

**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 616.65-006-08-053.9

КУРМАНБЕКОВ НУРБОЛ КУРМАНБЕКОВИЧ

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

14.01.23-жыл - урология

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
авторефераты

Бишкек – 2025

Иш И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын М.Т. Тыналиев атындагы дипломго чейинки жана дипломдон кийинки билим берүүнүн урология жана андрология кафедрасында аткарылды.

Илимий

жетекчиси:

Усупбаев Акылбек Чолпонкулович

медицина илимдеринин доктору, профессор,
КР УИАнын корр.-мүчөсү, И. К. Ахунбаев атындагы
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын М.
Т. Тыналиев атындагы дипломго чейинки жана
дипломдон кийинки билим берүүнүн урология жана
андрология кафедрасынын башчысы

Расмий

оппоненттер:

Нагиев Рауф Нариман оглы

медицина илимдеринин доктору, профессор,
Азербайжан медициналык университетинин урология
кафедрасынын башчысы

Абдыкалыков Мурадил Барыктабасович

медицина илимдеринин кандидаты, доцент,
С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык институтунун кайра даярдоо жана
квалификацияны жогорулатуу нефрология жана
гемодиализ курсу менен урология кафедрасынын
доценти.

Жетектөөчү мекеме: С.Д. Асфендияров атындагы Казак Улуттук
медициналык университети. Урология кафедрасы, (050060, Казакстан
Республикасы, Алматы ш. Толе би к. 94)

Диссертацияны коргоо 2025-жылдын 29-майында саат 15.00 медицина илимдеринин доктору (кандидаты) 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 кеңештин отурумунда өткөрүлөт. Дареги: 720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92, конференц-залы. Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференциянын шилтемеси: <https://vc.vak.kg/b/d14-puu-lvw-wbv>

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92), Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин (720000, Бишкек ш., Киев көч., 44) китепканаларынан жана https://stepen.vak.kg/d_14_23_678/kurmanbekov-nurbol-kurmanbekovich/ сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2025-жылдын 24-апрелинде жөнөтүлдү.

**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 [Н. К. Исаева, 2014; Mamello Sekhoacha et al., 2022] жана [А. Jemal et al.; 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 [С. В. Попов жана авторлош., 2018]. Анын таралышы географиялык жайгашуусу, жашы, этникалык таандыктыгы жана медициналык текшерүүдөн жана дарылоодон өтүү деңгээли сыяктуу ар кандай факторлорго жараша өзгөрүп турат [М. Fiona Frame, J. Norman Maitland, 2019; Н. Kevin Kensler et al., 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 [S. Zachary Dovey et al., 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.

Диссертация темасынын артыкчылыктуу илимий багыттар, ири илимий программалар (долбоорлор) жана негизги илимий-изилдөө иштери менен байланышы. Диссертациялык иштин темасы өз демилгеси менен аткарылган.

Изилдөөнүн максаты. Простата рагынын жергиликтүү жайылган түрү менен жабыркаган улгайган курактагы бейтаптардын жашоо сапатын дарылоонун ылайыктуу айкалышкан ыкмасын тандоо аркылуу жакшыртуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. 2004–2023-жылдар аралыгында Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпиталдын Улуттук урология борборунда простата безинин рагы оорусуна ретроспективдүү талдоо жүргүзүү;

2. Хирургиялык дарылоого болгон көрсөтмөлөр менен каршы көрсөтмөлөрдү бирдиктүү негизде тактап, дарылоонун айкалышкан ыкмасын тандоого болгон тактикалык мамилени негиздеп, клиникалык эффективдүүлүгүн салыштыруу аркылуу баалоо.

3. Оорулуулардын жашоо сапатын жана узак мөөнөттүү комбинацияланган терапияны колдонуудан кийин беш жылдык жалпы жашоого баа берүү

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыгы.

1. Простата безинин жергиликтүү жайылган рагын айкалышкан ыкма менен дарылоодо илимий жактан негизделген тактикалык мамиле иштелип чыгып, хирургиялык кийлигишүүгө болгон көрсөтмөлөр жана каршы көрсөтмөлөрдү аныктоодо бирдиктүү ыкмалар түзүлүп, ар кандай дарылоо ыкмаларынын клиникалык эффективдүүлүгү салыштырма негизде бааланды.

2. Радикалдуу простатэктомия учурунда табарсык моюнчасын түзүү ыкмасы иштелип чыгып, ыкма жашоо сапатын жакшыртууга мүмкүндүк берет. Аталган ыкма Кыргыз Республикасынын №1975 2017-жылдын 31-августундагы “Радикалдуу позадилондук простатэктомияда табарсык моюнчасын түзүү ыкмасы” аттуу ойлоп табууга патент менен корголгон.

Алынган натыйжалардын практикалык мааниси. Сунушталган айкалышкан дарылоо боюнча тактикалык ыкма простата безинин жергиликтүү

жайылган рагы бар бейтаптарды дарылоодо альтернативдүү метод катары — салттуу «теннис ракеткасы» тибиндеги ыкмаларга салыштырмалуу заара кармабай калуу коркунучун азайтуу менен жашоо сапатын жана дарылоодон кийинки беш жылдык жашап калуу мүмкүнчүлүгүн жогорулатууга мүмкүндүк берет, операциядан кийинки татаалдашууларды жана реабилитация мөөнөтүн кыскартат, ошондой эле материалдык чыгымдарды үнөмдөйт.

Диссертациянын коргоого коюлуучу негизги жоболору:

1. Простата безинин жергиликтүү таралган рагы көбүнчө улгайган курактагы эркектерде кездешет. Радикалдуу простатэктомиядан кийинки негизги кабылдашууларга эрекциянын бузулушу (эректилдик дисфункция), кан кетүү, заараны кармай албай калуу жана везико-уретралдык сегменттин стенозу кирет.

2. Хирургиялык дарылоо андрогендик депривация терапиясы менен интермиттирүүчү (үзгүлтүксүз эмес) режимде айкалыштырылганда, жалпы беш жылдык жашоо узактыгын жогорулатат.

3. Айкалышкан дарылоого болгон тактикалык мамиле операциядан кийинки татаалдашууларды кыйла азайтып, айрыкча заараны кармоо жөндөмдүүлүгүн, операция жасалган бейтаптардын жашоо сапатын жана жалпы беш жылдык жашап калуу көрсөткүчүн жакшыртат.

4. **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 натыйжаларын апробациялоо. Диссертациянын материалдары боюнча алынган жыйынтыктар төмөнкүдөй иш-чараларда угулуп, талкууланган. Европа урологдордун ассоциациясынын 31-жылдык Конгрессинде (Германия, Мюнхен шаары, 2016-жыл), Кыргыз республикасынын урологдор жана андрологдор ассоциациясынын жыйынында (Бишкек шаары, 2021-жыл); КР УИАнын академиги М. М. Мамакеевдин 95 жылдыгына арналган "урологиядагы актуалдуу маселелер" Эл аралык илимий-практикалык конференциясында (Бишкек, 2022); Кыргыз Республикасынын урологдор жана андрологдор Ассоциациясынын 60 жылдыгына жана КР ССМ НГ урология илимий борборунун негизделгендигинин 20 жылдыгына арналган "Урологиядагы актуалдуу маселелер" аттуу Республикалык илимий-практикалык конференциясында (Бишкек, 2024).

Диссертациянын натыйжаларынын жарыяланышы.

Диссертациянын темасы боюнча 6 илимий эмгек жарык көргөн, анын ичинен 3 макала - РИНЦ системалары аркылуу индекстелүүчү илимий мезгилдүү, импакт-фактору 0,1 ден кем эмес болгон басылмаларда жарыяланып, Кыргыз Республикасынын 1 патенти бар.

Диссертациянын структурасы жана көлөмү. Диссертация 145 бетте компьютердик текстте терилген, киришүүдөн, адабий серептен, 3 баптан, корутундудан, практикалык сунуштардан жана колдонулган адабияттардын тизмесинен турат. Библиографиялык көрсөтмө 181 адабий булактарды камтыйт, алардын ичинен 110 - жергиликтүү жана жакынкы чет өлкөлөрдүн, ал эми 71 - алыскы чет өлкөлөрдүн авторлоруна таандык. Диссертация 29 таблица жана 46 сүрөт менен иллюстрацияланган.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

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

1-бап. «Заманбап шарттарда простата безинин рак оорусун диагностикалоо, дарылоо жана алдын алуу өзгөчөлүктөрүндө (адабий сереп)» 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-бап. Изилдөө методологиясы жана методдору.

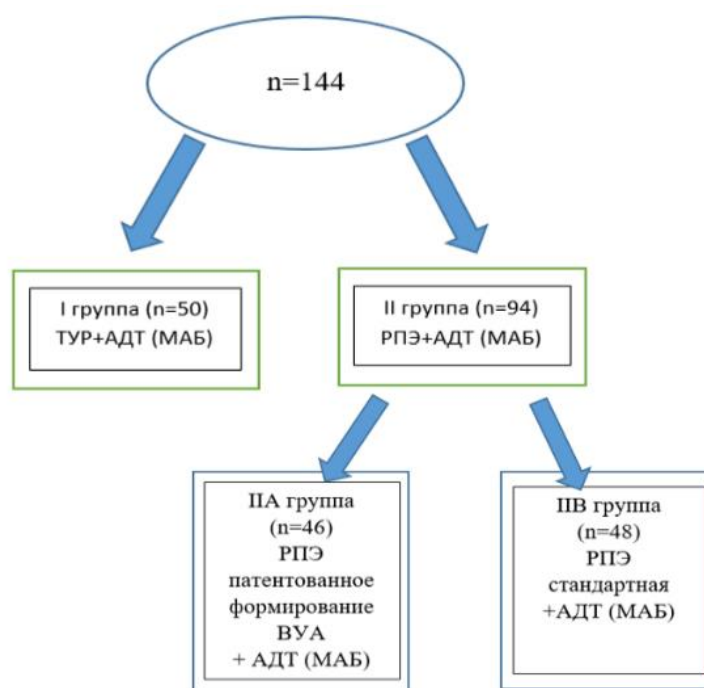
2.1 Изилдөө методологиясы. Изилдөө объектиси: 2010-жылдан 2018-жылга чейин Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин УГдун алдындагы Республикалык урология илимий борборунда дарыланган 144 улгайган бейтап (ДССУнун курактык классификациясына ылайык) простата безинин рак оорусунан (T3-4N0M0 жана каалаган TN1 M0) дарылануудан өткөн.

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

Изилдөө методдору: жалпы (клиникалык, клиникалык-лаборатордук, биохимиялык), атайын (урофлоуметрия, простатспецификалык антиген, кан, гистологиялык, анкетирлөө), инструменталдык, ретроспективдик жана проспективдик анализдер; статистикалык методдор.

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 аспектилерге салыштырмалуу сунушталган методдор менен ПБР бейтаптарды дарылоо; 4) постклиникалык – операциядан кийин 5 жылдык жашоо деңгээлин болжолдоо менен өмүр бою бейтаптарды 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 (2.1.1-сүрөт).



2.1.1-сүрөт – Бейтаптарды клиникалык топтор боюнча бөлүштүрүү.

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

2-топко (негизги топко) простата безинин апексинин катышуусу жана табарсыктын мойнуна шишик процессинин өсүшү менен байланышкан радикалдуу простатэктомиядан өткөн бейтаптар кирген. Биохимиялык рецидив пайда болгондо, табарсыктын моюнун түзүү уретро-везикалдык анастомоздун диастазын жана операциядан кийинки мезгилде заара кармай

албоо учурларын азайтуу максатында иштелип чыккан ыкма менен ишке ашырылды (неоадьювант жана адьювант).

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

2.2 Изилдөө материалдарынын жалпы клиникалык мүнөздөмөлөрү.

Жаш курагы боюнча маалыматтар текшерилген бейтаптардын орточо жашы $69 \pm 4,3$ жашты түзүп, 61 жаштан 74 жашка чейин экенин көрсөттү. Топтордогу жаш критерийлери салыштырууга болот. Мында биринчи топтогу орточо жаш курагы $67,9 \pm 4,5$ экинчи топтогу $70,9 \pm 4,0$, үчүнчү топтогу оорулуулардын орточо жашы $67,6 \pm 4,6$ болгон.

Биохимиялык рецидивге ээ болгон бардык изилдөө топторундагы бейтаптар интермиттөөчү максималдуу андрогендик блокадага дуушар болушкан, анын ичинде андроген блокадасын мезгил-мезгили менен токтотуу, дары-дармектерге финансылык чыгымдарды, АДТ терс таасирлерин азайтуу жана жергиликтүү өнүккөн ПБРдин кастрация-рефрактериялык формасынын пайда болуу убактысын кечендетүү. ИМАБды токтотуу же кайра баштоо чечими мониторингдин жыйынтыгына жараша болгон.

2.3 Изилдөөнүн этаптары: ретроспективдүү, келечектүү, клиникалык, статистикалык. Бардык бейтаптар Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин 2014-жылдын 17-ноябрындагы № 626 буйругу менен бекитилген урологиялык оорулар боюнча клиникалык протоколго ылайык текшерилген. Мындан тышкары, кошумча магниттик-резонанстык томография, компьютердик томография (көрсөтмөлөр боюнча), урофлоуметрия, простата безинин биопсиясы морфологиялык текшерүү менен ТРУЗИ көзөмөлүндө. ICIQ-SF — анкета симптомдору жана заара кармабоо жашоонун сапатына тийгизген таасирин баалоо үчүн, IPSS — простата оорусунун эл аралык симптомдорунун шкаласы жана PAD-тест — стрессти кармай албаган зааранын санын аныктоо.

2.4 Дарылоо ыкмалары. Простата безинин трансуретралдык резекциясы неоадьюванттык терапияга карабастан, заара чыгаруунун чечилбеген курч кармалышы, заара чыгаруунун өнөкөт кармалышы жана инфравезикалдык тоскоолдук жөнүндө объективдүү жана субъективдүү маалыматтар менен 50 пациент тарабынан аткарылган.

Теннис ракеткасы «сыяктуу радикалдуу простатэктомия простата безинин жергиликтүү өнүккөн рагы менен ооруган 48 улгайган пациенттерде жасалган жана ПЖны алып салгандан кийин табарсыктын арткы четине үзүлгөн тигиштер коюлуп, дал келген диаметрге тешик пайда болгон. уретранын. Андан кийин былжыр чел бурулуп, табарсыктын булчуң катмарына тигилген. Тигилер кадимки циферблаттын 3,6,9,12 саатында синүүчү синтетикалык жип менен капталган, ал эми ийне булчуң бөлүгүнөн люмен багытында сайылган. Шарттуу циферблаттын тиешелүү чекиттеринде табарсыктын мойнундагы пайда болгон тешик ошол эле жиптер менен

тигилген. Андан кийин баллондук катетер уретра аркылуу табарсыктын көңдөйүнө киргизилип, уретро-везикалдык анастомоздун пайда болушунун акыркы этабында анастомоздук тигиштер ырааттуу түрдө байланган.

Радикалдуу арткы простатэктомия иштелип чыккан ыкманы колдонуу менен 46 улгайган эркектерге жасалган. Табарсыктын моюнчасынын пайда болуу этаптары табарсыктын алдыңкы бетине вертикалдуу 3,0x2,5 см өлчөмүндөгү L түрүндөгү капкакты, ал эми горизонталдык бөлүгү 3,0x1,5 см кан тамыр сабагында, андан кийин вертикалдуу бөлүгүн бөлүп алуудан турган. табарсык капкагынын бөлүгү түтүк түрүндө бүктөлгөн жана тигиш уретралдык катетердин айланасында капкактын перпендикулярдык бөлүгүнүн өтүү жерине оролгон тигиш менен жасалган. Андан кийин пайда болгон түтүктүн алыскы учу капкактын горизонталдык бөлүгү менен оролуп, сфинктердик механизмди түзүшөт, акыркысы үзүлгөн тигиштер менен бекитилет, андан кийин табарсыктын калган кемчилиги тигилет. Андан кийин пайда болгон табарсык моюну былжыр челдер толук тийгенге чейин уретранын оозуна чөмүлдүрүлүп, андан кийин тигилип, везикоуретралдык анастомоз пайда болгон.

Андроген-депривация терапиясы (неoadъювант, адъювант) лютеиндештирүү гормонунун рилизинг-гормонунун аналогдорун антиандрогендер менен бирге 6-24 ай бою интермиттөө режиминде киргизүү жолу менен жүргүзүлгөн. Простата-спецификалык антигенинин деңгээли жогорулаганда ПСА<4 нг\мл.

Биохимиялык рецидивге ээ болгон бардык изилдөө топторундагы бейтаптар андроген блокадасын мезгил-мезгили менен токтотууну камтыган, дары-дармектерге финансылык чыгымдарды, андроген менен күрөшүү терапиясынын терс таасирлерин минималдаштыруу жана жергиликтүү простата безинин кастрациялуу-рефрактериялык формасынын пайда болуу убактысын кийинкиге калтырууну камтыган максималдуу андрогендик блокададан өтүштү. Максималдуу андрогендик блокаданы токтотуу же кайра баштоо чечими мониторингдин жыйынтыгына жараша болгон.

2.5 Материалды статистикалык иштетүү ыкмалары. Изилдөөлөрдүн натыйжасында алынган материалды статистикалык иштетүү жеке компьютерде стандарттуу «Microsoft Excel 2013» программалык пакетинин программаларын жана IBM SPSS Statistics 21.0 программасын колдонуу менен ишке ашырылган. Орточо чоңдуктарды (M), стандарттык четтөөлөрдү (0), стандарттык орточо (t) катаны жана мүмкүн болгон катаны (p) эсептөө менен статистикалык иштетүү ыкмалары. Топтордун ортосундагы айырмачылыктардын ишенимдүүлүгү Стюденттин параметрдик критерийин (t - ишенимдүүлүк критерийи же ишеним коэффициент), «p» - катасыз болжолдоонун ишенимдүүлүк критерийин $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$ (95,0%, 99,0%, 99,9%). Натыйжалар $p < 0,05$ үчүн ишенимдүү деп эсептелген.

3-бап. Жеке жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн жыйынтыктары. Простата безинин рагы менен ооруган бейтаптарды айкалыштырылган дарылоонун натыйжалуулугун салыштырмалуу баалоо.

3.1 Стационардык шартта жергиликтүү таралган простата безинин рагы менен ооругандардын диагностикасын жана дарылоо ыкмасын тандоону ретроспективдик анализдөө. Урология илимий борборунда 20 жыл бою дарыланган бейтаптардын анализинин жыйынтыгын чагылдырат, ага ылайык, простат безинин рагы менен ооруган 1117 бейтаптын ичинен 53%дан ашыгы 60 жаштан 74 жашка чейинки эркектер болгон. Радикалдуу простатэктомия жана андроген-депривация терапиясы менен дарыланган бейтаптардын ичинен 78,58%ында шишик жергиликтүү кеңири таралган (Т3–Т4) баскычта аныкталган. Башкы татаалдашуулар — заараны кармабоо, эректилдик дисфункция жана ретрограддык эякуляция болду.

Бейтаптардын медициналык жана социалдык портрети, кайрылуусу, ооруунун узактыгы, социалдык макамы, жалпы симптомдору, кошумча оорулары жана эмгекке жарамдуулугу тууралуу маалыматтар 2-бөлүмдө кеңири баяндалган.

Ошондой болсо да, бейтаптардын стационарга түшкөндө билдирген даттануулары боюнча маалыматтарды 4 жаш курактык топко бөлүп көрсөтүү зарыл деп эсептейбиз (табл. 3.1.1).

Таблица 3.1.1 – Стационарга түшүү маалында бейтаптардын симптомдору жаш өзгөчөлүгүнө жараша (n = 1117), %

Симптомдор	Бейтаптардын жаш курагы (жыл)							
	45-59 л (n=186)		60-75л (n=585)		76-90л (n=319)		90 жана жогору жыл (n=27)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Даттануу жок	9	4,8	41	7	17	5,32	4	14,8
Тез-тез заара ушатуу	139	74,73	406	69,4	214	67,08	11	40,74
Алсыз заара агымы	146	78,49	504	86,15	267	83,69	9	33,3
Үзгүлтүктүү заара ушатуу	92	49,46	349	59,65	198	62,06	11	40,7
Табарсыктын толук бошобой калганын сезүү	124	66,6	468	80	287	89,96	5	18,5
Странгурия	118	63,44	436	75,52	176	55,17	9	33,3
Ноктурия	132	70,96	496	84,78	139	43,57	14	51,85
Зааранын чукул токтошу	41	22,04	154	26,32	62	19,43	16	59,25
Инконтиненция	75	40,32	103	17,6	49	15,36	3	11,1
Жамбаш чарасындагы, белдеги, буттагы оорулар	17	9,1	107	18,29	71	22,25	23	85,18
Эректильдик дисфункция	69	37,09	394	67,35	228	71,47	0	0
Гематурия	24	12,9	69	11,79	41	12,85	12	44,4
Арыктоо	43	23,11	98	16,75	28	8,7	18	66,6

Бейтап баяндардын негизинде стационарга келген учурда 1 жана 4 жаш курактык топтогу бейтаптар (эң жаш жана эң улгайган) даттанууларды билдирген эмес.

60–75 жаш курактагы бейтаптар (n = 585) жалпынын 52,4% түзүп, эң көп кайталанган даттануулар дал ушул топтон келген. Алардын ичинен тез-тез заара кылуу 36,4% менен бардык жаш курактык топтордо эң кеңири таралган симптом катары белгиленген.

“Алсыз заара агымы” симптому ар кандай ооруларга жана абалдарга байланыштуу болушу мүмкүн, айрыкча улгайган бейтаптарда. Анын эң кеңири таралган себептери: простата безинин залалсыз шишиги, уретра стриктурасы, неврологиялык бузулуулар, заара таштар оорусу жана жогорку заара жолдорунун инфекциялары. Анализдер көрсөткөндөй, бул симптом 60–75 жаштагы бейтаптарда эң жогорку көрсөткүчкө жеткен (86%). Ошондой эле бул курактык топто төмөнкү симптомдор да белгиленген: үзгүлтүктүү заара ушатуу – 60%, странгурия (оорулу заара ушатуу) – 74%, табарсыктын толук бошобой калган сезими – 80%, ноктурия (түндө заара кылуу) – 85%.

Эректильдик дисфункция да жаш куракка жараша көп кездешип, 63%га жеткен, бул аталган жаш тобу үчүн күтүлгөн жыйынтык. Зааранын чукул токтошу бардык симптомдордун ичинен эң аз катталган, бирок ар бир жаш курактык топто жолуккан.

Инконтиненция (заараны кармабоо) 90 жаштан жогору курактагы бейтаптар арасында эң аз кездешкен (11%), бул курактык өзгөрүүлөр же кошумча оорулар менен байланыштуу болушу мүмкүн.

Жамбаш, бел, жоон сан жана пубис аймактарындагы оорулар эң көп 90 жаштан улуу бейтаптарда катталган (85%), бул кошумча оорулардын же дегенеративдик өзгөрүүлөрдүн белгиси болушу мүмкүн.

Гематурия же бейтаптар тарабынан "кызыл заара" деп сыпатталган симптом бардык курактык топтордо катталган, бирок эң көп 90 жаштан жогору куракта (44%).

Салмак жоготуу да негизинен 90 жаштан жогорку курактагы бейтаптарда байкалган (67%), бул жалпы ден соолугунун начарлашына байланыштуу болушу мүмкүн.

Ошентип, жаш курак менен симптомдордун санынын өсүшү ортосунда байланыш бар экендиги байкалат. Эң көп кездешкен симптомдор — тез-тез заара ушатуу, алсыз заара агымы жана табарсыктын толук бошобой калган сезими — улгайган бейтаптарда эң көп кездешүүчү белгилер.

Мындан ары диагностикалык стандартка ылайык, бардык бейтаптарга простата безинин ТРУДИси (трансректалдык ультрадобуш изилдөөсү) жүргүзүлгөн. Бул изилдөө простатанын жана анын айланасындагы ткандардын абалын баалоого мүмкүндүк берет жана простата безинин рагы сыяктуу ооруларды так аныктоого жардам берет.

Жаш курактык бөлүнүштө алынган маалыматтар 3.1.2 таблицада көрсөтүлгөн.

Таблица 3.1.2 – Пациенттердин УЗИ жыйынтыктары жаш куракка жараша (n=1117)

Маалыматтар	Бейтаптардын жаш курагы (жыл)			
	45-59ж (n=186)	60-75ж (n=585)	76-90ж (n=319)	90 жана жогору жыл (n=27)
Простатанын көлөмү, см ³	59,4	62,7	67,3	51,64
Простатанын тегиз эмес контуру, %	49,7/89	53,3/312	92,7/296	88,9/24
Простата структурасынын гетерогендүүлүгү, %	72,6/135	78,3/458	76,5/244	85,2/23
Кальцинаттар, %	33,9/63	3,8/22	15,0/48	11,1/3
Простата аномалиялары %	8,1/15	0,9/5	4,1/13	0,0

3.1.2-таблицанын маалыматына ылайык, простата безинин көлөмү жаш курак менен бирге өсүп жатканын көрүүгө болот: 45–59 жаштагы топтон баштап 76–90 жаштагы топко чейин көлөм 59,4 см³тен 67,3 см³ке чейин жогорулаган. Бирок 90 жаштан жогору топто простатанын көлөмү болжол менен 51,6 см³ке чейин азайган. Бул атрофиялык өзгөрүүлөргө же бул курактагы изилденген бейтаптардын аз сандуулугуна байланыштуу болушу мүмкүн.

УЗИ сканирлөөсүндө табылган простата контурунун тегиз эместик көрсөткүчтөрү жогорку деңгээлде: биринчи топто 49,7%дан, үчүнчү топто 92,7%га чейин жетет.

Простата структурасынын бир тектүү эместиги да жаш курак менен өсүү тенденциясын көрсөтөт — 72,6%дан 85,2%га чейин.

Кальцинаттар эң көп биринчи жаш курактык топто кездешкен, ал эми эң аз — 60–75 жаштагы экинчи топто.

Простата аномалияларынын аныкталышы бардык курактык топтордо төмөн деңгээлде калган.

Жыйынтыктап айтканда, простата безинин рагына мүнөздүү УЗИ белгилери төмөнкүлөрдү камтыйт: простатанын көлөмүнүн 90 жашка чейин чоңоюшу, андан соң кыскарууга тенденциясы, контурдун өзгөрүшү (тегиз эмес формалар), кальцинаттардын көбүрөөк жаш бейтаптарда жана сейрек улгайган бейтаптарда кездешүүсү, аномалиялар сейрек катталып, бардык курактарда бирдей аз кездешет.

Андан ары простаталык спецификалык антигенинин кандагы орточо көрсөткүчтөрү боюнча маалыматтар жаш курактык бөлүнүштө берилет (табл. 3.1.3).

Таблица 3.1.3 – Пациенттердин кандагы простаталык спецификалык антигенинин орточо көрсөткүчтөрү жаш куракка жараша жайгашуусу (n = 1117)

Жаш курак	Көрсөткүчтөр					
	Орточо (Mean), нг/мл	Стандарттык четтөө (SD)	Минималды к маани (Min), нг/мл	Медиана (Median), нг/мл	75тик перцентиль (Q3), нг/мл	95% ДИ

<i>Таблицанын уландысы</i>						
45-59 ж (n=186)	20,2	5,561	3,65	31,46	57	51,13- 62,24
60-75ж (n=585)	32,0	6,879	1	23,8	74	59,52- 63,18
76-90ж (n=319)	30,5	3,901	3,9	35,91	83	54,39- 58,91
90 жана жогоруу жыл (n=27)	41,6	5,806	9,8	48,6	91	68,06- 71,67

Простата спецификалык антигенинин деңгээлин изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча кандын курамындагы деңгээли жаш куракка жараша жогорулай турганын көрсөтөт. Эң төмөнкү деңгээл 45–59 жаштагы бейтаптарда байкалган — $20,2 \pm 5,5$ нг/мл, ал эми эң жогорку көрсөткүч 90 жаштан жогорку бейтаптарда — $41,6 \pm 5,8$ нг/мл. Бул өз кезегинде жаш өткөн сайын простата ооруларынын тобокелдиги жогорулайт деген далилденген фактты тастыктайт.

Простата спецификалык антигенинин деңгээлинин медианасы да ар башка курактык топтордо өзгөргөн: 45–59 жаштагы топто — 31,46 нг/мл, 60–75 жаштагы топто — 23,8 нг/мл, бул айырма Простата спецификалык антигенинин деңгээли төмөн бейтаптардын саны көп экендигин көрсөтүшү мүмкүн.

95% ишеним интервалы ар бир топ үчүн простата спецификалык антигенинин деңгээлинин өзгөрүү чегин көрсөтөт. Кең интервалдар простата спецификалык антигенинин көрсөткүчтөрүнүн жогорку өзгөрмөлүүлүгүн билдирет.

Жыйынтык катары, простата спецификалык антигенинин деңгээли менен жаш курактын ортосунда түздөн-түз байланыш бар, жана жаш өткөн сайын простата ооруларынын коркунучу жогорулайт.

Простата безинин морфологиялык изилдөөсүнүн жыйынтыктары жалпы простата спецификалык антигенинин деңгээлине жараша каралган учурда, простата спецификалык антигенинин деңгээли жогору болгон бейтаптарда простата безинин рагы көп аныкталганын көрсөткөн (табл. 3.1.4).

Таблица 3.1.4 – Пациенттердин жаш курагына жараша простата спецификалык антигенинин деңгээли менен биопсиянын жыйынтыктары (n = 1117)

Маалыматтар	Бейтаптардын жаш курагы (жыл)			
	45-59ж	60-75ж	76-90ж	90 жана жогору жыл
Аныкталган аденокарциномалардын үлүшү, %	3,31%	10,7%	5,71%	0,48%
Простатанын заласыз шишиги, %	12,56%	35,66%	19,83%	2,09%
Простата спецификалык антигенинин орточо мааниси	20,2	32,0	30,5	41,6
Патология жок	6,87%	1,95%	1,002%	0%

Диаграммдан көрүнүп тургандай, аденокарцинома эң көп 60–75 жаштагы бейтаптарда байкалган (10,7%). Ал эми эң улгайган курактагы топто (90 жаш жана андан жогору) бул көрсөткүч эң төмөн — 0,48%. Бул изилдөөгө тартылган бейтаптардын санынын аздыгы же карылардагы патологиянын өзгөчөлүктөрү менен түшүндүрүлүшү мүмкүн. 45–59 жаштагы топто аденокарциноманын үлүшү 3,31%, 76–90 жаштагы топто — 5,71% болгон.

Простатанын залалсыз шишиги эң жогорку пайызда 60–75 жаштагы топто катталган — 35,66%. Бул жаш өткөн сайын простата ооруларынын коркунучунун жогорулашы менен байланыштуу. Ошол эле учурда 90 жаштан жогору топто бул көрсөткүч кескин төмөндөп, 2,09% түзгөн — бул оорунун азайышы же башка факторлор менен байланыштуу болушу мүмкүн.

Простата спецификалык антигенинин деңгээлинин орточо көрсөткүчүн көрсөткөн графикалык сызык простата спецификалык антигенинин деңгээли менен бейтаптын жашынын ортосунда так байланыш бар экенин тастыктайт. Простата спецификалык антигенинин жогорулаган сайын, простатанын ооруларынын аныкталуу ыктымалдыгы жогорулайт.

Бул алынган маалыматтар карылар арасында простата ооруларынын түрдүүлүгүн түшүнүү үчүн кошумча изилдөөлөрдү жүргүзүүнүн маанилүүлүгүн баса белгилейт жана эрте аныктоо боюнча стратегияларды иштеп чыгуунун зарылдыгын көрсөтөт.

Андан ары дарылоо ыкмаларынын натыйжалары, медициналык тарыхтардын негизинде сүрөт 3.1.2де берилген. Ал жакта төмөнкүдөй маалыматтар камтылган: ТУР операциясы – 12,4% бейтапка жасалган, ДЛТ ыкмасы – 12,2%, Химиотерапия – 9,8% бейтапка дайындалган, Цистостомия – 35% учурда колдонулган, Ачык РПЭ – 31,2% бейтапка жүргүзүлгөн. Бул категориядагы бейтаптардын ичинен: карылар (60–74 жаш) – 63,5%, өтө улгайгандар (75+ жаш) – 24,7% ачык хирургиялык дарылоо алган. РПЭден кийинки гистологиялык изилдөөлөрдүн жыйынтыгы боюнча төмөнкүдөй диагноздор коюлган: локалдуу простата рагы – 21,4% учур, жергиликтүү кеңири таралган простата рагы – 78,5% учурларда карылар арасында (60–74 жаш) катталган.

Ошондой эле, дарылоо ыкмасынан көз карандысыз түрдө, бардык бейтаптар гормоналдык терапия алышканын белгилей кетүү керек.

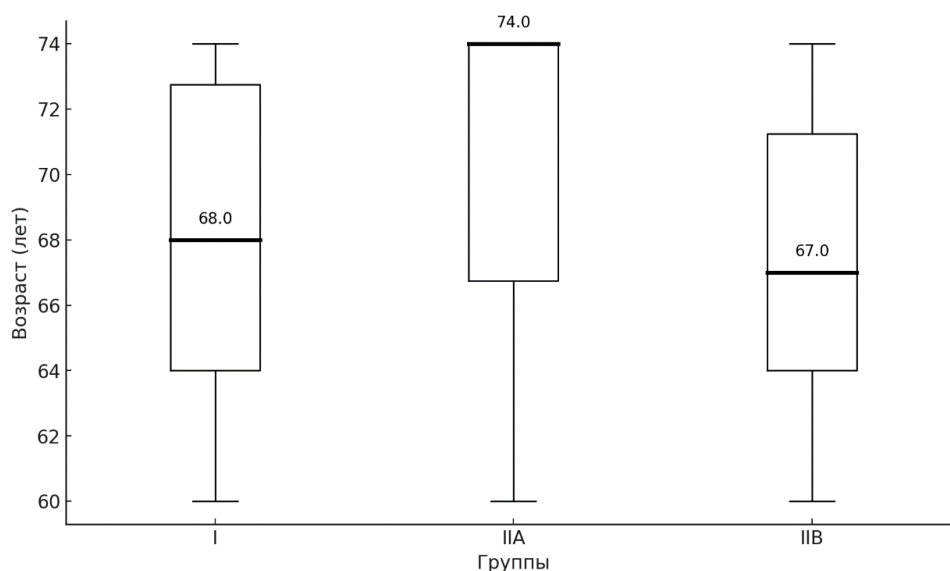
3.2. Сунушталган ыкманын радикалдык простатэктомия жана трансуретралдык резекция аспектилеринде клиникалык эффективдүүлүгүн баалоо

Койулган милдеттерге ылайык, изилдөө үч клиникалык топто жүргүзүлдү. Алар төмөнкүдөй: I топ – 2004-жылдан 2023-жылга чейин максималдуу андрогендик блокада режиминде андрогендерди басуучу терапия менен коштолгон трансуретралдык резекциядан (ТУР) өткөн, жергиликтүү таралган простата безинин рагы (ПБР) бар 50 бейтаптан түзүлгөн; II топ – простатанын түбүн жана шишик процесси табарсык моюнчасына (ЗМО) тараган учурлар менен байланышкан, радикалдуу простатэктомия (РПЭ) жасалган 94 бейтаптан түзүлгөн. Бул топ эки кичи топко бөлүнгөн: ПА топ –

кафедра тарабынан иштелип чыккан сунушталган ыкма менен операция жасалган 46 бейтап,

IIВ топ – «теннис ракеткасы» тибинде табарсык уретра анастомозу түзүлүп, стандарттуу РПЭ ыкмасы менен операция жасалган 48 бейтап.

Изилденген топтордогу бейтаптардын жаш курагы сүрөттөөчү статистиканын жардамы менен талданган (сүрөт 3.2.1), алар медиананы, квантилдерди (25% жана 75%), минималдуу жана максималдуу маанилерди, ошондой эле четке чыккан көрсөткүчтөрдү камтыган. Бардык топтордо бейтаптардын жашы 61ден 74 жашка чейин өзгөргөн, эң көп кездешкен жаш курак 68 жаштын тегереги болгон. IIА тобунда бейтаптардын көпчүлүгү 72 жаштан жогорку куракта топтолгон – айрыкча 73–74 жаш интервалында. Ал эми IIВ тобу 61ден 75 жашка чейинки диапазондо бир калыпта таралган, белгилүү бир чокусуз.



Сүрөт 3.2.1 Салыштырылган топтордогу жаш өзгөчөлүгүнүн чеги боюнча маалыматтар

Эң кеңири таралган симптом катары бат-бат заара ушатуу 80% бейтаптарда байкалган. Бул табарсыктын дүүлүгүүсүнүн күчтүүлүгүн көрсөтүп, детрузордун гиперактивдүүлүгүн же табарсыктын функционалдык сыйымдуулугунун азайышын билдирет. Заара агымынын алсыздыгы жана заара ушатууда кыйналыш – экинчи жана үчүнчү орундарды ээлеген, тиешелүүлүгүнө жараша 72% жана 70% бейтаптарда кездешкен. Бул көрсөткүчтөр көбүнчө инфравезикалдык тоскоолдуктун (негизинен чоңойгон простата безинен улам) бар экенине байланыштуу болуп, көпчүлүк бейтаптарда дизуриянын тоскоолдук мүнөзүн ырастайт.

Түнкү заара ушатуу (никтурия) 36% бейтапта байкалган, бул көбүнчө диурез ритминин бузулушу жана детрузордун функциясынын начарлашы менен байланыштуу.

Зааранын үзгүлтүксүз агымы (28%) жана табарсыктын толук бошобой жатканы тууралуу сезим (26%) да көп кездешкен симптомдордун катарында болуп, бул табарсыктын жыйрылышы менен сфинктердин ачылышынын

координациясынын бузулушун же толук жоюлбаган тоскоолдукту билдирет. Кээ бир бейтаптарда – 12% учурларда – курч заара кармалуусу байкалган, бул заара чыгаруунун толук тоскоолдугу болгон эпизоддорду билдирет. Сейрек кездешкен белгилерге заара кармабай коюу жана гематурия (ар бири 4%) кирет. Аталган белгилер бул изилдөөдө диагностикалык мааниге көп ээ болбосо да, айрым бейтаптар үчүн клиникалык жактан маанилүү болушу мүмкүн.

Андан ары хирургиялык дарылоонун эффективдүүлүгүн баалоо критерийлери дарылоого чейин жана стационардан чыгарылган учурга карата салыштырылган топтордо берилет. Дарылоого чейинки жана чыгаруу учурундагы клинико-функционалдык көрсөткүчтөр 3.2.2-таблицада көрсөтүлгөн.

Таблица 3.2.2 – Дарылоого чейин жана чыгарууда клинико-функционалдык көрсөткүчтөр ($M \pm m$)

Көрсөткүчтөр	Салыштыруу группалары					
	I группа		IIA группа		IIB группа	
	Чейин	Кийин	Чейин	Кийин	Чейин	Кийин
Гемоглобин, г/л	129,5 ±20,3	119,7 ±15,4	130 ±30,5	124,7 ±21,4	130,5± 16,3	123,9 ±14,8
P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
ПСА нг/мл	31,98 ±2,99	3,9 ±0,89	33,4 ±3,05	0,89 ±0,42	30,49 ±4,08	1,02 ±0,39
P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
IPSS, упайлары	21,36 ±0,81	5,96 ±0,31	20,16 ±0,76	6,15 ±0,26	19,3 ±0,99	5,5 ±0,36
P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Qmax, мл/с	9,1 ±0,3	14 ±0,52	10,7 ±0,36	16,1 ±0,37	9,9 ±0,29	15,3 ±0,38
	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Калдык заара, мл	80,2 ±2,06	30,3 ±1,41	80,4 ±2,31	26,5 ±0,91	77,5 ±2,95	27,5 ±1,2
P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Gleason шкаласы, упай	7,18 ±0,13	-	6,91 ±0,14	7 ±0,14	7 ±0,14	7,04 ±0,14
P	<0,05	-	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Диаграммадагы маалыматтарга ылайык, бардык топтордо дарылоодон кийин простата спецификалык антигенинин деңгээлинин олуттуу төмөндөгөнү байкалат, бул колдонулган терапиянын эффективдүүлүгүн көрсөтөт. Статистикалык жактан маанилүүлүгү ($P < 0,05$) бул өзгөрүүлөрдү ишенимдүү деп таанууга мүмкүндүк берет.

IPSS көрсөткүчү да бардык топтордо 23,3 баллдан 5,9 баллга чейин олуттуу төмөндөдү, бул бейтаптардын абалы жакшырганын билдирет. Бул өзгөрүүлөр статистикалык жактан ишенимдүү ($P < 0,05$).

Заара ушатуунун максималдуу ылдамдыгы (Q_{max}), урофлоуметрия учурунда бардык топтордо дарылоодон кийин жогорулаган, бул да оң жыйынтык болуп, статистикалык жактан маанилүү деп табылган ($P < 0,05$).

Калдык заара көлөмү бардык топтордо олуттуу төмөндөгөн, бул заара ушатуу функциясынын жакшырышын билдирет. Бардык өзгөрүүлөр статистикалык жактан ишенимдүү ($P < 0,05$). Бирок, айырма чоң болбосо да, ПА тобундагы көрсөткүчтөр кыйла жакшыраак болгон.

Ошентип, бардык топтор дарылоодон кийин клинико-функционалдык көрсөткүчтөр боюнча олуттуу жакшыртууну көрсөттү. Простата спецификалык антигенинин деңгээлинин төмөндөшү, IPSS жана Qmax көрсөткүчтөрүнүн жакшырганы, ошондой эле калдык зааранын азайышы колдонулган терапиянын эффективдүүлүгүн тастыктайт. I топтогу Gleason шкаласы боюнча көрсөткүчтөр да оң өзгөрүүлөрдү көрсөтөт. Ошол эле учурда, биздин методика боюнча везикоуретралдык анастомоз менен дарыланган бейтаптар тобундагы көрсөткүчтөр кыйла жогору жана жогорку клиникалык эффективдүүлүктү көрсөтөт.

Бул жыйынтыктар радикалдык простатэктомия жүргүзүлгөн бейтаптарда клиникалык жана уродинамикалык көрсөткүчтөрдүн олуттуу өзгөргөнүн далилдейт – IPSSтин төмөндөшү, калдык зааранын азайышы жана Qmaxтын жогорулашы. Бул өз кезегинде заара жолдорунун инфекцияларынын, заара таш ооруларынын, өнөкөт бөйрөк жетишсиздигинин жана башка коркунучтардын азайышына алып келет. Кошумча хирургиялык дарылоого муктаж болуу мүмкүнчүлүгү кыйла төмөндөп, бейтаптардын абалы клиникалык жактан жакшырганын көрсөтөт, ал инвазивдүү кийлигишүүсүз эле жетишилет.

Биз SF-36 (Short Form 36 Health Survey) анкета формасы аркылуу бейтаптардын дарылоого чейинки жана андан кийинки жашоо сапатын баалоо жүргүздүк. Натыйжалар 3.2.3-таблицада көрсөтүлгөн.

Таблица 3.2.3 – Салыштырылган топтордо бейтаптардын жашоо сапатын дарылоого чейин жана кийин баалоо ($M \pm m$)

Көрсөткүчтөр	Салыштыруу группалары					
	I группа		IIA группа		IIB группа	
	Чейин	Кийин	Чейин	Кийин	Чейин	Кийин
Физикалык иш-аракет жөндөмдүүлүгү	55,5	75,8	51,6	78,2	45,8	71,5
P	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5
Күнүмдүк турмуштагы ролдук милдеттерди аткаруу жөндөмдүүлүгү	4	6,8	3,8	7,2	3,4	7,6
P	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5
Оорунун күчү	52,4	78,4	48,2	79,8	45,9	68,2
P	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5
Жашоо активдүүлүгү	49,8	64,7	48,3	68,4	51,6	63,7
P	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5
Социалдык активдүүлүк жана коомдогу өз ара аракеттенүү жөндөмү	53,4	69,7	51,8	73,4	58,7	64,4

Таблицанын уландысы						
Р	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5
Эмоционалдык абал	2,8	3,8	2,6	3,8	2,6	3,4
Р	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5
Психикалык ден соолук	36,4	51,6	40,2	58,8	45,2	49,7
Р	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5

Сурамжылоо бейтаптардын жашоо сапатына оорулардын жана дарылоонун таасирин баалоого жардам берет. SF-36 жыйынтыктары 0ден 100гө чейинки шкалада берилет, мында жогорку көрсөткүчтөр бейтаптын саламаттыгына жана жашоо сапатына жакшы таасирин тийгизгенин билдирет. Натыйжалар ар түрдүү бейтаптар тобун салыштыруу үчүн жана саламаттык абалындагы убакыттын өтүшү менен болгон өзгөрүүлөрдү байкоо үчүн колдонулган. 3.2.3-таблицанын маалыматтарын талдоо үч салыштырылган топто дарылоого чейин жана андан кийинки жашоо сапатын баалоону камтыйт. Биз ар бир көрсөткүчтү карап чыгып, алынган маалыматтардын негизинде жыйынтык чыгарабыз.

Мисалы, физикалык функциялар боюнча респонденттердин дарылоого чейинки орточо көрсөткүчү 51 балл болгон. Операциядан кийин, стационардан чыгарууда эң жогорку көрсөткүч ПА тобунда байкалган – 78,2 балл, ал эми эң төмөнкү көрсөткүч ПВ тобунда – 71,5 балл. Бул физикалык функциялар бардык топтордо олуттуу жакшыраганын көрсөтөт, өзгөрүүлөр статистикалык жактан маанилүү экенин ырастайт ($P < 0,5$).

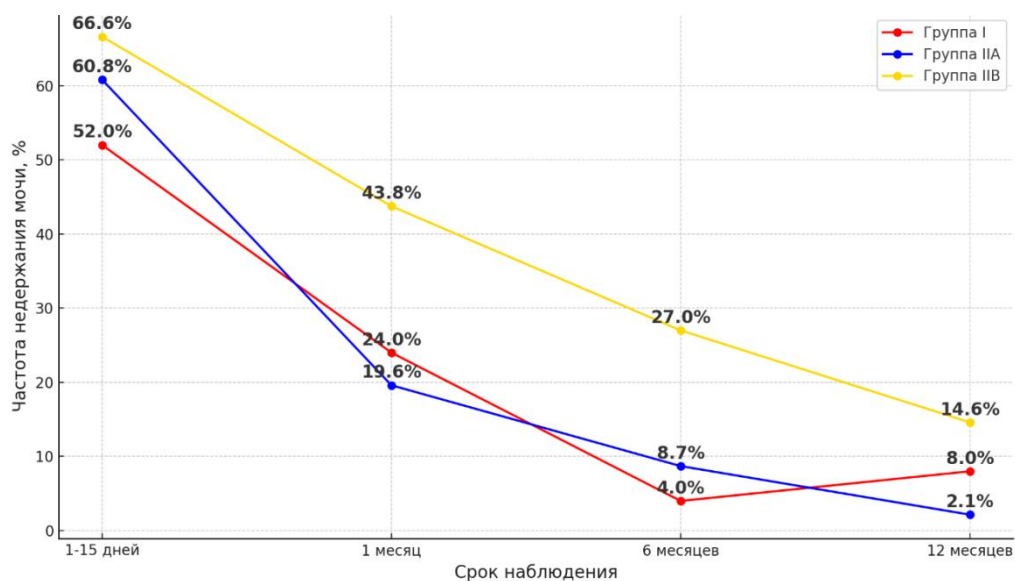
Ролдук функциялардын жакшырганы, оорунун күчүнүн азайганы, жашоо активдүүлүгүнүн жогорулашы, социалдык функциялардын жакшырышы, ошондой эле эмоционалдык абалдын жана психикалык ден соолуктун жакшырганы бардык топтордо байкалган. Дарылоодон кийин бул көрсөткүчтөрдүн айкын жогорулашы ($P < 0,5$) аныкталган жана ПА тобунун көрсөткүчтөрү салыштырылган башка топторго караганда кыйла жогору болгон.

3.3. Узак мөөнөттүү натыйжалуулугун жана жалпы жашап калуу деңгээлин баалоо

Биринчи топто заара кармабоо деңгээли 52% түзөт, ал эми ПА тобунда – 60,8%, ПВ тобунда – 66,6%. ПВ тобунда заара кармабоонун эң жогорку пайызы байкалган, бул бул топто көйгөйдүн жогорку тобокелдигин же оор даражасын баштапкы этапта билдириши мүмкүн.

Бир ай өткөн соң бардык топтордо заара кармабоонун деңгээли төмөндөгөн, бирок ПВ тобу дагы эле эң жогорку деңгээлде калууда – 43,75%. Бардык топтордо олуттуу төмөндөө байкалат, бирок ПВ тобу дагы деле эң жогорку деңгээлди көрсөтүп турат.

Бирок жыл аягында, акыркы көзөмөлдүк текшерүүдө, ПА тобунда заара кармабоо деңгээли башка топторго салыштырмалуу кыйла төмөн болгон, бул дарылоонун жакшы жыйынтыгын көрсөтүшү мүмкүн (сурот 3.3.2).

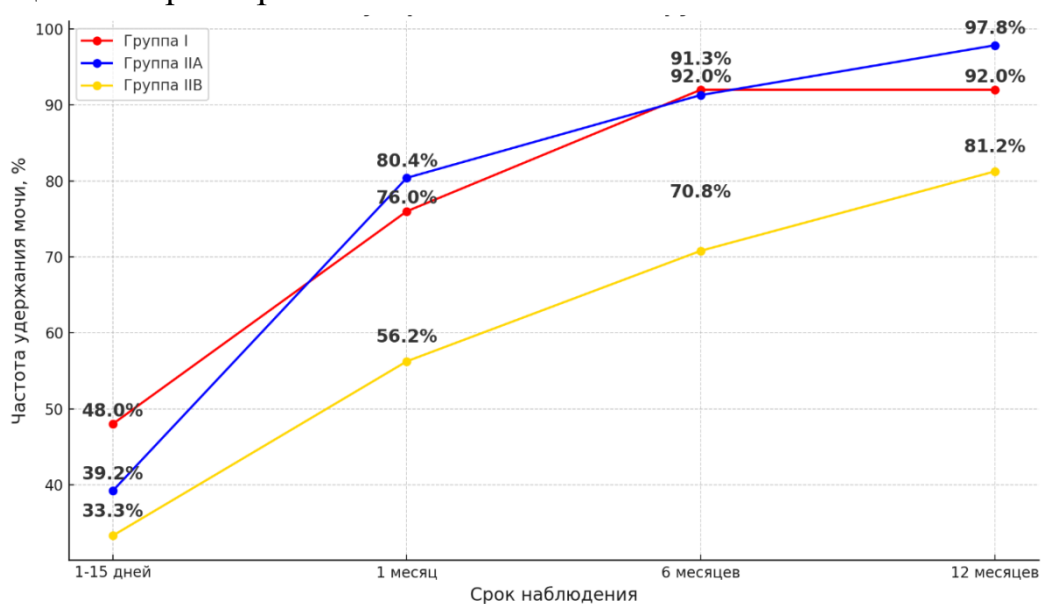


Сүрөт 3.3.2 – Операциянын түрлөрүнө жараша заараны кармоо динамикасын салыштыруу

Алгачкы 15 күн ичинде заараны кармоо I тобунда эң жогорку деңгээлде байкалган, ошол эле учурда IIB тобунда эң төмөнкү көрсөткүчтөр катталган. 1 ай өткөн соң I жана IIA топторунда заараны кармоо деңгээли жогорулаган, мында IIA тобу эң жакшы жыйынтыктарды көрсөткөн.

Жарым жылдан кийин бардык топтор жогорку деңгээлде заараны кармоону көрсөтүшкөн, бирок IIB тобу артта калып жатканы байкалат. Жыл аягында болсо, IIA тобу заараны кармоонун эң жогорку деңгээлин көрсөтүп, бул олуттуу жакшырууну билдирет (сурот 3.3.3).

Заараны кармоо функциясынын 12 ай ичинде калыбына келиш динамикасын графикалык талдоо үч изилденген топто тең ачык оң тенденцияны көрсөттү.



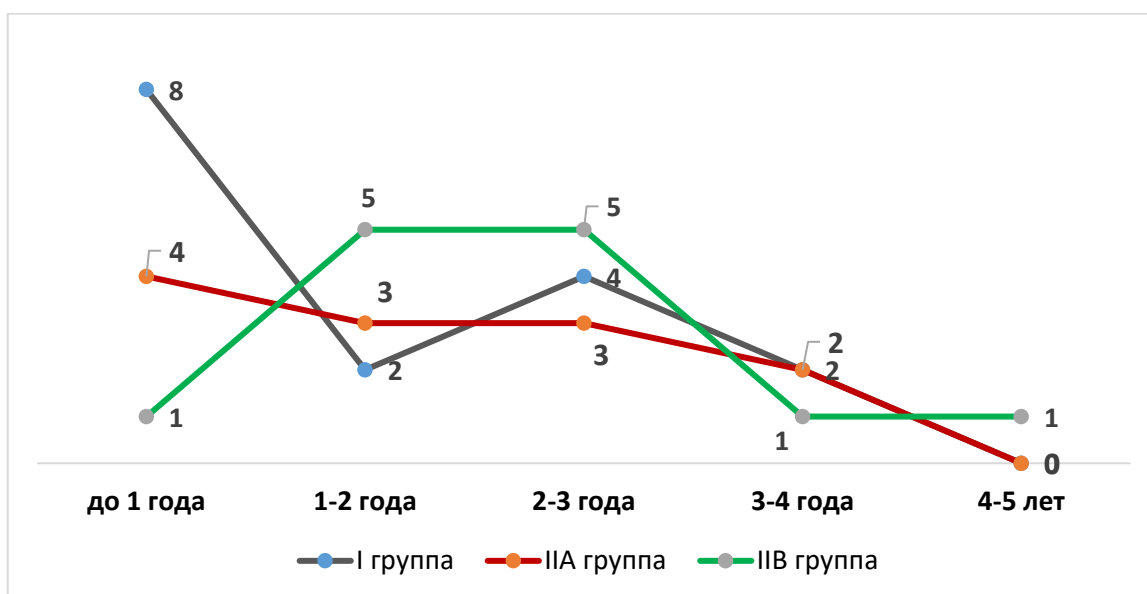
Сүрөт 3.3.3 – Топтор боюнча заараны кармоо динамикасынын салыштырма ийри сызыгы

Бирок, байкоонун бардык этаптарында эң жогорку жана туруктуу жакшыртууну ПА тобу көрсөттү. Операциядан кийин 1 ай өтпөй, ПА тобунда заараны кармап калган бейтаптардын үлүшү 80,4%га жетип, I тобунун (76%) жана ПВ тобунун (56,25%) көрсөткүчтөрүнөн жогору болгон.

6 айдан кийин ПА тобунда заараны кармоо деңгээли 91,3%га, ал эми 12 айдан кийин – 97,85%га жеткен, бул бардык топтор арасындагы эң жогорку көрсөткүч болуп саналат. Ошол эле маалда, ПВ тобунда калыбына келүү динамикасы азыраак болгон: 12 айда болгону 81,25% бейтап функционалдык көзөмөлгө жетишкен.

Бул маалыматтар ПА тобунун бейтаптары калыбына тезирээк жетишкенин, жана узак мөөнөттүү туруктуу жана толук эффектке ээ болгонун көрсөтөт. Демек, ПА тобунда колдонулган дарылоо ыкмасы заараны кармоо функциясын калыбына келтирүүдө эң жогорку эффективдүүлүктү камсыз кылат, бул анын клиникалык негиздүүлүгүн жана функционалдык реабилитация үчүн маанилүүлүгүн баса белгилейт.

Ар бир топ үчүн ар бир байкоо этабында тирүүлөрдүн жана каза болгондордун пайыздык көрсөткүчтөрү көрсөтүлгөн, ал эми сурот 3.3.6да дарылоодон кийин каза болгон бейтаптардын динамикасы берилген.



Сүрөт 3.3.4 – Салыштырылган топтордогу каза болгон бейтаптардын үлүшү (%)

Диаграммалардын маалыматтарына ылайык, ПВ тобу байкоонун бардык этаптарында эң аз өлүм пайызын көрсөтөт (5 жылдан кийин – 0%), бул үч топ ичинен эң жогорку жашап калуу деңгээлин билдирет.

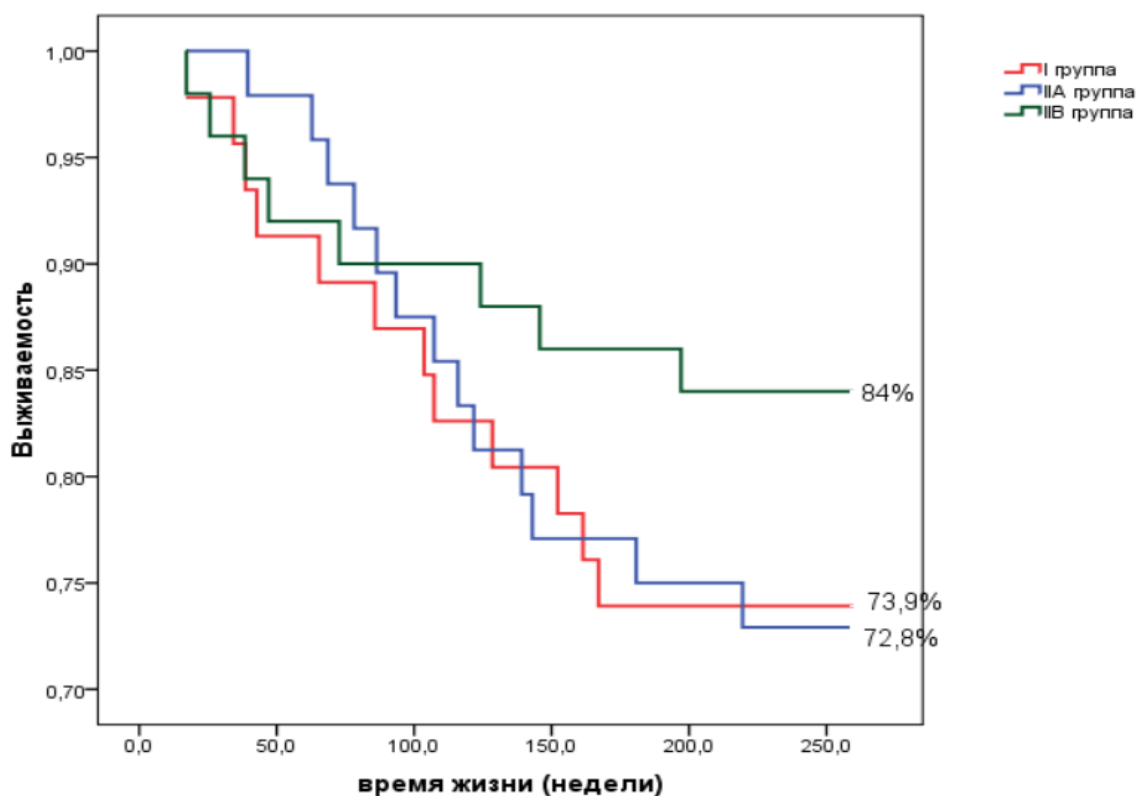
I тобу байкоонун биринчи этабында (1 жылга чейин) өлгөндөрдүн эң жогорку пайызын көрсөтөт, бирок кийинки жылдары бул көрсөткүч азаят.

Көпчүлүк учурларда, убакыт өткөн сайын өлүм көрсөткүчүнүн төмөндөө тенденциясы байкалат, өзгөчө ПВ тобунда, мында жашап калган бейтаптардын пайызы жогорку бойдон калууда.

IIA тобунун көрсөткүчтөрү I жана IIB топтору менен салыштырганда ортодо жайгашкан. Бул ар бир топтогу жашап калууга ар кандай факторлор таасир этерин көрсөтөт — мисалы, дарылоо ыкмаларынын айырмасы, бейтаптардын ден соолук абалы, курагы же кошумча оорулары сыяктуу мүнөздөмөлөр.

Ошентип, таблицанын маалыматтары IIB тобу эң жогорку жашап калуу көрсөткүчүнө ээ экенин көрсөтөт, ал эми I тобу байкоонун алгачкы жылдарында жогорку өлүм коркунучуна ээ экенин билдирет.

Бардык топтор байкоонун алгачкы этаптарында жогорку кумулятивдик жашап калуу үлүшүн көрсөтүшөт, бирок убакыт өткөн сайын бул көрсөткүч азаят. Стандарттык катаалуулук (standard error) бардык топтор үчүн салыштырмалуу төмөн бойдон калууда, бул жашап калуу боюнча баалоолордун ишенимдүүлүгүн тастыктайт.



Сүрөт 3.3.5 – Каплан–Майер методу боюнча кумулятивдик жашап калуу графиги

Графикте узак мөөнөттүү байкоо мезгилинде (жума менен эсептелген) кумулятивдик жашап калуу ийри сызыктары көрсөтүлгөн. Ар бир ийри сызык тиешелүү топтогу жашап калган бейтаптардын динамикасын чагылдырат, ал эми «+» белгилери — байкоо аяктаган учурда каза болбогон (б.а. «цензурананган») бейтаптарды билдирет.

Каплан–Майер методу боюнча жашап калууну анализдөө үч изилденген топтун ортосунда узак мөөнөттүү жашап калуу боюнча туруктуу айырмачылыктарды көрсөттү.

Байкоонун аягында (261 жумага чейин) төмөнкү жашап калуу көрсөткүчтөрү алынган: I топ – 84,0%, IIА топ – 73,9%, IIВ топ – 72,9%.

Ошентип, I тобунун бейтаптары эң жогорку жалпы жашап калууну көрсөтүшкөн. Бул, мүмкүн, прогноздук көрсөткүчтөрдүн жакшыраак болушун, дарылоонун жогорку эффективдүүлүгүн же кошумча оорулардын азыраак болушун көрсөтүшү мүмкүн.

ЖЫЙЫНТЫК

1. Стационарда дарыланган учурлардын ретроспективдик анализинин негизинде, жергиликтүү таралган простата безинин рагы (ПБР) 52,3% учурларда аныкталган, бул оорунун кары куракта жогорку деңгээлде кездешерин тастыктап, хирургиялык дарылоодон кийин пайда болгон ооруларды аныктоого мүмкүндүк берди. Алардын ичинен эн көп тараган татаалдашуу – заара кармабоо болгон.

2. Дарылоо тактикасын тандоо бейтаптын клиникалык жана функционалдык өзгөчөлүктөрүн, анын ичинде радикалдуу кийлигишүүгө каршы көрсөтмөлөрдүн бар же жогун эске алуу менен, айкалышкан дарылоо ыкмаларын негиздүү колдонууга мүмкүндүк берет. Бул онкологиялык көзөмөл, функционалдык натыйжалар жана жашоо сапатынын ортосунда оптималдуу баланс түзүүгө шарт түзөт. Ушул жагдай хирургиялык дарылоого көрсөтмөлөрдү жана каршы көрсөтмөлөрдү аныктоодо бирдиктүү ыкмаларды иштеп чыгуунун зарылдыгын далилдейт.

3. Комбинацияланган дарылоо кары курактагы бейтаптарда жергиликтүү таралган ПБРди дарылоодо жогорку клиникалык натыйжалуулукту көрсөттү. Бул илимий изилдөөнүн жыйынтыктары менен, анын ичинде узак мөөнөттүү байкоолор жана 5 жылдык жашап калуу деңгээли (84%) менен тастыкталган.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

Везикоуретралдык анастомоз менен коштолгон табарсыктын моюнчасын калыптандыруунун сунушталган ыкмасы урологиялык практикада колдонууга сунушталат. Ал жергиликтүү таралган ПБР менен ооруган кары курактагы бейтаптарга хирургиялык дарылоонун эффективдүү ыкмасы катары максималдуу андрогендик блокада (МAB) менен бирге колдонулушу мүмкүн. Бул ыкма: операциядан кийинки татаалдашууларды (айрыкча заара кармабоо жана кармай албай калуу) азайтат, узак мөөнөттүү мезгилде биохимиялык рецидивдин өнүгүшүн эске алуу менен, 5 жылдык жашап калууну камсыз кылат, жана салттуу ыкмаларга салыштырмалуу экономикалык жактан натыйжалуу болуп саналат.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. Результаты трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, Н. К. Курманбеков, Н. А. Исаев и др.] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии

им. И. К. Ахунбаева. – 2017. – № 3. – С. 94-96; То же [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29855128>

2. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы в сочетании с хроническим калькулезным простатитом / [А. Ч. Усупбаев, Н. К. Курманбеков, М. Б. Кылычбеков и др.] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2017. - Том 17, № 10. - С. 26-28; То же [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <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 / [А. Ч. Усупбаев, Ж. Т. Джапаров, Н. К. Курманбеков и др.] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – 2017. – № 3. – С. 43-45; То же [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <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 / [Н. К. Курманбеков, М. Б. Кылычбеков, Р. Н. Кенеев и др.] // Здравоохранение Кыргызстана. – 2022. - № 3. - С. 140-147; То же [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49427502>

5. Возможности применения трансуретральной резекции у больных раком предстательной железы / [Н. К. Курманбеков, А. Ч. Усупбаев, М. Б. Кылычбеков и др.] // Здравоохранение Кыргызстана. – 2022. - № 3. - С. 171-176; То же [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49427506>

6. **Курманбеков, Н. К.** Минималдык инвазивдуу хирургиянын простата безинин рагы менен ооруган бейтаптарга колдонуу жыйынтыктары / [Н. К. Курманбеков, А. Ч. Усупбаев, М. Б. Кылычбеков и др.] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – 2023. – № 3. – С. 79-85; То же [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=67520483>

7. Пат. № 1975 Кыргызская Республика, Способ формирования шейки мочевого пузыря при радикальной позадилонной простатэктомии [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Н. К. Курманбеков, С. Акылбек; Бишкек. - № 20170008.1; заявл. 19.01.2017; опубл. 31.07.2017, Бюл. № 8.

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 изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

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

Изилдөөнүн объекти: 2004-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 (T3-4N0M0 жана каалаган T N1 M0) боюнча дарылануудан өткөн.

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

Изилдөөнүн максаты. Комплекстүү дарылоонун хирургиялык ыкмасын оптималдаштыруу аркылуу простата рагынын орто жана жогорку коркунучу бар улгайган пациенттердин жашоо саатын жакшыртуу.

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

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңылыгы. Биринчи жолу, 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 биринчи жолу радикалдуу простатэктомиядан кийин 5 жылдык жашоону болжолдоо менен простата рагы менен ооруган бейтаптарды жашоо өмүрү аралыгында айкалыштуу дарылоонун эффективдүү ыкмасы сунушталды.

Колдонуу 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.

РЕЗЮМЕ

диссертации Курманбекова Нурбола Курманбековича на тему «Комбинированное лечение больных пожилого возраста с местно-распространенной формой рака предстательной железы» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.23 – урология

Ключевые слова: рак предстательной железы, местно-распространенная форма рака предстательной железы, лечение, пожилые мужчины.

Объект исследования: 144 больных пожилого возраста (согласно возрастной классификации по ВОЗ) с местно-распространенным раком предстательной железы (T3-4N0M0 и любая T N1 M0).

Предмет исследования: изучение эффективности лечения местно-распространенной формы рака предстательной железы у пациентов пожилого возраста.

Цель исследования. Повысить качество жизни больных пожилого возраста, с промежуточной и высокой группой риска рака предстательной железы, путем оптимизации хирургического метода в комбинированном лечении.

Методы исследования: общие (клинические, клинико-лабораторные, биохимические), специальные (урофлоуметрия, простатспецифический крови, гистологические, анкетирование), инструментальные, ретроспективный и проспективный анализы; статистические методы.

Полученные результаты и их новизна. Впервые разработан и предложен способ формирования шейки мочевого пузыря и везико-уретрального анастомоза при преимущественном поражении апекса предстательной железы и шейки мочевого пузыря при радикальной позадилоной простатэктомии у больных с местно-распространенной формой раком предстательной железы. А также впервые предложен эффективный способ комбинированного лечения больных с раком предстательной железы на протяжении всей жизни с прогнозированием 5-летней выживаемости после радикальной простатэктомии.

Степень использования или рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации могут быть использованы при хирургическом лечении больных с местно-распространенной формой РПЖ в онкоурологической практике, а также в учебном процессе и научных исследованиях.

Область применения: урология и андрология, онкоурология.

RESUME

of the dissertation of Nurbol Kurmanbekov on the topic “Combined treatment of elderly patients with locally advanced prostate cancer” for the degree of candidate of medical sciences in specialty 14.01.23 – urology

Key words: prostate cancer, locally advanced prostate cancer, treatment, elderly men.

Object of research: 144 elderly patients (according to WHO age classification) with locally advanced prostate cancer (T3-4N0M0 and any T N1 M0)? Who received treatment at the Republican scientific center of urology under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic from 2004 to 2023.

Subject of research: studying the effectiveness of treatment of locally advanced prostate cancer in elderly patients.

Purpose of research. To improve the quality of life of elderly patients with intermediate and high risk prostate cancer by optimizing the surgical method in combined treatment.

Research methods: general (clinical, laboratory, biochemical)? Special (UFM, PSA, histological, questionnaire), instrumental, retrospective and prospective analyses, statistical methods.

The obtained results and their novelty. For the first time, a method for forming a bladder neck and vesico-urethar anastomosis with primary damage to the apex of the prostate gland and the bladder neck was developed and proposed during radical retropubic prostatectomy in patients with locally advanced prostate cancer. And for the first time, an effective method of combined treatment of patients with prostate cancer throughout life has been proposed with prediction of 50-year survival after radical prostatectomy.

Recommendations for use: the main conclusions and recommendations can be used in the surgical treatment of patients with locally advanced prostate cancer in urological oncology practice, as well as in the educational process and scientific research.

Area of application: urology and andrology, oncurology.

Кагаздын форматы 60 x 90/16. Көлөмү 1,5 б.т.
Кеңсе кагазы. Тиражы 50 нуска.
«Соф Басмасы» ЖЧК тарабынан басылып чыкты.
720020, Бишкек ш., Ахунбаева көч., 92.