

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

Б. Н. ЕЛЬЦИН атындагы КЫРГЫЗ-ОРУС СЛАВЯН УНИВЕРСИТЕТИ

Диссертациялык кеңеш Д 14.23.678

Кол жазма укугунда
УДК 616.65-007.61-006.5-089.87:616-005.755-037-084

Боталаев Бактыбек Апазович

**ПРОСТАТА БЕЗИНИН ЗАЛАЛСЫЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫ МЕНЕН
ООРУГАН БЕЙТАПТАРДА АДЕНОМЭКТОМИЯДАН КИЙИНКИ
ТРОМБОГЕМОМОРРАЛДЫК КОШТОМО ДАРТТАРДЫ ПРОГНОЗДОО
ЖАНА АЛДЫН-АЛУУ**

14.01.23 – 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 урология жана андрология кафедрасында аткарылган.

Илимий жетекчи:

Усупбаев Акылбек Чолпонкулович
медицина илимдеринин доктору, профессор, КР
УИАнын мүчө-корреспонденти, И.К.Ахунбаев
атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык
академиясынын М.Т.Тыналиев атындагы
дипломго чейинки жана дипломдон кийинки
урология жана андрология кафедрасынын
башчысы

Расмий оппоненттер:

Жетектөөчү мекеме:

Коргоо 2025-жылдын «___» _____ саат 14.00.до И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын жана Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян университетинин алдындагы медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн диссертация коргоо боюнча Д 14.23.678 диссертациялык кеңештин отурумунда төмөнкү даректе өтөт: 720020, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., Ахунбаев көчөсү, 92, 2-кабат, конференц-зал. Диссертацияны коргоонун видеоконференциясына кирүү үчүн шилтеме: <https://vc.vak.kg/b/d14-puu-lvw-wbv>

Диссертация менен И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек ш., Ахунбаев көчөсү, 92), Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян университетинин (720000, Бишкек ш., Киев көчөсү, 44) китепканаларынан жана <https://vak.kg/wp-content/uploads/2023/06/Dissertaciya-Akylbek-Sultan-NAK.pdf> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2025-жылдын «___» _____ таратылды.

Диссертациялык кеңештин
окумуштуу катчысы,
медицина илимдеринин кандидаты



Оскон уулу Айбек

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Изилдөөнүн темасынын актуалдуулугу. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы жогорку жаш курактагы эркектердин заара чыгаруу системасынын эң көп кездешкен дарты болуп саналат, буга байланыштуу медициналык-социалдык көйгөй статусун алды [S. Zhao et al. 2016; А. Е. Соколов, 2017; В. Г. Адащик жана авторлоштор, 2018]. Көйгөйдүн социалдык мааниси жана актуалдуулугу ДСУнун демографиялык изилдөөлөрү менен баса белгиленет, алар 60 жаштан ашкан курактагы планетанын калкынын олуттуу өсүшүн күбөлөндүрөт, алардын темпи жалпы калктын өсүшүнөн олуттуу алдыда [О. И. Аполихин жана авторлоштор, 2011; С. П. Даренков жана авторлоштор, 2013]. Бул мыйзамченемдүүлүк биздин өлкө үчүн да мүнөздүү [А. Ч. Усупбаев жана авторлоштор, 2016].

Простата безинин залалсыз гиперплазиясын дарылоонун негизги методу хирургиялык метод болуп саналат, ал симптоматиканы радикалдуу түрдө төмөндөтөт жана уродинамикалык бузулууларды бөгөттөп, жакшыртат [А. Т. Мустафаев жана авторлоштор, 2019].

Простата безинин залалсыз гиперплазиясын хирургиялык дарылоо 10-35% учурларда интраоперациялык жана операциядан кийинки кан жоготуу түрүндө бир катар техникалык татаалдыктар жана коштомо дарттар менен коштолот, бул аларды минималдаштырууга багытталган техникалык ыкмаларды иштеп чыгууну талап кылат [З. А. Кадыров жана авторлоштор, 2013; Р. Л. Устенко, 2013; P. Vanapour et al., 2014; D. Christidis et al., 2017].

Массалык кан кетүү аденомэктомиянын жана простатанын трансуретралдык резекциясынын эң көп таралган алгачкы коштомо дарттары болуп саналат, алар 2,9% дан 15% га чейин учурларда кан компоненттерин куюуну жана гемодинамикалык стабилдештирүүнү талап кылат, бул акыры, операциянын натыйжасын, бейтаптардын стационарда болуусунун узактыгын жана оорунун натыйжасын, ошондой эле дарылоого жумшалган экономикалык чыгымдарды аныктайт [M. Li et al., 2015; В. Г. Адащик жана авторлоштор, 2018].

Гемостаз методдорунун, гемостатикалык каражаттардын жана аларды колдонуунун көптөгөн ыкмалары бар, бул простата кан тамырынын багытынын максаттуу анатомиялык изилдөөлөрүн, ошондой эле геморрагиялык коштомо дарттардын алдын алуунун натыйжалуу ыкмаларын иштеп чыгууну талап кылат [А. В. Петряев жана авторлоштор, 2017; С. В. Шкодкин жана авторлоштор, 2018].

Белгилей кетүүчү нерсе, гемостатикалык препараттарды бардык жерде колдонуунун фонунда тромбоэмболиялык коштомо дарттар көбөйдү [Х Я.

Каримов жана авторлоштор, 2011]. Ушуга байланыштуу, операциядан кийинки мезгилде простата безинин залалсыз гиперплазиясына кабылган бардык бейтаптарда гемостаз системасын кылдат изилдөө мониторинги жана антикоагулянттарды дайындоо менен анын бузулууларын оңдоо зарыл [Ш.А. Аллазов жана авторлоштор, 2013].

Төмөнкү молекулалуу гепариндер түрүндө алдын алуу жана дарылоо терапиясына киргизүү, операциядан кийинки мезгилде тромбоэмболиялык татаалдашууларды, коштомо дарттарды азайтууга өбөлгө түзөт [Н.П.Истомин, Ю.В.Иванов жана авторлостор, 2013], бирок аденомэктомиядан кийин простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда аны колдонуунун натыйжалары дагы эле толук изилдене элек. Ошондой эле адамдардын ошол эле категориясына анын оптималдуу дозасы жана колдонуу мөөнөтү аныктала элек.

Диссертациянын темасынын ири илимий программалар (долбоолор), билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлгөн негизги илимий-изилдөөчүлүк иштер менен байланышы. Эмгек демилгелүү болуп саналат.

Изилдөөнүн максаты. Аденомэктомиядан жана гемостаздын иштелип чыккан ыкмасына жана төмөнкү молекулалуу гепариндерди колдонууга негизделген трансуретралдык резекциядан кийин простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда тромбогеморралдык коштомо дарттардын өөрчүү коркунучун азайтуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Аденомэктомиядан жана простатанын трансуретралдык резекциясынан кийин простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда операцияга чейинки жана операциядан кийинки тромбогеморралдык татаалдашуулардын, коштомо дарттардын жыштыгын, мүнөзүн жана прогнозун изилдөө.
2. Операциядан кийинки жакынкы жана алыскы мөөнөттөрдө геморралдык коштомо дарттардын алдын алуу максатында табарсык аркылуу жасалган аденомэктомиясында гемостаздын иштелип чыккан ыкмасынын маанилүүлүгүн негиздөө.
3. Аденомэктомиядан жана простатанын трансуретралдык резекциясынан кийин простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда тромбоэмболиялык коштомо дарттардын алдын алуу үчүн төмөнкү молекулалуу гепариндерди киргизүү схемасын иштеп чыгуу.

Алынган натыйжалардын илимий жаңычылдыгы.

1. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда салттуу гемостаз ыкмаларына салыштырмалуу тромбогеморралдык коштомо дарттардын алдын алуу үчүн простата безинин аденомасынын бетинде модификацияланган алынуучу тигишти колдонуу менен табарсык аркылуу

жасалган аденомэктомияда гемостаздын ыкмасы иштелип чыкты (патент №2081, 08.12.2017-ж.).

2. Тромбогеморралдык коштомо дарттардын прогноздоо үчүн оперативдүү дарылоо ыкмасын эске алуу менен простата безинин өлчөмдөрүнүн, оперативдүү дарылоо ыкмасынын простата тамырларындагы кан агымынын өзгөрүшүнө жана простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптардагы гемостазиограмманын абалына тийгизген таасирин комплекстүү изилдөө жүргүзүлдү.

3. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда веналык тромбоэмболиялык коштомо дарттардын өнүгүшүнүн тобокелдик топтору оперативдүү дарылоо ыкмасына жараша аныкталды.

4. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда веналык тромбоэмболиялык коштомо дарттардын өнүгүшүнүн тобокелдик топторун эске алуу менен төмөнкү молекулалуу гепаринди киргизүү схемасы иштелип чыкты.

Алынган натыйжалардын практикалык мааниси. Простата безинин аденомасынын бетиндеги модификацияланган алынуучу тигиш операциядан кийинки жакынкы жана алыскы мезгилдерде тромбогеморралдык коштомо дарттардын өнүгүшүнүн алдын алуу менен ишенимдүү гемостазды камсыз кылат, бул мындай ыкманы практикалык саламаттык сактоодо простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу үчүн колдонууга мүмкүндүк берет (киргизүү актысы №20-371, 23.11.2018-ж.).

Төмөнкү молекулалуу гепаринди колдонуунун иштелип чыккан схемасы простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда тромбоэмболиялык коштомо дарттардын пайда болушун олуттуу азайтат, бул аденомэктомиядан жана простатанын трансуретралдык резекциясынан кийин хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртууга, ошондой эле операциядан кийинки керебет-күндөрдүн санын азайтууга мүмкүндүк берет.

Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоого комплекстүү тактикалык мамиле стационардык дарылоонун мөөнөттөрүнүн узактыгын кыскартууну камсыз кылат, тромбогеморралдык оорулардын өнүгүү коркунучун азайтат жана бейтаптардын жашоо сапатын жакшыртат.

Иштелип чыккан методикалар уролог, хирург, онколог врачтардын практикасына киргизилген жана И.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын дарылоо жана педиатрия факультеттеринин, Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин студенттери, С.Б.Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу институтунун курстанттары, клиникалык ординаторлор жана аспиранттар үчүн урология курсунда окуу процессинде

колдонулат.

Коргоого сунушталган негизги жоболор:

1. Табарсык аркылуу аденомэктомия жасалгандан кийин простата безинин аденомасынын бетинде модификацияланган алынуучу тигишти колдонуунун сунушталган ыкмасы операциядан кийинки ар кандай мезгилдерде кан кетүү коркунучун азайтат, бул өз кезегинде тромбогеморралдык коштомо дарттардын пайда болушунун, тамыр ичиндеги кандын уюшунун жана кайталап хирургиялык кийлигишүүнүн алдын алат, эскертет.

2. Салттуу ыкма менен фракцияланбаган гепаринди колдонуу анын дозасын жана колдонуу мөөнөттөрүн тандоодо препараттын дозасын жекече тандоо жана титрлөө менен дарылоо процессиндеги гемостазиограмманы кылдаттык менен изилдөөнү талап кылат. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптардагы тромбогеморралдык коштомо дарттардын алдын алууда жана дарылоодо төмөнкү молекулалуу гепариндерди колдонуу жогорку терапиялык натыйжа берет, операциядан кийинки коштомо дарттардын жыштыгын кыйла азайтат жана гемостазиограмманын көрсөткүчтөрүнө тез-тез мониторинг жүргүзүүнү талап кылбайт.

3. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды дарылоо схемасына антикоагулянттарды киргизбөө тромбоэмболиялык коштомо дарттардын өнүгүү коркунучун кыйла жогорулатат жана айрым учурларда өлүмгө алып келет.

Изденүүчүнүн жеке салымы. Операция жолу менен дарылоого чейин жана операциядан кийинки ар кандай мөөнөттөрдө простата безинин зыянсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды клиникалык текшерүүнү жүргүзүү, клиникалык материалды статистикалык иштетүүнү талдоону камтыйт. Практикалык урологияга простата аденомасынын бетинде модификацияланган алынуучу тигишти киргизүү менен өз алдынча оперативдүү кийлигишүүлөрдү (простатанын аденомэктомиясы жана трансуретралдык резекциясы) жүргүзгөн, кан тамыр ичиндеги тромбоэмболиялык татаалдашуулардын тобокелдик даражасына жараша төмөнкү молекулалуу гепариндерди дайындоо схемасын иштеп чыккан жана негиздеген.

Иштин натыйжаларын апробациялоо. Изилдөөнүн негизги жыйынтыктары төмөнкү конференцияларда баяндалган жана талкууланган: Жаш окумуштуулардын «Урологиядагы заманбап көйгөйлөр» эл аралык конференциясы (Астана ш., 2012), Ж.С.Мамбетовду эскерүүгө арналган эл аралык катышуусу менен урологдордун жана андрологдордун эл аралык конференциясы (Бишкек ш., 2021), урологдордун эл аралык Кузбасс урологиялык мектеби (Кемерово ш., 2022), Новосибирск мамлекеттик медициналык университетинин урология кафедрасынын 50 жылдыгына арналган VI Новосибирск урология мектебинин «Урологиялык жана онкоурологиялык ооруларды хирургиялык жана дары-дармек менен

дарылоодогу инновациялар» аталышындагы аймактар аралык илимий-практикалык конференциясы (Новосибирск ш., 2022), ОшМУнун 85 жылдыгына арналган «Жаңы чакырыктар шартында азыркы практикалык медицинанын актуалдуу көйгөйлөрү» аталышындагы эл аралык илимий-практикалык конференциясы (Ош ш., 2024), КР урологдор жана андрологдор ассоциациясынын 60 жылдыгына арналган «Урологиядагы актуалдуу маселелер» аталышындагы Республикалык илимий-практикалык конференциясы (Бишкек ш., 2024).

Диссертациянын натыйжаларынын басылмаларда чагылдырылышы. Диссертациянын материалдары боюнча 9 эмгек басылып чыкты, анын ичинен Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Улуттук аттестациялык комиссиясы тарабынан сунуш кылынган Рецензиялануучу илимий мезгилдүү басылмалардын тизмесине кирген илимий басылмаларда 4 макала, ойлоп табууга Кыргыз Республикасынын 1 патенти №2081 «Табарсык аркылуу аденомэктомиядагы гемостаздын ыкмасы», 08.12.2017-ж., киргизүү актысы №20-371, 23.11.2018-ж.

Диссертациянын түзүлүшү жана көлөмү. Диссертациялык иш компьютердик текст түрүндө 168 бетте баяндалган, киришүүдөн, адабиятка сереп салуудан, өздүк изилдөөлөрүнүн 2 бөлүмүнөн, корутундудан, практикалык сунуштардан, тиркемеден турат. Библиографиялык көрсөткүч 200 адабий булакты камтыйт, алардын 136ы орус тилдүү жана 64ү чет элдик авторлор. Диссертация 27 таблица, 21 сүрөт менен иллюстрацияланган.

ИШТИН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Диссертациянын киришүүсүндө изилдөөнүн актуалдуулугу, изилдөөнүн максаты, милдеттери, илимий жаңычылдыгы, практикалык мааниси, коргоого сунушталган негизги жоболор баяндалган.

1-бап. Простата безинин залалсыз гиперплазиясын операвтидүү дарылоо маселесинин азыркы абалы жана тромбогеморралдык коштомо дарттардын алдын-алуунун чаралары (адабияттарга сереп)

1.1. Простата безинин залалсыз гиперплазиясын диагностикалоого жана дифференциалдык диагностикалоого карата азыркы көз караштар.

Эпидемиологиянын азыркы абалы, коштомо дарттар, простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды дифференциалдык диагностикалоо боюнча маалыматтардын адабияттарына сереп жасалган, простата безинин абалын жана жалпысынан бейтаптын абалын баалоо үчүн бир катар изилдөөлөрдү колдонуу зарылдыгын көрсөтүү менен берилген.

1.2. Простата безинин залалсыз гиперплазиясын дарылоонун азыркы маселелери. Бул бөлүмдө простата безинин залалсыз гиперплазиясын дарылоонун хирургиялык методдорунун эволюциялык классификациясы, анын ичинде азыркы учурда клиникалык практикада колдонулган ыкмалар берилген.

Дарылоонун тигил же бул түрүнө көрсөткүчтөрдү аныктоо каралып жаткан дарылоо методунун натыйжалуулугу менен коопсуздук деңгээлинин ортосундагы тең салмактуулукту сактоого келип такалат жана төмөнкү заара чыгаруучу жолдордон зааранын өтүшүн калыбына келтирүү максатын көздөйт.

1.3. Операциядан кийинки коштомо дарттардын алдын-алуунун маселелери.

Адабият булактарындагы маалыматтар боюнча, табарсык аркылуу жасалган аденомэктомияда операциядан кийинки коштомо дарттардын саны болжол менен 20-35% га, табарсыктан тышкарыда, табарсыктын арты аркылуу жасалган аденомэктомияда – 4-14%, простатанын трансуретралдык резекцияда – 10-20% жетет. Тромбогеморралдык коштомо дарттардын оордугун эске алуу менен көпчүлүк изилдөөчүлөр операцияга чейинки мезгилде жана өзгөчө операциядан кийинки жакынкы мөөнөттөрдө алдын алуу чараларын көрүү зарылдыгын белгилешет [Давидов, М. И., 2007; Истомин Н. П., Ю. В. Иванов, В. В. Иванов жана авторлоштор, 2013].

2-бап. Изилдөөнүн методологиясы жана методдору.

2.1. Кароодон өткөн бейтаптардын жалпы мүнөздөмөсү. Изилдөөнүн объектиси табарсык аркылуу аденомэктомия жана простатанын трансуретралдык резекциясынын бир жолку көлөмүндө оперативдүү дарылоо жүргүзүлгөн простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптар болуп саналат.

Изилдөөнүн предмети: простата безинин аденоматоздук түйүндөрүнүн бетинде ишенимдүү гемостазды камсыздоого жана тромбоэмболикалык коштомо дарттардын өнүгүшүн бөгөттөөгө көмөктөшүүчү аденомэктомия жана простатанын трансуретралдык резекциясы жасалган бейтаптарда тромбогеморралдык коштомо дарттарды дарылоонун жана алдын-алуунун методдору изилдөө.

Диссертациялык изилдөө далилдүү медицинанын принциптерине ылайык жүргүзүлдү. Илимий натыйжалардын жана тыянактардын ишенимдүүлүгү изилденүүчү топторду тандоонун жетиштүү көлөмү менен (простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган 245 бейтап) жана изилдөөнүн заманбап аналитикалык, клиникалык, лабораториялык жана инструменталдык методдору, ошондой эле заманбап прикладдык статистикалык программаларды колдонуу менен негизделген.

Перспективдүү жана ретроспективдүү изилдөөнүн материалдары 2010-2024-жылдар аралыгында Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык урология илимий борборунун базасында стационардык дарылануудан өтүшкөн, табарсык аркылуу жасалган аденомэктомия жана простатанын трансуретралдык резекция методдору менен операция жасалган простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптардын амбулатордук карталары жана бейтаптын ооруларынын тарыхы менен сунушталган.

Изилдөөнүн коюлган максаты жана милдеттерин ишке ашыруу максатында простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бардык бейтаптар үч клиникалык топко бөлүштүрүлгөн:

- биринчи топко (негизги) простата безинин аденоматоздук түйүндөрүнүн бетинде модификацияланган алынуучу тигиш коюу менен табарсык аркылуу жасалган аденомэктомия ыкмасы менен операция жасалган 82 (33,5%) бейтап киргизилген;

- экинчи (текшерүүчү «А» тобу) топко простата безинин аденоматоздук түйүндөрүнүн бетинде салттуу чечилүүчү тигиш коюу менен, табарсык аркылуу жасалган аденомэктомия ыкмасы менен операция жасалган 88 (35,9%) бейтап киргизилген (Т. Тыналиев жана В. Н. Евсюков боюнча);

- үчүнчү (текшерүүчү «Б» тобу) топко простатаны трансуретралдык резекция методу менен операция жасалган 75 (30,6%) бейтап кирген.

Көп учурда простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптар операция жолу менен дарыланууга дартынын созулушунун узактыгы 1 жылдан 2 жылга чейин (26,1%), ошондой эле 2 жылдан 3 жылга чейин (18,0%) же дароо алгачкы кайрылуу (18,0%) менен кайрылышкан.

Ыкчам урология линиясы боюнча кайрылган бейтаптардын 126 ($51,4 \pm 3,1\%$) зааранын курч кармалышы, 17 ($6,9 \pm 1,6\%$) – макрогематурия, 9 ($3,7 \pm 1,2\%$) – табарсыктын тампонадасы аныкталган, $p > 0,05$. Инфравезикалдык обструкция фонунда 54 ($22,0 \pm 2,6\%$) бейтапта табарсыкта экинчи ирет таштар, 118 ($48,2 \pm 3,1\%$) – жалган дивертикулдар, $p < 0,001$, 47 ($19,2 \pm 2,5\%$) – табарсык-бөйрөк рефлюкстары менен баяланышкан уретерогидронефроз, $p < 0,001$, 35 ($14,3 \pm 2,2\%$) - 1-2-стадиядагы өнөкөт бөйрөк жетишсиздиги, $p < 0,001$, 28 ($11,4 \pm 2,0\%$) – простата безинин залалсыз гиперплазиясынын рецидиви аныкталган, $p > 0,05$.

Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган изилденүүчү бейтаптарда тромбоэмболиялык коштомо дарттардын өнүгүшүнүн тобокелдик факторлору болуп саналган коштоочу оорулардын үстөмдүгүнүн мыйзам ченемдүүлүгү аныкталган. 102 (60,0%) бейтапта жогоруда аталган оорулар бири-биринен обочолонуп байкалган, 68 (40,0%) – простата безинин залалсыз гиперплазиясынын клиникалык картинасынын жүрүшүн татаалдаштыруучу бир нече коштоочу оорулардын айкалышы борун алган. Бейтаптардын жаш курактык критерийлерин жана жүрөк-кан тамыр патологияларынын жайылышын эске алганда простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган 245 бейтапта коронардык жүрөк оорусу $56,3 \pm 3,1\%$ учурда жана гипертониялык оору – $46,1 \pm 3,1\%$, $p > 0,05$, өнөкөт геморрой оорусу – $31,5 \pm 3,0\%$, $p > 0,05$, кант диабети – $28,9 \pm 2,8\%$, $p > 0,05$, буттун тромбофлебети – $21,6 \pm 2,6\%$, $p > 0,05$, семирүү – $17,1 \pm 2,4\%$, $p > 0,05$ симптомдору белгиленген. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда кандын реологиялык касиеттеринин бузулушу геморроидалдык веналардын өнөкөт кеңейишинде $9,3 \pm 1,8\%$ ($n=23$) чейинки байкоолордо, буттардын веналарынын тромбофлебетинде – $9,8 \pm 1,8\%$ ($n=24$) чейинки, кант диабетинде – $10,8 \pm 0\%$ чейинки, гипертониялык ооруларда – $15,3\%$ чейинки, коронардык жүрөк оорусунда – $18,6\%$ чейинки учурларда байкалган. Жүрөк-кан тамыр патологиялары

айкалышканда, тромбозмболиялык коштомо дарттардын өнүгүү тобокелдиги 35,9% га чейин жогорулайт.

Простата безинин көлөмү чоңойгондо, $25,3 \pm 2,7\%$ учурларда гемостаз системасында гиперкоагулянттык жылыштар пайда болгон.

2.2. Изилдөөнүн методдорунун мүнөздөмөсү. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда клиникалык диагнозду верификациялоо Кыргыз Республикасындагы изилдөөлөрдүн клиникалык протоколдоруна (2014-2019-жж.) жана Guidelines EAU (2015-2020-жж.) клиникалык протоколдоруна ылайык Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин алдындагы Улуттук госпиталдын Республикалык илимий урология борборунда кабыл алынган изилдөө методдорунун колдонууга негизделген.

Клиникалык текшерүү бейтаптын жаш курагын, даттанууларын жана анамнезин, диагностиканын жалпы клиникалык жана лабораториялык методдорун, объективдүү статусун, изилдөөнүн нур жана уродинамикалык методдорун, ошондой эле тест-анкеталарды (анкеталарды), заара ушатуу күндөлүктөрүн жана простатикалык симптомдорду баалоо шкааларын колдонуу менен кошумча спецификалык методдорду эске алуу менен жүргүзүлдү. Бейтаптарды текшерүү: ооруканага кабыл алууда; операцияга чейинки даярдоо процессинде; операциядан кийинки жакынкы жана алыскы мезгилдерде 1-3-5-7 суткада бейтаптар стационарда жаткан учурда; операциядан кийинки узак мөөнөттөрдө 1-6-12 ай жана 2-3 жыл амбулатордук көзөмөлдөөдө болгон учурда жүргүзүлдү.

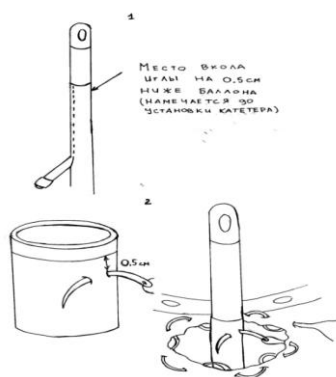
2.3. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды дарылоонун хирургиялык методдорунун мүнөздөмөсү.

Изилдөөнүн проспективдүү этабы простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган 245 бейтапты клиникалык байкоодон турат, аларга бир жолку табарсык аркылуу жасалган аденомэктомия – 144 ($58,8 \pm 3,1\%$), кийинкиге калтырылган табарсык аркылуу жасалган аденомэктомия – 26 ($10,6 \pm 1,9\%$), простатанын трансуретралдык резекциясы – 75 ($30,6 \pm 2,9\%$), $p < 0,001$, көлөмүндө хирургиялык дарылоодон жүргүзүлгөн.

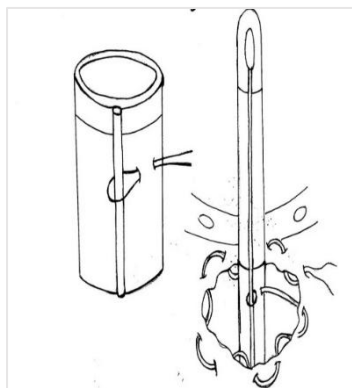
Гемостаздын модификацияланган ыкмасы тромбогеморралдык коштомо дарттардын пайда болушун бир жолку табарсык аркылуу жасалган аденомэктомияда алдын-алат жана пбейтаптын тез клиникалык калыбына келишине жана сакайып кетишине өбөлгө түзөт.

Операциянын жүрүшү: табарсыктын алдыңкы бетин ажыратып ачуу жолу менен бир жолку табарсык аркылуу жасалган аденомэктомияда простатанын аденоматоздук түйүндөрү бимануалдык түрдө чыгарылып, ошол жерге ордуна 40-45 см³ чейин үйлөтүлгөн силикон-латекстик баллондук уретралдык Фолей Fh 22-24 катетерди орнотуу менен, ал эми операциядан кийинки кан кетүүлөрдө 60 см³ чейин кошумча полиуретан Fh 4-6 түтүкчөсүн орнотуу менен жана аларды уретра боюнча бирге чыгаруу менен алынып салынуучу кисеттик тигиш салынган. Ошол эле учурда, ошол эле жип менен катетер баллончонун жүрүшүнүн төмөн жагына жана контрлатералдык тигилип, тигилген жердин

илмеги полиуретан түтүктү бекитет (1-, 2-сүрөттөр). Тигиштин бош учу катетерди жана түтүктү бири-бирине бекитип, эки учу байланган. Андан соң, катетер простатанын аденома бетине киргизилген. Дренаждарды тартуу буттун тизесинин жогорку бөлүгүнүн үчтөн бир бөлүгүнө чейин жүргүзүлүп, операциядан 6 саат өткөндөн кийин алынган. Полиуретан түтүкчөсүн 2-суткада алып салганда алынуучу тигиш бир убакта ачылып, ошол эле учурда уретралдык катетердин баллону өзүнүн басым аянтынан улам жаратты таңгактоо жолу менен кошумча гемостаз жүзөгө ашырган, тигиш салынган жерде простата аденомасынын бетинин табигый кыскарышына тоскоолдук жараткан эмес. Контраппертура аркылуу эпицистостомиялык поливинил дренажи орнотулуп, андан кийин табарсыктын кемтигин эки катарлуу кисеттик тигиш менен тигилет. Уретралык катетер операциядан кийин 5-6-суткада алынган.



1-сүрөт. Катетерди баллончонун деңгээлинен ылдый капталына тигүү.



2-сүрөт. Өткөргүчтү орнотуунун этаптары жана полиуретан түтүкчөсүн тигиштин «айландырып» фиксациялоо.

Табарсык аркылуу жасалган аденомэктомияда кошумча гемостаздын иштелип чыккан ыкмасы бир катар артыкчылыктарга ээ: операциядан кийинки мезгилдерде тромбогеморралдык коштомо дарттардын алдын алууга жана кыйла азайтууга мүмкүндүк берет; 40-45см³ чейин шишип кеткен (60 см³ чейин кан кеткенде) уретралдык катетердин баллону простата аденомасынын бетин компрессиялоо менен 2-3-5 суткага чейин тигиш салынган зонаны тампондойт, аденомэктомиядан кийин 3-5 суткага чейин өнүгүүнүн максималдуу жыштыгына ээ болгон операциядан кийинки кан агуунун алдын алууга өбөлгө түзөт.

Гемостаздын бул ыкмасында сезгенүү коштомо дарттарынан (баланиттерден, баланопоститтерден) сактануу үчүн жыныстык мүчөнүн учуна уретралдык катетерди кошумча фиксациялоонун зарылдыгы жок; силикон-латекс баллондук катетерлердин өлчөмү F18ден 24кө чейин вариацияланышы мүмкүн, алар поливинилдик жана полиуретандык дренаждарга караганда алда канча ийкемдүү жана травматикалык эмес, алар простата безинин аденомасынын бетине классикалык алып салынуучу тигиштерди коюуда колдонулат; дренаждарды тартканда, операциядан кийинки мезгилде жиптер жырылбайт жана тигилген жерге катетердин шишиген баллонунун басым аянтын көбөйтүү менен табарсыктын жана заара чыгаруу каналынын былжыр чели жыртылбайт.

2.4. Алынган натыйжаларды статистикалык иштетүү. Натыйжаларды иштеп чыгууда параметрдик жана параметрдик эмес методдор колдонулган. Эки көз карандысыз жана көз каранды (жупташкан) тандап алууларга талдоо жасоо p критерийдин маанилүүлүк деңгээлин аныктоо менен Стьюденттин (t) критерийинин негизинде жүргүзүлдү. Алсак, эгер $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$ деңгээли болсо, анда ишенимдүүлүгү статистикалык жактан маанилүү, эгер $p > 0,05$ болсо, анда жыйынтык статистикалык мааниге ээ эмес деп эсептелген.

3-бап. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды өздүк изилдөөлөрдүн клиникалык натыйжалары.

3.1. Изилдөөнүн жалпы клиникалык натыйжаларынын салыштырма мүнөздөмөсү. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда IPSS, IIEF, AMS, QOL шкалалары боюнча анкета жүргүзүүнүн, заара ушатуунун күндөлүгүн толтуруунун маалыматтары боюнча дээрлик бардык изилденүүчү бейтаптарда обструктивдүү жана ирритативдик симптомдор аныкталган. Операциялык дарылоого чейин салыштыруунун бардык топторунда жогоруда көрсөтүлгөн симптомдор ишенимдүү анык айырмачылыкка ээ болгон эмес, $p > 0,05$.

245 (100,0%) бейтапта биринчи кабыл алууда экинчи жолку кайталануучу цистит диагностикаланган, анын ичинде негизги топтогу 82 (33,5±3,0%) бейтапта, текшерүүчү топтордо 88 (35,9±3,0%) жана 75 (30,6±2,9%), $p > 0,05$. 222 (90,1±1,9%) бейтапта – жогорку заара чыгаруу жолдорунун өсүүчү инфекциясынын фонунда экинчи жолку кайталанма пиелонефрит, алардын ичинде негизги топтогу 78 (31,8±2,9%) адамда, текшерүүчү топто 76 (31,0±2,9%) жана 68 (27,7±2,8%) бейтапта, $p > 0,05$.

Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда жүрөк-кан тамыр системасы тарабынан коштоочу оорулар салыштыруунун бардык топторунда бааланган. Коронардык жүрөк оорусу орун алган учурлар, көбүнчө текшерүүчү «А» тобунда (19,6±2,5%) жана негизги топто (18,8±2,4), текшерүүчү «Б» тобуна (18,0±2,4) караганда көбүрөөк кездешкен, $p > 0,05$. Гипертониялык оорулардын орун алган учурлары бардык топтордо дээрлик бирдей жыштык менен кездешкен (15,5±2,3%; 15,1±2,2% жана 15,5±2,3%), $p > 0,05$. Өнөкөт геморрой был отмечен чаще у пациентов группы «Б» тобундагы (12,2±2,0%) бейтаптарда, негизги топтогу жана «А» тобундагы 11,4±2,0%

учурдагы бейтаптарга караганда көбүрөөк кездешкен, $p>0,05$. Кант диабети «Б» тобунда ($11,4\pm2,0\%$), негизги топко ($9,8\pm1,8\%$) жана «А» тобуна ($7,8\pm1,7\%$) караганда көбүрөөк жолугат, $p>0,05$. Буттардын тромбофлебити «А» тобунда ($7,8\pm1,7\%$) жана «Б» тобунда ($7,3\pm1,6\%$) негизги топко салыштырмалуу ($6,5\pm1,5\%$), $p>0,05$, бирдей жыштыкта байкалган. Ашыкча семирүүгө көбүрөөк «Б» тобундагы ($6,1\pm1,5\%$) жана «А» тобундагы ($5,3\pm1,4\%$) бейтаптар, негизги топтогу ($5,7\pm1,7\%$), $p>0,05$, бейтаптарга караганга көп кабылышкан.

Ошентип, салыштыруунун бардык топторунда операциялык дарылоо методун тандоого карабастан, операциядан кийинки мезгилдерде тромбоэмболиялык, геморрагиялык жана сезгенүү коштомо дарттарынын пайда болушуна алып келүүчү гемокоагулянттык бузулуулардын жана инфекциялык-сезгенүү абалдарынын өнүгүшүнө түрткү боло турган бирдей симптомдор жана оорулар орун алган.

3.2. Изилдөөнүн лаборатордук-инструменталдык методдорунун салыштырма критерийлери.

Гемограмманы изилдөөдө простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда же гиперкоагуляцияга жакын же чек ара деңгээлинде болгон тенденция менен кандын реологиялык касиеттеринин бузулушу белгиленген.

Салыштыруунун бардык топторундагы простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда протромбиндик индекстин чектик көрсөткүчтөрү аныкталган ($120,81\pm2,78\%$, $119,17\pm2,05\%$, $p<0,001$, жана $116,22\pm2,56$ тиешелүү түрдө, $p>0,05$). Негизги жана «А» тобундагы бейтаптарда активделген жарым-жартылай тромбопластиндик убакыттын деңгээлинин төмөндөшү ($30,12\pm2,88$ сек жана $30,47\pm2,37$ сек), $p<0,001$, кандын фибриногенинин жогорулашы ($4,26\pm0,15$ г/л; $4,11\pm0,04$ г/л), $p>0,05$, жана эрүүчү фибрин-мономердик комплекстердин чектик маанилери ($4,01\pm0,18$ мг/100мл жана $4,09\pm0,25$ мг/100мл), $p<0,001$, «Б» тобундагы бейтаптарга салыштырмалуу ($34,31\pm2,13$ сек., $p<0,001$; $3,88\pm0,21$ г/л, $p>0,05$; $3,18\pm0,21$ мг/100мл, $p>0,05$) көбүрөөк байкалган.

Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган 172 ($70,2\pm2,9\%$) бейтаптан кандын нормокоагуляциялык көрсөткүчтөрүндө 98 ($40,0\pm3,1\%$) бейтапта гиперкоагуляциялык жылышуулар тарабына чектик өзгөрүүлөр аныкталган, $p<0,001$. 62 ($25,3\pm2,7\%$) бейтапта кандын гиперкоагуляциясынын ишенимдүү процесстери байкалган, 11 ($4,5\pm1,3\%$) – гипокоагуляциялык жылышуулар, $p<0,001$, белгиленген.

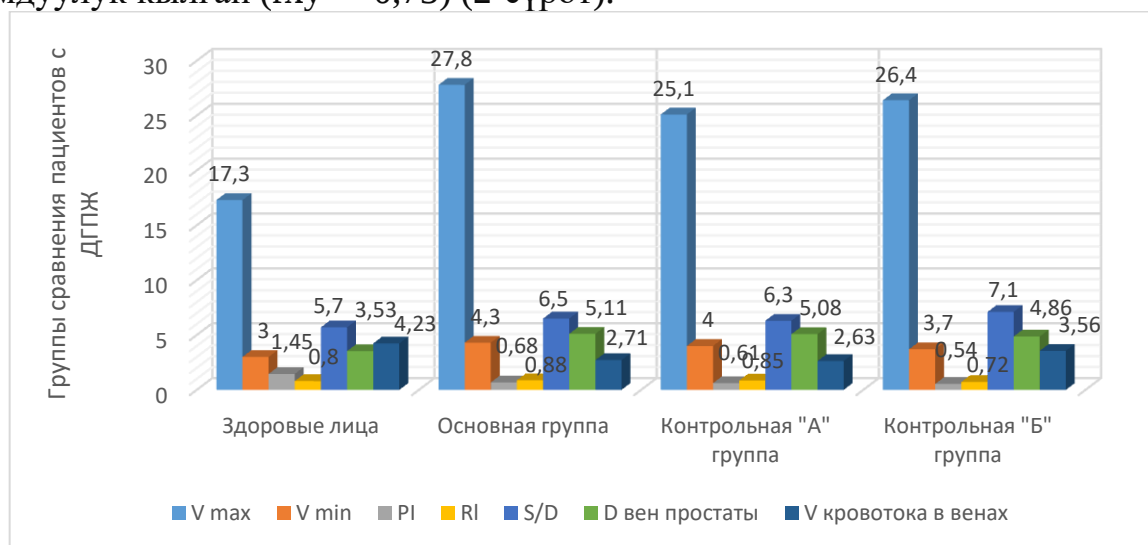
Тромбоциттердин адгезиясынын сандык маанилери простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган 62 ($25,3\pm2,7\%$) бейтапта нормадан ($52,2\pm1,32\%$) жогору болгон, 177 ($72,2\pm2,8\%$) бейтапта нормокоагуляция ($42,8\pm1,68\%$), 6 ($2,4\pm0,9\%$) – гипокоагуляция ($19,1\pm1,22\%$), $p<0,001$, аныкталган. Тромбоциттердин агрегациясынын көрсөткүчтөрү 52 ($21,2\pm2,6\%$) бейтапта нормадан ($37,1\pm2,11$ сек) жогору болгон, 182 ($74,3\pm2,8\%$) бейтапта нормокоагуляция ($29,5\pm1,81$ сек), 5 ($2,0\pm0,8\%$) – гипокоагуляция ($18,1\pm2,14$ сек), $p<0,001$, аныкталган.

Ошентип, стационарга келип түшкөндө простата безинин залалсыз

гиперплазиясы менен ооруган $25,3 \pm 2,7\%$ бейтаптарда кандын уюшунун бузулуулары болгон, бул операциядан кийинки мезгилдерде тромбоэмболиялык коштомо дарттардын пайда болушунун баштапкы механизми болушу ыктымал.

Төмөнкү заара чыгаруу жолдорунун уродинамикасынын маалыматтарын баалоодо простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптардын баарында инфравезикалдык обструкция менен байланышкан заара ушатуунун обструктивдүү тиби аныкталган. Бул учурда, 138 ($56,3 \pm 3,1\%$) адамда зааранын агымынын максималдуу ылдамдыгынын $9,5 \pm 1,24$ төн $10,4 \pm 1,56$ мл/сек чейин, $p < 0,01$ азайышы 134 ($54,7 \pm 3,1\%$) – заара ушатуунун убактысынын $34,6 \pm 2,45$ тен $36,8 \pm 3,21$ сек чейин, табарсыктын көлөмү 300 мл. жогору болгондо узарышы, $p < 0,001$, аныкталган. Табарсыктын көлөмү негизги топто Объем ($368,8 \pm 25,7$ мл), «А» тобуна ($327,3 \pm 26,5$ мл), $p > 0,05$, жана «Б» тобуна ($320,8 \pm 7,4$ мл), $p < 0,001$, караганда чоңураак болгон.

Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптардын (100%) баарына простата безинин тамырларын ультраүндүү доплерография менен трансректалдык ультраүндүү иликтөөдө гиперплазия түйүндөрүндө регионалдык артерияларда жана веналарда кандын жүгүрүшүнүн күчөтүлгөн тамырлуу сүрөтү аныкталган, ошондой эле аденоматоздук түйүндөрдүн көлөмүнөн жана инфравезикалдык обструкциянын деңгээлинен простата безинин тамырларындагы кан агымынын түздөн-түз корреляциялык көз карандылыгы орун алган. Б.а. трансректалдык ультраүндүү иликтөөнүн маалыматтары боюнча простатанын көлөмү канчалык көп катталса, төмөнкү заара чыгаруу жолдорунун симптомдору канчалык анык байкалса, простатанын тамырларында гемодинамикалык параметрлердин өзгөрүүлөрү ошончолук басымдуулук кылган ($r_{xy} = +0,73$) (2-сүрөт).



2-сүрөт. Салыштыруу топторундагы простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда простата безиндеги веналык кан агымынын көрсөткүчтөрүнүн бөлүштүрүлүшү.

Ошентип, УҮИнин (ТРУҮИ) маалыматтары боюнча заара чыгаруу жолдорунун уродинамикасынын бузулушун баалоодо простата безинин көлөмү, инфравезикалдык обструкциянын симптомдорунун байкалуу даражасы, ошондой эле жогорку жана төмөнкү заара чыгаруу жолдору тарабынан экинчи

ирерт кайталануучу коштомо дарттардын кошулуусу менен ишенимдүү байланыш белгиленген($r_{xy}=+0,71$) (1-таблица).

1-таблица – Трансректалдык ультраүндүү иликтөө маалыматтары боюнча салыштырылып жаткан топтордогу простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда төмөнкү заара чыгаруу жолдорунун орточо параметрлери

№ пп	Трансректалдык ультраүндүү иликтөө - критерийлери	Бейтаптарждын тобу						p
		Негизги топ ¹ n=82		Текшерүүчү топ				
				«А» ² тобу n=88		«Б» ³ тобу n=75		
		M±σ	±m	M±σ	±m	M±σ	±m	
1	Простата безинин көлөмү, см ³	90,15 ±17,25	1,1	92,08 ±14,48	0,9	74,34 ±10,76	0,6	p _{1,2} <0,001 p _{1,3} <0,001 p _{2,3} <0,001
2	Гиперплазиянын түйүнүнүн көлөмү, см ³	30,41 ±7,78	0,4	31,12 ±7,25	0,4	23,67 ±8,23	0,5	p _{1,2} >0,05 p _{1,3} <0,001 p _{2,3} >0,05
3	Калдык зааранын көлөмү, мл	107,8 ±12,4	0,8	115,4 ±11,8	0,7	96,2 ±14,6	0,9	p _{1,2} >0,05 p _{1,3} <0,01 p _{2,3} <0,001

Эскертүү: M±σ – төмөнкү заара чыгаруу жолдорунун орточо параметрлери жана орточо квадраттык четтөөлөрү, ±m - репрезентативдүүлүктүн катасы, n – байкоолордун саны, p – айырмалардын ишенимдүүлүгү, p>0,05 – катасыз прогноздун мүмкүндүгү 95,0% азыраак, p<0,01 - катасыз прогноздун мүмкүндүгү 99,0% азыраак, p<0,001 - катасыз прогноздун мүмкүндүгү 99,9% азыраак.

4-бап. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды дарылоонун натыйжалары.

4.1. Операциялык дарылоонун натыйжалары. Аденомэктомияда жана простатанын трансуретралдык резекциясында интраоперациялык кан жоготуунун көлөмүн баалоо менен кан агуунун өнүгүү жыштыгы 2-таблицада келтирилген.

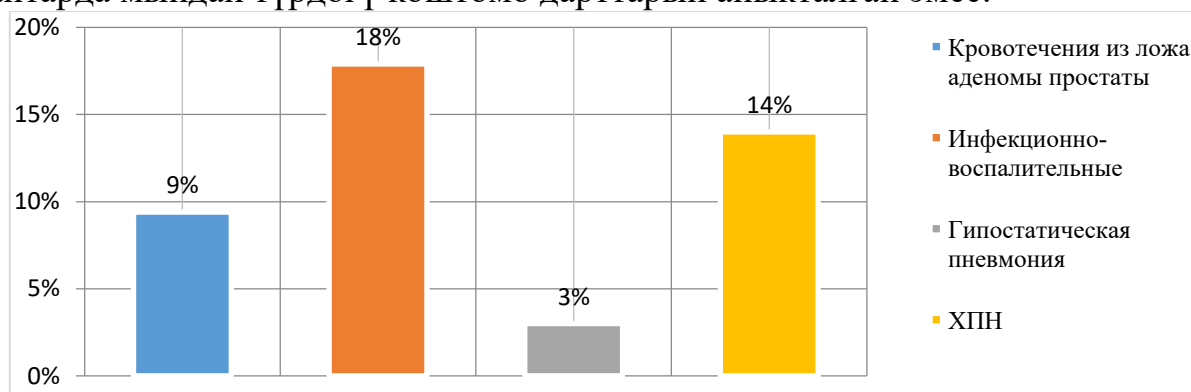
2-таблица – Салыштыруу топторундагы простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда интраоперациялык кан агуулардын жыштыгы менен кан жоготуулардын көлөмүн баалоо, n=245

№ кн	Бейтаптардын саны	Кан агуунун өнүгүшүнүн жыштыгы		Кан жоготуунун көлөмү, мл
		Абс. сан	P±m	
1	Негизги топ (n=82)	2	0,8±0,5	150-250
2	Текшерүүчү «А» тобу (n=88)	10	4,1±1,2	200-500

3	Текшерүүчү «Б» тобу (n=75)	3	1,2±0,7	30-50
4	Жалпы	15	6,1±1,5	-

Операция учурунда кан жоготуунун көлөмү гемостатикалык жардам методуна, гиперплазияланган простатанын көлөмүнө, операция жасап жаткан хирургдун тактикасына түздөн-түз көз каранды болгон. Хирургиялык кийлигишүүнүн убактысын, кан агуунун көбөйү жыштыгын жана көлөмүн талдоо аденомэктомия жана простатанын трануретралдык резекциясында гемостаз системасында кан жоготуу менен катар бейтаптын деорганизмине сезилүүчү хирургиялык травма менен кандын гиперкоагуляциясы үчүн мүнөздүү жылыштар болуп жаткандыгын көрсөттү.

Аденомэктомиядан жана простата безинин трансуретралдык резекциясынан кийинки коштомо дарттар операция жасалган бейтаптарда операциялан кийинки жакынкы мөөнөттөрдө (1 күндөн 7 күнгө) 10,7±1,7 % учурда байкалган (3-сүрөт). Инфекциялык-сезгенүү коштомо дарттар простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган 44 (18,0±2,4%) бейтапта, өнөкөт бөйрөк жетишсиздиги 35 (14,3±2,2%) бейтапта, $p>0,05$, простатанын аденомасынын бетинен кан агуу – 23 (9,4±1,8%), $p<0,001$, гипостатикалык пневмония – 3 (1,2±0,7%), $p<0,001$, байкалган. Салыштыруу топторунда кан агуунун өнүгүшүнүн жогорку тобокелдиги 17 (6,9±1,6%) бейтапта операциядан кийинки биринчи суткада жана 6 (2,4±0,9%) бейтапта – 4-7 суткада, $p<0,001$, белгиленген. Табарсыктын тампонадасы менен массалык кан агуулар текшерүүчү «А» тобундагы 8 (3,3±1,1%) бейтапта жана текшерүүчү «Б» тобундагы 4 (1,6±0,8%) бейтапта белгиленген, $p>0,05$. Негизги топтогу бейтаптарда мындай түрдөгү коштомо дарттарын аныкталган эмес.



3-сүрөт. Операциядан кийинки жакынкы мөөнөттөрдө простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда операциядан кийинки коштомо дарттардын жыштыгы (%).

Аденоматоздук түйүндөрдүн бетинен кан агуу болгон учурда 9 (3,7±1,2%) бейтаптка кан агууну токтотуу жана кан кеткен веналык түйүндөрдүн тамырларын бөгөттөө максатында кайталап хирургиялык кийлигишүү жүргүзүлгөн. 11 (4,5±1,3%) бейтапта – уретралдык катетердин чыңалуусун коррекциялоо, гемостатиктерди дайындоо жана табарсыкты сугаруу системасын жөнгө салуу жүргүзүлгөн, $p>0,05$.

Кан агууну токтотуу максатында кайталап операциялык дарылоо салттуу аденомэктомия ыкмасы менен операция жасалган 7 (2,9±1,0%) бейтапта, анын

ичинен 5 ($2,0 \pm 0,8\%$) – 1ден 3 суткага чейинки мөөнөттөрдө жана 2 ($0,8 \pm 0,5\%$) – 4төн 6 суткага чейин, $p > 0,05$; ошондой эле простатанын трансуретралдык резекциясы методу менен операция жасалган 2 ($0,8 \pm 0,5\%$) бейтапта операциядан кийинки 1-3 суткада, $p > 0,05$.

Модификацияланган ыкма боюнча операция жасалган 20 ($8,2 \pm 1,7\%$), ошондой эле салттуу ыкма боюнча – 28 ($11,4 \pm 2,0\%$) жана простатанын трансуретралдык резекциясынан кийин – 18 ($7,3 \pm 1,6\%$) бейтапта 1- 4 жумадан кийин дизуриялык бузулуулар азайгандыгы байкалган, $p < 0,001$. Негизги топтогу 62 ($25,3 \pm 2,7\%$), текшерүүчү «А» тобундагы 60 ($24,5 \pm 2,7\%$) кбейтапта операциядан кийинки мезгилдеги ушул эле мөөнөттөрдө заара ушатуунун бузулуу белгилери байкалган эмес ($7,2 \pm 3,2$ баллов), $p > 0,05$, бул 1ден 3 жылган чейинки алыскы катамнезге да мүнөздүү ($5,3 \pm 3,5$ жана $4,9 \pm 3,1$ тиешелүү түрдө).

1 жумадан 1 жылга чейинки мөөнөттөрдө бейтаптардын уродинамикалык критерийлерин талдоодо салыштыруунун бардык топторунда зааранын максималдуу агымынын ылдамдыгы жакшыртуу жана заара ушатуунун убактысын кыскарышы белгиленген ($22,8 \pm 2,24$; $20,6 \pm 2,56$; $22,2 \pm 2,34$ мл/сек жана $18,2 \pm 3,01$; $19,4 \pm 2,67$ жана $17,7 \pm 2,45$ сек), бирок негизги топтогу бейтаптарда төмөнкү заара чыгаруучу жолдорунан уродинамиканын кыйла эрте калыбына келиши $9,0 \pm 1,8\%$ ($n=22$) учурларда белгиленген. Модификацияланган метод менен операция жасалган 6 ($2,4 \pm 0,9\%$) бейтапта, салттуу аденомэктомия методу менен операция жасалган 22 ($9,0 \pm 1,8\%$) бейтапта, $p > 0,05$, простатанын трансуретралдык резекциясынан кийинки 20 ($8,2 \pm 1,7\%$) бейтапта, $p > 0,05$, 1-3-жылдан кийин зааранын агымынын максималдуу ылдамдыгынын $15,3 \pm 1,67$; $14,4 \pm 2,15$ жана $12,67 \pm 1,34$ мл/сек чейин азайышы белгиленген. Бул факт операциядан кийинки алыскы мезгилдерде простата безинин гиперплазиясынын рецидивдери жана тырык-склеротикалык процесстеринин өнүгүшү менен байланыштуу болгон.

6 айдан 3 жылга чейин модификацияланган аденомэктомия ыкмасы менен операция жасалган ($2,4 \pm 0,9\%$) бейтапта табарсыктын толук бошобогону, зааранын агуусунун солгундук белгилери байкалган, алардын ичинен 2 ($0,8 \pm 0,5\%$) бейтапта операциядан 1-3 жыл өткөндөн кийин заара ушатуунун кармалуусу орун алган, $p > 0,05$. Ушул эле мөөнөттөрдө салттуу аденомэктомия ыкмасы менен операция жасалган 8 ($3,3 \pm 1,1\%$) бейтапта инфравезикалдык обструкция симптомдору болгон, 2-х ($0,8 \pm 0,5\%$) бейтапта - зааранын курч кармалышы, $p < 0,01$ пайда болгон. 1-3 жылдан кийин текшерүүчү топто төмөнкү заара чыгаруу жолдорунун обструктивдүү симптомдору 11 ($4,5 \pm 1,3\%$) адамда байкалган, 3 ($1,2 \pm 0,7\%$) бейтапта операциядан 1,5 жыл өткөндөн кийин – зааранын курч кармалышы, $p < 0,001$ жаралган.

Простатанын трансуретралдык резекциясы методу менен операция жасалган бейтаптарда 6-12 айдан кийин 12 ($4,9 \pm 1,3\%$) учурда инфравезикалдык обструкция симптомдору байкалган, 3 ($1,2 \pm 0,7\%$) – зааранын курч кармалышы, $p < 0,01$ пайда болгон. 1-3 жылдан кийин ушул эле симптомдор 23кө ($9,4 \pm 1,8\%$) көбөйгөн, ($2,0 \pm 0,9\%$) – зааранын курч кармалышы, $p < 0,001$ байкалган.

Салыштыруу бардык топторунда гематурия интраоперациялык гемостазды эске алуу менен, аденомэктомиядан жана простатанын

трансуретралдык резекциясынан кийин 1-4 жумадан соң текшерүүчү тобунда көбүрөөк байкалган. Негизги топтогу 2 ($0,8 \pm 0,5\%$) бейтапта микрогематурия 1 жумадан 4 жумага чейинки мөөнөттөрдө жана 2 ($0,8 \pm 0,5\%$) – 6 айдан 3 жылга чейинки мөөнөттөрдө, $p > 0,05$ белгиленген. Салттуу аденомэктомия ыкмасы менен операция жасалган 10 ($4,1 \pm 1,2\%$) бейтапта операциядан кийинки мезгилдин бардык изилденүүчү мезгилинде гематурия бирдей жыштыкта болгон, 2 ($0,8 \pm 0,5\%$) учурда операциядан кийин 1-4 жумадан соң табарсыктын тампонадасы менен макрогематурия орун алган, $p < 0,01$. Простатанын трансуретралдык резекциясынан кийин гематурия 5 ($2,0 \pm 0,9\%$) бейтапта байкалган, алардын ичинен 1 жумадан 4 жумага чейин – 1 ($0,4 \pm 0,4\%$), 6-12 айдан кийин – 2 ($0,8 \pm 0,5\%$), 1-3 жылдан кийин – 2 ($0,8 \pm 0,5\%$), $p > 0,05$.

Операциядан кийинки мезгилде простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бардык бейтаптарда капсулалык жана парауретралдык артерияларда кан агымынын ылдамдыгынын жакшырышы, резистивдүүлүктүн жана пульсативдүүлүктүн перифериялык индекстеринин төмөндөшү аныкталган. Бирок, 1-5 айдан кийин негизги топтогу бейтаптарда простата безинин тамырларында кан айлануунун кыйла айкын жана туруктуу жакшырышы байкалган. Простатанын трансуретралдык резекциясы методу менен операция жасалган 22 ($9,0 \pm 1,8\%$) адамда операциядан 1-3 жыл өткөндөн кийин простатанын парауретралдык артерияларында кан агымынын ылдамдыгы жогорулап, перифериялык индекстер көбөйгөн. Бул факт, балким, простатанын трансуретралдык резекциясынан кийин простата безиндеги рецидивдүү процесстерде орун алган болушу ыктымал, $5,7 \pm 1,4\%$ ($n=14$) учурларда, $p > 0,05$.

4.2. Консервативдик дарылоонун натыйжалары жана операциядан кийинки мезгилде тромбоэмболикалык коштомо дарттардын алдын-алууну баалоо.

Дарылоонун натыйжаларын баалоо операциялык дарылоого чейин, операциядан кийинки жакынкы мөөнөттөрдө, 1-3 жана 4-7 суткадан кийин, бейтаптар ооруканада жаткан учурда, ошондой эле бейтаптар Республикалык илимий урология борборунан чыккандан кийин да 2-4 жумадан кийин узак мөөнөттөрдө жүргүзүлгөн.

Консервативдик дарылоонун тактикалык мамиле-ыкмасына жараша бейтаптар аденомэктомиядан жана простатанын трансуретралдык резекциясынан кийин салыштыруунун үч тобуна бөлүштүрүлгөн.

- биринчи топко киргизүүнүн иштелип чыккан методикасы боюнча тромбоэмболикалык коштомо дарттардын алдын-алуу максатында төмөнкү молекулалуу гепаринди алышкан антикоагулянттык терапиядан өтүшкөн 55 ($22,4 \pm 2,6\%$) бейтап кошулган; экинчи топко киргизүүнүн стандарттык схемасы боюнча кыска таасир этүүчү антикоагулянт фракцияланбаган гепаринди алышкан 50 ($20,4 \pm 2,5\%$) бейтап, $p > 0,05$; үчүнчү топко дарылоо процессинде антикоагулянттык терапия албаган 60 ($24,5 \pm 2,7\%$), $p > 0,05$ бейтап кирген.

1-топтогу бейтаптар иштелип чыккан методика боюнча веналык тромбоэмболикалык коштомо дарттардын өнүгүү тобокелдигин эске алуу

менен төмөнкү молекулалуу гепарин алышкан. Бардык бейтаптарга операциялык дарылоого чейин 18-20 саат мурун тери алдына суткасына 3 мл (2500 МЕ) дозасында төмөнкү молекулалуу гепарин дайындалган. Андан соң операциядан кийинки мезгилдерде веналык тромбоэмболиялык коштомо дарттардын өнүгүү тобокелдигин бааланган, жана прогноздун тобокелдиги төмөн болгон учурда төмөнкү молекулалуу гепариндин операциядан кийинки дозасы бейтаптын толук активдүүсүнө чейин суткасына 1 жолу – 20 мг (0,2 мл) түзгөн. Веналык тромбоэмболиялык коштомо дарттардын прогнозунун тобокелдиги орто же жогорку даражада болгон учурда төмөнкү молекулалуу гепариндин дозасы операциядан кийин суткасына 1 жолу - 30 мг (0,3 мл) түзгөн жана 6-8 күн бою, же бейтап толук активдешкенге чейин улантылган.

2-топтогу бейтаптар төмөнкү молекулалуу гепаринди тери алдына киндик тушуна салттуу схема менен алышкан: 2 сутка бою күнүнө 2 жолудан х 7500 ЕД, 2 сутка бою күнүнө 2 жолудан х 5000 ЕД, 2 сутка бою күнүнө 2 жолудан х 2500 ЕД.

3-топтогу бейтаптар тромбоэмболикалык коштомо дарттардын алдын-алуу максатында стандарттык методдор менен консервативдик дарылоодон өтүшкөн: буттарды бинт менен таңуу жана пневмомассаж, дезагреганттарды колдонуу, вена аркылуу декстрандарды киргизүү.

Веналык тромбоэмболиялык коштомо дарттардын өсүү мүмкүндүгү операцияны пландаштыруудан мурун простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды анкеталоо менен баллдын жалпы санына жана тобокелдик факторлоруна жараша бааланган. Алсак, 50-59 жаштагы бейтаптардын жаш курагы 4 балл, 60-69 жаштагылар – 5 балл, 70 жаштан жогоркулар – 6 балл деп бааланган. Дене салмагынын нормадан 20% дан ашыкча семирүү, кант диабети, дененин 4 күндөн ашык кыймылсыз абалы, анемнездеги өпкө артериясынын тромбоэмболиясы, дененин залалдуу шишиктери, чоң травма же хоперация, гипертониялык оору, буттардын веналарынын варикоэдук кеңейиши, эндотрахеалдык наркоз, жүрөк жетишсиздиги, организмдеги инфекциялык процесс, анемнездеги инсульт, эки сааттан ашык операциялык кийлигишүү, кандын уюшунун бузулушу, анемнездеги тромбофилия 1 балл деп бааланган.

Веналык тромбоэмболиялык коштомо дарттардын өнүгүү тобокелдигинин даражасын баалоону талдоого жараша операцияга чейинки этапта простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган 1-топтогу 55 бейтапка тромбоэмболиялык коштомо дарттардын алдын алуунун индивидуалдуу схемасы иштелип чыккан, аны биз аденомэктомия жана простатанын трансуретралдык резекциясын жүргүзгөнгө чейин жана андан кийин да карманып келгенбиз.

Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда веналык тромбоэмболиялык коштомо дарттардын өнүгүү тобокелчилиги операциялык дарылоо ыкмасына жана убактысына, оорулуунун жаш курагына, коштогон жүрөк-кан тамыр патологияларына байланыштуу болгон. Ошентип, буттардын кан тамыр тромбозунун (10% аз) жана тромбоэмболия (0,01%)

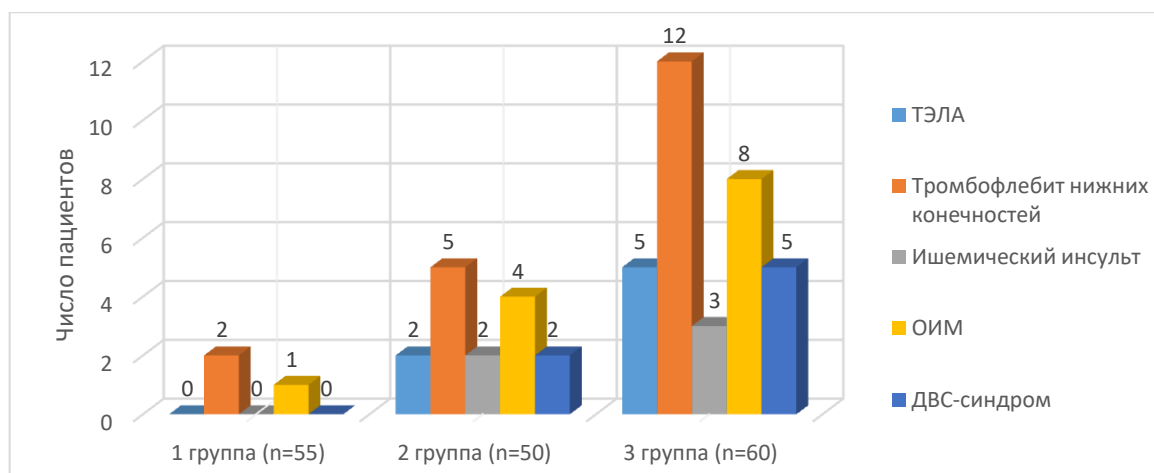
өнүгүшүнүн төмөн тобокелдик тобуна кийинкилер кирет: 45 мүнөткө чейинки узактытагы простатанын трансуретралдык резекциясы; 50-59 жаш курактагы бейтаптарда жүргүзүлгөн аденомэктомия, жүрөк-кан тамыр оорулары жана анемнездеги венотромбоздун жоктугу.

Тромбоздун (10-40%) жана тромбоэмболиянын (0,1-1,0%) орточо тобокелдик тобуна төмөнкүлөр кирет: 60 жаштан улуу курактагы бейтаптарга узактыгы 2 сааттан аз мөөнөттө жүргүзүлгөн табарсык аркылуу жасалган, табарсыктан тышкарыда табарсыктын арты менен жасалган аденомэктомия, анемнездеги венотромбоз менен ооруган бейтапта простатанын трансуретралдык резекциясы, жүрөк-кан тамыр ооруларынын компенсацияланган стадиясы.

Жогорку тобокелдик тобуна (тиешелүүлүгүнө жараша 40-80% жана 1-10%) төмөнкүлөр кирет: жүрөк-кан тамыр оорулары, кант диабетти, анамнездеги өпкө артериясынын тромбоэмболиясы, тромбофилия, залалдуу шишиктер менен коштолгон, 2 сааттан ашык созулган табарсык аркылуу жасалган, табарсыктан тышкарыда табарсыктын арты менен жасалган аденомэктомия же простатанын трансуретралдык резекциясы.

Аденомэктомиядан жана простатанын трансуретралдык рекзекциясынан кийинки операциядан кийинки тромбоэмболиялык коштомо дарттардын жайылышы 4-сүрөттө берилген.

Иштелип чыккан методика боюнча төмөнкү молекулалуу гепаринди алган бейтаптарда тромбоэмболиялык коштомо дарттар 1,3% байкоодо; фракцияланбаган гепаринди алган бейтаптарда – 6,1%; антикоагулянт терапиясын албагандарда – 13,5% учурларда байкалган. Белгилей кетүүчү нерсе, 1-топтогу бейтаптарда өлүм катталган эмес, 2-топтогу бейтаптарда тромбоэмболиялык коштомо дарттардан – 2 (0,8%) бейтапта, 3-топтогу бейтаптарда 5 (2,0%) өлүм катталган.



4-сүрөт. Операциялык дарылоодон кийин простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда тромбоэмболикалык коштомо дарттардын жайылышы.

Операция жасалган бейтаптарда операциядан кийинки эржакынкы (1-7 суткадан кийин) жана алыскы (2-4 жумадан кийин) гемограмманын

көрсөткүчтөрүнүн түзүмүн баалоо жүргүзүлдү. 1-топтогу (иштелип чыккан методика боюнча төмөнкү молекулалуу гепарин алган) бейтаптарда операциядан кийинки 1-3 суткада эрүүчү фибринмономердик комплекстердин ($3,17 \pm 0,26$ мг/100мл), фибриногендин ($3,10 \pm 0,16$ г/л), активдетилген жарым-жартылай тромбопластиндик убакыттын бир жолку акырындык менен узартуунун ($33,21 \pm 2,41$ сек.) көрсөткүчтөрүнүн аишенимдүү азайганы белгиленген. Протромбин индексинин көрсөткүчтөрү ($114,21 \pm 2,0\%$), тромбиндик убактысы ($16,61 \pm 1,31$ сек.) жана тромбоциттер ($301,1 \pm 11,4 \times 10^9$ /л) операцияга чейинки маанилер менен ишенимдүү чоң айырмачылыкка ээ болгон эмес, бирок операциядан кийинки алгачкы мезгилде салыштыруунун 2- жана 3-топторунан кыйла айырмаланган. Гемограмманын көрсөткүчтөрүндөгү туруктуу оң динамикасы операциядан кийинки 2-4 жума бою сакталып келген.

2-топтогу бейтаптарда (стандарттык схема боюнча төмөнкү молекулалуу гепаринди алган) операциядан кийинки мезгилдин 1-3-суткасында гиперкоагуляциялык звонунун (эрүүчү фибринмономердик комплекстер - $3,28 \pm 0,15$ мг/100мл, фибриноген - $3,28 \pm 0,31$ г/л, активдетилген жарым-жартылай тромбопластиндик убакыт - $33,21 \pm 2,41$ сек.) көрсөткүчтөрүнүн төмөндөшү белгиленген, ошол эле убакта 2-4 жумадан кийин 28 ($11,4 \pm 2,0\%$) бейтапта эрүүчү фибринмономердик комплекстердин ($3,78 \pm 0,34$ мг/100мл), фибриногендин ($3,78 \pm 0,14$ г/л) салыштырмалуу көбөйүшү же чектик маанилери, активдетилген жарым-жартылай тромбопластиндик убакыттын азайышы ($32,34 \pm 2,31$ сек.) аныкталган.

3-топтогу бейтаптарда (антикоагулянт терапиясын албагандар) операциядан кийинки мезгилдин 1-2 суткасында операцияга чейинки мезгилге салыштырмалуу гемограмманын көрсөткүчтөрү бир аз төмөндөп, балким, интраоперациялык кан жоготууга байланыштуу болушу мүмкүн. 24 ($9,8 \pm 1,9\%$) бейтапта протромбиндик индексин ($118,98 \pm 2,33\%$), фибриногендин ($3,43 \pm 0,28$ г/л), эрүүчү фибринмономердик комплекстердин ($3,61 \pm 0,10$ мг/100мл), тромбиндик убакыттын ($17,18 \pm 1,43$ сек.) жана активдетилген жарым-жартылай тромбопластиндик убакыт ($30,66 \pm 2,33$ сек.) көрсөткүчтөрүндө чектик маанилери аныкталган. 4-7-суткада ушул эле көрсөткүчтөр жогорулаган: протромбиндик индекс - $120,58 \pm 2,34\%$, фибриноген - $3,71 \pm 0,18$ г/л, эрүүчү фибринмономердик комплекстер - $4,11 \pm 0,78$ мг/100мл, тромбиндик убакыт - $18,05 \pm 1,7$ сек., активдетилген жарым-жартылай тромбопластиндик убакыт - $29,45 \pm 2,52$ сек. Операциядан кийинки мезгилден 2-4 жумадан кийин гемограмманын көрсөткүчтөрү гиперкоагуляциялык өзгөрүүлөргө дал келген: протромбиндик индекс - $121,24 \pm 2,51\%$, фибриноген - $3,91 \pm 0,44$ г/л, эрүүчү фибринмономердик комплекстер - $4,11 \pm 0,78$ мг/100мл, тромбиндик убакыт - $18,44 \pm 1,67$ сек., активдетилген жарым-жартылай тромбопластиндик убакыт - $27,88 \pm 2,47$ сек. Операциядан кийинки мезгилдин мөөнөттөрүнүн көбөйүшү менен, бул маанилер операцияга чейинки мезгилдин баштапкы маанилерине кайтып келүү тенденциясына ээ болгон.

Ошентип, простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптардын биринчи тобунда операциядан кийинки мезгилдерде тромбоэмболиялык коштомо дарттардын алдын-алууда төмөнкү молекулалуу гепаринди дайындоонун натыйжалуулугун көрсөтүүчү, кандын уюшунун системасынын көрсөткүчтөрүнүн ортосунда олуттуу айырма аныкталган, $p < 0,05$.

Стандарттык методика боюнча тери астына киргизүү ыкмасы менен төмөнкү молекулалуу гепаринди алган бейтаптарда салыштырмалуу кыска мөөнөттүү таасир байкалган, ошондуктан бир ирет ийне сайуу талап кылынган. Төмөнкү молекулалуу гепаринди колдонуу аяктагандан кийин жана операциядан кийинки узак мезгилдерде (3-4 жумадан кийин) гиперкоагуляция процесстери кайрадан жандануу тенденциясына ээ болгон. 2,8% учурларда «кайтаруу феномени» байкалган. 11 ($4,5 \pm 1,3\%$) бейтапта препаратты кабыл алуу учурунда простатанын аденоматоздук түйүндөрүнүн бетинен кан агуу байкалган, $p > 0,05$. Демек, салыштыруунун 2-тобундагы бейтаптар гемограмманы дозаны жана препаратты колдонуунун жыштыгын тандоо менен тыгыз көзөмөлдөө керек болгон.

Антикоагулянт терапиясын албаган 60 ($24,5 \pm 2,7\%$) бейтапта операциялык кийлигишүүдөн баштап жана динамикалык байкоонун бардык мезгилдеринде тромбоз жаралуу коркунучу байкалган. Бейтаптардын бул тобуна операциядан кийинки жакынкы, кийинки жана алыскы мезгилдерде гемограмманын көрсөткүчтөрүн деталдуу изилдөө зарыл болгон.

КОРУТУНДУ

1. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы боюнча оперативдүү дарылоого келип түшкөн оорулууларда $40,0 \pm 3,1\%$ учурларда кандын уюшунун системасынын гиперкоагуляция жагына өзгөрүүсүнүн чек ара көрсөткүчтөрү орун алат, $25,3 \pm 2,7\%$ - простата безинин тамырларында кан агымынын бузулушу менен гиперкоагулянттык өзгөрүүлөр верификацияланат, $p < 0,001$. $69,4 \pm 2,9\%$ да тромбоэмболиянын өнүгүү коркунучун $35,9 \pm 3,0\%$ учурга чейин жогорулаткан коштоочу жүрөк-кан тамыр оорулары орун алат, $p < 0,001$. Өнөкөт бөйрөк жетишсиздигинин болушу тромбогеморралдык коштомо дарттардын коркунучун $4,9 \pm 1,3\%$, чейин жогорулатат, $p < 0,001$.

2. Табарсык аркылуу жасалган аденомэктомияда простатанын аденома бетине модификацияланган алынуучу тигишти салуу менен гемостазды иштелип чыккан ыкмасы кан агуунун жана операциядан кийинки мезгилде тромбогеморралдык коштомо дарттардын азайышынын натыйжасында $25,3 \pm 2,7\%$ чейин учурларда операциядан кийинки мезгилдерде тромбогеморралдык коштомо дарттардын алдын алуу жана тобокелдигин азайтууга, инфекциялык-сезгенүү коштомо дарттарын азайтууга, алдын алууга мүмкүндүк берет.

3. Клиникалык жана лаборатордук изилдөөлөргө жүргүзүлгөн салыштырма талдоо операциялык дарылоого чейин 18-20 саат мурун жана веналык тромбоэмболикалык коштомо дарттардын өнүгүү тобокелдигин эске алуу менен бейтаптарды толук мобилизациялоого чейин төмөнкү молекулалуу гепаринди киргизүүнүн жана колдонууну улантуунун олуттуу артыкчылыктарын көрсөттү. Иштелип чыккан методика боюнча төмөнкү молекулалуу гепаринди алган бейтаптарда тромбоэмболикалык коштомо дарттар $1,3 \pm 0,7\%$ учурларда; фракцияланбаган гепаринди алган оорулууларда – в $6,1 \pm 1,5\%$ учурларда, $p < 0,001$; антикоагулянттык терапия албаган адамдарда – $13,5 \pm 2,1\%$ байкоодо, $p < 0,001$ белгиленген.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

1. Простата безинин аденомасынын бетинде модификацияланган алынуучу тигиш коюу менен гемостаз ыкмасы операциядан кийинки мезгилде тромбогеморралдык коштомо дарттардын пайда болуу коркунучунун алдын алуу жана азайтуу максатында, айрыкча простата безинин көлөмү $100-120 \text{ см}^3$ ашкан бейтаптарда, табарсык аркылуу жасалган аденомэктомияда колдонулушу мүмкүн.

2. Простата безинин тамырларындагы кан агымынын абалын аныктоо жана тромбогеморралдык коштомо дарттардын өнүгүү коркунучун баалоо максатында, операцияга чейинки жана операциядан кийинки мезгилдерде ультраүндүү доплерографияны жүргүзүү зарыл.

3. Тромбоэмболиялык коштомо дарттардын өнүгүү тобокелдигин аныктоо максатында клиникалык маалыматтарды, коштоочу ооруларды, операциянын узактыгын, кан жоготуунун көлөмүн веналык тромбоэмболиялык татаалдашуулардын баллдарын эсептөө аркылуу салыштыруу менен простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоого чейин гемостаздын коагуляциялык звеносун изилдөө зарыл.

4. Аденомэктомиядан жана простатанын трансуретралдык резекциясынан кийин жакынкы жана алыскы гемограмманы тыкыр көзөмөлдөө, андан кийин 1 айдан – 1-3-жылдан кийин, клиникалык-лабораториялык көрсөткүчтөр боюнча амбулатордук көзөмөл керек.

5. Операциялык дарылоого чейин 18-20 саат мурун жана веналык тромбоэмболикалык коштомо дарттардын өнүгүү тобокелдигин эске алуу менен простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда 5-7 күн аралыгында бир жолу тромбоэмболикалык коштомо дарттардын алдын-алуу максатында төмөнкү молекулалуу гепаринди дайындоо сунушталат.

6. простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарды дарылоого карата комплекстүү мамиле тромбогеморралдык коштомо дарттардын өнүгүү тобокелдигин $25,3\%$ учурда кыскартууга жана бейтаптардын жашоо сапатын жакшыртууга мүмкүндүк берет.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА БАСЫЛЫП ЧЫККАН

ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Боталаев, Б. А.** Профилактика тромбоэмболических осложнений у больных с ДГПЖ в послеоперационном периоде в зависимости от групп риска [Текст] // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2014. – № 1. – 30-32-б.

2. **Боталаев, Б. А.** Профилактика инфекционных осложнений после ТУР простаты [Текст] / [А. Ч. Усупбаев] // Центрально-Азиатский медицинский журнал им. М. Миррахимова. – Бишкек, 2014. – Том XX. – № 2-3. – 142-145-б.

3. **Боталаев, Б. А.** Прогнозирование факторов риска послеоперационных тромбоэмболических осложнений у пациентов с ДГПЖ [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, И. В. Колесниченко] // Новая наука: опыт, традиции инновации. – Стерлитамак, 2016. – 2 Б. – 13-16-б.

4. **Боталаев, Б. А.** Особенности профилактики тромбгеморрагических осложнений после аденомэктомии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в послеоперационном периоде [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, И. В. Колесниченко, Н. Ж. Садырбеков] // Сборник статей XIV международной конференции науки в XXI веке. – Харьков, 2016. – 3 Б. – 68-73-б.

5. **Боталаев, Б. А.** Сравнительная оценка эффективности применения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии в профилактике тромбоэмболических осложнений у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы [Текст] / [И. В. Колесниченко, А. Ч. Усупбаев] // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева – Бишкек, 2017. – №3. – 22-25-б.

6. **Боталаев, Б. А.** Профилактика тромбгеморрагических осложнений у пациентов с ДГПЖ [Текст] / [И. В. Колесниченко, А. Э. Алмереков, Н. Р. Эйвазов] // Здравоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2022. – № 3. – 77-83-б.

7. **Боталаев, Б. А.** Оценка результатов профилактики и лечения пациентов со склерозом шейки мочевого пузыря при применении протеолитических ферментов [Текст] / [А. Э. Алмереков, И. В. Колесниченко, Н. Р. Эйвазов] // Здравоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2022. – № 3. – 41-48-б.

8. **Боталаев, Б. А.** Профилактика ранних осложнений при открытой аденомэктомии у больных с ДГПЖ с применением модифицированного съемного шва [Текст] / [Р. М. Курбаналиев, М. Б. Абдыкалыков] // Вестник КГМА. – Бишкек, 2023. – № 3. – 46-54-б.

9. Патент № 2081 Кыргызская Республика. Табарсык аркылуу жасалган аденомэктомияда гемостаз ыкмасы [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, И. В. Колесниченко, 18 декабрь 2017-ж.

Боталаев Бактыбек Апазовичтин “Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда аденомэктомиядан кийинки тромбгеморралдык коштомо дарттарды прогноздоо жана алдын-алуу” аталышындагы 14.01.23 – урология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Түйүндүү сөздөр: простата безинин залалсыз гиперплазиясы, аденомэктомия, простата безинин трансуретралдык резекциясы, тромбогеморралдык коштомо дарттар, гемостаз, фракцияланбаган гепарин, төмөнкү молекулалуу гепарин.

Изилдөөнүн максаты: аденомэктомиядан жана гемостаздын иштелип чыккан ыкмасына жана төмөнкү молекулалуу гепариндерди колдонууга негизделген трансуретралдык резекциядан кийин простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда тромбогеморрагиялык коштомо дарттардын өөрчүү коркунучун азайтуу.

Изилдөөнүн объектиси: табарсык аркылуу аденомэктомия жана простатанын трансуретралдык резекциясынын бир жолку көлөмүндө оперативдүү дарылоо жүргүзүлгөн простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптар.

Изилдөөнүн предмети: простата безинин аденоматоздук түйүндөрүнүн бетинде ишенимдүү гемостазды камсыздоого жана тромбоэмболикалык коштомо дарттардын өнүгүшүн бөгөттөөгө көмөктөшүүчү аденомэктомия жана простатанын трансуретралдык резекциясы жасалган бейтаптарда тромбогеморралдык коштомо дарттарды дарылоонун жана алдын-алуунун методдору изилдөө.

Изилдөөнүн методдору: ретроспективдүү, проспективдүү, клиникалык, гистологиялык, лаборатордук-диагностикалык, статистикалык.

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңычылдыгы.

Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда салттуу гемостаз ыкмаларына салыштырмалуу тромбогеморралдык коштомо дарттардын алдын алуу үчүн простата безинин аденомасынын бетинде модификацияланган алынуучу тигишти колдонуу менен табарсык аркылуу жасалган аденомэктомияда гемостаздын ыкмасы иштелип чыкты. Тромбогеморралдык коштомо дарттардын прогноздоо үчүн оперативдүү дарылоо ыкмасын эске алуу менен простата безинин өлчөмдөрүнүн, оперативдүү дарылоо ыкмасынын простата тамырларындагы кан агымынын өзгөрүшүнө жана простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптардагы гемостазиограмманын абалына тийгизген таасирин комплекстүү изилдөө жүргүзүлдү. Операциядан кийинки жакынкы жана алыскы мөөнөттөрдө аденомэктомия жана простатанын трансуретралдык резекциясынан кийин простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда тромбогеморралдык коштомо дарттардын өнүгүшүн прогноздоо бааланган. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган бейтаптарда веналык тромбоэмболиялык коштомо дарттардын өнүгүшүнүн тобокелдик топторун эске алуу менен төмөнкү молекулалуу гепаринди киргизүү схемасы иштелип чыкты.

Колдонуу аймагы: Иштин натыйжалары Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы

Республикалык илимий урология борборунун бөлүмдөрүндө, ошондой эле дарыгерлер, ординаторлор жана аспиранттар үчүн окуу программаларында колдонулат.

РЕЗЮМЕ

диссертации Боталаева Бактыбека Апазовича на тему «Прогнозирование и профилактика тромбгеморрагических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.23 – урология

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, аденомэктомия, трансуретральная резекция предстательной железы, тромбгеморрагические осложнения, гемостаз, нефракционированный гепарин, низкомолекулярный гепарин.

Цель исследования: снизить риск развития тромбгеморрагических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после аденомэктомии и трансуретральной резекции (ТУРП) на основе разработанного способа гемостаза и применения низкомолекулярных гепаринов.

Объект исследования: больные с ДГПЖ, которым проведено оперативное лечение в объеме одномоментной чреспузырной аденомэктомии и ТУРП.

Предмет исследования: изучение методов лечения и профилактики тромбгеморрагических осложнений у пациентов, перенесших аденомэктомию и ТУРП, способствующих обеспечить надежный гемостаз из ложа аденоматозных узлов предстательной железы и предотвратить развитие тромбоэмболических осложнений.

Методы исследования: ретроспективное, проспективное, клинический, гистологический, лабораторно-диагностический, статистический.

Полученные результаты и их научная новизна. Разработан способ гемостаза при чреспузырной аденомэктомии с применением модифицированного съемного шва на ложе аденомы простаты для профилактики тромбгеморрагических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сравнении с традиционными методами гемостаза. Проведено комплексное исследование влияния размеров предстательной железы, метода оперативного лечения на изменение кровотока в сосудах простаты и состояние гемостазиограммы у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы с учетом метода оперативного лечения для прогнозирования тромбгеморрагических осложнений. Оценено прогнозирование развития тромбгеморрагических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после аденомэктомии и трансуретральной резекции простаты в до- и послеоперационном периоде. Разработана схема введения низкомолекулярного

гепарина с учетом факторов риска развития венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Область применения: результаты работы будут применены в отделениях Республиканского научного центра урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, а также в учебные программы для врачей, ординаторов и аспирантов.

SUMMARY

**of the dissertation offor the degree of Candidate of Medical Sciences
in the specialty 14.01.23 – urology**

Keywords:

The aim of the study:

The object of the study:

The subject of the study:

Research methods:

Scope of application:



«Соф Басмасы» ЖЧКда басылып чыккан
720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч. 92.
Тираж 50 даана.