

**И. К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ
УЛУТТУК ХИРУРГИЯ БОРБОРУ**

Д 14.22.650 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 616.381-089.85:616.36-002.951.21-089-072.1

ТОКТОГАЗИЕВ БАКЫТ ТОКТОГАЗИЕВИЧ

**БООР ЭХИНОКОККОЗУНУН ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯЛЫК
ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛОО**

14.01.17 – хирургия

Медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
авторефераты

Бишкек – 2024

Иш И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын факультеттик хирургия кафедрасында аткарылды.

Илимий жетекчи:

Айтбаев Съездбек Айылчиевич

медицина илимдеринин доктору,
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиясынын факультеттик
хирургия кафедрасынын доценти

Расмий оппоненттери:

Ниязов Батырхан Сабитович

медицина илимдеринин доктору, профессор,
С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык кайра даярдоожана
квалификацияны жогорулатуу институтунун
хирургия кафедрасынын башчысы

Нуржан уулу Уланбек

медицина илимдеринин кандидаты,
Кыргыз курортология жана калыбына келтирип
дарылоо илим-изилдөө институтуну окумуштуу
катчысы

Жетектөөчү мекеме: С.Д. Асфендияров атындагы Казак улуттук медицина университети, жалпы хирургия жана топографиялык анатомия кафедрасы (Казахстан Республикасы, Алмата шаары)

Диссертацияны коргоо 2024-жылдын 28-мартында саат 13.00дө медицина илимдеринин доктору (кандидаты) илимдеринин окумуштуулукдаражасын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборуна караштуу Д 14.22.650 диссертациялык кенештин отурумунда өткөрүлөт, дареги: 720044, Кыргызская Республикасы, Бишкек ш., ул. 3-линия көчөсү, 25, 2 этаж конференц-зал, Диссертацияны коргоодогу видеоконференциянын жеткиликтүү шилтемеси: https://vc.vak.kg/b/d_1-xar-5tx-9lo

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек шаары, Ахунбаев көчөсү, 92), Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборунун китепканаларынан (720044, Бишкек ш., 3-линия көчөсү, 25) жана: www.nsc.kg сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2024-жылдын 26-февралында таркатылган.

**Диссертациялык кенештин
окумуштуу катчысы,
медицина илимдеринин кандидаты,
доцент**

М.Б. Чапыев

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертация темасынын актуалдуулугу. Эхинококкоз мал чарбачылыгы өнүккөн өлкөлөрдө олуттуу медициналык-социалдык көйгөй бойдон калууда. Эхинококкоздун эндемикалык очоктору болуп экономикасында уяң жүндүү кой чарбасы олуттуу роль ойноп келе жаткан көптөгөн региондор, анын ичинде Борбор Азия өлкөлөрү дагы саналат [З. А. Азиззода, 2019; Б. А. Акматов, 1989; Ф. Риналди, 2014; П. Деплазес ж.б., 2017; С. Бауман, 2019]. Акыркы жылдарда эхинококкоз менен ооругандардын саны бир гана эндемикалык аймактарда эле эмес, мурда обочолонгон учурлар катталган жерлерде да олуттуу өсүш байкалды, мындан тышкары, айыл калкынын арасында гана эмес, шаар калкында да оорулуулардын саны көбөйдү. Бул калктын көп миграциясы менен байланышкан [Е. В. Рябоконе, 2013; П. С. Ветшев, 2013; Г. К. Чараламбус, 2014; Б. Мукантаев, 2017]. Эхинококкоз менен ооругандардын саны өскөн сайын эхинококкоздун татаалдашкан түрлөрү да көбөйүүдө [К. М. Курбонов, 2002; М. Г. Кенжаев, 2001; В. А. Сипливи, 2005; К. Мохкам, 2005].

Эхинококкозду дарылоонун заманбап ыкмаларын талдоо көрсөткөндөй, аны дарылоонун үч багыты бар: биринчиси - салттуу хирургиялык кийлигишүүлөр (органдарды сактоо жана радикалдуу), экинчиси - тери аркылуу пункция - операцияга чейинки жана операциядан кийинки химиотерапия менен УДИ же КТ көзөмөлүндө мите кисталарды дренаждык дарылоо [В. Пеллае, 2000; Б. Субраманиам, 2013; Т. Туксун, 2014; Н. Wen, 2019]. Үчүнчү багыт эндовидеохирургиялык технологияларды колдонууга байланыштуу. Бирок эхинококкозго радикалдуу хирургиялык кийлигишүүлөрдүн үлүшү 21-53%дан ашпайт [М. Аббас, 2006; О. Г. Скипенко, 2011; К. Buttenschoen, 2004]. Жакшы натыйжасы бар бейтаптардын үлүшүн көбөйтүүгө мүмкүндүк берген хирургиялык кийлигишүүлөрдүн эндовидеохирургиялык ыкмаларын киргизүү актуалдуу көрүнөт, бирок ушул убакка чейин бул ыкманы колдонууга оң жана каршы көрсөтмөлөр иштелип чыгып, кистанын мазмунун герметикалык аспирациялоо ыкмасы иштелип чыга элек жана изилдөө жүргүзүү үчүн негиз болгон abdominization мүмкүнчүлүгү далилденген эмес.

Диссертация темасынын билим берүүчү жана илимий мекемелерде өткөрүлүүчү артыкчылыктуу илимий багыттар, чоң илимий программалар (долбоорлор), негизги илимий-изилдөө иштер менен байланышы. Диссертациялык иш демилгелүү болуп саналат.

Изилдөөнүн максаты: эндовидеохирургиялык ыкманын өркүндөтүлгөн этаптарын колдонуу аркылуу боор эхинококкозу менен ооругандарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Баштапкы боор эхинококкозуна эндовидеохирургиялык

кийлигишүүлөрдүн көрсөткүчтөрүн тактоо.

2. Лапароскопиялык эхинококкэктомиянын айрым этаптары жана кисталардын курамын аспирациялоо ыкмасын өркүндөтүү.

3. Эндовидеохирургиялык ыкманы колдонуу менен эхинококкэктомия жасоо мүмкүнчүлүгүн негиздөө.

4. Боордун бирдей бузулуу шартында эндовидеохирургиялык жана лапаротомиялык дарылоо ыкмаларына салыштырмалуу баа берүү.

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыгы:

1. Алгачкы эхинококкозго лапароскопиялык эхинококкэктомияны жүргүзүүгө көрсөткүчтөр негизделген жана иштелип чыккан.

2. Эхинококкэктомиянын айрым этаптарында ич көңдөйүнүн булганышын алдын алуу үчүн кистанын курамын аспирациялоо техникасы жакшыртылды.

3. Лапароскопиялык эхинококкэктомия учурунда фиброздуу капсуланын көңдөйүн абдоминизациялоо мүмкүнчүлүгү далилденген.

4. Лапароскопиялык эхинококкэктомиянын артыкчылыктары берилген.

Алынган натыйжалардын практикалык мааниси:

1. Видеолапароскопиялык операцияга бейтаптарды тандоонун көрсөткүчтөрү такталды. Лапароскопиялык жана лапаротомиялык операцияларга көрсөткүчтөрдүн алгоритми иштелип чыккан, ал үчүн рационализатордук сунушка күбөлүк «Боор эхинококкозуна лапароскопиялык жана ачык операцияларга көрсөткүчтөрдүн жакшыртылган алгоритмин киргизүү» Сертификаттын номери №89/2023 5 июнь 2023 жыл, И.К. Ахунбаев атындагы КММАдан.

2. Эхинококк суюктугун аспирациялоонун ыкмасы техникалык жактан өркүндөтүлгөн, ал үчүн рационализатордук сунушка күбөлүк «Боор эхинококкозун эндовидеохирургиялык дарылоодо гидаттык кисталарды аспирациялоо ыкмасы» Сертификаттын номери №88/2023 5 июнь 2023 жыл, И.К. Ахунбаев атындагы КММАдан жана анын айрым этаптары боордун видеолапароскопиялык эхинококкэктомиясын жасоодо, бул травманы, операциянын узактыгын кыскартууга жана ооруканада болуу мөөнөтүн кыскартууга мүмкүндүк берет. Боордун эхинококк кисталарын алып салгандан кийин өт фистулаларынын алдын алуунун натыйжалуу жолу сунушталды.

3. Боор эхинококкозунун видеолапароскопиялык ыкмасын колдонуу менен дарылоо далилденген. Ал өзүнүн аз инвазивдүүлүгүнүн натыйжасында операциядан кийинки татаалдашууларды, стационардык дарылоонун узактыгын жана чыгымдарын азайтат.

Коргоо үчүн берилген диссертациянын негизги жоболору:

1. Боор эхинококкозуна видеолапароскопиялык хирургияны колдонуунун негизги шарттары: боордун алгачкы эхинококкозунун татаалданбаган формалары.

2. Эхинококкоздук кистаны пункциялоонун, калдык көңдөйдү дарылоонун, оменоластика менен калган көңдөйдү абдоминизациялоонун,

жарым-жартылай перицистэктомиянын жакшыртылган техникалык ыкмалары, операциянын жаракатын жана узактыгын, операциядан кийинки татаалдашуулардын жыштыгын, бейтаптын ооруканада болушу жана бейтаптарды дарылоого кеткен чыгымдарды азайтат.

Издөнүүчүнүн жеке салымы. Көптөгөн боордун видеолапароскопиялык эхинококкотомия операциясында, клиникалык материалдарды чогултууда жана статистикалык колдонууда, алынган натыйжаларды талдоодо активдүү катышат. Бейтаптарды кароону, хирургиялык дарылоого катышууну, алдын алуу чараларын колдонууну жана операциядан кийинки мезгилди башкарууну камтыйт. Изилдөөнүн натыйжаларын талдоо жана аларды статистикалык колго алуу жеке автор тарабынан ишке ашырылган.

Диссертациянын жыйынтыктарын апробациялоо. Диссертациянын негизги жоболору: И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын жаш окумуштууларынын илимий-практикалык конференциясында (2021, 2022 – Бишкек), «Адамдардын мите оорулары көйгөйлөрүн дисциплиналар аралык талкуу: тегерек стол» эхинококкоз боюнча ХХІХ Дүйнөлүк конгрессинде (2023 – Бишкек) талкууланган жана жарыкка чыккан.

Диссертация жыйынтыктарынын басылмаларда чагылдырылышынын толуктугу. Изилдөөнүн негизги жыйынтыктары 5 макалада жарыяланган, анын ичинен 2 эмгек КР Президентине караштуу УАК тарабынан сунушталган басылмада, 3 эмгек чет элдик рецензияланган журналдарда жарыяланган.

Диссертациянын структурасы жана көлөмү. Диссертация машинка менен басылып, 105 бетте берилген. Кириш сөздөн, адабияттарга серептен, өздүк изилдөөлөрдүн төрт бөлүмүнөн, корутундудан, практикалык сунуштардан жана пайдаланылган адабияттардын тизмесинен турат. 22 сүрөт, 22 цифра менен иллюстрацияланган, библиографиялык көрсөткүч 193 адабий булакты камтыйт, анын ичинен 96 чет тилдеринде.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Киришүүдө изилдөөнүн темасынын актуалдуулугу, максаты жана милдеттери берилген, аткарылган иштердин илимий жаңылыгын жана практикалык маанисин, коргоого сунушталган диссертациянын негизги жоболору көрсөтүлгөн.

1-бап. Боор эхинококкозун дарылоонун учурдагы тенденциялары (адабий сереп). Боор эхинококкозунун таралышы жана анын татаалдашы жөнүндө баяндалат жана бул патологияны дарылоонун негизги ыкмаларын көрсөтөт. Бул бапта ошондой эле боор эхинококкозунун дарт

аныктоочу чаралары боюнча адабияттардагы маалыматтар берилген. Адабияттарды карап чыгуу бүткүл дүйнө жүзү боюнча илимпоздор тарабынан колдонулган эхинококккозомиядан кийин калган көңдөйдү жок кылуунун техникалык мүнөздөмөлөрүн берет. Ооруларды эндовидеохирургиялык дарылоонун өзгөчөлүктөрүн талдап, оорунун кайталанышына жана калдык көңдөйлөрдү жок кылууга карата ыкманын натыйжалуулугу белгиленди.

Илимий эмгекте акыркы жылдардагы адабий булактар колдонулуп, сын көз караш менен берилген.

2-бап. Методология жана текшерүү ыкмалары. Бейтаптарды текшерүүнүн методологиясы жана ыкмаларынын жалпы сүрөттөлүшү берилет.

2.1. Изилдөөнүн объектиси жана предмети, бейтаптардын клиникалык мүнөздөмөсү.

Изилдөөнүн объекти: 123 бейтап боордун эхинококкозу менен, 53 (негизги топ), 70 (салыштыруу тобу).

Изилдөөнүн предмети: боор эхинококкозунун журушу жана эндовидеохирургиялык эхинококккозомияны жакшыртуу.

Изилдөөгө киргизүүнүн критерийлери боор эхинококкозунун татаалдашпаган түрлөрү, ал эми алып салуу критерийлери-кайталануучу кисталар жана татаал формалар.

Методдор толук баяндалган жана 2.3-баптагы изилдөө натыйжалары орточо арифметикалык (М), орточо квадрат (σ) жана катар катасын (m) аныктоо менен статистикалык түрдө иштетилген.

Клиникалык байкоолордун жалпы мүнөздөмөсү. 2018-2022-жылдарды кошкондо изилдөөгө №1 шаардык клиникалык ооруканада жана И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын окуу-терапевтикалык жана илимий медициналык борборунда боордун эхинококкозунун башталгыч түрү менен ооруган 123 бейтапка операция жасалып, хирургиялык дарылоонун натыйжалары камтылган.

Бейтаптардын жалпы санынан – 53нө (43,1%) видеолапароскопиялык ыкма менен операция жасалса, 70 (56,9%) бейтап колдонулган салттуу лапаротомия ыкмасы менен (салыштыруу тобу) операция жасалган. Алардын топторго бөлүштүрүлүшү (2.1.1-таблица) берилген. Бардык кабыл алынгандардын арасында эркектерге 48 (39%) салыштырмалуу аялдар 75 (61%) басымдуулук кылган жана алардын көпчүлүгү (90,0%) эмгекке жарамдуу курактагылар, ал эми топторду карап чыгууда аялдар менен эркектердин саны негизинен бирдей болгон.

Операция жасалгандардын 106сы (88,3%) айыл тургундары.

Оорунун узактыгын кароодо эң көп үлүшүн 1 жылга чейинки мөөнөт

менен ооругандар ээлегени аныкталган.

2.1.1-таблица – Бейтаптардын жынысы жана жашы боюнча бөлүштүрүлүшү

Жашы	Негизги топ, n-53		Салыштыруу тобу, n-70		Бардыгы	
	аялдар	эркектер	аялдар	эркектер	abs.	%
0 – 20 ж	9	5	14	6	34	27.6
21-30 ж чейин	2	4	7	5	17	13.8
31-40 ж чейин	4	4	10	7	26	21.1
41-50ж чейин	5	8	7	2	22	17.9
51-60ж чейин	3	4	6	1	14	11.4
31-70ж чейин	3	2	5	-	10	8.2
Бардыгы	26 (49,1%)	27 (50,9%)	49(70,0%)	21 (30,0%)	123	100,0

Топторду талдоодо негизги топто коштоочу оорулар 26,2% жана салыштыруу тобунда 27,0% болгон. Эки топто тең негизги коштоочу патологиясы жүрөк-кан тамыр системасынын оорулары (12,9%) болгон, айрыкча карбоксиперитонеум өз кезегинде хирургиялык кийлигишүү коркунучун жогорулатат.

Каралгандардын ичинен 4 бейтапта (7,5%) хирургиялык дарылоону талап кылган оорулар аныкталып, бир убакта операциялар жасалган, бул бейтаптардын ичинен 4 видеолапароскопиялык ыкма менен симульандык операция жасалган. Текшерүүдө эки тайпадагы оорунун семиотикасы да эске алынган.

Текшерилген бейтаптардын арасында эхинококкоз кисталары көбүнчө боордун оң бөлүгүндө (2.1.5-таблица) жайгашкан. Операция болгон 123 бейтаптын ичинен кисталардын көпчүлүгү VI жана VII сегменттер зонасында, 26% жана 25,2% тиешелүүлүгүнө жараша, ал эми боордун I жана VIII сегменттеринде бир топ азыраак жайгашкан.

2.1.5-таблица – Боордогу эхинококк кисталарынын жайгашуусу

Боордо кисталардын Жайгашуусу (боор сегменти)	Негизги топ n=53	Топ салыштыруулар n=70	Бардыгы	
			abs.саны	%
I	3	2	5	4.1
II	6	6	12	9.8

III	4	5	9	7.3
IV	6	4	10	8.1
V	7	10	17	13.8
VI	15	17	32	26.0
VII	8	23	31	25.2
VIII	4	3	7	5.7

Кисталар жайгашкан негизги сегменттер боюнча бөлгөндө, боордун VI (26%), VII (25,2%) жана V сегменттеринде (13,8%).

Негизги топто кисталар боордун I жана VIII сегменттеринде 7 бейтапта жайгашкан, ал эми салыштыруу тобунда 5 бейтапта кисталар боордун I жана VIII сегменттеринде жайгашкан.

Бардык кабыл алынган бейтаптарды ДСУ классификациясы боюнча бөлүк (2.1.6-таблица).

2.1.6-таблица – ДСУ боюнча эхинококк кистасынын сонографиялык классификация

Топ	Негизги топ		Салыштыруу тобу	
	абс.	%	абс.	%
CL	0	0	0	0
CE1	28	52,8	38	54,3
CE2	25	47,2	32	45,7
CE3	0	0	0	0
CE4	0	0	0	0
CE5	0	0	0	0
Бардыгы	53	100	70	100

Биз текшерген бейтаптардын ичинен CE 1 негизги жана салыштыруу топторунда тиешелүүлүгүнө жараша 52,8 жана 54,3%, ал эми CE2 47,2% жана 45,7%ды түздү.

Текшерүүдө биз кисталардын өлчөмүнө да көңүл бурдук (2.2.2-таблица), алар 3-18 см. Кисталардын өлчөмүн баалоодо Кенжаев М.Г. (1995), Акматов Б.А., (2001): кичине (5 см чейин), орто (5 см - 10 см чейин), чоң (10 см - 20 см чейин) жана ал (20 см ашык) иштеп чыккан классификацияны колдондук (2.1.7-таблица).

2.1.7-таблица – Кисталардын өлчөмү боюнча бейтаптарды бөлүштүрүү

Кисталардын диаметри боордо (см)	Негизги топ		Салыштыруу тобу		Бардыгы	
	abs . ч.	%	abs . ч.	%	abs . ч.	%
5 см чейин кичинекей	6	11.3	—	—	6	4.9

Орточо 5-10 см	35	66.1	44	62.9	79	64.2
10дон 20 см чейин чоң	12	22.6	26	37.1	38	30.9
Бардыгы	53	100,0	70	100,0	123	100,0

Биздин материалда эки топко тең орто жана чоң өлчөмдөгү кисталар басымдуулук кылган.

2.2. Боор эхинококкоз менен ооругандарды текшерүү ыкмалары

Боор эхинококкозу менен ооругандарды диагностикалоодо төмөнкүдөй ыкмаларды колдондук: физикалык, лабораториялык, инструменталдык.

Лабораториялык изилдөө ыкмалары. Операцияга чейинки жана операциядан кийинки мезгилде бардык бейтаптар лабораториялык изилдөөлөрдөн өтүштү, анын ичинде: **Калф-Калиф Я.Я. (1941) боюнча интоксикациянын лейкоциттик индексин эсептөө** менен жалпы кан анализи.

$$\text{ЛИИ} = \frac{(4\text{М} + 3\text{Ю} + 2\text{П} + \text{Сегм.}) * (\text{Плазм. Кл.} + 1)}{(\text{Мон} + \text{Лимф.}) * (\text{Эоз.} + 1)}$$

Бул жерде: М – миелоциттер; Ю - жаш; П-тилкеси; С - сегменттелген; Плазм.кл. - плазма клеткалары; Мон-моноциттер; Лимфа – лимфоциттер; Эоз-эозинофилдер.

Биз бул көрсөткүчтү колдондук, анткени көптөгөн изилдөөчүлөрдүн пикири боюнча, ЛИИ сезгенүү процессинин жана интоксикациянын даражасынын жана сезгенүү ооруларын дарылоонун натыйжалуулугун баалоодо эң ишенимдүү көрсөткүчтөрдүн бири болуп саналат (Черемисов О.В. 2005; Ширинов, З.Т., 2016).

Боордун жана бөйрөктүн функционалдык абалын баалоо үчүн жалпы кабыл алынган методдор боюнча кандын биохимиялык анализи, боор анализи (билирубин, тимол тести, АЛТ, АСТ, жалпы белок, белок фракциялары), бөйрөк тесттери (мочевина, креатинин) жүргүзүлгөн.

Диагноздо Б.А.Акматов тарабынан иштелип чыккан пирогенсиз антиген менен Касони тери-аллергиялык реакциясын колдондук.ж.б. (1994). Жөндөө лимфангит жана лимфаденит менен коштолгон эмес.

Ультразвук-добуштук изилдөө. Боордун кистоздук түзүлүштөрүн, өзгөчө боор эхинококкозун изилдөөнүн эң жеткиликтүү, арзан жана өзгөчө эффективдүү ыкмаларынын бири УДИ болуп саналат. Изилдөөнүн бул ыкмасына багытталган негизги диагностикалык критерийлер: кисталардын өлчөмүн, жайгашкан жерин, болушун тактоо, хирургиялык кийлигишүүнүн эң оптималдуу ыкмасын (лапароскопиялык же лапаротомия) тандоо үчүн кисталардын санын аныктоо.

УЗИ изилдөө Италияда чыгарылган «Эсоакт» аттуу аппарат менен жүргүзүлгөн.

Боор эхинококкозунун интраоперациялык натыйжасы менен

салыштырганда хирургиялык операцияга чейинки текшерүүнүн жыйынтыгы боюнча төмөнкүдөй маалыматтар алынды: ыкманын сезгичтиги жана өзгөчөлүгү кыйла жогору болгон: сезгичтик - 89%, өзгөчөлүк - 95%.

Белгилей кетсек, УДИ – кисталардын жайгашкан жерин, мүнөзүн, көлөмүн так аныктоого мүмкүндүк берүүчү ыкма.

Түшүнүксүз учурларда КТ же МРТ жасалды, бул кистанын боордун тамыр жана каналдык элементтери менен байланышын так баалоого мүмкүндүк берет.

2.3. Статистикалык маалыматтарды колдонуу.

Изилдөөнүн натыйжалары орточо арифметикалык (M), орточо квадраттык (G) маанилерин жана катар катасын эсептөө, вариациялык статистика ыкмасы менен иштелип чыккан жана ишенимдүүлүк даражасы Student таблицасынын t критерийинин жардамы менен эсептелген.

3-бап. Бордун алгачкы эхинококкозу менен ооругандарды дарылоонун эндовидеохирургиялык ыкмасынын натыйжалары.

3.1 53 бейтаптын ашказан органдарына эндовидеохирургиялык операцияларды жасоодо негизги шарт пневмоперитонеумду колдонууга мүмкүндүк берүүчү шарт болгон. Оорукананын татаалданышынын алдын алуу максатында бейтаптар амбулатордук текшерүүдөн өтүп, жетишпеген изилдөөлөр стационардык шартта жүргүзүлүп, аларга лапароскопиялык эхинококкотомия пландаштырылган.

Боордун эхинококкоз кисталарын аныктоодо бул изилдөө лапароскопиялык жана ачык операцияларга көрсөткүчтөрдүн алгоритмин (1-схема) иштеп чыкканбыз.

Негизги топко лапароскопиялык эхинококкотомия жасалган 53 бейтап кирген. Алардын ичинен 26 (49,1%) аялдар жана 27 (50,9%) эркектер болгон, ошондуктан кабыл алынгандардын саны дээрлик бирдей болгон. Аялдар арасында эң көп 20 жашка чейинкилер (9 адам) жана 31 жаштан 40 жашка чейинки, 41 жаштан 51 жашка чейинки 5 бейтап кабыл алынган. Ал эми эркектер арасында эң көп 41 жаштан 50 жашка (8 адам) чейинкилер. Жаш курагы боюнча талдоодо алардын бардыгы эмгекке жарамдуу куракта экендигин көрсөттү. Оорунун узактыгы 6 айдан 5 жылга чейин болгон, бирок эң чоң топту оорунун узактыгы бир жылга чейинки болгон бейтаптар түзгөн.

Текшерүүнүн жыйынтыгында кисталардын жайгашкан жери (3.1.1-сүрөт) аныкталган.

3.1.1-таблица – Негизги топтун бейтаптарындагы кисталарды жайгашуусу

Боордун сегменттери	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Бейтаптардын саны, абс.	3	6	4	6	7	15	8	4
%	5.7	11.3	7.5	11.3	13.2	28.3	15.2	7.5

Кисталардын жайгашкан жерин кароодо көбүнчө VI сегментте жана бирдей санда (6 адам) II сегментте, IV сегменттерде жайгашкан. Изилдөө кисталардын көбү орто жана чоң өлчөмдө болгонун көрсөтгү.

3.2. Эндовидеохирургиялык процедураларды аткаруунун техникасы эхинококкоктотомиялар аралаш эндотрахеалдык анестезия астында жасалды. Карбоксипневмоперитонеум, ич көндөйүн тешүү Вереш ийненин жардамы менен жасалды. Бейтаптын жалпы абалынан 10-12мм.рт ст карбоксиперитенеум. Техника негизинен 3 же 4 троакарды колдонуу менен (3.2.1-сүрөт) аткарылган. Карбоксипневмоперитенеумду колдонуу жана видеокамераны жайгаштыруу үчүн биринчи троакар жогорку параумбилдиктик чекиттин үстүнө орнотулган, негизги жумушчу троакар төш алдындагы орто сызыктын оң жагында. Кошумча жумушчу троакарлар (5мм же 10мм) он мезогастрийде жана он кабырга астында жайгаштырылды. Киста боордун оң бөлүгүндө жайгашканда, стандарттуу холецистэктомиядагыдай троакарларды орнотуу жасалды. Ал эми киста боордун сол бөлүгүндө локализацияланганда, троакарларды орнотуу төмөнкүдөй болгон: биринчи троакар - жогорудан параумбилдик, экинчи жана үчүнчүсү оң жана сол жагында ичтин түз булчуңунун сырткы четинде жана сейрек кездешет. (6 учур) сол мезогастрийде кошумча 5 мм (3.1.2-сүрөт) троакар. Кисталар жетүүгө кыйын жерлерде локализацияланганда троакарлардын жайгашуусу жана орнотуу өзгөргөн.

Лапароскоп курсак көндөйүнө киргизилгенде диагностикалык лапароскопия жүргүзүлүп, анын жүрүшүндө кистанын жайгашкан жери, анын өлчөмү жана курчап турган органдардын жана ткандардын абалы такталып, пункция жасалган жер көрсөтүлөт, андан кийин эхинококк киста мителеринин таркалышынын алдын алуу максатында, ич көндөйү 20% гипертоникалык эритме менен нымдалган сүлгүлөр менен төшөлүп жабылган.

Эхинококкоктотомиянын техникасы: эхинококкоктотомиянын эң биринчи этабы кистанын пункциясы. Негизги ролду тешүү техникасына апаразитикалык операциянын принцибине ылайык берилген, ал атайын пункция - аспирациялык ийне менен аткарылган, анын диаметри 3 мм, учунун узундугу 2 см болгон курч ийне, андан кийин ийне 5 мм чейин кеңейип, булганууну болтурбоо максатында тешилген жердин четтерин жаап, ийне соргуч аппаратка туташтырылган жана ошол эле учурда соргуч аппарат гидаттык кистаны тешип, кистаны түшүрөт.

Пункция жасоодо жана аспирацияда кистанын курамына мониторинг жүргүзүлөт, эгерде аспирация учурунда суюктук сары-күрөң түстө чыкса, бул өттүн агып кетүүсүн жана өт кулгунасы бар экендигин көрсөтүп турат, анын ичи аспирацияланган. Тешүүчү ийнени чыгарбастан, зыянсыздандыруу үчүн көндөйгө 95% этил спирти куюлган. Көпчүлүк учурларда суюктуктун табияты тунук болгон, бул учурда тешкен ийнени чыгарбастан, аз өлчөмдөгү мазмунда сорулуп, кистага 20% гипертоникалык натрий хлоридинин эритмеси куюлган. Эхинококкоздун

түйүлдүк элементтерин зыянсыздандыруу үчүн гипертоникалык натрий хлоридинин эритмесинин 20% эритмеси колдонулган, бул эритменин концентрациясын деталдуу изилдеген адабий маалыматты эске алуу менен бул концентрация сколециддик таасирге ээ, чөнтөккө жакшы кирип кетет жана булалуу капсуланын булундарын тазалайт. Ал эми өт кулгунасын аныктоодо гипертоникалык эритмени колдонгон жокпуз, анткени өт жолдоруна кирген гипертоникалык эритме унутчаактыкка алып келет.

Киста элементтерин зыянсыздандыруу 20% гипертоникалык эритме менен жүргүзүлдү, эритменин эхинококк кистасынын көндөйүндө экспозициясы 15 мүнөттү түздү. Кошумча кисталары аныкталганда, 10 мм соргуч киргизилген жана анын жардамы менен кошумча кисталары да аспирацияланган.

Кистаны тешип, көндөйдү антипаразиттик эритме менен монополярдык электрокоагуляция же курч метод менен дарылоодон кийин көндөй ачылып, андан соң стерилдүү кол каптан эндобак жасалып, 10 мм троакар аркылуу ич көндөйүнө чөмүлдүрүлүп, хитиндүү кабык мээлейге салынып, ич көндөйүнөн чыгарылды.

Өттүн кулгунасын аныктоо үчүн биз адегенде калдык көндөйдү сүлгү менен жаап, кошумча фиброз көндөйүнүн цистоскопиясын жасадык, бул өттүн агып кетүү очогун кеңири аныктоого мүмкүндүк берди жана техникалык жактан эч кандай кыйынчылыксыз аткарылды. 4 бейтапта өт кулгунасы аныкталганда, алар дене ичине атравматикалык сиңүүчү полигликоликалык 2,0 жип менен тигилген, ал эми 2 учурда майда кулгунадан улам калдык көндөйдө дренаж калган. Дренаждык түтүкчөлөр 2 жана 3 күндө калдык көндөйүн УДИ көзөмөлүнөн кийин алынып салынды.

Булалуу капсуланын четтери өзгөрбөгөн жана көрүнгөн боор кыртышынын ичиндеги монополярдык коагуляцияны колдонуу менен алынып салынды. Ал эми кисталардын интрапаренхималдык локализациясы үчүн оментопластика жасалды. Чектүү жайгашкан 4-учурда УДИ скальпельди колдонуу менен жарым-жартылай перицистэктомия, 5-учурда инвагинация интракорпоралдык тигиш менен жасалган. Фиброздуу капсуланын көндөйүн жок кылууда абдоминациялоо же өт кулгунасын тигүү менен абдоминалдаштыруу ыкмасына өзгөчө маани берилген. Чыккан учурда 3-схема боюнча рецидивдин алдын алуу үчүн баарына бир курс-28 күн, 14 күн тыныгуу менен альбендазол ичүү сунушталды.

3.3-бөлүм. Эндотрахеалдык наркоз менен операция жасалды. Аткарылган операциялардын түрлөрү 3.3.1-таблицада келтирилген.

3.3.1-таблица – Боордун алгачкы эхинококкозунда операциялардын мүнөзү жана операциядан кийинки мезгилдеги татаалдашуулар

Операциялардын түрлөрү	Бейтаптардын саны	%
Эхинококкэктомия + оментопластика	9	16.3
Абдоминация	25	47.1

Абдоминация + кулгунаны тигүү	4	7.5
Инвагинация	5	9.6
Жарым-жартылай перицистэктомия	4	7.5
Комбинацияланган операциялар	1	1.6
А) Өпкө мен боор эхинококкоктomiaсы . В) Боорр эхинококкоктomiaсы +чон ич май.	1	1.7
Бир убактагы операциялар: Эхинококкоктomia + холецистэктомия	4	8.5
Бардыгы	53	100,0

Бардык 53 операция болгон бейтаптардын ичинен эки бейтапка гана жабык эхинококкоктomia жасоого мүмкүнчүлүк болду, мында киста өпкөдө жайгашып, биринде боор менен өпкөнүн биргелешкен жабыркоосу менен, экинчисинде киста боордун 5-сегментинде жайгашканы боюнча кезикти. Көпчүлүгүндө абдоминализация ыкмасын (25 адам) колдондук, ал эми өт кулгунасын аныктоо үчүн мониторинг жүргүздүк, анткени алар бар болуп, кылдат тигилбесе, өттүн агыш чыгышы сыяктуу коркунучтуу татаалдашуу пайда болот. Кулгуналар төрт бейтапта тигилди (4 адам). Фиброздуу капсуланын көндөйүн жок кылуу үчүн 9 бейтапка микроирригатор менен дренаждуу оменопластика, 5 бейтапка дренаж жана агындыларды аспирациялоо менен инвагинация ыкмасы колдонулган. Фиброздуу капсуланын көндөйүн жок кылуу үчүн 4 бейтапка жарым-жартылай перицистэктомия жасалган.

Эхинококкоктomia ошондой эле боордун, өпкөнүн жана чоң сөөктүн биргелешкен жаралары үчүн жасалды. Айкалышкан жараларга операциялардын терминологиясында биз бир катар изилдөөчүлөр сыяктуу (С.А. Иванов, 2015, В.С. Тарасенко, 2014) ар кайсы органдарда бир патология болгондо жана эхинококкоз башка оорулар менен айкалышканда лапароскопиялык жана торакоскопиялык боордун, өпкөнүн эхинококкококтomiaсын колдондук.

Биз байкаган бейтаптардын 2 комбинацияланган 4 бир убакта операция жасалган. Симультандык операцияларда холецистэктомия, андан кийин эхинококкоктomia жасалган. Айкалышкандарга эч кандай маани берген жокпуз.

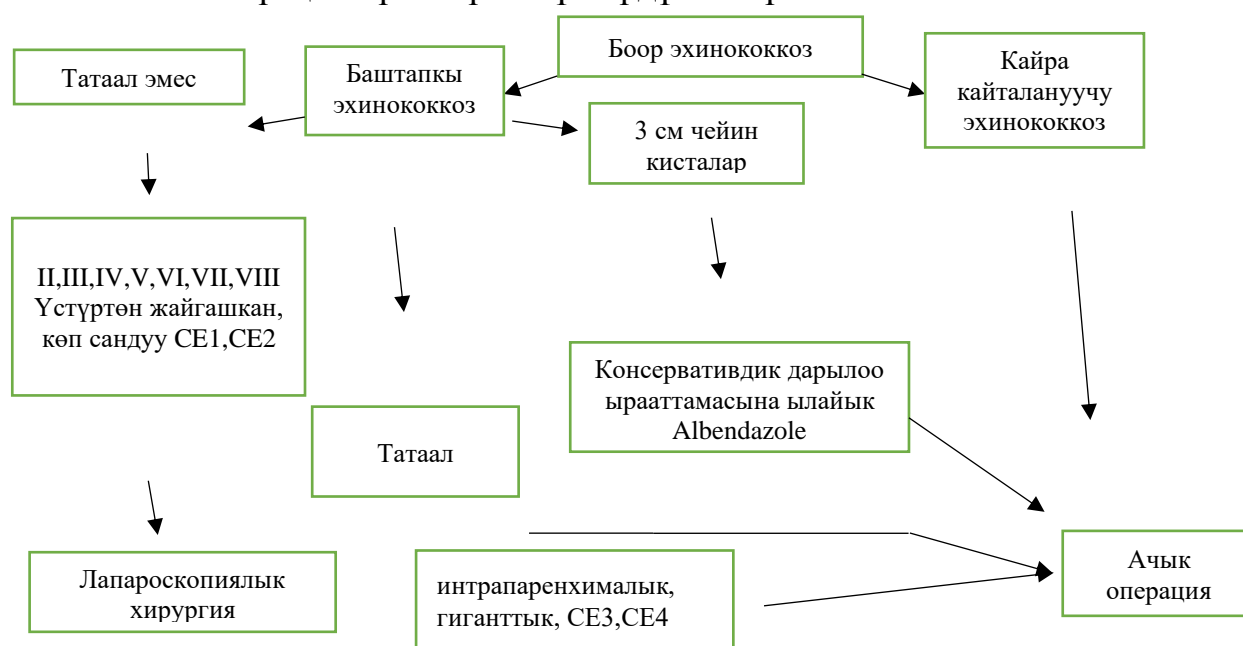
Эндовидеохирургиялык кийлигишүүнү колдонууда залалсыздандыруу максатында гипертоникалык (20%) натрий хлоридинин эритмеси колдонулган, анткени көпчүлүк (Ю.В.Бирюков, 2000, Х.Т., Хосроу 2011) оптималдуу сколексциддик натыйжаны белгилешкен жана пункцияланган жер 20% гипертоникалык эритме менен нымдалган сүлгү менен жабылат. Операция поддиафрагмалык мейкиндик менен троакардык жараларды лидокаин эритмеси менен сугардык ыкма оору сезимин олуттуу азайтат (А.К. Айтикеев , 2016). Чыккан учурда УДИ жасалган жана бир бейтапта сезгенүү өзгөрүүсүз жана суюктуксуз

кичинекей калдык көңдөй (1,5х 2см) табылган. Аны көзөмөлдөө уланууда. Биринде өт агып , 2 айдан кийин өзүнөн-өзү токтоп калган.

Ал эми экинчи бейтапта операциядан кийинки мезгилде өт агып кеткендиктен кайра операция жасоо зарылчылыгы келип чыккан. Биздин байкоолорубуз боюнча 4 симультандык жана 2 аралаш операция жасалды. Операциядан кийинки мезгил бейтаптарда кыйынчылыксыз өтгү.

Эхинококкоз эки органда же системада айкалышкан учурда операциянын ырааттуулугун тандоо боюнча хирургдардын ортосунда консенсус жок. Ошентип, бири 1-этаптагы татаалдануу коркунучу эң чоң болгон органга (протракция, ириндөө) жасоо керек деп эсептесе, башкалары (С.А. Иванов, С.В. Мешков, 2015) аткаруу техникасынын өзгөчөлүктөрүн эске алууну сунушташат, адегенде операция азыраак жакракаттуу болгон органга, анан экинчисин татаалырагын кылууну сунушташат. Бул учурда биз экинчи позицияны карманып, ийгиликтүү натыйжага жетиштик.

Боордун эхинококкоз кисталарын аныктоодо бул изилдөө лапароскопиялык жана ачык операцияларга көрсөткүчтөрдүн алгоритмин иштеп чыкканбыз.



3.3.6-сүрөт – Лапароскопиялык жана ачык операцияларга көрсөткүчтөрдүн алгоритми.

Хирургиялык кийлигишүүнүн бул түрү үчүн көрсөткүчтөр: боордун паренхимасында терең жайгашпаган боордо эхинококк кисталарынын болушу татаал эмес формалары болуп саналат. Каршы көрсөткүчтөр кисталардын интрапаренхималдык жайгашуусу жана эхинококкоздун татаал формалары (кисталардын өт жолдоруна жана бош ич көңдөйүнө кириши), ошондой эле декомпенсация стадиясында коштолгон оорулар болуп саналат.

4-бап. Негизги жана салыштыруу топторундагы боор эхинококкозун дарылоонун натыйжаларына салыштырмалуу баа берүү.

4.1. Лапароскопиялык операцияларды баалоо үчүн биз лапаротомия жолу менен операция жасалган бейтаптарда хирургиялык дарылоонун натыйжаларын колдондук. Бул топ 70 бейтаптан турган. Интервенциянын натыйжалуулугун жана операциядан кийинки мезгилдин жүрүшүн баалоо үчүн биз негизги клиникалык параметрлерге негиздеме бердик: татаалдануунун жыштыгы жана мүнөзү, операциялардын узактыгы жана ооруканада дарылоонун узактыгын изилдедик.

Салыштыруу тобуна кирген бейтаптардын мүнөздөмөлөрү. Операция болгон 70 адамдын 43ү аял, 27и эркек, ал эми жаш курагы 28-56 жашка чейин, кабыл алынгандардын көпчүлүгүндө оорунун узактыгы бир жылга чейин болгон, бул топто изилдөөлөр жүргүзүлгөн, ошондой эле боор эхинококкозуна операция жасоо мүмкүнчүлүгүнө багытталган.

VI жана VII чөлкөмдөрүндө локализацияланган боор сегменттери (тиешелүүлүгүнө жараша 32,8 жана 24,3%).

УДИ учурунда кисталардын жайгашкан жерине гана эмес, көлөмүнө да көңүл бурулган.

Кичинекей кисталар менен салыштыруу тобунда операция жасалган эмес, көпчүлүгү орто кисталар болгон. Кабыл алууда жалпы кан анализинин жыйынтыгына жана функционалдык абалдын боор жана бөйрөктүн көрсөткүчтөрүнө көңүл бурулган.

Натыйжаларды талдоодо жалпы анализдин негизги көрсөткүчтөрү нормадан айырмаланбаганын, бирок эозинофилия ($6,8 \pm 0,40$) болгондугун көрсөттү. Боордун жана бөйрөктүн функционалдык абалынын көрсөткүчтөрү да изилденген (4.1.4-таблица). Жүргүзүлгөн изилдөө боордун жана бөйрөктүн функционалдык абалын баалоого жана операция жасоо мүмкүнчүлүгү жөнүндө маселени чечүүгө мүмкүндүк берди. Текшерүүнүн жүрүшүндө коштолгон ооруларды аныктоого көңүл бурулду, бул топто алар 28% түздү, бирок алардын оордугу обочолонгон операцияларга көрсөткүчтөргө таасирин тийгизген жок. Хирургиялык дарылоонун көрсөткүчтөрү бейтаптардын негизги тобуна окшош болгон.

4.1.1-таблица – Салыштыруу тобунда бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжалары

Операциялардын түрлөрү	Жалпы бейтаптар	$M \pm m$
Омепластика	9	$98,8 \pm 10,71$
Абдоминация	25	$88,23 \pm 1,85$
Абдоминация + кулгунаны тигүү	4	$81,12 \pm 7,44$
Инвагинация	5	$82,4 \pm 4,87$
Жарым-жартылай	4	$95,4 \pm 2,54$

перицистэктомия		
Комбинацияланган операциялар	2	85,6±5,77
Окшош операциялар	4	104,8±3,18

Бардык бейтаптарга эндотрахеалдык наркоз менен операция жасалган жана операциянын түрлөрү негизги топтогудай эле болгон. Артыкчылыктуу абдоминация фиброздуу капсуланын көңдөйү жана 52,8% түзгөн фистула тигиш менен ишке ашырылган. Кийинки операция эхинококкоктomia менен оментопластика жана инвагинация (ар бири 8 учур) болду. 13 бейтапка (18,7%) жарым-жартылай перицистэктомия жана 4 бейтапка (5,7%) бир убакта операция жасалган, аларда эхинококкоз өнөкөт калькулездүү холецистит менен айкалышкан. Ал эми бул тайпада бириккен патологиялар менен мите эмес патологияга (холецистэктомия), андан кийин эхинококкоктomia операция жасалган. Бир убакта жасалган операциялардын салыштыруу тобунда 4 бейтапка эхинококкоктomia жана холецистэктомия жасалды.

4.1.2-таблица – Салыштыруу тобунда жасалган операциялардын түрлөрү жана татаалдануу мүнөзү

Транзакциянын түрү	Бардыгы			Алардан кыйынчылыктар пайда болгон			
	abs	%	Өт мөөнөтү	Ириндеген жаралар	калдык көңдөй	Плеврит	Бардык татаалдыктар
Абдоминация	отуз	42.8	3			1	4
Эхинококкоктomia + оментопластика	8	11.4			2		2
Инвагинация	8	11.4					
Абдоминация + өт кулгунасын тигүү	7	10.0		2			2
Жарым-жартылай перицистэктомия	13	18.7				1	1
Бир убакта жасалган операциялар: эхинококкоктomia + холецистэктомия	4	5.7					
Бардыгы	70	100,0	3	2	2	2	9 (12,9%)

Дароо жыйынтыктарды талдап көрсөткөндөй, абдоминациядан кийин 3 бейтапта ооруулар пайда болгон, алардын биринде өт агып, кайра операция талап кылынган. 2-учурда бул татаалдануу өзүнөн-өзү токтоп калган. Плеврит боордун 7-8 сегментинде локализацияланган кистасы бар 2 бейтапта пайда болгон, ал көкүрөк көңдөйүн тешип, сезгенүүгө каршы терапияны күчөткөндө жок кылынган. Кийинки 2 жарааттын татаалдашы байкалган (2 жараат ириндөө, биринде инфильтрация). Оментопластиканы колдонууда 7 бейтаптын 2 бейтапта чыккан боштук табылган. Жарым-жартылай перицистэктомиядан кийин бир

бейтапта хирургиялык жарааттын инфильтрациясы пайда болгон. Бир убакта жасалган операциялардан кийин эч кандай кыйынчылыктар байкалган эмес. Демек, салыштыруу тобунда операциядан кийинки мезгилдеги татаалдашуу 9 бейтапта болгон, бул 12,9% түзгөн. Операциянын жана стационардык дарылоонун узактыгын аныктадык (4.1.3-сүрөт).

4.1.3-таблица – Салыштыруу тобуна кирген бейтаптарга операциянын (мүнөт менен) узактыгы

Операциялардын түрлөрү	Жалпы бейтаптар	$M \pm m$
Омепластика	9	98,8±10,71
Абдоминация	25	88,23±1,85
Абдоминация + кулгуна тигүү	4	81,12±7,44
Инвагинация	5	82,4±4,87
Жарым-жартылай перицистэктомия	4	95,4±2,54
Комбинацияланган операциялар	2	85,6±5,77
Окшош операциялар	4	104,8±3,18

Ошентип, салыштыруу тобунда операция жасалган бейтаптарды талдоо көрсөткөндөй, көбүнчө эмгекке жарамдуу курактагы бейтаптар кабыл алынган, ал эми аялдар эркектерге караганда бир аз көбүрөөк. Көпчүлүк учурда оорунун узактыгы 1 жылга чейин болгон. Кисталардын локализациясы 6-7-сегменттердин аймагында басымдуулук кылган жана кисталардын өлчөмдөрү орто жана чоң болгон.

Операциянын түрү кисталардын жайгашкан жери жана алардын өлчөмү менен аныкталып, эң чоң топту фиброздуу капсуланын көндөйү курсактан чыгаруу же фистула тигип коюу жолу менен жок кылынган бейтаптар түздү. Бирдей учурларда омепластика жана инвагинация жасалды. Операциядан кийинки мезгилде 12,9% түзгөн 9 бейтапта ооруулар болгон, бирок алардын баары ооруканадан чыкканга чейин айыккан.

4.2. Бейтаптарды текшерүү жана дарылоо жыйынтыктары

Топтун арасында эркектер менен аялдардын катышы бирдей, ал эми салыштыруу тобунда аялдар басымдуулук кылган. Негизги жана салыштырма топторго кабыл алынгандардын жаш курагы да салыштырылып, эквиваленттүү болду. Боордун ар кандай сегменттеринде кисталардын жайгашуусуна өзгөчө көңүл бурулду. Кисталардын жайгашкан жерин эске алуу менен, эки топто тең

кисталар көбүнчө 6 жана 7 сегменттер чөлкөмүндө жайгашкандыгы белгилей кетүү керек. Биз ошондой эле эки топтогу кисталардын өлчөмүнө баа бердик жана негизги топто кичинекей кистасы бар 6 бейтап бар экендиги аныкталды, ал эми салыштыруу тобунда кичинекей кисталарды хирургиялык дарылоо жүргүзүлгөн эмес, бирок бул айырмачылыктар оорунун натыйжасына таасир этпеген. Хирургиялык дарылоо ыкмалары байкалган эки топтордо бирдей болгон жана айырмачылыктар сан жагынан гана болгон. Эки топто тең бир убакта операциялар аткарылган, ошондуктан операциянын көлөмү негизги жана салыштыруу топторунда бирдей болгон (4.2.2-таблица).

4.2.1-таблица – Негизги жана салыштыруу тобунун боор эхинококкозу менен ооругандарга хирургиялык дарылоонун натыйжаларына салыштырмалуу баа берүү

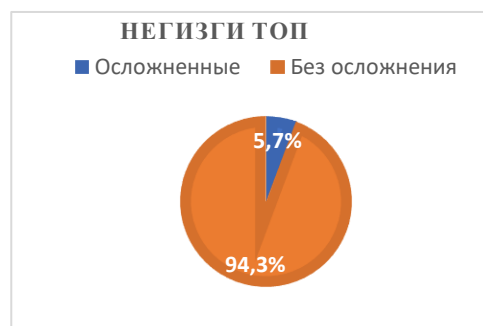
Транзакциянын түрү	Негиз топ		Салыштыруулар		Маанилүүлүгү үчүн Р-кубаты $M_1 - M_2$
	Сан оорулуу	$M_1 \pm m_1$ мүнөт	Сан оорулуу	$M_2 \pm m_2$ мүнөт	
Абдоминация	25	69,76 \pm 3,37	отуз	98,8 \pm 10,7 1	>0,05
оменопластика	9	67,3 \pm 2,69	8	88,23 \pm 1,85	>0,05
Инвагинация	5	69,8 \pm 0,94	8	81,12 \pm 7,44	<0,05
Жарым-жартылай перицистэктомия	4	69,8 \pm 2,12	13	82,4 \pm 4,87	<0,05
Абдоминация + кулгуна тигүү	4	67,25 \pm 2,17	3	95,4 \pm 2,54	<0,05
Комбинацияланган операциялар	2	76,0	-	-	-
Окшош операциялар	5	91,6 \pm 4,17	4	104,8 \pm 3,18	<0,05

4.2.2-таблица – Негизги топ жана салыштыруу тобунда аткарылуучу операциялардын түрлөрү

Операциянын түрлөрү	Негизги топ		Салыштыруу тобу	
	abs .	%	abs .	%
Абдоминация	25	47.2	отуз	42.8
Эхинококкэктомия + оментопластика	9	16.9	8	11.4

Инвагинация	5	9.4	8	11.4
Абдоминация + өт кулгунасын тигүү	3	5.7	7	10.0
Жарым-жартылай перицистэктомия	4	7.5	13	18.7
Бир убакта жасалган операциялар: эхинококкотомия + холецистэктомия	5	9.4	4	5.7
Комбинацияланган операциялар	2	3.9	-	-
Бардыгы:	53	100,0	70	100,0

Негизги көрсөткүч болуп саналган оорулардын пайда болушуна өзгөчө көңүл бурдук. Ошентип негизги топто 53 бейтаптын 3 (5,7%) татаалдашкан. Ал эми салыштыруу тобунда 70 ичинен 9 (12,9%) эки эсе жогору болгон (4.1-сүрөт), бул артыкчылыкты тастыктайт. Боор эхинококкозуна эндовидеохирургиялык операция.



4.1-сүрөт – Негизги жана салыштыруу топторунда хирургиялык операциядан кийинки кыйынчылыктардын жыштыгы.

Биз бир катар бейтаптардын ооруканада болуу узактыгы эндовидеохирургия менен кыйла кыскарганын байкадык. Кийлигишүү процессинде фиброздуу капсуланын көңдөйүн жок кылуу ыкмасына жараша операциянын узактыгын да аныктадык.

Ошентип алынган маалыматтар операциянын узактыгы (4.2.3-таблица), стационардык дарылоонун кыска мөөнөтү (4.2.4-таблица) жана лапаротомияга караганда эндовидеохирургиялык кийлигишүүнү колдонуунун артыкчылыгын көрсөтөт.

4.2.3-таблица – Стационардык дарылоонун узактыгы (күн)

Операциянын түрлөрү	Бейтаптар- дын саны n	Негизги топ $M_1 \pm m_1$	Бейтаптар- дын саны n	Салыш- тыруу тобу $M_2 \pm m_2$	P-ишеним даражасы $M_1 - M_2$
Абдоминация	25	5,1±0,25	отуз	10,2±0,28	>0,001
Омепластика	9	4,9±0,34	8	11,4±0,42	>0,001
Инвагинация	5	4,6±0,71	8	8,8±0,39	<0,02
Жарым-жартылай перицистэктомия	4	4,25±1,12	13	10,2±0,66	<0,001
Абдоминация + кулгуна тигүү	4	5.25	7	10,7±0,54	<0,001
Комбинацияланган операциялар	2	M-8	-		
Окшош операциялар	4	6,75±0,92	4	10,8±0,51	<0,005

4.2.4-таблица – Операциянын узактыгы (мүнөт менен)

Транзакциянын түрү		Негизги топ		Салыштыруу тобу	Маанилүү- лүгү үчүн P-кубаты $M_1 - M_2$
	Сан оорулуу	$M_1 \pm m_1$ мүнөт	Бейтап- тардын саны	$M_2 \pm m_2$ мүнөт	
Абдоминация	25	69,76 ±3,37	отуз	98,8±10,7 1	>0,0 5
омепластика	9	67,3±2,69	8	88,23±1,85	>0,05
Инвагинация	5	69,8±0,94	8	81,12±7,44	<0,05
Жарым-жартылай перицистэктомия	4	69,8± 2,12	13	82,4±4,87	<0,05
Абдоминация + кулгуна тигүү	4	67,25± 2,17	3	95,4± 2,54	<0,05
Комбинацияланган операциялар	2	76,0	-	-	-
Окшош операциялар	5	91,6±4,	4	104,8±3,	<0,05

3 жылдан ашык 70 бейтаптын салыштыруу тобунда узак мөөнөттүү натыйжаларды баалоодо (алардын ичинен 9 бейтап миграцияга байланыштуу алынып салынган), биз бейтаптарды төмөнкү топторго бөлдүк:

- канааттандыарлык - 56да (80,1%);
- канааттандыарлык эмес - 5те (7,3%).

Перицистэктомиядан кийин 6 айга чейин 2 (2,9%) субъектте симптомсуз

калдык көңдөйлөрдү аныктады. УДИ маалыматтары боюнча бардык көңдөйлөр бир камералуу болгон, көңдөйлөрдүн өлчөмдөрү 1-2,3 см чейин, локализация - боордун V жана VII сегменттеринде кездешет. Комплекстүү консервативдик терапиядан жана 3 айга чейинки байкоодон кийин калдык көңдөйлөр толугу менен жок болду. Бир бейтапта операциядан 1 жыл өткөндөн кийин 3,5х5,0 см өлчөмүндө операциядан кийинки вентралдык грыжа табылган грыжаны оңдоо торлуу имплант менен жасалган. Бир бейтапта лигатуралык кулгуна аныкталып, хирургиялык жол менен жок кылынган.

4.3.1-таблица Салыштыруу тобунда операциялардын көлөмүнө жараша операциядан кийинки татаалдашуулардын мүнөзү

Операциялар-дын көлөмү (р)	калдык көңдөйлөр	Рецидив	Бу грыжа	Лигатура фистулалар	Бардыгы Абс .(%)
Жарым-жартылай перицистэктомия	2	—	1	-	3 (4.2)
Инвагинация		1			1 (1,4)
Абдоминация	—		—	1	1 (1,4)
Бардыгы (70)	2 (2,8)	1(1.4)	1 (1,4)	1 (1,4)	5 (7,3)

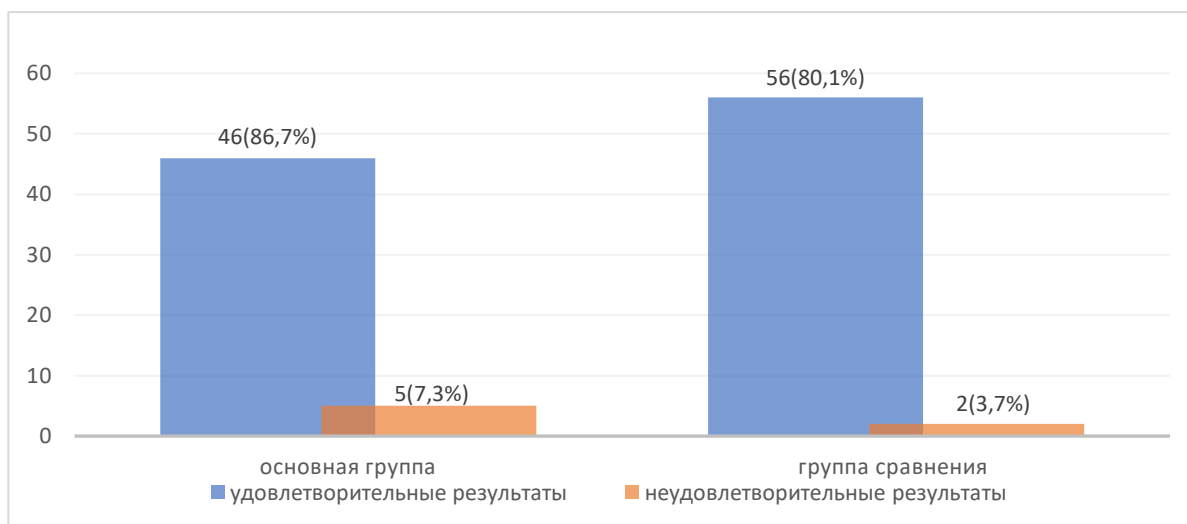
Салыштыруу тобунун маалыматтарын эске алуу менен 56 (80,1%) бейтаптын айыгуусу белгиленген. Операциядан кийинки 5 (7,3%) бейтапта жашоонун сапатын начарлаткан узак мөөнөттүү көйгөйлөр табылган. Негизги топтун 53 бейтабында узак мөөнөттүү натыйжаларды текшерүү жана баалоо 6 айдан 2,5 жылга чейинки аралыкта жүргүзүлдү (5 бейтап кайтарым байланыш маселесинен улам текшерилген жок) жана негизги топко дагы бөлүндү. Топтор:

- канааттандырырлык - 46 (86,7%);
- канааттандырырлык эмес - 2 (3,7%).

Клиникалык, лабораториялык жана инструменталдык баа берүүнүн жүрүшүндө 46 (86,7%) бейтапта жакшы натыйжалар (калыбына келтирүү) байкалган. Узак мөөнөттүү натыйжаларда (УДИ) операциядан кийин 6 айдан кийин текшерилген 2 (3,7%) сиптомдору жок калдык көңдөйлөр (экөө тең лапароскопиялык эхинококкэктомия менен оментопластика операцияларынан кийин) аныкталган . Көңдөйлөрдүн өлчөмдөрү 1,5 см жана 3 см болгон, эки калдык көңдөйлөр VII локализацияланган. Бейтаптар УДИ мониторинги менен динамикалык байкоо жүргүзүүнү улантышты. Убакыттын өтүшү менен көлөмүнүн 0,8 смге чейин акырындык менен төмөндөшү байкалган. 1 жылдан кийин калдык көңдөйдүн боор тканына алмаштырылышы байкалган. Негизги топто 46 (86,7%) пациентте канааттандырырлык жыйынтыктар, 2 (3,7%) бейтапта канааттандырырлык эмес жыйынтыктар болгон.

Салыштыруу тобунда жана негизги топтордо алынган узак мөөнөттүү

натыйжалардын салыштырма талдоосу келтирилген (4.4.2-диаграмма).



4.4.2-сүрөт. Салыштыруу тобу менен негизги топтун ортосундагы узак мөөнөттүү дарылоонун натыйжаларынын салыштырма көрсөткүчтөрү.

Эндовидеохирургиялык технологияларды колдонуу азыркы учурда салыштырмалуу топка салыштырмалуу узак мөөнөттүү дарылоонун натыйжаларын кыйла жакшыртууга мүмкүндүк берди. Ошентип бүгүнкү күндө клиникалык практикага заманбап эндовидеохирургиялык кийлигишүүлөрдү киргизүү менен биринчи боор эхинококкозун дарылоонун узак мөөнөттүү натыйжалары толугу менен акталган жана хирургиялык кийлигишүүнүн оптималдуу ыкмаларын тандоо менен аныкталат.

КОРУТУНДУ:

1. Эндовидеохирургиялык операцияларды кисталар боордун жеткиликтүү сегменттеринде локализацияланганда жана кисталар орто жана чоң өлчөмдө болгондо жасоого болот.
2. Өнүккөн эндовидеохирургиялык аспирациялык техниканы колдонуу жана айрым этаптарды өркүндөтүү лапаротомиялык жолдогудай фиброздуу капсуланын көңдөйүн жок кылуунун түрлөрүн жакшыртууга мүмкүндүк берди.
3. Кош оорулар болгон учурда бир убактагы жана айкалыштырылган операцияларды татаалдануу коркунучу жок жасоого болот.
4. Лапаротомиялык кийлигишүүлөр өз артыкчылыктарын көрсөттү, алар операциянын (12,3%), стационардык дарылоонун узактыгын (38,9%) жана татаалдашууларды дээрлик жарымына (12,9 -5,7%) чейин кыскартып турат.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:

1. Боор эхинококкоз менен ооруган бейтаптарды кабыл алууда эхинококкозду гана эмес, хирургиялык дарылоону талап кылган башка ооруларды да аныктоо үчүн деталдуу текшерүүдөн өткөрүү зарыл.
2. Эндовидеохирургиялык ыкманы, негизинен, алгачкы эхинококкоздо жана жеткиликтүү жерде жайгашкан кисталарда колдонсо болот.
3. Эхинококкоз эки органда же системада аныкталганда, эң биринчи кадам татаалдашуу коркунучу жогору болгон органга операция жасоо керек.
4. Башка оорулар менен айкалышкан боор эхинококкозунда бир эле учурда операцияларды жасоого болот, биринчи этапта мителик эмес операциялар, андан кийин эхинококкозэктомия болушу керек.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Toktogaziev, B. T.** Experience of Using Videolaparoscopic in the Treatment of Liver Echinococcosis [Text] / [B. T. Toktogaziev, S. A. Aitbaev, B. R. Osmonov, K. R. Omorov, A. A. Abdiev, R. A. Omorov, A. K. Kanietov, Baudinov I., Erkinbekov A. E., Imankulova A. S.] // Biomedical journal of scientific and technical research. - New York, 2021. - №3. - С. -30343-30348; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://biomedres.us/pdfs/BJSTR.MS.ID.006150.pdf>
2. Лапароскопический метод лечения сочетанного эхинококкоза печени и большого сальника. Клинический случай [Текст] / [Б. Т. Токтогазиев, Е. Х. Хамиджонов, К. Р. Оморов, Д. С. Миклухин] // Здравоохранение Кыргызстана. - 2022. - № 1. - С. 72-76; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48225515>
3. **Toktogaziev, B. T.** Role of videolaparoscopy in the surgical treatment of hepatic cystic echinococcosis [Text] / [B. T. Toktogaziev, S. A. Aitbaev, A. A. Abdiev, A. S. Toktosunov, A. Rysova, M. S. Imankulov, V. Yethindra, P. K. Krishna] // Biomedicine. - Westchester, 2022. - Vol. 42, № 6. - С.1268-1271; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://biomedicineonline.org/index.php/home/article/view/2169/685>
4. **Toktogaziev, B. T.** A rare case of concurrent pulmonary and hepatic hydatid cysts treated by single-stage surgical management [Text] / [B. T. Toktogaziev, K. Omorov, S. A. Aitbaev, B. A. Avasov, R. A. Omorov, V. Yethindra, T. Tagaev] // Clinical Case Reports. - 2022. - №10. - С. 1-4; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ccr3.5897>
5. Токтогазиев, Б. Т. Сравнительная оценка лапаротомных и лапароскопических методов лечения эхинококкоза печени [Текст] / А. К. Тологонова, С. З. Акенов, Б. Т. Токтогазиев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева. - 2023. - № 2. - С. 128-134; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=54193520>

Токтогазиев Бакыт Токтогазиевичтин диссертациялык иши «Боор эхинококкозунун эндовидеохирургиялык жолу менен дарылоо» аттуу темадагы 14.01.17 хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасына изденип алуу үчүн диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, эндовидеохирургия, татаалдашуу.

Изилдөөнүн максаты: эндовидеохирургиялык ыкманын өркүндөтүлгөн этаптарын колдонуу аркылуу боор эхинококкозу менен ооругандарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөө объектиси: боор эхинококкозу менен 123 бейтап, 53 (негизги топ), 70 (салыштыруу тобу).

Изилдөө предмети: боор эхинококкозунун жүрүшү жана эндовидеохирургиялык эхинококкозэктомияны жакшыртуу.

Изилдөөнүн ыкмалары: Кандын толук анализи, боордун функционалдык абалынын биохимиялык көрсөткүчтөрү, УДТ, КТ жана МРТ.

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңылыктары: Иштин жүрүшүндө пациенттердин 2 тобу аныкталган: биринчи негизги топ – 53 пациент, аларда оорулууларды дарылоодо эндовидеохирургиялык дарылоо ыкмалары колдонулган, ал эми көзөмөл тобу – 70 пациент. салттуу ыкмалар колдонулган. Биринчи топтогу ооруулар 3 (5,7%) пациентте, ал эми контролдоочу топто 9 (12,9%) пациентте болгон, бул боор эхинококкозун дарылоодо эндовидеохирургиялык ыкманын натыйжалуулугун тастыктайт. Сунушталган ыкма ишке ашканда ооруканада болуу убактысы кыскарып, операциянын узактыгы кыскарып, операциядан кийинки ооруулар азаят.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар: Эмгектеги негизги корутундуларды жана сунуштарды күнүмдүк клиникалык практикаларда, билим берүү процесстеринде жана илимий изилдөөлөрдө колдонсо болот.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации **Токтогазиева Бакыта Токтогазиевича**
«Эндовидеохирургическое лечения эхинококкоза печени» на соискание
ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17
хирургия

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, эндовидеохирургия, осложнения.

Цель исследования: улучшение результатов оперативного лечения больных эхинококкозом печени за счет использования усовершенствованных этапов эндовидеохирургического метода.

Объект исследования: 123 больных эхинококкозом печени, 53 (основная группа), 70 (группа сравнения).

Предмет исследования: течение эхинококкоза печени, и улучшение эндовидеохирургической эхинококкэктомии.

Методы исследования: Общий анализ крови, биохимические показатели функционального состояния печени, УЗИ до операции, по показаниям КТ и МРТ.

Полученные результаты и их научная новизна: В процессе работы выделены 2 группы больных: первая основная группа- 53 пациента у которых в лечении больных использованы эндовидеохирургические методы лечения контрольная группа- 70 больных у которых применены традиционные методы. Осложнения в первой группе возникли у 3 (5,7%), а в контрольной у 9 (12,9%), что подтверждает эффективность использования эндовидеохирургического метода лечения эхинококкоза печени. При выполнении предложенного метода, сокращается время пребывания в стационаре, продолжительность операции, и уменьшаются послеоперационные осложнения.

Степень использования или рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях

Область применения: хирургия.

SUMMARY

of dissertation by Bakyt Toktogazievich Toktogaziev on the topic: «Endovideosurgical treatment of liver echinococcosis» for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.17 - surgery

Key words: liver, echinococcosis, endovideosurgery, complications.

Aim of the study: to improve the results of surgical treatment of patients with liver echinococcosis through the use of improved stages of the endovideosurgical method.

Object of study: 123 patients with liver echinococcosis, 53 (main group), 70 (comparison group).

Subject of research: course of liver echinococcosis, and improvement of endovideosurgical echinococcectomy.

Methods of the study: Complete blood count, biochemical indicators of the functional state of the liver, ultrasound before surgery, according to the indications of CT and MRI, and ultrasound study of hemodynamics of the liver.

Research finding and their novelty: In the process of work, 2 groups of patients were identified: the first main group - 53 patients in whom endovideosurgical methods of treatment were used in the treatment of patients, and the control group - 123 patients in whom traditional methods were used. Complications in the first group occurred in 3 (5.7%) patients, and in the control group in 9 (12.9%) patients, which confirms the effectiveness of the endovideosurgical method for the treatment of liver echinococcosis. When the proposed method is implemented, the time of stay in the hospital is reduced, the duration of the operation is reduced, and postoperative complications are reduced.

The degree of use or recommendations for use. The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

Scope: surgery.

