

ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОНИДА ДАВОЛАШ МУОЛАЖАЛАРИДАН КЕЙИНГИ НАТИЖАЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ



Ҳаққулов Эркин Бекмирзаевич¹, Алимов Жалолиддин Усмонхон ўғли²

1 - Тошкент давлат тиббиёт университети Чирчиқ филиали,
Ўзбекистон Республикаси, Тошкент вилояти;

2 - Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хаққулов Эркин Бекмирзаевич¹, Алимов Жалолиддин Усмонхон ўғли²

1 - Чирчикский филиал Ташкентского государственного медицинского университета, Республика Узбекистан, Ташкентская область;

2 - Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

COMPARATIVE ANALYSIS OF OUTCOMES AFTER PROSTATE CANCER TREATMENT

Khakkulov Erkin Bekmirzaevich¹, Alimov Jaloliddin Usmonkhon ugli²

1 - Chirchik Branch of Tashkent State Medical University, Tashkent Region, Uzbekistan;

2 - Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

e-mail: shohruh14.95@mail.ru

Резюме. Простата беzi саратони ва қовуқ гиперфаоллиги мавжуд бўлган беморларда 6 ойлик терапиядан кейин олинган маълумотларга асосланиб, қуйидаги ҳулосаларни чиқариш мумкин. Натижалар шуни кўрсатдики, узоқ муддатли даволаш беморларда уродинамик симптомларга ижобий таъсир кўрсатган. Пешоб оқимининг сустлиги, пешоб чиқаришида зўриқиш ва никтурия каби бошқа симптомлар ҳам яхшилланган. Бу қўлланилган терапиянинг самарадорлигини ҳамда ушбу тоифадаги беморларда энг яхши даволаш натижаларига эришиш учун терапевтик чора-тадбирларни мунтазам кузатиб бориш ва заруратга кўра мослаштириш муҳимлигини кўрсатади. 6 ойлик терапиядан кейинги маълумотларни дастлабки кўрсаткичлар ва қисқа муддатли даволашдан кейинги натижалар билан таққослаганда, ҳар икки гуруҳда ҳам симптомлар ифодаланиш даражасининг сезиларли яхшилланганини қайд этиш мумкин. Масалан, қовуқнинг тўлиқ бўшамаслиги симптоми кузатилмаган беморлар улуси 1-гуруҳда 36,9% дан 53,8% гача, 2-гуруҳда эса 23,6% дан 36,4% гача ошган. Ушбу натижалар терапиянинг мазкур тоифадаги беморларда уродинамик бузилишлар белгиларига барқарор ва ижобий таъсир кўрсатишини тасдиқлайди.

Калим сўзлар: простата беzi саратони, андроген-депривацион терапия, гиперфаол қовуқ, уродинамика, қиёсий таҳлил.

Abstract. Based on the data from six months of therapy in patients with prostate cancer and bladder hyperactivity, the following conclusions can be drawn: The results indicate that long-term treatment has had a positive effect on urodynamic symptoms in patients. Other symptoms such as slow urinary flow, straining to urinate and nocturia have improved. This indicates the need to further monitor and adjust therapeutic measures to ensure the effectiveness of the therapy used and to achieve the best treatment outcomes for patients in this category. By comparing the data from the six-month therapy with the baseline and short-term results, we can observe a significant improvement in symptom levels in both groups. For example, the proportion of patients without symptoms of incomplete emptying increased from 36.9% to 53.8% in Group 1 and from 23.6% to 36.4% in Group 2. These results demonstrate the sustained and positive effect of the therapy on signs of urodynamic disturbances in this patient group.

Keywords: Prostate Cancer, androgen deprivation therapy, overactive bladder, urodynamics, comparison.

Муаммонинг долзарблиги. Простата бези саратони бутун дунё бўйича эркаклар орасида энг кўп учрайдиган хавфли ўсмалардан бири бўлиб, ўпка саратонидан кейин иккинчи ўринни эгаллайди. 2018 йилда ушбу касалликнинг 1,2 миллиондан ортиқ янги ҳолати аниқланган ва у тахминан 359 минг нафар беморнинг ўлимига сабаб бўлган. Бу эркаклар ўртасида саратон касалликларидан ўлим ҳолатларининг 3,8%ини ташкил этади. Простата бези саратони ривожланишига энг мойил ёш гуруҳини 66 ёш ва ундан катта эркаклар ташкил этади [5].

Ривожланаётган мамлакатларда касалланиш кўрсаткичининг ортиши аҳолининг ўртача умр кўриш давомийлиги узайиши ва тиббий ёрдамдан фойдаланиш имкониятларининг яхшиланиши билан боғлиқ. Шунингдек, касалланиш даражасининг ошиши турмуш тарзининг ғарблашуви, жумладан семириш, камҳаракат турмуш тарзи ва овқатланиш хусусиятлари билан ҳам боғлиқ [3].

Барча онкологик касалликлардаги каби, простата бези саратонида ҳам муваффақиятли даволаш ва бемор саломатлигини сақлаб қолишнинг муҳим шартларидан бири касалликни эрта аниқлаш ҳисобланади. Бироқ простата бези саратонининг аксарият ҳолатлари секин ривожланиши ва «паст хавфли» ўсма сифатида таснифланиши сабабли, айрим беморларда фаол кузатув тактикасини хавфсиз қўллаш орқали шошилиш даволашдан ва у билан боғлиқ ножўя таъсирлардан қочиш мумкин [6].

Андроген-депривацион терапия метастатик простата бези саратонида кенг қўлланиладиган даволаш усуллари билан бири ҳисобланади. Андроген-депривацион терапия медикаментоз ёки жароҳлик йўли билан амалга оширилиши мумкин бўлиб, андрогенлар ишлаб чиқарилишини сусайтириш ёки андроген рецепторларини блоклашга қаратилган. Андроген-депривацион терапия метастатик простата бези саратони бўлган беморларда симптомларни тез бартараф этиши мумкин бўлса-да, у радикал даволаш усули эмас, балки паллиатив даволаш чораси ҳисобланади [1, 8].

Шуни таъкидлаш лозимки, андроген-депривацион терапия бошланганидан кейин қовуқ фаолиятидаги ўзгаришларнинг клиник намоён бўлиши маълум вақт талаб қилиши табиий ҳолдир. Бу пастки сийдик йўлларидаги структур ва функционал ўзгаришларнинг аста-секин ривожланиши билан боғлиқ [7]. Андроген-депривацион терапия простата бези саратонини даволашнинг асосий усуллари билан бири бўлиб қолаётганлиги сабабли, беморларни кузатиш ва даволаш жараёнида ушбу терапиядан кейин гиперфаол қовуқ синдроми ривожланиш хавфини ҳам ҳисобга олиш зарур [4]. Тадқиқотлар андроген-депривацион терапия қўлланилганда фаол кузатув

тактикасига нисбатан пешоб тута олмаслик хавфи юқорироқ бўлишини кўрсатган.

Айрим Осиё мамлакатларида ўтказилган проспектив тадқиқотларда андроген-депривацион терапия олган простата бези саратони бўлган беморларда простата ҳажмининг камайиши ва урофлоуметрия параметрларининг яхшиланиши ҳисобида пастки сийдик йўллари симптомларининг камайиши қайд этилган [2].

Тадқиқотнинг мақсади. Простата бези саратони бўлган беморларда даволашдан кейинги уродинамик натижаларни қиёсий таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот материаллари 2020–2025 йиллар давомида Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд филиали ҳамда Самарқанд вилоят ҳудудлараро хосписида ўтказилган клиник тадқиқот доирасида тўпланган. Асосий маълумотлар базасига простата бези саратони ташхиси қўйилган ва гиперфаол қовуқ синдроми кўринишидаги коморбид урологик патологияси мавжуд бўлган беморлар ҳақидаги маълумотлар киритилган.

Асосий гуруҳни простата бези саратони ва коморбид урологик патология — гиперфаол қовуқ синдроми мавжуд бўлган 85 нафар бемор ташкил этди. Уларда андроген-депривацион терапия фонида комбинирланган медикаментоз даволаш билан бир қаторда тос туби мушакларини мустаҳкамлашга қаратилган жисмоний машқларни ўз ичига олган комплекс ёрдамчи терапия ўтказилди.

Назорат гуруҳига простата бези саратони ва гиперфаол қовуқ синдроми мавжуд бўлган 75 нафар бемор киритилди. Уларга андроген-депривацион терапия фонида гиперфаол қовуқ синдроми даволаш мақсадида комбинирланган медикаментоз терапия кўринишида комплекс ёрдамчи даволаш ўтказилди. Бундан ташқари, гиперфаол қовуқ синдромига махсус терапия олмасдан, фақат андроген-депривацион терапия қабул қилган 50 нафар бемордан иборат алоҳида қиёсий гуруҳ кузатувга олинди.

Текширув натижалари ва муҳокамаси. Қовуқнинг тўлиқ бўшамаслиги симптоми таҳлил қилинганда, даволашдан олдин ушбу симптомнинг мавжуд эмаслиги (0 балл) асосий гуруҳ беморларининг 12,3%ида, назорат гуруҳида 9,1%ида ва гиперфаол қовуқ синдромига махсус терапия олмаган, фақат андроген-депривацион терапия қабул қилган гуруҳ беморларининг 10,0%ида аниқланди. Симптомнинг жуда сустифодаланиши (1 балл) мос равишда гуруҳ иштирокчиларининг 18,5%, 18,2% ва 16,6%ида кузатилди. Енгил даражада ифодаланган симптомлар (2 балл) эса мос равишда беморларнинг 23,1%, 23,6% ва 22,3%ида қайд этилди.

Жадвал 1. Терапиядан сўнг тадқиқот гуруҳлари ўртасида пешоб чиқариш белгилари кўрсаткичларининг қиёсий таҳлили

давогача	Асосий гуруҳ (n=85)			Назорат гуруҳи (n=75)			Гиперфаол ковуқ терапиясиз андроген деприватив терапияси гуруҳи (n=50)		
	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P
Тўлиқ бўшашиш: Пешоб чиқаришдан кейин ковуқни тўлиқ бўшанмаслик ҳисси кўп кузатилганми? Даводан олдин									
0 – белгининг йўқлиги	8	12,31±4,07	$\chi^2 = 3,400; p = 0,639$	5	9,09±3,88	$\chi^2 = 6,418; p = 0,268$	3	10±5,48	$\chi^2 = 3,200; p = 0,669$
1 - Жуда суст ифодаланган белги	12	18,46±4,81		10	18,18±5,2		5	16,67±6,8	
2 - Енгил ифодаланган белги	15	23,08±5,23		13	23,64±5,73		7	23,33±7,72	
3 - Ўрта ифодаланган белги	12	18,46±4,81		13	23,64±5,73		7	23,33±7,72	
4 - Кучли ифодаланган белги	10	15,38±4,48		8	14,55±4,75		5	16,67±6,8	
5 - Жуда кучли ифодаланган белги	8	12,31±4,07		6	10,91±4,2		3	10±5,48	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,959; p = 1,000								
Частота: Олдинги пешоб чиқаришдан кейин икки соатдан камроқ вақт ўтгач, сиз қанчалик кўп пешоб чиқаришга тўғри келади?									
0 - белгининг йўқлиги	4	6,15±2,98	$\chi^2 = 7,646; p = 0,177$	2	3,64±2,52	$\chi^2 = 9,691; p = 0,084$	1	3,33±3,28	$\chi^2 = 6,400; p = 0,269$
1 - Жуда суст ифодаланган белги	9	13,85±4,28		7	12,73±4,49		3	10±5,48	
2 - Енгил ифодаланган белги	10	15,38±4,48		9	16,36±4,99		5	16,67±6,8	
3 - Ўрта ифодаланган белги	14	21,54±5,1		13	23,64±5,73		7	23,33±7,72	
4 - Кучли ифодаланган белги	13	20±4,96		11	20±5,39		7	23,33±7,72	
5 - Жуда кучли ифодаланган белги	15	23,08±5,23		13	23,64±5,73		7	23,33±7,72	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 1,014; p = 1,000								
Интермиттентлик: Жараён давомида сиз қанчалик кўп тўхтаб, яна бир неча марта пешоб чиқаришни бошладингиз?									
0 - белгининг йўқлиги	7	10,77±3,84	$\chi^2 = 17,985; p = 0,003$	5	9,09±3,88	$\chi^2 = 14,273; p = 0,014$	3	10±5,48	$\chi^2 = 4,400; p = 0,493$
1 - Жуда суст ифодаланган белги	12	18,46±4,81		8	14,55±4,75		4	13,33±6,21	
2 - Енгил ифодаланган белги	16	24,62±5,34		14	25,45±5,87		7	23,33±7,72	
3 - Ўрта ифодаланган белги	20	30,77±5,72		17	30,91±6,23		8	26,67±8,07	
4 - Кучли ифодаланган белги	5	7,69±3,31		6	10,91±4,2		5	16,67±6,8	
5 - Жуда кучли ифодаланган белги	5	7,69±3,31		5	9,09±3,88		3	10±5,48	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 2,410; p = 0,992								

Шошилиничлик: Сизга пешоб чиқаришни кечиктириш қанчалик кўп қийин бўлган?									
0 - белгининг йўқлиги	3	4,62±2,6	$\chi^2 = 13,923; p = 0,016$	2	3,64±2,52	$\chi^2 = 10,782; p = 0,056$	1	3,33±3,28	$\chi^2 = 5,200; p = 0,392$
1 - Жуда суст ифодаланган белги	6	9,23±3,59		7	12,73±4,49		4	13,33±6,21	
2 - Енгил ифодаланган белги	10	15,38±4,48		8	14,55±4,75		5	16,67±6,8	
3 - Ўрта ифодаланган белги	14	21,54±5,1		13	23,64±5,73		7	23,33±7,72	
4 - Кучли ифодаланган белги	15	23,08±5,23		14	25,45±5,87		7	23,33±7,72	
5 - Жуда кучли ифодаланган белги	17	26,15±5,45		11	20±5,39		6	20±7,3	
Р	Пирсоннинг Хи-квадрати = 1,382; p = 0,999								
Суст оқим: Сизда пешобнинг суст оқими қанча кўп кузатилган?									
0 - белгининг йўқлиги	5	7,69±3,31	$\chi^2 = 10,600; p = 0,060$	4	7,27±3,5	$\chi^2 = 12,091; p = 0,034$	2	6,67±4,55	$\chi^2 = 6,400; p = 0,269$
1 - Жуда суст ифодаланган белги	7	10,77±3,84		5	9,09±3,88		3	10±5,48	
2 - Енгил ифодаланган белги	9	13,85±4,28		7	12,73±4,49		4	13,33±6,21	
3 - Ўрта ифодаланган белги	12	18,46±4,81		10	18,18±5,2		5	16,67±6,8	
4 - Кучли ифодаланган белги	14	21,54±5,1		13	23,64±5,73		8	26,67±8,07	
5 - Жуда кучли ифодаланган белги	18	27,69±5,55		16	29,09±6,12		8	26,67±8,07	
Р	Пирсоннинг Хи-квадрати = 0,459; p = 1,000								
Зўриқиш: Пешоб чиқаришни бошлаш учун неча марта зўриқиш ёки кучанишга тўғри келган?									
0 - белгининг йўқлиги	3	4,62±2,6	$\chi^2 = 22,600; p = 0,000$	2	3,64±2,52	$\chi^2 = 14,927; p = 0,011$	1	3,33±3,28	$\chi^2 = 6,400; p = 0,269$
1 - Жуда суст ифодаланган белги	7	10,77±3,84		5	9,09±3,88		4	13,33±6,21	
2 - Енгил ифодаланган белги	16	24,62±5,34		13	23,64±5,73		7	23,33±7,72	
3 - Ўрта ифодаланган белги	21	32,31±5,8		15	27,27±6,01		8	26,67±8,07	
4 - Кучли ифодаланган белги	13	20±4,96		13	23,64±5,73		6	20±7,3	
5 - Жуда кучли ифодаланган белги	5	7,69±3,31		7	12,73±4,49		4	13,33±6,21	
Р	Пирсоннинг Хи-квадрати = 1,983; p = 0,996								
Никтурия: Кечаси ётишдан эрталабгача пешоб чиқариш учун неча марта турдингиз?									
0 - белгининг йўқлиги	4	6,15±2,98	$\chi^2 = 20,385; p = 0,001$	3	5,45±3,06	$\chi^2 = 14,927; p = 0,011$	2	6,67±4,55	$\chi^2 = 6,400; p = 0,269$
1 - Жуда суст ифодаланган белги	6	9,23±3,59		4	7,27±3,5		2	6,67±4,55	
2 - Енгил ифодаланган белги	7	10,77±3,84		8	14,55±4,75		5	16,67±6,8	
3 - Ўрта ифодаланган белги	10	15,38±4,48		10	18,18±5,2		7	23,33±7,72	
4 - Кучли ифодаланган белги	18	27,69±5,55		14	25,45±5,87		6	20±7,3	
5 - Жуда кучли ифодаланган белги	20	30,77±5,72		16	29,09±6,12		8	26,67±8,07	
Р	Пирсоннинг Хи-квадрати = 2,231; p = 0,994								

Пешоб чиқариш частотасини таҳлил қилиш натижаларига кўра, ушбу симптомнинг мавжуд эмаслиги (0 балл) асосий, назорат ва гиперфаол ковуқ синдромига махсус терапия олмаган андроген-депривацион терапия гуруҳларида мос равишда 6,2%, 3,6% ва 3,3% ҳолатда кузатилди.

Беморларда пешоб чиқаришни кечиктириш қийинлашиши билан намоён бўлувчи шошилишч пешоб чиқариш симптоми кузатилмаган ҳолатлар (0 балл) асосий, назорат ва гиперфаол ковуқ синдромига махсус терапия олмаган андроген-депривацион терапия гуруҳларида мос равишда 4,6%, 3,6% ва 3,3% ни ташкил этди.

Ушбу симптомнинг жуда суст ифодаланиши (1 балл) эса мос равишда 9,2%, 12,7% ва 13,3% беморларда қайд этилди.

Пешоб оқимининг сустлашиши кузатилмаган ҳолатлар (0 балл) гуруҳлардаги беморларнинг мос равишда 7,7%, 7,3% ва 6,7% ида аниқланди. Симптомнинг жуда суст ифодаланиши (1 балл) эса 10,8%, 9,1% ва 10,0% беморларда кузатилди.

Пешоб чиқаришни бошлаш учун зўриқиш ёки кучаниш зарурати бўлмаган ҳолатлар (0 балл) асосий, назорат ва гиперфаол ковуқ синдромига махсус терапия олмаган андроген-депривацион терапия гуруҳларида мос равишда 4,6%, 3,6% ва 3,3% беморларда қайд этилди.

Никтурия симптоми таҳлил қилинганда, унинг мавжуд эмаслиги (0 балл) мос равишда беморларнинг 6,2%, 5,5% ва 6,7% ида кузатилди.

Простата бези саратони ва гиперфаол ковуқ синдроми мавжуд бўлган беморларда бир ойлик даволашдан кейин олинган маълумотлар таҳлили қуйидаги натижаларни кўрсатди. Асосий гуруҳда тўлиқ бўшамаслик симптоми қайд этилган беморлар улуши 24,6% ни, назорат гуруҳида эса 16,4% ни ташкил этди. Ушбу маълумотлар терапиядан кейинги симптомлар динамикасини баҳолаш имконини беради.

Икки соатдан кам вақт оралиғида қайта пешоб чиқариш ҳолатлари асосий гуруҳ беморларининг 24,6% ида, назорат гуруҳида эса 14,5% ида қайд этилди. Бу даволашдан кейин пешоб чиқариш частотасидаги ўзгаришларни акс эттирди.

Пешоб чиқаришнинг интермиттентлиги асосий гуруҳда 24,6% ни, назорат гуруҳида эса 27,3% ни ташкил этди. Асосий гуруҳда ушбу кўрсаткичнинг нисбатан паст бўлиши терапия фонида ижобий динамика мавжудлигини кўрсатиши мумкин.

Пешоб чиқариш учун зўриқишга бўлган эҳтиёж асосий гуруҳда 23,1% ни ташкил этган бўлса, назорат гуруҳида ушбу кўрсаткич 14,5% ни ташкил этди. Шунингдек, асосий гуруҳ беморларида пешоб оқимининг сустлашиши 24,6% ҳолатда, назорат гуруҳида эса 18,2% ҳолатда сақланиб қолди. Асосий гуруҳда пешоб чиқариш учун

зўриқишга бўлган эҳтиёж 21,5% беморларда ҳам қайд этилди.

Тунда пешоб чиқариш учун туриш зарурати асосий гуруҳ беморларининг 20,0% ида, назорат гуруҳида эса 23,1% ида кузатилди. Умуман олганда, ушбу маълумотлар таҳлили простата бези саратони бўлган беморларда бир ойлик терапиядан кейин айрим ижобий ўзгаришлар кузатилганини кўрсатади. Шу билан бирга, қўлланилган терапия самарадорлигини тўлиқ баҳолаш, натижалар динамикасини аниқроқ тушуниш ва терапевтик чора-тадбирларни заруратга кўра тузатиш учун беморларни узоқ муддат давомида кузатиш ҳамда қўшимча тадқиқотлар ўтказиш талаб этилади. Бир ойлик терапиядан кейин асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида аниқланган фарқлар қўлланилган даволаш усуллариининг самарадорлигини баҳолашда муҳим аҳамиятга эга бўлиб, оптимал даволаш натижаларига эришиш учун уларни янада чуқурроқ таҳлил қилиш зарур.

Таққослама таҳлил шуни кўрсатдики, уч ойлик терапиядан кейин ковуқнинг тўлиқ бўшамаслиги, пешоб чиқариш частотаси, интермиттентлик, шошилишч пешоб чиқариш, пешоб оқимининг сустлашиши, пешоб чиқаришда зўриқиш ва никтурия каби симптомлар бир ойлик терапиядан кейинги кўрсаткичларга нисбатан ҳар икки гуруҳда ҳам яхшиланган. Бироқ терапевтик таъсир асосий гуруҳда нисбатан яққолроқ намоён бўлган.

Простата бези саратони ва гиперфаол ковуқ синдроми мавжуд беморларда терапия самарадорлиги ҳақидаги маълумотлар батафсил таҳлил қилинганда, уч ойлик даволашдан кейин қуйидаги натижалар қайд этилди.

Асосий гуруҳда уч ойлик терапиядан кейин ковуқнинг тўлиқ бўшамаслиги симптоми мавжуд бўлмаган беморлар улуши 36,9% ни ташкил этди, назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич 23,6% бўлди. Бу асосий гуруҳда қўлланилган терапиянинг ковуқнинг тўлиқ бўшамаслиги симптомини камайитиришда нисбатан самарали эканлигини кўрсатиши мумкин.

Уч ойлик терапиядан кейин олдинги пешоб чиқаришдан икки соат ўтмасдан қайта пешоб чиқариш кузатиладиган беморлар улуши асосий гуруҳда 46,2% ни, назорат гуруҳида эса 30,9% ни ташкил этди. Ушбу кўрсаткичлар ҳар икки гуруҳда пешоб чиқариш частотасининг динамикасини баҳолаш имконини беради.

Асосий гуруҳ беморларида уч ойлик терапиядан кейин ўрта даражада ифодаланган интермиттентлик симптоми 10,8% гача камайди, назорат гуруҳида эса ушбу кўрсаткич 16,4% ни ташкил этди. Бу асосий гуруҳда интермиттентлик билан боғлиқ муаммоларнинг камайиши бўйича ижобий тенденция мавжудлигини кўрсатиши мумкин.

Жадвал 2. Даволанишдан 6 ой ўтгач кузатилган натижалар

Мезон, 6 ой	Асосий гуруҳ (n=85)			Назорат гуруҳи (n=75)			Гиперфаол ковуқ те- рапиясиз андроген деприватив терапияси гуруҳи (n=50)		
	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P	abs	M±m,%	P
Тўлиқ бўшашиш: Пешоб чиқаришдан кейин ковуқни тўлиқ бўшанмаслик ҳисси кўп кузатилганми? 6 ойдан сўнг									
Белгининг йўқлиги	35	53,85±6,18	$\chi^2 = 60,462; p = 0,000$	21	38,18±6,55	$\chi^2 = 30,418; p = 0,000$	11	36,67±8,8	$\chi^2 = 12,400; p = 0,030$
Жуда суст ифодаланган белги	19	29,23±5,64		15	27,27±6,01		7	23,33±7,72	
Енгил ифодаланган бел- ги	5	7,69±3,31		8	14,55±4,75		5	16,67±6,8	
Ўрта ифодаланган белги	4	6,15±2,98		6	10,91±4,2		3	10±5,48	
Кучли ифодаланган бел- ги	2	3,08±2,14		4	7,27±3,5		2	6,67±4,55	
Жуда кучли ифодалан- ган белги	0	0±0		1	1,82±1,8		2	6,67±4,55	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 10,820; p = 0,372								
Частота: Олдинги пешоб чиқаришдан кейин икки соатдан камроқ вақт ўтгач, сиз қанчалик кўп пешоб чиқаришга тўғри келади?									
Белгининг йўқлиги	40	61,54±6,03	$\chi^2 = 78,308; p = 0,000$	24	43,64±6,69	$\chi^2 = 35,000; p = 0,000$	11	36,67±8,8	$\chi^2 = 12,400; p = 0,030$
Жуда суст ифодаланган белги	15	23,08±5,23		12	21,82±5,57		7	23,33±7,72	
Енгил ифодаланган бел- ги	5	7,69±3,31		7	12,73±4,49		3	10±5,48	
Ўрта ифодаланган белги	3	4,62±2,6		6	10,91±4,2		5	16,67±6,8	
Кучли ифодаланган бел- ги	2	3,08±2,14		4	7,27±3,5		2	6,67±4,55	
Жуда кучли ифодалан- ган белги	0	0±0		2	3,64±2,52		2	6,67±4,55	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 12,287; p = 0,266								
Интермиттентлик: Жараён давомида сиз қанчалик кўп тўхтаб, яна бир неча марта пешоб чиқаришни бошладингиз?									
Белгининг йўқлиги	32	49,23±6,2	$\chi^2 = 72,262; p = 0,000$	20	36,36±6,49	$\chi^2 = 24,309; p = 0,000$	9	30±8,37	$\chi^2 = 12,800; p = 0,025$
Жуда суст ифодаланган белги	20	30,77±5,72		11	20±5,39		10	33,33±8,61	
Енгил ифодаланган бел- ги	6	9,23±3,59		12	21,82±5,57		4	13,33±6,21	
Ўрта ифодаланган белги	5	7,69±3,31		7	12,73±4,49		3	10±5,48	
Кучли ифодаланган бел- ги	1	1,54±1,53		3	5,45±3,06		2	6,67±4,55	
Жуда кучли ифодалан- ган белги	1	1,54±1,53		2	3,64±2,52		2	6,67±4,55	
P	Пирсоннинг Хи-квадрати = 11,491; p = 0,321								
Шошилиничилик: Сизга пешоб чиқаришни кечиктириш қанчалик кўп қийин бўлган?									
Белгининг йўқлиги	36	55,38±6,17	$\chi^2 = 72,631; p = 0,000$	23	41,82±6,65	$\chi^2 = 31,945; p = 0,000$	11	36,67±8,8	$\chi^2 = 13,600; p = 0,018$
Жуда суст ифодаланган белги	10	15,38±4,48		13	23,64±5,73		8	26,67±8,07	
Енгил ифодаланган бел- ги	5	7,69±3,31		5	9,09±3,88		2	6,67±4,55	
Ўрта ифодаланган белги	6	9,23±3,59		7	12,73±4,49		4	13,33±6,21	
Кучли ифодаланган бел- ги	5	7,69±3,31		4	7,27±3,5		3	10±5,48	

Жуда кучли ифодаланган белги	3	4,62±2,6		3	5,45±3,06		2	6,67±4,55	
Р	Пирсоннинг Хи-квадрати = 4,582; p = 0,917								
Суст оқим: Сизда пешобнинг суст оқими қанчалик кўп кузатилган?									
Белгининг йўқлиги	39	60±6,08	$\chi^2 = 76,462; p = 0,000$	23	41,82±6,65	$\chi^2 = 31,291; p = 0,000$	11	36,67±8,8	$\chi^2 = 13,600; p = 0,018$
Жуда суст ифодаланган белги	17	26,15±5,45		13	23,64±5,73		8	26,67±8,07	
Енгил ифодаланган белги	3	4,62±2,6		6	10,91±4,2		4	13,33±6,21	
Ўрта ифодаланган белги	4	6,15±2,98		5	9,09±3,88		3	10±5,48	
Кучли ифодаланган белги	2	3,08±2,14		4	7,27±3,5		2	6,67±4,55	
Жуда кучли ифодаланган белги	0	0±0		4	7,27±3,5		2	6,67±4,55	
Р	Пирсоннинг Хи-квадрати = 11,761; p = 0,301								
Зўриқиш: Пешоб чиқаришни бошлаш учун неча марта зўриқиш ёки кучанишга тўғри келган?									
Белгининг йўқлиги	33	50,77±6,2	$\chi^2 = 66,908; p = 0,000$	17	30,91±6,23	$\chi^2 = 12,527; p = 0,028$	10	33,33±8,61	$\chi^2 = 12,000; p = 0,035$
Жуда суст ифодаланган белги	16	24,62±5,34		11	20±5,39		8	26,67±8,07	
Енгил ифодаланган белги	5	7,69±3,31		8	14,55±4,75		4	13,33±6,21	
Ўрта ифодаланган белги	7	10,77±3,84		10	18,18±5,2		5	16,67±6,8	
Кучли ифодаланган белги	3	4,62±2,6		6	10,91±4,2		2	6,67±4,55	
Жуда кучли ифодаланган белги	1	1,54±1,53		3	5,45±3,06		1	3,33±3,28	
Р	Пирсоннинг Хи-квадрати = 9,393; p = 0,495								
Никтурия: Кечаси ётишдан эрталабгача пешоб чиқариш учун неча марта турдингиз?									
Белгининг йўқлиги	36	55,38±6,17	$\chi^2 = 82,969; p = 0,000$	19	34,55±6,41	$\chi^2 = 17,764; p = 0,003$	11	36,67±8,8	$\chi^2 = 13,600; p = 0,018$
Жуда суст ифодаланган белги	16	24,62±5,34		11	20±5,39		8	26,67±8,07	
Енгил ифодаланган белги	3	4,62±2,6		8	14,55±4,75		3	10±5,48	
Ўрта ифодаланган белги	4	6,15±2,98		9	16,36±4,99		4	13,33±6,21	
Кучли ифодаланган белги	5	7,69±3,31		6	10,91±4,2		2	6,67±4,55	
Жуда кучли ифодаланган белги	1	1,54±1,53		2	3,64±2,52		2	6,67±4,55	
Р	Пирсоннинг Хи-квадрати = 12,059; p = 0,281								

Уч ойлик терапиядан кейин пешоб чиқаришни кечиктириш қийин бўлган беморлар улуши асосий гуруҳда 36,9% ни, назорат гуруҳида эса 27,3% ни ташкил этди. Бу простата бези саратони бўлган беморларда мазкур симптомни назорат қилишга қўшимча эътибор қаратиш зарурлигини кўрсатади.

Натижаларга кўра, уч ойлик терапиядан кейин пешоб оқимининг сустлашиши асосий гуруҳ беморларининг 38,5% ида, назорат гуруҳида эса 27,3% ида қайд этилди.

Бу мазкур симптомни бартараф этишда қўлланилаётган даволаш стратегиясини янада такомиллаштириш зарурлигини кўрсатиши мумкин.

Уч ойлик терапиядан кейин пешоб чиқаришни бошлаш учун зўриқиш ёки кучанишга мажбур бўлган беморлар улуши асосий гуруҳда 35,4% ни, назорат гуруҳида эса 23,6% ни ташкил этди. Бу ушбу симптом билан боғлиқ муаммолар беморларнинг муайян қисмида сақланиб қолаётганини кўрсатади.

Уч ойлик терапиядан кейин тунда пешоб чиқариш учун туришга мажбур бўлган беморлар улуши асосий гуруҳда 38,5% ни, назорат гуруҳида эса 29,2% ни ташкил этди. Бу никтурия муаммоси узоқроқ муддатли терапиядан кейин ҳам беморларнинг маълум қисмида сақланиб қолишини кўрсатади.

Ҳар икки гуруҳда ҳам симптомларнинг босқичма-босқич яхшиланиши қайд этилди. Асосий гуруҳда симптомлар кузатилмаган беморлар улуши уч ойлик терапиядан кейинги 36,9% дан олти ойлик терапиядан кейин 53,8% гача ошди. Назорат гуруҳида эса ушбу кўрсаткич 23,6% дан 36,4% гача кўтарилди.

Олдинги пешоб чиқаришдан кейин икки соатдан кам вақт ўтиб қайта пешоб чиқариш билан боғлиқ кўрсаткичларда ҳам динамик ўзгаришлар кузатилди. Жумладан, асосий гуруҳда ушбу кўрсаткич уч ойлик терапиядан кейинги 46,2% дан олти ойдан кейин 61,5% гача, назорат гуруҳида эса 30,9% дан 43,6% гача ўзгарди.

Асосий гуруҳ беморларида олти ойлик терапиядан кейин ўрта даражада ифодаланган интермиттентлик симптоми 49,2% дан 36,9% гача камайди. Назорат гуруҳида эса ушбу кўрсаткич 36,4% дан 27,3% гача пасайди. Бу ҳар икки гуруҳда пешоб чиқаришнинг узилиб-узилиб келиши билан боғлиқ симптомларнинг вақт ўтиши билан камайганини кўрсатади.

Симптомнинг жуда суст ифодаланиши (1 балл) мос равишда 13,8%, 12,7% ва 10,0% беморларда, енгил даражада ифодаланиши (2 балл) эса 15,4%, 16,4% ва 16,6% беморларда қайд этилди.

Пешоб чиқаришнинг узилиб-узилиб келиши, яъни интермиттенция симптомининг мавжуд эмаслиги (0 балл) мос равишда асосий гуруҳ беморларининг 10,8%ида, назорат гуруҳининг 9,1%ида ва гиперфаол қовуқ синдромига махсус терапия олмаган андроген-депривацион терапия гуруҳининг 10,0%ида кузатилди. Ушбу симптомнинг суст ифодаланиши (1 балл) эса мос равишда 18,5%, 14,5% ва 13,3% беморларда қайд этилди.

Шунингдек, шошилиш пешоб чиқариш, пешоб оқимининг сустлашиши, пешоб чиқаришда зўриқиш ва никтурия каби бошқа симптомларда ҳам ижобий динамика кузатилди. Бу қўлланилган терапиянинг самарадорлигини ҳамда ушбу тоифадаги беморларда оптимал даволаш натижаларига эришиш учун терапевтик чоратадбирларни мунтазам назорат қилиш ва заруратга кўра коррекциялаш лозимлигини кўрсатади. Олти ойлик терапиядан кейинги маълумотларни дастлабки кўрсаткичлар ва қисқа муддатли даволашдан кейинги натижалар билан таққослаганда, ҳар икки гуруҳда ҳам симптомларнинг сезиларли даражада камайгани қайд этилди. Масалан, қовуқнинг тўлиқ бўшамаслиги симптоми кузатилмаган беморлар улуши 1-гуруҳда 36,9% дан 53,8% гача, 2-гуруҳда эса 23,6% дан 36,4% гача ошди. Ушбу натижалар терапиянинг мазкур тоифадаги беморларда уродинамик бузилишлар белгиларига узоқ муддатли ва ижобий таъсир кўрсатишини тасдиқлайди.

Простата бези саратони ва гиперфаол қовуқ синдроми мавжуд бўлган беморларда олти ойлик

терапиядан кейин олинган маълумотлар асосида қуйидаги хулосаларни чиқариш мумкин. Натижалар узоқ муддатли даволаш беморларда уродинамик симптомларга ижобий таъсир кўрсатганини кўрсатди. Қовуқнинг тўлиқ бўшамаслиги, пешоб чиқариш частотасининг ошиши, интермиттентлик ва бошқа уродинамик симптомлар кузатилмаган беморлар улуши олти ойлик терапиядан кейин сезиларли даражада ошди.

Вақт ўтиши билан симптомларнинг барқарор равишда камайиши ва беморлар ҳолатининг яхшиланиши кузатилди. Турли кузатув муддатларида олинган маълумотларни таққослаш уродинамик симптомларнинг босқичма-босқич камайиб борганини ва беморларнинг умумий клиник ҳолати яхшиланганини кўрсатди.

Шундай қилиб, олти ойлик терапиядан кейинги натижалар простата бези саратони ва гиперфаол қовуқ синдроми мавжуд бўлган беморларда қўлланилган даволашнинг ижобий самарадорлигини кўрсатади. Олинган ижобий натижалар беморларнинг ҳаёт сифатини ва умумий саломатлик ҳолатини янада яхшилаш мақсадида тадқиқотларни давом эттириш, даволаш самарадорлигини мунтазам баҳолаб бориш ҳамда терапевтик ёндашувларни индивидуаллаштириш зарурлигини асослайди.

Хулоса. Олти ойлик терапиядан сўнг қовуқнинг тўлиқ бўшамаслиги, пешоб чиқариш частотасининг ошиши, интермиттентлик ва бошқа уродинамик симптомлар кузатилмаган беморлар улуши сезиларли даражада ошди. Бу простата бези саратони ва гиперфаол қовуқ синдроми мавжуд бўлган беморларда қўлланилган терапиянинг самарали эканлигини кўрсатади. Олинган ижобий натижалар беморларнинг ҳаёт сифати ва умумий саломатлик ҳолатини янада яхшилаш учун кузатувларни давом эттириш, даволаш самарадорлигини мунтазам баҳолаш ва терапевтик ёндашувларни индивидуаллаштириш зарурлигини кўрсатади.

Адабиётлар:

1. Юсупов Ш.Х. Современные подходы к лечению распространенного рака предстательной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14. Ташкент, 2019. 48 с.
2. Akpayak I.C., Shuaibu S.I., Ofoha C.G., Dakum N.K., Ramyil V.M., Onowa V.E., Agbo C.A., Nabasu L.E., Galam Z.Z. Lower urinary tract symptoms in patients with advanced prostate cancer: What are the outcomes of androgen deprivation therapy? // Nigerian Postgraduate Medical Journal. 2020. Vol. 27, No. 1. P. 49–53.
3. Kopp W. How Western diet and lifestyle drive the pandemic of obesity and civilization diseases // Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity. 2019. Vol. 12. P. 2221–2236.

4. Li J.R., Wang S.S., Chen C.S., Cheng C.L., Hung S.C., Lin C.H., Chiu K.Y. Conventional androgen deprivation therapy is associated with an increased risk of cardiovascular disease in advanced prostate cancer: a nationwide population-based study // PLoS One. 2022. Vol. 17, No. 6. e0270292.
5. Rizk P.J., Kohn T.P., Pastuszak A.W., Khera M. Testosterone therapy improves erectile function and libido in hypogonadal men // Current Opinion in Urology. 2017. Vol. 27, No. 6. P. 511–515. DOI: 10.1097/MOU.0000000000000442. PMID: 28816715. PMCID: PMC5649360.
6. Skowronek J. Brachytherapy in the therapy of prostate cancer — an interesting choice // Contemporary Oncology (Pozn). 2013. Vol. 17, No. 5. P. 407–412.
7. Withrow D., Pilleron S., Nikita N., Ferlay J., Sharma S., Nicholson B., Rebbeck T.R., Lu-Yao G. Current and projected number of years of life lost due to prostate cancer: a global study // Prostate. 2022. Vol. 82, No. 11. P. 1088–1097.
8. Yang P.J., Lin C.W., Lee C.Y., Huang J.Y., Hsieh M.J., Yang S.F. The use of androgen deprivation therapy for prostate cancer leads to a similar rate of subsequent open-angle glaucoma: a population-based cohort study // Cancers (Basel). 2023. Vol. 15, No. 11. Article 2915.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хаккулов Э.Б., Алимов Ж.У.

Резюме. На основании данных, полученных после 6 месяцев терапии у пациентов с раком предстательной железы и гиперактивным мочевым пузырём, можно сделать следующие выводы. Результаты показали, что длительное лечение оказывает положительное влияние на уродинамические симптомы у пациентов. Также отмечено улучшение таких симптомов, как ослабление струи мочи, необходимость натуживания при мочеиспускании и никтурия. Это свидетельствует об эффективности применяемой терапии, а также о необходимости регулярного наблюдения и, при необходимости, коррекции лечебных мероприятий для достижения оптимальных результатов у данной категории пациентов. При сравнении данных после 6 месяцев терапии с исходными показателями и результатами, полученными после краткосрочного лечения, в обеих группах отмечено выраженное улучшение степени проявления симптомов. Например, доля пациентов без ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря увеличилась в 1-й группе с 36,9% до 53,8%, а во 2-й группе — с 23,6% до 36,4%. Полученные результаты подтверждают устойчивое положительное влияние терапии на проявления уродинамических нарушений у данной категории пациентов.

Ключевые слова: рак предстательной железы, андроген-депривационная терапия, гиперактивный мочевой пузырь, уродинамика, сравнительный анализ.