

**И. К. АХУНБАЕВ атындагы
КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**Б. Н. ЕЛЬЦИН атындагы КЫРГЫЗ-РОССИЯ СЛАВЯН
УНИВЕРСИТЕТИ**

Д 14.23.678 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 616.65-006.55-089-06

ЭСТЕБЕСОВ НУРБЕК СОВЕТБЕКОВИЧ

**ПРОСТАТА БЕЗИНИН ЗАЛАЛСЫЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫН
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОН КИЙИНКИ ЭРТЕ ЖАНА КЕЧ
АНЫКТАЛГАН КОШТОМО ДАРТТАРЫ**

14.01.23 – урология

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
авторефераты

Бишкек – 2024

Иш Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин урология кафедрасында аткарылган.

Илимий жетекчиси:

Чернецова Галина Степановна

медицина илимдеринин доктору, профессор,
Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян
университетинин урология кафедрасынын башчысы

Расмий оппоненттер:

Кульчавеня Екатерина Валерьевна

медицина илимдеринин доктору, профессор,
Россия Федерациясынын Саламаттык сактоо
министрлигинин Федералдык мамлекеттик
бюджеттик жогорку билим берүү мекемесине
караштуу Приволжский илимий-изилдөө
медициналык университетинин Е. В. Шахов
атындагы урология кафедрасынын профессору

Жумагазиев Талант Саринжиевич

медицина илимдеринин кандидаты,
С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык кайра дардоо жана
квалификацияны жогорлатуу институтунун
нефрология жана гемодиализ курсу менен
урология кафедрасынын башчысы

Жетектөөчү мекеме: С. Д. Асфендияров атындагы Казак улуттук медицина университети, урология кафедрасы (050012, Казакстан Республикасы, Алматы ш., Тoleби көч., 94).

Диссертацияны коргоо 2024-жылдын 28-мартында саат 16.00дө медицина илимдеринин кандидаты (доктору) окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана тең уюштуруучу Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетине караштуу Д 14.23.678 диссертациялык кеңешинин отурумунда өткөрүлөт. 720075, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., көч. Ахунбаева, 90а, Улуттук фтизиатрия борбору, 2-кабат, конференц-зал. Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференцияга кирүү шилтемеси <https://vc.vak.kg/b/d14-puu-lvw-wbv>.

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек ш., Ахунбаев көчөсү, 92) жана Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин (720000, Бишкек ш., Киев көчөсү, 44) китепканаларынан жана <https://vak.kg/wp-admin/post.php?post=82879&action=edit> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2024-жылдын 21-февралында таратылды.

**Диссертациялык кеңештин
окумуштуу катчысы,
медицина илимдеринин кандидаты**



Оскөн уулу Айбек

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Простата безинин зыянсыз гиперплазиясы бүгүнкү күндө улгайган жана улгайган эркектерде кеңири таралган оорулардын бири болуп саналат, анын клиникалык көрүнүштөрү дизуриялык көрүнүштөр менен мүнөздөлөт [Л. М. Гориловский, 2003; А.Ч. Усупбаев ж.б., 2017; А. А. Ширяев ж.б., 2022]. Ушуга байланыштуу бул ооруну дарылоонун натыйжалуу ыкмасын тандоо актуалдуу болуп саналат [Н. Ф. Сергеев ж.б., 2010; К. С. Елубаев, 2023; К. Ма ж.б., 2023].

Акыркы ондогон жылдар бою простата безинин трансуреталдык резекциясы простата безинин залалсыз гиперплазиясы үчүн хирургиялык кийлигишүүнүн стандарты болуп калды. Бул ыкма бир катар артыкчылыктарга ээ, анын ичинде аз инвазивдүүлүктү, кайталап операцияларды жасоо мүмкүнчүлүгүн, ошондой эле улгайган пациенттерде пациент үчүн коркунучту жогорулатпастан ТУР жүргүзүү мүмкүнчүлүгүн [Н. Ф. Сергеев ж.б., 2012; С. Ю. Яровой ж.б., 2012., М. А. Николаев, 2019]. 1986-1998-жылдар аралыгында жүргүзүлгөн 29 рандомизацияланган изилдөөлөрдүн бирдиктүү анализине ылайык, TURP орточо 70,6% жана андан көп IPSS, AUA-7, Boyarski, DAN-PSS шкаласын колдонуу менен жалпы баллдын төмөндөшү менен аныкталган симптоматикалык жакшыруу. изилдөөлөрдүн жарымынан көбү бул көрсөткүчтөн ашат [Н. Н. Meyhaff et al., 1999; A. Skolarikos, 2008].

Бирок, биринчи кезекте, бейтап үчүн жагымдуу болсо да, ТУР хирургиялык дарылоонун бул ыкмасы простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен шартталган табарсык чыгуучу тоскоолду толугу менен жок кыла албайт.

Ошондуктан, простата безинин залалсыз гиперплазиясын дарылоо үчүн радикалдуу хирургиялык ыкмасы ачык трансвезикалдык аденомэктомия (АТВА) бойдон калууда. Tubaro A. et al. ылайык, ачык аденомэктомия дуушар болгон бейтаптар уродинамикалык натыйжалары тоскоолдук максималдуу мүмкүн болгон кыскартуу көрсөтөт жана бардык башка дарылоо ыкмалары үчүн стандарт катары кызмат кылат [А. А. Tubaro ж.б., 2001].

Диссертациянын темасынын ири илимий программалар (долбоорлору) билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлгөн, илимий-изилдөө иштери менен байланышы бар. Диссертациялык иштин темасы өз демилгеси менен аткарылган.

Изилдөөнүн максаты: простата безинин залалсыз гиперплазиясы бар бейтаптарды операция жолу менен дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы боюнча простата безинин трансуретралдык резекциясы жана ачык трансвезикалдык аденомэктомиясы жасалган

бейтаптардын клиникалык симптоматикасын, жашоо сапатын, ультра үндүү жана урофлуометрикалык изилдөөнүн көрсөткүчтөрүнүн динамикасын баалоо.

2. Операциядан кийинки эрте аныкталган учурду жана узак мөөнөттүү катамнезде 1 жылдан 3 жылга жана андан көп жылга чейинки мөөнөттөрдү камтуу менен простата безинин трансуретралдык резекциясынын жана ачык трансвезиалдык аденомэктомиясынын натыйжалуулугуна анализ жүргүзүү.

3. Простата безинин трансуретралдык резекциясын жана ачык трансвезиалдык аденомэктомиясын жасаткан бейтаптардын операциядан кийинки мезгилде эрте аныкталган коштомо дарттарынын жыштыгын изилдөө.

4. Операциядан кийинки эрте аныкталган жана узак мөөнөттүү катамнезде коштомо дарттарды прогноздоодо тобокелдик факторлорун жана ультра үндүү, доплерографиялык изилдөөнүн көрсөткүчтөрүн пайдалануунун мүмкүнчүлүктөрүн баалоо.

Алынган натыйжалардын илимий жаңычылдыгы:

1. Операциядан кийин кан жоготуу тобокелчилиги жогору болгон бейтаптарга (индекстер $RI > 0,8$ бирд. жана/же $PI > 1,5$ бирд.) операцияга чейинки мезгилде геморрагиялык айкалышкан дарттардын алдын-алуу үчүн 5-альфа-редуктаза блокаторлору сунушталган жана колдонулган.

2. Ачык трансвезиалдык аденомэктомиясынан кийин инфекциялык - сезгенүү жана геморрагиялык татаалдашуулардын алдын алуу ыкмасы сунушталган жана киргизилген.

3. Ириндүү-геморрагиялык оорулардын алдын алуу максатында простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды коштоп жүрүүнүн алгоритми иштелип чыкты жана ишке киргизилди.

Алынган натыйжалардын практикалык мааниси. Инфекциялык-сезгенүү жана геморрагиялык асқынуулардын өнүгүүсүнүн аныкталган тобокелдик факторлорунун негизинде бул татаалдашуулардын жогорку тобокелдик топтору аныкталып, дарылоо-профилактикалык иштер жүргүзүлдү. Ошондой эле операцияга чейинки мезгилде простата безинин тамырларынын доплерографиясын колдонууда геморрагиялык татаалдашуулардын коркунучун алдын ала билүүгө болот жана алдын алуу чарасы катары 5-альфа-редуктаза блокаторлорун колдонуу сунушталат.

Ачык трансвезиалдык аденомэктомиянын сунушталган жаңы ыкмасы ооруну алдын алат жана кан кетүү жана инфекциялык татаалдашуулардын коркунучун азайтат.

Простата безинин зыянсыз гиперплазиясы бар бейтаптарды башкаруунун алгоритми иштелип чыккан, ал операциядан кийинки мезгилде инфекциялык, сезгенүү жана геморрагиялык татаалдашуу менен ооругандардын санын кыскартууга мүмкүндүк берет.

Простата безинин залалсыз гиперплазиясында операциядан кийинки

геморрагиялык татаалдашуулардын алдын алуу методу (2023-жылдын 3-ноябрындагы № 938 рационализатордук сунуш) жана бир эле мезгилде трансвезалдык аденомэктизациялоо учурунда инфекциялык-сезгенүү геморрагиялык татаалдашуулардын алдын алуу ыкмасы киргизилген (2023-жылдын 17-ноябры № 940).

Иштин негизги жоболору Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпиталдын Республикалык урология илимий борборунун түзүмдүк бөлүмдөрүнө киргизилген (2022-жылдын 18-декабрындагы ишке киргизүү актысы).

Алынган натыйжалардын экономикалык мааниси. Изилдөөлөрдүн натыйжаларынын экономикалык маанисине өз убагында диагноз коюу, простата безинин залалсыз гиперплазиясы бар бейтаптарды дарылоо тактикасын аныктоо жана бул категориядагы пациенттердин жашоо сапатын жакшыртуу аркылуу медициналык жана социалдык эффективдүүлүктү алуу мүмкүнчүлүгү кирет.

Диссертациянын коргоого коюлуучу негизги жоболору:

1. Геморрагиялык коштомо дарттарынын өрчүү тобокелдиги менен операцияга чейинки мезгилдеги простата безинин тамырларынын доплегорафиясынын көрсөткүчтөрүнүн ортосундагы байланыш аныкталган. Ошентип, пульсациялык индекстин (PI) 1,5 бирд. өсүшү кан жоготуу тобокелдигинин 4,3 эсеге жогорулашы менен, ал эми резистивдүүлүк индексинин (RI) 0,8 бирд. өсүшү – 5,6 эсеге жогорулашы менен байланышкан.

2. Операциядан кийинки кан агуу коркунучу жогору болгон оорулууларда (PI > 1,5 бирд; RI>0,8 бирд) операцияга чейинки мезгилде 5-Альфа-редуктаза блокаторлорун кабыл алуу сунушталат, геморрагиялык татаалдыктарды кыйла азайтат.

3. Трансвезалдык аденомэктомиясынан операция учурунда төмөнкү препараттардын айкалышы (ропивакаин 0,4% - 100мл + эпинефрин 1: 100000 + цефтриаксон 2,0) ириндүү-сезгенүү жана геморрагиялык кабылдоолорду азайтат.

4. Залалсыз простата безинин аденомасы менен ооруган бейтаптарды коштоп жүрүү алгоритмин колдонуу, ириндүү-геморрагиялык кабылдоо коркунучун кыйла азайтат.

Издөнүүчүнүн жеке салымы. Ачык аденомэктомия жүргүзүүгө биринчи ассистент болуп катышкан, өз алдынча 25 операция жасаган. Бейтаптарды операцияга даярдоого катышкан жана аларды операциядан кийинки мезгилде көзөмөлгө алып караган. Бейтаптарга клиникалык, клиникалык-рентгенурологиялык жана ультра үндүү изилдөө, тесирлөө жүргүзгөн. Операциядан кийинки эрте аныкталган жана узак мөөнөттүү катамнездеги

изилдөөлөрдүн натыйжаларына статистикалык талдоо жүргүзгөн, анализдеген жана интерпретациялаган.

Изилдөөнүн натыйжаларын апробациялоо. Диссертациялык иштин негизги натыйжалары: ардактуу профессор В. Н. Евсюковдун жаркын элесине арналган “Урологиялык ооруларды дарылоонун жана алдын алуунун заманбап ыкмалары” аттуу эл аралык урологиялык илимий-практикалык конференциясында, Бишкек, 2022-жылдын 25-26-марты (Бишкек, 2022); Кыргыз Республикасынын Баатыры, Кыргыз Республикасынын Улуттук илимдер академиясынын академиги М. М. Мамакеевдин 95 жылдыгына арналган “Урологиянын актуалдуу маселелери” атуу эл аралык илимий-практикалык конференциясында, Бишкек, 2022-жылдын 29-30-сентябры (Бишкек, 2022) баяндалып талкууланды.

Диссертациянын натыйжаларын апробациялоо. Диссертациянын темасы боюнча 8 макала жарыяланган, анын ичинен 3 макала Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Улуттук аттестациялык комиссия тарабынан сунушталган рецензияланган индекстелүүчү илимий мезгилдүү басылмалардын тизмесине кирген журналдарда жана 2 макала - РИНЦ системалары аркылуу индекстелүүчү илимий мезгилдүү, импакт-фактору 0,1ден кем эмес болгон басылмаларда жарыяланган.

Диссертациянын көлөмү жана түзүлүшү. Диссертация 145 бетте компьютердик текстте терилген, киришүүдөн, адабий серептен, методологиядан жана изилдөө ыкмаларынан, жеке изилдөөнүн 2 баптарынан, корутундудан, практикалык сунуштардан жана тиркемеден турат. Диссертация 29 таблица жана 27 цифра менен иллюстрацияланган. Библиографиялык көрсөткүч 144 булакты камтыйт, анын ичинде 53 чет элдик булактар бар.

ИШТИН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Киришүүдө изилдөөнүн актуалдуулугу жана иштин зарылдыгынын негиздери жана коргоого берилген диссертациянын негизги жоболору көрсөтүлөт.

1-бап. Простата безинин залалсыз гиперплазиясына карата азыркы көз караштар (адабий сереп). Негизги көйгөйлөр, простата безинин залалсыз гиперплазиясы бар бейтаптарды рационалдуу пландаштыруу жана башкаруу, ошондой эле операциядан кийинки мүмкүн болуучу кыйынчылыктарды алдын алуу жана алдын алуу чагылдырылган.

50 жаштан ашкан эркектердин 11,3% дан ашыгы жана 80 жаштан ашкан эркектердин 81,4% дан ашыгы простата безинин залалсыз гиперплазиясы диагнозу менен ооругандардын 5-10% хирургиялык дарылоону талап кылат.

Бүгүнкү күнгө чейин, оорунун клиникалык көрүнүштөрүн азайтуу жана бейтаптын жашоо сапатын жакшыртууга багытталган простата безинин

залалсыз гиперплазиясы дарылоо үчүн көптөгөн эмес оперативдүү ыкмалары сунушталган.

2-бап. Изилдөөнүн материалдары жана методологиясы.

2.1 Оорулуулардын жалпы мүнөздөмөлөрү. Изилдөө 2007-жылдан 2015-жылга чейин Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпиталдын Улуттук урология борборунда простата безинин залалсыз гиперплазиясы боюнча хирургиялык дарылоодон өткөн 206 бейтаптын клиникалык байкоолорун ретроспективдүү анализдөөнүн маалыматтарына негизделген.

Изилдөөнүн объектиси: простата безинин залалсыз гиперплазиясын хирургиялык дарылоодон кийинки кыйынчылыктар.

Изилдөөнүн предмети: простата безинин залалсыз гиперплазиясы үчүн операция жасалган бейтаптар.

Изилденген бейтаптардын жаш курагы 52-88 жаш (орточо $69,5 \pm 7,8$ жаш). Простата безинин залалсыз гиперплазиясы хирургиялык дарылоо ыкмасына жараша бейтаптардын 2 тобу болгон. I топко простата безинин трансуретралдык резекциясы (ТУР) жасалган 82 ($39,8 \pm 3,4\%$) пациенттер, II топко бир эле убакта трансвезиалдык аденомэктомия (АТВА) жасалган 124 ($60,2 \pm 3,4\%$) пациенттер киргизилген, $p < 0,001$. Хирургиялык кийлигишүү ыкмасын тандоодо негизги критерий бейтаптын абалы жана простата безинин көлөмү болгон: эгерде анын көлөмү 60 см³ден аз болсо, ТУР жасалат, 60 см³ден ашса, анда АТВАга артыкчылык берилген. Изилдөөгө простата безинин трансуретралдык резекциясы жана трансвезиалдык аденомэктомия жасалган бейтаптар камтылган.

Бейтаптардын тандалган топтору жаш курагы боюнча салыштырылат (2.1.1-таблица). Берилген маалыматтардан көрүнүп тургандай, ТУРдан өткөн бейтаптардын орточо жашы $69,3 \pm 8,0$ жашты түзсө, 78,1% 60-80 жашта операция жасалган. Окшош маалыматтар АТВАга кабылган бейтаптардын тобунда алынган, алардын орточо жашы $69,5 \pm 7,7$ жыл, $p > 0,05$, 82,2% 60-80 жашта операция жасалган.

50-59 жаштагылар менен 80 жаштан жогорку курактагылар хирургиялык дарылоонун эки тобунун ортосунда олуттуу жаш айырмачылыктар болгон эмес.

2.1.1-таблица – Жашы боюнча простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооругандардын жыштыгы

№ пп	Жашы	Жалпы (n=206)		ТУР (n=82)		Ачык трансвезиалдык аденомэктомия (n=124)	
		абс. саны	P±m	абс. саны	P±m	абс. саны	P±m
1	50-59 жаш	22	$10,7 \pm 2,1$	8	$3,9 \pm 1,3$	14	$6,8 \pm 1,7^*$
2	60-69 жаш	84	$40,8 \pm 3,4$	34	$16,5 \pm 2,5$	50	$24,3 \pm 2,9^{**}$
3	70-79 жаш	82	$39,8 \pm 3,4$	30	$14,6 \pm 2,4$	52	$25,2 \pm 3,0^{***}$
4	80 жаш жана андан жогору	18	$8,7 \pm 1,9$	10	$4,8 \pm 1,4$	8	$3,9 \pm 1,3^*$

Эскертүү: P±m – 100 бейтапка интенсивдүү көрсөткүч жана репрезентативдик ката, * - $p > 0,05$, ** - $p < 0,05$, *** - $p < 0,01$.

АТВА колдонуу менен простата безинин залалсыз гиперплазиясы хирургиялык дарылоо 60-69 жана 70-79 жаштагы топтордо кыйла кеңири таралган.

Простата безинин аденомасынын трансуретралдык резекциясын жасаткан I группадагы пациенттерде операцияга чейинки мезгилде сийдик бөлүп чыгаруу органдарынын дисфункциялары көбүрөөк байкалган жана бөйрөктүн өнөкөт жетишсиздигин кошпогондо, трансвезиалдык аденомэктомия жасалган пациенттерге салыштырмалуу соматикалык патологиянын пайда болушу да жогору болгон.

Байкоолорго алынган 206 пациенттин 176сында ($85,4 \pm 2,4\%$) хирургиялык кийлигишүү өзгөчө кырдаалдарда курч заара кармап калуудан улам жасалган топтордун ортосунда олуттуу айырмачылыктар менен: ТУР - 66 ($32,0 \pm 3,2\%$) пациенттер жана АТВА - 110 ($53,4 \pm 3,4\%$) бейтаптар, $p < 0,001$ (2.1.4-таблица). Эки топтогу бейтаптарды пландаштырылган ооруканага жаткыруу жыштыгында айырмачылыктар олуттуу эмес ($7,8 \pm 1,8\%$ жана $6,8 \pm 1,7\%$), $p > 0,05$.

2.1.4-таблица – Хирургиялык кийлигишүү ыкмасына жараша простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды ооруканага жаткыруу жыштыгы

№ пп	Госпитализациялоонун түрү	Жалпы (n=206)		ТУР (n=82)		Ачык трансвезиалдык аденомэктомия (n=124)	
		абс. саны	$P \pm m$	абс. саны	$P \pm m$	абс. саны	$P \pm m$
1	Ыкчам	176	$85,4 \pm 2,4$	66	$32,0 \pm 3,2$	110	$53,4 \pm 3,4^{**}$
2	Пландык	30	$14,6 \pm 2,4$	16	$7,8 \pm 1,8$	14	$6,8 \pm 1,7^*$

Эскертүү: $P \pm m$ – 100 пациентке ооруканага жаткыруу жыштыгы жана репрезентативдик ката, * - $p > 0,05$, ** - $p < 0,001$.

2.2. Жалпы урологиялык экспертиза жана простата безинин ооруларынын белгилерин баалоо, алардын жашоо сапатына тийгизген таасири. Простата гиперплазиясынын оордугун жана операциялардын натыйжалуулугун баалоо үчүн IPSS (International Prostate Symptom Score) шкаласы колдонулган. 7 суроого жооп берүүдөгү упайлардын суммасы ДСУнун сунуштары боюнча (1995) бейтаптарды оорунун клиникалык симптомдорунун оордугуна жараша классификациялоого мүмкүндүк берет: жеңил (0-7 балл), орточо (8-19 балл) жана оор белгилери (20-35 балл). Оорулуу менен маектешүү учурунда 6 баллдык шкала боюнча жашоонун сапаты (QoL) жөнүндө суроого жооп берүү милдеттүү болгон.

Баллына жараша оорулуулар оорунун оордугуна жараша бөлүнөт: жеңил (0-7 балл); орточо (8-19 балл) жана оор белгилери (20-35 балл) (2.2.2-таблица).

2.2.2-таблица – Эки топтогу IPPS мүнөздөмөсү (ТУР жана Ачык трансвезиалдык аденомэктомия)

№ пп	ТОп	Орточо даража (8-19 балл)		Симптомдордун чагылдырылышы (20-35 балл)		Орточо балл IPPS
		абс. саны	салыштырма салмак, %	абс. саны	салыштырма салмак, %	
1	I топ (ТУР)	34	41,5	48	58,5	20,5 ± 5,6
2	II топ (ЧАПЭ)	38	30,6	86	69,4	22,3 ± 6,2

I топто (ТУР) эң чоң үлүшү оор симптомдору бар бейтаптар (58,5%), орточо симптомдор 41,5%ды түздү, II топто (АТВА) ушундай эле көрүнүш пайда болду (тиешелүүлүгүнө жараша 69,4% жана 30,6%).

2.3. Экспертиза методдорунун мүнөздөмөлөрү. Клиникалык, лабораториялык жана аспаптык изилдөө методдору кеңири баяндалат.

2.4 Жогорку жана төмөнкү заара чыгаруучу органдардын ультра добуш изилдөөсү. Бейтаптар жогорку жана төмөнкү заара чыгаруу жолдорунун ультра добуш изилдөөсү текшерүүсүнөн өттү.

2.5 Рентген изилдөө ыкмалары. Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Республикалык илимий Урология борборунун урологиялык бөлүмдөрүндө бейтаптарды рентген-урологиялык изилдөөнүн методдору өткөрүштү: изилдөө жана экскретордук урография (орто- жана клиностазда); цистография.

2.6 Урофлюометриялык изилдөө. Төмөнкү заара чыгаруу жолдорунун простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен байланыштуу тоскоолдугун диагностикалоо үчүн урофлюометрия колдонулду, ал заара чыгаруу учурунда зааранын көлөмдүү агымынын өзгөрүшүн түздөн-түз эсепке алуунун негизинде заара чыгаруунун бузулушунун бар экендигин объективдүү аныктоого мүмкүндүк берет.

2.7 Простата безинин залалсыз гиперплазиясы бар бейтаптарды хирургиялык дарылоонун ыкмалары. Бир эле убакта трансвезиалдык аденомэктомия жана трансуретралдык резекциялоо ыкмасы сүрөттөлгөн. Трансвезиалдык аденомэктомия (2 тараптуу вазорезекция менен бир убактагы АТВА) 124 бейтапка жасалган жана 110 (88,7%) бейтапта шашылыш болгон, 14 (11,3%) бейтапта пландаштырылган. Простата безинин аденомасынын трансуретралдык резекциясы 82 бейтапка, пландуу түрдө 16 (19,5%) бейтапка, анын ичинде 2 (2,4%) цистостомиялык дренажи бар бейтаптарга, 66 (80,5%) учурда заараны курч кармагандыктан шашылыш көрсөтмөлөр боюнча жүргүзүлгөн.

Геморрагиялык асқынуу коркунучу жогору болгон бейтаптарга операциянын алдында кан агуунун алдын алуу үчүн 5-альфа-редуктаза

блокаторлорун кабыл алуу сунушталат (Кыргызпатенттин № 938 рационализатордук сунушу). Инфекциялык, сезгенүү жана геморрагиялык татаалдашуулардын алдын алуу үчүн бир убакта трансвезиалдык аденомэктомия (рационализатордук сунуш № 940, Кыргызпатент), интраоперацияда дары-дармектерди айкалыштыруу (ропивакаин 0,4%-100 мл+адреналин 1:100000 + цефтриаксон 2,0) жүргүзүлөт.

Колдонулган изилдөө ыкмалары: ретроспективдүү, келечектүү, клиникалык, статистикалык.

Материалдарды иштетүүдө салыштырмалуу (интенсивдүү жана экстенсивдүү көрсөткүчтөр) жана орточо маанилер эсептелген. Топтор ортосундагы айырмалардын ишенимдүүлүгү Студенттин тести, репрезентативдик катасы жана катасыз болжолдоонун ишенимдүүлүк критерийи менен аныкталды. Татаалдуулуктун өнүгүүсүнүн коэффициенти эсептелген. Көптөгөн регрессия коэффициенти жана көп регрессия критерийинин ишенимдүүлүгү эсептелген.

3-4-баптарда өзүбүздүн изилдөөбүздүн натыйжалары жана алардын талкуусу берилген.

3-бап. I жана II топтордо простата безинин залалсыз гиперплазиясынын операцияга чейинки жана операциядан кийинки эрте аныкталган айкалышкан дарттардын салыштырма анализи.

3.1 Операцияга чейинки этапта простата безинин аденомасы бар бейтаптардын клиникалык симптоматикасы. Трансуретралдык резекциянын жана трансвезиалдык аденомэктомиянын эффективдүүлүгүнө талдоо операцияга чейинки мезгилде жана хирургиялык кийлигишүүдөн кийинки 6-12 айдын ичинде жүргүзүлгөн. Изилдөө үчүн тандалып алынган бейтаптардын топтору жаш курагы, клиникалык жана биохимиялык көрсөткүчтөрү боюнча салыштырылат. Оорулуулардын I тобунда сыналучулардын орточо жашы $69,3 \pm 8,0$ жашты, II топто $69,5 \pm 7,7$ жашты түздү, $p > 0,05$.

АТВА алган бейтаптар ТУРдан өткөн бейтаптарга салыштырмалуу симптомдору оорлошкон жана оорунун курсу бир кыйла оор болгон (3.1.2-таблица). Эл аралык система (IPSS) боюнча простата безинин ооруларынын симптомдорунун орточо жалпы баллы АТВА менен ооруган бейтаптарда $22,3 \pm 6,2$ баллды түздү, бул ТУР менен ооруган бейтаптардагы ошол эле көрсөткүчкө ($20,0 \pm 5,6$ балл) салыштырмалуу статистикалык жактан кыйла жогору болду $p < 0,001$.

Катуу клиникалык симптомдор (19 баллдан ашык) АТВА (ТУР тобунда 69,4% каршы 54,9%) менен ооруган бейтаптарда көп кездешкен. АТВА менен ооругандардын көпчүлүгү (87,0%) жашоо сапатын "канааттандырарлык эмес" же "начар" деп баалашты; QoL шкаласы боюнча орточо балл $4,1 \pm 1,0$ баллды түздү. ТУР менен ооруган бейтаптарда респонденттердин 81,5% жашоо

сапатын "канааттандыруу эмес" жана "начар" деп көрсөтүштү, ал эми QoL шкаласы боюнча орточо балл $3,6 \pm 0,8$ баллды түздү ($p < 0,001$).

3.1.2-таблица – I жана II группадагы бейтаптардын урологиялык клиникалык симптомдору ($n=206$)

№ пп	Параметр	I топ ТУР ($n=82$)		II топ Ачык трансвезиалдык аденомэктомия ($n=124$)		p
		$M \pm \sigma$	$\pm m$	$M \pm \sigma$	$\pm m$	
1	IPSS, балл	$20,0 \pm 5,6$	0,4	$22,3 \pm 6,2$	0,1	$< 0,001$
2	QoL, балл	$3,6 \pm 0,8$	0,06	$4,1 \pm 1,0$	0,06	$< 0,001$
3	Простата безинин көлөмү, см^3	$54,3 \pm 6,6$	0,1	$108,0 \pm 2,8$	0,3	$< 0,001$
4	Калдык зааранын көлөмү, мл	107 ± 28	0,1	129 ± 45	0,4	$< 0,001$
5	Заара чыгаруунун максималдуу көлөмдүк ылдамдыгы, см^3	$7,3 \pm 2,1$	0,1	$6,8 \pm 2,2$	0,1	$> 0,05$

Эскертүү: $M \pm \sigma$ – баллдын орточо мааниси жана стандарттык четтөө, $\pm m$ – репрезентативдик ката, p – айырмалардын ишенимдүүлүгү, $p > 0,05$ – айырмалардын ишенимдүүлүгү 95,0% аз, $p < 0,001$ – айырмалардын ишенимдүүлүгү 99,9 %.

Эки топтогу простата безинин баштапкы көлөмү бир кыйла айырмаланган (ТУР менен ооругандарда $54,3 \pm 6,6 \text{ см}^3$ жана АТВА менен ооругандарда $108,0 \pm 2,8 \text{ см}^3$, $p < 0,001$), бул простата безинин көлөмү негизги орунда экендиги менен түшүндүрүлөт. хирургиялык кийлигишүүнүн түрүн тандоо критерийи. Операцияга чейинки этапта ТУРдан кийин бейтаптарда зааранын калдыктарынын көлөмү 55тен 210 млге чейин жана орточо 107 ± 28 млди түздү. Аденомэктомиядан кийин бейтаптарда бул көрсөткүч кыйла жогору болгон, 75тен 300 млге чейин өзгөрүп, орточо 129 ± 45 мл ($p < 0,001$).

3.2 Геморрагиялык жана инфекциялык-сезгенүүчү коштомо дарттардын өрчүшү менен ассоциацияланган тобокелдик факторлору. Простата безинин аденомасы боюнча ар кандай түрдөгү интервенциялардан кийин геморрагиялык жана инфекциялык-сезгенүү мүнөзүндөгү операциядан кийинки эрте асқынуулардын пайда болушунун жыштыгы жана себептери талданат. Мындан тышкары, кант диабетинин таасири жана жүрөк-кан тамыр патологиясы бар экендиги өзүнчө бааланган.

Простата безинин аденомасынын АТВА жана ТУР жасалган пациенттерде сезгенүү асқынууларынын пайда болушунун көз карандысыз факторлору болуп (3.2.1-таблица) хирургиялык кийлигишүүнүн узактыгы ($\beta=0,24$; $p < 0,005$), кан жоготуунун көлөмү ($\beta=0,59$) саналат; $p < 0,0001$),

пациенттин жашы ($\beta=0,12$; $p<0,05$), простата безинин баштапкы өлчөмү ($\beta=0,13$; $p<0,05$), операциядан кийинки мезгилде табарсыкты сугаруу системасынын узактыгы ($\beta=0,18$; $p<0,05$), операциядан кийинки мезгилдеги клиникалык көрүнүштөрдүн оордугу ($\beta=0,19$; $p<0,005$).

3.2.1-таблица – Простата безинин аденомасына операциядан кийин инфекциялык жана сезгенүү татаалдашууларынын өнүгүшүнө байланыштуу факторлор

№ пп	Көрсөткүч	β	p
1	Курак, жаш	0,12	<0,05
2	Кан жоготуунун көлөмү, мл	0,59	<0,0001
3	Операциянын узактыгы, мин	0,24	<0,005
4	Простата безинин көлөмү, мл	0,13	<0,05
5	IPSS	0,19	<0,005
6	Табарсыкты сугаруу узактыгы, сутка	0,18	<0,05
7	Креатинин	0,08	=0,15
8	ПСА	-0,06	=0,27
9	Операциядан кийин заара чыгаруунун максималдуу көлөмдүк ылдамдыгы	0,10	=0,13
10	Операциядан кийин лейкоциттер	0,17	=0,08
11	Операцияга чейин лейкоцитрурия	-0,12	0,20

Эскертүү: β – көп регрессия коэффициенти; p – айырмачылыктардын ишенимдүүлүгү; $p>0,05$ – көп регрессия критерийинин ишенимдүүлүгү.

Операциядан кийинки мезгилде кант диабетинин болушу инфекциялык жана сезгенүү ооруларын олуттуу түрдө көбөйттү. Кант диабети инфекциялык жана сезгенүү татаалдануу коркунучун 9,3 эсеге жогорулатат (ЫК - 9,3; 95%, ИА 3,2-27,0). Жүрөк-кан тамыр патологиясы инфекциялык жана сезгенүү ооруларынан 2,1 эсе жогору, бирок бул өсүш статистикалык мааниге ээ болгон эмес (ЫК - 2,12; 95%, ИА 0,92-4,99).

Кант диабети менен ооруган бейтаптарда геморрагиялык татаалдашуу коркунучу 4 эседен ашык жогорулаган, бул статистикалык мааниге ээ болгон (ЫК – 4,21; 95%, ИА 1,37-12,88) (3.2.5-таблица).

3.2.5-таблица – Кант диабетинин геморрагиялык асқынуулардын пайда болуу коркунучуна тийгизген таасири

№ пп	Вариант	Геморрагиялык кабылдоо I топ	Геморрагиялык кабылдоо II топ	ЫК; 95% ИА
1	Он	5	11	4,21 (1,37-12,88)
2	Терс	19	171	
3	ЖПлпы	24	182	

Эскертүү: ЫК– ыктымалдык катышы, ИА – ишеним аралыгы.

3.3 Простата безинин ультра үндүү изилдөө көрсөткүчтөрүнүн геморрагиялык жана инфекциялык-сезгенүүчү коштомо дарттардын өрчүүсү менен байланышы. Жакында эле простата безинин морфологиялык өзгөрүүлөрүнүн ортосундагы байланышты изилдөөгө арналган маалыматтар пайда болду. Ошондуктан операциядан кийинки мезгилдеги сезгенүү жана геморрагиялык татаалдашуулардын өнүгүшүн алдын ала ультра добуш изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча алдын ала айтуу мүмкүнчүлүгү изилденген.

Кан агымынын максималдуу систоликалык ылдамдыгы (3.3.1-таблица) I жана II топтордо тиешелүүлүгүнө жараша 29 ± 6 см/с жана 31 ± 5 см/с ($p < 0,001$), каршылыктын индекси (RI) – $0,74 \pm 0,15$ бирдик жана $0,72 \pm 0,17$ бирдик, тиешелүүлүгүнө жараша ($p < 0,001$) жана пульсациялык индекси (PI) – $1,38 \pm 0,24$ бирдик жана $1,36 \pm 0,26$ бирдик ($p < 0,001$).

3.3.1-таблица – Операцияга чейинки жана операциядан кийинки мезгилдеги доплерографиянын жыйынтыгы

№ пп	Көрсөткүчтөр	Инфекциялык- сезгенүүчү коштомо дарттар (n=26) I топ		Инфекциялык- сезгенүүчү коштомо дарттар (n=180) II топ		p
		$M \pm \sigma$	$\pm m$	$M \pm \sigma$	$\pm m$	
1	Vmax, см/с	29 ± 6	0,1	31 ± 5	0,1	$< 0,001$
2	PI, ед	$1,38 \pm 0,24$	0,03	$1,36 \pm 0,26$	0,04	$< 0,001$
3	RI, ед	$0,74 \pm 0,15$	0,02	$0,72 \pm 0,17$	0,02	$< 0,001$

Эскертүү: $M \pm \sigma$ – орточо маани жана стандарттык четтөө, $\pm m$ – репрезентативдик ката, PI – пульсация индекси, RI – каршылык көрсөткүчү, p – айырмалардын ишенимдүүлүгү, $p < 0,001$ – айырмалардын ишенимдүүлүгү 99,9%.

Операцияга чейинки изилдөө простата безинин тамыр параметрлери ПБЗГ менен дарыланган бейтаптарда инфекциялык жана сезгенүү татаалдашууларынын өнүгүшүнө карата эч кандай мааниге ээ эмес экенин көрсөттү.

Операцияга чейинки мезгилде кан кетүү коркунучу менен простата тамырларынын көрсөткүчтөрүнүн ортосундагы байланыш аныкталган. Тактап айтканда, пульсация индексинин 1,5 бирдиктен ашык жогорулашы геморрагиялык асқынуу коркунучунун 4,3 эсеге, каршылыктын көрсөткүчүнүн 0,8 бирдиктен жогору 5,6 эсеге жогорулашы менен байланыштуу. Простата безинин тамырларынын доплерографиялык көрсөткүчтөрү менен ириндүү-сезгенүү татаалдашуу коркунучунун ортосундагы байланышты аныктоо мүмкүн эмес.

3.4 Простата безинин трансуретралдык резекциясынан жана трансвесиалдык аденомэктомиядан кийинки операциядан кийинки эрте татаалдашууларды баалоо. Операциядан кийинки эрте татаалдашуулардын түзүмүн жана жыштыгын талдоо алардын жогорку таралышын, сезгенүү татаалдашууларынын жана кан агуунун бир кыйла айкын таралышын көрсөтөт. Оорулуулардын изилденген топторунун ичинен 24 (11,7%) пациентте геморрагиялык татаалдашуулар, 26 (12,6%) пациентте инфекциялык-сезгенүү оорулары байкалган. Простата безинин аденомасын хирургиялык дарылоонун башка кыйынчылыктары 12 (5,8%) бейтапты түздү.

АТВАдан кийин геморрагиялык татаалдашуу 20 (16,1%) пациентте болгон, бул ТУРдан өткөн бейтаптардын тобуна салыштырмалуу кыйла жогору болгон.

Хирургиялык кийлигишүүдөн кийин (ТУР жана АТВА) кандагы гемоглобиндин деңгээлинин олуттуу төмөндөшү байкалган. Ошентип, ТУРдан кийин гемоглобиндин деңгээли 134 ± 19 г/лден 120 ± 22 г/лге чейин ($p < 0,001$), ал эми АТВАдан кийин - 128 ± 16 г/лден 115 ± 18 г/лге чейин ($p < 0,001$) төмөндөгөн. Простата безинин аденомасынын ТУРдан кийин бейтаптарда кандагы гемоглобиндин деңгээли орто эсеп менен 10,4%га төмөндөгөн, бул АТВА (10,2%) менен ооругандардын тобуна караганда бир аз жогору. Операциядан бир күн өткөндөн кийин кан анализи алынды.

Белгилей кетсек, ТУР менен геморрагиялык жана инфекциялык-сезгенүү мүнөзүндөгү операциядан кийинки татаалдашуу бир кыйла азыраак. Бул жалпысынан ТУРдан кийинки операциядан кийинки мезгилдин бир кыйла жагымдуу өтүшүн камсыздайт, өз алдынча заара чыгарууну эрте активдештирүү жана эрте калыбына келтирүүгө мүмкүндүк берет, бул бейтаптардын ооруканада болуу мөөнөтүн кыйла кыскартат.

3.5 Инфекциялык, сезгенүү жана геморрагиялык асқынуулардын пайда болушу менен дарылардын комбинациясын операция учурунда киргизүүнүн ортосундагы байланыш. Дарылардын комбинациясын (ропивакаин 0,4%-100 мл + адреналин 1:100000 + цефтриаксон 2,0) операция учурунда колдонуунун эффективдүүлүгүн изилдөө үчүн 1-топтогу 30 бейтап киргизилген. Дарылардын коктейли (жогоруда айтылган дарылардын аралашмасы) уретралдык катетерди орноткондон кийин, аденоматоздук бездерди энуклеядан мурун табарсыктын мойнуна сайылган, аденоматоздук бездерди алып салгандан кийин жана алынуучу тигиш койгондон кийин ошол эле препарат кайра сайылган. простата төшөгүнө. Андан кийин "коктейль" жараатты табарсыкка, жумшак ткандарга, эпицистостомиялык түтүктү бойлото тигип жатканда да катмарланып киргизилген.

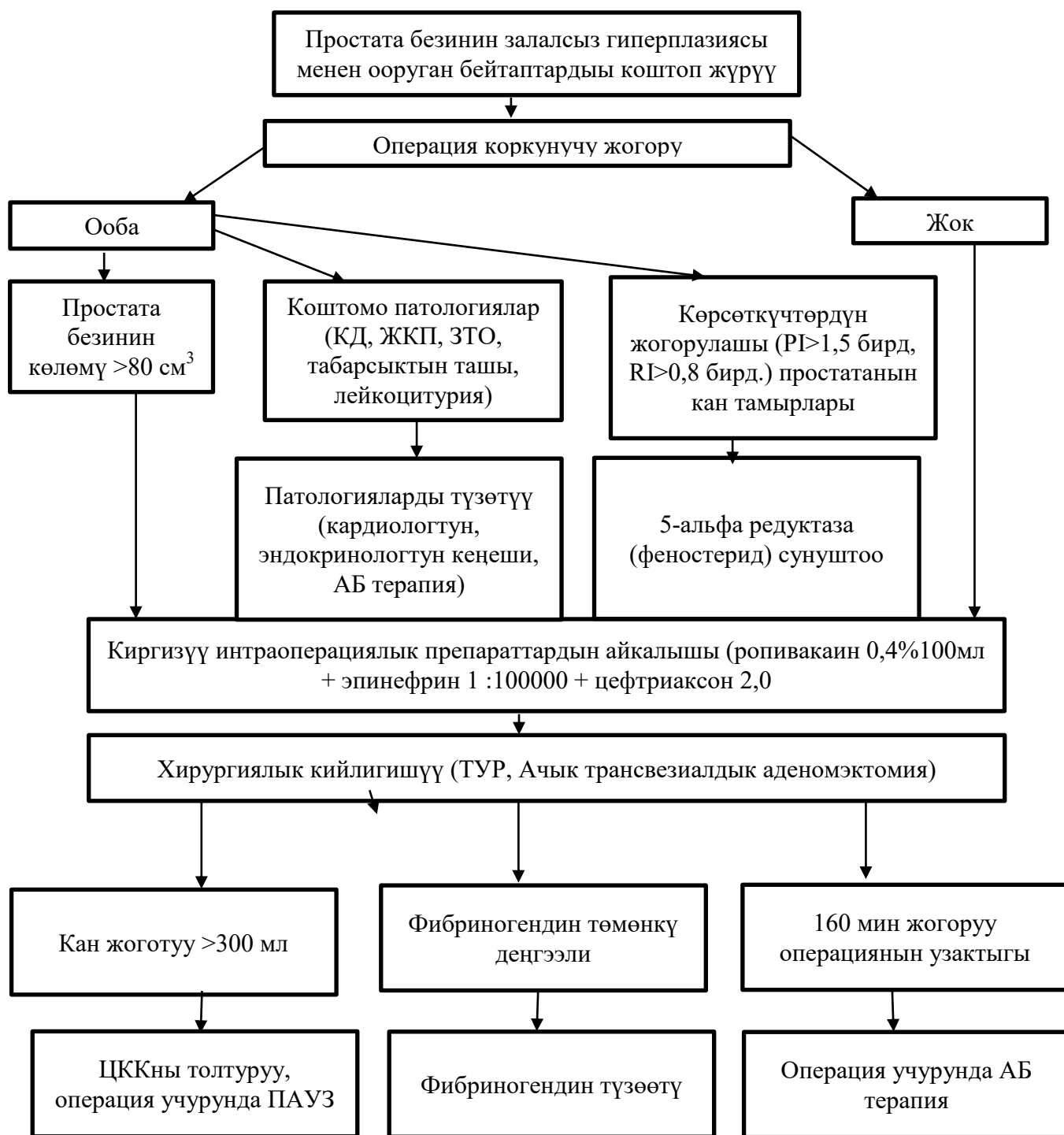
1 (3,3%) бейтапта ириндүү-сезгенүү оорулары, 2 (6,6%) бейтапта геморрагиялык татаалдыктар байкалган. Операциядан кийинки мезгилде наркотикалык анальгетиктерге муктаждык азыраак болуп, төшөктө жаткан күндөрдүн саны азыраак болгон.

Ошентип, сунушталып жаткан ыкма оригиналдуу, колдонууга оңой, эч кандай кошумча экономикалык чыгымдарды талап кылбайт, операциядан кийинки пиелонефрит, цистит, кан агуу түрүндөгү татаалдашуу коркунучун азайтат, наркотикалык анальгетиктерге болгон муктаждыкты азайтат жана ооруканада жатууну азайтат.

3.6 Простата безинин залалсыз гиперплазиясы бар бейтаптарды башкаруу алгоритми. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы үчүн ар кандай түрдөгү кийлигишүүлөрдөн кийин геморрагиялык жана инфекциялык-сезгенүү мүнөзүндөгү операциядан кийинки эрте татаалдашуулардын жыштыгы жана пайда болуу себептери талданды. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда сезгенүү ооруларын өнүктүрүү үчүн тобокелдик факторлор жаш курагы, простата безинин баштапкы көлөмү, операциянын узактыгы, операция учурунда кан жоготуунун көлөмү жана кант диабети болгон.

Геморрагиялык асқынуулардын пайда болуу тобокелдигине жана кан куюунун зарылдыгына байланыштуу тобокелдик факторлору бейтаптын жашы, заара ташынын же табарсыктагы таштын болушу, инфекциялык жана сезгенүү оорулары, операциянын узактыгы, кандагы фибриногендин деңгээли, кант диабети жана оорулуунун жүрөк-кан тамыр патологиясы.

Инфекциялык-сезгенүү жана геморрагиялык асқынуулардын өнүгүүсүнүн тобокелдик факторлоруна талдоо простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооругандарды башкаруу алгоритмин иштеп чыгууга мүмкүндүк берди (3.6.1-сүрөт). Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды башкаруу алгоритми инфекциялык, сезгенүү жана геморрагиялык кыйынчылыктарды азайтууга жардам берет.



3.6.1-сүрөт. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооругандарды алып баруу алгоритми.

4-бап. Простата безинин залалсыз гиперплазиясында операциядан кийинки кеч асқынуулардын салыштырма анализи. ТУР натыйжалуулугун талдоо хирургиялык дарылоо кийин 1-3-5 же андан көп жыл мезгилдеринде жүргүзүлгөн.

4.1 Трансуретралдык резекциядан кийинки хирургиялык дарылоонун натыйжалары. Бейтаптар Эл аралык простата симптомдору балл системасы (IPSS) боюнча клиникалык симптомдордун оордугуна, QoL анкетасына ылайык жашоонун сапатына, ошондой эле ультра добуш жана урофлюометриялык изилдөөлөрдүн динамикасына кайра бааланган. Простата безинин аденомасы боюнча ТУР операциясы жасалган пациенттерде операциядан кийинки узак мөөнөттө алардын абалынын олуттуу жакшырганы байкалган (4.1.1-таблица).

Клиникалык симптомдордун төмөндөшүнүн негизги көрсөткүчтөрү: IPSS упайлары $20,0 \pm 5,6$ дан $7,2 \pm 1,5$ ке чейин ($p < 0,001$) азайган, 65,8% пациенттерде клиникалык симптомдор жеңил даражага чейин төмөндөгөн (7 баллдан аз), бейтаптардын 34,2% орточо деңгээлде сакталган. клиникалык симптомдор (8-10 балл), бир дагы пациентте IPSS шкаласы боюнча оор клиникалык симптомдор болгон эмес. Көпчүлүк бейтаптар узак мөөнөттүү операциядан кийинки мезгилде алардын жашоо сапатын жогору баалашты. Алардын жашоо сапаты жөнүндө сураганда, алардын көбү ага "жакшы" же "канааттандыралык" деп баа беришкен.

4.1.1-таблица – I топтогу бейтаптардагы симптомдордун орточо көрсөткүчтөрү

№ пп	Параметри	Мезгил				p
		Чейин		Кийин		
		M±σ	±m	M±σ	±m	
1	IPSS, балл	20,0±5,6	0,1	7,2±1,5	0,08	<0,001
2	QoL, балл	3,7±0,8	0,06	1,6±0,7	0,05	<0,001
3	Простата безинин көлөмү, см ³	54,3±6,6	0,05	20,7±4,2	0,1	<0,001
4	Калдык зааранын көлөмү, мл	107±28	0,3	27±7	0,1	<0,001
5	Заара чыгаруунун максималдуу көлөмдүк ылдамдыгы, мл/сек	7,3±2,1	0,1	17,8±1,8	0,09	<0,001

Эскертүү: M±σ – орточо маани жана стандарттык четтөө, ±m – репрезентенттүүлүктүн катасы, $p < 0,001$ – айырмалардын ишенимдүүлүгү 99,9%.

Трансуретралдык резекция простата безинин залалсыз гиперплазиясын дарылоодо кыйла натыйжалуу болуп саналат. Обструктивдүү жана кыжырдануучу симптомдордо бир кыйла жакшыруу жана табарсыктын боштугунун оң динамикасы байкалды.

4.2 Трансвесикалдык аденомэктомиядан кийинки хирургиялык дарылоонун натыйжалары. Узак мөөнөттүү байкоодо II топтогу бейтаптар обструктивдүү жана кыжырдануучу симптомдордун төмөндөшү жагынан олуттуу клиникалык жакшырды байкашкан (4.2.1-таблица). Белгилей кетчү нерсе, бардык бейтаптар жашоо сапатынын жакшыргандыгын белгилешти.

4.2.1-таблица – II топтогу бейтаптардагы клиникалык симптомдордун динамикасы

№ пп	Параметр	Мезгил				p
		Чейин		Кийин		
		M±σ	±m	M±σ	±m	
1	IPSS, балл	22,3±6,2	0,1	6,4±1,7	0,9	<0,001
2	QoL, балл	4,2±1,0	0,06	1,64±0,57	0,05	<0,001
3	Простата безинин көлөмү, см3	108±28	0,3	10,2±3,4	0,1	<0,001
4	Калдык зааранын көлөмү, мл	129±45	0,4	30,9±10,2	0,2	<0,001
5	Заара чыгаруунун максималдуу көлөмдүк ылдамдыгы, мл/сек	6,8±2,2	0,1	18,2±2,3	0,1	<0,001

Эскертүү: M±σ – орточо маани жана стандарттык четтөө, ±m – репрезентативдик ката, p – айырмалардын ишенимдүүлүгү, p<0,001 – айырмалардын ишенимдүүлүгү 99,9%.

Ачык аденомэктомиядан кийинки ультра добуш маалыматтары простата безинин көлөмүнүн 108±28 см³ден 10,2±3,4 см³ге чейин олуттуу азайгандыгын көрсөтөт (p<0,001), бул хирургиялык дарылоонун бул ыкмасынын натыйжалуулугун көрсөтөт. Мындан тышкары, АТВАден кийин пациенттерде заара калдыктарынын көлөмү 129±45 млден 30,9±10,2 млге чейин азайган (p<0,001). АТВАдан кийин урофлоуметриянын жыйынтыгы боюнча заара чыгаруунун параметрлеринде олуттуу оң динамика белгиленет. Q_{max} 6,8±2,2 мл/сек дан 18,2±2,3 мл/сек чейин көбөйгөн (p<0,001). 112 бейтапта (90,3%) Q_{max} (15 мл/сек ашык) толук нормалдашкан.

Изилдөөнүн натыйжалары оорунун дизуриялык симптомдорун азайтууда, бейтаптардын жашоо сапатын жана ультра добуш жана урофлоуметриялык изилдөөлөрдүн көрсөткүчтөрүн жакшыртууда трансвесиялдык аденомэктомиянын жогорку натыйжалуулугун көрсөтөт.

4.3 Ультра добуш жана урофлоуметриялык изилдөөлөрдүн клиникалык симптомдорунун динамикасы жана көрсөткүчтөрү. Хирургиялык кийлигишүүнүн эки ыкмасынын узак мөөнөттүү натыйжаларына талдоо (1 жылдан 3-5 же андан көп жылга чейин) жүргүзүлгөн. 2 ыкма колдонулган: 1. дарылоонун акыркы натыйжасы; 2. динамикасын талдоо (б.а. өзгөрүүлөрдүн даражасы жана катаалдыгы) топтордо операцияга чейин жана андан кийин.

4.3.1-таблицада оорулууларды хирургиялык дарылоонун узак мөөнөттүү натыйжалары көрсөтүлөт. Ачык аденомэктомиядан өткөн бейтаптарда клиникалык симптомдордун, сактоонун жана боштуктун симптомдору IPSS

шкаласы боюнча төмөн ($6,4 \pm 1,7$ баллга каршы I топтун пациенттеринде $7,2 \pm 1,5$ балл, $p < 0,001$). Изилдөө топторунда жашоо сапаты көрсөткүчтөрү олуттуу болгон эмес (ТУР менен ооругандарда $1,6 \pm 0,7$ балл жана 2-топтогу пациенттерде $1,6 \pm 0,57$ балл, $p > 0,05$).

4.3.1-таблица – Кийинки байкоодо I жана II топтордогу бейтаптардагы клиникалык симптомдордун анализи

№ пп	Параметри	I топ ТУР (n=82)		II топ Ачык трансувезиалдык аденомэктомия (n=124)		p
		M±σ	±m	M±σ	±m	
1	IPSS, балл	$7,2 \pm 1,5$	0,08	$6,4 \pm 1,7$	0,09	<0,001
2	QoL, балл	$1,6 \pm 0,7$	0,05	$1,6 \pm 0,57$	0,05	>0,05
3	Простата безинин көлөмү, см ³	$20,7 \pm 4,2$	0,1	$10,2 \pm 3,4$	0,1	<0,001
4	Калдык зааранын көлөмү, мл	$27,0 \pm 7,0$	0,1	$30,9 \pm 10,2$	0,2	<0,001
5	Заара чыгаруунун максималдуу көлөмдүк ылдамдыгы, мл/сек	$17,8 \pm 1,8$	0,09	$18,2 \pm 2,3$	0,1	<0,001

Эскертүү: M±σ - орточо маани жана стандарттык четтөө, ±m - репрезентативдик ката, p - айырмалардын ишенимдүүлүгү, $p > 0,05$ - айырмалардын ишенимдүүлүгү 95,0% аз, $p < 0,001$ - айырмалардын ишенимдүүлүгү 99,9%.

Ультра добуш изилдөөсү боюнча I топтогу бейтаптарда простата безинин калдык көлөмү II топтогу бейтаптарга караганда бир кыйла жогору ($20,7 \pm 4,2$ см³ $10,2 \pm 3,4$ см³, тиешелүүлүгүнө жараша, $p < 0,001$). Бирок I топтогу оорулууларда простата безинин көлөмү жогору болгонуна карабастан, II топтогу пациенттерде калдык зааранын көлөмү жогору болгон (I топтогу пациенттерде $27,0 \pm 7,0$ млге каршы $30,9 \pm 10,2$ мл, $p < 0,001$).

Урофлоуметрия маалыматтарынын негизинде топтордун ортосунда алынган параметрлер боюнча олуттуу айырмачылыктар болгон эмес. Простата безинин трансуреталдык резекциясы жана ачык аденомэктомия жасалган пациенттердин топторундагы Q_{max} тиешелүүлүгүнө жараша $17,8 \pm 1,8$ мл/сек жана $18,2 \pm 2,3$ мл/сек болгон жана бул айырма статистикалык жактан маанилүү болгон ($p < 0,001$).

Изилдөөнүн натыйжалары эки хирургиялык ыкмалардын (ТУР жана АТВА) натыйжалуулугун тастыктайт. Дизуриялык кубулуштардын олуттуу төмөндөшү, простата безинин көлөмүнүн азайышы жана табарсыктын агып

чыгуу функциясын нормалдаштыруу байкалат. Бул көрсөткүчтөрдүн өзгөрүшү АТВА кийин бейтаптарда көбүрөөк байкалган экенин белгилей кетүү маанилүү.

4.4 Простата безинин залалсыз гиперплазиясы боюнча операция жасалган бейтаптардын кеч аныкталган коштомо дарттарынын жыштыгын анализдөө. Изилденген бейтаптардын жалпы санынын ичинен хирургиялык кийлигишүүдөн кийин бир жылдан беш жылга чейинки жана андан ашык кийинки мезгилдеги татаалдашуу 73 бейтапта болгон, бул операциялардын жалпы санынын 35,4%ын түзгөн. Ошол эле учурда, простата ТУР ($18,9 \pm 2,7\%$) жана АТВА ($16,5 \pm 2,5\%$), $p > 0,05$ кийин изилдөө топторунда узак мөөнөттүү татаалдашуулардын оорусу болжол менен бирдей болгон.

Биздин изилдөөбүздө операциядан кийинки узак мөөнөттөгү дүүлүктүрүүчү симптомдор простата безинин ТУРсынан кийин I топтогу пациенттерде бир аз көбүрөөк байкалган. Ошентип, дүүлүктүрүүчү симптомдор I топтогу 14 бейтапта (17,1%) жана II топтогу 5 бейтапта гана (4,0%, $p < 0,05$) аныкталган (4.4.1-таблица). Узак мөөнөттүү операциядан кийинки мезгилде заараны кармабоо операциянын эки түрүнөн кийин бирдей жыштык менен катталган (ТУРдан кийин 4,9% жана АТВАдан кийин 2,4%, $p > 0,05$).

Табарсыктын моюнчасынын склерозу АТВАдан кийин 14 бейтапта (11,3%) жана простата безинин аденомасы боюнча ТУР операциясы жасалган 7 бейтапта (8,5%) гана аныкталган. Операциядан кийинки алгачкы мезгилде сезгенүү, геморрагиялык татаалдашуу менен ооруган бейтаптарда жана узак мөөнөттүү уретралдык катетери бар бейтаптарда табарсык моюнунун склерозу басымдуулук кылганын баса белгилей кетүү керек. Анализ көрсөткөндөй, хирургиялык кийлигишүүнүн түрү эмес, тагыраак айтканда, операциядан кийинки эрте мезгилде заара чыгаруучу инфекциянын жана катуу сезгенүүнүн болушу табарсык моюнчасынын склерозунун коркунучун 9 эседен ашык жогорулаткан (ЫК-9,4; 95% ИА). 3.5-24 ,9). Табарсык моюнчасынын склерозу менен ооруган 19 бейтапка (90,5%) ТУР жасалса, 2 бейтапка (9,5%) ачык операция жасалып, эки ыкма тең жогорку натыйжа берди.

Операциядан кийинки эрте мезгилде көз карандысыз заара чыгарууну тез калыбына келтирүү табарсыктын морфофункционалдык иштешин активдештирүү жана дегенеративдик өзгөрүүлөрдүн өнүгүшүнө жол бербөө үчүн жагымдуу прогностикалык фактор катары каралат.

КОРУТУНДУ:

1. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы бар бейтаптарда простата безинин аденомасынын трансуретралдык резекциясы же трансвезиалдык аденомэктомия дизуриялык кубулуштардын олуттуу азайышына жана заара калдыктарынын көлөмүнүн азайышына алып келет. Инфекциялык-сезгенүүчү (12,6%) жана геморрагиялык коштомо дарттардын (11,7%) таралышы менен операциядан кийинки эрте аныкталган коштомо дарттардын жалпы жыштыгы (30,1%) кыйла жогору болуп саналат. Бул учурда ачык трансвезиалдык аденомэктомияны өткөрүү операциядан кийинки коштомо дарттардын өрчүү көз карашынан алганда операциялык кийлигишүү тобокелдигинин жогорку даражасы менен мүнөздөлөт.

2. Операциядан кийинки эрте татаалдашуулардын жыштыгы кыйла жогору бойдон калууда (30,1%) инфекциялык-сезгенүү (12,6%) жана геморрагиялык (11,7%) оорчулуктар басымдуулук кылат. Ошол эле учурда, трансвезикалдык аденомэктомия хирургиялык кийлигишүү жогорку тобокелдиги менен мүнөздөлөт.

3. Простата безинин зыянсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда кан агуунун өнүгүүсүнүн тобокелдик факторлору болуп жаш курагы, мочеролитиянын болушу, инфекциялык жана сезгенүү оорулары, операциянын узактыгы, хирургиялык операцияга чейинки табарсыктын дренажынын узактыгы, кандагы фибриногендин деңгээли, ошондой эле болушу саналат. кант диабетти жана жүрөк-кан тамыр оорулары, патология жана башка коштолгон оорулар. Простата тамырларынын операцияга чейинки доплердик ультра добуш изилдоо менен операциядан кийинки татаалдашуу коркунучу менен операцияга чейинки мезгилде 5-альфа-редуктаза блокаторлорун колдонуу менен геморрагиялык татаалдашууларды олуттуу түрдө азайтуучу байланыш да аныкталган.

4. Оорулууларда ириндүү-сезгенүү татаалдашууларынын пайда болушунун тобокелдик факторлору болуп жаш курак, простата безинин баштапкы өлчөмү, операциянын узактыгы жана табарсыкты дренаждоо, операция учурунда кан жоготуунун көлөмү, кант диабетинин болушу, заара калдыктарынын болушу, татаалдыктар жана коштолгон оорулардын болушу. Операциядан кийинки алгачкы мезгилде активдүү заара чыгаруучу инфекциянын бар экендиги аныкталган, бул инфекциялык жана сезгенүү ооруларын өнүктүрүү рискин 9 эседен ашык жогорулатат.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:

1. Трансуретралдык резекциядан жана ачык аденомэктомиядан кийин инфекциялык, сезгенүү жана геморрагиялык татаалдашуулардын пайда болушунун алдын алуу үчүн бир катар критерийлердин (курагы, простата безинин баштапкы көлөмү, операциянын узактыгы, операциянын узактыгы, простата безинин алгачкы көлөмү, операциянын узактыгы, операциянын узактыгы) сугат системасынын узактыгы, кант диабети жана жүрөк оорусунун болушу). кан тамыр патологиясы, башка оорулар).

2. Простата безинин зыянсыз гиперплазиясын хирургиялык дарылоодо пациенттерге простата безинин тамырларын доплерологиялык изилдөөнү милдеттүү диагностикалык процедуралардын тизмесине киргизүү сунушталат.

3. Операцияга чейинки мезгилде операциядан кийинки кан кетүү коркунучу жогору ($PI > 1,5$ бирдик; $RI > 0,8$ бирдик) бейтаптарга геморрагиялык асқынууларды алдын алуу үчүн 5-альфа-редуктаза блокаторлорун алуу сунушталат (Рационализатордук сунушка №938 күбөлүк, Кыргызпатенттен).

4. Бир убактагы трансвезиалдык аденомэктомия учурунда инфекциялык, сезгенүү жана геморрагиялык татаалдашуулардын алдын алуу ыкмасы сунушталды (Рационализатордук сунушка № 940 күбөлүк, Кыргызпатент).

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА БАСЫЛЫП ЧЫККАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

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 университета. – 2022. – Т. 22, № 1. – С. 114-118; То же: Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48164452>

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 трансвезиалдык аденомэктомия учурунда инфекциялык, сезгенүү жана геморрагиялык татаалдашуулардын алдын алуу ыкмасы сунушталып, ишке киргизилген. Ириндүү-геморрагиялык асқинууларды 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.

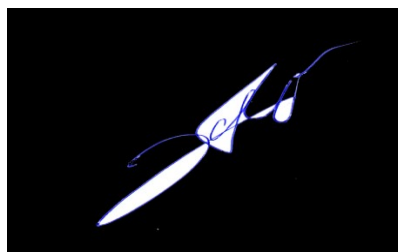
Research object: complications after surgical treatment of BPH.

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 adenectomy. 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



Кагаздын форматы 60 x 90/16. Көлөмү 1,5 п. л.
Офсеттик кагаз. Нускасы 50 даана.
“Софбасмасы” ЖЧКсында басылып чыкты
720020, Бишкек шаары, Ахунбаев көчөсү, 92.