

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМий
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 РАҚАМЛИ
ИЛМий КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМий КЕНГАШ**
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АЗИМОВ САРДОРБЕК ИЛХОМОВИЧ

**СИЛ КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА УРОЛОГИК
КАСАЛЛИКЛАР КЛИНИК-ИММУНОЛОГИК ТАВСИФИ**

**14.00.36 – Аллергология ва иммунология;
14.00.31 – Урология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Азимов Сардорбек Илхомович

Сил касаллигига чалинган беморларда урологик касалликлар клиник-
иммунологик тавсифи 3

Азимов Сардорбек Илхомович

Клинико-иммунологическая характеристика урологических заболеваний у
больных туберкулезом 23

Azimov Sardorbek Ilkhomovich

Clinical-immunological description of urological diseases in patients with
tuberculosis 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
Lists of published works 46

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АЗИМОВ САРДОРБЕК ИЛХОМОВИЧ

**СИЛ КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА УРОЛОГИК
КАСАЛЛИКЛАР КЛИНИК-ИММУНОЛОГИК ТАВСИФИ**

**14.00.36 – Аллергология ва иммунология;
14.00.31 – Урология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2022.2.PhD/Tib1001 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.bsmi.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот-таълим порталида (www.ziyounet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбарлар

Хамдамов Бахтиёр Зарифович
тиббиёт фанлари доктори (DSc)

Рашидов Зафар Раҳматуллаевич
тиббиёт фанлари доктори

Расмий оппонентлар

Мусаходжаева Дилором Абдуллаевна
биология фанлари доктори, профессор

Зубань Олег Николаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгаш асосидаги бир марталик Илмий кенгашнинг 2022 йил «___» _____ кунин соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru.)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақам билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А.Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2022 йил «___» _____ кунин тарқатилди.
(2022 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А.Ш. Иноятов

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Д.Н. Ачилова

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), доцент

Н.А. Нуралиев

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш қошидаги бир марталик илмий семинар раиси ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда сўнгги йилларда урологик касалликларнинг аҳоли саломатлиги ҳолати, қолаверса улар организми иммун тизими фаолиятига салбий таъсирининг оқибатларига алоҳида эътибор берилмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, "... сўнгги йилларда дунёда сийдик тош касалликлари тарқалиши ҳар йили 1 млн. аҳолига 1500-2000 ҳолатга кўпайиб, 4,5-12,0% га етди..."¹ ва баъзи прогнозларга кўра яқин келажакда бундай беморлар сони 2 бараварга кўпайиши мумкин. Шу билан бирга, урологик касалликлар орасида сийдик йўли инфекцияси ва простата беzi гиперплазияси ҳам етакчи ўринларни эгаллайди. "...Сўнгги йилларда ушбу касалликларнинг ривожланишидаги кўпайиш частотаси ҳаётдаги ижтимоий, маиший ва атроф-муҳит шароитларининг ўзгариши, аҳолининг урбанизацияси, гиподинамия, озик-овқат сифати ва тузилишидаги ўзгаришлар ва бошқа хавф омиллари билан боғлиқ"². Шунингдек, урологик касалликларнинг организм иммун реактивлигига салбий таъсири асосий касаллик – сил касаллигининг кечишига салбий таъсир кўрсатиши ҳам эътиборлидир.

Сайёрамизда мултиморбидлик билан оғриган одамларнинг улуши тобора кўпаймоқда. Сил каби сурункали юқумли касалликларга чалинган одамларда юқумли бўлмаган касалликларнинг ривожланиши характерлидир. Юқумли бўлмаган касалликлар сонининг тез суръатларда ўсиб бориши энг кўп паст ва ўрта даромадли мамлакатларда қайд этилган. Бу ҳолат аҳолининг қариши, тезкор урбанизация, атроф-муҳит омиллари, турмуш тарзидаги ўзгаришлар, организм резистентлик омилларининг заифлашиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Урологик касалликлар ҳақиқий тарқалишинининг аниқланиши яширин урологик деб аталган касалликни баҳолашни талаб қилади. Ушбу муаммони ҳал қилиш учун тиббий ёрдамга мурожаат қилиш тўғрисидаги маълумотларни таҳлил қилишдан кўра, аҳолини аниқ йўналтирилган кўриқдан ўтказиш анча кўпроқ маълумот беради. Бунинг сабаби, мурожаат қилиш, инфратузилма ва тиббий ёрдамнинг ривожланганлиги, унинг мақбуллиги, умумий ва тиббий маданият, аҳолининг ўзининг тиббий фаоллигига таъсир қиладиган одатлари, урф-одатлари ва менталитети каби кўплаб омилларга боғлиқ.

Мамлакатимизда шаклланган иқлим ва атроф-муҳит шароитлари туфайли Бухоро вилояти урологик касаллик, хусусан сийдик тош касаллиги кўрсаткичлари бўйича етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Сийдик тош хасталиги билан касалланиш 2016-2017 йилларда республика бўйича 100 минг аҳолига ўртача 60 та тўғри келган бир пайтда Бухоро вилоятида йилига 100 минг аҳолига 147-155 ҳолатни ташкил этган. Айниқса, қурғоқчил ҳудудда жойлашган Бухоро вилояти каби минтақаларда сил касаллиги билан

¹World Health Organization. Urolithiasis: fact sheet no. 153. World Health Organization website. 2014. www.who.int/iris/handle/10635/242879

²Riedi AK, Knubben-Schweizer G, Meylan M. Clinical findings and diagnostic procedures in 270 small ruminants with obstructive urolithiasis // J Vet Intern Med. – 2018. - Apr 16. P. 1274-1282

оғриган беморларда урологик касалликлар тарқалиши, улар фониди иммун тизим ҳолатига баҳо бериш катта аҳамиятга эга. Бу борада 2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш Стратегиясида кўрсатилган 7 та устувор йўналишнинг 4-қисм 56-мақсадида “... аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимлари потенциалини ошириш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг 2022-2023 йилларга мўлжалланган дастурини амалга оширишга йўналтирилган комплекс чора-тадбирларни амалга ошириш...”³ вазифалари белгиланган.

Диссертация тадқиқотлари Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7-февралдаги ПФ-4947-сонли “Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси тўғрисида” ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Ўзбекистон Республикаси аҳолисига ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатишни ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сонли Қарори, шунингдек ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлар билан тасдиқланган вазифаларни бажаришга хизмат қилган.

Тадқиқотнинг республика фан ва техника ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур диссертация иши республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Сил касаллиги, шу жумладан ўпка сил касаллигининг клиникаси ва уни даволаш самарадорлиги, асосан ўзига хос жараёни оғирлаштирадиган ва уни даволашни мураккаблаштирадиган мултиморбидлик мавжудлиги билан белгиланади. Ўпка сил касаллиги билан оғриган беморларда мултиморбидликнинг частотаси 80% дан 100% гача оралиқда бўлади. Сил касаллиги кечишида сурункали вирусли ва алкоғолли гепатит, ошқозон яраси касаллиги, қандли диабет касаллиги, шунингдек, химиотерапия жараёнида ноўя реакцияларнинг таъсири тўлиқ ўрганилган (Аминев Х.К. ва ҳаммуал., 2017; Сейтбаев Ы. ва ҳаммуал., 2015; Ташпулатова Ф.К., Мухтаров Д.З., 2016).

Зангиева З.А. ва ҳаммуал. (2014) тадқиқотларида, репродуктив ёшдаги аёлларда силга йўлдош урологик касалликлар билан касалланиш 77,3% ни ташкил этди. Сил касаллиги бўлган аёлларда урологик касалликлар учун хавфли омиллар қуйидагилар эди: аёл жинсий соҳаларининг сурункали яллиғланиш касалликлари; жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар; ҳайз кўриш функциясининг бузилиши; аёллар жинсий гормонлари мувозанати бузилиши. Сил касаллиги билан оғриган беморларда сийдик чиқариш тизими органларининг сурункали яллиғланиш касалликлари (пиелонефритлар, циститлар) 51,9% ҳолларда аниқланган.

Муаззамов Б.Р. (2009) томонидан ўтказилган тадқиқотда Бухоро вилоятида сил касаллиги бўйича эпидемиологик кўрсаткичларнинг минтақанинг иқлим-географик хусусиятларига боғлиқлигини ўрнатилган.

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги Фармони

Қурғоқчил худудда сил касаллигининг эпидемиологик кўрсаткичларига таъсир кўрсатадиган янада кўпроқ ноқулай шароитлар вужудга келиши исботланган.

Шадманов М.А. (2018) томонидан олиб борилган тадқиқотда Ўзбекистонда ОИВ билан касалланган беморлар орасида СЙИ тарқалиши даражаси 41,2% ни ташкил этган. ОИВ билан касалланган беморларда ҳам, ОИВ билан асоратланмаган СЙИ бўлган беморлардаги каби СЙИнинг сабаби грамманфий микрофлора эканлиги аниқланган.

Ўзбекистонда урологик касалликни ўрганишдаги муваффақиятга қарамай (Арустамов Д.Л. ва ҳаммуал., 2003; Нуруллаев Р.Б., 2004; Акилов Ф.А. ва ҳаммуал., 2012; Худайбергенов У.А., 2018), сил касаллиги билан оғриган беморларда урологик касалликларнинг тарқалиши деярли ўрганилмай қолмоқда. Айниқса, сил касаллиги турли урологик касалликлар билан бирга кечганда беморлар иммун тизими ҳужайравий ва гуморал бўғинларидаги ўзгаришлар тенденцияси ва интенсивлиги, ривожланган иккиламчи иммунодефицитнинг иммунокоррекцияси хал қилиниши зарур бўлган тиббий муаммолардан биридир.

Урологик касалликларни, шу жумладан сил касаллиги билан оғриган беморларда даволаш ва профилактика қилишнинг мавжуд шакллари ва усулларини такомиллаштириш, янги ва самарали усулларини, шу жумладан иммунокоррегик терапияни қўллашни тадқиқ этиш, шу жумладан Бухоро вилояти каби ўзига хос қуруқ иқлимли экологик минтақаларда ҳаёт сифатини яхшилаш ва ногиронликни камайтириш зарурати туфайли алоҳида аҳамият касб этади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ (05.2019.PhD.042) “COVID-19 дан кейинги даврда Бухоро воҳаси аҳолиси саломатлигига таъсир этувчи патологик омилларни эрта аниқлаш, ташҳислаш ҳамда янги даволаш профилактика усулларни ишлаб чиқиш” (2022-2026 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади сил касаллиги билан биргаликда келган беморларда урологик касалликларнинг клиник-иммунологик тавсифини баҳолаш ва урологик ёрдам кўрсатиш самарадорлигини оширишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

сил касаллигига чалинган беморларда аҳамиятли йўлдош урологик касалликлар (сийдик тош касаллиги, сийдик йўллари инфекцияси, простата безининг хавфсиз гиперплазияси) тарқалиш даражасини аниқлаш;

сил касаллиги урологик касалликлар билан кечган беморлар иммун тизимининг ҳужайравий бўғини ҳолатини аниқлаш ва баҳолаш баробарида ушбу кўрсаткичларнинг диагностик ва прогностик аҳамиятини аниқлаш;

сил касаллиги урологик патология фонида кечувчи беморлар иммун тизими гуморал бўғини ҳамда цитокин ҳолатини баҳолаш, урологик касалликларнинг иммун тизими иммунокомпетент ҳужайралари миқдорий кўрсаткичларига таъсир даражасини баҳолаш;

сил касаллиги билан оғриган беморларда сийдик тош касаллиги, сийдик йўллари инфекцияси, простата безининг хавфсиз гиперплазиясини даволаш ва олдини олиш тадбирлари мажмуини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти Бухоро вилояти ўрганиш учун тасодифий саралаш усули билан танланган сил касаллиги билан касалланган 936 нафар бемор.

Тадқиқотнинг предмети урологик касалликларга чалинган беморлар (буйраклар, сийдик пуфаги, простата беzi, ташқи жинсий аъзолар) ташкил этган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун универсал урологик саволнома, клиник-иммунологик лаборатория, инструментал тадқиқотлар ва статистик таҳлил усулларида фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор сил касаллиги урологик касалликлар билан кечган беморлар иккиламчи иммунодефицит чуқурлиги CD3+ ва CD4+-хужайралар нисбий ҳамда мутлоқ миқдорларидаги камайиши, ушбу беморлар иммун тизимидаги ўзгаришлар иммун тизими Т-бўғинининг чуқур тотал иккиламчи иммунодефицити билан тавсифланган;

илк бор ўпка сили урологик касалликлар бирга келганда иммун тизимнинг В-бўғинига (гуморал иммунитет) таъсир бўйича урологик касалликлар ўпка силига оғирлаштирувчи омил эмаслиги исботланган, яллиғланишни қўлловчи ва яллиғланишга қарши цитокинлар концентрациясининг беморлар қон зардобида ишонарли ошиши яллиғланиш жараёнининг кучайиб бораётгани ҳамда ўпка сили кечишини оғирлаштирувчи омил эканлиги исботлаб берилган;

яллиғланиш жараёнининг фаол босқичида антибактериал воситалар билан биргаликда қўлловчи антирецидив терапия сифатида ҳам фитопрепарат, сийдик тош касаллиги ва сийдик йўли ноанъанавий инфекциясида сил касаллиги билан оғриган беморларда даволаш ва профилактик тадбирлар комплексидан фойдаланиш, сил касаллиги билан оғриган беморларда ушбу касалликларни даволашда самарали усулнинг варианти сифатида ишлаб чиқилган;

сил касаллигига чалинган беморларда йўлдош урологик касалликлардан сийдик тош касаллиги, сийдик йўли инфекцияси, простата безининг хавфсиз гиперплазияси тарқалиши ва уларнинг сил касаллиги кечишига салбий таъсири даражаси аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

сил касаллиги билан оғриган беморларда универсал урологик саволноманинг сил касаллиги билан оғриган беморларда урологик касалликлар тарқалишини аниқлашда юқори информативлиги кўрсатиб берилган, “Сил касаллиги бўлган беморларда урологик патологияни кузатиш учун тест майдончасидан фойдаланиш” электрон ҳисоблаш машиналари учун дастур ишлаб чиқилган;

ўпка сили ва урологик касалликлар бирга келганда Т-бўғиндаги дефицитни ҳаққоний баҳоловчи ИРИ кўрсаткичи иккиламчи иммунодефицит ривожланганлигини кўрсатган, шунингдек ИРИ Т-бўғиндаги иккиламчи иммунодефицит ривожланганлигини баҳоловчи иммунологик маркёр сифатида тавсиф этилган;

ПСЙС/ПБХГ бўлган сил касаллиги билан оғриган беморларда 3 ой давомида кунига бир марта 0,4 мг тамсулозин қабул қилиш ва ўзини тутиш-кутиш тактикасини қўллаш аломатларнинг яққоллигини, тунги сийиш частотасини камайтириши мумкинлиги, катта ёш гуруҳидаги сил касаллиги билан оғриган беморларда сийиш сифатини яхшилаши исботланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги тадқиқот ишида назарий ёндашув ва усулларнинг тўғри қўлланиши, олиб борилган текширувларнинг аниқлиги, материалларнинг етарли бўлганлиги, тадқиқот усулларининг замонавийлиги, улар клиник, иммунологик, гемодинамик, гемотологик, ускунавий, биокимёвий ва статистик маълумотларга асосланиб бир-бирини тўлдириши, олинган маълумотларнинг хорижий ва ватандош тадқиқотчилар олган маълумотлар билан таққосланиши, олинган натижалар ва хулосаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланишига асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, сил касаллиги урологик касалликлар билан кечган беморлар иккиламчи иммунодефицит чуқурлиги CD3+- ва CD4+-хужайралар миқдорлари ҳисобига бўлиши, Т-бўғиннинг чуқур тотал иккиламчи иммунодефицити билан тавсифланганлиги, В-бўғинга таъсир бўйича урологик касалликлар ўпка силига оғирлаштирувчи омил эмаслиги исботланганлиги, цитокинлар концентрациясининг беморлар қон зардобида ишонарли ошиши ўпка сили кечишини оғирлаштирувчи омил эканлиги исботлаб берилганлиги, фитопрепарат сийдик тош касаллиги ва сийдик йўли ноанъанавий инфекциясида сил касаллиги билан оғриган беморларда даволаш ва профилактик тадбирлар комплексидан фойдаланиш, сил касаллиги билан оғриган беморларда ушбу касалликларни даволашда самарали усулнинг варианты сифатида ишлаб чиқилганлиги, сил касаллигига чалинган беморларда йўлдош урологик касалликлардан сийдик тош касаллиги, сийдик йўли инфекцияси, простата безининг хавфсиз гиперплазияси тарқалиши ва уларнинг сил касаллиги кечишига салбий таъсири даражаси аниқланганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, сил касаллиги билан оғриган беморларда урологик патологиянинг тузилиши бўйича аниқланган маълумотлар энг кенг тарқалган урологик касалликларнинг олдини олиш ва даволаш учун профилактика тадбирларини ўтказишни талаб қиладиган шахслар гуруҳини аниқлашга имкон берган. Сил касаллиги билан оғриган беморларда энг кенг тарқалган урологик касалликларни даволаш ва профилактика тадбирларини амалиётга жорий этиш ушбу касалликларни даволаш ва олдини олишнинг самарали ва нисбатан арзон усулларида фойдаланиш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Сил касаллигига чалинган беморларда урологик касалликлар клиник-иммунологик тавсифи бўйича илмий натижалар асосида:

сил касаллиги урологик касалликлар билан келганда даволаш тактикасини аниқлаш имконини берувчи “Сил касаллиги билан оғриган беморларда простата безининг зарарсиз гиперплазиясининг даволаш ва профилактик тактикаси” услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан 04.02.2021 й., 8н-р / 97-сон билан тасдиқланган хулоса). Ушбу услубий тавсиянома сил касаллиги билан оғриган беморларда простата безининг зарарсиз гиперплазиясининг даволаш ва профилактик тактикасини ишлаб чиқиш имконини берган;

сил касаллигига чалинган беморларда урологик касалликлар клиник-иммунологик тавсифи бўйича илмий натижалар амалий соғлиқни сақлашга, жумладан Бухоро вилояти фтизиатрия ва пулмонология маркази, Навоий вилояти фтизиатрия ва пулмонология маркази, Қашқадарё вилояти фтизиатрия ва пулмонология маркази амалиётига киритилган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 3 та илмий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 1 та маҳаллий илмий-амалий анжуманларда маъруза қилинган ҳамда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 20 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 8 та мақола, жумладан 4 таси республика ва 4 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 115 бетдан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида бажарилган илмий-тадқиқот иши долзарблиги ва зарурати, тадқиқот мақсади, вазифалари, объекти ва предмети тавсифланган, шу тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари устувор йўналишларига мослиги, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва унинг амалий натижалари ўз ифодасини топган, олинган илмий натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти кўрсатилган, тадқиқот натижаларининг амалий соғлиқни сақлаш амалиётига жорий қилинганлиги, чоп этилган илмий ишлар ва диссертация таркибий тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи бобида “Сил касаллиги билан оғриган беморларда йўлдош урологик касалликларнинг клиник аҳамияти” маҳаллий ва хорижий адабиётлар маълумотлари асосида ушбу муаммонинг ҳозирги ҳолати таҳлил қилинган. Дунё ва Ўзбекистоннинг турли минтақаларида энг аҳамиятли урологик касалликларнинг тарқалиши, сил

касаллигида мултиморбидликнинг тарқалиши ва унга қўшилиб келадиган урологик патологиянинг аҳамияти, ушбу беморлар иммун статусини баҳолаш натижалари бўйича маълумотлар келтирилган. Охирида бобнинг қисқача хулосаси келтирилган бўлиб, унда эътибор кейинги ўрганишни талаб қиладиган масалаларга қаратилган.

Диссертациянинг иккинчи бобида **“Клиник материалнинг ва тадқиқот усуллари**нинг умумий хусусиятлари” батафсил баён этилган бўлиб, тадқиқот босқичлари, клиник материал ва тадқиқот усуллари тасвирланган.

Ушбу тадқиқот 2019-2020 йиллар давомида Бухоро вилоятидаги силга қарши муассасаларда рўйхатдан ўтган ва даволанган турли хил шаллардаги сил касаллигига чалинган 936 нафар беморнинг клиник маълумотларини ўрганиш ва УКАС саволномасидан фойдаланган ҳолда ихтиёрий саралашга асосланган. Беморларнинг ёши 18 дан 97 ёшгача (ўртача $52,3 \pm 0,6$ ёш).

Текширилганлар орасида барча ёш гуруҳлари мавжуд, беморларнинг аксарияти меҳнатга лаёқатли ёшда (61 ёшгача) - 585 (62,5%). Ҳар учинчи бемор кекса ва қари ёшда бўлган - 37,5%. 447 эркак (47,8%) ва 489 аёл (52,2%) бўлган. Инфилтратив ўпка сил касаллиги 351 (37,5%), фиброз-каверноз ўпка сил касаллиги - 34 (3,6%), ўчоқли ўпка сил касаллиги - 28 (3,0%), тарқалган ўпка сил касаллиги - 27 (2,9%), цирротик ўпка сил касаллиги - 25 (2,3%), ўпка туберкулёмаси - 21 (2,2%), сил касаллиги плеврити - 24 (2,6%), кўкрак ичи лимфа тугунлари сил касаллиги - 60 (6,4%), суяк-бўғин сил касаллиги - 197 (21,0%), СТС - 164 (17,5%), периферик лимфа тугунлари сил касаллиги - 3 (0,3%), кўз сил касаллиги - 1 (0,1%), абдоминал сил касаллиги - 1 (0,1%) нафар беморда кузатилган. СТС билан оғриган беморлар гуруҳи сийдик йўллари сил касаллиги - 146 (89,0%), жинсий аъзолар сил касаллиги - 13 (8,0%), сийдик йўллари ва жинсий аъзолар сил касаллиги бирикмаси - 5 (3,0%) нафар бемордан иборат.

Шуни таъкидлаш керакки, жинсий аъзолар сил касаллигининг буйрак сил касаллиги билан бирикмаси, буйрак сил касаллиги ва простата беши сил касаллиги шаклида кузатилган. Сийдик чиқариш йўллари

нинг сил касаллиги, буйракнинг сил касаллиги папиллити - 91 (55,5%), каверноз сил касаллиги - 5 (3,0%), поликарверноз сил - 7 (4,3%), паранефрит билан асоратланган сил касаллиги нефроциррози - 1 (0,6%), буйрак сил касаллигининг сил касаллиги уретерити билан бирикмаси - 6 (3,6%) ва буйрак сил касаллигининг сил касаллиги цистити билан бирикмаси - 36 нафар (21,9%) бўлган беморлардан иборат бўлган. Жинсий сил касаллиги билан оғриган беморларнинг кичик гуруҳи сил касаллиги простатити - 2 (1,2%), сил касаллиги орхоэпидидимити - 9 (5,5%) ва аёллар жинсий аъзолари сил касаллиги - 2 (1,2%) ҳолатларидан иборат бўлган.

Балғам ва бошқа биологик суяқликларда СМБнинг чиқарилиши (сийдик, яралардан йирингли оқинди) ўпка сил касаллиги билан оғриган 262 (28,0%) беморда ва ўпкадан ташқари сил билан касалланган 13 (1,4%) беморларда кузатилган. Умуман олганда, СМБ ажралиши сил касаллиги билан касалланган 936 беморнинг 275 (29,4%) нафарида аниқланган.

35 нафар беморга таносил тизим аъзоларида жарроҳлик даволаш ўтказилган: нефруретерэктомия - 5 (14,3%), эпидидимэктомия - 8 (22,8%), орхидэктомия - 1 (2,8%), уретеролитотомия - 1 (2,8%), нефропексия 1 (2,8%), эпицистостомия - 2 (5,7%), ошқозон ярасини электрокоагуляция қилган ҳолда сийдик пуфагини қайта кўриб чиқиш - 2 (5,7%), перкутан нефростомия (ПНС) - 4 (11,4%), перкутан цистостомия - 5 (14,3%), сийдик йўлини стентлаш - 2 (5,7%), сийдик йўлидаги реконструктив пластик жарроҳлик - 2 (5,7%), аёлларда уретра транспозицияси - 2 (5,7%) нафар беморда.

СС-Атеч-2018-539 “Энг кенг тарқалган урологик касалликларга чалинган беморларнинг электрон маълумотлар базасини яратишга ёндашувлар” давлат гранти доирасида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий урология маркази (РИИАУТМ) ходимлари томонидан ишлаб чиқилган УКАС саволномасидан фойдаланилган. Сўровномада қуйи сийдик йўллари аломатлари, сийдик йўллари инфекцияси, сийдикни тута олмаслик, эркак жинсий соҳасининг патологияси бўйича саволлар ўзбек тилида берилган. Шунини таъкидлаш керакки, СТС билан оғриган беморларни, ҳисобга олинмаган шикоятларини аниқлаш ва йўлдош урологик патологияни аниқлаш мақсадида атайлаб текширувга киритилган (1-жадвал).

1-жадвал

**Тадқиқот натижаларига кўра турли хил сўров усуллари
информативлиги, %**

Диагностика усулининг ишончлилиги даражаси кўрсаткичлари	Касаллик аломатларини аниқлаш учун беморларни сўров қилиш усуллари	
	анъанавий сўров усули	урологик саволномадан фойдаланган ҳолда сўров
Сезгирлик	64,0	93,0
Махсуслик	93,0	92,0
Аниқлик	82,3	92,6

Носпецифик СЙИ диагнози қўйилиши учун қуйидаги мезонлар асос бўлган: саволнома бўйича аниқланадиган СЙИ аломатларининг мавжудлиги; сийдик микроскопияси билан аниқланадиган лейкоцитурия ва ноъананавий бактериурия, ноъананавий флорага сийдикни бактериал экиш натижалари, СТС учун сийдикни салбий тестлари.

ПБХГ диагностикасини ўтказишда қуйидаги усуллардан фойдаланилган: простата касалликлари аломатларини баҳолаш халқаро тизими (IPSS) анкетасида берилган саволларни ҳисобга олган ҳолда респондентларнинг УКАС саволномаси бўйича сўрови; физик текширув; қолдиқ сийдик борлигини баҳолаш ва простата ҳажмини аниқлаш билан буйрақлар, сийдик йўллари ва простата ултратовуш текшируви; сийдикнинг ўртача оқим тезлигини аниқланган. Сийдик чиқариш бузилиши аломатларининг намоён бўлиш даражаси умумий балл 7 дан ошмаган ҳолда енгил деб топилган; 8 дан 19 гача ўртача ва 20 дан 35 гача оғир деб ҳисобланган.

Таносил сил касаллигини (СТС) аниқлаш учун сил касаллиги микобактерияси бўйича клиник-рентгенологик, экографик ва микробиологик маълумотлар асос бўлган.

Урологик саволнома ёрдамида сўралганда қуйидаги тест натижалари олинган: сезгирлик - 93,0%, ўзига хослик - 92,0%, NPV - 96,0%, PPV - 87,0%, аниқлик - 92,6%. Анъанавий сўровда қуйидаги тест натижалари олинган: сезгирлик - 64,0%, ўзига хослик - 93,0%, салбий прогноз қийматлари (NPV) - 82,0%, ижобий прогноз қийматлари (PPV) - 83,0%, аниқлик - 82,3%.

Урологик скрининг саволномасини дастлабки синовдан ўтказиш натижасида у юқори даражада маълумотга эга эканлиги ва сил касаллиги билан оғриган беморларда касалликларнинг урологик аломатларини аниқлаш имконини бериши маълум бўлган.

Сил касаллигининг турли шакллари билан касалланган 936 нафар беморнинг дастлабки синовлари ва текширувлари 332 нафар беморда урологик патологияни аниқлашга имкон берган (35,5%). Энг кенг тарқалган урологик патология носпецифик СЙИ бўлиб, у 332 нафар сил хасталиги билан касалланганларнинг 174 (52,4%) нафарида кузатилган. 162 (48,8%) беморда таносил сил касаллигининг турли шакллари, 88 (26,5%) беморда простата беги хавфсиз гиперплазияси (ПБХГ), 53 (15,9%) беморда сийдикни тута олмасликнинг турли шакллари, 28 (8,4%) - жинсий алоқа функцияси бузилиши, 18 (5,4%) - сийдик тош касаллиги, 6 (1,8%) - гидронефроз (уретерогидронефроз) ва 1 (0,3%) беморда - нефроптоз кузатилди. Бир нечта турдаги урологик патологиянинг комбинацияси 332 та сил касаллиги билан касалланганларнинг 42 (12,6%) нафарида кузатилган.

Кўпинча СТС билан оғриган беморлар гуруҳида турли хил йўлдош урологик патологиялар кузатилган ва уларнинг энг кўп учрайдиганлари - ноъанавий СЙИ - 129 (78,6%) нафаргача беморларда кузатилган. Бундан ташқари, ПБХГ 4 (2,4%), СТК - 3 (1,8%), СД - 18 (10,9%), сийдикни тута олмаслик - 22 (13,4%) ва нефроптоз - 1 (0,6%) беморда кузатилган. 6 нафар беморда гидронефроз (уретерогидронефроза) мавжудлиги сил уретерити касаллиги туфайли сийдик йўллариининг обструкцияси билан боғлиқ бўлган.

ПБХГ кўпинча 88 беморнинг 50 (56,8%) нафаригача инфилтратив ўпка сил касаллиги бўлган беморларда кузатилган.

Турли хил сил касаллиги билан касалланган 936 нафар беморлардан 53 (5,7%) нафарида сийдикни тута олмаслик кўпинча аёлларда 49 (92,5%) ва фақат 4 (7,5%) эркакларда ($p < 0,05$), шунингдек, катта ёшдаги аёллар гуруҳига (60 ёшдан катта ва ундан юқори) хос бўлган - 49 беморнинг 35 (71,4%) нафарида аниқланган. Беморларда сийдикни тута олмасликнинг турини таҳлил қилганда, сийдикни тута олмасликнинг стрессли тури 30 (56,6%) беморда ва ургент турини 23 (43,4%) беморда кузатилган.

СТС билан оғриган беморларга сийдикни тута олмасликнинг ургент тури хос бўлган – мос равишда кузатувларнинг 100% ҳолларида. Сийдикни тута олмасликнинг стрессли тури ўпка сил касаллиги билан оғриган беморларга хос бўлиб - 27 беморнинг 26 (96,3%) нафарида кузатилган. Сил

касаллигининг турли шаклларига эга бўлган эркаклар учун барча кузатув ҳолатларида сийдикни тута олмасликнинг ургенттури характерли бўлган.

Умуман олганда, силнинг турли шакллари билан касалланган 447 эркаклардан 28 (6,3%) нафарида қисмида CD кузатилган ва унинг таркибида СТС устунлик қилди, яъни - 28 бемордан 18 (64,3%) нафаригача кузатувлар. CD кўпинча 40 ёшдан ошган эркакларда учради - 28 беморнинг 20 (71,4%) нафарида.

Тадқиқот натижалари вариацион статистиканинг умумий қабул қилинган усуллари ёрдамида қайта ишланган. Тиббий-биологик тадқиқотлар учун дастурлар пакетидан фойдаланилган. Фарқлар ишончилиги Студент мезони ёрдамида аниқланган. Тадқиқотларни ташкил қилиш ва ўтказишда далилларга асосланган тиббиёт тамойилларидан фойдаланилган.

Диссертациянинг учинчи бобида **“Ўпка сили билан биргаликда келган урологик касалликлар клиник-иммунологик тавсифи”** кўрсатиб берилган.

Бунинг учун 320 нафар шахслар ўрганилган. Улар учта гуруҳга бўлинган: асосий гуруҳ - ўпка сили билан биргаликда урологик касалликлар ташҳисланган беморлар (n=117); таққослаш гуруҳи - ўпка сили ташҳисланган, аммо урологик касалликлар кузатилмаган беморлар (n=20); назорат гуруҳи - ўпка сили ва урологик касалликлар кузатилмаган соғлом шахслар (n=20).

Асосий гуруҳ ўз навбатида учта кичик гуруҳчага бўлинган: 1а гуруҳча - ўпка сили билан биргаликда учраган сийдик тош касаллиги (СТК) - n=18; 1б гуруҳча - ўпка сили билан биргаликда учраган сийдик тракти инфекцияси (СТИ) - n=54; 1в гуруҳча - ўпка сили билан биргаликда учраган простата беши хавфсиз гиперплазияси (ПБХТ) - n=45.

Турли урологик касалликлар олиниши уларнинг асосий касаллик - ўпка сили турлича таъсир қилиши, шунингдек, иммун тизими миқдорий кўрсаткичларининг турлича ўзгаришларидир.

Шу сабабли ушбу урологик касалликлардаги иммун тизим кўрсаткичларини ўрганиш ва баҳолаш қиёсий тарзда олиб борилган.

Олинган натижалар шуни кўрсатганки, асосий гуруҳнинг барча кичик гуруҳчаларида лейкоцитлар миқдори назорат гуруҳига нисбатан ишонарли пасайган (2-жадвал).

Ушбу беморларда лимфоцитлар умумий миқдори нисбий кўрсаткичлари таҳлил назорат ва асосий гуруҳлар орасида ишонарли тафовут йўқлигини кўрсатган ($P>0,09$), аммо шу параметрнинг мутлоқ миқдорлари бўйича ишонарли фарқлар кузатилган - мос равишда 1а гуруҳчада 1,28 мартага, 1б гуруҳчада 1,37 мартага ва 1в гуруҳчада 1,43 мартага камайиш кузатилган ($P<0,05$). Бу лейкоцитлар миқдорида мос равишда ўзгариш бўлганини кўрсатган. Шуни таъкидлаш жоизки, ҳужайравий иммунитет параметрлари орасида энг кучли дефицит CD3+ҳужайраларда кузатилган - нисбий миқдорларда асосий гуруҳда пасайиш мос равишда 1,40, 1,45 ва 1,37 мартани ташкил этган ($P<0,001$). Худди шундай натижа CD3+ҳужайраларнинг мутлоқ миқдорлари бўйича ҳам кузатилган - камайиш мос равишда 1,97, 2,01

ва 2,00 мартани ташкил этган ($P < 0,001$). CD3+-хужайраларнинг нисбий ва мутлоқ миқдорларида ҳам бир хилда ишонарли пасайиш кузатилиши ($P < 0,05$ - $P < 0,001$). Ушбу иммунокомпетент хужайра асосий гуруҳ беморларида тотал иммунодефицитни кўрсатган.

2-жадвал

Ўпка сили урологик касалликлар билан биргаликда кечган беморлар иммун статуси кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар		Назорат гуруҳи	Асосий гуруҳ		
			СТК, n=18	ПБХТ, n=54	СЙИ, n=45
Лейкоцитлар	10 ⁹ /л	6500±185	4648±253*	47,38±234*	4064±228*
Лимфоцитлар	%	32,5±1,26	34,85±1,93	32,96±1,82	37,0±1,46*
	мкл	2112±83	1649±99*	1538±97*	1482±76*
CD3+хужайралар	%	59,5±1,16	42,38±1,67*	41,17±1,55*	43,45±1,62*
	мкл	1257±38	638±47*	626±46*	629±34*
CD4+хужайралар	%	36,0±1,05	31,63±1,12*	30,51±1,09*	33,54±1,10*
	мкл	760±32	448±37*	457±36*	483±23*
CD8+хужайралар	%	23,5±0,82	27,0±1,27*	24,0±1,03	24,36±0,63
	мкл	496±29	339±30*	376±29*	360±24*
ИРИ, бирлик		1,53±0,02	1,17±0,04*	1,27±0,04*	1,38±0,03*

Эслатма: * - назорат гуруҳига нисбатан ишончли ўзгаришлар белгиси ($P < 0,05$).

CD3+-хужайралар субпопуляциялари (CD4+ ва CD8+) ўрганилганда тотал Т-иммунодефицит сабаби айнан CD4+хужайралар эканлиги маълум бўлган, чунки уларнинг нисбий ва мутлоқ миқдорлари асосий гуруҳда назоратга нисбатан ишонарли равишда пасайган. Шунга мос CD8+-хужайралар нисбий миқдорларида гуруҳлараро тафовут яққол кузатилмаган. Иммун тизимнинг Т-бўғинида иккиламчи иммунодефицит ривожланганлигини билдирувчи маркер ИРИ бўлиб, 1,17±0,04, 1,27±0,04 ва 1,38±0,05 бирлик назорат гуруҳига нисбатан (1,53±0,02 бирлик) ишонарли даражада дефицит борлиги яққол намоён бўлган. Шунга ўхшаш иммун тизимнинг Т-бўғинидаги дефицит таққослаш гуруҳи билан қиёсий таҳлил ўтказилганда ҳам кузатилган.

Шундай қилиб, иммун тизимнинг Т-бўғинини тавсифловчи 10 та кўрсаткичдан 9 тасида (1а гуруҳча), ва 8 тасида (1б ва 1в гуруҳча) ишонарли равишдаги камайиш асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан кузатилган, иккиламчи иммунодефицит чуқурлиги айниқса CD3+ ва CD4+ хужайралар нисбий ҳамда мутлоқ миқдорларидаги камайиш билан тавсифланган. Т-бўғинидаги дефицитни ҳаққоний баҳоловчи ИРИ кўрсаткичи иккиламчи иммунодефицит ривожланганлигини кўрсатган, шунингдек ИРИ иммун тизимининг Т-бўғинидаги иккиламчи иммунодефицит ривожланганлигини баҳоловчи иммунологик маркер сифатида тавсиф этилган. Ўпка сили билан касалланиш урологик касалликлар қўшилиб келганда, бемор умумий ҳолати билан бир қаторда унинг иммун тизимида ўзгаришлар бўлиб, у асосан иммун тизими Т-бўғинининг чуқур тотал иккиламчи иммунодефицити билан тавсифланган.

Беморлар иммун тизимининг гуморал ёки В-бўғини ўрганилганда юқоридагига ўхшаш ишонарли натижалар кузатилмаган, асосий таққослаш ва назорат гуруҳларида кўрсаткичлар бир-бирига яқин бўлиб, рақамлар орасида ишонарли тафовут аниқланмаган ($P > 0,05$). Қон зардобидаги асосий иммуноглобулинлар (IgA, IgG, IgM) концентрацияси бўйича асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан бирмунча камайиш IgA ва IgG бўйича кузатилган ($P < 0,05$), аммо таққослаш гуруҳи билан қиёсланганда фарқ аниқланмаган ($P > 0,05$). Демак, ўпка силининг урологик касалликлар билан келишида иммун тизимнинг В-бўғинида (гуморал иммунитет) айтарли ўзгаришлар кузатилмаган, урологик касалликлар иммун тизимининг шу бўғинига салбий таъсир этмаганлиги исботланган.

Бу натижалардан фарқли равишда яллиғланишни қўлловчи ва яллиғланишга қарши цитокинлар (IL-10 ва TNF- α) миқдорлари кескин, ишонарли ошганлиги қайд этилган. Бу параметрлар бўйича асосий гуруҳ кўрсаткичлари назорат гуруҳи, қолаверса таққослаш гуруҳларидан ҳам ишонарли ошгани кўрсатиб берилган ($P < 0,05$ - $P < 0,01$). Демак, ўпка сили ташхисланган беморларда урологик касалликлар аниқланиши патологик жараёни чуқурлаштириш билан бирга яллиғланишни қўлловчи ва яллиғланишга қарши цитокинлар концентрациясининг ишонарли равишда кескин ошишига ҳам сабаб бўлганлиги исботланган.

Шундай қилиб, ўпка сили ва урологик касалликлар (СТК, ПБХГ, СТИ) бирга келганда иммун тизимнинг В-бўғинида (гуморал иммунитет) айтарли кескин ўзгаришлар кузатилмаган. CD20+хужайралар нисбий ва мутлоқ миқдорларида барча қиёсланаётган гуруҳлар орасида ишонарли фарқ кузатилмагани, IgM концентрацияси бўйича тафовут аниқланмагани, IgA ва IgG бўйича асосий гуруҳда назоратга нисбатан бирмунча фарқ аниқлангани ҳолда таққослаш гуруҳи параметрларидан амалий жиҳатдан тафовутланмагани иммун тизимининг В-бўғинига урологик касалликларнинг амалий жиҳатдан салбий таъсири йўқлигини кўрсатган ҳамда гуморал иммунитетга таъсир бўйича урологик касалликлар ўпка силига оғирлаштирувчи омил эмаслиги исботланган. Яллиғланишни қўлловчи ва яллиғланишга қарши (IL-10, TNF- α) цитокинлар концентрациясининг беморлар қон зардобида асосий гуруҳда назорат ва таққослаш гуруҳларига нисбатан кескин, ишонарли ошиши яллиғланиш жараёнининг кучайиб бораётгани ҳамда ўпка сили кечишини оғирлаштирувчи омил эканлиги исботлаб берилган.

Диссертациянинг тўртинчи бобида **“Силга чалинган беморларда энг аҳамиятли урологик касалликлар тарқалиши ва даволаш ҳамда профилактика тадбирлари комплекси”** сил касаллиги билан оғриган беморларда сийдик тош касаллигининг тарқалиши ва даволаш-профилактика тадбирларининг тактикаси ўрганилганлиги келтирилган.

Сил касаллиги билан оғриган беморларни текшириш натижаларига кўра 18 нафарда сийдик йўлларида тошлар борлиги аниқланган ($1,9 \pm 0,2$). Эркакларда сийдик йўллари тошларининг тарқалиши 447 эркакда 11 ($2,5 \pm 0,3\%$) ҳолатни ташкил этган ва аёлларга нисбатан анча юқори бўлган,

489 аёлга 7 (1,4±0,2%) ҳолат (P<0,05). СТК касаллигининг энг юқори даражаси 61-70 ёшдаги беморлар гуруҳида - 38,9% гачани ташкил этган.

СТК сил касаллигининг деярли барча турларида учраган, аммо тошлар кўпинча инфилтратив ўпка сил касаллиги бўлган беморларда - бу ҳолатларнинг 27,8% гача кузатилган. Шунини ҳам таъкидлаш керакки, СТК 16,7% ҳолларда СТС бўлган беморларда ҳам учраган (3-жадвал).

3-жадвал

СТК билан бирга кечадиган сил касаллиги клиник шакллари тузилиши

Сил касаллиги клиник шакли	СТК билан касалланганлар сони, n=18
Инфилтратив ўпка сил касаллиги	5 (27,8)
Ўчоқли ўпка сил касаллиги	2 (11,1)
Тарқатилган ўпка сил касаллиги	1 (5,5)
Фиброз-каверноз ўпка сил касаллиги	3 (16,7)
Цирротик ўпка сил касаллиги	1 (5,5)
Сил касаллиги плеврити	1 (5,6)
Суяк-бўғин сил касаллиги	2 (11,1)
СТС	3 (16,7)
Жами	18 (100)

Изоҳ: n - кузатувлар сони; % қавс ичида кўрсатилган

Беморларда ўлчамлари 7 мм гача бўлган тошлар 55,6% ҳолатда, 10 мм гача 22,2% ҳолатда, 10 дан 15 мм гача бўлган тошлар 22,2% ҳолатда аниқланган, бунда 18 беморда 21 та тош топилган. 15 (88,3%) беморда биттадан ва 3 та (11,7%) беморда кўплаб тошлар кузатилган. Тошлар буйрак косачаларида мавжудлиги 11 та (61,1%) ҳолатда, тосда 4 та (22,2%) ҳолатда, сийдик йўлида 5 та (27,7%) ҳолатда, сийдик пуфагида 1 та (5,5%) ҳолатда кузатилган. ПБХГ билан бирга кечадиган ва ўчоқли сил билан касалланган беморда сийдик пуфаги тоши кузатилган.

СТК билан касалланган 18 бемордан 4 нафар беморга жарроҳлик даволаш тактикаси таклиф қилинди ва 1 беморда уретеролитотомия ўтказилган, қолган беморлар жарроҳлик тактикасидан воз кечдилар ва фитопрепарати асосида ишлаб чиқарилган дори терапиясини, сийдик рН қийматини тўғирловчи дорилар, инфекция мавжуд бўлганда антибиотиклар олдилар. Барча беморлар 3 ой давомида кунига 3 марта фитопрепарат ни 2 дражедан ёки 50 томчидан ичишди. Бундан ташқари, дорилар воситасида даволаш билан бир қаторда такрорий тош шаклланишининг олдини олишни таъминлайдиган тавсиялар берилган.

3 ойдан сўнг назорат учун бажарилган буйрак ва сийдик пуфагининг ултратовуш текшируви 8 (44,4%) беморда тошларнинг сақланиб қолганлигини кўрсатган (P<0,01), бошқа ҳолларда тошлар аниқланмаган. Шунини таъкидлаш керакки, даволанишдан олдин 7 мм гача бўлган тошлари

бўлган беморларда тошлар аниқланмаган. Ушбу беморлар тошларнинг турли вақтларда ўз-ўзидан тушиб кетганлигини таъкидладилар.

Силга чалинган беморлар орасида ноанъанавий СЙИ тарқалиши 936 беморга 174 (18,6%) ни ташкил этган. Беморлар сийдигида кўпинча *E. coli*, *S. epidermidis.*, *E. faecalis* идентификация қилинган.

Асоратланмаган СЙИли сил касаллиги клиник шакллариининг тузилиши 4-жадвалда келтирилган (4-жадвал).

4-жадвал

Носпецифик СТИли сил касаллиги клиник шакллариининг тузилиши

Клиник-рентгенологик шакл	СЙИ	
	мут	%
Тарқатилган	3	1,7
Инфилтратив	26	14,9
Суяк-бўғин	11	6,3
СТС	129	74,1
ПЛТС	1	0,6
Туберкулема	1	0,6
Фиброз-каверноз	2	1,1
Цирротик	1	0,6
Жами	174	100,0

Жадвалдан кўриниб турибдики, СЙИ сил касаллигининг барча турларида топилган, аммо бу кўпинча СТС (74,1%) ва инфилтратив ўпка сил касаллигида (14,9%) учраган.

Жинси ва ёшига қараб таҳлил қилинганида СЙИ кўпинча аёллар орасида - 118 (67,8%) ҳолатларда кузатилган ва барча ёш гуруҳларида кузатилган. Беморларга консерватив даво ва профилактикаси бўйича тавсиялар берилган.

Сил касаллиги билан оғриган беморларга махсус кимёвий терапия қилинганлиги ва бактериологик тадқиқотлар натижаларига кўра ноанъанавий СЙИда деярли 77% ҳолларда ичак таёқчаси экилганлиги ҳисобга олинса, беморларга 7-10 кун давомида микроорганизмларнинг сезгирлиги бўйича антибактериал терапия буюрилади.

СЙИ аломатлари бўлган беморларга фитопрепарат ҳам яллиғланиш жараёнининг фаол босқичида антибактериал воситалар билан биргаликда, ҳам антирецидив терапияни қўллаб-қувватловчи монотерапия сифатида 3 ой давомида кунига 3 марта 2 дражедан ёки 50 томчидан буюрилган.

Шундай қилиб, даволанишнинг 3-кунида СЙИ аломатлари намоён бўлишининг пасайиши 46 (26,4%) беморда, йўқолиши - 36 (20,7%) беморда, динамикасиз - 37 (21,3%) беморда кузатилган, 55 (31,6%) бемор текширувга келмаган. 7-куни 82 (31,6%) бемор назорат текширувга келмаган, 78 (44,9%) беморда шикоятлар йўқолган, 9 (5,2%) беморда аломатлар намоён бўлиши пасайган ва 5 (2,9%) беморларнинг шикоятлари сақланиб қолган.

Шундай қилиб, 92 беморнинг 78(84,8%) тасида терапия самарали бўлган ва беморлар даволанишнинг 7-кунида ҳеч қандай шикоят билдирмаганлар.

Олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатганки, даволаш тадбирлари комплексида фойдаланиш натижасида даволанган 92 беморнинг 87 (94,6%) нафарида ($P < 0,001$) СЙИ йўқ қилинган.

Даволаш ва профилактика тадбирларини қўллашнинг муваффақиятсизлиги сабабларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, бу СЙИ бошқа касалликлар билан бирга кечган беморларда кузатилган: ПБХГ, сийдик пуфаги тошлари, уретранинг гипермобиллиги туфайли такрорий цистит. Уларнинг барчаси қўшимча текширув ва даволанишга мухтож бўлган.

2 нафар аёл беморни қўшимча текширишда уларда уретранинг гипермобиллиги аниқланган ва уретранинг транспозицияси-жарроҳлик тактикаси қўлланилган.

6 ойдан сўнг назорат текширувида ушбу беморлар циститнинг қайталанишини сезмадилар.

Тадқиқот давомида сил касаллиги билан касалланган 447 нафар эркакдан 88 нафари катта ёшдаги беморларда ПБХГ аниқланган.

Сўровнома маълумотларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, барча кўриқдан ўтганларда сийдик чиқариш бузилишининг субъектив аломатлари бўлган (5-жадвал). Шундай қилиб, ўртача IPSS қиймати (Простата аломатларининг халқаро индекси) $12,1 \pm 1,1$ баллни ташкил этган.

5-жадвал

Аломатлар умумий баҳосини (IPSS) ва ҳаёт сифатини баҳолаш индексини (QoL) ёшга қараб балларда аниқлаш натижалари

Гуруҳ, ёши	IPSS, балл ($M \pm m$)	QoL, балл
1-чи, 60-69, n =34	6,8±1,2	1,2±0,1
2-чи, 70-79, n =36	12,5±1,5	2,1±0,2
3-чи, 80 ва юқори, n =18	17,1±3,2	3,9±0,5
Жами, n =88	12,1±1,1	2,4±0,1

Изоҳ: n - беморлар сони; M – ўртача қиймат, m - ўртача қийматнинг стандарт хатоси.

Аломатларнинг намоён бўлишини таҳлил қилишда, ёш таркибига қараб, 60-69 ёшдаги одамларда (1-гуруҳ) улар $6,8 \pm 1,2$ балл оралиғида кузатилган, бу аломатларнинг енгил даражасига тўғри келади. 2-чи (70-79 ёш) ва 3-чи (80 ёш ва ундан юқори) гуруҳларда аломатлар ўртача намоён бўлишга тўғри келган. Ҳаёт сифати балларини баҳолаш QoL ўртача $2,4 \pm 0,1$ ни ташкил этди, бу ўртача намоён бўлиш даражасидан паст (чегаралар 0 дан 6 баллгача баҳоланади) (6-жадвал).

6-жадвалдан кўриниб турибдики, текширилган эркакларнинг умумий сонидан 88 беморнинг 66 тасида (75%) оқим ўртача тезлигининг пасайиши аниқланган.

6-жадвал**Сийдик оқими ўртача тезлигининг кўрсаткичлари ва уларнинг ёшга қараб динамикаси (%)**

Гуруҳ, кўриқдан ўтганларнинг ёши	$Q_{cp} \geq 11$ мл/с		$Q_{cp} < 11$ мл/с	
	мут	%	мут	%
1 -чи, 60-69, n =34	12	35,3	22	64,7
2 -чи, 70-79, n =36	10	27,8	26	72,2
3 -чи, 80 ва юқори, n =18	-	-	18	100,0

Изоҳ: n - беморлар сони

Қолдиқ сийдик борлиги ва ҳажми сийиш ҳаракатидан сўнг дарҳол аниқланди ва 5 мл дан 60 мл гача ўзгариб турган. Умуман олганда, текширувдан ўтган 88 та эркекнинг 41 тасида (46,6%) микциядан кейинги қолдиқ сийдик борлиги аниқланган.

Ўртача қолдиқ сийдик миқдори $39,3 \pm 3,2$ мл ни ташкил этган ва қолдиқ сийдик миқдори ёшга қараб ортган.

Текширилган ПБХГ аломатлари бўлган 60 ёшда ва ундан катта бўлган 88 эркекдан 66 (75%) беморда без ҳажми ортганлиги ташхиси аниқланди (7-жадвал).

7-жадвал**Беморларнинг ёшига қараб простата ҳажми ўзгариши кўрсаткичлари**

Гуруҳ, кўриқдан ўтганларнинг ёши	$V < 30,0$ мл		$V > 30,0$ мл	
	Мут	%	мут	%
1-чи, 60-69, n =34	13	38,2	21	61,8
2-чи, 70-79, n =36	9	25	27	75
3-чи, 80 ва катта, n =18	-	-	18	100,0

Изоҳ: n - беморлар сони

ПБХГ билан касалланган беморларнинг аксарияти 57 (64,7%) ўзларининг аҳволини, ёшларига боғлиқ ҳолда, яхши ёки умуман олганда қониқарли деб ҳисоблаганлар ва уларнинг фақат 35,3% ушбу аломатларнинг мавжудлиги келажагига истиқболда салбий қараганлар.

ПБХГ да даволаш тадбирлари мажмуасига қуйидагилар киритилган: тамсулозин, 3 ой давомида кунига бир марта 0,4 мг; ўзини тутиш-кутиш тактикасини қўллаш. Бу беморни ўргатишни (касаллик бўйича); сийдик чиқиш хасталиги саратон билан боғлиқ эмаслигига беморни ишонтириш; даврий мониторинг; турмуш тарзи бўйича тавсияларни ўз ичига олган.

Даволаш ва профилактик тактика Европа Урология Ассоциациясининг клиник кўрсатмаларига асосланган.

Даволашни амалга ошириш гуруҳига асосан ирритатив аломатлари бўлган 66 нафар бемор киритилган.

Даволаш ва профилактика тадбирларининг самарадорлиги дастлабки текширувда бўлгани каби бир хил параметрлардан фойдаланган ҳолда ва бир

хил усуллардан фойдаланган ҳолда такрорий текширув натижаларига кўра уларнинг яқунланиши билан баҳоланган.

ПБХГ аломатларига эга бўлган сил билан касалланган 66 беморда ўтказилган дори-дармонли даволаш юқори самарадорликни кўрсатган.

Даволаш ва профилактика тадбирларини ўтказгандан сўнг 66 эркакнинг 53 (80,3%) тасида, сийдик оқимининг ўртача тезлиги ошди. Шу билан бирга, барча беморларда простата ҳажми дастлабки кўрсаткичларни сақлаб қолди. 66 беморнинг 48 тасида (72,7%) сийдик пуфагида қолдиқ сийдик аниқланмаган.

IPSS даражаси 4,5 пунктга ёки 34,1% га камайган ва натижада $8,7 \pm 2,5$ баллни, ҳаёт сифати кўрсаткичи эса 0,7 ни (25,0%) ташкил этган. 80 ёшгача бўлган ПБХГ билан оғриган беморларни даволаш самараси ПСЙСнинг статистик жиҳатдан сезиларли пасайиши, сийдик ўртача оқиши тезлигининг ошиши ва қолдиқ сийдикнинг йўқолиши билан бирга келган. Сийдик чиқаришнинг яхшиланиши даволаш самарадорлигининг жуда муҳим кўрсаткичидир.

Сийдик чиқариш функциясининг яхшиланиши, шунингдек, даволанган 80 ёшгача бўлган барча беморларда сийдик қолдиғи йўқлиги билан тасдиқланган. 80 ёшдан ошган гуруҳда қолдиқ сийдик 2 баравардан кўпроққа камайди ва 6 (33,3%) беморда сақланиб қолган. Барча эътироф этилган кўрсаткичлар дастлабкиларидан сезиларли даражада фарқ қилган. Бу ёшга қараб тамсулозинни қўллаш сийдик чиқаришни яхшилашга қандай таъсир қилгани айниқса сезилади: сийдикнинг оқими ўртача тезлиги даволанганларнинг ҳар бирида ўртача 4,0 мл /сга ёки 51,3% га ошиб $11,8 \pm 2,9$ мл/с. га етган. Умуман даволаш самарадорлигини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, бу сил касаллиги бўлган 53 (80,3%) эркакда муваффақиятли бўлган. 13 (19,7%) беморда даволанишнинг самараси йўқлиги, афтидан, простата беши ўлчамларининг катталиги ва обструктив аломатлар устунлиги билан боғлиқдир.

Шу билан бирга, сил касаллиги ва ПБХГ билан касалланган 7 нафар беморда дори-дармонлар билан даволаш тугагандан сўнг, сийдик тутилиши сабабли цистостомик дренажни (5 беморга перкутан цистостомия ва 2 беморга эпицистостомия) ўрнатиш шаклида жарроҳлик даволаш зарур бўлган.

ХУЛОСА

1. Урологик скрининг-сўровномадан фойдаланиш Бухоро вилоятида сил касаллиги билан касалланган беморларни текшириш, беморларнинг 35,5% ида урологик патологияни аниқлашга имкон берган. Бир неча турдаги урологик патологиянинг комбинацияси сил касаллиги билан оғриган беморларнинг 12,6% ида аниқланган. Сил касаллиги билан оғриган беморлар урологик патологиясининг тузилиши қуйидагича тавсифланган: носпецифик яллиғланиш жараёнлари - 52,4%, таносил сил касаллиги - 48,8%, простата беши хавфсиз гиперплазияси - 26,5%, турли шакллардаги сийдикни тута

олмаслик - 15,9%, эркакларда жинсий алоқа функцияси бузилиши - 8,4%, сийдик тош касалликлари - 5,4%, нефроптоз - 0,3%.

2. Сил касаллиги ва урологик касалликлар бирга келганда иккиламчи иммунодефицит чуқурлиги CD3+ ва CD4+ хужайралар нисбий ҳамда мутлоқ миқдорларидаги камайиш билан тавсифланган. Т-бўғиндаги дефицитни ҳаққоний баҳоловчи ИРИ кўрсаткичи иккиламчи иммунодефицит ривожланганлигини кўрсатган. Беморлар иммун тизимида ўзгаришлар бўлиб, у асосан иммун тизими Т-бўғинининг чуқур тотал иккиламчи иммунодефицити билан тавсифланган.

3. Сил ва урологик касалликлар бирга келганда иммун тизимнинг В-бўғинида (гуморал иммунитет) айтарли кескин ўзгаришлар кузатилмагани иммун тизим В-бўғинига урологик касалликларнинг амалий жиҳатдан салбий таъсири йўқлигини кўрсатган ҳамда гуморал иммунитетга таъсир бўйича урологик касалликлар ўпка силига оғирлаштирувчи омил эмаслиги исботланган. Яллиғланишни қўлловчи ва яллиғланишга қарши (ИЛ-10, TNF- α) цитокинлар концентрациясининг беморлар қон зардобида асосий гуруҳда назорат ва таққослаш гуруҳларига нисбатан ишонарли ошиши яллиғланиш жараёнининг кучайиб бораётгани ҳамда ўпка сили кечишини оғирлаштирувчи омил эканлиги исботлаб берилган.

4. СТК да фитотерапия асосида ишлаб чиқилган даволаш ва профилактик чора-тадбирлар мажмуасидан фойдаланиш беморларнинг 55,6% ининг тошлардан халос бўлишга имкон берган. Яллиғланиш жараёнининг фаол босқичида антибактериал воситалар билан биргаликда, монотерапия шаклида антирецидив терапия сифатида фитопрепаратидан фойдаланиш ноанъанавий СЙИ ни 94,6% гача йўқ қилишга имкон берган. Сил касаллиги билан оғриган беморларда ПБХГ қуйидаги хусусиятлар билан ажралиб турди: текширилаётган беморларнинг 75%ида сийдикнинг оқими ўртача тезлиги пасайган; ПБХГ аломати сифатида қолдиқ сийдик беморларнинг 46,6%ида аниқланган; простата ҳажми 30,0 мл дан юқорилиги 75,0% эркакларда аниқланган.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ НА ОСНОВЕ НАУЧНОГО СОВЕТА
DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ
СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

АЗИМОВ САРДОРБЕК ИЛХОМОВИЧ

**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

**14.00.36 – Аллергология и иммунология;
14.00.31 – Урология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PHD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

БУХАРА – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2022.2.PhD/Tib1001.

Диссертация выполнена в Бухарском государственном институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.bsmi.uz) и Информационно-образовательного портала «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Научные руководители

Хамдамов Бахтиёр Зарифович
доктор медицинских наук

Рашидов Зафар Рахматуллаевич
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты

Мусаходжаева Дилором Абдуллаевна
доктор биологических наук, профессор

Зубань Олег Николаевич
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация

Самаркандский государственный медицинский университет

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2022 г. в _____ часов на заседании разового Научного совета на основе Научного совета DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте. (Адрес: 200118, г. Бухара, ул. А.Навои, 1.Тел./факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарском государственном медицинском институте (зарегистрирована за _____). (Адрес: 200118, г. Бухара, ул. А.Навои, 1.Тел./факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru)

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2022 года.
(реестр протокола рассылки № _____ от «_____» _____ 2022 года).

А.Ш. Иноятов

Председатель разового научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Д.Н. Ачилова

Ученый секретарь разового научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии по медицинским наукам (PhD), доцент

Н.А. Нуралиев

Заместитель председателя разового научного семинара при разовом научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В мире, в последние годы, уделяют особое внимание последствиям отрицательного влияния урологических заболеваний на состояние здоровья населения, а также последствиям их негативного влияния на функционирование иммунной системы организма. По данным Всемирной организации здравоохранения, «... за последние годы распространенность мочекаменной болезни в мире, в последние годы, достигла 4,5-12,0% при ежегодном увеличении до 1500-2000 случаев на 1 млн. населения...»¹ и по некоторым прогнозам число таких больных в ближайшее время может удвоиться. Вместе с тем, среди урологических заболеваний лидирующие позиции занимают также инфекции мочевыводящих путей и гиперплазия предстательной железы. «Рост заболеваемости этими заболеваниями в последние годы обусловлен изменением социальных, бытовых и экологических условий, урбанизацией, гиподинамикой, изменением качества и состава пищевых продуктов и другими факторами риска»². Нужно заметить также, что негативное влияние урологических заболеваний на иммунную реактивность организма негативно сказывается на течении основного заболевания – туберкулеза.

На планете увеличивается доля лиц, страдающих мультиморбидностью. Развитие неинфекционных заболеваний характерно для людей с хроническими инфекционными заболеваниями, такими как туберкулез. Быстрый темп роста числа неинфекционных заболеваний отмечается в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода. Данное состояние может быть связано со старением населения, быстрой урбанизацией, факторами окружающей среды, изменением образа жизни, ослаблением факторов сопротивляемости организма. Определение истинной распространенности урологических заболеваний требует оценки так называемой латентной урологической болезни. Для решения этой проблемы целенаправленный скрининг населения дает гораздо больше информации, чем анализ данных об обращении к медицинской помощи. Причина этого зависит от многих факторов, таких как обращение к медицинской помощи, развитость инфраструктуры и медицинской помощи, его приемлемость, общая и медицинская культура, привычки, обычаи и менталитет населения, влияющие на его медицинскую активность.

Благодаря климатическим и экологическим условиям нашей страны Бухарская область занимает одно из ведущих мест по заболеваемости урологическими заболеваниями, особенно мочекаменной болезнью. В 2016-2017 годах заболеваемость мочекаменной болезнью в среднем по стране составила 60 случаев на 100 000 населения, тогда как в Бухарской области

¹World Health Organization. Urolithiasis: fact sheet no. 153. World Health Organization website. 2014. www.who.int/iris/handle/10635/242879

² Riedi AK, Knubben-Schweizer G, Meylan M. Clinical findings and diagnostic procedures in 270 small ruminants with obstructive urolithiasis // J Vet Intern Med. – 2018. - Apr 16. P. 1274-1282

она составила 147-155 случаев на 100 000 населения в год. Большое значение имеет изучение распространенности и характеристику урологических заболеваний у больных туберкулезом, особенно в таких регионах, как Бухарская область, расположенных в засушливых регионах, на фоне чего производится оценка состояния иммунной системы. В связи с этим в 56-пункте 4-раздела в 7 приоритетных направлениях, указанных в Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы определены задачи, в «... реализация комплексных мероприятий, направленных на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и реализацию программы развития системы здравоохранения на 2022-2023 годы...»³.

Диссертационное исследование послужило выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года №УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», Постановления Президента № ПП-3071 «О мерах по развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан» от 20 июня 2017 года, также других нормативно - правовых актов, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии республики Узбекистан: VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Клинические проявления туберкулеза, в том числе туберкулеза легких, и эффективность его лечения во многом определяются наличием мультиморбидности, что осложняет специфический процесс и затрудняет его лечение. Частота мультиморбидности у больных туберкулезом легких колеблется от 80% до 100%. Всесторонне изучены влияние хронического вирусного и алкогольного гепатитов, язвенной болезни, сахарного диабета, а также побочных реакций при химиотерапии на течение туберкулеза (Аминев Х.К. и соавт., 2017; Сейтбаев Ы. и соавт., 2015; Ташпулатова Ф.К., Мухтаров Д.З., 2016).

Зангиева З.А. и соавт. (2014) установили, что частота туберкулез-ассоциированных урологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста составила 77,3%. Факторами риска урологических заболеваний у женщин, больных туберкулезом, были: хронические воспалительные заболевания женской половых органов; инфекции, передающиеся половым путем; менструальная дисфункция; дисбаланс женских половых гормонов. Хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы (пиелонефриты, циститы) выявлены у 51,9% больных туберкулезом.

В исследовании, проведенном Муаззамовым Б.Р. (2009) установлено, что эпидемиологические показатели туберкулеза в Бухарской области зависят от климато - географических особенностей региона. Доказано, что в

³ Указ Президента Республики Узбекистан УП-№60 от 28 января 2022 года «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы»

засушливом регионе больше неблагоприятных условий, влияющих на эпидемиологические показатели туберкулеза.

В исследовании Шадманова М.А. (2018) установлено, что распространенность ИМТ среди ВИЧ-инфицированных в Узбекистане составила 41,2%. Было установлено, что у ВИЧ инфицированных пациентов, так же, как и у больных с ИМТ не осложненными ВИЧ, причиной ИМТ является грамотрицательная микрофлора.

Несмотря на успехи изучения урологических заболеваний в Узбекистане (Арустамов Д.Л. и соавт., 2003; Нуруллаев Р.Б., 2004; Акилов Ф.А. и соавт., 2012; Худайбергенов Ю.А., 2018), у больных с туберкулезом распространенность урологических заболеваний остается практически неизученным. Особенно, когда туберкулез сопровождается различными урологическими заболеваниями, у пациентов с тенденцией и интенсивностью изменений в клеточных и гуморальных звеньях иммунной системы, иммунокоррекция прогрессирующего вторичного иммунодефицита является одной из медицинских проблем, которые необходимо лечить

Это имеет особое значение в связи с необходимостью совершенствования существующих форм и методов лечения и профилактики урологических заболеваний, в том числе у больных туберкулезом, для исследования новых и эффективных методов, включая применение иммунокоррекционной терапии, в том числе для улучшения качества жизни в экологических регионах со специфическим сухим климатом, таких как Бухарской области, а также для снижения инвалидности.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование проведено в рамках плана научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института (05.2019.PhD.042) «Раннее выявление, диагностика и разработка новых методов лечения и профилактики патологических факторов, влияющих на здоровье населения Бухарского региона в пост-COVID-19 ном периоде» (2022-2026 гг.).

Целью исследования являлось оценка клинико-иммунологических особенностей урологических заболеваний у больных с сопутствующим туберкулезом и повышение эффективности урологической помощи.

Задачи исследования:

определить уровень распространенности значимых коморбидных урологических заболеваний (мочекаменная болезнь, инфекции мочевыводящих путей, доброкачественная гиперплазия предстательной железы) у больных туберкулезом;

определить диагностическую и прогностическую значимость этих показателей наряду с выявлением и оценкой состояния клеточных звеньев иммунной системы у больных туберкулезом протекающих с урологическими заболеваниями;

оценка гуморального звена и цитокинового статуса иммунной системы у больных туберкулезом на фоне урологической патологии, оценка степени

влияния урологических заболеваний на количественные показатели иммунокомпетентных клеток иммунной системы;

разработка комплекса мероприятий по лечению и профилактике мочекаменной болезни, инфекций мочевыводящих путей, доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных туберкулезом.

Объектом исследования явились 936 больных туберкулезом, отобранных к исследованию методом случайной выборки для изучения Бухарской области.

Предмет исследования составили больные с урологическими заболеваниями (почек, мочевого пузыря, предстательной железы, наружных половых органов).

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использован универсальный урологический опросник, клинико-иммунологические лабораторные, инструментальные методы исследования и статистического анализа.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые охарактеризована глубина вторичного иммунодефицита у больных туберкулезом в сочетании с урологическими заболеваниями, снижение относительного и абсолютного количества клеток CD3+- и CD4+, изменения в иммунной системе этих больных, характеризующиеся выраженным тотальным вторичным иммунодефицитом Т-звена иммунной системы;

впервые при туберкулезе легких ассоциированом с урологическими заболеваниями влияя на В-звено (гуморальный иммунитет) иммунной системы, показано, что урологические заболевания не являются отягощающим фактором при туберкулезе легких, доказано, что значительное повышение концентрации провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови больных является фактором усиления воспалительного процесса и обострения туберкулеза легких;

применение комплекса лечебно-профилактических мероприятий у больных туберкулезом с мочекаменной болезнью и нетрадиционной инфекцией мочевыводящих путей применение фитопрепарата, как в сочетании с антибактериальными средствами в активной фазе воспалительного процесса, так и с поддерживающей антирецидивной терапией, в комбинации с антибактериальными средствами в активной фазе воспалительного процесса, а также в качестве поддерживающего выхода антиретровирусной терапии;

определена распространенность урологических заболеваний мочекаменной болезни, инфекции мочевыводящих путей, доброкачественной гиперплазии предстательной железы от сопутствующих урологических заболеваний у больных туберкулезом и степень их негативного влияния на течение туберкулеза.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработана программа для электронно-вычислительных машин «Использование тестовой площадки для наблюдения за урологической

патологией у больных туберкулезом», показавшая высокую информативность универсального урологического опросника у больных туберкулезом при определении распространенности урологических заболеваний у больных туберкулезом;

ИРИ, который точно оценивает недостаточность Т-звена иммунитета при сочетании туберкулеза легких и урологических заболеваний, указывает на развитие вторичного иммунодефицита, а также ИРИ описан как иммунологический маркер, оценивающий развитие вторичного иммунодефицита Т-звена;

Доказано, что у больных туберкулезом с СНМП/ДГПЖ прием тамсулозина по 0,4 мг 1 раз в сутки в течение 3 мес и использование поведенческой тактики показало уменьшение выраженности симптомов, частоты ночного мочеиспускания и улучшения качества мочеиспускания у больных туберкулезом в страшей возрастной группе.

Достоверность результатов исследования обосновывается правильностью примененного в работе теоретического подхода и методов, точностью проведенных проверок, достаточностью материала, современностью методов исследования, которые дополняют друг-друга основываясь на клинических, иммунологических, гемодинамических, гематологических, инструментальных, биохимических и статистических, сопоставлением полученных результатов с данными зарубежных и отечественных исследователей, подтверждением полученных результатов и выводов полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что глубина вторичного иммунодефицита у больных туберкулезом в ассоциации с урологическими заболеваниями обусловлена количеством CD 3+- и CD 4+ клеток, характеризующихся глубоким тотальным вторичным иммунодефицитом Т-звена, доказано, что урологические заболевания воздействием на В-звено не являются отягощающим фактором при туберкулезе легких, убедительное повышение концентрации цитокинов в сыворотке крови больных является отягощающим фактором туберкулеза легких, разработкой применения фитопрепарат - как вариант эффективного метода лечения больных туберкулезом в ассоциации с мочекаменной болезнью и нетрадиционной инфекцией мочевыводящих путей, обоснована выявлением распространенности мочекаменной болезни, инфекции мочевыводящих путей, доброкачественной гиперплазии предстательной железы и уровнем их влияния на течение туберкулеза.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что данные о структуре урологической патологии у больных туберкулезом позволяют выделить группу лиц, нуждающихся в профилактических мероприятиях по предупреждению и лечению наиболее распространенных урологических заболеваний (МКБ, ИМТ, ДГП). Реализация мероприятий по лечению и профилактике наиболее распространенных урологических

заболеваний у больных туберкулезом позволяет использовать эффективные и относительно недорогие методы лечения и профилактики.

Внедрение результатов исследования. На основании научных результатов по клинко-иммунологической характеристике урологических заболеваний у больных туберкулезом:

утверждено методическая рекомендация «Лечебно-профилактическая тактика доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных туберкулезом» (заключение Министерства здравоохранения 8н-р/97 от 04 февраля 2021 года). Данная методическая рекомендация позволила разработать лечебно-профилактическую тактику доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных туберкулезом;

научные результаты по клинко-иммунологической характеристике урологических заболеваний у больных туберкулезом внедрены в практическое здравоохранение, в частности в практику Бухарского областного центра фтизиатрии и пульмонологии, Навоийского областного центра фтизиатрии и пульмонологии, Кашкадарьинского областного центра фтизиатрии и пульмонологии.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования были обсуждены на 4 научных конференциях, в том числе 2 международных и 1 республиканском научно-практических конференциях, симпозиумах.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликованы 20 научных работ, из них 8 журнальных статей, в том числе 4 в республиканских и 4 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, выводов, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 115 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **введении** описываются актуальность и необходимость исследования, цель, задачи, объект и предмет исследования, соответствие данного исследования приоритетам науки и техники, научная новизна исследования и его практических результатов, научная и практическая значимость результатов, применение результатов исследований в практической медицине, опубликованные научные работы и сведения о структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Клиническое значение сопутствующих урологических заболеваний у больных туберкулезом**» анализируется современное состояние данной проблемы на основе данных отечественной и зарубежной литературы. Имеются сведения о распространенности важнейших урологических заболеваний в различных регионах мира и Узбекистана, распространенности мультиморбидности при туберкулезе и значение сопутствующей урологической патологии, а так же результаты

оценки иммунного статуса этих пациентов. В конце главы приводится краткое резюме, в котором основное внимание уделяется вопросам, требующим дальнейшего изучения.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика клинического материала и методов исследования»** подробно описаны этапы исследования, клинический материал и методы исследования.

Настоящее исследование основано на изучении клинических данных 936 больных туберкулезом с различными формами туберкулеза, состоящих на учете и пролеченных в противотуберкулезных учреждениях Бухарской области в течение 2019-2020 гг., и добровольном отборе с использованием опросника УКАС. Возраст больных колебался от 18 до 97 лет (в среднем $52,3 \pm 0,6$ года).

Среди обследованных были все возрастные группы, при этом большинство больных трудоспособного возраста (до 61 года) - 585 (62,5%). Каждый третий был больным пожилого и старческого возраста - 37,5%. Мужчин было 447 (47,8%), женщин 489 (52,2%). Инфильтративный туберкулез легких наблюдался у 351 (37,5%), фиброзно-кавернозный туберкулез легких - у 34 (3,6%), очаговый туберкулез легких у 28 (3,0%), диссеминированный туберкулез легких у 27 (2,9%), цирротический туберкулез легких у 25 (2,3%), туберкулема легких у 21 (2,2%), туберкулезный плеврит у 24 (2,6%), туберкулез внутригрудных лимфоузлов у 60 (6,4%), костно-суставной туберкулез у 197 (21,0%), МПТ у 164 (17,5%), туберкулез периферических лимфатических узлов у 3 (0,3%), туберкулез глаз 1 (0,1%), абдоминальный туберкулез у 1 (0,1%) больного. Группу больных с МФТ составили 146 (89,0%) больных с туберкулезом мочевыводящих путей, 13 (8,0%) с туберкулезом половых органов и 5 (3,0%) больных с сочетанием туберкулеза мочевыводящих путей и половых органов.

Следует отметить, что сочетание полового туберкулеза с туберкулезом почек наблюдалось в виде туберкулеза почек и туберкулеза простаты. Туберкулез мочевыводящих путей состоял из больных туберкулезным папиллитом почки - 91 (55,5%), кавернозного туберкулеза - 5 (3,0%), поликавернозного туберкулеза - 7 (4,3%), туберкулезного нефроцирроза осложненного паранефритом - 1 (0,6%), сочетанием туберкулеза почек с туберкулезным уретеритом - 6 (3,6%) и сочетание туберкулеза почек с туберкулезным циститом - 36 (21,9%). Подгруппа больных с половым туберкулезом состояла из туберкулезного простатита - 2 (1,2%), туберкулезного орхоэпидидимита - 9 (5,5%) и туберкулеза женских половых органов - 2 (1,2%).

Выделение МБТ в мокроте и других биологических жидкостях (моча, гнойное отделяемое из свищей) наблюдалось у 262 (28,0%) больных туберкулезом легких и у 13 (1,4%) больных с туберкулезом внелегочных локализаций. В целом, выделение МБТ выявлено у 275 (29,4%) из 936 больных туберкулезом.

Оперативное лечение органов половой системы проведено 35 больным, из них нефруретерэктомия у 5 (14,3%), эпидидимэктомия у 8 (22,8%),

орхидэктомия у 1 (2,8%), уретеролитотомия 1 (2,8%), нефропексия у 1 (2,8%), эпицистостомия у 2 (5,7%), ревизия мочевого пузыря с электрокоагуляцией язвы у 2 (5,7%), перкутанная нефростомия (ПКНС) у 4 (11,4%), перкутанная цистостомия у 5 (14,3%), стентирование мочеточника у 2 (5,7%), реконструктивно-пластические операции на мочеточнике у 2 (5,7%), транспозиция уретры у женщин у 2 (5,7%).

В рамках государственного гранта СС-Атех-2018-539 «Подходы к созданию электронной базы данных пациентов с наиболее распространенными урологическими заболеваниями» была использована анкета УВОЗ, разработанная сотрудниками Республиканского специализированного научно-практического центра урологии (РИАУТМ) Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Вопросы по симптомам мочевыводящих путей, инфекциям мочевыводящих путей, недержанию мочи, патологии мужской половой сферы задавались на узбекском языке. Следует отметить, что намеренно включены пациенты с МПТ с целью выявления невыявленных жалоб и выявления сопутствующей урологической патологии (таблица 1).

Таблица 1

Информативность различных методов опроса по результатам по результатам исследования, %

Показатели уровня достоверности метода диагностики	Методы опроса больных для определения симптомов заболевания	
	Метод традиционного опроса	Опрос с использованием урологического опросника
Чувствительность	64,0	93,0
Специфичность	93,0	92,0
Точность	82,3	92,6

Для постановки нетрадиционного диагноза ИМТ использовали следующие критерии: наличие симптомов ИМТ, выявленных по анкете; лейкоцитурия и аномальная бактериурия, выявляемая при микроскопии мочи, результаты бактериального посева мочи на аномальную флору, отрицательные анализы мочи на МБТ.

Для диагностики ДГП использовались следующие методы: опрос респондентов по анкете ВОУЗ с учетом вопросов, заданных в анкете Международной системы оценки симптомов (IPSS); физический осмотр; ультразвуковое исследование почек, мочевыводящих путей и простаты с оценкой наличия остаточной мочи и определением размеров простаты; определением средней скорости потока мочи. Степень выраженности симптомов нарушения мочевого оттока считалось легкой при сумме баллов, не превышающей 7; от 8 до 19 считались умеренными, а от 20 до 35-тяжелыми.

Основанием для установления диагноза мочевого туберкулеза (МПТ) явились клиничко-рентгенологические, эхографические и микробиологические данные.

С помощью урологического опросника получены следующие результаты теста: чувствительность - 93,0%, специфичность - 92,0%, NPV - 96,0%, PPV - 87,0%, точность - 92,6%. При традиционном опросе были получены следующие результаты тестов: чувствительность - 64,0%, специфичность - 93,0%, отрицательные прогностические значения (NPV) - 82,0%, положительные прогностические значения (PPV) - 83,0%, точность - 82,3%.

Предварительная апробация урологического скринингового опросника выявила, что он имеет высокий уровень информативности и позволяет выявлять урологические симптомы заболеваний у больных туберкулезом.

При предварительном эксперименте и обследовании 936 больных с различными формами туберкулеза урологическая патология выявлена у 332 больных, то есть почти у каждого третьего больного, что составляет 35,5% обследованных. Наиболее частой урологической патологией была нетрадиционная ИМТ, которая наблюдалась у 174 (52,4%) из 332 больных туберкулезом. 162 (48,8%) больных имели различные формы генитального туберкулеза, 88 (26,5%) больных - доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГП), 53 (15,9%) больных - различные формы недержания мочи, 28 (8,4%) - сексуальные дисфункции, 18 (5,4%) - мочекаменную болезнь, 6 (1,8%) - гидронефроз (уретерогидронефроз) и 1 (0,3%) больной - нефроптоз. Сочетание нескольких видов урологической патологии наблюдалось у 42 (12,6%) из 332 больных туберкулезом.

В группе больных МПТ наблюдали различные сопутствующие урологические патологии, причем наиболее частая из них - нетрадиционная ИМТ - наблюдалась у 129 (78,6%) больных. Кроме того, у 1 больного наблюдались 4 ДГПЖ (2,4%), МКБ у 3 (1,8%), СД у 18 (10,9%), недержание мочи у 22 (13,4%) и нефроптоз у 1 (0,6%) больного. Наличие гидронефроза (уретерогидронефроза) у 6 больных было связано с обструкцией мочевыводящих путей вследствие туберкулезного уретерита.

Наиболее часто ДГПЖ наблюдали у больных инфильтративным туберкулезом легких у 50 (56,8%) из 88 больных.

У 536 (5,7%) из 936 больных различными формами туберкулеза недержание мочи чаще встречалось у 49 (92,5%) женщин и только у 4 (7,5%) мужчин ($p < 0,05$), а также у женщин старшей группы (старше 60 лет и более) - выявлен у 35 (71,4%) из 49 больных. При анализе типа недержания мочи у больных стрессовый тип недержания мочи отмечен у 30 (56,6%) больных, ургентный у 23 (43,4%) больных.

Ургентное недержание мочи характерно для больных МПТ - в 100% наблюдений соответственно. Стрессовый тип недержания мочи характерен для больных туберкулезом легких - наблюдается у 26 (96,3%) из 27 больных. Для мужчин с разными формами туберкулеза во всех наблюдениях было характерно недержание мочи ургентного вида.

В целом СД наблюдалась у 28 (6,3%) из 447 мужчин с различными формами туберкулеза, причем в ее составе преобладал МПТ, т.е. от 28 больных до 18 (64,3%). СД чаще встречалась у мужчин старше 40 лет - у 20 (71,4%) из 28 больных.

Результаты исследований обработали общепринятым методом вариационной статистики. Был использован пакет программ для медико-биологических исследований. Достоверность различий определялось с помощью критерия Стьюдента. При организации и проведения исследований использованы принципы доказательной медицины.

В третьей главе диссертации приводится «**Клинико-иммунологическая характеристика урологических заболеваний, ассоциированных с туберкулезом легких**».

Для того было изучено 320 лиц. Они были разделены на три группы: основная группа - больные с диагнозом урологические заболевания с туберкулезом легких (n=117); группа сравнения - больные с диагнозом туберкулез легких, но без урологических заболеваний (n=20); контрольная группа - здоровые лица без туберкулеза легких и урологических заболеваний (n = 20).

Основная группа, в свою очередь, была разделена на три подгруппы: 1а группа - мочекаменная болезнь (МКБ) с туберкулезом легких - n=18; 1б группа - инфекции мочевыводящих путей (ИМТ) на фоне туберкулеза легких - n=54; 1в группа в – доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) с туберкулезом легких - n=45.

Появление различных урологических заболеваний по-разному сказывается на их основном заболевании - туберкулезе легких. Это также вариация количественных показателей иммунной системы.

Поэтому изучение и оценка показателей иммунной системы при данных урологических заболеваниях проводился сравнительно.

Результаты показали, что количество лейкоцитов во всех подгруппах основной группы значительно уменьшилось по сравнению с контрольной группой (таблица 2).

Таблица 2

Показатели иммунного статуса у больных туберкулезом легких на фоне урологических заболеваний

Показатели		Контрольная группа	Асосий гурух		
			МКБ, n=18	ДГПЖ, n=54	ИМТ, n=45
Лейкоциты	10 ⁹ /л	6500±185	4648±253*	47,38±234*	4064±228*
Лимфоциты	%	32,5±1,26	34,85±1,93	32,96±1,82	37,0±1,46
	мкл	2112±83	1649±99*	1538±97*	1482±76*
Клетки CD3+	%	59,5±1,16	42,38±1,67*	41,17±1,55*	43,45±1,62*
	мкл	1257±38	638±47*	626±46*	629±34*
Клетки CD4+	%	36,0±1,05	31,63±1,12*	30,51±1,09*	33,54±1,10*
	мкл	760±32	448±37*	457±36*	483±23*
Клетки CD8+	%	23,5±0,82	27,0±1,27*	24,0±1,03	24,36±0,63
	мкл	496±29	339±30*	376±29*	360±24*
ИРИ, бирлик		1,53±0,02	1,17±0,04*	1,27±0,04*	1,38±0,03*

Примечание: *- признак достоверного изменения по отношению к контрольной группе (P<0,05).

Анализ относительных показателей общего числа лимфоцитов у этих больных не выявил достоверной разницы между контрольной и исходной группами ($R > 0,09$), но наблюдались достоверные различия в абсолютных значениях этого показателя - в 1,28 раза в группе 1а и в 1,37 раза в группе 1б, соответственно и снижение в 1,43 раза в группе 1в ($P < 0,05$). Это свидетельствовало об изменении количества лейкоцитов. Следует отметить, что наиболее сильный иммунодефицит среди показателей клеточного иммунитета наблюдался у клеток CD 3+ - снижение относительных величин в основной группе составило 1,40, 1,45 и 1,37 раза соответственно ($P < 0,001$). Аналогичный результат наблюдался и для абсолютного количества CD3+-клеток - снижение составило 1,97, 2,01 и 2,00 соответственно ($P < 0,001$). Такое же достоверное снижение наблюдалось как в относительном, так и в абсолютном количестве CD3+-клеток ($P < 0,05$ - $R < 0,001$). Эта иммунокомпетентная клетка демонстрирует тотальный иммунодефицит у основной группы больных.

Изучение CD3+-клеточных субпопуляций (SD4+ и SD8+) выявило, что причиной тотального Т-иммунодефицита являются именно CD4+ клетки, так как их относительное и абсолютное количество было достоверно снижено относительно контроля в основной группе. Соответственно, межгрупповых различий в относительном количестве клеток CD8+ не наблюдалось. Маркером, указывающим на развитие вторичного иммунодефицита в Т-звене иммунной системы, является ИРИ, который составляет $1,17 \pm 0,04$, $1,27 \pm 0,04$ и $1,38 \pm 0,05$ ед. по сравнению с контрольной группой ($1,53 \pm 0,02$ ед.) был очевиден достоверный дефицит. Аналогичный дефицит в Т-звене иммунной системы наблюдался и при сравнительном анализе с группой сравнения.

Так, по 9 из 10 показателей, характеризующих Т-звено иммунной системы (группа 1а), и по 8 (группы 1б и 1в) наблюдалось достоверное снижение в основной группе по сравнению с контрольной группой глубина вторичного иммунодефицита особенно характеризуется снижением. Индикатор ИРИ, точно оценивающий дефицит Т-звена, показал развитие вторичного иммунодефицита, а ИРИ описывается как иммунологический маркер, оценивающий развитие вторичного иммунодефицита Т-звена иммунной системы. При сочетании туберкулеза легких с урологическими заболеваниями наблюдаются изменения как общего состояния больного, так и его иммунной системы, что в основном характеризуется глубоким тотальным вторичным иммунодефицитом Т-звена иммунной системы.

При изучении гуморального или В-звена иммунной системы больных не наблюдалось аналогичных достоверных результатов, показатели в основной группе сравнения и контрольной группе были близки друг к другу, достоверной разницы между цифрами не наблюдалось ($P > 0,05$). Незначительное снижение сывороточных концентраций эссенциальных иммуноглобулинов (IgA, IgG, IgM) наблюдалось в основной группе по сравнению с контрольной группой на IgA и IgG ($P < 0,05$), но в группе сравнения разницы не обнаружено ($P > 0,05$). Таким образом, при ассоциации

туберкулеза легких с урологическими заболеваниями существенных изменений в В-звене иммунной системы (гуморальный иммунитет) не наблюдалось, доказано, что урологические заболевания не оказывают отрицательного влияния на это звено иммунной системы.

В отличие от этих результатов было отмечено резкое, достоверное повышение уровней провоспалительных и противовоспалительных цитокинов (IL-10 и TNA-L). Показатели основной группы по этим параметрам показали достоверное увеличение как в контрольной группе, так и в группе сравнения ($P < 0,05$ - $P < 0,01$). Таким образом, выявление урологических заболеваний у больных с диагнозом туберкулез легких приводит к углублению патологического процесса, а также к достоверно резкому повышению концентрации провоспалительных и противовоспалительных цитокинов.

Таким образом, существенных резких изменений в В-звене иммунной системы (гуморальный иммунитет) при ассоциации туберкулеза легких и урологических заболеваний (МКБ, ДГПЖ, ИМТ) не наблюдалось. Показано отсутствие достоверной разницы во всех сравниваемых группах в количестве относительных и абсолютных величин CD20+, по концентрации IgM не определено практического неблагоприятного влияния урологических заболеваний на В-звено иммунной системы. Урологические заболевания не являются отягощающими факторами для туберкулеза легких. Показано, что резкий, достоверный рост концентрации противовоспалительных и провоспалительных (IL-10, TNA-x) цитокинов в сыворотке крови больных основной группы по сравнению с контрольной группой и группами сравнения является фактором интенсификации воспалительного процесса и тяжести туберкулеза легких.

В четвертой главе диссертации **«Распространенность важнейших урологических заболеваний (ИМТ, ДГПЖ, МКБ) у больных туберкулезом и комплекс лечебно-профилактических мероприятий»** изучается распространенность мочекаменной болезни у больных туберкулезом и тактика лечения и профилактики.

При обследовании больных туберкулезом камни мочевыводящих путей обнаружены у 18 из них, что составило $1,9 \pm 0,2\%$ наблюдений у 936 больных. Распространенность камней мочевыводящих путей у мужчин составила 11 ($2,5 \pm 0,3\%$) случаев у 447 мужчин и была достоверно выше, чем у женщин: 7 ($1,4 \pm 0,2\%$) случаев у 489 женщин ($P < 0,05$). Наиболее высокая частота МКБ была в группе больных 61-70 лет - до 38,9%.

МКБ обнаруживают практически при всех видах туберкулеза, однако камни чаще наблюдают у больных инфильтративным туберкулезом легких - до 27,8% этих случаев. Следует также отметить, что МКБ также присутствовал у 16,7% пациентов с МПТ (таблица 3).

У больных камни размером до 7 мм выявлены в 55,6% случаев, камни до 10 мм в 22,2% случаев, камни от 10 до 15 мм в 22,2% случаев, при этом у 18 больных обнаружен 21 камень. У 15 (88,3%) больных наблюдался 1 камень и множественные конкременты наблюдались у 3 (11,7%) больных. Наличие

камней в почечных чашках отмечено в 11 случаях (61,1%), в тазу - в 4 случаях (22,2%), в мочевыводящих путях - в 5 случаях (27,7%), в мочевом пузыре - в 1 случае (5,5%). Камень мочевого пузыря наблюдался у больного очаговым туберкулезом в сочетании с ДППЖ.

Таблица 3

Структура клинических форм туберкулеза, сопровождающегося МКБ

Клиническая форма туберкулеза	СТК билан касалланганлар сони, n=18
Инфильтративный туберкулез легких	5 (27,8)
Очаговый туберкулез легких	2 (11,1)
Распространенный туберкулез легких	1 (5,5)
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких	3 (16,7)
Цирротический туберкулез легких	1 (5,5)
Туберкулезный плеврит	1 (5,6)
Костно-суставной туберкулез	2 (11,1)
МПТ	3 (16,7)
Всего	18 (100)

Примечание: n – количество наблюдений; % указано в скобках

Из 18 пациентов с МКБ 4 пациентам была предложена хирургическая тактика лечения и 1 пациенту выполнена уретеролитотомия, остальные пациенты отказались от хирургического лечения и получали медикаментозную терапию фитопрепаратами, препаратами регулирующими рН-мочи, антибиотики при наличии инфекции больные принимали Канефрон Н по 2 драже или по 50 капель 3 раза в день в течение 3 мес. Кроме того, были даны рекомендации по обеспечению профилактики рецидивного камнеобразования, а также медикаментозное лечение.

Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, выполненное через 3 месяца показало, что камни остались у 8 (44,4%) больных ($P < 0,01$), в остальных случаях конкременты не выявлены. Следует отметить, что у пациентов с камнями до 7 мм до лечения конкременты не выявлялись. Эти пациенты сообщили, что камни выпадали спонтанно в разное время.

Распространенность нетрадиционных ИМТ среди больных туберкулезом составила 174 (18,6%) из 936 больных. При посеве в моче пациентов в большинстве идентифицированы *E. coli*, *S. epidermidis*. и *E. faecalis* на момент имплантации.

Структура клинических форм неосложненного туберкулеза ИМТ представлена в таблице 4.

Из таблицы видно, что ИМТ встречается при всех формах туберкулеза, но наиболее часто она встречается при СТС (74,1%) и инфильтративном туберкулезе легких (14,9%).

При анализе по полу и возрасту ИМТ чаще всего наблюдались среди женщин - 118 (67,8%) случаев и наблюдались во всех возрастных группах. Больным даны рекомендации по консервативному лечению и санитарно-гигиенической профилактике.

Таблица 4

Структура клинических форм туберкулеза в ассоциации с нетрадиционными ИМТ

Клинико-рентгенологическая форма	ИМТ	
	мут	%
Распространенный	3	1,7
Инфильтративный	26	14,9
Костно-суставной	11	6,3
МПТ	129	74,1
ТПЛУ	1	0,6
Туберкулема	1	0,6
Фиброзно-кавернозный	2	1,1
Цирротический	1	0,6
Всего	174	100,0

Учитывая, что больные туберкулезом получали специфическую химиотерапию, а бактериологические исследования показали, что почти в 77% случаев нетрадиционных ИМТ происходила высева кишечных палочек, больным назначали антибактериальную терапию по микробной чувствительности в течение 7-10 дней.

Больным с симптомами ИМТ фитопрепарат назначают по 2 драже или 50 капель 3 раза в день в течение 3 мес как в сочетании с антибактериальными средствами в активной фазе воспалительного процесса, так и в виде монотерапии, поддерживающей антирецидивную терапию.

Так, на 3-й день лечения снижение частоты симптомов ИМТ отмечено у 46 (26,4%) больных, исчезновение - у 36 (20,7%), отсутствие динамики - у 37 (21,3%) больных и – 55 больных (31,6%) не явились на обследование. На 7-е сутки 82 (31,6%) пациента не явились на контрольный осмотр, у 78 (44,9%) жалобы исчезли, у 9 (5,2%) уменьшилась симптоматика, у 5 (2,9%) пациентов жалобы сохранились.

Таким образом, у 78 (84,8%) из 92 пациентов терапия была эффективной, и на 7-й день лечения пациенты не жаловались.

Анализ полученных данных показал, что у 87 (94,6%) ($P < 0,001$) из 92 больных, пролеченных в результате применения комплекса лечебных мероприятий ИМТ были устранены.

Анализ причин неэффективности лечения и профилактики показал, что данная ситуация наблюдалась у больных с ИМТ в ассоциации с другими заболеваниями: ДГПЖ, камнями мочевого пузыря, рецидивирующим циститом на фоне гипермобильности уретры. Все они нуждались в дополнительном обследовании и лечении.

При дополнительном обследовании 2 пациенток выявлена гипермобильность уретры, применена хирургическая тактика-транспозиции уретры.

При контрольном осмотре через 6 месяцев у этих больных рецидива цистита не отмечено.

В ходе исследования у 88 из 447 мужчин с туберкулезом была диагностирована ДППЖ у взрослых пациентов.

Анализ данных анкетирования показывает, что у всех обследованных имелись субъективные симптомы нарушения мочеиспускания (таблица 5). Так, среднее значение IPSS (Международный индекс симптомов простаты) составило $12,1 \pm 1,1$ балла.

Таблица 5

Результаты определения общей симптоматической оценки (IPSS) и индекса оценки качества жизни (QoL) по возрасту в баллах.

Группа, возраст	IPSS, балл (M± m)	QoL, балл
1-группа, 60-69, n =34	6,8±1,2	1,2±0,1
2-группа, 70-79, n =36	12,5±1,5	2,1±0,2
3-группа, 80 и старше, n =18	17,1±3,2	3,9±0,5
Всего, n =88	12,1±1,1	2,4±0,1

Примечание: n – количество больных; M – средний показатель, m – стандартная ошибка среднего показателя.

При анализе проявлений симптомов в зависимости от возрастного состава у лиц 60-69 лет (1-я группа) они наблюдались в пределах $6,8 \pm 1,2$ балла, что соответствует легкой степени симптомов. Во 2-й (70-79 лет) и 3-й (80 лет и старше) группах симптомы соответствовали умеренной степени. Оценка качества жизни по шкале QoL составила в среднем $2,4 \pm 0,1$, что ниже среднего уровня выраженности (пределы оценены в пределах от 0 до 6 баллов).

Как видно из таблице 6, снижение средней скорости мочеиспускания выявлено у 66 (75%) из 88 больных из общего числа обследованных мужчин.

Таблица 6

Показатели средней скорости мочеиспускания и их динамика по возрастам (%)

Группа, возраст обследованных	$Q_{cp} \geq 11$ мл/с		$Q_{cp} < 11$ мл/с	
	abs	%	abs	%
1 - группа, 60-69, n =34	12	35,3	22	64,7
2 - группа, 70-79, n =36	10	27,8	26	72,2
3 - группа, 80 и выше, n =18	-	-	18	100,0

Примечание: n – количество больных

Наличие и объем остаточной мочи определяли сразу после акта мочеиспускания и колебались от 5 мл до 60 мл. В целом у 41 из 88

обследованных мужчин (46,6%) была обнаружена остаточная моча после микции.

Средний объем остаточной мочи составил $39,3 \pm 3,2$ мл, причем объем остаточной мочи увеличивался с возрастом.

Из 88 обследованных мужчин в возрасте 60 лет и старше с симптомами ДГПЖ у 66 (75%) было диагностировано увеличение размера железы (таблица 7).

Таблица 7

Показатели изменения объема простаты в зависимости от возраста

Группа, возраст обследованных	V <30,0 мл		V >30,0 мл	
	abs	%	abs	%
1 - группа, 60-69, n =34	13	38,2	21	61,8
2 - группа, 70-79, n =36	9	25	27	75
3 - группа, 80 и выше, n =18	-	-	18	100,0

Примечание: n – количество больных

Большинство больных с ДГПЖ 57 (64,7%), считали свое состояние в зависимости от возраста хорошим или в целом удовлетворительным, и только 35,3% из них негативно смотрели в будущее из за наличия этих симптомов.

Комплекс лечебных мероприятий при ДГПЖ включало: тамсулозин по 0,4 мг 1 раз в сутки в течение 3 мес; применение поведенчески-выжидательной тактики. Это обучение пациента (в соответствии с болезнью); заверение пациента в том, что недержание мочи не связано с раком; периодический мониторинг; включая рекомендации по образу жизни.

Лечебно-профилактическая тактика основана на клинических рекомендациях Европейской урологической ассоциации.

В группу лечения вошли 66 пациентов с преимущественно ирритативными симптомами.

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий оценивали по их выполнению по результатам повторного обследования по тем же параметрам, что и при первичном обследовании, и теми же методами.

Медикаментозное лечение 66 больных туберкулезом с симптомами ДГПЖ показало высокую эффективность.

У 53 (80,3%) мужчин из 66, получавших лечебно-профилактическое лечение, увеличилась средняя скорость мочеиспускания. Однако у всех пациентов размеры предстательной железы сохраняли исходные значения. У 48 из 66 больных (72,7%) остаточная моча в мочевом пузыре не определялась.

Показатель IPSS снизился на 4,5 балла, или 34,1%, в результате чего он составил $8,7 \pm 2,5$ балла, а показатель качества жизни составил 0,7 (25,0%). Эффективность лечения пациентов с ДГПЖ в возрасте до 80 лет сопровождалась статистически значимым снижением СНМП, увеличением средней скорости потока мочи и исчезновением остаточной мочи. Улучшение мочеиспускания является очень важным показателем

эффективности лечения.

Улучшение функции мочеиспускания также подтверждалось отсутствием остаточной мочи у всех пациентов в возрасте до 80 лет, получавших лечение. В группе старше 80 лет остаточная моча уменьшилась более чем в 2 раза и сохранилась у 6 (33,3%) пациентов. Все указанные показатели существенно отличались от начальных. Это особенно заметно, как показано улучшение мочеиспускания при применении тамсулозина по отношению к возрасту: средняя скорость потока мочи увеличилась в среднем на 4,0 мл/с или 51,3% дошла до $11,8 \pm 2,9$ мл/с у каждого из пролеченных пациентов. Анализ эффективности лечения в целом показал, что оно было успешным у 53 (80,3%) мужчин, больных туберкулезом. У 13 (19,7%) больных неэффективность лечения, по-видимому, была связана с размерами предстательной железы и преобладанием обструктивных симптомов.

Вместе с тем, в связи с задержкой мочи после завершения медикаментозного лечения у 7 больных туберкулезом и ДГПЖ потребовалось хирургическое лечение в виде установки цистостомического дренажа (чрескожная цистостомия у 5 больных и эпицистостомия у 2 больных).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Применение урологического скринингово-анкетного опросника у больных с туберкулезом в Бухарской области позволило выявить урологическую патологию у 35,5% больных, т.е. почти у каждого третьего больного. Сочетание нескольких видов урологической патологии выявлено у 12,6% больных туберкулезом. Урологическая патология часто встречается у пациентов пожилого и старческого возраста больных туберкулезом-до 66,9%. Структура урологической патологии больных туберкулезом характеризуется следующими особенностями: заболевания половой системы, часто нетрадиционные патологические воспалительные процессы-52,4%, туберкулез половых органов-48,8%, доброкачественная гиперплазия предстательной железы-26,5%, различные формы недержания мочи-15,9%, половая дисфункция у мужчин-8,4%, мочекаменная болезнь-5,4%, нефроптоз-0,3%.

2. Глубина вторичного иммунодефицита при сочетании туберкулеза и урологических заболеваний характеризовалась снижением относительного и абсолютного количества клеток CD3+ и CD4+. ИРИ, которая точно оценивала дефицит Т-звена, показала развитие вторичного иммунодефицита. У больных отмечались изменения в иммунной системе, которые в основном характеризуются глубоким тотальным вторичным иммунодефицитом Т-звена иммунной системы.

3. Отсутствие выраженных резких изменений В-звена иммунной системы (гуморального иммунитета) при ассоциации туберкулеза и урологических заболеваний показало, что урологические заболевания практически не оказывают негативного влияния на В-звено иммунной

системы, и влиянием на гуморальный иммунитет не являются отягощающими факторами. Показано, что значительное увеличение концентрации провоспалительных и противовоспалительных (ИЛ-10, ТНА-х) цитокинов в сыворотке крови больных основной группы по сравнению с контрольной группой и группами сравнения доказало что он является фактором углубления воспалительного процесса и отягощения течения туберкулеза легких.

4. Применение комплекса лечебно-профилактических мероприятий, разработанного на основе фитотерапии при МКБ, позволило избавиться от конкрементов у 55,6% больных. В активной фазе воспалительного процесса применение фитопрепарата Канефрон Н в сочетании с антибактериальными средствами и в качестве антирецидивной поддерживающей терапии в виде монотерапии позволило ликвидировать до 94,6% нетрадиционных ИМТ. У больных туберкулезом ДГПЖ выделялась следующими особенностями: у 75% обследованных снижена средняя скорость мочи; остаточная моча как симптом ДГПЖ выявлена у 46,6% больных; объем предстательной железы более 30,0 мл определялся у 75,0% мужчин.

**ONE - TIME SCIENTIFIC COUNCIL ON AWARDING
THE SCIENTIFIC DEGREE DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 AT
THE BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

AZIMOV SARDORBЕК ILKHOMOVICH

**CLINICAL-IMMUNOLOGICAL DESCRIPTION OF UROLOGICAL
DISEASES IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS**

**14.00.36 – Allergology and immunology
14.00.31 – Urology**

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

BUKHARA – 2022

The theme of the doctor of philosophy (PhD) dissertation was registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in B2022.2.PhD/Tib1001.

The dissertation was made at the Bukhara State Medical Institute.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.bsmi.uz) and on the Information and Educational Portal «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Scientific supervisor	Khamdamov Bakhtiyor Zarifovich Doctor of Medical Sciences Rashidov Zafar Raxmatullaevich Doctor of Medical Sciences
Official opponents	Musakhodjaeva Dilorom Abdullaevna Doctor of Biological Sciences, Professor Zuban Oleg Nikolaevich Doctor of Medical Sciences, Professor
The leading organization	Samarkand State Medical University

Defense will take place on «___» _____ 2022 at ___ at the meeting of Scientific Council DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 at the Bukhara State medical institute (address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-53, e-mail: buhmi@mail.ru).

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number___). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on «___» _____ 2022 year
(mailing report №___ on «___» _____ 2022 year)

A.Sh. Inoyatov

Chairman of the Single scientific council on awarding of the scientific degrees, Doctor of medical sciences, Professor

D.N. Achilova

Scientific Secretary of the Single Scientific council on Award of Scientific degrees, Doctor of Philosophy (PhD), assistant professor

N.A. Nuraliyev

Chairman of the Single Scientific Seminar of the Single Scientific Council on awarding of the scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the research work it consists in assessing the clinical-immunological description of urological diseases in patients who come together with tuberculosis and increasing the effectiveness of providing urological assistance.

The object of the scientific research was Bukhara region selected 936 patients with tuberculosis by a random sampling method for study.

The scientific novelty of the research work is:

patients with tuberculosis urological diseases for the first time secondary immunodeficiency pits SD3+- and SD4+-decrease in relative and absolute amounts of cells, changes in the immune system of these patients were characterized by deep Total secondary immunodeficiency of the immune system T-Joint;

for the first time, it has been proven that urological diseases on the effect on the V-Joint (humoral immunity) of the immune system when urological diseases come together are not a aggravating factor for pulmonary tuberculosis, a convincing increase in the concentration of cytokines that apply inflammation and anti-inflammatory in the blood serum of patients is a contributing factor;

the use of a complex of therapeutic and prophylactic measures in patients with tuberculosis in Canefron N urinary stone disease and non-traditional urinary tract infection, as a concomitant antiresidiv therapy with antibacterial agents in the active phase of the inflammatory process, has been developed as a variant of an effective method in the treatment of these diseases in patients with tuberculosis;

in patients with tuberculosis, the degree of prevalence of urinary stone disease, urinary tract infection, safe prostatic hyperplasia and their negative effect on the course of tuberculosis has been determined from concomitant urological diseases.

Implementation of the research results. On the basis of scientific results on the clinical-immunological description of urological diseases in patients with tuberculosis:

the methodological recommendation "treatment and preventive tactics of harmless prostatic hyperplasia in patients with tuberculosis", which allows you to determine the tactics of treatment when tuberculosis comes with urological diseases, is approved. This methodological recommendation made it possible to develop treatment and preventive tactics of harmless prostatic hyperplasia in patients with tuberculosis;

scientific results on the clinical-immunological description of urological diseases in patients with tuberculosis are included in practical health care, including the practice of the Center for phthisiatry and pulmonology of the Bukhara region, the Center for phthisiatry and pulmonology of the Navoi region, the Center for phthisiatrics and pulmonology of the Kashkadarya region.

The structure and volume of the dissertation. The composition of the dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusions, a list of used literature. The size of the disertation is 115 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I қисм (I часть; I part)

1. Азимов С.И., Рашидов З.Р., Усмонов И.Х. Эффективность универсального урологического вопросника в скрининге урологической патологии у больных туберкулезом // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2019. - № 4. - С.103-107 (14.00.00; №17)

2. Азимов С.И. Универсал урологик сўровномасининг сил касаллиги билан касалланган беморларнинг урологик патологиясини текширишдаги ўрни // Тиббиётда янги кун. - Бухоро, 2020. - №3 (31). - С.238-241 (14.00.00; №22)

3. Azimov S.I., Rashidov Z.R. The Role of the Universal Urological Questionnaire in the Screening of Urological Pathology in patients with Tuberculosis // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2020. - N10(10). - P.769-772 (14.00.00; №2)

4. Azimov S.I., Rashidov Z.R., Mukhtarov Sh.T., Khamdamov B.Z., Davlatov S.S. Current international standards for monitoring lower urinary tract symptoms and signs of benign prostatic hyperplasia and tuberculosis patients // Journal of Natural Remedies. - 2021. - Vol. 22, N1(2). - P.117-123 (Scopus)

5. Азимов С.И., Рашидов З.Р., Мухтаров Ш.Т. Возможности лечебно-профилактической тактики при доброкачественной гиперплазии простаты у больных туберкулезом // Туберкулёз и болезни лёгких. - Москва, 2021. - Том 99. - № 7. - С.26-30 (14.00.00; №)

6. Azimov S.I., Khamdamov B.Z. Modern clinical and immunological methods for the study of urological diseases accompanied by tuberculosis // Тиббиётда янги кун. - Бухоро, 2022. - №7 (45). - С.227-230 (14.00.00; №22)

7. Азимов С.И. Иммунологический статус и тактика лечения неспецифической инфекции мочевыводящих путей у больных туберкулезом // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2022. - № 4 (137). - С.12-17 (14.00.00; №19)

8. Хамдамов Б.З, Азимов С.И. Ўпка сили била биргаликда келган урологик касалликлар клиник-иммунологик тавсифи // Биология ва тиббиёт муаммолари. - Самарканд, 2022. - №4 (137). - С.211-214 (14.00.00; №19)

II қисм (II часть; II part)

9. Azimov S.I. Immunological Description of the Study of Urological Diseases Accompanied by Pulmonary Tuberculosis // Medical and natural sciences. - 2022 - Volume 03, Issue 04. - P.247-250.

10. Azimov S.I., Khamdamov B.Z. Immune Dysfunctions and Their Prevention During the Use of the Drug Canefron N in the Complex Treatment of Chronic Pyelonephritis // European Journal of Modern Medicine and Practice. – Belgium, 2022. - Volume 02, Issue 05. - P.54-58.

11. Азимов С.И., Гуламов М.Х., Каримов Б.С. Роль универсального урологического вопросника в скрининге урологической патологии у больных туберкулезом // «Вестник науки и образования». - Москва, 2020 - №23(101). Часть 2 - С.79-83.

12. Azimov S.I. The Effectiveness of the Universal Urological Questionnaire in the Screening of Urological Pathology in patients with Tuberculosis. //International Engineering journal for research and development (IEJRD). - 2020. - Vol.5, Speical Issue 9. - P.1-3.

13. Azimov S.I., Mukhtarov Sh.T., Rashidov Z.R., Khamdamov B.Z. Monitoring Symptoms of Lower Urinary Tract and Other Features of Benign Hyperplasia of Prostate in Patients with Tuberculosis// European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – Praga, 2020 - Volume 07, Issue 03. - P.1534-1540.

14. Азимов С.И., Рашидов З.Р., Усмонов И.Х. Частота и структура урологической патологии у больных туберкулезом // 1-й Международный Форум «Эндоурология» Шахрисабз, 2019. - С.14.

15. Азимов С.И., Рашидов З.Р., Усмонов И.Х. Эффективность универсального урологического вопросника в скрининге урологической патологии у больных туберкулезом // Материалы VIII конгресса Национальной ассоциации фтизиатров - Санкт-Петербург, 2019, - С. 259-261.

16. Azimov S.I., Rashidov Z.R. Universal urological questionnaire- its capabilities in the examination of urological pathology in patients with tuberculosis. International Conference «EUROPE, SCIENCE AND WE» Praha, Czech Republic, 2020, - P.33-34.

17. Азимов С.И., Рашидов З.Р. Пилотное тестирование урологического скрининг – вопросника у больных туберкулезом в условиях аридной зоны. //Материалы научно-практической конференции “Инновационные подходы к диагностике, лечению и профилактике туберкулеза и неспецифической респираторной патологии у взрослых и детей”. Ташкент, 2021. - С. 81.

18. Азимов С.И. Сил касаллиги бўлган беморларда урологик патологияни кузатиш учун тест майдончасидан фойдаланиш, электрон ҳисоблаш машиналари учун дастур. Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги ҳузуридаги Интеллектуал мулк агентлигидан DGU 09215-сонли гувоҳнома, 24 сентябр 2020 йилда.

19. Азимов С.И., Хамдамов Б.З. Сил касаллигига чалинган беморларда урологик касалликлар клиник-иммунологик кўрсаткичларни баҳоловчи дастур, электрон ҳисоблаш машиналари учун дастур. Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги ҳузуридаги Интеллектуал мулк агентлигидан DGU 14697-сонли гувоҳнома, 28 январ 2022 йилда.

20. Азимов С.И., Рашидов З.Р., Мухтаров Ш.Т. Лечебно-профилактическая тактика при доброкачественной гиперплазии простаты у больных туберкулезом // Методические рекомендации - Бухара, 2021. - 13 с.

Автореферат “Дурдона” нашриётида таҳрирдан ўтказилди ва ўзбек, рус
ҳамда инглиз тилларида матнлар мослиги текширилди.

Босишга рухсат этилди: 08.09.2022 йил. Бичими 60x84 ¹/₁₆, «Times New
Roman» гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табоғи 3,0 Адади: 100 нусха. Буюртма №458.

Гувоҳнома АИ №178. 08.12.2010.

“Садриддин Салим Бухорий” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 65 221-26-45

