

**TADQIQOT**

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990

Impact Factor: 5.878

---

**JOURNAL OF**  
**REPRODUCTIVE**  
**HEALTH AND**  
**URO-NEPHROLOGY**  
**RESEARCH**

---



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 1

**2021**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-  
нефрологических исследований

# JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный  
медицинский институт

[Tadqiqot.uz](http://Tadqiqot.uz)

Ежеквартальный  
научно-практический  
журнал

---

**N<sup>o</sup> 1**  
**2021**

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990

**Главный редактор:**  
**Chief Editor:**

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2  
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics  
and Gynecology Department No. 2 of the  
Samarkand State Medical Institute

**Заместитель главного редактора:**  
**Deputy Chief Editor:**

**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**

доктор медицинских наук, профессор  
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского  
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor  
Departments of Obstetrics and Gynecology  
Tashkent State Dental Institute

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:**  
**MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:**

**Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес**  
профессор, член Европейского общества  
репродукции человека и эмбриологии  
Prof. Medical Director of the Instituto  
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

**Ramašauskaitė Diana**

профессор, руководитель Вильнюсского центра  
перинатологии, профессор и руководитель клиники  
акушерства и гинекологии при институте клинической  
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of  
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty  
of Medicine, Latvia)

**Аюпова Фариди Мирзаевна**

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1  
Ташкентской медицинской академии.

**Зокирова Нодира Исламовна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры  
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич**

доктор медицинских наук, профессор заведующий  
кафедрой Эндоскопической урологии факультета  
непрерывного медицинского образования  
медицинского института РУДН.

**Негматуллаева Мастура Нуруллаевна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры  
акушерства и гинекологии №2, Бухарского  
медицинского института.

**Окулов Алексей Борисович**

доктор медицинских наук, профессор кафедры  
медицинской репродуктологии и хирургии  
Московского государственного  
медико-стоматологического университета.

**Махмудова Севара Эркиновна**

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии  
факультета последипломного образования  
Самаркандского Государственного медицинского  
института (**ответственный секретарь**)

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:**  
**MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:**

**Boris Chertin**

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric  
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in  
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,  
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский  
факультета ивритского университета)

**Fisun Vural**

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa  
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari  
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета  
естественных наук, учебно-исследовательской  
больницы клиники акушерства и гинекологии.

**Melike Betül Öğütmen**

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji  
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.  
Доцент Университета естественных наук,  
учебно-исследовательской  
больницы клиники нефрологии.

**Аллазов Салах Алазович**

доктор медицинских наук, профессор  
кафедры урологии, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна**

доктор медицинских наук, доцент,  
заведующая кафедрой №2 педиатрии с  
курсом неонатологии, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Локшин Вячеслав Нотанович**

доктор медицинских наук, профессор,  
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской  
ассоциации репродуктивной медицины.

**Никольская Ирина Георгиевна**

доктор медицинских наук, профессор  
ГБУ МО МОНИАГ.

**Шалина Раиса Ивановна**

доктор медицинских наук, профессор  
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического  
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

**Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов**

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Телефон: +998 (94) 404-0000

**Editorial staff of the journals on [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Phone: (+998-94) 404-0000

## СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

### ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

<b>1. Allazov Salah</b> UROLOGIYA SOHASIDA ILMIY IZLANISHLAR ETIKASI (ADABIYOTLAR SHARHI).....	5
<b>2. Agababyan Larisa, Nasirova Zebiniso, Alieva Malika</b> ERTA MENOPAUAZA VA TOMIRLAR ENDOTELIYSI FUNKSIYASINING BUZILISHI (ADABIYOTLAR SHARHI).....	11
<b>3. Agababyan Larisa, Nasirova Zebiniso, Gaybullaeva Zamira</b> REHABILITATION AFTER MEDICAL ABORTION (LITERATURE REVIEW).....	15
<b>4. Аллазов Салах, Камалов Нодир, Мурадова Раиля</b> ЖИТКОСТНЫЕ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЧЕК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	18
<b>5. Закирова Нодира, Жураева Фариза, Сафарова Лола</b> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	22
<b>6. Камалов Нодир</b> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ЖЕНЩИН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	25
<b>7. Raximov Nodir, Karimova Mavluda, Shaxanova Shaxnoza, Bobokulov Siroj, Fayziyev Ilhom</b> TARQALGAN PROSTATА BEZI SARATONINI ZAMONAVIY DAVOLASH KONSEPSIYASI (ADABIYOT SHARHI)....	28
<b>8. Сафаров Алиаскар, Уринов Мухриддин, Сафарова Лола</b> ОСОБЕННОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМ ТИПЕ ОЖИРЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	33

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

<b>9. Абдуллаева Лола, Каттаходжаева Махмуда, Сафаров Алиаскар, Сулайманова Нодира</b> КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МНОГОВОДИЕМ.....	37
<b>10. Агабабян Лариса, Донабоева Зарнигор</b> НОВЫЙ КОРОНАВИРУС COVID-19 И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	42
<b>11. Агабабян Лариса, Азимова Шахноза</b> АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ТРУДАХ АКАДЕМИКА И.З. ЗАКИРОВА.....	46
<b>12. Аллазов Салах, Камалов Нодир</b> УШИВАНИЕ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	49
<b>13. Raximov Nodir, Aslanova Lobar, Davronov Eshboy, Mirzakulov Bunyodjon</b> BUYRAK SARATONINI TARQALISH DARAJASINI BAXOLASHDA NOINVAZIV VIZUALIZASIYA USULLARINI DIAGNOSTIK IMKONIYATLARI.....	54
<b>14. Raximov Nodir, Assatulaev Akmal, Shakhanova Shaknoza, Yusupov Sherali, Fayziev Ilkhom</b> TARQALGAN PROSTATА BEZI SARATONINI DAVOLASHDA XIRURGIK KASTRATSIYA OʻRNI.....	58



# JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616.65-006.6-085.357

**Raximov Nodir Maxammatkulovich**Samarqand Davlat Tibbiyot instituti,  
onkologiya kafedrasida dotsenti, DSc,  
Samarqand, O'zbekiston**Assatulaev Akmal Farxadovich**Samarqand Davlat Tibbiyot instituti,  
onkologiya kafedrasida assistenti,  
Samarqand, O'zbekiston**Shakhanova Shaknoza Shavkatovna**Samarqand Davlat Tibbiyot instituti,  
onkologiya kafedrasida assistenti,  
Samarqand, O'zbekiston**Yusupov Sherali Khasanovich**Respublika onkologiya va radiologiya  
ilmiy amaliy tibbiyot markazi  
Samarqand filiali, Phd, shifokor  
Samarqand, O'zbekiston**Fayziev Ilhom Istamovich**Respublika onkologiya va radiologiya  
ilmiy amaliy tibbiyot markazi  
Samarqand filiali, shifokor  
Samarqand, O'zbekiston**TARQALGAN PROSTATA BEZI SARATONINI DAVOLASHDA XIRURGIK KASTRATSIYA O'RNINI**

**For citation:** Raximov Nodir Maxammatkulovich, Assatulaev Akmal Farxadovich, Shakhanova Shaknoza Shavkatovna, Yusupov Sherali Khasanovich, Fayziev Ilhom Istamovich, The Role Of Surgical Castration In The Procedure Of Prostate Cancer Prostate, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 58-62

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-14>**ANNOTASIYA**

Xozirgi zamonaviy onkologiyada jarrohlik kastratsiya jarayonida ikki tomonlama orxidektomiya operatsiyasini bajarish ruhiy jihatdan maqsadga muvofiq emas deb hisoblanadi. Evropa urologlar assotsiatsiyasining 2008 yildagi tavsiyasiga ko'ra, tarqalgan prostata bezi saratonini davolashning asosiy usuli bo'lib gormonal va nur terapiyasi hisoblanadi. Hozirgi kunda jarrohlik kastratsiyadan keyin bemorlarda kuchli ruhiy buzilishlar kuzatilganligi sababli, gormonal endokrin terapiya usuli ishlab chiqilgan.

**Kalit so'zlar:** Prostata bezi, saraton, xirurgik davolash, kastratsiya, nur terapiyasi, ruhiy buzilishlar.

**Рахимов Нодир Махамматкулович**Самаркандский государственный медицинский институт,  
доцент кафедры онкологии, д.м.н.,  
Самарканд, Узбекистан**Асатуллаев Акмал Фархатович**Самаркандский государственный медицинский институт,  
ассистент кафедры онкологии,  
Самарканд, Узбекистан**Шаханова Шахноза Шавкатовна**Самаркандский государственный медицинский институт,  
ассистент кафедры онкологии,  
Самарканд, Узбекистан**Юсупов Шарали Хасанович**Ташкентский городской филиал  
Республиканского научно-практического

медицинского центра онкологии и радиологии, PhD  
врач. Самарканд, Узбекистан  
**Файзиев Ильхом Истамович**  
Самаркандский филиал Республиканского  
научно-практического медицинского центра  
онкологии и радиологии, врач  
Самарканд, Узбекистан

## РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КАСТРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРОСТАТЫ

### АННОТАЦИЯ

В современной онкологии считается психологически нецелесообразным проведение двусторонней орхидэктомии в процессе хирургической кастрации. Согласно рекомендации Европейской ассоциации урологов от 2008 года, основным методом лечения диссеминированного рака предстательной железы является гормональная и лучевая терапия. В связи с тем, что в настоящее время у пациентов после хирургической кастрации наблюдаются сильные психические расстройства, разработан метод гормональной эндокринной терапии.

**Ключевые слова:** Предстательная железа, рак, хирургическое лечение, кастрация, лучевая терапия, психические расстройства.

**Rakhimov Nodir Makhammatkulovich**

Samarkand State Medical Institute,  
Associate Professor of the Department  
of Oncology, DSc,  
Samarkand, Uzbekistan

**Assatulaev Akmal Farxadovich**

Samarkand State Medical Institute, Associate  
Professor of the Department of Oncology, PhD,  
Samarkand, Uzbekistan

**Shakhanova Shaknoza Shavkatovna**

Samarkand State Medical Institute,  
Assistant of the Department of Oncology,  
Samarkand, Uzbekistan

**Yusupov Sherali Khasanovich**

Tashkent branch of the Republican Scientific  
and Practical Medical Center of Oncology  
and Radiology, PhD, Doctor  
Samarkand, Uzbekistan

**Fayziev Ilkhom Istamovich**

Samarkand branch of the Republican  
Scientific and Practical Medical Center  
of Oncology and Radiology, Doctor  
Samarkand, Uzbekistan

## THE ROLE OF SURGICAL CASTRATION IN THE PROCEDURE OF PROSTATE CANCER PROSTATE

### ANNOTATION

In modern oncology it is considered psychologically inappropriate to perform a bilateral orchidectomy during surgical castration. According to the 2008 recommendation of the European Association of Urology, hormonal and radiotherapy are the main treatments for disseminated prostate cancer. Due to the fact that there are now severe psychiatric disorders in patients after surgical castration, hormonal endocrine therapy has been developed.

**Key words:** Prostate, cancer, surgical treatment, castration, radiation therapy, psychiatric disorders.

O'zbekiston Respublikasida prostata bezi saratoni umumiy onkologik kasalliklar o'rtasida 7 chi- o'rinni egallaydi (ya'ni 6% ni tashkil kiladi) va 60 yoshdan oshgan erkaklarda ko'p uchraydi .

Jarrohlik kastratsiya uzoq yillar davomida tarqalgan prostata bezi saratonining monoterapiyasi sifatida ko'p qo'llaniladigan usul bo'lib kelgan. Jarrohlik kastratsiya 1890 yilda birinchi marta amaliyotda qo'llanilgan bo'lib, shu kunga qadar bu davolash usulidan foydalanib kelinadi [2]. Bundan 40 yil avval esa moyaklarda testesteron gormoni ishlab chiqarilishi aniqlangan. YOshi katta bemorlarda prostata bezi kattalashganda jarrohlik kastratsiyani ko'llash yaxshi natija berganligi, ya'ni 87% bemorlarda prostata bezi atrofiyasi kuzatilgan [1]. Xozirgi zamonaviy onkologiyada jarrohlik kastratsiya jarayonida ikki tomonlama orxidektomiya operatsiyasini bajarish ruhiy jihatdan maqsadga muvofiq emas deb hisoblanadi. Evropa urologlar assotsiatsiyasining 2008 yildagi tavsiyasiga ko'ra, tarqalgan prostata bezi saratonini davolashning asosiy usuli bo'lib gormonal va nur terapiyasi hisoblanadi [3]. Hozirgi kunda jarrohlik kastratsiyadan keyin bemorlarda kuchli ruhiy buzilishlar kuzatilganligi sababli, gormonal endokrin terapiya usuli ishlab chiqilgan.

**Maqsad:** Tarqalgan prostata bezi saratonida oqibat faktorlariga asoslangan xolda gormonoterapiya fragmenti sifatida xirurgik kastratsiyani davolash natijalarini va bemorlar hayot sifatiga ta'sirini o'rganish

**Material va metodlar:** Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy va amaliy tibbiyot markazi xamda Toshkent shaxar va Samarqand viloyat filliialarida tarqalgan prostata bezi saratoni bilan tekshiruvlardan o'tgan va davolangan 236 ta bemor o'rganildi. Bemorlarda kasallikning tarqalgan, ya'ni mahalliy yoki umumiy turlari aniqlangan. Bemorlarning o'rtacha yoshi 51-79 yoshni tashkil qiladi.

Bu ko'rsatgich 235 ta bemordan 203 (86,3%) tasiga to'g'ri keladi, qolgan 32 (13,6%) ta bemorda Glisson 5-7 mmni va musbat kesmalar ko'rsatgichi 50-70% ni tashkil qiladi.

**Jarrohlik kastratsiya** qilgan nazorat guruhi bemorlari soni 64 tani tashkil qiladi. Bunda 46-60 yoshli bemorlar 7 ta (10,9%), 61-70 yoshlilar 22 ta (34,4%), 71-85 yoshlilar 31 ta (48,4%), hamda 85 va undan yuqori yoshlilar 3 ta (4,7%) ni tashkil qiladi. Kasallik 71-85 yoshli bemorlarda eng ko'p uchirashi aniqlandi. Bundan ko'rinib



turibdiki bemorning yoshi kattalashgani sari bog'lanmagan testesteronni prostata bezi hujayralariga ta'siri yuqori bo'ladi.

Natija: Bemorlarning yashash sharoiti o'rganilganda ularning 34 tasini (53,3%) shahar aholisi va 30 (46,8%) tasini qishloq aholisi tashkil qiladi. YUqoridagilardan ko'rinib turibdiki kasallikning uchrash ehtimoligi shahar va qishloq aholisi o'rtasida uncha katta farq qilmaydi. Bemorlar anamnezini o'rganish natijasida kasallikning klinik simptomlarini erta bosqichidan boshlab 3 oygacha bo'lgan davrda 2 (3,1%) ta bemor, 6 oygacha 17 (26,%) ta bemorda, 1 yilgacha 27 (42,2%) ta va 2 yilgacha bo'lgan davrda 18 (28,1%) ta bemor klinikaga murojaat qilganligi aniqlandi. Xulosa qilib aytish mumkin ki kasallikning ilk simptomlari boshlanishidan, to bemorlarni klinikaga murojaat qilgunlariga qadar o'tgan davr o'rtacha bir-ikki yilni tashkil qiladi.

Bemorlarda kasallik boshlanishidagi ilk simptomlardan tez-tez siyish 41 (64,1%) ta bemorda, siyiganda achishish 41 (64,1%) ta bemorda, o'tkir va surunkali siydik tutilishi 44 (68,8%) ta bemorda, siydik bilan qon kelishi (gematuriya) 15 (23,43%) ta bemorda va skelet suyaklaridagi og'riq 36 (56,3%) ta bemorda aniqlangan.

Bu simptomlarning barchasi kasallikni 3-4 chi bosqichidagi bemorlarga tegishli bo'lib, har bir simptomni alohida yoki bir vaqtning o'zida ikki yoki undan ortiq simptomni birgalikda kelishini ko'rish mumkin.

Bemorlar birlamchi murojoat qilganda o'sma 62 (96,87%) ta bemorda, retsidiv o'sma esa 2 (3,1%) ta bemorda aniqlangan. Davolanish boshlanishidan oldin faqatgina 2 ta bemorda kasallikka tashxis qo'yilganligi va tavsiya qilingan davo muolajalarini qabul qilmaganligi sababli kasallik kuchayib, klinik simptomlarni kuchli namoyon bo'lganligini ko'rish mumkin. O'sma 2 (3,1%) ta bemorda prostata bezining o'ng bo'lagida, 6 (9,4%) tasida chap bo'lagida, 4

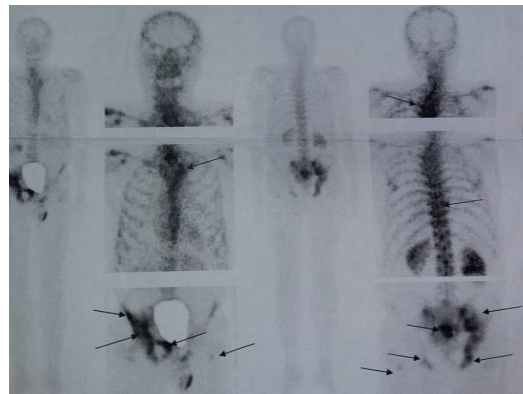
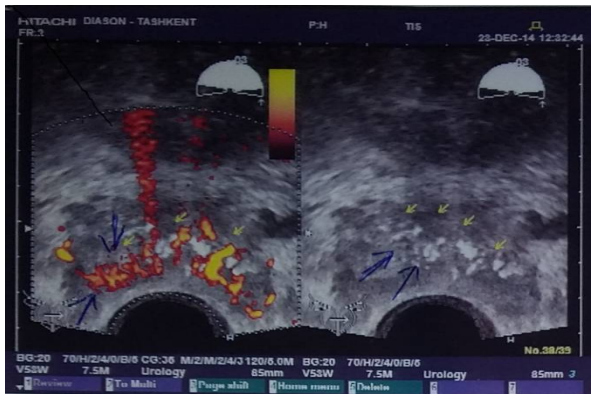
(6,3%) tasida o'rta kemtigida, 48 (75%) ta bemorda esa ikkala bo'lagida joylashganligi aniqlangan. Bundan kelib chiqib, tarqalgan prostata bezi saratonida bemorlarning asosiy qismida o'sma prostata bezining ikkala bo'lagini zararlashini, bundan tashqari o'smani infiltrativ o'sish xarakteriga ega ekanligini, hamda atrofda a'zolariga infiltratsiyalanishini yoki o'sib kirishini ko'rish mumkin. O'tkazilgan estrogenoterapiya yoki jarrohlik kastratsiyadan keyin bemorlarning asosiy qismida o'sma hajmini qisman kichrayishi kuzatiladi va bu davr o'rtacha 12-15 oyni tashkil qiladi.

O'sma 60 (93,75%) ta bemorda noto'g'ri va 4 (6,25 %) tasida to'g'ri shaklda ekanligi aniqlandi. O'smaning shakli ham o'smani joylashuviga, o'sish xususiyati va atrofda a'zolariga nisbatan infiltratsiya yoki o'sish belgilari bor-yo'qligiga bog'liq bo'ladi.

O'sma birlamchi aniqlanganda uning o'lchamlari 2 (3,1%) ta bemorda 1-2 sm, 2 (3,1%) tasida 2-3 sm, 12 (18,75%) tasida 3-4 sm va 48 (75%) ta bemorda 4-6 sm ekanligi ma'lum bo'ldi. Birlamchi aniqlangan paytda o'sma o'lchamlarini katta bo'lishi, tarqalgan prostata bezi saratoniga xos ekanligini ko'rish mumkin.

Qovuq orqali o'tkazilgan UTT tekshiruv natijasida 60 (93,8%) ta bemorda o'sma konturlarining noaniqligi, 47 (73,4%) tasida esa noteksligi va noto'g'riligi aniqlangan. UTT tekshiruvda o'ng yonbosh sohasi limfa tugunlarni kattalashuvi 3 (4,7%) ta bemorda, chap yonbosh sohasi limfa tugunlarni kattalashuvi 3 (4,7%) ta, qorin parda orti sohasi limfa tugunlarining kattalashuvi 21 (32,8%) ta va regional limfa tugunlar kattalashmaganligi 10 (15,6%) ta bemorda kuzatilgan. Ko'pchilik tekshiruv muassasalarida to'g'ri ichak orqali datchik yordamida ko'rishning imkoniyati bo'lmaganligi sababli, prostata bezi saratonining klinik belgilari namoyon bo'lgan holatlarda qovuq orqali UTT tekshiruvidan foydalanilgan.

Rasm №1



(Bemor B.E 1936 y.t D-z Prostata bezi saratoni T4N1M1 G-4 tana skelet suyaklariga metastazi)

Glisson shkalasi bo'yicha Glisson-6 1 (1,6%) ta, Glisson-7 4 (6,3%) ta, Glisson-8 15 (23,4%) ta, Glisson-9 14 (21,9%) ta va Glisson-10 13 (20,3%) ta bemorda kuzatilgan. Tarqalgan prostata bezi saratonida Glisson darajasini ko'tarilishini, ya'ni biopstatdagi rak hujayralarini foiz hisobida ortishini ko'rish mumkin.

Bemorlarning asosiy qismida tarqalgan prostata bezi saratonini Glisson 8, 9, 10 turlari ko'p uchrashi kuzatildi.

Jadval 1

**Jarrohlik kastratsiyadan keyin bemorlarni qondagi PSA miqdorini dinamikada o'zgarishi**

Har 3 oylik tekshiruv	4-10 ng/ml	11-20 ng/ml	21-40 ng/ml	41-60 ng/ml	61 ng/ml dan yuqori	Tekshiruv dan o'tma Gan	Ma'lu mot yo'q
Davolangun ga qadar	61 (93,5%)	1 (1,6%)	2 (3,1%)	0	0	0	0
Muolajadan 3 oydan keyingi holat	6 (25,0%)	8 (12,5%)	14 (21,9%)	6 (9,4%)	5 (7,8%)	2 (3,1%)	0
Muolajadan 9 oydan keyingi holat	19 (29,7%)	8 (12,5%)	12 (18,8%)	9 (14,1%)	2 (3,1%)	1 (1,6%)	0
Muolajadan 12 oydan keyingi holat	17 (26,6%)	12 (18,8%)	10 (15,6%)	6 (9,4%)	4 (6,3%)	2 (3,1%)	0
Muolajadan 18 oydan	20	6	9	5	3	2	0

keyingi holat	(31.3%)	(9.4%)	(14.1%)	(7.8%)	(4.7%)	(3.1%)	
Muolajadan 24 oydan keyingi holat	20 (31.3%)	6 (9.4%)	5 (7.8%)	4 (6.3%)	2 (3.1%)	1 (1.6%)	0

Yuqoridagi jadvaldan shuni ko'rish mumkinki, qondagi PSA miqdoriga qarab, bemorlar shartli ravishda 5 ta darajaga bo'lib o'rganilgan. 63 (98,4%) ta bemorda kasallikka birlamchi tashxis qo'yishda PSA tekshiruvining ahamiyati yuqoriligni, ya'ni bu boshqa qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish uchun yo'llanma bo'lib xizmat qilishini ko'rish mumkin. Davolash mobaynida, davolash samaradorligini baholash uchun, bemorlar qonidagi PSA miqdorini har uch oyda tekshirib borish standart sifatida qabul qilingan. SHu sababli barcha bemorlarda qondagi PSA miqdori har 3 oyda tekshirib borilgan. O'tkazilgan estrogenoterapiya va jarrohlik kastratsiyadan, yoki ikkala terapiya bir vaqtda olib borilgan davolashdan keyin birinchi uch oy ichida qondagi PSA miqdori bemorlarning asosiy qismida me'yorga qadar tushganligini va shu ko'rsatgichni 42 oy mobaynida bir xilda

ushlab turilganligini ko'rish mumkin. Lekin ba'zi bir bemorlarda kasallikning erta davrlarida, hattoki davolanish mobaynida ham qondagi PSA miqdorini turg'un ko'tarilgan holatda saqlanganligi kuzatilgan. Bunday bemorlarda kasallik birlamchi aniqlangan vaqtda gormonga sezgirligi yo'qligi yoki o'rtacha 6 oydan 24 oygacha qon plazmasida PSA miqdorini qayta ko'tarilishi, ya'ni kasallikni davolashga berilmaslik holatlari aniqlangan. Bunda kasallikni gormonga nisbatan sezgirligini sekinlik bilan yo'qolib borish alomatlarini paydo bo'lishi kuzatilgan. Qondagi PSA miqdorini dinamikada kuzatib borish, davolash samaradorligini baholash va o'z vaqtida davolash usullarini o'zgartirishda, muhim ahamiyat kasb etadi.

Jadval 2

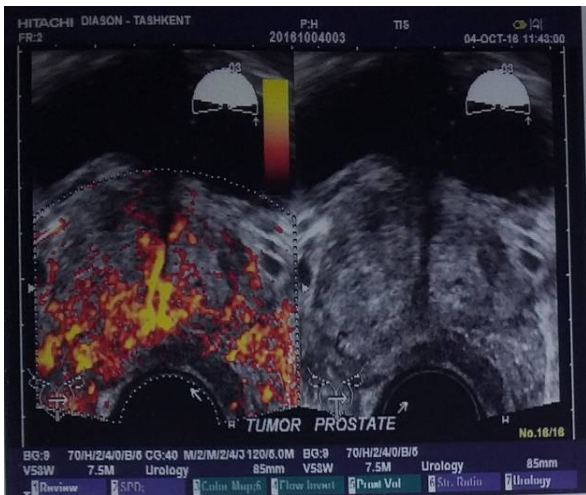
Jarrohlik kastratsiya qilingan bemorlarni TRUS tekshiruvi natijalarini dinamikada o'zgarishi

Har 3 oylik tekshiruv	15-30 sm <sup>3</sup>	31-50 sm <sup>3</sup>	51-80 sm <sup>3</sup>	81-100 sm <sup>3</sup>	100 sm <sup>3</sup> dan yuqori	Tekshiruv dan o'tmagan	Ma'lumot yo'q
Davolangunga qadar	15 (23.4%)	12 (18.8%)	15 (23.4%)	4 (6.3%)	1 (1.6%)	4 (6.3%)	0
Muolajadan 6 oydan keyingi holat	20 (31.3%)	16 (20.5%)	10 (15.6%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	0	0
Muolajadan 12 oydan keyingi holat	21 (32.8%)	12 (18.6%)	6 (9.4%)	3 (4.7%)	1 (1.6%)	0	0
Muolajadan 18 oydan keyingi holat	15 (23.4%)	8 (12.5%)	3 (4.7%)	5 (8.7%)	0	0	0
Muolajadan 24 oydan keyingi holat	8 (12.5%)	2 (3.1%)	4 (6.3%)	3 (4.7%)	0	0	0

TRUS tekshiruvi o'tkazilgan bemorlar, prostata bezi o'lchamlariga qarab, shartli ravishda 5 ta guruhga bo'lib o'rganilgan. Bunda, davolash boshlanishidan oldin, bemorlarning asosiy qismida prostata bezining umumiy o'lchamlari me'yorida ekanligi, yoki 1-2-chi darajali kattalashganligini ko'rish mumkin. O'sma bir vaqtda

prostata bezining xavfsiz giperplaziyasi kasalligi bilan birga kelgan holatlarda, prostata bezi katta hajmga ega ekanligi aniqlangan. Birlamchi o'sma bemorlarning asosiy qismida 3-4 sm dan katta ekanligi, yoki atrofdagi a'zolariga infiltratsiyalanganligi kuzatilgan.

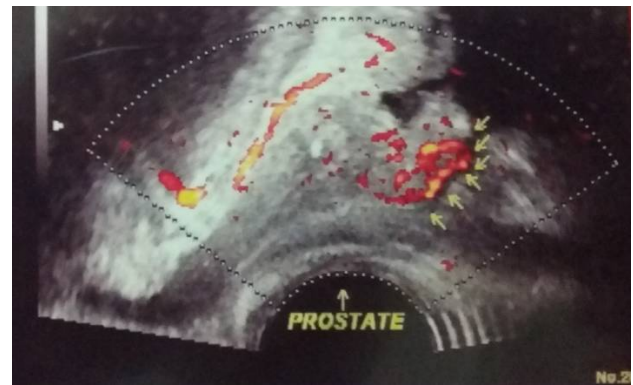
Rasm №2



(Bemor A. V. 1938 y.t. d-z Prostata bezi saratoni T3NxMx)

O'tkazilgan gormonoterapiyadan keyin birinchi 3 oyda qondagi PSA va testesteron tekshiruvi o'tkazilgan bemorlarda, prostata bezining umumiy hajmi va birlamchi o'sma o'lchami kichrayganligini, hamda 42-oyga qadar shu holatda saqlanganligini ko'rish mumkin. Lekin ba'zi bemorlarda, kasallikni erta davrlarida ham, prostata bezi hajmini kichraymasligini, yoki avvaliga kichrayib, keyinchalik 6 oydan 24 oygacha bo'lgan davrda qayta kattalashuvini kuzatish mumkin.

Rasm №3



(A.V. 1938 y.t. D-z Prostata bezi saratoni T3NxMx Davolashdan keyingi holat)

Prostata bezi umumiy o'lchamini, yoki birlamchi o'sma o'lchamini kichraymasligini yoki avvaliga kichrayib keyin yana kattalashuvini, kasallikni gormonga nisbatan sezuvchanligi yo'qligi, yoki sezgirligini yo'qolishi bilan ifodalash mumkin.

SHunday qilib, yuqorida keltirilgan holatlardan shuni xulosa qilish mumkinki rektal ko'rik, qondagi PSA miqdori, testesteron va TRUS tekshiruvining ahamiyati, kasallik tashxisi va davolash samaradorligini baholashda katta ahamiyatga ega. Kasallikni birlamchi gormonga sezgirligi bor yoki yo'qligini aniqlash (ya'ni immunogistoximiyaga) tekshiruvini barcha bemorlarda o'tkazish imkoniyati yo'qligi sababli, ushbu tekshiruv usullari orqali davolash



mezonlarini to'g'ri tanlash, davo natijalarini o'z vaqtida to'g'ri baholash, hamda kasallikni oqibatlash mumkin bo'ladi.

Klinik natijalarda bemorlar umumiy holatining yaxshilanishi, zaharlanish sindromining kamayishi, ishtahaning yaxshilanishi,

urologik simptomlardan esa siyishni yaxshilanishi, og'riq sindromini kamayishi yoki yo'qolishi, gematuriya bilan asoratlangan bemorlarda siydik bilan qon kelishini kamayishi yoki yo'qolishi kuzatilgan.

Y Ashash ko'rsatgichi			
6-12 oyni	1-3 yilni	3-5 yilni	5 yildan ko'p
2 (3,1%)	5 (7,8%)	49 (76,56%)	8 (12,5%)

Asosiy kasallikni kuchayishi oqibatida 48 (75,0%) ta, boshqa yondosh kasalliklar oqibatida 2 (3,1%) ta, davolashni kardiotoxik ta'siri oqibatida 8 (12,5 %) ta va noma'lum sabablarga ko'ra 1 (1,6%) ta bemorda o'lim holati aniqlandi. Hayot bo'lganlar 2 (3,1%) ta va

kuzatuvdan yo'qolganlar 3 ( 4,68% ) ta bemorni tashkil qildi. YUqorida keltirilgan terapiya usulining asosiy kamchiliklaridan biri bo'lib, asosiy kasallikni kuchayishi oqibatida, o'lim ko'rsatgichining ko'pligi hisoblanadi.

Ruhiy holatni yaxshilanishi			
25%	50%	75%	100%
28 (43,75%)	19 (29,68%)	8 (12,5%)	9 (14,0 %)

Bemorlar asosiy qismining ruhiy holatini 25-50% ga yaxshilanishi, davolash usulining asosiy kamchiliklaridan biri hisoblanadi. Bemorlarda klinik simptomlarni kamayishi hisobiga kayfiyatni yaxshilanishi, hayotga nisbatan ishonchni kuchayishi va uyquni yaxshilanishi bu usulda ham borligi shu usulni o'z o'rniga ega ekanligini ko'rsatadi.

#### Xulosa:

Gormonal terapiya usullarini fragmenti sifatida jarrohlik kastratsiyasini qo'llash shuni ko'rsatadiki o'tkazilgan davodan keyin qisqa davr ichida sotsial, va hayot sifat darajasini pasayishi aniklandi. Libidoni keskin kamayishi va erektil disfunktsiya ro'hiy holatini emonlashuviga sabab buldi. SHu bilan birga o'sma intoksikatsiyasini tezda kamaytirish, umumiy axvolini engilashuvi, va usmani kichrayshini xisobga olsak bu usul bilan qat'iy ko'rsatmalar bo'yicha bajarish tavsiya etiladi.

#### Ishlatilgan adabiyotlar:

1. Марисов Л.В., Винаров А.З. Диагностика и лечение инцидентального рака простаты // Урология. 2014 № 3 с 8285
2. Ранняя диагностика рака предстательной железы с помощью гистосканирования [Текст] / П.В. Глыбочко [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. – 2014. – № 2. – С. 37-44.
3. Guidelines on prostate cancer [Electronic resource] / A. Heidenreich [et al.] // Eur. Ass. Urol. – 2019. – Access mode: <http://uroweb.org/guidelines>