

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

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

Диссертациялык кеңеш Д 14.23.678

Кол жазма укугунда
УДК 616.65-006-08-053.9

Курманбеков Нурбол Курманбекович

**ПРОСТАТА БЕЗИНИН РАГЫНЫН ЖЕРГИЛИКТҮҮ ЖАЙЫЛГАН
ФОРМАСЫ МЕНЕН УЛГАЙГАН БЕЙТАПТАРДЫ АЙКАЛЫШТЫРЫП
ДАРЫЛОО**

14.01.23-жыл - Урология

Медицина илимдеринин кандидатынын окумуштуулук даражасын
изденүүгө жазылган диссертациясына
Автореферат

Бишкек – 2024

Иш Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын Урология илимий борборунун базасында Кыргыз мамлекеттик И.К.Ахунбаев атындагы медициналык академиясынын М.Т. Тыналиев атындагы дипломго чейинки жана дипломдон кийинки билим берүүнүн урология жана андрология кафедрасында аткарылды.

Илимий жетекчи:

Усупбаев Акылбек Чолпонкулович

КРдин УИАнын корреспондент-мүчөсү, КРдин илимине эмгек сиңирген ишмер, медицина илимдеринин доктору, профессор, И. К. Ахунбаев атындагы медициналык академиясынын М.Т. Тыналиев атындагы дипломго чейинки жана дипломдон кийинки билим берүүнүн урология жана андрология кафедрасынын башчысы

Расмий оппоненттер:

Жетектөөчү мекеме:

Диссертациянын коргоосу 2024-жылдын ___ саат 12:00дө Кыргыз мамлекеттик И.К.Ахунбаев атындагы медициналык академиясынын алдындагы медицина илимдеринин доктору (кандидаты) окумуштуулук даражасын изденүүгө жазылган диссертациясын жактоо боюнча Д _____ диссертациялык кеңешинин жыйынында өтөт. Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян университетинин негиздөөчүсү, дареги боюнча: 720020, Бишкек ш., И.К.Ахунбаев көч., 92, конференц-зал. Диссертациянын видеоконференциясына кирүү шилтемеси: <https://vc.vak.kg/b/142-jat-s9n-rwv>.

Диссертация менен Кыргыз мамлекеттик И.К.Ахунбаев медициналык академиясынын китепканасынан таанышууга болот. (720020, Бишкек ш., И.К.Ахунбаев көч., 92), Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинде (720000, Бишкек ш., Киев көч., 44) жана <https://vak.kg> сайтында.

Диссертациялык кеңештин окумуштуу катчысы
медицина илимдеринин кандидаты

Оскон уулу Айбек

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Простата безинин рагы (ПБР) көптөгөн өлкөлөрдүн адабияттары боюнча эркектердеги залалдуу шишиктердин эң кеңири таралган формаларынын бири болуп саналат [[Исаева Н.К. 2014; Mamello Sekhoacha et all 2022] жана [Jemal A. Et all; Н. Г. Петрова, К. Ю. Кротов 2016.], өпкө рагынан кийинки эркектер арасында таралышы боюнча экинчи орунда турат жана рактын бардык түрлөрүнүн арасында таралышы боюнча 4-орунда турат]. Ошондуктан, дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун (ДССУ) маалыматы боюнча 2020-жылы дүйнө жүзү боюнча 1,4 миллиондон ашык ПБР оорусу катталган жана көпчүлүк учурларда 65 жаштан ашкан эркектерде диагноз коюлган жана 1% учурларда 40 жашка чейинки эркектерде катталган [Попов С.В. жана авторлош. 2018]. Анын таралышы географиялык жайгашуусу, жашы, этникалык таандыктыгы жана медициналык текшерүүдөн жана дарылоодон өтүү деңгээли сыяктуу ар кандай факторлорго жараша өзгөрүп турат [Fiona M Frame, Norman J Maitland 2019; Kevin H. Kensler et all 2024]. Белгилей кетүүчү нерсе, таралышы жогору болгон өлкөлөргө Түндүк Америка өлкөлөрү, өзгөчө АКШ жана Канада кирет (8 эркектин ичинен 1де ПБР аныкталат), ал эми Чыгыш Азия өлкөлөрүндө жана Африканын айрым бөлүктөрүндө оорунун деңгээли төмөн, бул жашоо образынын, диетанын жана генетикалык ийкемдүүлүктүн айырмачылыгына байланыштуу болушу мүмкүн (н-р, Об-гендер) [М.В. Логинова жана авторлош. 2021]. Бирок, африкалык-америкалык эркектер кавказдык эркектерге салыштырмалуу простата безинин рак оорусуна чалдыгуу коркунучу жогору жана олуттуу натыйжалардын ыктымалдыгы жогору. Ошол эле учурда Азия өлкөлөрүнөн келген эркектерде коркунуч азыраак [Zachary S. Dovey et all 2021; В. Ю. Старцев жана авторлош. 2022]. Кыргыз Республикасынын урологдор жана андрологдор Ассоциациясынын илимий-изилдөө иштеринин маалыматтары боюнча 2017 – жылы ПБРдин локалдашкан стадиясынын 54% учуру, жергиликтүү жайылган жана метастатикалык стадиясынын 46% учуру аныкталган, бул оорулуулардын кеч кайрылуусу, ошондой эле алгачкы стадияларында простата безинин залалдуу жаңы шишиктерин аныктоо боюнча улуттук скринингдик программалардын жоктугу менен шартталган [А.Ч. Усупбаев жана авторлош., 2017]. Дүйнөлүк изилдөөчүлөрдүн маалыматтарына ылайык, ПБРдин жергиликтүү жайылган түрүнүн 58,4% учуры аныкталган, бул мурдагы КМШ өлкөлөрүндө рактын өнүкпөгөндүгүнүн жогорку деңгээлин тастыктайт [Т. Kimura et al. 2018; Sh. Egawa 2018; D. Smailova et al. 2019]. ПБРдин локализацияланган стадиясын дарылоонун алтын стандарты радикалдуу простатэктомия болуп саналат, өзүн

жагымдуу прогноз менен жогорку клиникалык натыйжалуу ыкма катары көрсөткөн, бирок натыйжалар операциядан кийинки көп учурда пайда болгон татаалдашууларды көрсөтөт, дизуриялык бузулуулар, бул коомдо жана үй-бүлөдө психологиялык дезадаптациясы бар пациенттин жашоо сапатын начарлатат [Shuo Liu 2020; Kun Sirisopana et all 2021; Sean F. Mungovan et all 2021]. Ошондуктан, ПБР саламаттык сактоо системасынын практикалык урологиясынын олуттуу көйгөйү болуп саналат, анын кеңири таралышы жана эркектердин ден соолугу үчүн потенциалдуу кесепеттери менен көңүл бурууну талап кылат.

Алдын алуу, эрте диагностикалоо жана дарылоо бул изилдөөгө негиз болгон бейтаптардын жашоо сапатын жана аман калуусун жакшыртуу менен ийгиликтүү жыйынтыкка жетишүү мүмкүнчүлүгүн кыйла жогорулатат.

Диссертациянын темасынын артыкчылыктуу илимий багыттар, ири илимий программалар (долбоорлор), билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүп жаткан негизги илимий-изилдөө иштери менен байланышы.

Иш демилгелүү болуп саналат.

Изилдөөнүн максаты. Айкалыштырып дарылоону оптималдаштыруу аркылуу простата безинин рагы үчүн орто жана жогорку тобокелдик тобу менен улгайган бейтаптардын жашоо сапатын жогорулатуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. 2003-2023-жылдар аралыгында КРдин ССМдин УГдун РУУБдун шарттарында ПБР оорусуна ретроспективдүү талдоо жүргүзүү;

2. Ар кандай убакыт аралыгында ачык простатэктомиянын жана ПТРнын (простатанын трансуретралдык резекциясы) операциядан кийинки татаалдашуу структурасын карап чыгуу;

3. Гормоналдык терапия алгоритмдин жалпы жашоо аныктоо жана иштеп чыгуу менен салыштырмалуу аспектиде сунушталган айкалышкан дарылоонун клиникалык натыйжалуулугун баалоо жана иштеп чыгуу.

Алынган жыйынтыктардын илимий жаңылыгы:

- ПБР менен ооругандарда радикалдык ретропубиялык простатэктомияда простата безинин апексинин жана табарсык моюнунун артыкчылыктуу катышуусу менен табарсык моюнун жана везикоуретралдык анастомозду түзүү ыкмасы иштелип чыккан жана сунушталган.

- Радикалдуу простатэктомиядан кийин 5 жылдык аман калууну болжолдоо менен өмүр бою ПБР менен ооруган бейтаптарды айкалыштырып дарылоонун натыйжалуу жолу сунушталган.

Иштин практикалык мааниси.

Жашоонун сапатын жана операциядан кийин 5 жылдык аман калууну жакшыртуу максатында, улгайган пациенттерде ПБРдин жергиликтүү жайылган формасын хирургиялык дарылоо тактикасын тандоодо практика жүргүзүүчү

дарыгерлерге сунушталган ыкма табарсыктын моюнун калыптандыруу менен салттуу ыкмага салыштырмалуу “теннис ракеткасы” бул операциядан кийинки кыйынчылыктарды азайтууга, реабилитация убактысын кыскартууга жана узак мөөнөттө жашоо сапатын жогорулатууга мүмкүндүк берет (Кыргызпатент тарабынан 31.08.2017-жылы № 1975 ойлоп табууга патент алынган).

Ушул патология менен сунушталган айкалыштырып дарылоо ыкмасынан алынган жыйынтыктар жана пациенттерди башкаруу тактикасынын алгоритми дарыгерлерге операциядан кийин аман калуу мөөнөтүн узартууга мүмкүнчүлүк берет.

Иштин негизги жоболору Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпиталдын Республикалык урология илимий борборунун түзүмдүк бөлүмдөрүнө киргизилди (киргизүү актысы 18.12.2022-ж.).

Алынган жыйынтыктардын экономикалык маанилүүлүгү. Жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн натыйжаларынын экономикалык маанилүүлүгү өз убагында диагноз коюунун, дарылоо тактикасын аныктоонун, койка-күндөрүн кыскартуунун жана операциядан кийин эрте реабилитациялоонун жана ПБР менен ооруган бейтаптардын жашоо сапатын жогорулатуунун эсебинен экономикалык натыйжалуулукту алуу мүмкүнчүлүгүн камтыйт.

Жактоого чыгарылган диссертациянын негизги жоболору:

1. Радикалдык простатэктомиядан кийинки негизги татаалдашуулар инфекциялык-сезгенүү, геморрагиялык татаалдашуулар, заара кармабоо жана везико - уретралдык сегменттин стенозу;

2. Биздин клиника тарабынан иштелип чыккан ыкма менен табарсыктын моюнун калыптандыруу менен радикалдуу простатэктомияны колдонуу операциядан кийинки кыйынчылыктарды кыйла азайтат, атап айтканда зааранын кармалышын жана операция жасалган бейтаптардын жашоо сапатын жакшыртат.

3. Айкалыштырып дарылоо (хирургия+гормон терапиясы) 5 жылдык жалпы жашоону жакшыртат. (алып салуу).

Издөнүүчүнүн жеке салымы. Автор илимий изилдөөнүн бардык этаптарына катышкан: маалыматтык-аналитикалык издөө жүргүзгөн, изилдөөлөрдүн планын жана дизайнын иштеп чыккан, клиникалык материалдарды чогулткан, операцияларды өз алдынча аткарган жана ассистент болгон, алынган натыйжаларды талдоо жана жалпылоо менен статистикалык иштеп чыгууну жүргүзгөн, алынган жыйынтыктарды басма сөздө жарыялап, диссертацияны жана авторефератты өз алдынча иштеп чыккан.

Диссертациянын жыйынтыктарын апробациялоо. Диссертациянын материалдары И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын эл аралык илимий-практикалык конференциясында билдирилди жана талкууланды. “КММАнын илим күндөрү-2021” (Бишкек, 2021); Кыргыз Республикасынын урологдор жана андрологдор Ассоциациясынын жыйыны (Бишкек, 2021); “Урологиядагы

актуалдуу маселелер” илимий-практикалык конференциясы” (Бишкек, 2022); Эл аралык урологдордун Ысык-Көлдөгү IV форуму (Бишкек, 2023).

Басылмаларда диссертациянын жыйынтыктарын чагылдыруунун толуктугу.

Диссертациянын негизги илимий жыйынтыктары Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Улуттук аттестациялык комиссия тарабынан бекитилген рецензияланган илимий мезгилдүү басылмалардын Тизмесине кирген журналдарда жарыяланган 6 илимий макалада, алардын ичинен импакт-фактору 0,1 ден кем эмес Россиянын илимий цитаталар индекси системасы менен индекстелген илимий мезгилдүү басылмаларда - 3 жарыяланган. Кыргызпатент тарабынан берилген 19.01.2017-жылдагы № 1975 патенти бар.

Диссертациянын структурасы жана көлөмү. Диссертация машинкага басылган тексттин 127 бетинде баяндалган, кириш сөздөн, 3 бөлүмдөн, корутундудан, практикалык сунуштардан, адабияттардын тизмесинен турат. Библиографиялык индекске 140 ата мекендик жана жакынкы чет өлкөлөр, анын ичинде 71 алыскы чет өлкөлөр кирет. Диссертация 9 таблица, 19 сүрөт менен иллюстрацияланган.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Кириш сөздө изилдөө темасынын актуалдуулугу, аны аткаруу зарылчылыгынын негиздемеси, максаты, милдеттери, илимий жаңылыгы, иштин практикалык мааниси жана коргоого коюлган диссертациянын негизги жоболору келтирилген.

1-Глава “Заманбап шарттарда простата безинин рак оорусун диагностикалоо, дарылоо жана алдын алуу өзгөчөлүктөрү (адабияттарга сереп салуу)” простата безинин рагы (ПБР) маселелеринин абалынын заманбап аспектилерин чагылдырат. Простата безинин рак оорусунун жайылышына маалыматтык талдоо бүткүл дүйнөдө да, Кыргызстанда да жүргүзүлгөн. Дүйнөнүн алдыңкы өлкөлөрүнүн изилдөөчүлөрүнүн айтымында, бул патологияны диагностикалоо жана алардын себептерин талдоо менен эрте аныктоо көйгөйлөрү белгиленген. Простата безинин рагын заманбап дарылоонун жетишкендиктери менен келечегине өзгөчө көңүл бурулуп, алардын артыкчылыктары, кемчиликтери жана ишке ашырылып жаткан учурда хронологиялык тартипте андан ары изилдөөнү талап кылган талаштуу маселелер көрсөтүлгөн.

2-Глава. Изилдөө методологиясы жана методдору.

2.1. Изилдөө методологиясы.

Изилдөө объектиси: 2010-жылдан 2018-жылга чейин Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин УГдун алдындагы Республикалык урология илимий борборунда дарыланган 144 улгайган бейтап

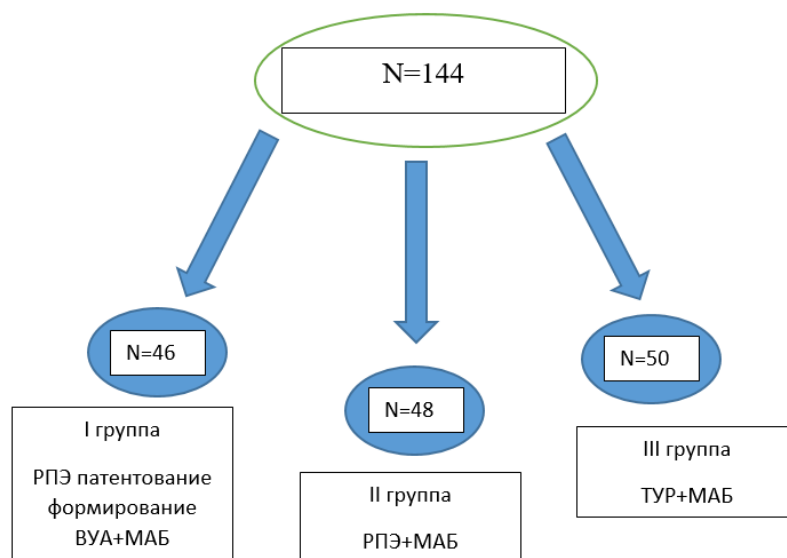
(ДССУнун курактык классификациясына ылайык) простата безинин рак оорусунан (T3-4N0M0 жана каалаган TN1 M0) дарылануудан өткөн.

Изилдөөнүн предмети: улгайган курактагы бейтаптардагы ПБР жергиликтүү жайылган формасын дарылоонун натыйжалуулугун изилдөө.

Изилдөө этаптары. Бул изилдөө КРдин ССМдин УГдун УУБдун клиникалык базасында аткарылды.

Изилдөө бир нече этапта жүргүзүлдү: 1) операциядан кийинки татаалдашуулардын рейтинги боюнча 20 жыл бою УУБдун оорулардын тарыхы боюнча ретроспективдүү талдоо; 2) клиникага чейинки – простата безинин рагы менен ооругандарды баштапкы жана профилактикалык текшерүүлөрдүн жүрүшүндө аныктоо; 3) келечектүү – салттуу аспектиге салыштырмалуу сунушталган методдор менен ПБР пациенттерди дарылоо; 4) постклиникалык – операциядан кийин 5 жылдык жашоо деңгээлин болжолдоо менен өмүр бою пациенттерди байкоо.

348 бейтаптын ичинен 144 бейтап изилдөөнүн дизайнына ылайык аныкталган диагноз менен жана киргизүү критерийлерине ылайык тандалып алынган жана алар өз кезегинде 3 клиникалык топко бөлүнгөн (2.1.3).



Сүрөт.2.1.1. Бейтаптарды клиникалык топтор боюнча бөлүштүрүү.

1-топко (негизги) простата безинин апексинин (ПБ) катышуусу жана табарсыктын моюнуна шишик процессинин өсүшү менен байланышкан радикалдуу простатэктомиядан өткөн бейтаптар кирген. Ушуга байланыштуу, табарсыктын моюнун калыптандыруу уретро-везикалдык анастомоздун диастазын жана операциядан кийинки мезгилде заара кармай албоо учурларын (19.01.2017-жылдагы №1975 патенти) азайтуу максатында, биздин клиника тарабынан иштелип чыккан метод менен биохимиялык рецидивде гормон терапиясы менен айкалышы пайда болгондо (неoadьюванттык жана

адьюванттык) гормонотерапия менен айкалышта жүргүзүлдү. Ушуга байланыштуу табарсыктын моюнчасын калыптандырууда биохимиялык рецидив пайда болгондо гормон терапиясы менен бирге уретро-везикалдык анастомоздун диастазын жана операциядан кийинки заара кармай албоо учурларын азайтуу максатында биздин клиника тарабынан иштелип чыккан ыкма менен жүргүзүлдү табарсыктын операциядан кийинки мезгилде уретровезикалдык анастомоздун диастазын жана заара чыгарбоо учурларын минималдаштыруу максатында биздин клиника тарабынан иштелип чыккан ыкма менен (2017-жылдын 19-январындагы № 1975 патенти) ишке ашырылган (неoadьюванттык жана адьюванттык).

2 - топ (контролдук) - радикалдуу простатэктомиядан өткөн 48 бейтап табарсык моюнчасын калыптандырууда гормондук терапиянын (неoadьюванттык жана адьюванттык) айкалышында “теннис ракеткасы” түрү боюнча салттуу ыкма менен жүргүзүлгөн.

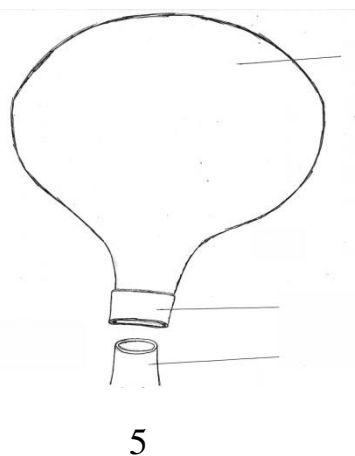
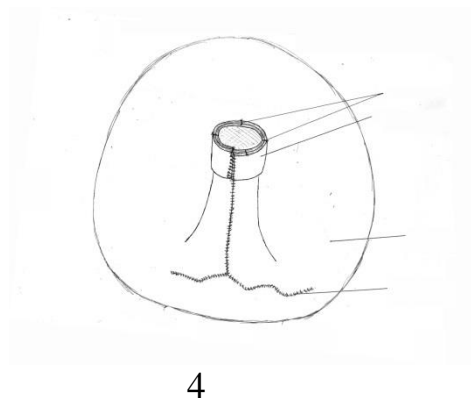
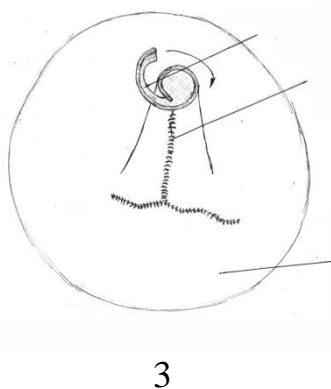
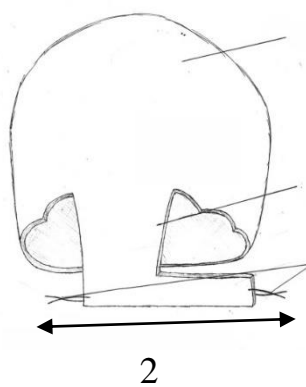
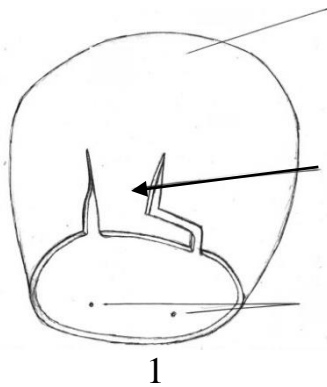
3-топ - гормоналдык терапия менен айкалышкан ТУР дарылоосун алган жергиликтүү жайылган ПБР менен ооруган 50 бейтап.

Жашы боюнча маалыматтар текшерилген бейтаптардын орточо жашы $69 \pm 4,3$ жашты жана 61 жаштан 75 жашка чейин экендигин аныктады. Топтордо жаш критерийлери салыштырмалуу болгон. Андан сырткары, биринчи топтогу орточо жаш курагы $68,9 \pm 4,5$, экинчи топто $69,5 \pm 4,0$, үчүнчү топтогу оорулуулардын орточо жашы $69,0 \pm 4,6$ болгон.

Кафедралык өнүгүүнүн сунушталган дарылоо ыкмасынын этаптары схемалык түрдө 2.3.2. сүрөттө берилген, табарсыктын алдыңкы бетинде $3,0 \times 2,5$ см тик бөлүгүнүн көлөмүндөгү L-сымал капталдын бөлүнүп чыгышы менен айырмаланган, ал эми кан тамыр педикуласында $3,0 \times 1,5$ см горизонталдык бөлүгү, андан ары табарсык капкагынын вертикалдуу бөлүгү түтүкчө түрүндө бүктөлүп, уретралдык катетердин айланасында капталдын перпендикуляр бөлүгүнүн өтүү жерине чейин тигилген тигиш менен тигилген.

Андан кийин сфинктер механизмин түзүү үчүн пайда болгон түтүктүн дисталдык учу капкактын горизонталдык бөлүгү менен капталган, экинчиси түйүндүү тигиштер менен бекитилген, андан кийин табарсыктын калган кемтиги тигилген.

Андан ары толтурулган табарсык моюнчасы уретранын оозуна былжырлуу кабыкчалар толук тийгенге чейин чөмүлүп, андан кийин тигилип, везико уретралдык анастомоз пайда болгон.



2.3.1-Сүрөт. Сунушталган методдун операция этаптары: 1 - табарсыктын алдыңкы дубалынан L түрүндөгү булчуң капкагын кесип алуу; 2 - булчуң капкагы таянычтарга коюлат; 3 - табарсыктын мойнун уретралык түтүк түрүндө калыптандыруу, бурмалуу тигиштерди колдонуу менен сфинктердик механизмди түзүү; 4 - сфинктердик механизмди түзүү үчүн уретра түтүгүнүн дисталдык учун капкактын уландысы менен ороп коюу; 5 – везико-уретралдык анастомозду колдонуу.

Кан сары суусунун ПСА деңгээли 20 нг/млден ашкан бейтаптар шишиктин регрессиясын азайтуу максатында 12 жума бою неоадьюванттык гормоналдык дарылоону (Гозерелин 10,8 мг) алышкан. Табарсыктын моюнчасын “теннис ракеткасы сыяктуу” реконструкциялоонун стандарттуу ыкмасы уйку безин алып салгандан кийин, сийдик каналынын диаметрине туура келген тешик пайда

кылуу үчүн табарсыктын арткы четине үзүлгөн тигиштерди коюшкан. Андан кийин былжырлуу чел сыртка чыгып, табарсыктын булчуң катмарына тигилген.

Тигиштер сиңүүчү синтетикалык жип менен шарттуу циферблаттын 3,6,9,12 саатында салынган, мында ийне булчуң бөлүгүнөн ачык багыты боюнча сайылат. Шарттуу циферблаттын тиешелүү чекиттеринде ошол эле жиптер менен табарсыктын моюнуна пайда болгон тешик тигилген. Андан кийин уретра аркылуу табарсыктын көңдөйүнө баллондук катетер киргизилип, уретровезиалдык анастомоздун пайда болушунун акыркы этабында анастомоздук тигиштер ырааттуу түрдө байланган. Неоадьюванттык терапияга карабастан, чечилбеген курч заара кармап калуу, заараны өнөкөт кармап калуу жана табарсык чыгуучу тосмолор боюнча объективдүү жана субъективдүү маалыматтардын болушу простата безинин ТУР үчүн көрсөткүчтөр болгон.

Биохимиялык рецидив бар бардык изилденүүчү топтордогу бейтаптарга жергиликтүү жайылган уйку безинин рагынын кастрациялык- рефрактердик формасынын пайда болуу убактысын кечендетүү жана дары-дармектерге финансылык чыгымдарды, АДТ кошумча таасирлерин минималдаштыруу менен андроген блокадасын мезгил-мезгили менен токтотууну камтыган интермиттөөчү максималдуу андроген блокадасы (ИМАБ) өткөрүлдү.

ИМАБды токтотуу же кайра баштоо чечими мониторингдин жыйынтыгына жараша болгон. Онкологиялык патологиясы бар бейтаптар көтөрө турган психологиялык жүктү эске алганда, бардык бейтаптар дарылоо мезгилинде психологиялык колдоо көрсөтүү менен коштолгон.

Биз иштеп чыккан алгоритм оорунун тарыхына, оорулуунун өзгөчөлүктөрүнө жана дарылоонун натыйжаларына ылайык жекече адаптацияланууга тийиш.

Материалдар Statistica 12.0 программасы аркылуу заманбап биомедициналык изилдөөлөрдө кабыл алынган параметрдик жана параметрлик эмес талдоо методдорун колдонуу менен статистикалык түрдө иштетилген. Жыйынтыктар $p < 0,05$ ишенимдүү деп эсептелген.

3-главада өзүбүздүн изилдөөбүздүн натыйжалары жана аларды талкуулоо берилген.

3-главада “Стационардык шартта ПБРдин жергиликтүү жайылган формасы менен ооруган бейтаптарды диагностикалоонун жана дарылоо методун тандоонун ретроспективдүү анализи” бул мезгилде ТУРП ыкмасы менен операция жасалган ПБРнын локализацияланган жана диссеминацияланган формалары менен орто жана улгайган курактагы 138 пациент аныкталган натыйжалар боюнча 20 жыл ичинде улуттук УУБда дарыланган пациенттерди талдоонун натыйжаларын чагылдырат. Орточо жаш курагы 67,86 x 4,6 (95% ДИ 66,5 - 69,2) түздү.

Ноктурия түрүндөгү клиникалык симптомдор 36%, табарсыктын толук бошобой калуу сезими 26%, тез-тез заара ушатуу 80%, заара кармабоо 4%, заара ушатуу кыйынчылыгы 70%, мезгил-мезгили менен заара ушатуу 28%, заара агымы начар 72% жана 12% бейтаптар заара ушатуунун курч

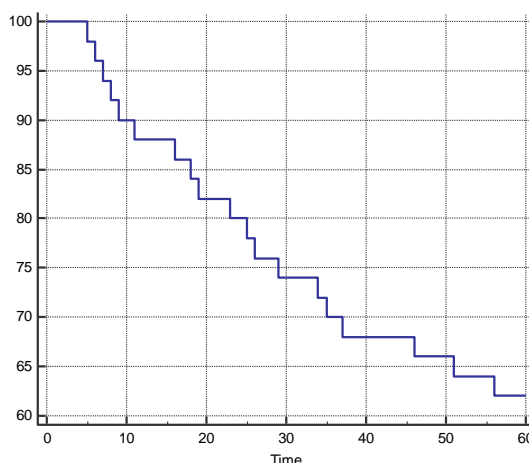
кармалышына дуушар болушкан. Ультра үндүү изилдөөнүн маалыматтары боюнча айкалыштырылган дарылоого чейинки уйку безинин орточо көлөмү $80 \pm 3,3$ см³ болгон. Мындай диагноз менен ооругандардын 78% гипертония оорулары, 32% өнөкөт гастрит, 20% кант диабетти, 16% өнөкөт обструктивдүү өпкө оорусу (ӨӨӨО) жана 8% варикоз оорулары менен коштолгон.

ТУРдун натыйжалуулугун баалоо төмөнкүдөй корутунду чыгарууга мүмкүндүк берди: оорунун клиникалык симптомдорунун жакшырышы, бул IPSS шкаласы боюнча жалпы баллдын $21,2 \pm 5,9$ баллдан $6,6 \pm 1,5$ баллга чейин төмөндөшүндө чагылдырылган ($p < 0,05$); заара калдыктарынын көлөмүнүн $84,2 \pm 13,7$ млден $30,3 \pm 9,9$ млге чейин азайышы байкалат ($p < 0,001$); максималдуу ылдамдыктын $9,1 \pm 2$ мл/секден $15,9 \pm 3,5$ мл/секке чейин өсүшү ($p < 0,001$). ТУРдун аз инвазивдүүлүгүнө, ошондой эле хирургиянын салыштырмалуу кыска узактыгына карабастан, эрте жана кеч татаалдашкан хирургиялык татаалдыктардын бардык түрлөрүнүн арасында геморрагиялык катары аныкталган жана жалпы санынын 10% түзөт.

Оорулуулардын 4,0%да инфекциялык жана сезгенүү татаалдашуулары жана 8,0% оорулууларда заараны кармап албагандыгы байкалган.

Простата безинин рагы тур табарсыкты бошотуунун жалпы функциясын жакшыртуу фонунда обструктивдүү жана ирритативдик симптоматологиянын регрессиясына карата биздин изилдөөнүн натыйжалары простата безинин рагы ТУР хирургиясынын натыйжалуулугун көрсөтөт.

Оорунун анамнезинен аныкталган (3.2.7-сүрөт) ТУР менен гормоналдык дарылоо менен айкалышканда 5 жыл ичинде 19 бейтап каза болгон, анын ичинен 8 адам уйку безинин аденокарциномасынын прогрессиясынан, 11 адам коштоочу патологиянын күчөшүнөн улам (гипертония оорулары, коронардык жүрөк оорусу, кант диабетти жана башкалар), дарылоодон 5 жыл өткөндөн кийин байкалган топтун 62% тирүү калган.



3.2.2-Сүрөт. Байкалган бейтаптардын жалпы 5 жылдык жашоо деңгээли

Операциядан кийинки алгачкы мезгилде уретралдык катетерди алып салгандан кийин дароо 12 айлык байкоодо бейтаптардын 52%да заараны кармабоо байкалган. Зааранын агып чыгуу жыштыгы жөнүндө суроого жооп бергенде ICIQ-SF шкаласы боюнча орточо балл 4-6 баллга чейин өзгөрүп, $4,5 \pm 1,0$ баллды түзгөн.

3-топтогу сийдик бөлүп чыгаруу функциясын калыбына келтирүүнүн кийинки объективдүү мониторинги 1 пациентте 2-айдан баштап байкалган, ал эми заара бөлүп чыгаруунун туу чокусу 4 пациентте байкоонун 4-айында болгон.

Ошондуктан, ТУРдан өткөн бейтаптардын заарасын кармоо функциясынын бул анализи ПБР хирургиясында ийгиликтүү функционалдык натыйжа катары бааланат, ал заараны толук кармоо деңгээлине чейин кийинки реабилитациялоого мүмкүнчүлүгү жогору. Гормоналдык терапиянын терс таасирлери 43 бейтапта куюлуу (34%), гинекомастия (6%), диарея (10%) жана либидонун төмөндөшү (74%) түрүндө аныкталган.

3.2. Сунушталган хирургиялык дарылоо ыкмасынын клиникалык натыйжалуулугун салыштырмалуу аспектте баалоо.

Изилдөөгө 61 жаштан 74 жашка чейинки (орто жашы $70,9 \pm 4,23$ жыл) жергиликтүү жайылган ПБР формасында простатэктомия жасалган 94 бейтап камтылган, алар 2 топко бөлүнгөн - негизги 48 бейтап жана 46 салыштыруу топтору. Изилдөөгө 61 жаштан 74 жашка чейинки ПБР жергиликтүү таралган формасы боюнча простатэктомия болгон 94 пациент кирген (орточо жашы $70,9 \pm 4,23$ жаш), алар 2 топко бөлүнгөн - негизги 48 пациент жана салыштыруу тобу 46. Ноктурия түрүндөгү клиникалык симптомдор 43,4-50% аныкталган, табарсыктын толук бошбой калуу сезими 32-32,6%, заара тез-тез чыгып туруу сезими 70-76,1%, заара кармай албай калуу 6,5-10%, заара ушатуу кыйынчылыгы 84,7-86%, 23,9-32%, зааранын начар агымы 78-80,4% жана 10,8-12% оорулууларда аныкталган.

Уродинамиканын көрсөткүчтөрү 3.2.9. таблицада келтирилген

3.2.1 - Таблица. Изилдөө топторунда Qmax жана Gleason көрсөткүчтөрү

Көрсөткүчтөрү	I-топ		II-топ	
	Qmax	Gleason	Qmax	Gleason
Бейтаптардын саны	37	46	40	48
Төмөнкү мааниси	5,6	5,0	5,8	5,0
Жогорку мааниси	13,6	9,0	12,9	9,0
Орточо арифметикалык	10,7649	6,9130	9,9975	7,0
Орточо арифметикалык үчүн 95% ИА	10,0271 - 11,5026	6,6273 - 7,1987	9,3982 - 10,5968	6,7066 - 7,2934
Медиана	11,5	7,0	10,45	7,0

Стандарттык четтөө	2,2126	0,9621	1,8739	1,0106
Салыштырмалуу стандарттык четтөө	0,3638	0,1419	0,2963	0,1459
95% ИА	10,0271 - 11,5026	6,6273 - 7,1987	9,3982 - 10,5968	6,7066 - 7,2934
Маанилүүлүк деңгээли	P < 0,0001	P < 0,0001	P < 0,0001	P < 0,0001

Жогоруда келтирилген 3.2-таблицада көрүнүп тургандай Глисон баллынын суммасы <6 1-топто 36,9%, 7 баллынын суммасы 34,8% жана >7 баллынын суммасы 28,3% бейтаптарда кездешет. Байкалган оорулуулардын 2-тобунда Глисон боюнча баллдын суммасы <6 37,5%, 7 балл суммасы 33,3% жана >7 балл суммасы 29,2% бейтаптарда кездешет. Таблицадан көрүнүп тургандай бардык топтордогу Глисон баллынын суммасы салыштырууга болот, Ак>0,05).

Бейтаптардын биринчи тобунда (IPSS) простата безинин ооруларында симптомдорду суммалык баалоонун эл аралык шкаласы боюнча орточо баллдын анализи $19,9 \pm 5,6$, экинчи топто $20,8 \pm 5,8$ түздү. 3.2-таблицадан көрүнүп тургандай, экинчи топтогу бейтаптардагы (IPSS) простата ооруларынын симптомдорун суммалык баалоонун эл аралык системасы боюнча баллдын орточо саны биринчи жана экинчи топтогу оорулуулардагы көрсөткүчтөргө салыштырмалуу кыйла жогору болгон (ттп <0,01). Ультра үндүү изилдөөнүн маалыматтары боюнча хирургиялык дарылоого чейин простата безинин орточо көлөмү биринчи топтогу бейтаптарда $83 \pm 4,6$ см³ экинчи топтогу $95 \pm 4,9$ см³ түзгөн. Ошентип, жүргүзүлгөн изилдөөнүн натыйжасында 1-топтогу оорулууларда орточо УКнын көлөмү экинчи топтогу бейтаптарга караганда көбүрөөк болгонун аныктады, бул жогорку суммардык баллды (IPSS) түшүндүрөт.

Олуттуу позитивдүү динамика УФМ жүргүзүүдө да белгиленди.

Алсак, операцияга чейин заара чыгаруунун максималдуу көлөмдүк ылдамдыгы топ боюнча орточо $13,5 \pm 2,0$ мл/сек болсо, операциялык кийлигишүүдөн кийин $20,2 \pm 4,0$ мл/сек ($P < 0,001$) жеткен.

Ошентип, биздин изилдөөнүн натыйжалары табарсыкты бошотуунун жалпы функциясын жакшыртуу фонунда обструктивдүү жана ирритативдик симптоматологиянын регрессиясына карата биздин клиника тарабынан иштелип чыккан методдун жогорку натыйжалуулугун көрсөтөт.

Оорулуулардын бардык үч тобунда татаалдашууларды талдоодо, биз операциядан кийинки эрте жана кечиккен кыйынчылыктарды белгиледик. Операциядан кийинки алгачкы татаалдашуулардын жыштыгын жана структурасын талдоо алардын жетишерлик жогорку таралышын көрсөтөт (23,6%), сийдикти кармабоо жана геморрагиялык татаалдашуулар басымдуулук кылат. Оорулуулардын жалпы тобунун арасында инфекциялык-сезгенүү оорулары пайда болгон – 6 бейтапта (4,1%), геморрагиялык татаалдашуулар 14 бейтапта (9,7%), везико уретралдык анастомоздун стенозу 8 бейтапта (5,5%) жана заараны кармай албоо 11 бейтапта (7,6%) байкалган.

Сийдикти кармабоону баалоо үчүн оорулуулар сийдикти кармабоону диагностикалоо боюнча эл аралык аналогдук анкеталардын суроолоруна өз

алдынча жооп беришкен, алардын натыйжалары субъективдүү-объективдүү шкалалар боюнча талданган (КЖ ICIQ-SF сийдикти кармабоо синдромунун таасири боюнча сурамжылоо), ошондой эле бир сутканын ичинде кадимки физикалык активдүүлүктө колдонулуучу урологиялык төшөмөлөрдүн санын аташкан (3.3.2- таблица).

3.3.1 – Таблица. Жашоо сапатын баалоо

Баалоо убактысы (катетерди алып салгандан кийин)	Группа I (n=46)	Группа II (n=48)
1-15 күн		
Заараны кармабоо	28 (60,8%)	32 (66,6%)
Заараны кармоо	18 (39,2%)	15 (33,4%)
Суткасына колдонулган төшөмөлөрдүн саны	0,1	2
Орточо балл ICIQ-SF	6	16
1 айдан кийин		
Заараны кармабоо	0	21 (43,75%)
Заараны кармоо	46 (100%)	27 (56,25%)
Суткасына колдонулган төшөмөлөрдүн саны	0	1,6
Орточо балл ICIQ-SF		14
6 айдан кийин		
Заараны кармабоо	-	13 (27%)
Заараны кармоо	-	35 (73%)
Суткасына колдонулган төшөмөлөрдүн саны	-	1,6
Орточо балл ICIQ-SF	-	13
12 айдан кийин		
Заараны кармабоо	-	7 (14,6%)
Заараны кармоо	-	41 (85,4%)
Суткасына колдонулган төшөмөлөрдүн саны	-	1,5
Орточо балл ICIQ-SF	-	12

Табарсыктын моюнчасын калыптандыруунун модификацияланган методикасын колдонгон негизги топтогу оорулууларда заараны кармоо функциясынын бул анализи простата безинин рагы хирургиясында ийгиликтүү

функционалдык натыйжа катары бааланат, ал заараны толук кармоо деңгээлине чейин кийинки реабилитациялоого мүмкүнчүлүгү жогору.

Операциядан кийинки 1 жылдын аягында везико уретралдык анастомоздун стенозу жана простата безинин рагынын өсүшү менен байланышкан 8 (5,5%) оорулууларда заара чыгаруунун бузулушу байкалган. Төмөнкү заара жолдорунун белгилерин баалоо бардык изилденген бейтаптарда жүргүзүлгөн.

Бул диагноз уродинамикалык жана рентгенологиялык изилдөөлөрдүн натыйжалары менен тастыкталды. Урофлоуметрияны жүргүзүүдө 8 (5,5%) оорулууларда заара чыгаруунун обструктивдүү түрү байкалганын баса белгилөө керек. Урофлоуметриянын маалыматтары боюнча биринчи топтогу оорулууларда заара ушатуунун максималдуу ылдамдыгы 1-бейтапта байкалган (2,2%), Q көрсөткүчү максималдуу 13 мл/с түзгөн, жогору карай уретрографияда везико-уретралдык анастомоздун стриктурасы аныкталган.

Гормоналдык терапиядан 43 бейтапта терс таасирлер аныкталган (3.3.7-таблица).

3.3.2- Таблица. Гормоналдык дарылоонун терс таасирлери

№	Терс таасирлери (n=144)	абс./% саны
1	Куюлуу	21 (48,8%)
2	Гинекомастия	4 (9,3%)
3	Диарея	3 (6,9)
4	Либидонун төмөндөшү	39 (90,6%)

Четтетилген материалдарга гистологиялык изилдөөнүн жүрүшүндө оорулуулардын бөлүгүндө оң хирургиялык чети бар экендиги аныкталган жана пациенттердин ХЧП болушуна жараша бөлүштүрүлүшү 3.3.9-таблицада чагылдырылган.

3.3.3 – Таблица. Гистологиялык экспертизанын жыйынтыктарынын көрсөткүчтөрү

Оң хирургиялык чети	1-топ	2-топ
Ооба	14 (30,4%)	12 (25%)
Жок	32 (69,6%)	36 (75%)
Бардыгы	46 адам 100%	48 адам 100%

Медикаментоздук ГТ курсу АНТИАНДРОГЕНДЕР (Бикалутамид 50 мг) менен айкалышта ЛГРГ - гозерелин (Золадекс 3,6 мг) аналогдорун дайындоо менен ишке ашырылды. Гормоналдык дарылоо интермитациялык режимде

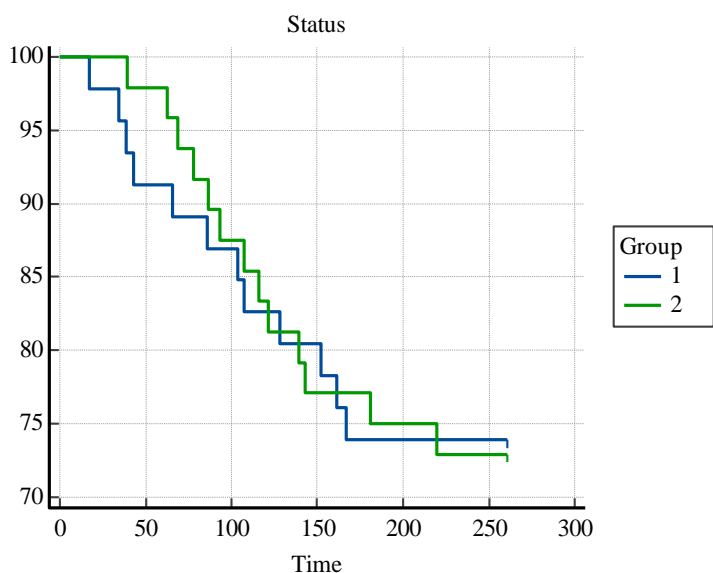
жүргүзүлүп, дарылоо ПСА >20г\мл 6-9 айга чейин көтөрүлүп, кандагы ПСА сары суусу азайган мезгилге жараша улантылды.

60 айлык байкоо учурунда 1-топто 11, 2-топто 13 бейтап каза болгон (3.3.12- таблица).

Мазмуну 3.3.4- Таблица. Жашоонун натыйжалары

Каза болду	1-топ	2-топ
	11 (23,9%)	13 (27,1)

Операциядан кийинки мезгилде ПСАнын деңгээлин баалоо бардык пациенттерге 3 айдын ичинде ай сайын, үч айда бир жолу, бир жыл ичинде жарым жыл сайын, андан кийин жылына 1 жолу 3-5 жыл аралыгында жылына бир жолу жүргүзүлгөн. Биохимиялык рецидивдин пайда болушу негизинен байкоонун биринчи жылында байкалган жана 2,5-3 жылдан кийин кыйла азайган.



3.3.2-Сүрөт. Жалпы 5 жылдык жашап кетүүнүн салыштырма диаграммасы



3.3.3-Сүрөт. Урофлоуметриялык изилдөөнүн узак мөөнөттүү жыйынтыктары

Ошентип, кафедралык иштеп чыгуунун сунушталган методу клиникалык-лабораториялык көрсөткүчтөр, уродинамика жана УҮИнин маалыматтары, хирургиялык чектин гистологиялык изилдөөсү, 5 жылдык жашап кетүүнүн болжолу, симптоматика динамикасынын жыйынтыктары боюнча стандарттык ыкмага салыштырмалуу жогорку натыйжалуулукту көрсөттү, жалпысынан алганда бул сурамжылоого ылайык, бейтаптардын жашоо сапаты көбөйгөнүн көрсөтүп турат, маалыматтар узак мөөнөттө жана ИМАБ менен айкалышта тастыкталды, бул ПБРдин жергиликтүү жайылган формасы менен улгайган курактагы бейтаптарды хирургиялык дарылоо үчүн оптималдуу методду тандоо болуп саналат.

КОРУТУНДУ

1. Простатэктомиядан кийин табарсыктын моюнчасын калыптандыруунун иштелип чыккан методун колдонуу заараны кармоо функциясын толук калыбына келтирүүгө жана операциядан кийинки эрте уретро-везикулярдык анастомоздун жөндөмсүздүгүнө байланыштуу мүмкүн болгон кыйынчылыктарды азайтууга мүмкүндүк берет. Мындан тышкары, бейтаптардын урологиялык стационарда болушун азайтууга жардам берет.

2. Биздин клиника тарабынан иштелип чыккан табарсыктын моюнчасын калыптандыруу ыкмасы I группадагы пациенттерде уретралдык катетерди алып салгандан кийин да, байкоонун кийинки стадияларында да сакталып турган жогорку үзгүлтүксүздүккө жетишүүгө мүмкүндүк берет, бул акырында бейтаптын жашоо сапатына минималдуу таасирин тийгизет.

3. Интермиттөөчү максималдуу андрогендик блокаданы өткөрүүнүн иштелип чыккан алгоритми дары-дармектерге финансылык чыгымдарды, АДТнын кошумча таасирлерин минималдаштырууга жана жергиликтүү

жайылган простата безинин рак оорусунун кастрациялык-рефрактердик формасынын пайда болуу убактысын кечиктирүүгө мүмкүндүк берет.

4. I, II жана III топтордун жалпы 5 жылдык жашоосу тиешелүүлүгүнө жараша 76,73 жана 62% түздү, мында I жана II топтордо клиникалык жактан олуттуу жыйынтыктар табылган жок, бирок III топто жашоо көрсөткүчү кыйла төмөн, бул пациенттердин бул тобунда кошумча соматикалык патологиялардын болушу менен шартталган.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАМА

1. Жашоо сапатын жана операциядан кийин 5 жылдык жашап кетүүнү жакшыртуу максатында, улгайган бейтаптарда ПБРди хирургиялык дарылоо тактикасын тандоодо практиктерге сунушталган ыкма сунушталат. операциядан кийинки кыйынчылыктарды кыскартууга, реабилитация убактысын кыскартууга жана узак мөөнөттө жашоо сапатын жогорулатууга мүмкүндүк берет. Жашоонун сапатын жана операциядан кийин 5 жылдык жашап кетүүнү жакшыртуу максатында улгайган бейтаптарга простата безинин рак оорусун хирургиялык дарылоонун тактикасын тандоодо практикалык дарыгерлерге табарсыктын моюнчасын калыптандыруу менен сунушталган ыкманы колдонуу сунушталат, бул операциядан кийинки кыйынчылыктарды, реабилитация убактысын кыскартат жана узак мөөнөттүү жашоонун сапатын жакшыртат.

2. Бул патология менен дарылоонун сунуш кылынган комплекстүү методунун алынган натыйжалары жана пациенттерди башкаруу тактикасынын алгоритми дарыгерлерге өмүрдүн узактыгын жогорулатууга жана операциядан кийин бейтаптардын жашоо сапатын жакшыртууга мүмкүндүк берет.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. Результаты трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы / Усупбаев А.Ч., Кылычбеков М.Б., Исаев Н.А., Акылбек С., Джапаров Ж.Т., Акматов Н.А., Иязалиев К.Т. Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – 2017. – № 3. – Б. 94-96. ISSN: 1694-6405 <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29855128>

2. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы в сочетании с хроническим калькулезным простатитом / Усупбаев А.Ч., Кылычбеков М.Б., Джапаров Ж.Т. Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2017.- Том 17. № 10. - С. 26-28 ISSN: 1694-500X

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32358112>

3. Сравнительный анализ пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики / Усупбаев А.Ч., Джапаров Ж.Т., Кылычбеков М.Б., Эстебесов Н.С., Шакиров С.С. Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – 2017. – № 3. – С. 43-45. ISSN: 1694-6405

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29855115>

4. Анализ заболеваемости болезнями предстательной железы и раннее их выявление по результатам научного проекта исследования мужского населения в Кыргызской Республике Кенеев Р.Н., Сатыбалдиев Э.Э., Стамбекова К.Н., Кылычбеков М.Б. Здравоохранение Кыргызстана научно-практический журнал 2022, № 3, - С. 140-147 ISSN 1694-8068

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49427502>

5. Возможности применения трансуретральной резекции у больных раком предстательной железы Кылычбеков М.Б., Кузебаев Р.Е. Здравоохранение Кыргызстана научно-практический журнал 2022, № 3, - С. 171-176 ISSN: 1694-8068

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49427506>

6. Минималдык инвазивдуу хирургиянын простата безинин рагы менен ооруган бейтаптарга колдонуу жыйынтыктары Усупбаев А.Ч., Кылычбеков М.Б., Кузебаев Р.Е. Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – 2023. – № 3. – С. 79-85. ISSN: 1694-6405

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=67520483>

7. Патент «Способ формирования шейки мочевого пузыря при радикальной позади лонной простатэктомии» Усупбаев А.Ч., Акылбек С Интеллектуальная собственность Кыргызпатент Официальный бюллетень №8 - 2017. С. 7-8. ISSN 1694-6871 <http://patent.gov.kg>

Курманбеков Нурбол Курманбековичтин «Простата безинин рагынын жергиликтүү жайылган формасы менен улгайган бейтаптарды айкалыштырып дарылоо» деген темадагы 14.01.23 – урология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: простата безинин рагы, простата рагынын жергиликтүү жайылган формасы, дарылоо, улгайган эркектер.

Изилдөөнүн максаты: Комплекстүү дарылоону оптималдаштыруу аркылуу простата рагынын орто жана жогорку коркунучу бар улгайган пациенттердин жашоо саатын жакшыртуу

Изилдөөнүн объекти: 2010-жылдан 2023-жылга чейин Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин алдындагы

Республикалык илимий урология борборунда дарыланган 144 улгайган бейтап (ДСУнун жаш классификациясына ылайык) жергиликтүү жайылган простата рагы (Т3-4N0M0 жана каалаган T N1 M0) боюнча дарылануудан өткөн.

Изилдөөнүн предмети: улгайган пациенттерде жергиликтүү жайылган простата рагын дарылоонун натыйжалуулугун изилдөө.

Изилдөө ыкмалары: жалпы (клиникалык, лабораториялык, биохимиялык), атайын (УФМ, ПСА, гистологиялык, анкета), инструменталдык, ретроспективдүү жана проспективдүү анализдер, статистикалык методдор

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңылыгы. Простата рагынын жергиликтүү жайылган бейтаптарга радикалдуу простатэктомия жасоо убагында, простата безинин апекси жана табарсыктын моюнчасы жабыркаганы аныкталган учурларда, везико-уретралдык анастомозду түзүү методу иштелип чыккан. Ал эми радикалдуу простатэктомиядан кийин 5 жылдык жашоону болжолдоо менен простата рагы менен ооруган бейтаптарды жашоо өмүрү аралыгында айкалыштуу дарылоонун эффективдүү ыкмасы сунушталды.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар. Негизги корутундулар жана сунуштар урологиялык онкология практикасында, ошондой эле окуу процессинде жана илимий изилдөөдө простата безинин локалдык өнүккөн рагы менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоодо колдонулушу мүмкүн.

Колдонуу чөйрөсү: урология жана андрология, онкоурология.