

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

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 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

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

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals on 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

Phone: (+998-94) 404-0000

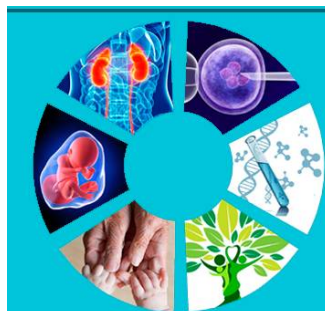
СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

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

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

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



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616-082:171

Allazov Salah Allazovich
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Urologiya kafedrası professori
Samarqand, O'zbekiston

UROLOGIYA SOHASIDA ILMIY IZLANISHLAR ETIKASI (ADABIYOTLAR SHARHI)

For citation: Allazov Salakh Allazovich Features of the ethics of scientific research in urology, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 5-10



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

Аллазов Салах Аллазович
Самаркандский Государственный Медицинский
Институт, Кафедра урологии, профессор
Самарканд, Узбекистан

ЭТИКА ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УРОЛОГИИ ПОЧЕК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Allazov Salakh Allazovich
Professor of Department at Samarkand
State medical institute, Department of urology
Samarkand, Uzbekistan

FEATURES OF THE ETHICS OF SCIENTIFIC RESEARCH IN UROLOGY (LITERATURE REVIEW)

Fan haqidagi normativ-huquqiy hujjatlarda, ilmiy izlanishlar, ulardan kelib chiqqan maqsadlarga qarab fundamental (aniq) va amaliy fanlar hamda ishlab chiqarish guruhlariga bo'linadi.

Bu yunalishlarda bajarilgan ilmiy ishlarning ishonarliligini ("tozaligini") ta'minlash uchun ilmiy izlanishlarni metodologiyasidan tashqari ularni bajarishda etikaga ham amal qilish zarurligi haqida ba'zi tarixiy, zamonaviy va o'zimizning tajribalarimizdan ba'zi lavhalarni keltirishni lozim topdik.

Mualliflar, kashfiyotchilar, ixtirochilar, ratsionalizatorlar xuquqi qonun bilan himoyalanaadi (Vavilov S.I., 1961; Mamiofa I.E., 1971; Skripko V.R., 1974 Lebin B.D. va xamm., 1982;).

Huquqiy ximoyaga ta'alluqli ob'ektlardan eng asosiysi – kashfiyotdir. Kashfiyot oldin ma'lum bo'lmagan, lekin tabiiy olamda mavjud qonuniy xolat bo'lib, u bilim darajasini tubdan o'zgartiradi. Shu bilan birga, foydali qazilma boyliklarni izlab topish, geografik, arxeologik, paleontologik kashfiyotlar, ya'ni ekspeditsion xarakterdagi topilmalar davlat ro'yxatiga kiritilmaydi. Xuddi shuningdek ijtimoiy fanlar sohasidagi yangiliklar ham kashfiyot hisoblanmaydi (Efimov E.N., 1971, 1976). Yangi, tubdan farq qiladigan, xalq xo'jaligi, davlat mudofasi ijtimoiy-madaniy sohalarida ijobiy natija beradigan yangilik kashfiyot sifatida himoyalanaadi (Ivich A., 1966). Ratsionalizatorlik takliflari esa muassasalarda, tashkilotlarda yangi va foydali hisoblangan texnik echimlardir (Rassudovskiy V.A., 1975, Praxov B.G., Zenkin N.M., 1977; Ryasensev V.A., Zonkin N.M., 1977). Texnik ijodiyotda qushilgan shaxsiy ulush, birinchilik, prioritet

masalalarining axamiyati kattadir. Uning psixologik, etik va yuridik aspektlari mavjud (Komyushko M., 1979). Har qanday kashfiyotning ko'zga ko'rinadigan tomoni – uning yangiligidir. Butun dunyo bo'yicha bu ximoyaga muhtojlik masalasida birinchi kriteriyadir. Ilmiy yangilikka talab hajmi bo'yicha 1) mahalliy; 2) dunyo miqyosida absolyut; va 3) dunyo miqyosida nisbiy bo'lishi mumkin (Mamiofa I.E., 1974).

Mualliflik xuquqi va prioritet bir-biridan ajralmas tushunchalardir (Staxeev L.E., 1972).

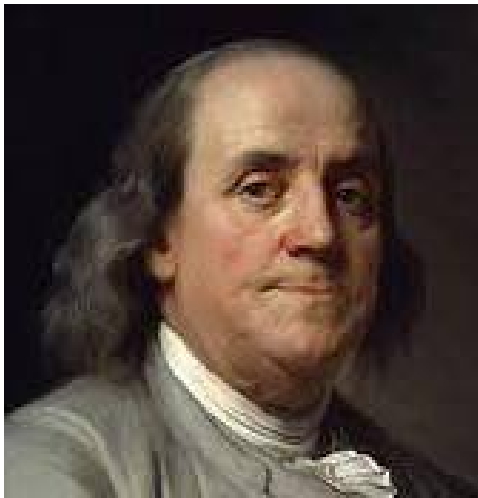
Muallif uch xil mualliflik huquqiga ega bo'ladi: chop qilish, ko'paytirish va tarqatish. Bunda yana boshqa uchta tushunchani inobatga olish kerak: 1) mualliflik – muallifning o'zi yaratgan asarning muallifi ekanligi haqida yuridik imkoniyat; 2) mualliflik nomi – o'zining nomi, taxallusi yoki anonim holda asarini chop qilish, ko'paytirish va tarqatish xuquqi; 3) asarning taxlikasizligi – muallifning tirikligida uning ijzatisiz asariga o'zgartirish kiritishga hech kimning haqqi yo'qligiga.

Normativ hujjatlarda muallifdoshlik masalalari ham ko'zda tutilgan. Muallifdoshlik asarga aniq bir ijodiy ulush qo'shgandagina tan olinadi. Muallifga texnik yordam ko'rsatish muallifdoshlik huquqini bermaydi. Fuqarolik ishlari bo'yicha sud kollegiyasi ko'rsatmalari bo'yicha "begonalarning asarlarini to'la va qisman noxuquqiy egallash (plagiat, qalloblik) mualliflik xuquqini buzilishlaridan biri bo'lib, bir yilgacha ozodlikdan mahrum qilish yoki jarima bilan jazolanadi".

Endi bu yo'nalishda e'tiborga molik ba'zi tarixiy va zamonaviy voqea va hodisalarga to'xtalib o'tsak. Ular fundamental va amaliy fanlar, xususan urologiya faniga ham dahldordir.

Barcha buyuk insonlar kabi Franklin (1-rasm) o'zining nazariyalariga nisbatan muxolifning e'tirozlariga e'tibor bermas va

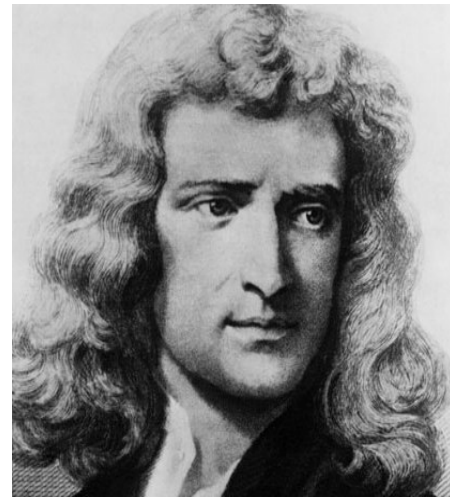
umuman shaxsiy xizmatlarini ximoya ham qilmas, ustiga-ustak hasadgo'ylardan qutilishning yo'lini qilmas edi (Dombrovskiy V., SHimulyan A., 1973). Shu bilan bir davrda differensial hisoblash yo'li bilan dunyo tortishish qonunini Gukka



1-rasm. Bendjamin Franklin



2-rasm. Robert Guk



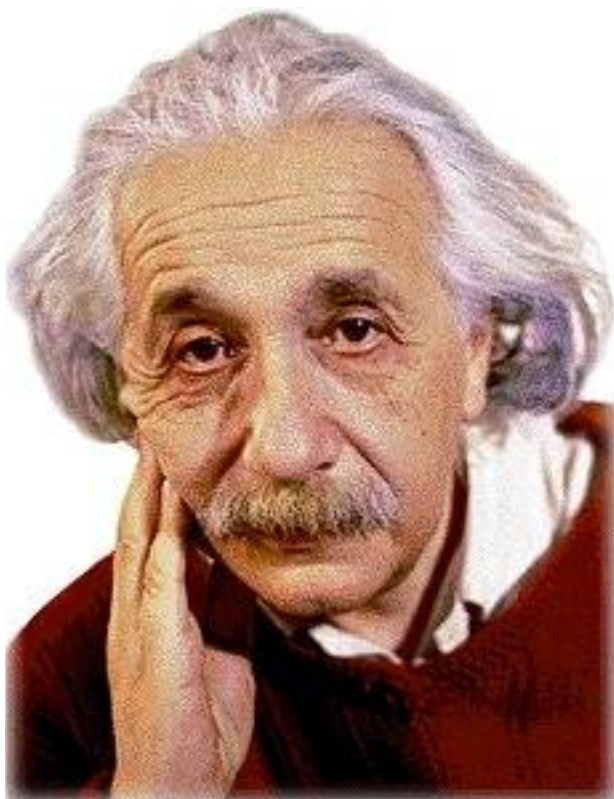
3-rasm. Isaak Nyuton

(2-rasm) bog'liq bo'lmagan holda o'zi xitiro qilganini isbot qilish I.Nyutonning (3-rasm) butun umrini yeb bitirdi.

Isaak Nyutonning optika sohasidagi ilmiy izlanishlari ayniqsa janjalli, ko'p bahslarga sabab bo'lgan.

Bu fan bilan u talabalik yillaridan boshlab qiziqqan. Optika sohasiga bag'ishlangan birinchi ilmiy ma'ruzasini 1672 yilda London qirollik jamiyatida qilib, nur va rangning yangi korpuskulyar gipotezasini taklif qilganida uning fikriga R.Guk qarshi chiqib, bu nazariyani o'zi birinchi bo'lib yaratganlik prioritetini talab qilib chiqqan. Ehtiroslarga berilgan Nyuton bu asarini tashlab qo'yib, R.Guk dunyodan o'tgach, bir yildan so'nggina chop ettirgan.

Yana bir buyuk olim A.Eynshteyn (4-rasm) – nisbiylik nazariyasi haqida 1905 yilda maqola chop etadi. Xuddi shu 1905 yili A.Puankare (5-rasm) “Elektron dinamikasi haqida” degan maqola yozadi va 1906 yili chop etadi. U A.Eynshteyndan mustaqil ravishda nisbiylik postulatini yaratadi (BSE, 21 tom, 1975). Albatta Puankare na yozuvchi va na davlat yoki jamoat arbobi, bor-yo'g'i buyuk olim edi. Dunyoning qaysi burchagida “qaysi buyuk olimni bilasiz” deb so'rang, Arximed, Nyuton, Mendeleev, Eynshteyn, javob olasiz, lekin hech kim Puankareni eslamaydi. Garchi fan sohasida Puankarening xizmatlari o'sha olimlardan ortiq-ku kam emas. Bu hammasi Puankarega



4-rasm. Albert Eynshteyn



5-rasm. Anri Puankare

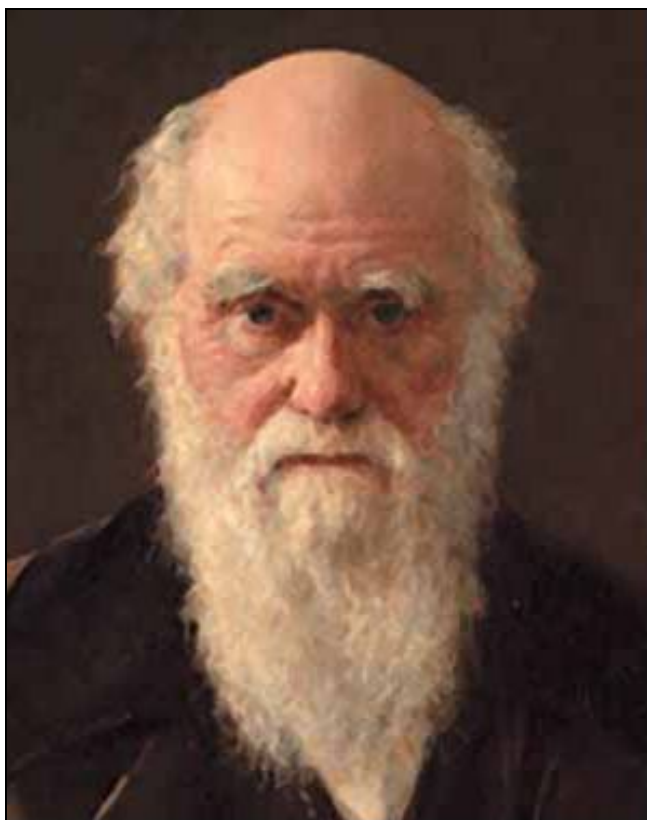
qolganda avtoritet va prioritet masalalarida tarixiy adolatsizlik tufayli edi. O'z davrida uni genial olim hisoblashgan. Lekin uning bir kashfiyoti bo'yicha nohaqlik haligacha saqlanib qolmoqda. Gap shundaki nisbiylik qonunining birinchi va asosiy yaratuvchisi aynan Puankaredir. A.Eynshteynchi? Eynshteyn ushbu qonunning asoschilaridan biri, hatto mashhur $E=mc^2$ formulasining muallifi bo'lsada, u bu yangi qonunning yagona egasi emas (Smorodinskiy Ya.A., 1978). Puankare nisbiylik prinsiplari bilan 1890 yillardan boshlab shug'ullangan, bir necha kitob chiqargan, ma'ruzalar o'qigan. A.Eynshteyn esa 1905 yilgacha bironta chiqish qilmagan, fizikaning umuman boshqa muammolari bilan shug'ullangan; to'satdan nisbiylik nazariyasi asoslariga bag'ishlangan maqola chop qiladi. Haligacha ilm-fan tarixchilari "Eynshteyn Puankare maqolalarini o'qiganmi?" deb bahs qilishadi. Eynshteynning o'zi "xabarim yo'q edi" deb javob berib kelgan. Faqat qarigan chog'ida vijdon qiynay boshlagan shekilli, shunchaki "Nisbiylik nazariyasini yaratishda Lorens va Puankarelarning xizmatlari bor" deb eslab o'tgan. Bu baxslardan Puankarening o'zi iztirob chekkanmi, yo'qmi endi fol ochishdan foyda yuq, lekin u bag'ri keng bo'lganligi aniq. Hatto o'nlab kashfiyotlarini boshqa ismlar bilan atagan: Betti sonlari, Kleyn guruhi, Puasson turg'unligi va boshq. U bir bor Eynshteynning ishga joylashishi uchun qo'llab-quvvatlab iltimosnoma ham yozgan ekan. Endi bugunga kelib nisbiylik nazariyasining yaratuvchilari Lorens, Puankare va Eynshteyn bo'lib, bu qatorda Puankarening xizmati, ulushi hammasidan ko'proqdir deb arz qilish zarur emasdir, ammo bu haqda eslatib o'tish adolatdan bo'ladi (A.A'zam, 2016).

Endi biologiya soxasida. Darvinizm, organik dunyoning evolyusion materialistik nazariyasi Ch.Darvin dunyoqarashi mahsuli (BSE, 7 tom, 1956). Evolyusion nazariyani ishlab chiqishni 1837 yilda boshlab, Ch.Darvin 1858 yildagina Linney jamiyati yig'ilishida tabiiy turlanish haqida ma'ruza qildi. O'sha yig'ilishda A.Uolles ham ma'ruza o'qidi, uning fikrlari Darvinniki bilan bir xil edi. Ikkala ma'ruza ham jamiyat jurnalida birga chop etildi, lekin Uolles evolyusion nazariyani Darvin o'zidan oldinroq, chuqur va to'laroq ishlab chiqqan deb, ustiga-ustak o'zining 1889 yilda nashr etilgan aossiy ilmiy ishini "Darvinizm" deb atab Darvinning prioritetini ta'kidlaydi (BSE, 44 t., 1956). Darvoqe qizig'i shundaki bu ikki buyuk olimlarning bir xil bag'ri kengligi, ularning tashqi qiyofalarining o'xshashligida ham o'z isbotini topgan (6-rasm).

Ilm-fan sohasidagi bunday bahslar, munozaralar tibbiyotda, xususan urologiyada ham kam emas.

Ma'lumki urologiya amaliyotida keng tarqalgan adenomektomiya operatsiyasi qovuq (Fedorov S.A., 1909; Fuller A.O., 1905; Freyer P.S., 1901), qov orti (Lidskiy A.T., 1923; Millin N., 1945), oraliq (Guthrie G.J., 1834), ishiorektal (Voelker Fr., 1911), to'g'ri ichak (Saposhkov K.P., 1926) orqali amalga oshiriladi (Tkachuk V.N., 2011).

Barchaning fikricha rossiyada adenomektomiya operatsiyasini birinchi bo'lib, S.P. Fedorov (7-rasm) bajargan (1909), uning bosqichlari 8,9,10,11-rasmlarda keltirilgan.



Чарлз Дарвин



Альфред Рассел Уоллес

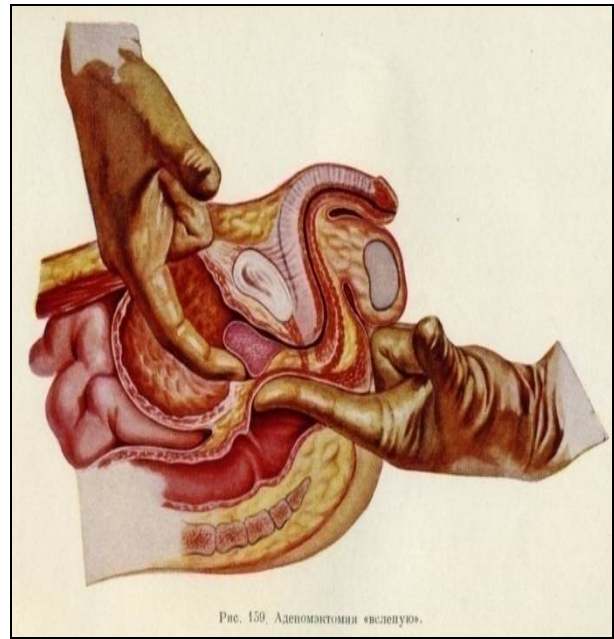
6-rasm.

Quyidagi ma'lumotlarning to'liq ishonarliligiga kafolat berolmagan holda, ta'kidlash kerakki S.S. Yudin (12-rasm) takidlashicha bu operatsiyani S.P. Fedorovdan bir yil oldin G.L. Gar "Moszdrav Zaxarino xirurgiya sanatoriyasida amalga oshirgan". Bu haqda "Freyer bo'yicha prostatektomiya" nomi bilan "N.A. Velyaminov xirurgik arxivida" 1907 yoki 1908 yilda chop etilgan (13-rasm). O'zining nozik iboralari bilan buyuk xirurg S.S. Yudin G.L. Garga quyidagicha ta'rif beradi: "Haddin qo'pol va o'ylab o'tinmay

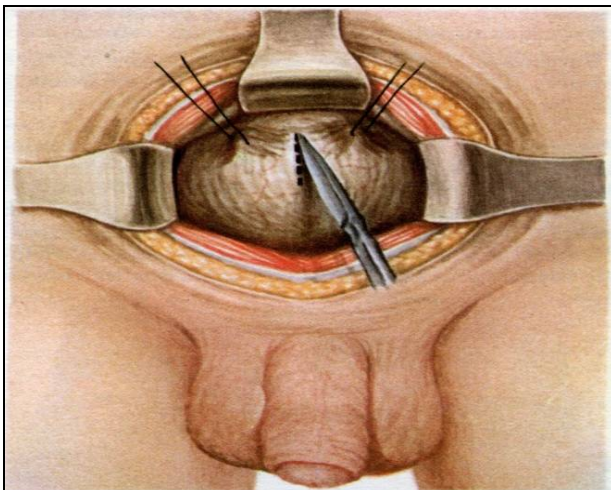
operatsiya qilardi. Lekin haqiqat yuzasidan ta'kidlash kerakki, Gar qiyin va ma'suliyatli operatsiyalarni buyniga olar va muvaffaqiyat bilan amalga oshirardi". "Velyaminov xirurgik arxivi"ni varaqlab, uning bir nechta chop etgan ishlarini topdim. Uning Freyer usulidagi prostatektomiya, oshqozon raki bo'yicha rezeksiya kabi qator operatsiyalari hisobotini o'qib xayratga qolmay bo'ladimi; bu hisobotlar 1907 yoki 1908 yillarda chop etilgan edi shekilli".



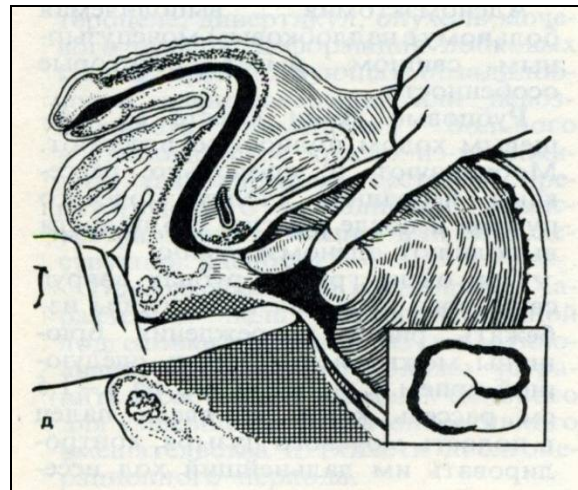
7-rasm. S.P. Fedorov (1869-1936)



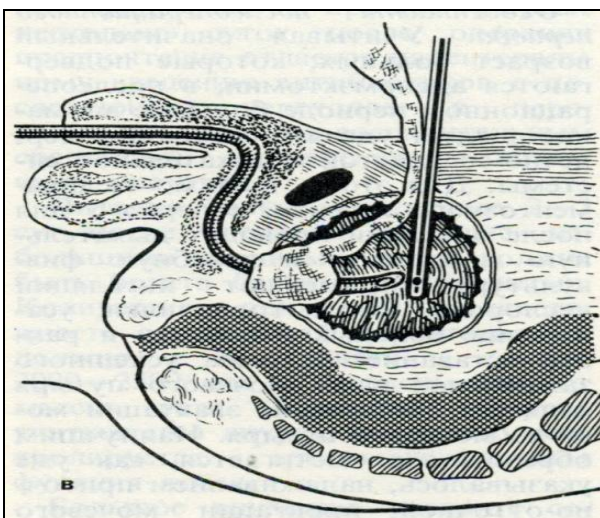
8-rasm. Ko'r-ko'rona adenomektomiya (A.A. Pomeransev, 1959)



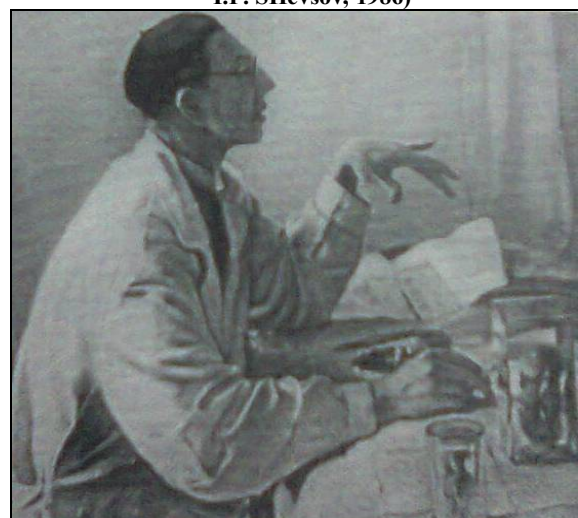
9-rasm. Qovuqni ochish (D.P. CHuxrienko, A.V. Lyulko, 1972)



10-rasm. Adenoma tugunini ajratish va olib tashlash (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986)



11-rasm. Adenoma o'rnini tampon qilish yo'li bilan gemostaz



12-rasm. S.S. Yudin (1891-1954)



**13-rasm. N.A. Velyaminov
(1855-1920)**



**14-rasm. A.P. Chexov
(1860-1904)**

Jurnalning nashr qilinishi redaktor hisobiga bo'lib, bir bor qiyinchilik tug'ilganda A.P. Chexov (14-rasm) ham xomiylik qilgan: "Jurnalni qutqarish uchun men har kimga qulluq qilishga har qanday daxlizda kutishga tayyorman, yaxshi xirurgik jurnalni qutqarish 20 minglab omadli operatsiyalar kabi foydalidir". Jurnalning qaysidir bir tomida Rossiyada birinchi bo'lib bajarilgan qovuq orqali ochiq adenomektomiya haqidagi ilmiy hisoboti ham chop etilgan edi.

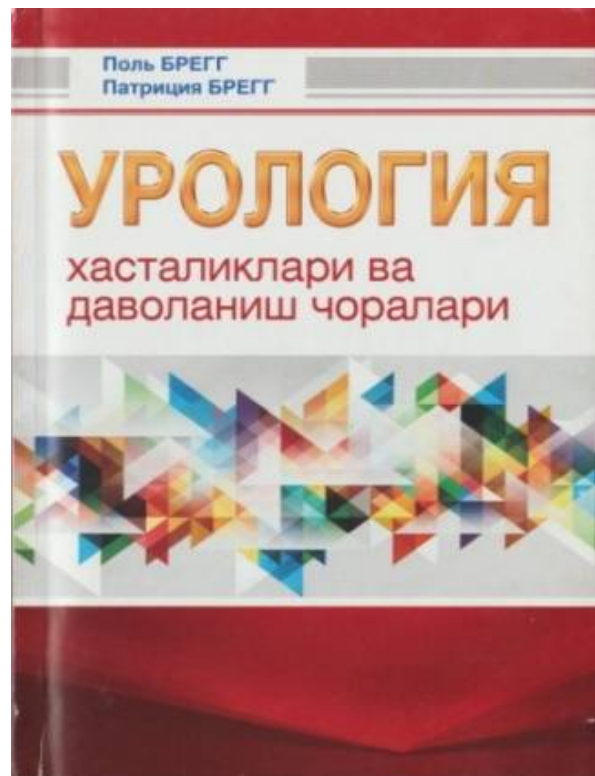
Afsuski, operatsiyasining prioritetini G.L. Gar o'ylamagandir ham. Zero, hayotda ko'p bo'lganidek er yuzidagi oddiy insonlar yorug' nurlı buyuklar soyasida qolib ketadi. Ko'ngilni to'ldiradigani

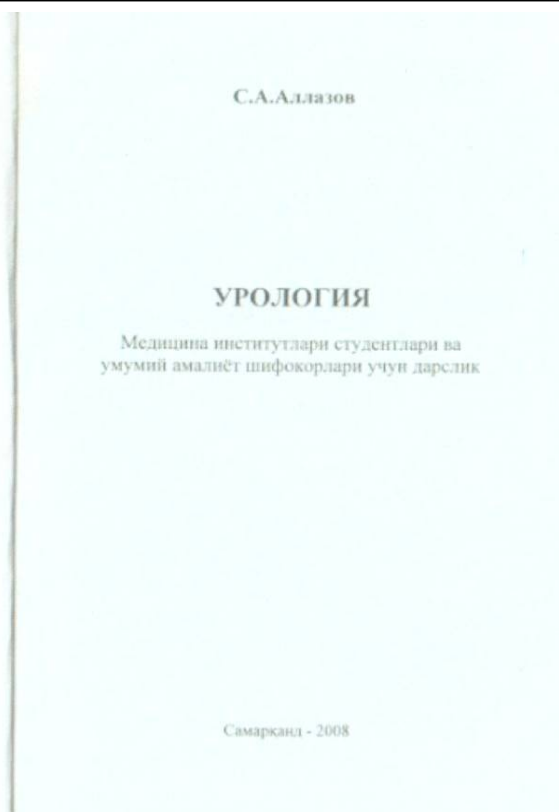
shuki, kech bo'lsada, bunday tarixiy voqealarga aniqlik kiritib, esdan chiqqan yoki o'z vaqtida e'tibor berilmagan prioritet xolatlarini ilm-fan axliga etkazishdir.

Qo'yida loyiha muallifi darsligiga nisbatan sodir bo'lgan plagiattik xolatini keltiramiz. 2008 yilda nashr etilgan S.A. Allazovning "Urologiya" darsligi ma'lum bir nashriyot tomonidan 2015 yilda chet el olimlari Pol Bregg va Patriitsiya Bregglarning nomida chop etilgan (rasmlarga va nashriyotga yuborilgan xatga qaralsin).

**S.A. Allazov
(2008) – asl nashr.**

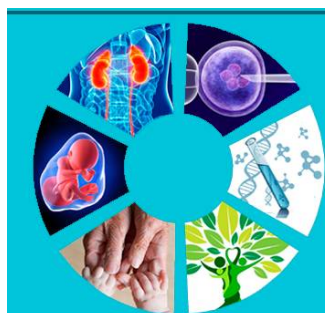
**Pol Bregg, Patriitsiya Bregg
(2015) – plageat nashr.**





Ishlatilgan adabiyotlar

1. Allazov S.A. Urologiya. Darslik. Samarqand, 2008: 132 bet.
2. Allazov S.A. Lagoxilus v urologicheskoy praktike. Samarqand 2015; 38 b.
3. Ayupov O. (tuzuvchi). Dunyo. Siyosat. Jamiyat. 6-nashri. Guliston. 2015; 224 b.
4. Bregg Pol, Bregg Patritsiya. Urologiya xastaliklari va davolanish choralari. Nashrga Oqilov SH. tayyorlagan. Toshkent: Sano-Standart, 2015. – 128 b. (Allazov S. Urologiya. Darslik. Samarqand. 2008. 132 b. kitobidan 100% ko'chirilgan plagiat).
5. Diagnosticheskie i lechebnye standarty v ekstrennoy urologii. Pod red. prof. Allazova S.A. Izd. 2-oe dopolnennoe. Samarkand, 2015. 37 str.
6. Ishmuxamedov R., YUldashev M. Ta'lim va tarbiyada innovatsion pedagogik texnologiyalar. Toshkent, 2013: 278 bet.
7. Tkachuk V.N. Znamenatelnye i yubileynye daty v istorii urologii i pogranychnykh oblastey v 2011 g. Urologiya 2011; 1: 67-68.
8. «Urologiya». Uchebnyk pod redaksiyey prof. D.YU. Pushkaryaya. Moskva. M, 2013.
9. YOqubov Sobirjon. Ilohiy muvozanat buzilganda. Adabiyot olim Rahmon Qo'chqor bilan suhbat. Tafakkur 2020; 2: 4-15.
10. Anderson SM, Helberg SB. Chart-based, case-based learning. S D Med 2009. 60(10): 391.
11. Blewett E.L., Kisamore J.L. Evaluation of an interactive, case-based review session in teaching medical microbiology. BMC Med Educ 2009; 9:56.
12. Entwistle N. Teaching for Understanding at University. Deep approaches and distinctive ways of thinking. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 2009.
13. Harvard Business School. Available from. 2011.
14. Popjay J, Baldwin S, Arai L, Britten N, Petticrew M, Rodgers M, Sowden A. Methods Briefing 22. Narrative synthesis in systematic reviews Available from www.ccsr.ac.uk
15. Queen's University. Last accessed July 2011. Available from



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH


ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 611.018.74:612.1(062)

Agababyan Larisa RubenovnaSamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya
kafedrasida dotsenti, Uzbekiston, Samarkand**Nasirova Zebiniso Azizovna**SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya
kafedrasida assistenti, Uzbekiston, Samarkand**Aliyeva Malika Yadullaevna**SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya
Kafedrasida magistratura rezidenti, Uzbekiston, Samarkand

ERTA MENOPAUZA VA TOMIRLAR ENDOTELIYSI FUNKSIYASINING BUZILISHI (ADABIYOTLAR SHARHI)

For citation: Agababyan Larisa Rubenovna Nasirova Zebiniso Azizovna, Aliyeva Malika Yadullaevna, Premature menopause and a violation of the vascular endothelium (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp.11-14

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-2>

Агабабян Лариса РубеновнаДоцент кафедры Акушерства и гинекологии
ФПДО СамМИ, Узбекистан, Самарканд**Насирова Зебинисо Азизовна**Ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
ФПДО СамМИ, Узбекистан, Самарканд**Алиева Малика Ядуллаевна**Резидент магистратуры кафедры Акушерства и гинекологии
ФПДО СамМИ, Узбекистан, Самарканд

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ МЕНОПАУЗА И НАРУШЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Agababyan Larisa RubenovnaAssociate Professor of the Department of obstetrics and gynecology,
faculty of postgraduate education
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan**Nasirova Zebiniso Azizovna**Assistant of the Department of obstetrics and gynecology,
faculty of postgraduate education
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan**Aliyeva Malika Yadullaevna**Resident of the Master's of the
Department of obstetrics and gynecology,
faculty of postgraduate education
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

PREMATURE MENOPAUSE AND A VIOLATION OF THE VASCULAR ENDOTHELIUM (LITERATURE REVIEW)

Butunjahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST)ning ta'rifi bo'yicha, menopauza tuxumdondlar follikulyar faolligining yo'qolishi natijasida hayzning barqaror to'xtashidan iboratdir [1]. Menopauzaning boshlanishi haqida faqat retrospektiv ravishda, 12 oylik amenoreyadan so'ng aytish mumkin [12]. Ko'pgina ayollarda hayz funksiyasi o'rtacha 51 yoshda to'xtaydi, vaholanki, menopauza

boshlanishining fiziologik davri 45-55 yosh chegarasida kuzatiladi [6]. 40-45 yoshda hayzning to'xtashi erta menopauza sifatida belgilanadi [7]. Menopauza boshlangan vaqtdagi yoshning YUQTK rivojlanish xavfiga, kardiovaskulyar patologiya bilan kasallanish va o'limga ta'sirini baholovchi klinik tadqiqotlarning natijalari T. Muka va hammualliflarning muntazam ma'lumotlarida umumlashtirilgan va

keltirilgan (2016). Ushbu ma'lumotda 2015 yil martigacha Medline, EMBASE va Web of Science ma'lumotlar bazasida nashr etilgan adabiyot manbalaridan foydalanilgan. Olib borilgan tadqiqotlarning tahlili shuni ko'rsatdiki, vaqtdan oldingi va erta menopauzali ayollarda YUIKning rivojlanish xavfi, YUQTKlardan o'lim va umumiy o'lim, 45 yosh va undan katta bo'lgan menopauzali ayollarga qaraganda, ko'proq kuzatilgan [11].

SHunday qilib, keltirilgan ma'lumotlar TVEning yurak-qon tomir patologiyasi rivojlanishida muhim rol o'ynashini tasdiqlaydi. Bundan tashqari, TVEli bemorlarda kuzatiladigan YUQTK ularning hayoti o'rtacha davomiyliqi qisqarishining asosiy sababchisi bo'lib hisoblanadi [10,11].

Ma'lumki, tomirlar devorining aterosklerotik zararlanishi bilan bog'liq YUQTK birinchi klinik belgilari paydo bo'lishidan ancha avval rivojlanishni boshlaydi [2]. Belgilanishicha, aterosklerozning shakllanish jarayoniga tomirlar endoteliysining funksional holati katta ta'sir ko'rsatadi [7,8]. 1998 yilda, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari patogenezida endoteliy rolini o'rganishga bag'ishlangan ishlari uchun professorlar F. Murad, R. Furchgott, L. Ignarro lar tibbiyot sohasida Nobel mukofoti bilan taqdirlanishgan [5,12]. Endoteliy funksiyasini baholash arterial devorda biror bir tuzilmaviy o'zgarishlar kuzatilmadan turib, aterosklerozning dastlabki klinik belgilari paydo bo'lmasdan avvalgi bosqichda shaxslarni aniqlashga imkon beradi, bu esa yurak-tomir patologiyasi rivojlanishiga nisbatan samarali profilaktik strategiya bo'lib hisoblanadi.

Arterial devor uchta asosiy qavatdan: intima, mediya (silliq mushak) va adventitsiyadan (tarkibida qon tomirlar va nerv oxirlari mavjud tashqi qavat) tarkib topgan [4, 8]. Intimaning asosiy komponenti bo'lib, yuqori metabolik faollikka ega hujayralar monoqavati bo'lgan endoteliy hisoblanadi [2, 7]. Odam organizmida tomirlar endoteliysining asosiy funksiyasi – quyidagi qarama-qarshi jarayonlarning muvozanatli holatini boshqarish yo'li bilan homeostazni ushlab turishdir:

- a) tomirlar tonusini (vazodilatatsiya/vazokonstriksiya);
- b) tomirlarning anatomik tuzilishini (proliferatsiya omillarini sintezlash/ingibirlash);
- v) gemostazni (fibrinoliz omillari va trombositlar agregatsiyasini sintezlash va ingibirlash);
- g) mahalliy yallig'lanish (yallig'lanishdan oldingi va yallig'lanishga qarshi omillarni ishlab chiqish) [6].

Bu funksiyalar endotelial hujayralar tomonidan antagonistik xususiyatlarga ega bo'lgan ko'p miqdordagi vazofaol moddalarni sintezlash yo'li bilan amalga oshiriladi. Barcha endotelial omillar tomirlar devorining mushakli qavatini qisqarishini va bo'shashishini chaqiruvchilarga bo'linadi (konstriktorlar va dilatatorlar). Asosiy vazodilatatorlarga quyidagilar kiradi: azot oksidi (NO), prostatsiklin, depolyarizatsiyaning endotelinli omili. Vazokonstriktorlarning guruhi endotelin-1, angiotenzin II kabi moddalardan iborat. Gemostaz reaksiyalarida qatnashish endoteliotsitlar tomonidan protrombogen (trombositlar o'sish omili, Villebrand omili) va antitrombogen (plazminogenning to'qima aktivatori, trombomodulin) omillarni ajratish hisobiga amalga oshiriladi. Tomirlar endoteliyi, shuningdek, yallig'lanishning rivojlanishi va kechishiga ta'sir ko'rsatuvchi biologik faol omillarni ham ishlab chiqaradi. Ular yallig'lanish oldi omillar (o'smaning nekroz omili, S-reaktiv oqsil) va yallig'lanishga qarshi omillarga (NO) bo'linadi. Tomirlar va silliq mushak hujayralari o'sishiga ta'sir ko'rsatuvchi vazofaol birikmalar stimulyatorlarga (endotelin-1, endotelial o'sish omili, superoksiddi radikallar) va ingibitorlarga bo'linadi (prostatsiklin) [7, 8, 10].

Endoteliy tomonidan ishlab chiqariladigan biologik faol moddalar orasida fiziologik va patofiziologik jarayonlarning keng ko'lamiga vositachilik qiladigan NO katta ahamiyatga ega: u mayda va o'rta qon tomirlarining tonusini boshqaradi, silliq mushakli hujayralar proliferatsiyasini tormozlaydi va bu bilan tomirlar devorining remodelirlanishini oldini oladi, yallig'lanishga qarshi xususiyatlarga ega, shuningdek, trombositlar faollashuvini ingibirlaydi [12]. NO keng biologik ta'sir doirasiga ega: oshqozon-ichak yo'li va siydik-tanosil tizim faoliyatida, sekretor to'qimalar va nafas a'zolari faoliyatida, markaziy va vegetativ asab tizimi ishini boshqarishda ishtirok etadi [2, 4]. SHuni ta'kidlash joizki, NO ayollar reproduktiv

tizimi fiziologik jarayonlarining muhim boshqaruvchisi bo'lib hisoblanadi. Qonda NO ning tarkibi follikula etilishi vaqtida ortadi, ovulyatsiyadan keyin esa uning konsentratsiyasi darhol pasayadi.

ED, bir tomondan, vazodilatatsiyalovchi, angioprotektiv, antiproliferativ omillarning ishlab chiqarilishi va, ikkinchi tomondan, vazokonstriktiv, protrombotik, proliferativ omillar o'rtasidagi disbalansdir [4, 11]. Zamonaviy endotelologiya nuqtai nazaridan, ED patogenezida endoteliotsitlar tomonidan NO ning etarli darajada ishlab chiqarilmasligi muhim o'rinni egallaydi, chunki NO endoteliyning deyarli barcha funksiyasini boshqarishda ishtirok etadi [4, 5]. Endoteliyning funksional faolligi buzilishiga olib keluvchi asosiy sabablar sifatida arterial gipertenziya, qandli diabet, semizlik, yosh omili, chekish, giperlipidemiya, genetik nuqsonlarni keltirish mumkin [10]. Hozirgi vaqtda arterial gipertenziyada ED ning birlamchiligi xususida turli nuqtai nazarlar mavjud. Ba'zi bir olimlarning hisoblashicha, tomir endoteliyining disfunktsiyasi kasallikning sababchisi emas, balki uning oqibatidir. Boshqa tadqiqotchilarning fikricha, arterial gipertenziyada ED birlamchi bo'lib hisoblanadi [3, 4]. EDning klinik oqibati aterosklerozdir [1, 6, 8].

YUqorida aytilganidek, endoteliotsitlar tomonidan NO ning etarli darajada ishlab chiqarilmasligi EDning shakllanishiga olib keladi [4, 7]. SHuning uchun, xuddiki, qonda NO ni ED markeri sifatida aniqlashdan osonroq ish yo'qdek. Ammo NO tezda metabolizmga uchrashgan va qisqa muddat ichida turadigan birikma bo'lib, shu sababli odam qonida uning bevosita miqdoriy tahlilini o'tkazishning imkoni yo'q. In vivo sharoitida NO konsentratsiyasini o'lchash uchun qon zardobida NO ning barqaror oxirgi metabolitlari – nitratlar va nitritlarni aniqlash qo'llaniladi [4,7]. Ammo endoteliy funksiyasini baholovchi ushbu usuldan ham, tadqiqotda bemorni tayyorlashga juda yuqori talablar qo'yilganligi tufayli, muntazam ravishda foydalanib bo'lmaydi [2, 9]. Endoteliy funksiyasini tekshirishning boshqa laborator usullari esa (qon zardobida deskvamatsiyalangan endoteliotsitlar, endotelin, Villebrand omili, yallig'lanish oldi sitokinlari va boshqalarning miqdorini aniqlash) spetsifiklikning yuqori darajasi va tashxisotli qiymatga ega emas, chunki aniqlanuvchi moddalarning katta qismi nafaqat endotelial, balki boshqa hujayralar tomonidan ham sintezlanadi [4].

Periferik va koronar arteriyalar endoteliysi funksiyasini tekshirishning instrumental usullari uning farmakologik (atsetilxolin, bradikinin, gistamin va b.) yoki fizikaviy (qon oqimi tezligining o'zgarishi) rag'batlarga javoban NO ning ishlab chiqilishi qobiliyatini baholashga asoslanadi [1]. Endoteliy funksiyasini baholashning instrumental usullari, o'z navbatida, invaziv va noinvazivlarga bo'linadi [21,56]. Invaziv usullarga atsetilxolinli arterial ichi kiritish bilan birga o'tkaziladigan miqdoriy koronar angiografiya kiradi. 1986 yilda, birinchi marta, koronar angiografiya o'tkazilganda, ED in vivo namoyish etildi: ateroskleroz bilan zararlangan arteriyalarga atsetilxolin infuziyasida endoteliyning buzilgan funksiyasi haqida dalolat beruvchi vazokonstriksiya qayd etilgan [1,4,6,11]. Keyinchalik intrakoronar kateter uchida joylashtirilgan dopplerli datchik bilan koronar arteriyalarda qon oqimining tezligi va hajmi tekshirilishi mumkin bo'lgan usulning ta'rifi bayon etilgan. Uning qo'llanilishi aterosklerozning boshlang'ich belgilarini: intimaning qalinlashuvini angiografik jihatdan sezilarli torayishlar paydo bo'lguncha bo'lgan davrda aniqlashga imkon beradi [5]. Invaziv usullar yuqori aniqlikka ega usul bo'lib hisoblanadi, ammo qimmatligi va asoratlarning yuqori xavfi ularni bir qator bemorlarda qo'llanilishini imkonsiz qilib qo'yadi [7].

2011 yilda ekspertlar guruhi tomonidan ishlab chiqilgan ayollar reproduktiv tizimi qarishining STRAW +10 mezonlariga ko'ra, menopauzal o'tishning erta bosqichi klinik jihatdan davomiyliqi turlicha bo'lgan hayz davrining yuzaga kelishi bilan namoyon bo'ladi; erta follikulyar davrda AMG ning past ko'rsatkichlari va antral follikulalar sonining kamligi fonida FSG miqdorining oshishiga moyillik qayd etiladi. Menopauzal o'tishning kechki bosqichi davomiylik 60 kundan ziyod bo'lgan amenoreya davrlarining qo'shilishi bilan yuzaga keladi [6,12]. Olingan ma'lumotlarga ko'ra, menopauzal o'tish davri tomir endoteliyi funksional faolligining buzilishi bilan bog'liq. Bunda ED o'tish davrining kechki bosqichida,

erta bosqichga nisbatan, yaqqolroq ifodalanadi. Olingan natijalar asosida tadqiqot mualliflarining taxmin qilishicha, menopauzal o'tishning erta bosqichida estrogenlar miqdori endotelial himoyaning ushlab turilishi uchun etarli bo'lib hisoblanadi, kechki bosqichda esa estrogenlar konsentratsiyasi kamayadi, bu esa endotelial funksiyaning keskin yomonlashuviga olib keladi [12]. Boshqa olimlar ta'kidlashicha, arterial devor qattiqligining o'zgarishini o'rganishgan, bu jarayonda, menopauzal o'tish davri davomida, endoteliyga muhim o'rin ajratiladi. Tadqiqot davomida aniqlanishicha, sog'lom ayollarda o'tish davrining erta va kechki bosqichlari, erta bosqichdan boshlab, arterial devor qattiqligining asta-sekinlik bilan oshishi kuzatiladi [1,7].

Keltirilgan ma'lumotlar shundan dalolat beradiki, tabiiy menopauza EDning rivojlanishi bilan o'tadi, uni olimlar nafaqat tuxumdonlar funksiyasi susayishi natijasida kuzatiladigan jinsiy steroidlar tanqisligi bilan, balki tomirlar devorining yoshga doir o'zgarishlari bilan ham bog'lashadi [4]. Ma'lumki, endoteliyning disfunktsiyasi, tomir devori qattiqligining oshishi singari, yosh o'tishi bilan sodir bo'ladigan o'zgarishlardan iborat. Me'yorda surunkali yallig'lanish va oksidlovchi stress natijasida endotelial hujayralarning zararlanishi reparativ jarayonlar bilan o'tadi. Bu funksiyani zararlangan yoki eski tomirlarning tiklanishini ta'minlovchi endotelial progenitorli hujayralar bajaradi. Qarishda bunday hujayralarning soni kamayadi, buning natijasida endoteliy reparatsiyasi va neoangiogenezi buziladi [4,7]. N.G. Vardugina va hammualliflarning ta'kidlashicha (2010), menopauzaning ayolni kardiovaskulyar salomatligiga ta'sirini o'rganishda organizmning qarish belgilaridan estrogenlar tanqisligi ko'rinishini ajratish qiyinchilik tug'diradi. YOsh ta'sirining hali ahamiyati kam bo'lgan TVEli yosh ayollar, menopauza va estrogenlar tanqisligi bilan bog'liq patologik holatlar o'rtasida sabab-oqibat bog'liqligini o'rganish uchun tabiiy model sifatida qarab chiqilishi mumkin [6].

Tadqiqotchilarning fikricha, jinsiy steroidlar tanqisligi bilan bog'liq ED rivojlanishining erta boshlanishi yosh ayollarda YUQTK va o'lim xavfi oshishiga olib kelishi mumkin [10].

TVEli bemorlarda endoteliyning funksional holatini, shuningdek, H. Yorgun va hammualliflar (2013) ham o'rganishgan. Tadqiqotda TVEli 23 nafar ayol ishtirok etishdi (o'rta yosh - $37,8 \pm 10,8$ yosh), nazorat guruhini tuxumdonlarning funksiyasi saqlangan, yosh bo'yicha mos bo'lgan 20 nafar sog'lom ayollar tashkil etdi.

Olimlar, TVEli yosh ayollarda tomirlar endoteliyining funksional holati buzilishini, estrogenlarning YUQTT ga protektiv ta'sirining pasayishi bilan bog'lashadi [11]. Bu jinsiy steroidlarning patofiziologik ta'sir mexanizmi nimadan iborat?

Ayollar organizmida estrogenlar uchta turli shaklda: estradiol, estron va estriol shaklida mavjud bo'ladi [3, 6]. Estradiol estrogenlarning eng faoli bo'lib, ayollar organizmida 400 dan ortiq

funksiya uchun javob beradi [5,7]. Estrogen gormonlar o'zining metabolik ta'sirini estrogenlarning retseptorlari (gormon-retseptorlar) va signallarning hujayra ichi o'tkazgichlari orqali amalga oshiradi. YUrak-qon tomir va markaziy asab tizimida bunday retseptorlari mavjud bo'ladi [8]. Estrogenlarning biologik ta'siri ikkita asosiy mexanizmlar yordamida amalga oshiriladi.

Estrogen gormonlar tomir tonusi va arterial bosim boshqarilishi mexanizmlariga ta'sir ko'rsatadi. Aniqlanishicha, estrogenlar periferik nerv oxirlaridan noradrenalinning chiqishini kamaytiradi, qonda noradrenalin va adrenalin miqdorini pasaytiradi [3,12]. Bundan tashqari, estrogenlar va renin-angiotenzin-aldosteron tizimi o'rtasidagi aloqani tasdiqlovchi ma'lumotlar mavjud: jinsiy steroidlar angiotenzinga aylanuvchi ferment va I angiotenzin II retseptorining ekspressiyasini kamaytiradi [11]. Estrogenlarning vazofaol ta'siri, shuningdek, endoteliotsitlar tomonidan azot oksidi vazodilatatorlari va prostatsiklinning ishlab chiqarilishining oshishi hamda endotelin-I vazokonstriktori hosil bo'lishining kamayishi bilan bog'liq [8].

Jinsiy steroidlarning tomir devori komponentlariga, uning qayishqoqligi va rezistentligiga ijobiy ta'sir qilishi ham ma'lum. Estrogen gormonlar, silliq mushakli hujayralarda kollagen va elastin sintezi pasayishi hisobidan, tomir devorining fibrozlanishiga to'sqinlik qiladi. Bundan tashqari, estrogenlar silliq mushakli hujayralarning proliferatsiyasini pasaytiradi, monotsitlarning subendotelial qavatda migratsiyasida ishtirok etuvchi xemokinlar va endotelial hujayralariga monotsitlarning birikishiga olib keluvchi adgeziv molekulyar ekspressiyasini susaytiradi [3,12].

Jinsiy steroidlarning uglevod almashinuviga ijobiy ta'siri haqida aytmalikning iloji yo'q: estrogenlar to'qimalarning insulinga sezuvchanligini yaxshilaydi va insulinning o'zini ishlab chiqarilishining kamayishiga olib. Va, nihoyat, estrogenlar qonning ivish tizimiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, xususan: trombositlarning agregatsion faolligini susaytiradi, plazminogen-1, Villebrand omili, plazminogen, antitrombin III va fibrinogen aktivatorining ingibitori miqdorini kamaytiradi [12].

Hozirgi kunda TVEli bemorlarda endoteliy funksiyasini baholashga imkon beruvchi instrumental usullarning katta soni mavjud, ammo ularning qaysi biri afzalroq ekanligi oxirigacha aniq emas. Kundalik klinik amaliyotda qo'llanilishi oson bo'lgan va ED funksional markerlarini qayd etishning ishonchli usullari ayniqsa jalb etuvchi bo'lib hisoblanadi.

SHunday qilib, TVEda EDning rivojlanishi asosida estrogen gormonlarning tanqisligi yotadi. Barcha yuqorida sanab o'tilganlarni hisobga olib, TVE – reproduktiv tizimning jo'mboqli va nisbatan kam uchraydigan kasalligidan aziyat chekuvchi ayollarda tomirlar endoteliyini batafsil o'rganish zaruriyati ayon bo'ladi.

Adabiyotlar ro'yxati:

1. Абсатарова Ю. С., Андреева Е. Н. Преждевременная недостаточность яичников: современные аспекты ведения пациенток //Сборник тезисов III Всероссийской конференции с международным участием" Репродуктивное здоровье женщин и мужчин". – 2018. – С. 5-5.
2. Адамян Л. В. и др. Новые возможности хирургии в восстановлении утраченных функций яичников при преждевременной недостаточности яичников у женщин репродуктивного возраста //Доктор. ру. – 2019. – Т. 11. – №. 166. – С. 44-9.
3. Блинов Д. В. и др. Ранняя менопауза и преждевременная недостаточность яичников: проблемы и перспективы //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2020. – Т. 14. – №. 3. – С. 328-345.
4. Игнатъева Р. Е. и др. Эндотелиальная дисфункция в системе микроциркуляции у пациенток с преждевременной недостаточностью яичников //Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2017. – Т. 16. – №. 1.
5. Позднякова А. А., Марченко Л. А., Рунихина Н. К. Сердечно-сосудистый риск и возможности его коррекции у женщин с преждевременной недостаточностью яичников //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2018. – Т. 12. – №. 4.
6. Петров Ю. А., Блесманович А. Е., Алехина А. Г. Преждевременная овариальная недостаточность (обзор литературы) //Таврический медико-биологический вестник. – 2018. – Т. 21. – №. 2-2.
7. Салимова М. Д., Надеяева Я. Г., Данусевич И. Н. Современные представления о клинико-диагностических критериях преждевременной недостаточности яичников (обзор литературы) //Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). – 2021. – Т. 5. – №. 6. – С. 42-50.
8. Eleazu I. C., Jones-O'Connor M., Honigberg M. C. The Impact of Premature Menopause on Future Risk of Cardiovascular Disease //Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine. – 2020. – Т. 22. – №. 12. – С. 1-11.
9. Honigberg M. C. et al. Association of premature natural and surgical menopause with incident cardiovascular disease //Jama. – 2019. – Т. 322. – №. 24. – С. 2411-2421.

10. Xu X., Jones M., Mishra G. D. Age at natural menopause and development of chronic conditions and multimorbidity: results from an Australian prospective cohort //Human Reproduction. – 2020. – Т. 35. – №. 1. – С. 203-211.
11. Zhou X., Tang G. Premature menopause and risk for cardiovascular disease //Jama. – 2020. – Т. 323. – №. 16. – С. 1616-1617.
12. Zhu D. et al. Age at natural menopause and risk of incident cardiovascular disease: a pooled analysis of individual patient data //The Lancet Public Health. – 2019. – Т. 4. – №. 11. – С. e553-e564.



УДК 618.39-085.2/3 (075.8)

Agababyan Larisa RubenovnaAssociate Professor of the Department of obstetrics and gynecology,
faculty of postgraduate education
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan**Nasirova Zebiniso Azizovna**Assistant of the Department of obstetrics and gynecology,
faculty of postgraduate education
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan**Gaybullaeva Zamira Furkatovna**Resident of the Master's of the Department of obstetrics and gynecology,
faculty of postgraduate education
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan**REHABILITATION AFTER MEDICAL ABORTION (LITERATURE REVIEW)****For citation:** Agababyan Larisa Rubenovna Nasirova Zebiniso Azizovna, Gaybullaeva Zamira Furkatovna, Rehabilitation after medical abortion (Literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 15-17<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-3>**Agababyan Larisa Rubenovna**SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya
kafedراس dotsenti, Uzbekiston, Samarkand**Nasirova Zebiniso Azizovna**SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya
kafedراس assistenti, Uzbekiston, Samarkand**Gaybullaeva Zamira Furkatovna**SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya
Kafedراس magistratura rezidenti, Uzbekiston, Samarkand**DORI-DARMON BILAN ABORT QILISHDAN KEYIN REABILITATSIYA (ADABIYOT SHARHI)****Агабабян Лариса Рубеновна**Доцент кафедры Акушерства и гинекологии
ФПДО СамМИ, Узбекистан, Самарканд**Насирова Зебинисо Азизовна**Ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
ФПДО СамМИ, Узбекистан, Самарканд**Гайбуллаева ЗамираФуркатовна**Резидент магистратуры кафедры Акушерства и гинекологии
ФПДО СамМИ, Узбекистан, Самарканд**РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Artificial termination of an unwanted pregnancy (abortion) is one of the most significant medical and social factors that have a negative impact on the reproductive health of women. The World Health Organization has recognized abortion as a serious reproductive health problem for women.

All over the world, every fourth woman during her life goes to the abortion procedure one or more times. The annual number of abortions around the world is about 56 million, 25 million of them are

unsafe, as a result of which 22,000 women die, accounting for about 8% of all maternal deaths.

The problem of abortion, despite the established trend towards a decrease in their number, still requires solution due to the fact that it is one of the leading causes of maternal death, inflammatory diseases of the genital organs, infertility, and also negatively affects the course of subsequent pregnancies and childbirth, increasing the frequency miscarriage, maternal and perinatal pathology.

In March 2010, the World Abortion Congress (Lisbon) recognized that medical abortion is the most civilized technology of abortion recognized by the world community. The prevalence of abortions, including unsafe ones, is largely determined by the country's legislative policy.

The problems of preserving the reproductive health of the population, family planning and the safety of abortions are extremely urgent for the state. This is confirmed by the law "On the protection of reproductive health of citizens" adopted by the Ministry of Health of the Republic in 2019.

But, in consideration of the early resumption of sexual activity soon after an uncomplicated abortion and early restoration of fertility (already 10 days after the completion of an induced abortion in the first trimester, the probability of ovulation is 75.9% [3, 7], it is extremely important that patients are offered highly effective contraceptive methods that they can use starting immediately after the abortion [1, 8, 11].

Hormonal methods of contraception: combined (estrogen and progestogen) or purely gestagenic, can be started on the day of misoprostol (usually the third day of medical abortion). These methods include oral contraceptives, injection methods (eg, depot medroxyprogesterone acetate), implants, and a contraceptive patch. The combined estrogen-progestogen contraceptive vaginal ring can be used one day after taking misoprostol or, if bleeding is profuse, 2-3 days later. This recommendation is based on clinical experience; however, it is not known to what extent prolonged and profuse bleeding after abortion reduces the effectiveness of the vaginal ring [5, 8]. There is anecdotal evidence of the use of a vaginal ring immediately after medical abortion performed in the first trimester of pregnancy, which did not reveal any serious adverse events or association with infection during the three menstrual cycles after the abortion [4, 9].

According to some researchers, a prolonged continuous regimen of taking a combined hormonal contraceptive for three to four months is especially effective. The prolonged COC regimen has risks of side effects and complications comparable to the cyclic regimen and promotes effective suppression of proliferative processes in the endometrium and a decrease in menstrual blood loss [3,13].

Intrauterine devices can be inserted at any time after the completion of medical abortion, that is, within 48 hours after the expulsion of the ovum [1, 15]. A complete medical abortion can be confirmed by echography, a human chorionic gonadotropin test, or pelvic examination in conjunction with the patient's history of expulsion. If the IUD is scheduled for a follow-up visit (three weeks later), the woman should use barrier or hormonal contraceptives for sexual activity during this period.

Barrier methods such as condoms, diaphragms and spermicides can be used when sexual activity is resumed [6,12].

Female sterilization can be performed after the patient signs voluntary informed consent [12,15].

The working group included medical staff, researchers and external experts from WHO. To collect data, we used the methods of group and individual surveys, discussion with representatives of the public and providers, questioning women who applied for termination of pregnancy or choosing a method of contraception, monitoring abortion, pre- and post-abortion counseling. The study was devoted to studying the awareness of the population about the rights of patients, especially among socially unprotected groups; the availability of contraception and abortion; the role of a partner in reproductive health issues. In addition, this study addressed the issues of financing, management, cost and quality of services provided, namely pre-abortion counseling, organization of the abortion procedure (methods used, type of pain relief, methods of preventing complications). The results of the study revealed a pronounced lack of information about both artificial termination of pregnancy and its prevention. In addition, the study revealed an ambiguous attitude towards contraception among different strata of Russian society, which is associated with awareness of the effectiveness, benefits, side effects and availability of existing methods of contraception. Despite the fact that, in the opinion of the respondents, contraception is acceptable, and

it is preferable to termination of pregnancy, it is regularly used by a very small number of respondents, mainly due to the widespread opinion about the adverse effect of contraception on health [5,9].

However, less than half of patients of reproductive age (45%) consult a doctor to obtain information on methods of preventing unwanted pregnancies. The rest prefer to focus on their knowledge and experience of their close environment [10].

The likelihood of developing complications after an abortion is progressively increasing with an increase in the number of procedures performed. So, according to I.S. Savelyeva, a history of up to two abortions leads to complications in 3-4% of cases; three to four abortions in history are complicated in 20% of cases; and patients who have undergone more than six abortions in 100% of cases are at risk of complications. The use of hormonal contraception in the post-abortion period serves as a pathogenetic agent in the treatment of complications (menstrual dysfunction, PID), as well as prevention of the development of gynecological pathology (uterine myoma, endometrial hyperplastic processes, endometriosis) [11,17].

As a result of the excitation of the hypothalamic-pituitary system against the background of a stressful state after an abortion, the body produces steroid hormones - follicle-stimulating, adrenocorticotropic, estrogens and glucocorticoids, in connection with which it becomes necessary to reduce the excitability of the hypothalamus and, accordingly, to prevent the development of changes in the ovaries and hyperplastic processes in the endometrium. With repeated abortions, menstrual dysfunction is recorded in 25-30% of women. Complications associated with these disorders develop gradually and are often not associated with previous abortions due to their late clinical signs [6, 15]. The use of estrogen-progestogenic oral contraceptives, according to the researchers, promotes adequate rehabilitation of the function of the hypothalamic-pituitary system and the restoration of reproductive function in the post-abortion period. Immediately after an abortion, the use of COCs provides: a decrease in the severity (elimination) of bleeding; oppression of proliferative processes; anti-inflammatory and regenerative effect at the endometrial level; a decrease in the excitability of the hypothalamic-pituitary system and a decrease in gonadotropic activity; elimination of estrogen and progestin deficiency; protection from pregnancy [7,12]. This is important for young and young women, because the termination of the first pregnancy, which occurred with an incompletely formed reproductive system, often leads to infertility [8, 16].

Prevention of infectious complications remains controversial in the issue of rehabilitation after pharmacological abortion. Currently, it has been proven that antibiotic prophylaxis during surgical abortion can prevent infectious complications (evidence class A).

One should not forget about the side effects and complications caused by the use of hormonal contraceptives. The most formidable of them are thrombosis and thromboembolism [12, 13]. Moreover, their risk increases 2-7 times as the duration of use increases [11,15]. According to different authors, the use of combined oral contraceptives is accompanied by hemostatic changes in the woman's body, which are considered as a tendency to hypercoagulemia and are manifested by hyperfibrinogenemia, activation of factor VII, increased resistance to protein C [7, 13]. Fibrinolysis is often activated - a response to increased fibrin formation, which is realized by lowering the level of plasminogen activation inhibitor, which determines the rate of plasminogen conversion to plasmin (or fibrinolysin) [6, 8]. The influence of oral contraceptives on the anticoagulant potential is not excluded, although all the possibilities are mentioned in the literature: some have found a decrease in the amount, others have insensitivity, and still others have inhibition of antithrombin III when exposed to sex steroids [1]. The intensity of hemostatic changes increases with an increase in the dose of the estrogenic component and the duration of the contraceptive use; shifts in the platelet and coagulation links of hemostasis are coupled and unidirectional. More pronounced changes in the platelet link occur in the first cycle of hormonal contraceptive use, preceding in time the appearance of changes in the coagulation (biochemical) component of hemostasis, which indicates the initiating role of platelets in the activation of coagulation [2, 7].

An alternative to the use of combined oral contraceptives are purely gestagenic drugs, the effect on hemostasis of which is less pronounced, according to some authors [10], but increases the degree of hyperhomocysteinemia (HHC) and the intensity of changes in the platelet and coagulation links of hemostasis, according to others [5,6] ... Currently, HHC is considered one of the main risk factors for the development of thrombotic and atherosclerotic complications [13]. Hyperhomocysteinemia is the result of the combined effect of many hereditary and acquired factors, potentiates hemostatic shifts in both platelet and coagulation links of the hemostasis system, and at the same time suppresses the activity of natural anticoagulants and the fibrinolysis system [12].

Thus, the tactics of managing patients after artificial termination of pregnancy should not only include standard therapy, treatment of perioperative complications, but also provide for the prophylactic administration of COCs to prevent new complications and long-term negative consequences for women's health, since this is pharmaco-economically justified. Only in this case will the number of complications decrease, and, consequently, long-term morbidity and mortality, which will provide a significant economic effect and will have a positive effect on the somatic and reproductive health of women.

Literature review:

1. Аксентьева А. В., Полякова В. А., Карпова И. А. Изменения в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза на фоне реабилитации после медикаментозного прерывания маточной беременности малых сроков и метод их коррекции //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 5. – С. 77-77.
2. Агабабян Л. Р., Насирова З. А. Послеабортный уход-особенности контрацепции //Фундаментальные и прикладные исследования науки XXI века. Шаг в будущее. – 2017. – С. 48-50.
3. Ворошилова Е. А. Оптимизация реабилитационных мероприятий после искусственного аборта в результате применения в комплексной терапии аминодигидрофталазиндиона натрия //Медицинский совет. – 2018. – №. 21.
4. Коновалова М. В. и др. Патогенетическое обоснование профилактики инфекционных осложнений после аборта у женщин с урогенитальным хламидиозом в анамнезе //Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2018. – №. 2 (108).
5. Кравченко Е. Н. и др. Комплексная реабилитация женщин после позднего аборта по медицинским показаниям //Бюллетень медицинской науки. – 2017. – №. 3 (7).
6. Махмудова С. Э., Ахмедова А. Т. Особенности контрацепции после медицинского аборта //Вестник врача. – С. 23.
7. Яшук А. Г. и др. Реабилитация женщин после медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности //Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. – Т. 12. – №. 5 (71).
8. Barreto Cardoso V. et al. HUMANIZATION IN NURSING CARE TO WOMEN IN POST ABORTION SITUATIONS //Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE. – 2021. – Т. 158.
9. Biggs M. A. et al. Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study //JAMA psychiatry. – 2017. – Т. 74. – №. 2. – С. 169-178.
10. Gill R. K. et al. Feasibility and Acceptability of a Mobile Technology Intervention to Support Postabortion Care (The FACTS Study Phase II) After Surgical Abortion: User-Centered Design //JMIR human factors. – 2019. – Т. 6. – №. 4. – С. e14558.
11. Ibrahim Z. M. et al. Knowledge, attitude and practice towards abortion and post abortion care among Egyptian private obstetricians and gynaecologists //The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. – 2020. – Т. 25. – №. 4. – С. 245-250.
12. Idi N. et al. Rare Case of Abortion Complication: Bilateral Abscess of the Shoulders //Open Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2018. – Т. 8. – №. 14. – С. 1578-1582.
13. Jiao Y. et al. Application of ultrasound multimodal score in the assessment of endometrial receptivity in patients with artificial abortion //Insights into imaging. – 2020. – Т. 11. – №. 1. – С. 1-7.
14. Rahmanian F. et al. Needs assessment for gender sensitive reproductive health services for adolescents //International journal of adolescent medicine and health. – 2020. – Т. 32. – №. 5.
15. Wang H., Liu Y., Xiong R. Factors associated with seeking post-abortion care among women in Guangzhou, China //BMC Women's Health. – 2020. – Т. 20. – №. 1. – С. 1-7.
16. Zarei M. et al. Resilience and Coping Strategy after Abortion due to Fetal Malformation: A Web-Based Randomized Controlled Intervention. – 2020.



УДК.616.62-001.5-072.1-089


Аллазов Салах Аллазович
Самаркандский Государственный Медицинский
Институт, Кафедра урологии, профессор
Самарканд, Узбекистан

Камалов Нодир Аловaddinovich
Магистр курса урологии
Самаркандского Государственного
Медицинского института, Самарканд, Узбекистан

Мурадова Раиля Рустамовна
Самаркандский Государственный Медицинский
институт, Кафедра фармакологии,
ассистент кафедры.
Самарканд, Узбекистан

ЖИТКОСТНЫЕ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЧЕК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Allazov Salakh Allazovich, Kamalov Nodir Alovaddinovich, Muradovova Railya Rustamovna, Fluid renal masses, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 18-21

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-4>

Allazov Salakh Allazovich
Professor of Department at Samarkand
State medical institute, Department of urology
Samarkand, Uzbekistan

Kamalov Nodir Alovaddinovich
Master's degree in urology
Samarkand state medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Muradovova Railya Rustamovna
Assistance of Department at Samarkand
State Medical institute, Department of farmokology
Samarkand, Uzbekistan

FLUID RENAL MASSES (LITERATURE REVIEW)

Allazov Salah Allazovich
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Urologiya kafedrası professori
Samarqand, O'zbekiston

Kamalov Nodir Alovaddinovich
Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti,
Urologiya kursi magistri
Samarqand, O'zbekiston

Muradova Railya Rustamovna
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Farmokologiya kafedrası assistenti
Samarqand, O'zbekiston

BUYRAKLARNING SUYUQLIKLI HAJMLI HOSILALARI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

За последние годы у «компьютерных томографистов» сложилось такое обобщенное представление, как «кистозные новообразования». Последние в почках по Bosniak M.A. (1986) [4] включают: 1. простую кисту - тонкостенную без перегородок и кальцификатов; 2. доброкачественную кисту, содержащих несколько перегородок и кальцификатов; 3. кисты, которые содержат множество перегородок; 4. сомнительные кистозные образования, утолщенными стенками и перегородками, доброкачественного или злокачественного характера; 5. явно злокачественные образования, включающиеся кистозный рак.

К этой же категории объемных образований можно отнести и забрюшинную гематому (ЗГ) - кровоизлияние с образованием скопления крови в клетчатке забрюшинного пространства. ЗГ часто сопровождаются закрытые и открытые повреждения живота, в том числе и ранения поясничной области. Её разнообразием является забрюшинная урогематома (ЗУГ), возникающая при разрыве всех слоев почечной паренхимы с повреждением стенки чашечек и лоханки [3].

При операциях по поводу травмы живота и таза, часто сталкиваются с интраоперационной картиной забрюшинного кровоизлияния (ЗК). В такой ситуации, у хирурга всегда возникает множество вопросов об источнике забрюшинного кровотечения, требуется ли ревизия (ЗГ) и так далее [3,6]. Несмотря на это, публикаций на данную тему крайне мало как в зарубежной, так и в отечественной печати, что заставило нас сделать попытку составления обзора литературы, посвященной этой теме.

Многие говоря о кровоизлиянии в забрюшинное пространство того или иного генеза, употребляют термин «забрюшинная гематома», хотя более чем в 80% случаев кровоизлияние в забрюшинное пространство протекает по типу пропитывания и лишь у остальной части пострадавших – с образованием сгустков крови, гематомы [15]. Поэтому, правильнее говорить не «забрюшинная гематома», а «забрюшинное кровоизлияние» [6,13].

ЗК чаще возникает при переломах костей таза, переломах позвоночника, повреждениях почек, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, желудка, аорты, нижней полой вены, почечных сосудов, гемофилии [11,19,20]. По локализации забрюшинные гематомы Земляной В. П. и соавт., (2016) [8] разделили на три типа: I тип-центральные, II тип-боковые, III тип-тазовые (рис-1.).

К центральному типу относятся гематомы, располагающиеся в центральной части забрюшинного пространства и обусловлены они, как правило, повреждением аорты, нижней полой или воротной вен, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы. Боковые гематомы (II тип) располагаются в забрюшинном пространстве, от латеральной части диафрагмы до гребня подвздошной кости. Причиной их возникновения чаще всего служит повреждение почки. Тазовые гематомы (III тип) располагаются в ретроперитонеальном пространстве полости таза и связаны с повреждением подвздошных сосудов. В отдельную группу выделяют комбинированные (обширные) гематомы, захватывающие несколько областей забрюшинного пространства.

Очень характерна проба «легкого надавливания на урогематому» в стороне от раны. При этом из раневого канала рывками поступает кровянистая моча. Больному перед пробой лучше ввести спазмолитические средства внутримышечно. Подобная забрюшинная урогематома так и называется – дренированной [21].

Уринома (urinoma; лат. Urina-моча + oma-опухоль, синонимы: параренальная мочевого псевдокиста, перипельвикальная мочевого гранулема, «мочевого псевдокиста») скопление мочи в околопочечной или забрюшинной клетчатке, окруженное фиброзной капсулой, чаще всего обусловлено повреждением органов мочевого системы с выделением мочи в забрюшинное пространство [17].

Небольшое количество мочи при нормальном лимфатическом оттоке из забрюшинного пространства может полностью резорбироваться. В других случаях, даже если поступление мочи прекращается, ее скопление инкапсулируется (плотная соединительнотканная капсула образуется через 3-6 нед) [17,18].

До сих пор не ясна роль околопочечной гематомы в происхождении посттравматических осложнений. Неопределенность критериев для оценки степени повреждения почечной ткани не позволяет у пострадавших своевременно выбрать рациональный метод лечения. Не разработаны также критерии для объема операции.

Клиническая картина забрюшинных гематом зависит прежде всего от характера повреждения костей, органов ЗП, живота, а также от величины кровоизлияния, которая может достигать до 2 л крови и более.

Геморрагический синдром при небольших гематомах не выражен. Однако при значительных кровоизлияниях отмечается анемизация с падением артериального давления вплоть до коллапса [14].

Диагностика ЗГ основывается прежде всего на анамнезе (характер травмы, геморагии в прошлом при гемофилии) и местные проявления – припухлость, болезненность в поясничной области или в тех или иных отделах брюшной полости, быстро развивающееся метеоризм. Большое значение имеют симптомы нарушения функции мочевыводящей системы, при этом характерный симптом – вынужденное положение больного с приведенным к животу бедром на стороне гематомы. Ю.А. Пытелем, И.И. Золатарёвым (1985) описан примечательный симптом, который наблюдается у мужчин при наличии гематомы (урогематомы) в ЗП: половой член вне эрекции приподнят и располагается на передней брюшной стенке в направлении той стороны, где возникла забрюшинная гематома («член-указка», «половой член-указка забрюшинной гематомы»).

«Острый живот» при ЗК проявляется довольно разнообразно: постоянные тупые боли в животе, локальное мышечное напряжение, ограниченные участки притупления при перкуссии живота, не меняющие своих границ при перемене положения тела больного (симптом Джойса), ранний парез кишечника в первые 6 часов. Симптом Джойса выявляется на стороне ЗК.

Лечебно-диагностическая тактика, по данным литературы, варьирует от неинвазивной инструментальной диагностики и динамического наблюдения до лапаротомии с ревизией забрюшинного пространства [14], в зависимости от локализации гематомы, тяжести состояния пациента и др. МСКТ и МРТ обладают высокой чувствительностью и в 85–98% случаев оказываются эффективными для обнаружения забрюшинных гематом [22, 23], а также для установления источника кровотечения.

Литературные данные, характеризующие чувствительность ультразвукового метода для обнаружения забрюшинных гематом, варьируют в широких пределах, составляя от 14,3% до 52,0% [14,23]. В исследовании А. Н. Смоляра и соавт (2009) [14] чувствительность УЗИ в выявлении забрюшинных гематом составила 14,3%. Следует отметить, что во всех случаях при проведении УЗИ были обнаружены паранефральные гематомы, тогда как обнаружить паравазальные гематомы не представлялось возможным. Э. Я. Дубров и соавт. (1978) также указывают на зависимость информативности УЗИ от локализации ЗГ: гематомы таза удавалось обнаружить, только когда они распространялись выше крыла подвздошной кости. Также авторы отмечают трудности диагностики при сочетании забрюшинных гематом с повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. В исследовании Е. Ю. Трофимовой и соавт. (2012) [16] выявлена зависимость частоты обнаружения ЗГ при УЗИ от времени, прошедшего с момента травмы: в течение первых трех часов ЗГ были обнаружены у 39,7% пациентов, у оставшихся пациентов ЗГ удавалось выявить в течение первых суток. Аналогичные данные представлены М.

М. Абакумовым и соавт. (2013) точность УЗИ при проведении повторных исследований возрастает до 68,4%.

В отдельных случаях производят лапароцентез и, как крайнюю меру, при невозможности исключить повреждение внутренних органов - лапаротомию.

Информативность диагностической лапароскопии высоко оценивается большинством авторов. Чувствительность, специфичность и диагностическая точность лапароскопии для уточнения необходимости лапаротомии при травмах составляет 75–100% [20].

Травмы органов мочеполовой системы занимают одно из ведущих мест в возникновении ЗГ [10]. От их своевременной и правильной диагностики во многом зависит выбор метода лечения пациентов и дальнейшая их судьба.

Особенно сложную группу составляют пострадавшие сочетанной травмой живота и органов забрюшинного пространства, прежде всего мочевого пузыря и почек [12].

В настоящее время ведущее место среди поврежденных органов мочеполовой системы занимают закрытые травмы почек с образованием ЗГ в ЗП [12,17,18].

Закрытая (подкожная) травма почки характерна в основном для мирного времени [18]. Впрочем с неё начинались первые описания травматических повреждений почек. Так, фундаментальные исследования на эту тему выполнены Галеном в III веке до нашей эры, А. Парэ в XVI веке, Ф.А.Рейном в России в 1894 г. Последний внес вклад в теорию патогенеза подкожных разрывов почек, показал роль повышения гидростатического давления в почке при нанесении удара. (теорема Кюстера).

Для глубокого понимания патогенеза и механизма ЗГ и оптимизации оказания медицинской помощи определенное значение имеет моделирование ЗГ, и на его основании апробировать способы диагностики и лечения.

Известен способ моделирования ЗГ, предусматривающий использование так называемого ударного устройства. Животного, например крысу, находящуюся под общим наркозом, укладывают на спину и фиксируют к столу. Для нанесения удара по почке нажимают на спусковой курок, возникающая при этом травма почки сопровождается разрывом кровеносных сосудов с последующим кровотечением и формированием забрюшинной гематомы.

Известен также способ моделирования забрюшинных гематом, при котором в качестве объекта исследования используют трупы скоропостижно скончавшихся людей.

Существует также возможность ятрогенных травм (повреждение, вызванное врачебной манипуляцией), которые могут возникать при прохождении катетера через мочеточник (повреждение почечной лоханки) при выполнении биопсии почки, а также при наличии инфекции чашечно-лоханочной системы деструктивного характера.

Описан случай сквозного повреждения стенки чашечки мочеточниковым катетером и затека паранефрия контрастным веществом во время ретроградной уретеропиелогграфии (рис.2) [3].

Диагностика ЗГ довольно сложна, особенно при сочетанной травме с повреждением внутренних органов. При обзорной рентгенографии можно выявить нечеткость контура подвздошно-поясничной мышцы, смещение тени почки или ободочной кишки.

Диагноз уточняют с помощью компьютерной томографии и ультразвукового исследования.

При обнаружении верхних (или центральных) забрюшинных гематом, они подлежат ревизии в качестве завершающего этапа диагностической лапаротомии, которая исключила бы внутрибрюшинный характер кровотечений. Источником такой гематомы могут быть все повреждения забрюшинно расположенных органов [12].

В крайне редких случаях через тот или иной срок после травмы указанная гематома может распространяться до

мошонки или под кожу бедра, даже в копчиковую область, нагнаиваясь симулировать копчиковый свищ [2].

Возникающая в редких случаях при закрытой травме почек сильное кровотечение в околопочечное пространство обычно не имеет тенденцию к прекращению. Оно может иметь место при таких тяжелых повреждениях, как множественные глубокие разрывы почки, размоложение ее, разрыв сосудов почечной ножки. В подобных случаях наблюдается так называемое молниеносное течение повреждения почки, при котором за короткий срок, если своевременно не произведено экстренное оперативное вмешательство, наступает смерть от острой кровопотери.

Касаясь вопроса об опасности для жизни первичных кровотечений из поврежденной почки или сосудов ее ножки в околопочечное пространство, важно уточнить, возникает ли угрожающая кровопотеря [7,18]. Между тем решить этот вопрос чрезвычайно трудно, так как собрать и измерить объем крови, излившаяся в околопочечное пространство, наподобие того, как это часто делают при кровоизлияниях в брюшную полость, практически невозможно по той причине, что эта кровь в короткий срок пропитывает околопочечную, а при обильном кровотечении и всю забрюшинную жировую клетчатку с соответствующей стороны.

Обычно величину кровоизлияния в околопочечное пространство оценивают условно как небольшое, умеренное или значительное в зависимости от создавшегося у врача общего впечатления. Если существование околопочечной гематомы обнаруживают при лапароскопии, когда указанная гематома при целостности заднего листка париетальной брюшины «выбухает» в брюшную полость, то в случаях образования в области соответствующей почки небольшой «подушки» ее рассматривают как небольшую. Если выступающая околопочечная гематома имеет величину с кулак, её считают умеренной, а если эта гематома величиной с голову новорожденного или больше, то значительных размеров [7].

Кровопотеря в 500 мл действительно не представляет непосредственной опасности для жизни больного. Повреждение сосудов почечной ножки, когда за короткий срок кровопотеря составит такое количество, может вызвать смерть пациента, в тоже время при тяжелом повреждении почки кровопотеря может составить 500 мл, но протекать благоприятно, когда оперативное вмешательство производилось своевременно после травмы и большее количество крови не успело излиться.

Выявление у больных с закрытой травмой почки околопочечной гематомы и наблюдение за ее обратным развитием имеет большое практическое значение, так как часто величина этой гематомы в известной мере может указывать на тяжесть почечной травмы и, кроме того, является хорошим косвенным показателем течения последней.

Особого значения заслуживает течение закрытых и открытых повреждений почки в случаях, когда вследствие нарушения целостности ее чашечно-лоханочной системы в связи с травмой в околопочечное пространство поступает моча.

В момент травмы в указанных случаях в околопочечное пространство может изливаться лишь то незначительное количество мочи, которое к этому времени находилось в лоханке соответствующей почки, что практического значения не имеет. Лишь впоследствии по мере восстановления функции поврежденной почки и поступления мочи в паранефальное пространство постепенно развивается мочевая инфильтрация околопочечной, а затем и забрюшинной клетчатки.

Ущажение уличных, транспортных травм, а также ранений локального военного характера, в наше время требует еще более пристального внимания к этой острой и дискуссионной проблеме.

Использованная литература

1. Абакумов М. М., Смоляр А. Н., Трофимова Е. Ю., Шарифуллин В. А., Бармина Т. Г., Богницкая Т. В. Диагностика и лечение травматических забрюшинных кровоизлияний // Хирургия. 2013; 12: 5–10.
2. Аллазов С.А., Турсунов Х.Б. Редкий случай в урологии и хирургии. Вестник врача 2011; 2: 37-38.
3. Аллазов С.А. Повреждения почек и мочевыводящих путей. Урология 2012; 6: 110-112.
4. Босниак М.А., 1986. Цит.: Аляев Ю.Г., Винаров А.З. Ран почки: практическая урология. Под ред. Глыбочко Н.В., Аляева Ю.Г., 2012; с. 82.
5. Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р. Травматические забрюшинные кровоизлияния. Медицинский вестник Башкортостана. 2013; 3(8): 107-112.
6. Диагностика и лечение травматических забрюшинных кровоизлияний / А.Н. Смоляр, Е.Ю. Трофимова, Т.В. Богницкая, М.М. Абакумов // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011: 627.
7. Довлатян А.А. Травма органов мочеполовой системы. М. БИНОМ 2012; 280.
8. Земляной В.П., Сингаевский А.Б., Данилов А.М., Сигуа Б.В., Ялда К.Д., Возможности диагностики забрюшинных гематом при ранениях поясничной области в условиях многопрофильного стационара. Вестник СПбГУ. 2016; 1(11): 60-67.
9. Информативность инструментальных методов диагностики при пельвиоабдоминальной травме, осложнившейся забрюшинным кровоизлиянием / И.К. Паладий, Е.Т. Бескиеру, А.В. Визитиу [и др.] // Актуальные вопросы хирургии: материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь. – Витебск, 2010; 91-92.
10. Комяков Б.К. Урология М., 2011; 464: 14.
11. Макке С.А. Выбор рационального метода лечения при закрытых повреждениях почек. Дисс. ... канд. мед. наук. СПб 2009; 110.
12. Махмудов Ф.Ч. Мустафакулов И.Б. Современные подходы к хирургическому лечению повреждений мочевыделительных органов при сочетанной травме живота (обзор литературы). Вестник врача 2013; 1:89-93.
13. Сингаевский А. Б., Данилов А. М., Сигуа Б. В., Ялда К. Д., Бадалова Ж. Э. Возможности оптимизации лечения ранений поясничной области в многопрофильном стационаре // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2014; 14 (48): 127–131.
14. Смоляр А. Н., Абакумов М. М., Бармина Т. Г., Доновна Л. В., Черная Н. Р. Диагностика и лечение ранений живота с повреждением забрюшинных структур // Хирургия. 2009; 1: 9–13.
15. Смоляр, А.Н. Диагностика и лечение травматических забрюшинных кровоизлияний: автореф. дис.... д-р мед. наук. – М., 2012. – 47 с.
16. Трофимова Е. Ю., Богницкая Т. В., Смоляр А. Н. Значение ультразвукового исследования в наблюдении за течением забрюшинных кровоизлияний у пациентов с закрытой травмой живота // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2012; 4: 18–23.
17. Шамсиев А.М., Давлатов С.С., Лёнюшкин А.М. Хирургическое лечение больных вентральными грыжами с сопутствующим ожирением. Шпитальна Хирургия. Журнал имени Л.Я. Ковальчука. 2016; 1: 78-83.
18. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Тураев Ю.А., Муталибов А.И., Бургутов М.Ж. Роль функциональных исследований кардиореспираторной системы при воронкообразной деформации грудной клетки. Проблема биология и медицина. 2017; 1(93): 7-12.
19. Damage control surgery and open abdominal management: recent advances and our approach / S. Kushimoto, M. Miyauchi, H. Yokota, M. Kawai // Nihon Ika Daigaku Zasshi. – 2009; 76,(6) 280-90.
20. Guidelines for Diagnostic Laparoscopy, Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. URL: <http://www.sages.org/publications/guidelines/guidelines-for-diagnostic-laparoscopy/> (accessed: 14.02.2015).
21. Local and systemic consequences of large retroperitoneal clot burdens / G. Loor, H. Bassiouny, C. Valentin [et al.] // World J. Surg. 2009; 33,(8) 1618-25.
22. Nemsadze G. Sh., Urushadze O. P., Tokhadze L. T., Kipshidze N. N. Diagnostic possibilities of multilayer computer tomography in blunt abdominal trauma // Georgian Med. News. 2011; 191,(2) 12–18.
23. Wang F., Wang F. The diagnosis and treatment of traumatic retroperitoneal hematoma // Pak. J. Med. Sci. 2013; 29,(2): 573–576.



УДК 618.146-08

Закирова Нодира Исламовна

д.м.н., профессор кафедры
Акушерства и гинекологии
Лечебного факультета
Самаркандского государственного
Медицинского института,
Самарканд, Узбекистан

Жураева Фариза Фармоновна

Резидент магистратуры
3 года обучения кафедры
Акушерства и гинекологии
Лечебного факультета
Самаркандского государственного
Медицинского института,
Самарканд, Узбекистан

Сафарова Лола Алиаскарловна

Врач акушер-гинеколог
Городского родильного комплекса №1
Ташкент, Узбекистан

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Zakirova Nodira Islamovna, Juraeva Fariza Farmonovna, Safarova Lola Aliaskarovna, Application of the cryodestruction method in the treatment of cervical diseases in the reproductive age, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp.22-24



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-5>

Zakirova Nodira Islamovna

Dr/Sc., Professor Department
of Obstetrics and Gynecology No. 1
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan

Juraeva Fariza Farmonovna

Resident of the 3rd year of master's degree
Department of Obstetrics and Gynecology No. 1
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan

Safarova Lola Aliaskarovna

obstetrician-gynecologist in
maternity complex No. 1
Tashkent, Uzbekistan.

APPLICATION OF THE CRYODESTRUCTION METHOD IN THE TREATMENT OF CERVICAL DISEASES IN THE REPRODUCTIVE AGE (LITERATURE REVIEW)

Zakirova Nodira Islamovna

Tibbiyot fanlari doktori, professor
Akusherlik va ginekologiya №1 kafedrası
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand O'zbekiston

Juraeva Fariza Farmonovna
Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
Diplomdan keying ta'lim fakulteti
Akusherlik va ginekologiya kafedrası,
3 kurs magistratura rezidenti
Samarqand, O'zbekiston

Safarova Lola Aliaskarovna
1-sonli tug'ruq kompleksining akusher-ginekologi
Toshkent, O'zbekiston.

REPRODUKTIV YOSH DAGI AYOLLARDA BACHADON BO'YNI KASALLIKLARINI DAVOLASHDA KRIODESTRUKTSIYA USULINI QO'LLASH (ADABIYOTLAR TAHLILI)

За последнее десятилетие приоритетным направлением при лечении разной цервикальной патологии является применение сверхнизких температур [1, 2, 6, 11]. Метод криодеструкции основан на местном воздействии низких температур с целью лечения. При этом ткани, которые необходимо удалить, подвергаются разрушению (деструкции) методом замораживания. Также метод криодеструкции применяется для удаления папиллом, кондилом, бородавок и остальных новообразований. Особо широкое использование метод криодеструкции получил при лечении псевдоэрозий шейки матки, при дисплазиях низкой степени риска. В большинстве случаев криодеструкция становится предпочтительнее других хирургических методов лечения патологии шейки матки, так как рассматривается как органосохраняющий. Криодеструкция считается наиболее физиологичным методом деструкции биологической ткани. Немаловажное значение имеет то, что при ее проведении не происходит тепловой денатурации белков, а также нуклеиновых кислот. Разрушение тканей в этом случае связано с изменениями, которые происходят с внутри- и межклеточной жидкостью [5, 8, 9]. По данным В.И. Коченова, криовоздействие необходимо относить к радикальным методам терапии с отсутствием хирургических последствий применения. Способ криодеструкции комбинирует в себе радикальную терапию фоновых и предраковых процессов, однако при стимуляции регенеративных свойств тканей [8].

Основным механизмом криодеструкции является то, что происходит мгновенное охлаждение тканей до сверхнизких температур. При этом возникает синхронное замерзание межклеточной и внутриклеточной жидкости. Далее происходит образование микрокристаллов льда с дальнейшим увеличением концентрации клеточных токсинов до максимального уровня. Все это приводит к нарушению в мембранных и клеточных структурах, сопровождающееся остановкой протоплазматических движений в ткани, на которую оказывается воздействие. Следует иметь в виду, что чем быстрее осуществляется процесс криодеструкции, тем эффективнее происходит разрушение ткани. При этом, в связи с изменениями в микроциркуляторном русле, кровотечения не возникает, так как процесс криодеструкции обладает гемостатическим эффектом [4,9,12].

Средняя продолжительность проведения криодеструкции шейки матки составляет от 30 секунд до 2 минут.

Одним из преимуществ процедуры криодеструкции является выбор подходящего наконечника в зависимости от размера, локализации поражения, а также регулировать длительность воздействия. При этом криодеструкцию шейки матки можно проводить повторно [4,5,12]. Данные свойства служат основой для более широкого применения метода криодеструкции шейки матки при различных патологических состояниях шейки матки. Также наиболее важными приоритетами применения метода криодеструкции считается отсутствие кровотечения, относительная безболезненность криогенного метода, невысокая стоимость оборудования. Криодеструкция шейки матки не приводит к склеротическим деформациям шейки матки, что обуславливает отсутствие неблагоприятного влияния на репродуктивную функцию женщин.

С целью преодоления трудности, связанной с необходимостью деструкции очага и сохранностью прилегающих

здоровых тканей широкое применение получила схема «замораживание-оттаивание». Воздействуемый очаг поражения характеризуется зональным характером – зона крионекроза, замораживания, гипотермии. При проведении манипуляции криодеструкции шейки матки участок поражения необходимо заморозить глубже и больше, нежели его истинный размер.

Основными недостатками криохирургического метода лечения патологических состояний шейки матки являются:

- рана в послеоперационном периоде заживает медленнее;
- в связи с отсутствием информации касательно глубины криогенной деструкции, имеются различные трудности в дозировании криогенного воздействия;
- самым большим недостатком применения метода криодеструкции шейки матки является отсутствие возможности получения биологического материала для окончательной постановки диагноза;
- после проведения криотерапии рецидив патологического состояния, в частности неоплазий встречается довольно часто, доходя до 20%;
- несмотря на достаточно щадящее воздействие замораживания на структуру тканей шейки матки, синдром «коагулированной» шейки матки встречается у 11% пациенток [3,7,10].

Выбор наконечника, режимов проведения криодеструкции шейки матки зависит от обширности и тяжести патологического процесса, а также выбранной тактики в отношении конкретного больного врачом – гинекологом.

Несмотря на достаточно длительное и широкое применение криодеструкции в лечении патологических состояний шейки матки, мнения ряда исследователей касательно действия криотерапии в анамнезе на течение и исход родов отличаются. Большинство авторов отмечают отсутствие неблагоприятных последствий на течение беременности и родов, однако находятся и те, кто связывает криодеструкцию шейки матки с развитием различных акушерских осложнений.

Термин «криохирургия», «криотерапия» берет свое начало от греческого слова “krios”, которое дословно переводится как «мороз», «ледяной холод». Этот способ считается одним из самых технически простых методов, используемых в лечении патологических состояний шейки матки. Основной механизм применения данного деструктивного способа – это локальная заморозка очага патологии шейки матки с использованием хладагентов, таких как углекислый газ, закись азота, жидкий азот [3,4,5].

Главные преимущества применения криодеструкции в практической деятельности врача следующие:

- Перифокальная реакция подлежащих тканей минимальна, так как имеется четкое локальное ограничение патологического очага, подвергаемого деструкции;
- Не происходит затрагивания здоровых соседних с очагом криодеструкции тканей, так как воздействие носит исключительно фокальный характер;
- Снижение болевого ощущения в связи с разрушением нервных окончаний при воздействии замораживания, т.е. возникает крионекроз;
- Отсутствие кровотечения при проведении криодеструкции;

- После всецелого замораживания тканей нормальный кровоток восстанавливается в связи с повышенной резистентностью стенок крупных сосудов к минимальным температурам;
- Доза криовоздействия определяется врачом индивидуально для каждого конкретного случая;
- Регенерация подвергнутых криодеструкции тканей происходит в полном объеме;
- Отсутствие грубых структурных рубцов на шейке матки после проведения замораживания;
- При проведении криодеструкции происходит активирование иммунореактивных функций, что обуславливает более безболезненное заживление очага деструкции;
 - Достаточно малое количество развития различных осложнений по сравнению с другими методами [1,3,5,8].

Иммуностимулирующий эффект является одним из наиболее важных эффектов криотерапии. Ткань, подвергнутая деструкции

методом криозаморозки продолжает оставаться в контакте со всем организмом, что приводит к стимуляции гуморального иммунитета с активизацией противовирусного, противогрибкового, а также противоопухолевого иммунитета [1,12].

Метод криодеструкции шейки матки – это комбинирование хирургического радикализма в лечении патологических состояний шейки матки с дальнейшим стимулированием регенерации тканей, подвергнутых деструкции. При проведении криодеструкции шейки матки зачастую происходит также нормализация менструального цикла, устранение обильных шеечных выделений из влагалища. Криодеструкция положительно влияет на устранение шеечного фактора бесплодия [3,6,9].

Использованная литература:

1. Аветисян Т.Г., Иवानян А.Н., Мелехова Н.Ю., Бельская Г.Д., Киракосян Л.С. Деструктивные методы в лечении патологии шейки матки и репродуктивное здоровье. Вестник Смоленской медицинской академии. 2007; 4: 51-53.
2. Бадретдинова Ф.Ф., Трубин В.Б., Хасанов А.Г. О некоторых аспектах классификации рубцовой деформации шейки матки. Акушерство, гинекология и репродукция. 2014; 3: 43-46
3. Грищенко В.И., Коханевич Е.В., Запорожан В.Н. и др. Крихирургия в акушерстве и гинекологии.-Киев,1996
4. Дамиров М.М., Заборский В.М. Современные технологии криогенного лечения гинекологических заболеваний: пособие для врачей.-М.: РМАПО,2008,-40с.
5. Дамиров М.М.Радиоволновые, криогенные и лазерные технологии в диагностике и лечении в гинекологии.-М.:БИНОМ,2011.-320с.
6. Иванова М.Н., Минаев Н.Н. Особенности течения беременности у женщин, перенесших хирургическую коррекцию посттравматического эктропиона шейки матки. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2011. Т. 4. № 2. С.378-384.
8. Коченов, В.И. Крихирургическая профилактическая онкология / В.И. Коченов. Н. Новгород, 2000. - 56 с
9. Кугунцев С.В., Кулаков Д.В. Опыт применения крихирургических методов в гинекологии // заместитель главного врача : лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2009.-№4 (35).-С.26-37
10. Новикова Е.Г., Чисов В.И., Чулкова О.В. и др. Органосохраняющее лечение в гинекологии. М: Издательский дом ВИДАР-М. 2000. -С. 20-40.
11. Юсупова М.А., Бекметова Ш.К., Хайтбоев Ж.А. Распространенность заболеваний шейки матки у беременных женщин в Узбекистане. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА// АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ № 3 (37), 2017 г.
12. Gage a.a.,Baust J. Mechanisms of tissue injury in Cryosurgery // Criobiology – 2008 / - Vol/37, №3.-P.171-186




УДК 616.6 (075)

Камалов Нодир Аловаддинович
 Магистр курса урологии
 Самаркандского государственного
 медицинского института, Самарканд, Узбекистан

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ЖЕНЩИН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Kamalov Nodir Alovaddinovich, Comparative analysis of medicinal and surgical treatment of female patients with peculiar urine injection Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp.25-27

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-6>

Kamalov Nodir Alovaddinovich
 Master's degree in urology
 Samarkand state medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

COMPARATIVE ANALYSIS OF MEDICINAL AND SURGICAL TREATMENT OF FEMALE PATIENTS WITH PECULIAR URINE INJECTION (LITERATURE REVIEW)

Kamalov Nodir Alovaddinovich
 Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti,
 Urologiya kursi magistr
 Samarqand, O'zbekiston

STRESSLI SIYDIK TUTOLMASLIGI MAVJUD AYOLLARDA MEDIKAMENTOZ VA JARROXLIK YO'LI BILAN DAVOLASHNING QIYOSIY TAHLILI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Стрессовое недержание мочи у женщин (СНМ) встречается у 40% женщин в возрасте от 35 до 65 лет. СНМ – актуальная клиническая и хирургическая проблема в современной урогинекологии. В настоящее время отсутствуют единые представления о стандартах обследования и лечения и эффективности профилактики рецидивов после хирургической коррекции [6,7].

На приёме у врача, большинство женщин предъявляют разнообразные жалобы, такие как, учащение мочеиспускания, недержание мочи, иногда боль при мочеиспускании, зуд в промежности и во влагалище. На первичном обследовании врачами амбулаторного звена многие больные предпочитают скрывать факт недержания мочи, а врачи зачастую недостаточно осведомлены о симптомах болезни, что приводит к ошибочному диагнозу болезни СНМ. Для предотвращения таких ситуаций, при консультации врач должен тщательно изучать анамнез болезни, а также учесть все жалобы больных и провести комплексное обследование. При СНМ характерны такие симптомы как потеря мочи при физической нагрузке, кашле, занятиях спортом и т.д. [4,5,8,15].

СНМ классифицируются по разному. На сегодняшний день практические врачи используют классификацию Д. В. Кана, которая различает легкую, среднюю и тяжелую степени тяжести СНМ [7,14].

- Легкая степень тяжести СНМ – невольное выделение мочи, которое отмечается только во время чихания, при тяжёлой физической нагрузке или же к примеру когда поднимаются по лестнице.
- Средняя степень тяжести СНМ - непроизвольное выделение мочи, которое отмечается при ходьбе, легкой физической нагрузке, а также при любой активности, которая не требует особо тяжёлых усилий.
- Тяжелая степень тяжести СНМ - непроизвольное выделение мочи, которое отмечается при покое, при этом количество непроизвольного выделения мочи увеличивается.

В патогенезе СНМ играет большую роль слабость мышц тазового дна и сфинктерной недостаточности, в результате чего появляются в различной степени выраженные урогенитальные расстройства, влияющие на качество жизни женщины, которые приводят к изменениям нормальной микрофлоры мочепополовой системы [12,17,18].

При СНМ характерны такие факторы как, количество родов, большой размер плода, различные травмы или разрывы промежности. Для установления адекватного диагноза изучение анамнеза и жалоб больных не всегда являются достаточными, для этого необходимо провести уродинамические исследования

(УДИ), соответствующие пробы кашлевые пробы, пробы Бони, pad - тест т.д. [3,9,13,14].

• Кашлевая проба – проба, которую надо провести при полном мочевого пузыря, при этом больного надо спросить, когда мочился и хочет ли больной мочиться в данное время, потом на гинекологическом кресле надо произвести осмотр влагалища при покое, кашле и чихание, если при кашле моча вытекла, то проба положительна.

• Проба Бони – проба которая, отличается от кашлевой пробы, тем что,

врач помещает два пальца во влагалище пациентки и поднимает шейку мочевого пузыря вверх к лонным костям. Пациентку также просят потужиться или покашлить. Врач следит за выделением мочи до поднятия шейки мочевого пузыря и после этого, если выделяется моча, то проба считается положительной. Также следует отметить, что при проведении пробы некоторые больные чувствуют дискомфорт.

• Тест с прокладкой (pad – тест) – тест в котором пациент должен в течение суток каждые 2-3 часа менять прокладки. Стоит учесть, что использованные прокладки выбрасываются в определенный пакет, после чего все прокладки, которые использовались в течение одного дня, взвешивают на электронных весах.

Лечением стрессового недержания мочи как правило занимаются урологи и гинекологи. После комплексного обследования больных многие врачи начинают лечение с физиотерапевтического и консервативного лечения. Имеется множество методов физиотерапии - электростимуляция мышц тазового дна, экстракорпоральная магнитная стимуляция тазового дна, нейромодуляция и другие методы лечения [11,21,23,25].

В данное время при консервативном лечении часто используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), локальные эстрогены [10,14].

- СИОЗС - (золот, прозак, ципралекс), усиливают активность мышц тазового дна.
- Локальные эстрогены используются почти 100 лет при СНМ с временным эффектом. Многие урологи и гинекологи используют его до операции, но на настоящее время нет единого доказательства об эффективности или дозировки.

Несмотря на множество консервативных методов, для предотвращения СНМ, эффективным все же считается оперативное лечение. Существуют около 200 видов операций для коррекции недержания мочи. На сегодняшний день наиболее часто применяемыми операциями считаются, (TVT и TVT-O, кольпосуспензия, хирургическая коррекция методом игольной суспензии, операция Келли и др) [19,20,25].

произвести сравнительный анализ результатов медикаментозного и оперативного лечения больных со СНМ по литературным данным. Андрогены играют критическую роль в поддержании метаболизма. У мужчин в возрасте 40–79 лет частота биохимического дефицита тестостерона и симптоматического гипогонадизма составляет 2,1–5,7% [1]. К наиболее распространенным жалобам пациентов с гипогонадизмом относятся снижение полового влечения, уменьшение количества эякуляций, слабость, раздражительность,

проявления дисфории [2, 3]. Чаще дефицит тестостерона диагностируется у пациентов при их обращении к специалистам неврологического профиля. Важные факторы, которые необходимо учитывать при диагностике гипогонадизма, – это ожирение, сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром, системные заболевания, способные влиять на концентрацию тестостерона в крови [4, 9]. Кроме того, необходимо учитывать факт приема лекарств, изменяющих концентрацию тестостерона, таких как статины, стероиды, опиоиды, антигонисты дофаминовых рецепторов и ингибиторы 5 α -редуктазы [5, 7]. Избыточное потребление алкоголя, каннабиноидов и других наркотических веществ также снижает концентрацию тестостерона в крови [6, 8]. Приоритетной задачей при лечении гипогонадизма служит восполнение дефицита тестостерона в крови за счет использования экзогенного аналога. Планирование работы опиралось на то, чтобы подчеркнуть необходимость продемонстрировать связь между гипогонадизмом и доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), чтобы констатировать влияние дефицита тестостерона на течение и проявления аденомы предстательной железы.

На основе анализа литературных данных можно сказать, что на сегодняшний день вопросы стрессового недержания мочи у женщин являются одной из актуальных и востребованных проблем в урогинекологии. Следует также отметить, что все существующие методы лечения больных с СНМ, делится на медикаментозные и хирургические. Несмотря на то, что существует более чем 200 операций СНМ, самыми известными из них являются TVT и TVT-O, кольпосуспензия, хирургическая коррекция методом игольной суспензии и операция Келли. Точный диагноз СНМ устанавливается с помощью кашлевой пробы, пробы Бони, или тест с прокладкой, хотя и без них, опытный врач может поставить точный диагноз с помощью жалоб больных, а также их анамнеза [1].

В заключение, следует отметить, что, несмотря на множество научных исследований, публикаций, лечение СНМ, всё ещё не существует единого мнения по поводу его диагностики и лечения [9,24,27,28].

Лечением стрессового недержания мочи занимаются урологи и гинекологи. В большинстве случаев при лечении стрессового недержания мочи, особенно при безуспешности консервативных мероприятий, эффективным способом является хирургическое лечение (Лоран О.Б., 2006). Предложено достаточно большое количество операций, включая эндоскопические (введение объемных агентов в подслизистый слой уретры для лучшего смыкания её стенок), лапароскопические (например, лапороскопическая кольпосуспензия по Burch), малоинвазивные методы (подвешивание шейки мочевого пузыря и слинговые операции с использованием свободной синтетической петли TVT (Tension free vaginal tape) и её модификации), имплантация искусственного мочевого сфинктера (Краснопольский В.И., 2017). Хирургическое лечение стрессового недержания мочи в подавляющем большинстве случаев возвращает больных женщин к нормальной повседневной жизни, физической и сексуальной активности.

Использованная литература:

1. Абдеева Д.М. Прогностические возможности клинко-анатомических и молекулярно-генетических факторов риска в ранней диагностике стрессового недержания мочи у женщин: дис. ... канд. мед. наук. М., 2012. 94 с.
2. Амирова Ж.С. Оптимизация диагностики и лечения гиперактивного мочевого пузыря у женщин с урогенитальными расстройствами в климактерии : дис. ... канд. мед. наук. М., 2016. 154 с.
3. В.Ф. Беженарь, Л.К. Цуладзе, А.А. Цыпурдеева [и др.]; СПб.:Пролапс тазовых органов у женщин: этиология, патогенез,особенности диагностики: пособие для врачей / Изд-во Н-Л, 2010.-25с.
4. Болдырева М.Н., Липова Е.В., Трофимов Д.Ю., Витвицкая Ю.Г., Гуськова И.А. Особенности биоты урогенитального тракта здоровых женщин репродуктивного возраста при исследовании методом ПЦР в режиме реального времени. Вестник дерматологии и венерологии.- 2010- №1- 80-84

5. Болдырева М.Н., Липова Е.В., Алексеев Л.П., Витвицкая Ю.Г., Гуськова И.А. Характеристика биоты урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста методом ПЦР в реальном времени. Журнал акушерства и женских болезней.- 2009- №6- 36-42.
6. Ермакова Е.И., Балан В.Е. Урогенитальные нарушения у женщин климактерии: оптимизация методов лечения. Акуш. и гинекол. 2013; 3: 85–9
7. Кан Д. В., Руководство по акушерской и гинекологической урологии. М.: Медицина, 1986.
8. Караева К.Ю., Владимиров В.Г., Каппушева Л.М., Курцер М.А. Динамика клинических проявлений пролапса тазового дна от первых симптомов до развития полного симптомокомплекса. Вестник Российского государственного медицинского университета. 2011;5:30-32.
9. Касян Г. Р., Гвоздев М. Ю., Годунов Б. Н. и др. Анализ результатов лечения недержания мочи у женщин с использованием свободной субуретральной синтетической петли: опыт 1000 операций. Урология 2013;4:5–11.
10. Коршунов М.Ю. Пропалс тазовых органов у женщин: персонализированный подход к диагностике, хирургической коррекции и оценке результатов лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Saint Petersburg; 2017. (In Russ.)
11. Касян Г.Р. Функциональные основы недержания мочи у женщин: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2014.
12. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология 2017;
13. Лоран О. Б., Серегин А. В., Сняжкова Л. А., Серегин А. А. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса органов малого таза (пособие для врачей). М., 2006. 44 с.
14. Пушкарь Д. Ю., Касян Г. Р., Колонтарев К. Б. и др. Отдаленные результаты использования свободной синтетической петли в лечении недержания мочи у женщин (восьмилетние результаты). Урология 2010;2:32.
15. Русина Е.И., Беженарь В.Ф. Комплексное уродинамическое исследование при осложненных формах пролапса тазовых органов у женщин. Журнал акушерства и женских болезней.2009;LVIII(5):45-46.
16. Русина У.И. Смешанное и сочетанное с пролапсом тазовых органов недержание мочи у женщин, патогенез, диагностика, лечение: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2015. 275 с.
17. Е. И. Русина, Т. Э. Иващенко, И. М. Кветной [и др.]; Сложные и комбинированные формы недержания мочи у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики: пособие для врачей / Изд-во Н-Л, 2012. - 48 с.
18. Русина, Е.И. Роль комплексного уродинамического исследования при планировании оперативного лечения у континентных женщин с пролапсом тазовых органов Журнал акушерства и женских болезней.
19. Русина Е.И. Смешанное и сочетанное с пролапсом тазовых органов недержание мочи у женщин: патогенез, диагностика, лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук 2015. (In Russ.)
20. Русина Е.И. Роль комплексного уродинамического исследования при планировании оперативного лечения у континентных женщин с про-лапсом тазовых органов Журнал акушерства и женских болезней. 17–25.
21. Савицкий Г.А.[и др.], В.Ф. Беженарь, А.Г. Физиология и патология механизма удержания мочи у женщин: теоретические и практические аспекты Журнал экспериментальной и клинической урологии 2011; 26-32.
22. Г.А. Савицкий, В.Ф. Беженарь, А.Г. Савицкий [и др.] Физиология и патология механизма удержания мочи у женщин: теоретические и практические аспекты проблемы. Ч. 2 Журнал экспериментальной и клинической урологии. - 2011. - №4.-С16-22.
23. Abrams P., Andersson K.E., Apostolidis A., et al A.Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. Report of the International Scientific Committee. 2018; 37(7): 2271–2272.
24. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function NeuroUrol. Urology 2002;21:167–78.
25. Blaivas J.G., Simma-Chiang V., Gul Z., Dayan L., Kalkan S., Daniel M. Surgery for stress urinary incontinence: autologous fascial sling. Urol. Clin. North Am. 2019; 46(1): 41–52.
26. de Vries A.M., van Breda H.M.K., Fernandes J.G., Venema P.L., Heesakkers J.P.F.A. Para-urethral injections with Urolastic® for treatment of female stress urinary incontinence: subjective improvement and safety. Urol. Int. 2017; 99(1): 91–97.
27. Kim MS, Lee GH, Na ED, et al. The association of pelvic organ prolapse severity and improvement in overactive bladder symptoms after surgery for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol Sci. 2016;59(3):214-219.
28. Pushkar D. Y., Godunov B. N., Gvozdev M., Kasyan G. R. Complications of midurethral slings for treatment of stress urinary incontinence. Int J Gynaecol Obstet 2011;113(1):54–7. doi: 10.1016/j.ijgo. 2010.10.024.



УДК 616 006.:313.13

Raximov Nodir MaxammatkulovichSamarqand Davlat Tibbiyot instituti,
onkologiya kafedrası dotsenti, DSc,
Samarqand, O'zbekiston**Karimova Mavluda Nigmatovna**Samarqand Davlat Tibbiyot instituti,
onkologiya kafedrası dotsenti, PhD,
Samarqand, O'zbekiston**Shaxanova Shaxnoza Shavkatovna**Samarqand Davlat Tibbiyot instituti,
onkologiya kafedrası assistenti,
Samarqand, O'zbekiston**Bobokulov Siroj Tirkashevich**Respublika onkologiya va radiologiya
ilmiy amaliy tibbiyot markazi
Samarqand filiali, shifokor
Samarqand, O'zbekiston**Fayziyev Ilhom Istamovich**Respublika onkologiya va radiologiya
ilmiy amaliy tibbiyot markazi
Samarqand filiali, shifokor
Samarqand, O'zbekiston**TARQALGAN PROSTATA BEZI SARATONINI ZAMONAVIY DAVOLASH KONSEPSIYASI (ADABIYOT SHARHI)**

For citation: Raximov Nodir Maxammatkulovich, Karimova Mavluda Nigmatovna, Shaxanova Shaxnoza Shavkatovna, Bobokulov Siroj Tirkashevich, Fayziyev Ilhom Istamovich, Modern concepts for treatment of advanced prostate cancer, journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 28-32

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-7>**Рахимов Нодир Махамматкулович**Самаркандский государственный медицинский институт,
доцент кафедры онкологии, д.м.н.,
Самарканд, Узбекистан**Каримова Мавлуда Нигматовна**Самаркандский государственный медицинский институт,
доцент кафедры онкологии,
кандидат медицинских наук,
Самарканд, Узбекистан**Шаханова Шакноза Шавкатовна**Самаркандский государственный медицинский институт,
ассистент кафедры онкологии,
Самарканд, Узбекистан**Бобокулов Сирой Тыркашевич**Самаркандский филиал Республиканского
научно-практического медицинского центра
онкологии и радиологии, врач
Самарканд, Узбекистан**Файзиев Ильхом Истамович**

Самаркандский филиал Республиканского
научно-практического медицинского
центра онкологии и радиологии, врач
Самарканд, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Rakhimov Nodir Makhammatkulovich

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

Karimova Mavluda Nigmatovna

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

Shakhanova Shakhnosa Shavkatovna

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

Bobokulov Siroj Tirkashevich

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

Fayziev Ilkhom Istamovich

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

MODERN CONCEPTS FOR TREATMENT OF ADVANCED PROSTATE CANCER (LITERATURE REVIEW)

Prostata bezi saratoni zamonaviy onkologiyaning muhim va dolzarb muammolaridan biri xisoblanadi. Butun dunyoda yiliga 900000 ta PBS hisobga olinadi. O'zbekistonda 2019 yilda birlamchi aniqlangan havfli o'smalarning I-II bosqich bilan 48,1% (2015 yilda – 40,4%), III bosqich 27,1% (2015y. – 39,4%) va IV bosqichda 14,2% (2015 y. – 16,0%), oxirgi 5 yilda kech stadiyalarda aniqlash 1,8% kamaydi. Birlamchi aniqlangan IV bosqichdagi havfli o'sma bilan eng yuqori kasallanish quyidagi viloyatlarda aniqlangan: Tashkent viloyati (25,8%), Sirdaryo viloyati (24,4%), Qoraqalpog'iston Respublikasi (21,1%) va Buxoro viloyatida (18,3%). Prostata bezi saratoni bilan zararlanish (o'rtacha Respublika bo'yicha – 20,5%) Buxoro viloyatida- 44,4%, Qashqadaryo viloyatida - 29,3%, Qoraqalpog'iston Respublikasida - 25,0%, Xorezm viloyatida- 23,1%, Toshkent shahrida-21,9% va Surxandare viloyatida - 21,1% tashkil etdi. [1,3]. AQSh, Kanada va Yevropa mamlakatlarida kasallanish ko'rsatkichi yuqori hisoblanadi [20, 24, 33.]. Dunyo mamlakatlari bo'yicha PBS bilan kasallanish va o'lim ko'rsatkichining yildan yilga oshib borishini ko'rish mumkin. AQSh va Yevropa mamlakatlarida erkaklar orasidagi onkologik kasalliklar ichida PBS birinchi o'rinni egallaydi. Rossiya Federatsiyasida 2010 yilgacha PBS tashxisi bilan 26268 ta kasallar ro'yxatga olingan. 2014 yilga kelib PBS umumiy onkologik kasalliklar o'rtasida 2-chi o'ringa ko'tarilgan. PBS 40,2% ni, 100 000 erkak axolisiga kasallanish ko'rsatkichi esa yiliga 9,3 ni tashkil qiladi [9]. Hozirgi kunga qadar PBS bo'yicha bemorlarning o'lim ko'rsatkichi yuqori darajada qolmoqda. 2010 yil Rossiya Federatsiyasida PBSdan 9971 kishi vafot etgan bo'lib, oxirgi 10 yillikda o'lim 57,56% ko'tarilganligini ko'rish mumkin [10]. PBS tashxislash usullarini yaxshilanishi va PSA monitoringini yo'lga qo'yilishiga qaramasdan bemorlarda kasallikni oxirgi bosqichlarda aniqlash ko'rsatkichi Rossiya Federatsiyasida hamon yuqori bo'lib qolmoqda [8]. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra bemorlarda PB lokal saratoni 44,8% ni mahalliy tarqalgan va metastatik turi 53,4% ni va kasallik bosqichi aniqlanmagan bemorlar 1,8% ni tashkil qiladi [25,27]. O'zbekiston Respublikasida PBS umumiy onkologik kasalliklar o'rtasida 7 chi o'rinni egallaydi (ya'ni

6%ni tashkil kiladi) va 60 yoshdan oshgan erkaklarda ko'p uchraydi [4].

Jarrohlik kastrasiya uzoq yillar davomida tarqalgan PBS monoterapiyasi sifatida ko'p qo'llaniladigan usul bo'lib kelgan. Jarrohlik kastrasiya 1890 yilda birinchi marotaba amaliyotda qo'llanilgan bo'lib, shu kunga qadar bu davolash usulidan foydalanib kelinadi [14].

1978 yilda moyaklarda testosteron gormoni ishlab chiqarilishi aniqlangan. Yoshi katta bemorlarda PB kattalashganda jarrohlik kastrasiyani ko'llash yaxshi natija berganligi ya'ni 87% bemorlarda PB atrofiyasi kuzatilgan. Hozirgi zamonaviy onkologiyada jarrohlik kastrasiya jarayonida ikki tomonlama orxidektomiya operatsiyasini bajarish ruhiy jihatdan maqsadga muvofiq emas deb hisoblanadi. Yevropa urologlar assosiasiyasining 2008 yildagi tavsiyasiga ko'ra tarqalgan PBS davolashning asosiy usuli bo'lib gormonal va nur terapiyasi hisoblanadi [26].

Hozirgi kunda jarrohlik kastrasiyadan keyin bemorlarda kuchli ruhiy buzilishlar kuzatilganligi sababli, gormonal endokrin terapiya usuli ishlab chiqilgan.

Bu usul qondagi androgenlar ta'sirini va PB hujayralaridagi reseptorlarning androgenlarga sezgirlikni kamaytiradi [7]. Hozirgi vaqtga kelib, bemorlarda kuchli nojo'ya ta'sirlarini yo'qotadigan va ularni hayot sifatini yaxshilaydigan dorili kastrasiya usullari ishlab chiqilgan bo'lib, bulardan asosiy lyutein gonadotrop rilizing gormon (LGRG) analoglarini qo'llash hisoblanadi. PB gormonal boshqaruvini yuqori endokrin tizim, ya'ni gipotalamo-gipofizar tizim orqali boshqariladi. Gipotalamusda ishlab chiqarilgan LGRG orqali testosteron ishlab chiqarilishi boshqariladi. LGRG analoglarini qo'llash orkali tarqalgan PBS kerakli natijalarga erishish imkonini beradi [2]. LGRG analoglari qo'llanilganda tarqalgan PBS 2-3 oydan keyin o'smani klinik jihatdan gormonga nisbatan sezgirlik oshganligiga asosan aniqlash mumkin.

Tarqalgan PBS gormonal terapiya usullari

Tarqalgan PBS gormonal terapiyasi quyidagi usullardan iborat: patogenetik, sitoreduktiv va simptomatik. Tarqalgan PBSni davolashda androgen deprivatsiyani o'tkazish 80% bemorlarda kasallik turg'unligini chaqiradi va o'rtacha ikki yil davomida ushlab turishga

olib keladi. Birlamchi gormonal terapiyaning usullariga quyidagilar kiradi:

1. Androgen ishlab chiqaruvchi a'zoni olib tashlash (ikki tomonlama orxidektomiya);
2. Gipotalamo-gipofizar-gonad tizimi (androgenlar) orqali testikulyar sekresiyani to'xtatish;
3. Androgen reseptorlarga bevosita ta'sir qilish.

Gormonal terapiyaning bir necha xil ta'sir mexanizmlari mavjud: bilateral kastrasiya, estrogen, LGRG analoglari, antiandrogen, maksimal antiandrogen blokada, davriy androgen blokada, bosqichli androgen, hamda periferik androgen blokadalar [32]. Bosqichli androgen blokada - bu nosteroid androgenlarni kombinirlangan holda qo'llash bo'lib, bunda qondagi testosteron miqdorini o'zgarmagan holda saqlanishi, hamda libidoni keyinchalik tez va to'liq tiklanishi bilan bog'liq bo'ladi.

Periferik androgen blokadada nosteroid antiandrogenlar katta miqdorda qo'llaniladi, ya'ni bikulatamid (kasodeks) kuniga 150 mgdan yuboriladi. Bunda bir vaqtning o'zida kastrasiya va antiandrogen ta'sir qilishi samarasi olinadi [5].

Maksimal androgen blokadada LGRG analoglari bilan nosteroid antiandrogenlar yoki steroid antiandrogenlar bir vaqtda qo'llaniladi. Bu davolash usulida bir vaqtning o'zida markaziy va periferik bloklash samarasiga erishiladi [6].

Ko'pchilik holatlarda tarqalgan PBS bilan bir vaqtda urodinamikaning buzilishi, tashqi jinsiy a'zolar va ikkala oyoqlarda shish sindromi asoratlari kuzatiladi. Bunday xolatlarda gormonal davolash bilan bir vaqtda simptomatik davolash ham qo'llaniladi. Yuqorida keltirilgan davolash usullaridan bo'lgan gormonal terapiyani uzoq vaqt qo'llash iqtisodiy tomondan bemor va sog'liqni saqlash tizimiga qator qiyinchiliklar tug'diradi.

Hozirgi kunda, gormonal terapiya o'tkazilgandan keyin birlamchi o'smada yuzaga keladigan molekulyar-biologik o'zgarishlar mexanizmi oxirigacha o'rganilmaganligi muammo bo'lib qolmokda [28]. Tadqiqotlar natijalari shuni ko'rsatadiki gormonal terapiyadan keyin o'sma xujayralaridagi mutasiyalik o'zgarishlar asosan androgen reseptorlar orqali amalga oshiriladi.

Tarqalgan PBSda gormonal terapiya usullarini qo'llash birlamchi o'sma chekinishini maksimal 50-70% gacha qisqartirishi aniqlangan[11].

Gormonal terapiya usullarini qo'llashga qo'yiladigan talablar

Gormonal terapiya usullarini qo'llashga quyidagi talablar qo'yiladi:

1. Saraton hujayralariga nisbatan yuqori ta'sirchanlik xususiyati;
2. Androgen reseptorlarga sezuvchanligi va bloklanishining yuqoriligi;
3. Organizm a'zo va tizimlariga nisbatan zaharlilikini kamligi yoki yo'qligi;
4. Gormonal nojo'ya ta'sirlarining kamligi;
5. Bemor yaxshi qabul qilishi va qo'llashning qulayligi;

Noadyuvant gormonal terapiya - PBdagi o'smani ekstrakapsulyar chiqishi va mikrometastazlar paydo bo'lish ehtimolligini kamaytiradi va rejalashtirilgan prostatektomiya operatsiyasini silliq o'tishini ta'minlaydi. PBdagi o'sma qon-tomir tizimidagi o'zgarishlar hisobiga sodir bo'lishi aniqlangan [30].

Gormonal terapiyani klassik qo'llashga ko'rsatma bo'lib birlamchi aniqlangan PBS regionar limfa tugunlarga va uzoqlashgan metastazlari hisoblanadi. Unga ko'ra tarqalgan PBS «oltin ko'rsatmasi» bu gormonoterapiyadir. Gormonoterapiyaning asosiy maqsadi - o'smani o'sish xususiyatlarini to'xtatish va bemorning umumiy holatini, ya'ni hayot tarzini yaxshilash hisoblanadi. Gormonoterapiyani birlamchi klinik natijasi, bu androgen sezgir reseptorlar faoliyatini cheklash yoki pasaytirish hisoblanadi. PBSda androgenlarga sezgir hujayralar miqdori 80% ni va sezgir bo'lmagan hujayralar miqdori esa 20% ni tashkil qilishi aniqlangan.[22].

Tarqalgan PBSda LGRG analoglarini qo'llash

LGRG analoglarini asosiy ta'sir mexanizmi bo'lib uni gipofizdagi LG reseptorlariga ta'siri hisoblanadi. Bunda ular gipofiz-gonadotrop hujayralari ishini bloklaydi hisobiga LG va testosteron sintezini to'xtatib qo'yadi. Birlamchi kasallik tashxisi qo'yilgandan keyin LGRG analoglari bilan davolashda nojo'ya ta'sirlar kuzatilishi

mumkin. Bularga umurtka pog'onasidagi patologik sinishlari yoki mushak va suyaklardagi og'riq sindroming kuchayishi kiradi. Shu sababli LGRG analoglarini bir vaqtda steroid yoki nosteroid gormonlar bilan birga ko'llash maqsadga muvofiqdir [14]. Bemorlarda klinik simptomlar kuchayishini kamaytirish maqsadida avvalambor 2 haftadan bir oygacha steroid gormonlarni qo'llash tavsiya qilinadi. LGRG gormonlarini qo'llagandan keyin olti oy vaqt o'tgach, maksimal natijani kuzatish mumkin. Bunda darmonsizlikni kamayishi depressiya va bezovtalikni yo'qolishi hayotga qarashni yaxshilanishi optimistik g'oyalarni paydo bo'lishi kuzatiladi [29]. LGRG gormonlari bilan davolashda yuzaga keladigan o'zgarishlarning barchasi qaytuvchi, ya'ni tiklanadigan xususiyatga ega.

LGRG gormonlari bilan davolash jarayonida qon zardobidagi testosteron miqdorining kastrasion darajasini 2-4 haftadan keyin maksimal tushishini ko'rish mumkin. LGRG gormonlarini qo'llashda 1-3-6 oylik miqdorlari bo'lib, bu preparatlar bilan davolashdan 6 oy vaqt o'tgandan keyin 50% bemorlarda qisman yoki to'liq chekinish holati kuzatiladi [31]

LGRG analoglarini qo'llashning 2-4 haftasida ko'tarilish fenomini kuzatiladi shu sababli kasallik birlamchi aniqlangan bemorlarda, saratonni umurtqa pog'onasiga metastazlanishi natijasida orqa miyani siqilishi yoki siydik naylari og'zini qisman bekilishi belgilari bo'lganda bu usulni birlamchi qo'llash inkor etiladi. 1980 yilda [21] tomonidan birinchi bo'lib Zoladeks (gozerelin) sintez qilinganidan keyin, tarqalgan PBSni gormonal davolashda yangi yo'nalish paydo bo'ldi. Zoladeks preparati birinchi marta 1987 yilda qo'llanilgan [18]. LGRG gormonlari qo'llanilganda, jarrohlik kastrasiya yoki estrogenterapiya qo'llanilganiga nisbatan nojo'ya ta'sirlar yoki asoratlarning kamligi kuzatiladi. Zoladeks preparatini uzoqlashtirilgan ta'siri davolashning boshlanish davrida gipofizning oldingi bo'lagida LG va FSG gormonlarini ishlab chiqarishni kuchaytiradi, bu esa o'z navbatida qon zardobida testosteron miqdorini birdaniga ko'tarilishiga olib keladi. Keyinchalik esa LG va FSG gormonlarini ishlab chiqarilishi tormozlanishi hisobiga testosteron miqdori ham kastrasion darajagacha kamayadi. LGRG gormonlarining klinik natijasi kimyoviy selektiv gipofizektomiya chaqirishi hisobiga amalga oshadi .

LGRG analoglarini qo'llashdagi qulayliklar:

1. Davolashni uzoq vaqt ambulator sharoitda olib borilishi;
2. Preparatlarni qabul qilishda ruhiy shikastning yo'qligi;
3. Har oyda bir marta qo'llanilishi;
4. Bemor o'zi moslashgan dam olish va ish jarayonini o'zgarmasligi;
5. Davolashni ijobiy ta'sirlari bo'lmaganda yoki tugaganda davoni o'z vaqtida to'xtatish imkoniyati borligi;
6. Preparatni jihozlanishi va yuborish usulini oddiyligi, hamda qulayligi;

Analog ganodotropin rilizing-gormon bilan davolash natijasini baholash uch oydan keyin o'tkaziladi [17].

Tarqalgan PBS ni davolashda antiandrogenlarni qo'llash

Antiandrogenlarni qo'llash - bu testosteronni a'zo ichida bloklash hisoblanadi. Antiandrogenlar ikki guruhga bo'linadi:

1. Nosteroid gormonlar (flutamid, nilutamid, bikulatamid);
2. Steroid gormonlar (siproteronasetat, megestron asetat).

Ikkala guruhdagi preparatlar androgen reseptorlar saqlagan a'zo va to'qimalarga, shu jumladan gipofiz va gipotalamusga ham ta'sir qiladi.

Nosteroid gormonlar qo'llanilgan bemorlarda libido saqlanib qoladi. Bu preparatlar qo'llanilganda a'zodagi androgen reseptorlarni bloklaydi bilan bir vaqtda gipofiz va gipotalamusdagi reseptorlarning bloklaydi ham kuzatiladi. Nosteroid gormonlar qo'llanilganda qon zardobidagi testosteron miqdori sog'lom odamdagiga qaraganda 1,5 barobarga yuqori bo'ladi. Shu sababli nosteroid preparatlar bilan doimiy neytrallash imkoniyatiga erishish qiyin ya'ni endogen testosteronni yuqoriligi sababli antiandrogen ta'sir yo'qolishi mumkin. Flutamid birinchi marta 1967 yilda sintez qilingan. Nosteroid preparatlar yurak-qon tomir tizimiga nojo'ya ta'sirlari kamligi bilan boshqa preparatlardan ajralib turadi. Ularning nojo'ya ta'sirlari buyraklar zararlanishi, diareya va ginekomastiya bo'lib, preparat ta'siri to'xtagach bunday holatlar tezda o'tib ketadi. Nosteroid preparatlardan eng ko'p qo'llaniladigani kasodeks bo'lib, monoterapiya uchun 150 mg dan, biterapiya uchun 50 mg dan beriladi

[15]. Asosiy ta'sir mexanizmi testikulyar va buyrak usti bezlaridagi androgen reseptorlarni bloklash hisoblanadi. Preparat 150 mg miqdorda qo'llanilganda, bir vaqtning o'zida kastrasion ta'sirga ham ega bo'ladi [19]. Kasodeks preparatini qo'llashning ijobiy tomonlari:

1. Qo'llashning qulayligi (tabletkada holda);
2. Nojo'ya ta'sirlarining kamligi;
3. Organizmdan parchalanmagan holda tanaffus bilan chiqishi;
4. Boshqa kastrasiyalarga nisbatan yuqori samaradorligi.

1. Kasodeks preparatini 150 mgdan qo'llash nafaqat monoterapiyada, balki radikal prostatektomiya va nur terapiyasidan keyin kasallik qaytalanishida ham yaxshi samara beradi. Kasodeks preparati 96% holatlarda qon zardobidagi oqsillar bilan birikadi va organizmdan glikoliz orqali chiqib ketadi [12]. Zardobdagi oqsillar bilan birikishi hisobiga zardobdagi testosteronning chekinishini chaqiradi.

Steroid antiandrogen gormonlarga siproteron asetat va megesterol asetatlar kiradi. Bu dori vostalarining quyidagi antiandrogen ta'sirlari mavjud: androgen reseptorlarni bog'lanib ularni bloklaydi, gipofiz oldingi bo'lagidan LG ishlab chiqarilishini to'xtatib, steroidgenezga ta'sir ko'rsatadi. Steroid gormonlar qo'llanilganda qon zardobidagi testosteron miqdorini tezlikda tushishi kuzatiladi, ammo bu ko'rsatkich kastrasion darajagacha tushmaydi. Steroid gormonlar qo'llanilgan 15-20% bemorlarda yurak-qon tomir tizimi tomonidan asoratlarni kuzatiladi. Steroid gormon Androkur-depodan foydalanilganda LGRG analoglari qo'llanilganda kuzatiladigan qizish va bosh aylanishi kabi nojo'ya ta'sirlar kuzatilmaydi. [16].

Jarrohlik kastrasiya yoki LGRG analoglaridan foydalanganda, qizishni oldini olish uchun, Siproteron-asetat qo'llaniladi. Steroid gormonlarni qo'llashga ko'rsatmalar bo'lib monoterapiya, jarrohlik kastrasiya yoki LGRG analoglarini qo'llaganda nojo'ya ta'sirlarni oldini olish, jarrohlik kastrasiya yoki LGRG analoglari bilan kombinatsiyada ya'ni birgalikda qo'llash hisoblanadi [13].

Steroid gormonlar qo'llashning asoratlariga darmonsizlik, hayotga qiziqishning pasayishi, tana vaznini pasayishi, potensiyani susayishi va ginekomastiya kiradi.

Maksimal androgen blokada (MAB)

Maksimal androgen blokada (MAB) tarqalgan PBS davolashda keng qo'llaniladigan gormonal terapiya usuli hisoblanadi. Maksimal androgen blokada tushunchasiga bir vaqtda:

- a) Dorili yoki jarrohlik kastrasiya ya'ni androgenlarni markaziy bloklash;
- b) steroid yoki nosteroid gormonlarni qo'llash bilan androgenlarni periferik bloklash kiradi.

Metastazlangan PBS da androgenlarni organizmda to'liq bloklash total, kombinirlangan yoki maksimal nomlari bilan yuritiladi. MAB quyidagilarga asoslanadi:

1. LGRG analoglari hisobiga androgenlar sintezini to'xtatadi;

2. PB to'qimasidagi androgen reseptorlarni androgenlar bilan bog'lanishini to'xtatadi (Androkur);

MAB ning turlari:

1. Orxidektomiya - antiandrogen;
2. Antiandrogen- estrogen;
3. LGRG analoglari - antiandrogen.

MABni qo'llashga ko'rsatmalar:

1. Noadyuvant terapiya;
2. Limfogen metastazlar yoki mikrometastazlarning bo'lishi;
3. Adyuvant ya'ni kasallik residivlanishiga moyillikning bo'lishi.

MAB deb - androgenlarni testikulyar va adrenal to'xtatish holatlariga aytiladi. Metastazlangan PBS da MAB qo'llanilganida, boshqa guruhdagi davolash usuliga nisbatan bemorlarni uzoq vaqt yashashi va klinik simptomlarni, ya'ni og'riq sindromini kamligi yoki yo'qligi kuzatiladi. O'sma hujayralari proleferasiyasiga ta'sir qiluvchi androgenlarni 95% moyaklarda va 5% buyrak usti bezlarida ishlab chiqarilishini va ularning sintezi LG tomonidan boshqarilishini inobatga oladigan bo'lsak, MAB bir vaqtning o'zida markaziy hamda periferik ta'siri amalga oshirishi hisobiga maksimal natijaga erishish imkoniyatini beradi [23].

MAB qo'llashdagi asosiy ta'sir gonadotrop rilizing gormonni gipofizdagi reseptorlarini desensibilizatsiyasiga qaratiladi. Bunday dori vositalaridan eng asosiysi va keng qo'llaniladigan Zoladeks (Gozerelin asetat) bo'lib, u tabiiy LGRG analogining sintetik mahsuloti hisoblanadi. Antiandrogenlarni asosiy ta'siri esa androgen reseptorlarini bloklashdir, buning natijasida prostata bezidagi o'sma hujayralarini o'sish tezligi pasayadi yoki to'xtaydi, shuningdek antiandrogenlar qonda sirkulyasiya qiladigan androgenlarni hujayra metabolizmini tormozlaydi. Gormonal terapiyada kombinatsiya hisobiga, bir vaqtda markaziy va periferik bloklash holati "Maksimal androgen blokada" tushunchasi bilan yuritiladi. MAB ko'p holatlarda asoratlangan PBSda qo'llaniladi [19].

Xulosa

PBS diagnostikasi va davolashda bir necha xil usullarni qo'llanishiga qaramasdan ilmiy izlanishlar shuni ko'rsatadiki qo'shimcha tekshiruvlarni qo'llash va davolash usullarini mukammallashtirishni talab qiladi.

PBS umumiy onkologik kasalliklar orasida 6-chi, erkaklar o'rtasida esa 3-chi o'rinni egallaydi. Rivojlangan mamlakatlarda PBS umumiy onkologik kasalliklarni 1:6 nisbatni, rivojlanayotgan mamlakatlarda esa 1:10 nisbatni tashkil kiladi. PBS saratoni tashxisida bemorning shikoyati, anamnezi, yashash tarzi, ovqatlanish xususiyatlari, yoshi, qon zardobidagi PSA miqdori, rektal ko'rik, TRUS, UTT, KT, MSKT, MRT, transrektal biopsiya, patogistologik tekshiruv xulosalari va mezonlariga e'tibor qaratish lozim bo'ladi. Gormonal terapiyaning bir necha xil ta'sir mexanizmlari mavjud: bilateral kastrasiya, estrogen, LGRG analoglari, antiandrogen, maksimal antiandrogen blokada, bosqichli androgen hamda periferik androgen blokadalar muhim o'rin tutadi.

Ishlatilgan adabiyotlar:

1. Атаханова Н.Э., Тилляшайхов М.Н. РОИМ 2010 йил статистик маълумотларига асосан Тошкент Онкологиядан маърузалар тўплами. - 2010 йил
2. Марисов Л.В., Винаров А.З. Диагностика и лечение инцидентального рака простаты // Урология. - 2014 - № 3. - С. 82-85
3. Тилляшайхова М.Н., Ибрагимова Ш.Н., Джанклич С.М. Состояние онкологической помощи населению республики Узбекистан в 2019 году// Ташкент 2020. С. 120].
4. Тилляшайхов М. Н., Юсупов Ш. Х., Темиров О. О., Турсунова М. А. Значение определение простатоспецифического антигена в диагностике и лечении рака простаты // Вестник Ташкентской медицинской академии. - 2017. - №1. - С. 84-87
5. Тилляшайхов М. Н., Юсупов Ш. Х., Бойко Е. В., Валиева Р. М. Современные подходы к лечению кастрационно-резистентного рака предстательной железы // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - 2016. - №4. - С. 22-26
6. Тилляшайхов М. Н., Юсупов Ш.Х., Тилляшайхова Р.М., Хожитоев С.В. Использование максимальной андрогенной блокады у больных распространенным раком предстательной железы // Материалы XVI конгресса онкологов Узбекистана – Самарканд, 2019. - С. 134
7. Толкач Ю.В. Рева С.А. Носов А.К. Клиническая значимость генетической характеристики рака предстательной железы. Обзор литературы. - 2015. - №(2) 99.
8. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой.- М.ФГБУ 88 «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2017. - 235 с.
9. Чиссов В.И.Онкология. Национальное руководство. Краткое издание// ISBN: 978-5-9704-3982-1. Москва. 2017., С. 624-29

10. Чисов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., Состояние онкологические службы в Российской Федерации 2014 года. – Москва, 2015. – 110 с
11. Alam F., Naito K., Horiguchi J. et al. Accuracy of sonographic elastography in the differential diagnosis of enlarged cervical lymph nodes: comparison with conventional B-mode sonography // *Am. J. Roentgenol.* - 2018. - Vol. 191, №2. - P. 604-610
12. Beebe-Dimmer, J.L., Ruterbusch, J.J., Bylsma, L.C. et al. Patterns of Bicalutamide Use in Prostate Cancer Treatment: A U.S. Real-World Analysis Using the SEER-Medicare Database. *Adv Ther* 35, 1438–1451 (2018). <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0738-5>
13. Barranco JA, Millar RP, Fuentes F, Bover E, et al., Gradual reduction of testosterone using a gonadotropin-releasing hormone vaccination delays castration resistance in a prostate cancer model.//*Oncol Lett.* 2016 Aug;12(2):963-970. doi: 10.3892/ol.2016.4679. Epub 2016 Jun 7.
14. Chaussy C.G. Transrectal high-intensity focused ultrasound for local treatment of prostate cancer: current role / C.G. Chaussy, S.F. Thüroff // *Arch. Esp. Urol.* –2011. – Vol 64, №6. – P. 493-506
15. Duration of androgen suppression in the treatment of prostate cancer /M. Bolla [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2009. – Vol. 360. – P. 2516-2527
16. Feng Q, He B Androgen Receptor Signaling in the Development of Castration-Resistant Prostate Cancer.//*Front Oncol.* 2019 Sep 4;9:858. doi: 10.3389/fonc.2019.00858. eCollection 2019.
17. Fontana F, Marzagalli M, Montagnani Marelli M, Raimondi M, Moretti RM, Limonta P. Gonadotropin-Releasing Hormone Receptors in Prostate Cancer: Molecular Aspects and Biological Functions.// *Int J Mol Sci.* 2020 Dec 14;21(24):9511. doi: 10.3390/ijms21249511.
18. Heidenreich A., Bastian P.J., Bellmunt J. et al. Guidelines on Prostate Cancer // EAU Guidelines 2012. Режим доступа // <http://www.uroweb.org/gls/pdf/08%20Prostate%20CancerLR%20II.pdf>, свободный. Загл. сжрана. 20.05.2012
19. Giovannucci E., Rimm E.B., Liu Y., Stampfer M.J., Willett W.C. A prospective study of tomato products, lycopene, and prostate cancer risk // *J. Natl. Cancer. Inst.* – 2012. – Vol. 94. – P. 391-39
20. Guidelines on prostate cancer [Electronic resource] / A. Heidenreich [et al.] // *Eur. Ass. Urol.* – 2019. – Access mode: <http://uroweb.org/guidelines>
21. Guzman-Aroca F., Reus M., Berna-Serna J.D. et al. Reproducibility of shear wave velocity measurements by acoustic radiation force impulse imaging of the liver: a study in healthy volunteers // *J. Ultrasound Med.* - 2011. – Vol.30, - №7. - P. 975-979
22. Liu YF, Fu SQ, Yan YC, Gong BB, Xie WJ, Yang XR, Sun T, Ma M Progress in Clinical Research on Gonadotropin-Releasing Hormone Receptor Antagonists for the Treatment of Prostate Cancer.//*Drug Des Devel Ther.* 2021 Feb 16;15:639-649. doi: 10.2147/DDDT.S291369. eCollection 2021.
23. Philip Cornford, Roderick C.N. van den Bergh, Erik Briers et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part II—2020 Update: Treatment of Relapsing and Metastatic Prostate Cancer// *European Urology*, Volume 79, Issue 2, 2021, Pages 263-282, ISSN 0302-2838, <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.09.046>
24. Rahimov N.M Shakhonova Sh.Sh Raupov F. Development of new approaches in treatment of metastatic renal cell carcinoma. // *Journal of research in health Science* volume 5-6 issue 4 2020. Israel, Yashresh. p 82-95
25. Saidkulov B, Abduraxmonov A, Rahimov N. Recurrent ovarian cancer: mechanisms of development of peritoneal malignant ascites// *European Journal of Molecular & Clinical Medicine* ISSN 2515-8260 Volume 7, Issue 2, 2020, p 2423-2428
26. Stokkel L, van der Poel HG, Langbein SI, Kerst JM, de Jong J, van A testosterone-producing Leydig cell tumor metastasis during hormonal treatment of prostate cancer.// *Rhijn BWG.Urol Ann.* 2020 Apr-Jun;12(2):180-183. doi: 10.4103/UA.UA_38_19. Epub 2020 Apr 14.
27. Tillyshaikhov M.N., Tillyshaikhova R.M, Yarmatov S.A, Irmatova G.M. Determine the effectiveness of non-invasive imaging methods in assessing the prevalence of kidney cancer// *polish science journal (issue 12(33), 2020) - Warsaw: Sp. z o. o. "iScience"*, 2020. P.104-109
28. Venkatesan AM, Mudairu-Dawodu E, Duran C, Stafford RJ, Yan Y, Wei W, Kundra V// Detecting recurrent prostate Cancer using multiparametric MRI, influence of PSA and Gleason grade. *Cancer Imaging.* 2021 Jan 6;21(1):3. doi: 10.1186/s40644-020-00373-4.
29. Warde P. [et al.] Combined androgen deprivation therapy and radiation therapy for locally advanced prostate cancer: a randomised, phase 3 trial // *Lancet.* – 2011. – Vol. 378. – P. 2104-2111
30. Ye D, Zhang W, Ma L, Du C, Xie L, Huang Y, Wei Q, Ye Z, Na Y Adjuvant hormone therapy after radical prostatectomy in high-risk localized and locally advanced prostate cancer: First multicenter, observational study in China// *.Chin J Cancer Res.* 2019 Jun;31(3):511-520. doi: 10.21147/j.issn.1000-9604.2019.03.13.
31. Yonghao Ji, Litao Ruan, Wei Ren, Guoliang Dun, Jianxue Liu, Yaoren Zhang, Qinyun Wan Stiffness of prostate gland measured by transrectal real-time shear wave elastography for detection of prostate cancer: a feasibility study// *Br J Radiol.* 2019 May; 92(1097): 20180970. Published online 2019 Mar 21. doi: 10.1259/bjr.20180970
32. Zequi SC, Mourão TC, Guimarães GC., Prostate Cancer - Local Treatment after Radiorecurrence: HIFU - High-Intensity Focused Ultrasound.// *Int Braz J Urol.* 2018 May-Jun;44(3):429-432. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.03.03.
33. Ziyadullaev Sh, Elmamatov O, F Raufov Cytogenetic and immunological alterations of recurrent bladder cancer// *European Journal of Molecular & Clinical Medicine* 2020, Volume 7, Issue 2, p 1877-1883.



УДК 618.13-002-022:579-882.11

Сафаров Алиаскар Турсунович

к.м.н., доцент кафедры
Акушерства и гинекологии
Факультета последипломного образования
Самаркандского государственного
Медицинского института,
Самарканд, Узбекистан

Уринов Мухриддин Яхшибой угли


Резидент магистратуры 3-го года обучения
Кафедры Акушерства и гинекологии
Факультета последипломного образования
Самаркандского государственного
Медицинского института,
Самарканд, Узбекистан

Сафарова Лола Алиаскаровна

Врач акушер-гинеколог
Городского родильного комплекса №1
Ташкент, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМ ТИПЕ ОЖИРЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Safarov Aliaskar Tursunovich, Urinov Muxridin Yaxshiboevich, Safarova Lola Aliaskarovna, Features of pre-gravidar training and management tactics of pregnant women with alimentary-constitutional type of obesity, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 33-36

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-8>

Safarov Aliaskar Tursunovich

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent,
Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
Diplomdan keying ta'lim fakulteti
Akusherlik va ginekologiya kafedrası,
Samarqand, O'zbekiston

Urinov Muxridin Yaxshiboevich

Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
Diplomdan keying ta'lim fakulteti
Akusherlik va ginekologiya kafedrası,
3 kurs magistratura rezidenti
Samarqand, O'zbekiston

Safarova Lola Aliaskarovna

1-sonli tug'ruq kompleksining akusher-ginekologi
Toshkent, O'zbekiston.

СЕМИЗЛИКНИНГ АЛИМЕНТАР КОНСТИТУЦИОНАЛ ТУРИ БИЛАН ГОМИЛАДОР АЙОЛЛАРНИ ТАЙЙОРЛАШ ВА БОШҚАРИШ ТАКТИКАСИНING ХУСУСИЯТЛАРИ (АДАБИЙОТЛАР ТАХЛИЛИ)

Safarov Aliaskar Tursunovich

Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department
Obstetrics and gynecology
Faculty of Postgraduate Education
Samarkand State Medical Institute.

Samarkand, Uzbekistan
Urinov Mukhriddin Yakhshiboyevich
Resident of the 3rd year of master's degree
Department of Obstetrics and Gynecology
Faculty of Postgraduate Education
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan
Safarova Lola Aliaskarovna
obstetrician-gynecologist in
maternity complex No. 1
Tashkent, Uzbekistan

FEATURES OF PRE-GRAVIDAR TRAINING AND MANAGEMENT TACTICS OF PREGNANT WOMEN WITH ALIMENTARY-CONSTITUTIONAL TYPE OF OBESITY (LITERATURE REVIEW)

Проблема ожирения у беременных имеет немаловажное значение среди экстрагенитальных видов патологии в акушерской практике. Несмотря на достижения в современной медицинской науке, частота акушерских и перинатальных осложнений у пациенток с ожирением продолжают занимать высокий уровень [1, 11].

В этой связи разработка комплекса прегравидарной подготовки женщин с алиментарно-конституциональным ожирением является чрезвычайно актуальной задачей.

Имеющиеся результаты исследований, посвященных влиянию различных режимов питания и физической активности у женщин с ожирением во время беременности на метаболические показатели и исходы беременности и родов противоречивы [1,5,10]. Так в некоторых исследованиях рекомендованная гипокалорийная диета беременным женщинам с ожирением с пониженным потреблением углеводов значительно уменьшала прибавку в весе во время беременности и предупреждала подъем уровня инсулина.

Но, несмотря на это, данная тактика не оказывала существенного влияния на увеличение показателей глюкозы в крови и неонатальный исход [2,9]. При этом в иных работах попытки снижения калорийности потребляемой пищи у женщин с ожирением или избыточным весом во время беременности не оказывали существенного влияния на основные показатели здоровья матери и плода [7, 14]. Последнее дает возможность объяснить особенностями поведения беременных женщин, старающихся более предотвратить прием потенциально опасной пищи, нежели перейти на здоровое питание и контролировать гестационную прибавку веса [2, 6, 8].

Полноценное питание и своевременное поступление полезных микроэлементов и витаминов в организм будущей матери играют не последнюю роль в становлении органов и систем плода. Немаловажное значение имеет также соблюдение режима питания, так как длительные промежутки способствуют нарушению в фетоплацентарной системе, что обуславливает высокий риск развития преждевременных родов. [1, 15].

Доказано, что огромная роль для положительного течения и исхода гестации принадлежит поступающие с пищей в организм женщины витамины, макро-и микроэлементы, относящиеся к незаменимым микронутриентам. Недостаток витаминов и микроэлементов уменьшает устойчивость к инфекционным заболеваниям, считается одной из причин недоношенности, синдрома ограничения роста плода, врожденных аномалий развития плода, рождения детей, склонных к инфицированию [5, 14].

Риск возникновения гипертензивных нарушений, гестационного сахарного диабета у беременных женщин с ожирением уменьшался при выполнении регулярных физических упражнений с умеренной нагрузкой [1,12]. При этом, в ряде исследований отмечается рост числа спонтанного прерывания беременности у женщин с ожирением на ранних стадиях при выполнении физических нагрузок. [2,3,11]. Поэтому дальнейший поиск рационализации дозирования физических упражнений при наличии ожирения у пациенток во время гестации продолжается.

Большинством авторов отмечалось отсутствие четко выраженных положительных влияний комбинированного применения снижения общей калорийности питания и умеренной физической нагрузки на акушерские и неонатальные исходы у пациенток с ожирением. [4,5,10]. Отсутствие крупномасштабных рандомизированных исследований не дают возможности сделать заключительные выводы касательно выполнения дозированных нагрузок в сочетании с соблюдением низкокалорийной диеты и их влияния на течение и исход беременности при ожирении.

Считается, что одним из серьезных факторов риска возникновения нарушения развития нервной трубки у беременных женщин является избыточная масса тела и ожирение. Ожирение при беременности способствует изменению состава кишечной микрофлоры. При наличии ожирения и избыточной массы тела у беременных пациенток отмечается тенденция к уменьшению усвоения пищевых волокон, что обуславливает повышенное потребление животного белка. Это в дальнейшем приводит к повышению уровня триглицеридов, общего холестерина, а также уменьшению концентрации фолиевой кислоты и железа в крови [1,3]. Согласно некоторым данным литературы о положительной корреляции показателей бифидобактерий с увеличенной концентрацией фолиевой кислоты в плазме крови, что дает основания считать, что именно бифидобактерии синтезируют и секретируют фолиевую кислоту. При этом снижение концентрации фолиевой кислоты в плазме крови женщин, страдающих ожирением, связано с уменьшением концентрации бифидобактерий в кишечной микрофлоре [2,7,8]

По данным исследования, проведенного в 2016 г., сделаны выводы о взаимосвязи количественного и качественного состава микрофлоры кишечника новорожденного ребенка с индексом массы тела пациентки. Доказано о влиянии повышенных показателей индекса массы тела у беременной во время гестации на состав микрофлоры кишечника у новорожденных. Полученные результаты свидетельствуют о наличии связи индуцированного материнским ожирением у матери с риском развития избыточной массы тела и дисбактериоза кишечника у ребенка. Помимо этого, имеются новые данные касающиеся полового дисморфизма, которые свидетельствуют о большем риске развития предрасположенности к ожирению у новорожденных мужского пола. [9]. Доказано, что распределение жировой ткани регулируется стероидными гормонами, а также гормонами коры надпочечников. При этом причем основная роль отведена конверсии андрогенов в эстрогены в адипоцитах. Жировая ткань, в основном висцеральная, имеет высокую гормонально-метаболическую активность, имеет много адоренорецепторов, кортикостероидных и андрогенных рецепторов, а также имеет возможность накапливать разные стероидные гормоны вследствие их способности растворяться в липидах - тестостерон, андростендион, кортизол [10, 12]. Главная продукция половых гормонов, как известно, происходит в яичниках, при этом адипоциты считаются источником экстрагонадного синтеза эстрогенов из андрогенов путем ароматизации за счет ароматаза и конверсии андростендиона и тестостерона в эстрон, затем его превращение в эстрадиол- наиболее активный эстроген [55,7].

Повышенная периферическая ароматизация андрогенов в эстрогены, возникающая при ожирении, приводит к нарушению метаболизма андрогенов и эстрогенов [12, 13].

Наибольшее значение в возникновении ожирения играет положительный энергетический баланс- преобладание поступающей энергии за счет пищи в организм над ее расходом, хотя множественные гормональные и ферментативные изменения у беременных способствуют отложению жировой ткани. Основной причиной энергетического дисбаланса, безусловно, является алиментарно-конституциональный фактор, а также малоподвижный образ жизни [12]

На основании значений исходного индекса массы тела (ИМТ), которые используются на сегодняшний день, Институтом медицины американской академии наук выпустил рекомендации, касающиеся нормативов оптимальной прибавки массы тела в течение гестации [6,7].

По данным рекомендации следует, что чем больше исходная масса тела у пациентки, тем меньше этот показатель увеличивается во время гестации. При этом, у беременных женщин с нормальной массой тела прирост массы тела в течении всей беременности не должен превышать 16 кг, а у беременных женщин с ожирением прибавка массы тела должна быть не более 7 кг [6,7].

Набора массы тела женщины во время беременности зависит от срока. Прирост массы тела в первом триместре беременности обычно не наблюдается. Зачастую при развитии раннего токсикоза может наблюдаться понижение массы тела женщины. Однако с 16-й недели гестации наблюдается незначительная прибавка массы тела; с 23-24-й прибавка массы тела составляет около 200 г в неделю. К 29-й неделе прибавка массы тела не должна превышать 300—400 г [6,9].

Самым часто встречаемым осложнением гестации у беременных с ожирением является невынашивание беременности [5,8]. Следует учитывать, что избыточная масса тела также является фактором риска прерывания беременности, в связи с развивающейся гиперандрогенией и гиперинсулинемией. Невынашивание беременности и самопроизвольные выкидыши у женщин с ожирением встречаются в пределах 25—37% [6,8]. Частота преждевременных родов и перенашивания беременности у женщин с ожирением также повышена. В связи с неполным формированием родовой доминанты у женщин с ожирением к концу беременности у 10-15% беременных наблюдается тенденция к перенашиванию беременности и развитию слабости родовой деятельности. Тяжесть развития аномалий родовой деятельности напрямую связана со степенью ожирения, что

способствует увеличению показателей оперативного родоразрешения посредством операции кесарево сечение. Иногда рациональность проведения оперативного родоразрешения может быть обусловлена тазо-головной диспропорцией, в связи с частой макросомией плода у беременных женщин с ожирением. Частота рождения детей с макросомией у женщин с ожирением составляет 20 — 44% [49,39]. Оперативное родоразрешение по причине осложненных родов у женщин с ожирением наблюдается в два-четыре раза чаще по сравнению с беременными женщинами, имеющими нормальный вес. В то же время, родоразрешение путем операции кесарево сечение у беременных женщин с ожирением сопряжено с риском развития различных тромботических осложнений, плохой заживляемостью послеоперационных ран [1,3].

Наличие различных осложнений гестации и родов отрицательно отражается не только на состоянии матери, но и на состоянии плода. Частота таких осложнений, как асфиксии новорожденных, врожденных аномалий плода, внутриутробной гибели, пороков развития плода, родовых травм, ранней неонатальной смерти наблюдается у женщин с ожирением достоверно чаще [5,6].

Тем не менее, избыточная масса тела и ожирение не являются противопоказанием для беременности, невзирая на риск развития акушерских осложнений во время гестации. Тщательное обследование на прегравидарном этапе, наблюдение не только акушера-гинеколога, но и эндокринолога, диетолога; проведение постоянного контроля массы тела, уровня артериального давления, состояния углеводного обмена в течение всей беременности имеют большое значение в благоприятном исходе беременности у женщин с ожирением [7,9].

Разработка профилактических мероприятий обусловлена свойством кишечной микрофлоры к изменениям при различных схемах питания. То есть влияние на состав кишечной микрофлоры посредством сбалансировки питания способствует снижению риска развития осложнений, характерных для беременных женщин с ожирением.

Таким образом, вопросы о метаболических расстройствах и действии модификации образа жизни на течение беременности, перинатальные исходы, показатели обмена веществ и функцию эндотелия у женщин с избыточным весом остаются во многих аспектах открытыми. В этой связи проблема разработки комплексных лечебных и профилактических мероприятий у женщин с ожирением на прегравидарном этапе требует дальнейшего изучения.

Использованная литература

1. Аршинова О.В., Кузнецова О.А., Смирнова Т.В. Прогноз развития гестационных осложнений у женщин с алиментарно-конституциональным типом ожирения // Вестник Российского университета дружбы народов. Медицина.-2016.-№2.-С.116-122
2. Бариханова Р.Р. Особенности течения беременности и родов у пациенток с ожирением//Акушерство и гинекология.-2007.-№6.-С.9-12
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение. М.: МИА.- 2004. - 449с.
4. Егорова И.В. Прогнозирование и профилактика развития гестоза у беременных с ожирением алиментарно конституционального генеза: Дис. . канд. мед. наук. – М., 2008. – 165 с
5. Кадамалиева М.Д. Течение и исход беременности при ожирении. Автореф. дисс. .к.м.н.- Душанбе.-2010.-22 с.
6. Кан Н.И., Каримова Д.Ф. Сравнительные аспекты течения беременности и родов у женщин с ожирением//Проблемы беременности.-2001.-№4.-С26.
7. Макаренко Л.В. Алиментарно-конституциональное ожирение как фактор риска формирования перинатальной патологии. Дисс. .к.м.н.- Челябинск -2007.- 136с.
8. Нетребенко О.К., Украинцев С.Е., Дубровская М.И. Профилактическая медицина: питание младенца и программирование // Педиатрия. 2016. Т. 95, № 2. С. 124-132.
9. Перова Т.В. Особенности течения беременности и родов у повторнородящих с ожирением. Дисс. .к.м.н.-М.-2010.-121с.
10. Светлаков А.В., Яманова М.В. Лептин и липидный спектр крови у женщин с различными типами ожирения // Проблемы репродукции. -2001.-№6.- С.33-36.
11. Чернуха Т.Е. Ожирение как фактор риска нарушений репродуктивной системы у женщин // Consilium medicum.-2015.-Т9.- №6.- С.84-86.
12. Drake A.J., Reynolds R.M. Impact of maternal obesity on offspring obesity and cardiometabolic risk // Reproduction. 2010. Vol. 140. P. 387-398.

13. Gu P., Xu A. Interplay between adipose tissue and blood vessels in obesity and vascular dysfunction. *Rev Endocr Metab Disord*. 2013. Epub aheadofprint.
14. Thangaratinam S., Rogoziriska E., Jolly K. et al. Interventions to reduce or prevent obesity in pregnant women: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2012 Jul;16(31):III-IV, 1-191.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 618.346 008.8 07 092

Абдуллаева Лола Сайфуллаевна

Ассистент кафедры Акушерства и гинекологии

ФПДО СамМИ, Узбекистан, Самарканд

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

Д.м.н., профессор

Кафедры акушерства и гинекологии

Ташкентского Государственного стоматологического института

Ташкент, Узбекистан

Сафаров Алиаскар Турсунович

к.м.н., доцент

Самаркандского Государственного Медицинского института

Кафедры Акушерства и гинекологии,

факультета последипломного образования,

Самарканд, Узбекистан.

Сулайманова Нодира Жумаевна


кандидат медицинских наук, доцент

Кафедры акушерства и гинекологии

Ташкентского Государственного стоматологического института

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МНОГОВОДИЕМ

For citation: Abdullaeva lola Sayfullaevna, Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdammovna, Safarov Aliaskar Tursunovich, Suleymanova Nodira Jumaevna, Clinical and morphological parallels in pregnancies complicated by polyhydramnios, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 37-41

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-9>

АННОТАЦИЯ

Проблема развития многоводия является актуальной в связи с возникающими при этом осложнениями беременности и родов, как для матери, так и для плода. Одним из наиболее опасных осложнений являются гипотонические кровотечения в послеродовом периоде, влекущие за собой увеличение материнской заболеваемости и смертности. Среди причин кровотечений многоводие, частота которого достигает 1-8% от общего пула беременных, занимает одну из ведущих позиций. Целью исследования явилось изучение особенностей клиники и морфологической структуры стенки матки при многоводии различной степени тяжести. Всё это диктует необходимость совершенствования способов профилактики гипотонических послеродовых кровотечений у женщин с многоводием.

Ключевые слова: беременность, многоводие, послеродовое гипотоническое кровотечение, миометрий, отёк, кровоизлияние.

Abdullaeva Lola Sayfullaevna

Assistant of Department of Obstetrics and Gynecology Assistant of

Department of Obstetrics and Gynecology, FPE Samarkand, Uzbekistan

Kattakhojaeva Makhmuda Khamdamovna

M.D., Professor Professor, Department of Obstetrics and Gynecology

Department of Obstetrics and Gynecology at Tashkent State

Institute of Dentistry Tashkent, Uzbekistan

Safarov Aliaskar Tursunovich

Candidate of medical sciences, associate professor

Samarkand State Medical Institute

Department of Obstetrics and Gynecology,

Faculty for Postgraduate Education,

Samarkand, Uzbekistan.

Sulaimanova Nodira Jumayevna.

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Department of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Institute of Dentistry
Tashkent, Uzbekistan

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL PARALLELS IN PREGNANCIES COMPLICATED BY POLYHYDRAMNIOS

ANNOTATION

The problem of the development of polyhydramnios is relevant in connection with the complications of pregnancy and childbirth, both for the mother and for the fetus. One of the most dangerous complications is hypotonic bleeding in the postpartum period, which leads to an increase in maternal morbidity and mortality. Among the causes of bleeding, polyhydramnios, the frequency of which reaches 1-8% of the total pool of pregnant women, occupies one of the leading positions. The aim of the study was to study the features of the clinic and the morphological structure of the uterine wall in polyhydramnios of varying severity. All this dictates the need to improve ways to prevent hypotonic postpartum bleeding in women with polyhydramnios.

Key words: pregnancy, polyhydramnios, postpartum hypotonic bleeding, myometrium, edema, hemorrhage.

Abdullayeva Lola Sayfullaevna

SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya
kafedrası assistenti, Uzbekiston, Samarkand

Kattahodjeva Mahmuda Hamdamovna

t.f.d., professor Akusherlik va ginekologiya kafedrası
Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston

Safarov Aliasqar Tursunovich

SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya
kafedrası dotsenti, Uzbekiston, Samarkand

Sulaymonova Nodira Jumaevna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Akusherlik va ginekologiya kafedrası
Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston

HOMILADORLIK PAYTIDA KLINIK VA MORFOLOGIK PARALLELLAR KO'PSUVLILIKNING ASORATLARI

ANNOTATSIYA

Ko'psuvlilik rivojlanish muammosi homiladorlik va tug'ilishning ona va homila uchun yuzaga keladigan asoratlari bilan bog'liq. Eng xavfli asoratlardan biri tug'ruqdan keyingi davrda hipotonik qon ketishdir, bu esa onaning kasalligi va o'lim darajasining oshishiga olib keladi. Qon ketishining sabablari orasida homilador ayollarning umumiy sonidan 1-8% ni ko'psuvlilik o'rini egallaydi. Tadqiqot maqsadi klinikaning o'ziga xos xususiyatlarini va turli darajadagi ko'psuvlilik bilan bachadon devorining morfologik tuzilishini o'rganishdir. Bularning barchasi ko'psuvlilik homilador ayollarda hipotonik tug'ruqdan keying qon ketishining oldini olish usullarini takomillashtirish zarurligini ta'kidlaydi.

Kalit so'zlar: homiladorlik, ko'psuvlilik, tug'ruqdan keyingi qon ketish, miyometriy, shishlar, qon quyulishi.

Актуальность проблемы. Несмотря на значительный прорыв акушерской науки и практики во второй половине 20 века и начавшемся 21 веке, внедрение инновационных методов, бурное развитие фармакологической индустрии, одной из наиболее актуальных проблем акушерства остается проблема акушерских кровотечений (6). Из 550-600 тысяч материнских смертей около 200000 умирают от акушерских кровотечений (1, 8). Кровотечение находится на ведущих позициях среди так называемой «большой пятерки» («big five») причин материнской смертности (2; 3, 9). При этом, из умирающих по причине массивного акушерского кровотечения, 125 тысяч женщин, почти половина погибает от гипотонии матки. Главными причинами развития гипо и атонических кровотечений может быть недостаточность ретракции миометрия и тромбообразования в сосудах плацентарной площадки, имеющей от 150 до 200 спиральных артерий. Интенсивная ретракция мышечных волокон матки после рождения ребенка способствует сжатию, скручиванию и втягиванию в толщу мышцы спиралевидных маточных артерий, наряду с которым начинается процесс тромбообразования. Формирование плотных, эластичных тромбов обеспечивает надежный гемостаз. Нарушения коагуляционных свойств крови, а также снижение сократительной способности миометрия в сочетании друг с другом, играют решающую роль в развитии послеродовых кровотечений (7, 11, 4). Еще одной из причин гипотонии матки может быть также дисплазия соединительной ткани. При дисплазии соединительной ткани, частота АК в 1,7 раз выше, чем в общей популяции. Маслякова Г.Н. (2014), в гистологических исследованиях маток, удаленных по поводу гипотонических

послеродовых кровотечений неясного генеза показала, что матка не способна достаточно сократиться при опухолях, перерастяжении из-за многоплодия, многоводия, крупного плода. Считается, что нарушение сократительной функции матки связано с перерастяжением и "истощением" сократительной способности миометрия, с инфекцией, а также с анатомическими/функциональными особенностями матки, с задержкой частей последа или сгустков крови в полости матки (10).

Одной из причин репродуктивных потерь является многоводие во время беременности. Частота этого осложнения, по данным зарубежных и отечественных авторов, колеблется от 0,12 до 8,4%. Среди причин, приводящих к многоводию, выделяют: сахарный диабет, острые и рецидивирующие хронические инфекционные заболевания, изосенсибилизацию по резус-фактору, пороки развития плода. Чрезмерное количество жидкости определяют косвенным образом по УЗИ-критериям, как правило, с помощью ИАЖ (AFI). AFI представляет собой сумму глубин столба жидкости по вертикали, измеренного в каждом квадранте матки. В норме AFI составляет от 5 до 24 см; значения ≥ 24 см указывают на многоводие. Чаще встречается хронический гидрамнион, когда избыточная амниотическая жидкость аккумулируется постепенно. При острой форме объем околоплодных вод увеличивается резко (за несколько часов или суток). Большую роль в развитие гипотонических послеродовых кровотечений играет скорость накопления околоплодных вод и их объем. Весьма интересными с научных позиций являются морфологические изменения плодовых оболочек, обнаруженные при морфологических и электронно-микроскопических

исследованиях. Были выявлены морфоструктурные изменения амниона, свидетельствующие о преобладании процессов резорбции околоплодных вод над процессами реабсорбции, что является патогенетическим механизмом избыточного накопления амниотической жидкости (5). При этом остаются недостаточно изученными морфоструктурные изменения, происходящие в стенке матки при многоводии.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клиники и морфологической структуры стенки матки при многоводии различной степени тяжести.

Материалы исследования. Были изучены особенности течения беременности и родов 49 женщин, у которых развилось многоводие в сроках 32-40 недель. Все наблюдаемые пациентки проходили полное клиническое обследование в условиях городского родильного комплекса №2 города Самарканда за период 2018- 2019 годы. Контролем служили показатели 40 женщин контрольной группы с физиологическим течением гестации аналогичного возраста и паритета. Проведены гистологические исследования тканей миометрия, полученные при операции кесарева сечения у 23 пациенток основной и 10 пациенток, оперированных в плановом порядке в связи с наличием рубца на матке.

Методы исследования: клинические (акушерские), лабораторные (общеклинические и биохимические исследования крови, мочи, выделений, коагулограмма), функциональные (ЭКГ, доплерометрия, УЗИ). Также были использованы специальные морфологические исследования. Фрагменты миометрия размером 2x1 см, полученные при проведении операции кесарева сечения, фиксировали в 10% нейтральном формалине, заливали в парафин с воском. Депарафинизированные срезы окрашивали гематоксилином и эозином, для выявления коллагеновых волокон соединительной ткани использовали метод Ван-Гизона. На основании полученных результатов оценивали качественные и количественные изменения миометрия. Исследования микропрепаратов и фотографирование проводилось с использованием светового микроскопа при увеличении: Об.40, ок.10.

Результаты исследования. Возраст исследованных колебался от 20 до 36 лет. Основную массу -57% составили беременные в возрастной группе от 21 до 30 лет. При этом, группы по возрастному признаку были репрезентативными. Нами был проведен анализ соматических заболеваний, которые могли способствовать развитию многоводия и возникновению риска гипотонического кровотечения. Стоит отметить, что различные соматические заболевания отмечались у 75% беременных. В структуре соматических заболеваний лидирующее место занимает железодефицитная анемия – 50,3%, на втором месте – варикозная болезнь – 19,4%, на третьем месте – заболевания органов пищеварения – 16,6%, ожирение -31%, воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей- 29%. Сахарный диабет 1 типа был диагностирован у 2 женщин, второго типа – у 1. В структуре сопутствующей генитальной патологии наиболее часто имели место хронические воспалительные заболевания матки и придатков (74,2%), бактериальный вагиноз (28,5%), патология шейки матки (33,4%), кольпит и цервицит (43%). У 46% беременных с многоводием был обнаружены такие

инфекции, передающиеся половым путем, как ЦМВ, ВПГ, микоплазма. Необходимо отметить, что в основной группе частота атрифициальных аборт в анамнезе встречалась в 1,5 раза больше, нежели в контрольной группе ($p<0,001$). В показателях анамнестических данных предыдущих беременностей установлено, что у женщин основной группы достоверно чаще наблюдались самопроизвольные выкидыши по сравнению с женщинами контрольной группы ($p<0,001$). Диагноз многоводия был установлен в сроках беременности 28-34 недели у 5 (10,2%), 35-38 недели- у 23 (46,9%) и в 38-42 недели у 21 женщины основной группы (42,8%). Умеренное многоводие на фоне хронического гидрамниона по результатам клинических исследований (ОЖ, ВДМ, симптом «флюктуации») и УЗИ (объем амниотической жидкости AFI от 24 до 28см.) было диагностировано у 44 (89,9%) беременной основной группы. В 5 случаях имело место острое многоводие тяжелой степени с объемом амниотической жидкости более 3 литров. Беременным с многоводием проводилась терапия согласно стандартам, принятым в республике. Наиболее частыми осложнениями беременности были гипертензивные состояния (14%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (13%), предлежание плаценты (5%), антенатальная гибель плода (1%). У 23 женщин основной группы беременность завершилась операцией кесарева сечения в связи с перечисленными выше осложнениями беременности и родов. 26 женщин (53%) были родоразрешены через естественные родовые пути. В 8 случаях родов через естественные родовые пути проводилось ручное обследование полости матки в связи с начавшимся послеродовым кровотечением. Средняя кровопотеря в родах в основной группе составила 437,7 +/- 50,5 мл. В контрольной группе данный показатель достигал 258,9 +/- 35,9 мл. С целью остановки кровотечения всем роженицам была применена принятая по стандартам кровоостанавливающая терапия с применением Окситоцина, Метилэргометрина, кровоостанавливающих препаратов. В 7 случаях применен препарат ПАБАЛ в стандартных дозах. Случаев гистерэктомии или других оперативных вмешательств с целью остановки кровотечения произведено не было. При операции кесарева сечения производился забор ткани миометрия для морфологического исследования у всех женщин с многоводием. После ушивания операционной раны всем роженицам с многоводием с целью профилактики кровотечения проводилась деваскуляризация матки путём наложения узловатых швов на сосудистые пучки с захватом мышечного слоя матки и круглых маточных связок на уровне ниже операционной раны и выше внутреннего зева. Вторая пара швов накладывалась в проекции собственных связок яичников и маточных труб. После проведенных мероприятий ни одного случая послеродового кровотечения не наблюдалось.

Проведенные морфологические исследования свидетельствуют о значительных морфоструктурных изменениях, которые претерпевает стенка матки при многоводии. Отмечается кровенаполненность сосудов матки, форма эритроцитов неопределенная. Отмечается гипертрофия мышечных волокон (рис.1). Ядра миоцитов не видны. Имеются признаки умеренного отека тканей и слабо выраженная имбиция миометрия кровью (рис.2).

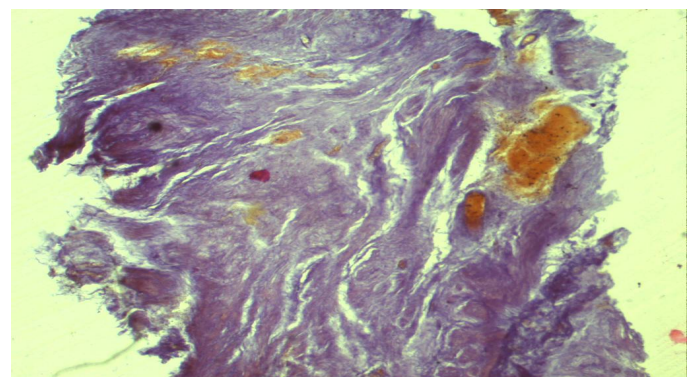


Рис.-1. Послеродовая матка. Умеренное многоводие. Окраска Гематоксилин – эозином. Об.40, ок.10.

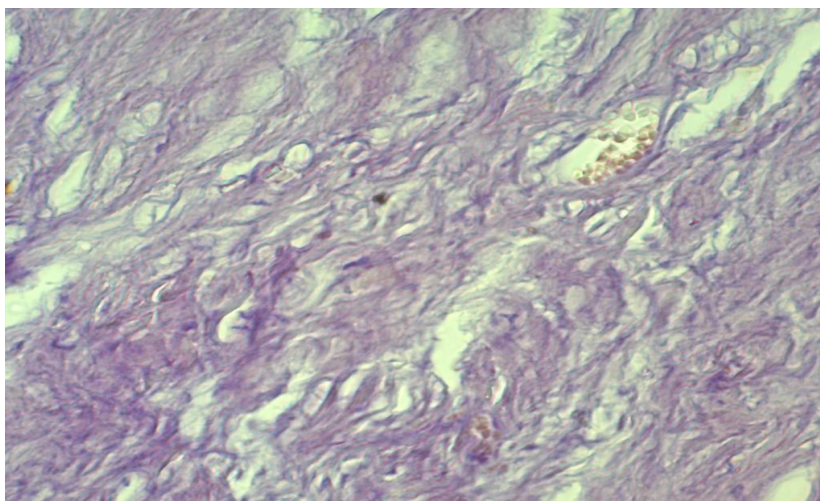


Рис.-2. Послеродовая матка. Умеренное многоводие. Окраска Гематоксилин – эозином. Об.40, ок.10.

На данном рисунке также видны признаки кровенаполнения и извитости сосудов миометрия, гипертрофия мышечных волокон и отёчность стенки матки.

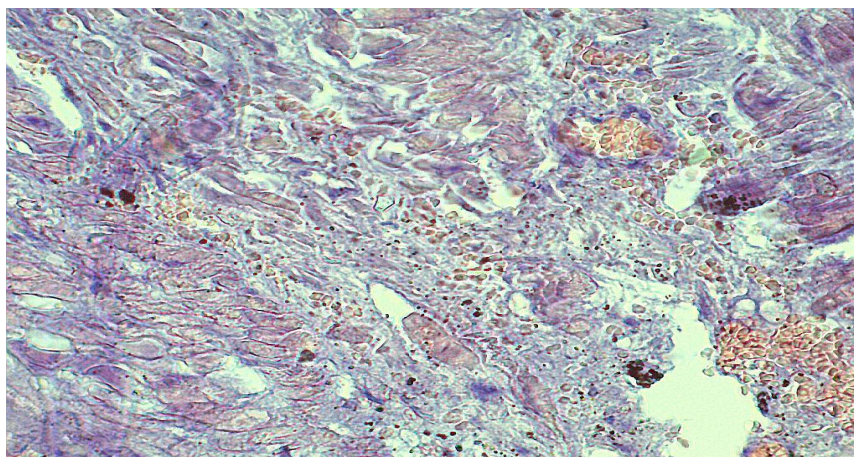


Рис.-3. Послеродовая матка. Выраженное многоводие. Окраска Гематоксилин – эозином. Об.40, ок.10.

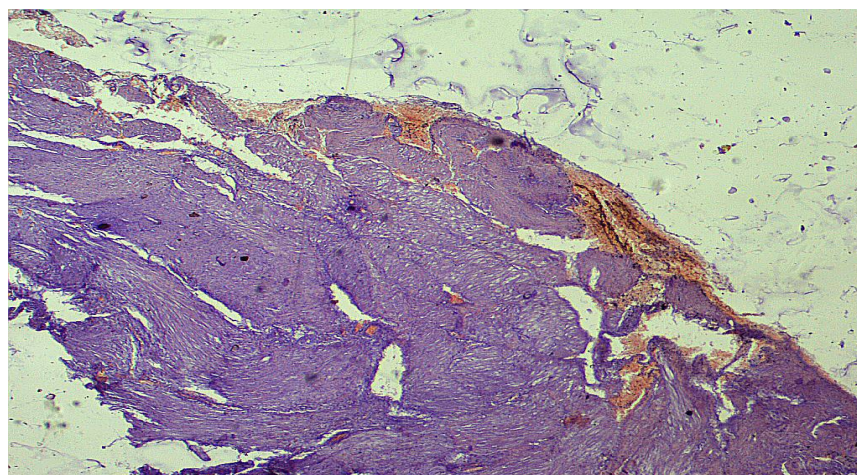


Рис.-4. Послеродовая матка. Острое многоводие. Окраска Гематоксилин – эозином. Об.40, ок.10.

В 5 случаях выраженного многоводия с объёмом амниотической жидкости более 3 литров степень морфологических изменений стенки матки была ещё более выраженной.

Наряду с явной кровенаполненностью и извитой структурой сосудов, гипертрофией мышечных волокон, не определяются ядра миоцитов (рис.3) . Наиболее характерным для данной стадии многоводия является выраженный отёк тканей и их геморрагическая имбиция (рис.4).

Обсуждение и заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что полигидрамнион чаще всего развивается при наличии у женщины различных соматических заболеваний: анемии, воспалительных процессов мочевыделительной системы, эндокринной патологии поджелудочной и щитовидной железы. Из гинекологических заболеваний чаще всего сочетаются с воспалительными заболеваниями органов гениталий, вызванных вирусными и

бактериальными возбудителями. В большинстве случаев на этом фоне развивается картина умеренного многоводия, однако в 1-2% случаев имеет место выраженное многоводие с объемом амниотической жидкости более 3 литров. В 12-15% случаев наряду с многоводием развивается гипертензивный синдром и угроза преждевременных родов. Сочетанные патологии беременности пагубно отражаются не только на здоровье матери, но и на состоянии плода, приводя к случаям внутриутробной его гибели в антенатальном периоде (1%). Несмотря на проведение профилактических мероприятий по предотвращению кровотечения в послеродовом периоде, кровопотери при полигидрамнионе достоверно вдвое превышает таковые параметры при физиологической беременности. Изучение морфоструктуры стенки матки при многоводии свидетельствует о наличии выраженных её изменений. При этом происходят процессы гипертрофии и удлинения, изменение формы и размеров ядер миоцитов, перемежающиеся с участками снижения количества миоцитов, отмечаются изменения кровеносных сосудов в виде извитости их форм, стаза крови с

изменением форм эритроцитов. Наиболее характерными для данной патологии являются процессы отека и кровоизлияний межмышечного пространства. Все перечисленные патологические процессы усугубляются прямопропорционально с увеличением количества околоплодных вод, то есть по мере нарастания степени тяжести многоводия. Перечисленные морфологические изменения являются одним из патогенетических механизмов развития у этих пациенток послеродовых гипотонических кровотечений.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о наличии прямых клинико-морфологических взаимосвязей между степенью тяжести многоводия и выраженностью структурных изменений стенки матки. Несмотря на проводимые профилактические мероприятия, объём кровопотери вдвое выше, чем при физиологической беременности. Всё это диктует необходимость совершенствования способов профилактики гипотонических послеродовых кровотечений у женщин с многоводием.

Использованная литература:

1. Висаитов М.Б. Течение беременности и родов, перинатальные исходы при двойне. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., - 2003;
2. Садчиков Д.В., Маршалов Д.В. Прогноз и интенсивная терапия массивной акушерской кровопотери // Анестезиология и реаниматология. – 2015. – №4. – С. 30-34.
3. Салов И.А., Маршалов Д.В. Прогноз и лечение массивной акушерской кровопотери // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2014. – №2. – С. 29-33.
4. Маслякова, Г. Н. Морфологические изменения миометрия при различных видах акушерской патологии / Г. Н. Маслякова, Е. Б. Малыбаева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 10, № 4. – С. 603–607.
5. Каттаходжаева М.Х. // Электронно-микроскопические изменения эпителия плодовых оболочек при некоторых акушерских патологиях. / Клеточные механизмы приспособительных процессов. Ташкент, 1984. С. 31-34.
6. Послеродовое кровотечение // Клинические протоколы / сост.: О.П. Баев [и др.]. – М., 2015. - С. 34-46.
7. Bateman B.T., Berman M.F., Riley L.E., Leffert L.R. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries // *Anesth. Analg.* – 2013. – Vol. 110. – P. 1368-1373.
8. Yelese Y.O, Scorza W.E., Mastrolia R., Smulian J.C. Postpartum hemorrhage // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* – 2014. – Vol. 34, №3. – P. 421-441.
9. Lalonde A., Daviss B.A., Acosta A., Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006 // *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 2016. – Vol. 94. – P. 243-253.
10. Lu M.C., Muthengi E., Wakeel F. Prolonged second stage of labor and postpartum hemorrhage // *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* – 2014. – Vol. 22, №3. – P. 227-232.
11. Maternal risk factors for peripartum transfusion / D.B. Ehrenthal, M.L. Chichester, O.S. Cole, X. Jiang // *J. Womens Health (Larchmt).* - 2012. - Vol. 21, № 7. - P. 792-797.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 618.2/.7-022

Агабабян Лариса Рубеновна,
Доцент кафедры Акушерства и гинекологии
ФПДО СамМИ, Узбекистан, Самарканд
Донабоева Зарнигор Жўлибой кизи,
Резидент магистратуры кафедры
Акушерства и гинекологии ФПДО СамМИ,
Узбекистан, Самарканд

НОВЫЙ КОРОНАВИРУС COVID-19 И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

For citation: Agababyan Larisa Rubenovna, Donaboeva Zarnigor Juliboy qizi, New coronavirus covid-19 and perinatal diseases, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 42-45



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-10>

АННОТАЦИЯ

Новый коронавирус COVID-19, появившийся в 2019 году, вызвал серьезные проблемы системы здравоохранения во всем мире. В частности, в области «Здоровье матери и ребенка» вирус COVID-19 является одним из факторов, способствующий осложнениям беременности и ухудшению перинатальных последствий.

Ключевые слова: новый коронавирус COVID-19, перинатальные заболевания, новорожденный, беременная, внутриутробная инфекция, перинатальные поражения центральной нервной системы, пневмония, неспецифические функциональные расстройства кишечника.

Agababyan Larisa Rubenovna

Associate Professor of the Department of obstetrics and gynecology, faculty of postgraduate education Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Donaboeva Zarnigor Juliboy qizi

Resident of the Master's of the Department of obstetrics and gynecology, faculty of postgraduate education Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

NEW CORONAVIRUS COVID-19 AND PERINATAL DISEASES

ANNOTATION

The new coronavirus COVID-19, which emerged in 2019, has caused serious health problems around the world. In particular, in the area of "Maternal and Child Health", the COVID-19 virus is one of the factors contributing to complications of pregnancy and worsening of perinatal consequences.

Key words: novel coronavirus COVID-19, perinatal diseases, newborn, pregnant woman, intrauterine infection, perinatal lesions of the central nervous system, pneumonia, nonspecific functional bowel disorders.

Agababyan Larisa Rubenovna

SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti, Uzbekiston, Samarqand

Donaboeva Zarnigor Juliboy kizi

SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya Kafedrası magistratura rezidenti, Uzbekiston, Samarqand

YANGI KORONAVIRUS COVID-19 VA PERINATAL KASALLIKLAR

ANNOTASIYA

2019-yilda paydo bo'lgan yangi koronavirus COVID-19 kasalligi butun dunyo bo'ylab Sog'liqni saqlash sohasida jiddiy muammolarni keltirib chiqardi. Ayniqsa "Onalik va bolalikni muhofaza qilish" sohasida COVID-19 virusi homiladorlikni asoratli kechishiga va perinatal oqibatlarni yomonlashishiga sabab bo'livchi omillardan biridir.

Kalit soʻzlar: yangi koronavirus COVID-19, perinatal kasalliklar, chaqaloq, homilador, homila ichi infeksiyasi, markaziy nerv tizimi perenatal zararlanishi, pnevmoniya, nospetsifik funksional ichak buzilishlari.

Dolzarbli. Aholi orasidagi koʻpchilik bemorlarda qanday klinik belgilar kuzatilgan boʻlsa, homilador ayollarning ham aksariyati shamollash, gripp, engil yoki oʻrtacha ogʻirlikdagi shikoyatlar bilan murojaat qilgan. Kasallik 50% simptomsiz, 55% nafas etishmasligi, 44% charchash, holsizlik, ishtaxasizlik, 85-88% xid va taʼm sezmaslik bilan kechishi maʼlum. Homilador ayollarda COVID-19 ning ogʻirroq shakllarini rivojlanish tendensiyasi, ogʻir pnevmoniya va gipoksiya rivojlanishi extimoli bor. COVID-19ning, diabet, saraton, oʻpka kasalliklari kabi surunkali kasalliklarga chalingan immunitet tanqisligi boʻlgan odamlarda yaʼni, keksa yoshdagi odamlarga xos ekanligi maʼlum boʻlsa-da, homilador ayollar ham shu immunitet tanqisligi boʻlgan odamlar guruhiga kiradi. Homilador ayollarda COVID-19ning ogʻir kechishiga mutloq xavf juda oz boʻlsa-da, kasallik simptomlarini oʻz vaqtida aniqlash va zudlik bilan tegishli terapiyani boshlash kerak. COVID-19 bilan kasallangan ayollarning aksariyati bir necha kundan keyin oʻtib ketadigan engil aʼlomatlarga duch kelishadi. Ammo oʻzini yomon his qilishi ham mumkin. COVID-19 kasalligidan onalar oʻlmasligi kerak, ammo onalar oʻlimi 18-25% uchraydi. Onalar oʻlimi homilador ayolda surunkali kasalliklar boʻlganda kasallik ogʻir kechishidan yuz beradi. Oʻlim sabablari nafas etishmasligi, sepsiss kabi asoratlardir. COVID-19 bilan kasallangan homiladorlarning 5% statsionar davosiga muhtoj boʻlgan va yotqizilib davolanagan. Homiladorlikni 24 haftasidan keyin barcha ayollar monitoring bilan nazorat qilingan. COVID-19 bilan kasallangan homiladorlarda 39% homilani muddatidan oldin tugʻilishi, 2% homilani oʻz-oʻzidan tushib qolishi, respirator distress sindrom, fetal distress sindrom, koagulopatiya kabi asoratlarni ham uchragan (1,2,5).

COVID-19ni boshdan kechirgan homiladorlarning yangi tugʻilgan har toʻrtinchi chaqaloqlari neonatologiya boʻlimiga yotqizilgan. Hozirgi vaqtda virus homila rivojlanishiga taʼsir qilishi ehtimoldan yiroq emas. Hozirda virusning teratogen ekanligi toʻgʻrisida ham hech qanday dalillar yoʻq. COVID-19ni onadan homilaga vertikal yuqish yoʻli hozirda koʻrib chiqilmoqda (3,6).

Bugungi kunda COVID-19ni homila ichi infeksiyasi kabi kechishi haqida maʼlumotlar yoʻq. COVID-19ni onadan homilaga vertikal oʻtishi isbotlanmagan. CHunki homila amniotik suyuqligidan, kindik qonidan, ona sutidan va chaqaloq burun halqumidan olingan surtmalarda COVID-19 virusi antigeni topilmagan. Adabiyot maʼlumotlariga koʻra 55 nafar yangi koronavirus COVID-19 virusi bilan kasallaengan homiladorlardan 46 nafari tuqqanda, ularning chaqaloqlarida virusni vertikal oʻtganlik belgilari aniqlanmagan. Xitoyda Sogʻliqni saqlash milliy komissiyasi COVID-19 bilan kasallangan homiladorlardan tugʻilgan chaqaloqlarni 14 kun alohida xonalarda nazorat qilishni tavsiya qiladi. Tuqqan ayol toʻliq COVID-19 dan tuzalgandan keyin ham laborator tekshirishlar qayta oʻtkazilib natija maʼnfiy chiqqandan soʻng, tuzalgan deb tasdiqlangan. Ayol toʻliq tuzalgandan keyin chaqaloq onasiga emizishga berilgan (2,5).

Bolalarda COVID-19 koʻpincha pnevmoniya koʻrinishida kechadi. 2143 nafar OʻRVI bilan kasallangan bolalar tekshirilganda ularning faqatgina 5,9% infeksiya aniqlangan. Ayniqsa yoshi qancha kichik boʻlsa ular koʻproq uchragan. Qolgan bolalarda xuddi kattalardagi kabi boshqa turdagi viruslar topilgan. COVID-19 bolalarda klinikasi nomaxsus xuddi OʻRVI klinikasi kabi kechadi: qisqa davom etuvchi lixoradka, burun orqali nafas olish qiyinligi, tomoqda ogʻriq, holsizlik, bosh ogʻrigʻi. Kattalardan farqi bolalarda 57% gastrointestinal simptomlar bilan kechadi-qorinda ogʻriq, koʻngil aynish, qusish, diareya. Baʼzan konʼyunktivit, sudorgi, bronxoobstruktiv sindromlar ham uchraydi. COVID-19 bolalar orasida 15% simptomsiz kechadi, 20% OʻRVI klinikasi kabi, yuqori nafas yoʻllarini yalligʻlanishi bilan kechadi. Bu bolalarning 65% da pnevmoniya rivojlanadi, baʼzan pnevmoniyani faqat rentgenologik bilib qolish mumkin (1,2,4,6).

Bugungi kunda yangi koronavirus COVID-19 virusini homilalarda kechishi, perinatal oqibatlarini oʻrganish, onalar oʻlimini va perinatal kasallanish va oʻlimni kamaytiradi. SHu maqsadda ilmiy izlanishlarni olib borish bugungi kun tibbiyotni akusherlik – ginkologiya, perinatologiya, pediatriya va boshqa sohalarining ham oʻrganishi kerak boʻlgan muammosidir.

Tadqiqotning maqsad va vazifalari, yangi koronavirus infeksiyasi COVID-19 boshdan kechirgan homiladorlarda gestatsiya va tugʻruq oqibatlarini hamda perinatal kasallanishlarni oʻrganish.

Materiallar va tekshirish usullari. Samarqand viloyat koʻp tarmoqli bolalar shifoxonasiga 2020 yil dekabr va 2021 yil yanvar oylarida qabul qilingan kasal chaqaloqlar orasida anamnezidan onalari yangi koronavirus COVID-19 bilan kasallangan ayollarning 25 – nafar chaqaloqlari prospektiv tahlil qilindi. Ushbu 25 nafar chaqaloqlar 1-asosiy guruh (1-AG) deb belgilindi. Anamnezidan onalari yangi koronavirus COVID-19 bilan kasallanmagan ayollarning 20 – nafar chaqaloqlari 2-nazorat guruhi (2-NG) deb belgilab olindi. Jami tadqiqot uchun n=45 nafar chaqaloqlar olindi.

Tekshirish natijalari, 1-AG dagi ayollarning 19 nafari qishloq aholisi (76%), 6 nafari shahar aholisi (24%). Ularning oʻrtacha yoshi 23,5±2,7 ni tashkil qildi. Kasbi buyicha 22 nafari uy bekalari (88%), 3 nafari ishchi (12%). Qarindoshlik darajasi 2 nafarida mavjud (8%). 2-NG dagi ayollarning 12 nafari qishloq aholisi (60%), 8 nafari shahar aholisi (40%). Ularning oʻrtacha yoshi 22,5±2,9 ni tashkil qildi. Kasbi buyicha 18 nafari uy bekalari (90%), 2 nafari ishchi (10%). Qarindoshlik darajasi 1 nafarida mavjud (5%).

Anamnezidan 1-AG dagi ayollar homiladorlik vaqtida toksikoz engil darajasi, homila tushish xavfi, anemiya oʻrta ogʻir darajasi, pielonefrit, gripp va COVID-19 bilan kasallangan, davolanmagan. 2-NG dagi ayollar ham homiladorlik vaqtida toksikoz engil darajasi, homila tushish xavfi, anemiya oʻrta ogʻir darajasi, pielonefrit va gripp bilan kasallangan, davolanmagan. Ammo yangi koronavirus COVID-19 bilan kasallanmagan.

1-AG da tugʻruqlar vaqtida muddatida boʻlib oʻtgan-22 nafari (88%) va 3 nafari muddatidan oldin tugʻilgan (12%). ASHB buyicha 6-7 balga 3 nafari (12%), 7-7 balga 18 nafari (72%), 5-6 balga 2 nafari (8%) va 3-4 balga 2 nafari (8%) tugʻilgan. 21 nafarida qogʻonoq suvlari toza boʻlgan (84%), 4 nafarida qogʻonoq suvlari mekoniyal ekanligi kuzatilgan (16%). 2-NG da barcha ayollar muddatida tuqqan-20 nafar (100%). ASHB buyicha 2 nafari (10%) 6-7 balga baholangan va 15 nafari (75%) 7-7 balga qolgan 3 nafari (15%) 7-8 bal bilan baholangan. 14 nafarida (70%) qogʻonoq suvlari toza boʻlgan, 6 nafarida (30%) qogʻonoq suvlari mekoniyal ekanligi kuzatilgan.

SHunday qilib 1-AG da chaqaloqlarning ogʻir tugʻilishi onaning yangi koronavirus COVID-19 bilan kasallanganligiga bogʻliq deyish mumkin. 2-NG da qogʻonoq suvlari mekoniyal boʻlganda chaqaloqlarni ogʻir tugʻilmaganligi sababli, ularni bir biriga teskari proporsional deb baholandi.

CHaqaloqlardagi klinik simptomlar: 1-AGda, 21 nafarida (84%) nafas soni oʻrtacha 49-54 marta minutiga taxipnoe kuzatildi. Emish sust-20 nafarida (80%), nafas etishmaslik 18 nafarida (72%), sianoz 18 nafarida (72%) va 18 nafarida (72%) auskultatsiyasida oʻpkalarda susaygan nafas eshitiladi. Tana xaroratining koʻtarilishi 16 nafarida (64%), qorin dam boʻlishi 14 nafarida (56%), bezovtalik va qoʻzgʻaluvchan 9 nafarida (36%), mushaklar tonusi oshgan 9 nafarida (36%), 2 nafari (8%) emolmaydi, 2 nafarida (8%) ich ketish, koʻngil aynish, qusish, 1 nafarida (4%) mushaklar tonusi pasaygan, 1 nafarida (4%) gipotermiya alomatlari boʻldi. 2-NGda, qorin dam boʻlishi 10 nafarida (50%), bezovtalik va qoʻzgʻaluvchan 7 nafarida (35%), mushaklar tonusi oshgan 7 nafarida (35%), tana xaroratining koʻtarilishi 6 nafarida (30%), nafas olish tezdashgan 6 nafarida (30%) ularda nafas soni oʻrtacha 49-54 marta boʻldi minutiga. 3 nafarida (15%) ich ketish, koʻngil aynish, qusish, 2-nafarida (10%) emish sustligi kabi klinik simptomlar kuzatildi.

SHunday qilib 1-AG da, chaqaloqlarni shikoyati, emish sustligi va emolmaslik 22 (88%), nafas etishmasligi 18 (72%), tana xaroratining oshishi 16 (64%), qorin dam boʻlishi 14 (56%), bezovtalik va qoʻzgʻaluvchanlik 9 nafarida (36%) boʻldi. 2-NG da, shikoyati qorin dam boʻlishi 10 (50%), bezovtalik va qoʻzgʻaluvchanlik 7 (35%), nafas etishmasligi hamda tana xaroratining oshishi 6 nafardan (30%) uchradi.

Tekshirish natijalari: 1-AG da, qon guruhi 12 nafari (48%) A (II) Rh+, 8 nafari (32%) V (III) Rh+ qolgan 3 nafari (12%) O (I) Rh+ va 2 nafari (8%) AV (IV) Rh+ bilan tug'ildi. Umumiy qonda, gemoglobin 84-92 g/l oralig'ida anemiya o'rtta og'ir darajasi bilan tug'ildi 24 nafarida (96%). 1 nafari (4%) anemiya og'ir darajasi bilan dunyoga kelgan. Umumiy qon tahlilida leykotsitoz, tayoqcha yadroli leykotsitlar paralel oshgan, segment yadroli leykotsitlar meyorida bo'lib chiqdi, 13 nafardan (52%). 7 nafarida (28%) monotsitlar kamaygan. ECHT oshgan 13-25 mm/soatiga 20 nafarida (80%) va 5 nafarida (20%) ECHT meyorida bo'ldi. 17 nafarida (68%) kalsiy miqdori qonda 1,76-1,9 oralig'ida bo'ldi –sezilarli darajada kamaygan. 1 nafarida (4%) limfotsitoz 45 (19-37) va 2 nafarida (8%) giperblyubinemiya aniqlandi. 1-AG da, o'pkalar rentgenografiyasida-bronxopnevmoniya ko'rinishi 20 nafarida (80%) va neyrosonografiyada–ventrikulodilitatsiya 4 nafarida (16%) aniqlandi. SHundan 2 nafarida (8%) neyrosonografiyada–ventrikulodilitatsiya bilan o'pkalar rentgenografiyasida- bronxopnevmoniya ko'rinishi birga uchradi. 2-NG da, o'pkalar rentgenografiyasida-bronxopnevmoniya ko'rinishi 3 nafarida (15%) va neyrosonografiyada–ventrikulodilitatsiya 2 nafarida (10%) aniqlandi.

1 nafar muddatidan oldingi tug'ruqda chaqaloq asfeksiyaning og'ir darajasi bilan tug'ildi. Qon taxlillarida; umumiy oqsil 58,0 g/l (<3 yosh 46-70 g/l) bo'ldi. Bilirubin 90,3 mkmol/l (3,4-20,5), erkin bilirubin oshib ketgan 83 mkmol/l (1,7-17,1), bog'langan bilirubin 3,3 mkmol/l normal (0,86-5,3). Umumiy qonda gemoglobin 80 g/l. Leykotsitlar 6,4 x10⁹/l normada. Monotsitlar 2% kamaygan. SOE 2 mm/soat normada. Tashxisi: Tug'ma zotiljam. Nafas etishmaslik o'rtta og'ir darajasi. CHalalik 31 xafta. Homila ichi infeksiyasi. Markaziy nerv tizimi perenatal zararlanishi. COVID-19. Morfofunktsional etilmaslik. Kam vazinli chaqaloq (1700,0/39 sm). 2-NG da tekshirish natijalari: qon guruhi 9 nafari (45%) A (II) Rh+, 5 nafari (25%) V (III) Rh+ qolgan 4 nafari (16%) O (I) Rh+ va 2 nafari (10%) AV (IV) Rh+ bilan tug'ildi. Umumiy qonda, gemoglobin 88-92 g/l anemiya o'rtta og'ir darajasi bilan 18 nafari (90%) tug'ildi. NG da 8 nafari (40%) chaqaloqlarda umumiy qon tahlilida leykotsitoz, tayoqcha yadroli leykotsitlar paralel oshgan, segment yadroli leykotsitlar meyorida bo'lib chiqdi. 9 nafarida (45%) ECHT oshgan 11-17 mm/soatiga va qolgan 11 nafarida (55%) ECHT meyorida bo'ldi. 7 nafarida (35%) kalsiy miqdori qonda 1,63-1,9 kam chiqdi.

SHunday qilib, 1-AG va 2-NG larida, umumiy qon tahlilida leykotsitoz, tayoqcha yadroli leykotsitlar paralel oshgan, ECHT oshgan, kalsiy miqdori qonda kamayishi kuzatildi. Faqat 1-AG da, 7 nafa (28%) chaqaloqlarda monotsitlar kamayishi, 1 nafarida (4%) limfotsitoz 45 va 2 nafarida (8%) giperblyubinemiya aniqlandi.

Tashxislari: 1-AG da:

1. Miya ishemiyasi o'rtta og'ir darajasi qo'zg'alish fazasi. Vegetativ-visseral sindrom. Homila ichi infeksiyasi 4 nafarida (16%).
2. Markaziy asab tizimini perinatal shikastlanishi. Noinfeksion diariya 2 nafarida (8%).
3. Homila ichi infeksiyasi. Giperblyubinemiya og'ir darajasi. Gemolitik ensefalopatiya so'nish sindromi 2 nafarida (8%).
4. Pnevmoniya. CHap oyoq son suyagi epifizar osteomieliti 1 nafarida (4%).
5. Pnevmoniya. O'tkir nafas etishmovchiligi og'ir darajasi 2 nafarida (8%).
6. Neonatal nogospital pnevmoniya o'tkir kechishi, og'ir shakli. Nafas etishmasligi og'ir darajasi 16 (64%).
7. Tug'ruq jarayoniga aloqador bosh miya jaroxati. Serebral ishemiya ikkinchi darajasi qo'zg'alish fazasi. Homila ichi infeksiyasi 1 nafarida (4%).
8. Tug'ruq travmasi o'ng elka suyagi o'rtta uchligidan sinib siljishi. kefalogematoma. asfeksiya engil darajasi. Miya ishemiyasi. Miya ichiga qon quyulish. Yirik homila 1 nafarida (4%).
9. Tug'ma zotiljam. Nafas etishmaslik o'rtta og'ir darajasi. chalalik 31 xafta. Homila ichi infeksiyasi. Markaziy nerv tizimi perenatal zararlanishi. COVID-19. Morfofunktsional etilmaslik. Kam vazinli chaqaloq (1700,0/39 sm) 1 nafarida (4%).

10. Homila ichi infeksiyasi. Markaziy nerv tizimi perenatal zararlanishi. CHalalik. Morfofunktsional etilmaslik. Kam vazinli chaqaloq 2 nafarida (8%).

Tashxislari: 2 NG da:

1. Miya ishemiyasi o'rtta og'ir darajasi qo'zg'alish fazasi. Homila ichi infeksiyasi 4 nafarida (20%).
2. Markaziy asab tizimini perinatal shikastlanishi. Noinfeksion diariya 4 nafarida (20%).
3. Neonatal nogospital pnevmoniya o'tkir kechishi 2 nafarida (10%).
4. Neonatal nogospital pnevmoniya o'tkir kechishi, og'ir shakli. Nafas etishmasligi og'ir darajasi 4 nafarida (20%).
5. Tug'ruq jarayoniga aloqador bosh miya jaroxati. Serebral ishemiya ikkinchi darajasi qo'zg'alish fazasi. Homila ichi infeksiyasi-1(5%) nafarida.
6. Homila ichi infeksiyasi. Markaziy nerv tizimi perenatal zararlanishi 1 nafarida (5%).
7. Markaziy nerv tizimi perenatal zararlanishi. Nospetsifik funksional ichak buzilishi 4 nafarida (20%).

SHunday qilib, perinatal kasallanish 1-AG da, neonatal nogospital pnevmoniya o'tkir kechishi, og'ir shakli 20 nafarida (80%), nafas etishmasligi og'ir darajasi 18 nafarida (72%), markaziy asab tizimini perinatal shikastlanishi 10 nafarida (40%), homila ichi infeksiyasi 10 nafarida (40%), vegetativ-visseral sindrom 4 nafarida (16%), giperblyubinemiya og'ir darajasi, gemolitik ensefalopatiya so'nish sindromi, noinfeksion diariya 2 nafardan (8%), nafas etishmaslik o'rtta og'ir darajasi, asfeksiya engil darajasi, tug'ruq jarayoniga aloqador bosh miya jaroxati, kefalogematoma, chap oyoq son suyagi epifizar osteomieliti, tug'ruq travmasi o'ng elka suyagi o'rtta uchligidan sinib siljishi, morfofunktsional etilmaslik, kam vazinli chaqaloq 1nafardan (4%) uchradi. Perinatal kasallanish 2-NG da, markaziy asab tizimini perinatal shikastlanishi 14 nafarida (70%), neonatal nogospital pnevmoniya o'tkir kechishi, og'ir shakli, homila ichi infeksiyasi 6 nafardan (30%), nafas etishmasligi og'ir darajasi, noinfeksion diariya, nospetsifik funksional ichak buzilishi 4 nafardan (20%) aniqlandi.

Xulosalar.

1. YAngi koronavirus COVID-19 bilan kasallangan homiladorlarda gestatsiyaning klinik xususiyatlari: 1-AG da chaqaloqlarning og'ir tug'ilishi onaning yangi koronavirus COVID-19 bilan kasalanganligiga bog'liq deyish mumkin. 2-NG da qog'onoq suvlari mekoniyal bo'lganda chaqaloqlarni og'ir tug'ilmaganligi sababli, ularni bir biriga teskari proporsional deb baholandi.
2. CHaqaloqlardagi simptomlar: 1-AG da, emish sustiligi va emalmaslik 22 nafarida (88%), nafas etishmasligi 18 nafarida (72%), tana xaroratining oshishi 16 nafarida (64%), qorin dam bo'lishi 14 nafarida (56%), bezovtalik va qo'zg'aluvchanlik 9 nafarida (36%) bo'ldi. 2-NG da, shikoyati qorin dam bo'lishi 10 nafarida (50%), bezovtalik va qo'zg'aluvchanlik 7 nafarida (35%), nafas etishmasligi hamda tana xaroratining oshishi 6 nafardan (30%) uchradi.
3. Laborator tekshinish natijalari interpretatsiyasi: 1-AG va 2 NG larida, umumiy qon tahlilida leykotsitoz, tayoqcha yadroli leykotsitlar paralel oshgan, ECHT oshgan, kalsiy miqdori qonda kamayishi kuzatildi. Faqat 1-AG da, 7 nafa (28%) chaqaloqlarda monotsitlar kamayishi, 2 nafarida (8%) giperblyubinemiya va 1 nafarida (4%) limfotsitoz aniqlandi.
4. Perinatal kasallanish: 1-AG da, birinchi navbatda pnevmoniya 18 nafarida (72%), ikkinchi markaziy asab tizimini perinatal shikastlanishi va homila ichi infeksiyasi 10 nafardan (40%), uchinchi vegetativ-visseral sindrom 4 nafarida (16%) va keyingi o'rnlarni giperblyubinemiya og'ir darajasi, gemolitik ensefalopatiya so'nish sindromi 2 nafardan (8%), nafas etishmaslik o'rtta og'ir darajasi, asfeksiya engil darajasi, tug'ruq jarayoniga aloqador bosh miya jaroxati, kefalogematoma, chap oyoq son suyagi epifizar osteomieliti, tug'ruq travmasi o'ng elka suyagi o'rtta uchligidan sinib siljishi, morfofunktsional etilmaslik, kam vazin bilan tug'ilish 1 nafardan (4%) o'rin egalladi. 2-NG da, birinchi markaziy asab tizimini perinatal shikastlanishi 14 nafarida (70%), ikkinchi

neonatal nospital pnevmoniya va homila ichi infeksiyasi 6 nafardan (30%), uchinchi noinfekcion diariya, nospetsifik

funksional ichak buzilishlar 4 nafardan (20%) tashkil qildi.

Ishlatilgan adabiyotlar

1. Львов Д.К., Колобухин Л.В., Дерябин П.Г. Коронавирусная инфекция. Тяжелый острый респираторный синдром. // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2015. №4. С. 36-38.
2. Митьковсин Н.П., Карпов И.А., Арутюнов Р.П. Коронавирусная инфекция Covid-19 (Обзор международных научных данных). // Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риск. 2020. Том 4. №1. ст. 784-815.
3. Перепелица С.А., Голубев А.М., Мороз В.В. Дыхательная недостаточность у недоношенных детей, рожденных от многоплодной беременности. // Общая реаниматология. 2010. №4. С. 18-24.
4. Петров Ю.А., Шаталов А.Е., Купина А.Д. Новая коронавирусная инфекция и беременность (обзор литературы)//Клиническая медицина Вестник СурГУ. Медицина.№2 (44). 2020. ст. 8-12.
5. Раева Р.М., Кегенбекова А.С., Кокумбекова Ш.Б., Сулейменова А.Б. и др. Акушерские и перинатальные исходы при острых вирусных инфекциях. // Вестник Казах. национал. Мед. ун-та. 2013. №4 (1). С. 1-2.
6. Чернобровкина Т.Я., Янковская Я.Д., Бурива С.В. Новая коронавирусная инфекция (Covid-19): клинко-эпидемиологические аспекты «Архив внутренней медицины». 2020. №2. С. 87-92.




УДК: 618.2/7-005.1

Агабабян Лариса Рубеновна,
Доцент кафедры Акушерства и гинекологии
ФПДО СамМИ, Узбекистан, Самарканд
Азимова Шахноза Тальатовна
Резидент магистратуры кафедры
Акушерства и гинекологии ФПДО СамМИ,
Узбекистан, Самарканд

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ТРУДАХ АКАДЕМИКА И.З. ЗАКИРОВА

For citation: Agababyan Larisa Rubenovna, Azimova Shaxnoza Talatovna, Obstetric bleeding as the leading cause of maternal mortality in the works of academician I. Z. Zakirov. Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 46-48

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-11>

Аннотация. Изучение трудов академика Закирова И.З. указало на важность проблемы акушерских кровотечений, требующих от врача своевременного установления факторов риска кровотечения у беременных и рожениц, систематического диспансерного наблюдения за ними, выявления женщин с угрозой кровотечения и проведения соответствующих лечебно-профилактических мероприятий с целью предотвращения массивных кровотечений.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, труды академика Закирова И.З.

Agababyan Larisa Rubenovna
SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya
kafedrası dotsenti, Uzbekiston, Samarkand
Azimova Shakhnoza Talatovna
SamMI DKTF Akusherlik va ginekologiya
Kafedrası magistratura rezidenti, Uzbekiston, Samarkand

АКАДЕМИК И. З. ЗАКИРОВНИНГ АСАРЛАРИДА ОНАЛАР О'ЛИМИНИНГ АСОСИЙ САБАБИ СИФАТИДА АКУШЕРЛИК ҚОН КЕТИШИ

Аннотастия. Академик Закирова И. З. ning asarlarini o'rganish akusherlik qon ketishi muammosining muhimligini ko'rsatib, homilador va homilador ayollarda qon ketish xavfi omillarini o'z vaqtida belgilashni, ularni muntazam ravishda dispenser kuzatishni, qon ketish xavfi mavjud ayollarni aniqlashni va katta qon ketishining oldini olish maqsadida tegishli davolash-profilaktika tadbirlarini o'tkazishni muvofiqlashtirish.

Калит со'злар: akusherlik qon ketishi, akademik I. Z. Zakirovning asarlari.

Agababyan Larisa Rubenovna
Associate Professor of the Department
of obstetrics and gynecology,
faculty of postgraduate education
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan
Azimova Shakhnoza Talatovna
Resident of the Master's of the Department
of obstetrics and gynecology,
faculty of postgraduate education
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan

OBSTETRIC BLEEDING AS THE LEADING CAUSE OF MATERNAL MORTALITY IN THE WORKS OF ACADEMICIAN I. Z. ZAKIROV

Annotation. The study of the works of Academician Zakirov I. Z. pointed to the importance of the problem of obstetric bleeding, requiring the doctor to timely establish the risk factors for bleeding in pregnant women and women in labor, systematic dispensary monitoring of them, identifying women with the threat of bleeding and conducting appropriate therapeutic and preventive measures to prevent massive bleeding.

Key words: obstetric bleeding, works of academician Zakirov I. Z.

Введение. Среди различных акушерских осложнений, возникающих в родах и раннем послеродовом периоде, кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест. Ежегодно в мире около 140 тыс. женщин умирает от послеродовых кровотечений – одна женщина каждые 4 мин [1, 5]. Принято различать кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде были и остаются наиболее частой и грозной акушерской патологией, приводящей к гибели матерей. В структуре материнской смертности в Самаркандской области акушерские кровотечения стоят на первом месте и составляют 34,3% [5]. Так, наиболее часто кровотечения с летальным исходом возникают на фоне гестозов (58%) и экстрагенитальной патологии (59%), при сочетании с гестозом тяжелые гипотонические кровотечения являются причиной смерти у 36% родильниц, а при сочетании гестоза и соматической патологии – у 49% (И.З.Закиров).

Цель исследования: изучение акушерских кровотечений как ведущей причины материнской смертности в трудах академика И.З. Закирова.

Материал и методы исследования. Труды академика И.З. Закирова.

Результаты исследования. Изучение трудов академика И.З. Закирова показало, что смертность от акушерских кровотечений всегда была и остается одним из грозных жизни угрожающих состояний, требующих неотложных мероприятий. В настоящее время акушерские кровотечения также имеют тенденцию к росту и обусловлены недостаточным выявлением и лечением беременных с отягощенным акушерским анамнезом, с заболеваниями внутренних органов, анемией, патологией сердца и сосудов, с осложненным течением беременности, с недостаточным учетом исходов беременности и родов у женщин, имеющих в анамнезе много родов и аборт.

Ведущее место в структуре акушерских кровотечений приходится патологии плаценты. Изучению системы гемостаза у беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и предлежанием плаценты оказано важное практическое значение. Полученные авторами результаты показали, что изменения в системе гемостаза зависят от причины и степени отслойки и предлежания плаценты, от срока беременности и давности кровотечения и нуждаются в своевременной коррекции, с одновременным лечением патологии плаценты в условиях стационара. Показатели гемостаза были изучены у 44 беременных женщин, из них у 19 было предлежание плаценты, у 10 – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Изучение показателей прокоагулянтного и тромбоцитарного звена гемостаза у 97 женщин с «чистыми» и у 43 женщин с «сочетанными» с анемией поздними токсикозами беременных выявило, что у беременных с водянкой и нефропатией легкой степени без анемии преобладает активация тромбоцитарного звена гемостаза до 10%, а у больных с водянкой на фоне анемии – до 20%. Это выражалось в снижении количества тромбоцитов и повышении их агрегационной способности по сравнению с контрольной группой здоровых беременных женщин. При нефропатии средней и тяжелой степени отмечена одновременная активация прокоагулянтного и тромбоцитарного звена гемостаза до 50-60%. Результаты исследования свидетельствовали о наличии хронической формы синдрома ДВС у больных с поздними токсикозами без анемии. У больных с тяжелыми формами позднего токсикоза наблюдалось нарастающее падение уровня антитромбина III (0,15 г/л), тогда как при наличии анемии выявлено умеренное снижение. На основании проведенных исследований системы гемостаза у женщин с поздними токсикозами без анемии и с анемией беременных считается

целесообразным назначение гепарина в комплексном лечении беременных с поздними токсикозами без сочетания их с анемией.

Частота патологических кровотечений также зависит от несвоевременной диагностики, нередко от нерациональной тактики ведения родов и раннего послеродового периода, особенно при слабости родовых сил, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и ее предлежания, от неправильного ведения послеродового периода, запоздалой диагностики коагулопатического синдрома и др.

Наиболее часто (15-20%) патологические кровотечения возникают в послеродовом и раннем послеродовом периодах [2]. Процент массивных кровопотерь (более 1000 мл) составляет 6-10 от общего числа случаев кровотечений. При этом объем кровопотери обычно превышает адаптационные возможности организма и является причиной тяжелых гемодинамических расстройств и даже смертельных исходов.

Течение беременности, родов, сократительная деятельность матки во многом зависят от функции фетоплацентарной системы. Гормоны плаценты и плода, поступаая в ток материнской крови, оказывают большое влияние на сократительную функцию матки.

В возникновении патологических кровотечений у беременных, рожениц и родильниц, наряду с другими факторами, большое значение придается гормональным расстройствам и нарушению обмена веществ в миометрии. Эти расстройства особенно выражены при осложнениях беременности и родов, при наличии у беременных заболеваний внутренних органов, что говорит о необходимости своевременной коррекции нарушений гормональных, нервно-гуморальных и обменных процессов.

В трудах указано на то, что при коррекции нарушенного обмена веществ в организме беременных особое внимание следует обратить на питание. Полноценное белковое питание – профилактика целого ряда осложнений беременности и родов, в том числе и кровотечений. Неполноценное питание может привести к гипопроотеинемии, к поздним токсикозом беременных и патологической кровопотере в родах. Белки животного происхождения (молоко, яйца, мясо, рыба), содержащие незаменимые аминокислоты, должны включать в пищевой рацион из расчета 1,5 г на 1 кг веса беременной, т. е. около 90-130 г в сутки. В питании беременных с угрозой кровотечения предпочтительно следует отдать говядине и печени, которые богаты витамином В₁₂ и железом. Важно рациональное питание беременных, исключая избыточное потребление углеводов и жиров. Пища должна быть обогащена витаминами В₁, В₆, В₁₂, С, К, что стимулирует накопление сократительного белка в мышце матки.

Беременным «группы повышенного риска» рекомендуется раз в триместр по 15 дней назначать по показаниям комплекс профилактических мероприятий, включающий лечебную физкультуру, целенаправленную психосоматическую подготовку, кварцевое облучение тела (через день по 1,5-2 мин), оксигенотерапию, комплекс витаминов с 12-недельного срока беременности на протяжении 10 дней. Беременных, которые не проходили указанной подготовки, но имеют угрозу кровотечения, следует госпитализировать за 10-15 дней до родов.

Во время беременности и родов нередко отмечаются кровотечения при нарушении свертывающей и антисвертывающей системы крови – гипо- и афибриногемии, острого фибринолиза, гепаринемии. Причинами возникновения нарушений свертываемости крови, связанных непосредственно с беременностью, являются поздние токсикозы беременных, мертвый плод, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эмболия околоплодными водами. Эти патологические состояния проявляются гипопроотеинемией на

фоне нарушения функции печени, в которой происходит синтез значительной части белка.

Лечебно-профилактическая подготовка к родам женщин с угрозой кровотечения должна начинаться в ранние сроки беременности. При этом лечебные мероприятия необходимо проводить под контролем биохимических исследований, с учетом состояния внутриутробного плода; они должны включать полноценную диету, кислородно- витаминную смесь и физио- и психопрофилактическую подготовку к родам.

У рожениц при артериальной гипертонии нередко наблюдаются такие осложнения родов как слабость родовых сил, несвоевременное отхождение околоплодных вод преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечения в послеродовом периоде и раннем послеродовом периоде, асфиксия плода, повышается частота перинатальной смертности. Это связано с нарушением маточно-плацентарого и мозгового кровообращения [3].

Как отмечает А.П.Николаев [7, 8] для рожениц с исходным кровяным давлением 120/80 повышение его уровня на 20-25%, должно расцениваться как сигнал наступления патологического состояния сосудистой системы. На фоне гипертонического синдрома чаще возникает преждевременная отслойка плаценты, которая является наиболее грозным осложнением беременности и родов. По данным И.З. Закирова [4] из 169 больных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты у 69 (40,8%) причиной заболевания был поздний токсикоз беременных с гипертонией.

Вот почему роды как сложный биологический процесс, требуют особенного внимания врача акушера-гинеколога при наличии у роженицы гипертонического синдрома.

У 57,9% женщин отслойка наступила в первом периоде родов, у 12% - во втором периоде и у 30,1% - во время беременности до начала родов. Наиболее тяжелые формы заболевания

наблюдались тогда, когда отслойка плаценты наступала до родов или в начале первого периода родов. Так, более тяжелая форма отслойки типа маточно-плацентарной апоплексии была у 14,2% больных и у 50,3% женщин имело место полная или почти полная отслойка.

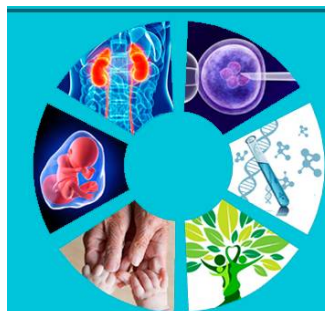
Однако основным методом родоразрешения при преждевременных отслойках нормально расположенной плаценты должна является операция кесарево сечение, по показаниям допустима ампутация матки, что предотвращает неблагоприятные исходы для матери (атония матки, коагулопатический синдром и др.). Такая тактика введения родов особенно важна у многорожавших женщин, у которых частота разбираемого осложнения родов по данным по Р.И. Степанянц (1980) доходит до 4,6%. На большую частоту преждевременной отслойки плаценты с неблагоприятным исходом, указывают А.С. Мордухович и Ф.И. Резник [6] и др. на гипертонивный синдром на фоне неподдающихся медикаментозных терапии тяжелых форм поздних токсикозов и гипертонической болезни, у пожилых первородящих, при наличии у больных дополнительных неблагоприятных факторов.

При возникновении кровотечений врачу для ее остановки следует использовать все известные в акушерстве мероприятия. Операции должны быть проводиться по акушерским показаниям и у больных с высоким уровнем артериального давления, нарушением мозгового кровообращения и других угрожающих жизни и здоровью женщины состояниях.

Выводы. Изучение трудов академика Закирова И.З. свидетельствует о важности проблемы акушерских кровотечений, требующих от врача своевременного установления факторов риска кровотечения беременных и рожениц, систематического наблюдения за ними, выявления женщин с угрозой кровотечения и проведения соответствующих лечебно-профилактических мероприятий с целью предотвращению массивных кровотечений.

Литература:

1. Агабабян Л.Р., Азимова Ш.Т. Причины акушерских кровотечений: анализ трудов академика И.З. Закирова. «Problems of Biology and Medicine». Проблемы биологии и медицины «Здоровье женщины – здоровье нации». Сб. материалов международной научно-практической конференции, посвященной 95-летию академика Закирова И.З. Самарканд, 21 января 2021. №1.1 (126), с. 404-405.
2. Бакшеев Н.С. – «Маточные кровотечения в акушерстве». Киев, 1970.
3. Вихляева Е.М. – «Волемические нарушения в акушерско-гинекологической клинике и их коррекция». М., 1977.
4. Закиров И.З., Меметова У.Э. – «Вопросы клиники и лечения преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты». Акушерство и гинекология. 1969, № 9, с. 50-54.
5. Закирова Н. И., Худоярова Д.Р. Ахтамова О.Ф. Акушерские кровотечения - ведущая причина смерти матерей. «Problems of Biology and Medicine». Проблемы биологии и медицины «Здоровье женщины – здоровье нации». Сб. материалов международной научно-практической конференции, посвященной 95-летию академика Закирова И.З. Самарканд, 21 января 2021. №1.1 (126), с. 99-101.
6. Мордухович А.С. «Клинические и иммуноморфологические данные при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты». Акушерство и гинекология. 1974, № 7, с. 34-36.
7. Николаев А.Н. «Практическое акушерство». Киев, 1970.
8. Николаев А.П. «Роды». БМЭ издательство 2, М., 1962, с. 846-868.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК.616.62-001.5-072.1-089

Аллазов Салах Аллазович
Самаркандский Государственный Медицинский
Институт, Кафедра урологии, профессор
Самарканд, Узбекистан
Камалов Нодир Аловаддинович
Магистр курса урологии
Самаркандского государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан

УШИВАНИЕ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

For citation: Allazov Salakh Allazovich, Kamalov Nodir Alovaddinovich, Suturing of intraperitoneal bladder rupture, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 49-53



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-12>

АННОТАЦИЯ

Увеличение числа дорожно-транспортных происшествий привело к увеличению частоты и тяжести закрытых травм мочевого пузыря. Вплоть до настоящего времени вопросы диагностики и лечения этой травмы, особенно при внутрибрюшинных повреждениях мочевого пузыря разработаны недостаточно. Внедрение современной технологии (видеолaparоскопии) позволило по-новому взглянуть на эту проблему. Необходимо изучить возможности этого метода в диагностике внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря. В статье представлены сравнительные данные традиционного открытого (42 пациента) и малоинвазивного лапароскопического хирургического лечения (22 пациента) внутрибрюшинных повреждений мочевого пузыря. Проанализированы преимущества и недостатки каждого из них.

Ключевые слова: Мочевой пузырь, диагностика, лечение, лапароскопия, повреждение, внутрибрюшинно.

Allazov Salakh Allazovich
Professor of Department at Samarkand
State medical institute, Department of urology
Samarkand, Uzbekistan
Kamalov Nodir Alovaddinovich
Master's degree in urology
Samarkand State medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan

SUTURING OF INTRAPERITONEAL BLADDER RUPTURE

ANNOTATION

Increase of the number of traffic accidents led to an increase in the frequency and severity of closed injuries of the bladder. However, many issues of diagnosis and treatment for this injury, especially with intraperitoneal injuries of the bladder, not developed enough. The introduction of modern technology of video laparoscopy has allowed a new look at this problem. It is necessary to study the possibilities of this method in the diagnosis and treatment of intraperitoneal ruptures of the bladder. The article presents comparative data of traditional open surgery (42 patients) and minimally invasive laparoscopy treatment (22 patients) of intraperitoneal bladder injuries. The advantages and disadvantages of each of them are analyzed.

Key words: Bladder, diagnosis, treatment, laparoscopy, injuries, intraperitoneal.

Аллазов Салах Аллазович
Самаркандский Государственный Медицинский
Институт, Кафедра урологии, профессор
Самарканд, Узбекистан
Камалов Нодир Аловаддинович
Магистр курса урологии
Самаркандского государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан

УШИВАНИЕ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

АННОТАЦИЯ

Увеличение числа дорожно-транспортных происшествий привело к увеличению частоты и тяжести закрытых травм мочевого пузыря. Вплоть до настоящего времени вопросы диагностики и лечения этой травмы, особенно при внутрибрюшинных повреждениях мочевого пузыря разработаны недостаточно. Внедрение современной технологии (видеолапароскопии) позволило по-новому взглянуть на эту проблему. Необходимо изучить возможности этого метода в диагностике внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря. В статье представлены сравнительные данные традиционного открытого (42 пациента) и малоинвазивного лапароскопического хирургического лечения (22 пациента) внутрибрюшинных повреждений мочевого пузыря. Проанализированы преимущества и недостатки каждого из них.

Ключевые слова: Мочевой пузырь, диагностика, лечение, лапароскопия, повреждение, внутрибрюшинно.

Allazov Salah Allazovich

Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Urologiya kafedrası professori
Samarqand, O'zbekiston

Kamalov Nodir Alovaddinovich

Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti,
Urologiya kursi magistri
Samarqand, O'zbekiston

QOVUQNING QORIN ICHI JAROHATINI TIKISH

ANNOTASIYA

Hozirgi kungacha qovuqning qorin ichi shikastlarini tashxislash va davolash muammolari yetarlicha o'rganib chiqilmagan. Videolaparoskopiya zamonaviy texnologiyasining joriy etilishi ushbu muammoga yangicha qarashga imkon berdi. Qovuqning qorin ichi yoritilishini tashxislashda va davolashda ushbu usulning imkoniyatlarini o'rganish lozim. Maqolada qovuqning qorin parda ichi shikastlanishlarida ananaviy ochiq (42 bemor) va kaminvaziv laparoskopik jarrohlik davolashning (22 bemor) qiyosiy ma'lumotlari keltirilgan. Ushbu usullarning afzalliklari va kamchiliklarining tahlili o'tkazilgan.

Kalit so'zlar: Qovuq, diagnostika, davolash, laparoskopiya, jarohat, qorin ichi.

Актуальность. Вопросы диагностики и лечения закрытых травм мочевого пузыря, особенно при внутрибрюшинных повреждениях, изучены недостаточно [1,2,3]. В связи с тем, что до сих пор не существует точных методов диагностики внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря [5,8,11]. Ошибки при применении ретроградной цистографии, ультразвукового исследования и других традиционных методов (цистоскопия, проба Зельдовича, нисходящая цистография) достигает 13,7-44,8% [5,6,7,8,11]. Лапароскопия с успехом применяется сравнительно давно, но по мнению Давидова М.И. и соавтор (2016) [5] техническое несовершенство прежней аппаратуры снижало её информативность. Применение видеолaparоскопии значительно улучшило диагностику внутрибрюшинных повреждений.

Внутрибрюшинные разрывы мочевого пузыря до сих пор ушиваются открытым оперативным образом, но они сопровождаются высокой летальностью, (18-45%), у 18-57% больных развиваются различные осложнения, а средняя продолжительность госпитализации составляет 23-30 дней [10,12]. Ушивание разрыва мочевого пузыря во время видеолaparоскопии разработана недостаточно [13,14,15]. В научной литературе имеются единичные публикации об использовании данного метода [15,16,17]. Приводимые в зарубежной литературе наблюдения, техника видеолaparоскопического ушивания разрыва мочевого пузыря разноречивые, показания и противопоказания к этому методу не конкретные [5].

Цель. Определение эффективности применения видеолaparоскопии в диагностике и лечении ВБРМП по сравнению с традиционными хирургическими методами.

Материалы и методы. Были изучены данные исследования и результаты лечения 64 пациентов с ВБРМП, находившиеся на лечении в отделении экстренной урологии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП) и в отделении экстренной хирургии (урологии) РНЦЭМП за период с 2017 г. по апрель 2020 г. Возраст пострадавших составил 16-72 лет (в среднем 48,2±1,8 лет). Мужчин было 45 (70,0%) человека, женщин - 19 (30,0%). У всех пациентов разрыв мочевого пузыря был полным. Все пациенты были распределены на 2 группы.

42 пациентам, вошедшим в первую (контрольную) группу проведено традиционное хирургическое лечение (лапаротомия, ушивание участка повреждения) ВБРМП. Вторую (основную) группу составили 22 больных, которым было произведено малоинвазивное хирургическое лечение (лапароскопия, лапароскопическое ушивание дефекта стенки мочевого пузыря).

Результаты и обсуждение. При изучении механизма повреждения мочевого пузыря оказалось, что у 32 (50%) пациента повреждение возникло вследствие удара в область живота. 20 (31,3%) человек были в состоянии алкогольного опьянения. У 4 (6,2%) пациентов повреждение мочевого пузыря сочеталось с переломом костей таза. Повреждения мочевого пузыря зачастую были изолированными 38 (59,4%) пострадавших сочетанные повреждения носили следующий характер: у 26 (40,6%) пациентов с разрывом тонкой кишки (4), печени (3), селезенки (3), перелом костей таза (4). У 8 больных сочетанная травма возникла после удара в область живота, у 4 пациентов - вследствие ДТП.

По времени поступления в стационар лишь 13 (21,4%) поступили в стационар в первые 6 часов с момента повреждения, 21 (32,8%) - в сроки от 7 до 12 часов. При этом у 4 (6,2%) больных не отмечались явления перитонита, у 6 (9,4%) отмечены явления перитонита, 30 (47,0%) пациентов поступили в сроки более 12 часов с момента повреждения. У 56 (87,5%) больных имело место острая задержка мочеиспускания, у 8 (12,5%) пациентов отмечено самостоятельное мочеиспускание. При сборе анамнеза 10 (15,6%) пациентов отрицали факт травмы, что вызвало определенные диагностические трудности, учитывая наличие у 6 из них в анамнезе язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Состояние 24 (37,5%) пациентов было тяжелым, 12 (18,7%) - средней тяжести.

Для диагностики использовали катетеризацию мочевого пузыря одноразовым эластичным катетером, пробу Я.Б. Зельдовича, обзорную урографию и напряженную ретроградную цистографию. При обнаружении жидкости в брюшной полости по данным УЗИ прибегали к лапароцентезу или лапароскопии.

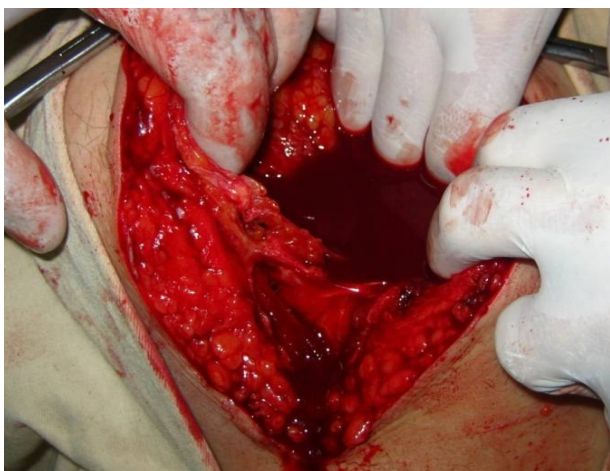
При оказании неотложной хирургической помощи в случае закрытой травмы живота мы использовали лапароскопию,

что позволило снизить до минимума число неоправданных диагностических лапаротомий. Эндовидеохирургические вмешательства в экстренных случаях занимают немаловажное место. У 21 пострадавшего с подозрением на внутрибрюшинный разрыв при закрытой травме мочевого пузыря вначале был произведен лапароцентез, а затем - диагностическая лапароскопия. У 6 из них (28,6%) травмы мочевого пузыря не было выявлено, у 3 пострадавших был обнаружен незначительный дефект стенки мочевого пузыря, который удалось устранить в ходе лапароскопической операции. Остальные 12 пострадавших (57,2%) нуждались в открытой лапаротомии. Наличие свободной жидкости в брюшной полости

или внебрюшинном пространстве свидетельствует о внутри- или внебрюшинном разрыве соответственно.

42 больным I группы оказали экстренную помощь путем лапаротомии, ушивания разрыва двухрядными швами, дренированием брюшной полости. При этом устранили разрыв печени у 2 больных, тонкой кишки - у 1, селезенки у 1.

Приводим клиническое наблюдение. Больной Ж. 55 лет. Предоперационный диагноз: Интраперитонеальный разрыв мочевого пузыря. Мочевой перитонит. Операция: Лапаротомия. Ушивание разрыва стенки мочевого пузыря. Санация и дренирование брюшной полости. Цистостомия. (рис. 1).



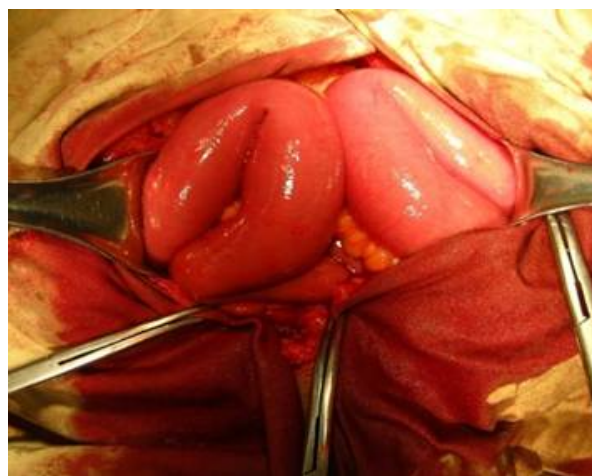
а



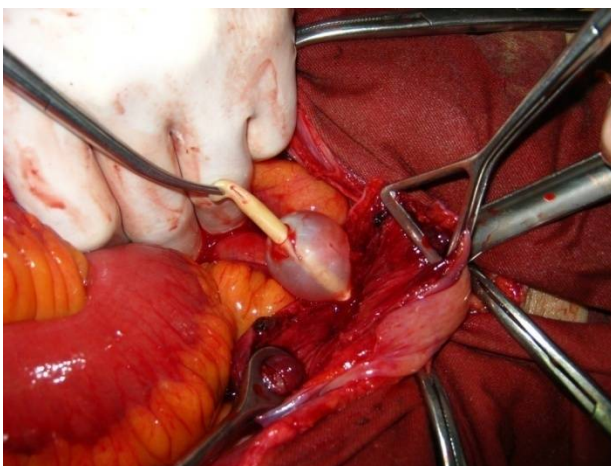
б



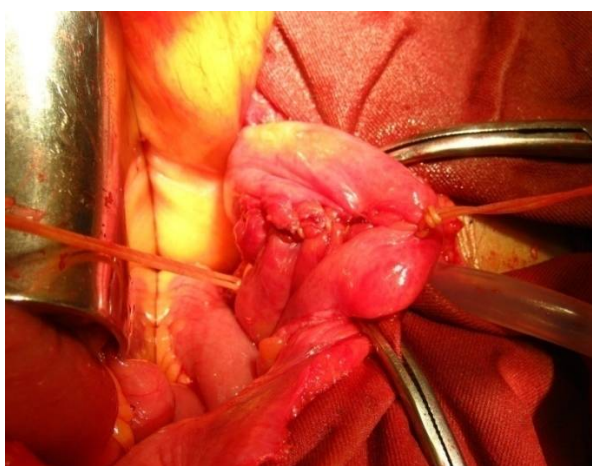
в



г



д



е



ж

Рис. 1. а - наличие крови и кровяных сгустков в брюшной полости; б,в - удаление кровяных сгустков из брюшной полости; г - ревизия органов брюшной полости; д - выявлен разрыва мочевого пузыря и ретроградная установка катетера Фолея; е - ушивание разрыва мочевого пузыря двухрядным швом; ж - завершение операции, дренирование малого таза.

В основную группу пострадавших включили 22 пациента с внутрибрюшинным разрывом мочевого пузыря, которым проводилось видеолaparоскопическое ушивание повреждения. Во время видеолaparоскопии разрыв мочевого пузыря диагностирован у всех 22 больных, выявив 100% чувствительность метода. Обнаруженный при видеолaparоскопии разрыв мочевого пузыря был сквозным, одиночным, размерами от 1 до 12 см с неровными краями и участками кровоизлияний, разрыв располагался на внутрибрюшинной части пузыря, как правило, в продольном (сагитальном) направлении. Благодаря современному высокоинформативному видеокомплексу фирмы «Karl Storz» системы «Full HD», изображение на видеомониторе патологического процесса в брюшной полости получается более отчетливым и ярким, чем непосредственный обзор операционной раны хирурга во время лапаротомии.

У 4 (18,2%) больных при видеолaparоскопии обнаружено, что разрыв мочевого пузыря был частично прикрыт сальником или кишечной петлей. Именно у этих больных применение ретроградной цистографии и других традиционных методов не позволило установить диагноз. Проникающее ранение живота зачастую являлось показанием к лапаротомии, так как исключить ранение внутренних органов было невозможно. Однако при таком подходе, по данным различных авторов, до 30 % лапаротомии выполняются напрасно, поскольку повреждения внутренних органов отсутствуют. Чтобы исключить такие случаи, мы шире применяли экстренную диагностическую лапароскопию у пострадавших с проникающими ранениями живота. Лапароскопия выполнялась в операционной под общей анестезией. Лапароскоп вводился супраумбиликально, результаты записывались на видеокассету (рис.2).



а



б



в



г

Рис. 2. а - разрыв мочевого пузыря, вид при видеолaparоскопии; б - выпот в брюшной полости, смешанный с мочой; в - техника интракорпорального ручного шва мочевого пузыря; г - заключительный этап интракорпорального ручного шва мочевого пузыря.

Ценность метода видеолaparоскопии состоит и в возможности диагностики сочетанного повреждения органов брюшной полости. В области травмированного мочевого пузыря, в малом тазу и нижнем этаже брюшной полости при эндоскопическом осмотре обнаруживали небольшие сгустки крови и жидкую кровь, мочевые затеки, гиперемию и отложение пленок фибрина на брюшине и серозной оболочке кишечных петель. В брюшной полости отмечали различное количество выпота обычно смешанного с мочой. Только у 4 больных при видеолaparоскопии не было выявлено перитонита, у 2 отмечены явления местного перитонита, а у 10 больных развился распространенный гнойный перитонит. Выявление указанных изменений важно для выбора лечебной тактики (переход с диагностической на лечебную видеолaparоскопию или, при распространенном перитоните, на лапаротомию), объема и особенностей операции.

Кроме того, у 8 больных при видеолaparоскопии зафиксирована сочетанная травма органов брюшной полости (разрывы печени - 2, селезенки - 2, тонкой кишки - 4), что практически невозможно диагностировать традиционными методами диагностики разрыва мочевого пузыря (ретроградной и нисходящей цистографией и др.). Выявление при видеолaparоскопии тяжелой сочетанной травмы органов брюшной полости служило абсолютным показанием к выполнению открытой лапаротомии.

При установлении диагноза традиционными методами (например, ретроградной цистографией), наличии распространенного перитонита и сроке госпитализации пациента свыше 24-36 часов после травмы, мы сразу выполняли лапаротомию (20 больных), не прибегая к видеолaparоскопии, которая являлась бы в данной ситуации методом, неоправданно удлиняющим срок обследования.

Дефект мочевого пузыря в зависимости от величины разрыва и состояния краев пузырьной раны, был ушит двухрядным непрерывным швом атравматической нитью «Викрил» 3/0. Узлы сформированы интракорпорально. Первый вкол иглы производился со стороны серозной оболочки мочевого пузыря в

сторону слизистой (снаружи внутрь), выкол - со стороны слизистой (изнутри наружу), с обязательным захватом брюшины.

У всех больных удалось надежно ушить имеющийся разрыв мочевого пузыря, длина которого составляла от 1 до 6 см. После ушивания проводилась гидродинамическая проба на герметичность путем введения 500 мл фурацилина 1:5000 в мочевой пузырь через уретральный катетер. Мочевой пузырь дренировали троакарной цистостомой, наложенной под контролем видеолaparоскопа, в течение 10-14 сут. В конце операции брюшная полость дренировалась двумя дренажами. Средняя продолжительность лапароскопической операции составила $82,5 \pm 6,0$ мин и не отличалась от продолжительности открытого хирургического вмешательства ($p > 0,05$).

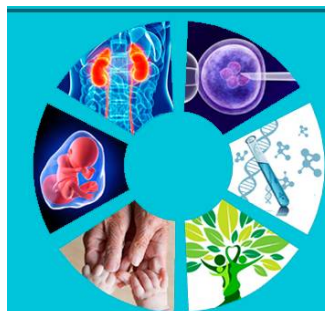
У всех больных послеоперационный период протекал гладко, послеоперационных ближайших и отдаленных (в сроки от 1 до 3 лет) осложнений и летальных исходов не было. Послеоперационный койко-день при лапароскопическом ушивании разрыва составил $12,3 \pm 3,0$ дня, что в 1,6 раза меньше по сравнению с ушиванием мочевого пузыря во время лапаротомии. При этом сроки реабилитации также уменьшились в 1,9 раза по сравнению с открытым ушиванием разрыва мочевого пузыря. В сроки от 1 до 9 лет после выписки жалобы у 4 больных сводились лишь к дизурии, нарушений мочеиспускания не установлено, анализы мочи были в норме. УЗИ мочевого пузыря не выявило патологии, объем мочевого пузыря достигал 450-500 мл, форма его не изменена, остаточной мочи не было.

При лапароскопическом ушивании дефекта стенки мочевого пузыря хирургические осложнения значительно уменьшаются, что свидетельствует о преимуществе последнего способа.

Выводы. Видеолaparоскопическое ушивание как метод хирургического вмешательства уменьшает время операции, имеет хорошие ближайшие и отдаленные результаты, почти два раза укорачивает сроки пребывания на койке и реабилитации пациентов по сравнению с открытым ушиванием разрыва мочевого пузыря во время лапаротомии.

Использованная литература

1. Аллазов С. А. Изолированные и сообщающиеся с брюшной полостью повреждения почек и мочевых путей. Медицинский журнал Узбекистана 2011; 6: 66-69.
2. Аллазов С. А. Повреждения почек и мочевыводящих путей. Урология 2012; 6:110-112.
3. Аллазов С. А., Гиясов Ш. И., Насыров Ф.Р. Современные взгляды на травматические повреждения мочевыводительной системы. Вестник экстренной медицины 2011; 3: 103-107.
4. Басиашвили Г.Т., Гагаулли И.Г., Хайруллина Г.Р., Ульянин М.Ю., Интра- и послеоперационные осложнения урологического характера при операциях на органах малого таза. Практическая медицина. 2017; 6(107): 13-14.
5. Давидов М.И., Гернер А.О., Никонова О.Е., Алгоритм диагностики и лечения внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря. экспер. и клин. урология. 2016; 4:116-121.
6. Жебентяев А.А., Голдыцкий О.С., Современные методы диагностики и лечения травм органов мочеполовой системы. Пособие. УО «Витебский государственный медицинский университет» 2009; 28-32.
7. Зельдович Я.Б. Цит. по Люлько А.В. Повреждение органов мочеполовой системы. Киев: Здоровья, 1981. 77 с.
8. Рашидов М.М., Боймурадov Ш.Э. Роль видеолaparоскопии в диагностике и лечении повреждений мочевого пузыря. Вестник экстренной медицины, 2017, X (2):28-30.
9. Хаджибаев А.М., Рашидов М.М., Уринбаева Н.М., Диагностика и лечение травм нижних мочевыводящих путей. Вестник экстренной медицины, 2018; 3(11):37-43.
10. Johnsen N.V. et al. Epidemiology of Blunt Lower Urinary Tract Trauma With and Without Pelvic Fracture. Urology 2017; 102: 234.
11. Mortelmans D., Messaoudi N., Jaekers J., Bestman R., Pauli S., Van Cleemput M. Laparoscopic repair of intraperitoneal bladder rupture blunt abdominal trauma. J Urology 2014; Vol. 11, №1. P. 1338-1340.
12. Parry N.G., Rozycki G.S. Traumatic rupture of the urinary bladder. J Trauma 2003; 54: 431-436 doi.org/10.1097/01.ta.0000053196.19218.4f.
13. Pereira B.M. et al. Bladder injuries after external trauma: 20 years experience report in a population-based cross-sectional view. World J Urol. 2013; 31: 913.
14. Phillips B, Holzmer S, Turco L, Mirzaie M, Mause E Mause A, et al. Trauma to the bladder and ureter: a review of diagnosis, management, and prognosis. Eur J Trauma Emerg Surg. 2017; Dec;43(6):763-773.
15. Santucci R.A., Bartley J.M. Urologic trauma guidelines: a 21st century update. Nat Rev Urol. 2010; 7(9):510-9.
16. Summerton D.J. et al. EAU guidelines on iatrogenic trauma. EurUrol, 2012; 62: 628. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22717550>
17. Urry R.J., Clarke D.L., Bruce J.L., Laing G.L. The incidence, spectrum and outcomes of traumatic bladder injuries within the Pietermaritzburg Metropolitan Trauma Service. Injury. 2016; 47(5):1057-63.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 616.62-006.6-073.

Raximov Nodir Maxammatkulovich
Samarqand Davlat Tibbiyot instituti,
onkologiya kafedrasi dotsenti, DSc,
Samarqand, O'zbekiston


Aslanova Lobar Melikmuradovna
Respublika onkologiya va radiologiya
ilmiy amaliy tibbiyot markazi
Samarqand filiali, UTT shifokori
Samarqand, O'zbekiston

Davronov Eshboy Egamkulovich
Respublika onkologiya va radiologiya
ilmiy amaliy tibbiyot markazi
Samarqand filiali, MSKT shifokori
Samarqand, O'zbekiston

Mirzakulov Bunyodjon Gaybullayevich
Respublika onkologiya va radiologiya
ilmiy amaliy tibbiyot markazi
Samarqand filiali, rentgenolog shifokor
Samarqand, O'zbekiston

BUYRAK SARATONINI TARQALISH DARAJASINI BAXOLASHDA NOINVAZIV VIZUALIZASIYA USULLARINI DIAGNOSTIK IMKONIYATLARI

For citation: Raximov Nodir Maxammatkulovich, Aslanova Lobar Melikmuradovna, Davronov Eshboy Egamkulovich, Mirzakulov Bunyodjon Gaybullayevich, Diagnostic capabilities of non-invasive imaging methods in assessing the prevalence of kidney cancer, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 54-57

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-13>

ANNOTASIYA

Siydik tizimining o'smalari orasida buyrak saratoni prostata va siydik pufagi neoplazmalaridan keyin uchinchi o'rinni egallaydi va o'lim darajasi birinchi o'rinda turadi. Buyrak saratoni kech tashxis hollarda soni siydik tizimining boshqa o'smalar nisbatan 3 barobar ko'pdir. Buyrak saratoni bilan kasallanish yillik o'sish 1,5—5,9% bo'ladi. Tadqiqotda buyrak saratoni tarqalishining radiatsiya tashxisining barcha zamonaviy usullari baholanadi. Buyrak saratoni metastatik ichki organlar zararlanishlar uchun radiatsiya ko'rish tavsiya turlari diagnostik imkoniyatlari aniqlandi.

Kalit so'zlar: Buyrak saratoni, radiatsiya diagnostikasi, metastazlar, diagnostika, invaziv bo'lmagan usul

Рахимов Нодир Махамматкулович

Самаркандский государственный медицинский институт,
д.м.н., доцент кафедры онкологии,
Самарканд, Узбекистан

Асланова Лобар Меликмурадovна

Самаркандский филиал Республиканского
научно-практического медицинского
центра онкологии и радиологии, врач УЗИ
Самарканд, Узбекистан

Давронов Эшбой Эгамкулович

Самаркандский филиал Республиканского
научно-практического медицинского
центра онкологии и радиологии, врач MSKT
Самарканд, Узбекистан

Мирзакулов Бунёджон Гайбуллаевич

Самаркандский филиал Республиканского
научно-практического медицинского
центра онкологии и радиологии, врач-рентгенолог

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ПОЧКИ

АННОТАЦИЯ

Среди опухолей мочевыводящей системы рак почки занимает третье место после новообразований предстательной железы и мочевого пузыря, а по смертности находится на первом месте. Число случаев поздней диагностики рака почки в 3 раза больше, чем при других новообразованиях мочевыделительной системы. Ежегодное увеличение заболеваемости раком почки составляет 1,5—5,9%. В работе оценены все современные методы лучевой диагностики распространенности рака почки. Определены диагностические возможности рекомендуемых видов лучевой визуализации при метастатическом поражении внутренних органов при раке почки.

Ключевые слова: Рак почки, лучевая диагностика, метастазы, диагностика, неинвазивный метод.

Rakhimov Nodir Maxammatkulovich

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

Aslanova Lobar Melikmuradovna

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

Davronov Eshboy Egamkulovich

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

Mirzakulov Bunyodzhon Gaibullaevich

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

DIAGNOSTIC CAPABILITIES OF NON-INVASIVE IMAGING METHODS IN ASSESSING THE PREVALENCE OF KIDNEY CANCER

ANNOTATION

Among the tumors of the urinary tract, kidney cancer is the third largest after prostate and bladder neoplasms, and in terms of mortality it occupies the first place. The number of late diagnoses of kidney cancer is 3 times higher than that of other neoplasms of the urinary system. The annual increase in the incidence of kidney cancer is 1.5-5.9%. All modern methods of radiological diagnostics of the prevalence of kidney cancer are evaluated in this work. The diagnostic capabilities of the recommended types of radiological imaging for metastatic lesions of internal organs in kidney cancer are determined.

Key words: kidney cancer, radial diagnosis, metastases, diagnosis, noninvasive method.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotiga ko'ra, «har yili 14 milliondan ortiq yangi saraton bilan kasallanish holatlari aniqlanadi va undan 8 million o'lim qayd etiladi» [3, 4,8].

Barcha o'smalar tarkibida buyrak saratoni (BS) zamonaviy onkologiyaning eng muhim muammolaridan biridir. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, «so'nggi 5 yil ichida O'zbekiston Respublikasida BS bilan kasallanish ko'rsatkichlari ortib bormoqda. 2017 yilda 683 nafar bemor aniqlangan, bu esa 2013 yilga nisbatan 28,6% o'sishni tashkil etadi (531 nafar bemor), 2018 yil boshida esa dispanser nazoratda 2773 nafar bemor bo'lgan» [1,7].

Hozirgacha ba'zi shifokorlarni xayoliida kattalashgan limfa tugunlarida metastaz o'tiradi degan qarashlar ham bor. Bir qarashda bu fikr to'g'ri, lekin intraoperasion topilmada limfodisseksiyadan keyingi patogistologik tekshiruvda o'zgaragan limfa tugunlarida xam metastazlar "o'tirishi" mumkin. Shunga qaramay "mikrometastaz"

atamasi funksional vizualizasiya usullarida o'z axamiyatini yuqotadi, va bu patogistologik tekshiruvda aniqlanadi [2,6,9].

Ishning maqsadi: buyrak saratonida regionar limfat tugunlarida metastazlanishida noinvaziv vizualizasiya usullarini solishtirma baxolash.

Material va metodlar:

Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazida va uning Toshkent shahar filiali urologiya bo'limlarida stasionar 2015 yildan 2017 yilgacha davrda davolanagan buyrak saratonining T1-T2N0-1M0 bosqichi bo'lgan 88 nafar buyrak saratoni bo'lgan bemorlarni tekshirish va jarrohlik davolash natijalarini retrospektiv tahlil qilish tashkil qildi. Barcha bemorlarga jarrohlik davolash o'tkazilgan. Jinsi va yosh oralig'i bo'yicha taqsimlanishi 1-jadvalda keltirilgan. Bemorlar orasida 41 (46.6%) erkaklarga nisbatan 47 (53.4%) ayollarning ustunligi bor, bu nisbat 0.9:1.0 teng

Jadval 1.

Buyrak saratoni bilan kasallangan bemorlarning ikkinchi guruhga jinsi va yoshiga qarab taqsimlanishi

Yoshi	Erkaklar		Ayollar		χ2	R	Jami		E / A
21-39	3	3,4	2	2,3	0,01	0,906	5	5,7	1,5
40-49	5	5,7	8	9,1	0,89	0,346	13	14,8	0,6

50-59	23	26,1	18	20,5	0,06	0,805	41	46,6	1,3
60-69	4	4,5	17	19,3	0,08	0,776	21	23,9	0,2
70 yoshdan oshgan	6	6,8	2	2,3	0,24	0,621	8	9,1	3
Jami	41	46,6	47	53,4	0,34	0,560	88	100,0	0,9

Yosh chegarasi 21 yoshdan 78 yoshgacha, bemorlarning o'rtacha yoshi $55,3 \pm 1,4$ yosh. O'smaning lokalizatsiyasini tahlil qilganda, ko'pincha buyrakning pastki qutbida - 50,8% o'simta joylashganligi qayd etildi. Yuqori qutbdagi o'smaning lokalizatsiyasi 22,3%, o'rta qismida esa 26,9% hollarda aniqlandi.

O'sma jarayonining tarqalishini va regional limfa tugunlarining ixolatini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvi, rentgen tekshiruvi, kompyuter va magnit-rezonans tomografiya, shuningdek operatsion materialning morfologik tekshiruvi kabi diagnostik tadqiqotlar kompleksi o'tkazildi.

Ultratovush tekshiruvi «SONOASE 4800» kompaniyasi «MEDISON» da o'tkazildi. Skanerlash 3,5 chastotali konveks datchik bilan standart kulrang skanerlash texnikasi yordamida amalga oshirildi.

Kompyuter tomografiyasi ikkinchi avlod kompyuter tomografi SOMATOM AR.TX (Simens, Germaniya) da o'tkazildi, tomografiya qadami 5 mm. Tadqiqotga buyraklardan tashqari oshqozon osti bezi, jigar, taloq, ichak va o't yo'llari, retroperitoneal limfa tugunlari, shuningdek, katta tomirlarning holati (aorta, pastki kavak venasi va yuqori tutqich tomirlari) kiritilgan.

Magnitom Open / Viva, "Siemens" firmasi (Germaniya), magnit maydon intensivligi 0,2T bo'lgan MRT apparatida tekshiruvlar

o'tkazildi. Tadqiqotlar T1 spin-echo (SE) rejimida koronar, sagittal va aksial proektsiyalarda poliproektsiya yo'li bilan amalga oshirildi.

Natija:

Ultratovush bilan o'smaning 4 sm gacha o'sishi aniqlangan 21 holatdan 15tasida operatsiya davomida tasdiqlandi, 3 holatda esa 4 sm gacha deb baxolandi 3 holatda 4 sm katta deb baxolandi.UTT Yordamida 7 sm.gacha bo'lgan o'sma, intraoperativ ko'rilganda 2 holatda 7 sm kichik bo'lsa 3 holatda 7 sm katta deb aniqlangan.

N 0-1 bosqichida ultratovush natijalarining qiymatlarini operatsiya davomida topilganligi va operatsion materialning gistologik tekshiruvi natijalari bilan taqqoslaganda, 10 ta holatda chinakam ijobiy natijalar, shubhali - 2 ta holatda, chinakam salbiy - 2 ta holatda, yolg'on-salbiy - 1 ta holatda, soxta ijobiy holatlar bo'lmagan O'smaning tarqalish darajasini aniqlashda ultratovush tekshiruvi paytida olingan sinov qiymatlari 2- jadvalda keltirilgan.

Olingan ma'lumotlar, qiyosiy bahoga ko'ra, buyrak o'smasida bemorlarni ultratovush tekshiruvi natijalari shuni ko'rsatdiki, o'smaning 4 sm gacha o'sishini aniqlashda UTT sezgirligi 66,7%, 4-7 sm - 68,9%, 7 sm dan yuqori - 73,3%. O'smaning 4 sm gacha o'sishini aniqlashda UTT ning o'ziga xos xususiyati -81,1%, 4-7 sm -85,7%, 7 sm dan yuqori - 86,5%. O'smani 4 sm gacha o'sishini aniqlashda diagnostika aniqligi -84,2%, 4-7 sm - 80,8%, 7 sm dan yuqori - 84,2%.

2-jadval.

Buyrak o'smasini tarqalish darajasini aniqlashda ultratovush tekshiruvi qiymatlari

Indeks	Ultratovush uchun test qiymati		
	4 sm gacha (%)	4-7 sm (%)	7,0 sm ko'p (%)
Ta'sirchanlik	66,7 ± 3,9	68,9 ± 3,8	73,3 ± 2,1 *
Xususiyat	81,1 ± 5,8	85,7 ± 5,4	86,5 ± 6,1
Aniqlik	84,2 ± 6,6	80,8 ± 6,8	84,2 ± 6,1

Eslatma: * - o'sma bilan taqqoslaganda 4 sm gacha bo'lgan farqlar sezilarli (* - P < 0,05); 4-7 sm va 7 sm dan ortiq uşmalar uchun ultratovush ma'lumotlari o'rtasidagi farqlar ahamiyatsiz (P > 0,05)

MSCT va operatsion materialning operatsiya davomida topilgan natijalariga ko'ra, o'smaning 4 sm gacha o'sishi 10 holatda, 49 holatda - o'smaning 4-7 sm gacha o'sish, 28 holatda - o'smani 7 sm va undan ko'p o'sish aniqlandi. KTda 4 sm gacha kattalashgan tugunlar borligi aniqlangan 10 ta holatdan 9tasida operatsiya davomida tasdiqlash olingan va 1 ta holatda o'sma ning 4-7 sm ga intraoperativ o'sishi aniqlangan, ya'ni 1 ta holat bo'yicha KT natijalari noto'g'ri salbiy bo'lib chiqdi.KTda o'smaning 7 sm va undan ko'prog'ini oshirganligi aniqlangan 27 ta holatdan 18tasida operatsiya davomida tasdiqlangan va 9 ta holatda 4 sm gacha o'sish intraoperativ tarzda aniqlangan, ya'ni 9 ta holat bo'yicha KT natijalari noto'g'ri ijobiy edi.KT natijalarining qiymatlarini operatsiya davomida topilganligi va operatsion materialning gistologik tekshiruvi natijalari

bilan taqqoslaganda 7 holatda chindan ham ijobiy natijalar, shubhali - 2 holatda, chinakam salbiy - 77 holatda, noto'g'ri salbiy - 1 holatda noto'g'ri ijobiy natijalar bo'lmagan

Buyrak o'smasi bo'lgan bemorlarning MSKT tadqiqotlari natijalarini qiyosiy baholash bo'yicha olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, o'sma 4 sm gacha o'sishini aniqlashda KT sezgirligi 90%, 4-7 sm - 97,5%, 7 sm va undan yuqori o'sish bilan esa - 100 % qiymati olindi. O'smaning 4 sm gacha o'sishini aniqlashda KTning o'ziga xos xususiyati 87,3%, 4-7 sm - 88,5% va 7 sm va undan yuqori - 100% ni tashkil qiladi. O'smaning 4 sm gacha o'sishini aniqlashda KTning diagnostik aniqligi 87,6%, 4-7 sm - 89,9%, 7 sm va undan yuqori - 98,9% ni tashkil qiladi (jadval 3).

Jadval 3.

O'smaning darajasini aniqlashda MRT sinov qiymatlari

Indeks	MRT uchun testning qiymati		
	4 sm gacha (%)	4-7 sm (%)	7 sm va undan ko'p (%)
sezgirligi	90 ± 3,5	97,5 ± 2,2	100 *
spesifikligi	87,3 ± 4,1	88,5 ± 3,5 *	100 *
Aniqlik	87,6 ± 4,2	89,9 ± 4,3 *	98,9 *

Eslatma: * - ushbu o'sma tugunlari bilan taqqoslaganda farqlar sezilarli (* - P <0.05) ; o'sma tugunlari uchun MRT ma'lumotlari o'rtasidagi farqlar ahamiyatsiz (P > 0,05)

MRT natijalari 22ta bemorda operatsion topilmaga nisbatan o'rganildi. MRT tekshiruvi natijasida 6 xolatda o'sma 4 sm gacha deb baxolandi, intraoperatsion topilmaga qarab baxolanganda 5ta bemorda o'z tasdig'ini topdi, 1 bemorda yolg'on manfiy natija olindi. Jarrohlik materialining intraoperativ topilmasi ma'lumotlariga ko'ra, o'smaning 4 sm gacha 2 holatda, 7 holatda - 4-7 sm, 13 holatda - 7 sm dan oshishi aniqlandi. 6 ta holatdan, MRTda o'sma ning 1 sm gacha ko'tarilishi aniqlanganda, 5 holatda bu operatsiya davomida tasdiqlangan va 1 holatda MRT natijasi noto'g'ri salbiy bo'lgan. MRTda o'smaning 4-7 sm gacha o'sishi aniqlangan 11 holatdan 9tasida operatsiya davomida tasdiqlangan, 2 holatda esa 4 sm gacha

o'sish intraoperativ tarzda aniqlandi, ya'ni 2 ta holatdagi MRT natijalari noto'g'ri ijobiy edi.

Buyrak o'smasi bo'lgan bemorlarning MRT natijalarini qiyosiy baholash bo'yicha olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, o'smani 4 sm gacha o'sishini aniqlashda MRI sezgirligi 83,3%, 4-7 sm - 100%, 7 sm dan yuqori - 100%. 4 sm gacha bo'lgan limfa tugunlari uchun ta'rifda MRTning o'ziga xosligi 80,5%, 4-7 sm gacha 84,6% va 7 sm dan yuqori - 95%. O'smani aniqlashda MRT diagnostikasi aniqligi 4 sm 90,5 gacha, 4-7 sm 93,9% gacha va 7 sm dan yuqori bo'lganlarda 95,5%. (Jadval 4)

4-jadval

Buyrak o'simtasining tarqalish darajasini aniqlashda MRT uchun testning qiymatlari

Indeks	Sinovning magnostik rezonans tomografiyada qiymati		
	4 sm gacha (%)	4-7 sm (%)	7,0 sm va undan ko'p (%)
Ta'sirchanlik	83,3 ± 4,3	100*	100 *
Xususiyat	80,5 ± 3,8	84,6 ± 3,1 *	95
Aniqlik	90,5 ± 2,3	93,9 ± 2,3 *	95.5

Eslatma: * - ushbu o'sma tugunlari bilan taqqoslaganda farqlar sezilarli (* - P <0.05) ; o'sma tugunlari uchun MRT ma'lumotlari o'rtasidagi farqlar ahamiyatsiz (P > 0,05)

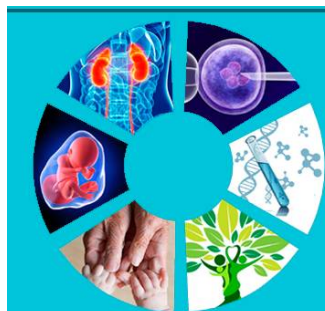
Xulosa

Bizning tadqiqotimiz natijasida olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, buyrak saratoni bilan kasallangan bemorlarni KT va / yoki MRTni keng qo'lamli tekshiruv rejasiga kiritish ushbu murakkab toifadagi bemorlarda buyrakdagi o'zgarishlarni diagnostikasi samaradorligini oshirishga imkon beradi .

Yuqorida aytib o'tilganlarning barchasini umumlashtirib, biz MSKT va MRT diagnostik qiymati buyrak saratonining mahalliy tarqalishini aniqlashda samarali vosita ekanligi va ushbu patologiyani jarrohlik davolashda ishtirok etadigan barcha klinikalarning arsenalida bo'lishi kerak degan xulosaga keldik.

Adabiyotlar ro'yxati

1. Тилляшайхов М.Н., Иمامов О.А. Стандартизованные показатели онкоэпидемиологической ситуации 2016 г // Евразийский онкологический журнал. Том 6, №2, 2018. –С. 63-72.
2. Bream Matthew., Robert Abouassaly., et all. National utilization of retroperitoneal lymph node dissections among patients with kidney cancer and clinicak lymphadenopathy undergoing nephrectomy // The journal of urology. – 2016. - Vol. 195, №4.
3. Capitanio U., Stewart A., Larcher I. Ouzaid European temporal trends in the use of lymph node dissection in patients with renal cancer // EJSO. – 2017. –Vol. 43, №11. – P. 2184-2192.
4. Organization website. 2016. www.who.int/iris/handle/10442/133876
5. Rahimov N.M Shakhanova Sh.Sh Raupov F. Development of new approaches in treatment of metastatic renal cell carcinoma. // Journal of research in health Science volume 5-6 issue 4 2020. Israel, Yashresh. p 82-95
6. Saidkulov B, Abduraxmonov A, Rahimov N. Recurrent ovarian cancer: mechanisms of development of peritoneal malignant ascites// European Journal of Molecular & Clinical Medicine ISSN 2515-8260 Volume 7, Issue 2, 2020, p 2423-2428
7. Tillyashaikhov M.N., Tillashaikhova R.M, Yarmatov S.A, Imatova G.M. Determine the effectiveness of non-invasive imaging methods in assessing the prevalence of kidney cancer// polish science journal (issue 12(33), 2020) - Warsaw: Sp. z o. o. "iScience", 2020. P.104-109
8. World Health Organization. Cancer: fact sheet no. 24. World Health
9. Ziyadullaev Sh, Elmatamov O, F Raufov Cytogenetic and immunological alterations of recurrent bladder cancer// European Journal of Molecular & Clinical Medicine 2020, Volume 7, Issue 2, p 1877-1883.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616.65-006.6-085.357

Raximov Nodir MaxammatkulovichSamarqand 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 МахамматкуловичСамаркандский 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 uchrashi 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, retsiv 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

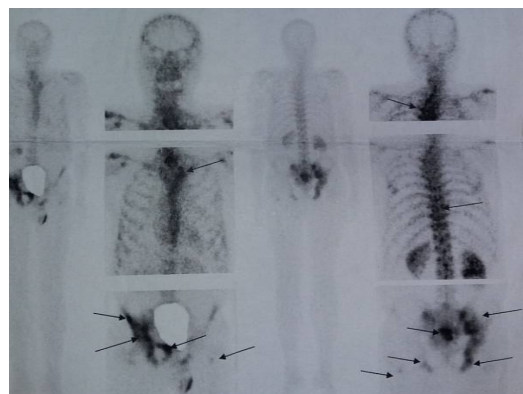
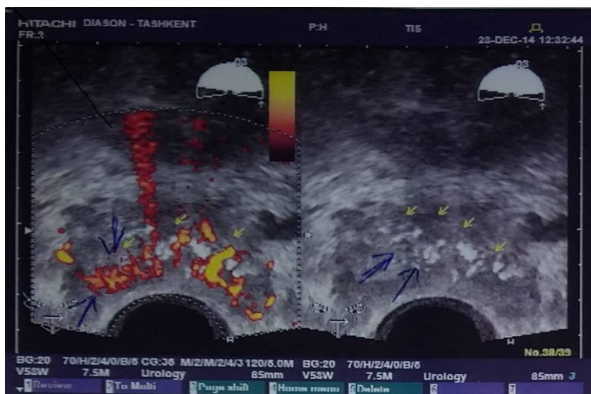
(6,3%) tasida o'rta kemtigida, 48 (75%) ta bemorda esa ikkala bo'lagida joylashganligi aniqlangan. Bundan kelib chiqib, tarqalgan prostata bezi saratonida bemorlarning asosiy qismida o'sma prostata bezining ikkala bo'lagini zararlashini, bundan tashqari o'smani infiltrativ o'sish xarakteriga ega ekanligini, 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 tekshiruvi 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 tugunlari kattalashuvi 3 (4,7%) ta bemorda, chap yonbosh sohasi limfa tugunlari 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

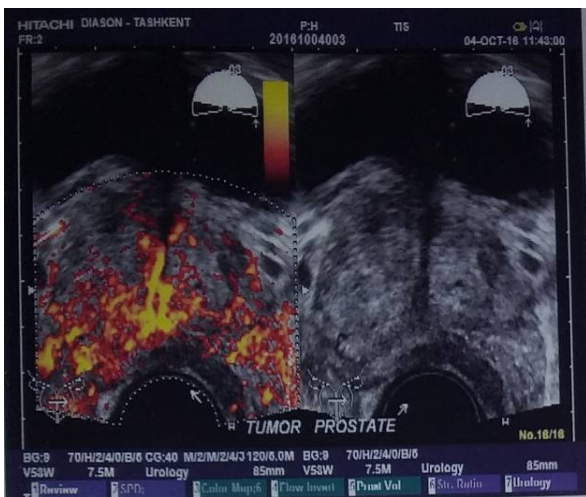
Jarrohlik kastratsiya qilingan bemorlarni TRUS tekshiruvi natijalarini dinamikada o'zgarishi

Har 3 oylik tekshiruv	15-30 sm ³	31-50 sm ³	51-80 sm ³	81-100 sm ³	100 sm ³ 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'zolarga infiltratsiyalanganligi kuzatilgan.

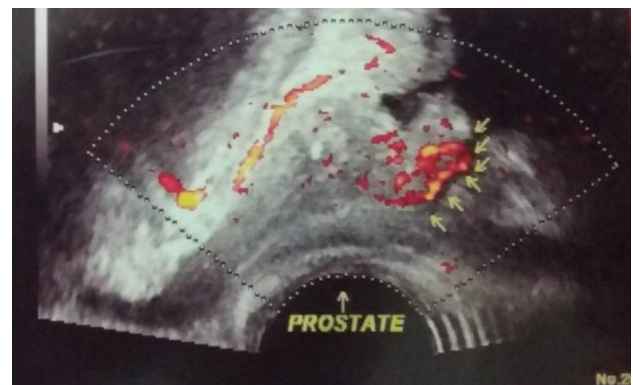
Rasm №2



(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>

**ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ**

НОМЕР 2, ВЫПУСК 1

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

VOLUME 2, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of 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

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

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

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000