**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. еt 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. В. Попов и соавт. 2018].

Процентное распростанение 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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%22Frame%20FM%22%5BAuthor%5D), [Norman J Maitland](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%22Maitland%20NJ%22%5BAuthor%5D) 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 новоборазование 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 европеидной 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 [T. 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 психилогической 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.** Повысить качество жизни больных пожилого возраста с промежуточной и высокой группой риска рака предстательной железы путем оптимизации хирургического метода в комбинированном лечении.

**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. Разработать и оценить клиническую эффективность предлагаемого хирургического метода в комбинированном лечении рака предстательной железы с группами сравнения.
3. Оценить качество жизни пациентов и пятилетнюю общую выживаемость после применения комбинированного лечения в отдалённые сроки.

**Научная новизна полученных результатов:**

1. Проведена оценка качества жизни и пятилетней выживаемости после радикальной простатэктомии у пациентов с местно-распространенным раком предстательной железы с преимущественным поражением основания предстательной железы и шейки мочевого пузыря.
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 позадилонной простатэктомии”.

**Практическая значимость работы.** При выборе тактики хирургического лечения пациентов пожилого возраста с местно-распространённой формой рака предстательной железы формирования шейки мочевого пузыря предлагаемым методом, повышает качество жизни и 5-летнюю выживаемость после лечения с минимизацией развития недержания мочи по сравнению с традиционными методами по типу «теннисной ракетки» и трансуретральной резекции простаты. Выбор предлагаемого метода позволит сократить послеоперационные осложнения, сроки реабилитации и обеспечит экономию материальных затрат.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Местно-распространенная 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. Применение радикальной простатэктомии с формированием шейки мочевого пузыря по методу разработанной нашей клиникой значительно снижает послеоперационные осложнения, в частности улучшает удержание мочи и качество жизни оперированных больных.

**Личный вклад соискателя.** Автор проводил клинические, клинико-рентгенологические 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 ученых «Дни науки КГМА-2019 года» 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. Поучен патент на изобретение Кыргызской республики.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена в компьютерном тексте на 127 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 предстательнй железы (Т3-4N0M0 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).

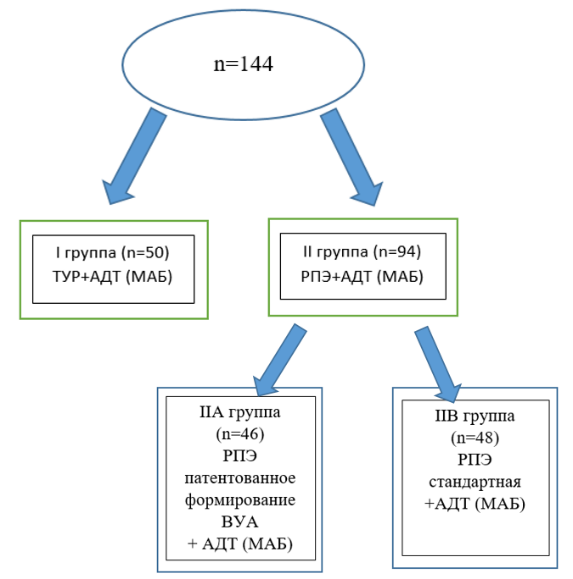


Рисунок 2.1.1. Распределение пациентов по клиническим группам.

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 (неоадъювантная и адъювантная).

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 (неоадъювантная и адъювантная).

**2.2 Общая клиническая характеристика материалов исследования.** Данные в разрезе возраста позволили выявить, что средний возраст обследованных пациентов составлял 69 ±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 ± 4,5 во второй группе 70,9 ±4,0 и в третьей группе средний возраст больных составил 67,6±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.

* 1. **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. **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 неоадъювантную 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 узловые 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 3,0х2,5 см, а горизонтальная часть 3,0х1,5см 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 формированную шейку мочевого пузыря погружали в устье уретры до полного соприкосновения слизистых оболочек с последующим сшиванием, формируя пузырно-уретральный анастомоз.

Андрогендепривационная терапия (неоадъювантная, адъювантная) 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.

* 1. **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 (М), стандартного отклонения (0), стандартной ошибки среднего (т) и возможной ошибки (р). Достоверность различий между группами определяли с помощью параметрического критерия Стьюдента (t - критерия достоверности или доверительного коэффициента), вычисление «р» - критерия достоверности безошибочного прогноза р <0,05, р <0,01, р <0,001 (95,0%, 99,0%, 99,9%). Результаты считались достоверными при p <0,05.

# 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-распространенной формой рака предстательной железы и послеоперционных 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, перенёсших радикальную простатэктомию в сочетании с андрогендепривационной терапией, у 78,58% был диагностирован местно-распространённый рак (T3–T4). Основными осложнениями явились недержание мочи, эректильная дисфункция и ретроградная эякуляция.

Средний возраст составил 67,86±4,6 (95% ДИ 66,5 - 69,2). Клинические симптомы в виде ноктурии выявлены у 36%, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря у 26%, частое мочеиспускание у 80%, недержание мочи у 4%, затрудненное мочеиспускание у 70%, прерывистое мочеиспускание у 28%, слабая струя мочи у 72% и у 12% больных возникла острая задержка мочеиспускания. Средний объем ПЖ до комбинированного лечения по данных УЗИ составил 80 ± 3,3 см3.

У пациентов с данным диагнозом в 78% сопровождали ГБ, хронический гастрит в 32%, сахарный диабет в 20%, ХОБЛ в 16% и варикозная болезнь в 8%.

Оценка эффективности ТУР позволила сделать заключение, что отмечалось; улучшение клинической симптоматики заболевания, что нашло отражение в снижении суммарного балла по шкале IPSS с 21,2±5,9 балла до 6,6±1,5 балла (p <0,05); отмечается редукция объема остаточной мочи с 84,2±13,7 мл до 30,3±9,9мл (p <0,001); увеличение максимальной скорости с 9,1±2 мл/сек, до 15,9±3,5 мл/сек (p <0,001) (рисунок 3.1.5 и 3.1.6). Анализ ПСА в исследуемых группах показало, что в группе радикальной простатэктомии, выполненной по стандартной методике нижее среднее и медианное значение ПСА с большим разбросом и числом выбросов. В группе пациентов, выполненным простатэктомии по разработанной методике имеются схожие медианы и распределения, но характеризуется большей вариабельностью.

Сравнительная оценка дооперационных показателей IPSS, Qmax, Gleason и остаточной мочи показало отсутствие значимых разлиий в исследуемых группах.

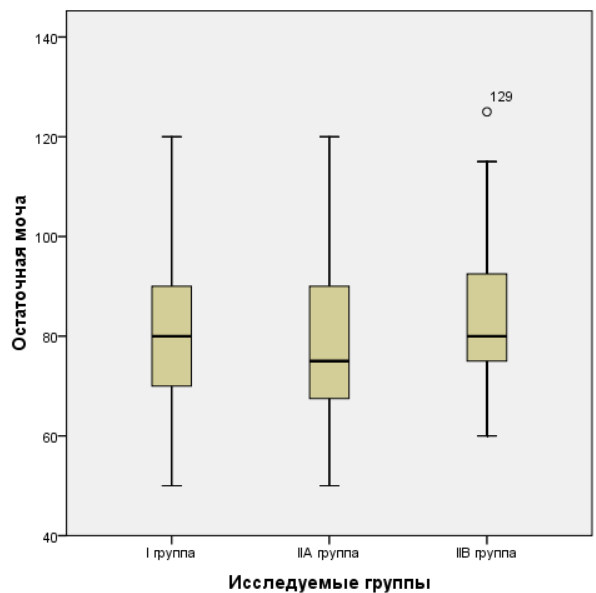
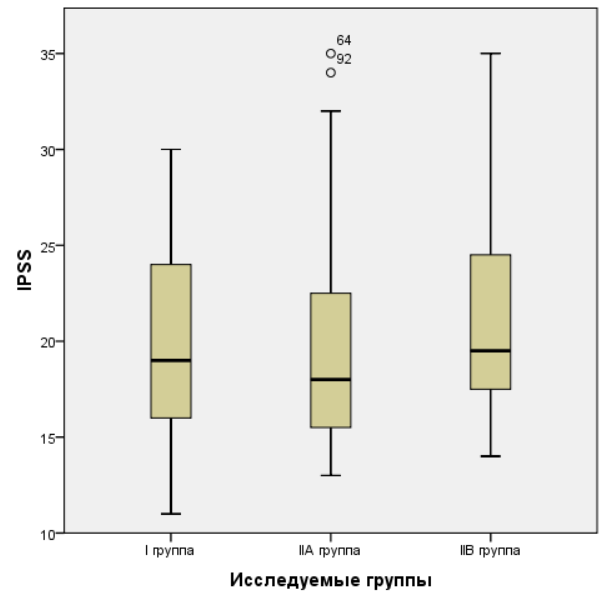
****

Рисунок 3.1.5 и 3.1.6. Сравнительная диаграмма IPSSи остаточной мочи в исследуемых группах.

* 1. **Сравнительный анализ эффективности комбинированного лечения, послеоперационных и отдаленных осложнений исследуемых групп.** Оценка показателя максимальной скорости мочеиспускания (Qmax) до и после проведённого лечения у пациентов клинических групп продемонстрировала выраженное улучшение уродинамических параметров, что свидетельствует об устранении инфравезикального сопротивления и восстановлении адекватной эвакуаторной функции мочевого пузыря. Особо выделяются результаты, достигнутые у пациентов **IIA группы**, где динамика оказалась наиболее благоприятной и статистически стабильной. Сравнительный анализ IPSS, максимальной скорости потока мочи, шкалы Глиссона и остаточной мочи показал преимущество в группе пациентов, перенёсших простатэктомия по разработанной методике (таблица 3.2.3).

Таблица 3.2.3 – Динамика максимальной скорости потока мочи в исследуемых группах

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **I группа (n=50)** | | **II группа (n=94)** | | | |
| **IIA группа (n=46)** | | **IIB группа (n=48)** | |
| Qmax до | Qmax после | Qmax до | Qmax после | Qmax до | Qmax после |
| Нижнее значение | 3,9 | 6,8 | 5,6 | 10,5 | 5,8 | 8,1 |
| Высшее значение | 12,1 | 18 | 13,6 | [20,1](cmd:SHOWXMINMAX?45) | 12,9 | 20,1 |
| Медиана | 9,6 | 15,75 | 11,5 | 16,3 | 10,45 | 16,7 |
| Стандартное отклонение | 2,0436 | 3,7483 | 2,2126 | 2,5357 | 1,8739 | 2,6324 |
| Коэффициент Skewness | -0,847 | -0,777 | 0,990 | -0,403 | -0,547 | -1,437 |
| Коэффициент Kurtosis | 0,096 | -1,042 | 0,060 | -0,883 | -0,560 | 0,993 |

**3.2.1 Сравнительный анализ частоты осложнений в раннем послеоперационном периоде у оперированных пациентов с местно-распространённой формой рака предстательной железы.**

Несмотря на малую инвазивность трансуретральной резекции простаты, а также относительно небольшую продолжительность хирургического вмешательства, выявлены ранние и поздние осложнения как геморрагические среди всех видов хирургических осложнений и составляет 10% от общего числа. Инфекционно-воспалительные осложнения наблюдали – 4,0% больных и недержание мочи - 8,0% больных. Следует отметить, что согласно таблице 3.2.1 наименьшие осложнения были зафиксированы в группе пациентов, перенесших простаэктомию по разработанной методике и составил 2,2% больных с недержанием мочи по сравнению с группой мужчин, выполненным простатэктомию по типу «теннисной ракетки», где доля мужчин с недержанием составила 14,6%. Наименьшее количество зарегистрировано у **пациентов IIA группы**, что может отражать как хирургическую тактику, так и анатомические условия. **Полное отсутствие стенозов в I группе** подтверждает **качественное выполнение анастомоза и благоприятные условия заживления**. IIA группа также имела низкую частоту стенозов (один случай), в отличие от IIB группы, где отмечалась тенденция к более частому формированию стриктур. Недержание мочи, являющееся функционально значимым осложнением, **наиболее редко встречалось во IIA группе,** что подчёркивает **высокую сохранность сфинктерного аппарата**. В I группе этот показатель также оставался умеренным (8%) и **ниже, чем в IIB группе**, где недержание фиксировалось почти у каждого седьмого пациента. В целом, проведённый анализ показал, что наименьшее количество осложнений отмечено у пациентов IIA группы, что свидетельствует о наиболее безопасной модели лечения (таблица 3.2.1.1.).

Таблица 3.2.1.1 – Характер послеоперационных осложнений

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Осложнения | I группа  (n=50) | | II группа | | | | Значение  Р |
| IIA группа (n=46) | | IIB группа (n=48) | |
| Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| Инфекционно-воспалительные | 2 | 4 | 2 | 4,4 | 2 | 4,2 | <0,001 |
| Гемморрагические | 5 | 10 | 4 | 8,7 | 5 | 10,4 | <0,001 |
| Стеноз везико-уретрального анастомоза |  |  | 1 | 2,2 | 2 | 4,2 | <0,001 |
| Недержание мочи | 4 | 8 | 1 | 2,2 | 7 | 14,6 | <0,001 |
| Всего (n=144) | 11 | 22 | 8 | 17,4 | 16 | 33,3 | <0,001 |

**3.2.2 Отдалённые результаты оценки качества жизни и общей выживаемости пациентов, перенёсших комбинированное лечение.** Оценка показателей, отражающих функциональное состояние удержания мочи и связанное с ним качество жизни пациентов, проводилась после удаления уретрального катетера с использованием валидированной международной шкалы ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form) в сроках 1–15 дней, 1 месяц, 6 месяцев и 12 месяцев после хирургического вмешательства. Результаты анализировались по клиническим группам, выявляя выраженную динамику восстановления и межгрупповые отличия.

Таблица 3.2.2.1 – Оценка качества жизни

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Время оценки (после удаления катетера)** | **Группа I (n=50)** | **II группа (n=94)** | |
| **Группа II (n=46)** | **Группа III**  **(n=48)** |
| **1-15 дней** | | | |
| Недержание мочи | 26 (52%) | 28 (60,8%) | 32 (66,6%) |
| Удержание мочи | 24 (48%) | 18 (39,2) | 15 (33,3%) |
| Количество использованных прокладок в сутки | 1,3 | 0,331 | 1,98 |
| Средний балл **ICIQ-SF** | 12,46 | 9,6 | 14,94 |
| **через 1 месяц** | | | |
| Недержание мочи | 12 (24%) | 9 (19,6%) | 21 (43,75%) |
| Удержание мочи | 38 (76%) | 37 (80,4%) | 27 (56,25%) |
| Количество использованных прокладок в сутки | 1,34 | 0,2 | 1,26 |
| Средний балл **ICIQ-SF** | 12,66 | 8,22 | 12,8 |
| **через 6 месяцев** | | | |
| Недержание мочи | 4 (4%) | 4 (8,7%) | 13 (27%) |
| Удержание мочи | 46 (92%) | 42 (91,3%) | 34 (70,8%) |
| Количество использованных прокладок в сутки | 1,375 | 0,19 | 1,16 |
| Средний балл **ICIQ-SF** | 12 | 7 | 11 |
| **через 12 месяцев** | | | |
| Недержание мочи | 4 (8%) | 1 (2,15%) | 7 (14,6%) |
| Удержание мочи | 46 (92%) | 45 (97,85%) | 39 (81,25%) |
| Количество использованных прокладок в сутки | 0,95 | 0,2 | 1,01 |
| Средний балл **ICIQ-SF** | 7,75 | 6 | 10,4 |

**Пациенты IIA группы на всём протяжении наблюдения демонстрировали лучшие показатели по шкале ICIQ-SF**, как в исходном периоде, так и спустя 12 месяцев. Это свидетельствует о **менее выраженной симптоматике недержания мочи и меньшем влиянии патологии на повседневную жизнь**. Динамика показателя в IIA группе была не только стабильной, но и имела наиболее клинически значимое снижение. **Во все сроки наблюдения IIA группа превосходила остальные по уровню восстановления контроля мочеиспускания**, что позволяет говорить о **наиболее эффективной функции удержания у этих пациентов**. **I группа показала минимальные значения на всех этапах**, что дополнительно подтверждает **эффективность лечения с точки зрения восстановления качества жизни** и **снижения функциональной зависимости пациента**. Анализ комплексных показателей удержания мочи и качества жизни по шкале ICIQ-SF продемонстрировал достоверное улучшение во всех клинических группах в течение 12 месяцев после лечения. Однако, IIA группа стабильно демонстрировала лучшие показатели по всем параметрам, где отмечается наименьший средний балл ICIQ-SF через год (6,0), самая низкая частота недержания (2,15%), минимальное использование прокладок (0,2 в сутки). Эти данные позволяют утверждать, что лечебная тактика, применённая во IIA группе, была наиболее эффективной в части восстановления удерживающей функции и минимизации влияния недержания мочи на качество жизни. Высокие показатели субъективного и объективного восстановления делают IIA группу эталонной с позиции функциональных исходов. В раннем послеоперационном периоде сразу после удаления уретрального катетера недержание мочи отмечено у 52% больных в течение 12-месячного наблюдения. Средний балл шкалы ICIQ-SF при ответе на вопрос о частоте подтекания мочи находился в диапазоне от 4 до 6 баллов и составил 4,5±1,0 баллов. Последующий объективный мониторинг восстановления функции удержания мочи в 3-группе было отмечено уже c 2-го месяца у 1-го больного, а пик восстановление удержание мочи приходился на 4-й месяц наблюдения у 4-х больных. Таким образом, данный анализ функции удержания мочи у больных, перенесших ТУР расценивается как успешный функциональный результат в хирургии РПЖ, имеющую более высокие шансы на последующую реабилитацию до уровня полного удержания мочи.

**3.3 Сравнительный анализ частоты осложнений в позднем послеоперационном периоде у оперированных пациентов с местно-распространённой формой рака предстательной железы.** Побочные эффекты от гормональной терапии были выявлены у 43 пациентов в виде приливов, гинекомастии диареи и снижения либидо (таблица 3.2.1)

Таблица 3.2.1 – Побочные эффекты андрогендепривационной терапии

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Побочные эффекты** | **I группа (n=50)** | | **II группа (n=94)** | | | |
| **IIA группа (n=46)** | | **IIB группа (n=48)** | |
|  | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| Приливы | 17 | 34 | 9 | 19,54 | 10 | 20,8 |
| Гинекомастия | 3 | 6 | 2 | 4,34 | 3 | 6,25 |
| Диарея | 5 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Снижение либидо | 23 | 46 | 18 | 39,1 | 14 | 29,2 |

Анализ побочных эффектов, возникших у пациентов в результате проводимой терапии, позволил оценить её **переносимость и профиль безопасности**. Результаты сравнения клинических групп продемонстрировали, что нежелательные явления носили **преимущественно функциональный, обратимый и неотягощающий характер**, без необходимости отмены лечения.

В ходе гистологического исследования удаленных материалов у части больных обнаружены наличие положительного хирургического края, и распределение пациентов в зависимости от наличия биохимического рецидива отражены в (таблице 3.3.2).

Таблица 3.3.2 – Показатели результатов гистологического исследования

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Положительный хирургический край** | **IIA группа** | | **IIB группа** | |
| Абс. число | % | Абс. число | % |
| Да | 14 | 30,4 | 12 | 25 |
| Нет | 32 | 69,6 | 36 | 75 |
| Всего | 46 человек 100% | | 48 человек 100% | |

Курс медикаментозной гормональной терапии осуществлялась назначением аналогов лютеинизирующего гормона рилизинг-гормон в комбинации с антиандрогенами. Гормональное лечение проводилось в интермиттирующем режиме, при этом лечение возобновлялось с повышением уровня ПСА >20нг\мл до 6-9 месяцев в зависимости от времени снижения уровня сывороточного ПСА.

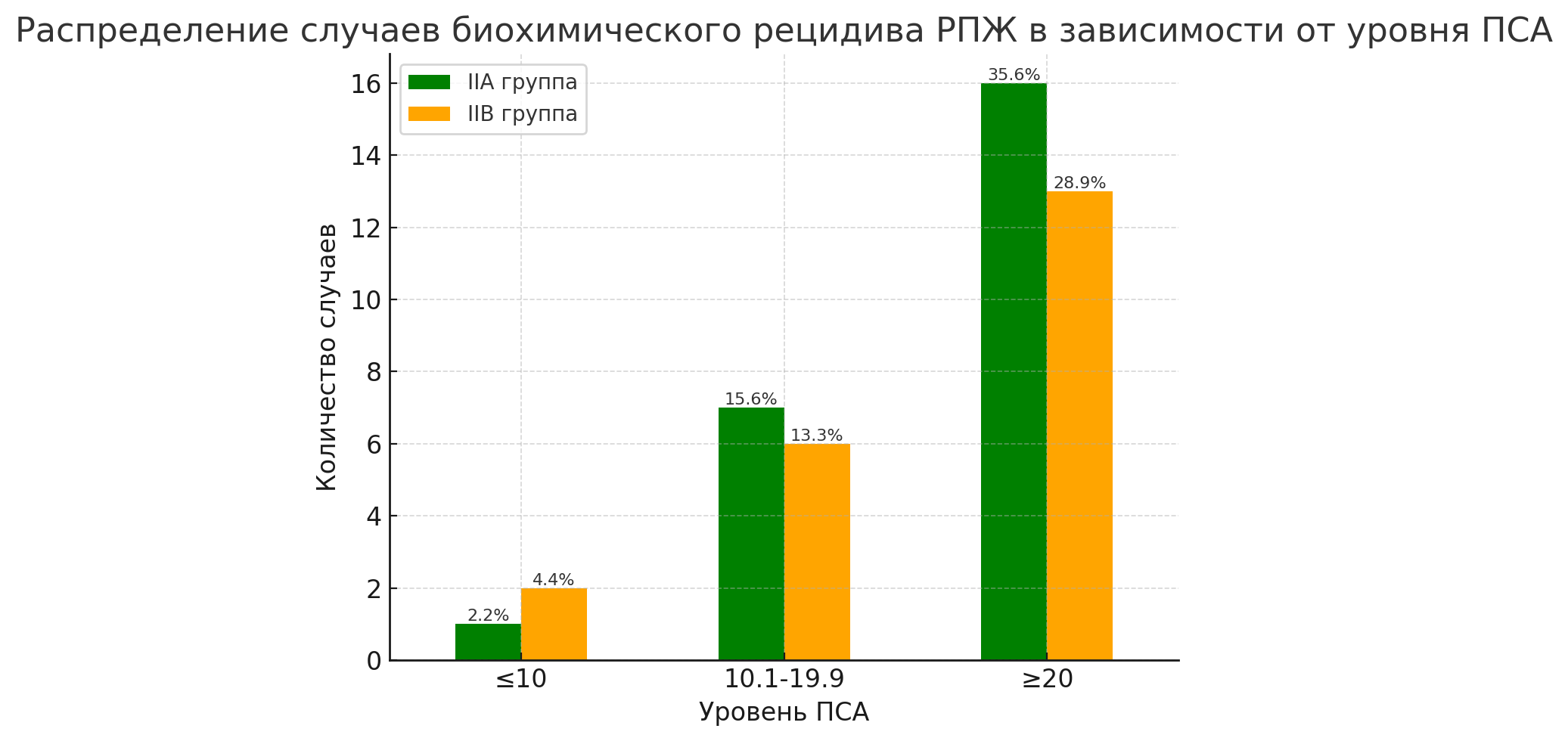
В послеоперационном периоде оценка уровня ПСА проводилась всем пациентам каждый месяц в течение 3 месяцев, один раз в три месяца, каждые полгода в течение года затем 1 раз в год на протяжении 3-5 лет. Возникновение биохимического рецидива отмечалось в основном на первом году наблюдения и значительно уменьшилось через 2,5-3 года (рисунок 3.3.3).

Рисунок 3.3.3. Распределение случаев биохимического рецидива рака предстательной железы в зависимости от уровня ПСА.

Анализ частоты биохимического рецидива в зависимости от уровня ПСА и баллов по шкале Глисона показал следующие закономерности. Среди пациентов с уровнем ПСА ≤10 нг/мл биохимический рецидив зарегистрирован только в **1 (2,17%)** случае. В подгруппе с ПСА 10,1–19,9 нг/мл частота биохимического рецидива составила **7 (15,2%)**. При уровне ПСА ≥20 нг/мл частота биохимического рецидива значительно возрастала до **16 (34,7%)** случаев. Таким образом, в группе IIA наблюдается чёткая тенденция к увеличению частоты биохимического рецидива с ростом исходного уровня ПСА, что подтверждает прогностическую значимость данного показателя. Особенно критическим порогом является значение ПСА ≥20 нг/мл, где рецидив отмечался более чем в трети случаев (34,7%). Среди пациентов с баллом по шкале Глисона ≤6 частота БХР составила **4 (8,7%)**. При балле 7 биохимический рецидив был зарегистрирован в **9 (19,6%)** случаев. В категории с баллами ≥8 частота биохимического рецидива достигала **11 (23,9%)**. У пациентов группы IIA также прослеживается зависимость частоты биохимического рецидива от степени злокачественности опухоли по Глисону. Биохимический рецидив чаще развивался при баллах ≥7, особенно при баллах ≥8, что подтверждает роль Глисона как важного фактора прогноза (рисунок 3.3.4).

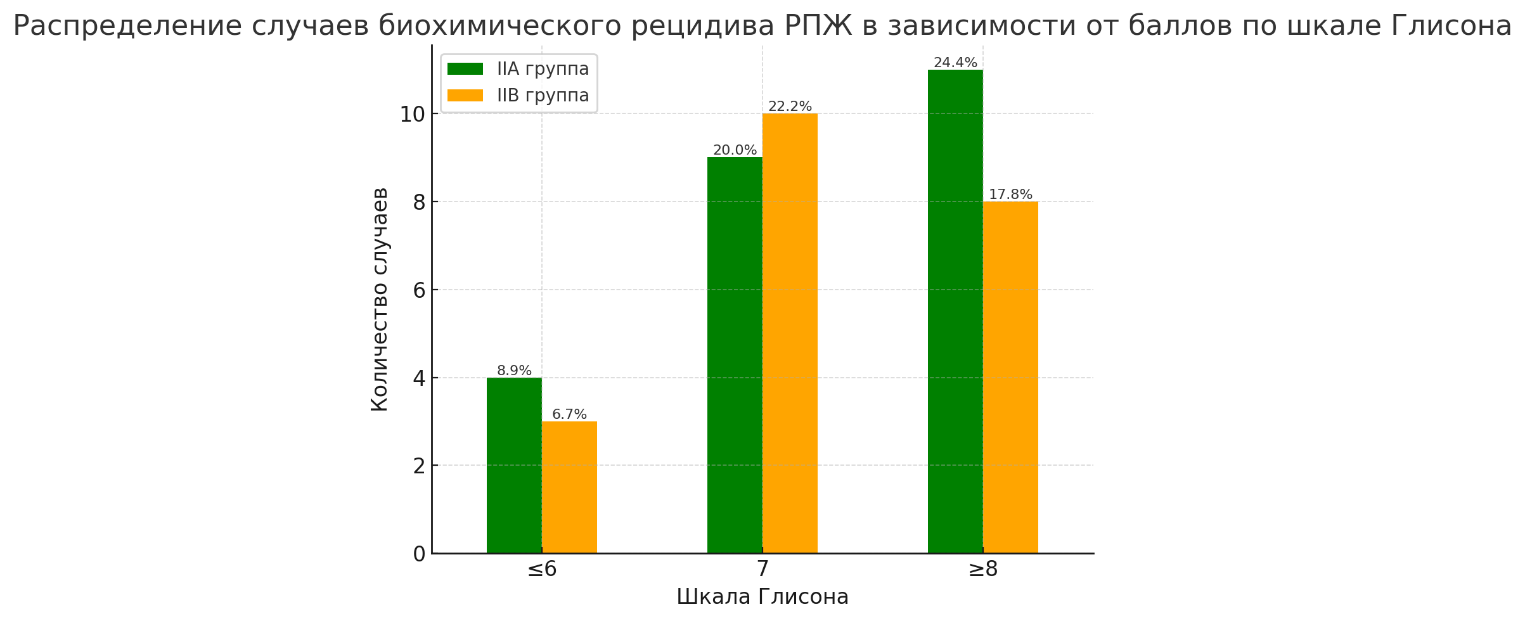


Рисунок 3.3.4. Распределение случаев биохимического рецидива рака предстательной железы в зависимости от суммы Gleason.

При анализе распределения в группе IIA биохимическийо рецидив в зависимости от патоморфологической стадии заболевания среди пациентов группы IIA были выявлены следующие особенности: В подгруппе пациентов со стадией **Т3аN0M0** биохимический рецидив был зарегистрирован в **6 случаях (13%)**. При стадии **Т3bN0M0** БХР встречался в **3 случаях (6,5%)**, что является наименьшим показателем среди всех стадий в данной группе. В подгруппе со стадией **Т4N0M0** частота биохимического рецидива возросла до **8 случаев (17,4%)**. Максимальная частота БХР в группе IIA отмечена у пациентов со стадией **Т1-4N1M0** - **7 случаев (15,2%)**.

Таким образом, в группе IIA наблюдается умеренная вариабельность частоты биохимического рецидива в зависимости от стадии опухолевого процесса. Несколько неожиданно, минимальная частота биохимического рецидива наблюдалась не в наименее выраженных стадиях, а в подгруппе **Т3bN0M0** (6,5%). Наиболее неблагоприятными в плане развития рецидива стали стадии **Т4N0M0** и **Т1-4N1M0**, где БХР встречался в 17,4% и 15,2% случаев соответственно.

В группе IIB зависимость частоты биохимического рецидива от стадии заболевания оказалась более выраженной: Среди пациентов со стадией **Т3аN0M0** биохимический рецидив был зарегистрирован только в **2 случаях (4,2%)**. При стадии **Т3bN0M0** - уже в **6 случаях (12,5%)**. При стадии **Т4N0M0** частота биохимического рецидива составила **9 случаев (18,75%)**. Наиболее высокой частота биохимического рецидива оказалась у пациентов со стадией **Т1-4N1M0** - **4 случая (8,33%)**, что, однако, ниже по сравнению со стадией **Т4N0M0**.

В группе IIB отчётливо прослеживается тренд на увеличение частоты рецидивов при более распространённых стадиях опухоли, что соответствует общим представлениям о прогнозе больных раком предстательной железы.

Анализ зависимости биохимического рецидива от стадии заболевания показал, что в обеих группах (IIA и IIB) наибольшая частота рецидивов отмечается при локально-распространённых стадиях **(Т4N0M0 и Т1-4N1M0)**.  
При этом в группе IIA отмечается более выраженная частота биохимического рецидива в этих стадиях по сравнению с IIB (17,4% против 18,75% на стадии T4N0M0 и 15,2% против 8,33% на стадии T1-4N1M0 соответственно).  
Это может свидетельствовать о наличии дополнительных неблагоприятных факторов в группе IIA, влияющих на частоту рецидивов, что требует дальнейшего изучения.

**3.3.1 Анализ выживаемости пациентов в исследуемых группах.** Для оценки отдалённых результатов лечения и анализа выживаемости пациентов в клинических группах был проведён анализ методом 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 (рисунок 3.3.3.1)

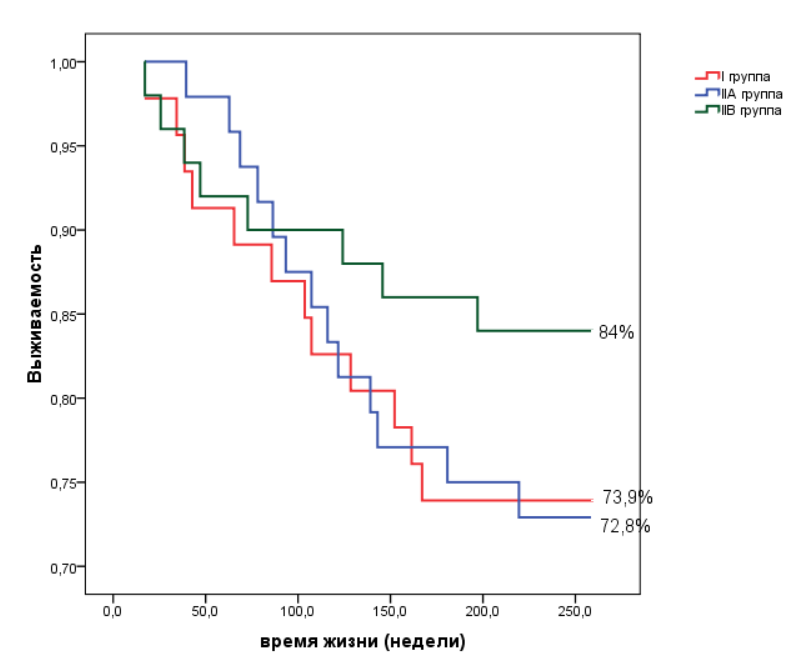


Рисунок 3.3.1.1. Сравнительный анализ выживаемости пациентов исследуемых групп (метод Каплана-Майера).

Анализ выживаемости методом Каплана-Майера продемонстрировал **устойчивые различия в долгосрочной кумулятивной выживаемости** между тремя исследуемыми группами. К концу периода наблюдения (до 270 недель) получены следующие значения выживаемости: в **I группе** выживаемость составила **84,0%**, во IIA **группе** - **73,9%** и в IIB **группе** - **72,8%**.

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.

Разница между **I и IIB группами составила 11,1 процентных пункта**, а между **I и IIA - 10,1 процентных пункта,** что подтверждает **статистически и клинически значимую тенденцию** к лучшему отдалённому прогнозу в первой группе. **I группа** показывает **наиболее высокий уровень долгосрочной выживаемости**, что делает её **эталонной с позиции прогноза**. **IIA и IIB группы** демонстрируют **почти идентичные показатели**, с **умеренным снижением выживаемости**, что требует дополнительного анализа факторов риска и особенностей лечения. Следует отметить, что согласно результатам логрангового теста (Mantel-Cox) статистически значимых различий в выживаемости между группами не выявлено (p=0,395), что связано с недостаточной когортой пациентов при проведении исследования.

Через 1 месяц после проведённого лечения выполнена контрольная урофлоуметрия с цельюоценки способности удержания мочи. Пациентам предлагалось в начале акта мочеиспускания добровольно прервать поток мочи на 3–5 секунд, а затем возобновить мочеиспускание. Метод позволял оценить функциональное состояние везико-уретрального анастомоза.



Рисунок 3.3.1.7. Урофлоуметрические результаты удержания мочи.

Таким образом, предлагаемый метод формирования шейки мочевого пузыря при простатэктомии, показал более высокую эффективность в сравнении со стандартным методом по результатам динамики симптоматики, клинико-лабораторных показателей, данных уродинамики и УЗИ, гистологического исследования хирургического края, прогнозирования 5-летней выживаемости, что в целом указывает на повышение КЖ пациентов по данным анкетирования, данные подтверждены и в отдаленные сроки и в комбинации с ИМАБ, что является выбором оптимального метода для хирургического лечения пациентов пожилого возраста с местно-распространенной формой РПЖ.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

* 1. Проведённый ретроспективный анализ показал, что основную группу пациентов с раком предстательной железы составляют мужчины пожилого возраста. Преобладающим вариантом клинического течения заболевания является местно-распространённая форма, что подчёркивает необходимость активного скрининга и ранней диагностики. Наиболее широко применяются комбинированные методы лечения, включающие хирургическое вмешательство, гормональную терапию и лучевое воздействие. При этом радикальная простатэктомия остаётся одной из основных лечебных опций, но сопровождается рядом характерных осложнений, среди которых доминируют эректильная дисфункция и недержание мочи.
  2. Способ формирования шейки мочевого пузыря, разработанный нашей клиникой позволяет достить у пациентов пожилого возраста, высоких показателей континенции, которое сохраняется как непосредственно после удаления уретрального катетера, так и на поздних сроках наблюдения, что в итоге оказывает минимальное влияние на качество жизни пациента. Трансуретральная резекция в сочетании с андрогендепривационной терапией демонстрирует улучшение общей 5-летней выживаемости у пожилых пациентов с местно-распространённым раком предстательной железы, однако не сопровождается достоверным повышением качества жизни. В связи с этим Трансуретральная резекция в сочетании с андрогендепривационной терапией может рассматриваться как менее инвазивная альтернатива радикальному лечению в геронтологической урологической практике, особенно у пациентов с высоким операционным риском.
  3. Внедрение разработанной методики формирования шейки мочевого пузыря при радикальной простатэктомии у пожилых пациентов позволило не только обеспечить достаточно высокую общую 5-летнюю выживаемость (73,9%), но и добиться быстрого восстановления функции удержания мочи на ранних сроках после операции. Данная комбинированная методика хирургического лечения продемонстрировало преимущество в онкологической эффективности и качестве жизни по сравнению с альтернативными схемами, что делает предложенный подход обоснованным для применения у пожилых пациентов с преимущественным поражением основания предстательной железы и шейки мочевого пузыря.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. В условиях роста заболеваемости раком предстательной железы среди мужчин пожилого возраста и высокого процента местно-распространённых форм (T3–T4), необходимо усиливать скрининговую активность рака простаты в урологической практике с акцентом на своевременное выявление заболевания в группах риска.
2. Тщательная оценка факторов риска осложнений (возраст, исходный IPSS, стадия, сопутствующие заболевания) должна проводиться на предоперационном этапе для персонализированного подбора метода лечения.
3. У пациентов с сохранным соматическим резервом и возможностью радикального хирургического вмешательства целесообразно применять комбинированное лечение, включающее модифицированную радикальную простатэктомию с формированием шейки мочевого пузыря и андрогендепривационную терапию, как способ, обеспечивающий лучший баланс между онкологической эффективностью и функциональными исходами
4. У пожилых пациентов с ограниченными возможностями для проведения радикального вмешательства, а также при наличии выраженной инфравезикальной обструкции, трансуретральная резекция предстательной железы в сочетании с андроген-депривационной терапией может рассматриваться как эффективная паллиативно-контролирующая стратегия. Данный подход следует включить в стандарты ведения больных пожилого возраста с местно-распространённым раком предстательной железы, особенно при наличии противопоказаний к радикальному лечению.

**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. – C. 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. Кылычбекови 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 сиационарном 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. – C. 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 трансурертальной резекции у больных раком предстательной железы / [Н. К. Курманбеков, А. Ч. Усупбаев, М. Б. Кылычбекови 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. – C. 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 жаӊылыгы.** 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 (Т3-4N0M0 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 cencer 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, oncourology.

Кагаздын форматы 60 х 90/16. Көлөмү 1,5 б.т.

Кеңсе кагазы. Тиражы 50 нуска.

«Соф Басмасы» ЖЧК тарабынан басылып чыкты.

720020, Бишкек ш., Ахунбаева кɵч., 92.