

ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА  
СИЙДИК ПУФАГИНИНГ ГИПЕРАКТИВЛИГИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У  
БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OVERACTIVE BLADDER IN PATIENTS WITH  
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Эгамбердиев М.Б. - Central Asian Medical University  
E-mail: [doktorali1995@gmail.com](mailto:doktorali1995@gmail.com), tel: +998 90 300 94 54

Эгамбердиев М.Б. (2024). ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА СИЙДИК ПУФАГИНИНГ ГИПЕРАКТИВЛИГИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ. Actacamu, 7(7), 38–41. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14132373>

**Аннотация:** Гиперактив сийдик пуфаги (ГАСП) клиник синдром бўлиб, қолдиқ сийдик қолиши билан ёки шошилинч сийишни назарда тутади. Гиперактив сийдик пуфагининг белгилари: сийдикдаги қон, оғриқ, сийдик йўлларидаги такрорий инфекциялари, неврологик касалликлар. Тадқиқот мақсади: ПБХГ ва ГАСП билан касалланган беморларда алфа1-адреноблокатор (омник) ва антихолинергик восита (спазмекс)лар билан биргаликда даволаш усулини амалиётга кенг тадбиқ қилиш. Тадқиқот натижалари: Алфа-блокаторлар ва антихолинергиклар билан комбинацияланган терапия ПБХГ ва гиперактив сийдик пуфаги билан оғриган беморларнинг 87,5 фоизда юқори самарали эканлиги аниқланди.

**Калит сўзлар:** инфекция; тунги энурез, гиперактив сийдик пуфаги, простата беши, даволаш, ташиxisлаш

**Аннотация:** гиперактивный мочевого пузыря (ГАМП) - это клинический синдром, который подразумевает мочеиспускание с коликами или без них. Симптомы гиперактивного мочевого пузыря: кровь в моче, боль, рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей, неврологические расстройства. Цель исследования: широкое применение метода лечения в комбинации с альфа-1-адреноблокатором (омник) и антихолинергическим средством (спазмекс) у пациентов с атеросклерозом. Результаты исследования: комбинированная терапия альфа-адреноблокаторами и антихолинергическими препаратами показала высокую эффективность у 87,5% пациентов с ДГПЖ и гиперактивным мочевым пузырем.

**Ключевые слова:** инфекция; ночной энурез; гиперактивный мочевого пузыря, предстательная железа, лечение, диагностика

**Abstract:** hyperactive bladder (HAB) is a clinical syndrome that implies urination with or without colic urine colic. Symptoms of hyperactive bladder: blood in the urine, pain, recurrent urinary tract infections, neurological disorders. Study maxadi: extensive application of the treatment method in combination with alpha1-adrenoblocator (omnik) and anticholinergic agent (spasmex) in patients with SHPG and HAB study results: combined therapy with alpha-blockers and anticholinergics was anicized to be highly effective in 87.5% of patients with SHPG and hyperactive bladder.

**Key words:** infection; nocturnal enuresis; overactive bladder, prostate, expiration date, diagnosis

Гиперактив сийдик пуфаги (ГАСП) - бу тез-тез сийиш (сийдик чиқариш сони >кунига 8 марта) ва ноктурия (сийиш учун 2 ёки ундан ортиқ тунги уйғониш) билан биргаликда қолдиқ сийдик қолиш хисси билан ёки сийдик чиқаришга шошилинч истакни ўз ичига олган клиник синдром [1]. ГАСП муҳим ижтимоий ва иктисодий муаммодир, чунки қолдиқ сийдик қолиш хисси беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтиради, ижтимоий мослашувга олиб келади, даволаниш ва парвариш харажатлари катта молиявий ресурсларни талаб қилади.

Дунёда эркаклар орасида ГАСП билан касалланиш 10-26%, аёллар орасида 18-47% ни ташкил қилади [2]. Ўзбекистонда ГАСП тарқалиши ҳақида аниқ статистик маълумотлар йўқ, ammo тадқиқот натижаларига кўра, эркаклар орасида тарқалиши 16,3% ва аёллар орасида 58% га етади. Шу билан бирга, беморларнинг атиги 25,9% тиббий ёрдамга муурожаат қилишади. ГАСП билан касалланиш беморларнинг ёши катталашган сари ортади. Депрессия, ич қотиши, неврологик касалликлар ва эректил дисфункция каби баъзи сурункали касалликлар ГАСП ривожланиш хавфини сезиларли даражада оширади. Кўпинча бу касаллик қандли диабет, Паркинсон касаллиги, Алцгеймер касаллиги ва бошқалар билан оғриган кекса беморларда ривожланади. Шунингдек, инсултга учраган ёки қолдиқ сийдик қолишига олиб келадиган бошқа касалликларга чалинган беморлар орасида кўп учрайди [3].

Сабаблари: Эркакларда сийдик қолиб кетишининг сабаби кўпинча инфравезикал обструкция (ИВО) билан боғлиқ (гиперплазия ва простата бези саратони, сурункали яллиғланиш фонида склеротик ўзгаришлар, уларнинг асоратлари ва жарроҳлик оқибатлари) простата бези гиперплазияси сийдик чиқишини бузади, сийдик чиқаришни қийинлаштиради. Бу сийдик пуфагининг тўлиб кетишига ва сийдикнинг тўсатдан ўз-ўзидан оқишига олиб келади. Одатда, эркакларда сийдикни ушлаб туриш анатомик тузилмалар (сийдик пуфаги, сийдик йўллари, чаноқ бўшлиғи мушаклари) ва асаб тизимининг ўзаро таъсири натижасидир. Тутилишга сфинктер ва чаноқ бўшлиғи мушакларининг қисқариши ва детрузорни бўшатиш сабаб булади. Чаноқ бўшлиғи мушакларининг шикастланиши ёки нейроген назоратнинг бузилиши сийдикни ушлаб туришни бузилишига ва тутмасликка олиб келади [4].

Диагностика: Шикоятлар ва касаллик тарихини тўплашда қўшимча текширувга муҳтож беморларни аниқлаш муҳимдир. Буларга сийдикда қон бўлиши, оғриқ, сийдик йўллариининг такрорий инфекциялари, неврологик касалликлар шикояти бўлган беморлар, шунингдек, илгари радиация терапиясидан ўтган беморлар киради. Ҳар бир бемор учун бошланиш вақтини, давомийлигини, сийдик тутолмаслик сабабларини аниқлаш мақсадга мувофиқдир. Анкеталар симптомларнинг табиати ва зўравонлигини, беморнинг сийдик тутолмаслик ташвишини ва унинг турмуш тарзига таъсирини баҳолаш учун ишлатилади. Сийдик чиқариш кундаликлари ёрдамида йўқолган сийдик ҳажмини, кечаю кундуз инконтинанс эпизодларининг частотасини ва шошилиш чакирикларнинг мавжудлигини баҳолаш мумкин. Анкеталар ҳам, сийиш кундаликлари ҳам беморни динамик кузатиш учун қулай воситадир. Беморни тўғридан-тўғри текшириш сийдик пуфагини палпация қилишни (парадоксал ишурияни истисно қилиш учун), ақлий ва неврологик ҳолатни баҳолашни ўз ичига олади. С2-С4 даражасидаги бузилишлар - анал сфинктерининг ҳолатини, перинеал терининг сезгирлигини ва булбо-каверноз рефлексини баҳолаш орқали аниқланиши мумкин. Сфинктернинг қисман ёки тўлиқ етишмовчилигини аниқлаш, уретрал стриктуралар ва сийдик пуфаги бўйни стенозини истисно қилиш учун булбар тести билан уретросистоскопия ўтказилади. Агар стриктура аниқланса, сийдик тутолмасликни даволашни бошлашдан олдин уни йўқ қилиш керак. Қовуқни текширишда тошлар, дивертикуллар ва ўсмаларни истисно қилиш керак. Лаборатория текширувларига умумий сийдик таҳлили ва сийдикни бактериологик текшириш киради. Қолдиқ сийдик ҳажми ултратовуш ёрдамида аниқланади [5].

Клиникаси: Касалликнинг асосий белгиси шундаки, шошилиш равишда одам назорат қила олмайдиган даражада ҳожатхонага боришга чақиради. Касалликнинг бу белгиси ўзини шошилиш ва тўсатдан ҳожатхонага олдиндан чақирмасдан ташриф буюриш зарурати сифатида намоён қилади, яъни истак аста-секин эмас, балки бир зумда ортади. Кун давомида бундай чақирувларнинг частотаси 8 барабар ёки ундан кўп бўлиши мумкин. Бундан ташқари, сийдик пуфаги деярли бўш бўлса ҳам, тез-тез сийиш, императив инконтинанс, яъни бемор тўхтата олмайдиган сийдикнинг назоратсиз оқиши, қовуқни тўлиқ бўшатмаслик ҳисси, ҳатто тўлиқ сийишдан кейин ҳам. Бундан ташқари, кунига сийдикнинг умумий ҳажми катталар учун тахминан 1,5-2 литрдан ошмайди. Ноктурия, яъни ҳожатхонага тунда тез-тез чиқишлар (икки ёки ундан ортиқ) ҳар кеча кузатилса, сигнал қўнғироғи бўлиб, янада жиддий патологияларни келтириб чиқариши мумкин [6].

Даволаш: Европа урологлар ассоциациясининг тавсияларига кўра, шошилиш сийдик тутолмаслик билан оғриган беморларда биринчи даражали антихолинергик дориларни қўллаш керак [7]. Уларнинг таъсир қилиш механизми сийдик пуфаги деворининг мускариник рецепторларини блокировка қилишдир. Бу эса ўз навбатида детрузорнинг сезирлиги ва контрактиллгининг пасайишига олиб келади. ИВО билан оғриган беморларда М-холиноблокаторларнинг алфа-адреноблокаторлар билан комбинацияси самарали бўлади. Детрусор-сфинктер мувозанати билан ушбу гуруҳдаги дорилар ҳам юқоридаги синдромга олиб келиши мумкин [8]. Кўпинча қийин сийишнинг асосий сабаби М-холиноблокатордан фойдаланишни тўхтатишдир. М-холиноблокаторни алфа-адреноблокаторлар билан биргаликда қўллаш императив сийиш синдромини даволаш учун жуда мос келади. Алфа-адреноблокаторлардан фойдаланиш бўйича клиник тажриба шуни кўрсатдики, гиперактив сийдик пуфагида алфа-адреноблокаторлар, сийдик пуфаги бўйинининг алфа-1-адренорецепторларининг блокада қилиши жуда фойдали, чунки у 60 ёшдан ошган беморларда тирнаш хусусиятини берувчи синдромни бартараф этишга ёрдам беради.

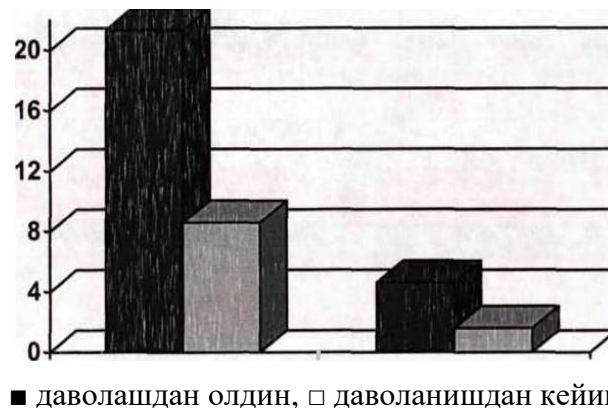
Бу алфа-1-адреноблокаторларни (тамсулозин, омник, тамсол, тонапрост), терасосин (корнам, сетегис, хаитрин), доксасосин (зохон, камирен), алфузосин (далфаз) эркалар ва аёлларда ГАМП аломатларини даволаш учун фойдаланганда кунлик сийиш частотаси 25-30% га, тунги поллакиурия эса 50% га камаяди [9]. Алфа-1-адреноблокаторлар эркаларда простата беги гиперплазияси мавжудлиги билан боғлиқ сийдик касалликларининг аломатларини камайтиради ва ИВО фониди юзага келадиган детрузор гиперактивлигига таъсир қилади. ГАСП ни даволашнинг юқори самарадорлиги сийдик пуфагини машклари ва дори терапияси билан биргаликда қайд этилади [10].

**Тадқиқот материаллари:** Тадқиқотлар 2023-2024 йиллар оралиғида 13 нафар беморда Фарғона шаҳридаги “Ишонч Тиббий Сервис” хусусий клиникасида олиб борилди.

**Тадқиқот усуллари:** ПБХГ ва ГАСП билан касалланган беморларда алфа-1-адреноблокатор (омник) ва антихолинергик восита (спазмекс)лар билан биргаликда даволаш.

**Тадқиқот натижалари:** Беморлар омник (тамсулозин) билан 0,4 мг дозада ва спазмекс (троспиум хлорид) билан кунига 5 мг / 2 марта комбинацияланган ҳолда даволанишди, шундан сўнг асосий тадқиқот параметрлари ўрганилди ва таҳлил қилинди.

12 ҳафталик омник ва спазмекс билан биргаликда даволанишдан сўнг 13та беморнинг 11 тасида (87,5%) ПБХГ ГАСП билан биргаликда пастки сийдик йўллариининг симптомлари яхшиланди (тирнаш хусусиятини берувчи ва обструктив) (1-расм).



1-расм. Ўлчовларни ўзгартириш ИПСС ва ҚОЛ омник ва спазмекс билан даволанишдан кейин

Ушбу гуруҳдаги беморлар IP88 ҳисобида 19,8 (14,4-24) дан 8,6 (6-11) гача сезиларли пасайиш ва 4,1 (3-5) дан 1,6 (1-3) гача, шунингдек, 15,2 дан сийдик чиқариш сонининг камайиши (10-17) учун 7 (5-11) марта, бир кун. Обьектив кўрсаткичларнинг ижобий динамикаси аниқланди: қолдиқ сийдик миқдорининг 53,7 мл (30-80)дан 29,3 мл (0-50) гача камайиши ва сийдикнинг максимал оқим тезлигининг 8,9 (7,1-11,3) мл/сек дан 13,6 (12,2-14)

мл/сек гача пасайиши, бу эҳтимол, сийдик йўлларининг тўпланиш қобилятининг ошиши билан боғлиқ. қабарик ҳажми (1-жадвал).

Жадвал 1.

**I - гуруҳ беморларида омник ва спазмекс билан биргаликда даволашда ўрганилган параметрларнинг динамикаси**

симптомлар вақти	1 кун	14 кун	21 кун	30 кун	12 ҳафта
Шкала бўйича умумий симптом баллари ИПСС (баллар)	19,8±1,3	16,3±2,5	10,5±2,2	8,8±1,8	8,6±2,4
Ҳаёт сифати индекси ҚОЛ (баллар)	4,1 ±0,3	3,3±0,5	2,9±2,5	1,9±1,3	1,6±1,4
Кунига сийдик чиқариш сони	14,9±1,5	12,7±0,8	9,6±1,4	8,3±1,7	7,1±1,8
Максимал сийдик оқими тезлиги Қ Макс (мл/с)	8,9±2,2	10,9±2,6	11,7±2,8	12,9±1,2	13,6±1,5
Қолдиқ сийдик – ПВР (мл)	53,7±1,4	50,7±2,2	36,4±3,2	33,5±2,5	29,3±1,4

**Хулоса.** Алфа-блокаторлар ва антихолинэргиклар билан комбинацияланган терапия ПБХГ ва гиперактив сийдик пуфаги билан оғриган беморларнинг 87,5 фоизда юқори самарали эканлигини кўрсатди. Омник ва спазмекс билан биргаликда даволаш қолдиқ сийдик миқдорининг сезиларли даражада камайганини, шунингдек, ўткир сийдик тугилиши эпизодларининг ривожланишини олдини олганлиги исботланди.

**Адабиётлар:**

1. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Метод биологической обратной связи в лечении больных с недержанием мочи // Урология. 1999. № 5. С. 44–47.
2. Аляев Ю. Г., Григорян В. А., Гаджиева З. К. Расстройства мочеиспускания. М.: Литтерра, 2006.
3. Велиев Е.И., Голубцова Е.Н., Котов С. В. Взаимосвязь восстановления функции удержания мочи и эректильной функции у пациентов после нервосберегающей радикальной позадилонной простатэктомии // Материалы VI конгресса Российского общества онкоурологов. 2011. С. 63–64.
4. Велиев Е.И., Голубцова Е.Н., Котов С. В. Динамика восстановления удержания мочи у пациентов после радикальной позадилонной нервосберегающей простатэктомии // Онкоурология. 2011. № 2. С. 64–68.
5. Велиев Е.И., Голубцова Е.Н., Котов С. В. Особенности восстановления функции удержания мочи после нервосберегающей радикальной простатэктомии // Лечебное дело. 2011. № 2. С. 87–93.
6. Велиев Е.И., Петров С. Б. Практическая онкоурология: избранные лекции / Под ред. А. В. Воробьева и др. СПб.: Центр ТОММ, 2008.
7. Гомберг В. Г., Надь Ю. Т. Применение terazолина (Сегетис) в лечении гипотензивного мочевого пузыря у пожилых женщин // Урология. 2006. № 5. С. 63–71.
8. Гомберг В. Г., Надь Ю. Т., Ефимова В. В. Применение terazолина (Сегетис) в лечении гипотензивного мочевого пузыря и ургентной инконтиненции у пожилых женщин // Рус. мед. журн. 2005. Т. 13. № 9. С. 2–3.
9. Данилов В. В., Вольных И. Ю., Абдуллаева С. К., Данилова Т. И. Комбинированное лечение расстройств мочеиспускания у женщин м-холинолитиком в сочетании с альфа1-аденоблокатором // Урология. 2004. № 3. С. 49–52.
10. Данилова Т.И., Петров С.Б., Данилов В.В. Недержание мочи при напряжении и α1-адреноблокаторы: теоретическое обоснование концепции консервативной терапии // Эффективная фармакотерапия в урологии. 2010. № 4. С. 42–48