(8):1754-1759
37. Powles, T., et al. Avelumab Maintenance Therapy for Advanced or Metastatic Urothelial Carcinoma. *N Engl J Med*, 2020;383:1218.
38. Novakovic AM, Wilkins JJ, Dai H, Wade JR, Neuteboom B, Brar S, Bello CL, Girard P, Khandelwal A. Changing Body Weight-Based Dosing to a Flat Dose for Avelumab in Metastatic Merkel Cell and Advanced Urothelial Carcinoma. *Clin Pharmacol Ther*. 2020 Mar;107(3):588- 596.
39. Matveev V.B., Grineva Ya. V. Результаты комбинированного и лучевого лечения рака уретры. *Onkourologiya* 2006;3:40–44.
40. Bajorin DF, Witjes JA, Gschwend JE, et al. First results from the phase 3 CheckMate 274 trial of adjuvant nivolumab versus placebo in patients who underwent radical surgery for high-risk muscle-invasive urothelial carcinoma. Oral presentation at the 2021 Genitourinary Cancers Symposium (ASCO GU); February 11–13, 2021; Virtual Meeting.
41. Hussein A., Benedetto P., Sridhar K. Chemotherapy with cisplatin and 5-fluorouracil for penile and urethral squamous cell carcinomas. *Cancer*. 1990 Feb 1;65(3):433-8.
42. Cohen M.S., Triaca V., Billmeyer B. et al. Coordinated chemoradiation therapy with genital preservation for the treatment of primary invasive carcinoma of the male urethra. *J Urol* 2008;179(2):536–41; discussion 541.
43. Hara I., Hikosaka S., Eto H. et al. Successful treatment for squamous cell carcinoma of the female urethra with combined radio- and chemotherapy. *Int J Urol* 2004;11(8):678–82.
44. Coop H. et al. Radical chemoradiotherapy for urethral squamous cell carcinoma: Two case reports and a review of the literature // *Case Reports in Urology*. – 2013. – T. 2013.
45. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, Dancey J, Arbuck S, Gwyther S, Mooney M, Rubinstein L, Shankar L, Dodd L, Kaplan R, Lacombe D, Verweij J. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer* 2009;45(2):228-47. doi: 10.1016/j.ejca.2008.10.026
46. Seymour L., Bogaerts J., Perrone A. et al. RECIST working group. iRECIST: guidelines for response criteria for use in trials testing immunotherapeutics. *Lancet Oncol* 2017;18(3):e143–52. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30074-8. Epub 2017 Mar 2.

47. Cohen M.S., Triaca V., Billmeyer B. et al. Coordinated chemoradiation therapy with genital preservation for the treatment of primary invasive carcinoma of the male urethra. *J Urol* 2008;179(2):536–41; discussion 541.
48. Hara I., Hikosaka S., Eto H. et al. Successful treatment for squamous cell carcinoma of the female urethra with combined radio- and chemotherapy. *Int J Urol* 2004;11(8):678–82.
49. Kent M., Zinman L., Girshovich L. et al. Combined chemoradiation as primary treatment for invasive male urethral cancer. *J Urol* 2015;193(2):532–7.
50. Silver J.A., Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil* 2013;92:715–27.
51. Hulzebos E.H., Helders P.J., Favie N.J. et al. Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006;296(15):1851–7.
52. Tsimopoulou I., Pasquali S., Howard R. et al. Psychological prehabilitation before cancer surgery: a systematic review. *Ann Surg Oncol* 2015;22(13):4117–23. DOI: 10.1245/s10434-015-4550-z.
53. Santa Mina D., Matthew A.G., Hilton W.J. et al. Prehabilitation for men undergoing radical prostatectomy: a multi-centre, pilot randomized controlled trial. *BMC Surg*. 2014 Nov 13;14:89.
54. Angenete E, Angerås U, Börjesson M, Ekelund J, Gellerstedt M, Thorsteinsdottir T, Steineck G, Haglund E. Physical activity before radical prostatectomy reduces sick leave after surgery - results from a prospective, non-randomized controlled clinical trial (LAPPRO). *BMC Urol*. 2016 Aug 16;16(1):50.
55. Wang W, Huang QM, Liu FP, Mao Q. Effectiveness of preoperative pelvic floor muscle training for urinary incontinence after radical prostatectomy: a meta-analysis. *BMC Urol*. 2014; 14: 99.
56. Azhar RA, Bochner B, Catto J, Goh AC, Kelly J, Patel HD, Pruthi RS, Thalmann GN, Desai M. Enhanced Recovery after Urological Surgery: A Contemporary Systematic Review of Outcomes, Key Elements, and Research Needs. *Eur Urol*. 2016 Jul;70(1):176-187.
57. Shin KY, Guo Y, Konzen B, Fu J, Yadav R, Bruera E. Inpatient cancer rehabilitation: the experience of a national comprehensive cancer center. *Am J Phys Med Rehabil* 2011;90(5):63–S68.
58. Liu B., Domes T., Jana, K. Evaluation of an enhanced recovery protocol on patients having radical cystectomy for bladder cancer. *Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada* 2018;12(12):421–6. Advance online publication.
59. De Almeida E.P.M., De Almeida J.P., Landoni G., Galas F.R.B.G., Fukushima J.T., Fominskiy E., De Brito C.M.M., Hajjar L.A. Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: A randomized controlled trial. *British Journal of Anaesthesia* 2017;119(5):900–7.

60. Hu C, Zhang H, Wu W, et al.: Acupuncture for Pain Management in Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2016;1720239:2016.
61. Silverdale N., Wherry M., Roodhouse A. Massage and reflexology for post-operative cancer cystectomy patients: Evaluation of a pilot service. *Complement Ther Clin Pract* 2019;34:109–12.
62. Shaitelman SF, Cromwell KD, Rasmussen JC, Stout NL, Armer JM, Lasinski BB, Cormier JN. Recent progress in the treatment and prevention of cancer-related lymphedema. *CA Cancer J Clin*. 2015 Jan–Feb;65(1):55-81.
63. Borman R. Lymphedema diagnosis, treatment, and follow-up from the view point of physical medicine and rehabilitation specialists. *Turk J Phys Med Rehab* 2018;64(3):179–197.
64. Muzi JL, Look RM., Turner C, Gardiner SK, Wagie T, Douglas J, Sorenson L, Evans L, Kirchner S, Dashkoff C, Garrett K, Johnson N. Low-level laser therapy for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Journal of Clinical Oncology* 30, no. 15_suppl (May 2012) 9019-9019.
65. Horgan S., O'Donovan A. The Impact of Exercise during Radiation Therapy for Prostate Cancer on Fatigue and Quality of Life: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, June 2018 Volume 49, Issue 2, Pages 207–219.
66. Segal RJ, Reid RD, Courneya KS, Sigal RJ, Kenny GP, Prud'Homme DG, et al. Randomized controlled trial of resistance or aerobic exercise in men receiving radiation therapy for prostate cancer. *J Clin Oncol* 2009;27:344-51.
67. Swarm R., Abernethy A.P., Anghelescu D.L. et al. Adult cancer pain. *J Natl Compr Canc Netw* 2010;8:1046–86.
68. Oren R., Zagury A., Katzir O. et al. *Musculoskeletal cancer surgery*. Dordrecht: Springer, 2013. Pp. 583–593.
69. Position statement of the National Lymphedema Network: the diagnosis and treatment of lymphedema. *NLN Medical Advisory Committee* 2011:1–19.
70. Segal R., Zwaal C., Green E. et al. Exercise for people with cancer guideline development G: Exercise for people with cancer: a systematic review. *Curr Oncol* 2017;24(4):e290–315.
71. Boyd C., Crawford C., Paat C.F. et al. Evidence for massage therapy working G: the impact of massage therapy on function in pain populations-a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials: part II, cancer pain populations. *Pain Med* 2016;17(8):1553–68.
72. Mehling W.E., Jacobs B., Acree M. et al. Symptom management with massage and acupuncture in postoperative cancer patients: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2007;33(3):258–66.
73. Kessels E., Husson O., van der Feltz-Cornelis C.M. The effect of exercise on cancer-related fatigue in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018;14:479–94.

74. Bensadoun R.J., Nair R.G. Low-level laser therapy in the management of mucositis and dermatitis induced by cancer therapy. *Photomed Laser Surg* 2015;33(10):487–91.
75. Stout N.L., Baima J., Swisher A.K. et al. A systematic review of exercise systematic reviews in the cancer literature (2005–2017). *PM R* 2017;9(9S2):S347–84.
76. Mustian K.M., Alfano C.M., Heckler C. et al. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. *JAMA Oncol* 2017;3(7):961–8.
77. Kinkead B., Schettler P.J., Larson E.R. et al. Massage therapy decreases cancer-related fatigue: Results from a randomized early phase trial. *Cancer* 2018;124(3):546–54.
78. Streckmann F., Zopf E.M., Lehmann H.C. et al. Exercise intervention studies in patients with peripheral neuropathy: a systematic review. *Sports Med* 2014;44(9):1289–304.
79. Kleckner I.R., Kamen C., Gewandter J.S. et al. Effects of exercise during chemotherapy on chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a multicenter, randomized controlled trial. *Support Care Cancer* 2018;26(4):1019–28.
80. Lee J.M., Look R.M., Turner C. et al. Low-level laser therapy for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *J Clin Oncol* 2012;30(15 suppl):9019.
81. Rick O., von Hehn U., Mikus E. et al. Magnetic field therapy in patients with cytostatics- induced polyneuropathy: A prospective randomized placebo-controlled phase-III study. *Bioelectromagnetics* 2017;38(2):85–94.
82. Kilinc M., Livanelioglu A., Yildirim S.A., Tan E. Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation in patients with peripheral and central neuropathic pain. *J Rehabil Med* 2014;46(5):454–60.
83. Oberoi S., Zamperlini-Netto G., Beyene J. et al. Effect of prophylactic low level laser therapy on oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(9):e107418.
84. Westphal J.G., Schulze P.C. Exercise training in cancer related cardiomyopathy. *J Thorac Dis* 2018;10(suppl 35):S4391–9.
85. Ross M., Fischer-Carlidge E. Scalp cooling: a literature review of efficacy, safety, and tolerability for chemotherapy-induced alopecia. *Clin J Oncol Nurs* 2017;21(2):226–33.