



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

12 (74) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
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
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (74)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.11.2024, Accepted: 03.12.2024, Published: 10.12.2024

UDK 616.65-002 BKK 54.14

PROSTATA BEZINING XAVFSIZ GIPERPLAZIYASI MORFOGENEZI VA UCHRASH DARAJASI

Karimov Hakimjon Rayimberdiyevich <https://orcid.org/0009-0003-1656-5161>

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

✓ Rezyume

Ushbu maqolada prostata bezi xavfsiz giperplaziyasi kasalligining kelib chiqish sabablari, patogenitik bosqichlari va morfologik o'zgarishlari haqidagi mahalliy va xorijiy manbalardan olingan ma'lumotlar keltirilgan.

Kalit so'zlar: prostata bezi, oldingi fibromuskulyar stroma, preprostatik segment, 5α – reduktaza fermenti, dehidrotosteron.

МОРФОГЕНЕЗ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каримов Хакимжон Райимбердиевич <https://orcid.org/0009-0003-1656-5161>

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

✓ Резюме

В статье представлены сведения из отечественных и зарубежных источников о причинах доброкачественной гиперплазии предстательной железы, патогенетических стадиях и морфологических изменениях.

Ключевые слова: предстательная железа, передняя фиброзно-мышечная строма, предпростатический сегмент, фермент 5α-редуктаза, дегидротестостерон.

MORPHOGENESIS AND INCIDENCE OF PROSTATE HYPERPLASIA

Karimov Khakimzhon Raimberdievich <https://orcid.org/0009-0003-1656-5161>

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

✓ Resume

The article presents information from domestic and foreign sources on the causes of benign prostatic hyperplasia, pathogenetic stages and morphological changes.

Keywords: prostate gland, anterior fibromuscular stroma, preprostatic segment, 5α-reductase enzyme, dihydrotestosterone.

Dolzarbligi

Prostata bezining anatomik strukturasi va morfologik tuzilishi to'g'risidagi zamonaviy ma'lumotlar kasalliklarining patogenezi tushunishga imkoniyat beradi [1, 5]. Prostata bezi kashtan yong'og'i shaklidagi bez bo'lib, erkak jinsiy tizimining bir qismidir. Prostata bezining asosiy vazifasi prostata suyuqligi ishlab chiqarishdir. Prostata bezi suyuqligi erkaklarning ko'payish jarayoni uchun zarurdir. Prostata bezi siydik pufagining bo'yin qismida siydik chiqarish kanalini o'rab oladi [2, 4].

Prostata bezi tashqi tomondan fibroz kapsula bilan o'ralgan ikki yoki undan ortiq bo'lak yoki bo'laklarga ega bo'lib, to'g'ri ichak oldida, qovuq ostida joylashgan. Prostata bezi tuzilishining zonal konsepsiyasi prostata bezining gistologik gomogenligi va uning alohida morfologik strukturalari orasida

funksional farq yo'qligi to'g'risidagi fikrni yo'qqa chiqardi. Bunday konsepsiyaga binoan, prostata bezida gistologik va funksional xususiyati bilan farq qiluvchi, ularning hujayra elementlarini tashkil etuvchi bir nechta zonalar ajratiladi. Bu periferik, markaziy va oraliq (tranzitor) zonalar hamda oldingi fibromuskulyar stroma va preprostatak segment qismlardir [3, 7].

Markaziy zona bez to'qimasining konussimon qismidan iborat bo'lib, bez strukturasi umumiy qismining 25% ni tashkil etadi. Uni papillyar epiteliy bilan qoplangan va mustahkam stroma bilan o'ralgan katta poligonal bezlar hosil qiladi. Markaziy zona urug' chiquvchi yo'llarni urug' pufakchalaridan uretraga quyiladigan joygacha o'rab turadi. Markaziy zonaning bez yo'llari urug' do'mbog'chasida uretraga ochiladi. Bu zonada 5–10% hollarda prostata bezi raki rivojlanadi. Periferik zona markaziy zonani orqadan, lateral va pastdan o'rab turadi. U prostata bezi barcha sekretor epiteliysining 65–70% ni qo'shib oladi. Periferik zonaning bezlari kichik, yumaloq shaklda, bir qavatli silindrik epiteliy bilan qoplangan va g'ovak stroma bilan o'ralgan bo'ladi. Uning yo'llari uretraning distal qismiga ochiladi. Periferik zona 65–70% hollarda prostata bezi rakining manbai bo'ladi. Prostata bezi zonal tuzilishining sxemasi. Ichki sfinkterning pastki chegarasidan tashqarida ponasimon shaklda urug' do'mbog'chasining yuqori qismiga birlashadigan va oraliq (yoki tranzitor) zona deb ataladigan to'qima qism joylashadi. U prostata bezi to'qimasi massasining 2–5% ni tashkil etadi va yaxshi rivojlangan naychalar tizimi bilan ikkita kichkina guruh – parauretral bezlardan hosil bo'ladi [14].

Oraliq zonaning bezlari morfologik jihatdan periferik zonaning bezlari bilan bir xil, lekin ular ancha kam va mustahkamroq stroma bilan o'ralgan. Bunday bezli strukturaning o'ziga xos noyob xususiyati stromadagi sfinkter bilan yaqindan o'zaro bog'langanligidir, bu jarayonni amalga oshirish uchun prinsipial ahamiyatga ega. Bu yerda ham 25% gacha hollarda prostata bezi raki paydo bo'ladi. Embriologik va morfologik farq gormonal stimulyasiyaga prostata bezining alohida zonalarining turlicha ta'sir ko'rsatishi bilan aniqlanadi. Demak, periferik zona androgenlar nazorati ostida rivojlanadi va tartibga solinadi, unda markaziy zona esa estrogenlar ta'siriga sezuvchanroq [12].

Zamonaviy fikrlarga binoan, prostata bezida xavfsiz giperplaziya jarayonining rivojlanishi aynan tranzitor (oraliq) zonadan boshlanadi. Morfologik jihatdan stromal va bez to'qimaning neoproliferasiyasi yangi bezli tuzilmalar shakllanishi bilan namoyon bo'ladi va tugun hosil bo'lishi bilan xarakterlanib, mahalliy jarayondan iboratdir. Me'yordagi prostata bezining hamma hujayra elementlari tugunli giperplaziyaning rivojlanishida turlicha ishtirok etish mumkin. To'qima tuzilishining ustunligiga qarab xavfsiz giperplaziya bezli, stromal va aralash turlarga ajratiladi. Epiteliydan tashkil topgani, odatda, o'lchamlari har xil, ko'proq katta bezlar yig'indisidan iborat bo'ladi [11].

Fibromushak elementlari ham assosiasiyada epiteliyal giperplaziya bilan, ham mabodo haqiqiy mezenximal tugunlar bo'lsa, ularsiz ishtirok etishi mumkin, shu bilan birga prostata bezi diffuz kattalashgan yoki qattiqlashgan tugunlardan tashkil topgan bo'lishi mumkin. Ko'pincha fibroadenomatoz giperplaziya uchraydi, bunda bez to'qimasi, odatda, fibrovaskulyar stroma bilan silliq mushak hujayralar aralashmasi bilan o'ralgan asinar tuzilmadan iborat bo'ladi. Ko'pincha bitta prostata bezida har xil gistologik turdagi tugunlar birga uchraydi. Birlamchi proliferasiya o'choqlari tranzitor zonaning stromasida paydo bo'lishi aniqlangan. Bezli epiteliyning proliferasiyasi ikkilamchi va oldingi stromal o'zgarishlar bilan ro'y beradi. Agar me'yordagi prostata bezida stroma epiteliyning nisbati taxminan 2:1 ni tashkil etsa, u holda rivojlangan adenomada stromal elementlar 5:1 proporsiyada ustun keladi. Shu bilan birga epiteliy uning har xil variantlarida 8–27%, stroma esa 49–86% ni tashkil etadi [9].

A'zoning hajmi qancha katta bo'lsa, unda giperplaziya tugunlari va bezli to'qima shuncha ko'p bo'ladi. Ta'kidlash kerakki, siydik yo'llarining klinik ahamiyatga ega bo'lgan obstruksiyasini (to'silishini) paydo qilish uchun prostata bezining o'zini kattalashishi ko'pincha yetarli emas. Simptomlari bo'lmagan prostata bezining xavfsiz giperplaziyasi klinik namoyon bo'lishiga o'tishi uchun qo'shimcha omillar: yallig'lanish jarayoni, qon aylanishining buzilishi va prostata bezida to'laonlik (kongestiya) ishtirok etishi kerak. To'laonlik tushunchasi deganda asinuslarda suyuqlikning dimlanishi va fibromushak stromada shish giperemiya bilan birga qo'shilishi nazarda tutiladi [10].

Prostata bezining hajmi va gormonal holat o'rtasida aloqa borligi tajribalar yordamida aniqlangan. Prostata bezi gormonga qaram a'zo bo'lib, gipotalama – gipofizar–gonad tizimi nazorati ostida bo'ladi, uning o'sishi, rivojlanishi va funksiyasi esa plazmadagi testosteron darajasiga bevosita bog'liq. Prostata bezi epiteliysining morfologik differensiasiyasi ham testosteron almashinuviga juda aniq bog'liq bo'ladi. Shu sababli prostata bezi xavfsiz giperplaziyasining patogeneza organizmda gormonlar nisbatining o'zgarishi muhim payt hisoblanib, uning paydo bo'lishi esa gipotalamus – gipofiz – gonadlar

prostata bezining funksional tizimida boshqarish mexanizmining buzilishi oqibati deb qaraladi. Jinsiy balog'atga yetgan erkak organizmida gormonal balans ma'lum darajada stabilizatsiya ega bo'ladi [2].

Jinsiy bezlar tomonidan ishlab chiqariladigan androgenlarning maksimal mahsuloti erkaklarda 25–30 yoshlarda kuzatiladi, undan keyin gormonal faollikning sekin–asta pasayishi ro'y beradi. Erkaklarda gormonal o'zgarishlarning eng jiddiy davri 40–50 yoshlarga to'g'ri keladi, chunki bu yoshda gipofiz faolligining oshishi fonida jinsiy steroidlar ta'siriga gipotalamusning sezuvchanligi pasayadi va qon zardobida gormonlar: testosteron, lyuteinlovchi, follikulostimullovchi gormonlar va estradiol konsentratsiyasi ishonchli o'zgara boshlaydi. Yosh kattalashgan sayin gonadotropinlar darajasining ko'tarilishi, androgenlar konsentratsiyasining sekin–asta pasayishi va jinsiy gormonlarni bog'lovchi globulinlar sonining ko'payishi kuzatiladi. 80 yoshlarda testosteronning umumiy miqdori 25–30 yoshga nisbatan 3 marta, uning biologik faol erkin shaklining konsentratsiyasi esa 5 martadan ko'proq kamayadi [6].

Endokrin holatning o'zgarishi, odatda, sekin–asta va tekis xarakterda bo'lmaydi, stabilizatsiya yo'qotishni qayd qilish davrlari bo'ladi, bu adenomaning paydo bo'lishi va rivojlanishi uchun ahamiyatga ega bo'lishi mumkin. Bu kasallikning patogenizidagi asosiy qoidalardan biri 5 α –reduktaza va digidrotetesteronning roliga taaluqli. Bunday konsepsiyani ishlab chiqishga turtki 5 α –reduktaza fermentining tug'ma yo'qligi sababli psevdogermatofrofitizm holatining kuzatilishi bo'lib chiqdi. Prostata bezining rivojlanmasligi yoki deyarli yo'qligi bilan kuzatiladigan bunday erkaklarning qon zardobida testosteron gormonining me'yordagi ko'rsatkichlari fonida digidrotetesteron darajasining anchagina pasayganligi aniqlangan edi [3].

Prostata bezining xavfsiz giperplaziyasida (adenomasi) 5 α – reduktaza fermentining faolligi oshganligi va digidrotetesteron bilan bog'liq gormonal muvozanatning buzilishi aniqlanadi. Giperplaziya vaqtida digidrotetesteronning to'qima ichidagi konsentratsiyasi prostataning me'yordagi to'qimasida uning darajasi 5 marta oshib ketadi, shu bilan birga tranzitor zonada uning miqdori a'zoning boshqa zonalariga qaraganda 2–3 marta yuqori bo'ladi. Giperplaziya tugunlarining aynan shu zonada ko'proq paydo bo'lishi ana shu tufaylidir. Prostata bezining xavfsiz giperplaziyasi patogenezi androgenlar so'zsiz asosiy o'rinni egallaydi, lekin ular malum vaqt paytida faqat ularning qon zardobidagi yoki hujayra ichidagi konsentratsiyasi bilan belgilanadi. Androgenlarning bitta o'zi prostata bezining ortiqcha o'sishini paydo qilmaydi. Epitelial giperplaziyaning rivojlanishi androgenlar ta'siri ostida faqat estrogenlar ishtirokida kelib chiqadi [11].

Erkaklar organizmida ularning biologik roli jinsiy bezlarning interstisial hujayralar, silliq mushaklar, biriktiruvchi to'qima va epiteliya stimullovchi ta'sirdan iborat bo'lib, bu prostata bezi xavfsiz giperplaziyasining patogenezi uchun muhim. Prostata bezining regulatsiyasida boshqa gormonal omillar muhim rol o'ynaydi. Prostata bezida progesteronga, glyukokortikoidlarga, o'sish gormoniga, insulinga reseptorlar topilgan. Ularning ahamiyati oxirigacha aniq emas. Gormonal holatning yoshga qarab o'zgarishi kerakli, lekin prostata bezi xavfsiz giperplaziyasi (adenomasi)ning paydo bo'lishi uchun aniq yetarli sharoit emas. Ehtimol, kasallikning rivojlanishi sababini nafaqat aylanib yuruvchi gormonlar konsentratsiyasining o'zgarishidan emas, balki prostata bezining o'zini to'qimasidagi hujayralar orasidagi o'zaro ta'sir xususiyatidan va uning me'yordagi o'sishi regulatsiyasi mexanizmining mahalliy buzilishidan qidirish kerak. Oxirgi yillardagi tajribalarda prostata bezining xavfsiz giperplaziyasida (adenoma) prostata bezining o'sishini ta'minlashda stroma bilan stromal–epitelial o'zaro munosabatning ahamiyati ta'kidlanmoqda. Bu nazariya shunday taxminga asoslanadiki, prostata bezining embrional rivojlanishi davrida mavjud bo'lgan stroma va epiteliyning bir–biriga o'zaro ta'siri va keyinchalik ham bezning me'yorda o'sishi regulatsiyasi jarayoniga ham unda patologik jarayonlarning paydo bo'lishiga ta'sir ko'rsatishi davom etadi [4, 15].

Prostata bezi hujayralarining rivojlanishi, differentsiatsiyalanishi, proliferatsiyasi va yashash qobiliyatini himoya qilish stimullovchi va tormozlovchi o'stiruvchi omillarning nozik o'zaro ta'siri bilan regulatsiya qilinadi. Prostata bezidan ko'pgina shunday omillar (peptidlar va proteinlar) ajratilgan edi va ularning aksariyatida spetsifik reseptorlar aniqlangan. Ular hujayralarda sintez qilinadi va o'zining hujayralari ichidagi reseptorlarga avtokrin bilan, qo'shni hujayralar reseptorlariga parakrin bilan yoki alohida hujayralar reseptorlariga endokrin usullar bilan ta'sir qilishi mumkin. Asosiy uchta guruh o'stiruvchi omillar ajratiladi: fibroblastlarni o'stiruvchi omillar; o'zgaruvchi (transformatsiyalanuvchi) o'stiruvchi omillar; epidermal o'stiruvchi omillar. Me'yordagi prostata bezida proliferatsiya va hujayralarning o'lish jarayonlari (apoptoz) dinamik muvozanatda bo'ladi, ular stimullovchi va tormozlovchi omillarning ta'sir balansini bilan ta'min etiladi. Epidermal o'stiruvchi omil, o'zgaruvchi

al'fa o'stiruvchi omil va fibroblastlarni o'stiruvchi asosiy omil hujayralarning o'sishini stimullashi mumkin. Ularning samarasi o'zgaruvchi beta o'stiruvchi omilning tormozlovchi ta'siri bilan tenglashadi. Bu holat androgen steroidlarning zururiy darajasi bilan ushlab turiladi [8, 13].

A'zoning gormonlarni tartibga solish holatining izdan chiqishida ekspressiyaning kamayishi fonida o'sishni stimullovchi omillarning yuqori ekspressiyasi yoki tormozlovchi omillarga reaksiyasiga qarab prostata bezi hujayralarining qobiliyati pasayishi kuzatiladi. Prostata bezi adenomasining rivojlanishi va zo'rayishi natijasida me'yordagi o'sishni tartibga soluvchi tizimning izdan chiqishi prostata bezining haddan tashqari kattalashishiga olib keladi. Prostata bezining o'rtacha massasi yosh o'smirlik davrida 1,6g, 21–30 yoshga yetganda 20g ni tashkil qiladi. Prostata bezi faol kattalashishining keyingi davri 40 yoshdan keyin kuzatiladi, bu prostata bezining xavfsiz giperplaziyasi (adenoma) rivojlanishi bilan bog'liq. 50 yoshdan katta erkaklarda prostata bezining o'rtacha tezlikda o'sishi bir yilda 0,6 g ni tashkil qiladi. Giperplaziyalangan bezning massasi 20–25 g dan kam bo'lsa kichkina, 25–80 g – o'rtacha, 80 g dan ko'p bo'lsa – katta, 250–300 g dan ortiq bo'lsa, juda katta hisoblanadi. 70 yoshdan katta erkaklarning faqat 4% da prostata bezining massasi 100 g dan oshiq bo'ladi. Massasi 1 kg dan katta bo'lgan prostata bezi xavfsiz giperplaziyasi (adenoma)ning kamdan–kam uchraydigani matbuotda e'lon qilingan [9, 10].

Prostata bezi xavfsiz giperplaziyasining (adenoma) rivojlanish bosqichlari uzoq jarayondan iborat va bir necha o'n yilliklarni tashkil etadi. Boshlang'ich giperplastik o'zgarish birlamchi stromal tugunlar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi, ularning keyingi proliferatsiyani va epitelial hujayralarni tashkil etishni yangi bezli tuzilmalar hosil qilishi bilan namoyon bo'ladi. Keyingi fazasi mikroskopik tugunlarda giperplastik o'zgarishlarning kuchayishi bilan xarakterlanadi, ularning o'lchamlari kattalashib makroskopik tugunlarga aylanadi. Keyinchalik giperplaziya tugunlarining o'lchamlari, stroma va epiteliyning nisbati hamda hujayra tarkibi har xil bemorlarda muhim o'zgarishi mumkin. Lekin prostata bezi xavfsiz giperplaziyasining (adenoma) simptomlari oldindan namoyon bo'lmasligi mumkin. Prostata bezining xavfsiz giperplaziyasida (adenoma) anatomik o'zaro munosabatning o'zgarishi. Ular kasallikning oxirgi rivojlanish bosqichida prostata bezining o'sishi va infravezikal obstruksiyaning kuchayishi natijasi sifatida paydo bo'ladi [3, 8].

Prostata giperplaziyasi bilan erkaklarning taxminan uchdan bir qismi 60 yoshga kelib o'rtacha va og'ir alomatlarni boshdan kechirishadi va taxminan yarmi 80 yoshga kelib juda og'ir asoratlarni boshdan kechiradi. Giperplaziyalangan bezning massasi 20–25 g dan kam bo'lsa kichkina, 25–80 g – o'rtacha, 80 g dan ko'p bo'lsa – katta, 250–300 g dan ortiq bo'lsa, juda katta hisoblanadi. 70 yoshdan katta erkaklarning faqat 4% da prostata bezining massasi 100 g dan oshiq bo'ladi Prostata bezi tuzilishining zonal konsepsiyasi prostata bezining gistologik gomogenligi va uning alohida morfologik strukturalari orasida funksional farq yo'qligi to'g'risidagi fikrni yo'qqa chiqardi. Bunday konsepsiyaga binoan, prostata bezida gistologik va funksional xususiyati bilan farq qiluvchi, ularning hujayra elementlarini tashkil etuvchi bir nechta zonalar ajratiladi. Bu periferik, markaziy va oraliq (tranzitor) zonalar hamda oldingi fibromuskulyar stroma va preprostatak segment qismlardir [3, 11].

Embriologik va morfologik farq gormonal stimulyatsiyaga prostata bezining alohida zonalarining turlicha ta'sir ko'rsatishi bilan aniqlanadi. Demak, periferik zona androgenlar nazorati ostida rivojlanadi va tartibga solinadi, unda markaziy zona esa estrogenlar ta'siriga sezuvchanroq. Zamonaviy fikrlarga binoan, prostata bezida xavfsiz giperplaziya jarayonining rivojlanishi aynan tranzitor (oraliq) zonadan boshlanadi. Prostata bezi adenomasining rivojlanishi va zo'rayishi natijasida me'yordagi o'sishni tartibga soluvchi tizimning izdan chiqishi prostata bezining haddan tashqari kattalashishiga olib keladi.

Xulosa

Xulosa qilib aytganda, prostata bezi xavfsiz giperplaziyasi muhim ijtimoiy-tibbiy muammo bo'lib, morfologik xususiyatlari to'liq o'rganilmagan va bu borada ilmiy izlanishlar olib borish zaruriyatini yetarlicha asoslaydi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Бейсенов К.Т., Жиенбаев Е.Р., Оразмахан Д.Ш. Комбинированная терапия при доброкачественной гиперплазии предстательной железы //Endless light in science. 2024;2(2):23-27.
2. Боровская Т.Г. и др. Влияние дигидрокверцетина на морфологию и антиоксидантно-прооксидантный баланс предстательной железы крыс при индуцированной сульпиридом



доброкачественной гиперплазии //Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2014;158(10):517-521.

3. Гочияева З.Д. Симптомы основных заболеваний предстательной железы //Ответственный редактор. 2020; 7 с.
4. Дианов Н.П. и др. Влияния оперативного лечения гиперплазии предстательной железы на эякуляторную функцию //Вестник урологии. 2024;12(2):15-22.
5. Евдокимов М.С. и др. Выявление ранних маркеров дифференцировки доброкачественной гиперплазии и злокачественных онкологических образований предстательной железы //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;1:179-190.
6. Лоран О.Б. и др. Комплексное лечение больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы //Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2024;23(3):135-152.
7. Любовцева Л.А. и др. Варианты изменений ткани предстательной железы при ее гиперплазии //Международная научная школа «Наука и инновации» «ISS-SI» 2018. 2018;2:142.
8. Павлова Т.В. и др. Современные морфологические подходы в диагностике патологии предстательной железы //Ульяновский медико-биологический журнал. 2024;3:49-56.
9. Пасечников С.П. и др. Морфологические изменения тканей предстательной железы у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы вследствие модифицированной вапоризации лазером "Dornier Medilas D UroBeam" //Морфология. – 2013;7(1):60-64.
10. Рязанцев Е.В. и др. Патоморфологическая характеристика доброкачественной гиперплазии предстательной железы //Medicus. 2017;6:67-72.
11. Халибеков С.Н. и др. Доброкачественной гиперплазии предстательной железы: патофизиологические аспекты развития //Инновационное развитие современной науки: проблемы, закономерности, перспективы. 2018; 104-107 с.
12. Karimov Hakimjon Rayimberdievich. The Unique Morphological Structure of the White Outbred Rat Prostate Gland. //American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences 2024;2(3) ISSN(E): 2993-2149.
13. Karimov Hakimjon Rayimberdievich. Risk Factors, Prevalence and Epidemiology of Prostate Cancer. //American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences 2024;2(6) ISSN (E): 2993-2149.
14. Karimov Hakimjon Rayimberdievich. Prostatic Hyperplasia (BPH). //American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences 2024;2(6) ISSN (E): 2993-2149.
15. Karimov Hakimjon Rayimberdievich. Chronic Prostatitis. //American journal of Pediatric Medicine and Health Sciences 2024;2(6) ISSN (E): 2993-2149.

Qabul qilingan sana 20.11.2024