**И. К. АХУНБАЕВ атындагы**

**КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**Б. Н. ЕЛЬЦИН атындагы**

**КЫРГЫЗ-РОССИЯ СЛАВЯН УНИВЕРСИТЕТИ**

Д 14.23.678 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда

УДК 616.65-006-08-053.9

**КУРМАНБЕКОВ НУРБОЛ КУРМАНБЕКОВИЧ**

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

**АЙКАЛЫШТЫРЫП ДАРЫЛОО**

14.01.23 ‒ урология

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын

изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын

**авторефераты**

**Бишкек – 2025**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Илимий жетекчиси**: | **Усупбаев Акылбек Чолпонкулович**  медицина илимдеринин доктору, профессор,  КР УИАнын корр.-мүчөсү, И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын М. Т. Тыналиев атындагы дипломго чейинки жана дипломдон кийинки билим берүүнүн урология жана андрология кафедрасынын башчысы |
| **Расмий оппоненттер:** | **Нагиев Рауф Нариман оглы**  медицина илимдеринин доктору, профессор,  Азербайжан медициналык университетинин урология кафедрасынын башчысы  **Абдыкалыков Мурадил Барыктабасович**  медицина илимдеринин кандидаты**,** доцент,  С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык институтунун кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу нефрология жана гемодиализ курсу менен урология кафедрасынын доценти. |
| **Жетектөөчү мекеме**: С. Д. Асфендияров атындагы Казак улуттук медицина университети, урология кафедрасы (050012, Казахстан Республикасы, Алматы ш, Толе Би кɵч., 94). | |

Диссертацияны коргоо 2025-жылдын 29-майында саат 15.00 медицина илимдеринин доктору (кандидаты) окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана тең уюштууручу Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетине караштуу Д 14.23.678диссертациялык кеңештин отурумунда өткɵрүлөт. Дареги: 720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92, конференц-залы. Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференциянын шилтемеси: <https://vc.vak.kg/b/d14-puu-lvw-wbv>

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

Автореферат 2025-жылдын 24-апрелинде жөнөтүлдү.



**Диссертациялык кеңештин окумуштуу**

**катчысы, медицина илимдеринин кандидаты Оскон уулу Айбек**

**ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ**

**Диссертациянын темасынын актуалдуулугу.** Простата безинин рагы (ПБР) көптөгөн өлкөлөрдүн адабияттары боюнча эркектердеги залалдуу шишиктердин эң кеңири таралган формаларынын бири болуп саналат [Н. К. Исаева, 2014; Mamello Sekhoacha et all, 2022] жана [A. Jemal et all; Н. Г. Петрова, К. Ю. Кротов, 2016], өпкө рагынан кийинки эркектер арасында таралышы боюнча экинчи орунда турат жана рактын бардык түрлөрүнүн арасында таралышы боюнча 4-орунда турат]. Ошондуктан, дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун (ДССУ) маалыматы боюнча 2020-жылы дүйнө жүзү боюнча 1,4 миллиондон ашык ПБР оорусу катталган жана көпчүлүк учурларда 65 жаштан ашкан эркектерде диагноз коюлган жана 1% учурларда 40 жашка чейинки эркектерде катталган [С. В. Попов жана авторлош., 2018]. Анын таралышы географиялык жайгашуусу, жашы, этникалык таандыктыгы жана медициналык текшерүүдөн жана дарылоодон өтүү деңгээли сыяктуу ар кандай факторлорго жараша өзгөрүп турат [M. [Fiona Frame](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%22Frame%20FM%22%5BAuthor%5D), J. [Norman Maitland](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%22Maitland%20NJ%22%5BAuthor%5D), 2019; H. Kevin Kensler et all, 2024]. Белгилей кетүүчү нерсе, таралышы жогору болгон өлкөлөргө Түндүк Америка өлкөлөрү, өзгөчө АКШ жана Канада кирет (8 эркектин ичинен 1де ПБР аныкталат), ал эми Чыгыш Азия өлкөлөрүндө жана Африканын айрым бөлүктөрүндө оорунун деңгээли төмөн, бул жашоо образынын, диетанын жана генетикалык ийкемдүүлүктүн айырмачылыгына байланыштуу болушу мүмкүн (н-р, Об-гендер) [М. В. Логинова жана авторлош., 2021]. Бирок, африкалык-америкалык эркектер кавказдык эркектерге салыштырмалуу простата безинин рак оорусуна чалдыгуу коркунучу жогору жана олуттуу натыйжалардын ыктымалдыгы жогору. Ошол эле учурда Азия өлкөлөрүнөн келген эркектерде коркунуч азыраак [S. Zachary Dovey et all, 2021; В. Ю. Старцев жана авторлош., 2022]. Кыргыз Республикасынын урологдор жана андрологдор Ассоциациясынын илимий-изилдөө иштеринин маалыматтары боюнча 2017 – жылы ПБРдин локалдашкан стадиясынын 54% учуру, жергиликтүү жайылган жана метастатикалык стадиясынын 46% учуру аныкталган, бул оорулуулардын кеч кайрылуусу, ошондой эле алгачкы стадияларында простата безинин залалдуу жаңы шишиктерин аныктоо боюнча улуттук скринингдик программалардын жоктугу менен шартталган [А. Ч. Усупбаев жана авторлош., 2017]. Дүйнөлүк изилдөөчүлөрдүн маалыматтарына ылайык, ПБРдин жергиликтүү жайылган түрүнүн 58,4% учуры аныкталган, бул мурдагы КМШ өлкөлөрүндө рактын өнүкпөгөндүгүнүн жогорку деңгээлин тастыктайт [T. Kimura et al., 2018; Sh. Egawa, 2018; D. Smailova et al., 2019]. ПБРдин локализацияланган стадиясын дарылоонун алтын стандарты радикалдуу простатэктомия болуп саналат, өзүн жагымдуу прогноз менен жогорку клиникалык натыйжалуу ыкма катары көрсөткөн, бирок натыйжалар

операциядан кийинки көп учурда пайда болгон татаалдашууларды көрсөтөт, дизуриялык бузулуулар, бул коомдо жана үй-бүлөдө психилогиялык дезадаптациясы бар пациенттин жашоо сапатын начарлатат [Shuo Liu, 2020; Kun Sirisopana et all, 2021; Sean F. Mungovan, et all 2021]. Ошондуктан, ПБР саламаттык сактоо системасынын практикалык урологиясынын олуттуу көйгөйү болуп саналат, анын кеңири таралышы жана эркектердин ден соолугу үчүн потенциалдуу кесепеттери менен көңүл бурууну талап кылат.

Алдын алуу, эрте диагностикалоо жана дарылоо бул изилдөөгө негиз болгон бейтаптардын жашоо сапатын жана аман калуусун жакшыртуу менен ийгиликтүү жыйынтыкка жетишүү мүмкүнчүлүгүн кыйла жогорулатат.

**Диссертациянын темасынын артыкчылыктуу илимий багыттар, ири илимий программалар (долбоорлор), билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүп жаткан негизги илимий-изилдөө иштери менен байланышы.** Диссертациялык иштин темасы ɵз демилгеси менен аткарылган.

**Изилдөөнүн максаты.** Айкалыштырып дарылоонун хирургиялык ыкмасын оптималдаштыруу аркылуу простата безинин рагы үчүн орто жана жогорку тобокелдик тобу менен улгайган бейтаптардын жашоо сапатын жогорулатуу.

**Изилдөөнүн милдеттери:**

1. 2003-2023-жылдар аралыгында КРдин ССМдин УГдун РУУБдун шарттарында ПБР оорусуна ретроспективдүү талдоо жүргүзүү;

2. Комплекстуу дарылоодо сунушталган хирургиялык ыкманын клиникалык эффективдүүлүгүн салыштыруу аспектисинде иштеп чыгуу жана баалоо.

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

**Алынган натыйжалардын илимий жаңылыгы.** Простата безинин тубу менен табарсктын мойну басымдуулук кылган простата безинин локалдуу оргугон рагы менен ооруган бейтаптардын жашоо сапатына жана радикалдуу простатэктомиядан кийинки беш жылдык жашоого баа берилди. Радикалдуу простатэктомия учурунда табарсыктын моюнчасын калыптандыруу ыкмасы иштелип сыккан, ал жашоонун сапатын жакшыртат, 2017-жылдын 31-августунда алынган № 1975 ойлоп табуу патенти.

**Алынган натыйжалардын практикалык мааниси.** Простата безинин жергиликтүү таралган рагын дарылоодо хирургиялык тактиканы тандоодо, улгайган курактагы бейтаптардын операциядан кийинки жашоо сапатын жана 5 жылдык жашоонун узактыгын жогорулатуу максатында, дарыгерлерге салттуу «теннис ракеткасы» ыкмасына салыштырмалуу заара куыгынын моюнчасын түзүү менен жүргүзүлгөн сунушталган ыкманы колдонуу сунушталат. Бул ыкма операциядан кийинки ушуулардын санын азайтууга, реабилитация мөөнөттөрүн кыскартууга жана узак мөөнөттүү жашоо сапатын жакшыртууга мүмкүнчүлүк берет. Бул ыкма боюнча 2017-жылдын 31-августунда Кыргызпатент тарабынан № 1975 патент берилген.Сунушталган айкалышкан дарылоо ыкмасы боюнча алынган жыйынтыктар бул патология менен операция жасалгандан кийинки жашоо узактыгын көбөйтүүгө мүмкүнчүлүк түзөт. Иштин негизги жоболору Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпиталдын Республикалык урология илимий борборунун түзүмдүк бөлүмдөрүндө иш жүзүнө ашырылган (ишке киргизүү актысы 2024-жылдын 25-октябры).

**Диссертациянын коргоого коюлуучу негизги жоболору:**

1. Простата безинин жергиликтүү таралган рагы көбүнчө улгайган курактагы эркектерде кездешет. Радикалдуу простатэктомиядан кийинки негизги кабылдашууларга эрекциянын бузулушу (эректилдик дисфункция), кан кетүү, заараны кармай албай калуу жана везико-уретралдык сегменттин стенозу кирет.
2. Хирургиялык дарылоо андрогендик депривация терапиясы менен интермиттирүүчү (үзгүлтүксүз эмес) режимде айкалыштырылганда, жалпы беш жылдык жашоо узактыгын жогорулатат.
3. Биздин клиника тарабынан иштелип чыккан заара куугунун моюнчасын түзүү ыкмасы менен радикалдуу простатэктомияны колдонуу операциядан кийинки кабылдашууларды бир топ кыскартып, айрыкча заараны кармоону жакшыртып, операция болгон бейтаптардын жашоо сапатын жогорулатат.

**Изденүүчүнүн жеке салымы.** Автор илимий изилдөөнүн бардык этаптарына катышкан: маалыматтык-аналитикалык издөө жүргүзгөн, изилдөөлөрдүн планын жана дизайнын иштеп чыккан, клиникалык материалдарды чогулткан, операцияларды өз алдынча аткарган жана ассистент болгон, алынган натыйжаларды талдоо жана жалпылоо менен статистикалык иштеп чыгууну жүргүзгөн, алынган жыйынтыктарды басма сөздө жарыялап, диссертацияны жана авторефератты өз алдынча иштеп чыккан.

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

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

**Диссертациянын структурасы жана көлөмү.** Диссертация 127 бетте компьютердик текстте терилген, киришүүдөн, адабий серептен, 3 баптан, корутундудан, практикалык сунуштардан жана колдонулган адабияттардын тизмесинен турат. Библиографиялык көрсөтмө 181 адабий булактарды камтыйт, алардын ичинен 110 - жергиликтүү жана жакынкы чет өлкөлөрдүн, ал эми 71 - алыскы чет өлкөлөрдүн авторлоруна таандык. Диссертация 29 таблица жана 46 сүрөт менен иллюстрацияланган.

**ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ**

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

# 1-бап. «Заманбап шарттарда простата безинин рак оорусун диагностикалоо, дарылоо жана алдын алуу өзгөчөлүктөрүндɵ (адабий сереп)» простата безинин рагы (ПБР) маселелеринин абалынын заманбап аспектилерин чагылдырат. Простата безинин рак оорусунун жайылышына маалыматтык талдоо бүткүл дүйнөдө да, Кыргызстанда да жүргүзүлгөн. Дүйнөнүн алдыңкы өлкөлөрүнүн изилдөөчүлөрүнүн айтымында, бул патологияны диагностикалоо жана алардын себептерин талдоо менен эрте аныктоо көйгөйлөрү белгиленген. Простата безинин рагын заманбап дарылоонун жетишкендиктери менен келечегине өзгөчө көңүл бурулуп, алардын артыкчылыктары, кемчиликтери жана ишке ашырылып жаткан учурда хронологиялык тартипте андан ары изилдөөнү талап кылган талаштуу маселелер көрсөтүлгөн

**2-бап.** **Изилдөө методологиясы жана методдору.**

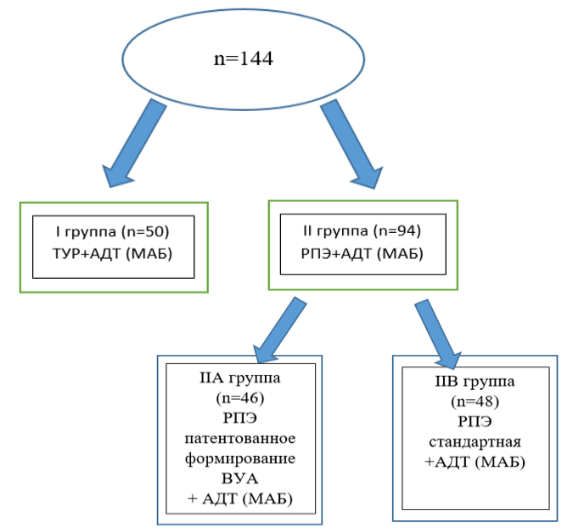
**2.1 Изилдөө методологиясы. *Изилдөө объектиси:*** 2010-жылдан 2018-жылга чейин Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин УГдун алдындагы Республикалык урология илимий борборунда дарыланган 144 улгайган бейтап (ДССУнун курактык классификациясына ылайык) простата безинин рак оорусунан (T3-4N0M0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

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

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

Изилдөө бир нече этапта жүргүзүлдү: 1) операциядан кийинки татаалдашуулардын рейтинги боюнча 20 жыл бою УУБдун оорулардын тарыхы боюнча ретроспективдүү талдоо; 2) клиникага чейинки – простата безинин рагы менен ооругандарды баштапкы жана профилактикалык текшерүүлөрдүн жүрүшүндө аныктоо; 3) келечектүү – салттуу аспекттерге салыштырмалуу сунушталган методдор менен ПБР бейтаптарды дарылоо; 4) постклиникалык – операциядан кийин 5 жылдык жашоо деңгээлин болжолдоо менен өмүр бою бейтаптарды байкоо.

348 бейтаптын ичинен 144 бейтап изилдөөнүн дизайнына ылайык аныкталган диагноз менен жана киргизүү критерийлерине ылайык тандалып алынган жана алар өз кезегинде 3 клиникалык топко бөлүнгөн (2.1.1-сүрөт).



2.1.1-сүрөт ‒ Бейтаптарды клиникалык топтор боюнча бөлүштүрүү.

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

2-топко (негизги топко) простата безинин апексинин катышуусу жана табарсыктын мойнуна шишик процессинин өсүшү менен байланышкан радикалдуу простатэктомиядан өткөн бейтаптар кирген. Биохимиялык рецидив пайда болгондо, табарсыктын моюнун түзүү уретро-везикалдык анастомоздун диастазын жана операциядан кийинки мезгилде заара кармай албоо учурларын азайтуу максатында иштелип чыккан ыкма менен ишке ашырылды (неоадъювант жана адъювант).

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

**2.2 Изилдөө материалдарынын жалпы клиникалык мүнөздөмөлөрү.** Жаш курагы боюнча маалыматтар текшерилген бейтаптардын орточо жашы 69 ±4,3 жашты түзүп, 61 жаштан 74 жашка чейин экенин көрсөттү. Топтордогу жаш критерийлери салыштырууга болот. Мында биринчи топтогу орточо жаш курагы 67,9 ± 4,5 экинчи топтогу 70,9 ±4,0, үчүнчү топтогу оорулуулардын орточо жашы 67,6±4,6 болгон.

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

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

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

Теннис ракеткасы «сыяктуу радикалдуу простатэктомия простата безинин жергиликтүү өнүккөн рагы менен ооруган 48 улгайган пациенттерде жасалган жана ПЖны алып салгандан кийин табарсыктын арткы четине үзүлгөн тигиштер коюлуп, дал келген диаметрге тешик пайда болгон. уретранын. Андан кийин былжыр чел бурулуп, табарсыктын булчуң катмарына тигилген. Тигилер кадимки циферблаттын 3,6,9,12 саатында сиңүүчү синтетикалык жип менен капталган, ал эми ийне булчуң бөлүгүнөн люмен багытында сайылган. Шарттуу циферблаттын тиешелүү чекиттеринде табарсыктын мойнундагы пайда болгон тешик ошол эле жиптер менен тигилген. Андан кийин баллондук катетер уретра аркылуу табарсыктын көңдөйүнө киргизилип, уретро-везикалдык анастомоздун пайда болушунун акыркы этабында анастомоздук тигиштер ырааттуу түрдө байланган.

Радикалдуу арткы простатэктомия иштелип чыккан ыкманы колдонуу менен 46 улгайган эркектерге жасалган. Табарсыктын моюнчасынын пайда болуу этаптары табарсыктын алдыңкы бетине вертикалдуу 3,0х2,5 см өлчөмүндөгү L түрүндөгү капкакты, ал эми горизонталдык бөлүгү 3,0х1,5 см кан тамыр сабагында, андан кийин вертикалдуу бөлүгүн бөлүп алуудан турган. табарсык капкагынын бөлүгү түтүк түрүндө бүктөлгөн жана тигиш уретралдык катетердин айланасында капкактын перпендикулярдык бөлүгүнүн өтүү жерине оролгон тигиш менен жасалган. Андан кийин пайда болгон түтүктүн алыскы учу капкактын горизонталдык бөлүгү менен оролуп, сфинктердик механизмди түзүшөт, акыркысы үзүлгөн тигиштер менен бекитилет, андан кийин табарсыктын калган кемчилиги тигилет. Андан кийин пайда болгон табарсык моюну былжыр челдер толук тийгенге чейин уретранын оозуна чөмүлдүрүлүп, андан кийин тигилип, везикоуретралдык анастомоз пайда болгон.

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

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

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

**3-бап.** **Жеке изилдөөлɵрдүн натыйжалары. Простата безинин рагы менен ооруган бейтаптарды айкалыштырылган дарылоонун натыйжалуулугун салыштырмалуу баалоо.**

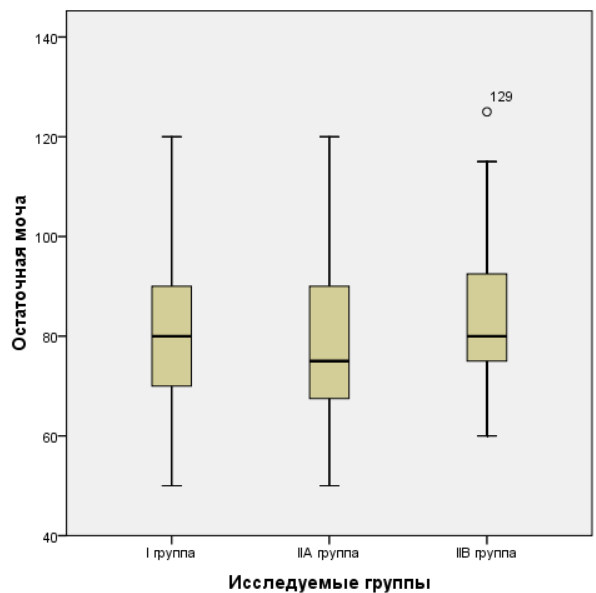
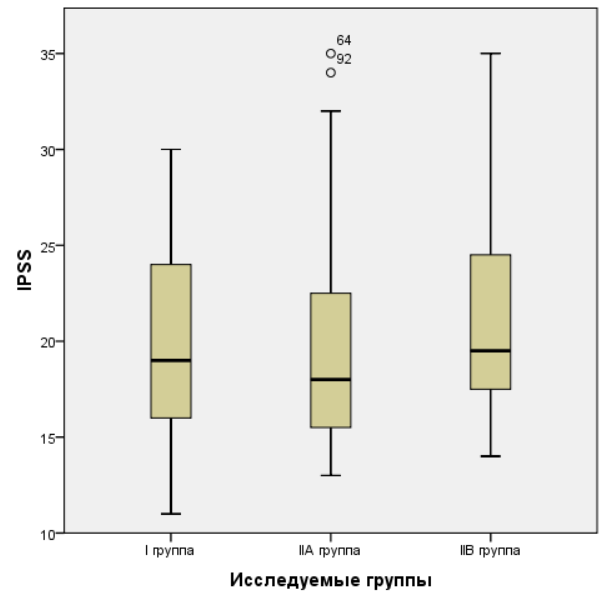
### **3.1.** **Стационардык шартта жергиликтүү таралган простата безинин рагы менен ооругандардын диагностикасын жана дарылоо ыкмасын тандоону ретроспективдик анализдөө.** Улуттук урология борборунда акыркы 20 жыл ичинде дарыланган бейтаптар боюнча жүргүзүлгөн анализдин жыйынтыктары чагылдырылган. Жалпы **1117 бейтаптын** ичинен **60 жаштан 74 жашка чейинки эркектер** **53%дан ашуунун** түзгөн. **Радикалдуу простатэктомия** жана **андрогендик депривациялык терапия (АДТ)** менен дарыланган бейтаптардын **78,58%инде** жергиликтүү таралган рак (T3–T4) аныкталган. **Негизги кабылдоолор:** заара кармабоо, эректильдик дисфункция, ретрограддык эякуляция.

**Орточо жаш курак:** **67,86 ± 4,6 жаш** (95% ишеним интервалы: **66,5 – 69,2**) **Клиникалык белгилердин кездешүүсү:** түнкүсүн заара кылуу (ноктурия) — 36%, заараны толук чыгарбаган сезим - 26%, жыш заара кылуу - 80%, заара кармабоо - 4%, заара кылуу кыйындыгы - 70%, зааранын үзгүлтүк менен бөлүнүшү - 28%, зааранын агымынын алсыздыгы - 72%, курч заара кармалып калуу - 12%. **Дарылоого чейинки простата безинин орточо көлөмү (УҮИ боюнча):** **80 ± 3,3 см³**.

**Ушул диагноз менен ооруган бейтаптарда** артериалдык гипертензия (ГБ) - 78%, хроникалык гастрит - 32%, кант диабети - 20%, ХОБЛ - 16%, варикоздук веналар - 8% айкалышкан.

**ТУР эффективдүүлүгүнүн баасы көрсөткөндөй:** **IPSS баллынын төмөндөшү:** **21,2 ± 5,9** → **6,6 ± 1,5** (p < 0,05), **калдык заара көлөмүнүн кыскарышы:** **84,2 ± 13,7 мл** → **30,3 ± 9,9 мл** (p < 0,001), **максималдуу заара агымынын ылдамдыгы (Qmax):** **9,1 ± 2 мл/сек** → **15,9 ± 3,5 мл/сек** (p < 0,001) (3.1.5 жана 3.1.6**-сүрөттөр**). **ПСА көрсөткүчтөрүнүн анализи:** Стандарттык ыкма менен жасалган радикалдуу простатэктомия топторунда ПСАнын орточо жана медианалык деңгээли төмөн, бирок маани чачырап, выбростор көп болгон. Клиника тарабынан иштелип чыккан ыкма менен дарыланган топто медианалар окшош болгону менен, көрсөткүчтөрдүн өзгөрмөлүүлүгү жогору болгон.

**Салыштырма анализ:** IPSS, Qmax, Gleason шкаласы жана заара калдыгы боюнча операцияга чейинки көрсөткүчтөрдүн топтор арасында ишенимдүү айырмасы аныкталган жок.

****

### 3.1.5 жана 3.1.6**-сүрөттөр ‒ Изилденген топтордо IPSS, Qmax, Gleason жана заара калдыгынын салыштырма диаграммасы.**

**3.2 Айкалышкан дарылоо натыйжалуулугун салыштырмалуу талдоо, операциядан кийинки жана узак мөөнөттүү татаалдыктар изилдөө топтору.** Клиникалык топтордогу пациенттерде дарылоого чейин жана андан кийин заара чыгаруунун максималдуу ылдамдыгын (Qmax) баалоо уродинамикалык параметрлердин айкын жакшырганын көрсөттү, бул инфравезикалдык каршылыктын жоюлушун жана табарсыктын адекваттуу эвакуациялык функциясынын калыбына келишин көрсөтөт. Динамика эң жагымдуу жана статистикалык жактан туруктуу болуп чыккан IIA тобундагы пациенттерде жетишилген натыйжалар өзгөчө белгиленет. IPSS, максималдуу заара агымынын ылдамдыгы, Глиссон шкаласы жана заара калдыктарынын салыштырма анализи иштелип чыккан ыкманы колдонуу менен простатэктомия менен ооруган бейтаптардын тобунда артыкчылыкты көрсөттү (3.2.3-таблица).

3.2.3-таблица - Изилденген топтордо заара агымынын максималдуу ылдамдыгынын динамикасы

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Көрсөткүчтөр** | **I топ (n=50)** | | **II топ (n=94)** | | | |
| **IIA топ (n=46)** | | **IIB топ (n=48)** | |
| Qmax чейин | Qmax кийин | Qmax чейин | Qmax кийин | Qmax чейин | Qmax кийин |
| Төмөнкү маани | 3,9 | 6,8 | 5,6 | 10,5 | 5,8 | 8,1 |
| Жогорку маани | 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 |
| Стандарттык четтөө | 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 |

**3.2.2 Комплекстүү дарылоодон өткөн бейтаптардын жашоо сапатын жана жалпы жашоосун баалоонун узак мөөнөттүү натыйжалары.** Заараны кармоонун функционалдык абалын жана ага байланыштуу пациенттин жашоо сапатын чагылдырган көрсөткүчтөрдү баалоо уретралдык катетерди ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form) валидацияланган эл аралык шкаласын колдонуу менен операциядан кийин 1–15 күн, 1 ай, 6 ай жана 12 ай. Натыйжалар айкын калыбына келтирүү динамикасын жана топтор аралык айырмачылыктарды аныктоо, клиникалык топтор боюнча талданган.

3.3.2-таблица **‒ Жашоо сапатынын баасы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Баалоо убактысы (катетер алынгандан кийин) | I топ (n=50) | II топ (n=94) | |
| IIA тобу (n=46) | IIB тобу (n=48) |
| 1-15 күн | | | |
| Заара кармабоо | 26 (52%) | 28 (60,8%) | 32 (66,6%) |
| Заараны кармоо | 24 (48%) | 18 (39,2) | 15 (33,3%) |
| PAD тестинин көрсөткүчү | 1,3 | 0,331 | 1,98 |
| ICIQ-SF орточо упайы | 12,46 | 9,6 | 14,94 |
| 1 айдан кийин | | | |
| Заара кармабоо | 12 (24%) | 9 (19,6%) | 21 (43,75%) |
| Заараны кармоо | 38 (76%) | 37 (80,4%) | 27 (56,25%) |
| PAD тестинин көрсөткүчү | 1,34 | 0,2 | 1,26 |
| ICIQ-SF орточо упайы | 12,66 | 8,22 | 12,8 |
| 6 айдан кийин | | | |
| Заара кармабоо | 4 (4%) | 4 (8,7%) | 13 (27%) |
| Заараны кармоо | 46 (92%) | 42 (91,3%) | 34 (70,8%) |
| PAD тестинин көрсөткүчү | 1,375 | 0,19 | 1,16 |
| ICIQ-SF орточо упайы | 12 | 7 | 11 |
| 12 айдан кийин | | | |
| Заара кармабоо | 4 (8%) | 1 (2,15%) | 7 (14,6%) |
| Заараны кармоо | 45 (90%) | 45 (95,6%) | 39 (81,25%) |
| PAD тестинин көрсөткүчү | 0,95 | 0,2 | 1,01 |
| ICIQ-SF орточо упайы | 7,75 | 6 | 10,4 |

**IIA тобундагы бейтаптар ICIQ-SF шкаласы боюнча баштапкы мезгилде да, 12 айдан кийин да эң жакшы көрсөткүчтөрдү көрсөтүштү. Бул заараны кармай албаган симптомдордун азыраак экенин жана патологиянын күнүмдүк жашоого азыраак таасирин көрсөтөт. IIA тобундагы көрсөткүчтүн динамикасы туруктуу гана болбостон, клиникалык жактан да эң олуттуу төмөндөөгө ээ болгон. IIA байкоосунун бардык мезгилдеринде топ заара чыгарууну көзөмөлдөөнү калыбына келтирүү боюнча башкалардан ашып түштү, бул бул пациенттерде эң эффективдүү кармап калуу функциясын көрсөтүп турат. I топ бардык этаптарда минималдуу маанилерди көрсөттү, бул андан ары жашоонун сапатын калыбына келтирүү жана пациенттин функционалдык көз карандылыгын азайтуу жагынан дарылоонун натыйжалуулугун тастыктайт. ICIQ-SF шкаласы боюнча заара кармоонун жана жашоонун сапатынын комплекстүү көрсөткүчтөрүн талдоо дарылоодон кийин 12 айдын ичинде бардык клиникалык топтордо олуттуу жакшырууну көрсөттү. Бирок, IIA тобу ырааттуу түрдө бардык жагынан эң жакшы көрсөткүчтөрдү көрсөттү, мында бир жылда эң төмөнкү орточо ICIQ-SF баллы (6,0), эң төмөнкү заара кармап калуу көрсөткүчү (2,15%) жана прокладкаларды минималдуу колдонуу (күнүнө 0,2). Бул маалыматтар IIA тобунда колдонулган дарылоо тактикасы кармап калуу функциясын калыбына келтирүүдө жана заара кармабоо жашоонун сапатына тийгизген таасирин минималдаштырууда эң натыйжалуу болгонун көрсөтүп турат. Субъективдүү жана объективдүү калыбына келтирүүнүн жогорку көрсөткүчтөрү IIA тобун функционалдык натыйжалардын көз карашынан эталон кылат. Операциядан кийинки алгачкы мезгилде, уретралдык катетерди алып салгандан кийин, 12 айлык байкоо учурунда бейтаптардын 52% заара кармай албагандыгы байкалган. ICIQ-SF шкаласынын орточо баллы заара агымынын жыштыгы жөнүндө суроого жооп бергенде 4төн 6 баллга чейинки диапазондо болуп, 4,5±1,0 баллды түздү. 3-топтогу заараны кармап калуу функциясынын калыбына келишине кийинки объективдүү мониторинг 1-оорулууда 2-айдан баштап байкалган, ал эми заараны кармоонун эң жогорку калыбына келиши 4 пациентте байкоонун 4-айында болгон. Ошентип, ТУР менен ооруган бейтаптарда заара кармап калуу функциясынын бул анализи ПБР хирургиясында ийгиликтүү функционалдык натыйжа катары каралат, ал заараны толук кармап калуу деңгээлине чейин кийинки реабилитацияга көбүрөөк мүмкүнчүлүк берет.**

ТУР ПБР хирургиясында ийгиликтүү функционалдык натыйжа катары каралат, ал заараны толук кармап калуу деңгээлине чейин кийинки реабилитацияга көбүрөөк мүмкүнчүлүк берет.

**3.3 Простата безинин рагынын жергиликтүү кеңири таралган түрү менен операция жасалган пациенттерде операциядан кийинки кеч мезгилдеги кыйынчылыктардын жыштыгына салыштырма анализ.** Гормоналдык терапиянын терс таасирлери 43 бейтапта ысык жарк этүү, диарея гинекомастиясы жана либидо төмөндөшү түрүндө аныкталган (3.2.1-таблица).

3.2.1-таблица - Андрогендепривация терапиясынын терс таасирлери.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Терс таасирлери** | **I топ (n=50)** | | **II топ (n=94)** | | | |
| **IIA тобу (n=46)** | | **IIB тобу (n=48)** | |
| Абс. сан | % | Абс. сан | % | Абс. сан | % |
| 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 |
| Либидонун  төмөндөшү | 23 | 46 | 18 | 39,1 | 14 | 29,2 |

Терапиянын натыйжасында пациенттерде пайда болгон терс таасирлерди талдоо анын сабырдуулугун жана коопсуздук профилин баалоого мүмкүндүк берди. Клиникалык топторду салыштыруунун натыйжалары жагымсыз окуялар дарылоону токтотуунун зарылдыгы жок, негизинен функционалдык, кайра кайтарылуучу жана оор эмес экенин көрсөттү.

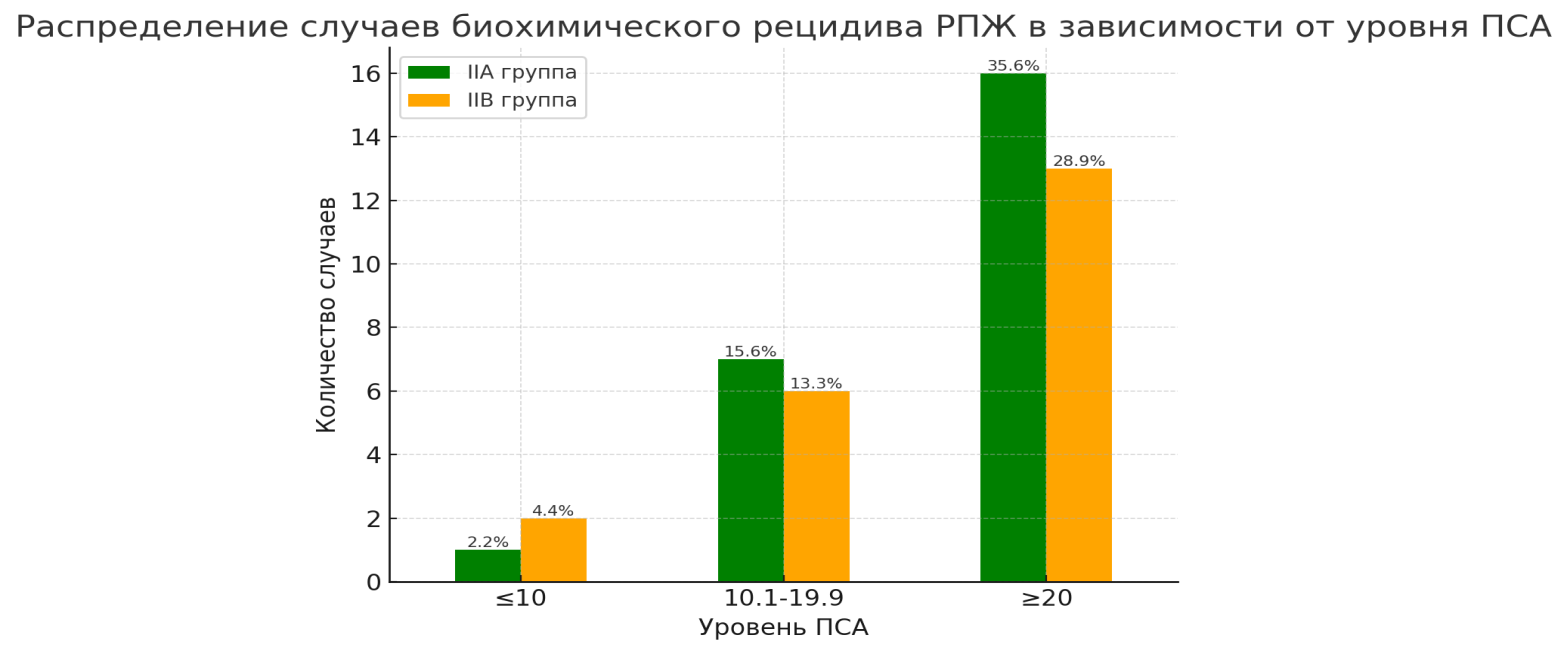
Алыскы материалдарды гистологиялык изилдөөнүн жүрүшүндө кээ бир бейтаптарда оң хирургиялык кырдын бар экендиги аныкталып, биохимиялык рецидивдин болушуна жараша бейтаптардын бөлүштүрүлүшү чагылдырылган (3.3.2-таблица).

**3.3.2-таблица ‒ Гистологиялык изилдөөлөрдүн жыйынтыктары боюнча көрсөткүчтөр**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Оң хирургиялык чети** | **1-топ** | **2-топ** |
| Ооба | 14 (30,4%) | 12 (25%) |
| Жок | 32 (69,6%) | 36 (75%) |
| Бардыгы | 46 адам 100% | 48 адам 100% |

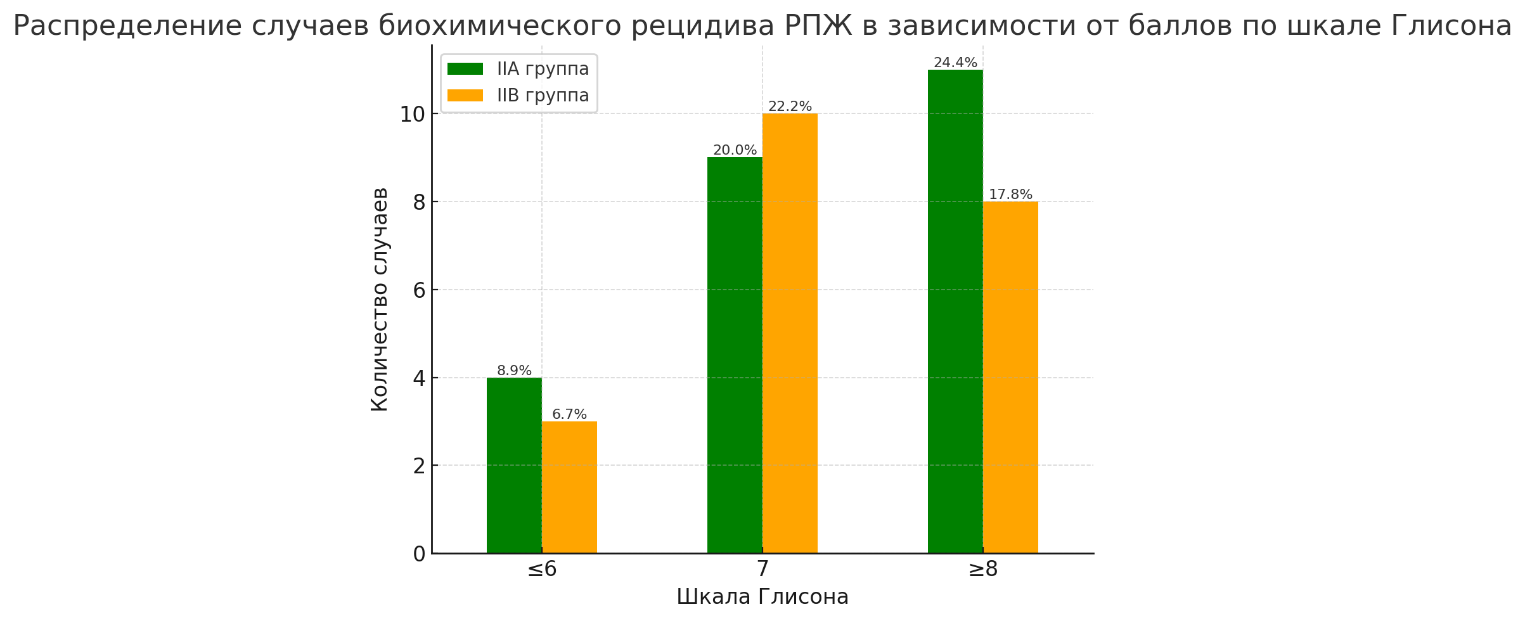
Медикаментоздук гормоналдык терапия курсу антиандрогендер менен айкалышта ЛГРГ аналогдорун дайындоо менен ишке ашырылды. Гормоналдык дарылоо интермитациялык режимде жүргүзүлүп, дарылоо ПСА >20г\мл 6-9 айга чейин көтөрүлүп, кандагы ПСА сары суусу азайган мезгилге жараша улантылды.

Операциядан кийинки мезгилде PSA деңгээлин баалоо бардык пациенттерге ай сайын 3 ай, үч айда бир жолу, жыл бою алты ай сайын, андан кийин 3-5 жыл бою жылына бир жолу жүргүзүлдү. Биохимиялык рецидивдин пайда болушу негизинен байкоонун биринчи жылында байкалган жана 2,5-3 жылдан кийин бир топ кыскарган. (3.3.3-сүрөт).



3.3.3-сүрөт. ПСА деңгээлине жараша простата безинин рагынын биохимиялык рецидивинин учурларын бөлүштүрүү.

ПСА деңгээлине жана Глисон упайларына жараша биохимиялык рецидивдин жыштыгын талдоо төмөнкү үлгүлөрдү көрсөттү. ПСА деңгээли ≤10 нг/мл болгон бейтаптардын арасында биохимиялык рецидив 1 (2,17%) учурда гана катталган. ПСА 10,1–19,9 нг/мл подгруппасында биохимиялык рецидивдин жыштыгы 7 (15,2%) болгон. PSA ≥20 нг/мл деңгээлинде биохимиялык рецидивдин жыштыгы 16 (34,7%) учурга чейин бир топ жогорулаган. Ошентип, IIA тобунда биохимиялык рецидивдин жыштыгынын көбөйүү тенденциясы байкалууда, бул бул көрсөткүчтүн болжолдуу маанисин тастыктайт. Өзгөчө критикалык босого ПСА мааниси ≥20 нг/мл болуп саналат, мында рецидив учурлардын үчтөн биринен көбүндө (34,7%) байкалган. Глисон упай ≤6 менен ооругандардын арасында БХР жыштыгы 4 (8,7%) болгон. 7 баллда биохимиялык рецидив 9 (19,6%) учурда катталган. ≥8 баллы бар категорияда биохимиялык рецидивдин жыштыгы 11ге (23,9%) жеткен. IIA тобундагы бейтаптар ошондой эле биохимиялык рецидивдин жыштыгынын Глисондогу шишиктин залалдуулугунун даражасына көз карандылыгын көрсөтөт. Биохимиялык рецидив көбүнчө ≥7 баллында, өзгөчө ≥8 баллында пайда болгон, бул Глисондун маанилүү болжолдоо фактору катары ролун тастыктайт (3.3.4-сүрөт).



3.3.4-сүрөт. Gleason суммасына жараша простата безинин рагынын биохимиялык кайталанышын бөлүштүрүү.

IIA тобундагы бейтаптар арасында оорунун патоморфологиялык стадиясына жараша биохимиялык рецидивдин IIA тобунда таралышын талдоодо төмөнкү өзгөчөлүктөр аныкталган: T3aN0M0 стадиясындагы пациенттердин чакан тобунда биохимиялык рецидив 6 учурда (13%) катталган. T3bN0M0 стадиясында БХР 3 учурда (6,5%) табылган, бул бул топтун бардык этаптарынын ичинен эң төмөнкү көрсөткүч. T4N0M0 подгруппасында биохимиялык рецидивдин жыштыгы 8 учурга (17,4%) чейин өскөн. IIA тобунда БХР максималдуу жыштыгы T1-4N1M0 - 7 учуру (15,2%) менен ооруган бейтаптарда белгиленген.

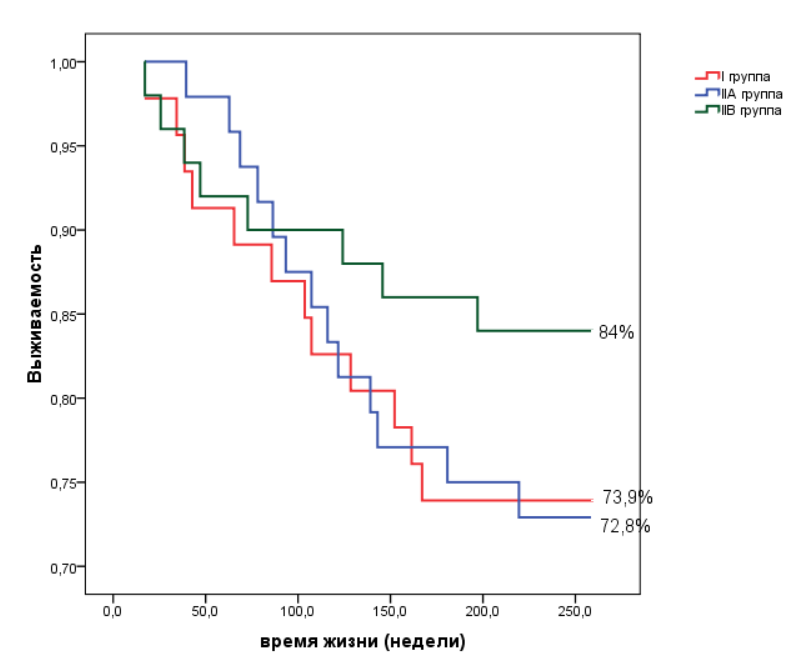
Ошентип, IIA тобу шишик процессинин стадиясына жараша биохимиялык рецидивдин жыштыгынын орточо өзгөрмөлүүлүгүн көрсөтөт. Бир аз күтүлбөгөн жерден биохимиялык рецидивдин минималдуу жыштыгы эң аз аныкталган стадияларда эмес, T3bN0M0 подгруппасында (6,5%) байкалган. Рецидивдин өнүгүшү боюнча эң жагымсыз стадиялар T4N0M0 жана T1-4N1M0 стадиялары болгон, мында БХР тиешелүүлүгүнө жараша 17,4% жана 15,2% учурларда пайда болгон.

IIB тобунда биохимиялык рецидивдин оорунун стадиясына көз карандылыгы айкыныраак болгон: T3aN0M0 стадиясы бар пациенттердин арасында биохимиялык рецидив 2 гана учурда (4,2%) катталган. T3bN0M0 стадиясында - буга чейин 6 учурда (12,5%). T4N0M0 стадиясында биохимиялык рецидивдин жыштыгы 9 учурду (18,75%) түзгөн. Биохимиялык рецидивдин эң жогорку жыштыгы T1-4N1M0 - 4 учуру (8,33%) болгон пациенттерде болгон, бирок бул T4N0M0 стадиясынан төмөн.

IIB тобунда простата безинин рагы менен ооруган бейтаптардын прогнозунун жалпы түшүнүгүнө туура келген шишиктин кеңири таралган стадияларында рецидивдердин жыштыгынын көбөйүү тенденциясы ачык байкалат.

Биохимиялык рецидивдин оорунун стадиясына көз карандылыгын талдоо эки топто тең (IIA жана IIB) рецидивдердин эң жогорку жыштыгы жергиликтүү кеңири таралган стадияларда (T4N0M0 жана T1-4N1M0) байкалаарын көрсөттү. Ошол эле учурда, IIA тобу IIBге салыштырмалуу бул этаптарда биохимиялык рецидивдин кыйла айкын көрсөткүчүн көрсөтөт (17,4% каршы T4N0M0 стадиясында 18,75% жана 15,2% каршы T1-4N1M0 стадиясында 8,33%). Бул кошумча изилдөөнү талап кылган IIA тобунда рецидивдердин жыштыгына таасир этүүчү кошумча терс факторлордун бар экендигин көрсөтүшү мүмкүн.

**3.3.1 Изилденген топтордогу бейтаптардын жашоосун талдоо.** Узак мөөнөттүү дарылоо натыйжаларын баалоо жана клиникалык топтордо пациенттин жашоосун талдоо үчүн Каплан-Майер анализи жүргүзүлгөн. График жумаларда көрсөтүлгөн узак байкоо мезгилиндеги кумулятивдик жашоо ийри сызыктарын көрсөтөт. Ар бир ийри сызык тиешелүү топтогу аман калгандардын үлүшүнүн динамикасын чагылдырат, ал эми + белгилер байкоо аяктаганга чейин окуяга (өлүмгө) жете элек - бейтаптардын цензураланган учурларын көрсөтөт (3.3.3.1-сүрөт).



3.3.1.1-сүрөт. Изилденип жаткан топтордун бейтаптарынын аман калышынын салыштырма анализи (Каплан–Майер ыкмасы).

Каплан-Майердин аман калуу анализи үч изилдөө тобунун ортосундагы узак мөөнөттүү кумулятивдик жашоодогу туруктуу айырмачылыктарды көрсөттү. Байкоо мезгилинин акырына карата (270 жумага чейин) жашоонун төмөнкү маанилери алынган: I топто аман калуу көрсөткүчү 84,0%, IIA тобунда - 73,9% жана IIB тобунда - 72,8% болгон.

Ошентип, I топтогу бейтаптар эң жакшы жалпы жашоону көрсөтүштү, бул жакшыраак прогноздук мүнөздөмөлөрдү, колдонулган терапиянын жогорку натыйжалуулугун же коморбиддик фондун азыраак оордугун көрсөтүшү мүмкүн.

I жана IIB топторунун ортосундагы айырма 11,1 пайыздык пунктту, ал эми I жана IIA - 10,1 пайыздык пунктту түздү, бул биринчи топтогу жакшыраак узак мөөнөттүү болжолдоого статистикалык жана клиникалык жактан маанилүү тенденцияны тастыктайт. I топ узак мөөнөттүү жашоонун эң жогорку деңгээлин көрсөтүп, аны болжолдоо жагынан эталон кылат. IIA жана IIB топтору тобокелдик факторлорун жана дарылоо ыкмаларын андан ары талдоону талап кылган жашоонун орточо төмөндөшү менен дээрлик бирдей көрсөткүчтөрдү көрсөтөт. Белгилей кетчү нерсе, лограндык тесттин (Mantel-Cox) жыйынтыгы боюнча топтордун ортосунда жашоо көрсөткүчүндө статистикалык олуттуу айырмачылыктар аныкталган эмес (p=0,395), бул изилдөө учурунда пациенттердин жетишсиз когортасы менен байланышкан.

Дарылоодон 1 ай өткөндөн кийин, заара кармап калуу жөндөмдүүлүгүн баалоо үчүн контролдук урофлоуметрия жүргүзүлгөн. Оорулууларга заара чыгаруу актысынын башында заара агымын 3–5 секундага өз ыктыяры менен үзүп, андан кийин заара чыгарууну улантуу сунушталган. Метод везикоуретралдык анастомоздун функционалдык абалын баалоого мүмкүндүк берди.



3.3.1.7-сүрөт. Урофлоуметриялык изилдөөнүн узак мөөнөттүү жыйынтыктары.

Ошентип, кафедралык иштеп чыгуунун сунушталган методу клиникалык-лабораториялык көрсөткүчтөр, уродинамика жана УҮИнин маалыматтары, хирургиялык чектин гистологиялык изилдөөсү, 5 жылдык жашап кетүүнүн болжолу, симптоматика динамикасынын жыйынтыктары боюнча стандарттык ыкмага салыштырмалуу жогорку натыйжалуулукту көрсөттү, жалпысынан алганда бул сурамжылоого ылайык, бейтаптардын жашоо сапаты көбөйгөнүн көрсөтүп турат, маалыматтар узак мөөнөттө жана ИМАБ менен айкалышта тастыкталды, бул ПБРдин жергиликтүү жайылган формасы менен улгайган курактагы бейтаптарды хирургиялык дарылоо үчүн оптималдуу методду тандоо болуп саналат.

**КОРУТУНДУ:**

1. Жүргүзүлгөн ретроспективдик анализ көрсөткөндөй, простата безинин рагы менен жабыркаган бейтаптардын негизги бөлүгүн улгайган курактагы эркектер түзөт. Оорунун клиникалык жүрүшүнүн басымдуу түрү бул – жергиликтүү таралган процесс, бул өз кезегинде активдүү скрининг жана эрте диагностика жүргүзүүнүн зарылдыгын баса белгилейт. Дарылоодо эң кеңири колдонулган ыкмаларга хирургиялык кийлигишүүнү, гормоналдык терапияны жана нур терапиясын камтыган айкалышкан дарылоо ыкмалары кирет. Булардын ичинде радикалдуу простатэктомия (РПЭ) негизги дарылоо ыкмаларынын бири бойдон калууда, бирок ал бир катар мүнөздүү кабылдоолор менен коштолот. Алардын ичинен эректильдик дисфункция жана заара кармабоо негизги орунду ээлейт.
2. Биздин клиника тарабынан иштелип чыккан заара куугунун моюнчасын түзүү ыкмасы улгайган бейтаптарда заараны кармоонун жогорку деңгээлин камсыз кылууга мүмкүндүк берет. Бул континенция уретралдык катетер алынгандан кийин жана кийинчерээк байкоо жүргүзүү мезгилинде да сакталып, бейтаптын жашоо сапатына минималдуу таасир этет. Трансуретралдык резекция (ТУР) жана андрогендик депривациялык терапия (АДТ) улгайган бейтаптарда жергиликтүү таралган простата рагынын 5 жылдык жашоо узактыгын жогорулатат, бирок жашоо сапатын жакшыртуу боюнча ишенимдүү жыйынтык көрсөтпөйт. Ошондуктан, ТУРП+АДТ радикалдуу дарылоого караганда азыраак инвазивдүү альтернатива катары каралышы мүмкүн, айрыкча операциялык тобокелдик жогору болгон геронтологиялык бейтаптарда. Алынган натыйжалар улгайган бейтаптарда прогностикалык факторлорду кылдат баалоонун маанилүүлүгүн белгилейт. Бул бейтаптардын физиологиялык өзгөчөлүктөрүн жана кошумча оорулардын фонун эске алуу менен дарылоо тактикасын жана кийинки байкоону тандоодо эске алынууга тийиш.
3. Улгайган бейтаптарда радикалдуу простатэктомия учурунда заара куугунун моюнчасын түзүү боюнча иштелип чыккан ыкманын ишке ашырылышы жалпы 5 жылдык жашоо узактыгын 73,9% деңгээлине жеткирүүгө гана эмес, ошондой эле операциядан кийин эрте мөөнөттө заараны кармоо функциясын калыбына келтирүүгө мүмкүндүк берди. Бул айкалышкан хирургиялык дарылоо ыкмасы альтернативдүү схемаларга салыштырмалуу онкологиялык натыйжалуулук жана жашоо сапаты боюнча артыкчылык көрсөтүп, сунушталган ыкманы негиздүү жана колдонууга ылайыктуу кылат. Айрыкча, бул ыкма простата безинин түбү жана заара куугунун моюнчасы негизинен жабыркаган улгайган бейтаптарда колдонууга ылайыктуу

**ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАМАЛАР:**

1. Улгайган курактагы эркектер арасында простата безинин рагынын ооруу учурларынын көбөйүшү жана жергиликтүү таралган формалардын (T3-T4) жогорку үлүшү шартында, урологиялык практикада скрининг ишмердүүлүгүн күчөтүү зарыл. Айрыкча, тобокелдик тобуна кирген бейтаптар арасында ооруну өз убагында аныктоого көңүл буруу керек.
2. Операцияга чейинки этапта кабылдоолор тобокелдик факторлорун (жаш курак, баштапкы IPSS көрсөткүчү, стадия, кошумча оорулар) кылдат баалоо жүргүзүлүшү керек. Бул - дарылоо ыкмасын жекече тандоо үчүн негизги шарт болуп саналат.
3. Соматикалык резерви сакталып турган жана радикалдуу хирургиялык кийлигишүүгө мүмкүнчүлүгү бар бейтаптарда, заара куугунун моюнчасын түзүү менен модификацияланган радикалдуу простатэктомия жана андроген-депривациялык терапияны (АДТ) камтыган айкалышкан дарылоо ыкмасын колдонуу максатка ылайык. Бул ыкма онкологиялык натыйжалуулук менен функционалдык жыйынтыктын ортосунда оптималдуу тең салмактуулукту камсыз кылат.
4. Радикалдуу дарылоону жүргүзүүгө мүмкүнчүлүгү чектелген улгайган бейтаптарда же инфравезикалдык обструкциянын айкын белгилери бар учурда, трансуретралдык резекция (ТУРП) жана андроген-депривациялык терапияны (АДТ) айкалыштыруу паллиативдик-контролдоочу эффективдүү ыкма катары каралышы мүмкүн. Клиникалык максатка ылайыктуулугун жана коопсуздуктун канааттандырарлык профилин эске алуу менен, бул ыкма жергиликтүү таралган простата рагы бар улгайган бейтаптарды дарылоодо стандарттуу протоколдорго кошулушу керек, айрыкча радикалдуу дарылоого каршы көрсөтмөлөр болгон учурда.

**ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:**

1. Результаты трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, Н. К. Курманбеков, Н. А. Исаев и др.] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – 2017. – № 3. – 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