

Impact Factor: 5.878

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990  
www.tadqiqot.uz

# JRHUNR

## JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,  
ISSUE 1

2022

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

№ 1  
2022

---

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  
№. 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 и руководитель клиники акушерства  
и гинекологии при институте клинической  
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic  
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty  
of Medicine, Latvia)

**Зуфарова Шахноза Алимджановна**  
доктор медицинских наук, профессор, директор  
Республиканского центра репродуктивного  
здоровья населения (M.D., Professor, Director  
of the Republican Center for Reproductive Health)

**Агабабян Ирина Рубеновна**  
Кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского  
Государственного медицинского института  
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,  
Samarkand State Medical Institute)

**Зокирова Нодира Исламовна**  
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич**  
доктор медицинских наук, профессор  
Непрерывного медицинского образования  
медицинского института РУДН.

**Негматуллаева Мастура Нуруллаевна**  
доктор медицинских наук, профессор Бухарского  
государственный медицинского института.

**Окулов Алексей Борисович**  
доктор медицинских наук, профессор  
Московского государственного  
медико-стоматологического университета.

**Махмудова Севара Эркиновна**  
доктор философии по медицинским наукам (PhD)  
(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.

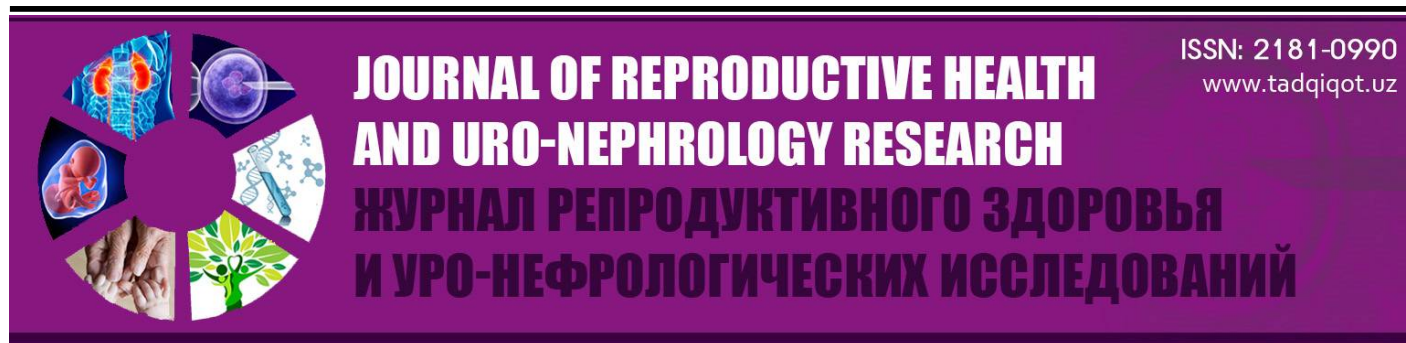
**Никольская Ирина Георгиевна**  
доктор медицинских наук, профессор  
ГБУ МО МОНИАГ.

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

# СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

## ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

<b>1. Аллазов С. А., Турсунов О. Б., Батиров Б. А., Холматов Б. О., Бобокулов Н. А., Хамроев Г. А.</b> ВАРИКОЦЕЛЕ: ВСЕГДА ЛИ ПЛАНОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ / VARICOCELE: IS IT ALWAYS A PLANNED DISEASE / VARIKOTSELE: DOIM HAM REJALI KASALLIKMI.....	6
<b>2. Аллазов С. А., Аллазов И. С., Холматов Б. О., Бобокулов Н. А., Хамроев Г. А., Негматов К.Н.</b> ОБОСНОВАНИЕ СИМУЛЬТАННОЙ ПУЛЬПЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ / RATIONALE FOR SIMULTANEOUS PULPECTOMY FOR PROSTATE CANCER / PROSTATA BEZI SARATONIDA SIMULTANT PULPEKTOMIYANI ASOSLASH.....	10
<b>3. Исанбаева Л. М.</b> ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ / A PROSPECTIVE ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR UTERINE FIBROIDS/BACHADON MIOMASI RIVOJLANISHI UCHUN XAVF OMILLARINING ISTIKBOLL TAXLILI.....	14
<b>4. Назарова Г. Х.</b> ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ/INNOVATIVE METHODS FOR THE DIAGNOSIS OF PROGNOSTIC MARKERS IN THE DEVELOPMENT OF PRE-ECLAMPSIA/PREEKLAMPSIYADA PROGNOSTIK MARKERLARNI DIAGNOTIKA QILISHNING INNOVATSION USULLARI .....	16
<b>5. Негмаджанов Б.Б., Насимова Н. Р., Жалолова И. А., Шамсиева М. Ш.</b> КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С СОХРАНЕНИЕМ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ/CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE WITH PRESERVATION OF SEXUAL FUNCTION/JINSIY FUNKTSIYANI SAQLAB QOLISH BILAN GENITAL PROLAPSANI TUZATISH.....	19
<b>6. Негмаджанов Б. Б., Раббимова Г.Т., Очилова У. Т.</b> ТЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ И РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ / THE COURSE OF VULVOVAGINITIS IN PREGNANT WOMEN AND DIFFERENT APPROACHES IN TREATMENT / HOMILADORLARDA VULVOVAGINITLARNING KECHISHI VA DA'VOLASHDA TURLI YONDASHUVLAR.....	23
<b>7. Негмаджанов Б. Б., Раббимова Г. Т., Омонова П. О.</b> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ / SOME FEATURES OF METABOLIC SYNDROME WHEN THERE IS A SYNDROME OF POLYCYSTOSIS OF THE OVARIES IN THE VAGINA AND UTERUS APLASIA / QIN VA BACHADON APLAZIYASIDA TUXUMDONLAR POLIKISTOZI SINDROMI UCHRAGANDA METABOLIK SINDROMNING AYRIM XUSUSIYATLARI.....	27
<b>8. Негмаджанов Б. Б., Зоирова Н. А., Шавкатов Х. Ш., Раббимова Г. Т.</b> ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВЫПАДЕНИЯ ГЕНИТАЛИЙ И СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ / ETIOPATHOGENESIS, CLINIC, MODERN CLASSIFICATION OF GENITAL PROLAPSE AND MODERN CONCEPTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE DISEASE / GENITAL PROLAPS ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI, ZAMONAVIY TASNIFI VA KASALLIKNI XIRURGIK DAVOLASHDA ZAMONAVIY TUSHUNCHALAR.....	31
<b>9. Нигматулина И. И., Исанбаева Л. М.</b> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ ВЗОМТ У ЖЕНЩИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ / SOME ASPECTS OF THE COURSE AND MANAGEMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE FEMALE GENITAL ORGANS IN WOMEN AT THE PRESENT STAGE / HOZIRGI BOSQICHDA AYOLLARDA JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARINI DAVOLASH VA BOSHQARISHNING BA'ZI JIHATLARI .....	34
<b>10. Раббимова Г. Т., Жумагелдиева Ю.Ш.</b> ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН / EXAMINATION AND TREATMENT OF ACUTE FATTY HEPATOSIS IN PREGNANT WOMEN / HOMILADOR AYOLLARDA O'TKIR YOG'LI GERATOZNI TEKSHIRISH VA DAVOLASH.....	38
<b>11. Юсупова Д. О., Матякубова С. А., Палванов Т. М.</b> ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТРОФОБЛАСТА У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ / BACKGROUND DISEASES OF TROPHOBLAST IN WOMEN WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY / RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADOR AYOLLARDA TROFOBLASTNING FON KASALLIKLARI.....	41




УДК 616.65

**Аллазов Салах Аллазович**  
 Доктор медицинских наук, профессор  
 Самаркандский Государственный  
 Медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
**Аллазов Искандар Салах оглы**  
 Резидент магистратуры  
 Самаркандский Государственный  
 Медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
**Холматов Бахтиёр Оразович**  
 Заведующий отделением  
 Самаркандская многопрофильная  
 областная больница, Самарканд, Узбекистан  
**Бобокулов Нурулло Асадович**  
 Ассистент Самаркандский Государственный  
 Медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
**Хамроев Гулом Абдуганиевич**  
 Ассистент Самаркандский Государственный  
 Медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
**Негматов Комилжон Нозим угли**  
 Резидент магистратуры Ташкентская медицинская  
 академия, Ташкент, Узбекистан

#### ОБОСНОВАНИЕ СИМУЛЬТАННОЙ ПУЛЬПЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

**For citation:** Allazov Salakh Allazovich, Allazov Iskandar Salax o'g'li, Kholmatov Bakhtiyor Orazovich, Bobokulov Nurullo Asadovich, Khamroev Gulom Abduganievich, Negmatov Komiljon Nozim o'g'li, Rationale for Simultaneous Pulpectomy for Prostate Cancer, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, vol. 3, issue 1, pp. 10-13

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6426566>

**Allazov Salakh Allazovich**  
 Doctor of Medical science, Professor  
 Samarkand State medical institute  
 Samarkand, Uzbekistan  
**Allazov Iskandar Salax o'g'li**  
 Master's Resident Samarkand  
 State medical institute  
 Samarkand, Uzbekistan  
**Kholmatov Bakhtiyor Orazovich**  
 Assistant Samarkand State medical institute  
 Samarkand, Uzbekistan.  
**Bobokulov Nurullo Asadovich**  
 Assistant Samarkand State medical institute  
 Samarkand, Uzbekistan.  
**Khamroev Gulom Abduganievich**  
 Assistant Samarkand State medical institute  
 Samarkand, Uzbekistan  
**Negmatov Komiljon Nozim o'g'li**  
 Master's Resident  
 Tashkent Medical Academy  
 Tashkent, Uzbekistan

**RATIONALE FOR SIMULTANEOUS PULPECTOMY FOR PROSTATE CANCER  
(LITERATURE REVIEW)****Allazov Salax Allazovich**Tibbiyot fanlari doktori, professor  
Samarqand davlat tibbiyot instituti,  
Samarqand, O'zbekiston**Allazov Iskandar Salax o'g'li**Magistratura rezidenti  
Samarqand davlat tibbiyot instituti,  
Samarqand, O'zbekiston**Kholmatov Bakhtiyor Orazovich**Assistent Samarqand davlat tibbiyot instituti,  
Samarqand, O'zbekiston**Bobokulov Nurullo Asadovich**Assistent Samarqand davlat tibbiyot instituti,  
Samarqand, O'zbekiston**Khamroev Gulom Abduganievich**Assistent Samarqand davlat tibbiyot instituti,  
Samarqand, O'zbekiston**Negmatov Komiljon Nozim o'g'li**Magistratura rezidenti  
Toshkent tibbiyot akademiyasi,  
Toshkent, O'zbekiston**PROSTATI BEZI SARATONIDA SIMULTANT PULPEKTOMIYANI ASOSLASH  
(ADABIYOTLAR TAHLILI)**

**Актуальность.** Рак предстательной железы (РПЖ) в настоящее время остается одним из самых актуальных заболеваний в онкоурологии. Его выявляемость ежегодно возрастает, что связано с постоянным совершенствованием ранней диагностики. Средний уровень заболеваемости РПЖ в мире составляет 25,3 на 100 тысяч населения [Nelen V. 2007.]. В России сохраняются высокие показатели выявляемости РПЖ на поздних стадиях: на III стадии - у 34,9-37,6 % и на IV -V 18,5-19,7 % пациентов [Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В.2009 г], что не позволяет в полной мере применять радикальные методы лечения. В настоящее время основным методом лечения является антиандрогенная медикаментозная терапия. В связи с высокой стоимостью препаратов в клинической практике широко применяется и хирургическая кастрация. Не определены медико-юридические основы пульпэктомии, т.е. хирургической кастрации при раке простаты.

Удаление обеих яичек целиком, может привести к стрессу у некоторых пациентов, в связи с чем возникает необходимость разработки медико-правовых аспектов данной проблемы.

Орхизэктомия способствует контролю за ходом заболевания и сокращению его симптомов примерно в 90% случаев.

Рак предстательной железы по-прежнему актуален во всей совокупности проблем, о чем свидетельствуют многочисленные конгрессы по его диагностике и лечению (1-4). Это заболевание представляет собой сложную проблему современной медицины, являясь наиболее частой патологией среди опухолей мочеполовой системы (5). Улучшение условий жизни и связанное с этим увеличение ее продолжительности в развитых странах ведет к старению населения, а следовательно, и к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями; РПЖ в этом не является исключением. В 2010 году в РФ зарегистрировано 26268 новых случаев РПЖ (6). Ежегодно в мире диагностируется около 500 тысяч случаев РПЖ (7). Рост заболеваемости раком предстательной железы достигает 3% за год, что позволяет прогнозировать удвоение числа регистрируемых случаев к 2030 году (8). В связи с распространенностью процесса менее чем 50% больных удается провести радикальное лечение, и это ведет к росту показателя инвалидизации и снижению качества жизни. Пик заболеваемости приходится на 6-7 десятилетия жизни. У многих мужчин в этом возрасте имеются сопутствующие заболевания, что не позволяет провести радикальное хирургическое вмешательство.

Альтернативными методами служат лучевая терапия или ее сочетание с гормональной терапией. Среди всех гормонально-зависимых опухолей РПЖ является наиболее чувствительным к гормональным воздействиям (9,13).

В связи с особенностями клинического течения от 60 до 80% больных РПЖ при первичном обращении имеют распространенные формы заболевания. Несмотря на то, что ГТ эффективно устраняет симптомы заболевания у больных метастатическим РПЖ, до сих пор нет убедительных данных о влиянии ГТ на продолжительность жизни (9). Рост, пролиферация и развитие клеток ПЖ в значительной мере зависят от андрогенов. Тестостерон непосредственно не является причиной возникновения РПЖ, но играет существенную роль в регулировании механизма роста и развития опухолевых клеток (12). Выбор методов лечения местно-распространенного и диссеминированного РПЖ и их последовательность зависят от общего состояния больного и чувствительности опухоли к тому или иному воздействию. Основные направления в лечении местно-распространенного и распространенного рака простаты: патогенетический, циторедуктивный, симптоматический. Суть лечебных мероприятий состоит в максимальном снижении концентрации эндогенного тестостерона – так называемой андрогенной блокаде. При распространенных формах заболевания пациентам проводятся различные варианты медикаментозной гормональной терапии. Идеальная терапия рака предстательной железы включает блокаду действия андрогенов на клеточном уровне предстательной железы, что реализуется снижением связывания дигидротестостерона с ядерным рецептором при конкурентном торможении или снижении концентрации цитоплазматического рецептора андрогенов. Орхидэктомия является эффективным методом снижения в крови основного биологического активного андрогена – тестостерона, но не оказывает действия на продукцию адренальных андрогенов. Хирургическая кастрация до сих пор считается «золотым стандартом» при проведении антиандрогенной терапии (2,15). Удаление яичек, являющихся основным источником андрогенов, приводит к значительному уменьшению уровня тестостерона и вызывает гипогонадное состояние, хотя незначительный уровень тестостерона остается (кастрационный уровень). Билатеральная орхизэктомия – легко выполняемая хирургическая операция, которая проводится под местной анестезией и практически не

имеет осложнений. Это быстрый (менее 12 часов) способ достигнуть кастрационного уровня тестостерона. Стандартным кастрационным уровнем считается уровень <20 нг/дл (10). Основным недостатком метода является негативный психологический эффект. Необратимость хирургической кастрации является препятствием для проведения интермиттирующей терапии. Сокращения опухоли на 50-70% можно достичь при проведении гормональной терапии (2). Большинство исследователей подтверждают, что реакцию организма и простаты можно определить доступными методами: по объективному уменьшению опухоли, сокращению уровня циркулирующего ПСА или просто по улучшению показателей качества жизни, таких как боль, аппетит, повышение трудоспособности. Несмотря на то, что кастрация приводит к снижению уровня тестостерона на 95%, андрогены, синтезируемые надпочечниками, продолжают метаболизироваться в ДГТ в ткани ПЖ, стимулируя рост и пролиферацию клеток. Действие андрогенов надпочечников может блокироваться применением антиандрогенов после хирургической или медикаментозной кастрации, что называют МАБ. При всей эффективности антиандрогенной терапии, являющейся в своей основе паллиативной, она способна остановить рост раковых клеток, изменить биологический потенциал опухоли, приостановить процессы дальнейшего метастазирования, «снизить» стадию опухолевого процесса. За последние годы, благодаря внедрению в клиническую практику новых методов диагностики (ТРУЗИ, КТ, МРТ, исследование концентрации ПСА крови), значительно чаще стали выявлять заболевание на более ранних стадиях. Тем не менее, 50-70% больных обращаются за медицинской помощью по поводу развившихся осложнений, обусловленных РПЖ (10,16,17,18).

Лечебная тактика при РПЖ, осложненном задержкой мочеиспускания, которую в настоящее время обсуждают в литературе, и определяет прогноз, длительность ремиссии, социальную адаптацию пациента. В случае впервые возникшей острой задержки мочеиспускания при подозрении на РПЖ Аляев Ю.Г. и др. рекомендуют дренировать мочевой пузырь по уретре мочеточниковым катетером No 6 по Шарьеру. Это обеспечивает постепенную эвакуацию мочи, тем самым создает покой детрузору, восстанавливает его тонус, позволяет избежать быстрого развития гнойного уретрита как следствия ишемизации стенок уретры давящим катетером и присоединения инфекции. М.И.Карелин и др. в объем лечебной помощи включают введение в мочевой пузырь баллонного катетера в сочетании с проведением андрогенной блокады. Дренирование мочевого пузыря позволяет провести комплексное обследование, цель которого – определить распространенность процесса. Однако длительность дренирования лимитирована, что требует быстрой выработки дальнейшей лечебной тактики.

Таким образом, несмотря на то, что урологические осложнения РПЖ хорошо известны, до настоящего времени нет алгоритма диагностики и обоснованной тактики лечения с учетом факторов времени выявления, выбора метода вмешательства, а также показаний и противопоказаний как к оперативным, так и консервативным методикам для улучшения качества жизни этой тяжелой группы больных. Эти обстоятельства обуславливают актуальность выбранной проблемы.

Актуальность внедрения эндовидеохирургических технологий при проведении одномоментных (симультанных) операций обусловлена возрастающим числом пациентов с сочетанными хирургическими заболеваниями. По данным ВОЗ, в одномоментных операциях нуждаются почти 63% пациентов, поступающих в хирургический стационар. До введения эндовидеохирургических технологий считалось, что выполнение одномоментных операций существенно повышает хирургическую агрессию, приводит к увеличению количества интра и послеоперационных осложнений и ухудшает результаты хирургического лечения, особенно при необходимости использования двух хирургических доступов [1]. С развитием

эндовидеохирургической техники встал вопрос о возможности расширения показаний к проведению одномоментных операций.

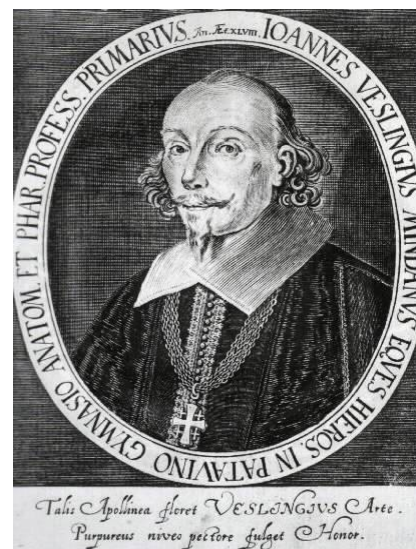
Рак предстательной железы (РПЖ) одно из распространенных злокачественных новообразований у мужчин преклонного и старческого возраста, которое составляет 4,5% от всех злокачественных новообразований или 12% от всех злокачественных опухолей у мужчин. Пик заболеваемости наблюдается после 70 лет. Ежегодно в мире диагностируется около 500 тысяч случаев РПЖ. В 1971 году профессор А. Shelly выделил нативный ЛГРГ, а в 1977 году получил Нобелевскую премию за работы по исследованию пептидных гормонов головного мозга. Это повлекло за собой разработку терапии агонистами ЛГРГ в качестве способа медикаментозной кастрации. В настоящее время гормонотерапия является основным методом лечения местно распространенного рака. Выбор вида и времени гормональной терапии (ГТ) основаны на мнении врача и информированном согласии пациента. В случае развития резистентности к ГТ показатель выживаемости снижается. Таким образом, предотвращение гормональной резистентности и новые методы терапии являются важными областями исследования.

Андрогенная депривация (АД) эффективна больше чем у 90 % пациентов (включая поздние стадии РПЖ). Появились данные о роли неоадьювантной и адьювантной гормональной терапии в дополнении к локальному хирургическому или лучевому лечению, проведение исследования, посвященные альтернативным режимам гормональной терапии (интермиттирующая терапия). Основными вариантами андрогенной депривации являются:

1. Медикаментозная кастрация
2. Хирургическая кастрация
3. Flare блокада + медикаментозная кастрация
4. Монотерапия антиандрогенами
5. Антиандрогены + ингибиторы 5 альфаредуктазы
6. Комбинированная андрогенная депривация
7. Интермиттирующая андрогенная депривация
8. Триплетная лекарственная терапия

Неоадьювантная терапия использовалась с целью уменьшения частоты позитивного хирургического края и, возможно, улучшения результатов радикальной простатэктомии. Семь рандомизированных исследований продемонстрировали, что неоадьювантная терапия уменьшает частоту позитивного хирургического края для клинически локализованной стадии; данные для местно распространенного заболевания менее убедительны. Цель адьювантной терапии состоит в том, чтобы воздействовать на остаточные микроскопические фокусы рака после локального первичного лечения. Пациенты, получавшие терапию немедленно после операции, продемонстрировали значительное преимущество во всех случаях и лучшую раковоспецифическую выживаемость по сравнению с теми, кто получал отсроченное лечение (62 vs 71%; p < 0,001).

J. Vesling  
(1598–1649)



С 2016 по 2018 гг. нами было проведена 24 больных симулытанная пульпэктомии с раком предстательной железы T<sub>4</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. Оперативное лечение осуществлялось посредством единого чрезмошоночного доступа по линии Веслинга (J. Vesling (1598–1649)

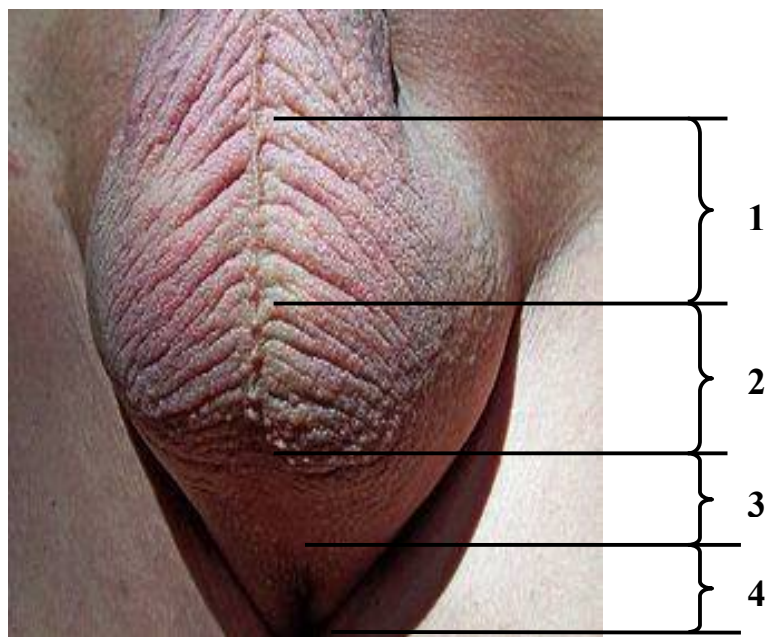


Рис. 2. Raphe scroti – средняя линия мошонки – линия Веслинга: 1- передняя, 2-на дне мошонки, 3-задняя, 4-промежностная.



Рис. 3. Разрез кожи мошонки по задней части линии Веслинга

В отличие от всех других авторов, разрез по линии Веслинга мы решили сделать по задней части, что вовсе не отражается на доступности органов мошонки, но в то же время усиливает косметичность послеоперационного рубца, т.е. абсолютно теряется его видимость, особенно при вертикальном положении тела (рис. 3).

У пациентов с раком предстательной железы T<sub>4</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> указанным доступом была произведена двусторонняя пульпэктомия с последующим лечением антиандрогенами.

Необходимо отметить, что вне зависимости от способа ушивания кожи мошонки при едином оперативном доступе по линии

Веслинга сформировавшийся послеоперационный рубец выглядел как шов мошонки [6-13]. При повторном осмотре больных через 1 и 3 месяца после проведенного оперативного вмешательства был отмечен хороший косметический эффект. Особенно удобен этот доступ для выполнения двусторонней орхиэктомии или пульпэктомии на поздних стадиях рака предстательной железы или же при опухолях яичек. Кроме того, при ушивании кожи мошонки такой доступ оставляет практически незаметный послеоперационный рубец, напоминающий линию Веслинга.

#### Список литературы:

1. Аллазов С.А. Диагностические и лечебные стандарты в экстренной урологии. Самарканд, 2015; 37 с
2. Лещенко И.Г., Яковлев О.Г., Лазарев И.Ю., Шатохина И.В. Плановые симулытаннные операции у урологиче- ских больных пожилого и старческого возраста // Урология. – 2011. – № 4. – С. 42–45.
3. Руководство по хирургическим болезням пожилых / И.Г. Лещенко, Р.А. Галкин. – 2-е изд., перераб. и доп. – Самара: ООО «Офорт», 2016. – 494 с.
4. Аляев Ю.Г. Болезни предстательной железы : руководство. – М.: Медфорум, 2009. – 268 с. 10 Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г. Практическая урология. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2012. – 432 с.
5. Злокачественные новообразования в России в 2007 году (заболеваемость и смертность)/ под ред.: В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В.Петровой.. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»,2009.253 с.
6. Переверзев А. С., Коган М. И. Рак простаты. Харьков : Факт,2004.
7. Доброхотов М. А. Место трансуретральной резекции в диагностике и комплексном лечении РПЖ у больных пожилого и старческого возраста :дис.... д. м. н. М.,2000.
8. Пушкарь Д. Ю. Радикальная простатэктомия. М.: МЕДпресс-информ,2004.
9. Клиническое стадирование рака предстательной железы при ее первичной биопсии / С. Б. Петров, С. А. Ракул, А. В. Живов, Р. А. Елоев, А. Ю.Плеханов, П. В. Харченко // Онкоурология.2010. Т.2. С.45-48.
10. Мазо Е. Б., Чипуров А. К., Зоря А. В. Трансуретральная резекция простаты в лечении больных раком ПЖ // Урология.2005. No 2. С.70-74.
11. Матвеев Б.П.// Клиническая онкоурология.- 2011 г.
12. Карякин О. Б. Комбинированное лечение местно-распространенного и распространенного РПЖ // Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний : материалы 3 Всероссийской научной конференции с участием стран СНГ . М.,1999. С.52-54.
13. Аллазов. С.А. Умумий урология. Дарслик. Тошкент, «Абу Али ибн Сино», 2010: 152 бет.