

Priapizm surunkali miyeloleykozning dastlabki simptomi sifatida

Kattabek Makhmatovich Abdiyev
Anajon Gazkhanovna Madasheva
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Annotatsiya: Priapizm - bu to'rt soatdan ortiq davom etadigan, jinsiy stimulyatsiya to'xtatilgandan keyin ham davom etadigan yoki u bilan bog'liq bo'lmagan uzoq muddatli og'riqli erektsiya. Priapizm surunkali miyeloleykozning (SML) dastlabki klinik ko'rinishi bo'lishi mumkin. Klinik kuzatuvning maqsadi - ilgari aniqlanmagan SML bilan kasallangan bemorda rivojlangan ishemik priapizmni tasvirlash hisoblanadi. Ilgari aniqlanmagan SML bilan kasallangan bemorda 12 soat davom etadigan ishemik priapizmni kuzatish taqdim etilgan. Keyinchalik, SML tashxisi periferik qon va suyak iligi tekshiruvi asosida qo'yildi. Davolash taktikasi kaverno tanalardan qonning zudlik bilan punksiya va aspiratsiyasidan va fenilefrin eritmasini kaverno tanalar ichiga in'ektsiyasidan iborat edi. Priapizm bartaraf qilinganidan keyin, SML terapiyasi o'tkazildi, bu bemorda priapizmning qaytalanishini oldini olishga imkon berdi.

Kalit so'zlar: priapizm, surunkali miyeloleykoz

Priapism as the first sign of chronic myeloid leukemia

Kattabek Makhmatovich Abdiev
Anajon Gazkhanovna Madasheva
Samarkand State Medical University

Abstract: Priapism is a prolonged painful erection that lasts for more than four hours, persisting after the cessation of sexual stimulation or unrelated to it. Priapism may be the first clinical manifestation of chronic myeloid leukemia (CML). The purpose of the clinical observation is to describe ischemic priapism that occurred in a patient with previously undiagnosed CML. An observation of ischemic priapism with a duration of 18 hours, which occurred in a patient with previously undiagnosed CML, is presented. Subsequently, the diagnosis of CML was established on the basis of a study of peripheral blood and bone marrow. Therapeutic tactics consisted of immediate puncture aspiration of blood from cavernous bodies and intracavernous injection of phenylephrine solution. After priapism was stopped, CML therapy was performed, which allowed to avoid recurrence of priapism in the patient.

Keywords: priapism, chronic myeloid leukemia

KIRISH

Priapizm - bu jinsiy stimulyatsiya va orgazmdan keyin 4 soatdan ko'proq davom etadigan yoki jinsiy stimulyatsiya bilan bog'liq bo'lmagan to'liq yoki qisman og'riqli erektsiya. Priapizm birinchi marta 1616 yilda Petraens tomonidan tasvirlangan. Priapizm so'zi Afrodita va Dionisiyning o'g'li bo'lgan yunon xudosi Priapus nomidan kelib chiqqan. Priap - unumdorlik xudosi va bog'larning homiysi. U, shuningdek, shahvat va buzuqlikning asosiy xudosi edi [1,2]. Ammo agar qadimgi xudo uchun bu faqat kichik vatanidan surgun qilish uchun sabab bo'lgan bo'lsa, unda zamonaviy odam uchun priapizm urologga zudlik bilan murojaat qilish uchun sabab hisoblanadi, chunki aksariyat hollarda ushbu kasallikning davomiyligi keyingi natijani belgilaydi [1]. Bu kamdan-kam uchraydigan urologik kasallik bo'lib, priapizm bilan kasallanish 100 000 kishiga 0,5-0,9 holatni tashkil qiladi [2]. Biroq, yaqinda erektil disfunktsiyani davolash uchun dori-darmonlarni keng qo'llash tufayli priapizm bilan kasallanish darajasi oshdi [3]. Priapizmning eng ko'p uchraydigan sabablari dori vositalarining nohush ta'siri, jarohat, nevrologik kasalliklar, o'roqsimon hujayrali anemiya va boshqa qon kasalliklari hisoblanadi [4]. Leykoz bilan kasallangan katta yoshdagi erkaklarda priapizm rivojlanish darajasi 1-5 foizni tashkil qiladi [5]. Leykoz organizmda aylanuvchi qonning yopishqoqligi oshishi sababli priapizmning veno-okklyuziv (ishemik) shaklini rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Priapizm surunkali miyeloleykozning (SML) birinchi klinik ko'rinishi bo'lishi mumkin [6-9]. Ushbu klinik kuzatuvning maqsadi - ilgari aniqlanmagan SML bilan kasallangan bemorda yuzaga kelgan ishemik priapizmni tasvirlashdan iborat.

KLINIK KUZATUV

Bemor Begaliyev Siroj Eshmirzayevich 33 yoshda, Samarqand viloyati Urgut tumani Mo'g'ol maxallasida yashovchi, 2022 yil 15 oktyabrda Samarqand viloyat ko'ptarmoqli tibbiyot markaziga tez charchash, terlash, oriqlash, chap qovurg'a osti sohasida og'irlik va og'riq, vaqti-vaqti bilan tana xaroratini ko'tarilishi, doimiy va jinsiy qo'zg'alish bilan bog'liq bo'lmagan og'riqli erektsiya shikoyatlari bilan murojaat qildi. Kasallik anamnezidan: bemor o'zini 6 oydan buyon kasallangan hisoblaydi. Ilgari qon kasalliklari, jarohatlar bo'lmagan, erektil disfunktsiyani davolash uchun dori-darmonlar qabul qilmagan. Bemorning so'zlariga ko'ra, so'nggi ikki yil ichida u shunga o'xshash ikki holatni boshdan kechirgan, og'riqli erektsiya bir necha soat davom etgan va issiq dush qabul qilgandan keyin o'z-o'zidan bartaraf bo'lgan. Bemor shifokorlarga murojaat qilmagan. Tekshiruvda: bemorning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalar odatdagidek, periferik limfa tugunlar kattalashmagan. Qon bosimi 120/80mm simob ustunida. Tashqi jinsiy

a'zolar to'g'ri shakllangan va rivojlangan (erkak turi bo'yicha). Palpatsiyada jinsiy olat tik va og'riqli, jinsiy olatni tanasi qattiq, boshi yumshoq. Barmoq bilan rektal tekshiruvda: prostata bezi kattalashmagan. Qorin palpatsiyasida taloq chap qovurg'a yoyidan 12 sm pastda, jigar qirrasini o'ng qovurg'a yoyidan 2 sm pastda palpatsiyalanadi. Umumiy siydik tahlilida, qon zardobining biokimyoviy tahlilida (jigarning funksional sinamallari, kreatinin, karbamid, elektrolitlar), ko'krak qafasi rentgenografiyasida, EKG tekshiruvda patologiya aniqlanmadi. Umumiy qon tekshiruvda (19.10.2022): eritrotsitlar $3,6 \times 10^{12}/l$, gemoglobin - 118 g/l, gematokrit - 34%, leykotsitlar soni - 354, $96 \times 10^9/l$, trombotsitlar soni - $400 \times 10^9/l$, leykoformula: blast hujayralar 8%, promiyelotsitlar 10%, miyelotsitlar 12%, metamiyelotsitlar 14%, tayoqcha yadroli neytrofillar 14%, segment yadroli neytrofillar 22%, bazofillar 7%, eozinofillar 10%, limfotsitlar 1%, monotsitlar 2%, EChT 23 mm/soat. Bemordagi mavjud klinik-laborator ma'lumotlar asosida "Surunkali miyeloleykoz rivojlangan bosqichi. Priapizm" tashxisi qo'yilib, gidrea 2,5 gr, omeprazol, allopurinol 300 mg bilan davolash belgilandi. Bemorda asosiy kasallikni aniqlashtiradigan Filadelfiya xromosomasini aniqlash uchun Respublika iqtisodlashgan gematologiya ilmiy amaliy tibbiyot markaziga yuborildi. Bemor markazda 21.10. 2022 -31.10.2022 kunlari "Surunkali miyeloleykoz rivojlangan bosqichi. Priapizm" tashxisi bo'yicha davolangan. *Гемограммада* (19.10.2022): eritrotsitlar $3,4 \times 10^{12}/l$, gemoglobin 106g/l, rang ko'rsatkich 1,0, trombotsitlar $384,0 \times 10^9/l$, leykotsitlar $74,0 \times 10^9/l$, leykoformula: blast hujayralar 10%, promiyelotsitlar 12%, miyelotsitlar 13%, metamiyelotsitlar 12%, tayoqcha yadroli neytrofillar 16%, segment yadroli neytrofillar 16%, bazofillar 6%, eozinofillar 10%, limfotsitlar 3%, monotsitlar 2%, EChT 3 mm/soat. *Миелограммада* (20.10.2022): бластлар 3.4%. megakariotsitlar ko'p, leyko-eritroblastik nisbat - 1.5:1. Suyak iligi hujayralari sitogenetik tekshiruvda Filadelfiya (Ph) xromosomasi topilgan. *Jinsiy olatni doppler sonografiyasida*: kavernoza tananing exogenligi pasaygan, geterojen strukturaning har ikki tomoni konturi notekis. Oqsil qobig'i: bir hil, patologik kiritmalar aniqlanmadi. Kavernoza tananing arteriyalarini o'tkazuvchanligi saqlangan, qon oqimi kamaygan. Shimgichli tana: bir hil, kontur bir tekis, patologik kiritmalar aniqlanmadi. Baka fastsiyasi bir hil, o'rtacha exogenli, dorsal arteriyaning o'tkazuvchanligi saqlangan, qon oqimi kamaygan. Dorsal vena kengaygan, qon oqimi tezligi oshgan. Bemorga urolog ko'rigi o'tkazilib priapizm tashxisi tasdiqlangan va asosiy kasallikni davolash tavsiya etilgan. Bemordagi kasallikning klinik manzarasi, qon tekshiruvi va suyak iligi punktati asosida SML tashxisi qo'yildi va bemorga davolash kuniga 400 mg dozada imatinib, gidroksikarbamid kuniga 3 g, allopurinol kuniga 300 mg bilan o'tkazildi. Davolash natijasida yil davomida qon leykotsitlari soni asta-sekin $5,7 \times 10^9/l$ gacha kamaydi. *Гемограммада* (18.09.2023): eritrotsitlar $4,6 \times 10^{12}/l$, gemoglobin 141 g / l, trombotsitlar $205,0 \times 10^9/l$, leykotsitlar $5,7 \times 10^9/l$, leykoformula: tayoqcha yadroli

neytrofillar 12%, segment yadroli neyetrofillar 35%, bazofillar 1%, eozinofillar 2%, limfotsitlar 45%, monotsitlar 5%, EChT 9 mm/soat. Bemorda keyingi 6 oy davomida priapizm hurujlari takrorlanmadi.

MUHOKAMA

Priapizmning ikki turi mavjud - ishemik (veno-okklyuziv yoki past oqimli) va arterial (yoki yuqori oqimli) [10]. Ishemik va arterial priapizm o'rtasidagi qiyosiy tashxis kavernoza tanani punksiya qilish natijasida olingan qonning gaz tarkibini o'rganish asosida o'tkazilishi mumkin [11]. Ishemik priapizm uchun $PO_2 < 30$ mm sim. ust., $PCO_2 > 60$ mm sim. ust. va $pH < 7.25$ harakterli, arterial priapizmga gaz tarkibi arterial yoki aralash venoz qon $PO_2 > 40$ mm sim. ust., $pCO_2 < 40 - 50$ mm sim. ust. va $pH 7,35-7,40$ ga to'g'ri keladi [11]. Arterial priapizm odatda travma tufayli yuzaga keladi. Ishemik priapizmning sabablari papaverin, prostaglandin E1, fentolamin kabi vazoaaktiv moddalarning intrakorporal in'ektsiyalari, shuningdek, haqiqiy politsitemiya, SML, miyelom kasalligi kabi gematologik kasalliklarda rivojlanadigan giperviskoz sindromi bo'lishi mumkin [10]. Onkogematologik kasalliklar ko'pincha priapizmning veno-okklyuziv (ishemik, past oqimli) shaklini rivojlanishiga sabab bo'ladi. Detumesensiya jarayonida azot oksidi (NO) va prostaglandinlar (PGI_2) muhim rol o'ynaydi, onkogematologik bemorlarda organizmda aylanuvchi qonning ko'p hujayraligi va yopishqoqligining oshishi tufayli NO va PGI sintezi buziladi, bu trombotsitlar agregatsiyasining va leykotsitlarning adgeziyasini kuchayishiga olib keladi. Trombotsitlar sinusoidal bo'shliqlarning bazal membranasiga yopishadi, fibroblastlarning ko'payishi rivojlanadi va kavernoza tanalarning silliq mushaklarining qisqarish funksiyasi buziladi [12]. Shunday qilib, kavernoza tanada qon oqimi sekinlashadi va qonning turg'unligi kuchayadi, bu esa priapizmning rivojlanishiga olib keladi. 18 -32 soatdan ortiq davom etadigan ishemiya endoteliya va trabekulalarning buzulishi bilan birga keladi, so'ngra tiklanmaydigan fibroz shakllanishi erektil disfunktsiyaga olib keladi [12].

Adabiyotda qon leykotsitlari soni $92 \times 10^9/l$ [10, 13] va $503 \times 10^9/l$ [11, 14] bo'lgan surunkali limfoleykoz bilan kasallangan bemorlarda ishemik priapizmning ikkita klinik kuzatuvini keltirilgan. Boshqa ikkita kuzatuvda leykotsitoz $274 \times 10^9/l$ [12, 15] va $618 \times 10^9/l$ [13, 16] bilan o'tkir limfoblastli leykoz bilan kasallangan bemorlarda priapizm rivojlanishi haqida xabar berilgan. Shuningdek, 2019 yil qonda leykotsitlar soni $449,96 \times 10^9/l$ bo'lgan surunkali miyeloleykoz bilan kasallangan bemorda ishemik priapizmning klinik kuzatuvini keltirilgan [20].

SML bilan kasallangan bemorlarda priapizm leykostaz va giperviskoz bilan kechadigan giperleykotsitoz tufayli yuzaga keladi, bu odatda qonda leykotsitlari sonining $100 \times 10^9/l$ dan oshishi bilan kuzatiladi, bu esa o'z navbatida qon quyqalari va mikrotromblar bilan tomirlarning obstruksiyasiga olib keladi [10]. Surunkali miyeloleykozda priapizm rivojlanishiga olib keladigan yana bir patogenetik omil - bu

leykoz hujayralari tomonidan sitokinlar va adgeziya molekulalarining ortiqcha ishlab chiqarilishi, natijada kichik qon tomirlarda hujayralar sekvestratsiyasini kuchayishiga olib keladi [10].

SML bilan kasallangan bemorda priapizmning birinchi tavsifi 1974 yilda S.M. Schreibman va boshqalar tomonidan tasvirlangan [17]. Ushbu asorat SML bilan kasallangan erkaklarning 1-2 foizida bimodal yosh taqsimoti bilan qayd etiladi: u 5-10 va 20-50 yoshda uchraydi [18]. Priapizm gematologik kasallikning birinchi klinik ko'rinishi bo'lishi mumkin. Surunkali miyeloleykozda priapizmni davolash urologlar, gematologlar, morfologlar va boshqa mutaxassislarning ishtirokini ta'minlaydigan ko'p tarmoqli yondashuvni talab qiladi. Amerika urologiya assotsiatsiyasi surunkali miyeloleykozda priapizmni davolashda kombinatsiyalangan yondashuvni tavsiya qiladi va surunkali miyeloleykozni tizimli terapiyasining muhimligini ta'kidlaydi [5].

Priapizmida terapevtik tadbirlarning maqsadi patologik erektsiyani o'z vaqtida bartaraf qilish va kavernoza tananing shikastlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun og'riqni engillashtirish hisoblanadi. Bunga turli yo'llar bilan erishish mumkin. Birinchi qator terapiya kavernoza tanalardan qonni punksiya orqali aspiratsiyasi va adrenomimetiklarni intrakavernoza yuborish hisoblanadi. Leykotsitaferez paytida surunkali limfoleykoz va SML bilan kasallangan bemorlarda priapizm xurujining yechimi tasvirlangan, Bunda ortiqcha leykotsitlar mexanik ravishda olib tashlanadi [14, 19]. Jarrohlik usullari ikkinchi qator terapiya bo'lib, faqat konservativ choralar muvaffaqiyatsiz bo'lgan hollarda qo'llaniladi. Priapizmni jarrohlik yo'li bilan davolash kavernoza tanalar va shimgichli tanasi (spongiokavernoza shunt) yoki kavernoza tanalardan qon chiqishi uchun sonning yuzaki venasi tizimi (safenokavernoza shunt) o'rtasida anastomoz hosil qilishdan iborat. Bundan tashqari, shunt operatsiyalari samarasiz bo'lgan yoki priapizm davomiyligi 36 soatdan ortiq bo'lgan hollarda jinsiy olatni protezini implantatsiya qilish o'tkaziladi.

Ushbu klinik kuzatuvda priapizmni bartaraf qilish bilan bir qatorda surunkali miyeloleykozni tizimli terapiyasi o'tkazildi, natijada qonda leykotsitlar soni normallasdi. Ushbu terapiyadan keyin bemorni bir yil davomida kuzatish priapizmning qaytalanishi sodir bo'lmadi. Gematologlar tomonidan olib borilgan surunkali miyeloleykozni tizimli terapiyasi bemorda priapizmning qaytalanishini oldini oldi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Salonia A., Eardley I., Giuliano F., et al. European Association of Urology guidelines on priapism. Eur Urol. 2014; 65(2): 480-9. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.11.008>
2. Shokeir A.A., Hussein N.I. The urology of Pharaonic Egypt. BJU Int 1999;84:755-61

3. Metaweia B., El-Nashar A.R., Gad-Allah A., et al. Intracavernous papaverine/phentolamine-induced priapism can be accurately predicted with color Doppler ultrasonography. *Urology*. 2005; 66(4): 858-60.

4. Keoghane S.R., Sullivan M.E., Miller M.A. The aetiology, pathogenesis and management of priapism. *BJU Int*. 2002; 90(2): 149-54.

5. Montague D.K., Jarow J., Broderick G.A., et al. American Urological Association guideline on

6. Абдиев, К., Махмонов, Л., Мадашева, А., & Маматкулова, Ф. (2021). Business games in teaching hematology. *Общество и инновации*, 2(6), 208-214

7. Abdiev, K. M., Makhmonov, L. S., Madasheva, O. G., & Berdiyaraova, M. B. The main causes of anemia in patients with diseases of the colon. *Scientist Of The XXI Century*, 12; 8. Abdiev K.M, et al. Modern methods of treatment of hemorrhagic syndrome at an early stage in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura // *Ученый XXI века - 2021*, - № 1- 1-Р.41-44 (72);

9. Abdiev K.M, et al. Comparative evaluation of new treatments for immune thrombocytopenia // *Nat.Volatiles & Essent.Oils*, 2021; 8(5):10160 -10166.

10. Мадашева, А. Г., & Жураева, М. З. (2019). Биохимические показатели и комплексное лечение больных псориазом с лечебным плазмаферезом. *Достижения науки и образования*, (10 (51)), 78-82.

11. Каттабек Махматович Абдиев, Эркин Санъатович Тоиров, К.Ж Артыкова. Состояние желудка и двенадцатиперстной кишки при ревматоидном артрите. 2005 Журнал Вестник врача общей практики Том 36 Номер 4 Страницы 5-7

12. К.М Абдиев, ВГ Савченко, СМ Куликов . Оптимизация трансфузионной тактики при переливаниях тромбоцитной массы у больных с амегакариоцитарными тромбоцитопениями. *Журнал Терапевтический архив*, 1991 №7. стр.- 116-121.

13. Мадашева, А. Г., Дадажанов, У. Д., Абдиев, К. М., Маматкулова, Ф. Х., & Махмудова, А. Д. Динамика электронейромиографических показателей и эффективность электрической стимуляции мышц у больных гемофилией с мышечными атрофиями. *Достижения науки и образования*, (10 (51)), (2019). 26-30.

14. Ruziboeva, O. N., Abdiev, K. M., Madasheva. A. G., & Mamatkulova, F. K. (2021). Modern Methods Of Treatment Of Hemostasis Disorders In Patients With Rheumatoid Arthritis. *Ученый XXI века*, 8.

15. Мадашева, А. Г., & Махмудова, А. Д. (2021). Биохимические показатели у больных гемофилией с мышечными патологиями до и после лечения. *Форум молодых ученых*, (4 (56)), 233-238.

16. Gazkhanovna, M. A., Makhmatovich, A. K., & Utkirovich, D. U. (2022). Clinical efficacy of extracorporeal and intravascular hemocorrection methods in psoriasis. *ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal*, 12(2), 313-318.

17. Мадашева, А. Г. (2022). Коррекция диффузной алопеции при железодефицитной анемии. *Science and Education*, 3(12), 231-236.

18. Мадашева, А. Г. (2022). Клинико-неврологические изменения у больных гемофилией с мышечными патологиями. *Science and Education*, 3(12), 175-181.

19. Мадашева, А. Г., & Жураева, М. З. (2019). Биохимические показатели и комплексное лечение больных псориазом с лечебным плазмаферезом. *Достижения науки и образования*, (10 (51)), 78-82.

20. Дадажанов, У.Д., & Мадашева, А.Г., (2019), Эритропоэтинлар. *Журнал вестник врача*, 1(4), 153-155.