

TRIHUNER

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

---

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

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

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**

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

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

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

**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**

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

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

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

**Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес**

профессор, член Европейского общества  
репродукции человека и эмбриологии  
Prof. Medical Director of the Instituto  
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

**Ramašauskaitė Diana**

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

**Аюпова Фарид 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

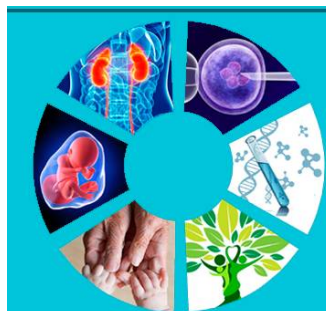
## СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

### ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

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

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

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



# JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616 006.:313.13

**Raximov Nodir Maxammatkulovich**Samarqand 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 sezgirligini 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 asosiysi 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 jixatdan gormonga nisbatan sezgirligi 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 mg dan 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 blokash 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 ehtimoliligini 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 bloklayishi 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 sindromining kuchayishi kiradi. Shu sababli LGRG analoglarini bir vaqtda steroid yoki nosteroid gormonlar bilan birga qo'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 estrogenoterapiya 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 blokash 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 blokalanishi bilan bir vaqtda gipofiz va gipotalamusdagi reseptorlarning blokalanishi 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 blokash 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 (tabletkalarga);
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 megestrol asetatlar kiradi. Bu dori vostalarining quyidagi antiandrogen ta'sirlari mavjud: androgen reseptorlarni ham yaxshi 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'llagandagi 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 blokash;
- b) steroid yoki nosteroid gormonlarni qo'llash bilan androgenlarni periferik blokash kiradi.

Metastazlangan PBS da androgenlarni organizmda to'liq blokash 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 proleferatsiyasiga 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'simi 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 blokashdir, buning natijasida prostata bezidagi o'sma hujayralarini o'sish tezligi pasayadi yoki to'xtaydi, shuningdek antiandrogenlar qonda sirkulyatsiya qiladigan androgenlarni hujayra metabolizmini tormozlaydi. Gormonal terapiyada kombinatsiya hisobiga, bir vaqtda markaziy va periferik blokash 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., Тиллашайхов 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., Хожитов 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.

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

**ТОМ 2, НОМЕР 1**

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

**VOLUME 2, ISSUE 1**

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

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

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

Phone: (+998-94) 404-0000

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

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

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

Тел: (+998-94) 404-0000