

**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 КЕНГАШ
АСОСИДА БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

БАХАДИРХАНОВ МУХАМЕДЗАРИФ МУХАМЕД КАБИРОВИЧ

**УРЕТРАНИНГ БУЛЬБАР-МЕМБРАНОЗ ҚИСМИ
ОБЛИТЕРАЦИЯСИНИ ЭНДОСКОПИК ДАВОЛАШ**

14.00.31 - Урология

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

ТОШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Бахадирханов Мухамедзариф Мухамед Кабирович Уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерациясини эндоскопик даволаш	3
Бахадирханов Мухамедзариф Мухамед Кабирович Эндоскопическое лечение облитерации бульбарно-мембранозного отдела уретры	21
Bakhadirkhanov Mukhamedzarif Mukhamed Kabirovich Endoscopic treatment of bulbar-membranous urethral obliteration.....	39
Эълон қилинган ишлар рўйхати Список опубликованных работ List of published works	43

**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 КЕНГАШ
АСОСИДА БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

БАҲАДИРХАНОВ МУХАМЕДЗАРИФ МУХАМЕД КАБИРОВИЧ

**УРЕТРАНИНГ БУЛЬБАР-МЕМБРАНОЗ ҚИСМИ
ОБЛИТЕРАЦИЯСИНИ ЭНДОСКОПИК ДАВОЛАШ**

14.00.31 - Урология

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

ТОШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2019.2.PhD/Tib1002-рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:	Насиров Фуркат Рауфович тиббиёт фанлари доктори
Расмий оппонентлар:	Гайбуллаев Асилбек Асадович тиббиёт фанлари доктори, профессор Юлдашев Файзулла Юлдашевич тиббиёт фанлари доктори
Етакчи ташкилот:	Қирғизистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Миллий госпиталь ҳузуридаги Республика урология миллий маркази

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгаш асосида бир марталик Илмий кенгашнинг 2020 йил «___» _____ соат ___ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. 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 тиббиётмаркази).

Диссертацияси билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (122 - рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

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

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

А.В. Девятков

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, спонгиоз (утрета стриктураси) ривожланиши натижасида сийдик чиқарув каналининг бирон бир қисмининг патологик торайиши, эркаклар популяциясининг 0,6 фоизида учрайди, сийдик-таносил касалликлари таркибида учраши эса 6% ни ташкил қилади»¹. Сўнгги йилларда, урета стриктураси ривожланиши частотасининг ўсиб бориши, чаноқ аъзоларининг оғир шикастланишлари билан боғлиқ бўлган жароҳатланишларнинг ортиши, аксарият ҳолларда простата аденомэктомиясидан кейин, шунингдек, урологияда эндоскопик амалиётлардан кенг фойдаланиш билан боғлиқ. Бугунги кунда, эркаклардаги сийдик чиқарув каналининг турли даражада торайишида, унинг ўтказувчанлигини тиклаш имконини берувчи янги реконструктив амалиётларнинг клиник амалиётга жорий этилиши туфайли, урета стриктураси бўлган беморларни даволашда жиддий ютуқларга эришилган. Бироқ, жароҳатлилиқ, реабилитация даврининг узок давом этиши ва қайталанишларнинг юқори кўрсаткичидан ташқари, очик оператив амалиётлардан сўнг кам учрайдиган асоратларга, жинсий олатнинг қисқариши, эректил дифунция, импотенция ва х.к. киради. «Уретропластиканинг турли вариантларидан кейинги қониқарсиз натижалар кўрсаткичлари дастлабки бир йил давомида 18-25% ни, бешинчи йилларда эса 40% ни ташкил қилади, 25% ҳолатларда стриктуранинг қайталаниши кузатилади»². Бугунги кунда урета стриктурасини даволашдаги истиқболли йўналишлардан бири эндоурологик амалиётлар ҳисобланади. Шу билан бирга, урета стриктурасида эндоскопик хирургиянинг мавжуд усуллари кўллаш натижалари, айниқса облитерация мавжуд бўлганда, асоратларнинг ва касалликнинг кейинги қайталаниш кўрсаткичларининг юқори бўлиши ҳисобига етарлича қониқарли бўлмайди. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда, асоратлар кўрсаткичларини камайтириш ва касалликнинг қайталанишларини олдини олиш учун эндоскопик амалиётларнинг янги усуллари ишлаб чиқиш долзарблигича қолмоқда.

Ҳозирги кунда дунё амалиётида сийдик инфилтрацияси таъсири остида чандиқли жараён шаклланишига олиб келувчи, кўп қаторли призматик эпителийнинг ўтувчи-хужайрага, сўнгра мугузланиш билан ўтувчи хужайра даражасигача тез дезорганизацияга учровчи кўп қаватли хужайраларга метаплазиясининг ривожланиш сабабларини ўрганиш энг долзарб бўлиб қолмоқда. Сийдик чиқарув канали бўшлиғига нисбатан фибрознинг “чуқурроқ” тарқалишига олиб келувчи, парауретрал безларнинг терминал ва чиқарув йўлларидаги эпителиал қопламаларнинг идиопатик ўзгаришини ўрганишга доир тадқиқотлар алоҳида қизиқиш уйғотмоқда. Стриктураларни

¹Abu Nasra W, Abu Ahmed M, Visoky A, Huckim M, Elias I, Katz R. The Importance of Cystoscopy in Diagnosis and Treatment of Urethral Stricture Following Transurethral Prostatectomy. // Isr. Med. Assoc. J. – 2020. Apr;22(4):241-243.

²Benson C.R., Goldfarb R., Kirk P., Qin Y., Borza T., Skolarus T.A., Brandes S. Population Analysis of Male Urethral Stricture Management and Urethroplasty Success in the United States. Urology. 2018. pii: S0090-4295(18)30892-6. Doi: 10.1016/j.urology.2018.06.059.

хирургик даволаш давомида уретранинг олиб ташланган тўқималарини гистологик тадқиқ қилиш катта қизиқиш уйғотмоқда, уларга кўра, одатда, сурункали яллиғланиш элементлари билан гемоглобин дериватлари томонидан ингибирланган хужайралар аниқланади, бу эса бошиданок уретра стриктураси юзага келишига ундайди.

Хозирги даврда, аҳолига кафолатланган ва юқори сифатли ихтисослаштирилган даволаш-профилактик ёрдам кўрсатиш, беморлар ҳаёт сифатини ошириш, уларнинг меҳнатга лаёқатсизлигини олдини олиш, даволаш ва реабилитация сарф-харажатларини камайтириш соғлиқни сақлаш тизимининг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади. Ушбу йўналишда, хусусан, уретра облитерациясини даволашда кам жароҳатли ҳамда самарали усулларни кенг жорий қилинишида қониқарли натижаларга эришилган. Шу билан бирга, уретра облитерациясининг эндоскопик хирургиясини мукаммаллаштириш учун, қўлланиладиган усуллар самарадорлигини баҳолаш бўйича илмий-асосланган натижалар талаб қилинади. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича Ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақонли ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган³. Ушбу вазифаларни руёбга чиқариш, шунингдек, рентгеноскопик назорат остида бажарилувчи уретранинг эндоскопик реканализацияси усулини қўллаш билан уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерацияси бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш муҳим йўналишлардан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 17 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш бўйича чора-тадбирлар тўғрисида» ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатишни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори, Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги ВМ-266 сонли «Соғлиқни сақлашни ташкиллаштириш ва жамоат соғлиқни сақлаш илмий-текширув институти фаолиятини ташкиллаштириш тўғрисида»ги Қарори ҳамда ушбу йўналишда қабул қилинган бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатлардаги вазифаларни амалга оширишда мазкур диссертация иши муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Эндоурология ва техник таъминот даражасининг ривожланишига қарамай, уретра облитерациясини

³Ўзбекистон Республикасини янада риволантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикаси Президентининг 07.02.2017 йилдаги ПФ-4947-сон Фармони. Қонун ҳужжатлари тўплами.

даволаш натижалари, касаллик қайталаниш кўрсаткичининг юқорилиги ва ташрих вақтидаги ҳамда кейинги асоратларнинг турли-туманлиги ҳисобига қониқарсизлигича қолмоқда. Palminteri E.⁴ фикрига кўра, «уретра облитерациясини даволаш урологиядаги энг мураккаб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда, буни кўплаб такрорий ташрихларни талаб қилувчи асоратлар ва касаллик қайталанишининг юқори фоизи тасдиқлайди». Бугунги кунда уретранинг стриктурали касаллигини даволашда эндоскопик амалиётларни бажариш имконияти турли урологик мактабларнинг мунозара мавзуси бўлиб, унга кўра, ушбу амалиётларнинг «асосий камчилиги - давомли стриктурада ёки уретранинг тўлиқ облитерациясида, шунингдек, уретра орқа қисми облитерациясининг сийдик оқмалари билан бирга келганида ёки чанок суяклари деформацияси туфайли сийдик каналининг сурилиши кузатилганида, амалга оширишнинг имконсизлиги ҳисобланади» (Wesley Verla⁵). Бироқ, Thomas G. Smith⁶ фикрига кўра, «сийдик йўллариининг торайишини эндоскопик даволашда катта тажриба мавжуд, бунда эндоскопик хирургиянинг турли усулларидан фойдаланилади, уларнинг аксарияти эрта муддатдаги кузатувларда сийдик йўллариининг ўтказувчанлигини самарали равишда тиклаши мумкин, аммо, беморлар узок муддатли даврда кузатилганда, 15-50% ҳолларда касалликнинг қайталаниши кузатилади».

Замонавий тавсияларига кўра, бужлаш ва ички оптик уретротомия, даволашнинг биринчи қатори сифатида фақатгина унча кучли бўлмаган спонгиозфиброзли уретранинг бульбар қисмининг қисқа (1 см дан кичик), ягона стриктуралари бўлган беморларда қўлланилиши мумкин (Shyam S.⁷). Бироқ, заифлашган ёки радикал даврдан бош тортиган беморларда эндоуретрал муолажаларни даволашнинг паллиатив усули сифатида қўллаш мумкин. Эндоуретрал усулларнинг самарадорлиги 10-35% дан ошмаслигига қарамай, кўплаб урологлар улардан фойдаланишдан бош тортишга шошилмаяптилар. Baradaran N.⁸ фикрича, «эндоскопик усулларни асоссиз равишда кенг қўллаш ва очиқ усулдаги уретропластика кўрсатмаларини инкор қилиш, келажакда олд уретранинг давомли стриктуралари билан касалланишнинг ўсишига олиб келади». Уретрал стентларни ички оптик уретротомия билан бирга қўллаш масалалари интенсив тарзда ўрганилмоқда, аммо асоратларнинг юқори кўрсаткичи ҳисобига (оралиқ соҳасидаги оғрик, чандиқланиш, стент миграцияси, тошлар билан инкрустацияси, сийдик тута олмаслик, инфекция

⁴Palminteri E., Berdondini E., Verze P., De Nunzio C., Vitarelli A., Carmignani L. Contemporary urethral stricture characteristics in the developed world. // Urology. - 2018;81(1):191-196.

⁵Wesley Verla, Willem Oosterlinck, Anne-Françoise Spinoit, Marjan Waterloos. A Comprehensive Review Emphasizing Anatomy, Etiology, Diagnosis, and Treatment of Male Urethral Stricture Disease // Biomed Res Int. 2019; 2019: 9046430. Published online 2019 Apr 18. doi: 10.1155/2019/9046430

⁶Thomas G. Smith, III. Current management of urethral stricture disease // Indian J Urol. 2016 Jan-Mar; 32(1): 27–33.

⁷Shyam S., Sean P.E. et al. Multi-Institutional Outcomes of Endoscopic Management of Stricture Recurrence after Bulbar Urethroplasty. // J.Urol. 2018 Oct; 200(4): 837-842. doi:10.1016/j.juro.2018.04.081.Epub 2018 May 3.

⁸Baradaran N., Fergus K.B. et al. Clinical significance of cystoscopic urethral stricture recurrence after anterior urethroplasty: a multi-institution analysis from Trauma and Urologic Reconstructive Network of Surgeons (TURNS). // World J Urol. 2019 Dec;37(12):2763-2768. doi: 10.1007/s00345-019-02653-6. Epub 2019 Feb 2.

тушиши) бу усуллар кундалик амалиётда кенг қўлланилмади (Shahrour W.⁹). Шундай қилиб, бугунги кунда касалликларни эндоурологик даволашнинг кўплаб усуллари таклиф этилган, шу билан бирга, уретра стриктурасида эндоскопик амалиётлар ханузгача хал қилинмаган муаммолигича қолмоқда, бунга сабаб эса шундан иборатки, даволашнинг ҳар қандай усулининг самарадорлиги нафақат танланган кўрсатмаларнинг тўғрилигига, балки ташрихнинг бажариш техникаси ва ташрихдан кейинги даврнинг олиб борилишига боғлиқдир.

Ўтказилган адабиётлар таҳлили шундан далолат берадики, уретра облитерацияси бўлган беморларни эндоскопик даволашдаги ижобий ўсишга қарамай, ханузгача кўплаб тактик муаммолар мавжуд бўлиб, улар орасида - ҳар бир бемор учун энг мақбул бўлган оператив амалиёт усулини ва мустақил сийдик ажратишни тиклаш усулини танлаш учун рандомизациялашган ёндашувнинг йўқлиги энг долзарб ҳисобланади. Бу уретра облитерациясини даволашда эндоскопик хирургик усулларни янада ўрганиш ва такомиллаштириш заруриятини тақозо этади.

Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази илмий-тадқиқот иш режаларининг «Замонавий кам инвазив технологиялардан фойдаланиш йўли билан энг кўп тарқалган урологик касалликларни ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш» мавзусидаги №ПЗ-201709076-сон лойиҳаси доирасида бажарилган (2018-2020 й.).

Тадқиқотнинг мақсади рентгеноскопик назорат остида амалга оширилувчи, уретранинг эндоскопик реканализацияси усулидан фойдаланиш йўли билан уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерацияси бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

турли этиологик омиллар фонида эркакларда уретра стриктураларининг шаклланиши хусусиятларини баҳолаш;

уретра стриктураларида ва облитерацияларида эндоскопик амалиётлар ва реконструктив ташрихлар натижаларини таҳлил қилиш;

уретра стриктураси ва облитерацияси бўлган беморларни даволаш усулини танлашга таъсир этувчи омилларни аниқлаш;

рентгеноскопик назорат остида бажариладиган, уретранинг эндоскопик реканализация усулини ишлаб чиқиш ва унинг самарадорлигини ҳамда хавфсизлигини баҳолаш;

уретранинг эндоскопик реканализациясини бажаришга кўрсатмаларни аниқлаш;

рентгеноскопик назорат остида бажариладиган, уретранинг эндоскопик реканализациясининг узок муддатдаги натижаларини баҳолаш.

⁹Shahrour W, Joshi P, Hunter CB, Batra VS, Elmansy H, Surana S, Kulkarni S. The Benefits of Using a Small Caliber Ureteroscope in Evaluation and Management of Urethral Stricture.// Adv. Urol. 2018 Nov 21;2018:9137892. doi: 10.1155/2018/9137892. eCollection 2018.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2011 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт марказида уретра стриктураси ва облитерацияси билан даволанган 406 нафар беморлар хизмат қилган.

Тадқиқотнинг предмети уретра стриктураси ва облитерацияси бўлган беморларни даволашда ишлаб чиқилган эндоскопик амалиётларнинг самарадорлигини баҳолаш билан клиник, нур-ташхисот ва лаборатор текширув усуллари натижаларидан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни хал қилиш учун қуйидаги текширув усулларида фойдаланилган: умумклиник (сийдик ва қоннинг умумий таҳлили), бактериологик, нур-ташхисот (ультратовуш ва рентгенологик текширувлар), уродинамик ва статистик усуллар.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

стриктураларнинг энг кўп учровчи жойлашуви уретранинг бульбар қисмида бўлиши, бу эса спонгиоз тана нисбатан зич бўлган парауретрал безларнинг кўп тўпланиши билан боғлиқлиги аниқланган;

ёш эркакларда стриктуралар ривожланишининг асосий сабаблари уретра шикастланиши билан кечувчи оралиқ ва чаноқ суяклари жароҳатлари эканлиги, ёши катта ва кекса беморлар гуруҳида эса аввал трансуретрал ва сийдик пуфаги орқали ўтказилган амалиётлар устунлик қилиши кўрсатилган;

эркакларда рентгеноскопик назорат остида уретра реканализацияси ва облитерация соҳасидаги чандикли тўқиманинг электрорезекциясидан иборат бўлган уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерациясини эндоскопик даволаш усули ишлаб чиқилган;

рентгеноскопик назорат остида бажариладиган, уретранинг эндоскопик реканализациясини қўллаш имкониятлари мезонлари сифатида, уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерациясининг узунлиги, уретра охирларининг силжиши ва уретрал сийдик оқмаларининг мавжуд бўлмаслиги аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

кўпинча уретранинг катта қисми торайиши ва/ёки уретранинг облитерацияси билан сийдик чиқариш канали анатомик қисмларининг фақатгина битта соҳаси зарарланиши аниқланган бўлиб, бу эндоскопик хирургик амалиётларни бажариш имкониятларини кенгайтириш имконини берган;

уретранинг стриктура касаллиги бўлган беморларни хирургик даволаш усулини танлаш беморнинг ёшига, стриктуранинг жойлашуви ва давомлигига боғлиқлиги аниқланган бўлиб, уларни инобатга олиш беморларни переоператив олиб боришда қиёсий ёндашиш имконини беради;

рентгеноскопик назорат остида бажариладиган, уретранинг эндоскопик реканализацияси, сўнгра облитерация соҳасида чандикли тўқиманинг электрорезекцияси усули таклиф этилган бўлиб, уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерацияси бўлган беморларни даволашда самарали усул сифатида тавсия этилиши мумкин;

уретранинг эндоскопик реканализацияси усули уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерацияси бўлган беморларни даволаш самарадорлигини ошириши, мустақил сийдик ажратишни тиклаши ва сийдикнинг сунъий чиқиши учун дренажларнинг доимий олиб юришдан озод этиши исботланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларидан фойдаланишга, даволашнинг узок натижаларини баҳолашнинг объектив мезонларига, услубий ёндашувлардан тўғри фойдаланиш ва статистик таҳлилга асосланган. Тадқиқот етарли миқдордаги клиник материалда олиб борилган. Диссертациядаги кўриб чиқилган муаммоларни хал этиш усуллари уретра стриктураси ва облитерацияси бўлган беморларни хирургик даволашда замонавий илмий-амалий тасаввурлар ва ёндашувларга асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий ахамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий ахамияти шундан иборатки, олинган натижалар ўзининг назарий ахамиятига эга бўлиб, стриктура ривожланиши сабабларини аниқлаш йўли билан уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерациясининг эндоскопик хирургиясида, даволаш-диагностик чоратадбирларни мақбуллаштиришда ва эндоскопик хирургиянинг рақобатбардош усулларини такомиллаштиришда муҳим ҳисса қўшади.

Тадқиқотнинг амалий ахамияти шундан иборатки, эркакларда уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерацияси тўғрисидаги аниқланган маълумотлар, ушбу патологиянинг ривожланиши хатар омилларини, ўзига хос белгилари, ҳамда даволаш усулини танлашга таъсир кўрсатувчи омилларни аниқлаш ҳамда беморларнинг айрим гуруҳига нисбатан, эндоскопик хирургияга кўрсатмаларни аниқлаштириш ушбу амалиётни бажариш учун янада мустаҳкам танлов ўтказиш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Уретра облитерацияси бўлган беморларни эндоскопик даволашни яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижаларига кўра:

«Уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерациясини эндоскопик даволаш усули» ишлаб чиқилган (Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг 2017 йил 13 апрелдаги IAP 05389-сонли ихтиро учун патенти). Уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерацияси бўлган беморларни эндоскопик даволашда таклиф этилган усулни қўллаш, даволаш самарадорлиги ошириш, илгари доимий дренаж билан юришга мажбур бўлган беморларда мустақил сийдик ажратишни тиклаш имконини берган;

уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерацияси бўлган беморларни даволаш самарадорлигини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар амалий соғлиқни сақлаш фаолиятига, хусусан, Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт марказининг Хоразм филиали ва У.Халмуратов номидаги Қорақалпоғистон Республикасининг Республика кўп тармоқли тиббиёт марказининг урология бўлимларига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 9 декабрдаги 8н-з/181-сон маълумотномаси). Тадқиқотнинг таклиф этилган натижалари асосида уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерацияси бўлган беморларга

ихтисослаштирилган юқори технологияли тиббий ёрдам кўрсатиш ҳажми кенгайтирилди, бу эса ташрихдан кейинги эрта ва кечки асоратлар ривожланиш хавфини камайтириш, касалликнинг эрта ва кечки муддатлардаги қайталанишларини қисқартириш ҳамда даволаш ва реабилитация муддатини камайтириш имконини берди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий конференцияларда, жумладан, 3 та халқаро ва 2 та республика анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 10 та илмий ишлар чоп этилган бўлиб, жумладан, 3 та илмий мақола, шулардан 1 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси ОАК докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этилган илмий нашрларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, учта боб, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация материалнинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **кириш қисмида** ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва талабгорлигига асосланган, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари шакллантирилган, тадқиқот натижаларининг илмий янгилиги ва амалий натижалари келтирилган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти, тадқиқот натижаларининг амалиётга тадбиқ этилиши очиб берилган, чоп этилган ишлар ва диссертациянинг таркиби тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Уретра облитерациясини даволаш муаммосининг замонавий ҳолати, эндоскопик ташрихлар ва уларнинг самарадорлиги»** номли биринчи бобида маҳаллий ва халқаро адабиётларда келтирилган маълумотлар асосида ушбу муаммонинг замонавий ҳолати таҳлил қилинган. Эркаклардаги уретранинг стриктураси ва облитерацияси эпидемиологияси ва этиологияси, касалликнинг ривожланиши хатар омиллари, текшириш усуллари, уретра стриктураси ва обитерациясини даволашда эндоскопик ва реконструктив-пластик оператив амалиётларнинг хусусиятлари, оператив давонинг асоратлари ва қайталанишлари, қайталанишларни камайтиришга йўналтирилган, касалликни даволашнинг янги юқори технологик ва кам инвазив усулларини ишлаб чиқиш тенденциялари ҳақида маълумотлар келтирилган. Боб якунида кейинчалик ўрганишни талаб этувчи масалаларга қаратилган боб бўйича қисқача хулоса келтирилган.

Диссертациянинг **«Тадқиқот материалнинг клиник тавсифи ва фойдаланилган текширув усуллари»** номли иккинчи бобида тадқиқот босқичлари, клиник материал ва тадқиқотда фойдаланилган усуллар баён этилган. Тадқиқотга 2011-2019 йиллар мобайнида “Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази” ДМ да даволанган, уретранинг стриктураси ва облитерацияси бўлган 406 нафар

бемор жалб қилинган. Беморлар ёши 16-89 ёшни (ўртача $53,6 \pm 18,7$ ёш) ташкил этган.

Тадқиқот 4 босқичда ўтказилган:

I-босқич. «Эркакларда уретра стриктураси хусусиятларини баҳолаш». Тадқиқотнинг ушбу босқичи учун 16 дан 83 ёшгача бўлган (ўртача $46,4 \pm 18,3$ ёш) уретранинг стриктураси ва облитерацияси бўлган 194 нафар бемор танлаб олинган. Беморларга комплекс клиник текширув ўтказилган бўлиб, битта ихтисослаштирилган клиника бўйича тадқиқот натижалари асосида, уретра стриктураларининг турли тавсифларига баҳо берилган.

II-босқич. «Даволаш усулини танлашга таъсир кўрсатувчи омилларни баҳолаш», олдимизга қўйилган вазифаларни ҳал этиш учун уретра стриктураси ва облитерацияси бўлган 109 нафар бемордан иборат гуруҳ шакллантирилган. Беморлар ёши 16 дан 80 ёшгачани (ўртача, $43,6 \pm 17,8$ ёш) ташкил этган. Стриктур узунлиги, ўртача, $1,6 \pm 0,2$ см (диапазон: 0,3-3,5 см) ташкил этган. Тадқиқот вазифаларидан келиб чиққан ҳолда, беморлар 3 даволаш гуруҳига тақсимланган: 1 гуруҳ – 53 нафар беморда уретранинг эндоскопик реканализацияси ўтказилган; 2 гуруҳ – 23 нафар эркакда трансуретрал ички оптик (ТУИО) уретротомия; 3 гуруҳ – 33 нафар беморда уретропластиканинг турли кўринишлари бажарилган.

III-босқич. «Уретранинг эндоскопик реканализацияси усулини ишлаб чиқиш», ушбу мақсадда уретранинг стриктураси ёки облитерацияси бўлган 53 нафар беморлар танлаб олинган (тадқиқотнинг II-босқичи сонидан). Беморлар сони 13-80 ёшни ташкил этган (ўртача, $46,4 \pm 19,8$ ёш). Стриктур ва/ёки облитерациянинг локализацияси ва масофасига қараб, кузатувнинг 1, 6 ва 12 ойлари муддатида сийдик оқимининг максимал ҳажмий тезлиги (Q_{max}) ва уретра стриктурасининг қайталаниши бўйича даволаш натижаларини баҳолаш амалга оширилган. Уретранинг эндоскопик реканализациясининг самарадорлиги ва хавфсизлиги интра- ва ташрихдан кейинги асоратлар сони ва кузатув муддати якунига яқин уретра стриктурасининг қайталаниши бўйича баҳоланган.

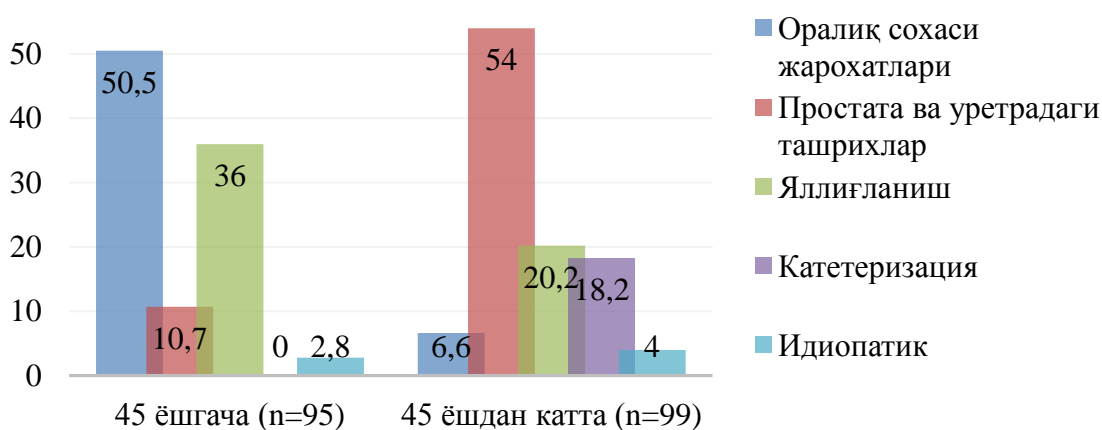
IV-босқич. «Уретранинг эндоскопик реканализацияси самардорлигини баҳолаш», ушбу мақсадда амалиётнинг юқори анестезиологик хавфи ҳисобига реконструктив ташрихлар бажаришга қарши кўрсатмаларга эга бўлган, ҳамда бажарилган ташрихдан сўнг жинсий бузилишлар ривожланиш хавфи мумкин бўлган уропластикадан бош тортувчи ёш эркаклардаги уретранинг бульбар-мембраноз қисми облитерацияси бўлган 103 нафар беморлар танлаб олинган. Беморлар ёши 20-89 ёшни ташкил этган (ўртача, $61,1 \pm 18,3$ ёш).

Амалиётдан сўнг беморлар қайта тикланган бирламчи уретрал каналнинг эпителизацияси ва шаклланиши учун 6-7 кунлик муддатга доимий уретрал катерер ўрнатилиши билан амбулатор назоратга чиқарилган. Экспозиция муддати тугаши билан уретранинг облитерацияси соҳасидаги чандикли тўқималарнинг циркуляр трансуретрал электрорезекцияси бажарилган. Уретранинг эндоскопик реканализацияси самарадорлиги ва хавфсизлиги қуйидаги кўрсаткичлар билан: ташрих давомийлиги, интраоперацион қон кетиш ҳажми, интра- ва ташрихдан кейинги асоратлар сони, беморларнинг

стационарда даволанганлик муддати билан баҳоланган. Уретранинг облитерацияси соҳасидаги чандиқли тўқималарининг трансуретрал электрорезекцияси самарадорлиги ташрих давомийлиги, интра- ва ташрихдан кейинги асоратлар сони, беморларнинг стационарда даволанганлик муддати, сийдик оқимининг максимал хажмий оқими (Q_{max}) ва уретра стриктураси қайталаниши сони билан баҳоланган. частоте рецидивов стриктуры уретры. Қайта текширув қуйидаги тартибда: биринчи текширув ташрихдан кейин 1 ой ўтгач, кейинчалик, хар 3 ойда ўтказилган. Кузатувларнинг умумий муддати 36 ойни ташкил этган.

Диссертациянинг «Тадқиқот натижалари ва уларнинг таҳлили» номли учинчи бобида беморларнинг анамнестик маълумотларини таҳлил этиш натижалари келтирилган бўлиб, уларга кўра, уретра стриктураси ривожланишида этиологик омиллар сифатида 82 нафар беморда (42,3%) уретранинг яллиғланиш касалликлари, 53 нафар беморда (27,3%) уретра шикастланиши билан оралик, жинсий олат ва чанок аъзолари травмалари, 52 нафарда (26,8%) – ятроген шикастланишлар, 7 нафарда (3,6%) идиопатик стриктура аниқланган.

Стриктураларнинг юзага келишида ёш жихатдан таҳлил қилинганда, 45 ёшгача бўлган (95 нафар беморлар) ёш беморлар орасида, уретра стриктураси ривожланишида асосий сабаб 50,5% ҳолатларда уретра шикастланиши билан оралик ва чанок суяклари травмалари, уретрадаги яллиғланиш жараёни (36%) ва трансуретрал амалиётлар (10,7%) ташкил этган. 45 ёшдан катта беморларда (99 нафар беморда) уретра стриктураси ривожланишига трансуретрал амалиётлар (23%) ва простатанинг сийдик пуфаги орқали аденомэктомияси (22%) асосий сабаб бўлган (расм 1).

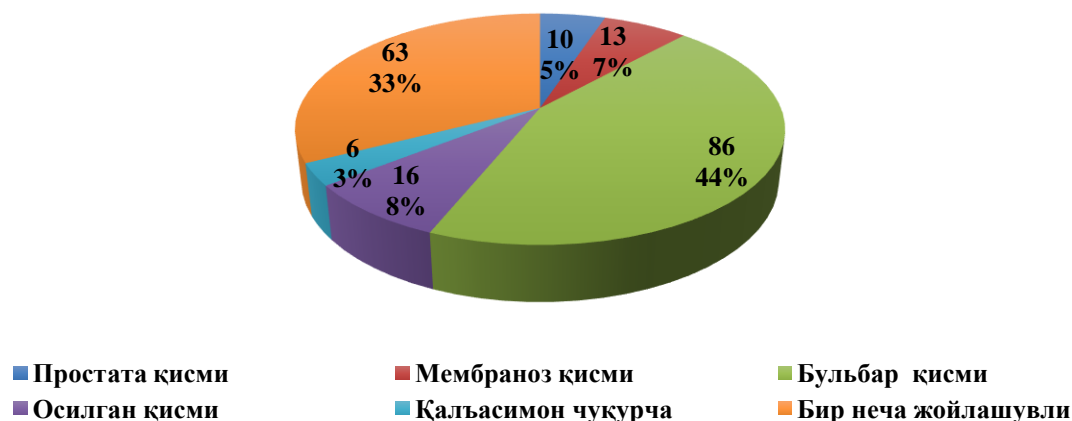


1-расм. Уретра стриктураси ривожланишининг ёш бўйича хусусиятлари (n=194).

Уретранинг олдинги қисмидаги стриктуранинг жойлашуви, асосан, 13 (59,2%) ҳолатларда уретритлар, 4 (18,2%) ҳолатларда сийдик пуфаги катетеризацияси, 4 (18,2%) ҳолатларда идиопатик омиллар ва 1 та ҳолатда (4,5%) гипоспадия сабабли ўтказган ташрихлардан сўнг намоён бўлган. Уретранинг орқа қисмидаги стриктураларда 40 (36,7%) ҳолатларда уретра

шикастланиши билан оралиқ ва чаноқ суяклари жароҳатлари, 27 (24,8%) - трансуретрал амалиётлар, 17 (15,6%) ҳолатларда простатанинг сийдик пуфағи орқали аденомэктомияси ва 22 (20,2%) ҳолатларда уретритлар билан боғлиқ бўлган стриктуралар ташкил этган. Уч (2,7%) ҳолатда стриктура сабабини аниқлаш имкони бўлмаган.

Уретранинг анатомик қисмларидан кўпроқ битта қисми зарарланиши (68,6%) аниқланиб, ва кўпинча уретранинг битта соҳаси торайиши ва/ёки облитерацияси кузатилган. Уретра стриктураси кўпроқ уретранинг бульбар қисмида жойлашганлаги аниқланган (44,3%) (расм 2).

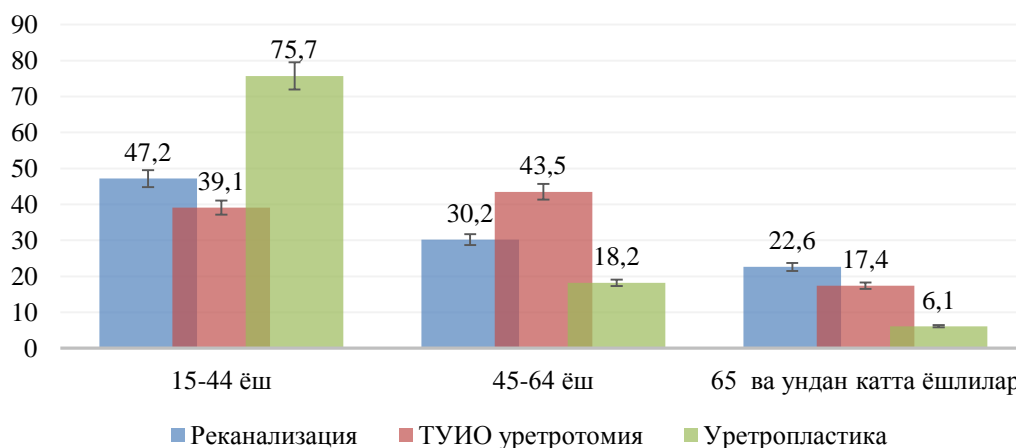


Расм 2. Уретра стриктурасининг жойлашуви (n=194).

Уретра стриктураси ҳам яқка, ҳам бир неча ёки бутун уретрани зарарлаши (тотал) ёки чўзилган бўлиши аниқланган. Уретра стриктуралари 70,6% ҳолатларда учраб, кўп ҳолларда торайишнинг воронкасимон кўринишига эга бўлади. Уретра облитерацияси 29,4% ҳолатларда учрайди.

Уретра бўшлиғининг торайишига қараб, бажарилган ташрих амалиётлари сони бўйича тадқиқот натижалари таҳлили шуни кўрсатдики, уретра облитерацияси бўлган шахсларда уретропластикага нисбатан реканализация кўпроқ бажарилган ($77,4 \pm 6,5\%$, мос равишда, $33,3 \pm 14,2\%$; $p < 0,05$). ТУИО уретротомия уретра облитерацияси бўлган беморларда ўтказилмаган, чунки бундай ҳолатларда уретранинг облитерацияланган соҳаси орқали уретротомни ўтказиш имкони бўлмаган. Уретра стриктураси бўлган шахсларда реканализацияга нисбатан уретропластика кўпроқ бажарилган ($66,7 \pm 10,0\%$, мос равишда, $22,6 \pm 12,7\%$; $p < 0,05$).

Ёшга кўра бажарилган ташрих амалиётлари сони бўйича ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ёшларда уретропластика уретра реканализацияси ва ТУИО уретротомиясига нисбатан кўпроқ бажарилган ($75,7 \pm 8,5\%$, мос равишда, $47,2 \pm 9,9\%$ ва $39,1 \pm 16,3\%$; $p < 0,05$). Ўрта ёшдаги беморларда эндоскопик амалиётлар уретропластикага нисбатан кўпроқ ўтказилиб, бироқ бажарилган ташрихларнинг ўртача қийматида унчалик фарқ аниқланмаган ($p > 0,05$). Кекса ёшли беморларда уретра реканализацияси ташрихнинг бошқа турларига нисбатан кўпроқ бажарилган (3-расм).



3-расм. Беморлар ёшига кўра, бажарилган ташрих амалиётлари частотаси (n=194).

Тадқиқот натижаларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, эндоскопик амалиётлар улуши, ёш ўсиши билан ортиб боради, аксинча, анъанавий ташрихлар сони камаяди.

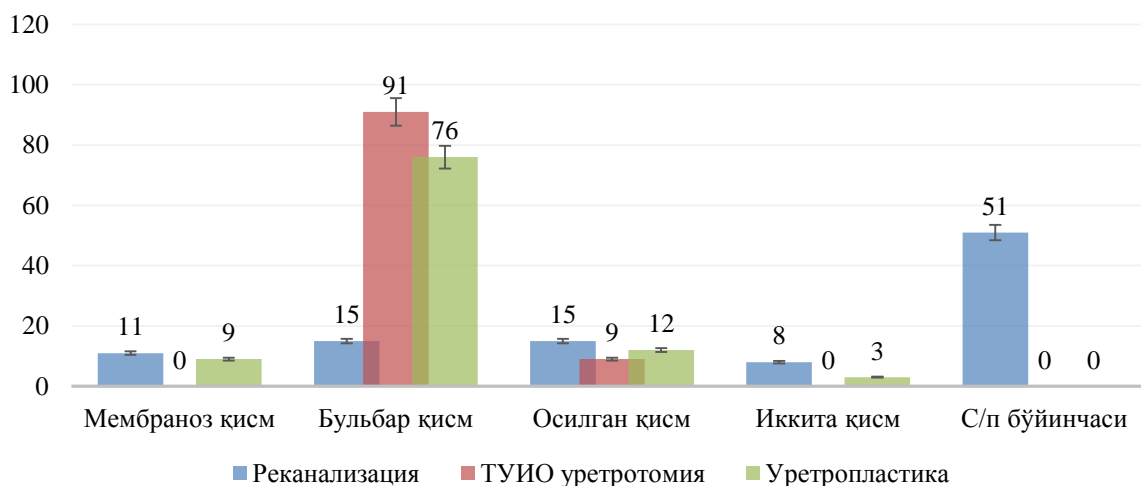
Хамрох касалликлар мавжудлигига кўра бажарилган ташрих амалиётлари сони бўйича тадқиқот натижалари таҳлил қилинганда хамрох касалликлари бўлган беморларда эндоскопик ташрихларга нисбатан уретропластика амалиёти камроқ бажарилганлиги ($18,2 \pm 15,7\%$, мос равишда, $49,1 \pm 9,8\%$ ва $52,2 \pm 14,4\%$; $p < 0,05$) аниқланди.

Уретра стриктураси локализациясига кўра, бажарилган ташрих амалиётлари сони бўйича тадқиқот натижалари таҳлил қилинганда, уретранинг осилиб турган қисми стриктурасида барча турдаги ташрихлар бажарилганлиги, бунда гурухлар орасида уларнинг бажарилишининг ўртача қийматида унчалик фарқ қилмаслигини аниқланган ($p > 0,05$), (4-расм).

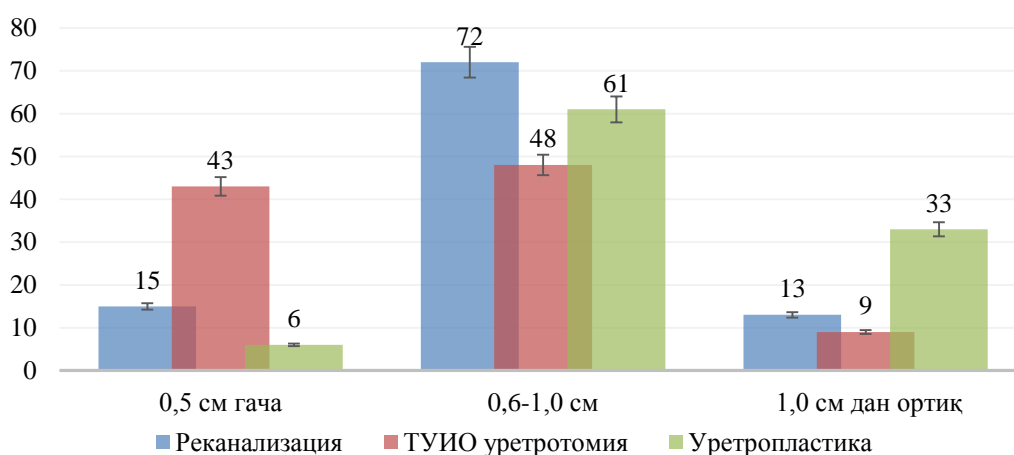
Уретранинг мембраноз қисми стриктурасида ва уретранинг икки қисми зарарланишида уретра реканализацияси ва уретропластика бажарилган. Иккала кўринишдаги ташрихлар сони ўхшаш бўлган ($p > 0,05$). Уретранинг бульбар қисми стриктурасида барча кўринишдаги ташрихлар бажарилган, бироқ уретра реканализацияси ТУИО уретротомия ва уретропластикага нисбатан камроқ бажарилган ($15,1 \pm 12,6\%$, мос равишда, $91,3 \pm 6,1\%$ ва $75,8 \pm 8,5\%$; $p < 0,05$). Сийдик пуфаги бўйинчаси стриктурасида фақат уретра реканализацияси бажарилган (4-расм).

Стриктура давомийлигига кўра, бажарилган ташрих амалиётлари сони бўйича тадқиқот натижалари таҳлил қилинганда, стриктура узунлиги 0,5 см бўлган беморларда уретра реканализацияси ва уретропластикага нисбатан, ТУИО уретротомияси кўпроқ бажарилганлиги ($43,5 \pm 15,6\%$, мос равишда, $15,1 \pm 12,6\%$ ва $6,1 \pm 16,9\%$; $p < 0,05$) аниқланган (5-расм).

Стриктура давомийлиги 0,6-1,0 см бўлган беморларда ТУОИ уретротомияга нисбатан уретра реканализацияси кўпроқ бажарилган ($71,7 \pm 7,3\%$, мос равишда, $47,8 \pm 15,1\%$; $p < 0,05$). Стриктура давомийлигига кўра, уретра реканализацияси ва уретропластика бажарилишининг ўртача қийматлари қиёсланганда, фарқ унча ишончли бўлмаган ($p > 0,05$).



4-расм. Уретра стриктураси локализациясига кўра бажарилган ташрих амалиётлари сони (n=109).

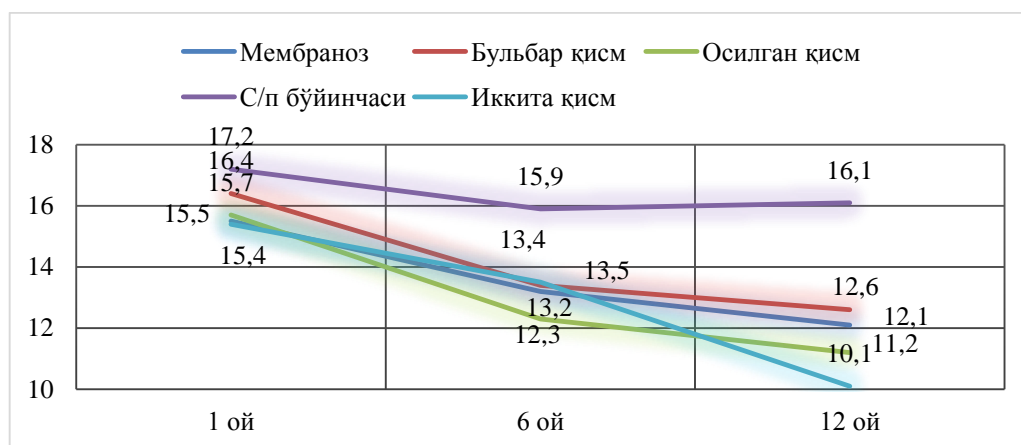


5-расм. Уретра стриктураси давомийлигига кўра бажарилган ташрих амалиётлари сони (n=109).

Стриктура узунлиги 1,0 см ортиқ бўлган холларда, барча турдаги ташрихлардан, кўпроқ уретропластикадан фойдаланилган, бироқ бажарилган ташрихларнинг сони бўйича ўртача қиймат унчалик фарқ қилмаган ($p>0,05$). Стриктуранинг локализациясига кўра, уретранинг эндоскопик реканализацияси натижалари таҳлил қилинганда, барча беморларда ташрихдан кейин мустақил сийдик ажралиши тикланганлиги аниқланган. Кузатувнинг бошланғич даврларида (1 ой якунида) сийдик пуфаги бўйинчаси соҳасида жойлашган стриктураси бўлган беморлардаги сийдик оқимининг хажмий тезлиги, ўртача, $17,2\pm 0,6$ мл/с ташкил этган. Кейинчалик, Q_{\max} кўрсаткичларининг бироз камайиши, ҳамда текширув якунида $16,1\pm 0,5$ мл/с ($p>0,05$) эришилганлиги кузатилган (6-расм).

Уретранинг мембраноз, бульбар ва осилган қисмларида ҳамда икки қисмида жойлашган стриктурага эга беморларда Q_{\max} кўрсаткичи, бутун кузатув даври мобайнида камайишга мойил бўлган. Тадқиқот якунида сийдик ажратиш тезлиги статистик жиҳатдан бошланғич рақамлардан куйроқ бўлган

($p < 0,05$). Тадқиқот якунида Q_{max} қийматининг пасайиши уретранинг мембраноз қисмида жойлашган стриктурага эга беморларда 21,9% ни, бульбар қисмда – 23,2% ни, осилган қисмда – 28,7% ни, уретранинг иккала қисмида эса 34,4% ни ташкил этган.



6-расм. Стриктура локализациясига кўра уретра реканализациясидан кейинги Q_{max} кўрсаткичи (n=53).

Стриктураларнинг қайталаниши кўпинча уретранинг иккала қисмида жойлашган стриктурага эга беморларда кузатилган бўлиб, тадқиқот якунида стриктуранинг қайталаниши 50% беморларда кузатилган. Уретранинг мембраноз, бульбар ва осилган қисмларида жойлашган стриктурага эга беморларда ушбу кўрсаткич ўсишга мойил бўлиб, тадқиқот якунида 33,3%, 37,5% ва 25,0% ни ташкил этган. Сийдик пуфаги бўйинчасида жойлашган стриктурага эга беморларда кузатув давомида фақат 1 ҳолатда (3,7%) стриктура қайталаниши кузатилган (1-жадвал).

1-жадвал

Стриктура локализациясига кўра, уретра реканализациясидан кейин қайталанишлар сони (n=53)

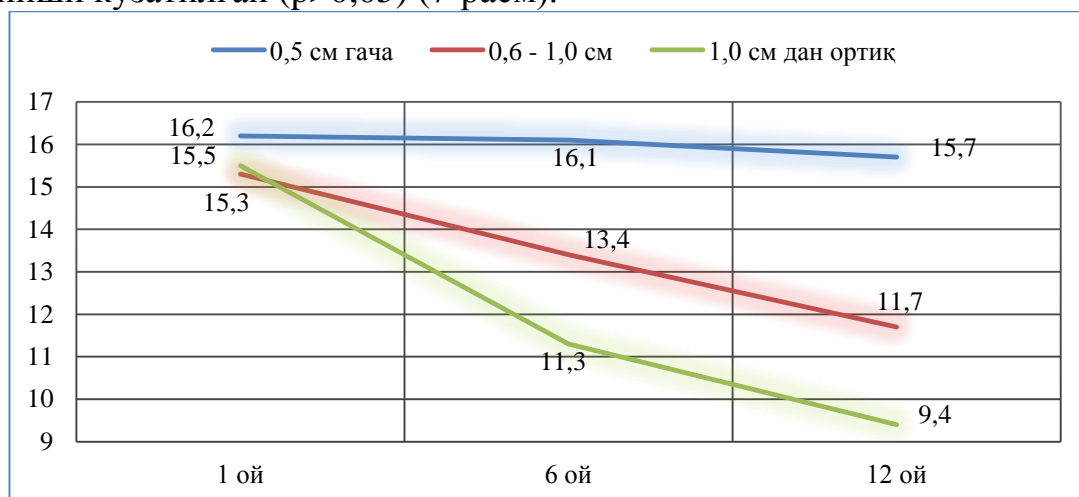
Стриктуралар локализацияси	Қайталанишлар сони (n, %)			Жами
	ой	6 ой	12 ой	
Мембраноз қисм (n=6)				
Бульбар қисм (n=8)				
Осилган қисм (n=8)				
С/п бўйинчаси (n=27)				
Иккала қисм (n=4)				
Жами (n=53)				

Шундай қилиб, сийдик пуфаги соҳасида жойлашган стриктурага эга беморларда Q_{max} кўрсаткичи бошқа локализацияли стриктурага эга беморларга нисбатан, аҳамиятли, турғун ва давомли бўлиб, қайталанишлар сони камроқ кузатилган.

Стриктура давомийлигига кўра, даволаш самарадорлини баҳолаш учун беморлар 3 та асосий гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳга узунлиги 0,5 см гача бўлган уретра стриктурасига эга 8 нафар бемор, 2-гуруҳга – 0,6-1,0 см гача

стриктурага эга 38 нафар бемор, ҳамда 3-гурухга – 1,0 см ортиқ стриктурага эга 7 нафар беморлар киритилган.

Стриктура давомийлигига кўра, даволаш натижалари таҳлил қилинганда, 1-гурухдаги беморларни кузатув жараёнида Q_{\max} статистик жиҳатдан унчалик фарқ кўрсатмаган. Бу беморларда кузатувнинг бошланғич даврларида Q_{\max} ўртача, $16,2 \pm 0,5$ мл/с ни ташкил этган. Кузатув якунига келиб (12 ой охирида) Q_{\max} кўрсаткичларининг бироз (3,1% га), $15,7 \pm 0,7$ мл/с гача пасайиши кузатилган ($p > 0,05$) (7-расм).



7-расм. Стриктура давомийлигига кўра уретра реканализациясидан кейинги Q_{\max} кўрсаткичи (n=53).

Кузатувдаги 2- ва 3-гурух беморларда Q_{\max} кўрсаткичи пасайишга мойил бўлиб, 2-гурухда Q_{\max} тадқиқот якунига келиб ўртача 23,5% га ёмонлашган (сийдик оқими хажмий тезлигининг бошланғич кўрсаткичи - $15,3 \pm 0,5$ мл/с бўлган бўлса, 12-ой якунига келиб – $11,7 \pm 0,8$ мл/с ташкил этган; $p < 0,05$). Учинчи гуруҳдаги беморларда Q_{\max} тадқиқот якунига келиб 39,4% га ёмонлашган (бошланғич кўрсаткич $15,5 \pm 0,5$ мл/с дан $9,4 \pm 0,6$ мл/с гача; $p < 0,05$).

Стриктура давомийлигига кўра, қайталанишлар сони таҳлил қилинганда, стриктуралар қайталаниши кўпроқ 3-гурухдаги беморларда кузатилиб, кузатув жараёни мобайнида қайталанишлар сони узлуксиз тарзда ўсиб, тадқиқот якунига келиб 57,2% га етганлиги аниқланган (2-жадвал).

2-жадвал

Стриктура давомийлигига кўра уретра реканализациясидан кейинги қайталанишлар сони (n=53)

Стриктура давомийлиги	Қайталанишлар сони (n, %)			Жами
	ой	ой	ой	
0,5 см гача (n=8)				
1,0 см (n=38)				
1,0 см дан ортиқ (n=7)				
Жами (n=53)				

Иккинчи гуруҳдаги беморларда ушбу кўрсаткич кузатув даври мобайнида ўсишга мойил бўлиб, тадқиқот якунига келиб, 13,2% ни ташкил этган.

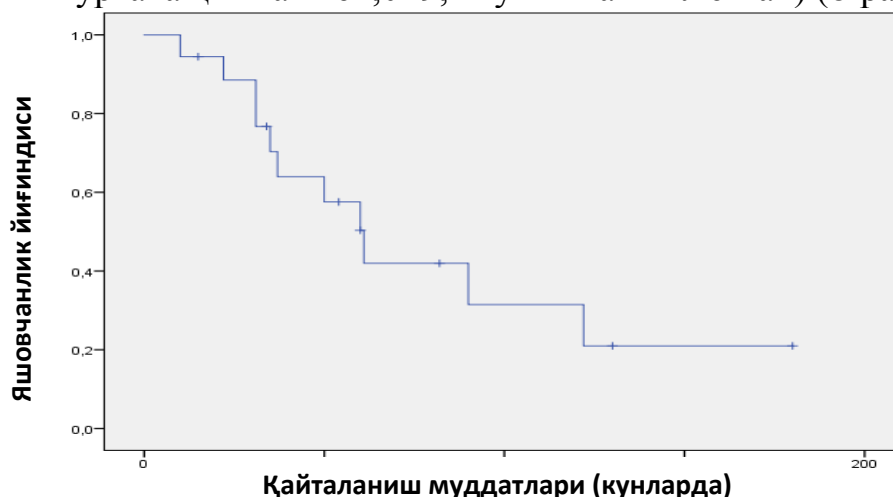
Биринчи гурухдаги беморларда тадқиқот якунига келиб фақат 1 та ҳолатда (12,5%) стриктура қайталаниши кузатилган. Гурухлар орасидаги қайталанишлар сони бўйича даволаш натижалари солиштирилганда, тадқиқот якунида статистик жиҳатдан стриктураларнинг қайталаниши 1- ва 2-гурухдаги беморларга нисбатан, 3-гурухдаги беморларда кўпроқ кузатилган ($p < 0,05$).

Шундай қилиб, уретранинг эндоскопик реканализациясидан кейин қайталанишларнинг ўртача частотаси 18,9% ни ташкил этиб, даволаш натижалари стриктура давомийлигига боғлиқлиги аниқланган.

Қон кетиш кўринишидаги интраоперацион асоратлар 1 нафар (1,9%) беморда кузатилиб, қон кетиши консерватив йўл билан тўхтатилган. Ташрихдан кейинги асоратлар 7 нафар (13,2%) беморларда кузатилган. Улардан 5 нафарида уретрит, 2 нафарида ўткир простатит аниқланган.

Тадқиқот учун беморлар орасида 45 ёшгача бўлган 23 нафар (22,3%), 45 ёшдан катта 80 нафар (77,7%) эркаклар танлаб олинган. Хамроҳ касалликлари бўлган беморлар 82 (79,6%) нафарни ташкил этди. ASA бўйича амалиётларнинг анестезиологик хавфини аниқлашда, I даражага эга беморлар 15 нафарни (14,6%), II даражали – 35 (34,0%), III даражалилар – 51 (49,5%) ва IV даражалилар – 2 (1,9%) тани ташкил этди.

Ташрихдан кейин барча беморларда мустақил сийдик ажралиши тикланган. Шифохонадан чиққач, беморларда сийдик оқимининг максимал ҳажмий тезлиги ўртача $12,6 \pm 0,5$ мл/с (диапазон: 4-27 мл/с) ни ташкил этган. Кузатувнинг 9 ойи давомида Q_{max} кўрсаткичининг ўртача қиймати ўзгаришсиз қолиб, $12,4 \pm 0,5$ мл/с ($p > 0,05$) га эришилган. Кейинчалик, кузатувнинг 1 йили якунидан бошлаб, сийдик оқимининг максимал ҳажмий оқими ўсишга мойил бўлиб, тадқиқот якунига келиб, $16,5 \pm 0,5$ мл/с ($p < 0,05$) га етган. Тадқиқот натижалари таҳлил қилинганда, стриктура қайталанишининг энг кўп муддати операциядан кейинги биринчи 50 кунларда кузатилган (баҳолашнинг ўртача қиймати $61,0 \pm 9,2$ кунни ташкил этган) (8-расм).



8-расм. Ойлар бўйича кузатувда, стриктура қайталанишлари сонининг динамикаси

Кузатувнинг биринчи йили давомида уретра стриктурасининг ривожланиши 18 нафар (17,5%) беморда аниқланиб, уларнинг 17 нафарида

(16,5%) қайталанган стриктура сохасидаги чандиқли тўқималарнинг қайта циркуляр трансуретрал электрорезекцияси ўтказилган, 1 нафар (1,0%) беморга перкутан цистостома қўйилган. Қайта ўтказилган ташрихларга қарамай, 10 нафар (9,7%) беморларда мустақил сийдик ажралиши тикланмай, микроцист ривожланиши натижасида беморлар бутун умр дренаж (цистостома) билан юришга мажбур бўлган.

Уретранинг эндоскопик реканализацияси қўлланилганда 90% беморларда мустақил сийдик ажралиши тикланган, унинг ортидан, доимий дренаж билан юришга “мажбур бўлган” беморларда сийдикнинг сунъий чиқарилиши учун дренажлардан холи бўлишга эришилган.

ХУЛОСА

1. Ёши 45 ёшгача бўлган эркакларда уретра шикастланиши билан кечувчи оралиқ сохаси ва чаноқ суяклари жароҳатлари (50,5%), 45 ёшдан катта беморларда эса аввал ўтказилган трансуретрал амалиётлар (32%) ва сийдик пуфаги орқали простата аденомэктомияси (22%) уретра стриктуралари ривожланишининг асосий сабаблари ҳисобланади.

2. Уретра стриктуралари сийдик чиқариш каналининг турли анатомик қисмларида жойлашиши мумкин, аммо аксарият ҳолларда уретранинг бульбар қисмида (44,3%) учрайди.

3. Кўпинча уретра анатомик қисмларининг бири шикастланади (68,6%) ва сийдик чиқариш каналининг битта қисмида торайган ёки ёпилган соҳа мавжуд бўлади. Уретра стриктураси 70,6%, облитерацияси 29,4% ҳолларда кузатилади.

4. Уретра стриктуралари билан касалланган беморларни даволаш усулини танлаш кўплаб омилларга боғлиқ, уларнинг асосий қисми – беморнинг ёши, сийдик йўллариининг торайиш даражаси, жойлашуви ва стриктура узунлиги ҳисобланади.

5. Уретранинг торайган ёки облитерацияланган қисми узунлиги 1 см гача бўлган беморларни даволашда эндоскопик уретрал реканализация амалиётининг клиник самарадорлиги, торайган ёки облитерацияланган қисми узунроқ бўлган беморларга нисбатан анча аҳамиятли ва барқарор бўлади.

6. Уретра облитерацияси сийдик чиқариш каналининг бульбар-мембраноз қисмида жойлашган ва узунлиги 1 см гача бўлган беморларни даволашда обструкция сохасидаги чандиқли тўқиманинг электрорезекцияси билан уретранинг эндоскопик реканализацияси самарали ва хавфсиз усул ҳисобланади.

**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**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

БАХАДИРХАНОВ МУХАММЕДЗАРИФ МУХАММЕД КАБИРОВИЧ

**ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБЛИТЕРАЦИИ БУЛЬБАРНО-
МЕМБРАНОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ**

14.00.31 – Урология

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

ТАШКЕНТ - 2020

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2019.2.PhD/Tib1002.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

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

Научный руководитель	Насиров Фуркат Рауфович доктор медицинских наук
Официальные оппоненты:	Гайбуллаев Асилбек Асадович доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	Юлдашев Файзулла Юлдашевич доктор медицинских наук Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики

Защита диссертации состоится «__» _____ 20__ 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).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за №122). Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 20__ года.
(реестр протокола рассылки №__ от _____ 20__ года).

Ф.Г.Назирова

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

А.Х. Бабаджанов

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

А.В. Девятков

Председатель научного семинара при научном совете
по присуждению учёных степеней
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения «патологическое сужение любой части мочеиспускательного канала, в результате развития спонгиоза (стриктуры уретры) встречаются у 0,6% популяции мужчин, а частота встречаемости в структуре заболеваний мочеполовой системы составляет около 6%»¹. Возрастающую в последние годы частоту развития стриктуры уретры связывают с ростом травматизма с тяжелыми повреждениями тазовых органов, нередко после аденомэктомии простаты, а также в связи с широким применением в урологии эндоскопических манипуляций. На сегодняшний день достигнуты серьезные успехи в лечении пациентов со стриктурами уретры, за счет внедрения в клиническую практику новых реконструктивных вмешательств, позволяющих восстанавливать проходимость мочеиспускательного канала у мужчин при его сужениях различной протяженности. Однако, помимо травматичности, длительного периода реабилитации и высокой частоты рецидивов, нередкими осложнениями после открытых оперативных вмешательств являются укорочение полового члена, эректильная дисфункция, импотенция и др. «Показатели неудовлетворительных результатов после различных вариантов уретропластики в течение первого года составляют 18-25%, а к 5 годам достигают 40%, в 25% случаев развивается рецидив стриктуры»². На сегодняшний день одним из перспективных направлений в лечении стриктур уретры является эндоурологические вмешательства. В тоже время, результаты применения существующих способов эндоскопической хирургии при стриктурах уретры, особенно, при наличии облитерации, недостаточно удовлетворительны за счет высокой частоты осложнений и последующих рецидивов заболевания. Учитывая, вышеуказанное, разработка новых способов эндоскопических вмешательств для снижения частоты осложнений и предотвращения рецидивов заболевания, остается в ряду приоритетных.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными остаются исследования причин возникновения метаплазии многорядного призматического эпителия в переходноклеточный, а затем в многослойный, подвергающийся быстрой дезорганизации до уровня переходного с ороговением, что приводит под влиянием мочевой инфильтрации к формированию рубцового процесса. Особый интерес продолжают вызывать исследования идиопатического изменения эпителиальной выстилки в концевых и выводных протоках парауретральных желез, приводящих к более «углубленному» распространению фиброза, по отношению к просвету мочеиспускательного канала. Все больший интерес вызывают

¹Abu Nasra W, Abu Ahmed M, Visoky A, Huckim M, Elias I, Katz R. The Importance of Cystoscopy in Diagnosis and Treatment of Urethral Stricture Following Transurethral Prostatectomy. // Isr. Med. Assoc. J. – 2020. Apr;22(4):241-243.

²Benson C.R., Goldfarb R., Kirk P., Qin Y., Borza T., Skolarus T.A., Brandes S. Population Analysis of Male Urethral Stricture Management and Urethroplasty Success in the United States. Urology. 2018. pii: S0090-4295(18)30892-6. Doi: 10.1016/j.urology.2018.06.059.

гистологические исследования по изучению удаленных тканей уретры в ходе хирургического лечения стриктур, при которых, как правило, выявляются элементы хронического воспаления с клетками ингибированными дериватами гемоглобина, которые изначально провоцируют возникновение стриктур уретры.

В настоящий период, гарантируемая доступность и высокое качество лечебно-профилактической специализированной помощи населению, повышение качества жизни больных, предотвращение их нетрудоспособности, снижение затрат на лечение и реабилитацию является одной из главных задач здравоохранения. В этом направлении, в частности, в широком внедрении малотравматичных, а также эффективных методов лечения облитерации уретры, достигнуты положительные результаты. Вместе с тем, для совершенствования эндоскопической хирургии облитерации уретры требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности применяемых методов. В стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности³. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов лечения больных с облитерацией бульбарно-мембранозного отдела уретры с использованием метода эндоскопической реканализации уретры, осуществляемого под рентгеноскопическим контролем, является одним из актуальных направлений.

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 7 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за №ПП-3071 от 20 июня 2017 года и Постановлением Кабинета Министров за №266 от 10 мая 2017 года «Об организации деятельности научно-исследовательского института общественного здоровья и организации здравоохранения», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики. Настоящая работа выполнена в соответствии с основными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Несмотря на развитие эндоурологии и уровня технического обеспечения, результаты лечения облитераций уретры остаются недостаточно удовлетворительными, в связи с высокой частотой рецидивов и разнообразием интра- и послеоперационных осложнений. По

³Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. № УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

мнению Palminteri E.⁴ «проблема лечения облитераций уретры остается одной из наиболее сложных в урологии, о чем свидетельствует высокий процент осложнений и рецидивов, требующие проведения многократных повторных операций». На сегодняшний день предметом дискуссии различных урологических школ остается возможность выполнения эндоскопических вмешательств в лечении стриктурной болезни уретры, так как показано, что их «главным недостатком является невозможность выполнения при протяжённой стриктуре или полной облитерации уретры, а также в тех случаях, когда облитерация задней части сочетается с мочевыми свищами, или когда отмечается отклонение мочевого канала вследствие деформации костей таза» (Wesley Verla⁵). Однако, по мнению Thomas G. Smith⁶, «имеется большой опыт эндоскопического лечения стриктур уретры, при этом применяются различные методики эндоскопических операций, многие из которых позволяют эффективно восстановить проходимость мочеиспускательного канала в ранние сроки наблюдения; однако при наблюдении больных в отдаленном периоде рецидивы отмечаются в 15-50% случаев».

Согласно современным рекомендациям бужирование и внутренняя оптическая уретротомия могут быть использованы как первая линия лечения лишь у пациентов с короткими (менее 1 см), единичными стриктурами бульбарного отдела уретры без выраженного спонгиоза (Shyam S.⁷). Однако, у ослабленных больных или у пациентов, отказавшихся от радикального лечения, применение эндоуретральных процедур возможно в качестве паллиативного метода лечения. Несмотря на то, что эффективность эндоуретральных методов не превышает 10-35%, большинство урологов не спешат отказываться от их применения. По мнению Baradaran N.⁸ «неоправданное повсеместное применение эндоскопических методик и игнорирование показаний к открытой уретропластике может привести к росту заболеваемости протяженными стриктурами передней уретры в будущем». Интенсивно изучаются вопросы использования уретральных стентов в сочетании с внутренней оптической уретротомией, но из-за высокой частоты осложнений (боль в промежности, рубцевание, миграция стента, инкрустация камнями, недержание мочи, инфицирование) эти методы не нашли широкого применения в повседневной практике (Shahrour W.⁹). Таким образом, на сегодняшний день предложено множество методов эндоурологической

⁴ Palminteri E., Berdondini E., Verze P., De Nunzio C., Vitarelli A., Carmignani L. Contemporary urethral stricture characteristics in the developed world. // *Urology*. - 2018;81(1):191-196.

⁵ Wesley Verla, Willem Oosterlinck, Anne-Françoise Spinoit, Marjan Waterloos. A Comprehensive Review Emphasizing Anatomy, Etiology, Diagnosis, and Treatment of Male Urethral Stricture Disease // *Biomed Res Int*. 2019; 2019: 9046430. Published online 2019 Apr 18. doi: 10.1155/2019/9046430

⁶ Thomas G. Smith, III . Current management of urethral stricture disease // *Indian J Urol*. 2016 Jan-Mar; 32(1): 27–33.

⁷ Shyam S., Sean P.E.. et al. Multi-Institutional Outcomes of Endoscopic Management of Stricture Recurrence after Bulbar Urethroplasty. // *J.Urol*. 2018 Oct; 200(4): 837-842. doi:10.1016/j.juro.2018.04.081.Epub 2018 May 3.

⁸ Baradaran N., Fergus K.B. et al. Clinical significance of cystoscopic urethral stricture recurrence after anterior urethroplasty: a multi-institution analysis from Trauma and Urologic Reconstructive Network of Surgeons (TURNS). // *World J Urol*. 2019 Dec;37(12):2763-2768. doi: 10.1007/s00345-019-02653-6. Epub 2019 Feb 2.

⁹Shahrour W, Joshi P, Hunter CB, Batra VS, Elmansy H, Surana S, Kulkarni S. The Benefits of Using a Small Caliber Ureteroscope in Evaluation and Management of Urethral Stricture. // *Adv. Urol*. 2018 Nov 21;2018:9137892. doi: 10.1155/2018/9137892. eCollection 2018.

коррекции заболевания, между тем, проблема эндоскопических вмешательств при стриктурах уретры в целом до настоящего времени остается нерешенной, причина заключается в том, что эффективность любого способа лечения зависит не только от правильности выбранных показаний, но и от техники выполнения операции и ведения послеоперационного периода.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том что, несмотря на имеющийся позитивный прогресс в эндоскопическом лечении больных с облитерацией уретры, до сих пор, присутствуют множество тактических проблем, наиболее актуальной из которых является отсутствие рандомизированного подхода для выбора метода оперативного вмешательства и способа восстановления самостоятельного мочеиспускания, наиболее оптимального для каждого отдельного пациента. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения и совершенствования эндоскопической хирургии при облитерациях уретры.

Связь диссертационного исследования с планом научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательской работ Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии за № ПЗ-201709076 «Оптимизация диагностики и лечения наиболее распространенных урологических заболеваний с использованием современных малоинвазивных технологий» (2018-2020гг).

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с облитерацией бульбарно-мембранозного отдела уретры путем использования метода эндоскопической реканализации уретры, осуществляемого под рентгеноскопическим контролем.

Задачи исследования:

оценить особенности формирования стриктур уретры у мужчин на фоне различных этиологических факторов;

провести анализ результатов эндоскопических вмешательств и реконструктивных операций при стриктурах и облитерациях уретры;

определить факторы, влияющие на выбор метода лечения больных со стриктурой и облитерацией уретры;

разработать и оценить эффективность и безопасность эндоскопической реканализации уретры, выполняемой под рентгенологическим контролем;

определить показания к выполнению эндоскопической реканализации уретры;

оценить отдаленные результаты эндоскопической реканализации уретры, выполняемой под рентгенологическим контролем.

Объектом исследования явились 406 больных со стриктурой и облитерацией уретры, пролеченных в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре урологии за период с 2011 по 2019 гг.

Предмет исследования составляют результаты клинических, лучевых и лабораторных методов исследований, с оценкой эффективности

разработанных эндоскопических вмешательств в лечении больных со стриктурой и облитерацией уретры.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические (общий анализ крови и мочи), бактериологические, лучевые (ультразвуковые и рентгенологические исследования), уродинамические и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

установлено, что наиболее частой локализацией стриктур является бульбарный отдел уретры, что обусловлено большим скоплением парауретральных желез, где споглозное тело наиболее массивно;

показано, что наиболее частой причиной развития стриктуры у молодых мужчин являются травмы промежности и костей таза с повреждением уретры, тогда как у пациентов старшей возрастной группы преобладали ранее перенесенные трансуретральные и чреспузырные вмешательства;

разработан способ эндоскопического лечения облитерации бульбарно-мембранозного отдела уретры у мужчин, включающий реканализацию уретры под рентгенологическим контролем и электрорезекцию рубцовой ткани в зоне облитерации;

определено, что критериями возможности применения эндоскопической реканализации уретры, выполняемой под рентгенологическим контролем, являются протяженность облитерации бульбарно-мембранозного отдела уретры, отсутствие смещения концов уретры в плоскостях и уретральных мочевых свищей.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

выявлено, что наиболее часто поражается только лишь один из анатомических отделов уретры с солитарным участком сужения и/или облитерации уретры, что позволило расширить возможности для выполнения эндоскопических хирургических вмешательств;

установлено, что выбор метода хирургического лечения больных со стриктурной болезнью уретры зависит от возраста пациента, локализации и протяженности стриктуры, учет которых позволит дифференцированно подходить к переоперативному ведению пациентов;

предложен способ эндоскопической реканализации уретры, выполняемый под рентгенологическим контролем, с последующей электрорезекцией рубцовой ткани в зоне облитерации, который может быть рекомендован как вариант эффективного метода лечения больных с облитерацией бульбарно-мембранозного отдела уретры;

доказано, что способ эндоскопической реканализации уретры позволит повысить эффективность лечения больных с облитерацией бульбарно-мембранозного отдела уретры, восстановить самостоятельное мочеиспускание и избавить от постоянного ношения дренажей для искусственного отведения мочи.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов обоснована использованием современных методов диагностики и лечения,

объективных критериев оценки отдаленных результатов лечения, корректным применением методологических подходов и наборов статистического анализа. Исследование проведено на достаточном количестве клинического материала. Методы решения рассмотренных в диссертации проблем основываются на современных научно-практических представлениях и подходах к хирургическому лечению больных со стриктурой и облитерацией уретры.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные результаты имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в современные достижения эндоскопической хирургии облитерации бульбарно-мембранозного отдела уретры путем определения структуры причин развития стриктуры, оптимизации комплекса лечебно-диагностических мер и усовершенствования новых конкурентных методов эндоскопической хирургии.

Практическая ценность работы заключается в том, что установленные данные об облитерации бульбарно-мембранозного отдела уретры у мужчин позволили определить факторы риска развития этой патологии, ее характерные особенности, а также факторы, влияющие на выбор метода лечения, а конкретизация показаний к лечебному методу эндоскопической хирургии, в отношении отдельных групп пациентов, позволила проводить более тщательный отбор для выполнения этого типа вмешательств.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению эндоскопического лечения больных с облитерацией уретры:

разработан «Способ эндоскопического лечения облитерации бульбарно-мембранозного отдела уретры» (патент за изобретение Агентства интеллектуальной собственности № IAP 05389 от 13 апреля 2017 года). Применение предложенного способа для эндоскопического лечения больных с облитерацией бульбарно-мембранозного отдела уретры позволило повысить эффективность лечения, восстановить самостоятельное мочеиспускание, у тех пациентов, которые ранее были «обречены» к постоянному ношению дренажей;

полученные научные результаты по улучшению эффективности лечения больных с облитерацией бульбарно-мембранозного отдела уретры внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделения урологии Хорезмского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии и Республиканского многопрофильного медицинского центра имени У.Халмуратова Республики Каракалпакстан (справка Министерства здравоохранения №8н-з/181 от 9 декабря 2020 года). На основе предложенных результатов исследования был существенно расширен спектр оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи больным с облитерацией бульбарно-мембранозного отдела уретры, что позволило снизить риск развития ранних и поздних послеоперационных осложнений, сократить

частоту ранних и поздних рецидивов заболевания и уменьшить продолжительность общего курса лечения и реабилитации.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе на 3 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, в том числе, 3 журнальных статьи, 1 из которых в Республиканском и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, трёх глав, выводов, практических рекомендаций и списка цитированной литературы. Объём текстового материала составляет 78 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводятся научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объёме и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современное состояние проблемы лечения облитерации уретры, эндоскопические операции и их эффективность»** на основе данных отечественной и зарубежной литературы проанализировано современное состояние данной проблемы. Приведены сведения о распространенности и этиологии стриктуры и облитерации уретры у мужчин, факторах риска развития заболевания, методах диагностики, особенностях эндоскопических и реконструктивно-пластических оперативных вмешательств в лечении стриктуры и облитерации уретры, частоте осложнений и рецидивов оперативного лечения, тенденциях разработки новых высокотехнологичных и малоинвазивных методов лечения заболевания, направленных на снижение частоты рецидивов. В заключении приведено краткое резюме по главе, где сфокусированы вопросы, требующие дальнейшего изучения.

Во второй главе **«Клиническая характеристика материала и использованных методов исследования»** описаны этапы исследования, клинический материал и использованные методы исследования. В исследование включено 406 больных со стриктурой и облитерацией уретры, обратившихся в ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии» в период 2011-2019гг. Возраст больных колебался от 16 до 89 лет (в среднем, 53,6±18,7 лет).

Исследование проведено в 4 этапа:

I-этап. «Оценка особенностей стриктуры уретры у мужчин». Для данного этапа исследования были отобраны 194 пациента со стриктурой и облитерацией уретры в возрасте от 16 до 83 лет (в среднем, 46,4±18,3 лет).

Больным проводили комплексное клиническое обследование, и на основании результатов исследований, в рамках одной специализированной клиники, дана оценка различным характеристикам стриктур уретры.

II-этап. «Оценка факторов, влияющих на выбор метода лечения», для решения поставленной задачи сформирована группа из 109 больных со стриктурой и облитерацией уретры. Возраст больных колебался от 16 до 80 лет (в среднем, $43,6 \pm 17,8$ лет). Длина стриктуры составила, в среднем, $1,6 \pm 0,2$ см (диапазон: 0,3-3,5 см). Исходя из задачи исследования, больные распределены в одну из трех лечебных групп: 1 группа – 53 больных, которым была проведена эндоскопическая реканализация уретры; 2 группа – 23 мужчин, которым была проведена трансуретральная внутренняя оптическая (ТУВО) уретротомия; 3 группа – 33 больных, которым выполнены различные виды уретропластики.

III-этап. «Разработка способа эндоскопической реканализации уретры», с этой целью отобрано 53 пациента со стриктурой или облитерацией уретры (из числа II-этапа исследования). Возраст пациентов колебался в пределах 13-80 лет (в среднем, $46,4 \pm 19,8$ лет). Оценку результатов лечения осуществили по максимальной объемной скорости потока мочи (Q_{max}) и частоте рецидивов стриктуры уретры в сроки 1, 6 и 12 месяцев наблюдения в зависимости от локализации и протяженности стриктуры и/или облитерации. Эффективность и безопасность эндоскопической реканализации уретры оценили по частоте интра- и послеоперационных осложнений и общей частоте рецидивов стриктуры уретры к концу срока наблюдения.

IV-этап. «Оценка эффективности эндоскопической реканализации уретры», с этой целью отобрано 103 пациента с облитерацией бульбарно-мембранозного отдела уретры, у которых были противопоказания к выполнению реконструктивных операций из-за высокого анестезиологического риска вмешательства, а также у лиц молодого возраста, воздержавшихся от уретропластики из-за возможности риска развития половых расстройств после выполненной операции. Возраст пациентов колебался в пределах 20-89 лет (в среднем, $61,1 \pm 18,3$ лет).

После вмешательства больных выписывали на амбулаторное наблюдение с установленным постоянным уретральным катетером сроком на 6-7 суток для эпителизации и формирования вновь созданного первичного уретрального канала. По истечении срока экспозиции больным выполняли циркулярную трансуретральную электрорезекцию рубцовых тканей зоны облитерации уретры. Эффективность и безопасность эндоскопической реканализации уретры оценили по следующим показателям: продолжительность операции, объем интраоперационной кровопотери, частота интра- и послеоперационных осложнений, сроки пребывания пациента в стационаре. Эффективность трансуретральной электрорезекции рубцовых тканей зоны облитерации уретры оценили по продолжительности операции, объему интраоперационной кровопотери, частоте интра- и послеоперационных осложнений, сроков пребывания пациента в стационаре, максимальной объемной скорости потока мочи (Q_{max}) и частоте рецидивов стриктуры уретры. Контрольное

обследование проводили по следующей схеме: первое обследование через 1 месяц после операции, в последующем, каждые 3 месяца. Общий срок наблюдения составил 36 месяцев.

В третьей главе «**Результаты исследований и их анализ**» представлены результаты анализа анамнестических данных пациентов показали, что этиологическим фактором развития стриктуры уретры послужили воспалительные заболевания уретры у 82 (42,3%) пациентов, травмы промежности, полового члена и тазовых костей с повреждением уретры – у 53 (27,3%), ятрогенные повреждения – у 52 (26,8%), идиопатическая стриктура выявлена у 7 (3,6%) пациентов.

При анализе возрастных аспектов возникновения стриктуры определили, что среди молодых пациентов, в возрасте до 45 лет (95 пациентов), основными причинами их образования в 50,5% случаях явились травмы промежности и костей таза с повреждением уретры, воспалительный процесс в уретре (36%) и трансуретральные вмешательства (10,7%). У пациентов старше 45 лет (99 пациентов) основными причинами развития стриктур уретры явились трансуретральные вмешательства (32%) и чреспузырная аденомэктомия простаты (22%) (рис.1).

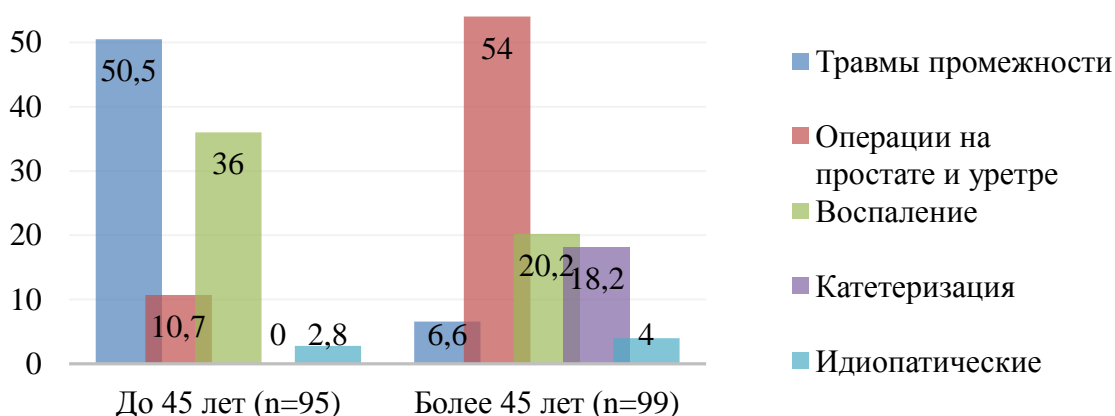


Рис. 1. Возрастные особенности возникновения стриктуры уретры (n=194).

Локализация стриктуры в переднем отделе уретры, в основном, была обусловлена уретритами в 13 (59,2%) случаях, катетеризацией мочевого пузыря – в 4 (18,2%), идиопатическими факторами – в 4 (18,2%) и перенесенными по поводу гипоспадии операциями - в 1 (4,5%) случае. В заднем отделе уретры преобладали стриктуры, связанные с травмой промежности и тазовых костей с повреждением уретры 40 (36,7%), трансуретральными вмешательствами 27 (24,8%), чреспузырной аденомэктомией простаты 17 (15,6%) и уретритами 22 (20,2%). В 3 (2,7%) случаях причину стриктуры выяснить не удалось.

Выявлено, что наиболее часто поражается один из анатомических отделов уретры (68,6%) и наиболее часто имеется один участок сужения и/или облитерации уретры. Стриктура уретры наиболее часто была локализована в бульбарном отделе уретры (44,3%) (рис.2).

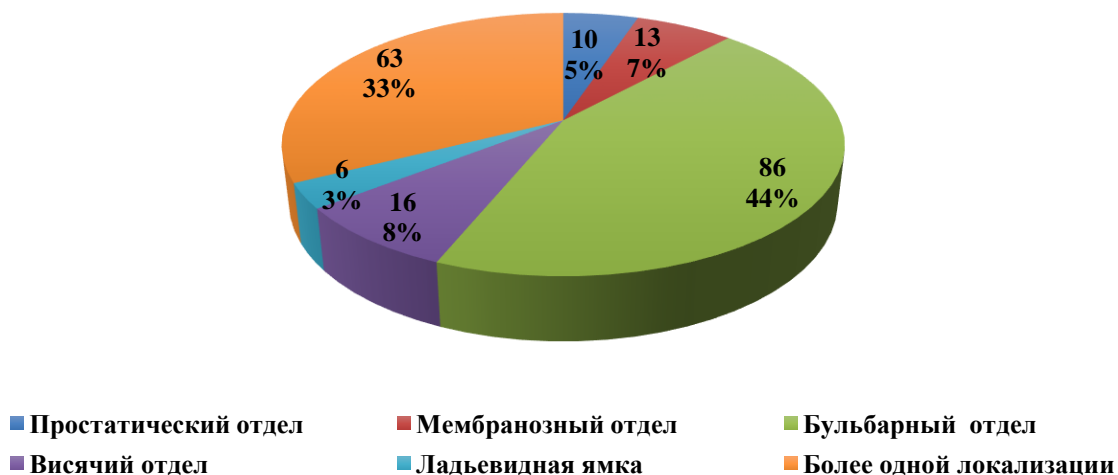


Рис. 2. Локализация стриктуры уретры (n=194).

Установлено, что стриктура уретры может быть, как одиночной, так и множественной, или может поражать всю уретру (тотальной), или быть протяженной. Стриктуры уретры встречаются в 70,6% случаях, наиболее часто она имеет воронкообразную форму сужения. Облитерации уретры встречаются в 29,4% случаях.

Анализ результатов исследования по частоте выполненных оперативных вмешательств в зависимости от характера сужения просвета уретры показал, что у лиц с облитерацией уретры реканализация была выполнена значимо чаще, чем уретропластика ($77,4 \pm 6,5\%$, против, $33,3 \pm 14,2\%$, соответственно; $p < 0,05$). ТУВО уретротомии пациентам с облитерацией уретры не выполняли, так как в этих случаях невозможно было провести уретротом через облитерированный участок уретры. У лиц со стриктурой уретры уретропластику выполняли значимо чаще, чем реканализацию ($66,7 \pm 10,0\%$, против, $22,6 \pm 12,7\%$, соответственно; $p < 0,05$).

Исследования по частоте выполненных оперативных вмешательств в зависимости от возраста показал, что у лиц молодого возраста уретропластика была выполнена значимо чаще, чем реканализация уретры и ТУВО уретротомия ($75,7 \pm 8,5\%$, против, $47,2 \pm 9,9\%$ и $39,1 \pm 16,3\%$, соответственно; $p < 0,05$). У лиц среднего возраста доля эндоскопических вмешательств была более высокой, чем доля уретропластики, однако средние значения частоты выполненных операций достоверно не различались ($p > 0,05$). У лиц пожилого возраста реканализация уретры была выполнена относительно чаще, чем другие виды операций (рис. 3).

Сравнительный анализ результатов исследования показал, что доля эндоскопических операций имеет тенденцию к увеличению с возрастом, в противоположность этому, доля традиционных операций уменьшается.

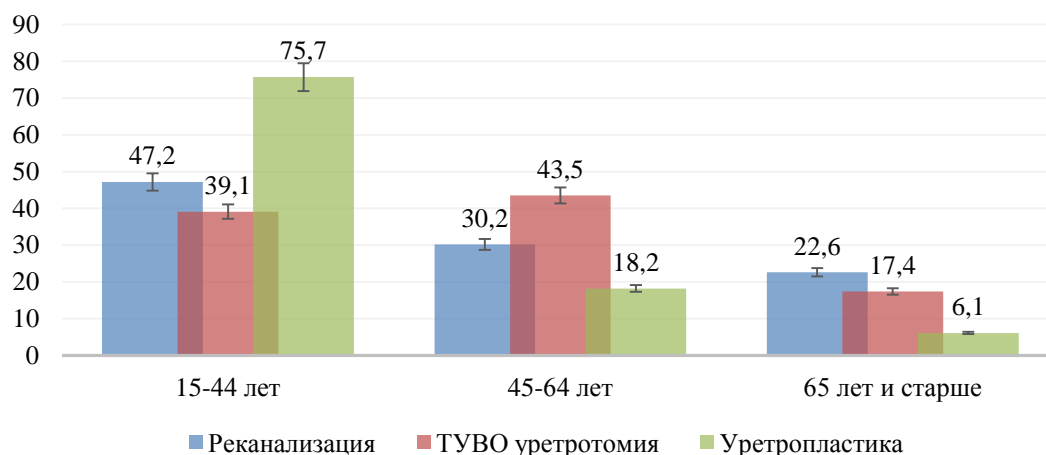


Рис. 3. Частота выполненных оперативных вмешательств в зависимости от возраста пациентов (n=194).

Анализ результатов исследования по частоте выполненных оперативных вмешательств в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний выявил, что у пациентов с сопутствующими заболеваниями уретропластика была выполнена значительно реже, чем эндоскопические операции ($18,2 \pm 15,7\%$, против $49,1 \pm 9,8\%$ и $52,2 \pm 14,4\%$, соответственно; $p < 0,05$).

Анализ результатов исследования по частоте выполненных оперативных вмешательств в зависимости от локализации стриктуры уретры показал, что при стриктуре висячего отдела уретры выполняли все виды операций, при этом, различия в средних значениях частоты их выполнения между группами были незначимыми ($p > 0,05$), (рис. 4).

При стриктуре мембранозной части уретры и при поражении двух отделов уретры выполняли реканализацию уретры и уретропластику. Частота выполнения этих двух видов операций была схожей ($p > 0,05$). При стриктуре бульбарной части уретры выполняли все виды операций, однако реканализацию уретры выполняли значимо реже, чем ТУВО уретротомия и уретропластику ($15,1 \pm 12,6\%$, против $91,3 \pm 6,1\%$ и $75,8 \pm 8,5\%$, соответственно; $p < 0,05$). При стриктуре шейки мочевого пузыря выполняли только реканализацию уретры (рис. 4).

Анализ результатов исследования по частоте выполненных оперативных вмешательств в зависимости от протяженности стриктуры показал, что у лиц с протяженностью стриктуры до 0,5 см ТУВО уретротомия была выполнена значимо чаще, чем реканализация уретры и уретропластика ($43,5 \pm 15,6\%$, против $15,1 \pm 12,6\%$ и $6,1 \pm 16,9\%$, соответственно; $p < 0,05$), (рис. 5).

У лиц с протяженностью стриктуры от 0,6 до 1,0 см реканализацию уретры выполняли значимо чаще, чем ТУВО уретротомия ($71,7 \pm 7,3\%$, против $47,8 \pm 15,1\%$, соответственно; $p < 0,05$). При сравнении средних значений частоты выполнения реканализации уретры и уретропластики, при данной протяженности стриктуры, различие было недостоверным ($p > 0,05$).

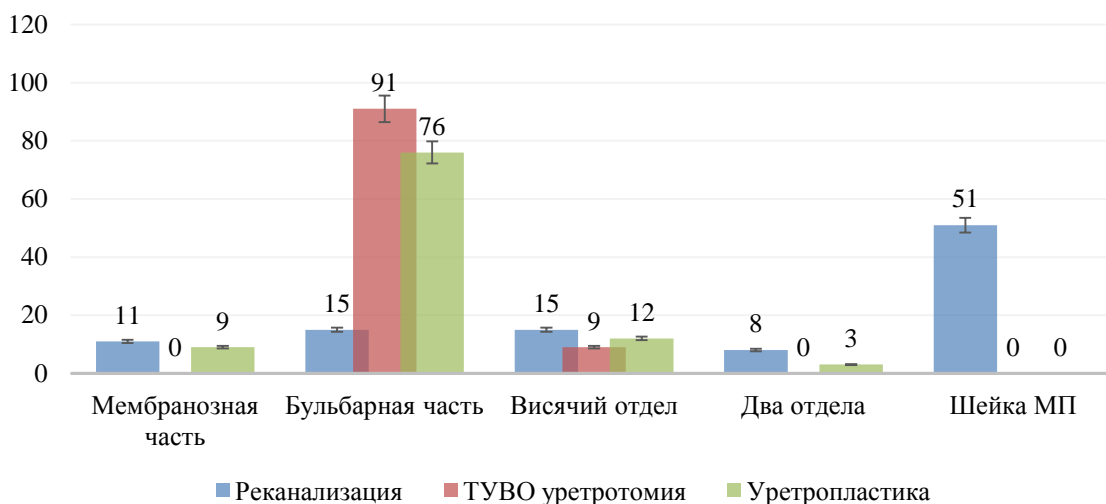


Рис. 4. Частота выполненных оперативных вмешательств в зависимости от локализации стриктуры уретры (n=109).

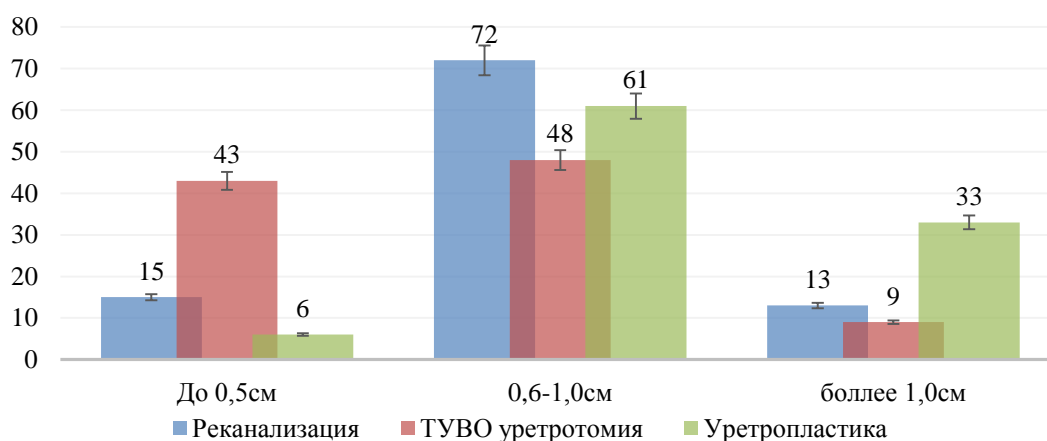


Рис. 5. Частота выполненных оперативных вмешательств в зависимости от протяженности стриктуры уретры (n=109).

При стриктуре протяженностью более 1,0 см были использованы все виды оперативных вмешательств, но чаще уретропластику, однако средние значения частоты выполненных операций достоверно не различались ($p>0,05$). Анализ результатов эндоскопической реканализации уретры в зависимости от локализации облитерации (стриктуры) показал, что у всех пациентов после операции восстановилось самостоятельное мочеиспускание. В начальных периодах наблюдения (конец 1 месяца) объемная скорость потока мочи у пациентов со стриктурой, расположенной в области шейки мочевого пузыря, в среднем, составила $17,2\pm 0,6$ мл/с. В последующем, отметили некоторое снижение показателей Q_{max} , и к концу исследования достигло до значений $16,1\pm 0,5$ мл/с; $p>0,05$ (рис. 6).

У пациентов со стриктурой, расположенной в мембранозной, бульбарной и висячей части уретры, а также в двух ее отделах, показатель Q_{max} имел тенденцию к снижению за весь период наблюдения. К моменту завершения исследования скорость мочеиспускания была статистически значимо ниже

начальных цифр ($p < 0,05$). Снижение значений Q_{max} к концу исследования у пациентов со стриктурой, расположенной в мембранозной части уретры, составило 21,9%, в бульбарной части – 23,2%, в висячей части – 28,7%, в двух отделах уретры – 34,4%.

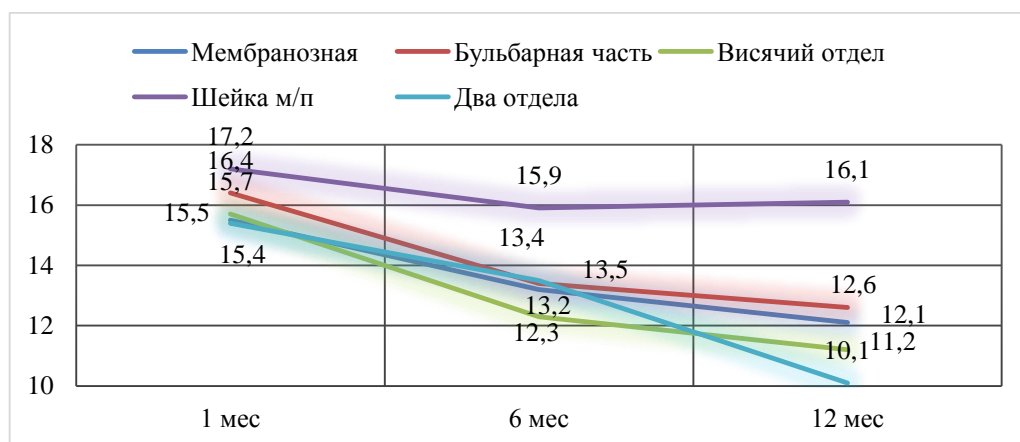


Рис. 6. Q_{max} после реканализации уретры в зависимости от локализации стриктуры (n=53).

Рецидивы стриктуры чаще наблюдали у пациентов со стриктурой, расположенной в двух отделах уретры, к концу исследования рецидив стриктуры наступил у 50% пациентов. У пациентов со стриктурой, расположенной в мембранозной, бульбарной и висячей части уретры, данный показатель имел тенденцию к увеличению, и к концу исследования составил 33,3%, 37,5% и 25,0%, соответственно. У пациентов со стриктурой, расположенной в области шейки мочевого пузыря, за период наблюдений только в 1 (3,7%) случае наступил рецидив стриктуры (табл. 1).

Таблица 1

Частота рецидивов после реканализации уретры в зависимости от локализации стриктуры (n=53)

Локализация стриктуры	Частота рецидивов (n, %)			Всего
	1 месяц	6 месяцев	12 месяцев	
Мембранозная часть (n=6)				
Бульбарная часть (n=8)				
Висячий отдел (n=8)				
Шейка м/пузыря (n=27)				
Два отдела (n=4)				
Всего (n=53)				

Таким образом, Q_{max} у пациентов со стриктурой, расположенной в области шейки мочевого пузыря, был более значительным, стабильным и длительным, чем у пациентов с другой локализацией стриктуры, а частота рецидивов была значимо ниже.

Для оценки эффективности лечения в зависимости от протяженности стриктуры (облитерации) больных распределили на 3 основные группы. В первую группу включили 8 пациентов со стриктурой уретры протяженностью до 0,5 см, во вторую – 38 пациентов со стриктурой протяженностью от 0,6 до

1,0 см и в третью группу - 7 пациентов со стриктурой протяженностью более 1,0 см.

Анализ результатов лечения в зависимости от протяженности стриктуры показал, что Q_{max} у пациентов 1-й группы в процессе наблюдений не показала статистически значимых различий. В начальных периодах наблюдения Q_{max} у этих пациентов составила, в среднем, $16,2 \pm 0,5$ мл/с. К концу срока наблюдения (конец 12 месяцев) отметили незначимое снижение показателей Q_{max} (на 3,1%), до значений $15,7 \pm 0,7$ мл/с; $p > 0,05$ (рис.7).

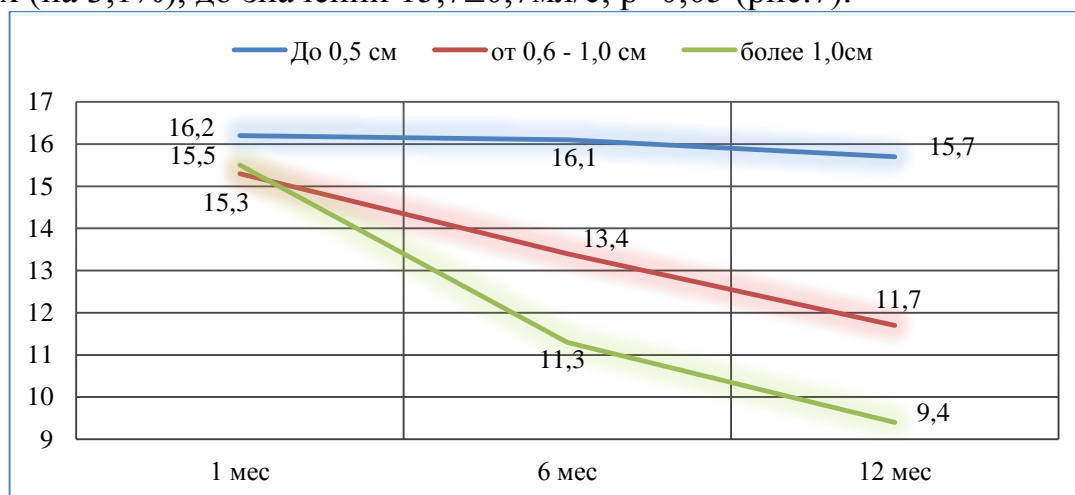


Рис. 7. Q_{max} после реканализации уретры в зависимости от протяженности стриктуры (n=53)

У пациентов 2-й и 3-й групп показатель Q_{max} имел тенденцию к снижению. Во 2-й группе Q_{max} ухудшился к концу исследования, в среднем, на 23,5% (начальный показатель объемной скорости потока мочи был - $15,3 \pm 0,5$ мл/с, к концу 12 месяца - $11,7 \pm 0,8$ мл/с; $p < 0,05$). Q_{max} у пациентов 3-й группы ухудшилась к концу исследования на 39,4% (от начального значения $15,5 \pm 0,5$ мл/с, до $9,4 \pm 0,6$ мл/с; $p < 0,05$).

Анализ частоты рецидивов в зависимости от протяженности стриктуры показал, что рецидивы стриктуры чаще наблюдали у пациентов 3-й группы, в процессе наблюдений число рецидивов неуклонно нарастало, достигнув к концу исследования 57,2% (табл.2).

Таблица 2

Частота рецидивов после реканализации уретры в зависимости от протяженности стриктуры (n=53)

Протяженность стриктуры	Частота рецидивов (n, %)			Всего
	1 месяц	6 месяцев	12 месяцев	
До 0,5 см (n=8)				
От 0,6 до 1,0 см (n=38)				
Более 1,0 см (n=7)				
Всего (n=53)				

У пациентов 2-й группы данный показатель за период наблюдений также имел тенденцию к увеличению, и к концу исследования составил 13,2%. У пациентов 1-й группы только к концу исследования в 1 (12,5%) случае наступил рецидив стриктуры. При сравнении результатов лечения по частоте рецидивов между группами выявили, что к концу исследования статистически достоверно чаще рецидивы стриктуры наблюдаются у пациентов 3-й группы ($p < 0,05$), по сравнению с пациентами 1-й и 2-й групп.

Таким образом, определили, что средняя частота рецидивов стриктуры уретры после эндоскопической реканализации уретры составляет 18,9%, и результаты лечения зависят от протяженности стриктуры.

Интраоперационное осложнение, в виде кровотечения, наблюдали у 1 пациента (1,9%), которое было остановлено консервативно. Послеоперационные осложнения наблюдали у 7 (13,2%) больных. Из них у 6 пациентов отметили уретрит, у 2 – острый простатит.

Среди больных, отобранных для исследования мужчин, в возрасте до 45 лет, было 23 (22,3%), старше 45 лет – 80 (77,7%). Лиц с сопутствующими заболеваниями было 82 (79,6%). При определении анестезиологического риска вмешательств по ASA выявлено, что пациентов с I степенью было 15 (14,6%), II ст. – 35 (34,0%), III ст. – 51 (49,5%) и IV ст. – 2 (1,9%).

После операции у всех пациентов восстановилось самостоятельное мочеиспускание. Перед выпиской из стационара максимальная объемная скорость потока мочи у пациентов составила, в среднем, $12,6 \pm 0,5$ мл/с (диапазон: 4-27 мл/с). В течение 9 месяцев наблюдения средние значения показателя Q_{max} оставались неизменными, достигнув до значений $12,4 \pm 0,5$ мл/с; $p > 0,05$. В последующем, начиная с конца 1 года наблюдения, максимальная объемная скорость потока мочи имела тенденцию к увеличению, и к концу исследования достигла до значений $16,5 \pm 0,5$ мл/с; $p < 0,05$. Анализ результатов исследования показал, что наиболее частыми сроками рецидивов стриктуры были первые 50 дней после операции (медиана оценки составила $61,0 \pm 9,2$ дней) (рис. 8).

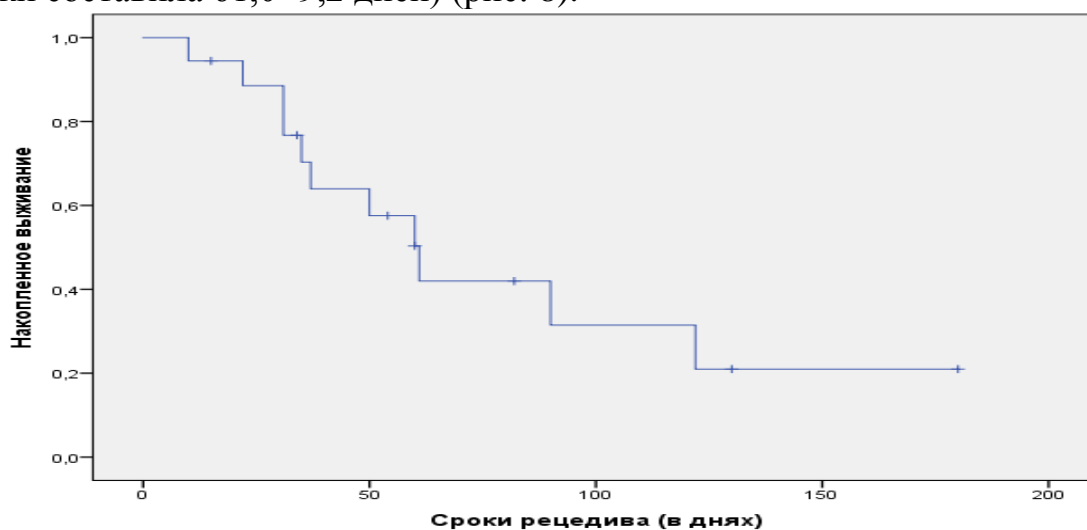


Рис. 8. Динамика частоты рецидива стриктуры уретры по месяцам наблюдения.

В течение первого года наблюдения развитие рецидива стриктуры уретры отметили у 18 (17,5%) больных, из них 17 (16,5%) пациентам была проведена повторная циркулярная трансуретральная электрорезекция рубцовых тканей зоны рецидивной стриктуры, 1 (1,0%) пациенту установлена перкутанная цистостома. Несмотря на проведенные повторные операции у 10 (9,7%) больных самостоятельное мочеиспускание не восстановилось, развился микроцист, вследствие которого были вынуждены оставить больных на пожизненное ношение дренажа (цистостомы).

Применение эндоскопической реканализация уретры позволяет у 90% пациентов восстановить самостоятельное мочеиспускание и, следовательно, избавиться от дренажей для искусственного отведения мочи у тех пациентов, которые ранее были «обречены» к постоянному их ношению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Наиболее частой причиной развития стриктуры уретры у молодых мужчин, в возрасте до 45 лет, являются травмы промежности и костей таза с повреждением уретры (50,5%), у пациентов старше 45 лет – перенесенные трансуретральные вмешательства (32%) и чреспузырная аденомэктомия простаты (22%).

2. Стриктура уретры может располагаться в разных анатомических отделах уретры, но наиболее часто локализуется в бульбарном отделе уретры (44,3%).

3. Наиболее часто поражается один из анатомических отделов уретры (68,6%) и имеется один участок сужения или облитерации уретры. Стриктуры уретры встречаются в 70,6% случаях, облитерация - в 29,4% случаях.

4. Выбор метода лечения больных со стриктурой уретры зависит от множества факторов, основными из них являются возраст пациента, степень сужения просвета уретры, локализация, и протяженность стриктуры.

5. Клиническая эффективность эндоскопической реканализации уретры более значительна и стабильна при лечении больных со стриктурой или облитерацией уретры протяженностью до 1,0 см, по сравнению с пациентами с более протяженными стриктурами или облитерациями.

6. Эндоскопическая реканализация уретры с последующей электрорезекцией рубцовой ткани в зоне облитерации является эффективным и безопасным методом в лечении больных с облитерацией уретры, расположенной в бульбарно-мембранозном отделе уретры, и протяженностью до 1,0 см.

**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**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

BAKHADIRKHANOV MUKHAMEDZARIF MUKHAMED KABIROVICH

**ENDOSCOPIC TREATMENT OF BULBAR-MEMBRANOUS URETHRAL
OBLITERATION**

14.00.31 – Urology

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

TASHKENT - 2020

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the № B2019.2.PhD/Tib1002.

The dissertation is carried out at the Tashkent Medical Academy.

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

Scientific supervisor: **Nasirov Furkat Raufovich**
doctor of medical science

Official opponents: **Gayebullaev Asilbek Asadovich**
doctor of medical sciences, professor

Leading organization: **Yuldashev Fayesulla Yuldashevich**
doctor of medical sciences

Republican Scientific Center of Urology of the National Hospital under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

The dissertation will be defended on «___» _____ 2020 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 centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number №122), (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 «___» _____ 2020.
(mailing report № ___ of _____ 2020).

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

A.V. Devyatov

Chairman of the scientific seminar at the scientific council on award of scientific degrees
doctor of medical science, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the research work is to improving the results of treatment of patients with obliteration of the bulbar-membranous urethra by using the method of endoscopic recanalization of the urethra, carried out under fluoroscopic control.

Research objectives were 406 patients with stricture and obliteration of the urethra, treated at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology for the period from 2011 to 2019.

The scientific novelty of the research consists of the followings:

it was found that the most frequent localization of strictures is the bulbar part of the urethra, which is due to the large accumulation of paraurethral glands, where the spogious body is most massive;

it was shown that the most common cause of stricture development in young men is injuries of the perineum and pelvic bones with damage to the urethra, while in older patients, previous transurethral and transvesical interventions prevailed;

a method for endoscopic treatment of obliteration of the bulbar-membranous urethra in men has been developed, including recanalization of the urethra under radiological control and electroresection of scar tissue in the obliteration zone;

it was determined that the criteria for the possibility of using endoscopic recanalization of the urethra performed under X-ray control are the length of obliteration of the bulbar-membranous urethra, the absence of displacement of the ends of the urethra in the planes and urethral urinary fistulas.

Introduction of the research results. According to the results of a scientific study to improve the endoscopic treatment of patients with urethral obliteration:

developed "Method for endoscopic treatment of obliteration of the bulbar-membranous urethra" (patent for invention of the Intellectual Property Agency No. IAP 05389 dated April 13, 2017). The use of the proposed method for endoscopic treatment of patients with obliteration of the bulbar-membranous urethra has made it possible to increase the effectiveness of treatment, to restore independent urination in those patients who were previously "doomed" to constant wearing of drains;

the obtained scientific results to improve the effectiveness of treatment of patients with obliteration of the bulbar-membranous urethra have been introduced into practical health care activities, in particular, in the urology department of the Khorezm branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology and the Republican Multidisciplinary Medical Center named after U. Khalmuratov of the Republic of Karakalpakstan (reference Ministry of Health No. 8n-z/191 dated December 9, 2020). On the basis of the proposed research results, the range of specialized high-tech medical care for patients with obliteration of the bulbar-membranous urethra was significantly expanded, which made it possible to reduce the risk of early and late postoperative complications, reduce the frequency of early and late disease relapses and reduce the duration of the overall course of treatment and rehabilitation.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, three chapters, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the text material is 78 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Насиров Ф.Р., Мирхамидов Д.Х., Дадаханов Н.Э., Бахадирханов М.М. Способ эндоскопического лечения облитерации бульбарно-мембранозного отдела уретры. // Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. Патент на изобретение № IAP 05389, 2017.

2. Мирхамидов Д.Х., Касимов С.С., Бахадирханов М.М., Дадаханов Н.Э. Современные проблемы диагностики стриктуры уретры у мужчин. // Вестник Ташкентской медицинской академии. - Ташкент, 2018. - № 4. – С.31-34. (14.00.00, № 13).

3. Akilov F. A., Bakhadir Khanov M.M., Mirkhamidov D.Kh., Khudaybergenov U.A., Kasimov S.S. Factors influencing the choice of a method for treating patients with urethral stricture. // European Science Review. – Vienna, 2018. – Vol.2. - №9-10. – P.203-206. (14.00.00. №19)

4. Akilov F. A., Bakhadir Khanov M.M., Mirkhamidov D.Kh., Khudaybergenov U.A., Kasimov S.S. Assessment of the specific characteristics of urethral stricture according to records of medical Republican institution of Uzbekistan. // European Science Review. – Vienna, 2018. – Vol.2. - №9-10. – P.207-211. (14.00.00. №19).

II. Бўлим (II часть; II part)

5. Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Мирхамидов Д.Х., Насиров Ф.Р., Бахадирханов М.М., Дадаханов Н.Э., Касимов С.С. Оценка эффективности эндоскопической реканализации уретры. // Вестник БГМУ. – 2019. - №5. – С.194-200.

6. Mirkhamidov D.Kh., Kasimov S.S., Bakhadir Khanov M.M, Dadakhanov N.E. Contemporary problems of diagnostics of urethra structure disease in men. // Central Asian Journal of Medicine. – 2019. – N.1 (1). – P.77-87. <https://uzjournals.edu.uz/tma/vol2018/iss4/8>.

7. Бахадирханов М.М., Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Насиров Ф.Р., Мирхамидов Д.Х., Дадаханов Н.Э. Методика выполнения эндоскопической реканализации облитерации бульбарно-мембранозного отдела уретры. // Материалы V Съезда урологов Узбекистана. Ташкент. 15 ноября 2018г. – С.91-92.

8. Насиров Ф.Р., Мухтаров Ш.Т., Рахимов Н.М., Егоров А.Б., Мирхамидов Д.Х., Бахадирханов М.М., Дадаханов Н.Э. Факторы, влияющие на выбор метода лечения больных со стриктурой уретры. // Материалы V Съезда урологов Узбекистана. Ташкент. 15 ноября 2018г. – С.96-98.

9. Насиров Ф.Р., Мухтаров Ш.Т., Рахимов Н.М., Егоров А.Б., Мирхамидов Д.Х., Бахадирханов М.М., Дадаханов Н.Э. Факторы, влияющие на выбор метода лечения больных со стриктурой уретры. // Матер. I Междунар.форума «Эндоурология». г.Шахризабз - 2019. - С.56-57.

10. Bakhadir Khanov M.M., Kasimov S.S., Mirkhamidov D. Kh.. Endoscopic recanalization of the cicatricial urethral obliteration. // European Urology Supplements. 2019. – Vol. 18 (12).- P.3632.

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