

TRAHUNR

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 3

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

№ 3
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 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

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ | LITERATURE REVIEW

1. Аллазов С.А., Искандаров Ю.Н., Махмудов Ш.Б. Некротический фасциит наружных половых органов у мужчин Allazov S.A., Iskandarov Y.N., Mahmudov Sh.B. Necrotizing fasciitis of the external genital organs in men.....	4
2. Аллазов С.А., Умаров А.У. Почечная колика урологического генеза Allazov S.A., Umarov A.U. Renal colic of urological genesis.....	10
3. Боборахимова У.М. Коррекция массы тела у женщин с ожирением, планирующих использовать гормональную контрацепцию Boboraximova U.M. Weight management for the overweight woman planning to use hormonal contraception.....	14
4. Искандаров Ю.Н., Муминов С.Р., Аллазов С.А. Понятие объемных новообразований в урологии Iskandarov Y.N., Mo'minov S.R., Allazov S.A. The concept of volumetric neoplasms in urology.....	19
5. Назарова Г.Х., Махмудова С.Э. Современное значение прогностических маркеров в развитии преэклампсии Nazarova G.X., Mahmudova S.E. Modern significance of prognostic markers in the development of preeclampsia	23
6. Маманазаров Д.М., Аллазов С.А., Мурадова Р.Р. Урогенитальная неспецифическая инфекция у женщины Mamanazarov D.M., Allazov S.A., Muradova R.R. Urogenital non-specific infection in women.....	27
7. Шодмонова З.Р., Батиров Б. Стриктура уретры: современный подход к проблеме Shodmonova Z.R., Batirov B. Stricture of urethra: modern approach to the problem.....	30

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ | ORIGINAL ARTICLES

1. Абдуллаева Л.М., Сафарова Л.А. Особенности течения родов и послеродового периода у вич-позитивных женщин Abdullaeva L.M., Safarova L.A. Features of the management of childbirth and the postpartum period in hiv-positive women.....	35
2. Абдурахманова С.И., Каттаходжаева М.Х., Сулаймонова Н.Ж., Назарова Д.Г. Изменения про- и противовоспалительных цитокинов до и после лечения у женщин с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза Abduraxmonova S.I., Kattakhoeva M.Kh., Suleymanova N.J., Nazarova D.G. Changes in pro- and anti-inflammatory cytokines before and after treatment in women with combined form of uterine fibrous and adenomyosis.....	38
3. Агабабян Л.Р., Насирова З.А., Алиева М.Я. Клиническая характеристика пациенток с преждевременной недостаточностью яичников Agababyan L.R., Nasirova Z.A., Alieva M.Y. Clinical characteristics of patients with premature ovarian insufficiency.....	42
4. Исанбаева Л.М., Каттаходжаева М.Х., Бобоев К.Т. Генетические аспекты лекарственной устойчивости при терапии женщин с миомой матки Isanbayeva L.M., Kattakhoeva M.Kh., Boboev K.T. Genetic aspects of drug resistance in the treatment of women with uterine fibroids.....	45
5. Каттаходжаева М.Х., Сафаров А.Т., Умаров З.М., Сулаймонова Н.Ж. Влияние перинатальных показателей на тазовое предлежание плода Kattakhoeva M.Kh., Safarov A.T., Umarov Z.M., Sulaymonova N.J. Effect of perinatal indicators on fetal breech.....	49
6. Ким В.С. Анализ клинических проявлений и особенности родоразрешения пациенток с COVID 19 Kim V.S. Analysis of clinical manifestations and significance of patients with COVID 19.....	53
7. Ким В.С. Материнские и перинатальные исходы у пациенток с COVID 19 Kim V.S. Maternal and perinatal outcomes in patients with COVID 19.....	56
8. Умаров З.М., Каттаходжаева М.Х., Сафаров А.Т. К вопросу о тактике ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода Umarov Z.M., Kattakhoeva M.Kh., Safarov A.T. On the tactics of management of deliveries in breech presentations.....	58



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616.6.98-079.4

Шодмонова Зебинисо РахимовнаКандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан**Батиров Бехзод Амиджанович**Ассистент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

СТРИКТУРА УРЕТРЫ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Shodmonova Zebiniso Rahimovna, Batirov Behzod Amindjanovich Stricture of Urethra: Modern approach to the problem Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 30-34


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-7>
Shodmonova Zebiniso RahimovnaCandidate of Medical science, Docent
Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.**Batirov Behzod Amindjanovich**Assistant Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.

STRICTURE OF URETHRA: MODERN APPROACH TO THE PROBLEM (LITERATURE REVIEW)

Shodmonova Zebiniso RahimovnaTibbiyot fanlari nomzodi, Dotsent
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston**Batirov Behzod Amindjanovich**Assistent Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston

URETRA STRIKTURASI: MUAMMOGA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Уретра стриктураси (УС) бу эркаклар орасида кенг тарқалган касаллик булиб, мураккаб урологик патология хисобланади. Сунги ун йилликда ушбу касаллик билан огриган беморлар сони тез ушиб бормокда ва беморларнинг ёшига мувофиқ холда умумий популяцияда 0,6% дан 0,9% гача узгариб туради. S.V. Zhou ва хаммуаллифларнинг маълумотларида 45 ёшдан катта булган эркакларнинг 46,51%ида уретра стриктурасининг асосий сабаби трансуретрал операциялар оқибати эканлиги келтирилган (21).

УС борасида олимларнинг фикрлари турлича. Энг оддий ва кенг тарқалган тушунча бу - сийдик канали деворининг

яллигланиши ёки травматик шикастланиши оқибатида чандикли торайиши демакдир (6,3,9). Бирок бу «тушунча» ни биз бутун сийдик каналига нисбатан ишлата оламизми, ёки уретранинг факатгина маълум бир қисмига тегишлими? Келиб чиқишига кура шикастланишларнинг қайси турини (тугма ёки орттирилган) стриктура деб аташ тугри булади? Ушбу саволларга жавоб топиш мақсадида биз УС га оид адабиётлардаги маълумотларни мукамал урганишни лозим топдик.

Агар биз уретра стриктурасининг тарихига назар соладиган булсак Д.Ж.Петров (1862) биринчилардан булиб ушбу термин

хакида: “Уретра деворининг (махаллий огрикли азобланиши) зарарланиши сабабли унинг тешигини торайиши ва сийдик чиқилишининг (тусик хисобига) кийинлашувиدير” дея таъриф берган (10). Р.М. Фронштейн (1934) эса: “Уретра стриктураси сийдик канали деворининг органик узгаришлари оқибатида унинг нормал тешигининг торайиши” дир деб тушунтиради (11). А.Б.Ага (1951) фикрига кура “Уретра ва уни ураб турган спонгиоз тананинг узун ёки киска масофадаги чандикланиши хисобига, (тугма аномалия эмас) унинг тешигининг торайишидир” дея талкин килади (12).

G.H. Jordan va S.M. Schlosberg «уретра стриктураси» терминини фақатгина олд уретранинг чандикланишига нисбатан ишлатиш тугри булади деб хисоблайди. Л.А.Кудрявцевнинг фикрича эса, УС деганда, сийдик каналининг орттирилган травматик чандикли кисилиши (стеноз) тушунилади, колган холатларда «торайиш» (сужение) дейиш тугри булади деган фикрни билдиради (32).

Халқаро урологлар жамиятининг етакчи мутахассислари Халқаро урологик кенгашининг SIU, ISUD, (2014) таърифига кура: «Уретра стриктураси» спонгиофиброз ривожланиши натижасида сийдик йулининг говаксимон тана билан уралган хар кандай кисмининг патологик торайиши» тушунилади (J.M.Xatini).

Россияда, жумладан бизнинг мамлакатимизда энг куп кулланиладиган тушунча - М.И. Коган таърифига кура: “УС бу сийдик йулларининг полиэтиологик сабабларга кура зарарланиши булиб, пастки сийдик йуллари симптомлари билан бирга кечадиган касалликдир”(28). Сунги пайтларда, патогенезининг узига хос хусусиятлари ва кайталанишга (рецидив) мойиллиги сабаб, урология амалиётида УС билан бир каторда “ Уретранинг стриктура касаллиги” атамасини хам ташхис сифатида кулланилмоқда.

2014 йилда нашр этилган SIU,ISUD курсатмаларида уретранинг торайиши билан боглик тушунчалар ва таърифларга янада аниқликлар киритилган. Масалан: “Уретра стриктураси” ва “Уретранинг стриктура касаллиги” атамаси фақат говаксимон тана билан уралган сийдик каналининг олд кисмининг торайишини англатади. Тос суяги синиши билан боглик булмаган, орка уретранинг торайишини эса “стеноз” деб аташ тавсия килинган. Шунингдек, простатэктомиядан сунги торайишларни хам везикоуретрал анастомоз “стенози” дейиш хам тугри булади. Шундай килиб, хозирги вақтда орка уретра стриктураси ёки ковок буйинчаси стриктураси атамалари хам амалиётда фойдаланиш учун тавсия этилмайди (19,20).

Этиологияси: Одатда, уретра стриктураси ривожланишига олиб келувчи хавф омилларига куйидагилар киради: қарилик, ананезидан жинсий йуллар оркали юктирилган инфекциялар, простата беши саратонини радикал ёки радиацион даволадан кейинги асоратлар ва х.к. (1,7). Аммо бугунги кунда урология амалиётида трансуретрал муолажалар ва оператив аралашувлар абсолют нисбатининг кескин ошаётганлиги сабаб, сийдик каналининг ятроген стриктурасининг учраши хам купаийб бормоқда (34).

Хатто инсонларнинг географик, социал-иктисодий статусларидан келиб чиқиб, уретра стриктурасининг сабаблари, локализацияси фаркли равишда турлича булиши мумкин. Масалан: ривожланган мамлакатларда эркакларда уретра стриктураси келиб чиқилишининг асосий сабаблари ятроген булса, ривожланаётган давлатларда эса травматизация хисобланади. Бунга: D.M.Stein ва хаммуаллифларнинг 2013йилда Италияда (1646 нафар), АКШда (228 нафар) ва Хиндистонда (715 нафар) уретра стриктураси сабабли даволанган жами 2589 беморларда утказилган ретроспектив тахлиллар натижаси мисол була олади (12). Яъни 1-гурухда (Италия ва АКШда) ятроген шикастланишлар 35%, 2-гурухда (Хиндистонда) 16% ни ташкил этган. Локализацияси буйича 1-чи гурухда уретранинг пенил кисмида торайиши 27%, 2-чисида 5%, орка уретра стриктураси 34% ва 9% мос холда учраши аниқланган. S. Tritscher ва хаммуаллифлари томонидан утказилган мета анализларда эса, ятроген омилар 45% холларда (трансуретрал муолажалар ва узок вақт давомида уретрал катетер билан юрганлиги сабабли) ривожланганлиги аниқланган.

М.А. Коган ва хаммуаллифларининг фикрича эса, бу курсаткич 17,7% ни ташкил этади (83,86,88). M.Lazzer ва хаммуаллифлари () 2303 нафар беморларнинг 38,8% ида ятроген этиологияли уретра стриктурасини (ЯУС) аниқлашган (34).

Бир гурух Италиялик олимлар томонидан, 1439 нафар бемордан иборат катта гуруҳда, сийдик канали торайишларининг локализациясига кура утказилган ретроспектив тадқиқотларда, беморларнинг купчилигида 92,2% олд уретранинг стриктураси аниқланган, шундан 46,9%- сийдик каналининг бульбоз кисмига, 30,5%- спонгиоз кисмига тугри келади, спонгиоз ва бульбоз - 19%, бутун сийдик йуллари торайиши 4,9% ни ташкил килган (5).

Бизга маълумки, утган асрда уретра торайишларининг 90% дан ортиги даволанмаган гонорея натижасида юзага келган. Аммо хозирги вақтда эса, яъни антибиотиклар асрида, самарали даволаниш тугайли гонококк инфекциясининг УС сабаби сифатида ахамияти йук. Бугунги кунда яллигланишли торайиш купинча лихенсклерози ва гонококкли булмаган уретрит билан богликдир. ЯУС эса тиббийг юкори даражада ривожланган мамлакатларда куп учраши кузатилмоқда. Касалликнинг ошишига сабаб, шубҳасиз, урология амалиётида минимал инвазив трансуретрал эндоскопик операцияларнинг кенг кулланилишидир. Катетеризация, цистоскопия, айникаса, асбоб диаметри сийдик каналининг диаметрига тугри келмаса, шиллик каватнинг шикастланишидан ташқари, уларда сикилиб зоналари ва сийдик йулларининг ишемияси шаклланишига олиб келади, бу эса уз навбатда торайишларга сабаб булади (7).

Маълумки қариялар ва кекса ёшдаги эркакларда энг куп учрайдиган урологик касалликлардан бири простата безининг хавфсиз гиперплазиясидир (ПБХГ) (8). Хозирги вақтда ПБХГ ни даволашда умумий қабул килинган «олтин стандарт», бу простата беши трансуретрал резекцияси(ПБТУР) ва унинг турли хил модификациялари кулланилмоқда (35). Бунинг оқибатида эса, кулгина муаллифларнинг гувоҳликларига кура, уретра стриктураси, облитерацияси ёки сийдик пуфаги буйинчасининг склерози, аденомэктомиянинг кечки асоратлари сифатида келиб чиқилиши кузатилмоқда. Нозология нуктаи назаридан бу утказилган аденомэктомия операциясининг оқибатлари хисобланади. Яъни катта хажмдаги аденомани олиб ташлаш вақтида уретранинг орка кисми ёки сийдик пуфаги буйинчаси структурасининг бутунлиги бузилиши сабабли туқималар зарарланади, бу эса кейинчалик ковок буйни ёки уретранинг простата кисмининг операциядан кейинги стриктурасини хосил килади. Ушбу асоратларни ятроген деб аташ мумкин эмас, чунки аденомэктомия операцияси бажарилиши пайтида уретра туқимасининг шикастланиши даражасига боглик узгаришлардир. Кечки обструктив асоратлар аденомэктомия асоратларининг мухим кисмини ташкил килади. УС шулар жумласидан булиб, сийишнинг бузилишига олиб келади ва узок муддатли даволанишни талаб килади. Айрим холларда эса уретранинг орка кисмида ва ковок буйинчасида жаррохлик аралашувларини хам талаб килади. Жаррохликдан сўнги даврда уретра стриктурасининг шаклланиши бир неча йил давом этиши мумкин, аммо кўпинча дастлабки 6 ой ичида ривожланади. Аденомэктомиядан сўнги стриктуранинг сабаби уротелий ва унинг остидидаги спонгиоз тананинг бевосита шикастланиши оқибатида юзага келади. Бунда жароҳат инструментлар катетер, резектоскоп оркали ёки иккиламчи уретрит ривожланганлиги сабабли чиқилиши мумкин.

Патогенези: Уретра стриктурасининг патогенези асосида сийдик канали эпителийсининг ва унга тегиб турган говаксимон тана туқималарининг яси хужайрали метаплазияга учраши, уретра туқимасининг хужайрадан ташқари матрицасидаги узгаришларга ва спонгиофибрознинг ривожланиши хисобига торайиши ётади. Уретра деворининг нормал бириктирувчи туқимаси зич толали туқима билан алмашинади. Ушбу узгаришлар спонгиоз танадаги силлик мушак туқималари ва коллаген толаларнинг камайишига сабаб булади. Натижада азот оксиди синтези камайиб уретра туқимасининг гипоксияси кучаяди ва чандикланиш жарабнининг прогрессивлишига олиб келади.

Таснифи: Бугунги кунда уретра стриктураси касаллигининг ягона ва умумий қабул килинган таснифи мавжуд эмас, бу эса

клиницистларга амалиётда баъзи бир муаммоларни келтириб чиқариши мумкин. Адабиётларда ёзилишича, хорижда купрок касалликнинг этиологиясига асосланган уретра стриктурасининг клиник градациясини курсатувчи G. Bargbali (2000й) классификацияси кулланилади (3,4,22,24)

1988-йилда J. Mc Aninch томонидан ультратовуш текшириш усуллари клиник амалиётга жорий этилиши билан олинган уретро сонограммаларнинг натижаларига кура сийдик канали торайиш даражасига қараб уретра стриктурасининг таснифи таклиф қилинди (2,36). Россияда, шу жумладан бизнинг республикамизда ҳам М.И. Коган таснифи купрок амалиётда кулланилади.

МКБ -10 буйича уретра стриктурасининг этиологик омилларига кура куйидаги турлари тафовут қилинади:

N35,0 Уретранинг посттравматик стриктураси.

N35,1 Уретранинг постинфекцион стриктураси.

N35,8 Уретранинг бошқа стриктураси.

N38,9 Уретранинг идиопатик стриктураси.

Клиникаси: Ушбу касалликнинг клиник намоён бўлиши уретра диаметрини торайганлик даражасига бевосита боғлиқ бўлади. Уретрасининг тешиги 3 -5мм (10-16Ch) гача торайган беморларда купинча сийишида босимнинг пасайганлиги, ингичка оқим билан кучаниб сийиш, тез-тез сийиш, қовукнинг тулик бушамаслик хисси, айрим ҳолларда сийдикнинг тутилиши ва қовук соҳасидаги огрикнинг сийиш пайтида ёки ундан сунг пайдо бўлиши каби шикоятлар қузатилади. Анамнезида сийдик йуллар инфекцияси, простатит, эпидидимит, сийдик- тош касаллиги қайд этилган беморларда уретранинг стриктура касаллиги парауретраль абсцесс ёки окмалар каби асоратлар ривожланиши билан бирга келиши мумкин (13,14).

Диагностикаси: УС булган беморларни текшириш, даво усулини режалаштириш айникас, беморларни операцияга таёрлаш тугрисидаги маълумотлар замонавий адабиётларда етарлича ёритилган (20,22,32).

Стандарт текшириш усуллари сифатида бугунги кунда одатий урологик скрининг усуллардан фойдаланилади: ретроград уретрография, микцион цистоуретрография бажариш орқали сийдик каналининг торайган соҳаси (локализацияси), унинг узунлиги, утувчанлиги аникланади. Ушбу текшириш усуллари юкори даражадаги сезгирлик (75-100%) ва специфик (72-97%) хусусиятга эга бўлишига қарамадан 2та камчилиги мавжуд: бу биринчидан, беморни қийшайтириб ётқизганда уретранинг ¾ қисми проекцион узгариши ҳисобига торайган соҳа узунлигини тугри баҳолай олмаслик ва натижада нотугри жаррохлик усули танланишига сабаб бўлиши мумкин; иккинчидан, ретроград уретрография спонгиоз фиброз узунлиги ва чуқурлигини аниқлаш имконини бермайди, бу эса даво тактикасини танлашда жуда муҳим омиллардан бўлиб ҳисобланади.

Яна шуни эътиборга олишимиз лозимки, уретрография натижаларини интерпретациясида инсон омили, яъни рентгенолог ёки урологлар томонидан ҳар хил талқин қилиш ҳолатлари ҳам қузатилади. Масалан: J.R.Eswara ва ҳаммуаллифлари (2014) олган маълумотларга кура, Вашингтоннинг Стенфорд ва АКШ нинг Шимолӣ гарбий университетларида фаолият олиб бораётган 60 нафар уролог ва нур диагностикаси буйича мутахассисларига 10 та уретрограммани баҳолашни таклиф қилишган. Шунда ретроград уретрограммаларни ва микцион цистоуретрограммаларни 31 рентгенологдан 18 нафари (58%) ва 29 урологдан 19 нафари (65%) тугри талқин қилишган (15).

Бошқа бир тадқиқотда эса, Канадалик урологлар томонидан уретропластика утқазилган 397 нафар беморларнинг уретрограммалари рентгенологлар томонидан таҳлил қилинганда факатгина 49% ҳолатда рентгенограммаларнинг адекват, яъни операция пайтида аниқланган ҳолатга мос маълумотларни аниқлашган. Беморларнинг 13% да эса, ҳатто сийдик каналининг торайиши ҳақида умуман маълумот берилмаган (16).

Уретроскопия сийдик чиқариш каналининг торайиш даражасини аниқлашга ёрдам берадиган асосий усуллардан бири бўлиб ҳисобланади. Супрапубик фистула мавжуд бўлганда, баъзида торайишнинг проксимал чегарасини ва сфинктер аппарати

ҳолатини аниқлаш учун фиброцистоуретроскопиядан фойдаланиш тавсия этилади. Уретроскопиянинг диагностика киймати тугрисида 2014 йилги SIV ICUD тавсияларида қуйидагилар курсатилган:

-Уретроскопия уретра стриктурасини аниқлашнинг энг узига хос специфик усули сифатида тавсия этилган (далиллик даражаси 4А).

-Уретроскопия - олд уретра торайишларини ташхислашда бошқа текширишларнинг натижалари ноаниқ талқин қилинганда ёрдамчи восита сифатида тавсия этилади (далиллик даражаси 3В).

1980-йилларнинг урталаридан бошлаб J.W.Mc Anich томонидан таклиф қилинган соноуретрографиянинг пайдо бўлиши тадқиқотчиларда қатта қизиқиш уйғотди (17). Ушбу усулнинг уретранинг торайишини аниқлашга нисбатан сезгирлиги 66-100%гача, узига ҳослиги эса 97-98% ни ташкил қилади. Афсуски, ушбу тадқиқотни амалга ошираётганда, стриктура узунлигини аниқлашнинг аниқлиги 3-5см билан чекланади (36). Шунингдек, ушбу усулнинг камчиликлари шартли равишда текширишни олиб борувчи шифокорнинг уни амалга ошириш методологиясига ҳамда олинган маълумотларни талқин қилишда ҳам юкори малакага эга бўлиши билан бевосита боғлиқ бўлади (19).

Кейинчалик эса, Мауо клиникасининг олимлари В. Kim, А. Kawashima ва А. J. Le Roy лар ҳам эрақлар уретраси патологиясини аниқлашда магнит-резонансли уретрографиянинг - соноуретрография ва ретроград уретрографияга, ҳатто КТга ҳам, нисбатан купрок информатив аҳамиятга эгаллигини исботлашган (23).

Айникас, Ростов ДМУнинг урологлари томонидан охириги 10 йилликда олиб борилаётган илмий изланишлар асосида уретранинг стриктура касаллигида динамик магнит-резонансли ретроград ва антеград спонгиозуретротомографияни куллашда олинган маълумотлар аниқлиги жиҳатидан морфологик текширишлар натижаси билан деярли бир хил эканлиги аниқланди.

Демак, келтирилган маълумотлар шуни курсатадики, магнит – резонансли уретротомография усули УС (узунлиги, локализацияси, чуқурлиги ва спонгиоз фиброз даражасини) аниқлашда энг перспектив самарали усуллардан бири бўлиб, тугри ва сифатли даволаш усулини режалаштиришда муҳим роль уйнайди. Муаммо, ушбу текшириш усулининг қимматлилиги, стандарт баённомаларга киритилмаганлиги сабабли бугунги кунда амалиётда куллашнинг чегараланганлигидадир.

Уретра стриктурасини ташхислашда пастки сийдик йуллари обструкциясининг даражасини баҳолаш алоҳида аҳамият касб этади. Яъни, ҳар бир беморда урофлоуметрия текшириши утқазилиши, IPSS, QoL ва МИЭФ-5 суровномалари улар томонидан тулдирилиши лозим бўлади. Ушбу текшириш усуллари асосий бўлиши билан бирга, (умумий стандартларга киритилмаган бўлсада), операциядан кейинги даврда мониторинг қузатувлар олиб боришда муҳим аҳамиятга эга ҳисобланади.

Даволаш: Хаммага маълумки, яқин кунларгача уретра стриктурасини даволашда “хирургик пиллапоя” принципига амал қилинарди. Яъни, режалаштирилган ҳар қандай очик усулдаги мураккаб операциялардан олдин, албатта бужлаш орқали уретранинг торайган жойини кенгайтириш, кейин эса ички оптик уретротомия операцияларини утқазилар эди. Агарда натижа бўлмаса, очик усулдаги операциялар бажарилар эди. Хозирги пайтда эса бундай ёндашув эскирган ҳисобланади.

Умуман олганда УС даволаш усуллари 2 та қатта гуруҳга бўлиш мумкин: эндоуретрал ва очик операцияларга. Қадимдан ҳам, самарадор бўлмасада (10%), урология амалиётида (то хозирги кунгача) кенг кулланилиб келинаётган бужлаш (дилатация) усули камхаржли, амбулатор шароитда ҳам бемалол барча беморларда бажарса бўлади, оддий даволаш турларидан бўлсада, рецидивланиши юкори, асоратларининг куп учраши сабабли ушбу даволаш усулини куллашда курсатмалар чегараланган (34).

Замонавий тавсияларга кура, уретранинг бульбоз қисмининг ягона, қиска, стриктурасида ($\leq 1\text{cm}$) спонгиоз фиброз жудаям ривожланмаган ҳолларда, худди бужлаш сингари, ички оптик уретротомия (ИОУТ) усулини «совук пичок» ёки турли лазерлар, (диод, неодим, гольмий) ёрдамида биринчи қатор даволаш усуллари сифатида куллаш мумкин ҳисобланади. АКШда хозирги

кунда 20% урологлар уретра стриктурасини даволашда лазерли технологиялардан фойдаланмоқдалар. Аммо, бу усулни бажаришга куп сарф-харажат талаб қилиниши ва даволашнинг натижасига кура (ИОУТ) билан қарийиб бир хил самарадорликка эга булганлиги сабабли кенг куллашга тавсия этилмайди (26).

XX асрнинг 70-йилларидан бошлаб касалликнинг рецидивланишини камайтириш мақсадида чандик соҳасига, антиколлаген ва антифибробласт препаратларини операция пайтида уретранинг шиллик ости каватига юбориш тавсия қилинган (23). Ушбу мақсадда стероид препаратларни, цитостатиклар, глюкокортикоидлар, 2-тип циклооксигеназа ингибиторларини амалда кулланилганида, самарадорликнинг сезиларли даражада ошиши кузатилмаган (27, 28, 29).

Олимлар томонидан ички оптик уретротомия билан бирга уретрал стентларни куллаш масаласи ҳам интенсив равишда урганилган. Аммо, асоратларнинг куп учраши (оралик соҳасидаги огрик, чандикланиш, стентнинг миграцияси, тош билан қопланиши, сийдикни туюлмаслик, инфирланиш ва х.к.) оқибатида ушбу усул урология амалиётида бутунги кунда кенг кулланилмайди (30, 31).

Шундай қилиб, замонавий тавсияларга кура, уретранинг спонгиоз фиброз унчалик ривожланмаган, бульбар қисмида жойлашган, узунлиги ≤ 1 см булган торайишларида бужлаш ёки ички оптик уретротомия даволашнинг илк босқичида амалга оширилиши мумкин (32).

Аммо, айрим кучсизланиб қолган ёки радикал оператив даволанишдан бош тортган беморларда эса ушбу эндоуретрал муолажалар паллиатив даволаш усули сифатида мунтазам кулланилиши мумкин. Ушбу эндоуретрал даволаш усулларининг самарадорлиги 10-35% дан юқори булмасда, купчилик урологлар (худди хорижий давлатлардаги сингари) бизда ҳам, ундан воз кечишга шошилаётганликлари йук. Яна шуни таъкидлаш лозимки, айрим муаллифларнинг фикрича, эндоскопик усулларнинг асосиз равишда, кенг кулланилиши, очик уретропластикага курсатмаларни эътиборга олмаслик, келажакда олд уретранинг ҳам зарарланишига, ҳамда касалликнинг янада авж олишига сабаб булиши мумкин (33).

Бутунги кунда стриктура касаллигини даволашда очик усулда утказиладиган реконструктив хирургик операциялар сезиларли даражада самарадорликка эга ҳисобланади. Яъни, ушбу операциялардан сунг асоратларнинг кам кузатилиши ва беморларда узок муддатли коникарли натижаларни куришимиз мумкин.

Аммо, 100 йилдан ортик вақт давомида анастомозли уретропластика амалга оширилаётганига қарамай, шу кунгача ушбу турдаги жаррохлик даволашлари буйича истикболли ёки рандомизациялашган тадқиқотлар утказилмаган. Барча ҳужжатлар ретроспектив қогорт характердаги тадқиқотлар ҳисобланади. Аксарият эксперт мутахассисларнинг фикрига кура анастомозли уретропластика учун курсатма бу: -узунлиги 2-3 смдан ошмайдиган уретранинг бульбоз қисмини торайишларида уринли ҳисобланади. Уретранинг пенил қисми торайишида эса анастомозли операциялар тавсия этилмайди, чунки жинсий олат қискариб ва эгрилик юзага келиши хавфи юқори ҳисобланади. Анастомоз пайтида резекция қилинган уретранинг кирралари ута мос булиши керак, бу эса рецидивланиш хавфини сезиларли даражада камайтиради (34,35)

Адабиётлар тахлили шуни курсатадики, анастомозли уретропластика 90% дан ортик ҳолларда муваффақиятли булади (20). Уретра кирраларининг спатулятциясини тугри бажариш унинг кирраларининг чузилишини тахминан 1,5смга оширади. Шунинг учун чегараланган ҳолатлар (стриктура 2,5-3см узунлик) да, булганда, узайтирувчи анастомозлаш усулидан ёки уретра аугментациясидан фойдаланиш яхши натижа беради (28).

Уретропластиканинг асосида сийдик каналини торайган қисмини бошқа туқима ямоғи билан қисман ёки тулик алмаштириш концепцияси ётади. Турли хилдаги уретропластика

усулларининг куплигига қарамай, ушбу операцияларни 3 гуруҳга булиш мумкин.

1. Узайтирувчи уретропластика (уретра аугментацияси, анастомоз билан уретра аугментацияси).
2. Босқичли уретропластика.
3. Найчали ямоғли уретропластика.

Пластик материал сифатида эркин (озиклангирувчи оёқчада) ямоқлардан фойдаланилади. Эркин ямоқлар одатда «Graft» (трансплантат) деб аталади ва жаррохлик эса «Grafting» (трансплантация, оёчали «Flap», «Flaring» транспозиция атамаси кулланилади. Ушбу иккала усул ҳам сийдик каналини узайтириш учун ишлатилади. Эркин ямоқлар (Graft) сифатида оғиз шиллик кавати (буққал ва тил ямоғи) кенг кулланилади. Камдан-кам ҳолатларда олат терисидан ва кертмагидан олинган оёқчали ямоқлардан фойдаланилган. Аммо кейинги пайтларда скротал теридан фойдаланиш, унинг таркибида соч фолликулалари борлиги сабабли, умуман кулланилмайди.

Уретропластикада оғиз муқозасининг ямоғини куллаш биринчи бўлиб рус олими К.М. Сапезко томонидан (1894) йилда тақлиф этилган (25). Дунёнинг етакчи мутахассисларининг фикрига кўра, лунжнинг (буққал) шиллик кавати субэпителиал қон томирлар тармоғининг яхши ривожланганлиги, мустаҳкам ва эластик хусусиятларга эгаллиги, донорлик соҳасининг инфекцияга чидамлилиги ва юқори регенератив қобилияти мавжудлиги сабабли уретрага трансплантация қилиш учун энг идеал пластик материал ҳисобланади (19, 26).

Замонавий урология амалиётида, уретропластика соҳасининг ривожланиш тенденциялари орасида қуйидагиларни ажратиб кўрсатишимиз мумкин:

- амалдаги урологларнинг кўпчилиги буққал ямоғини сийдик каналига трансплантация қилиш учун идеал пластик материал деб ҳисоблаб, оғиз муқозасини трансплантациясини афзал кўришади;
- фасциал тери ямоқларини трансплантациясига қизиқишнинг аниқ пасайиб бораётганлиги;
- тўқима инженерияси маҳсулотларидан фойдаланиш жуда истикболли булиб кўринмоқда;
- анастомозли уретропластиканинг янги турларининг пайдо бўлиши (уретранинг спонгиоз танасини кесмасдан анастомоз қуйиш);

Хулоса: Шундай қилиб, уретра торайишини даволашда сезиларли ютуқларга эришилаётганлигига қарамай, ҳозирда ҳал қилинмаган муаммолар ҳам мавжуд.

УСда торайиш даражасини таххислашнинг замонавий стандартлари спонгиоз фибрознинг чуқурлиги ва узунлигини баҳолашга имкон бермайди, бу эса аниқ операция усулини режалаштиришга ҳам, уретропластика натижаларига ҳам таъсир қилиши мумкин. Шу маънода магнит резонансли уретрография усулини кенг амалиётга жорий этиш истикболли йўналиш деб қаралиши мумкин;

Ҳозирги кунда яратилган эндоскопик инструментлар ёрдамида, аниқ тасаввурга эга булиш имконияти мавжудлиги сабаб, УС да, облитерацияси, ковок буйинчаси стенози ёки торайишида самарадорлиги жиҳатидан очик оператив даволаш усулига альтернатив булган эндоскопик методларнинг кенг кулланилишига олиб келди. Ҳар хил этиологияли уретранинг қиска стриктураларини даволашда, ИОУТ купчилик ҳолатларда бутунлай пластик операцияларнинг урнини эгаллаган десак тугри келади.

А.Т. Мартов, Н.А. Лопаткин (2002й) ларнинг фикрича, оптик уретротомиянинг афзаллиги сийдик каналининг торайган жойини бевосита куз билан куриб, танлаб аниқ кесиш билан бирга, бошқа куллаб содир булиши мумкин булган асоратларнинг ҳам олдини олади, операция қиска вақтда бажарилади. Рецидивланиш ҳоллари кузатилганда эса яна қайта утказиш имкони мавжуд (18).

Демак, урганилган адабиётлар шарҳи шуни курсатадики, беморларда УС ни эрта таххислаш ва даво муолажасини тайинлашда индивидуал ёндашув (персонализация) муҳим аҳамият касб этади.

Адабиётлар руйхати

1. Аляев Ю.Г., Терновой С.К. Григорян В.А., Газимиев М.А., Савельев С.Н., Фоминых Е.В. Современные возможности диагностики стриктур мочеиспускательного канала. Медицинская визуализация. 2004;1:103–111).
2. Andrich D., Atala A., Barbagli G., Cavalcanti A., Kulkarni S., Mangera A., Nakajima Y. et al. SIU/ICUD Consultation on Urethral Strictures: The management of anterior urethral stricture disease using substitution urethroplasty. *Urology*. 2014;83(3 Suppl.): S31–47.
3. Barbagli G., Palminteri E., Guazzoni G., Montorsi F., Turini D., Lazzeri M. Bulbar urethroplasty using buccal mucosa grafts placed on the ventral, dorsal or lateral surface of the urethra: are results affected by the surgical technique? *J Urol*. 2005;174(3):955–57; discussion 957–958.
4. Barbagli G., Palminteri E., Bartoletti R., Selli C., Rizzo M. Long-term results of anterior and posterior urethroplasty with actuarial evaluation of the success rates. *J Urol*. 1997;158(4):1380–1382.
5. А.В. Андрущенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(D) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2003;5:11–18).
6. AbouShwareb T., Atala A. Randomized comparative study between buccal mucosal and acellular bladder matrix grafts in complex anterior urethral strictures. *J Urol*. 2008;179(4):1432–1436.
7. А.Г., Мартов Фахрединов Г.А., Ергаков Д.В. Эндоскопические методы лечения стриктур уретры. Избранные лекции по урологии / Под ред. Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова, М: «МИА», 2008, Гл. 38, С. 488–500.
8. Komura K., Inamoto T., Takai T., Uchimoto T., Saito K., Tanda N., Minami K., Oide R., Uehara H., Takahara K., Hirano H., Nomi H., Kiyama S., Watsuji T., Azuma H. Incidence of urethral stricture after bipolar transurethral resection of the prostate using TURis: results from a randomized trial. *BJU Int*. 2015;115(4):644–652.
9. Fiala R., et al. Porcine small intestinal submucosa graft for repair of anterior urethral strictures. *Eur Urol*. 2007;51(6):1702–1708.
10. Петров Д.Ж. Функциональное состояние детрузора мочевого пузыря после инъекционного введения ботулинического токсина. *1862;V(3):31–36*.
11. Фронштейн Р.М., Григорян В.А., Королева И.М., Филимонов Г.П., Газимиев М.А. Микционная спиральная томография уретры – новый метод визуализации мочеиспускательного канала. 1934; С33-41.
12. Kane C.J. et al. Multi-institutional experience with buccal mucosa onlay urethroplasty for bulbar urethral reconstruction. *J Urol*. 2002; 167(3):1314–1317.
13. Базаев В.В., Шибаяев А.Н. и др. Первый успешный опыт применения буккальной слизистой при пластике протяженной стриктуры мочеоточника. Тезисы докладов в материалах XI съезда урологов России. М., 2007. С. 606–607.
14. Белостоцкий А.М., Смердин С.В., Стерликов С.А. Орга-низационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях. М.. Нью-Терра. 1984. 216 с.
15. Блюмберг Б.И., Фомкин Р.Н., Попков В.М., Бромберг Б.Б. Эффективность высокоинтенсивной сфокусированной ультразвуковой абляции в лечении рака простаты высокой степени онкологического риска. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2013;4(44):55–60.
16. Блюмберг Б.И. Фомкин Р.Н., Попков В.М., Сравнительная оценка послеоперационных осложнений после однократной и повторной HIFU-абляции локализованного рака простаты. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2013; 2: 222–226.
17. Блюмберг Б.И. Фомкин, Р.Н., Глыбочко П.В., Попков В.М., Лечение рака простаты у больных пожилого и старческого возраста высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком. *Клиническая геронтология*. 2011; 9–10: 27–33.