

## ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОНИ БЕМОРЛАРИДА ҚОВУҚ ГИПЕРФАОЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ТАДҚИҚОТ ГУРУҲЛАРИ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ ВА УРОЛОГИК СИМПТОМЛАР ДИНАМИКАСИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Д. З. Мамарасулова, Э. Б. Ахмаджанов, Ж. Д. Махаматжанов

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** простата бези саратоми, гиперфаол ковуқ, андроген деприватив терапия, простата специфик антигени (ПСА), Глиссон шкаласи, ISUP, хавф гуруҳи.

**Ключевые слова:** рак предстательной железы, гиперактивный мочевого пузыря, андроген-депривационная терапия, простат-специфический антиген (ПСА), шкала Глисона, ISUP, стратификация риска.

**Key words:** prostate cancer, overactive bladder, androgen deprivation therapy, prostate-specific antigen (PSA), Gleason score, ISUP grading, risk stratification, comorbidity.

Кириш. Простата бези саратоми (ПБС) эракларда кенг тарқалган онкологик касалликлардан бўлиб, ковуқнинг гиперфаоллиги (ҚГФ) билан кечганда беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли пасайтиради. Мақсад. ПБС ва ҚГФ бирга кузатиладиган беморларда турли клиник гуруҳларнинг (асосий, назоратва ҚГФ терапиясиз АДТ) бошланғич клиник-демографик ҳамда ўсмага оид хусусиятларини қиёсий баҳолаш ва уларнинг таққосланувчанлигини асослаш. Материал ва усуллар. Тадқиқотда 3 гуруҳ иштирок этди: асосий гуруҳ (n=65), назорат гуруҳи (n=55) ва ҚГФ терапиясиз андроген терапия (АДТ) гуруҳи (n=30). Гуруҳларда ёш, тана вазни индекси, ҳамроҳ соматик патология (АСЕ-27), турмуш тарзи омиллари, ПСА даражалари ва простата ҳажми, шунингдек ўсма локализацияси, T/N таснифи, Глиссон шкаласи, ISUP градацияси ва хавф гуруҳлари таҳлил қилинди. Категориал маълумотлар Пирсон  $\chi^2$  тести билан баҳоланди. Натижалар. Уч гуруҳда ёш кўрсаткичлари ўхшаш бўлиб, статистик аҳамиятли фарқ аниқланмади ( $p>0,05$ ). Тана вазни индекси тақсимоти, ҳамроҳ патологиялар, камҳаракат турмуш тарзи, чекиш ва алкоголь истеъмоли бўйича гуруҳлар ўртасида ишончли фарқлар қайд этилмади. ПСА диапазонлари ва простата ҳажми бўйича ҳам гуруҳлар таққосланувчан ( $\chi^2=3,233$ ;  $p=0,919$ ). Ўсманинг локализацияси, T/N босқичи, Глиссон ва ISUP, хавф гуруҳлари бўйича фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас ( $p>0,05$ ), бу танловнинг бир хиллигини тасдиқлайди. Хулоса. Тадқиқот гуруҳлари демографик, клиник ва ўсма параметрлари бўйича асосан бир хил бўлиб, кейинги босқичларда даволаш стратегияларини қиёсий таҳлил қилиш учун методологик жиҳатдан старлича таққосланувчан ҳисобланади.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХАРАКТЕРИСТИК ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ГРУПП И ДИНАМИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д. З. Мамарасулова, Э. Б. Ахмаджанов, Ж. Д. Махаматжанов

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение. Рак предстательной железы является одним из наиболее распространённых онкологических заболеваний у мужчин; при сочетании с синдромом гиперактивного мочевого пузыря существенно ухудшается качество жизни пациентов. Цель. Сопоставить исходные клинико-демографические и опухолевые характеристики исследуемых групп (основная, контрольная и группа АДТ без терапии ГМП) и обосновать их сопоставимость для последующего сравнительного анализа лечебных подходов. Материалы и методы. Обследованы пациенты трёх групп: основная (n=65), контрольная (n=55) и группа андроген-депривационной терапии без терапии ГМП (n=30). Выполнена оценка возраста, индекса массы тела, сопутствующей соматической патологии (АСЕ-27), факторов образа жизни, уровня ПСА и объёма предстательной железы, а также параметров опухоли (локализация, T/N-категории, шкала Глисона, классификация ISUP, стратификация риска). Для категориальных данных применяли критерий  $\chi^2$  Пирсона. Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту ( $p>0,05$ ). Не выявлено статистически значимых различий по распределению ИМТ, сопутствующей патологии и ключевым поведенческим факторам. По диапазонам ПСА и среднему объёму предстательной железы различий также не отмечено ( $\chi^2=3,233$ ;  $p=0,919$ ). Опухолевые характеристики (локализация, T/N, Глисон, ISUP, риск-группы) статистически значимо не различались ( $p>0,05$ ), что подтверждает однородность выборки. Заключение. Исследуемые группы исходно однородны по основным клиническим и опухолевым параметрам и могут рассматриваться как сопоставимые для дальнейшего анализа эффективности лечебных стратегий у пациентов с РПЖ и ГМП.

## COMPARATIVE ANALYSIS OF STUDY-GROUP CHARACTERISTICS AND UROLOGIC SYMPTOM DYNAMICS IN THE TREATMENT OF OVERACTIVE BLADDER IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER

D. Z. Mamarasulova, E. B. Ahmadjanov, J. D. Makhamatjonov

Andijan state medical institute, Andijan, Uzbekistan

Background. Prostate cancer is a leading malignancy in men; when accompanied by overactive bladder (OAB), patients' quality of life is substantially reduced. The objective of the study is to compare baseline clinical-demographic and tumor-related characteristics across study groups (main, control, and androgen deprivation therapy [ADT] without OAB therapy) and to justify their comparability for subsequent evaluation of treatment approaches.

Materials and Methods. Three cohorts were analyzed: main group (n=65), control group (n=55), and ADT without OAB therapy group (n=30). The following variables were assessed: age, body mass index, comorbidity burden (ACE-27), lifestyle factors, PSA categories and prostate volume, as well as tumor parameters (localization, T/N categories, Gleason score, ISUP grading, and risk stratification). Categorical variables were compared using Pearson's chi-square test. Results. The groups were comparable by age ( $p>0.05$ ). No statistically significant between-group differences were observed for BMI distribution, comorbidity profiles, or key lifestyle factors. PSA category distribution and mean prostate volume did not differ across groups ( $\chi^2=3.233$ ;  $p=0.919$ ). Tumor-related characteristics (localization, T/N, Gleason, ISUP, risk groups) were also not significantly different ( $p>0.05$ ), indicating cohort homogeneity. Conclusion. The study cohorts are baseline-homogeneous in key clinical and tumor parameters and can be considered comparable for subsequent analyses of treatment effectiveness in prostate cancer patients with OAB.

**Кириш.** Простата беzi саратонини (ПБСни) даволашнинг турли усуллари бир хил умумий яшовчанлик даражаси билан намоён бўлиши мумкин, лекин аynи пайтда беморларнинг ҳаёт сифати даражасида сезиларли фарқлар кузатилади [1,3,5]. Простата беzi саратонини эркакларда онкологик касалликлар орасида етакчи ўринни эгаллайди ва қовуқнинг гиперфаоллиги, уларнинг жисмоний ҳолати ва психо-эмоционал фаровонлигига таъсир қилиши туфайли, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтиради. Мавжуд даволаш усуллари ҳар доим ҳам самарали эмаслигини ва сезиларли ножўя таъсирга эга бўлиши мумкинлигини ҳисобга олсак, янги тиббий стратегияларни излаш, айниқса турли хил терапевтик ёндашувларни комплекс қўллаш долзарб ҳисобланади [1,9]. Бундан ташқари, тадқиқотнинг долзарблиги ушбу касалликларнинг эркаклар ёш гуруҳи орасида кенг тарқалиши билан таъкидланади. Бу терапия самарадорлигини ошириш ва беморлар учун прогностни яхшилаш учун даволанишга оқилона ва комплекс ёндашувни талаб қилади. Даволашнинг муваффақиятига таъсир қилиши мумкин бўлган прогностик омилларни аниқлаш ва таҳлил қилиш даволашга ёндашувларни оптималлаштиради, уларни янада мақсадли ва индивидуал қилади. Ушбу тадқиқотнинг долзарблиги замонавий соғлиқни сақлашнинг энг муҳим тиббий ва ижтимоий муаммоларидан бири бўлган гиперфаол қовуқ билан биргаликда простата беzi саратонини даволашда янги комплекс ёндашувларни излаш ва ишлаб чиқиш зарурати билан боғлиқ [4,9].

Дунё бўйлаб простата беzi саратонини диагностикаси ва даволаш соҳасида бир қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда, улар қуйидагилардан иборат: простата беzi саратонини ва қовуқнинг гиперфаол синдромини даволашнинг турли комбинацияларини олган беморлар гуруҳларида урофлоуметрик ва цистометрик параметрларнинг ўзгаришини қиёсий таҳлил қилиш, назорат ва экспериментал гуруҳлардаги беморларда андроген деприватив терапиясининг ПСА [6,7,8] даражасига ва простата ҳажми таъсирини баҳолаш, жисмоний машқларнинг дори воситалари билан биргаликда урофлоуметрик ва цистометрик параметрларни яхшилашга, шунингдек симптоматикага таъсирини таҳлил қилиш, таклиф қилинган терапиянинг простата беzi саратонини даволашнинг бевосита натижаларига таъсирини ўрганиш, ушбу тоифадаги беморларда комплекс терапиянинг самарадорлигини йўқлиги ёки пасайтириш хавфини оширадиган прогностик омилларни аниқлаш [8,9] ишонч ҳосил қилиш мақсадида амалга оширилди.

**Материал ва усуллар.** Тадқиқотда 3 гуруҳ иштирок этди: асосий гуруҳ (n=65), назорат гуруҳи (n=55) ва ҚГФ терапиясиз андроген деприватив терапия (АДТ) гуруҳи (n=30). Гуруҳларда ёш, тана вазни индекси, ҳамроҳ соматик патология (ACE-27), турмуш тарзи омиллари, ПСА даражалари ва простата ҳажми, шунингдек ўсма локализацияси, T/N таснифи, Глиссон шкаласи, ISUP градацияси ва хавф гуруҳлари таҳлил қилинди. Категориал маълумотлар Пирсон  $\chi^2$  тести билан баҳоланди.

**Натижалар.** Ушбу мақолада, биз гиперфаол қовуқ синдроми билан оғриган беморларда, уларнинг асосий хусусиятлари ва простата беzi саратонини ўсмалари параметрларининг қиёсий таҳлили ўтказилди. Ўсма локализацияси, ўсма жараёнининг босқичи, метастазларнинг мавжудлиги, Глиссон шкаласи ва ISUP бўйича таснифлаш, шунингдек, саратон ривожланишининг хавф гуруҳи каби параметрларни таҳлил қилинди. Бу гуруҳлар орасида асосий параметрларнинг тақсимланиши бор.

Ушбу жадвалда учта гуруҳга бўлинган тадқиқот иштирокчиларининг асосий демографик ва хулқ-атвор хусусиятларини қиёсий таҳлил қилиш натижалари келтирилган: асосий гуруҳ (n=65), назорат гуруҳи (n=55) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳи (n=30). Асосий ва назорат гуруҳлари иштирокчиларнинг ёши бўйича таққосланадиган бўлиб, ўртача қийматлари мос равишда  $66\pm 5,7$  ва  $65\pm 6,2$  ёшни ташкил этди.

1 жадвал.

Тадкикот гурухларидаги беморларнинг демографик хусусиятлари ва турмуш тарзининг қиёсий таҳлили.

Мезон	Асосий гурух (n=65)			Назорат гурухи (n=55)			ҚГФ терапиясиз АДТ гурухи (n=30)		
	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P
Ёши	66,6±7,37 >0,05			65,02±8,28 >0,05			67,73±4,12 >0,05		
Тана вазни индекси									
18,5данк ам	6	9,23±3,59	c <sup>2</sup> = 38,446; p = 0,000	4	7,27±3,5	c <sup>2</sup> = 27,982; p = 0,000	3	10±5,48	c <sup>2</sup> = 14,000; p = 0,003
18.5–24.9	36	55,38±6,17		30	54,55±6,71		16	53,33±9,11	
25–29.9	18	27,69±5,55		12	21,82±5,57		7	23,33±7,72	
30 дан кўп	5	7,69±3,31		9	16,36±4,99		4	13,33±6,21	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 2,591; p = 0,858								
Ҳамроҳ соматик патология									
Жигар касал- ликлари	13	20±4,96		9	16,36±4,99		4	13,33±6,21	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,694; p = 0,707								
ЮҚТ касал- ликлари	46	70,77±5,64		36	65,45±6,41		20	66,67±8,61	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,417; p = 0,812								
Эндо- крин ти- зими касал- ликлари	31	47,69±6,2		27	49,09±6,74		14	46,67±9,11	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,050; p = 0,975								
Нафас олиш tizими касал- ликлари	18	27,69±5,55		13	23,64±5,73		8	26,67±8,07	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,263; p = 0,877								
АСЕ 27 га кўра ҳамроҳ патологиянинг оғирлиги									
Йўқ	11	16,92±4,65	c <sup>2</sup> = 6,077; p = 0,108	13	23,64±5,73	c <sup>2</sup> = 4,564; p = 0,207	7	23,33±7,72	c <sup>2</sup> = 1,733; p = 0,630
Енгил	17	26,15±5,45		15	27,27±6,01		10	33,33±8,61	
Ўртача	24	36,92±5,99		19	34,55±6,41		8	26,67±8,07	
Оғир	13	20±4,96		8	14,55±4,75		5	16,67±6,8	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 2,337; p = 0,886								
Камҳаракатхаёттарзи									
Ҳа	45	69,23±5,72	c <sup>2</sup> = 9,615; p = 0,002	37	67,27±6,33	c <sup>2</sup> = 6,564; p = 0,010	18	60±8,94	c <sup>2</sup> = 1,200; p = 0,273
Йўқ	20	30,77±5,72		18	32,73±6,33		12	40±8,94	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,801; p = 0,670								
Чекиш									
Чекмага н	40	61,54±6,03	c <sup>2</sup> = 23,846; p = 0,000	35	63,64±6,49	c <sup>2</sup> = 22,836; p = 0,000	19	63,33±8,8	c <sup>2</sup> = 12,600; p = 0,002
Собик чекувчи	10	15,38±4,48		9	16,36±4,99		7	23,33±7,72	
Чекади	15	23,08±5,23		11	20±5,39		4	13,33±6,21	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 1,793; p = 0,774								
Алькоголь истеъмол қилиш									
Ҳа	16	24,62±5,34	c <sup>2</sup> = 16,754; p = 0,000	12	21,82±5,57	c <sup>2</sup> = 17,473; p = 0,000	8	26,67±8,07	c <sup>2</sup> = 6,533; p = 0,011
Йўқ	49	75,38±5,34		43	78,18±5,57		22	73,33±8,07	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,274; p = 0,872								

ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳи учун ўртача ёш  $67 \pm 3,5$  ни ташкил этди. Статистик таҳлил гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар йўқлигини тасдиқлади ( $p > 0,05$ ), бу намуналар ушбу параметрда таққосланадиган эканлигини кўрсатади.

Тана вазни индекси (ТВИ) бўйича иштирокчиларнинг тақсимланиши қуйидагича: ТВИ 18,5 дан кам: асосий гуруҳда 6 (9,2%), назорат гуруҳида 4 (7,2%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 3 (10,0%).

ТВИ 18,5 дан 24,9 гача: асосий гуруҳда 36 (55,4%), назорат гуруҳида 30 (54,5%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 16 (53,3%).

ТВИ 25 дан 29,9 гача: асосий гуруҳда 18 (27,7%), назорат гуруҳида 12 (21,8%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 7 (23,3%).

ТВИ 30 дан ортиқ: асосий гуруҳда 5 (7,7%), назорат гуруҳида 9 (16,4%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 4 (13,3%). Тақдим этилган маълумотларга асосланиб, гуруҳлар ўртасидаги ТВИдаги фарқлар ҳам статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас ( $p > 0,05$ ).

Тана вазни индекси (ТВИ) тўрт тоифада ўрганилди: 18,5 дан кам; 18,5 дан 24,9 гача; 25 дан 29,9 гача; ва 30 дан ортиқ ва ушбу тоифадаги иштирокчиларнинг тақсимланиши статистик жиҳатдан сезиларли фарқларни кўрсатмади ва бу гуруҳларнинг бир хиллигини яна бир бор тасдиқлади.

Турмуш тарзига, шу жумладан кам ҳаракат ҳаёт тарзига, чекиш ва алкогольни истеъмол қилишга келсак, тақсимланиш қуйидагича бўлди:

Кам ҳаракат ҳаёт тарзи: ҳа - 45 (69,2%) асосий гуруҳда, 37 (67,2%) - назорат гуруҳида ва 18 (60%) - ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида кузатилди.

Чекиш: чекмаган - асосий гуруҳда 40 (61,5%), назорат гуруҳида 35 (63,6%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 19 (63,3%) ҳолатда кузатилди. Собиқ чекувчилар мос равишда 10 (15,4%), 9 (16,4%), ва 7 (23,3%) ҳолатни, ҳозирда чекувчилар – мос равишда 15 (23,1%), 11 (20%), ва 4 (13,3%) ҳолатни ташкил этди.

Алькоголни истеъмол қилиш: ҳа – асосий гуруҳда 16 (24,6%) ҳолатда, назорат гуруҳида 12 (21,8%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 8 (26,7%) ҳолатда кузатилди.

Умуман олганда, статистик таҳлил шуни кўрсатдики, ўрганилаётган демографик ва хулқ-атвор хусусиятларига кўра гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқлар мавжуд эмас ( $p > 0,05$ ), бу тадқиқот мақсадлари учун иштирокчилар намуналарининг эквивалентлигини таъкидлайди.

Кам ҳаракат ҳаёт тарзи ва чекиш ҳам урологик саломатликни, ҳам беморларнинг умумий аҳолини сезиларли даражада ёмонлаштириши мумкин. Иккала гуруҳдаги беморларнинг учдан икки қисмига хос бўлган кам ҳаракат ҳаёт тарзи ГФҚ ривожланиши ва кучайшига таъсир кўрсатди.

Иштирокчиларнинг турмуш тарзини, шу жумладан жисмоний фаоллик, чекиш ва алкогольни истеъмол қилиш даражасини баҳолашда ҳам гуруҳлар ўртасидаги статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар аниқланмади ( $p > 0,05$ ). Бу шуни кўрсатадики, АДТнинг тадқиқотчиларни қизиқтирган кўрсаткичларга потенциал таъсирини ўрганиш учун муҳим бўлган хулқ-атвор хавф омиллари жиҳатидан ўрганилган популяциялар таққосланарлидир.

Умуман олганда, маълумотлар иккала тадқиқот гуруҳидаги иштирокчилар профилидаги бир қатор параметрлар бўйича ўхшашликларни кўрсатади. Гуруҳлар ўртасида статистик фарқлар кузатилмади. Жадвалда келтирилган маълумотлар простата беши саратони ва қовуқнинг гиперфаол синдроми билан оғриган беморларни даволашда комплекс ёндашув муҳимлигини таъкидлайди. ГФҚ аломатларини минималлаштириш ва простата беши саратонини муваффақиятли даволаш учун энг яхши шароитларни таъминлаш учун тана массаси индексини назорат қилиш, жисмоний фаоллик даражасини ошириш ва чекиш ва алкогольни истеъмол қилиш каби зарарли одатларни тузатишга алоҳида эътибор қаратиш лозим.

Диссертация иши доирасида тадқиқотга киритилган беморларда простата специфик антигени (ПСА) ва простата ҳажми даражаси таҳлил қилинган қиёсий тадқиқот ўтказилди.

10 нг/мл дан кам ПСА тоифасида асосий гуруҳ 31 (47,7%) ҳолатни, назорат гуруҳи - 27 (49,1%) ҳолатни ва ҚГФ терапия сиз АДТ гуруҳи - 17 (56,7%) ҳолатни кўрсатди.

10 ва 15 нг/мл ўртасидаги ПСА даражаси да асосий гуруҳ 13 (20%) ҳолатни, назорат гуруҳи - 12 (21,8%) ҳолатни, ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳини - 6 (20%) ҳолатни қайд этди.

15 дан 20 нг/мл гача бўлган диапазонда қийматлар асосий гуруҳда 6 (9,2%), назорат гуруҳида 4 (7,3%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 4 (13,3%) ни ташкил қилди.

**Тадқиқот гуруҳларида простата специфик антигени (ПСА) даражаси ва простата ҳажмининг қийсий таҳлили.**

Мезон	Асосийгуруҳ (n=65)			Назоратгуруҳи (n=55)			ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳи (n=30)		
	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P
ПСА									
10 нг/мл дан кам.	31	47,69±6,2	c <sup>2</sup> = 35,231; p = 0,000	27	49,09±6,74	c <sup>2</sup> = 3,091; p = 0,000	17	56,67±9,05	c <sup>2</sup> = 27,667; p = 0,000
10-15 нг/мл.	13	20±4,96		12	21,82±5,57		6	20±7,3	
15-20 нг/мл.	6	9,23±3,59		4	7,27±3,5		4	13,33±6,21	
20-50 нг/мл.	11	16,92±4,65		8	14,55±4,75		2	6,67±4,55	
50 нг/мл дан кўп.	4	6,15±2,98		4	7,27±3,5		1	3,33±3,28	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 3,233; p = 0,919								
Простата ҳажми	67±15,08			66±14,9			64,99±14,38		

20 ва 50 нг/мл ўртасидаги ПСА даражаси асосий гуруҳнинг 11 (16,9%) беморида, назорат гуруҳининг 8 (14,5%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳининг 2 (6,7%) беморида топилди.

50 нг/мл дан ортиқ ПСА асосий гуруҳда 4 (6,2%), назорат гуруҳида 4 (7,3%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 1 (3,3%) беморда кузатилди.

Статистик таҳлил шуни кўрсатдики, ПСА даражалари бўйича гуруҳлар ўртасидаги фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас (p>0,05).

Простата ҳажмининг ўртача қийматлари ҳам гуруҳлар ўртасида ўхшаш бўлиб, асосий гуруҳда 67±35 см<sup>3</sup>, назорат гуруҳида 66±41 см<sup>3</sup> ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 64±34 см<sup>3</sup>ни ташкил этди ва бу статистик жиҳатдан сезиларли фарқларсиз эди (p>0,05).

Тақдим этилган маълумотлардан келиб чиқадики, тадқиқот гуруҳлари ўртасида простата специфик антиген (ПСА) даражаси ва простата ҳажмининг тақсимланиши кўп қийматлар оралиғида таққосланадиган бўлиб, бу параметрлар бўйича ўрганилаётган популяцияларнинг бир хиллигини кўрсатиши мумкин (3 жадвал).

Таҳлил куйидаги параметрларни қамраб олди: ўсманинг локализацияси, Т таснифи бўйича босқичи, метастазларнинг мавжудлиги (N тоифаси), Глиссон шкаласи ва ISUP бўйича таснифлаш, шунингдек, саратон ривожланиш хавфи.

Периферик соҳа ўсмаси асосий гуруҳда 42 (64,6%), назорат гуруҳида 36 (65,4%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 19 (63,3%) иштирокчида аниқланди. Ишонч даражаси статистик жиҳатдан муҳим фарқлар йўқлигини кўрсатади (p>0,05).

Марказий соҳаўсмаси мос равишда 7 (10,8%), 5 (9,1%) ва 2 (6,7%), ҳолатда кузатилиб, бу ҳам аҳамиятлиликни кўрсатмади (p>0,05).

Ўтиш соҳасида ўсма мос равишда 16 (24,6%), 14 (25,5%) ва 7 (23,3%) беморда аниқланди.

T2a асосий гуруҳда 10 (15,4%), назорат гуруҳида 9 (16,4%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 5 (16,7%) беморда аниқланди. T2b беморларининг барча гуруҳларда учраши бир хил бўлди: 12 (18,5%), 11 (20%), ва 6 (20%). T2c босқичининг асосий гуруҳнинг 15 (23,1%), назорат гуруҳининг 14 (25,5%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 8 (26,7%) ҳолатда мавжудлиги, беморларнинг сезиларли қисмида простата доирасидан ташқарига чиқмаган, лекин аъзонинг катта қисмига таъсир қиладиган ўсма мавжудлигини тасдиқлайди. T3a беморлари асосий гуруҳда 17 (26,2%), назорат гуруҳида 12 (21,8%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 6 (20%) ҳолатда кузатилди. T3b босқичи бўлган беморларни рўйхатга олиш асосий гуруҳда 12 (18,5%) беморда, назорат гуруҳида 9 (16,4%) ва ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳида 5 (16,7%) беморларида кузатилди.

Гуруҳлар ўртасидаги маълумотларни таққослаб, Т босқичларининг тақсимланиши статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқларни кўрсатмайди деган хулосага келиш мумкин (p>0,05).

Таҳлил шуни кўрсатдики, ўсма босқичи тадқиқот гуруҳлари ўртасида бир хил тақсим-

3 жадвал.

Турли тадқиқот гуруҳларидаги беморларда ўсма хусусиятлари ва хавф таснифининг қиёсий таҳлили.

Мезон	Асосий гуруҳ (n=65)			Назорат гуруҳи (n=55)			ҚГФ терапиясиз АДТ гуруҳи (n=30)		
	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P
Усма локализацияси									
Периферик соҳа	42	64,62±5,93	c <sup>2</sup> = 30,492; p = 0,000	36	65,45±6,41	c <sup>2</sup> = 27,745; p = 0,000	19	63,33±8,8	c <sup>2</sup> = 14,600; p = 0,001
Марказий соҳа	7	10,77±3,84		5	9,09±3,88		2	6,67±4,55	
Ўтувчи соҳа	16	24,62±5,34		14	25,45±5,87		9	30±8,37	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,628; p = 0,960								
Т									
T2a	10	15,38±4,48	c <sup>2</sup> = 615; p = 0,624	9	16,36±4,99	c <sup>2</sup> = 1,636; p = 0,802	5	16,67±6,8	c <sup>2</sup> = 1,000; p = 0,910
T2b	12	18,46±4,81		11	20±5,39		6	20±7,3	
T2c	15	23,08±5,23		14	25,45±5,87		8	26,67±8,07	
T3a	17	26,15±5,45		12	21,82±5,57		6	20±7,3	
T3b	11	16,92±4,65		9	16,36±4,99		5	16,67±6,8	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,627; p = 1,000								
N									
N-	64	98,46±1,53	c <sup>2</sup> = 61,062; p = 0,000	53	96,36±2,52	c <sup>2</sup> = 47,291; p = 0,000	29	96,67±3,28	c <sup>2</sup> = 26,133; p = 0,000
N+	1	1,54±1,53		2	3,64±2,52		1	3,33±3,28	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,569; p = 0,752								
Шкала Глиссона									
<6	30	46,15±6,18	c <sup>2</sup> = 10,000; p = 0,007	26	47,27±6,73	c <sup>2</sup> = 10,945; p = 0,004	14	46,67±9,11	c <sup>2</sup> = 7,400; p = 0,025
7	25	38,46±6,03		22	40±6,61		13	43,33±9,05	
>8	10	15,38±4,48		7	12,73±4,49		3	10±5,48	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,600; p = 0,963								
ISUP									
1	7	10,77±3,84	c <sup>2</sup> = 9,846; p = 0,043	6	10,91±4,2	c <sup>2</sup> = 10,727; p = 0,030	3	10±5,48	c <sup>2</sup> = 5,000; p = 0,287
2	14	21,54±5,1		13	23,64±5,73		6	20±7,3	
3	22	33,85±5,87		19	34,55±6,41		10	33,33±8,61	
4	12	18,46±4,81		11	20±5,39		7	23,33±7,72	
5	10	15,38±4,48		6	10,91±4,2		4	13,33±6,21	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,844; p = 0,999								
Група риска									
Паст хавф	15	23,08±5,23	c <sup>2</sup> = 5,585; p = 0,134	12	21,82±5,57	c <sup>2</sup> = 5,291; p = 0,152	7	23,33±7,72	c <sup>2</sup> = 1,733; p = 0,630
Оралик хавф	24	36,92±5,99		21	38,18±6,55		10	33,33±8,61	
Юқори хавф	15	23,08±5,23		12	21,82±5,57		8	26,67±8,07	
Ўта юқори хавф	11	16,92±4,65		10	18,18±5,2		5	16,67±6,8	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,390; p = 0,999								

ланган. Бу эса танловнинг адекватлигини ва тадқиқот доирасида даволаш самараларини таққослаш мумкинлигини кўрсатади.

Глиссон шкаласига кўра таснифи (6, 7, 8) ҳам статистик аҳамиятти мавжудлигини кўрсатмади (p>0,05), ва бу гуруҳлар ўртасида хавфли ўсмаларнинг характеристикаларини фарқланмаслигини кўрсатди. Хавф гуруҳлари (жуда юқори хавфдан паст хавфгача) статистик жиҳатдан сезиларли фарқларни кўрсатмади (p>0,05), шунинг учун ушбу параметрларда ўрганилаётган гуруҳларнинг бир хиллиги тасдиқланди.

**Хулоса.** Ушбу натижалар ва муносабатларнинг статистик ишончлилигини таҳлил қилиш (барча кўрсаткичлар бўйича p>0,05) иштирокчилар гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқлар йўқлигини тасдиқлайди. Бу шуни кўрсатадики, ўсманинг локализацияси, унинг босқичи, метастазларнинг мавжудлиги, Глиссон шкаласи бўйича дифференциация даражаси, ISUP таснифи ва саратон хавфи гуруҳи маълум бир гуруҳга мансублигига боғлиқ эмас.

Тақдим этилган жадвалнинг таҳлили простата беши саратонини ҚГФни ҳисобга олган ҳолда урологик даволаш билан биргаликда беморларни парвариш қилишда мултидисип-

линер ёндашув зарурлигини таъкидлайди. Қовуқ детрузорига салбий таъсирни минималлаштирадиган даволаш усуллари танлашга, шунингдек, индивидуал реабилитация дастурини ишлаб чиқишга алоҳида эътибор қаратиш лозим.

**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Akpayak IC, Shuaibu SI, Ofoha CG, Dakum NK, Ramyil VM, Onowa VE, Agbo CA, Nabasu LE, Galam ZZ. Lower urinary tract symptoms in patients with advanced prostate cancer: What are the outcomes of androgen deprivation therapy? *Niger Postgrad Med J.* 2020 Jan-Mar;27(1):49-53.
2. Aleksandra R, Aleksandra S, Iwona R. Erectile Dysfunction in Relation to Metabolic Disorders and the Concentration of Sex Hormones in Aging Men. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jun 21;19(13):7576.
3. Alekseev, B.. (2015). Chemotherapy in the treatment of metastatic prostate cancer: the present state of the problem. *Oncourology.* 11. 108.
4. Alford AV, Brito JM, Yadav KK, Yadav SS, Tewari AK, Renzulli J. The Use of Biomarkers in Prostate Cancer Screening and Treatment. *Rev Urol.* 2017;19(4):221-234.
5. Banapour P, Schumacher A, Lin JC, Finley DS. Radical Prostatectomy and Pelvic Lymph Node Dissection in Kaiser Permanente Southern California: 15-Year Experience. *Perm J.* 2019;23:17-233.
6. Baroni RH. MRI should be routine for all patients with localized prostate cancer? | Opinion: Yes. *IntBraz J Urol.* 2016 Nov-Dec;42(6):1062-1064.
7. Baston C, Preda A, Iordache A, Olaru V, Surcel C, Sinescu I, Gingu C. How to Integrate Prostate Cancer Biomarkers in Urology Clinical Practice: An Update. *Cancers (Basel).* 2024 Jan 11;16(2):316.
8. Dilfuzahon Mamarasulova, Abdulla Abduhakimov, Doniyor Tursunov, Dilbarkhon Urmanbaeva, Oybek Jalolov, Zuhridin Isaev “Comparative Analysis of the Mortality Structure among the Population of Andijan Region for 2016-2018” *J. Cardiovasc Disease Res.,* Vol 11, Issue 2, April June 2020; 11(2): 01- 03
9. DilfuzahonMamarasulova1\* and YuriyAzizov1 « Significance of diagnostic of hpv testing and cytoscopic studies in the aspect of gynecological screening detecting cervical pathology in women»,*BIO Web of Conferences* 65, 05006 (2023) <https://doi.org/10.1051/bioconf/20236505006> EBWFF 2023