



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**6 (56) 2023**

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

*Ред. коллегия:*

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**6 (56)**

**2023**

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

*ИЮНЬ*

Received: 20.05.2023, Accepted: 30.05.2023, Published: 15.06.2023.

УДК: 616.61-002.26-06

## ВЫЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ДРУГИХ ПРИЗНАКОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Азимов Сардорбек Илхомович <https://orcid.org/0009-0001-9882-2963>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*В литературе имеются публикации, посвященные распространенности туберкулеза и сопутствующих заболеваний, а также хирургической помощи больным туберкулезом с урологической патологией. Клиника туберкулеза и эффективность его лечения, в том числе легочного, в значительной степени определяются наличием интеркуррентных заболеваний, усугубляющих специфический процесс и затрудняющих его лечение. Частота сопутствующей патологии у больных туберкулезом легких колеблется от 80% до 100%.*

*Ключевые слова: туберкулез легких, почки, урологических заболеваний*

## SIL KASALLIGI BEMORLARIDA PASTKI SIYDIK YO'LLARINING BELGILARI VA PROSTAT BEZINING XAVSIZ GIPERPLAZIYASINING O'ZIGA XOS BELGILARINI ANIQLASH

Azimov Sardorbek Ilxomovich <https://orcid.org/0009-0001-9882-2963>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1  
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Rezyume

*Adabiyotlarda sil kasalligi va yo'ldosh kasalliklarning tarqalishi, shuningdek, urologik patologiyasi bo'lgan sil bilan kasallangan bemorlarga jarrohlik yordami bo'yicha nashrlar mavjud. Sil kasalligi klinikasi va uni davolash samaradorligi, shu jumladan o'pka tuberkulyozi, asosan, ma'lum bir jarayonni og'irlashtiradigan va davolashni qiyinlashtiradigan interkurrent kasalliklar mavjudligi bilan belgilanadi. O'pka tuberkulyozi bilan og'rigan bemorlarda yo'ldosh kasalliklarning birga uchrash chastotasi 80% dan 100% gacha.*

*Kalit so'zlar: o'pka tuberkulyozi, buyraklar, urologik kasalliklar*

## DETECTION OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS AND OTHER SIGNS OF BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA IN TB PATIENTS

Azimov Sardorbek Ilxomovich <https://orcid.org/0009-0001-9882-2963>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1  
Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Resume

*There are publications in the literature on the prevalence of tuberculosis and concomitant diseases, as well as surgical care for tuberculosis patients with urological pathology. The clinic of tuberculosis and the effectiveness of its treatment, including pulmonary tuberculosis, are largely determined by the presence of intercurrent diseases that aggravate a specific process and make its treatment difficult. The frequency of concomitant pathology in patients with pulmonary tuberculosis ranges from 80% to 100%.*

*Key words: pulmonary tuberculosis, kidney, urological diseases*

### Актуальность

Так, показания к хирургическому лечению урологических заболеваний у больных туберкулезом не отличаются от таковых при отсутствии туберкулеза. Абсолютным противопоказанием со стороны специфического процесса служит отсутствие или недостаточная продолжительность противотуберкулезной химиотерапии [4].

Изучение распространенности урологических заболеваний и его характера, особенно у больных туберкулезом в некоторых регионах, таких как Бухарская область, расположенной в аридной зоне, показало большой удельный вес. Так, урологическая патология была выявлена до 35,5% от обследованных больных туберкулезом, а признаки МКБ наблюдались у 5,5% от выявленных с урологической патологией в Бухарском регионе [5].

Как показали предварительные данные Совершенствование существующих, изыскание новых, эффективных форм и методов лечения и профилактики урологических заболеваний, в том числе у больных туберкулезом приобретает особую значимость в связи с необходимостью улучшения качества жизни и снижения инвалидности.

**Целью данного исследования** явилось провести мониторинг распространённости урологической патологии, в том числе доброкачественной гиперплазией простаты (ДГП) с симптомами нижних мочевых путей (СНМП) у больных туберкулезом.

### Материал и методы

Для решения поставленной цели было обследовано 936 пациентов с различными формами туберкулеза. Мужчин было 447 (47,8%), женщин – 489 (52,2%), возраст больных составил от 17 до 96 лет. Различные формы туберкулеза легких имели место у 504 (53,8%), костно-суставной туберкулез - у 196 (20,9%), МПТ – у 124 (13,4%), туберкулез внутригрудных лимфоузлов – у 59 (6,3%), туберкулезный плеврит у – 35 (3,7%), туберкулез периферических лимфоузлов – у 14 (1,5%), туберкулез кожи – у 1(0,1%), абдоминальный туберкулез - у 2 (0,2%), туберкулез глаз у -1 (0,1%) больных. Нами использован универсальный урологический вопросник, разработанный кафедрой урологии Ташкентской Медицинской Академии. Вопросник включал вопросы относительно СНМП, инфекции мочевого тракта, недержания мочи, патологии мужской половой сферы. Пилотное тестирование универсального вопросника было ранее проведено среди пациентов, обратившихся в лечебно-диагностическое отделение Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии (РСНПМЦУ), которое показало свою высокую информативность.

Кроме того, применялся комплекс клинико-инструментального обследования, включающий в себя также объективный осмотр, лабораторные, эхографические данные мочеполовых органов.

В результате проведенного обследования 936 больных с различными формами туберкулеза урологическая патология была выявлена у 332 пациентов, что составило 35,5% от обследованных больных. Как показал анализ структуры выявленной урологической патологии у 88 (26,5%) пациентов наблюдалась доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП), у 47 (14,1%) имелась неосложненная инфекция мочевого тракта (ИМТ), у 18 (5,5%) – мочекаменная болезнь (МКБ), у 34 (10,2%) - различные формы недержания мочи, у 7 (2,1%) - эректильная дисфункция (ЭД), у 5 (1,5%) - нефроптоз, у 5 (1,5%)- гидронефроз (уретерогидронефроз) и у 124 (37,3%) - различные формы мочеполового туберкулеза (МПТ).

У больных туберкулезом с ДГП после первоначального знакомства и сбора анамнеза были собраны ответы на вопросы «Анкеты – Международной системы суммарной оценки заболеваний простаты» (IPSS) и качества жизни (QoL) в баллах. Как правило, ответы респонденты заполняли самостоятельно.

Подсчет суммы баллов, и оценка определение качества жизни дает возможность отобрать лиц для дополнительного диагностического обследования, решить вопрос о распространенности ДГП и возможности медикаментозного лечения. Степень функциональных нарушений считали легкой при сумме баллов не превышающем 7; умеренной – от 8 до 19 и тяжелой – от 20 до 35.

При оценке результатов исследования необходимо иметь в виду, что СНМП весьма неспецифичны, и могут быть обусловлены факторами, не имеющими ничего общего с состоянием простаты, какой-либо диетой, приемом больших объемов жидкости, употреблением

алкоголя, лекарственных препаратов и т.п. Исходя из указанного, при постановке диагноза ДГП учитывалось наличие комплекса симптомов, подтверждающих именно это заболевание, таких как показатели средней скорости потока мочи, объем остаточной мочи и объем простаты при ДГП.

После выполнения УЗС почек и мочевого пузыря, определения объема мочи в пузыре, убедившись, что он содержит не менее 150,0 мл мочи, приступали к измерению средней скорости потока мочи. Средняя скорость потока мочи определялась путем деления объема выпущенной мочи на время мочеиспускания. Кроме того, определялась также остаточная моча после мочеиспускания.

Полученная информация документировалась при помощи специально разработанных карт обследования. Все полученные данные были внесены в специально разработанную компьютерную программу для последующей статистической обработки и учета.

### Результат и обсуждения

Как показал анализ среди 447 больных туберкулезом мужского пола у 88 (19,7%) выявлена ДГП. Это указывает на большой удельный вес лиц старшей возрастной группы с различными формами туберкулеза. При анализе структуры клинических форм туберкулеза с сопутствующей ДГП установлено, что наиболее часто ДГП наблюдалось у больных с инфильтративным туберкулезом легких (51,1%) и при костно-суставной форме туберкулеза (26,1%) (табл.1).

Таблица 1

#### Структура клинических форм туберкулеза у выявленных больных с ДГП (%)

Клинические формы туберкулеза	ДГП, n=88
Инфильтративный туберкулез легких	45 (51,1)
Диссеминированный туберкулез легких	4 (4,6)
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких	2 (2,3)
Цирротический туберкулез легких	2 (2,3)
Туберкулезный плеврит	4(4,6)
Костно-суставной туберкулез	23 (26,1)
Туберкулез периферических лимфатических узлов	1 (1,1)
МПП	7 (7,9)

Таблица 2

#### Результаты определения суммарной оценки симптомов (IPSS) и индекса оценки качества жизни (QoL) в баллах в зависимости от возраста

Группа, возраст, лет	Число обследованных	IPSS, балл	QoL, балл
1-я, 60-69	34	6,8±1,2	1,2±0,1
2-я, 70-79	36	12,5±1,5	2,1±0,2
3-я, 80 и старше	18	17,1±3,2	3,9±0,5
всего	88	12,1±1,1	2,4±0,1

Анализ данных анкетирования, свидетельствует о том, что у всех обследованных имели место субъективные признаки нарушения мочеиспускания (табл.2). Так, среднее значение IPSS составило 12,1±1,1 балла. При анализе выраженности СНМП, в зависимости от возрастного состава, у лиц 60-69 лет (1 группа) они наблюдались в пределах 6,8±1,2 балла, что соответствует легкой степени выраженности симптомов. Во 2-й (70-79 лет) и 3-й (80 лет и

старше) группах СНМП соответствовали средней степени выраженности симптомов. Оценка баллов качества жизни QoL составила в среднем  $2,4 \pm 0,1$ , что ниже средней степени тяжести (пределы оцениваются от 0 до 6 баллов).

Необходимо отметить, что с возрастом тенденция к ухудшению субъективных ощущений устойчиво нарастает.

Для получения достоверных результатов принято считать, что в мочевом пузыре должно содержаться не менее 150,0 мл мочи. При этих условиях нормальные значения средней скорости потока мочи ( $Q_{cp}$ ) составляет  $\geq 11,3$  мл/с, что соответствует общепринятой норме 15 мл/с.

Как следует из таблицы 3, из общего числа обследованных мужчин снижение средней скорости потока установлено у 66 (75%) из 88 больных.

**Таблица 3**

**Показатели средней скорости потока мочи и их динамика в зависимости от возраста (%)**

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

Наличие остаточной (постмикционной) мочи (R) не позволяет с достоверностью диагностировать ДГП, но свидетельствует о ее патогенетическом влиянии на механизм развития инфравезикальной обструкции (ИВО). Наличие и объем остаточной мочи определяли сразу после акта мочеиспускания (табл. 4).

**Таблица 4**

**Результаты определения наличия и объема остаточной мочи в мочевом пузыре и динамика этих показателей в зависимости от возраста (%)**

Группа, возраст обследованных, лет	$R \leq 15,0$ мл		$R > 15,0$ мл	
	abs	%	abs	%
1-я, 60-69, n =34	26	76,5	8	23,5
2-я, 70-79, n =36	21	58,3	15	41,7
3-я, 80 и старше, n =18	-	-	18	100,0

В общей сложности наличие постмикционной остаточной мочи выявлено у 41 (46,6%) из 88 обследованных мужчин.

В среднем объем остаточной мочи составил  $39,3 \pm 3,2$  мл, и количество остаточной мочи повышалось с возрастом (табл.5).

Изучения возрастных изменений объема простаты и степени распространенности этого признака использовали метод трансабдоминального УЗС. Учитывая показатели нормы, мы считали ее увеличенной, если объем железы (V) был не менее 30,0 мл.

Увеличение объема простаты (V) выделяют как основной признак ее доброкачественной гиперплазии. Он считается надежным и объективным маркером ДГП, хотя его величина не всегда коррелирует со степенью выраженности СНМП и другими признаками заболевания.

Таблица 5

**Объем остаточной мочи в мочевом пузыре в зависимости от возраста обследованных больных с туберкулезом**

Возраст, лет	Число больных с остаточной мочой R >15,0 мл		
	abs	%	средний объем остаточной мочи, мл
1-я, 60-69, n =34	8	23,5±5,7	22,3±4,3
2-я, 70-79, n =36	15	41,7±7,0	33,7±6,4*
3-я, 80 и старше, n =18	18	100,0±0,0	45,8±4,2*
Всего	41	46,6±2,7	39,3±3,2

Примечание. \* –  $P < 0,05$  количество остаточной мочи повышается с увеличением возраста.

Таблица 6

**Показатели изменения объема простаты в зависимости от возраста пациентов**

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

Из 88 обследованных нами мужчин 60 лет и старше, увеличенная в объеме железа с признаками ДГП диагностирована у 66 (75%) больных (табл. 6).

Большинство пациентов 57 (64,7%), имевших ДГП и СНМП, воспринимали свое состояние оптимистично или в целом удовлетворительно, считая их обусловленными возрастом, и лишь 35,3% из них отрицательно отнеслись к перспективе наличия этих симптомов в будущем. Это свидетельствует о том, что даже при выраженных формах заболевания определенная часть пациентов пренебрегает своим состоянием или считает его закономерным, возрастным и, как следствие, не обращается к урологу.

Проводя это исследование, мы поставили перед собой цель: выявить среди больных туберкулезом, тех больных с ДГП, которые не считали себя таковыми или не придавали значения имеющимся у них признакам заболевания, и провести им комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Комплекс лечебных мероприятий при ДГП включал в себя:

- тамсулозин по 0,4 мг один раз в сутки в течение 3-х месяцев;
- поведенческо-выжидательная тактика;

В группу для проведения лечения включили 66 пациентов с преимущественно с ирритативной симптоматикой.

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий оценивалась по мере их завершения, по результатам повторного обследования по тем же параметрам и с использованием тех же методов, что и при первичном осмотре.

Динамика показателей мочеиспускания, и других показателей в ходе комплекса лечебных мероприятий представлена в таблице 7.

После проведения лечебно-профилактических мероприятий у 53 (80,3%) из 66 мужчин в возрасте 60 лет и старше средняя скорость потока мочи увеличилась. При этом объем простаты у всех пациентов сохранил прежние значения. У 48 (72,7%) из 66 больных в мочевом пузыре перестала определяться остаточная моча. Уровень IPSS снизился на 4,5 балла, или на 34,1%, в итоге составив 8,7±2,5 балла, а показатель качества жизни – на 0,7 (25,0%).

Результаты лечения больных ДГП в зависимости от возраста (M±m)

Признак ДГП	Группа, возраст, лет								
	1-я группа, 60-69, n=21			2-я группа, 70-79, n=27			3-я группа, 80лет и старше, n=18		
	до	после	%	до	после	%	до	после	%
IPSS, балл	6,9±2,1	4,6±3,5*	-33,3	15,5±3,9	9,9±5,8**	-36,1	17,1±3,9	11,8±5,9*	-31,0
QoL, балл	1,8±0,4	1,2±0,2*	-33,3	2,8±0,4	2,1±0,3	-25,0	3,9±0,2	3,1±0,2*	-20,5
Q ср, мл/с	9,1±0,2	14,2±0,6*	+34,1	7,6±0,2	11,8±0,7**	+42,1	6,8±0,4	9,3±0,4*	+36,7
R, мл	22,3±4,3	-	-100,0	33,7±6,4	-	-100,0	45,8±4,2	21,1±1,7**	-53,9

*Примечание.* \* –  $P < 0,05$ , \*\* –  $P < 0,01$ . Эффект лечения больных с ДГП в возрасте до 80 лет сопровождался статистически значимым снижением СНМТ, увеличением средней скорости потока мочи, исчезновением остаточной мочи.

Особенно это заметно, как в зависимости от возраста сказалось применение тамсулозина на улучшении мочеиспускания: средняя скорость потока мочи увеличилась в среднем у каждого из леченых на 4,0 мл/с, или на 51,3%, достигнув 11,8±2,9 мл/с.

Весьма важным показателем эффективности лечения является улучшение мочеиспускания. Об улучшении функции мочеиспускания свидетельствовало также отсутствие остаточной мочи у всех получавших лечение пациентов до 80 лет. В группе старше 80 лет остаточная моча уменьшилась более чем в 2 раза, и сохранилась у 6 (33,3%) больных. Все упомянутые показатели достоверно отличались от исходных.

В тоже время 7 больным туберкулезом и ДГП, после прекращения медикаментозного лечения потребовалось оперативное лечение в виде наложения цистостомического дренажа (5-м перкутанная цистостомия и 2-м эпицистостомия) в связи с задержкой мочи.

### Заключение

В ходе проведенного скрининга больных туберкулезом были выявлены 332 пациента с признаками урологических заболеваний, требующие проведения превентивных мер профилактики, что составило 35,5% от обследованных больных.

Как показал анализ среди 447 больных туберкулезом мужского пола у 88 (19,7%) выявлена ДГП. Это указывает на большой удельный вес мужчин старшей возрастной группы, болеющих различными формами туберкулеза. При анализе структуры клинических форм туберкулеза, с сопутствующей ДГП установлено, что наиболее часто ДГП наблюдалось у больных с инфильтративным туберкулезом легких (51,1%) и при костно-суставной форме туберкулеза (26,1%).

Проведенное медикаментозное лечение 66 больным туберкулезом с признаками ДГП показало высокую эффективность. Для лечения был использован препарат тамсулозин из группы  $\alpha$ -адреноблокаторов. Курс составил 3 месяцев. Уже на 6-7-е сутки после приема препарата пациенты стали отмечать уменьшение выраженности симптомов, особенно это касалось императивности позывов и частоты ночного мочеиспускания. Улучшилось также качество мочеиспускания. Контрольное обследование показало, что у больных после начала лечения скорость потока мочи увеличилась, объем остаточной мочи уменьшился. Анализ эффективности лечения в целом показал, что оно оказалось успешным у 53 (80,3%) мужчин, болеющих туберкулезом. Отсутствие эффекта от лечения у 13 (19,7%) больных, по-видимому, обусловлено большими размерами простаты и преобладанием обструктивных симптомов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Filimonov M.I. Xirurgicheskoe lechenie pankronekroza: istoriya i perspektiva. Chast I. Voprosi klassifikatsii i intraoperatsionnoy taktiki pri pankronekroze / M.I. Filimonov, S.Z. Burnevich *Annali xirurgii*. (1999) 4:10-15. [from Russian].
2. Сафаров С.С., Хамдамов Б.З. Ўткир панкреатитнинг йирингли-септик асоратларида дифференциаллашган иммунотерапия. “Камолот” нашриёти. Бухоро (2022):115.
3. Gnoyno-nekroticheskiy parapankreatit: evolyutsiya vzglyadov na taktiku lecheniya / V.R. Goltsov, V.E. Savello, A.M. Bakunov i dr. *Annali Xirurgicheskoy Gepatologii*, (2015) 20(3):75-83. [from Russian]. DOI: 10.16931/1995-5464.2015375-83
4. Davlatov S.S., Khamdamov B.Z., Teshaeв Sh.J. Neuropathic form of diabetic foot syndrome: etiology, pathogenesis, classifications and treatment (literature review). *Journal of Natural Remedies* (2021) 22(1(2)):117-123. JNROnline Journal ISSN: 2320-3358 (e) ISSN: 0972-5547(p)
5. Hirata K. [Essential therapeutic strategies for acute pancreatitis--guidelines for initial treatment and their significance]. *Nihon Rinsho*. (2004) Nov; 62(11):2049-56. Japanese. PMID: 15552888.
6. Izimbergenov M.N., Koishibaev A.S., Izimbergenova G.N., Imanbaev K.S. [Postoperative control sanitation laparoscopy of omental SAC in the treatment of pancreonecrosis complicated by abdominal sepsis]. *Klin Med (Mosk)*. (2013) 91(4):49-53. Russian. PMID: 23879054.
7. Khamdamov B., Dekhkonov A. Clinical and laboratory parameters of the wound process complicated by the systemic inflammatory response syndrome in patients with diabetes mellitus. *Journal of education and scientific medicine*, (2022) 2(3):25-29. Retrieved from <https://journals.tma.uz/index.php/jesm/article/view/349>
8. Khamdamov B.Z. Indicators of immunocytocine status in purulent-necrotic lesions of the lower extremities in patients with diabetes mellitus. *American Journal of Medicine and Medical Sciences*, (2020) 10(7):473-478 DOI: 10.5923/j.20201001.08
9. Kostka R, Havlůj J. Akutní nekrotizující pankreatitida: klasické laparotomie vs. miniinvazivní postupy [Acute necrotizing pancreatitis: traditional laparotomy vs. minimally invasive procedures]. *Rozhl Chir*. (2015) Apr; 94(4):160-5. Czech. PMID: 25866102.
10. Azimov S.I., Mukhtarov Sh.T., 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* ISSN 2515-8260. (2020) 7(3):1534-1540.
11. Rodoman G.V., Shalaeва T.I., Bargandzhiya A.B. Vozmozhnosti korrektsii sistemnykh narushenii pri lechenii bol'nykh ostrym nekroticheskim pankreatitom [Systemic disorders management in patients with acute pancreatic necrosis]. *Khirurgiia (Mosk)*. (2016) (11):25-32. [from Russian]. doi: 10.17116/hirurgia20161125-32. PMID: 27905369.
12. Xirurgicheskaya taktika pri ostrom pankreatite. / N.A. Yefimenko, A.I. Zaikin, S.V. Ursov i dr. *Voenno-meditsinskiy jurnal*. (2001) 1:34-37. [from Russian].
13. Хамдамов Б.З. Комплексное лечение синдрома диабетической стопы с критической ишемией нижних конечностей. *Журнал биомедицины и практики*. Ташкент (2020) 5:801-814.
14. Хамдамов Б.З. Метод лазерной фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции при синдроме диабетической стопы. *Биология ва тиббиёт муаммолари* (2020) 1(116):142-148.
15. Хамдамов Б.З., Нуралиев Н.А., Хамдамов И.Б. Экспериментальная разработка методов лечения раневой инфекции. *Биология ва тиббиёт муаммолари*. Самарканд, (2020) 1(116):194-199.
16. Хамдамов Б.З. Способ коррекции критической ишемии нижних конечностей при лечении гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы. *Журнал биомедицины и практики*. Ташкент (2020) 2(8):968-977.
17. Хамдамов Б.З., Исломов А.А. Method of prevention of postoperative complications of surgical treatment of diabetic foot syndrome. *European Science Review*. Austria, Vienna (2018) Septemba-October 9-10:194-196.
18. Хамдамов Б.З., Тешаев Ш.Ж., Хамдамов И.Б. Усовершенствованный способ ампутации на уровне голени при тяжёлых формах синдрома диабетической стопы. *Оперативная хирургия и клиническая анатомия (Пироговский научный журнал)*. (2020) 4(2):37-40. <https://doi.org/10.17116/operhirurg2020402137>
19. Хамдамов Б.З., Хамдамов А.Б., Джунаидова А.Х. Совершенствование методов лечения синдрома диабетической стопы с критической ишемией нижних конечностей. *Вестник Дагестанской государственной медицинской академии*. (2020) 2(35):11-17.
20. Хамдамов Б.З. Морфологические изменения при применении фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции в эксперименте. *Журнал МОРФОЛОГИЯ*. Санкт-Петербург. 2020 157(2-3):223-224.

Поступила 20.05.2023