

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

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

Диссертационный совет Д 14.23.678

На правах рукописи
УДК 616.65-006-08-053.9

КУРМАНБЕКОВ НУРБОЛ КУРМАНБЕКОВИЧ

**КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
С МЕСТНО - РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ РАКА
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

14.01.23 - урология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2025

Работа выполнена на кафедре урологии и андрологии до- и последипломного обучения им. М.Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева

Научный руководитель: **Усупбаев Акылбек Чолпонкулович** доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент НАН КР, заведующий кафедрой урологии и андрологии до и последипломного обучения им. М.Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева

Официальные оппоненты: **Нагиев Рауф Нариман оглы** доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии Азербайджанского медицинского университета.

Абдыкалыков Мурадил Барыктабасович кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии с курсом нефрологии и гемодиализа Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова.

Ведущая организация: Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, кафедра урологии (050060, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Тобе би 94).

Защита диссертации состоится «29» мая 2025 года в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.23.678 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева соучредитель Кыргызско-Российском Славянском университете им. Б. Н. Ельцина по адресу: 720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92, Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, 2 этаж, конференц зал. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации:

<https://vc.vak.kg/b/d14-puu-lvw-wbv>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44) и на сайте: <https://vak.kg>

Автореферат разослан «24» апреля 2025 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук



Оскон уулу Айбек

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Рак предстательной железы (РПЖ) является одной из наиболее распространенных форм злокачественных новообразований у мужчин по данным литературы многих стран [Н.К. Исаева 2014; Mamello Sekhoacha et al. 2022] и занимает второе место по распространенности среди мужчин после рака легких и является 4-м по распространенности среди всех форм рака [Н. Г. Петрова, К. Ю. Кротов 2016, Jemal A. et al.]. Так по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2020 году зарегистрировано более 1,4 миллиона случаев рака предстательной железы во всем мире и в большинство случаев диагностируются у мужчин старше 65 лет и в 1% случаев регистрируется у мужчин младше 40 лет [С.И Попов и соавт. 2018].

Процентное распространение рака предстательной железы варьируется в зависимости от различных факторов, таких как географическое положение, возраст, этническая принадлежность и уровень доступности медицинского обследования и лечения [Fiona M Frame, Norman J Maitland 2019; Kevin H. Kensler et al. 2024]. Следует отметить, что к странам с высокой распространенностью относятся страны Северной Америки, особенно США и Канада (из 8 мужчин у 1 выявляется новообразование предстательной железы), а в странах Восточной Азии и некоторых частях Африки показатели заболеваемости ниже, что может быть связано с различиями в образе жизни, диете и генетической предрасположенностью (н-р, BRCA-генов) [М.В. Логинова и соавт. 2021]. Однако, мужчины афроамериканского происхождения имеют более высокий риск развития рака предстательной железы и более высокую вероятность серьезных исходов по сравнению с мужчинами европейской расы. В то же время у мужчин из азиатских стран риск ниже [В. Ю. Старцев и соавт. 2022, Zachary S. Dovey et al. 2021].

По данным ассоциации урологов и андрологов Кыргызской республики в 2017 году были выявлены - локализованная стадия рак предстательной железы в 54% случаев, местно-распространённая и метастатическая стадии в 46% случаях, что обусловлено поздним обращением больных, а также отсутствием национальных скрининговых программ по выявлению злокачественных новообразований предстательной железы на ранних стадиях [А.Ч. Усупбаев и соавт., 2017]. Согласно данным мировых исследователей местно-распространённая форма рака предстательной железы выявляется в 58,4% случаев, что так же подтверждает высокий уровень запущенности рака в странах бывшего СНГ [Т. Kimura et al. 2018; Sh. Egawa 2018; D. Smailova et al. 2019].

Золотым стандартом лечения локализованной стадии рака предстательной железы является радикальная простатэктомия, зарекомендовавшая себя как метод с высокой клинической эффективностью и благоприятным прогнозом, однако результаты указывают и на часто возникающие послеоперационные осложнения, в большей доле – дизурические расстройства, что ухудшает качество жизни пациента с психологической дезадаптацией в обществе и в семье [Shuo Liu 2020; Kun Sirisopana et al. 2021; Sean F. Mungovan et al. 2021].

Таким образом, рак предстательной железы является серьезной проблемой практической урологии системы здравоохранения, требующей внимания из-за его высокой распространенности и потенциальных последствий для здоровья мужчин. Предупреждение, ранняя диагностика и лечение могут значительно повысить шансы на успешный исход с улучшением качества жизни и выживаемости пациентов, что явились предпосылкой для проведения данного исследования.

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

Цель исследования. улучшить качество жизни больных пожилого возраста с местно-распространенной формой рака предстательной железы путём выбора адекватного комбинированного метода лечения.

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективный анализ заболеваемости рака предстательной железы в условиях Национального центра урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за период 2004-2023 гг.

2. Обосновать тактический подход к комбинированному методу лечения с унификацией показаний и противопоказаний хирургического лечения с оценкой клинической эффективности в сравнительном аспекте.

3. Оценить качество жизни пациентов и пятилетнюю общую выживаемость после применения комбинированного лечения в отдалённые сроки.

Научная новизна полученных результатов:

1. Научно обоснован тактический подход к комбинированному лечению местно-распространённого рака предстательной железы, с формированием единых подходов к определению показаний и противопоказаний для хирургического вмешательства, а также сравнительную оценку клинической эффективности различных методов лечения.

2. Разработан способ формирования шейки мочевого пузыря при простатэктомии, позволяющий улучшить качество жизни, на который получен патент на изобретение Кыргызской республики №1975 от 31.08.2017 года

“Способ формирования шейки мочевого пузыря при радикальной позадилоной простатэктомии”.

Практическая значимость работы. Предлагаемый тактический подход комбинированного лечения как альтернативный метод для лечения пациентов с местно-распространённой формой рака предстательной железы, позволит повысить качество жизни и пятилетнюю выживаемость после лечения с минимизацией развития недержания мочи по сравнению с традиционными методами по типу «теннисной ракетки», сократит послеоперационные осложнения, сроки реабилитации и обеспечит экономию материальных затрат.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

- 1.** Местно-распространённая форма рака предстательной железы чаще встречается у мужчин пожилого возраста. Основными осложнениями после радикальной простатэктомии являются эректильная дисфункция, геморрагические осложнения, недержание мочи и стеноз везико-уретрального сегмента.
- 2.** Хирургическое лечение в сочетании с андрогендепривационной терапией в интермиттирующем режиме улучшает пятилетнюю общую выживаемость.
- 3.** Тактический подход к комбинированному лечению значительно снижает послеоперационные осложнения, в частности улучшает удержание мочи, качество жизни оперированных больных и общую пятилетнюю выживаемость.

Личный вклад соискателя. Автор проводил клинические, клинкорентгенологические и ультразвуковые исследования, а также выполнял вышеперечисленные процедуры самостоятельно. Самостоятельно и в качестве ассистента участвовал на операциях выполнил статистическую обработку, анализ и интерпретацию результатов исследования.

Апробации результатов диссертации. Результаты по материалам диссертации доложены и обсуждены на: симпозиуме молодых учёных «Дни науки КГМА-2019года» им И. К. Ахунбаева (Бишкек, 2019); международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы в урологии», посвященной 95-летию героя КР, академика НАН КР Мамакеева М.М. (Бишкек, 2022). заседании Ассоциации урологов и андрологов Кыргызской Республики (Бишкек 2021 год); 31-ежегодный Конгресс Европейской Ассоциации урологов (Мюнхен, 2016 год).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.

Основные научные результаты диссертации опубликованы в 6 научных статьях, опубликованных в журналах, вошедших в Перечень рецензируемых научных периодических изданий, утверждённых Национальной аттестационной комиссией при Президенте КР, из них 3 – в научных периодических изданиях, индексируемых системой РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1. Получен патент на изобретение Кыргызской республики.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена в компьютерном

тексте на 145 страницах и состоит из введения, 3 глав: обзор литературы, исследовательские материалы и методы, результаты собственных исследований, заключения, практические рекомендации, приложений и список использованных литератур, иллюстрированный 46 рисунками и 29 таблицами. Библиография включает 181 источника, из них 71 отечественных, 110 стран дальнего зарубежья.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации обоснована актуальность темы, исследования, цель, задачи, научная новизна, практическая и экономическая значимость полученных результатов и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Глава 1. «Особенности диагностики, лечения и профилактики рака предстательной железы в современных условиях» (обзор литературы) отражает современные аспекты диагностики и лечения рака предстательной железы. Проведен информационный анализ распространённости РПЖ как во всем мире, так и в Кыргызстане. Отмечены проблемы диагностики данной патологии и их ранней выявляемости с анализом причин по данным исследователей ведущих стран мира. Особое внимание уделено достижениям и перспективам современного лечения рака предстательной железы, указаны их преимущества, недостатки и спорные вопросы, требующих дальнейшего изучения.

Глава 2. Методология и методы исследования.

2.1 Методология исследования. Объект исследования: 144 больных пожилого возраста (согласно возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения) с местно-распространённым раком предстательной железы (T3-4N0M0 и любая T N1 M0).

Предмет исследования: изучение эффективности лечения местно-распространенной формы РПЖ у пациентов пожилого возраста.

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

Исследование было проведено в несколько этапов: 1) ретроспективный анализ по данным историй болезней Научного центра урологии за 20 лет по ранжированию послеоперационных осложнений; 2) доклинический – выявление больных с раком предстательной железы во время первичных и профилактических осмотров; 3) проспективный – лечение пациентов с раком предстательной железы предлагаемыми методами в сравнительном аспекте с традиционными; 4) постклинический – наблюдение пациентов после операции на протяжении всей жизни с прогнозированием 5-летней выживаемости.

Из 348 пациентов согласно дизайна исследования были отобраны 144 пациента с указанным диагнозом и согласно критериям включения, а они в свою очередь были разделены на 3 клинические группы (рисунок 2.1.1).

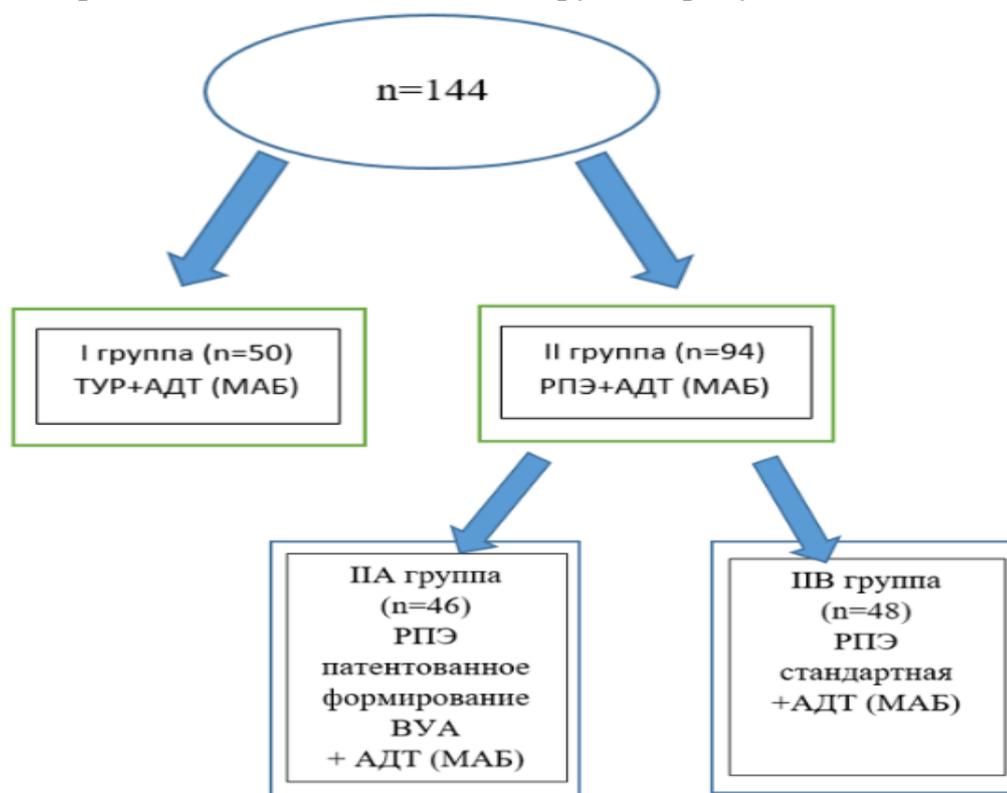


Рис.2.1.1. Распределение пациентов по клиническим группам.

1-я группа 50 больных с местно-распространённым раком предстательной железы, получивших лечение трансуретральная резекция простаты в комбинации с гормонотерапией.

2-я группа (основная) включала больных, перенёсших радикальную простатэктомию, связанные с поражением апекса предстательной железы и проростания опухолевого процесса в шейку мочевого пузыря. В этой связи, формирование шейки мочевого пузыря осуществлялось разработанным методом с целью минимизации диастаза уретро-везикального анастомоза и случаев недержания мочи в послеоперационном периоде в комбинации с гормонотерапией при возникновении биохимического рецидива (неoadьювантная и адьювантная).

3-я группа (контрольная) - 48 больных перенесших радикальную простатэктомию у которых формирование шейки мочевого пузыря осуществлялось традиционным методом по типу «теннисной ракетки» в комбинации гормонотерапией (неoadьювантная и адьювантная).

2.2. Общая клиническая характеристика материалов исследования.

Данные в разрезе возраста позволили выявить, что средний возраст обследованных пациентов составлял $69 \pm 4,3$ лет и колебался в пределах от 61 до 74 лет. Возрастные критерии в группах являлись сопоставимыми. При этом

средний возраст в первой группе составил $67,9 \pm 4,5$ во второй группе $70,9 \pm 4,0$ и в третьей группе средний возраст больных составил $67,6 \pm 4,6$.

Пациентам во всех исследуемых группах, имеющих биохимический рецидив проведена интермиттирующая максимальная андрогенная блокада, включающая периодическое прекращение блокады андрогенов с минимизацией финансовых затрат на лекарства, побочных эффектов от АДТ и отсрочке времени возникновения кастрационно-рефрактерной формы местно-распространённого рака ПЖ. Решение о прекращении или возобновлении ИМАБ зависело от результатов мониторинга.

2.3 Этапы исследования: ретроспективный, проспективный, клинический, статистический. Все пациенты проходили обследование согласно клиническому протоколу по урологическим заболеваниям, утверждённым приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 626 от 17.11.2014 г. Кроме того, дополнительной магнитно-резонансная томография, компьютерная томография (по показаниям), урофлоуметрия, биопсия предстательной железы под контролем ТРУЗИ с морфологической верификацией. Анкетирование ICIQ-SF — опросник оценки симптомов и влияния недержания мочи на качество жизни, IPSS — международная шкала симптомов заболеваний предстательной железы и PAD-test — количественная оценка стрессового недержания мочи.

2.4 Методы лечения. Трансуретральная резекция простаты выполнялась 50 пациентам, с не разрешающейся острой задержкой мочеиспускания, хронической задержкой мочеиспускания и наличием объективных и субъективных данных об инфравезикальной обструкции, не смотря на проведённую неoadьювантную терапию.

Радикальная простатэктомия по типу «теннисной ракетки» выполнялась 48 пациентам пожилого возраста с местно-распространённым раком предстательной железы и заключалось в том, что после удаления ПЖ, на задний край мочевого пузыря накладывались узловы́е швы, с целью формирования отверстия совпадающему диаметру уретры. Затем слизистая выворачивалась и подшивалась к мышечному слою мочевого пузыря. Накладывались швы рассасывающейся синтетической нитью на 3,6,9,12 часах условного циферблата, при этом, иглу вкалывают с мышечной части по направлению просвета. В соответствующих точках условного циферблата этими же нитями прошивались сформированное отверстие в шейке мочевого пузыря. После чего, баллонный катетер вводился через уретру в полость мочевого пузыря и в заключительном этапе формирования уретро-везикального анастомоза последовательно завязывались анастомозирующие швы.

Радикальная позадилонная простатэктомия по разработанной методике выполнялась 46 мужчинам пожилого возраста. Этапы формирования шейки мочевого пузыря состояли из выделения на передней поверхности мочевого

пузыря L-образного лоскута размером вертикальной части 3,0x2,5 см, а горизонтальная часть 3,0x1,5см на сосудистой ножке, далее вертикальная часть лоскута мочевого пузыря сворачивалась в виде трубки и ушивание производилось вворачивающимся швом вокруг уретрального катетера до места перехода перпендикулярного участка лоскута. Затем горизонтальной частью лоскута окутывали дистальный конец сформированной трубки для создания сфинктерного механизма, последняя фиксировалась узловыми швами, затем производилось ушивание оставшегося дефекта мочевого пузыря. Далее сформированную шейку мочевого пузыря погружали в устье уретры до полного соприкосновения слизистых оболочек с последующим сшиванием, формируя пузырно-уретральный анастомоз.

Андрогендепривационная терапия (неадьювантная, адьювантная) проводилась путём введения аналогов лютеинизирующего гормона рилизинг-гормон в сочетании с антиандрогенами в течение 6-24 месяцев в интермиттирующем режиме. При повышении уровня простатспецифического антигена ПСА <4 нг\мл.

Пациентам во всех исследуемых группах, имеющих биохимический рецидив проведена интермиттирующая максимальная андрогенная блокада, включающей периодическое прекращение блокады андрогенов с минимизацией финансовых затрат на лекарства, побочных эффектов от андрогендепривационной терапии и отсрочке времени возникновения кастрационно-рефрактерной формы местно-распространённого рака предстательной железы. Решение о прекращении или возобновлении максимальной андрогенной блокады зависело от результатов мониторинга.

2.5 Методы статистической обработки материала. Статистическая обработка материала, полученного в результате проведённых исследований, выполнена на персональном компьютере с использованием программ стандартного пакета программ «Microsoft Excel 2013» и использованием программы IBM SPSS Statistics 21.0. Статистическим методам обработки с вычислением средних величин (M), стандартного отклонения (O), стандартной ошибки среднего (t) и возможной ошибки (p). Достоверность различий между группами определяли с помощью параметрического критерия Стьюдента (t - критерия достоверности или доверительного коэффициента), вычисление «р» - критерия достоверности безошибочного прогноза $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$ (95,0%, 99,0%, 99,9%). Результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

3. Глава. Результаты собственных исследований.
«Сравнительная оценка эффективности комбинированного лечения пациентов с местно-распространённой формой рака предстательной железы»

3.1 Ретроспективный анализ тактических подходов оперативного лечения пациентов с местно-распространённой формой рака предстательной железы и послеоперационных осложнений в условиях

стационара. Отражает результаты анализа пролеченных пациентов в Научном центре урологии за 20 лет по результатам которого из 1117 пациентов с раком предстательной железы, более 53% пациентов составляли мужчины в возрасте от 60 до 74 лет. Среди пациентов, перенёвших радикальную простатэктомию в сочетании с андрогендепривационной терапией, у 78,58% был диагностирован местно-распространённый рак (Т3–Т4). Основными осложнениями явились недержание мочи, эректильная дисфункция и ретроградная эякуляция.

Данные по медико-социальному портрету пациента, обращаемости, давности заболевания, социального статуса, общей симптоматики, сопутствующих заболеваний и занятости более подробно изложено во 2 главе.

Однако сочли нужным привести данные о предъявляемых жалобах пациентами при поступлении в 4-х возрастных группах (табл.3.1.1).

Таблица 3.1.1 – Симптоматика пациентов в разрезе возраста (n=1117) при поступлении в стационар (%)

Симптомы	Возраст пациентов (лет)							
	45-59 л (n=186)		60-75л (n=585)		76-90л (n=319)		90 и более лет (n=27)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жалоб нет	9	4,8	41	7	17	5,32	4	14,8
Частое мочеиспускание	139	74,73	406	69,4	214	67,08	11	40,74
“Вялая струя мочи”	146	78,49	504	86,15	267	83,69	9	33,3
Прерывистое мочеиспускание	92	49,46	349	59,65	198	62,06	11	40,7
Чувство неполного опорожнения моч.пуз.	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
ОЗМ	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
Боль в области таза, спины, бедер, лобка	17	9,1	107	18,29	71	22,25	23	85,18
Эректильная 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
Потеря веса	43	23,11	98	16,75	28	8,7	18	66,6

По данным историй болезней при поступлении в стационар жалоб не имели 1 и 4 возрастные группы, то есть самые молодые и самые старшие.

Более половины составили пациенты в возрасте 60-75 лет (n=585), что составляет 52,4% у которых соответственно и больше всего отмечено частое мочеиспускание (36,4%) и этот симптом является наиболее распространенной во всех возрастных группах.

Симптом "Вялая струя мочи" может быть связан с различными

состояниями и заболеваниями, особенно у пожилых пациентов и наиболее распространенной причиной является ДГПЖ, стриктура уретры, неврологические расстройства, МКБ и инфекции МВП. При анализе выявлены высокие показатели в старших возрастных группах, особенно среди пациентов 60-75 лет (86%), эта же группа пациентов отметила так же прерывистое мочеиспускание (60%), странгурию (74%), чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (80%), ноктурию (85%). Эректильная дисфункция представлена высоким процентом в разрезе возраста - среди них также (63%), что ожидаемо для данной возрастной группы.

ОЗМ (острая задержка мочи) наблюдается в наименьшем проценте случаев среди всех симптомов, но все же присутствует в каждой группе.

Инконтиненция меньше всего отмечена пациентами в группе 90 и более лет (11%), что может быть связано с другими сопутствующими заболеваниями или особенностями старения.

Боль в области таза, спины, бедер, лобка была наиболее отмечена у самой старшей группы (85%), что может свидетельствовать о наличии сопутствующих заболеваний или дегенеративных изменений.

Гематурия или так называемая сослов пациентов “красная моча” наблюдается во всех группах, но наиболее выражена у группы возраста 90 и более лет (44%).

Потеря веса наиболее отмечена в группе 90 и более лет (67%), что может быть связано с общим ухудшением состояния здоровья.

Таким образом, зависимость от возраста по данным ретроспективного анализа позволяет отметить, что с увеличением возраста наблюдается рост количества жалоб на различные симптомы. Следует отметить наиболее распространенные симптомы, это - частое мочеиспускание, вялая струя мочи и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря и являются наиболее распространенными симптомами среди пожилых пациентов.

Далее согласно диагностическому стандарту всем пациентам был применен метод визуализации - ТРУЗИ ПЖ для оценки состояния ПЖ, который позволил получить изображения самой простаты и окружающих тканей, что помогает специалистам в диагностике различных заболеваний, включая РПЖ.

Данные в разрезе возраста представлены в табл.3.1.2.

Таблица 3.1.2 – Результаты УЗИ исследования пациентов в разрезе возраста (n=1117)

Данные	Возраст пациентов (лет)			
	45-59 л (n=186)	60-75л (n=585)	76-90л (n=319)	90 и более лет (n=27)
Объем простаты, см ³	59,4	62,7	67,3	51,64
Неровность контура ПЖ, в %	49,7/89	53,3/312	92,7/296	88,9/24

Неоднородность структуры ПЖ, в %	72,6/135	78,3/458	76,5/244	85,2/23
Кальцинаты, в %	33,9/63	3,8/22	15,0/48	11,1/3
Аномалии ПЖ, в %	8,1/15	0,9/5	4,1/13	0,0

Как видно из данных табл. 3.1.2, объем простаты увеличивается с возрастом от группы 45-59 до группы 76-90 лет (с 59,4 до 67,3 см³). Однако в группе старше 90 лет объем простаты снижается до ~ 51,6 см³. Это может быть связано с атрофическими изменениями или меньшим числом обследованных пациентов в этой группе.

Неровность контура ПЖ выявленных при сканировании выглядят довольно высокими (от 49,7% в первой группе до 92,7% в третьей).

Неоднородность структуры ПЖ по данным таблицы имеет тенденцию к увеличению количества пациентов с возрастом от 72,6% до 85,2%.

Кальцинаты выявлены в большей доле среди всех пациентов у первой группы и самой меньшей доле у второй группы возраста 60-75 лет.

Выявление аномалий развития ПЖ указывает на низкий во всех группах.

В итоге можно заключить, что выявленные изменения при УЗИ ПЖ, характерные для РПЖ относятся увеличение объема ПЖ до 90 лет с дальнейшей тенденцией снижения, что относится и изменениям контура ПЖ, кальцинаты чаще встречаются у более молодых пациентов и реже - у пожилых и аномалии ПЖ встречаются редко во всех возрастных группах.

Далее приводим данные средних показателей ПСА крови пациентов в зависимости от возраста в табл.3.1.3.

Таблица 3.1.3 – Результаты средних показателей ПСА крови исследования пациентов в разрезе возраста (n=1117)

Возраст	Показатели					
	Среднее (Mean), нг/мл	Стандартное отклонение (SD)	Минимальное значение (Min), нг/мл	Медиана (Median), нг/мл	75-й перцентиль (Q3), нг/мл	95% ДИ
45-59 л (n=186)	20,2	5,561	3,65	31,46	57	51,13-62,24
60-75л (n=585)	32,0	6,879	1	23,8	74	59,52-63,18
76-90л (n=319)	30,5	3,901	3,9	35,91	83	54,39-58,91
90 и более лет (n=27)	41,6	5,806	9,8	48,6	91	68,06-71,67

Анализ результатов исследования уровня ПСА в крови пациентов в разрезе возрастных групп указывает на его увеличение с возрастом. Наименьший уровень наблюдался в группе пациентов от 45 до 59 лет (20,2±5,5 нг/мл), а наибольший - у пациентов старше 90 лет (41,6±5,8 нг/мл) что в свою очередь указывает на подтвержденный факт на то, что с возрастом риск заболеваний ПЖ увеличивается. Медиана уровня ПСА также варьируется между группами. В группе от 45 до 59 лет медиана составляет 31,46 нг/мл, в группе от 60 до 75 лет - значительно ниже (23,8 нг/мл), что может указывать на наличие значительного

числа пациентов с низкими значениями ПСА.

Доверительный интервал (95% ДИ) показывают диапазон значений ПСА для каждой группы и широкие интервалы указывают на высокую вариабельность данных в этих группах. Выявленные данные указывают на зависимость уровня ПСА от возраста в прямой зависимости с повышением риска заболеваний ПЖ у пожилых людей.

Результаты морфологического исследования материала простаты в зависимости от уровня общего ПСА показал, что повышенный уровень ПСА в значительной степени обуславливает выявляемость РПЖ (табл.3.1.4).

Таблица 3.1.4 – Результаты исследования биопсии в зависимости от уровня ПСА пациентов в разрезе возраста (n=1117)

Данные	Возраст пациентов (лет)			
	45-59 л	60-75л	76-90л	90 и более лет
Доля выявленной аденокарциномы, %	3,31%	10,7%	5,71%	0,48%
ДГПЖ, в %	12,56%	35,66%	19,83%	2,09%
ПСА крови, ср.знач	20,2	32,0	30,5	41,6
Патологии нет	6,87%	1,95%	1,002%	0%

Как видно на диаграмме, наибольшая доля аденокарциномы наблюдается в группе пациентов от 60 до 75 лет (10,7%), а в самой старшей группе (90 и более лет) доля аденокарциномы минимальна (0,48%), что может быть связано с меньшим числом обследованных или особенностями патологии у пожилых людей. В группе от 45 до 59 лет этот показатель составил всего 3,31%, а в группе от 76 до 90 лет - 5,71%.

Наибольший процент ДГПЖ наблюдается в группе от 60 до 75 лет (35,66%), что соответствует увеличению риска заболеваний ПЖ с возрастом и в самой старшей группе (90 и более лет) процент ДГПЖ значительно снижен до 2,09%, что может указывать на снижение числа случаев или на другие факторы.

Графическая кривая, представляющая средний показатель уровня ПСА крови подтверждает связь между уровнем ПСА и возрастом пациента. Увеличение уровня ПСА коррелирует с повышением вероятности выявления заболеваний ПЖ.

Вышеуказанные полученные данные подчеркивают важность проведения дальнейших исследований для оценки причин таких различий и для разработки стратегий ранней диагностики заболеваний ПЖ у пожилых пациентов.

Далее приведены результаты проведенной терапии по данным историй болезней на рис.3.1.2., где видно, что 12,4% пациентов были оперированы ТУР, методом ДЛТ – 12,2%, химиотерапия была назначена у 9,8% пациентов, цистостомия проведена у 35% и открытая РПЭ у 31,2% пациентов. Среди данной категории пациентов, пожилой возраст составил 63,5%, а старческий возраст – 24,7% прооперированных открытым методом хирургического лечения.

По заключениям гистологического исследования после РПЭ было

выявлено: локализованный РПЖ – 21,4% и местно-распространенный РПЖ в 78,5% случаях пациентов пожилого возраста (60-74л).

Следует отметить, что пациенты независимо от метода лечения, получали гормональную терапию.

3.2. Оценка клинической эффективности предлагаемого метода в сравнительном аспекте с радикальной простатэктомией и трансуретральной резекцией простаты.

Согласно поставленным задачам, исследование проведено в трех клинических группах, где : I группа сформирована из 50 больных с местно-распространённым РПЖ, перенёсших ТУР в сочетании с андрогендепривационной терапией в режиме максимальной андрогенной блокады с 2004 по 2023 года; II группа сформирована из 94 пациентов, перенёсших радикальную позадилонную простатэктомию (РПЭ), связанные с преимущественным поражением основания ПЖ и проростания опухолевого процесса в шейку мочевого пузыря (ШМП), которые были разделены на 2 подгруппы – IIА (46 пациентов прооперированные предлагаемым методом кафедральной разработки) и IIВ (48 пациентов прооперированные стандартным методом РПЭ с формированием ШМП по типу «теннисной ракетки»).

Возрастной состав пациентов в исследуемых группах был проанализирован с применением описательной статистики (рис.3.2.1), включая медиану, квартили (25% и 75%), минимальные и максимальные значения, выбросы. Во всех группах возраст варьировал от 61 до 74 лет, с пиком около 68 лет. В группе IIА наблюдалось более плотное скопление в старшем возрасте - большинство пациентов были старше 72 лет, особенно в интервале 73-74 лет. Группа IIВ отличалась равномерным распределением от 61 до 75 лет, без выраженного пика.

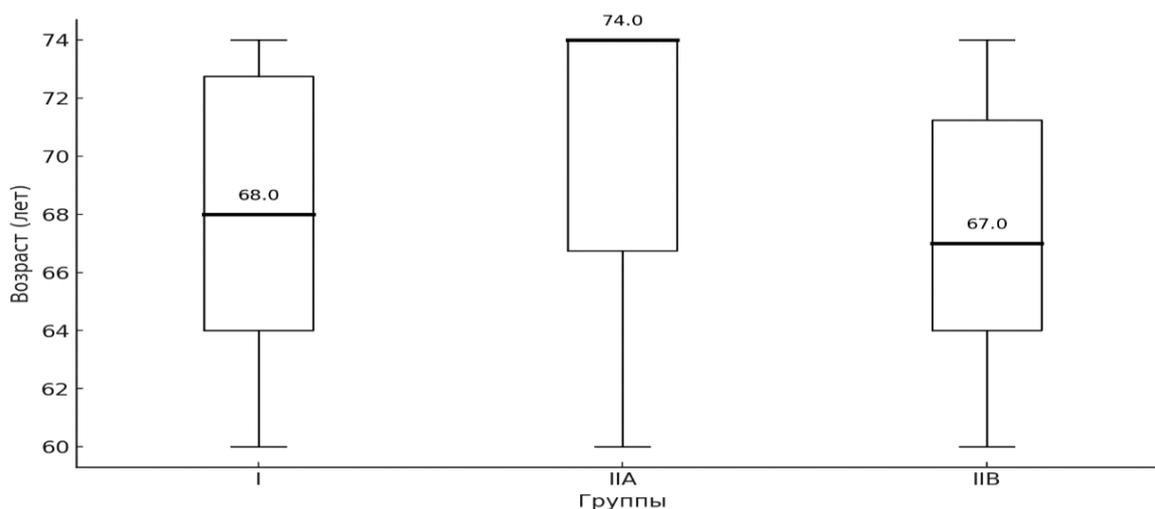


Рис. 3.2.1 - Данные размаха возраста в сравниваемых группах.

Частое мочеиспускание оказалось наиболее распространённым симптомом и наблюдалось у 80% пациентов. Это указывает на выраженное раздражение мочевого пузыря и, вероятно, на наличие гиперактивного детрузора или уменьшение функциональной ёмкости пузыря. Слабая струя мочи и затруднённое мочеиспускание занимали второе и третье места по частоте - 72%

и 70% соответственно. Эти показатели напрямую связаны с наличием инфравезикальной обструкции (чаще всего за счёт увеличенной ПЖ), что подтверждает обструктивный характер дизурии у большинства пациентов.

Ночное мочеиспускание (никтурия) отметили 36% обследованных, что нередко ассоциируется как с нарушением ритма диуреза, так и с прогрессирующей дисфункцией детрузора.

Прерывистость струи мочи (28%) и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (26%) также часто встречались, свидетельствуя о нарушении координации между сокращением пузыря и открытием сфинктера или остаточной обструкции.

Острая задержка мочеиспускания была выявлена у 12% пациентов, что свидетельствовало о наличии эпизодов полной обструкции. Реже отмечались такие симптомы, как недержание мочи и гематурия - по 4% случаев соответственно. Эти явления имели ограниченную диагностическую значимость в контексте данной выборки, но при этом могли быть клинически значимыми для отдельных пациентов.

Далее критерии оценки эффективности проведенного хирургического лечения будут представлены до лечения и к моменту выписки из стационара в сравниваемых группах. Клинико-функциональные показатели до и после лечения к выписке представлены в табл.3.2.2.

Таблица 3.2.1 – Клинико-функциональные показатели до и после лечения при выписке ($M \pm m$)

Показатель	Группы сравнения					
	I группа		IIА группа		IIВ группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
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 крови, 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, баллы	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
Остаточная моча, 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
шкала Gleason, баллы	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

Как видно из данных диаграммы, все группы показали значительное снижение уровня ПСА после лечения, что указывает на эффективность

проводимой терапии. Статистическая значимость ($P < 0,05$) подтверждает, что изменения являются значительными.

Уровень IPSS также значительно снизился во всех группах с 23,3 до 5,9 баллов после лечения, что указывает на улучшение состояния пациентов. Все изменения статистически значимы ($P < 0,05$).

Максимальная скорость мочеиспускания (Q_{max}) при проведении УФМ, увеличилась во всех группах после лечения, что также является положительным результатом и статистически значимым подтверждением изменений ($P < 0,05$).

Остаточная моча значительно снизилась во всех группах после лечения, что указывает на улучшение функции мочеиспускания. Все изменения статистически значимы ($P < 0,05$). Но при сравнении хоть и с незначительной разницей, показатели в группе 2А значительно лучше.

Таким образом, все группы показали значительное улучшение клинико-функциональных показателей после лечения. Снижение уровня ПСА, улучшение IPSS и Q_{max} , а также уменьшение остаточной мочи указывают на эффективность проведенной терапии. Показатели шкалы Gleason в первой группе также показывают положительные изменения. Однако следует отметить, что показатели в группе пациентов, пролеченных по нашей методике с формированием ВУА значительно выше и указывают на высокую клиническую эффективность. Полученные нами результаты демонстрирует существенные изменения клинических и уродинамических параметров после проведенной РПЭ у пациентов данной группы, что подтверждается снижением IPSS, уменьшением остаточной мочи и увеличением Q_{max} , что также снижает риск инфекций мочевых путей, мочекаменной болезни, хронической почечной недостаточности и др. Вероятность необходимости дополнительного хирургического лечения значительно снизилась и обеспечивает клинически значимое улучшение состояния пациентов без необходимости инвазивного вмешательства.

Нами была проведено анкетирование по оценке качества жизни SF-36 (Short Form 36 Health Survey) пациентов до лечения и при выписке, результаты отражены в табл.3.2.3.

Таблица 3.2.2 – Оценка качества жизни пациентов до и после лечения в сравниваемых группах ($M \pm m$)

Показатель	Группы сравнения					
	I группа		IIА группа		IIВ группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Физическое функционирование	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
Ролевое функционирование	4	6,8	3,8	7,2	3,4	7,6
P	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5
Интенсивность боли	52,4	78,4	48,2	79,8	45,9	68,2

<i>Продолжение таблицы</i>						
Р	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5
Жизненная активность	49,8	64,7	48,3	68,4	51,6	63,7
Р	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5
Социальное функционирование	53,4	69,7	51,8	73,4	58,7	64,4
Р	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5	<00,5
Эмоциональное состояние	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
Психическое здоровье	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

Опросник помогает в оценке влияния заболеваний и лечения на качество жизни пациентов. Результаты SF-36 представлены в виде шкал, которые варьируются от 0 до 100, где более высокие значения указывают на лучшее состояние здоровья и качество жизни. Результаты использовали для сравнения различных групп пациентов, а также для отслеживания изменений в состоянии здоровья с течением времени. Анализ данных таблицы 3.2.3 содержит оценку качества жизни (КЖ) пациентов до и после лечения в трех группах сравнения. Мы рассмотрим каждый из показателей и сделаем выводы на основе полученных данных. Так физическое функционирование респондентов до лечения в среднем в сравниваемых группах составил 51 баллов, после операции к выписке наибольший балл набран в группе 2А (78,2 балла) и наименьший отмечен в группе 2В (71,5 баллов) несмотря на значительное улучшение физического функционирования после лечения во всех группах, что подтверждается статистической значимостью ($P < 0,5$). Улучшение ролевого функционирования, снижение интенсивности боли, повышение жизненной активности, улучшение социального функционирования и эмоционального состояния и психического здоровья, также наблюдается во всех группах, с заметным увеличением показателей после лечения ($P < 0,5$) и показатели в группе 2А – значительно выше нежели в сравниваемых группах.

3.3. Оценка эффективности в отдаленные сроки и общая выживаемость

В первой группе уровень недержания мочи составляет 52%, во ПА - 60,8%, а во ПВ - 66,6%. ПВ группа имеет наивысший процент недержания, что может указывать на более высокий риск или тяжесть проблемы в этой группе на раннем этапе. Через месяц все группы показывают снижение уровня недержания мочи, однако ПВ группа все еще остается с наивысшим процентом (43,75%). Значительное снижение наблюдается во всех группах, но ПВ группа по-прежнему демонстрирует наивысший уровень недержания. А вот к концу года, при последнем контрольном посещении Уровень недержания в группе ПА значительно ниже, чем в других группах, что может свидетельствовать о лучшем результате лечения (рис.3.3.1).

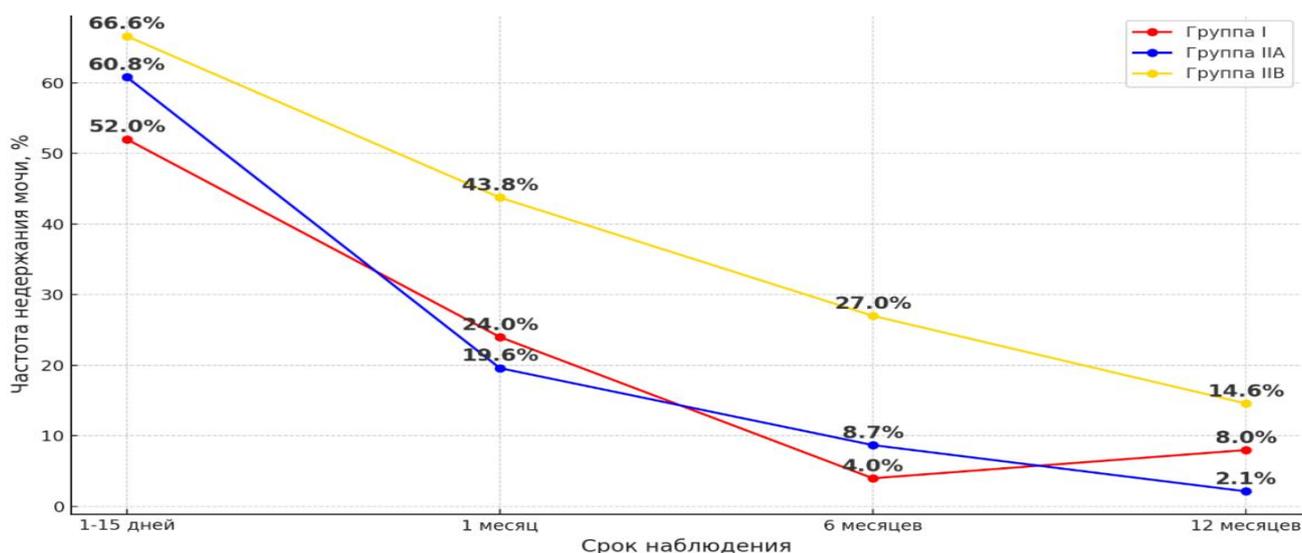


Рис. 3.3.1 - Сравнительная динамика недержания мочи по видам операции.

Удержание мочи в первые 15 суток в группе I отмечен наивысший процент удержания мочи, в то время как группа IIВ показывает наименьший. Через 1 месяц уже уровень удержания мочи увеличивается в обеих группах I и IIА, при этом группа IIА демонстрирует наилучшие результаты. Через полгода все группы показывают высокий уровень удержания мочи, но группа IIВ отстает. А к концу года группа IIА демонстрирует наивысший уровень удержания мочи, что свидетельствует о значительном улучшении (рис.3.3.3).

Графический анализ динамики восстановления функции удержания мочи на протяжении 12 месяцев после хирургического вмешательства показал чёткую положительную тенденцию во всех трёх исследуемых группах.

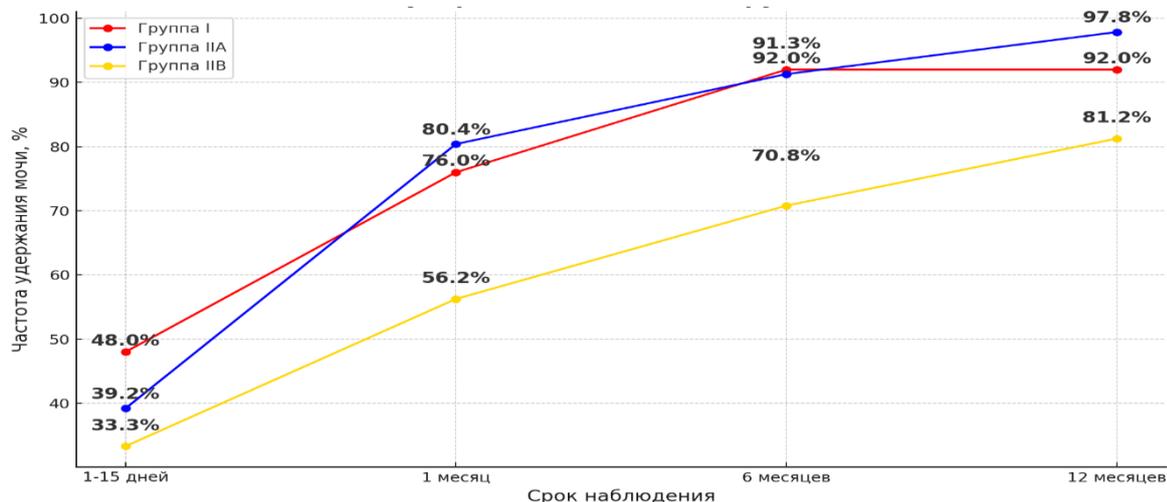


Рис.3.3.2 - Сравнительная кривая динамики удержания мочи по группам.

Однако наиболее выраженное улучшение и стабильно высокие значения на всех этапах наблюдения продемонстрировала IIА группа. Уже к 1 месяцу после вмешательства в IIА группе доля пациентов, удерживающих мочу, возросла до 80,4%, что превысило аналогичные показатели I (76%) и IIВ (56,25%) групп.

К 6 месяцам удержание достигало 91,3% (во IIА группе), а к 12 месяцам - 97,85%, что является наивысшим показателем среди всех групп. В то же время, в

ПВ группе динамика восстановления была менее выраженной: к 12 месяцам только 81,25% пациентов достигли функционального контроля. Эти данные указывают на то, что пациенты ПА группы не только быстрее достигали восстановления, но и демонстрировали наиболее устойчивый и полный эффект в долгосрочной перспективе. Таким образом, метод лечения, применённый во ПА группе, обеспечивает наивысшую эффективность в восстановлении функции удержания мочи, что подчёркивает его клиническую обоснованность и значимость для функционального восстановления пациентов.

Для каждой группы указаны проценты умерших и живых пациентов на каждом этапе наблюдения и на рис.3.3.3 представлена динамика только умерших пациентов после проведенного лечения.

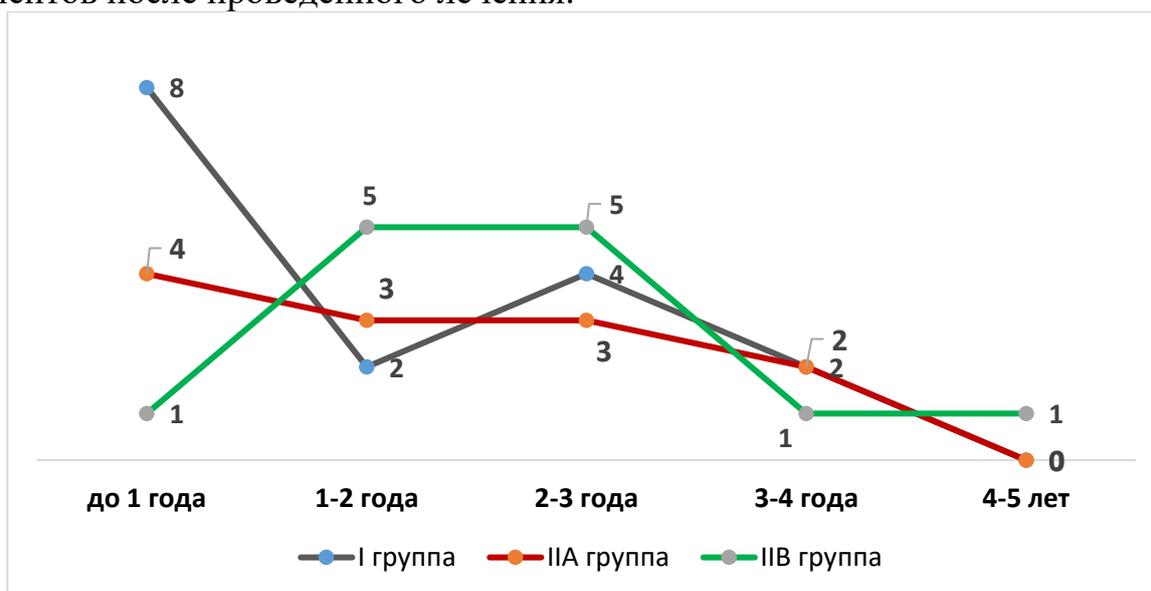


Рис.3.3.3 - Доля умерших пациентов в сравниваемых группах (%).

По данным диаграмм, видно, что группа IIВ демонстрирует наименьший процент умерших на всех этапах наблюдения (0% через 5 лет), что указывает на наибольшую выживаемость среди трех групп. Группа I показывает наибольший процент умерших на первом этапе (до 1 года), однако этот процент снижается в последующие годы. В большинстве случаев наблюдается тенденция к снижению процента умерших по мере увеличения времени наблюдения, особенно в группе IIВ, где процент живых пациентов остается высоким. Группа IIА имеет промежуточные показатели по сравнению с группами I и IIВ. Это может указывать на различные факторы, влияющие на выживаемость в каждой группе, такие как различия в лечении, состоянии здоровья пациентов или других характеристиках, такие как возраст и сопутствующие заболевания.

Таким образом, данные таблицы позволяют сделать вывод о том, что группа IIВ имеет наилучшие показатели выживаемости, в то время как группа I демонстрирует более высокие риски в первые годы наблюдения.

Таким образом, все группы показывают высокую кумулятивную долю выживших на ранних этапах наблюдения, однако со временем эта доля снижается. Стандартные ошибки остаются относительно низкими для всех групп, что указывает на надежность оценок выживаемости.

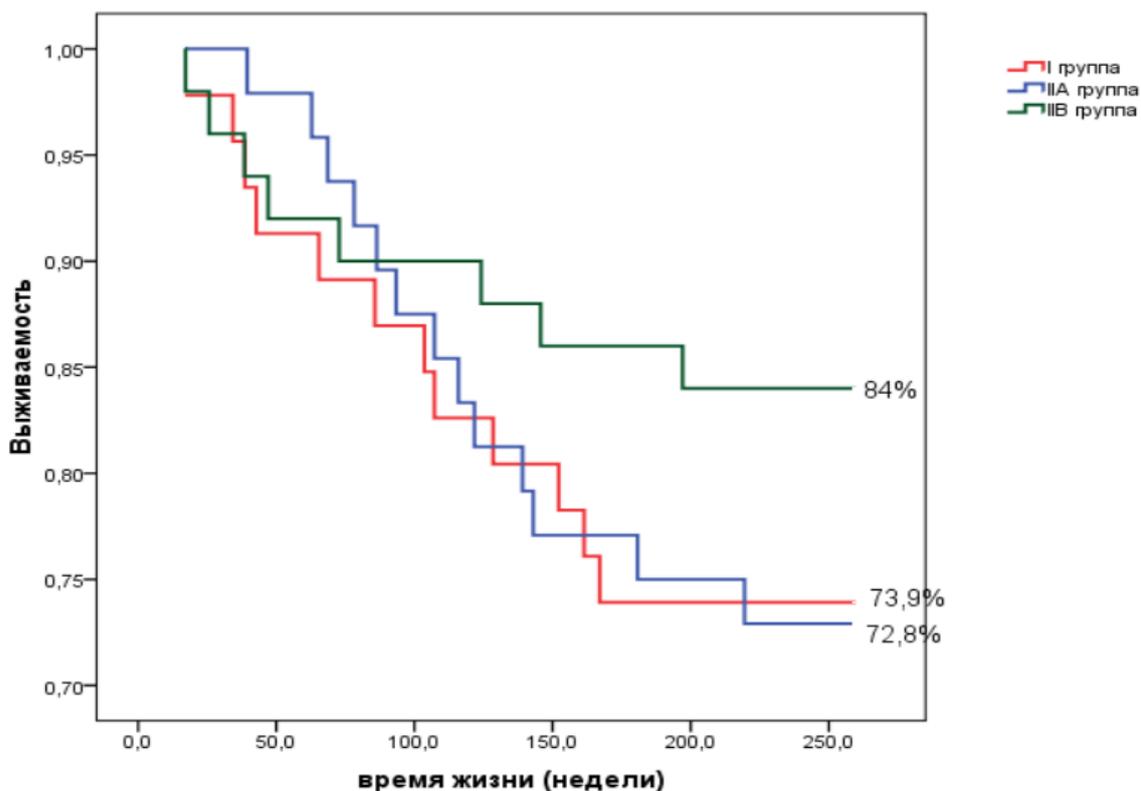


Рис. 3.3.4 – График кумулятивной выживаемости по срокам (метод Каплана-Майера).

На графике представлены кривые кумулятивной выживаемости в течение длительного периода наблюдения, выраженного в неделях. Каждая кривая отражает динамику доли выживших в соответствующей группе, а отметки + обозначают цензурированные случаи - пациентов, не достигших события (смерти) к моменту завершения наблюдения. Анализ выживаемости методом Каплана-Майера продемонстрировал устойчивые различия в долгосрочной кумулятивной выживаемости между тремя исследуемыми группами. К концу периода наблюдения (до 261 недель) получены следующие значения выживаемости: в I группе выживаемость составила 84,0%; во IIА группе - 73,9% и во IIВ группе - 72,9%.

Таким образом, пациенты I группы демонстрировали наилучшую общую выживаемость, что может свидетельствовать о более благоприятных прогностических характеристиках, высокой эффективности применённой терапии или меньшей выраженности коморбидного фона.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. По данным ретроспективного анализа пролеченных случаев в стационаре, местно-распространённый рак предстательной железы выявлен в

52,3% случаев, что подтвердил высокую распространённость заболевания в пожилом возрасте и позволил выявить послеоперационные осложнения после хирургического лечения, где наибольшая доля среди осложнений составила – недержание мочи.

2. Выбор тактики лечения с учётом индивидуальных клинико-функциональных особенностей пациента, в том числе наличия или отсутствия противопоказаний к радикальному вмешательству, позволяет обоснованно применять комбинированные методы, достигая оптимального баланса между онкологическим контролем, функциональными результатами и качеством жизни. Указанное подтверждает необходимость унификации подходов к определению показаний и противопоказаний к хирургическому лечению.

3. Комбинированное лечение продемонстрировало высокую клиническую эффективность при лечении больных пожилого возраста с местно-распространенной формой рака предстательной железы, что подтверждено научными результатами исследования в отдаленные сроки и 5-летней выживаемости (84%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Рекомендуемый способ формирования шейки мочевого пузыря с формированием везикоуретрального может быть рекомендован для применения в практике уролога как эффективного метода хирургического лечения в сочетании с максимальной андрогенной блокадой, повышающий качество жизни пожилых пациентов с местно-распространенной формой рака предстательной железы путём снижения послеоперационных осложнений (в частности недержания и неудержания мочи) с учётом развития биохимического рецидива в отдаленные сроки, обеспечивающий 5-летнюю выживаемость и экономическую эффективность по сравнению с традиционными методами.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

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

Министерстве 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 позади лонной 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 (Т3-4N0M0 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 позадилонной 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 proastate cancer throughout life has been proposed with prediction of 50yerar 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 appication: urology and andrology, oncurology.