

УДК: 811.111:378.147

## Трансуретралдык резекциясынын простата безинин рагы менен ооруган бейтаптарга колдонуу мумкунчулуктору

Н.К. Курманбеков, А.Ч. Усупбаев, М.Б. Кылычбеков, Р.Е. Кузебаев

*И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы*

**Корутунду.** Учурда онкоурологияда оорунун актуалдуулугу - простата безинин рагы. Ошол эле учурда трансуретралдык резекциядан өткөн бейтаптардын аман калуу натыйжалары ар кандай. *Изилдөөнүн максаты* простата безинин трансуретралдык резекциясы жасалган простата рагынын жергиликтүү өнүккөн түрү менен ооруган улгайган пациенттерди хирургиялык дарылоонун натыйжаларын талдоо болгон. *Изилдөөнүн материалы жана методдору.* Простата безинин трансуретралдык резекциясынан өткөн простата безинин локалдык өнүккөн рагы менен ооруган 50 улгайган пациентти дарылоонун натыйжаларына ретроспективдүү талдоо. *Натыйжалар жана талкуулар.* Трансуретралдык резекциядан кийин бейтаптардын 94%да заараны кармабоо бир айдын ичинде жоюлса, 6% бейтаптарда 3-3,5 айдын ичинде заара кармап калуу калыбына келген. *Жыйынтыгы.* Операцияга чейинки клиникалык жана морфологиялык белгилерди комплекстүү баалоо хирургиялык дарылоо ыкмаларынын ылайыктуулугун аныктоого мүмкүндүк берет. Простата безинин рагтын локалдык өнүккөн жана метастаздуу формаларында простата безинин трансуретралдык резекциясы операцияга чейинки антиандроген терапиясын колдонуу менен простата безинин залалдуу өзгөрүүлөрүнүн контролдоуну процессинин шартында жүргүзүлүшү мүмкүн. Простата безинин трансуретралдык резекциясынын операциясы - простата безинин рагтын локалдык өнүккөн жана метастаздуу формаларынын заара чыгаруучу жолдорунун обструкциясы үчүн тандоо ыкмасы, хирургиялык дарылоонун аз травмалуу хирургиялык ыкмасы, уродинамикалык көрсөткүчтөрдү, жашоонун узактыгын жана сапатын жакшыртат бейтаптар.

**Негизги сөздөр:** простата безинин рагы, трансуретралдык резекция, аман калуу.

## Возможности применения трансуретральной резекции у больных раком предстательной железы

Н.К. Курманбеков, А.Ч. Усупбаев, М.Б.Кылычбеков, Р.Е. Кузебаев

*Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** В настоящее время сохраняется актуальность заболевания в онкоурологии - рака предстательной железы. При этом, результаты выживаемости пациентов, перенесших трансуретральную резекцию различны. *Целью исследования,* явился анализ результатов хирургического лечения пациентов пожилого возраста с местно-распространенным типом рака предстательной железы, перенесших трансуретральную резекцию простаты. *Материал и методы исследования.* Ретроспективный анализ результатов лечения 50 пациентов пожилого возраста с местно-

**Адрес для переписки:**  
Курманбеков Нурбол Курманбекович, 720020,  
Кыргызская Республика, Бишкек, ул. Ахунбаева 92,  
КГМА им. И.К. Ахунбаева  
Тел.: + 996 555420546  
E-mail: nurbol12@mail.ru

**Contacts:**  
Kurmanbekov Nurbol Kurmanbekovich, 720020,  
92 Akhunbaev str., Bishkek, Kyrgyz Republic  
KSMA named after I.K.Akhunbaeva  
Phone: + 996 555420546  
E-mail: nurbol12@mail.ru

**Для цитирования:**  
Курманбеков Н.К., Усупбаев А.Ч., Кылычбеков М.Б., Кузебаев Р.Е.  
Возможности применения трансуретральной резекции у больных  
раком предстательной железы.Здравоохранение Кыргызстана 2022,  
№ 3,с. 171-176. doi.10.51350/zdravkg20229324171

**Citation:**  
Kurmanbekov N.K.,Usupbaev A.Ch.,Kylychbekov M.B.,  
Kuzebaev R.E. Possibilities of using transurethral resection  
in patients with prostate cancer. Health care of Kyrgyzstan  
2022, No. 3, pp. 171-176.  
doi.10.51350/zdravkg20229324171

распространенным раком предстательной железы, перенёсших трансуретральную резекцию простаты. *Результаты и обсуждения.* После проведенной трансуретральной резекции у 94 % больных в течение месяца недержание мочи разрешилось, у 6% больных удержание мочи восстановилось в течение 3-3,5 месяцев. *Выводы.* Комплексная оценка предоперационных клинических и морфологических признаков позволяет определять целесообразность методов хирургического лечения. При местнораспространенной и метастатической формах рака предстательной железы проведение трансуретральной резекции простаты может быть осуществлено при условии контролируемого процесса злокачественных изменений в предстательной железе путем применения предоперационной антиандрогенной терапии. Операция трансуретральная резекция простаты является методом выбора при обструкции мочевыводящих путей ghb местнораспространенной и метастатической формах рака предстательной железы, является малотравматичным оперативным методом хирургического лечения позволяющее улучшить уродинамические показатели, продолжительность и качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** рак предстательной железы, трансуретральная резекция, выживаемость.

## Posibilities of using transurethral resection in patients with prostate cancer

N. K. Kurmanbekov, A. Ch.Usupbaev, M. B. Kylychbekov, R. E. Kuzebaev

*Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic*

**Abstract.** Currently, the relevance of the disease in oncurology - prostate cancer. At the same time, the results of survival of patients who underwent transurethral resection are different. *The aim of the study* was to analyze the results of surgical treatment of elderly patients with locally advanced type of prostate cancer who underwent transurethral resection of the prostate. The aim of the study was to analyze the results of surgical treatment of elderly patients with locally advanced type of prostate cancer who underwent transurethral resection of the prostate. *Material and methods of research.* A retrospective analysis of the results of treatment of 50 elderly patients with locally advanced prostate cancer who underwent transurethral resection of the prostate. Results and discussions. After transurethral resection in 94% of patients, urinary incontinence resolved within a month, in 6% of patients urinary retention was restored within 3-3.5 months. *Conclusions.* A comprehensive assessment of preoperative clinical and morphological signs allows determining the appropriateness of surgical treatment methods. In locally advanced and metastatic forms of prostate cancer, transurethral resection of the prostate can be performed under the condition of a controlled process of malignant changes in the prostate gland by using preoperative antiandrogen therapy. The operation of transurethral resection of the prostate is the method of choice for obstruction of the urinary tract ghb locally advanced and metastatic forms of prostate cancer, is a low-traumatic surgical method of surgical treatment that improves urodynamic parameters, duration and quality of life of patients.

**Keywords:** prostate cancer, transurethral resection, survival.

### Введение

Рак предстательной железы (РПЖ) на сегодня остается одним из основных проблем онкоурологии и стал самой распространённой патологией среди мужчин многих стран мира [1,2,3]. Так, в России РПЖ в структуре онкологических заболеваний мужского населения прочно занимает лидирующее место, уступая раку легкого и желудка [4]. Следует отметить, что за 2017 год в Российской Федерации было выявлено более 40000 новых случаев РПЖ и каждый 5 пациент имел метастатическое поражение. Вместе с тем, злокачественное поражение предстательной железы у мужчин в США занимает первое место, а метастатическая форма РПЖ является причиной смерти каждого второго больного в структуре онкологической смертности в стране [1,3,4]. В развитых странах рак простаты составляет около 15%

случаев рака у мужчин, тогда как в развивающихся странах - 4%. Следует подчеркнуть, что существенное увеличение риска заболевания РПЖ наблюдается в пожилом возрасте [1,2,4]. В Кыргызстане до настоящего времени отсутствуют данные официальной статистики по заболеваемости РПЖ [5]. Результаты проведенного в 2017 году анализа структуры первичной обращаемости пациентов с РПЖ Республиканского научного центра урологии Кыргызской Республики (2017 г.) продемонстрировал высокие показатели выявляемости злокачественных новообразований простаты в терминальных стадиях (46%). При этом каждый второй (50,1%) из обратившихся пациентов с РПЖ был в возрасте старше 60 лет. Неудовлетворительные проценты выявляемости РПЖ на поздних стадиях обусловлено поздним обращением пациентов, а также отсутствием национальных скрининговых программ по выявлению

злокачественных новообразований предстательной железы на ранних стадиях. Согласно опубликованным данным, местно-распространенные формы РПЖ выявляются в 58,4 % случаев, что так же подтверждает высокий уровень запущенности рака предстательной железы в странах СНГ [1,6,7]. Дизурия возникает в результате возникновения патологического процесса в предстательной железе и является наиболее частым симптомом рака РПЖ [1,6]. В некоторых случаях дизурические явления в виде осложнения в результате проведенной лучевой терапии [6,7,8]. Следует отметить, что в 30-68% случаях гормонального лечения РПЖ в течение 1-2 месяцев может привести к восстановлению самостоятельного акта мочеиспускания, соответственно у определенной доли пациентов дизурические явления сохраняются несмотря на проведенное лечение [8]. В ряде исследований к показаниям к ТУР являются не разрешающаяся самостоятельно острая задержка мочеиспускания, отказ больных от надлобкового дренажа [1,6,8]. При этом, ТУР является малотравматичным оперативным методом хирургического лечения позволяющее получить биоматериал для патоморфологического исследования, остановить возникшее кровотечение и улучшить уродинамические показатели, что в свою очередь позволяет улучшить продолжительность и качество жизни пациентов, страдающих РПЖ [1,6,8].

*Цель исследования:* провести анализ результатов хирургического лечения пациентов пожилого возраста с местно-распространенным типом рака предстательной железы, перенесших трансуретральную резекцию простаты.

## Материал и методы исследования

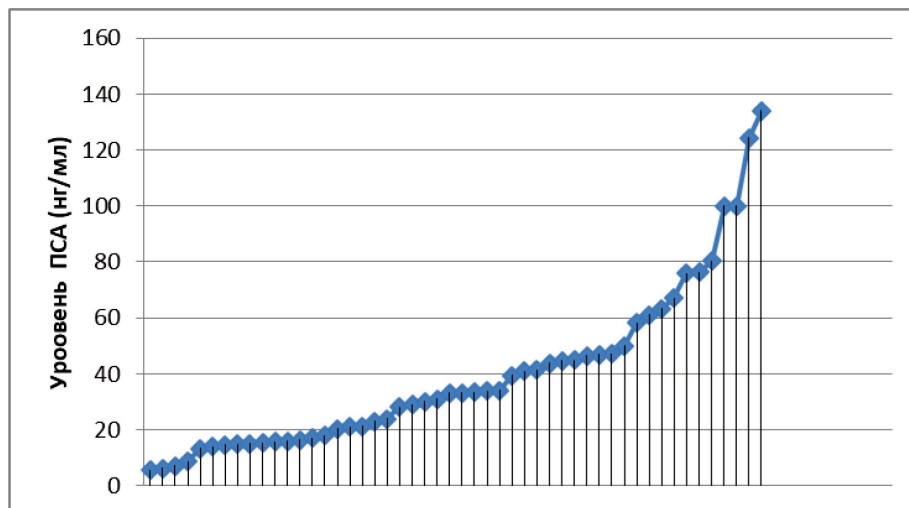
Работа основана на ретроспективном анализе данных историй болезни и опыте лечения 50 больных пожилого возраста (согласно возрастной классификации по ВОЗ) с местно-распространенным РПЖ (Т3-4N0-1M0), перенесших трансуретральную резекцию простаты в Республиканском Научном центре урологии г. Бишкек Кыргызской Республики с 2012 по 2021г. Диагноз верифицирован на основании результатов проведенных биопсий предстательной железы. Критериями включения являлись пациенты с гистологически подтвержденным РПЖ, которым проведена операция ТУР предстательной железы. Показаниями для ТУР простаты являлись: неразрешающаяся острая задержка мочеиспускания, хроническая задержка мочеиспускания, наличие объективных и субъективных данных об инфравезикальной обструкции. Критериями исключения являлись неоперированные пациенты с РПЖ, пациенты не старческого возраста, или пациенты с РПЖ, перенесшие другие виды оперативного вмешательства.

Всем пациентам, вошедших в исследование, обследование проводилось с тщательного осмотра, подробного расспроса анамнеза жизни и имеющихся патологии с последующей консультацией других специалистов при необходимости с целью своевременной коррекции сопутствующей патологии, к подготовке к предстоящей анестезии и хирургическому вмешательству. Помимо стандартных лабораторно-инструментальных исследований был включен следующий комплекс диагностических процедур для определения точной локализации патологического процесса и уровня его прогрессирования: анализ сывороточного ПСА в крови; ультразвуковое исследование (трансректальное и трансабдоминальное); магнитно-резонансная томография; компьютерная томография (при необходимости); урофлоуметрия; рентгенография костей скелета.

Пальцевое ректальное исследование проводилось для определения следующих параметров: размера и консистенции предстательной железы: симметричности, наличие гиперплазии, состояния срединной борозды, подвижности слизистой прямой кишки. Трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы (ТРУЗИ) с РПЖ проводилось с целью детальной визуализации периферической и центральной зон, простатической части уретры, капсулы, семенных пузырьков, парапростатической клетчатки, стенки прямой кишки, а также дна мочевого пузыря. ТРУЗИ проведено в режиме серой шкалы, цветового картирования, а также трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы под ультразвуковым наведением.

Данное исследование позволяло провести оценку размеров и структуры простаты, экзогенности, объема, симметричности ее долей и семенных пузырьков. Выявление гипер-, изо-, гипозоногенных участков с нечеткими и четкими контурами расценивались как отклонение от нормы. При обнаружении измененных участков в простате оценивали их экзогенность, структуру, размер и локализацию. Капсула и семенные пузырьки подвергались тщательной визуализации. Увеличенные семенные пузырьки, ее снижение акустической плотности, нарушение четкости и ровности капсулы железы расценивали как инвазию опухолью. Урофлоуметрия методом прямой регистрации объемной скорости мочи во время акта мочеиспускания проводилась с целью суммарного определения тонуса, сократительной активности мышц мочевого пузыря и проходимости уретры. У всех пациентов урофлоуметрия проводилась с оценкой времени начала мочеиспускания и достижения максимальной скорости потока мочи, максимальной и средней скоростей потока и объема мочи [1,8].

Оценка результатов лечения оценивалась по клиническим и инструментальным данным коррекции дизурических явлений.



**Рисунок 1.** Сывороточный уровень ПСА у пациентов с местно-распространенным типом РПЖ (n=50), 2012-2021гг.

Figure 1. Serum PSA level in patients with locally advanced type of PCA (n=50), 2012-2021.

#### Результаты исследования и обсуждение

Из всех пациентов с местно-распространенным типом РПЖ, преобладающее большинство составили 20(40%) больных стадии T3aN0M0, 15 (30%) - T1-3bN1M0, 10(20%) - T3bN0M0, 5(10%) - T4N0M0.

При распределении пациентов согласно данным расчета суммы баллов по Глиссону меньше 6 баллов отмечено у 20 (40%) больных, 7 баллов у 16(32%), более 7 баллов - у 14 (28%) пациентов.

Сывороточный уровень ПСА у пациентов с местно-распространенным типом РПЖ составлял от 3,5 до 128 мг/мл, со средним уровнем ПСА 39,6 нг/мл (рис.1.) Стабилизация или регресс опухолевого процесса в предстательной железе, подтвержденный снижением сывороточного уровня ПСА составляли основу условий для проведения ТУР при РПЖ.

#### Результаты и обсуждение

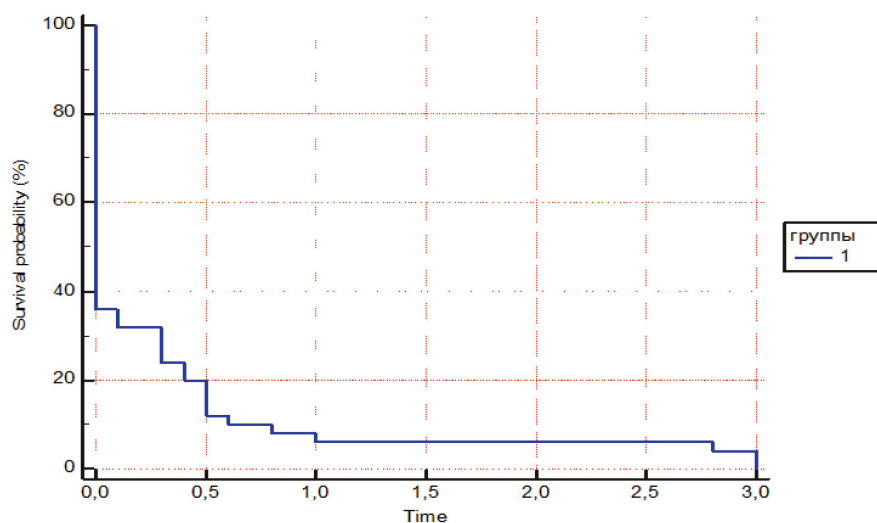
Операция ТУР проводилась под спинномозговой анестезией, операция завершалась установлением уретрального катетера с закрытой дренажной системой. В послеоперационном периоде уретральный катетер удалялся на 3-4 сутки. С целью профилактики послеоперационных инфекционных осложнений интраоперационно проводилась периоперационная антибиотикопрофилактика с 24 – часовым режимом и 2-х недельным применением уросептиков [9,10].

Согласно проведенному нами исследованию 50 пациентов с местно-распространенным типом РПЖ, перенесшим ТУР простаты, у 17 (34%) в

раннем послеоперационном периоде сохранялась выраженная ирритативная симптоматика, которая купировалась назначением препаратов дриптан и везикар на протяжении 20-25 дней. После проведенной трансуретральной резекции у (47) 94 % больных в течение месяца недержание мочи разрешилось. У 3 (6%) больных удержание мочи восстановилось в течение 3-3,5 месяцев (рис.2.). Необходимо отметить, что у всех 3 больных отмечена стадия T4N0M0 и сумма баллов по Глиссону составляла более 7.

В послеоперационном периоде у 8 (16%) из 50 пациентов развились послеоперационные инфекционные осложнения. Из них у 5 развился цистит, у 2 – пиелонефрит, у 1 пациентов - орхоэпидидимит.

Таким образом, у пациентов с РПЖ проведение ТУР направлена на улучшение качества жизни пациентов, имеющих симптомы инфравезикальной обструкции или объективными данными урофлоуметрии и не является методикой радикального лечения [1,6]. При этом, причиной дизурических явлений при РПЖ служит гипертрофия парауретральных желёз, а наличие РПЖ была случайной находкой. Проведение ТУР при местнораспространенной и метастатической формах может быть осуществлен при условии контролируемого процесса злокачественных изменений в предстательной железе, путем применения предоперационной антиандрогенной терапии. Удаление тканей простаты должна проводится до тех участков, позволяющих не смыкаться простатической части уретры. Данная процедура направлена на минимизацию глубины резекции тканей. В послеоперационном периоде у пациентов с РПЖ развитие инфекционных осложнений в 16% случаях в виде цистита, пиелонефрита и орхоэпидидимита возникает соответствует данным



**Рисунок 2.** Графическое отображение доли пациентов, удерживающих мочу через 2 месяца после ТУР, n=50, 2012-2021гг.

Figure 2. Graphical display of the proportion of patients holding urine 2 months after TUR, n=50, 2012-2021.

многих отечественных и зарубежных исследователей [1,6,9]. С целью профилактики послеоперационных инфекционных осложнений необходимо проведение периоперационной антибиотикопрофилактики [9,10].

#### Заключение

1. Комплексная оценка предоперационных клинических и морфологических признаков позволяет прогнозировать наличие локализованных форм РПЖ, а также степень распространенности процесса, выделять группы риска пациентов с вероятным экстрапростатическим распространением заболевания и определять целесообразность выполнения радикального хирургического лечения у этих больных
2. Операция ТУР у пациентов с РПЖ является методом выбора при обструкции мочевыводящих путей местно-

распространенной и метастатической формах РПЖ.

3. При местнораспространенной и метастатической формах РПЖ проведение ТУР может быть осуществлено при условии контролируемого процесса злокачественных изменений в предстательной железе путем применения предоперационной антиандрогенной терапии.

4. ТУР является малотравматичным оперативным методом хирургического лечения позволяющее улучшить уродинамические показатели продолжительность и качество жизни пациентов с местнораспространенной и метастатической формой РПЖ.

**Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жоктугун жарыялайт.**

**Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов. The authors declare no conflicts of interest.**

#### Литература / References

1. Алексеев Б.Я., Нюшко К.М. Рекомендации Европейской ассоциации урологов по диагностике и лечению рака предстательной железы. Онкоурология. 2007;3(4):41-44. [Alekseev B.Ya., Nyushko K.M. Recommendations of the European Association of Urology for the diagnosis and treatment of cancer prostate gland. Oncourology. 2007;3(4):41-44. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2007-3-4-41-44>
2. Гафанов Р.А., Дзидзария А.Г., Кравцов И.Б., Фастовец С.В. Метастатический гормоночувствительный рак предстательной железы: практические рекомендации и оптимизация выбора терапии. Онкоурология. 2018;14(4):139-49. [Gafanov R.A., Dzidzaria A.G., Kravtsov I.B., Fastovets S.V. Metastatic hormone sensitive cancer of the prostate gland: practical recommendations and optimization of the choice of therapy. Oncourology. 2018;14(4):139-49.] <https://oncourology.abvpress.ru/oncurology/article/view/910/817>
3. Головачев С.В., Макимбетов Э.К. Лучевая терапия при раке предстательной железы. Вестник КРСУ. 2017.;17(7): 18-21. [Golovachev S.V., Makimbetov E.K. Radiation therapy for prostate cancer. Vestnik KRSU. 2017.;17(7): 18-21.] <http://vestnik.krsu.edu.kg/archive/15/269>
4. Имянитов Е.Н. Эпидемиология и биология рака простаты. Практическая онкология. 2008.;9(2):57-64. [E.N. Imyanitov Epi

- demiology and biology of prostate cancer. *Practical Oncology*.2008.;9(2):57-64. ] <https://practical-oncology.ru/articles/270.pdf>
5. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Здравоохранение. [National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic. Healthcare.] <http://www.stat.kg/ru/statistics/zdravooohranenie>.
  6. Русаков И.Г., Калпинский А.С. Неотложные состояния в онкоурологической практике практическая онкология. 2006; 7(2);89-93. [Rusakov I.G., Kalpinsky A.S. Emergency conditions in oncurological practice. *Practical oncology*. 2006; 7(2); 89-93.]<https://practical-oncology.ru/articles/338.pdf>
  7. Fleischmann JD, Catalona WJ. Endocrine therapy for bladder outlet obstruction from carcinoma of the prostate.*J Urol*. 1985; 134(3):498-500. doi:10.1016/s0022-5347(17)47257-0 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4032546/>
  8. Попков В.М., Ким Т.Д. Лечение больных с местно-распространенным и диссеминированным раком предстательной железы (обзор) Заочная конференция "Актуальные проблемы фундаментальной и клинической уронефрологии. 2014. Урология [Popkov V.M., Kim T.D. Treatment of patients with locally advanced and disseminated prostate cancer (review) Correspondence conference "Actual problems of fundamental and clinical urology. 2014. *Urology*] <https://medconfer.com/node/3311>
  9. Иманкулова А. С., Кожомкулова К. А., Кабаев Б. А. Современные подходы улучшения практики применения антимикробных препаратов в хирургии. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2021. № 5-6;43-50. [Imankulova A.S., Kozhomkulova K.A., Kabaev B.A. Modern approaches to improving the practice of using antimicrobials in surgery. *Bulletin of KSMA them. I.K. Akhunbaev*. 2021. No. 5-6; 43-50.] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48417105>
  10. Кожомкулова К.А., Иманкулова А.С., Усупбаев А.Ч. Частота развития инфекций мочевыводящих путей в хирургической урологии. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2022. № 3: 32-36. [Kozhomkulova K. A., Imankulova A.S., Usupbaev A.Ch. The incidence of urinary tract infections in the surgical urology. *International Journal of Applied and Basic Research*. 2022. No. 3: 32-36. (in Russian)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=48202523>

**Авторы:**

**Курманбеков Нурбол Курманбекович**, Врач уролог, Национальный госпиталь отделение андрологии при Министерстве здравоохранения, Бишкек, Кыргызская Республика  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2972-9079>

**Усупбаев Акылбек Чолпонкулович**, член корреспондент НАН КР, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой «Урологии и андрологии до и последипломного обучения им. М. Т. Тыналиева» Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1926-384X6>

**Кылычбеков Марлен Бекташевич**, к.м.н., заведующий отделением андрологии НГ МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика

**Кузубаев Руслан Едилевич**, к.м.н., ассистент кафедры кафедры «урологии и андрологии до- и последипломного обучения им. М. Т. Тыналиева» Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4322-9502>

**Authors:**

**Kurmanbekov Nurbol Kurmanbekovich**, Urologist, National Hospital, Department of Andrology under the Ministry of Health, Bishkek, Kyrgyz Republic  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2972-9079>

**Usupbaev Akylbek Cholponkulovich**, Corresponding Member of the National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic, MD, Professor, Head of Department of «Urology and Andrology of pre- and post-graduate studies named by M. T. Tynaliyev» of the Kyrgyz State Medical Academy named by I. K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1926-384X6>

**Kylychbekov Marlen Bektashevich**, Ph.D., Head of the Department of Andrology, NG MH KR, Bishkek, Kyrgyz Republic

**Kuzubayev Ruslan Edilovich**, Ph.D., Assistant of the Department of Urology and Andrology, Pre- and Postgraduate Studies named after M.T. Tynaliyev "Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyz Republic  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4322-9502>

Поступила в редакцию 20.06.2022

Принята к печати 18.09.2022

Received 20.06.2022

Accepted 18.09.2022