

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ТУРСУНКУЛОВ АЗИМДЖОН НАЗИРЖОНОВИЧ

**ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОННИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА
ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ
(кўрсатмалар, техникаси, асратлари ва уларнинг профилактикаси)**

14.00.14 – Онкология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2020

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD) по
медицинским наукам**

**Content of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD) on
medical sciences**

Турсункулов Азимджон Назиржонович

Простата бези саратонини жарроҳлик усулида
даволаш принциплари (кўрсатмалар,
техникаси, асоратлари ва уларнинг профилактика тикаси)..... 3

Турсункулов Азимджон Назиржонович

Принципы хирургического лечения рака
предстательной железы (показания, техника,
осложнения и их профилактика)..... 24

Tursunkulov Azimdjon Nazirjonovich

Principles of surgical treatment of prostate cancer
(indications, technique, complications and their
prevention)..... 44

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 48

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ТУРСУНКУЛОВ АЗИМДЖОН НАЗИРЖОНОВИЧ

**ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОНИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА
ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ
(кўрсатмалар, техникаси, асратлари ва уларнинг профилактикаси)**

14.00.14 – Онкология

**ТИББИЁТ ФАҲЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2019.1.PhD/Tib294 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.cancercenter.uz) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталининг (www.ziyonet.uz) манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Гайбуллаев Асилбек Асадович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Мухаммедаминов Шухрат Каримджанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Асан тиббиёт маркази (Сеул, Корея Республикаси)

Диссертация ҳимояси Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc. 04/30.12.2019.Tib.77.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2020 йил «___» _____ куни соат ____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100174, Тошкент шаҳри Фаробий кўчаси 383-уй. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96; e-mail: info@cancercenter.uz).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100174, Тошкент шаҳри Фаробий кўчаси 383-уй. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96; e-mail: info@cancercenter.uz.

Диссертация автореферати 2020 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2020 йил «___» _____ даги ____ рақамли реестр баённомаси).

М.А. Гафур-Охунов

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раис уринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор

А.А. Адилходжаев

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

М.Х. Ходжибеков

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги, Илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда простата беzi саратони (ПБС) эркаклар орасида кенг тарқалган онкоурологик касалликлардан бири ҳисобланиб, бугунги кундаги долзарб тиббий ижтимоий муаммолардан биридир. ЖССТ маълумотларига кўра, «....АҚШда 174650 эркакда простата беzi саратони ташхисланган бўлса, улардан 60%и ёши катта инсонларга тўғри келиб, онкологик касалликлар орасида ушбу хасталикдан ўлим даражаси иккинчи ўринни эгаллаб, касалликнинг тарқалиш даражаси кун сайин ортиб бораётганлиги қайд қилинмоқда.....»¹. Дунёдаги ПБСни рўйхатдан ўтказувчи агентликларнинг маълумотларига кўра, простата беzi саратони онкологик касалликлар орасида АҚШ ва Швеция биринчи ўринларни эгаллайди: «....йилига простата беzi саратони бўйича 190 мингдан ортиқ янги ҳолатлар аниқланса, уларнинг 32-35 таси ўлим билан тугаши кузатилган.....»². Россия бўйича маълумотларга кўра, ПБС ҳар йили 8 мингдан ортиқ эркакда ташхисланиб, улардан 6 мингтасида ўлим билан якун топади. Простата беzi саратонини замонавий даволаш тизимининг долзарб муаммоларидан бири - жарроҳлик усули билан даволашнинг оптимал вариантини топиш ва унинг асоратларини камайтириш, хусусан, пешоб тута олмаслик (ПТО) ва эректил дисфункция (ЭД)нинг оддини олиш иборат. Пешобни ушлаб туриш механизмида иштирок этувчи структураларни ўрганиш бўйича ютуқлар қўлга киритилганига қарамай, ушбу масала ҳали тўлиқ ўз ечимини топмаган. Сўнгги йилларда, кўпчилик муаллифлар фикрига кўра, жарроҳлик амалиёти ҳажмини кенгайтириш юқори самарали ҳисобланади, бу эса касалликнинг кайталанишсиз яшаш даврининг давомийлигини ошириш имконини беради. Касалликни эрта ташхислаш ва даволаш самарадорлигини ошириш ҳал қилиниши зарур бўлган муаммолардан биридир.

Жаҳонда простата беzi саратонини жарроҳлик усулида даволаш принциплари бўйича юқори самарадорликка эришиш мақсадида қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада простата беzi саратонини робот ассистирланган, лапароскопик ва очик радикал простатэктомия амалиётида қониқарсиз натижалар олинганда амалга ошириладиган хирургик даволаш тизимини асослаш; ретропубик простатаэктомия амалиётида пациентларда пешоб тутиш ва эректил дисфункция динамикаси ва уларнинг меъёрлаштириш фаолиятига таъсир қилувчи омилларни асослаш; лапароскопик ва робот-ассистрланган простатэктомия амалиётида беморларда пешоб тутиш ва эректил дисфункция динамикасини ва уларни меъёрлаштириш фаолиятига таъсир қилувчи омилларни асослаш ҳамда радикал простатэктомия амалиётидан кейин пешоб тутиш фаолиятининг эрта

¹ЖССТ статистик маълумотлари, 2019.

²World Health Organization. Cancer: fact sheet no.297. World Health Organization website. 2018. www.who.int/iris/handle/10665/244872.

тикланишига йўналтирилган жарроҳлик амалиётининг янги усулларнинг самарадорлигини баҳолаш тизимини ишлаб чиқиш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш тизимини жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, хавфли ўсма касалликларини камайтириш мақсадида “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора–тадбирлар тўғрисида”ги Фармонда: «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб–қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш.....»³ каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалар аҳолида эркакларда простата беzi онкологик касалликларини ташхислаш ва жарроҳлик усулида даволашни янги босқичга кўтариш ҳамда сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали ўсма касалликларини камайтириш, беморларнинг ҳаёт тарзини яхшилаш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947–сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590–сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора–тадбирлар тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 4 апрелдаги ПҚ–2866–сон «2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасида онкология хизматини янада ривожлантириш ва аҳолига онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора–тадбирлари тўғрисида»ги, 2011 йил 28 ноябрдаги ПҚ–1652–сон “Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш чора–тадбирлари тўғрисида”ги 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071–сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора–тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий–ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора–тадбирлар тўғрисида»ги ПФ–5590–сон Фармони. www.Lex.uz

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Простата бези ўсмаларини ўз вақтида аниқлаш клиник онкологиядаги долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Радикал простатэктомия (РПЭ) – локал простата бези саратонини жарроҳлик усули билан даволашнинг олтин стандарти бўлиб, унинг ёрдамида яшаш давомийлиги 10-15 йилга узайиши мумкин (Д. Ю. Пушкаръ 2018). РПЭ жарроҳлик амалиёти учта усул ёрдамида амалга оширилади: ретропубик простатэктомия, лапароскопик ва робот-ассистент томонидан простатэктомия. Шунингдек, тўртинчи усул ҳам мавжуд бўлиб, бу - радикал перинеал простатэктомия, ушбу усулнинг асосий камчилиги шундаки, у лимфатик тугунларни олиб ташлаш имконини бермайди, шунингдек, бу усулда тўғри ичакнинг зарар кўриши хавфи юқоридир (Матвеев Б.П. 2018). Ретропубик РПЭ жарроҳлик амалиётида узок ўн йилликлар давомида анъанавий усуллардан бири бўлиб келган. Бу техника жарроҳлик амалиётида кенг майдонни қамраб олиши билан бирга, чанок лимфадэктомиясини таъминлаган ҳолда асаб-томир боғламларини зарарламаган ҳолатда простатани олиб ташлаш имконини беради (Efremov E.A. 2018). Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, апикал чегарада мусбат ҳужайралар аниқланиши хавфи юқори (Велиев Е.И. 2018). Лапароскопик РПЭ қўлланилган очик усулдан фарқли равишда, анатомик визуализацияни яхшилаш, қон йўқотиш ва оғриқ синдромини камайтириш, беморнинг тузалиш муддатини қисқартириш мақсадида қўлланилган. (Abdulrahman A., 2019). Робот-ассистент ёрдамида жарроҳлик амалиётини бажариш техникаси анъанавий лапароскопик простатэктомияга мос келишига қарамасдан, фарқли томони жарроҳ бир вақтнинг ўзида камерани икки ёки учта операцион қўллар билан автоматлаштирилган пулт орқали бошқаради. Мазкур жараённинг автоматлаштирилиши ёритилишнинг яхшилиги, қорин бўшлиғининг кучли ва уч ўлчамли тасвири лимфодиссенциянинг аниқ бажарилишини таъминлагани ҳолда юқори натижаларни қўлга киритишга имкон беради. (Huang КН., 2019). РПЭ жарроҳлиги тажрибаси ошиши билан хирургик техникалар ҳам мукамаллашди, ножўя таъсирлар хавфи эса камайди. Бироқ, шундай бўлишига қарамасдан, ПБС билан хасталанган беморларда жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар даражаси юқорилигича сақланмоқда. Иккита энг кўп учрайдиган асорат – пешобни тутта олмаслик ва эректил дисфункция беморларнинг ҳаёти сифатига сезилари таъсир кўрсатади (М.Т.Аль-Харири 2019). Роботлаштирилган операциялардан кейин: асаб толаларининг (0,4%), уретра (0,1%)нинг зарарланиши, ичак тутилиши (0,8%), ректал зарарланиш (0,3%) ва ичак шикастланиши (0,09%), анастомознинг зарарланиши (3,5%) каби асоратлар учради.

Ўзбекистонда простата бези саратонини ташхислаш ва даволаш борасида қатор ишлар бажарилган (Н.М.Рахимов 2018), бироқ простата бези саратонини жарроҳлик усулида даволаш принциплари юқори самарадорлиги, ташхислаш ва даволашнинг оптимал тизими яратилмаган.

Адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра, ПБС ни ташхислаш ва даволаш клиник онкологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, қуйидаги қатор клиник-диагностик ва даволашнинг тактик хусусиятлари билан боғлиқ: хусусан, ўсманинг жойлашишига боғлиқ ҳолда касалликнинг клиник кечишида специфик симптом комплекснинг бўлмаслиги, простата беи соҳаси структуралари билан ўзаро топографик-анатомик боғлиқлиги, ташхислашнинг мураккаблиги, хирургик аралашувлар ўзига хослиги, касаллик қайталаниши олдини олишнинг самарали усуллари йўқлиги, ПСБдан азият чекаётган беморлар нисбатан ёш ва меҳнатга лаёқатли контингентлигидир.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий муассасанинг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий-тадқиқот ишлари режасининг №006.01.03002 ракамли «Онкологик касаликларни ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари» (2011-2014йиллар) мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади простата беи саратонини жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

простата беи саратонини робот-ассистент ёрдамида, лапароскопик ва ретропубик радикал простатэктомия амалиёти ўтказилгандан кейин ПБС билан касалланган беморларда кузатилган қониқарсиз натижаларни ўрганиш асосида жарроҳлик амалиётини баҳолаш;

ретропубик простатэктомия амалиёти ўтказилгандан кейин беморларда пешоб тутиш ва эректил дисфункция тикланиши динамикаси ҳамда уларнинг тикланиш жараёнига таъсир қилувчи омилларини баҳолаш;

лапароскопик ва робот-ассистент ёрдамида простатэктомия амалиёти ўтказилгандан кейин беморларда пешоб тутиш ва эректил дисфункция тикланиши динамикасини, шунингдек, уларнинг нормаллашуви тезлашишига таъсир қилувчи омилларни баҳолаш;

РПЭдан кейин ўтказилган пешоб тутишнинг эрта тикланишига йўналтирилган жарроҳлик усуллари самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2006-2016 йилларда Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Уроонкология бўлимида простата беи саратони билан хасталанган ва очик радикал простатэктомия жарроҳлик амалиёти ўтказилган, асосий гуруҳни ташкил этувчи 38 нафар бемор, шунингдек, Корея Республикасининг Чоннам университетининг Хва-Сун клиникасида лапароскопик радикал простатэктомия амалиёти ўтказилган 2-гуруҳни ташкил этувчи 41 нафар ва робот ассистент ёрдамида простатэктомия амалиёти ўтказилган 44 нафар (3-гуруҳ) беморнинг клиник маълумотлари олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида ретропубик, лапароскопик, робот-ассистент усуллари билан ўтказилган жарроҳлик амалиётининг эрта ва узок муддатли натижаларини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот жараёнида клиник, биокимёвий, инструментал, морфологик, радиологик ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

простата беzi саратонини жарроҳликнинг қандай усулида даволашни танлаш учун беморларда касаллик ривожланиши даражасининг паст, ўрта ва юқори хавф гуруҳлари ажратилиши асосий мезон саналиши асосланган;

олиб ташланган простата беzi ўрнидаги фасциал структуралар ва боғламларни максимал даражада тиклаш уретра сфинктер апаратининг эрта тикланишига йўналтирилган радикал простатэктомиянинг муҳим босқичи эканлиги исботланган;

радикал простатэктомия амалиётида уретроцистоанастомоз шакллантирилгандан кейин анастомозни қов суягининг боғламларига бириктириш орқали беморларда операциядан кейинги босқичда пешоб тута олишнинг эрта тикланиш исботланган;

простата беzi саратонини амалиётдан кейинги даврдаги касалликнинг қайталанишини камайитириш, омон қолиш кўрсаткичларини яхшилаш мақсадида қовуқ бўйинчасини кенг кесиш усули натижасида жарроҳлик амалиёти такомиллаштирилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

простата беzi саратонини жарроҳлик йўли билан даволашнинг очик, лапароскопик ва робот-ассистент томонидан бажариладиган усуллариининг қиёсий таҳлили онкологик ва жарроҳлик натижалари бўйича ўтказилиб, юқори технологияли амалиётлар қатор афзалликларга эга бўлади. Лекин юқори технологияли асбоб-ускуналар мавжуд бўлмаган вазиятларда очик жарроҳлик амалиётини қўллаш муҳим ўрин тутиши ҳам инкор этилмайди;

простата беzi саратони билан хасталанган беморларда РПЭ ҳажмида жарроҳлик амалиётини бажаришга тайёргарликда қондаги простатспецифик антигени (ПСА) миқдорини, ўсма жараёни босқичини аниқлаш, ўсма ҳажмини Глиссон шкаласида баҳолаш мажбурий бўлиб, бунда юқори онкологик ва функционал самарадорлик таъминланади;

простата беzi саратони билан хасталанган беморларни жарроҳлик усулида даволашда лапароскопик ёки робот-ассистент ёрдамидаги простатэктомия усулини, агар қарши кўрсатмалар бўлмаса, тавсия этиш мақсадга мувофиқ;

радикал простатэктомия ўтказилган беморларда пешоб тута олмасликни прогнозлаш, таххислаш ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги тадқиқот ишида замонавий усул ва ёндашувларнинг қўлланилганлиги, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг

услубий жихатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, клиник, биокимёвий, инструментал, морфологик ва статистик текширув усулларига асосланганлиги, маълумотларга статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий маълумотлар билан қиёсланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган. Статистик усулларнинг қўлланилиши олинган натижаларнинг ишончлилигини таъминлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулоса ва тавсияларнинг ҳам назарий, ҳам амалий аҳамиятга эгаллиги, ПБС ни жарроҳлик йўли билан даволашни такомиллаштиришда муҳим ўрин тутиши билан белгиланади. У ёки бу жарроҳлик усулининг қўлланиши мумкин бўлган ёки тавсия этилмайдиган ҳолатлар аниқланган. Тадқиқотнинг айрим натижалари ПБС билан касалланганларни ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволаш бўйича клиник ординаторлар, магистрлар ва талабаларни ўқитиш дастурлари мазмуни ва тузилишини такомиллаштиришга имкон беради.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундаки, тадқиқот давомида олинган натижалар ПБСни жарроҳлик йўли билан даволашни ривожлантириш ҳамда замонавий технологияларни жорий этиш, операция натижаларини яхшилаш, шунингдек, ПБС билан хаста беморлар ҳаёти сифатини пасайтирувчи ушбу операция асоратлари профилактикасида муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Простата бези саратонини жарроҳлик усулида даволаш принциплари (кўрсатмалар, техникаси, асоратлари ва уларнинг профилактикаси) бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Простата бези саратонида радикал простатэктомия амалиётини эндовидеохирургиядан фойдаланган ҳолда амалга оширишнинг афзалликлари. Пешоб тут олмасликнинг олдини олиш тартиби» номли услубий тавсиянома ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 14 ноябрдаги 8н-р/496-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома простата бези саратонида РПЭ амалиётини эндовидеохирургик усулда бажариш орқали, ПТОнинг эрта тикланишини таъминлаш, даволаш сифатини ошириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини ошириш имконини берган;

РПЭдан кейин ПТО нинг оғир асоратлари бўлган беморларни кузатиш бўйича даволаш-ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилган (DГУ 03847, ЭХМ учун дастурий маҳсулот). Таклиф этилган даволаш-ташхислаш алгоритми ва дастурлар РПЭдан кейин ПТОни эрта ташхислаш ва уни даволаш натижаларининг яхшиланишига имкон берди;

простата бези саратонини жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш тизимида,

жумладан, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Тошкент филиали ва “Akfa Medline” кўп тармоқли тиббиёт марказининг клиник амалиётига татбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 19 ноябрдаги 8н-д/280-сон хулосаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши простата бези саратонини жарроҳлик усулида даволаш беморларга юқори технологияли ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш, шунингдек, узоқ муддат натижаларини яхшилашга эришиш, пешоб тута олиш муддатини қисқартириш, беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 3 та халқаро ва 3 та республика анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқот мақсади ва вазифалари, объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Простата бези саратонининг эпидемиологик жиҳатлари, ташхислаш ва жарроҳлик амалиётининг ўзига хос хусусиятлари, амалиётдан кейинги асоратлар**» деб номланган биринчи бобида простата бези саратонини даволашнинг жарроҳлик усулларини ўрганишга доир маҳаллий ва хорижий адабиётлар манбаи таҳлил қилинган. Простата бези саратони жарроҳлик амалиётининг ривожланиш тарихи, ташхисот усуллари, ПБС бўйича очиқ, лапароскопик ва робот-ассистент томонидан ўтказилган жарроҳлик амалиётларининг бевосита ва узоқ муддатли натижалари таҳлил қилинади, мазкур муаммонинг илмий жиҳатдан ҳал этилишининг муаллифлик ёндашуви ишлаб чиқилган.

Диссертациянинг «**Клиник кузатишларнинг умумий тавсифи ва тадқиқотнинг материал ва усуллари**» деб номланган иккинчи бобида

текширилган беморларнинг умумий тавсифи, шунингдек, қўлланилган тадқиқот усуллари тартиби бўйича маълумотлар келтирилган. Мазкур тадқиқотлар РПЭ амалиети ўтказилган, ПБСли 123 нафар бемордаги ретроспектив материалларни ўрганиш бўйича ўтказилган. Простоектомияни РАРП робот – ассистент томонидан ўтказиш бўйича материаллар Корея Республикасининг Чоннам Миллий университетининг Хва-Сун клиникасидан олинган. Тадқиқ этилувчиларнинг асосий гуруҳини ПБС билан касалланган, очиқ РПЭ ўтказилган 38 та бемор ташкил этган; иккинчи гуруҳни эса лапароскопик РПЭ ўтказилган 41 та бемор (Чоннам Миллий университети, Хва-Сун, Корея республикаси); учинчи гуруҳни ПБС билан касалланган ва РПЭ робот-ассистент томонидан ўтказилган 44 та бемор ташкил этган. (Хва-Сун, Чоннам Миллий университети, Корея республикаси).

Барча беморлар Европа Урологлар ассоциацияси тавсифига мос равишда TNM таснифи асосида касаллик босқичини кейинчалик ўрнатиш билан ПБСни верификация қилиш мақсадида стандарт текширувдан ўтказилди. Тадқиқотга киритиш мезонлари қуйидагилар: касаллик босқичи бўйича T₁-T₂; метастазланиш белгиларининг мавжуд эмаслиги; ПСА даражаси 20нг/мл дан кам, бемор ёши 78 ёшдан кичик. Киритилмаслик мезонлари: жарроҳлик амалиёти ўтказиб бўлмайдиган беморлар. Касалликни ташхислашда жарроҳлик амалиётига бўлган босқичда ташхиснинг верификацияси ҳал этувчи аҳамиятга эга ҳисобланади. Барча учта гуруҳда ҳам простата безининг аденокарциномаси верификацияланди.

Диссертациянинг «**ПБС билан хасталанган беморларда ўтказилган тадқиқотларнинг ретроспектив таҳлили**» деб номланган учинчи бобида ПБС клиник кечишининг ўзига хосликлари кўрсатилган, ПБСни жарроҳлик усули билан даволашдаги натижалар қиёсий баҳоланган. РПЭ биринчи гуруҳдаги 38 нафар беморда ўтказилди, уларнинг ўртача ёши $61,1 \pm 3,3$ ёш ни ташкил этди, энг ёш бемор 51 ёшда, энг катта бемор эса 73 ёшни ташкил этди. ЛАРП II гуруҳнинг 41 нафар беморида бажарилди, уларнинг ўртача ёши $63,1 \pm 7,3$ ёшни ташкил этди, бунда энг ёш бемор 52 ёшда, энг катта ёшдаги бемор эса -78 ёшни ташкил этди. РАРП III гуруҳнинг 44 нафар беморида бажарилди, уларнинг ўртача ёши $59,4 \pm 2,1$ ёшни ташкил этди, ПБСнинг энг ёш бемори 49 ёшда энг катта ёшли бемор эса 75 ёшди.

Простата махсус антигени даражасини ўрганиш. I гуруҳда умумий ПМАнинг ўртача даражаси $10,1 \pm 3,9$ нг/мл ни ташкил этди; II гуруҳда у $10,4 \pm 4,1$ нг/мл ни ташкил этди; III гуруҳда $10,7 \pm 4$ нг/мл га мос ҳолда тенг бўлди. Олинган параметрларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, аксарият беморларда ПМА даражаси бўсаға белгисидан 4 нг/мл га юқори бўлди, аммо 10,0 нг/мл дан ортиқ бўлмади. ПСА 20,0 нг/мл дан юқори ҳолда аниқланганда беморлар скелет суяқларини суяк метастазларини аниқлаш учун ўтказиладиган текшириш сцинтиграфия текширувини ўтказишга юборилди ва бизнинг тадқиқотларимиздан четлаштирилди (n=9).

Бармоқ ректал текширишлар. Гуруҳда ўтказилган мазкур тадқиқот 89 нафар (72,3%) беморда простата безида патологик ўзгаришлар мавжудлигини кўрсатди, бунда ўчоқлар қуйидаги тартибда тақсимланди: простата безининг ҳар икки бўлагида 35 нафар (39,3%); фақат ўнг қисмида 29 нафар (32,5%); фақат чап қисмида 25 нафар (28,0%) беморда; 123 нафар бемордан 34 нафарида (27,6%) ПБС учун хос бўлган ўзгаришлар мавжуд эмас. I гуруҳда чап томондаги ўзгаришлар (36,%) устунликка эга бўлди; бир неча бор камроқ ўзгаришлар ўнг томонда (34,5%) кузатилди; ҳар икки томондаги ўзгаришлар (28,6%); 35,3% ҳолатда ПБСда ўзгаришлар аниқланмади. II гуруҳдаги энг кам ўзгаришлар чап қисмда (25,0%), ўнг томонда (31,9%); ҳар икки қисмдаги ўзгаришлар энг юқори сонда (38,5%); ўзгаришларсиз (28,3%). III гуруҳда – чап қисмда (28,0%); энг кам ўзгаришлар чап қисмда (25,1%) ҳар икки қисмда (36,4%) ва ўзгаришларсиз бўлган энг юқори сон (42,4%) кузатилди.

ПБС биопсия натижалари 0,49 (0,36±0,69) медиана билан 0,19 дан 1,2 гачани ташкил этган ижобий биопсия устунчалари (хавфли ўсма хужайралари билан) сони мавжудлигини кўрсатди. Мазкур кўрсаткич жарроҳлик аралашувининг онкологик натижаларига таъсир этиши мумкин бўлган хавфли ўсма ўчоғининг шартли ҳажми сифатида ҳам, шунингдек, простатэктомия техникасини танлаб олишда ҳам ҳисобга олиниши зарур, бу эса жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда пешобни ушлаш фаолиятини тавсифлашда аҳамиятга эга бўлади. Тадқиқот ишида ижобий биопсия устунчаларининг нисбий улушини градацияси бўйича беморларни тақсимланиши келтирилган: <0,25 (устунчаларнинг тўртдан бир қисмининг шикастланиши); 0,26-0,5 (устунчаларнинг тўртдан бир қисмидан то ярмигача шикастланиши); >0,5 (устунчалар ярмидан кўпининг шикастланиши). Жарроҳлик амалиёти ўтказилгунга қадар ПБС беморлари касаллигини клиник босқичи локал шаклига мос бўлди, беморлар касаллик босқичларига мос ҳолда қуйидаги тартибда тақсимланди (1-жадвалга қаранг).

1-жадвал

ПБС билан касалланган беморларнинг клиник босқичлари бўйича тақсимланиши (Халқаро саратонга қарши кураш жамияти классификацияси 2002й)

Клиник босқичлари	РПЭ (n = 38 (%))	ЛАРП(n = 41 (%))	РАРП (n = 44 (%))
T _{1c} N ₀ M ₀	3 (7,9±0,61)	8 (19,5±1,50)	11 (25,0±1,92)
T _{2a} N ₀ M ₀	4 (10,5±0,81)	10 (24,4±1,88)	11 (25,0±1,92)
T _{2b} N ₀ M ₀	14 (36,8±2,83)	11 (26,8±2,06)	11 (25,0±1,92)
T _{2c} N ₀ M ₀	17 (44,7±3,43)	12 (29,3±2,25)	11 (25,0±1,92)

1-жадвалдан кўриниб турибдики, РПЭ ва ЛАРП бажарилган беморлар гуруҳидаги энг кўп сондаги беморлар T_{2b}-c N₀M₀ беморлар гуруҳида кузатилди, РАРП гуруҳидаги беморларда эса касалликнинг ҳар бир босқичидаги беморлар сони бир хил даражада бўлади.

РПЖ беморларида ўтказилган жарроҳлик аралашуви натижаларини баҳолаш ва РЭПнинг жарроҳлик техникасига боғлиқ ҳолда уларнинг қиёсий таҳлили қуйидаги маълумотлар асосида амалга оширилди: жарроҳлик аралашувини ўтказиш учун сарфланган вақтнинг таҳлили; қўлланилган РЭП усули ва техникасига боғлиқ ҳолда жарроҳлик амалиёти ичида ва жарроҳлик амалиётдан кейинги асоратларнинг юзага келиши; пешоб пуфагини дренажлаш вақти; РЭПнинг турли техникаларини қиёслашда (пешобнинг инконтиненцияси) кузатиладиган, онкологик ва функционал натижалар.

Жарроҳлик аралашувига сарфланган вақтни майда деталларгача таҳлил қилиш учун бизлар унинг алоҳида босқичлари давомийлигини ўрганишни мақсадга мувофиқ деб топдик. 2-жадвалда турли хил техник ишларни бажариш учун РПЭни амалга оширишга сарфланган вақт оралиқларининг қиёсий таҳлили келтирилган.

2-жадвал

Жарроҳлик аралашувининг турли усулларида фойдаланган ҳолда
РПЭ асосий босқичларининг бажарилиш давомийлиги

Жарроҳлик амалиёти босқичлари	РПЭ	ЛАРП	РАРП
Корин бушлигига кириш йўлини яратиш (дақиқа)	30,3±0,66 (22,0-35,0)	20,5±0,47 (17,0-27,0)	25,4±0,41 (21,0-29,5)
Лимфаденэктомия (дақиқа)	70,5±0,46 (65,0-75,7)	50,0±0,53 (45,8 - 58,0)	35,8±0,38 (31,3-40,0)
Пубопростатик боғламларнинг тос фасцияларининг йиртилиши	20,0±0,48 (17,0-27,0)	35,3±0,08 *	10,6±0,11 *
Санторини веноз комплексини боғлаш (дақиқа)	15,4±0,47 (8,0-18,5)	25,5±0,38 (22,5-30,0)	12,8±0,22 *
Простатанинг апикал қисмини ажратиш	30,2±0,27 *	25,7±0,40 (22,2-30,7)	15,5±0,06 *
Простата безининг латерал юзалари ва оёқчаларини кесиб ажратиш (дақиқа)	40,5±0,46 (37,3-47,6)	25,9±0,38 (23,1-36,0)	15,9±0,08 *
Уруғ тизимчалари ва қопчаларини ажратиш	25,0±0,09 *	40,0±0,14 *	20,5±0,06 *
Сийдик копи бўйинчасини диссекцияси	17,5±0,20 *	42,8±0,48 (40,5-53,2)	25,8±0,40 (22,0-31,5)
Қовуқ-уретра анастомози (дақиқа)	35,2±0,75 *	90,2±2,23 (78,3-132,6)	28,5±0,46 *
Умумий жарроҳлик амалиёти (дақиқа)	284,6±1,70	355,2±2,55	190,8±0,79 *

Изоҳ: * P <0,001

2-жадвалдаги қиёсий таҳлил шуни кўрсатадики, РЭПни бажариш учун ўртача вақтнинг энг юқори кўрсаткичи лапароскопик усул билан

бажарилганда (355,9 дақиқа), ундан сўнг – очик усулда бажарилганда (284,6 дақиқа), бажариш учун сарфланган энг кам вақт РАРПни бажаришда (190,8 дақиқа) қайд этилади. Шундан келиб чиққан ҳолда вақт бўйича энг кўп сарф очик усул билан бажариладиган РАРП ва РПЭга нисбатан таққосланганда усуллари аниқлаш учун жарроҳлик амалиётини ҳар бир босқичини бажаришни тўлиқ кўриб чиқиш зарур, бу эса техник нуқтаи назардан, шунингдек, жарроҳлик амалиёти ичи ва жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар ривожланиш имкониятининг энг нозик нуқталарини аниқлашга имкон беради. Жарроҳлик йўлагини яратиш учун сарфланадиган асосий босқич ҳамда вақтни кўриб чиқадиган бўлсак, бунда лапароскопик техникани бажариш афзалликларини аниқ кўриш мумкин, чунки бунда вақт фақат жарроҳлик амалиётини ўтказишда қўлланиладиган портларни ўрнатиш учун сарфланади, унга ўртача 18,0-20,0 дақиқа сарфланади, шундан сўнг жарроҳлик аралашувини зудлик билан бошлаш мумкин. Жарроҳлик амалиётининг кейинги босқичи - очик усулдаги лимфаденэктомия ўртача 70,5 дақиқа вақтни олди, бу ЛАРП ўтказилган беморларга – нисбатан -20,5 ва РАРП-35,8 га нисбатан мос ҳолда кам кўрсаткичларни кўрсатди ($P < 0,001$).

ПБСга кейинги ёндашувлар боғламларни кесиш билан тос фасцияларини кесишни ўз ичига олиб, бу жарроҳлик аралашувининг барча усулларида ўртача 21,9 дақиқани ташкил этди, бунда ҳаммасининг ичида энг тез РАРП техникасида -10,6 дақиқа ўтказилди ($P < 0,001$).

Простатанинг апикал қисмини ажратиш бўйича кейинги босқич очик усулда-30,2 дақиқани, ЛАРП-25,7, РАРП-15,5 дақиқани мос ҳолда ташкил этди. Ёнбош юзларнинг диссекцияси бу - жарроҳлик амалиётининг кейинги босқичи бўлиб, очик усул билан бажарилганда у 40,5 дақиқани ва ЛАРПда 25,9 дақиқани, РАРПда мос ҳолда 15,9 дақиқани эгаллайди. РПЭнинг энг мураккаб босқичларидан бири уретроцистоанастомоз (УЦА) ҳисобланади. 2-жадвалдан кўриниб турибдики, очик усулда уни бажариш учун сарфланган вақт - 35,2 дақиқани, ЛАРП-90,2 дақиқани, РАРПни бажаришда эса мос ҳолда -28,5 дақиқани ташкил этди.

Жарроҳлик амалиёти ичида ва жарроҳлик амалиёти давридан кейин юзага келиши мумкин бўлган асоратлар таҳлили уларнинг юзага келиши сабабларини аниқлашга имкон беради, кейинчалик эса уларга йўл қўймаслик ҳамда уларни бартараф этиш йўллари белгилаш, табиийки, олиб борилган жарроҳликнинг самарадорлиги ва натижаларини баҳолашда муҳим роль ўйнайди. РПЖдаги жарроҳлик аралашуви усуллари қиёсий баҳолаш шуни кўрсатдики, жарроҳлик аралашуви ичида юзага келган асоратлар турлитуман бўлиши мумкин. Бундай турдаги аралашувларни ўтказиш қон кетиши ривожланиши имконияти устидан синчковлик билан назорат олиб боришни талаб этади. Демак, биз олиб борган тадқиқотдаги қон йўқотилиши даражасини баҳолаш таҳлили кўрсатишича, РПЭга очик кириб боришда қон йўқотишнинг ўртача ҳажми 688 дан ортқни (540-703 мл) ни ташкил этади, лапароскопия усули бажарилганда эса – бу рақам 400 мл (320-500 мл) дан ортқни ташкил этади, РАРПда эса -188 мл (120-320 мл)ни ташкил этади ($p < 0,001$). Юқорида баён этилганидек, маълум техник қийинчиликларга эга

бўлган РПЭнинг босқичларидан бири УЦАни шакллантириш ҳисобланади, шунинг учун уларни ўтказгандан сўнг юзага келадиган асоратлар уларни амалда бирикиб кетмаслиги бўлиши мумкин. ЛАРПдан сўнг УЦАнинг бирикиб кетмаслиги қайд этилган гуруҳдаги 5 нафар (12,2%) бемор ҳолатида олинган маълумотлар таҳлилида ўрнатилган дренаж трубкалар бўйлаб (1000 мл дан кўп) клиникада ажралаётган суюқликнинг мавжудлиги кўринишида намоён бўлади. Очiq усул билан РПЭ бажарилган беморларда мазкур асоратлар амалий жиҳатдан қайд этилмади, у фақат СПни узoқ муддатли дренаж қилиш талаб этиладиган 2 нафар (5,2%) беморда кузатилди холос. РАРП техникасида УЦАнинг битиб кетмаслиги фақат 1 нафар (2,3%) беморда қайд этилди. Жарроҳлик амалиётидан кейинги кечиккан асоратлар таҳлили шуни кўрсатдики, очiq усул билан РПЭ ўтказилгандан сўнг беморларнинг 6 нафар (17,6%) ида лимфореянинг (кун давомида 700 мл дан кўп), юзага келиши қайд этилди, ЛАРПда -3 (7,3%), РАРПда - 1 нафар (2,3%).

Радикал простатэктомиа жарроҳлик амалиётининг турли хил техник усуллари кўллаганда жарроҳлик амалиёти давомида ва амалиётдан кейинги асоратлар 3-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

Радикал простатэктомиа жарроҳлик амалиётининг турли хил техник усуллари кўлланганда жарроҳлик амалиёти давомида ва амалиётдан кейинги асоратлари

Кўрсаткич	РПЭ (n=38)	ЛАРП (n=41)	РАРП (n= 44)
Қон йўқотиш ҳажми, мл	600±8,67 [540,1-703,2]	300±5,30 [280,2-450,3]	188±9,60 [120,8-320,4]
Гемотрансфузия,%	39,5±7,93	12,2±5,11	0,0 *
Қовуқ уретра анастомозининг номутаносиблиги, %	5,2±3,62	4,9±3,36	2,3±2,25
Қовуқ катетеризацияси, кун	20,0±0,18 *	14,3±0,51	10,4±0,11 *
Лимфорея,%	15,8±5,92	7,3±4,07	2,3±2,25
Пешоб тута олмаслик,%	84,2±5,92	14,6±5,52	4,5±3,14
Жарроҳлик амалиётининг давомийлиги, дақиқа	284,6±1,7	355,9±2,55	190,8±0,79 *
Стационар шароитида даволанишнинг давомийлиги, кунлар	21,7±0,56	17,7±0,47	9,1±0,32 *

Изох:Р> 0,05 – ретропубик простатэктомиянинг нисбатан сезиларли даражада

РПЭ ўтказилгандан сўнг беморларда юзага келадиган пешоб тута олмаслик ижтимоий мослашувнинг мураккаблашувига олиб келувчи оғир асоратлардан бири ҳисобланади. РПЭ очiq усулда кўлланилганда бу асорат 32 нафар (94,1%) беморда қайд этилди, бу ҳолат беморларда тана ҳолати ўзгарганда, юрганда юзага келди ва бемор горизонтал ҳолатда бўлганда кузатилмади. Фақат 2 нафар (6,2%) беморда пешоб тута олмаслик кузатилмади ва меъёрадаги пешоб ажралиши тикланди. Беморларнинг

аксарият қисмида функциялар меъёрлашиши жарроҳлик амалиётидан кейинги 3-4 ой давомида кузатилди. 3 ойдан сўнг у 21 нафар (65,6%) беморда тикланди, 6 ойгача 29 нафар (90,6%) беморларда тикланди, 6 ойдан сўнг эса 3 нафар (9,3%) беморларда пешобни қисман тута олмаслик сақланиб қолди. ЛАРП техникасини қўллаш билан РПЭ ўтказилганда инконтиненциясиз тикланиш 4 кунда юзага келди ва фақат 6 нафар (14,6%) беморда қисман пешобни тута олмаслик кузатилди, у жарроҳлик амалиёти ўтказилган вақтидан бошлаб, 3 ойдан сўнг бартараф этилди. РАРП техникаси қўлланганда катетр олиб ташлангандан сўнг 1-3 кунда мазкур асорат 2 нафар (4,5%) беморда кузатилди, кузатишларнинг 3 ойига келиб фақат 1 нафар (2,3 %) беморда мазкур асоратлар сақланиб қолди. Мазкур асоратларни ўрганиш мақсадида жарроҳлик аралашуви ўтказилгандан сўнг 1,3,6 ва 12 ойдан сўнг пешоб тута олиш даражасининг кўрсаткичлари аниқланди.

4-жадвал

Радикал простатэктомия жарроҳлик амалиётининг турли хил техник усуллари қўлланган беморларда 6 ва 12 ойдан кейинги ПТО даражаси

Кўрсаткичлар	РПЭ	ЛАРП	РАРП
6 ойлик кузатувдан кейин			
Пешобни тўлиқ ушлаб тура оладиган беморлар сони	29 (76,3±6,9) *	35 (85,4±5,52) *	43 (97,3±2,25) *
Пешоб тута олмайдиган беморларда, ICIQ-UI SF баллари	9 [7; 12] *	5 [3; 7] *	3 [2; 5] *
Пешоб тута олмайдиган беморлардаги кунлик фойдаланиладиган тагликлар сони	2 [2; 6]	1 [1; 3] *	1 [1; 2] *
12 ойлик кузатувдан кейин			
Пешобни тўлиқ ушлаб тура оладиган беморлар сони	35 (92,1±4,37) *	41 (100%) *	44 (100%) *
Пешобни тута олмайдиган беморларда, ICIQ-UI SF баллар	4 [2; 5]	-	-
ПТО беморлардаги кунлик фойдаланиладиган тагликлар сони	1 [1; 2]	-	-
Пешоб тута олиш тиклангунгача бўлган вақтнинг медианаси, ойларда	6,5 [4; 11]	3 [2; 9]	2 [1; 3]

4-жадвалда қиёсий гуруҳларда жарроҳлик аралашуви ўтказилгандан сўнг 6 ва 12 ойдан кейинги муддатларда континенция даражаси (пешоб тутиш)нинг кўрсаткичлари келтирилган.

Пешобни тўлиқ ушловчи беморлар сони орасида энг яхши натижа РАРП ўтказилган (97,8%) ПБСли беморларнинг III гуруҳида қайд этилди, бунда I-II гуруҳ натижалари баъзи фарқларга (76,3% ва 85,4% мос ҳолда) ($p=0,027$) эга бўлди, аммо қониқарли ҳисобланди. ICIQ-UISFни аниқлаш бўйича ўтказилган сўровноманинг кўрсатишича, РАРП ва ЛАРП қўлланганда пешоб тутолмайдиган беморлар сони РПП гуруҳи билан солиштирилганда мос бўлган беморлар сони 9 нафарни ($p=0,004$) ташкил этди. Беморлар томонидан

фойдаланилган тагликлар сони РППли беморлар гуруҳида - 2, бунда ЭВРП ва РАРП гуруҳларида -1 нафар ($p=0,001$) беморда қайд этилди. Жарроҳлик аралашуви ўтказилгандан сўнг 12 ой ўтиб олиб борилган кузатишларнинг кўрсатишича, гуруҳлардаги пешобни тўлиқ тутиб қолувчи беморларнинг улуши - 92,1%, 100%ни мос ҳолда ташкил этди ($p=0,031$), бу ҳолат, шунингдек, ICIQ-UISF-сўровномаси учун ҳам хос бўлиб, бу ерда ЭВРП ва РАРП гуруҳидаги беморлар орасида пешоб тутолмайдиган беморлар умуман учрамади, фақат РПЭли гуруҳдаги 3 нафар беморда у сақланиб қолди. Ўрганилаётган гуруҳларда пешобни ушлаб қолиш фаолиятини тикланиш вақт медианасини ўрганиш РПЭли беморлар гуруҳида энг юқори - 6,3 ой ва ЛАРП гуруҳида - 3 ва РАРП гуруҳида -2 ой сезиларли даражада кам бўлди, бу яшовчанликнинг регрессион таҳлили ёрдамида солиштирилганда статистик жиҳатдан ишончли бўлди, ($p=0,027$).

Эректил дисфункция (ЭД) - РПЖли беморларда жарроҳлик аралашуви ўтказилгандан сўнг уларда учраши мумкин бўлган асоратлардан бири ҳисобланади. Мазкур тадқиқотда ЭД тикланишини баҳолаш IIEF (Эректил функция-5 Халқаро индекс) анкета сўровномасини қўллаш билан ўтказилди, у кўплаб тадқиқотчилар томонидан қўлланиладиган стандарт усуллардан бири ҳисобланади. СНПни сақлаш билан бажариладиган жарроҳлик аралашувларини ўтказишда сўровномадаги баллар йиғиндиси 21 дан ортиқни ташкил этади - у қониқарли ЭФга мос келади.

5-жадвал

Радикал простатэктомиа амалиётидан сўнг беморлар эректил фаолиятининг тикланиш даражаси

Кўрсаткичлар	РПЭ	ЛАРП	РАРП
6 ойлик кузатувдан кейин			
Эректил фаолияти тикланган беморлар сони	13 (34,2±7,7)	17 (41,4±7,69) *	21 (47,7±7,53) *
IIEF-5 сўровномаси бўйича эректил фаолияти тикланмаган беморлар сони, баллари	7 [4; 9]	11,7 [10,3; 12,2] *	14,3 [11,5; 17,5] *
12 ойлик кузатувдан кейин			
Эректил фаолияти тикланган беморлар	18 (47,4±8,10)	26 (63,4±7,52) *	32 (72,7±6,71) *
IIEF-5 сўровномаси бўйича эректил фаолияти тикланмаган беморлар сони, баллари	9 [6,5; 11,3]	14,6 [9; 15,1] *	16 [13; 18] *
Эректил фаолият тиклангунгача бўлган вақтнинг медианаси, ойларда	10 [4; 11]	7 [4; 10]	6 [3; 13]

Изох: * $p < 0.05$ - РППга нисбатан

Ушбу тадқиқот натижаларига кўра, асаб толаларини сақлаш билан жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморлар сони РПЭ гуруҳида - 16 нафар (42,1%); ЭВРП - 11 нафар (26,8%); РАРП - 13 нафар (29,5%)ни ташкил этди.

Маълумки, ПБСли беморлардаги асоратлардан бири бўлган ЭДнинг олдини олиш учун радикал жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан сўнг бир ой ўтиб, 5-типдаги (силденафил 50 мг дан кунига бир марта) фосфодиэстеразаларнинг ингибиторлари медикаментоз буюрилади (114, 479-486).

5-жадвалда жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан 6 ва 12 ой ўтиб, ўрганилаётган гуруҳлардаги натижалар бўйича қиёсий баҳолаш келтирилган. Демак, ЭФ тўлиқ тикланишли беморларда жарроҳлик ўтказилгандан сўнг 6 ойдан кейинги муддатларда энг юқори кўрсаткичлар РПЭли гуруҳдаги беморларга қарши - 34,2; РАРПли беморларда ва ЛАРПли беморларда -47,7% ва 41,4% мос ҳолда қайд этилди, бу статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлди ($p=0,013$). ПЕФ-5 сўровномаси натижаларига кўра, шунингдек, энг юқори баллар сони РАРП ва ЛАРП ўтказилган беморларда қайд этилди, у РПЭ-7 га нисбатан солиштирилганда -14,3; 11,7га мос ҳолда тўғри келди, шунингдек, у ҳам статистик жиҳатдан муҳим ҳисобланди ($P=0,008$). 12 ойдан сўнг тикланган ЭФ бўлган беморлар сони РАРП ва ЛАРП гуруҳида РПЭ гуруҳига нисбатан солиштирилганда -47,3%ни ташкил этган ҳолда ($P=0,018$) энг юқори миқдорда 72,7% ва 63,4%ни мос ҳолда ташкил этди.

РАРП ва ЛАРП гуруҳидаги ЭФнинг тўлиқ тикланмаслиги бўлган беморлардаги ПЕФ-5 сўровномаси бўйича баллар миқдори таҳлили, ишончли равишда, юқори ва статистик аҳамиятли - 16; 14 баллга мос ҳолда бўлди, яъни баллар сони - 9 ($p=0,010$) ни ташкил этган РПЭ гуруҳига нисбатан солиштирилганда ЭФнинг тикланиши юқори сифатининг таъминланиши қайд этилди.

Шунингдек, ЭФ тиклангунча бўлган вақт медианасининг таҳлили РПЭга нисбатан солиштирилганда РАРП ва ЭВРП усулларини қўллашнинг аҳамияти янада юқорилигини тасдиқлади. Бунда қиёсий гуруҳларда ЭФнинг тикланиш тезлиги 6 ойгача бўлиши фарқ қилмади, аммо кейинчалик РАРП ва ЭВРП қўлланган беморларда РПП билан таққосланган беморларда - 10 ой ЭФни янада эрта - 6; 7 ойгача мос ҳолда тикланиши қайд этилди.

Диссертациянинг «**ПБС билан хасталанган беморларни жарроҳлик усулида даволаганда пайдо бўлувчи асоратлар профилактикаси**» деб номланган тўртинчи бобида жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар олдини олишнинг тактик хусусиятлари баён этилган.

ПТОнинг олдини олиш мақсадида бошқа усулларни қўллаш имконияти юзага келганда пубопростатик боғламларни сақлаш усули қўлланилди, у онкологик радикализм ва функционал фаолликни сақлашни таъминлаш учун маълум шароитларни талаб этади.

Мазкур бобда РПЖли беморларда РПЭ ўтказилгандан сўнг ПТО нинг олдини олишдаги асосий усуллар таҳлили келтирилган. Ҳозирги кунда

қўлланиладиган инновацион усуллардан бири слингли жарроҳлик амалиётини ўтказиш ҳисобланади, унинг асосий мақсади ПТО ва ЭД каби РПЭдан кейинги юзага келган асоратларни енгиб ўтиш ҳисобланади. Слинг ўрнатилган унча кўп бўлмаган беморлар таҳлили уларнинг самаралилигини кўрсатди, бунда 28,2% беморда пешобни тўлиқ тутилиши қайд этилди, 19,6% беморда кун давомида тўшамалар сони 2 тадан кўп бўлмади, мазкур гуруҳ учун пешобнинг сирқиб чиқиши фақат тана ҳолати ўзгарганда кузатилди.

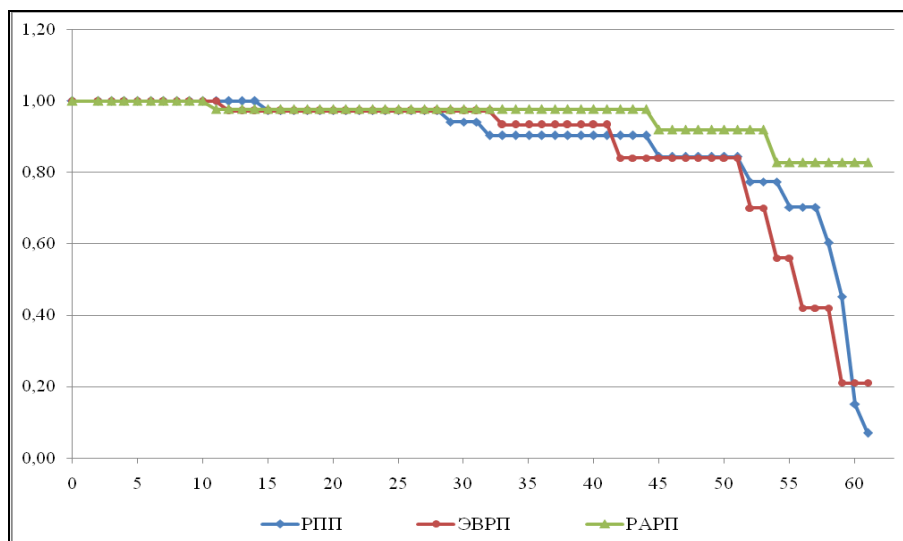
Слинг тизимини ўрнатишдаги асоратлар сони нисбатан юқори эмас, бунда энг кўп учрайдигани пешобни ўткир тутилишидир, конструкцияни олиб ташлаш талаб этиладиган жарроҳлик амалиёти ичида ва жарроҳлик амалиётидан кейинги бошқа жиддий асоратлар амалий жиҳатдан юзага келмаслиги аниқланди. Бу РПЭ ўтказилгандан кейин беморларда юзага келадиган ПТОни коррекция қилиш ва даволаш учун ушбу усулни қўллашга имкон беради.

ПТО ни енгиб ўтиш усулларида яна бири маълум шароитлар мавжудлигида пубопростатик боғламларни сақлаб қолиш ҳисобланади. Биринчи навбатда, уларга ПБСнинг унча катта бўлмаган ўлчамлари, шунингдек, ПБнинг уч соҳасида жойлашган хавфли ўсманинг ўрни киради, бу уни бошқа боғлов аппаратини шикастлантормасдан тўлиқ сафарбар этилиш имкониятини таъминлайди. Худди олдинги усул каби мазкур усул ҳам ушбу тур каби жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун етарли тажрибага эга бўлган техник тайёрланган жарроҳлик бригадаси билан таъминланиши талаб этилади.

ПБС беморларида пешобни тутиш мақсадида қўлланиладиган бошқа профилактик усул Кегел машқлари ҳисобланади, улар пешоб тутишнинг функционал қобилиятини таъминлайдиган тос туби мушаклари ва детрузорни машқ қилиш учун ўтказилади.

РПЭ ўтказилгандан сўнг беморларда ПТО нинг олдини олиш бўйича усуллар таҳлилини ўтказиш ПБСли беморларда даволаш-ташхислаш ёндашуви алгоритми яратилишига олиб келди, у РПЭдан сўнг пешоб тутмаслик каби асоратлар юзага келганда функцияларни тиклаш мақсадида амалга оширилди, у ўз вақтида қўлланилганда, шунингдек, мазкур алгоритмда кўрсатилган асосий талабларга риоя этилганда ПТО кўринишларини муваффақиятли бартараф этиш ёки камайтириш имкониятини беради.

Турли усулларда ўтказилган РПЭ амалиётидан кейинги беш йил давомида беморларнинг яшовчанлиги таҳлили шуни кўрсатдики, РАРП гуруҳида, амалиётдан кейин 10 ой ўтиб бир бемор вафот этган (1та бемор), 44-ойда иккинчи ҳолати ўлим қайд этилмаган (1та бемор вафот этган) ва 53 ойда, яна 1 бемор вафот этган. Шундай қилиб, мазкур гуруҳдаги умумий 44 беморлардан, 5 йиллик кузатув даври давомида 3 та бемор вафот этган.



1-расм. ПБС билан хасталанган беморларни турли хил усулдаги РПЭ амалиети ўтказилгандан кейинги 5 йил мобайнидаги яшовчанлиги

РПП ва ЛАРП ўтказилган гуруҳлар қиёсланганда беморларнинг яшаб қолиш даражаси қуйидагича: ПБС билан хаста беморларда ўлим ҳолати РПП ўтказилган гуруҳда 14 ойдан кейин бошланиб (1та бемор), умумий ҳисобда кузатиш даврида гуруҳдаги 39 бемордан 11таси вафот этган. ЛАРП ўтказилган гуруҳда эса яшаб қолиш давомийлиги РПП ўтказилганларга нисбатан юқори бўлди. 11-ойдан бошлаб беморлар ўлими (1та бемор) кузатилди, беморлар умумий сонидан келиб чиқиб кузатиш даври мобайнида, 41 бемордан 7таси вафот этди (1-расмга қаранг).

ХУЛОСАЛАР

«Простата беzi саратонини жарроҳлик усулида даволаш принциплари (кўрсатмалар, техникаси, асоратлари ва уларнинг профилактикаси» мавзусидаги фалсафа доктори диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Простата беzi саратонини жарроҳлик амалиёти билан даволашнинг очиқ, лапароскопик ва робот-ассистенцияли усулида амалга ошириладиган усулларида амалиётни бажаришнинг қиёсий таҳлилидан аниқландики, онкологик ва жарроҳлик амалиёти натижалари бўйича юқори технологияли амалиётлар катта афзалликка эга, аммо юқори технологияли асбоб-ускуналар мавжуд бўлмаган вазиятларда очиқ жарроҳлик амалиётининг ўрни муҳимлигини инкор этмайди.

2. Ўрганилган гуруҳларда жарроҳлик амалиётидан 12 ой ўтгач, пешобни тута олмасликни тиклаш муддатлари, РАРП ва ЛАРП гуруҳларида аналогик тартибда-97,8%; 85,4%ни; очиқ радикал простатэктомия гуруҳида 76,3% ($P=0,031$)ни ташкил қилди. 12 ойдан кейин эректил фаолиятининг тикланишининг баҳолашда РАРП ва ЛАРП гуруҳларида тикланишнинг энг юқори даражаси, мос равишда, -72,7% ва 63,4%; бироқ очиқ радикал простатэктомия гуруҳида 47,3% ($P=0,018$) ни ташкил қилди.

3..Радикал простатэктомиядан сўнг пешоб тута олмаслик ва эректил дисфункция пайдо бўлишига бевосита таъсир қиладиган қуйидаги энг муҳим омиллар: ёш омили, простата беи ўрта қисмининг катталашиши, қолдиқ пешоб мавжудлиги ва пастки сийдик йўллари симптоматикасининг мавжудлиги, шунингдек, амалиёт вақтида олиб ташланган простата беи ўрнидаги фасциал тузилмаларни тиклаш ва амалиётдан сўнг дастлабки кунлардан бошлаб Кегел машқларининг бошланиши пешобни тутиб туришни эрта тиклашга ёрдам бериши аниқланди.

4.Динамик ёки мультипараметрик МРТ натижаларига кўра, мўлжалли биопсия ўтказиш, қондаги ПСА микдори ва патологик ҳисобот натижаларига кўра хавф гуруҳи, касаллик босқичини аниқлаш ва гистологик текширувда мусбат қаторлар сони, Глиссон шкаласини аниқлаш, шунингдек, амалиётдан олдин прогношлаш нормограммаларидан фаол фойдаланиш жарроҳлик усулидан қатъи назар юқори онкологик ва функционал натижаларга эришишда муҳим ўрин тутади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ТУРСУНКУЛОВ АЗИМДЖОН НАЗИРЖОНОВИЧ

**ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
(показания, техника, осложнения и их профилактика)**

14.00.14 – Онкология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2020

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2019.1.PHD/Tib294.

Диссертация выполнена в Ташкентской Медицинской Академии.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.cancercenter.uz) и на Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель:	Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Гайбуллаев Асилбек Асадович доктор медицинских наук, профессор Мухаммедаминов Шухрат Каримджанович доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	Медицинский центр АСАН, (Сеул, Республика Корея)

Защита диссертации состоится «__» _____ 2020 г. в ____ часов на заседании Научного совета DSc. 04/30.12.2019.Tib.77.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии (Адрес: 100174, г. Ташкент, ул. Фараби, 383. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96; e-mail: info@cancercenter.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (зарегистрирована за № ____). Адрес: 100174, г. Ташкент, ул. Фараби, 383. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2020 года.
(Реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2020 года).

М.А. Гафур-Ахунов,
Заместитель председателя научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

А.А. Адилходжаев,
Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

М.Х. Ходжибеков,
Председатель научного семинара при Научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Рак предстательной железы (РПЖ) – это одно из самых актуальных и злободневных и наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований (ЗН) у мужского населения. По сведениям ВОЗ, «...в 2019г в США рак предстательной железы диагностирован у 174650 мужчин, из которых 60% составляли люди пожилого возраста, определено, что уровень смертности от этой болезни занимает в онкологии 2 место и уровень распространения болезни повышается изо дня в день.» Данная патология является одной из ведущих среди онкоурологической патологии, составляя при этом более 30%¹. Поиск и научное изыскания в плане оптимизации диагностики и лечения РПЖ объясняется имеющейся тенденцией к росту данной патологии, которая сохраняется по мировым показателям. «...По данным мировых агентств регистрации РПЖ в США, Швеции в структуре онкопатологии РПЖ занимает первые места с ежегодным выявлением более 190 тыс. новых случаев, при этом погибает порядка 32-35 тыс. больных. Данные, имеющиеся по России, показывают, что ежегодно РПЖ диагностируется у более, чем 8 тыс. мужчин, умирает при этом более 6 тыс.²». Одним из актуальных направлений научных исследований, улучшающих результаты лечения больных РПЖ, является поиск оптимальных способов хирургического вмешательства, что позволит минимизировать количество выполнения нерадикальных операций, и в то же время уменьшить частоту осложнений, в частности - недержание мочи (НМ) и эректильную дисфункцию (ЭД). Несмотря на достигнутые успехи в изучении структур, участвующих в механизме удержания мочи, полная ясность в данном вопросе пока не достигнута. В связи с этим разработка и изучение эффективности и оптимизации методов хирургического лечения РПЖ с сохранением функциональности органа, предохранения от возможных осложнений, а также методы их профилактики после выполнения РПЭ различными способами оперативного вмешательства представляется актуальной проблемой онкоурологии, решение которых позволит улучшить реабилитацию и качество жизни больных, а также добиться удовлетворительных функциональных результатов.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» № УП-4947 от 7 февраля 2017 года, Указом Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 г. № УП-5590 «О комплексных

¹ Статистические данные ВОЗ 2019

² World Health Organization. Cancer: fact sheet no.297. World Health Organization website. 2018. www.who.int/iris/handle/10665/244872

мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения» №ПП-1652 от 28 ноября 2011 г. и № ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы»³, ПП - 2866 от 4 апреля 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию оказания онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Радикальная простатэктомия (РПЭ) - является золотым стандартом хирургического лечения локализованного РПЖ, показатель выживаемости может достигнуть до 10-15 лет (Д. Ю. Пушкарь 2018). РПЭ может быть выполнена тремя различными способами: открытая позадилоная или ретропубическая простатэктомия, лапароскопическая и робот-ассистированная простатэктомия. Также имеется четвертый способ - радикальная перинеальная простатэктомия, основной недостаток которой заключается в том, что не позволяют удалять лимфатические узлы, а также при данной технике отмечается высокий риск повреждений прямой кишки (Матвеев Б.П., 2018). Ретропубическая РПЭ – данная техника оставалось традиционной на протяжении многих десятилетий. Она обеспечивает широкий вид операционного поля и прямой доступ для тазовой лимфадэктомии и удаления простаты с возможностью сохранения нервно-сосудистых связок (Efremov E.A., 2018; По данным различных авторов, имеются сведения о большей частоте позитивного апикального хирургического края при выполнении позадилоного доступа, в противовес наиболее частому переднему позитивному хирургическому краю при промежностном доступе, но до настоящего времени его клиническая значимость остается неизвестной (Велиев Е.И., 2019). Лапароскопическая РПЭ была введена с целью улучшения визуализации анатомии, а также уменьшения кровопотери, болевого синдрома, сокращения сроков заживления в отличие от использования открытого доступа. Выполнение данной техники требует большого практического опыта, а также длительного обучения. В связи с этим выполняется только в специализированных онкологических центрах с наличием высококвалифицированного персонала и соответствующей аппаратуры (Abdulrahman A., 2019). Робот-ассистированная РПЭ - техника выполнения операции совпадает с традиционной лапароскопической простатэктомией, исключение составляет

³ Постановление Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения» №ПП-1652 от 28 ноября 2011 г. www.Lex.uz

лишь тот момент, когда хирург управляет камерой и двумя или тремя операционными руками с автоматизированного пульта управления. Автоматизация процесса способствует обеспечению лучших результатов, благодаря наличию хорошего освещения, усиленному и трехмерному изображению брюшной полости, которое обеспечивает более точное выполнение лимфодиссекции (Huang КН, 2019). С увеличением опыта хирургии РПЭ усовершенствовалась хирургическая техника, а риск побочных эффектов снизился. Однако все еще существует значительный риск осложнений после хирургических вмешательств у больных с РПЖ. Два наиболее распространенных осложнений - это недержание мочи и эректильная дисфункция, которые оказывают значительное влияние на качество жизни больных (Аль-Харири М. Т., 2019). Послеоперационные осложнения, которые встречались при проведении роботизированных операций, включали повреждения нерва (0,4%), уретры (0,1%), кишечную непроходимость (0,8%), ректальные повреждения (0,3%) и травму кишечника (0,09%), повреждение анастомоза (3,5%). При выполнении операции открытым доступом в сравнении с роботизированной техникой раневая инфекция встречалась в 2,8% и 0,7%, гематомы – 1,6% и 0,7%, лимфоцеле

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии в рамках темы «Современные методы диагностики и лечения онкологических заболеваний» (номер государственной регистрации 006.01.03002) 2011-2014гг.

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения рака предстательной железы.

Задачи исследования:

провести оценку хирургического лечения с изучением неудовлетворительных результатов у больных с РПЖ, перенесших открытую, лапароскопическую и робот-ассистированную РПЭ;

оценить факторы, влияющие на динамику эректильной дисфункции и удержания мочи у больных и процесс их восстановления, после проведения практики ретропубической простатэктомии;

оценить динамику восстановления удержания мочи и эректильную дисфункцию, а также факторов, оказывающих влияние на скорость их нормализации у пациентов, перенесших лапароскопическую и робот-ассистированную РПЭ;

изучить эффективность проведенных хирургических методик, направленных на раннее восстановление удержания мочи после РПЭ.

Объектом исследования являлись клинические данные больных, перенесших радикальную простатэктомию (РПЭ) по трем вышеописанным методикам. Из них, основную группу будут составлять 38 больных с РПЖ, оперированные открытой позадилоной РПЭ; вторую группу - 41 больных с РПЖ оперированные лапароскопической РПЭ (Хва-Сун Чённамский

Национальный Университет, Республика Корея); третья группа - 44 больных с РПЖ, которым проведена робот-ассистированная простатэктомия (Хва-Сун Чённамский Национальный Университет, Республика Корея).

Предмет исследования составили результаты хирургического лечения рака предстательной железы открытым позадилобным, лапароскопическим и робот-ассистированными методами с оценкой отдаленных результатов.

Методы исследования. В процессе выполнения научной работы были использованы клинические, биохимические, инструментальные, морфологические и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

обосновано что при выборе метода хирургического лечения опеределение низкой, средней и высокой группы рисков является основным критерием выбора метода хирургического лечения;

доказано, что важным этапом радикальной простатэктомии, направленной на раннее восстановление сфинктерного аппарата уретры, является максимальное восстановление фасциальных структур и связок в ложе, удаленной ПЖ;

доказано что фиксация зоны анастомоза к связкам лонной кости после этапа образования уретроцистоанастомоза способствует раннему восстановлению удержания мочи в послеоперационном этапе;

усовершенствована методика широкого пересечения шейки мочевого пузыря при РПЭ с целью снижения риска биохимического рецидива и улучшения показателей выживаемости.

Практические результаты исследования:

при сравнительном анализе хирургических методик по онкологическим и хирургическим результатам и по восстановлению функциональных способностей высокотехнологичные операции имеют большое преимущество, но при этом не снижают достоинств вмешательств открытым способом, при отсутствии высокотехнологичного оборудования;

проведение хирургических вмешательств у больных с РПЖ в объеме РПЭ требует тщательной подготовки с обязательным определением уровня ПСА крови, стадии опухолевого процесса, оценки по шкале Глиссона, объема опухоли, распространенности процесса с целью обеспечения высокой онкологической и функциональной эффективности;

считаем целесообразным рекомендовать робот-ассистированную радикальную простатэктомию при лечении больных с РПЖ при отсутствии противопоказаний к её применению и наличии подготовленной бригады хирургов и оборудования;

разработан алгоритм по прогнозированию, диагностике и лечению недержания мочи у пациентов, перенесших радикальную простатэктомию;

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными, широко используемыми в практике клиническими, морфологическими и статистическими методами. Все полученные результаты и выводы основаны

на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую и практическую значимость, вносят существенный вклад в совершенствование хирургического лечения рака предстательной железы. Определены показания и противопоказания к проведению того или иного метода операции. Отдельные результаты работы позволят усовершенствовать содержание и структуру программы обучения клинических ординаторов, магистров и курсантов по диагностике и хирургическому лечению больных с РПЖ.

Практическая ценность работы заключается в том, что полученные результаты вносят существенный вклад в развитие и внедрению современных технологий в хирургические лечения рака предстательной железы, улучшению результатов операции, а также профилактики осложнений данной операции значимо снижающих качества жизни больных РПЖ.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по хирургическому лечению рака предстательной железы:

разработаны методические рекомендации «Преимущества выполнения радикальной простатэктомии при раке предстательной железы с использованием эндовидеохирургии. Профилактика недержания мочи» (Справка Министерства здравоохранения №8н-р/496 от 14 ноября 2019 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить результаты хирургического лечения рака предстательной железы;

разработан лечебно-диагностический алгоритм по ведению пациентов с осложненным недержанием мочи после радикальной простатэктомии (DGU 03847 Программный продукт для ЭВМ). Предложенные лечебно-диагностический алгоритм и программы позволили улучшить раннюю диагностику недержания мочи после РПЭ, а также улучшить результаты лечения;

полученные научные результаты по улучшению результатов хирургического лечения больных с РПЖ внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, результаты исследования внедрены в учебный процесс кафедры онкологии ТМА, в практическую деятельность Ташкентского городского филиала РСНПМЦОиР РУз и многопрофильного медицинского центра «Акфамедлайн» (Справка Министерства здравоохранения №8н-д/280 от 19 ноября 2019 года). На основе предложенных результатов исследования был существенно расширен спектр оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи больным с РПЖ, а также достигнуто улучшение отдаленных результатов, сокращение периода восстановления удержание мочи после оперативного вмешательства.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 6 научно-практических конференциях, в том числе на 3 международных и 3 республиканских.

Публикации результатов исследований. По теме диссертации опубликовано 12 научные работы, в том числе 5 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновываются актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологии республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, даны сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные эпидемиологические аспекты рака предстательной железы, особенности диагностики и хирургического лечения, послеоперационные осложнения»** проведён анализ источников отечественной и зарубежной литературы, посвященных изучению хирургических методик лечения рака предстательной железы. Приведена история развития хирургии РПЖ, проанализированы методы диагностики, непосредственные и отдаленные результаты открытых, лапароскопических и робот-ассистированных хирургических вмешательств при РПЖ.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика клинических наблюдений, материал и методы исследования»** приведены данные по общей характеристике обследованных больных, а также сведения об использованных методах исследования.

Данное исследование проведено с изучением ретроспективного материала 123 больных РПЖ, перенесших РПЭ. Материал по проведению робот-ассистированной простатэктомии (РАРП) получен из клиники Хва-Сун Чённамского Национального Университета, Южная Корея.

Из них первую группу составляли 38 больных с РПЖ, оперированные открытой позадилоной РПЭ; вторую группу - 41 больной с РПЖ, оперированные лапароскопической РПЭ (Хва-Сун Чоннамский Национальный Университет, (Республика Корея); третья группа - 44 больные с РПЖ, которым проведена робот-ассистированная простатэктомия (Хва-Сун Чоннамский Национальный Университет, (Республика Корея)).

Все пациенты были стандартно обследованы с целью верификации РПЖ с последующим установлением стадии заболевания на основании классификации TNM, в соответствии с рекомендациями Европейской Ассоциации Урологов.

Критериями включения в исследования явились: по стадии заболевания T₁-, T₂; отсутствие симптомов метастазирования; уровень ПСА меньше 20 нг/мл; возраст меньше 78 лет;

Критерии исключения: неоперабельные больные с РПЖ.

Решающее значение в диагностике заболевания имела верификация диагноза на дооперационном этапе. Так, во всех трех группах верифицирована аденокарцинома предстательной железы.

В третьей главе диссертации **«Ретроспективный анализ проведенных исследований у пациентов с РПЖ»** показаны особенности клинического течения РПЭ, дана сравнительная оценка результатов хирургических методов лечения РПЖ.

РПП была проведена у 38 больных I-группы, средний возраст которых составил 61,1±3,3 лет, самый молодой пациент был в возрасте 51 лет, а старший 73 лет. ЭВРП выполнена 41 пациенту II-группы, средний возраст составил 63,1±7,3 лет, молодой пациент был в возрасте 52 лет, старший – 78 лет. РАРП выполнена 44 больным III-группы, средний возраст которых составил 59,4±2,1 лет, наименьший возраст больного РПЖ составил 49 лет, самый старший 75 лет.

Изучение уровня простатспецифического антигена. В I – группе средний уровень общего ПСА составил 10,1±3,9 нг/мл; во II – группе он составил 10,4±4,1 нг/мл; в III – группе 10,7±4, /мл, соответственно. Анализ полученных параметров показал, что уровень ПСА у большинства пациентов превышал пороговое значение 4 нг/мл, но был не более 10,0 нг/мл, при выявлении ПСА более 20,0 нг/мл пациенты направлялись на проведение сцинтиграфии костей скелета на обследование выявления костных метастазов и исключались из нашего исследования (n=9).

Пальцевое ректальное исследование. Проведение данного исследования в группах показало наличие патологических изменений в предстательной железе у 89 (72,3%) пациентов, при этом очаги распределялись следующим образом: в двух долях предстательной железы – 35 (39,3%), только в правой доле -29 (32,5%); только в левой доле – 25 (28,0%), у 34 (27,6%) из 123 пациентов изменения, характерные для РПЖ, отсутствовали.

В 1-группе преобладали изменения преимущественно в левой доле (36,0%); несколько меньше - в правой (34,5%); в обеих (28,6%); без изменений в ПЖ 35,3%. Во 2-группе меньше всего изменений отмечается в левой доле (25,0%); в правой (31,9%); в обеих долях число изменений наибольшее (38,5%); без изменений (28,3%). В 3-группе - в левой доле (28,0%); меньше всего в правой доле (25,1%); в обеих долях (36,4%) и наибольшее число без изменений (42,4%).

Результаты биопсии ПЖ показали наличие числа положительных биопсийных столбиков (с опухолевыми клетками) составила от 0,19 до 1,2 с медианой 0,49 (0,36±0,69). Данный показатель необходимо учитывать, как условный объем опухолевого очага, который может оказывать на онкологические результаты оперативного вмешательства, а также учитываться при выборе техники простатэктомии, что будет иметь значение при характеристике функции удержания мочи в послеоперационном периоде. Исходя из вышеуказанного, в данной работе проведено распределение пациентов по градации относительной доли положительных биопсийных столбиков: ≤ 0,25 (поражение четверти столбиков); 0,26-0,5 (поражение от четверти до половины столбиков); > 0,5 (поражение более половины столбиков).

Клиническая стадия заболевания больных РПЖ до проведения операции соответствовала локализованной форме, больные соответственно стадиям распределялись следующим образом (смотрите Таблицу 1)

Таблица 1

Распределение больных РПЖ по клиническим стадиям (TNM классификация 2002г Международного противоракового Союза)

Клинические стадии	РПП (n=38 (%))	ЭВРП (n=41(%))	РАРП (n=44(%))
T ₁ cN ₀ M ₀	3 (7,9±0,61)	8 (19,5±1,50)	11 (25,0±1,92)
T ₂ aN ₀ M ₀	4 (10,5±0,81)	10 (24,4±1,88)	11 (25,0±1,92)
T ₂ bN ₀ M ₀	14 (36,8±2,83)	11 (26,8±2,06)	11 (25,0±1,92)
T ₂ cN ₀ M ₀	17 (44,7±3,43)	12 (29,3±2,25)	11 (25,0±1,92)

Как видно из таблицы, в группе больных с выполнением РПП и ЭВРП наибольшее число было в стадии T₂b-с N₀M₀, а в группе с РАРП число больных было одинаковым в каждой из статей заболевания.

Оценка результатов проведенных хирургических вмешательств у больных РПЖ и их сравнительный анализ в зависимости от хирургических техник РПЭ осуществлен на основе следующих данных: анализ затрачиваемого времени на проведение оперативного вмешательства; возникающие интра- и послеоперационные осложнения в зависимости от используемого метода и техники РПЭ; время дренирования мочевого пузыря; онкологические и функциональные результаты, наблюдаемые при сравнении различных техник РПЭ (инконтиненция мочи);

Для детального анализа времени, затраченного на оперативное вмешательство, мы считали целесообразным провести изучение продолжительности его отдельных этапов. Сравнительный анализ временных интервалов, затрачиваемых на выполнение РПЭ при различных технических выполнениях представлены в таблице 2.

Как видно из графика, сравнительный анализ показывает, что среднее время выполнения РПЭ было наибольшим при его проведении лапароскопическим методом (355,9 мин.), после него – открытым доступом (284,6 мин.), самое меньшее время, затрачиваемое на проведение, отмечается при выполнении РАРП (190,8 мин.). Исходя из этого, наиболее высоко затратным по времени является ЭВРП в сравнении с РАРП и РПП открытым доступом. Для выяснения наиболее эффективного способа операции необходимо подробно рассматривать выполнение каждого этапа операций, что позволит выявить наиболее уязвимые в техническом плане, а также развития возможных интра- и послеоперационных осложнений.

Если посмотреть на основной этап и время, затрачиваемое для создания оперативного доступа, то можно видеть явные преимущества выполнения лапароскопических техник, так как это время затрачивается только лишь для установки портов, используемых при проведении операции, на которое в среднем затрачивается 18,0-20,0 минут, после чего можно сразу начинать вмешательства. Следующий этап операции – лимфаденэктомия при открытом способе в среднем занимала 70,5 минут, сравнительно меньше среди больных, которым проводилась ЭВРП – 20,5 и РАРП – 35,8 (соответственно).

Таблица 2

Время выполнения основных этапов РПЭ с использованием различных способов оперативных вмешательств

Этапы операции	РПП	ЭВРП	РАРП
Создание доступа (мин)	30,3 $\pm$ 0,66 (22,0-35,0)	20,5 $\pm$ 0,47 (17,0-27,0)	25,4 $\pm$ 0,41 (21,0-29,5)
Лимфаденэктомия (мин)	70,5 $\pm$ 0,46 (65,0-75,7)	50,0 $\pm$ 0,53 (45,8- 58,0)	35,8 $\pm$ 0,38 (31,3-40,0)
Рассечение тазовой фасции пересечение пубопростатических связок	20,0 $\pm$ 0,48 (17,0-27,0)	35,3 $\pm$ 0,08* (25,0-35,0)	10,6 $\pm$ 0,11* (10,0-18,0)
Перевязка венозного комплекса (мин)	15,4 $\pm$ 0,47 (8,0-18,5)	25,5 $\pm$ 0,38 (22,5-30,0)	12,8 $\pm$ 0,22* (10,6-15,9)
Выделение апикальной части простаты	30,2 $\pm$ 0,27* (16,6-32,7)	25,7 $\pm$ 0,40 (22,2-30,7)	15,5 $\pm$ 0,06* (15,0-22,5)
Диссекция боковых поверхностей и ножек простаты (мин)	40,5 $\pm$ 0,46 (37,3-47,6)	25,9 $\pm$ 0,38 (23,1-36,0)	15,9 $\pm$ 0,08* (16,2-23,0)
Выделение семявыносящих протоков и семенных пузырьков	25,0 $\pm$ 0,09* (24,7-32,5)	40,0 $\pm$ 0,14* (39,2-51,2)	20,5 $\pm$ 0,06* (19,8-25,3)
Диссекция шейки МП	17,5 $\pm$ 0,20* (15,5-22,8)	42,8 $\pm$ 0,48 (40,5-53,2)	25,8 $\pm$ 0,40 (22,0-31,5)
Пузырно-уретральный анастомоз (мин)	35,2 $\pm$ 0,75* (27,5-42,3)	90,2 $\pm$ 2,23 (78,3-132,6)	28,5 $\pm$ 0,46* (22,4-32,8)
Общее время операции (мин)	284,6 $\pm$ 1,70	355,2 $\pm$ 2,55	190,8 $\pm$ 0,79*

Примечание: *p<0,001

Дальнейшие подходы к ПЖ включали в себя рассечение тазовой фасции с пересечением связок, который в среднем занимал 21,9 минут при всех

способах оперативного вмешательства, при этом быстрее всего он проводился при РАРП технике – 10,6 минут.

Последующий этап по выделению апикальной части простаты при открытом методе составил – 30,2 минут, ЭВРП – 25,7, РАРП -15,5, соответственно. Диссекция боковых поверхностей это следующий этап операции, который занимает 40,5 минут при его выполнении открытым доступом и 25,9 минут при ЭВРП, 15,9 минут при РАРП, соответственно.

Одним из сложных этапов РПЭ является выполнение уретроцистоанатомоза (УЦА). Как видно из таблицы 3, время, затраченное на его выполнение при открытом доступе, составило - 35,2 минут, при ЭВРП – 90,2, а при РАРП – 28,5, соответственно.

Анализ возможных осложнений, которые возникают как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде позволяет найти и выяснить причины их возникновения с последующей постановкой задачи по их устранению и недопущению, что естественным образом играет существенную роль при оценке результатов и эффективности проведенного вмешательства. Сравнительная оценка методов хирургического вмешательства при РПЖ показала, что возникновение интраоперационных осложнений может быть самым разным. Проведение такого рода вмешательств требует пристального проведения контроля за возможностью развития кровотечения. Так, оценка степени кровопотери в нашем исследовании показала, что средний объем кровопотери при РПП составляет более 668 (540 – 703 мл.), при выполнении лапароскопической методики – эта цифра составляет более 400 мл (320 - 500 мл.), при РАРП – 188 мл. (120-320 мл.) ($p < 0,001$). Как описано выше, одним из этапов РПЭ, имеющих определенные технические трудности, является формирование УЦА, поэтому осложнением, возникающим после их проведения может быть его несостоятельность. При анализе данных, полученных в группе больных после ЭВРП, несостоятельность УЦА отмечалась у больных в 5 (12,2%) случаях, что проявлялось со стороны клиники наличием отделяемой жидкости по установленным дренажным трубкам (более 1000мл). Данное осложнение у больных, которым выполнялось РПЭ открытым доступом, практически не отмечалось, оно было лишь у 2 (5,2%) больных, которое не потребовало долгосрочного дренирования МП. Несостоятельность УЦА при РАРП технике отмечалась у 1 (2,3%) пациента.

Анализ поздних послеоперационных осложнений показал, что среди пациентов после проведения РПЭ открытым доступом у 6 (17,6%) отмечалось возникновение лимфорей (более 700мл. в сутки), при ЭВРП – у 3 (7,3%), а при РАРП – у 1 (2,3%).

Основные интра- и послеоперационные осложнения после проведения РПЭ с использованием различных техник представлены в таблице 3.

Недержание мочи, возникающее у пациентов после проведения РПЭ является одним из грозных осложнений, приводящих к социальной дезадаптации, а также снижению качества жизни. Так, в данном исследовании при использовании открытого доступа РПЭ это осложнение

отмечалось у 32 (94,1%) пациентов, которое возникало при смене положения тела и ходьбе, и отсутствовало только в горизонтальном положении пациента. Только лишь у 2 (6,2%) больных явление инконтиненции мочи отсутствовало и было восстановлено нормальное мочеиспускание. У большинства пациентов нормализация функций наблюдалась в течение 3-4 месяцев после операции. Через 3 месяца оно восстановилось у 21 (65,6%) больного, до 6 месяцев - у 29 (90,6%), после 6 месяцев - у 3 (9,3%) больных сохранялась частичная инконтиненция мочи.

Таблица 3

Интра- и послеоперационные осложнения после РПЭ различными техниками проведения

Показатель	РПП (n=38)	ЭВРП (n=41)	РАРП (n=44)
Объем кровопотери, мл	600±8,67 [540,1-703,2]	300±5,30 [280,2-450,3]	188±9,60 [120,8-320,4]
Гемотрансфузия, %	39,5±7,93	12,2±5,11	0,0*
Несостоятельность УЦА, %	5,2±3,62	4,9±3,36	2,3±2,25
Катетеризация МП, сутки	20,0±0,18*	14,3±0,51	10,4±0,11*
Лимфорея, %	15,8±5,92	7,3±4,07	2,3±2,25
Недержание мочи, %	84,2±5,92	14,6±5,52	4,5±3,14
Длительность операции, минут	284,6±1,7	355,9±2,55	190,8±0,79*
Длительность стационарного лечения, дни	21,7±0,56	17,7±0,47	9,1±0,32*

Примечание: $p > 0,05$ - достоверно по отношению к РПП

При проведении РПЭ с использованием ЭВРП техники восстановление без инконтиненции происходило на 4 сутки и только у 6 (14,6%) больных наблюдалась частичная инконтиненция, которая была ликвидирована после 3 месяцев с момента проведения операции. При применении РАРП техники в 1–3 сутки после удаления катетера данное осложнение наблюдалось у 2 (4,5%), к 3 месяцам наблюдений лишь у 1 (2,3%) пациента данное осложнение сохранялось. С целью изучения данного осложнения были определены показатели уровней континенции в течение 1, 3, 6 и 12 месяцев после проведения оперативного вмешательства.

Как видно из таблицы 4, в ней представлены показатели уровня континенции (удержания мочи) в сроки через 6 и 12 месяцев после проведения оперативного вмешательства в группах сравнения.

Наилучший результат по числу пациентов, полностью удерживающих мочу, отмечался в III-группе больных с РПЖ, которым проведена РАРП (97,8%), при этом в I-II группе результаты имеют некоторые различия (76,3% и 85,4%, соответственно) ($p=0,027$), но также являются удовлетворительными. Проведенное анкетирование по определению ICIQ-UI SF – опросника показало, что при использовании РАРП и ЭВРП число пациентов, не удерживающих мочу составило 3 и 5 в сравнении с группой

РПП, в которой число пациентов соответственно было – 9 ($p=0,004$). По количеству прокладок, используемых пациентами наибольшее их число, отмечалось в группе РПП – 2, при этом в группах ЭВРП и РАРП – по 1 ($p=0,001$).

Таблица 4

Уровень континенции у пациентов с РПЖ через 6 и 12 месяцев после проведения оперативного вмешательства с различными техниками

Показатели	РПП	ЭВРП	РАРП
6 месяцев наблюдения			
Количество пациентов, полностью удерживающих мочу	29 (76,3±6,9)*	35 (85,4±5,52)*	43 (97,3±2,25)*
ICIQ-UI SF у пациентов с недержанием мочи, баллы	9 [7; 12]*	5 [3; 7]*	3 [2; 5]*
Количество прокладок, используемых пациентами с недержанием мочи	2 [2; 6]	1 [1; 3]*	1 [1; 2]*
12 месяцев наблюдения			
Количество пациентов, полностью удерживающих мочу	35 (92,1±4,37)*	41 (100%)*	44 (100%)*
ICIQ-UI SF у пациентов с недержанием мочи, баллы	4 [2; 5]	-	-
Количество прокладок, используемых пациентами с недержанием мочи	1 [1; 2]	-	-
Медиана времени до восстановления континенции, месяцев	6,5 [4; 11]	3 [2; 9]	2 [1; 3]

Такое же наблюдение, проведенное спустя 12 месяцев после оперативного вмешательства, показало, что доля пациентов, полностью удерживающих мочу в группах составила – 92,1%, 100%, соответственно ($p=0,031$), что также было характерным при проведении ICIQ-UI SF – опросника, где в группах ЭВРП и РАРП пациенты с недержанием мочи полностью отсутствовали, только лишь в группе РПП у 3 пациентов оно сохранялось.

Изучение медианы времени восстановления функции удержания мочи в изучаемых группах была наибольшей в группе РПП - 6,3 месяцев и значительно меньше в группах ЭВРП – 3 и РАРП – 2 месяца, что оказалось статистически достоверным, при их сравнении с помощью регрессионного анализа выживаемости.

Эректильная дисфункция (ЭД) – является одним из осложнений после проведения оперативных вмешательств у больных с РПЖ, с которым они сталкиваются. В данном исследовании оценка восстановления ЭД проведена с использованием анкет-опросников ПЕФ (Международный индекс эректильной функции-5), являющегося одним из стандартных методов оценки, использующийся многими исследователями. При проведении оперативных вмешательств с сохранением нейроваскулярного пучка сумма

баллов в опроснике составляет более 21 – она соответствует удовлетворительной ЭФ. По результатам данного исследования число пациентов с проведением нервосберегающей операцией составило в группе РПП – 16 (42,1%); ЭВРП – 11 (26,8%); РАРП – 13 (29,5%).

Как известно, пациентам с РПЖ после проведения радикальной операции для профилактики одного из осложнений, таких как ЭД, назначают медикаментозный прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (силденафил 50 мг 1 раз в день) через месяц после операции.

Таблица 5

Восстановление эректильной функции у пациентов с РПЖ после операции

Показатели	РПП	ЭВРП	РАРП
6 месяцев наблюдения			
Количество пациентов с восстановлением ЭД	13 (34,2±7,7)	17 (41,4±7,69)*	21 (47,7±7,53)*
Баллы у пациентов по опроснику IIEF-5 с невосстановленной ЭД	7 [4; 9]	11,7 [10,3; 12,2]*	14,3 [11,5; 17,5]*
12 месяцев наблюдения			
Количество пациентов с восстановлением ЭД	18 (47,4±8,10)	26 (63,4±7,52)*	32 (72,7±6,71)*
Баллы у пациентов по опроснику IIEF-5 с невосстановленной ЭД	9 [6,5; 11,3]	14,6 [9; 15,1]*	16 [13; 18]*
Медиана времени до восстановления ЭД, в месяцах	10 [4; 11]	7 [4; 10]	6 [3; 13]

Примечание: * $p < 0,05$ – по отношению к РПП

В данной таблице приведена сравнительная оценка по результатам в изучаемых группах через 6 и 12 месяцев после операции. Так, в сроках, спустя 6 месяцев после проведения оперативного вмешательства, пациентов с полностью восстановленной ЭФ отмечалось наибольшим в группе с РАРП и ЭВРП – 47,7 и 41,4%, соответственно, против 34,2% в группе РПП, что было статистически значимым ($p=0,013$).

По результатам опросника IIEF-5 наибольшее число баллов также отмечается у пациентов при проведении РАРП и ЭВРП – 14,3; 11,7, соответственно, в сравнении с РПП – 7, что также оказалось статистически значимым ($p=0,008$).

Через 12 месяцев число пациентов с восстановленной ЭФ составило в группах РАРП и ЭВРП наибольшее количество 72,7 и 63,4%, соответственно, в сравнении с РПП – 47,3% ($p=0,018$).

Анализ количество баллов по опроснику IIEF-5 у пациентов с неполным восстановлением ЭФ в группе РАРП и ЭВРП были достоверно высокими и статистически значимыми – 16; 14,6 баллов, соответственно, т.е. отмечалось обеспечение высокого качества восстановления ЭФ в сравнении с группой РПП при которой число баллов составило – 9 ($p=0,010$).

Анализ медианы времени до восстановления ЭФ также подтвердил более высокую значимость использования методов РАРП и ЭВРП, в сравнении с РПП. При этом скорость восстановления ЭФ до 6 месяцев в сравниваемых группах не различалась, но в последующем отмечалось более

раннее восстановление ЭФ у больных с использованием РАРП и ЭВРП – 6; 7 месяцев, соответственно, в сравнении с РПП – 10 месяцев (рис. 3.13).

В четвертой главе диссертации **«Профилактика возможных осложнений, возникающих после оперативных вмешательств у больных с РПЖ»** описаны тактические особенности профилактики осложнений хирургического лечения РПЖ у пациентов.

Таким образом, анализ проведенных методик для предотвращения и профилактики НМ у больных РПЖ после проведения РПЭ показало, что при возможности и отсутствии технических сложностей, а также наличии подготовленной хирургической бригады современным инновационным методом является операция по установке слинговой системы. При возможности использования других методов с целью профилактики НМ применяется методика сохранения пубопростатических связок, которая требует определенных условий для обеспечения сохранения функциональной активности и онкологического радикализма.

В данной главе проведен анализ основных методов профилактики НМ после проведения РПЭ у больных с РПЖ. Одной из инновационных методик, используемых в настоящее время, является проведение слинговых операций, основной целью которых преследуется преодоление возникающих осложнений после РПЭ, таких как НМ и ЭД. Анализ немногочисленного количества больных, которым были установлены слинги показал их эффективность, при этом у 28,2% пациентов отмечалось полное удержание, у 19,6% - не более 2 прокладок в сутки, утечка мочи в данной группе была характерна только при смене положения тела.

Установлено, что частота осложнений при установке слинговых систем относительно невысока, при этом самым частым является острая задержка мочи, других серьезных интра- и послеоперационных осложнений, требующих удаления конструкции, практически не возникает. Это позволяет рекомендовать использование данных методов коррекции и лечения НМ, возникающих у больных после проведения РПЭ.

Ещё одним из методов преодоления НМ является сохранение пубопростатических связок при наличии определенных условий. Прежде всего к ним относятся небольшие размеры ПЖ, а также локализация опухоли в области верхушки ПЖ, что обеспечивает возможность её полной мобилизации без повреждения связочного аппарата. Данная методика, как и предыдущая, требует обеспечения технически подготовленной бригады хирургов, имеющих достаточный опыт проведении операций такого плана.

Другим профилактическим методом, используемым с целью удержания мочи у больных РПЖ, являются упражнения Кегеля, которые проводятся для тренировки мышц тазового дна и детрузора, деятельность которых обеспечивает функциональную способность удержания мочи.

Проведенный анализ методик по профилактике НМ у больных после проведения РПЭ способствовал созданию алгоритма лечебно-диагностических подходов у больных с РПЖ с целью восстановления функции при возникновении такого осложнения, как недержание мочи после

РПЭ, который позволит успешно ликвидировать или уменьшить проявления НМ при своевременном использовании, а также соблюдении основных моментов, указанных в данном алгоритме.

Анализ выживаемости больных после проведения РПЭ различными способами показал, что при РАРП методе отмечается наибольшая эффективность, так как летальность наблюдалась, начиная с 10 месяца после проведения вмешательства (1 больной) и до 44 месяца летальности не отмечалось (умер 1 больной) и на 53 месяце умер ещё 1 больной. Таким образом, из общего числа больных РПЖ в данной группе n=44, умерло 3 больных за 5-летний период наблюдения.

В группах сравнения с РПП и ЭВРП выживаемость была следующей: летальность больных РПЖ в группе с РПП возникла, начиная с 14 месяца (1 больной), в общей сложности за этот период наблюдения погибло 11 больных из 39; а в группе при ЭВРП выживаемость была сравнительно выше, чем у больных при проведении РПП. Начиная с 11 месяца наблюдалась гибель больных (1 больной), из общего числа больных летальный исход был у 7 из 41 больного (смотрите Рисунок 1)

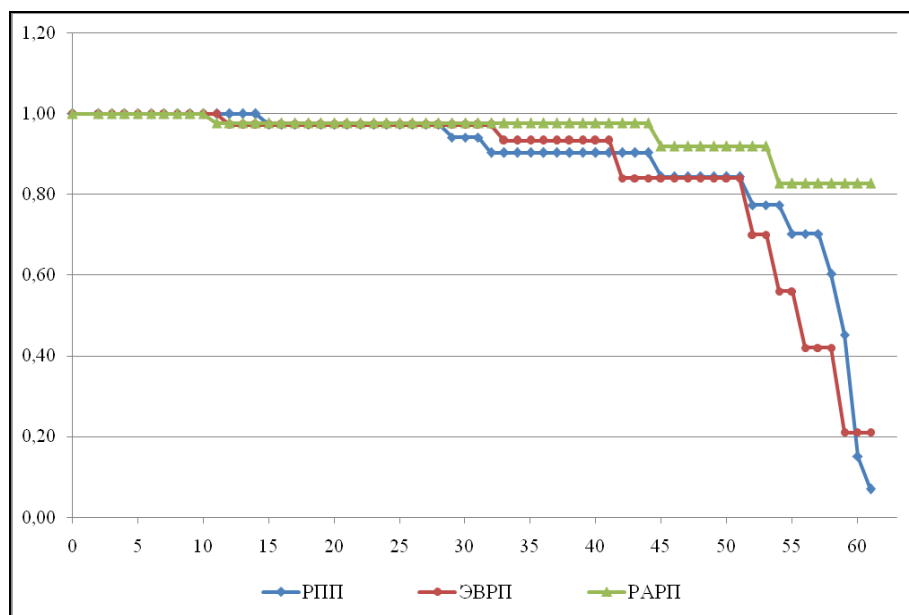


Рис.3.10. Сравнительный 5-летняя выживаемость больных РПЖ при проведении РПЭ различными способами

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенных исследований диссертации на соискание степени доктора философии (PhD) по медицинским наукам на тему: «Принципы хирургического лечения рака предстательной железы» (показания, техника, осложнения и их профилактика) сформулированы следующие выводы:

1. При сравнительном анализе хирургических методик по онкологическим и хирургическим результатам и по восстановлению функциональных способностей высокотехнологичные операции имеют

большое преимущество, но при этом не снижают достоинств вмешательств открытым способом, при отсутствии высокотехнологичного оборудования.

2. В исследуемых группах сроки восстановления удержания мочи через 12 месяцев после проведения оперативных вмешательств в группе РАРП и ЭВРП имеют значительные преимущества – 97,8%; 85,4%; в сравнении с 76,3% РПП ($p=0,031$). Изучение ЭФ через 12 месяцев показало, что её восстановление в группах РАРП и ЭВРП было наибольшим – 72,7%; 63,4% соответственно, в сравнении с РПП – 47,3% ($p=0,018$).

3. Наиболее важными факторами, предрасполагающими к появлению НМ и ЭД после радикальной простатэктомии, являются: возрастной аспект, большой размер простаты с увеличенной средней долей, наличие остаточной мочи и симптомов нижних мочевых путей в анамнезе, а также восстановление фасциальных структур ложи удаленной ПЖ во время операции и начало упражнения Кегеля с ранних послеоперационных дней способствуют раннему восстановлению удержания мочи

4. Проведение прицельной биопсии по результатам динамического или мультипараметрического МРТ, стадирование и обязательное определение группы рисков по результатам ПСА крови и патологического репорта (число позитивных столбиков, шкала Глиссона), также активное использование прогностических нормограмм играют важную роль для достижения высоких онкологических и функциональных результатов вне зависимости вида хирургического метода.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01 ON AWARD OF
SCIENTIFIC DEGREES AT THE REPUBLICAN SPECIALIZED
SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL CENTER OF
ONCOLOGY AND RADIOLOGY
TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

TURSUNKULOV AZIMDJON NAZIRJONOVICH

**PRINCIPLES OF SURGICAL TREATMENT OF PROSTATE CANCER
(INDICATIONS, TECHNIQUE, COMPLICATIONS AND THEIR
PREVENTION)**

14.00.14 – Oncology

**ABSTRACT
OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) DISSERTATION ON MEDICAL
SCIENCES**

TASHKENT – 2020

The topic of the doctoral (PhD) dissertation was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No.B2019.1.PhD/Tib294.

The doctoral (PhD) dissertation was carried out at the Tashkent Medical Academy.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at (www.cancercenter.uz) and on the website of “ZiyoNet” Information and Educational Portal at (www.ziynet.uz).

Scientific supervisor: **Tillyashaykhov Mirzagaleb Nigmatovich**
Doctor of Medicine, Professor

Official opponents: **Gaybullaev Asilbek Asadovich**
Doctor of Medicine, Professor

Mukhammedaminov Shukhrat Karimdjaniyovich Doctor
of Medicine, professor

Leading organization: **ASAN Medical Center (Seoul, Republic of Korea)**

The defense of the doctoral dissertation will be held on “____” _____ 2020, at _____ at the meeting of the Scientific Council No.DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01 at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (Address: 383 Farabi str., 100174, Tashkent city. Tel.: (+99871) 227-13-27; fax: (+99871) 246-15-96; e-mail: info@cancercenter.uz).

The doctoral dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (registered under No.____). Address: 383 Farabi str., 100174, Tashkent city. Tel.: (+99871) 227-13-27; fax: (+99871) 246-15-96.

The abstract of the dissertation was distributed on “____” _____ 2020.
(Registry record No. _____ dated “____” _____ 2020)

M.A. Gafur-Akhunov
Vice chairman of the Scientific Council on Award of
Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

A.A. Adilkhodjaev
Scientific Secretary of the Scientific Council on
Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine,
Assistant Professor

M.Kh. Khodjibekov
Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific
Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of
Medicine, Professor

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The aim of the research is to improve the surgical treatment of prostate cancer.

The object of the research were the clinical data of patients who underwent radical prostatectomy (RPE) according to the three methods described above are presented. Of these, the main group was consist of 38 patients with prostate cancer, operated by open retropubic RPE; the second group-41 patients with prostate cancer operated laparoscopic RPE (Chonnam national University Hwasun Hospital (CNUHH), South Korea); the third group - 44 patients with prostate cancer, which carried out robot-assisted prostatectomy (Chonnam national University Hwasun Hospital (CNUHH), South Korea).

Scientific novelty of the research is as follows:

It is justified that when choosing a surgical treatment method, defining a low, medium and high risk group is the main criterion for choosing a surgical treatment method;

It is proved that the maximum restoration of the fascial structures and ligaments in the space of the removed prostate is an important stage of RPE aimed at early recovery of urethral sphincter functions;

It is proved that the fixation of the anastomosis zone to the ligaments of the pubic bone after the stage of ureterocystoanastomosis formation contributes to the early restoration of the function of urinary retention at the postoperative stage;

Wide cut-off of the bladder neck it is improved, which reduces the risk of biochemical relapse and improves survival rates;

Implementation of the research results. Based on the obtained research results on improvement of the diagnostics and treatment of patients with non-organ retroperitoneal tumors:

methodical recommendations "Advantages of performing radical prostatectomy in prostate cancer using endovideosurgery. Prevention of urinary incontinence " (reference of the Ministry of health No. 8N-r/496 from November 14, 2019). The proposed recommendations allowed to improve the results of surgical treatment of prostate cancer;

a therapeutic and diagnostic algorithm for the management of patients with complicated urinary incontinence after radical prostatectomy (DGU 03847 computer software) has been developed. The proposed treatment-diagnostic algorithm and program allowed to improve the early diagnosis of urinary incontinence after RPE, as well as to improve the results of treatment;

The obtained scientific results to improve the results of surgical treatment of patients with prostate cancer introduced in practical activities of health, in particular the results of the study implemented the educational process of the Department of Oncology of the Tashkent Medical Academy, in the practical activities of the Tashkent branch of the Republican Specialized scientific practical center of oncology and radiology and AKFAMEDLINE hospital (Conclusion of the Ministry of health No. 8N-d/280from November 19, 2019). Based on the

results of the study were greatly expanded range of rendering specialised medical care for patients with prostate cancer, as well as improved long-term results and reducing the recovery period of retention of urine after surgery.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation was presented on 120 pages consisting of an introduction, four chapters, conclusions, practical recommendations and a list of used literature.

**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
НАШР ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
LIST OF PUBLISHED WORKS**

I бўлим (Часть I; Part I)

1. Турсункулов А.Н, Тилляшайхов М.Н. Простата беи саратонида ПСА даражасининг диагностик ва прогностик аҳамияти. Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана. 2016.-№ 1, -С. 11-13. (14.00.00, №17).

2. Tursunkulov A.N., Alieva D.A., « Dynamics and Forecast of Mortality of Prostate Cancer in the Republic of Uzbekistan». American Journal of Medicine and Medical Sciences 2018, 8(11), P. 333-335. (14.00.00, №2).

3. Турсункулов А.Н, Тилляшайхов М.Н. «Эректильная дисфункция у больных с раком предстательной железы после радикальной простатэктомии различными методами» //Journal of biomedicine and practice №5, 2019. -С.18-24. (14.00.00, №24).

4. Тилляшайхов М.Н., Турсункулов А.Н., Алиева Д.А. Недержание мочи как осложнение радикальной простатэктомии, сравнительный анализ методик хирургического лечения // Медицинский журнал Узбекистана №4, 2019. - С. 87-90. (14.00.00, №8).

5. Tillyashaykhov M.N., Tursunkulov A.N., Ibragimov A.Yu.A. Comparative evaluation of the results open and laparoscopic radical prostatectomy. «European Science review, №9-10. 2018. P.169-173. Австрия (14.00.00, №19).

II бўлим (Часть II; Part II)

6. Турсункулов А.Н., Алиева Д.А., Алимов Ж.М. Рак предстательной железы, проблемы и решения. //Аҳолининг касалланиш кўрсаткичларига таъсир қилувчи хатарли омиллар ва уларнинг олдини олишнинг долзарб масалалари. Илмий-амалий конференцияси материаллари тўплами. Тошкент. -2015. –154 бет.

7. Турсункулов А.Н., Тилляшайхов М.Н., Алиджанов Н.Б «Инновационные аспекты лечебно реабилитационной тактики ведения пациентов с цистостомой» // «Профессиональное становление личности XXI века в системе непрерывного образования: теория, практика и перспективы» Сборник материалов научно-практическая конференция. Ташкент. 2016. С. 187.

8. Турсункулов А.Н. Современный взгляд на хирургическое лечение рака предстательной железы // Конференция молодых ученых в рамках конференции «Новые подходы к диагностике лечения опухолей ЖКТ» 11-12 ноября. 2016. Сборник тезисов С.27 Ургенч.

9. Tursunkulov A.N., Alidjanov N.B., Muhamed-aliev A.T., Rakhmatov A.T., The incidence of de novo overactive bladder after retropubic radical prostatectomy // The 48th International Continence Society Annual Meeting 28-31 August, e-abstract book, p49, Philadelphia, USA 2018.

10. Тилляшайхов М.Н., Турсункулов А.Н. Преимущества выполнения радикальной простатэктомии при раке предстательной железы с использованием эндовидеохирургии. Профилактика недержания мочи Методические рекомендации, Ташкент, 2019. – С. 32.

11. Tursunkulov A.N., Yunusov D.S., Abdullajanov M.M., Tursunkulova D.N., Transurethral enucleation of prostate by one-step en-bloc technique // European Urology Supplements The first GUA-CCA Urological meeting abstracts 18(12) p3621-3645, 4-5 october 2019, Tbilisi, Georgia.

12. Tursunkulov A.N., Yunusov D.S., Our initial experience of en- bloc prostate enucleation // 35th International Congress of European Association of Urology, 20-24 March 2020, p267, Amsterdam, Netherlands.

Автореферат «Клиник ва экспериментал Онкология» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилди ҳамда ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлари мослиги текширилди.

Босишга рухсат этилди 31.12.2019 й. Бичими 60x84¹/₁₆. Рақамли босма усули. Times гарнитураси. Шартли босма табағи 3. Адади 100. Буюртма № 16.

Гувоҳнома реестр №10-3719.

«Тошкент кимё-технология институти» босмахонасида чоп этилди.
100011, Тошкент, Навоий кўчаси, 32-уй.

