

КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
имени И.К. АХУНБАЕВА
соучредитель
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени Б.Н. ЕЛЬЦИНА

Протокол № 8 от 19 марта 2025 года заседания экзаменационной комиссии

Экспертная комиссия диссертационного совета Д 14.23.678 по защите диссертаций на соискание учёной степени доктора (кандидата) медицинских наук по специальности 14.01.23 — урология при КГМА им И.К. Ахунбаева и КРСУ им Б.Н. Ельцина в составе:

д.м.н. Курбаналиева Ринат Маратовича (14.01.23-урология) член диссертационного совета - эксперт

к.м.н. Мурзалиева Амангелди Жолдошбековича (14.01.23-урология) – эксперт.

к.м.н. Сулайманова Мирлан Жумабековича. (14.01.23-урология)– эксперт

к.м.н. Осмон уулу Айбек (14.01.23-урология) ученый секретарь диссертационного совета.

Повестка заседания:

Прием кандидатского экзамена по специальности 14.01.23.- урология от Курманбекова Нурбол Курманбековича

Слушали Курманбекова Нурбол Курманбековича

Билет №18

Вопрос: Местно распространенная форма рака предстательной железы, клинические проявления, диагностика.

Ответ: Местно распространённый рак предстательной железы (Т3-Т4 по классификации TNM) — это стадия, когда опухоль выходит за пределы капсулы предстательной железы, может инфильтрировать семенные пузырьки, парапростатическую клетчатку, шейку мочевого пузыря, иногда вовлекать соседние структуры (прямая кишка, мышцы тазового дна).

Это не метастатическая стадия, но опухоль уже не ограничена органом, что определяет

Клинические проявления

На ранних стадиях рак простаты часто протекает бессимптомно, а при местно распространённой форме начинают проявляться симптомы инфильтрации опухоли в соседние ткани. Среди типичных клинических признаков:

Нарушения мочеиспускания

- затруднённое мочеиспускание, слабая струя мочи;
- чувство неполного опорожнения мочевого пузыря;
- учащённое мочеиспускание (особенно ночью — ноктурия);
- императивные позывы на мочеиспускание;

— терминальная гематурия.

Болевой синдром: тупая или тянущая боль в промежности, пояснице, малом тазу; боль при мочеиспускании (дизурия); боль при дефекации (если опухоль распространяется на стенку прямой кишки).

Гематоспермия— появление крови в эякуляте.

Эректильная дисфункция— ухудшение эрекции или её полное исчезновение.

Общие симптомы (чаще на поздних стадиях): потеря массы тела; общая слабость, утомляемость; анемия.

Диагностика

Современная диагностика местно распространённого РПЖ строится на сочетании клинических, лабораторных и инструментальных методов.

Лабораторные исследования

ПСА (простат-специфический антиген) — Повышение уровня ПСА является ключевым биохимическим маркером. При местно распространённой форме уровень ПСА, как правило, значительно превышает норму (>4 нг/мл), особенно если вовлекаются семенные пузырьки.

Пальцевое ректальное исследование (ПРИ)- Прост и доступен, но субъективен. Позволяет выявить: Уплотнение, неровность контуров железы; Потерю эластичности; Фиксацию железы к окружающим тканям; Инвазию в стенку прямой кишки.

ТРУЗИ (трансректальное ультразвуковое исследование): Визуализация гипоехогенных зон; Измерение объема предстательной железы; Оценка прорастания капсулы и семенных пузырьков.

МРТ малого таза с контрастированием (золотой стандарт для локализации опухоли).

Точная оценка выхода опухоли за пределы капсулы (Т3а); Инвазия семенных пузырьков (Т3b); Оценка вовлечения лимфоузлов и парапростатических тканей; Подготовка к планированию радикального лечения.

Биопсия предстательной железы - под контролем ТРУЗИ, выполняется секстантная или расширенная (12-24 кор) биопсия. Затем производится гистологическая верификация (оценка по шкале Глисона).

КТ органов малого таза и брюшной полости / ПЭТ-КТ проводится при подозрении на лимфогенные и отдалённые метастазы; Оценка состояния лимфоузлов.

Местно распространённая форма рака предстательной железы характеризуется уже более выраженной симптоматикой со стороны мочеполовой системы и болевыми синдромами из-за инфильтрации опухоли в соседние ткани.

Диагностика строится на комплексной оценке: ПСА, ПРИ, ТРУЗИ, МРТ и биопсия.

Правильная стадия по TNM определяет тактику лечения: может обсуждаться радикальная простатэктомия, лучевая терапия с гормонотерапией или паллиативные подходы в зависимости от общего состояния пациента и степени вовлечения окружающих тканей.

Билет №31

Вопрос Оценка 5 летней выживаемости в онкологической практике.

5-летняя выживаемость — это статистический показатель, который отражает долю пациентов, оставшихся живыми спустя 5 лет после установления диагноза или начала лечения конкретного заболевания, чаще всего — злокачественного новообразования.

Принципы расчёта

5-летняя выживаемость = $(\text{Число пациентов, живущих через 5 лет} / \text{Общее число пациентов}) \times 100\%$

Применяют два типа вида выживаемости:

Абсолютная (общая) - Процент пациентов, живых спустя 5 лет, независимо от причины смерти.

Относительная - Процент выживших с учётом ожидаемой смертности в популяции.

Относительная выживаемость = фактическая выживаемость больных / ожидаемая выживаемость для аналогичной по полу и возрасту группы без рака.

Прогностическая оценка: даёт представление о естественном течении опухоли; помогает врачам и пациентам объективно обсуждать перспективы; используется для выбора тактики лечения: агрессивные и щадящие методы.

Сравнительный анализ лечения: Используется для сравнения эффективности методов (например, хирургия vs лучевая терапия); Оценивает результаты работы лечебных учреждений; Фундамент для рекомендаций клинических протоколов.

Классификация опухолей и стадий: Связана с TNM-классификацией: чем выше стадия — тем ниже 5-летняя выживаемость. Помогает валидировать стадии и определить их значение.

Эпидемиологические исследования: используется в национальных регистрах для контроля качества онкологической помощи; отражает успехи медицины (новые методы лечения повышают выживаемость); позволяет отслеживать эффективность скрининговых программ

5-летняя выживаемость — это международный стандарт для оценки прогноза и эффективности лечения онкологических заболеваний. В клинической практике он используется для: оценки перспектив пациента; выбора оптимальной тактики; контроля за качеством онкологической помощи; сопоставления результатов между клиниками и странами.

Билет №5

Вопрос: Осложнения, после радикальной простатэктомии.

Ответ: После РПЭ осложнения делят на:

1. Ранние осложнения (в течение первых 30 дней)

- Кровотечение

- интраоперационное или послеоперационное;
- потребность в гемотрансфузии;
- ретроперитонеальная или тазовая гематома.

Инфекционные осложнения

- инфекция мочевыводящих путей (ИМП);
- раневая инфекция;
- абсцесс малого таза;
- сепсис (редко, <1%).

Лимфоррея / лимфоцеле

- скопление лимфы после лимфодиссекции (Может быть асимптомным или вызывать компрессию мочеточников, боли, лихорадку).

Тромбоэмболические осложнения

- тромбоз глубоких вен (ТГВ);
- тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА).

Повреждение органов

- прямая кишка — перфорация (редко, 0.5-2%);
- мочеточник — повреждение при диссекции.

Анастомотическая несостоятельность

- утечка мочи через уретро-везикальный анастомоз;
- частота по литературным данным: 2-12%.

2. Поздние осложнения (через недели — месяцы)

Стриктура уретро-везикального анастомоза

- формирование рубцового сужения;
- симптомы: слабая струя мочи, дизурия, задержка мочи;
- частота: 1-8%.

Недержание мочи (стресс-уринарное недержание)

- наиболее частое функциональное осложнение.

Зависит от хирургической техники, возраста пациента и состояния сфинктерного аппарата. Лёгкая форма — при физическом напряжении; Тяжёлая форма — в покое. Частота по данным литературы: до 20-30% через 6 мес, <10% через 12 мес при правильной реабилитации.

Эректильная дисфункция (ЭД) — повреждение нейроваскулярных пучков во время операции. Частота сильно зависит от метода сохранения нервных структур. При "нервосберегающей" технике: ~40-60% сохраняют эректильную функцию.

Лимфоцеле (хроническое)

- асимптомное или сдавливающее, иногда требует пункции или дренирования.

Мочеполовые свищи

- мочепузырно-ректальные свищи (очень редкие);
- мочепузырно-кожные свищи после трудных анастомозов.

Радикальная простатэктомия даёт высокий шанс излечения при локализованном и местно распространённом раке предстательной железы, однако осложнения остаются значимыми: функциональные (недержание, ЭД) — самые частые; инфекционные, тромбоэмболические и механические — на раннем этапе.

Постановили: считать, что **Курманбеков Нурбол Курманбекович** сдал кандидатский экзамен по специальности 14.01.23 - урология на «отлично»

д.м.н. Курбаналиев Р.М. (14.01.23-урология)
член диссертационного совета – эксперт

к.м.н. Мурзалиев А.Ж. (14.01.23-урология)
эксперт

к.м.н. Сулайманов М.Ж. (14.01.23-урология)
эксперт

к.м.н. Осмон уулу Айбек (14.01.23-урология)
ученый секретарь диссертационного совета



Подпись **Осмон уулу Айбек** заверяю

зав. общим отделом
АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМ. П. А. АХУНБАЕВА