

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ
МАРКАЗИ ҚОШИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ
АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ГАФАРОВ РУШЕН РЕФАТОВИЧ

**ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИНИ
ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ МУҚОБИЛЛАШТИРИШ**

14.00.31 – Урология

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

ТОШКЕНТ - 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Гафаров Рушен Рефатович

Простата безининг хавфсиз гиперплазиясини жарроҳлик даволаш
тактикасини муқобиллаштириш..... 3

Гафаров Рушен Рефатович

Оптимизация тактики хирургического лечения доброкачественной
гиперплазии предстательной железы 21

Gafarov Rushen Refatovich

Optimization of tactics of surgical treatment of benign prostate hyperplasia .. 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 43

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ
МАРКАЗИ ҚОШИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ
АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ГАФАРОВ РУШЕН РЕФАТОВИЧ

**ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИНИ
ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ МУҚОБИЛЛАШТИРИШ**

14.00.31 – Урология

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

ТОШКЕНТ-2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси хузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2020.2.PhD/ Tib1344 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.
Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.rscs.uz) ва «Ziynet» ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Гиясов Шухрат Искандарович тиббиёт фанлари доктори, доцент
Расмий оппонентлар:	Кариев Саидахроп Саидасланович тиббиёт фанлари доктори, доцент Ахмедов Рустам Носирович тиббиёт фанлари доктори
Етакчи ташкилот:	Андижон давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси академик В.Воҳидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази хузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 рақамли Илмий Кенгашнинг 2022 йил «___» _____ куни соат ___ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Кичик халқа йўли кўчаси, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Академик В.Воҳидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази).

Диссертация билан академик В. Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида (143-сон билан рўйхатдан ўтган) танишиш мумкин. Манзил: 100115, Тошкент ш, Кичик халқа йўли, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2022 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2022 йил «___» _____ даги ___ рақамли тарқатиш баённомаси реестри)

Ф.Г. Назиров

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор, академик

А.Х. Бабаджанов

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

Р.А. Ибадов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, демографик тадқиқотлар таҳлили натижасида простата беши хавфсиз гиперплазиясининг (ПБХГ) ижтимоий аҳамияти ва долзарблиги, дунё аҳолисининг 60 ёшдан ошган одамлар ҳисобига прогрессив ўсиши туфайли, ортиб бориши таъкидланмоқда. Америка урологик ассоциацияси (AUA) томонидан таърифланганидек, ПБХГ простата безининг ўтиш зонасида силлиқ мушаклар ва эпителий хужайраларининг пролиферациясини тавсифловчи гистологик ташхисдир. «Ўтиш зонаси бутун простата безининг тахминан 5% ни ташкил қилади ва уретранинг проксимал қисмини ўраб олади. Бу зона эркак кишининг бутун ҳаёти давомида доимий ўсиш билан тавсифланади»¹. Лекин энг фаол ўсиши ёши катта эркакларда руй беради. «Клиник жиҳатдан ПБХГ мавжудлиги пастки сийдик йўллари симптомлари (ПСЙС) ривожланиши билан чамбарчас боғлиқ, бу эса беморлар ҳаёт сифатини пасайишига олиб келади»². Шу нуқтаи назардан, ташриҳдан кейинги асоратларни кечиш оғирлиги ва прогностик аҳамиятига кўра тизимлаштириш имкониятига эътибор берган ҳолда ПБХГ да анъанавий ва кам инвазив жарроҳлик аралашувларининг самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш масалалари соғлиқни сақлаш амалиёти учун долзарб бўлиб қолмоқда.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда бир қатор мақсадли илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда, улар орасида янги антимускарин дориларни, бета-3-адренорецепторлар агонистларини, 5-типдаги фосфодиэстераза ингибиторларини ёки ушбу дорилардан бири билан таққослаш учун фаол дори сифатида комбинацияланган терапияни ўрганишга оид рандомизациялашган назоратли тадқиқотлар энг долзарб бўлиб қолмоқда. ПБХГ ва ПСЙСнинг патофизиологик ва бир нечта уродинамик паттернларни ўз ичига олувчи (ирритатив ва обструктив симптомлар, сийдик пуфагининг сиғими, детрузорнинг гиперфаоллиги) энг муҳим клиник жиҳатлари, сийдик пуфаги ва уротелийнинг ультраструктурасидаги ўзгаришлар, адренергик ва холинергик тизимларнинг рецепторлари ҳолати, сийдик пуфаги бўйинчаси ва простата безининг ишемияси муҳокама қилинмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлашни ривожлантиришнинг ҳозирги босқичида сурункали урологик касалликларга чалинган беморларни профилактиканинг, консерватив ва хирургик даволашнинг замонавий тамойилларини жорий этиш орқали даволаш натижаларини яхшилаш бўйича кўплаб чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган³. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, ПБХГни хирургик даволаш

¹ Lokeshwar SD, Harper VT, Webb E, Jordan A, Dykes TA, Neal DE Jr, Terris MK, Klaassen Z. Epidemiology and treatment modalities for the management of benign prostatic hyperplasia. *Transl Androl Urol.* 2019 Oct;8(5):529-539.

² EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60 сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

усулини танлашни оптималлаштириш ва ташрихларнинг янги усуллари жорий этиш, ушбу патологиянинг юқори тиббий-ижтимоий аҳамияти сабаб, оператив урологиянинг, ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон «Хирургия хизматини трансморфация қилиш, ҳудудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлар 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. Тадқиқот иши республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Урология ривожланишининг ҳозирги даври ПТУР, простата безининг анатомик эндоскопик энуклеацияси (ПАЭЭ) усуллариининг самарадорлигини ва хавфсизлигини баҳолаш муаммоларининг акцентуацияси билан тавсифланади. Бир қатор тадқиқотлар ПТУРни HoLEP билан солиштиришга бағишланган. Шундай қилиб, Qian X. ва бошқ. (2017) маълумотларига кўра биполяр ПТУР ва HoLEP муолажалари хавфсиз ва беморларда ПСЙСни бартараф этишда бир хил даражада самаралидир⁴. Монополяр ПТУР ва HoLEPни солиштирадиган тадқиқотда, ўхшаш операциядан кейинги натижалар қайд этилган. ПТУР гуруҳида операция вақти қисқароқ бўлса-да, HoLEP юқори клиник самарадорлик ва гемотрансфузиялар сонининг камлиги, шунингдек, катетеризация ва шифохонада бўлиш давомийлиги қисқалиги туфайли юқори хавфсизлик кўрсаткичига эга⁵. HoLEPни ОПАЭ билан таққослайдиган мета-таҳлиллар иккала усулларнинг ўхшаш самарадорлиги таъкидланган. Операция вақтининг узунлиги ва резекция қилинган тўқималарнинг кичик ҳажмига қарамай, HoLEP сезиларли даражада камроқ қон кетиши ва катетерлаш ҳамда шифохонада бўлиш вақтларининг қисқалиги билан тавсифланади⁶. Учала усулларни (ОПАЭ, ПТУР ва HoLEP) таҳлил этувчи тадқиқотлар ҳам мавжуд - масалан, хитойлик

⁴ Qian X, Liu H, Xu D, Xu L, Huang F, He W, Qi J, Zhu Y, Xu D. Functional outcomes and complications following B-TURP versus HoLEP for the treatment of benign prostatic hyperplasia: a review of the literature and Meta-analysis. Aging Male. 2017 Sep;20(3):184-191.

⁵ Li S, Zeng XT, Ruan XL, Weng H, Liu TZ, Wang X, Zhang C, Meng Z, Wang XH. Holmium laser enucleation versus transurethral resection in patients with benign prostate hyperplasia: an updated systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. PLoS One. 2014 Jul 8;9(7):e101615.

⁶ Kuebker JM, Miller NL. Holmium Laser Enucleation of the Prostate: Patient Selection and Outcomes. Curr Urol Rep. 2017 Oct 19;18(12):96.

олимларнинг мета-таҳлилида HoLEP ва ОПАЭ солиштирганда операциядан кейинги асоратларнинг камлиги ва операциядан кейин беморларнинг тезроқ тикланиши туфайли HoLEPнинг афзалликлари кўрсатилган⁷. Кўпгина тадқиқотларнинг камчиликлари қуйидагилардан иборат эди: ASA бўйича аралашувнинг дастлабки хавфини ҳисобга олган ҳолда натижаларни таққосламаслик, шунингдек, операциядан кейинги асоратларни нотўғри тизимлаштириш ёки унинг йўқлиги. Clavien-Dindo (2004) бўйича операциядан кейинги асоратларни тизимлаштириш ва объектив баҳолаш учун мўлжалланган асоратлар таснифи Европа урологик жамияти томонидан мақуullanган ва урологик амалиётида ундан фойдаланиш даволаш натижаларини баҳолаш учун тавсия этилади⁸. Sagen E. ва бошқ. (2019) ПТУР асоратларини баҳолаш учун таснифлаш тизимини қўллаганлар, Yalçın S. ва бошқ. (2020) - HoLEP асоратларини баҳолаш учун^{9,10}. Бошқа муаллифлар, асоратларни тизимлаштирамасдан, HoLEP, ПТУР ва ОПАЭ натижаларини, шунингдек, плазмакинетику энуклеацияни простата безининг голмийли энуклеацияси билан таққослаганлар^{11,12}.

Ўтказилган адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, ПБХГ ни жарроҳлик даволашнинг тактик жиҳатларини такомиллаштириш масалалари замонавий урологиянинг ҳал этилмаган муаммолари бўлиб қолмоқда. Шундай қилиб, гиперплазияга учраган тўқималарини олиб ташлангандан сўнг сийдик йулларини дренажлаш вақтини белгилаш мезонлари, гематурия интенсивлиги, гипертермия даражаси ва операциядан кейинги сийдик тута олмаслик муддати аниқланмаган. Clavien-Dindo таснифини шаблон ҳолда қўллаш, касалликнинг ўзига хос хусусиятларини ва жарроҳлик аралашувдан кўзланган мақсадни ҳисобга олмаган ҳолда асоратларни баҳолашнинг объективлигида ноаниқликларга олиб келади. Шу муносабат билан, ПБХГ ни жарроҳлик даволашнинг операциядан кейинги асоратларини объектив баҳолаш учун янада ишончли мезонларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш учун мақсадли тадқиқотлар зарур.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт марказининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ ПЗ-201709076-сон “Замонавий минимал инвазив технологиялардан фойдаланган

⁷ Zhao CB, Li JC, Yuan PQ, Hong YQ, Lu B, Zhao SC. [A meta-analysis of holmium laser enucleation of the prostate for benign prostatic hyperplasia]. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 2011 Dec;17(12):1112-20.

⁸ Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004 Aug;240(2):205-13.

⁹ Sagen E, Namnuan RO, Hedelin H, Nelzén O, Peeker R. The morbidity associated with a TURP procedure in routine clinical practice, as graded by the modified Clavien-Dindo system. *Scand J Urol*. 2019 Aug;53(4):240-245.

¹⁰ Yalçın S, Yılmaz S, Gazel E, Kaya E, Aydoğan TB, Aybal HÇ, Tunç L. Holmium laser enucleation of the prostate for the treatment of size-independent BPH: A single-center experience of 600 cases. *Turk J Urol*. 2020 Jan 17;46(3):219-225.

¹¹ R R. Schiavina, L. Bianchi, M. Giampaoli, et al. Holmium laser prostatectomy in a tertiary Italian center: A prospective cost analysis in comparison with bipolar TURP and open prostatectomy. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia* 2020; 92, 28 2. P.82-88.

¹² Patard PM, Roumiguie M, Sanson S, et al. Endoscopic enucleation for prostate larger than 60 mL: comparison between holmium laser enucleation and plasmakinetic enucleation. *World J Urol*. 2021;39(6):2011-2018.

ҳолда энг кенг тарқалган урологик касалликлар диагностикаси ва даволашини оптималлаштириш” лойиҳаси доирасида бажарилган (2018-2020 й.).

Тадқиқотнинг мақсади ташрихдан кейинги асоратларни тизимлаштириш орқали турли жарроҳлик усулларининг самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш йўли билан простата безининг хавфсиз гиперплазияси бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

хавфсиз простатик обструкция туфайли келиб чиқадиган пастки сийдик йўллари симптомлари клиник кечиши оғирлигининг ПБХГ ни хирургик даволаш муддатлари ва тактик жиҳатларига таъсирини аниқлаш;

ПБХГ ни хирургик даволашда ташрихдан кейинги даврни асоратсиз кечиши мезонларини ишлаб чиқиш ва Clavien-Dindo таснифини ташрихдан кейинги асоратларни баҳолаш учун мослаштириш;

ОПАЭнинг ташрих вақтидаги ва кейинги асоратлари хусусиятларини аниқлаш ва мослаштирилган Clavien-Dindo таснифи бўйича ташрихдан кейинги асоратларни тизимлаштириш;

ПТУРнинг ташрих вақтидаги ва кейинги асоратлари хусусиятларини аниқлаш ва мослаштирилган Clavien-Dindo таснифи бўйича ташрихдан кейинги асоратларни тизимлаштириш;

HoLERда ташрих вақтидаги ва кейинги асоратлар хусусиятларини аниқлаш ва мослаштирилган Clavien-Dindo таснифи бўйича ташрихдан кейинги асоратларни тизимлаштириш;

ташрихдан кейинги асоратларни тизимлаштириш натижаларини ҳисобга олган ҳолда ОПАЭ, ПТУР ва HoLER самарадорлигини қиёсий баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида ПБХГ билан касалланган 150 нафар беморлар олинган. Шулардан 110 нафари РШТЁИМ Самарқанд филиалида 2011-2019-йилларда (биринчи гуруҳ) ва 2018-2020 йилларда (иккинчи гуруҳ), 40 нафари эса (учинчи гуруҳ) 2018 йил давомида “РИУИАТМ” давлат муассасасида хирургик даволанган.

Тадқиқотнинг предмети простата беzi гиперплазиясини уч хил жарроҳлик даволаш усулларининг - очик аденомэктомия (ОПАЭ), трансуретрал резекция (ПТУР) ва простата безининг голмий лазерли энуклеацияси (HoLER) натижалари ҳамда уларнинг асоратларини тизимлаштириш нуқтаи назаридан солиштирма таҳлилидан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун умумий клиник, лаборатор, инструментал, махсус (урофлоуметрия) ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

маҳаллий ва тизимли асоратларнинг мураккаблигини ва прогностик қийматини верификациялашга қаратилган простата безининг хавфсиз гиперплазиясини хирургик даволашдан сўнг ташрихдан кейинги кечишининг оғирлигини баҳолашнинг патогномоник мезонлари аниқланган;

турли хил аралашувларнинг тактик ва техник камчиликларини аниқлашга имкон берувчи простата безининг хавфсиз гиперплазиясини хирургик даволаш

асоратларини тизимлаштиришнинг клиник аҳамияти очиб берилган;

простата безининг хавфсиз гиперплазияси ҳажми, клиник белгиларининг оғирлиги ва аралашув хавфи даражасини ҳисобга олишга асосланган хирургик даволашнинг қониқарсиз натижаси ривожланишининг прогностик хавф омиллари аниқланган;

очиқ аденомэктомиянинг самарадорлиги аралашув хавфининг нисбатан пастлигига қарамай, простата безининг ҳажмидан қатъи назар ташрихнинг юқори травматиклиги, ташрихдан кейинги асоратларнинг юқори частотаси ва оғирлиги билан ўзаро боғлиқлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

жарроҳлик аралашувлар сифатини объектив баҳолашга ва ташрихдан кейинги асоратларни тўғри таснифлашга имкон берувчи простата безининг хавфсиз гиперплазиясини жарроҳлик йўли билан даволашнинг операциядан кейинги асоратланмаган ва асоратланган кечишининг унификацияланган мезонлар ўртасидаги чегаралар аниқланган;

очиқ аденомэктомия, простата безининг трансуретрал резекцияси ва голмий лазерли энуклеациясининг ташрихдан кейинги хирургик асоратларини тизимлаштириш турли жарроҳлар гуруҳлари ҳамда марказлар ўртасида даволаш натижаларини солиштириш орқали асоратлар мониторингини ўтказиш имконини бериши аниқланган;

простата безининг хавфсиз гиперплазиясини жарроҳлик йўли билан даволашнинг простата безининг трансуретрал резекцияси ва голмий лазерли энуклеацияси каби кам инвазив усуллари оператив даволаш натижаларини яхшилаш, шу жумладан ASA бўйича аралашувнинг хавфи юқори бўлган беморларда ҳам, беморларнинг шифохонада бўлиш ҳамда реабилитация муддатларини қисқартириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш имконини бериши исботланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари ва замонавий ташхисот усулларида фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар ва статистик таҳлил тўпламлари тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижалар ва таклифлар назарий аҳамиятга эга бўлиб, ташрихдандан кейинги асоратларни тизимлаштириш ва турли хил жарроҳлик аралашувлар сифатини объектив баҳолаш орқали ушбу патологияни жарроҳлик йўли билан коррекциялаш сифатини яхшилашга, жарроҳлик усулини танлашга ва бўлиши мумкин бўлган ножўя оқибатларнинг олдини олишга имкон берувчи простата безининг хавфсиз гиперплазиясини жарроҳлик йўли билан даволашнинг ташрихдан кейинги асоратланган кечишининг патогномоник мезонлари тўғрисидаги мавжуд тушунчаларни кенгайтиришга муҳим ҳисса қўшиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, ўтказилган таҳлил простата безининг хавфсиз гиперплазиясини жарроҳлик йўли билан даволашнинг асоратларини тизимлаштиришнинг мақсадга мувофиқлиги ва

клиник аҳамиятини асослашга, бу эса турли хил жарроҳлик усулларининг афзалликлари ва камчиликларини аниқлашга ва простата безининг ҳажмини ҳамда аралашув хавфи даражасини ҳисобга олган ҳолда даволаш усулини танлашни оптималлаштиришга, асоратларни камайтириш ва ушбу турдаги патология билан беморларни даволашнинг иқтисодий харажатларини камайтиришга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Простата безининг хавфсиз гиперплазиясини жарроҳлик йўли билан даволаш тактикасини оптималлаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Clavien-Dindo таснифини простата безининг хавфсиз гиперплазиясини жарроҳлик йўли билан даволаш усулларининг ташрихдан кейинги асоратларини баҳолашга мослаштириш» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 20 августдаги 08-24828-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар ташрихдан кейинги даврни асоратланмаган ва асоратланган кечишининг бошланиши ўртасидаги аниқ чегарани аниқлашга, бу эса простата безининг хавфсиз гиперплазиясини хирургик даволашнинг ташрихдан кейинги асоратларини тўғри тизимлаштиришга имкон берган;

«Асоратларни тизимлаштириш орқали простата безининг хавфсиз гиперплазиясини даволашнинг турли жарроҳлик усуллари самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 20 августдаги 08-24828-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар ташрихдан кейинги асоратларнинг учраши ва оғирлигини объектив баҳолаш, уларни тизимлаштириш ва простата безининг хавфсиз гиперплазиясини жарроҳлик йўли билан даволашда ҳар бир усулнинг самарадорлигини аниқлаш имконини берган;

простата безининг хавфсиз гиперплазиясини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, хусусан, “Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази” давлат муассасасига, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали урология бўлими ва СамДТУ урология кафедрасига, шунингдек, “Bionur-medservis” хусусий тиббиёт клиникаси фаолиятига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 20 августдаги 08-24828-сон маълумотномаси). Тадқиқот натижаларини жорий этиш ташрихдан кейинги асоратларни тизимлаштириш ва аралашувлар сифатини объектив баҳолаш ҳамда простата гиперплазиясини жарроҳлик йўли билан олиб ташлашнинг кам инвазив эндоскопик трансуретрал усуллари учун оптимал кўрсатмаларни ишлаб чиқиш орқали беморларнинг шифохонада бўлиш муддатини қисқартириш, сийдик чиқариш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш орқали даволаш самарадорлигини ошириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та ҳалқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 15 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси

Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар 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, учта боб, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация ишининг долзарблиги ва зарурлиги, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, тадқиқот натижаларининг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти келтирилган, тадқиқот натижаларининг апробацияси ва чоп этилган илмий ишлар, диссертациянинг ҳажми ва таркиби тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **биринчи бобида** адабиёт маълумотларининг шарҳи келтирилган. ПБХГ эпидемиологияси, диагностикаси, шунингдек, ривожланиш ва шаклланишининг тарихий босқичлари бўйича жорий маълумотларни таҳлил қилади жарроҳлик даволашнинг турли усуллари. Турли хил оператив аралашувларнинг ижобий ва салбий томонлари ёритилган, уларнинг кейинги ечимини талаб қиладиган долзарб масалалар ўрганилган.

Диссертациянинг **“Клиник материалнинг умумий тавсифи ва қўлланилган тадқиқот усуллари”** деб номланган иккинчи бобида диссертациясида материаллар ва тадқиқот усуллари, шу жумладан клиник материалнинг умумий тавсифи келтирилган. Очик простата аденомэктомияси, простата безининг трансуретрал резекцияси ва простата безининг голмий лазерли энуклеациясини бажариш техникаси батафсил тавсифланган.

Ретро- ва проспектив тарзда 150 нафар эркакларда простата безининг хавфсиз гиперплазиясини жарроҳлик йул билан даволаш натижалари ўрганилди. Амалга оширилган жарроҳлик даволаш усулига асосан беморлар учта гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳ 60 (40%) нафар беморлардан иборат бўлиб, уларга очик (анъанавий) простата аденомэктомияси (ОПАЭ) бажарилиб, гемостаз олиб ташланган простата аденомасининг ўрнини тампонлаш билан ўтказилган. Беморларнинг ўртача ёши $72,0 \pm 0,9$ ёшни ташкил этди. Иккинчи гуруҳдаги 50 (33%) беморларга простата безининг трансуретрал моно- ва биполяр электрорезекцияси ўтказилган. Беморларнинг ўртача ёши $67,5 \pm 1,1$ йил эди. Учинчи гуруҳ простата безининг голмий лазерли энуклеацияси (HoLEP) ўтказилган 40 (27%) беморлардан иборат эди. Ушбу гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $65,0 \pm 1,1$ ёшни ташкил этди.

Биринчи гуруҳдаги беморларга жарроҳлик амалиётлари Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиалида 2011-2018-йилларда ўтказилган. Иккинчи гуруҳ беморларининг бир қисмига 2018-2020-йилларда ўшбу марказда монополяр ПТУР, иккинчи қисмига эса Самарқанд шаҳридаги хусусий клиникада биполяр ПТУР ўтказилган. Учинчи гуруҳ беморлари 2018-йил давомида янги HoLEP жарроҳлик техникасини жорий этиш даврида РИУИАТМ да операция қилинган.

Уч гуруҳдаги беморлар операциядан олдинги босқичда ҳам, операциядан

кейинги даврда ҳам комплекс физикал, инструментал-лаборатор ва уродинамик текширувдан ўтказилган.

Жарроҳлик даволашнинг самарадорлиги IPSS, QoL (балл қанча паст бўлса, аломатлар камроқ ифодаланган бўлади), Qmax (сийдик оқимининг максимал тезлиги), Vпр. (простата ҳажми) ва PVR (қолдиқ сийдик ҳажми) асосида баҳоланган. Барча кўрсаткичлар операциядан олдин, шунингдек, операциядан кейин 2 ҳафта, 1 ой, 3 ой ва 6 ой ўтгач аниқланган. Учта гуруҳдаги беморларнинг операциядан олдинги кўрсаткичлари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал.

Беморларнинг операциядан олдинги кўрсаткичлари, n=150

№	Кўрсаткич	ОПАЭ (n=60)	ПТУР (n=50)	НоLEP (n=40)
1.	IPSS	28,3±0,3	25,1±0,5	24,7±0,6
2.	QoL	4,75±0,1	4,6±0,1	4,5±0,1
3.	Qmax	6,6±0,3	6,9±0,3	10,9±1,1
4.	Vпр.	90,4±3,1	72,7±3,0	91,0±3,8
5.	PVR	246,2±28,9	203,3±37,7	77,2±15,8

Эслатма: IPSS - (International Prostate Symptom Score) - Халқаро простата симптомларини баҳолаш шкаласи; QoL (Quality of Life) - ҳаёт сифати шкаласи; Qmax - сийдик оқимининг максимал тезлиги; Vпр. - простата ҳажми; PVR – (Post-void residual urine) - қолдиқ сийдик ҳажми.

Операциядан кейинги асоратларни ва аралашув сифатини объектив баҳолаш учун биз модификацияланган Clavien-Dindo (2004) таснифидан фойдаландик.

Диссертациянинг учинчи бобида **“Простата безининг хавфсиз гиперплазияси жарроҳлигида операциядан кейинги асоратларни тизимлаштириш”** простата безининг очик аденомэктомияси, трансуретрал резекцияси ва голмий лазерли энуклеацияси натижалари таҳлил қилинди ва баҳоланди. Тадқиқотнинг биринчи вазифасининг ечимини топиш учун ўтказилган таҳлил шуни кўрсатдики, ПБХГ ни жарроҳлик даволашнинг асосий босқичини амалга оширилиши детрузорнинг қисқарувчанлик қобилятига боғлиқ бўлиб, 25,3% ҳолларда беморларга даволашнинг биринчи босқичи сифатида ПК цистостомия ўтказилган. Шу билан бирга, беморларнинг 95,3 фоизида ПСЙС нинг кўринишлари оғир (IPSS бўйича 20 балл ёки ундан ортиқ), ҳаёт сифати паст деб баҳоланди, бу жарроҳлик йўл билан даволаш учун абсолют кўрсатма бўлиб хизмат қилди. ПСЙС нинг кўринишлари ўртача оғирликда бўлган қолган 4,7% беморларда (IPSS бўйича 18,1±0,4 балл) жарроҳлик йўл билан даволашга кўрсатма дори терапиясининг доимий рефрактерлиги ва прогрессив патология фонида ҳаёт сифатининг пастлиги эди.

Кейинги бўлимда ПБХГ ни жарроҳлик даволашнинг операциядан кейинги асоратларини баҳолаш учун Clavien-Dindo таснифи мослаштирилган. Бунинг учун бизнинг клиникаларимизнинг ПБХГ ни жарроҳлик йўл билан даволаш ва беморларни операциядан кейинги даволаш бўйича кўп йиллик тажрибасига асосланиб, биз операциядан кейинги асоратланмаган кечиш учун мезонларни яратдик (2-жадвал).

ПБХГни жарроҳлик даволашда операциядан кейинги асоратланмаган кечиши мезонлари

<ul style="list-style-type: none"> - уретрал катетери ва/ёки цистостома орқали ажраладиган сийдикни қон билан бироз (интенсив бўлмаган) бўялиши, қон лахталари ҳосил бўлмайди, дренажлар функциялари бузилмайди ва қўшимча инфузион (1 литрдан ортик), диуретик терапияни ва гемостатик воситаларнинг тайинланиши талаб қилинмайди; - операциядан кейин 36 соатгача сийдик пуфагини доимий равишда томчилатиб ювиш; - беморнинг тана ҳароратининг 48 соатдан кўп бўлмаган вақт давомида варажасиз 37,9 °С гача кўтарилиши, шунингдек антипиретик, инфузион терапияни (1 литрдан ортик) талаб қилинмаслиги; - операция давомида ўрнатилган гемостатик уретрал катетерни 12 дан 72 соатгача (жарроҳ кўрсатмаси бўйича), сийдик йўлларида инфекция-яллиғланиш жараёни ривожлантирмасдан ва қўшимча аралашувни талаб қилмасдан, бўлиши; - операциядан кейин 5 кунгача цистостомик дренажининг бўлиши; - сийдик йўллари инфекцияси бўлмаган ҳолда вақтинчалик, 1 ойгача, сийдикни тута олмаслик.

Ушбу мезонларга асосланиб, биз операциядан кейинги даврнинг асоратланмаган кечиши асоратланган ҳолатга айланиши мумкин бўлган чегарасини аниқладик. Шу билан бирга, биз асоратларнинг оғирлигини, шунингдек уларни бартараф этиш учун талаб қилиниши мумкин бўлган қўшимча консерватив ва инвазив аралашувларни ҳисобга олдик, уларни Clavien-Dindo таснифининг 5 та даражаларининг ҳар бирининг маъноси ва мантиғига мослаштирдик.

Объектив тизимлаштириш учун ПБХГни жарроҳлик даволаш усулларининг барча операциядан кейинги асоратлари муҳим ва аҳамиятсиз турларига бўлинган.

Аҳамиятли асоратлар - бу ўз вақтида аниқланмаса ва бартараф этилмаса, янада оғирроқ оқибатларга олиб келиши ёки енгилдан оғирроқ даражага ўтиши мумкин бўлган операциядан кейинги асоратлар.

Аҳамиятсиз асоратлар - бу одатда енгил оғирликдаги операциядан кейинги асоратлар бўлиб, бемор учун оқибатларсиз ўтади ва узок муддатли фармакотерапия ва (ёки) бошқа чораларни қўллашни талаб қилмайди.

Кейинги бўлимда ОПАЭ ўтказилган биринчи гуруҳ беморларининг операция вақтидаги ва операциядан кейинги даври таҳлил қилинган. Операциядан кейинги даврда 154 та (256,6%) операциядан кейинги нормал кечишдан четга чиқиш ҳолатлари аниқланиб, улар асорат сифатида баҳоланди. Операциядан кейинги ётоқ куни $8,6 \pm 0,3$ кунни ташкил этди. 60 беморнинг барчасида (100%) турли даражадаги асоратлар аниқланган эди.

I даража асоратлари 89 (57,8%) ҳолатда, II даража асоратлари - 48 (31,2%) ҳолатда, IIIа даража асоратлари 9 (5,8%) ҳолатда, IIIб даража асоратлари - 3 (1,95%) ҳолатда, IVа даража асоратлари - 3 (1,95%) ҳолатда аниқланган, V даража асоратлари (беморнинг ўлими) 154 та асоратлардан 2 (1,3%) ҳолатда қайд этилган. Операциядан кейинги 154 та асоратлар таркибида 102 (170,0%) ҳолатда асоратлар аҳамиятсиз деб баҳоланди, 52 (86,7%) ҳолатда аҳамиятли асоратлар

аниқланди. Ушбу асоратлар гуруҳи мумкин бўлган ва тактик турларга бўлинган. 52 та аҳамиятли асоратлардан 31 таси (51,7%) мумкин бўлган ва 21 таси (35%) тактик эди (3-жадвал).

3-жадвал

Ривожланиш омили бўйича ОПАЭ дан (n=52) кейин аҳамиятли асоратларнинг тақсимланиши

№	Асорат	Мумкин бўлган асорат		Тактик			
				Операция вақтида		Операциядан кейин	
1	Яра инфекцияси					2	3,3%
2	Сийдикнинг қон билан интенсив бўйлиши	15	25,0%				
3	Қон қуйишни талаб қиладиган қон кетиш	4	6,7%				
4	Сийдик чиқариш йўлларида инфекция-яллиғланиш жараёнларининг ривожланиши					6	10,0%
5	Цистостома атрофидан сийдикнинг 2 кундан ортиқ ажралиши			1	1,7%	2	3,3%
6	Ёрғоқда сийдикнинг тўпланиши			1	1,7%		
7	Қўшимча сурункали касалликларнинг зўрайиши	6	10,0%				
8	Цистостома олиб ташлангандан кейин, уретрал катетер билан рекатетеризацияни талаб қиладиган цистостомик оқмадан сийдикнинг ажралиши			1	1,7%		
9	Қовуқ ва дренаж найларни ювишини талаб қиладиган қон лахталари туфайли инфравезикал обструкция	1	1,7%			1	1,7%
10	Дренаж репозициясини ҳамда қовуқни ва ва дренаж найларини ювишни талаб қиладиган ишламайдиган цистостома			1	1,7%		
11	Рецистостомияни талаб қиладиган дренажнинг қисман обструкцияси					1	1,7%
12	Қовуқ тампонадаси			2	3,3%		
13	Орка уретранинг торайиши			2	3,3%		
14	Қовуқ бўйинчаси склерози					1	1,7%
15	Беморнинг РИТБ да қолишини талаб қиладиган юрак-қон томир етишмовчилиги	2	3,3%				
16	Ишемик инсультнинг ривожланиши	1	1,7%				
17	Беморнинг ўлими	2	3,3%				
	Жами	31	51,7%	8	13,3%	13	21,7%

Беморлар сонига кўра, ОПАЭдан кейин 100,0% ҳолларда асоратлар ривожланиши кузатилган, 35% (60 бемордан 21) ҳолларда аҳамиятли асоратлар аниқланган, қолган 65% беморларда (39) аҳамиятсиз асоратлар аниқланган. Ўз навбатида, 1 беморга ўртача $2,5 \pm 0,23$ асоратлар тўғри келган. 20 та (33,3%) беморда 1 тадан, 19 та (31,7%) 2 тадан ва 21 (35%) беморда 3 тадан асорат аниқланган.

ОПАЭ дан 2 ҳафта, 1, 3 ва 6 ойдан кейин динамикада беморларнинг ҳаёт сифати ва сийиш натижаларини таҳлил қилиш куйидаги тасвирни кўрсатди (4-жадвал).

4-жадвал

ОПАЭ муолажаси ўтказилган ПБХГ билан касалланган беморларни даволаш самарадорлиги (n=58)

№	Кўрсаткич	Операциядан олдин	Операциядан 2 ҳафта ўтгач	Операциядан 1 ой ўтгач	Операциядан 3 ой ўтгач	Операциядан 6 ой ўтгач
1.	IPSS	28,3±0,3	7,8±0,2*	7,5±0,1*	6,6±0,2*	5,7±0,1*
2.	QoL	4,75±0,1	3,5±0,06*	3,05±0,05*	2,1±0,04*	1,9±0,05*
3.	Qmax	6,6±0,3	17,3±0,2*	19,8±0,2*	20,4±0,3*	21,3±0,3*
4.	Vпр.	90,4±3,1	28,2±0,6*	27,4±0,7*	25,7±0,7*	24,6±0,6*
5.	PVR	246,2±28,9	25,8±3,1*	23,9±2,2*	20,2±1,7*	15,0±1,45*

Эслатма: *p < 0,05 операциядан олдинги даврга нисбатан

Кейинги бўлимда ПТУР ўтказилган II гуруҳ беморларининг операция вақтидаги ва операциядан кейинги даври таҳлил қилинган. Операциядан кейинги давр таҳлили шуни кўрсатдики, 50 беморда операциядан кейинги нормал даврдан четга чиқишларнинг 41 (82,0%) ҳолати қайд этилган. Операциядан кейинги ётоқ куни 3,3±0,2 кунни ташкил этди. 41 та ҳолатдан I даража асоратлари 16 (39%) ҳолатда кузатилган, II даража асоратлари - 17 (41,5%) ҳолатда, III даража асоратлари 1 (2,4%) ҳолатда, IIIb даража асоратлари 7 (17,1%) ҳолатда аниқланган. IVa, IVb ва V даража асоратлари қайд этилмаган.

ПТУРдан кейинги беморларнинг сонига кўра, 56% ҳолларда асоратлар ривожланиши қайд этилган, 32% ҳолларда (50 бемордан 16 тасида) аҳамиятли асоратлар аниқланган, қолган 24% беморларда (12) аҳамиятсиз асоратлар кузатилган. Ўз навбатида 1 беморга ўртача 0,8±0,13 асорат тўғри келган (5-жадвал).

5-жадвал

Ривожланиш омили бўйича ПТУР (n=25) дан кейин аҳамиятли асоратларнинг тақсимланиши

№	Асорат	Мумкин бўлган асоратлар		Тактик			
		абс.	%	Операция вақтида		Операциядан кейин	
				абс.	%	абс.	%
1	Цистостоманинг 5 кундан ортиқ қолиши					1	2,0%
2	Катетерлар орқали ажралаётган сийдикнинг қон билан интенсив бўйлиши	10	20,0%				
3	Қон қуйишни талаб қиладиган қон кетиш	2	4,0%				
4	Сийдик чиқариш йўлларида инфекциялликларнинг жараёнларининг ривожланиши					4	8,0%
5	Цистостома олиб ташлангандан кейин, уретрал катетер билан рекатетеризацияни талаб қиладиган цистостомик окмадан сийдикнинг ажралиши					1	2,0%
6	Қовуқ тампонадаси			1	2,0%	2	4,0%
7	Орқа уретранинг торайиши			1	2,0%	1	2,0%
8	Қўвуқ бўйинчаси склерози			2	4,0%		
9	Жами	12	24,0%	4	8,0%	9	18,0%

Аҳамиятли асоратлар орасида 12 (24,0%) мумкин бўлган ва 13 (26%) тактик

асоратлар эди. Асоратсиз беморлар 22 (44%) тани ташкил қилган, 19 (38%) беморда 1 тадан, 5 беморда (10%) 2 тадан ва 4 (8%) беморда 3 тадан асорат аниқланган.

ПТУРдан 2 ҳафта, 1, 3 ва 6 ойдан кейин динамикада беморларнинг ҳаёт сифати ва сийиш натижаларини таҳлил қилиш қуйидаги тасвирни кўрсатди (6-жадвал).

6-жадвал

ПТУР ўтказилган ПБХГ билан оғриган беморларни даволаш самарадорлиги

№	Кўрсаткич	Операциядан олдин	Операциядан 2 ҳафта ўтгач	Операциядан 1 ой ўтгач	Операциядан 3 ой ўтгач	Операциядан 6 ой ўтгач
1.	IPSS	25,1±0,5	12,3±0,4	10,6±0,35*	7,8±0,1*	6,2±0,2*
2.	QoL	4,6±0,1	4,2±0,1*	3,98±0,1*	3,1±0,05*	2,1±0,04*
3.	Qmax	6,9±0,3	15,3±0,2*	17,9±0,2*	19,5±0,2*	20,3±0,2*
4.	Vпр.	72,7±3,0	32,0±0,7*	30,0±0,8*	28,1±0,7*	26,7±0,6*
5.	PVR	203,3±37,7	30,1±2,1*	28,2±2,65*	22,3±1,7*	17,9±1,4*

Эслатма: * $p < 0,05$ операциядан олдинги даврга нисбатан

Кейинги бўлимда HoLEP ўтказилган III гуруҳ беморларининг операция вақтидаги ва операциядан кейинги даври таҳлил қилинган. Операциядан кейинги давр таҳлили шуни кўрсатдики, 40 бемор орасида 20 беморда (50%) операциядан кейинги нормал даврдан жами 28 та (70%) четга чиқиш ҳолатлари кузатилган.

20 (50%) беморлар асоратсиз эди. Беморларнинг 30% да (12) аҳамиятли асоратлар, 20% да (8) аҳамиятсиз. 16 та аҳамиятли асоратлардан 5 таси (12,5%) мумкин бўлган ва 11 (27,5%) таси тактик асоратлар эди (7-жадвал). Жами 14 (35%) беморда 1 тадан, 4 та (10%) беморда 2 тадан ва 2 та (5%) беморларда 3 тадан асоратлар бор эди. Операциядан кейинги ётоқ куни $3,8 \pm 0,2$ кунни ташкил этди.

7-жадвал

Ривожланиш омили бўйича HoLEP (n=16) дан кейин аҳамиятли асоратларнинг тақсимланиши

№	Асорат	Мумкин бўлган асорат		Тактик			
		абс.	%	Операция вақтида		Операциядан кейин	
				абс.	%	абс.	%
1	Катетерлар орқали ажралаётган сийдикнинг қон билан интенсив бўйлиши	3	7,5%				
2	Қон қуйишни талаб қиладиган қон кетиш	1	2,5%				
3	Сийдик чиқариш йўлларида инфекцияланиш жараёнларининг ривожланиши					8	20,0%
4	Такрорий ЎСТ ёки қийинчилик билан сийиш ҳолларда даволаш-диагностик уретроцистоскопиянинг ўтказилиши			1		1	2,5%
5	Эндоскопик гемостазни талаб қиладиган гастродуоденал қон кетиш	1	2,5%				
6	Қовуқ тампонадаси			1	2,5%		
7	Жами	5	12,5%	2	5,0%	9	22,5%

Амалга оширилган HoLEP жарроҳлик даволаш натижалари ва самарадорлигини таҳлили беморларнинг дастлабки икки гуруҳидай операциядан олдин, шунингдек, операциядан 2 ҳафта, 1, 3 ва 6 ой кейин аниқланган (8-жадвал).

8-жадвал

HoLEP ўтказилган ПБХГ билан оғриган беморларни даволаш самарадорлиги

№	Кўрсаткич	Операциядан олдин	Операциядан 2 ҳафта ўтгач	Операциядан 1 ой ўтгач	Операциядан 3 ой ўтгач	Операциядан 6 ой ўтгач
1.	IPSS	24,7±0,6	8,1±0,2*	7,6±0,2*	6,8±0,2*	5,9±0,2*
2.	QoL	4,5±0,1	3,6±0,08*	3,2±0,06*	2,3±0,08*	2,0±0,06*
3.	Qmax	10,7±1,1	16,3±0,6*	18,9±0,3*	20,05±0,4*	20,9±0,3*
4.	Vпр.	91,0±3,8	29,2±1,2*	28,1±1,0*	26,2±1,0*	25,4±0,9*
5.	PVR	77,2±15,8	28,1±3,4*	26,4±3,1*	21,0±3,3*	17,1±2,3*

*Эслатма: *p < 0,05 операциядан олдинги даврга нисбатан*

Шундай қилиб, янги HoLEP усули, ҳатто амалиётга киритилиши босқичида ҳам, ПБХГ билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашнинг кам травматик ва юқори самарали усули эканлиги аниқланди. Операциядан кейинги даврда қўшимча инвазив аралашувни талаб қиладиган асоратлар сони 4 (10,0%) ташкил этди, такрорий реконструктив аралашувлар зарурати билан қайта ИВО ривожланишига олиб келадиган узоқ муддатли асоратлар кузатилмаган, шунингдек операция барча 40 (100,0%) беморларда самарали бўлган.

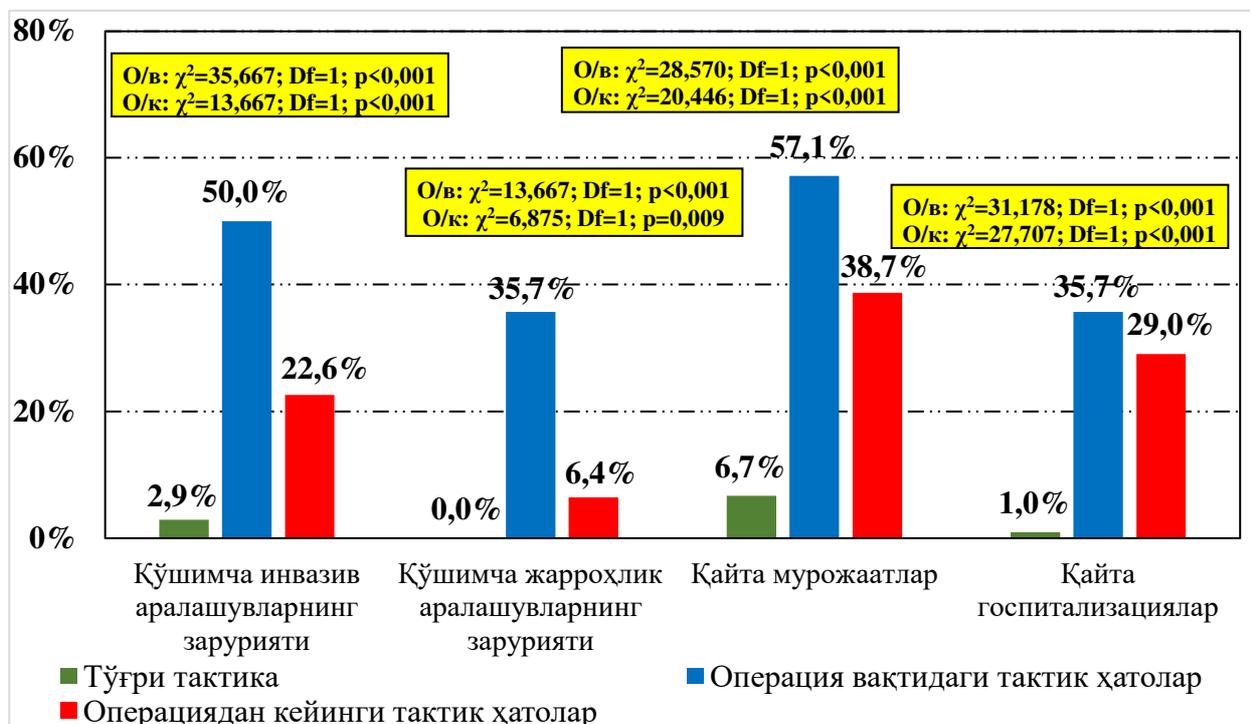
Диссертациянинг тўртинчи боби **“Простата безининг хавфсиз гиперплазияси жарроҳлигида операциядан кейинги асоратларнинг аҳамиятлигини структуравий таҳлили”** ПБХГда турли хилдаги жарроҳлик аралашувларнинг операциядан кейинги асоратларини аҳамиятлилигининг омилли таҳлиliga бағишланган.

ПБХГда операцияларнинг барча усулларида сўнг, турли хил асоратларнинг ривожланиши қайд этилди, ОПАЭдан кейин бу кўрсаткич 100% га этди, кам инвазив аралашувлар бу кўрсаткични 56% гача ПТУРда ва ва 50% гача HoLEPда туширди.

Мослаштирилган Clavien-Dindo таснифи бўйича асоратларни тизимлаштириш асоратланган операциядан кейинги кечишнинг клиник натижаси учун аҳамиятли бўлган специфик гуруҳларни ажратишга имкон берди, уларнинг улуши простата безининг очиқ аденомэктомиясида 35%, трансуретрал резекциясида 32% ва голмий лазерли энуклеациясида 30% эди. Бошқа ҳолларда, асоратлар аҳамиятсиз деб ҳисобланган ва шунга мос равишда уларни бартараф этиш учун қўшимча аралашувлар ўтказилмаган.

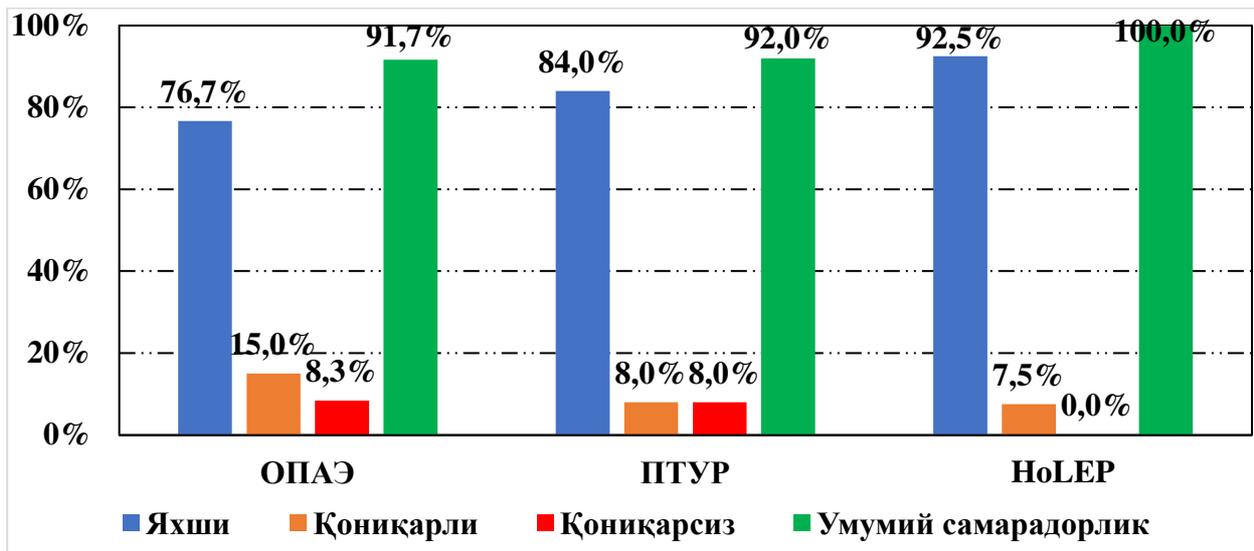
Тактик интраоперацион нуқсонлар фонида ПБХГ туфайли жарроҳликлардан сўнг юзага келган асоратлар бор-йўғи 14,3% ҳолларда консерватив тарзда ҳал қилинган, бу беморларнинг 50% да қўшимча инвазив аралашувларни амалга ошириш зарурати туғилган (2,9% - тўғри тактикада; $\chi^2=35,667$; Df=1; p<0,001), қолган 35,7% да эса қўшимча жарроҳлик аралашувлар ўтказилган (тўғри тактикада - 0; $\chi^2=39,145$; Df=1; p<0,001). Операциядан кейинги

тактик камчиликлар фонид асоратларни самарали консерватив бартараф этиш даражаси 71% ни ташкил этди, қўшимча инвазив аралашувлар улуши эса 22,6% ни ташкил этди ($\chi^2=13,667$; Df=1; $p<0,001$ - тўғри тактикага эга бўлган гуруҳга), ва қўшимча жарроҳлик аралашувлар - 6,4% ($\chi^2=6,875$; Df=1; $p=0,009$), аммо бу гуруҳ учун шифохона даврининг $4,2\pm 0,2$ дан $5,5\pm 0,3$ кунгача ($t=3,51$; $p<0,05$) узайтирилиши билан тавсифланган, асоратларни бартараф этиш учун узок муддатли реабилитация зарурлиги туфайли (1-расм).



1-Расм. ПБХГда барча операциялар самарадорлигига тактик хатолар таъсирининг умумий тақсимооти

ОПАЭ гуруҳида простата безининг ўртача ҳажми $90,4\pm 3,1$ см³ ва умумий самарадорлиги 91,7% (60 бемордан 55 тасида) бўлган, шунга мос равишда 5 (8,3%) ҳолатда операциянинг қониқарсиз натижаси (2 беморнинг ўлими ҳамда уретра ва қовуқ бўйинчасидаги фибросклеротик ўзгаришлар туфайли 3 та қўшимча жарроҳлик аралашувлари), 46 (76,7%) беморда яхши натижа қайд этилган бўлса, қониқарли натижа 9 (15,0%) беморда кузатилди, бу айнан турли хил тактик камчиликлар, шунингдек, уларнинг оқибатлари билан боғлиқ. ПТУР гуруҳида простата безининг ўртача ҳажми $72,7\pm 3,0$ см³, умумий самарадорлик 92% (50 бемордан 46 тасида) бўлган ва 4 (8%) ҳолатда операциянинг қониқарсиз натижаси (уретра ва қовуқ бўйинчасидаги фибросклеротик ўзгаришлар туфайли 4 та қўшимча жарроҳлик аралашувлари), 42 (84%) беморда яхши натижа, 4 тасида (8%) қониқарли натижа қайд этилди. НоLEP гуруҳида простата безининг ўртача ҳажми $91,0\pm 3,8$ см³ бўлган ва умумий самарадорлик 100% ни ташкил этган ҳолда, 37 (92,5%) беморда яхши натижа, 3 (7,5%) беморда қониқарли натижа қайд этилган, бу айнан турли хил тактик камчиликлар ва уларнинг оқибатлари билан боғлиқ (2-расм).



2-Расм. ПБХГда операциялар натижаларинининг тақсимланиши

Шундай қилиб, ПБХГ ни жарроҳлик даволашга мослаштирилган модификацияланган Clavien-Dindo таснифи операциядан кейинги асоратларни оғирлик даражаси ва прогностик қиймати бўйича объектив тизимлаштириш имкониятини берди. Шу билан бирга, бу тасниф ривожланган асоратларнинг ПБХГ да жарроҳлик аралашувлар натижаларига таъсирини батафсилроқ аниқлаш имконини берди.

ХУЛОСА

1. ПБХГ клиник кечишининг оғирлиги жарроҳлик даволашнинг тактик жиҳатлари ва давомийлигига таъсир қилади, шундай қилиб, агар абсолют кўрсатмалар бўйича (IPSS бўйича 20 ёки ундан юқори балл) беморларнинг 95,3% операция қилинган бўлса, қолган 4,7% ҳолларда (IPSS $18,1 \pm 0,4$ балл) сабаби прогрессивланувчи патология фонида медикаментоз даволашнинг турғун рефрактерлиги ва ҳаёт сифатининг пастлиги эди, ўз навбатида, 25,3% ҳолларда дастлабки босқич (перкутан цистостомия) зарурати аниқланди ва детрузорнинг қисқариш қобилиятини тиклаш радикал аралашув эҳтимолини 97,4% гача оширишга имкон берди, 2,6% эса коррекция қилиб бўлмайдиган детрузор гипоконтрактиллиги қайд этилди.

2. ПБХГни жарроҳлик даволашнинг операциядан кейинги асоратларини тўғри тизимлаштириш учун операциядан кейинги нормал (стандарт) кечиш мезонлари ишлаб чиқилган бўлиб, бу Clavien-Dindo таснифини мослаштириш ва операциядан кейинги асоратларнинг, уларни бартараф этиш учун зарур бўлган усулларни ҳисобга олган ҳолда, учраши ва оғирлигини объектив баҳолаш учун универсал воситани яратиш имконини берди.

3. Очиқ аденомэктомия 100% беморларда ($2,5 \pm 0,23$ асорат/беморга) турли даражадаги асоратлар ривожланиши билан ПБХГни жарроҳлик даволашнинг анча травматик усули ҳисобланади. Шу билан бирга, аҳамиятли оқибатларнинг ривожланишига олиб келган тактик камчиликларнинг учраши 35% ни ташкил этди, шундан 13,3% ҳолларда операция вақтидаги омиллар, 21,7% ҳолларда

операциядан кейинги омиллар аниқланган, бу шифохонада бўлиш муддатини $6,4 \pm 0,3$ кундан (тўғри тактикада) $9,2 \pm 0,3$ кунгача ($p < 0,05$) узайтиришга олиб келди, шунингдек, беморларнинг $13,3$ фоизида операциядан кейинги эрта даврда қайта шифохонага ётқизиш ҳамда 5% ҳолларда уретра ва қовуқ бўйинчасининг кеч фибросклеротик асоратлари туфайли қўшимча жарроҳлик аралашувлар заруратини тўғдирди.

4. ПТУР - беморларнинг 56 фоизида турли даражадаги асоратлар ривожланиши билан ПБХГ билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашнинг нисбатан паст травматик усули ($0,8 \pm 0,13$ асоратлар/беморга) ҳисобланади. Шу билан бирга, аҳамиятли оқибатларнинг ривожланишига олиб келган тактик камчиликларнинг учраши 26% ни ташкил этди, улардан 8% операция вақтидаги омиллар, 18% ҳолларда операциядан кейинги омиллар аниқланган, бу эса шифохонада бўлиш муддатини $2,95 \pm 0,2$ кундан (тўғри тактикада) $4,0 \pm 0,3$ кунгача ($p < 0,05$) узайтиришга олиб келди, шунингдек, 6% да операциядан кейинги эрта даврда қайта шифохонага ётқизиш ҳамда уретра ва қовуқ бўйинчасининг кеч фибросклеротик асоратлари туфайли қўшимча жарроҳлик аралашувлар - 8% ҳолларда.

5. Простата безининг трансуретрал голмий лазерли энуклеацияси ПБХГ билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашнинг энг кам травматик ва юқори самарали усули эканлиги аниқланди, бунда аҳамиятли асоратларнинг учраши 30% ни ташкил этди, улар таркибида 10% ҳолларда қайта инвазив аралашувлар талаб қилинган, аммо ИВО нинг такрорланишига олиб келадиган кеч асоратлар бўлмаган, шунингдек, операция самарадорлиги 100% ни ташкил этган.

6. ПБХГда операцияларнинг барча усулларида сўнг, турли хил асоратларнинг ривожланиши қайд этилган. Шунда ОПАЭдан кейин ушбу кўрсаткич 100% га етган бўлса, кам инвазив аралашувларни амалга ошириш бу кўрсаткични ПТУР да 56% гача ва HoLER да 50% гача камайтирди. Мослаштирилган Clavien-Dindo таснифи бўйича асоратларни тизимлаштириш операциядан кейинги асоратланган кечишнинг клиник натижаси учун аҳамиятли бўлган специфик гуруҳларни аниқлашга имкон берди, уларнинг нисбати мос равишда 35% , 32% ва 30% ни ташкил этди.

7. Операциядан кейинги асоратларни тавсия этилган тизимлаштириш нафақат уларни, баргараф этиш учун зарур бўлган усулларни ҳисобга олган ҳолда, оғирлик даражаси бўйича объектив тарзда тақсимлашга, балки уларнинг ПБХГ да аралашув натижаларига таъсирини аниқлашга имкон берди. Шунда, ОПАЭ умумий самарадорлиги $91,7\%$, ПТУР - 92% ва HoLER - 100% ни ташкил этган бўлса, тактик камчиликлар фонида юзага келган асоратлар мос равишда беморларнинг 15% , 8% ва $7,5\%$ да қониқарли натижага эришишга олиб келди, бу эса яхши натижалар улушини $76,7\%$, 84% ва $92,5\%$ га қисқартирди.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПРИ НАУЧНОМ СОВЕТЕ
DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА
В.ВАХИДОВА ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

ГАФАРОВ РУШЕН РЕФАТОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

14.00.31 – Урология

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

ТАШКЕНТ-2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2020.2.PhD/Tib1344.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.
Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.rscs.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziynet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель

Гиясов Шухрат Искандарович
доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты:

Кариев Саидахор Саидасланович
доктор медицинских наук, доцент

Ахмедов Рустам Носирович
доктор медицинских наук

Ведущая организация:

Андижанский государственный медицинский институт

Защита состоится «___» _____ 2022 г. в ___ часов на заседании разового Научного совета при Научном совете DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули,10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за № 143). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2022 года.
(реестр протокола рассылки №___ от _____ 2022 года).

Ф.Г. Назиров

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор, академик

А.Х. Бабаджанов

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Р.А. Ибадов

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. По данным Всемирной организации здравоохранения, в результате анализа демографических исследований подчеркивается возрастающая социальная значимость и актуальность доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в связи с прогрессирующим увеличением населения планеты за счет лиц старше 60 лет. ДГПЖ по определению Американской урологической ассоциации (AUA) является гистологическим диагнозом, характеризующим пролиферацию гладкомышечных и эпителиальных клеток в переходной зоне предстательной железы. «Переходная зона составляет около 5% всей простаты и окружает проксимальный отдел уретры. Эта зона характеризуется постоянным ростом на протяжении всей жизни мужчины»¹. При этом наиболее выраженное увеличение простаты происходит у пожилых мужчин. «Клинически наличие ДГПЖ тесно связано с развитием симптомов нижних мочевых путей (СНМП), которые приводят к снижению качества жизни пациентов»². На этом фоне актуальными для практического здравоохранения остаются вопросы по оценке эффективности и безопасности традиционных и малоинвазивных хирургических вмешательств при ДГПЖ с акцентом на возможность систематизации послеоперационных осложнений по тяжести течения и прогностическому значению.

В мировой практике в настоящее время осуществляется целый ряд целевых научных исследований, среди которых наиболее актуальными остаются рандомизированные контролируемые испытания новых антимускариновых препаратов, агонистов бета-3-адренорецепторов, ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа или комбинированной терапии с одним из этих препаратов в качестве активного препарата сравнения, рассматриваются патофизиологические и наиболее важные клинические аспекты ДГПЖ, СНМП, включающие несколько уродинамических паттернов (ирритативные и обструктивные симптомы, ёмкость мочевого пузыря, гиперактивность детрузора), изменения ультраструктуры уротелия и мочевого пузыря, рецепторный статус адренергической и холинергической системы, ишемию шейки мочевого пузыря и предстательной железы.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов лечения пациентов с хроническими урологическими заболеваниями и состояниями за счет внедрения современных принципов профилактики, консервативного и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских

¹ Lokeshwar SD, Harper BT, Webb E, Jordan A, Dykes TA, Neal DE Jr, Terris MK, Klaassen Z. Epidemiology and treatment modalities for the management of benign prostatic hyperplasia. *Transl Androl Urol.* 2019 Oct;8(5):529-539.

² EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.

услуг³. Реализация данных задач, в том числе, оптимизация выбора метода хирургического лечения ДГПЖ и внедрения новых способов операций, является одним из актуальных направлений оперативной урологии и медицины в целом, ввиду высокой клинической и социальной значимости данной патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года и «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике» за №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Настоящий период развития урологии характеризуется акцентуацией на проблемах оценки эффективности и безопасности трансуретральной резекции простаты (ТУРП), методов анатомической эндоскопической энуклеации простаты (АЭЭП). Ряд исследований посвящено сравнению ТУРП с гольмиевой лазерной энуклеацией простаты (HoLEP). Так, по данным Qian X. et al. (2017) биполярная ТУРП и HoLEP безопасны и обеспечивают одинаковую эффективность в ликвидации СНМП у пациентов⁴. В исследовании, сравнивающем монополярную ТУРП и HoLEP, были отмечены сходные послеоперационные результаты. Хотя время операции было короче в группе ТУРП, HoLEP обладает более высоким профилем безопасности ввиду более выраженной клинической эффективности и меньшего числа гемотрансфузий, а также более короткого времени катетеризации и сроков пребывания в стационаре⁵. В мета-анализах, сравнивающих HoLEP с открытой аденомэктомией простаты (ОАЭП), отмечается сходная эффективность обеих методик. Несмотря на более длительное время операции и меньший объем резецируемых тканей, HoLEP характеризуется значимо меньшей кровопотерей и более коротким времени катетеризации и госпитализации⁶.

³ Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов.

⁴ Qian X, Liu H, Xu D, Xu L, Huang F, He W, Qi J, Zhu Y, Xu D. Functional outcomes and complications following B-TURP versus HoLEP for the treatment of benign prostatic hyperplasia: a review of the literature and Meta-analysis. *Aging Male*. 2017 Sep;20(3):184-191.

⁵ Li S, Zeng XT, Ruan XL, Weng H, Liu TZ, Wang X, Zhang C, Meng Z, Wang XH. Holmium laser enucleation versus transurethral resection in patients with benign prostate hyperplasia: an updated systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *PLoS One*. 2014 Jul 8;9(7):e101615.

⁶ Kuebker JM, Miller NL. Holmium Laser Enucleation of the Prostate: Patient Selection and Outcomes. *Curr Urol Rep*. 2017 Oct 19;18(12):96.

Существуют исследования, посвященные анализу трёх методик (ОАЭП, ТУРП и HoLEP) - например, в мета-анализе китайских ученых были показаны преимущества HoLEP за счет низкой частоты периоперационных осложнений и более быстрой реабилитации после операции по сравнению с ТУРП и ОАЭП⁷. Недостатками многих исследований оказались: отсутствие сравнения результатов с учетом исходного риска вмешательства по ASA, а также некорректная систематизация послеоперационных осложнений или же её отсутствие. Классификация осложнений по Clavien-Dindo (2004) предназначенная для систематизации и объективной оценки послеоперационных осложнений одобрена Европейским урологическим сообществом и её использование рекомендовано для оценки результатов лечения в урологической практике⁸. Sagen E. et al. (2019) применили систему классификации для оценки осложнений ТУРП, Yalçın S. et al. (2020) - для оценки осложнений HoLEP^{9,10}. Другие авторы, без систематизации осложнений, сравнивали результаты HoLEP, ТУРП и ОАЭП, а также гольмиевую энуклеацию простаты с плазмакинетической энуклеацией^{11,12}.

Проведённый анализ литературных данных показал, что вопросы совершенствования тактических аспектов хирургического лечения ДГПЖ остаются не до конца решёнными проблемами современной урологии. Так, не установлены критерии сроков дренирования мочевых путей после удаления гиперплазированной ткани, интенсивность гематурии, степень гипертермии, и не определена продолжительность возможного послеоперационного недержания мочи. Шаблонное применение классификации Clavien-Dindo, без учета специфики заболевания и преследуемой цели от оперативного вмешательства приводят к неточностям в объективности оценки осложнений. В связи с этим необходимы целенаправленные исследования, по разработке и внедрению более надежных критериев объективной оценки послеоперационных осложнений хирургического лечения ДГПЖ.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии по проекту №ПЗ-201709076 «Оптимизация диагностики и лечения наиболее распространенных

⁷ Zhao CB, Li JC, Yuan PQ, Hong YQ, Lu B, Zhao SC. [A meta-analysis of holmium laser enucleation of the prostate for benign prostatic hyperplasia]. Zhonghua Nan Ke Xue. 2011 Dec;17(12):1112-20.

⁸ Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg. 2004 Aug;240(2):205-13.

⁹ Sagen E, Namnuan RO, Hedelin H, Nelzén O, Peeker R. The morbidity associated with a TURP procedure in routine clinical practice, as graded by the modified Clavien-Dindo system. Scand J Urol. 2019 Aug;53(4):240-245.

¹⁰ Yalçın S, Yılmaz S, Gazel E, Kaya E, Aydoğan TB, Aybal HÇ, Tunç L. Holmium laser enucleation of the prostate for the treatment of size-independent BPH: A single-center experience of 600 cases. Turk J Urol. 2020 Jan 17;46(3):219-225.

¹¹ R. Schiavina, L. Bianchi, M. Giampaoli, et al. Holmium laser prostatectomy in a tertiary Italian center: A prospective cost analysis in comparison with bipolar TURP and open prostatectomy. Archivio Italiano di Urologia e Andrologia 2020; 92, 28 2. P.82-88.

¹² Patard PM, Roumiguie M, Sanson S, et al. Endoscopic enucleation for prostate larger than 60 mL: comparison between holmium laser enucleation and plasmakinetic enucleation. World J Urol. 2021;39(6):2011-2018.

урологических заболеваний с использованием современных малоинвазивных технологий» (2018-2020 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы путем оценки эффективности и безопасности различных хирургических методов через систематизацию послеоперационных осложнений.

Задачи исследования:

изучить влияние тяжести клинического течения симптомов нижних мочевых путей, обусловленных доброкачественной простатической обструкцией на тактические аспекты и сроки хирургического лечения ДГПЖ;

разработать критерии неосложненного послеоперационного течения при хирургическом лечении ДГПЖ и адаптировать классификацию Clavien-Dindo к оценке послеоперационных осложнений;

изучить характер интра- и послеоперационных осложнений ОАЭП и систематизировать послеоперационные осложнения согласно адаптированной классификации Clavien-Dindo;

изучить характер интра- и послеоперационных осложнений ТУРП и систематизировать послеоперационные осложнения согласно адаптированной классификации Clavien-Dindo;

изучить характер интра- и послеоперационных осложнений при HoLER и систематизировать послеоперационные осложнения согласно адаптированной классификации Clavien-Dindo;

провести сравнительную оценку эффективности ОАЭП, ТУРП и HoLER с учетом результатов систематизации послеоперационных осложнений.

Объектом исследования послужили 150 пациентов с ДГПЖ, из них 110 (две группы) были обследованы и прооперированы в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период 2011-2019 гг. - первая группа, и 2018-2020 гг. - вторая группа. Сорок пациентов третьей группы были оперированы в РСНПМ Центре Урологии в течении 2018 года.

Предмет исследования составил анализ результатов трех различных хирургических методов лечения гиперплазии предстательной железы - открытой аденомэктомии, трансуретральной резекции и гольмиевой лазерной энуклеации простаты и их сравнение в аспекте систематизации осложнений.

Методы исследования. Для достижения цели исследования использованы общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные (урофлоуметрия) и статистические методы исследований.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

определены патогномоничные критерии оценки тяжести послеоперационного течения после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, направленные на верификацию сложности и прогностического значения локальных и системных осложнений;

раскрыта клиническая значимость систематизации осложнений хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной

железы, позволившая верифицировать тактико-технические недостатки различных вмешательств;

определены прогностические факторы риска развития неудовлетворительного исхода оперативного лечения, основанные на учете объема доброкачественной гиперплазии предстательной железы, тяжести клинических проявлений и степени риска вмешательства;

доказано, что несмотря на относительно низкую степень риска вмешательства, эффективность открытой аденомэктомии коррелирует с высоким травматизмом вмешательства, высокой частотой и тяжестью послеоперационных осложнений вне зависимости от объема предстательной железы.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

определены границы между унифицированными критериями неосложненного и осложненного послеоперационного течения хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, что позволило корректно классифицировать послеоперационные осложнения и объективно оценить качество хирургических вмешательств;

установлено, что систематизация выявленных послеоперационных хирургических осложнений открытой аденомэктомии, трансуретральной резекции и гольмиевой лазерной энуклеации простаты позволяет проводить мониторинг осложнений, сравнивая результаты лечения между различными хирургическими бригадами и Центрами;

доказано, что такие малоинвазивные методы хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы как трансуретральная резекция и гольмиевая лазерная энуклеация простаты, дают возможность улучшить результаты оперативного лечения, в том числе среди больных с исходно высоким риском вмешательства по ASA, сократить время пребывания больных в стационаре, сроки их реабилитации и повысить качество их жизни.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, корректным применением методологических подходов. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Полученные результаты вносят существенный вклад в расширение существующих представлений о патогномичных критериях осложненного послеоперационного течения хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, что несомненно улучшает качество хирургической коррекции данной патологии за счет систематизации послеоперационных осложнений и объективной оценки качества различных хирургических вмешательств, дает возможность выбора метода операции и профилактики возможных нежелательных последствий.

Практическая значимость результатов исследования состоит в том, что проведенный анализ дал возможность обосновать целесообразность и

клиническую значимость систематизации осложнений хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, что позволило выявить преимущества и недостатки различных хирургических методов и оптимизировать выбор метода с учетом объема предстательной железы и степени риска вмешательства, привести к уменьшению осложнений и снижению экономических затрат на лечение пациентов с этим видом патологии.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по оптимизации тактики хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы:

разработаны методические рекомендации «Адаптация классификации Clavien-Dindo к оценке послеоперационных осложнений хирургических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы» (справка Министерства здравоохранения №08-24828 от 20 августа 2022 года). Предложенные рекомендации позволили определить четкую границу между нормальным послеоперационным течением и началом осложненного течения, что позволило корректно систематизировать послеоперационные осложнения хирургического лечения доброкачественной гиперплазией предстательной железы;

разработаны методические рекомендации «Оценка эффективности и безопасности различных хирургических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы через призму систематизации осложнений» (справка Министерства здравоохранения №08-24828 от 20 августа 2022 года). Предложенные рекомендации позволили объективно оценить частоту и тяжесть послеоперационных осложнений, систематизировать их и определить эффективность каждого метода хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы;

полученные научные результаты по улучшению качества хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии», отделения урологии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и кафедры урологии СамГМУ, а также частной медицинской клиники «Bionur-medservis» (справка Министерства здравоохранения №08-24828 от 20 августа 2022 года). Внедрение результатов исследований за счет систематизации послеоперационных осложнений и объективной оценки качества вмешательств и разработки оптимальных показаний к малоинвазивным эндоскопическим трансуретральным методам хирургического удаления гиперплазии простаты позволили снизить продолжительность пребывания пациентов в стационаре, повысить эффективность лечения за счет улучшения качества мочеиспускания и жизни пациентов.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в том числе 2 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, из них 5 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводится научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованных результатах работы, объеме и структуре диссертации.

В первой главе диссертационной работы приводится обзор литературных данных. В ней проанализированы современные данные об эпидемиологии, диагностике ДППЖ, а также исторических этапах развития и становления различных методов хирургического её лечения. Раскрыты положительные и отрицательные стороны различных методов оперативных пособий, обсуждены проблемные вопросы и обоснована потребность дальнейшего исследования.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика клинического материала и применённых методов исследования»** приводятся материалы и методы исследования, включающие общую характеристику клинического материала. Подробно описана техника выполнения открытой аденомэктомии простаты, трансуретральной резекции предстательной железы и гольмиевой лазерной энуклеации простаты.

Ретро- и проспективно были изучены результаты хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы у 150 мужчин. Больные разделены на три группы в зависимости от произведённого оперативного лечения. Первую группу составили 60 (40%) пациентов, которым была осуществлена открытая (традиционная) аденомэктомия простаты (ОАЭП) с гемостазом путём тампонирования ложа удалённой аденомы простаты. Средний возраст пациентов составил $72,0 \pm 0,9$ лет. Вторую группу составили 50 (33%) больных, которым выполнена трансуретральная моно- и биполярная электрорезекция предстательной железы. Средний возраст пациентов составил $67,5 \pm 1,1$ лет. Третью группу составили 40 (27%) пациентов, которым была выполнена гольмиевая лазерная энуклеация простаты (HoLEP). Средний возраст пациентов данной группы составил $65,0 \pm 1,1$ лет.

Больным первой группы операции были выполнены в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период 2011-2018 гг. Части пациентов второй группы там же была выполнена монополярная ТУРП, другой части - биполярная ТУРП в частной клинике города Самарканда в период 2018-2020 гг. Пациенты третьей группы были оперированы

в РСНПМ Центре Урологии в течении 2018 года, в период внедрения новой методики операции HoLEP.

Пациенты трех групп были подвергнуты комплексному физикальному, инструментально-лабораторному и уродинамическому обследованию, проведенному как на дооперационном этапе, так и в послеоперационном периоде.

Эффективность проведенного хирургического лечения оценивалась на основе показателей IPSS, QoL (чем меньше набраны баллы, тем слабее выражены симптомы), Qmax (максимальная скорость потока мочи), Vпр. (объема простаты) и PVR (объема остаточной мочи). Все перечисленные параметры определялись до операции, а также в сроки через 2 недели, 1, 3 и 6 месяцев после операции. Преоперационные параметры больных 3-х групп представлены в табл. 1.

Таблица 1

Преоперационные показатели пациентов, n=150

№	Показатель	ОАЭП (n=60)	ТУРП (n=50)	HoLEP (n=40)
1.	IPSS	28,3±0,3	25,1±0,5	24,7±0,6
2.	QoL	4,75±0,1	4,6±0,1	4,5±0,1
3.	Qmax	6,6±0,3	6,9±0,3	10,9±1,1
4.	Vпр.	90,4±3,1	72,7±3,0	91,0±3,8
5.	PVR	246,2±28,9	203,3±37,7	77,2±15,8

Примечание: IPSS - (International Prostate Symptom Score) - Международная шкала оценки симптомов простаты; QoL (Quality of Life) - Шкала качества жизни; Qmax - Максимальная скорость потока мочи; Vпр. - Объем простаты; PVR - (Post-void residual urine) - Объем остаточной мочи

Для объективной оценки послеоперационных осложнений и качества вмешательства мы использовали модифицированную классификацию Clavien-Dindo (2004).

В третьей главе диссертации **«Систематизация послеоперационных осложнений в хирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы»** произведён анализ и оценка результатов открытой аденомэктомии, трансуретральной резекции и гольмиевой лазерной энуклеации предстательной железы.

Для решения первой задачи исследования, проведенный анализ показал, что выполнение основного этапа хирургического лечения ДГПЖ зависело от сократительной способности детрузора и в 25,3% случаев пациентам была выполнена ПК цистостомия как первый этап лечения. При этом у 95,3% пациентов проявления СНМП расценены как тяжелое (20 и более баллов по IPSS) с низким качеством жизни, что послужило абсолютным показанием к хирургическому лечению. У остальных 4,7% пациентов с умеренным проявлением СНМП (18,1±0,4 балла по IPSS) поводом для хирургического лечения послужили стойкая рефрактерность медикаментозной терапии и низкое качество жизни на фоне прогрессирующей патологии.

В следующем разделе произведена адаптация классификации Clavien-Dindo для оценки послеоперационных осложнений хирургического лечения ДГПЖ.

Для этого, исходя из многолетнего опыта наших клиник в хирургическом лечении ДППЖ и послеоперационного ведения пациентов, мы создали критерии неосложненного послеоперационного течения (табл. 2).

Таблица 2

Критерии неосложнённого послеоперационного течения при оперативном лечении ДППЖ

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- незначительное (неинтенсивное) окрашивание мочи кровью по уретральному катетеру и/или цистостоме, не образующее свёртков крови с нарушением функции дренажей и не требующее дополнительной инфузионной (более 1 литра), диуретической терапии и назначения гемостатиков;- постоянное капельное промывание мочевого пузыря до 36 часов после оперативного вмешательства;- повышение температуры тела пациента до 37,9°C без озноба в течение не более 48 часов, не требующее жаропонижающей, инфузионной терапии (более 1 литра);- нахождение интраоперационно установленного гемостатического уретрального катетера от 12 до 72 часов (по указанию хирурга) без развития инфекционно-воспалительного процесса в мочевыводящих путях (МВП) и потребности в дополнительных вмешательствах;- нахождение цистостомического дренажа до 5 суток после оперативного вмешательства;- проходящее недержание мочи сроком до 1 месяца при отсутствии инфекции МВП. |
|--|

На основе данных критериев, мы определились с той границей послеоперационного периода, где неосложненное течение может перейти в осложненное. При этом, мы учитывали степень тяжести осложнений, а также возможные дополнительные консервативные и инвазивные вмешательства, которые могут потребоваться для их ликвидации, в соответствии со смыслом и логикой каждой из 5 степеней классификации Clavien-Dindo.

Для объективной систематизации все послеоперационные осложнения хирургических методов лечения ДППЖ были разделены на значимые и незначимые.

Значимые осложнения – это послеоперационные осложнения, которые при их несвоевременном выявлении и устранении могут привести к более серьёзным последствиям или перейти из лёгкой степени в более тяжёлую.

Незначимые осложнения - это послеоперационные осложнения, как правило легкой степени тяжести, которые проходят без последствий для пациента и не требуют применения длительной фармакотерапии и (или) каких-либо других мероприятий.

В следующем разделе проведен анализ интра- и послеоперационного периода первой группы пациентов, которым была выполнена ОАЭП. В послеоперационном периоде были выявлены 154 (256,6%) случая отклонений от нормального послеоперационного течения, которые сочли как осложнение. Послеоперационный койко-день составил $8,6 \pm 0,3$ суток. Осложнения той или иной степени тяжести встречались у всех 60 пациентов (100%). Осложнения I степени наблюдались в 89 (57,8%) случаях, осложнения II степени - в 48 (31,2%) случаях, IIIa степень осложнений выявлена в 9 (5,8%) случаях, осложнения IIIb степени отмечались в 3 (1,95%) случаях, IVa степень осложнений выявлена в 3

(1,95%) случаях V степень осложнений (летальный исход) зарегистрирована в 2 (1,3%) случаях из 154 осложнений.

В структуре 154 послеоперационных осложнений в 102(170,0%) случаях осложнения были оценены как незначимые, а в 52(86,7%) случаях выявлены значимые осложнения. Эта группа осложнений была распределена на возможные и тактические. Среди 52 значимых осложнений было 31 (51,7%) возможное и 21 (35%) тактическое (табл. 3).

Таблица 3

Распределение значимых осложнений после ОАЭП (n=52) по фактору развития

№	Осложнение	Возможное		Тактическое			
				И/о		П/о	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Раневая инфекция					2	3,3%
2	Интенсивное окрашивание кровью мочи	15	25,0%				
3	Кровотечение, потребовавшее выполнения гемотрансфузии	4	6,7%				
4	Развитие инфекционно-воспалительных процессов в мочевых путях					6	10,0%
5	Выделение мочи мимо цистостомы более 2 суток			1	1,7%	2	3,3%
6	Мочевой затёк в мошонку			1	1,7%		
7	Обострение сопутствующих хронических заболеваний	6	10,0%				
8	Подтекание мочи после удаления цистостомы, потребовавшее рекатетеризации уретральным катетером			1	1,7%		
9	Инфравезикальная обструкция из-за сгустков крови, потребовавшая промывания мочевого пузыря и дренажей	1	1,7%			1	1,7%
10	Нефункционирующая цистостома, потребовавшая репозиции дренажа и промывания мочевого пузыря и дренажей			1	1,7%		
11	Частичная непроходимость дренажа, потребовавшая рецистостомии					1	1,7%
12	Тампонада мочевого пузыря			2	3,3%		
13	Стриктура задней уретры			2	3,3%		
14	Склероз шейки мочевого пузыря					1	1,7%
15	Сердечно-сосудистая недостаточность, требующая пребывания пациента в ОРИТ	2	3,3%				
16	Развитие ишемического инсульта	1	1,7%				
17	Летальный исход	2	3,3%				
	Всего	31	51,7%	8	13,3%	13	21,7%

Исходя из количества пациентов, после ОАЭП в 100,0% случаев отмечено развитие осложнений, при этом в 35% (у 21 из 60 пациентов) случаев выявлены значимые осложнения, тогда как у остальных 65% пациентов (39) осложнения расценены как незначимые, в свою очередь в среднем на 1 пациента пришлось $2,5 \pm 0,23$ осложнений. По 1 осложнению выявлено у 20 (33,3%) больных, по 2 – у

19 (31,7%) и по 3 – у 21 (35%). Анализ результатов качества жизни и мочеиспускания пациентов в динамике через 2 недели, 1, 3 и 6 месяцев после ОАЭП показал следующую картину (табл. 4).

Таблица 4

Эффективность лечения пациентов с ДГПЖ, подвергнутых процедуре ОАЭП, (n=58)

№	Показатель	Перед операцией	2 недели после операции	1 мес. после операции	3 мес. после операции	6 мес. после операции
1.	IPSS	28,3±0,3	7,8±0,2*	7,5±0,1*	6,6±0,2*	5,7±0,1*
2.	QoL	4,75±0,1	3,5±0,06*	3,05±0,05*	2,1±0,04*	1,9±0,05*
3.	Qmax	6,6±0,3	17,3±0,2*	19,8±0,2*	20,4±0,3*	21,3±0,3*
4.	Vпр.	90,4±3,1	28,2±0,6*	27,4±0,7*	25,7±0,7*	24,6±0,6*
5.	PVR	246,2±28,9	25,8±3,1*	23,9±2,2*	20,2±1,7*	15,0±1,45*

Примечание: *P < 0,05 по сравнению с показателем дооперационного периода.

В следующем разделе проведен анализ интра- и послеоперационного периода II группы пациентов, которым выполнена была ТУРП. Анализ послеоперационного периода показал, что у 50 пациентов зарегистрирован 41 (82,0%) случай отклонений от нормального послеоперационного периода. Осложнения I степени наблюдались в 16 (39%) случаях, осложнения II степени - в 17 (41,5%) случаях, осложнения IIIa степени выявлены в 1 (2,4%) случае, осложнения IIIb степени выявлены в 7 (17,1%) случаях из 41. Осложнения IVa, IVb и V степеней отмечены не были.

Исходя из количества пациентов после ТУРП в 56% случаев отмечено развитие осложнений, при этом в 32% (у 16 из 50 пациентов) случаев выявлены значимые осложнения, тогда как у остальных 24% пациентов (12) осложнения расценены как незначимые, в свою очередь в среднем на 1 пациента пришлось 0,8±0,13 осложнений (табл. 5).

Таблица 5

Распределение значимых осложнений после ТУРП (n=25) по фактору развития

№	Осложнение	Возможное		Тактическое			
		абс.	%	И/о		П/о	
				абс.	%	абс.	%
1	Нахождение цистостомы более 5 суток					1	2,0%
2	Интенсивное окрашивание кровью мочи по катетерам	10	20,0%				
3	Кровотечение, потребовавшее выполнения гемотрансфузии	2	4,0%				
4	Развитие инфекционно-воспалительных процессов в мочевых путях					4	8,0%
5	Подтекание мочи после удаления цистостомы, потребовавшее рекатетеризации уретральным катетером					1	2,0%
6	Тампонада мочевого пузыря			1	2,0%	2	4,0%
7	Стриктура задней уретры			1	2,0%	1	2,0%
8	Склероз шейки мочевого пузыря			2	4,0%		
9	Всего	12	24,0%	4	8,0%	9	18,0%

Среди значимых осложнений было 12 (24,0%) возможных и 13 (26%) тактических. Без осложнений было 22 (44%) пациента, по 1 осложнению выявлено у 19 (38%) больных, по 2 – у 5 (10%) и по 3 – у 4 (8%).

Анализ результатов качества жизни и мочеиспускания пациентов в динамике через 2 недели, 1, 3 и 6 месяцев после ТУРП показал следующую картину (табл. 6).

Таблица 6

Эффективность лечения пациентов с ДГПЖ, подвергнутых процедуре ТУРП

№	Показатель	Перед операцией	2 недели после операции	1 мес. после операции	3 мес. после операции	6 мес. после операции
1.	IPSS	25,1±0,5	12,3±0,4	10,6±0,35*	7,8±0,1*	6,2±0,2*
2.	QoL	4,6±0,1	4,2±0,1*	3,98±0,1*	3,1±0,05*	2,1±0,04*
3.	Qmax	6,9±0,3	15,3±0,2*	17,9±0,2*	19,5±0,2*	20,3±0,2*
4.	Vпр.	72,7±3,0	32,0±0,7*	30,0±0,8*	28,1±0,7*	26,7±0,6*
5.	PVR	203,3±37,7	30,1±2,1*	28,2±2,65*	22,3±1,7*	17,9±1,4*

Примечание: * $P < 0,05$ по сравнению с показателем дооперационного периода.

В следующем разделе проведен анализ интра- и послеоперационного периода III группы пациентов, которым была выполнена HoLEP. Анализ послеоперационного периода показал, что среди 40 пациентов всего наблюдали 28 (70%) случаев отклонений от нормального послеоперационного периода у 20 пациентов (50%).

Таблица 7

Распределение значимых осложнений после HoLEP (n=16) по фактору развития

№	Осложнение	Возможное		Тактическое			
				И/о		П/о	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Интенсивное окрашивание кровью мочи по катетерам	3	7,5%				
2	Кровотечение, потребовавшее выполнения гемотрансфузии	1	2,5%				
3	Развитие инфекционно-воспалительных процессов в мочевых путях					8	20,0%
4	Проведение лечебно-диагностической уретроцистоскопии, в связи с повторной ОЗМ или затрудненным мочеиспусканием			1		1	2,5%
5	Гастродуоденальное кровотечение, потребовавшее эндоскопического гемостаза	1	2,5%				
6	Тампонада мочевого пузыря			1	2,5%		
7	Всего	5	12,5%	2	5,0%	9	22,5%

Без осложнений было 20 (50%) пациентов. Значимые осложнения развились у 30% (12) пациентов, незначимые у 20% (8). Среди 16 значимых осложнений было 5 (12,5%) возможных и 11 (27,5%) тактических (табл. 7). Всего с 1

осложнением было 14 (35%) пациентов, с двумя – 4 (10%) и с тремя – 2 (5%). Послеоперационный койко-день составил $3,8 \pm 0,2$ суток.

Анализ результатов и эффективность проведённого хирургического лечения HoLER также определялись до операции и в сроки через 2 недели, 1, 3 и 6 месяцев после операции (табл. 8).

Таблица 8

Эффективность лечения пациентов с ДГПЖ, подвергнутых процедуре HoLER

№	Показатель	Перед операцией	2 недели после операции	1 мес. после операции	3 мес. после операции	6 мес. после операции
1.	IPSS	$24,7 \pm 0,6$	$8,1 \pm 0,2^*$	$7,6 \pm 0,2^*$	$6,8 \pm 0,2^*$	$5,9 \pm 0,2^*$
2.	QoL	$4,5 \pm 0,1$	$3,6 \pm 0,08^*$	$3,2 \pm 0,06^*$	$2,3 \pm 0,08^*$	$2,0 \pm 0,06^*$
3.	Qmax	$10,7 \pm 1,1$	$16,3 \pm 0,6^*$	$18,9 \pm 0,3^*$	$20,05 \pm 0,4^*$	$20,9 \pm 0,3^*$
4.	Vпр.	$91,0 \pm 3,8$	$29,2 \pm 1,2^*$	$28,1 \pm 1,0^*$	$26,2 \pm 1,0^*$	$25,4 \pm 0,9^*$
5.	PVR	$77,2 \pm 15,8$	$28,1 \pm 3,4^*$	$26,4 \pm 3,1^*$	$21,0 \pm 3,3^*$	$17,1 \pm 2,3^*$

*Примечание: *P < 0,05 по сравнению с показателем дооперационного периода.*

Таким образом, новый метод HoLER даже на стадии внедрения оказался малотравматичным и высокоэффективным методом оперативного лечения больных с ДГПЖ. Число осложнений, потребовавших повторных инвазивных вмешательств в послеоперационном периоде составило 4 (10,0%), отсутствовали отдаленные осложнения, приводящих вновь к развитию ИВО с необходимостью повторных реконструктивных вмешательств, следовательно, операция оказалась эффективной у всех 40 (100,0%) пациентов.

Четвертая глава диссертации «**Структурный анализ значимости послеоперационных осложнений в хирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы**» посвящена факторному анализу значимости послеоперационных осложнений различных видов хирургических вмешательств при ДГПЖ.

После всех методов операций по поводу ДГПЖ отмечено развитие различных осложнений, при этом после ОАЭП этот показатель достигал 100%, то выполнение малоинвазивных вмешательств сокращало этот показатель до 56% при ТУРП и 50% при HoLER.

Систематизация осложнений по адаптированной классификации Clavien-Dindo позволила выделить специфические группы со значимым для клинического исхода характером осложненного послеоперационного течения, доля которого составила 35% для открытой аденомэктомии, 32% для трансуретральной резекции и 30% для гольмиевой лазерной энуклеации простаты. В остальных случаях послеоперационные осложнения расценены как незначимые и, соответственно, не требовали дополнительных вмешательств для их устранения.

Осложнения, развившиеся после операций по поводу ДГПЖ на фоне тактических интраоперационных недочетов, только в 14,3% случаев разрешаются консервативно, тогда как у 50% этих пациентов возникает необходимость выполнения дополнительных инвазивных вмешательств (2,9% - при правильной тактике; $\chi^2=35,667$; Df=1; $p<0,001$), а остальные 35,7%

подвергаются дополнительным оперативным вмешательствам (при правильной тактике – 0; $\chi^2=39,145$; Df=1; $p<0,001$). На фоне тактических послеоперационных недочетов, показатель эффективного консервативного разрешения осложнений составил – 71%, тогда как доля дополнительных инвазивных вмешательств была 22,6% ($\chi^2=13,667$; Df=1; $p<0,001$ - к группе с правильной тактикой), а дополнительных оперативных вмешательств – 6,4% ($\chi^2=6,875$; Df=1; $p=0,009$), однако для этой группы было характерно удлинение госпитального периода с $4,2\pm 0,2$ до $5,5\pm 0,3$ суток ($t=3,51$; $p<0,05$) ввиду необходимости проведения длительного периода реабилитации для устранения осложнений (рис. 1).

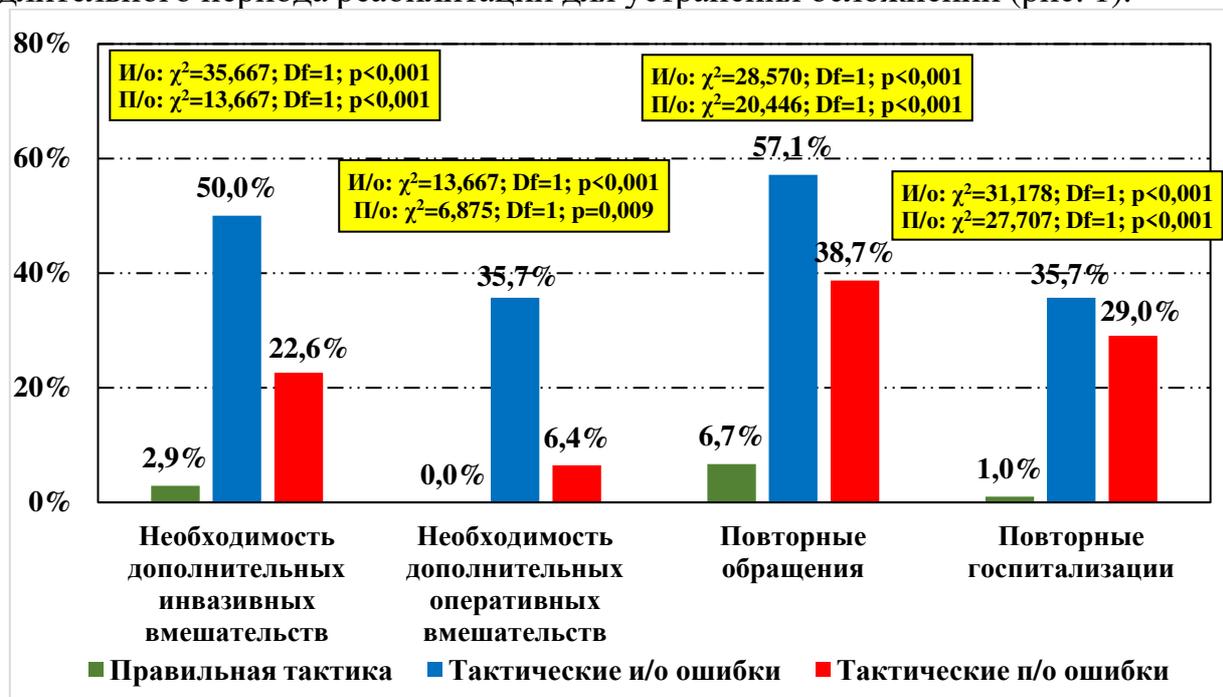


Рис. 1. Сводное распределение влияния тактических ошибок на результативность всех операций при ДГПЖ

В группе ОАЭП при среднем объеме ПЖ $90,4\pm 3,1$ см³ и общей эффективности в 91,7% (у 55 из 60 пациентов) и соответственно неудовлетворительном исходе операции в 5 (8,3%) случаях (2 летальных исхода и 3 дополнительных оперативных вмешательства по поводу фиброзно-склеротических изменений в уретре и шейке мочевого пузыря), хороший результат был отмечен у 46 (76,7%) пациентов, тогда как удовлетворительный у 9 (15,0%), которые были обусловлены именно различными тактическими недочетами и соответственно их последствиями. В группе ТУРП при среднем объеме ПЖ $72,7\pm 3,0$ см³ и общей эффективности в 92% (у 46 из 50 пациентов) и неудовлетворительного исхода операции в 4 (8%) случаях (4 дополнительных оперативных вмешательства по поводу фиброзно-склеротических изменений в уретре и шейке мочевого пузыря) хороший результат был отмечен у 42 (84%) пациентов, тогда как удовлетворительный у 4 (8%). В группе HoLEP при среднем объеме ПЖ $91,0\pm 3,8$ см³ и общей эффективности в 100% хороший результат был отмечен у 37 (92,5%) пациентов, тогда как удовлетворительный у 3 (7,5%), которые были обусловлены именно различными тактическими недочетами и соответственно их последствиями (рис. 2).

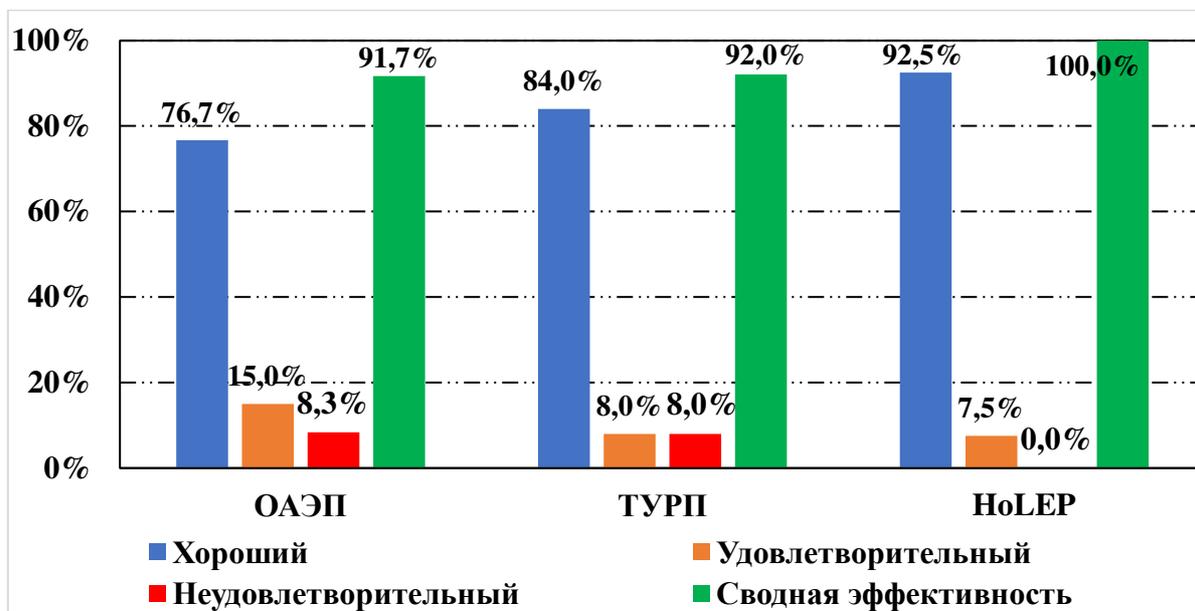


Рис. 2. Распределение результатов операций при ДГПЖ

Таким образом, адаптированная к хирургическому лечению ДГПЖ модифицированная классификации Clavien-Dindo обеспечила возможность объективного ранжирования послеоперационных осложнений по степени тяжести и прогностическому значению. Вместе с тем, она позволила более детально определять влияние развившихся осложнений на результаты хирургических вмешательств при ДГПЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Тяжесть клинического течения ДГПЖ влияет на тактические аспекты и сроки хирургического лечения, так если по абсолютным показаниям (20 и более баллов по IPSS) было оперировано 95,3% пациентов, то в остальных 4,7% случаев ($18,1 \pm 0,4$ балла) поводом послужили стойкая рефрактерность медикаментозной терапии и низкое качество жизни на фоне прогрессирующей патологии, в свою очередь в 25,3% случаев выявлена необходимость проведения предварительного этапа (перкутанная цистостомия), а восстановление сократительной способности детрузора позволило увеличить вероятность выполнения радикального вмешательства до 97,4%, тогда как у 2,6% отмечена не корригируемая гипоконтрактильность детрузора.

2. Для корректной систематизации послеоперационных осложнений хирургического лечения ДГПЖ разработаны критерии нормального (стандартного) послеоперационного течения, что позволило адаптировать классификацию Clavien-Dindo и создать универсальный инструмент для объективной оценки частоты и тяжести послеоперационных осложнений с учетом методов, необходимых для их устранения.

3. Открытая аденомэктомия является достаточно травматичным методом оперативного лечения ДГПЖ с развитием осложнений различной степени тяжести у 100% пациентов ($2,5 \pm 0,23$ осложнений/пациента). При этом частота

тактических недочетов, повлекших за собой развитие значимых последствий, составила 35%, из которых интраоперационные факторы выявлены в 13,3% случаев, послеоперационные – 21,7%, что обусловило удлинение госпитального периода с $6,4 \pm 0,3$ суток (при правильной тактике) до $9,2 \pm 0,3$ суток ($p < 0,05$), а также необходимость повторных госпитализаций в раннем послеоперационном периоде у 13,3% пациентов и проведение дополнительных оперативных вмешательств из-за поздних фиброзно-склеротических осложнений уретры и шейки мочевого пузыря в 5% случаев.

4. ТУРП является относительно малотравматичным методом оперативного лечения больных с ДГПЖ с развитием осложнений различной степени тяжести у 56% пациентов ($0,8 \pm 0,13$ осложнений/пациента). При этом частота тактических недочетов, повлекших за собой развитие значимых последствий, составила 26%, из которых интраоперационные факторы выявлены в 8% случаев и послеоперационные – в 18%, что обусловило удлинение госпитального периода с $2,95 \pm 0,2$ суток (при правильной тактике) до $4,0 \pm 0,3$ суток ($p < 0,05$), а также необходимость повторных госпитализаций в раннем послеоперационном периоде у 6% и проведение дополнительных оперативных вмешательств из-за поздних фиброзно-склеротических осложнений уретры и шейки мочевого пузыря в 8% случаев.

5. Трансуретральная гольмиевая лазерная энуклеация простаты оказалась наиболее малотравматичным и высокоэффективным методом оперативного лечения больных с ДГПЖ, при которой частота развития значимых осложнений составила 30%, в структуре которых в 10% случаев потребовались повторные инвазивные вмешательства, однако отсутствовали поздние осложнения, приводящие к рецидиву ИВО и соответственно эффективность операции составила 100%.

6. После всех методов операций по поводу ДГПЖ отмечено развитие различных осложнений, при этом если после ОАЭП этот показатель достигал 100%, то выполнение малоинвазивных вмешательств сокращало этот показатель до 56% при ТУРП и 50% при HoLEP. Систематизация осложнений по адаптированной классификации Clavien-Dindo позволила выделить специфические группы со значимым для клинического исхода характером осложненного послеоперационного течения, доля которого составила – 35%, 32% и 30% соответственно.

7. Предложенная систематизация послеоперационных осложнений позволила не только объективно распределить их по тяжести с учетом методов, необходимых для их устранения, но и определить их влияние на результаты вмешательств при ДГПЖ, при этом если общая эффективность ОАЭП составила 91,7%, ТУРП – 92% и HoLEP – 100%, то развившиеся осложнения на фоне тактических недочетов обусловили достижение только удовлетворительного исхода у 15%, 8% и 7,5% пациентов соответственно, что в целом снизило долю хороших результатов до 76,7%, 84% и 92,5%.

**ONE-TIME SCIENTIFIC COUNCIL UNDER THE SCIENTIFIC
COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 AT THE REPUBLICAN
SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL CENTER OF
SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN V.VAKHIDOV ON AWARD
OF SCIENTIFIC DEGREES**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

GAFAROV RUSHEN REFATOVICH

**OPTIMIZATION OF TACTICS OF SURGICAL TREATMENT
OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA**

14.00.31 - Urology

**ABSTRACT OF DOCTORAL DISSERTATION (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT-2022

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the №B2020.2.PhD/Tib1344.

The dissertation carried out at the Samarkand State Medical University.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (abstract)) is available on the website of the Scientific Council (www.rscs.uz) and Informational and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific adviser	Giyasov Shukhrat Iskandarovich doctor of medical sciences, associate professor
Official opponents:	Kariev Saidakhror Saidaslanovich doctor of medical sciences, associate professor Akhmedov Rustam Nosirovich doctor of medical sciences
Lead organization:	Andijan State Medical Institute

The dissertation will be defended on «___» _____ 2022 at ___ p.m. hours at the meeting of the one-time Scientific Council under the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov; Phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number № 143), (Address 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract of the dissertation sent out on «___» _____ 2022.
(mailing report № ___ of _____ 2022).

F.G. Nazyro
Chairman of the scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical science, professor, academician

A.Kh. Babadjanov
Scientific secretary of the scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical science, professor

R.A. Ibadov
Chairman of the scientific seminar at the scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical science, professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the research work is to improve the results of treatment of patients with benign prostatic hyperplasia by evaluating the effectiveness and safety of various surgical methods through the systematization of postoperative complications.

The object of the research were 150 patients with BPH, 110 of which (two groups) were examined and underwent surgical treatment at the Samarkand branch of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine in the period 2011-2019 (the first group – 60 patients who underwent open prostate adenomectomy) and 2018-2020 (the second group - 50 patients who underwent transurethral resection of the prostate). 40 patients of the third group were underwent surgical treatment (holmium laser enucleation of the prostate) at the State Institution “Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology” during 2018.

The scientific novelty of the research consists of the followings:

the pathognomonic criteria for assessing the severity of the postoperative course after surgical treatment of benign prostatic hyperplasia were determined, aimed at verifying the complexity and prognostic value of local and systemic complications;

disclosed the clinical significance of the systematization of complications of surgical treatment of benign prostatic hyperplasia, which made it possible to verify the tactical and technical shortcomings of various interventions;

predictive risk factors for the development of an unsatisfactory outcome of surgical treatment were determined, based on the volume of benign prostatic hyperplasia, the severity of clinical manifestations and the degree of risk of intervention;

it has been proved that despite the relatively low risk of intervention, the effectiveness of open adenomectomy correlates with high intervention trauma, high frequency and severity of postoperative complications, regardless of the volume of the prostate gland.

Introduction of the research results. According to the results of a scientific study on optimizing the tactics of surgical treatment of BPH:

methodological recommendations "Adaptation of the Clavien-Dindo classification to the assessment of postoperative complications of surgical methods for the treatment of benign prostatic hyperplasia" were developed (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 08-24828 of August 20, 2022). The developed recommendations made it possible to determine a clear boundary between the normal postoperative course and the onset of a complicated course, which made it possible to correctly systematize the postoperative complications of surgical treatment of benign prostatic hyperplasia;

methodological recommendations "About evaluation of the effectiveness and safety of various surgical methods for the treatment of benign prostatic hyperplasia through the prism of the systematization of complications" were developed (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 08-24828 of

August 20, 2022). The developed recommendations made it possible to objectively assess the frequency and severity of postoperative complications, systematize them and determine the effectiveness of each method of surgical treatment of benign prostatic hyperplasia;

the obtained scientific results on improving the results of surgical treatment of BPH are implemented in the practice of health care, in particular, in the State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology", the Department of Urology of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine and the Department of Urology of the Samarkand State Medical University, as well as the Department of Urology of private medical clinic "Bionur-medservis" (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 08-24828 of August 20, 2022). The implementation of research results by systematizing postoperative complications and an objective assessment of the quality of interventions and the development of optimal indications for minimally invasive endoscopic transurethral methods of surgical removal of prostate hyperplasia made it possible to reduce the length of stay of patients, increase the effectiveness of treatment by improving the quality of urination and patients' lives.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, a literature review, three chapters of his own research, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of text material is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

1. Гафаров Р.Р., Аллазов С.А., Гиясов Ш.И. Лазерная энуклеация – новое слово в оперативном лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Вестник врача. – 2019. – №1. – С.132-137. (14.00.00, №20)

2. Гиясов Ш.И., Гафаров Р.Р. Сравнительный анализ методик электрохирургической и лазерной энуклеации доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Биомедицина и практика. – 2021. – Том 6, № 4. – С.151-159. (14.00.00, №24)

3. Гиясов Ш.И., Гафаров Р.Р., Шодмонова З.Р., Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А. Роль систематизации послеоперационных осложнений в оценке эффективности и безопасности хирургических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Урология. – 2022. - №3. – С.83-91. (14.00.00, №144)

4. Giyasov Sh.I., Gafarov R.R., Mukhtarov Sh.T. Assessment of the effectiveness and safety of different surgical methods for the treatment of benign prostate hyperplasia by adaptation of the Clavien-Dindo classification // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022; 12(2): 96-103. doi:10.5923/j.ajmms.20221202.06 (14.00.00, №2)

5. Gafarov R.R., Giyasov Sh.I. Unified criteria of postoperative complications in assessing the efficiency and safety of surgical methods for the treatment of benign prostate hyperplasia // Uzbek medical journal. – 2022. – Vol.3. - №4. – P.24-33. (№23; SJIF - 4,9)

II. Бўлим (II часть; II part)

6. Гиясов Ш.И., Гафаров Р.Р., Шодмонова З.Р. Адаптация классификации Clavien-Dindo к оценке послеоперационных осложнений хирургических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Методические рекомендации, Ташкент, 2021. – 28 с.

7. Мухтаров Ш.Т., Гиясов Ш.И., Гафаров Р.Р. Оценка эффективности и безопасности различных хирургических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы через призму систематизации осложнений // Методические рекомендации, Ташкент, 2021. – 32 с.

8. Шодмонова З.Р., Гафаров Р.Р., Бобокулов Н.А., Хамроев Г.А., Тухтаев Ф.М. Определение тактики лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ST-TL DPO.exe) // Программа для ЭВМ № DGU 09484 (25.11.2020 г.)

9. Шодмонова З.Р., Гиясов Ш.И., Гафаров Р.Р. Доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы // Учебное пособие, Ташкент, 2021. – 158 с.

10. Giyasov Sh.I., Gafarov R.R., Allazov S.A., Shodmonova Z.R., Khamroev G.A. Endoscopic adenomectomy - modern view on the problem // International University science Forum. Science. Education. Practice. Part 2. Toronto. – 2020. №5. – С.163-170.

11. Гафаров Р.Р. Роль гольмиевой лазерной энуклеации простаты в оперативном лечении ДППЖ // Материалы Республиканской научно-практической видеоконференции молодых учёных и одарённых студентов на тему “Актуальные проблемы медицины”, 27 апреля 2020, Андижан. – С.134.

12. Гиясов Ш.И., Гафаров Р.Р. Наши первые результаты HoLEP в лечении доброкачественной гиперплазии простаты // Сборник трудов XVI Конгресса «Мужское здоровье». – Сочи, 2020. – С.29-30.

13. Гафаров Р.Р., Гиясов Ш.И., Шодмонова З.Р. Роль хирургических лазеров в оперативном лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Материалы международной научно-практической конференции "Лазеры в медицине и биологии". – Самарканд, 2021. – С.12-13.

14. Гиясов Ш.И., Гафаров Р.Р. Сравнительный анализ методик гольмиевой и тулиевой лазерной энуклеации при доброкачественной гиперплазии простаты // Сборник тезисов XXI Конгресса Российского общества урологов. – Санкт-Петербург, 2021. – С.407-408.

15. Гиясов Ш.И., Гафаров Р.Р., Мухтаров Ш.Т., Шодмонова З.Р. Использование адаптированной классификации Clavien-Dindo для оценки эффективности и безопасности различных хирургических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы // “Урологик касалликларини даволашда инновацион ёндашув” мавзусида халқаро илмий-амалий анжумани материаллари. – Андижан, 2022. – 14-15 б.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали
тахририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги
матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табоғи: 2,75. Адади 100 дона. Буюртма № 55/22.

Гувоҳнома № 851684.
«Тірографф» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.
Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.