

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
им. И. К. АХУНБАЕВА**

**КЫРГЫЗСКО - РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. Б. Н. ЕЛЬЦИНА**

Диссертационный совет Д 14.23.678

На правах рукописи  
УДК 616.65-006.55-089-06

**ЭСТЕБЕСОВ НУРБЕК СОВЕТБЕКОВИЧ**

**РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ  
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

14.01.23 – урология

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Бишкек – 2024**

Работа выполнена на кафедре урологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина.

**Научный руководитель:** **Чернецова Галина Степановна**  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой урологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина

**Официальные оппоненты:** **Кульчавеня Екатерина Валерьевна**  
доктор медицинских наук, профессор,  
профессор кафедры урологии им. Е. В. Шахова  
Федерального государственного бюджетного  
образовательного учреждения высшего  
образования, Приволжский исследовательский  
медицинский университет Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

**Жумагазиев Талант Саринжиевич**  
кандидат медицинских наук,  
заведующий кафедрой урологии с курсом  
нефрологии и гемодиализа Кыргызского  
государственного медицинского института  
переподготовки и повышения квалификации  
им. С. Б. Даниярова

**Ведущая организация:** Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова, кафедра урологии (050012, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Толеби, 94).

Защита диссертации состоится «28» марта 2024 года в 16.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.23.678 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и Кыргызско-Российском Славянском университете им. Б. Н. Ельцина по адресу: 720075, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 90а, Национальный центр фтизиатрии, 2 этаж, конференц-зал. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации <https://vc.vak.kg/b/d14-puu-lvw-wbv>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92) и Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (720000, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Киевская, 44) и на сайте: <https://vak.kg/wp-content/uploads/2022/11/Estebesov-finish-15.02.-24-.pdf>

Автореферат разослан «21» февраля 2024 года.

**Ученый секретарь диссертационного совета,**  
кандидат медицинских наук



**Оскон уулу Айбек**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертации.** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы на сегодняшний день является одна из наиболее распространенных заболеваний у мужчин пожилого и старческого возраста, клинические проявления которого представлены дизурическими явлениями [Г. С. Чернецова и соавт., 2009; А. Ч. Усупбаев и соавт., 2017; А. А. Ширяев и соавт., 2022; М. Ю. Барановский и соавт., 2023]. В связи с этим актуален выбор эффективного метода лечения данного заболевания [Н. Ф. Сергееenko и соавт. 2010; К. С. Елюбаев, 2023; K. Ma et al., 2023].

В течение последних десятилетий стандартом оперативного вмешательства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы остается трансуретральная резекция простаты. Данный метод имеет ряд преимуществ, среди которых меньшая инвазивность, возможность проведения повторных операций, также возможность проведения трансуретральной резекции у больных пожилого возраста без риска для пациента [Н. Ф. Сергееenko и соавт., 2012; С. Ю. Яровой и соавт., 2012; М. А. Николаев, 2019]. По данным сводного анализа 29 рандомизированных исследований, симптоматическое улучшение, определяемое снижением суммарного количества баллов с использованием шкал IPSS, AUA-7, Boyarski, DAN-PSS, после трансуретральной резекции составляет в среднем 70,6% и более чем в половине исследований превышает этот показатель [Н. Н. Meyhaff et al., 1999; A. Skolarikos, 2008].

Однако, являясь привлекательным, в первую очередь, для пациента, данный метод оперативного лечения трансуретральной резекции, не позволяет полностью избавиться от инфравезикальной обструкции, вызванной доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Поэтому радикальным хирургическим методом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы остается открытая чреспузырная аденомэктомия. По мнению A.Tubaro и соавт. (2010), уродинамические результаты у пациентов, перенесших открытую аденомэктомию, показывают максимально возможное снижение обструкции и служат эталоном лечения [А. А. Tubaro et al., 2001]. Все вышеуказанное и определило актуальность проведенного исследования.

**Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями.** Тема диссертационной работы инициативная.

**Цель исследования.** Улучшение результатов оперативного лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

### **Задачи исследования:**

1. Провести анализ эффективности трансуретральной резекции простаты и чреспузырной аденомэктомии в раннем послеоперационном периоде и длительном катамнезе от 1 года до 3-х и более лет.

2. Изучить частоту осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных, перенесших трансуретральную резекцию простаты и чреспузырную аденомэктомию.

3. Оценить факторы риска и возможность использования показателей ультразвукового, доплерографического исследования в прогнозировании осложнений в раннем послеоперационном периоде и длительном катамнезе.

4. Оценить факторы риска развития инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

### **Научная новизна полученных результатов:**

1. Выявлена возможность прогнозирования гемморагических осложнений, на основе данных доплерографического сканирования сосудов простаты, как во время операции, так и в послеоперационном периоде с высоким риском послеоперационных кровотечений (индексы  $RI > 0,8$ ед и/или  $PI > 1,5$ ед), а также применения в дооперационном периоде блокаторов 5-альфа-редуктазы для профилактики гемморагических осложнений.

2. Предложен и внедрен способ профилактики инфекционно-воспалительных и гемморагических осложнений при одномоментной чреспузырной аденомэктомии.

3. Разработан и внедрен алгоритм введения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы с целью профилактики гнойно-гемморагических осложнений.

**Практическая значимость полученных результатов.** На основе выявленных факторов риска развития инфекционно-воспалительных и гемморагических осложнений определены группы высокого риска данных осложнений и проведены лечебно-профилактические работы. Также при использовании доплерографического исследования сосудов простаты в дооперационном периоде возможно предвидеть риски гемморагических осложнений, и в качестве меры профилактики рекомендуется применение блокаторов 5-альфа редуктазы.

Предложенный новый способ открытой чреспузырной аденомэктомии предотвращает болевой синдром, снижает риски развития кровотечения и инфекционных осложнений.

Разработан алгоритм ведения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, позволяющий снизить количество больных с инфекционно-воспалительными и гемморагическими осложнениями в послеоперационном периоде.

Внедрен способ профилактики послеоперационных геморрагических осложнений при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (рационализаторское предложение, выданное Кыргызпатентом от 03.11.2023г. №938) и способ профилактики инфекционно-воспалительных геморрагических осложнений при одномоментной чреспузырной аденомэктомии (рационализаторское предложение, выданное Кыргызпатентом от 17.11.2023 г. №940).

Основные положения работы внедрены в урологические отделения Республиканского научного центра урологии Национального Госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (акт внедрения от 18.12.2022 г.).

**Экономическая значимость полученных результатов.** Экономическая значимость результатов проведенных исследований включает возможность получения медико-социальной эффективности за счет своевременной диагностики, определения тактики лечения больных с доброкачественной гиперплазией простаты и повышения качества жизни у данной категории больных.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Выявлена взаимосвязь между риском развития геморрагических осложнений и показателями доплерографии сосудов простаты в дооперационном периоде. Возрастание пульсационного индекса (PI) более 1,5 единиц ассоциируется с повышением риска кровотечения в 4,3 раза, а увеличение индекса резистивности (RI) более 0,8 единиц в 5,6 раза.

2. Больным с высоким риском послеоперационных кровотечений (PI>1,5 единиц; RI>0,8 единиц) рекомендуется в дооперационном периоде прием блокаторов 5-альфа-редуктазы, значительно снижающих геморрагические осложнения.

3. При одномоментной чреспузырной аденомэктомии, интраоперационное введение лекарственных препаратов в соотношении (ропивакаин 0,4% - 100 мл+адреналин 1:100000 + цефтриаксон 2,0) значительно уменьшает гнойно-воспалительные и геморрагические осложнения.

4. Использование алгоритма ведения больных с доброкачественной гиперплазией железы значительно снижает риск гнойно-геморрагических осложнений.

**Личный вклад соискателя.** Автор проводил клинические, клинико-рентгеноурологические и ультразвуковые исследования, а также самостоятельно выполнял вышеперечисленные операции. Выполнил статистическую обработку, анализ и интерпретацию результатов исследования.

**Апробации результатов исследования.** Международной урологической

научно-практической конференции «Современные методы лечения и профилактика урологических заболеваний», посвященной памяти почётного профессора В. Н. Евсюкова. г. Бишкек, 25-26 март, 2022 г (Бишкек 2022); Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы в урологии», посвященной 95-летию героя КР, академика НАН КР Мамакеева М. М. г. Бишкек, 29-30 сентября, 2022 г.( Бишкек 2022)

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликовано 8 статей, из которых 3 статьи в научных изданиях, вошедших в Перечень рецензируемых научно периодических изданий, рекомендуемых Национальной аттестационной комиссии при Президенте Кыргызской Республике.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 145 страницах, состоит из введения, глав, заключения, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Библиографический указатель включает 144 отечественных и стран ближнего зарубежья, в том числе 53 стран дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 29 таблицами, 27 рисунками.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** диссертации представлены обоснование актуальности исследования и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

**Глава 1. Современные тенденции доброкачественной гиперплазии предстательной железы (обзор литературы).** Отражены основные проблемы, ведение больных с доброкачественной гиперплазией простаты, а также прогнозирование и профилактика возможных послеоперационных осложнений.

Диагноз ДГПЖ имеют более 11.3% мужчин в возрасте 50 лет и более 81.4% в возрасте старше 80 лет, потребность к хирургическому лечению нуждаются 5-10% больных.

К настоящему времени предложено множество неоперативных методов лечения ДГПЖ, направленных на уменьшение клинических проявлений заболевания и улучшение качества жизни пациента.

### **Глава 2. Методология и методы исследования.**

**2.1. Общая характеристика больных.** Основу исследования составили данные ретроспективного анализа клинических наблюдений за 206 больными, которым было проведено хирургическое лечение по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы в Национальном центре урологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики с 2007 по 2015 гг.

**Объект исследования:** больные, оперированные по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

**Предмет исследования:** осложнения после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Возраст исследуемых пациентов составил 52-88 лет (в среднем  $69,5 \pm 7,8$  лет). Выделены 2 группы больных в зависимости от метода оперативного лечения ДГПЖ. В I группу вошли 82 ( $39,8 \pm 3,4\%$ ) пациента, которым произведена трансуретральная резекция простаты (ТУР), во II группу 124 ( $60,2 \pm 3,4\%$ ) пациента, которым проведена одномоментная чреспузырная аденомэктомия (ЧПАЭ),  $p < 0,001$ . При выборе метода оперативного вмешательства основным критерием являлись состояние больного и объем предстательной железы: при ее объеме менее  $60 \text{ см}^3$  проводилась ТУР, более  $60 \text{ см}^3$  предпочтение отдавали ЧПАЭ. В исследование включены пациенты, перенесшие трансуретральную резекцию простаты и чреспузырную аденомэктомию.

Выделенные группы пациентов были сопоставимы по возрасту (таблица 2.1.1). Как следует из представленных данных, средний возраст пациентов, перенесших ТУР, составил  $69,3 \pm 8,0$  лет, при этом 78,1% больных прооперированы в возрасте 60-80 лет. Аналогичные данные получены в группе пациентов, перенесших ЧПАЭ, средний возраст которых составил  $69,5 \pm 7,7$  лет,  $p > 0,05$ , причем 82,2% больных прооперированы в возрасте 60-80 лет.

Существенных возрастных различий между двумя группами оперативного лечения не выявлено в 50-59 лет и 80 лет и старше.

Таблица 2.1.1 – Частота пациентов с ДГПЖ по возрасту

№ пп	Возраст, лет	Всего (n=206)		ТУР (n=82)		ЧПАЭ (n=124)	
		абс. число	$P \pm m$	Абс. число	$P \pm m$	Абс. число	$P \pm m$
1	50-59 лет	22	$10,7 \pm 2,1$	8	$3,9 \pm 1,3$	14	$6,8 \pm 1,7^*$
2	60-69 лет	84	$40,8 \pm 3,4$	34	$16,5 \pm 2,5$	50	$24,3 \pm 2,9^{**}$
3	70-79 лет	82	$39,8 \pm 3,4$	30	$14,6 \pm 2,4$	52	$25,2 \pm 3,0^{***}$
4	80 лет и старше	18	$8,7 \pm 1,9$	10	$4,8 \pm 1,4$	8	$3,9 \pm 1,3^*$

Примечание:  $P \pm m$  – интенсивный показатель на 100 пациентов и ошибка репрезентативности, \* -  $p > 0,05$ , \*\* -  $p < 0,05$ , \*\*\* -  $p < 0,01$ .

Достоверно чаще проводилось оперативное лечение ДГПЖ методом ЧПАЭ в возрастных группах 60-69 и 70-79 лет.

У больных I группы, которым произведена операция трансуретральная резекция аденомы простаты, в дооперационном периоде имелись более выраженные нарушения функции мочевых путей и частота встречаемости соматической патологии по сравнению с больными, перенесшими

чреспузырную аденомэктомию, также было выше, за исключением хронической почечной недостаточности.

Из 206 наблюдаемых больных у 176 ( $85,4 \pm 2,4\%$ ) оперативное вмешательство осуществлялось по экстренным показаниям вследствие острой задержки мочи с существенными различиями между группами: ТУР - 66 ( $32,0 \pm 3,2\%$ ) больных и ЧПАЭ – 110 ( $53,4 \pm 3,4\%$ ) больных,  $p < 0,001$  (таблица 2.1.4). Различия не существенны в частоте плановых госпитализаций пациентов двух групп ( $7,8 \pm 1,8\%$  и  $6,8 \pm 1,7\%$ ),  $p > 0,05$ .

Таблица 2.1.4 – Частота госпитализаций у больных ДГПЖ в зависимости от метода оперативного вмешательства

№ пп	Вид госпитализа- ции	Всего (n=206)		ТУР (n=82)		ЧПАЭ (n=124)	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1	Экстренная	176	$85,4 \pm 2,4$	66	$32,0 \pm 3,2$	110	$53,4 \pm 3,4^{**}$
2	Плановая	30	$14,6 \pm 2,4$	16	$7,8 \pm 1,8$	14	$6,8 \pm 1,7^*$

Примечание:  $P \pm m$  – частота госпитализаций на 100 пациентов и ошибка репрезентативности, \* -  $p > 0,05$ , \*\* -  $p < 0,001$ .

**2.2. Общее урологическое обследование и оценка симптомов заболеваний простаты, их влияния на качество жизни.** Для оценки тяжести гиперплазии предстательной железы и эффективности операций использовали шкалу IPSS (International Prostate Symptom Score). Сумма баллов при ответе на 7 вопросов позволяет, согласно рекомендациям ВОЗ (1995), осуществлять классификацию больных по степени выраженности клинических симптомов заболевания: с легкой (0-7 баллов), с умеренной (8-19 баллов) и выраженной симптоматикой (20-35 баллов). Обязательным был ответ на вопрос о качестве жизни (QoL) по 6-бальной шкале на момент опроса больного.

В зависимости от набранной суммы баллов, больные разделены по степени тяжести заболевания: легкой (0-7 баллов); умеренной (8-19 баллов) и выраженной симптоматикой (20-35 баллов) (таблица 2.2.2).

Таблица 2.2.2 – Характеристика IPSS в исследуемых группах (ТУР и ЧАПЭ)

№ пп	Группа	Умеренная степень (8-19 балл)		Выраженность симптомов (20-35 балл)		Средний балл IPSS
		абс. число	удельный вес, %	абс. число	удельный вес, %	
1	I группа (ТУР)	34	41,5	48	58,5	$20,5 \pm 5,6$
2	II группа (ЧАПЭ)	38	30,6	86	69,4	$22,3 \pm 6,2$

В I группе (ТУР) наибольший удельный вес составили пациенты с выраженными симптомами (58,5%), на умеренную степень пришлось 41,5%, во II группе (ЧАПЭ) сложилась аналогичная картина (69,4% и 30,6%, соответственно).

**2.3 Методы обследования.** Ультразвуковое исследование верхних и нижних мочевых путей, рентгенологические методы исследования урофлуометрия.

**2.4 Ультразвуковое исследование верхних и нижних мочевых путей.** Больным проводилось ультразвуковое исследование верхних и нижних мочевыводящих путей.

**2.5 Рентгенологические методы исследования.** В урологических отделениях РНЦУ НГ при МЗ КР больным выполнялись рентгеноурологические методы обследования: обзорная и экскреторная урография (в орто- и клиностазе); цистография.

**2.6 Урофлуометрическое исследование.** Для диагностики обструкции нижних мочевыводящих путей на фоне ДГПЖ применялась урофлуометрия, позволяющая на основании прямой регистрации изменений объемной скорости потока мочи, во время мочеиспускания, объективизировать наличие нарушения мочеиспускания.

**2.7 Методы хирургического лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.** Описаны методика одномоментной чреспузырной аденомэктомии и трансуретральной резекции. Чреспузырная аденомэктомия (одномоментная ЧПАЭ с 2-х сторонней вазорезекцией) выполнена 124 больным и носила экстренный характер у 110 (88,7%), плановое у 14 (11,3%) пациентов. Трансуретральная резекция аденомы простаты проведена 82 больным, в плановом порядке 16 (19,5%), в том числе 2 (2,4%) пациентам на фоне цистостомического дренажа, по экстренным показаниям в связи с острой задержкой мочеиспускания в 66 (80,5%) случаях.

Пациентам с высоким риском геморрагических осложнений рекомендовано до хирургического вмешательства прием блокаторов 5-альфа-редуктазы для профилактики кровотечений (рационализаторское предложение №938, Кыргызпатент). Для профилактики инфекционно - воспалительных и геморрагических осложнений при одномоментной чреспузырной аденомэктомии (рационализаторское предложения №940, Кыргызпатент) предлагается интраоперационное введение сочетания препаратов (ропивакаин 0,4%-100 мл+адреналин 1:100000 + цефтриаксон 2,0).

Использованы методы исследования: ретроспективный, проспективный, клинический, статистический.

При обработке материалов рассчитывались относительные (интенсивный и экстенсивный показатели) и средние величины. Достоверность различий между группами определялась по критерию Стьюдента, ошибке репрезентативности, критерию достоверности безошибочного прогноза. Проведен расчет отношения

шансов развития осложнений. Рассчитан коэффициент множественной регрессии и достоверность критерия множественной регрессии.

В 3-4 главе представлены результаты собственных исследований и их обсуждение.

### **Глава 3. Сравнительный анализ ранних до- и послеоперационных осложнений доброкачественной гиперплазии предстательной железы.**

**3.1 Клиническая симптоматика у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на предоперационном этапе.** Анализ результативности трансуретральной резекции и чреспузырной аденомэктомии осуществлен в период до проведения операции и в течение 6-12 месяцев после проведенного хирургического вмешательства. Группы пациентов, отобранных для исследования, были сравнимы по возрасту, клиническим и биохимическим показателям. В I группе больных средний возраст обследуемых составил  $69,3 \pm 8,0$  лет, во II группе -  $69,5 \pm 7,7$  лет,  $p > 0,05$ .

Пациенты, перенесшие ЧПАЭ, имели более выраженные симптомы и более тяжелое течение заболевания по сравнению с больными, перенесшими ТУР (таблица 3.1.2). Средняя суммарная оценка симптомов заболеваний простаты по Международной системе (IPSS) у пациентов с ЧПАЭ составила -  $22,3 \pm 6,2$  балла, что оказалось статистически значимо выше по сравнению с аналогичным показателем у пациентов с ТУР ( $20,0 \pm 5,6$  балла),  $p < 0,001$ .

Выраженные клинические симптомы (более 19 баллов) также чаще встречались у пациентов с ЧПАЭ (69,4% против 54,9% в группе ТУР). Большинство пациентов с ЧПАЭ (87,0%) оценивали свое качество жизни как "неудовлетворительное" и "плохое", средний балл по шкале QoL составил  $4,1 \pm 1,0$  балла. У пациентов с ТУР "неудовлетворительное" и "плохое" качество жизни указали 81,5% респондентов, а средний балл по шкале QoL составил  $3,6 \pm 0,8$  балла ( $p < 0,001$ ).

Таблица 3.1.2 – Урологическая клиническая симптоматика пациентов I и II группы (n=206)

№ пп	Параметры	I группа ТУР (n=82)		II группа ЧПАЭ (n=124)		p
		M±σ	±m	M±σ	±m	
1	IPSS, баллы	$20,0 \pm 5,6$	0,4	$22,3 \pm 6,2$	0,1	<0,001
2	QoL, баллы	$3,6 \pm 0,8$	0,06	$4,1 \pm 1,0$	0,06	<0,001
3	Объем простаты, см <sup>3</sup>	$54,3 \pm 6,6$	0,1	$108,0 \pm 2,8$	0,3	<0,001
4	Объем остаточной мочи, мл.	$107 \pm 28$	0,1	$129 \pm 45$	0,4	<0,001
5	Максимальная объемная скорость мочеиспускания, см <sup>3</sup>	$7,3 \pm 2,1$	0,1	$6,8 \pm 2,2$	0,1	>0,05

Примечание: M±σ – средняя величина в баллах и средне-квадратическое отклонение, ±m - ошибка репрезентативности, p – достоверность различий,  $p > 0,05$  – достоверность различий менее 95,0%,  $p < 0,001$  - достоверность различий 99,9%.

Исходный объем предстательной железы в обеих группах значительно отличался ( $54,3 \pm 6,6 \text{ см}^3$  у пациентов с ТУР и  $108,0 \pm 2,8 \text{ см}^3$  у пациентов с ЧПАЭ,  $p < 0,001$ ), что объясняется тем, что объем предстательной железы является основным критерием выбора вида хирургического вмешательства. Объем остаточной мочи у пациентов после ТУР, на предоперационном этапе колебался от 55 до 210 мл и составлял в среднем  $107 \pm 28$  мл. У пациентов после аденомэктомии, данный показатель был существенно выше, варьируя от 75 до 300 мл и составляя в среднем  $129 \pm 45$  мл ( $p < 0,001$ ).

**3.2 Факторы риска, ассоциированные с развитием геморрагических и инфекционно-воспалительных осложнений.** Проанализирована частота и причины развития ранних послеоперационных осложнений геморрагического и инфекционно-воспалительного характера после различного типа вмешательств по поводу аденомы предстательной железы. Кроме того, отдельно было оценено влияние сахарного диабета и наличие сердечно-сосудистой патологии.

Независимыми факторами возникновения воспалительных осложнений у больных, перенесших ЧПАЭ и ТУР аденомы простаты явились (таблица 3.2.1) длительность хирургического вмешательства ( $\beta = 0,24$ ;  $p < 0,005$ ), количество кровопотери ( $\beta = 0,59$ ;  $p < 0,0001$ ), возраст пациента ( $\beta = 0,12$ ;  $p < 0,05$ ), исходный размер простаты ( $\beta = 0,13$ ;  $p < 0,05$ ), длительность системы орошения мочевого пузыря в послеоперационном периоде ( $\beta = 0,18$ ;  $p < 0,05$ ), выраженность клинических проявлений в послеоперационном периоде ( $\beta = 0,19$ ;  $p < 0,005$ ).

Таблица 3.2.1 – Факторы, ассоциированные с развитием инфекционно-воспалительных осложнений после оперативных вмешательств по поводу аденомы предстательной железы

№ пп	Показатель	$\beta$	p
1	Возраст, лет	0,12	<0,05
2	Объём кровопотери, мл	0,59	<0,0001
3	Длительность операции, мин	0,24	<0,005
4	Объем предстательной железы, мл	0,13	<0,05
5	IPSS, баллы	0,19	<0,005
6	Длительность системы орошения, сутки	0,18	<0,05
7	Креатинин	0,08	=0,15
8	ПСА	-0,06	=0,27
9	Максимальная объемная скорость мочеиспускания после операции	0,10	=0,13
10	Лейкоциты после операции	0,17	=0,08
11	Лейкоцитурия до операции	-0,12	0,20

Примечание:  $\beta$  – коэффициент множественной регрессии; p – достоверность различий;  $p > 0,05$  – достоверность критерия множественной регрессии.

В послеоперационном периоде наличие сахарного диабета значимо повышало развитие инфекционно-воспалительных осложнений. Сахарный диабет в 9,3 раза повышает риск возникновения инфекционно-воспалительных осложнений (ОШ - 9,3; 95%, ДИ 3,2-27,0). Сердечно-сосудистая патология в 2,1 раза превышает инфекционно-воспалительные осложнения, однако этот рост был статистически не значимым (ОШ – 2,12; 95%, ДИ 0,92-4,99).

Риск геморрагических осложнений у пациентов с сахарным диабетом возрастал больше, чем в 4 раза, что было статистически значимым (ОШ – 4,21; 95%, ДИ 1,37-12,88) (таблица 3.2.5).

Таблица 3.2.5 – Влияние сахарного диабета на риск развития геморрагических осложнений

№ пп	Вариант	Геморрагические осложнения I группы	Геморрагические осложнения II группы	ОШ; 95% ДИ
1	Положительный	5	11	4,21 (1,37-12,88)
2	Отрицательный	19	171	
3	Итого	24	182	

Примечание: ОШ – отношение шансов, ДИ – доверительный интервал.

**3.3 Взаимосвязь показателей УЗИ простаты с развитием геморрагических и инфекционно-воспалительных осложнений.** В последнее время появились данные, посвященные изучению взаимосвязи морфологических изменений в простате и риском развития осложнений. Поэтому изучена возможность прогнозирования развития воспалительных и геморрагических осложнений в послеоперационном периоде, опираясь на результаты дооперационного УЗ исследования.

Максимальная систолическая скорость кровотока (таблица 3.3.1) в I и II группах составила  $29 \pm 6$  см/с и  $31 \pm 5$  см/с, соответственно ( $p < 0,001$ ), индекс резистивности (RI) –  $0,74 \pm 0,15$  единиц и  $0,72 \pm 0,17$  единиц, соответственно ( $p < 0,001$ ) и пульсационный индекс (PI) -  $1,38 \pm 0,24$  единиц и  $1,36 \pm 0,26$  единиц, соответственно ( $p < 0,001$ ).

Таблица 3.3.1 – Результаты доплерографического исследования на до- и послеоперационном периодах

№ пп	Показатель	Инфекционно-воспалительные осложнения I группы (n=26)		Инфекционно-воспалительные осложнения II группы (n=180)		p
		M±σ	±m	M±σ	±m	
1	Vmax, см/с	29±6	0,1	31±5	0,1	<0,001
2	PI, ед	1,38±0,24	0,03	1,36±0,26	0,04	<0,001
3	RI, ед	0,74±0,15	0,02	0,72±0,17	0,02	<0,001

Примечание: M±σ – средняя величина и средне-квадратическое отклонение, ±m – ошибка репрезентативности, PI – пульсационный индекс, RI – индекс резистивности, p – достоверность различий, p<0,001 – достоверность различий 99,9%.

При дооперационном исследовании выявлено, что показатели сосудов простаты не обладали ценностью в отношении развития инфекционно-воспалительных осложнений у пациентов, пролечанных по поводу ДГПЖ.

Выявлена взаимосвязь между риском развития кровотечения и показателями сосудов предстательной железы в дооперационном периоде. В частности, увеличение пульсационного индекса более 1,5 единиц ассоциируется с повышением риска геморрагических осложнений в 4,3 раза, а повышение индекса резистивности выше 0,8 единиц – в 5,6 раза. Взаимосвязи между доплерографическими показателями сосудов простаты и риском гнойно-воспалительных осложнений не удалось выявить.

**3.4 Оценка ранних послеоперационных осложнений после трансуретральной резекции простаты и чреспузырной аденомэктомии.** Анализ структуры и частоты ранних послеоперационных осложнений свидетельствует о высокой их распространенности, с более выраженным превалированием воспалительных осложнений и кровотечений. Среди исследуемых групп пациентов геморрагические осложнения наблюдались у 24 (11,7%) больных, инфекционно-воспалительные – у 26 (12,6%) пациентов. На долю других осложнений оперативного лечения аденомы простаты приходилось 12 (5,8%) пациентов.

Геморрагические осложнения после ЧПАЭ возникли у 20 (16,1%) больных, что было существенно выше в сравнении с группой больных, перенесших ТУР.

После хирургического вмешательства (ТУР и ЧПАЭ) отмечалось выраженное достоверное снижение уровня гемоглобина крови. Так, уровень гемоглобина после ТУР снизился с 134±19 г/л до 120±22 г/л (p<0,001), а после ЧПАЭ – со 128±16 г/л до 115±18 г/л (p<0,001). Уровень гемоглобина крови у пациентов после ТУР аденомы простаты уменьшился в среднем на 10,4%, что было незначительно выше, чем в группе пациентов, перенесших ЧПАЭ (10,2%). Анализы крови были взяты через сутки после операции.

Нужно отметить, что при ТУР отмечается достоверно меньшая частота развития послеоперационных осложнений геморрагического и инфекционно-воспалительного характера. Это обеспечивает более благоприятное течение послеоперационного периода после ТУР в целом, позволяя осуществлять раннюю активизацию и раннее восстановление самостоятельного мочеиспускания, что существенно сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

**3.5 Взаимосвязь интраоперационного введения сочетания препаратов с развитием инфекционно-воспалительных и геморрагических осложнений.** Для изучения эффективности введения интраоперационно сочетания препаратов (ропивакаин 0,4%-100 мл + адреналин 1:100000 + цефтриаксон 2,0) включены из 1 группы 30 больных. Коктейль препаратов (смесь вышеперечисленных препаратов) после установки уретрального катетера вводили в шейку мочевого пузыря перед вылушиванием адекатомозных узлов, после удаления аденокатомозных узлов и наложения съемного шва, на ложе простаты вновь вводили тот же препарат. Далее “коктейль” также вводили послойно при зашивании раны в мочевой пузырь, мягкие ткани, по ходу эпицистостомической трубки.

Гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у 1 (3,3%) больного, геморрагические осложнения - у 2 (6,6%) больных. В послеоперационном периоде потребность в наркотических анальгетиках была меньше и проведенные койко-дни были меньше.

Таким образом, предложенный способ является оригинальным, простым в использовании, не требующим каких-либо дополнительных экономических затрат, снижает риск послеоперационных осложнений в виде пиелонефрита, цистита, кровотечений, снижает потребность в наркотических анальгетиках и уменьшает койко дни.

**3.6 Алгоритм ведения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.** Проанализирована частота и причины развития ранних послеоперационных осложнений геморрагического и инфекционно-воспалительного характера после различного типа вмешательств по поводу ДГПЖ. Факторами риска развития воспалительных осложнений у пациентов с ДГПЖ, явились возраст, исходный объем простаты, длительность хирургического вмешательства, количество кровопотери во время операции, наличие сахарного диабета.

В отношении риска развития геморрагических осложнений и потребности в гемотрансфузии факторами риска явились возраст больного, наличие мочекаменной болезни или камней мочевого пузыря, инфекционно-воспалительные осложнения, длительность оперативного вмешательства, показатель фибриногена крови, наличие у больного сахарного диабета и сердечно-сосудистых патологий.

Проведенный анализ факторов риска развития инфекционно-воспалительных и геморрагических осложнений позволил разработать алгоритм ведения больных с ДГПЖ (рисунке 3.6.1). Алгоритм ведения больных с ДГПЖ, позволяет снизить инфекционно-воспалительные и геморрагические осложнения.

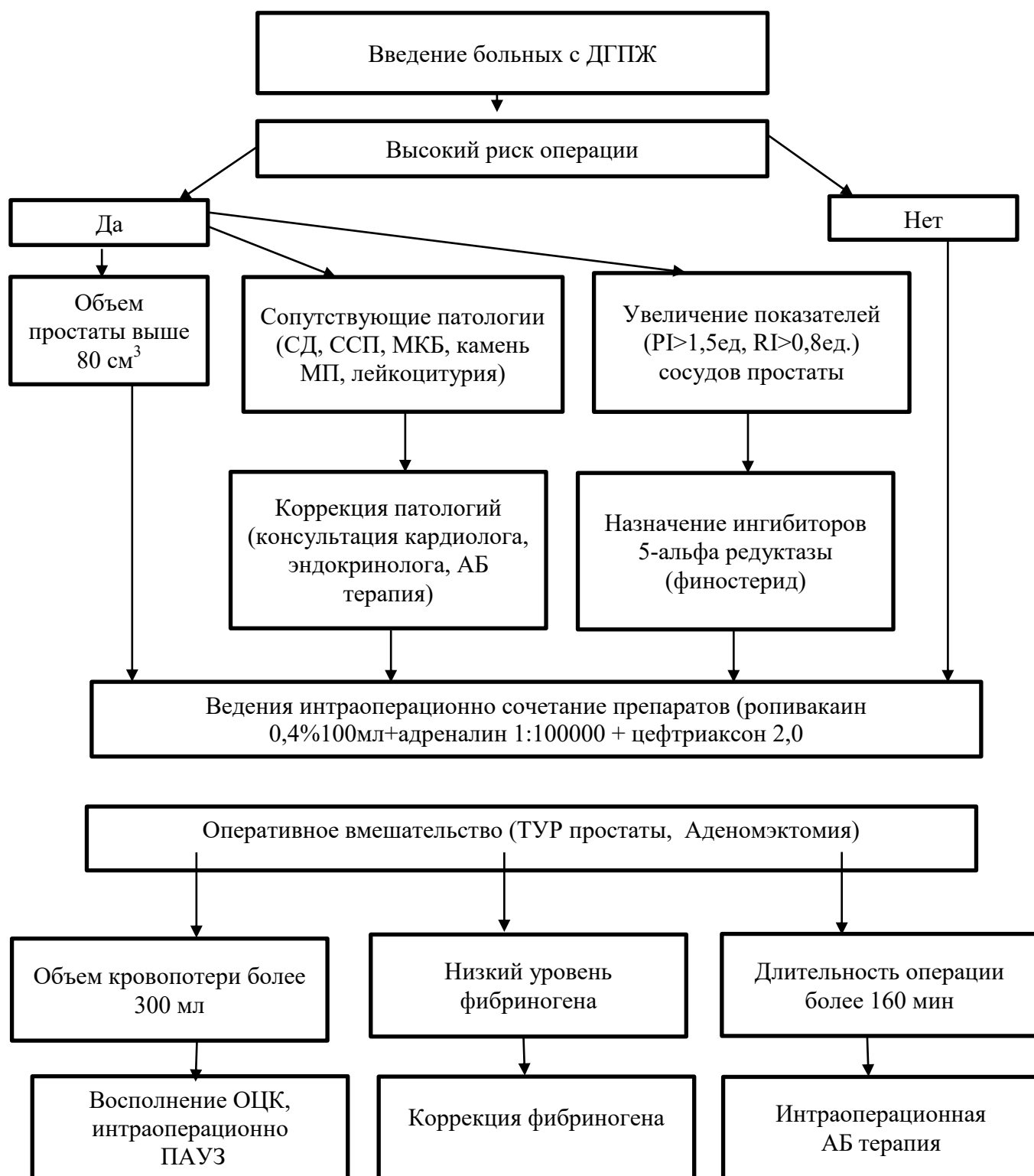


Рисунок 3.6.1. – Алгоритм ведения больных с ДГПЖ.

**Глава 4. Сравнительный анализ поздних послеоперационных осложнений при доброкачественной гиперплазии предстательной железы.** Анализ эффективности ТУР проводился в сроки от 1-3-5 и более лет, после проведенного оперативного лечения.

**4.1. Результаты оперативного лечения после трансуретральной резекции в катамнезе.** У больных повторно оценивали выраженность клинической симптоматики по Международной системе суммарной оценки симптомов заболеваний простаты (IPSS), качество жизни по опроснику QoL, а также динамику показателей ультразвукового и урофлуометрического исследований. У пациентов, перенесших операцию ТУР аденомы простаты, отмечено значительное улучшение их состояния в отдаленном послеоперационном периоде (таблица 4.1.1).

Основные показатели снижения клинической симптоматики: баллы в шкале IPSS уменьшились с  $20,0 \pm 5,6$  до  $7,2 \pm 1,5$  ( $p < 0,001$ ), у 65,8% пациентов клинические симптомы снизились до легкой степени (менее 7 баллов), у 34,2% пациентов сохранялась умеренная клиническая симптоматика (8-10 баллов), ни у одного больного не отмечено выраженных клинических симптомов по шкале IPSS. Большинство пациентов высоко оценили свое качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде. На вопрос о качестве жизни большинство из них оценили как "хорошо" и "удовлетворительно".

Таблица 4.1.1 – Средние показатели симптомов у больных I группы

№ пп	Параметр	Период				p
		дооперационный		послеопера- ционный		
		M±σ	±m	M±σ	±m	
1	IPSS, баллы	20,0±5,6	0,1	7,2±1,5	0,08	<0,001
2	QoL, баллы	3,7±0,8	0,06	1,6±0,7	0,05	<0,001
3	Объем простаты, см <sup>3</sup>	54,3±6,6	0,05	20,7±4,2	0,1	<0,001
4	Объем остаточной мочи, мл	107±28	0,3	27±7	0,1	<0,001
5	Максимальная объемная скорость мочеиспускания, мл/сек	7,3±2,1	0,1	17,8±1,8	0,09	<0,001

Примечание: M $\pm$  $\sigma$  – средняя величина и средне-квадратическое отклонение,  $\pm m$  – ошибка репрезентативности,  $p < 0,001$  – достоверность различий 99,9%.

Трансуретральная резекция значительно эффективнее при лечении ДГПЖ. Обнаружено значительное улучшение, как обструктивных, так и ирритативных симптомов, положительная динамика в опорожнении мочевого пузыря.

**4.2 Результаты оперативного лечения после чреспузырной аденомэктомии в катамнезе.** В отдаленном катамнезе у больных II группы

наблюдалось значительное клиническое улучшение в отношении снижения как обструктивной, так и ирритативной симптоматики (таблица 4.2.1). Важно отметить, что все пациенты отмечали улучшение качества жизни.

Таблица 4.2.1 – Динамика клинической симптоматики у пациентов II группы

№ пп	Параметр	Период				p
		дооперационный		послеоперационный		
		M±σ	±m	M±σ	±m	
1	IPSS, баллы	22,3±6,2	0,1	6,4±1,7	0,9	<0,001
2	QoL, баллы	4,2±1,0	0,06	1,64±0,57	0,05	<0,001
3	Объем простаты, см <sup>3</sup>	108±28	0,3	10,2±3,4	0,1	<0,001
4	Объем остаточной мочи, мл	129±45	0,4	30,9±10,2	0,2	<0,001
5	Максимальная объемная скорость мочеиспускания, мл/сек	6,8±2,2	0,1	18,2±2,3	0,1	<0,001

Примечание: M±σ – средняя величина и средне-квадратическое отклонение, ±m - ошибка репрезентативности, p – достоверность различий, p<0,001 - достоверность различий 99,9%.

Данные ультразвукового исследования после проведения открытой аденомэктомии свидетельствуют о значительном уменьшении объема простаты с 108±28 см<sup>3</sup> до 10,2±3,4 см<sup>3</sup> (p<0,001), что указывает на эффективность данного метода хирургического лечения. Помимо этого, отмечается снижение объема остаточной мочи у пациентов после ЧПАЭ с 129±45 мл до 30,9±10,2 мл (p<0,001). По результатам урофлоуметрии после ЧПАЭ отмечается значительная положительная динамика в параметрах мочеиспускания. Q<sub>max</sub> увеличилась с 6,8±2,2 мл/сек до 18,2±2,3 мл/сек (p<0,001). У 112 пациентов (90,3%) произошла полная нормализация показателей Q<sub>max</sub> (более 15 мл/сек).

Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности чреспузырной аденомэктомии в отношении снижения дизурических явлений заболевания, улучшения качества жизни больных и показателей ультразвукового и урофлоуметрического исследований.

**4.3 Динамика клинической симптоматики и показателей ультразвукового и урофлоуметрического исследований.** Проведен анализ отдаленных результатов двух методов оперативного вмешательства (от 1 года до 3-5 и более лет). Использованы 2 подхода: 1. конечный результат лечения; 2. анализ динамики (т.е. степени и выраженности изменений) до и после оперативного вмешательства в группах.

В таблице 4.3.1 представлены отдаленные результаты хирургического лечения

пациентов. У пациентов, перенесших открытую аденомэктомию, отмечается низкая выраженность клинической симптоматики, симптомов накопления и опорожнения по шкале IPSS ( $6,4 \pm 1,7$  балла против  $7,2 \pm 1,5$  балла у больных I группы,  $p < 0,001$ ). Показатели качества жизни в исследуемых группах, были не существенны ( $1,6 \pm 0,7$  балла у больных с ТУР и  $1,6 \pm 0,57$  балла у пациентов 2 группы,  $p > 0,05$ ).

Таблица 4.3.1 – Анализ клинической симптоматики у больных I и II группах в катамнезе

№ пп	Параметр	I группа ТУР (n=82)		II группа ЧПАЭ (n=124)		p
		M $\pm$ $\sigma$	$\pm m$	M $\pm$ $\sigma$	$\pm m$	
1	IPSS, баллы	$7,2 \pm 1,5$	0,08	$6,4 \pm 1,7$	0,09	$< 0,001$
2	QoL, баллы	$1,6 \pm 0,7$	0,05	$1,6 \pm 0,57$	0,05	$> 0,05$
3	Объем простаты, см <sup>3</sup>	$20,7 \pm 4,2$	0,1	$10,2 \pm 3,4$	0,1	$< 0,001$
4	Объем остаточной мочи, мл	$27,0 \pm 7,0$	0,1	$30,9 \pm 10,2$	0,2	$< 0,001$
5	Максимальная объемная скорость мочеиспускания, мл/сек	$17,8 \pm 1,8$	0,09	$18,2 \pm 2,3$	0,1	$< 0,001$

Примечание: M $\pm$  $\sigma$  – средняя величина и средне-квадратическое отклонение,  $\pm m$  – ошибка репрезентативности, p – достоверность различий,  $p > 0,05$  – достоверность различий менее 95,0%,  $p < 0,001$  – достоверность различий 99,9%.

По данным ультразвукового исследования у больных I группы резидуальный объем предстательной железы значительно больше, чем у больных II группы ( $20,7 \pm 4,2$  см<sup>3</sup> против  $10,2 \pm 3,4$  см<sup>3</sup> соответственно,  $p < 0,001$ ). Однако, несмотря на более высокий объем предстательной железы у больных I группы, объем остаточной мочи оказался выше у больных II группы ( $30,9 \pm 10,2$  мл против  $27,0 \pm 7,0$  мл у больных I группы,  $p < 0,001$ ).

Исходя из данных урофлуометрии, не выявлено больших отличий в параметрах, полученных результатов между группами. Q<sub>max</sub> в группах больных, подвергшихся трансуретральной резекции простаты и открытой аденомэктомии, составила соответственно  $17,8 \pm 1,8$  мл/сек и  $18,2 \pm 2,3$  мл/сек, и эта разница статистически значимая ( $p < 0,001$ ).

Результаты исследования подтверждают эффективность обоих оперативных методов (ТУР и ЧПАЭ). Наблюдается значительное уменьшение дизурических явлений, уменьшение объема предстательной железы и нормализация функции опорожнения мочевого пузыря. Важно отметить, что изменения в этих показателях оказались более выраженными у пациентов после ЧПАЭ.

**4.4 Анализ частоты поздних осложнений после операций по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы.** Из общего количества исследуемых больных, после перенесенного хирургического вмешательства, осложнения в катамнезе в сроках от одного года до пяти лет и более встречались у 73 пациентов, что составило 35,4% от общего числа операций. При этом, частота развития отдаленных осложнений оказалась примерно равной в исследуемых группах после проведенной ТУР простаты ( $18,9 \pm 2,7\%$ ) и ЧПАЭ ( $16,5 \pm 2,5\%$ ),

$p > 0,05$ .

В нашем исследовании ирритативная симптоматика в отдаленном послеоперационном периоде несколько чаще регистрировалась в I группе больных после проведенной ТУР простаты. Так, ирритативные симптомы выявлялись у 14 больных I группы (17,1%) и только у 5 больных II группы, (4,0%,  $p < 0,05$ ) (таблица 4.4.1). Недержание мочи в отдаленном послеоперационном периоде регистрировалось с одинаковой частотой после обоих типов оперативного вмешательства (4,9% после ТУР и 2,4% после ЧПАЭ,  $p > 0,05$ ).

Склероз шейки мочевого пузыря выявлен у 14 пациентов после ЧПАЭ (11,3%) и только у 7 пациентов (8,5%), перенесших операцию ТУР аденомы простаты. Важно подчеркнуть, что склероз шейки мочевого пузыря преобладал у пациентов, у которых в раннем послеоперационном периоде развились воспалительные, геморрагические осложнения и у пациентов с длительным стоянием уретрального катетера. Анализ показал, что не вид хирургического вмешательства, а, именно наличие мочевой инфекции и выраженное воспаление в раннем послеоперационном периоде, более чем в 9 раз увеличивало риск возникновения склероза шейки мочевого пузыря (ОШ-9,4; 95% ДИ 3,5-24,9). У 19 пациентов (90,5%) со склерозом шейки мочевого пузыря произведена ТУР, в то время как 2 пациентам (9,5%) проведена открытая операция и оба метода дали высокие результаты.

Быстрое восстановление самостоятельного мочеиспускания в раннем послеоперационном периоде рассматривается как благоприятный прогностический фактор, способствующий активизации морфофункциональной работы мочевого пузыря, предотвращению развития дегенеративных изменений. Это также снижает гидродинамическое увеличение шейки мочевого пузыря, что снижает риск возникновения рубцово-склеротических изменений шейки мочевого пузыря.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

1. У больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы проведение операции трансуретральной резекции аденомы простаты или чреспузырной аденомэктомией приводит к значительному снижению дизурических явлений и уменьшению объема остаточной мочи.

2. Частота ранних послеоперационных осложнений остается достаточно высокой (30,1%) с преобладанием инфекционно-воспалительных (12,6%) и геморрагических осложнений (11,7%). При этом, проведение чреспузырной аденомэктомии характеризуется более высокой степенью риска хирургического вмешательства.

3. Факторами риска развития кровотечений у больных с доброкачественной

гиперплазией предстательной железы являются возраст, наличие мочекаменной болезни, инфекционно-воспалительные осложнения, длительность хирургического вмешательства, длительность дренирования мочевого пузыря до операции, показатели фибриногена в крови, а также наличие сахарного диабета и сердечно-сосудистой патологии и других сопутствующих заболеваний. Также выявлена взаимосвязь риска послеоперационных осложнений с дооперационными показателями доплерографии сосудов предстательной железы и применением в дооперационном периоде блокаторов 5-альфа-редуктазы значительно уменьшающих геморрагические осложнения.

4. Факторами риска развития гнойно-воспалительных осложнений у пациентов явились возраст, исходный размер предстательной железы, длительность хирургического вмешательства и дренирование мочевого пузыря, количество кровопотери во время операции, наличие сахарного диабета, наличие остаточной мочи, осложнения и наличие сопутствующих заболеваний. Выявлено наличие активной мочевой инфекции в раннем послеоперационном периоде, который более, чем в 9 раз повышает риск развития инфекционно-воспалительных осложнений.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. Для профилактики возникновения инфекционно воспалительных и геморрагических осложнений после трансуретральной резекции и открытой аденомэктомии рекомендуется выделять группы высокого риска развития данных осложнений на основании ряда критериев (возраст, исходный объем простаты, длительность оперативного вмешательства, длительность системы орошения, наличие сахарного диабета и сердечно-сосудистой патологии, других заболеваний).

2. При хирургическом лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы пациентам рекомендуется включить в перечень обязательных диагностических процедур доплерографическое исследование сосудов простаты.

3. В дооперационном периоде пациентам с высоким риском послеоперационного кровотечения ( $PI > 1,5$ ед;  $RI > 0,8$ ед) рекомендуется прием блокаторов 5-альфа-редуктазы для профилактики геморрагических осложнений

4. Предложен способ профилактики инфекционно воспалительных и геморрагических осложнений при одномоментной чреспузырной аденомэктомии

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Эстебесов, Н. С.** Ранние осложнения после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы [Текст] / Г. С. Чернецова, Н. С. Эстебесов // Хирургия Кыргызстана. – 2012. – № 3. – С. 18-20.

2. **Эстебесов, Н. С.** Сравнительный анализ осложнений трансуретральной резекции простаты и открытой чреспузырной аденомэктомии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы [Текст] / Н. С. Эстебесов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14, № 12. – С. 133-136; То же: Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23057062>

3. **Эстебесов, Н. С.** Преимущества методики трансуретральной резекции предстательной железы в лечении больных с доброкачественной гиперплазией, основанное на сравнительном анализе [Текст] / Н. С. Эстебесов // Центрально-Азиатский медицинский журнал им. М. Миррахимова. – 2014. – Т. XX, № 2-3. – С. 154.

4. **Эстебесов, Н. С.** Сравнительная характеристика клинических, лабораторных и инструментальных показателей у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после трансуретральной резекции простаты и открытой чреспузырной аденомэктомии [Текст] / Н. С. Эстебесов // Вестник КРСУ. – 2017. – Т. 17, № 7. – С. 101-104; То же: Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29816666>

5. **Эстебесов, Н. С.** Сравнительный анализ пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, находившихся на стационарном лечении в Республиканском Научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, Ж. Т. Джапаров, Н. С. Эстебесов и др.] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – 2017. – № 3. – С. 43-45; То же: Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29855115>

6. **Эстебесов, Н. С.** Результаты хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы [Текст] / Н. С. Эстебесов, Г. С. Чернецова, Ж. Т. Джапаров // Здоровье и образование в XXI веке. – Калининград, 2018. – Т. 20, № 12. – С. 51-54; То же: Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=36545736>

7. **Эстебесов, Н. С.** Способ ведения больных с ДГПЖ в сочетании с хроническим калькулезным простатитом в послеоперационном периоде после операции ТУР. Определение критериев для своевременного удаления уретрального дренажа [Текст] / [Ж. Т. Джапаров, А. Ч. Усупбаев, Н. С. Эстебесов и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. – 2019. – Т. 21, № 3. – С. 13-16; То же: Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=38215249>

8. **Эстебесов, Н. С.** Тактика отбора больных к консервативному и хирургическому методам лечения аденомы предстательной железы [Текст] / Н. С. Эстебесов, Ч. Б. Алимов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского

**Эстебесов Нурбек Советбековичтин «Простата безинин залалсыз гиперплазиясын хирургиялык дарылоодон кийинки эрте жана кеч аныкталган коштомо дарттары» деген темадагы 14.01.23 – урология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн диссертациясынын**

### **РЕЗЮМЕСИ**

**Негизги сөздөр:** простата безинин аденомасын хирургиялык дарылоо, асқынуу, төмөнкү сийдик бөлүп чыгаруу жолдорунун симптомдору, простата безинин трансуретралдык резекциясы, трансвезалдык аденомэктомия, ультра үндүү изилдөө.

**Изилдөөнүн максаты:** простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооругандарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

**Изилдөөнүн объектиси:** Простата безинин залалсыз гиперплазиясы боюнча операция жасалган пациенттер.

**Изилдөөнүн предмети:** Простата безинин залалсыз гиперплазиясы хирургиялык дарылоодон кийинки кыйынчылыктар.

**Изилдөө методдору:** ретроспективдүү, келечектүү, клиникалык, статистикалык.

**Алынган натыйжалар жана алардын илимий жанылыгы.** Геморрагиялык татаалдашууларды болжолдоо мүмкүнчүлүгү операция учурунда да, операциядан кийинки мезгилде да простата тамырларынын доплерографиясынын маалыматтарынын негизинде, операциядан кийинки кан кетүү коркунучу жогору болгон, ошондой эле операцияга чейинки мезгилде 5-альфа-редуктаза блокаторлорун колдонуу менен аныкталган. геморрагиялык татаалдыктар. Бир убактагы трансвезалдык аденомэктомия учурунда инфекциялык, сезгенүү жана геморрагиялык татаалдашуулардын алдын алуу ыкмасы сунушталып, ишке киргизилген. Ириндүү-геморрагиялык асқынууларды алдын алуу максатында простата безинин залалсыз гиперплазиясы бар бейтаптарды башкаруу алгоритми иштелип чыккан жана ишке киргизилген.

**Колдонуу чөйрөсү:** Иштин жыйынтыгы Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык урология илимий борборунун бөлүмдөрүндө, ошондой эле дарыгерлер, ординаторлор жана аспиранттар үчүн окуу программаларына колдонулат

## РЕЗЮМЕ

диссертации Эстебесова Нурбека Советбековича на тему: «Ранние и поздние осложнения после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.23 – урология

**Ключевые слова:** хирургическое лечение аденомы простаты, осложнение, симптом нижних мочевыводящих путей, трансуретральная резекция простаты, чреспузырная аденомэктомия, ультразвуковое исследование.

**Цель исследования:** улучшение результатов оперативного лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

**Объект исследования:** больные, оперированные по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы

**Предмет исследования:** осложнения после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

**Методы исследования:** ретроспективный, проспективный, клинический, статистический.

**Полученные результаты и их научная новизна.** Выявлена возможность прогнозирования геморрагических осложнений, на основе данных доплерографического сканирования сосудов простаты, как вовремя операции, так и в послеоперационном периоде с высоким риском послеоперационных кровотечений, а также применения в дооперационном периоде блокаторов 5-альфа-редуктазы для профилактики геморрагических осложнений. Предложен и внедрен способ профилактики инфекционно - воспалительных и геморрагических осложнений при одномоментной чреспузырной аденомэктомии. Разработан и внедрен алгоритм ведения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы с целью профилактики гнойно-геморрагических осложнений.

**Область применения:** Результаты работы будут применены в отделениях Республиканского научного центра урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, а также в учебные программы для врачей, ординаторов и аспирантов.

## SUMMARY

thesis Estebesov Nurbek Sovetbekovich on the topic «Early and late complications after surgical treatment of BPH» for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.23 - urology

**Keywords:** surgical treatment of prostate adenoma, complication, a symptom of the lower urinary tract, transurethral resection of the prostate, percussive adenectomy, ultrasound examination.

**Objective of the study:** To improve the results of surgical treatment of patients with benign prostatic hyperplasia.

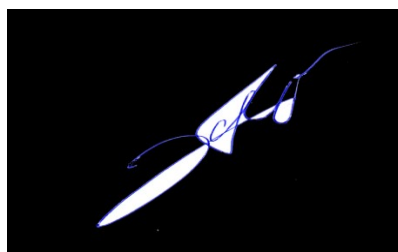
**Research object:** complications after surgical treatment of BPH.

**Object of research:** the patients operated concerning BPH.

**Research methods:** retrospective, prospective, clinical, statistical.

**The obtained results and their scientific novelty.** It is possible to predict hemorrhagic complications based on data of Doppler scanning of prostate vessels both in time of operation and in postoperative period with high risk of postoperative bleeding, as well as use of 5-alpha-reductase blockers in preoperative period for prevention of hemorrhagic complications. What is presented and introduced is a method for preventing infectious-inflammatory and haemorrhagic complications accompanying single-stage percussive adenomectomy. An algorithm for managing patients with benign prostatic hyperplasia was developed and implemented in order to prevent purulent-hemorrhagic complications.

**Field of application:** The results of the work will be applied in the departments of the Republican Scientific Center of Urology at the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, as well as in training programs for doctors, residents and graduate students



Формат бумаги 60 х 90/16. Объем 1,5 п. л.  
Бумага офсетная. Тираж 50 экз.  
Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»  
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92