

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

**Б. Н. ЕЛЬЦИН атындагы
КЫРГЫЗ-РОССИЯ СЛАВЯН УНИВЕРСИТЕТИ**

Д 14.23.678 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 616.62-001.4-089

КУЛУКЕЕВ УЛУКБЕК КАЧКЫНОВИЧ

**ТАБАРСЫКТЫН ЯТРОГЕНДИК ЖАРАКАТТАРЫН ХИРУРГИЯЛЫК
ДАРЫЛООНУ ӨРКҮНДӨТҮҮ**

14.01.23 – урология

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
авторефераты

Бишкек – 2025

Иш С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу институтунун нефрология жана гемодиализ курсу менен урология кафедрасында аткарылган.

Илимий жетекчи:

Усупбаев Акылбек Чолпонкулович

медицина илимдеринин доктору, профессор, КР УИАнын мүчө-корр., И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын М. Т. Тыналиев атындагы дипломго чейинки жана дипломдон кийинки урология жана андрология кафедрасынын башчысы

Расмий оппоненттер:

Жетектөөчү мекеме:

Диссертацияны коргоо 2025-жылдын май айында саат 13.00 дө медицина илимдеринин доктору (кандидаты) окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, жана тең уюштуруучу Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетине караштуу Д 14.23.678 диссертациялык кеңештин отурумунда өткөрүлөт. Дареги: 720020, Бишкек шаары, Ахунбаев көчөсү, 92, конференц-залы. Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференциянын шилтемеси: <https://vc.vak.kg/b/d14-puu-lvw-wbv>

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92) жана Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин (720000, Бишкек ш., Киев көч., 44) китепканаларынан жана _____ сайтынан таанышса болот.

Автореферат 2025-жылдын май айында таратылды.

**Диссертациялык кеңештин
окумуштуу катчысы,
медицина илимдеринин кандидаты**



Өскөн уулу Айбек

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Азыркы урологиядагы олуттуу, актуалдуу жана маанилүү көйгөй ар кандай хирургиялык, урологиялык, акушердик жана гинекологиялык оперативдик кийлигишүүлөрдөгү табарсыктын жана жыныс органдарынын ятрогендик жаракаттары болуп саналат. Мындай жаракаттардын эң оор кесепеттери ятрогендик урогениталдык фистулалар болуп саналат, алар 19,5 – 40,5% кездешет жана бейтаптардын жашоо сапатына олуттуу таасир этип, жашоо сапатын кыйла төмөндөтүшөт [Алчинбаев М. К., Медетбеков У. Ш., Кусымжанов С. М. жана авторлоштор, 2013; Лоран О.Б., Серегин А.В., Довлатов З.А., 2016; Grewal M., Pakzad M. H., Hamid R., et al., 2019; Traore SI, Dembele O, Traore S. et al., 2019; Тихонова Л. В., Касян Г. Р., Пушкарь Д. Ю., 2021]. Везиковагиналдык фистулалардын үлүшүнө заара-жыныс органдарынын ятрогендик жаракаттарынын бардык учурларынын 71,4% чейинкиси туура келет [Hillary C. J., Osman N. I., Hilton P., et al., 2016; Malik M. A., Sohail M., Malik M. et al., 2018; Тихонова Л. В., Касян Г. Р., Пушкарь Д. Ю. жана авторлоштор, 2020; Сучков Д.А., Шахалиев Р.А., Шкарупа Д.Д. жана авторлоштор, 2022].

Гениталдык фистулаларды хирургиялык жол менен коррекциялоонун актуалдуу көйгөйү – бул алардын хирургиялык коррекциясы, анткени фистулаларды дарылоонун идеалдуу ыкмасы жок жана салттуу дарылоо ыкмалары практикалык урологдорду толук канааттандыра албайт [Лоран О.Б., Синякова Л.А., Твердохлебов Н.Е. жана авторлоштор, 2008; Алчинбаев М. К., Медетбеков У. Ш., Кусымжанов С. М. жана авторлоштор, 2013; Косарев Е. И., Стойко Ю. М., Нестеров С. Н. жана авторлоштор., 2019; Погосян Р. Р., Сыч Т. Ю., Васильченко М. И. жана авторлоштор, 2020].

Диагностикалык жана дарылоо каталарынын себеби жыныс фистулаларын хирургиялык жол менен коррекциялоонун варианттарынын көп түрдүүлүгү жана бейтаптарды текшерүүнүн так системасынын жоктугу болуп саналат [Елисеев Д. Э., Алексеев Б. Я., Качмазов А. А., 2017]. Кайталанган операциялар толук айыгуу мүмкүнчүлүгүн азайтпайт жана оперативдүү дарылоонун жалпы ийгилиги дагы эле жогору бойдон калууда [Тихонова Л. В., Касян Г. Р., Пушкарь Д. Ю., 2021].

Урогениталдык фистулалардын этиопатогенезинин ар кандай факторлору, далилдүүлүктүн жогорку деңгээлинин жоктугу, хирургиялык дарылоонун методун тандоодо жана натыйжаларында көптөгөн маселелердин чечилбегендиги чоң илимий кызыгууну жаратат, жогорку теориялык жана практикалык актуалдуулукка ээ [Тихонова Л. В., 2021; Тихонова Л. В., Касян Г. Р., Строганов Р. В. и соавт., 2021].

Дарылоо тактикасын тандоого, аны жүргүзүү убактысына жана операциядан кийинки бейтаптарды коштоп жүрүүгө карата жалпы ыкмалардын жоктугуна байланыштуу, бул оору көп жылдар бою өзүнүн актуалдуулугун жоготпойт жана азыркы реконструктивдүү урогинекологиядагы эң олуттуу көйгөйлөрдүн бири бойдон калууда [Frajzyngier V., Ruminjo J., Varone M. A. et all., 2012; Hilton P. 2012; Сучков Д. А., Шахалиев Р. А., Шкарупа Д. Д., 2022].

Табарсыктын ятрогендик жаракаттарынын жогорку жыштыгы, алардын өз убагында диагностикаланбагандыгы, ошондой эле реконструктивдик-калыбына келтирүү операцияларынын натыйжалары дайыма эле ийгиликтүү боло бербегендиги заара чыгаруу жолдорунун бүтүндүгүн калыбына келтирүүнүн белгилүү ыкмаларын дайыма өркүндөтүүгө жана жаңы ыкмаларын издөөгө мажбурлайт, бул биздин ишибиздин актуалдуулугун аныктайт.

Диссертациянын темасынын артыкчылыктуу илимий багыттары, ири илимий программалары (долбоорлору), билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүп жаткан негизги илимий-изилдөө иштери менен байланышы. Диссертациялык иштин темасы демилгелүү болуп саналат.

Изилдөөнүн максаты. Табарсыгы ятрогендик жаракатка кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын өркүндөтүү.

Изилдөө милдеттери:

1. **Аялдардын табарсыгынын ятрогендик жабыркашынын себептерин, жыштыгын жана таралышын изилдөө.**
2. Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин алдындагы Улуттук госпиталынын түзүмдүк дарылоо бөлүмдөрүндө табарсыктын ятрогендик жаракаттарына кабылган бейтаптарды дарылоого карата тактикалык ыкмаларды аныктоо.
3. Табарсыктын ятрогендик жаракаттары бар аялдарды хирургиялык дарылоонун методикасын өркүндөтүү жана хирургиялык дарылоонун жакынкы жана узак мөөнөттөрүндө анын натыйжалуулугун негиздөө.

Алынган натыйжаларынын илимий жаңылыгы. Кыргыз республикасынын саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы түзүмдүк урологиялык бөлүмдөрүнүн материалдары боюнча аялдардын табарсыгынын ятрогендик жаракаттарында рецидивдерди жана өөрчүп кетишүүлөрдү баалоо менен илимий талдоо жүргүзүлгөн жана себептик-натыйжалык байланыштар аныкталган.

Табарсыктын ятрогендик жаракаттары аныкталган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун кийлигишүүнүн ыкмасы жана көлөмүн тандоого карата тактикалык мамилелер өркүндөтүлдү. **Табарсыктын ятрогендик**

жаракаттары бар аял бейтаптарды хирургиялык дарылоонун ыкмасы иштелип чыккан (ойлоп табуу патенти: №1487, 30.08.2012-ж.).

Алынган натыйжаларынын практикалык маанилүүлүктүгү. Илимий изилдөөнүн жыйынтыктарынын негизинде заара чыгаруу жолдорунун ятрогендик жабыркашынын пайда болушунун себептик-натыйжалык байланышы, жамбаш органдарына хирургиялык кийлигишүүнүн жүрүшүндө пайда болуучу тобокелдиктер жана татаалдашуулар изилденди. Табарсыктын ятрогендик жаракаттарына кабылган аялдарды хирургиялык дарылоонун тактикалык ыкмалары аныкталды.

Ятрогендик везиковагиналдык фистулаларда, операциядан кийинки жаранын жылчыксыздыгын жана оорунун рецидивдеринин жок болушун камсыз кылуучу кындын жана табарсыктын беттерин өзүнчө тигүү менен эки катарлуу үзгүлтүксүз буралма тигишти колдонуу менен, фистулопластика ыкмасы иштелип чыккан. Операциядан кийин заара-жыныс фистулаларынын жана заара чыгаруучу жолдордун функционалдык абалынын рецидивинин өнүгүү тобокелдиги операциядан кийинки жакынкы мезгилде, ошондой эле хирургиялык кийлигишүүдөн кийинки биринчи жылдын ичинде пайда болот, аны бейтаптардын бул категориясын диспансердик байкоодо эске алынышы керек.

Табарсык ятрогендик жаракаттары бар оорулууларды хирургиялык дарылоодо иштелип чыккан тактикалык жана техникалык чечимдер Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин алдындагы Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык илимий урология борборунун түзүмдүк урологиялык бөлүмдөрүнүн клиникалык практикасына киргизилген (киргизүү актысы 06.02.2024-ж.)

Диссертациянын коргоого коюлуучу негизги жоболору:

1. Аялдардын табарсыгынын ятрогендик жаракаттары акушердик-гинекологиялык, урологиялык жана абдоминалдык операциялардан, ошондой эле химиялык нур процедураларынан кийин пайда болот.

2. Табарсыктын ятрогендик жаракаттары жана алардын өөрчүп кетүү дарттары менен ооруган аялдарды хирургиялык дарылоонун оптималдуу ыкмасын тандоонун критерийлери жамбаш органдарынын жана ткандарынын патологиялык өзгөрүүлөрүнө адекваттуу баа берүү, фистуланын локализациясы жана өлчөмү, ошондой эле хирургдун квалификациясы болушу саналат.

3. Заара-жыныс фистулалары менен жабырганан бейтаптарды дарылоодо фистулопластика жасоодо трансвезикалык же айкалышкан ыкма артыкчылыктуу.

4. Аялдардын табарсыгынын ятрогендик жаракаттарын хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугунун критерийлери операциядан

кийинки жакынкы жана алыскы натыйжаларды деталдуу изилдөөгө негизделиши керек.

Изденүүчүнүн жеке салымы. Автор операцияга чейинки жана операциядан кийинки мезгилде бейтаптарды өз алдынча клиникалык текшерүүдөн өткөрүп, табарсыгы ятрогендик жаракат алган аялдарды хирургиялык жол менен дарылоонун жолун иштеп чыккан жана киргизген. Автор тарабынан изилдөө программасы түзүлүп, клиникалык материалды статистикалык иштетүү жүргүзүлгөн.

Диссертациянын натыйжаларын апробациялоо. Диссертациялык иштин материалдары: Кыргыз Республикасынын урологдор жана андрологдор Ассоциациясынын отурумунда (Бишкек ш., 2010; 2012; 2014; 2015-жылдар); “Урологиядагы азыркы көйгөйлөр” эл аралык жаш окумуштуулардын конференциясында (Астана ш., 2012-жыл); С.Б.Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана квалификациясын жогорулатуу институтунун кафедралар аралык отурумунда баяндалды (Бишкек шаары, 2016-жыл).

Диссертациянын жыйынтыктарын басылмаларда чагылдырылышы.

Диссертациянын темасы боюнча Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу Улуттук аттестациялык комиссия тарабынан сунушталган, Рецензиялануучу илимий мезгилдүү импакт-фактору 0,1ден болгон басылмаларда 10 макала жарыяланган. 1 ойлоп табууга 2012-жылдын 30-августунда №1487 “Везикулярдык-вагиналдык фистуланы пластикалоо ыкмасы” Кыргыз Республикасынан патент алынган.

Диссертациянын көлөмү жана түзүлүшү.

Диссертациялык иш компьютердик текстте 127 бетте терилген жана киришүүдөн, 4 баптан турат: адабияттарды карап чыгуу, изилдөө материалдары жана методдору, өз изилдөөлөрүнүн натыйжалары, корутунду, практикалык сунуштар, колдонулган булактардын тизмесинен жана тиркемеден, 29 сүрөт жана 32 таблица менен иллюстрацияланган. Библиография 206 булакты камтыйт, алардын ичинен - 83 ата мекендик жана жакынкы чет өлкөлөр, 123 алыскы чет өлкөлөр.

ИШТИН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Диссертациянын киришүүсүндө изилдөөнүн актуалдуулугу берилген, иштин максаты, милдеттери, илимий жаңычылдыгы, практикалык мааниси, коргоого сунушталган негизги жоболор баяндалган.

1-бап. Табарсыктын ятрогендик жаракаттарынын түзүлүшү тууралуу азыркы маалыматтар.

1.1. Табарсыктын ятрогендик жаракаттарына кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун пайда болуу коркунучу, жайылуу жыштыгы жана мөөнөттөрү. Бул бөлүмдө заара чыгаруучу жолдордун жабыркашы ички жана жамбаш органдарына дээрлик бардык хирургиялык кийлигишүүлөр орун алган учурда мүмкүн экендиги көрсөтүлгөн. Заара чыгаруу жолдорунун ятрогендик жаракаттарынын жыштыгы техникалык жактан татаал жана стандарттуу эмес операциялардын өсүшүнө пропорционалдуу өсөт. Табарсыктын ятрогендик жаракаттарынын эң кеңири таралган түрү - везиковагиналдык фистула болуп. Өнүккөн өлкөлөрдө ятрогендик везикулярдык фистулалар 0,3-2,0% ды түзөт, алардын ичинен 83,2% хирургиялык этиология, 62,7% гистерэктомия орун алат. Дүйнөнүн өнүгүп келе жаткан өлкөлөрүндө везиковагиналдык фистулалардын 95,2% акушердик тарыхы бар. Жамбаш органдарынын залалдуу шишиктери боюнча нурдун таасиринен кийин фистулалардын өнүгүү жыштыгы 10-60% туура келет, бул учурда рецидивдүүлүк 15 - 70% түзөт. Фистулопластиканы аткаруу убактысы фистуланын этиологиялык факторуна, аны аныктоо убактысына, курчап турган ткандардын абалына жараша өзгөрүшү мүмкүн.

1.2. Табарсыктын ятрогендик жаракаттарын аныктоонун клиникалык-диагностикалык критерийлери. Даттанууларды, анамнездерди чогултууну, цистоскопияны, цистографияны, экскретордук урографияны жүргүзүү менен визуалдык жана физикалык кароону, ошондой эле КР урологдор коому тарабынан бекитилген диагностикалык скрининг методдорунун, ошондой эле ЕУАнын клиникалык сунуштарынын негизинде КТ жана МРТны эске алуу менен табарсыгы жабыркаган бейтапты комплекстүү клиникалык-урологиялык жана гинекологиялык текшерүү берилген.

1.3. Табарсыктын ятрогендик жаракаттарына кабылган бейтаптарды дарылоонун методдорун тандоого карата тактикалык мамилелер. Консервативдик дарылоонун жана табарсыктын жана заара чыгаруучу каналдын дренажында фистуланы капчысынан жабуунун натыйжалуулугу төмөн жана 8-12% ды түзөт. Дарылоонун радикалдуу методу болуп хирургиялык фистулопластика таанылган. Фистулопластикага кирүүнү тандоо жайгашкан жерине, везиковагиналдык фистуланын көлөмүнө жана хирургдун тажрыйбасына жараша аныкталууга тийиш.

1.4. Табарсыктын ятрогендик жаракаттарындагы коштомо дарттар. Бөлүмчөдө төмөнкүлөр баяндалган, жыныстык фистулалар - аялдын татаал дарты, ал убакыттын өтүшү менен көп органдардын бузулушуна алып келет, оор моралдык азап-тозокторду жаратат жана социалдык активдүүлүктү чектейт, эмгекке жарамдуулугун узак убакытка жоготууга, социалдык дезадаптацияга алып келет, оор моралдык азаптарды жаратат. Цистит, заара

чыгаруучу стриктура, уретрогидронефроз жана заара-жыныс фистуласы түрүндө экинчи коштомо дарттар өнүгөт. Фистуланын баштапкы мүнөзүндө дарылоонун натыйжалуулугу 95,0% га жакын, ал эми кайталанганда 83,1% натыйжалуу болот. Баштапкы нурдануудан кийинки заара-кан тамыр фистулаларында рецидив 14,3% учурларда, ал эми рецидивдүүлүктө 53,3% учурларда болот.

2-бап. Табарсыктын ятрогендик жаракаттарына кабылган бейтаптарды дарылоонун методологиясы жана методдору.

2.1. Клиникалык байкоолордун мүнөздөмөсү. Бул бөлүмдө табарсыктын ятрогендик жаракаттарынын себептери, жыштыгы жана таралышы изилденген, б.а. диссертациялык изилдөөнүн биринчи милдети баяндалат.

Изилдөө объектиси: ар кандай хирургиялык операциялардан жана медициналык манипуляциялардан кийин табарсыктын ятрогендик жаракаты бар бейтаптар.

Изилдөө предмети: фистулопластика ыкмасынын клиникалык натыйжалуулугун баалоо менен жамбаш хирургиясынан кийин табарсыктын ятрогендик жаракаты бар аял-бейтаптарды дарылоо.

Илимий изилдөөнүн максатына жана милдеттерине таянып, табарсыктын ятрогендик жаракаттарына кабылган бардык бейтаптар (n=107) салыштыруунун эки тобуна бөлүштүрүлгөн: биринчи (негизги) изилдөө тобун фистулопластиканын иштелип чыккан ыкмасы боюнча операция жасалган 44 (41,1%) аял-бейтап түзгөн; экинчи (текшерүүчү) изилдөө тобун - стандарттык (салттуу) фистулопластика ыкмалары менен операция жасалган 63 (58,9%) аял-бейтап түзгөн. Аялдарда табарсыктын ятрогендик жаракаттарынын жыштыгы 91 (85,0±3,4%), эркектерде -16 (15,0±3,4%) түзгөн, p<0,001.

Көпчүлүк учурларда (72,9±4,2%, n=78), ятрогендик урогенитальных жараттардын пайда болушунун негизги себептери акушердик-гинекологиялык операциялар болду, 13,1±3,2% учурларда (n=14) - онкологиялык операцияларды жана химия нур терапиясы, p<0,001, 10,3±2,9% учурларда (n=11) – урологические операциялар, p>0,05, 3,8±1,8% учурларда (n=4) – абдоминалдык жалпы хирургиялык кийлигишүүлөр, p>0,05 (1-сүрөт).

Заара-жыныс фистулалардын пайда болуу коркунучу ар кандай хирургиялык кийлигишүүлөрдөн кийин жогорулаган жана операциялык зонада жабышып калуу процессинин фонунда (74,8±4,1%), онкологиялык ооруларда паравезикалык клетчатканын инфильтрациясынын (31,8±4,5%), жатын көңдөйүнөн гипотоникалык кан агуунун (15,0±3,4%), магистралдык тамырлардан профузиялык кан агуунун (11,2±3,0%) келип чыгышы, атонияда табарсыктын сыйымдуулугунун өзгөрүшү же микроцистисте (6,5±2,3%) түзгөн, p>0,05 жана кыйынчылык жараткан.

Табарсыктын ятрогендик жаракаттарынын пайда болушунун себептерин тыкыр изилдөөнүн жыштыгынын анализи 2.1.1-таблицада сунушталган.

2.1.1-таблица. – Табарсыктын ятрогендик жаракаттарынын жыштыгы

№	Ятрогендик жаракаттардын себептери	Заара-жыныс фистудалары бар бейтаптардын жалпы саны (n=107)	
		Байкоолордун абс. саны	P±m
Акушердик-гинекологиялык:			
1	Жатындын экстирпациясы	27	25,3±4,1
2	Жатындын супрагагиналдык ампутациясы	24	22,4±4,0
3	Кесаревдик кесүү	16	15,0±3,4
4	Тубэктомия	8	7,4±2,5
5	Кольпоперинеолевавторопластика	3	2,8±1,5
Урологиялык:			
1	Табарсыктын шишиктеринин трансуретралдык резекциясы	5	4,7±2,2
2	Механикалык цистолитотрипсия	6	5,6±2,2
Онкологиялык:			
1	Радикалдык гистерэктомия	8	7,4±2,5
2	Сигмоиддик жана түз ичегинин резекциясы, гемиколэктомия	3	2,8±1,5
3	Неoadьюванттык химия нур терапиясы	3	2,8±1,5
Абдоминалдык:			
1	Ичеги-карындын жабышуусун жоюу	3	2,8±1,5
2	Перитонитти жок кылуу менен аппендэктомия	1	0,9±0,9

Эскертүү - P±m – 100 бейтапка карата табарсыктын ятрогендик жаракаттарынын жыштыгы жана репрезентативдүүлүк катасы.

Табарсыктын ятрогендик жаракаттары бар бейтаптардын ичинен табарсык-кын фистулалары 71 (66,3±4,5%) адамда, везикулярдык-жатын – 9 (8,4±2,6%), p<0,001, везикулярдык-ректалдык 7 (6,5±2,3%), p>0,05 адамда диагноз коюлган.

Везиковагиналдык фистулалар жатын экстирпациясынан кийин 26 (24,3±4,1%), жатын супрагагиналдык ампутиациядан кийин 24 (22,4±4,0%) p>0,05, кесарево жолу менен төрөгөндөн кийин – 10 (9,3±2,8%), p<0,01, тубэктомия – 8 (7,4±2,5%), p>0,05, гистерэктомия – 3 (2,8±1,5%), p >0,05. аялда

аныкталган.

Жатындын төмөнкү сегментинде кесарево операциясынан кийин 6 (5,6±2,2%) жана жамбаш органдарынын жана ткандарынын химиотерапиясынан кийин 3 (2,8±1,5%), $p>0,05$ аял-бейтапта ыйлакча-жатын фистулалары аныкталган.

Аралаш заара-жыныс фистулалары 13 (12,1±3,1%) адамда визуализацияланган, алардын ичинен: ыйлаакча-кын-ичегифистулалары – 9 (8,4±2,6%) жана ыйлаакча-кын-заара чыгаруучу каналдардагы фистулалар – 4 (3,8±1,8%), $p>0,05$.

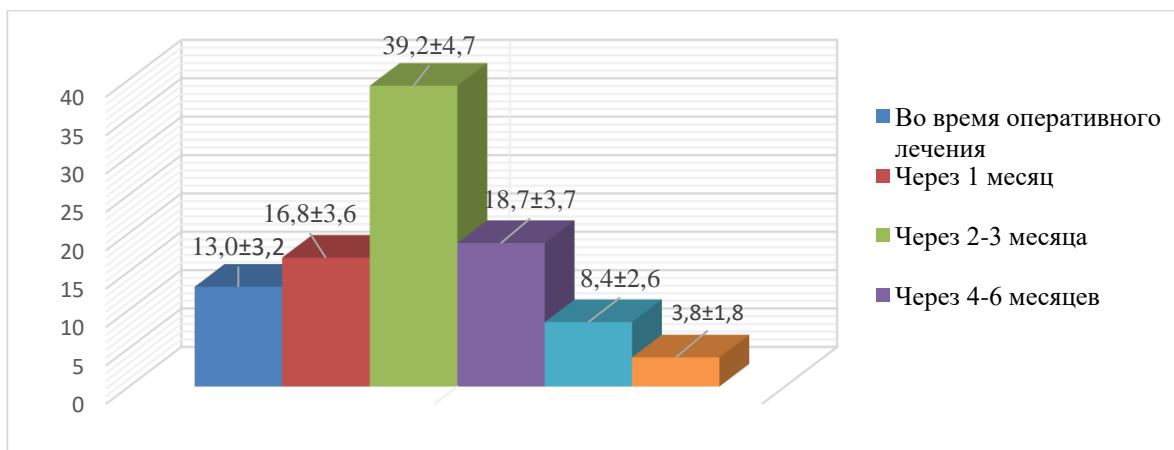
3 (2,8±1,5%) паял-бейтаптагы ыйлакча-кын-ичеги фистулаларынын пайда болушунун себептери сигмоиддик жана ичегинин түз бөлүктөрүнүн гемиколэктомия менен резекциядан кийин, 3 (2,8±1,5%) – кичинекей жамбаштагы жабышып калуу процессин жоюу, 2 (1,8±1,2%) – радикалдык гистерэктомия, 1 ((0,9±0,9%) – перитонитти жоюу менен аппендэктомия, $p>0,05$ болгон.

Везиковагиналдык-заара чыгаруучу фистулалар радикалдык гистерэктомиядан кийин 3 (2,8±1,5%) аял-бейтапта жана 1 (0,9±0,9%) бейтапта – жатынды экстирпациялоодон кийин, $p>0,05$ байкалган.

Табарсыктын интраоперациялык жаракаттары 14 (13,0±3,2%) аялдан табылган, алардын ичинен 5 (4,6±2,0%) - табарсыктын шишигин трансуретралдык алып салгандан кийин, 6 (5,6±2,2%) – механикалык цистолитотрипсиядан кийин, $p>0,05$, 3 (2,8±1,5%) – кольпоперинеолеваторопластикадан кийин, $p>0,05$.

54,2±4,8% учурларда (n=58) заара-жыныс фистулаларынын пайда болушу табарсыктан дренаждарды алып салууда 1-2 жума аралыгында диагноз коюлган, 3-4 жума аралыгында – 41,1±4,7% (n=44) байкоолордо аныкталган. Изилдөөлөрдүн 2,8±1,8% (n=3) фистуланын пайда болушу 1,5 айдан 6 айга чейинки мөөнөттөрдө, 1,9±0,1% (n=2) – 6 айдан 1 жылга чейинки мөөнөттөрдө байкалган.

Операциядан кийинки заара-жыныс фистулаларын хирургиялык дарылоонун мөөнөттөрү 2.1.1-сүрөттө берилген.



2.1.1-сүрөт. Заара-жыныс фистулаларды хирургиялык дарылоо

мөөнөттөрү

Бейтаптар урологиялык стационарга түшкөнгө чейин алардын 29 (27,1±4,2%) мурда Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин алдындагы Улуттук госпиталдын Республикалык Улуттук урология борборунда жана Бишкек шаарынын башка дарылоо мекемелеринде фистулопластика жасалган; 78 (72,9±4,2%) адамдарга Республикалык Улуттук урология борборунун шартында фистулопластика биринчи жолу жасалган, $p < 0,001$.

Операциядан кийинки тигиштердин кудуретсиздиги жана анын натыйжасында фистуланын пайда болушунун рецидиви байкоолордун 27,1±4,2%да аныкталган, бул көбүнчө тактиканы тандоо жана операциялык дарылоо мүмкүндүгү (көбүнчө трансвагиналдык жана трансвезикалдык кирүүдө), заара-жыныс органдарында инфекциялык-сезгенүү коштомо дарттарынын кошулуусу (20,6±3,9%), табарсыктын интраоперацияда жетишсиз дренажы (17,8±3,6%), $p > 0,05$, анын ичинде операциядан кийинки мезгилде дренаждык түтүктөрдүн иштебей калышы менен байланышкан. Гениталдык фистулалардын пайда болуу коркунучу кичине жамбаш ткандарынын шишик инфильтрациясында (15,0±3,4%), жатын көндөйүнөн гипотоникалык кан агууда (15,0±3,4%), магистралдык тамырлардан профузиялык кан агууда (11,2±3,0%), $p > 0,05$ жогорулаган.

2.2. Бейтаптарды изилдөөнүн методдору. Бул бапта клиникалык корутунду чыгаруу Кыргыз Республикасынын урологдор коому (2010-2021 - жж.) тарабынан бекитилген диагностикалык скрининг методдоруна, ошондой эле Guidelines ЕУАнун клиникалык протоколдоруна (2015-2020-жж.) негизделген. Бардык байкоодон өтүп жаткан бейтаптарга төмөнкүдөй диагностика методдору аткарылган: даттанууларды, анамнезди жана объективдүү статусту, оперативдик кийлигишүүнүн түрүн жана мөөнөтүн эске алуу менен клиникалык-лабораториялык; инструменталдык-эндоскопиялык; функциялык; УҮИ; рентгенологиялык.

2.3. Хирургиялык дарылоонун методдору. Учурда табарсыктын ятрогендик жаракаттарын дарылоонун эң натыйжалуу жана жыйынтыктуу ыкмасы хирургиялык фистулопластика экендиги далилденди. Хирургиялык коррекциянын көрсөткүчү оперативдүү дарылоонун мөөнөтүн, оперативдүү кийлигишүү ыкмасын жана заара чыгаруу жолдорунун функционалдык абалын эске алуу менен жекече аныкталган.

Фистулопластиканын иштелип чыккан ыкмасы табарсыкты мобилизациялоо, аны ачуу жана заара чыгаруучу түтүктөрдүн тешикчесин визуализациялоо менен ревизияда жатат. Фистула тешигинин чурайларга жакын жайгашкан учурунда заара чыгаруучу түтүк травматизацияны болтурбоо максатында Fr-5 катетери менен катетерленген. Андан кийин

табарсык жана кын тарабындагы дени сак ткандардын чектеринде болжол менен 0,8-1,5 см артка чегинүү менен, фистуланы циркулярдык кесүү жүргүзүлдү. Андан ары кындын дефектиси викрил 3-0 жиби менен эки катарлуу тигиш менен тигилди: былжырлуу кабыкчага жана булчуң катмарына төмөндөн жогору карай жаранын четине чейин үзгүлтүксүз өзүн-өзү жүктөөчү тигиш салынып, мында илмек капталып, адвентицияга ушундай эле үзгүлтүксүз тигиш коюлуп, тескери багытта тигүү улантылды.

Табарсыктын кемтиги викрил 3-0 жип менен эки катарлуу тигиш менен тигилген: биринчиси, кындын тигиштерине перпендикуляр, былжырлуу жана булчуң катмарына үзгүлтүксүз өзүн-өзү түшүрүүчү тигиш менен, экинчиси табарсыктын былжыр челинин адвентициясына салттуу үзгүлтүксүз тигиш менен (2-сүрөт).



2.3.1-сүрөт. Фистуланын дефектине үзгүлтүксүз эки катарлуу тигишти коюу.

Табарсыктын ятрогендик жаракаттарында модификацияланган операциянын ийгилиги табарсык менен кындын (жатын же ичеги) беттерин кылдат анатомиялык бөлүүдөн, тырыкталган-өзгөртүлгөн фистула ткандарын максималдуу кесүүдөн, табарсык менен кындын беттерин эки катарлуу үзгүлтүксүз буралма тигиштер менен тигүүдөн көз каранды болгон, анын үстүнө кындын жана табарсыктын капталындагы тигиштер бири-бирине перпендикуляр болуп аткарылган. Ошентип, тигилген тигиштердин бекемдиги жана жаранын бардык катмарларынын ишенимдүү дал келиши жетишилген.

2.4. Материалды статистикалык иштетүү. Бул бөлүмдө изилдөө материалдарын иштетүү салыштырмалуу чоңдук, орточо чоңдук жана орточо чарчы четтөө ($M \pm \sigma$) көрсөткүчтөрүн эсептөө менен жүргүзүлгөндүгү тууралуу көрсөтүлөт. Топтордун ортосундагы айырмачылыктардын ишенимдүүлүгү Стьюденттин параметрдик критерийинин (t – ишенимдүүлүк критерийи же ишеним коэффициентин), салыштырмалуу жана орточо чоңдук ($\pm m$) үчүн репрезентативдүүлүктүн каталарынын жардамы менен аныкталган, «р» эсептөө – жаңылбас божомолдун ишенимдүүлүк критерийи $p < 0,05$, $p < 0,01$,

$p < 0,001$ (95,0%, 99,0%, 99,9%). Маалыматтын бардык көлөмү Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян университетинин коомдук саламаттык жана саламаттык сактоо кафедрасынын кызматкерлери менен биргеликте жеке колдонуучулук компьютерде Microsoft-Statistica 6,0 тиркемесинин программасы жана Microsoft Excel программасын колдонуу менен иштелип чыкты.

3-бап. Табарсыктын ятрогендик жаракаттарына кабылган бейтаптарды өздүк изилдөөнүн натыйжалары.

3.1. Изилдөөнүн клиникалык, лабораториялык жана эндоскопиялык методдорун салыштырма мүнөздөмөсү. Бул бөлүмдө изилдөөнүн клиникалык-лабораториялык, эндоскопиялык жана нур методдорунун салыштырма статистикалык баалоосу жүргүзүлгөн (3.1.1-таблица).

3.1.1-таблица – Салыштыруу топторундагы клиникалык симптомдордун жыштыгы

№ пп	Клиникалык симптом	Салыштыруу топтору				Баары (n=107)	
		Негизги топ		Текшерүүчү топ, (n=63)			
		абс. сан	$P \pm m$	абс. сан	$P \pm m$	абс. сан	$P \pm m$
1	Жыныс органдарынан заарынын агып кетиши	25	$23,4 \pm 4,0$	33	$30,8 \pm 4,4^*$	58	$54,2 \pm 4,8$
2	Жыныс органдарынан заарынын агышы	19	$17,8 \pm 3,6$	30	$28,0 \pm 4,3^{**}$	49	$45,8 \pm 4,8$
3	Кындан ичегинин ичиндегилерди бөлүп чыгарылышы	3	$2,8 \pm 1,8$	4	$3,8 \pm 1,8^*$	7	$6,5 \pm 2,3$
4	Чатындагы теринин мацерациясы	15	$14,0 \pm 3,3$	30	$28,0 \pm 4,3^{**}$	45	$42,0 \pm 4,7$
5	Үстүнкү бетиндеги ооруксунуулар	21	$19,6 \pm 3,8$	26	$24,3 \pm 4,1^*$	47	$43,9 \pm 4,7$
6	Белдеги ооруксунуулар	2	$1,8 \pm 1,2$	2	$1,8 \pm 1,2^*$	4	$3,8 \pm 1,8$
7	Чурай аймагындагы ооруксунуулар	6	$5,6 \pm 2,2$	8	$7,5 \pm 2,5^*$	14	$13,1 \pm 3,2$

Эскертүү - $P \pm m$ – 100 бейткапка карата клиникалык симптомдордун

жыштыгы жана репрезентативдүүлүк катасы, * $p > 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Салыштыруунун изилденүүчү топторунда оорунун клиникалык симптомдорунун таралышындагы ишенимдүү айырма жыныстык органдардан заара агып кеткен жана чатындагы терисинин мацерацияланган учурларында гана белгиленет, $p < 0,01$.

Табарсыкта фистуланын аныкталышынын негизги визуалдык критерийи уретроцистоскопияны жүргүзүү болгон, ал фистуланын көлөмүн, анын жайгашкан жерин жана түзүлүшүн, табарсыктын былжыр челинин абалын жана фистула жолунун айланасында фиброздук ткандардын пайда болушун аныктоого мүмкүндүк берген (3.1.2-таблица).

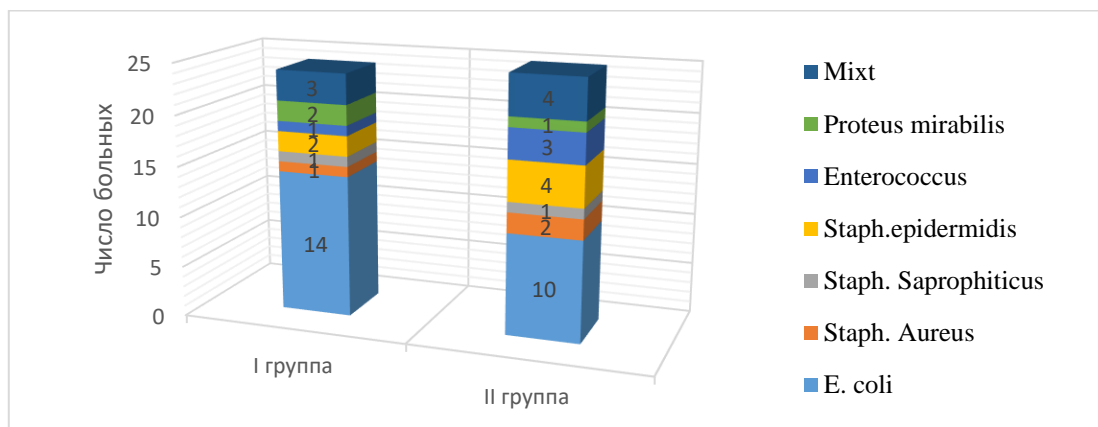
3.1.2-таблица – салыштыруу топторундагы табарсыктын ятрогендик жаркаттары бар бейтаптардагы уретроцистоскопиялык изилдөөнүн маалыматтары

№ к / н	Изилдөө параметри	Салыштыруу топтору				Баары (n=107)	
		Негизги топ, n=44		Текшерүүчү топ, n=63		n	P±m
		n	P±m	n	P±m		
Табарсыктык сыйымдуулугу:							
1	80-110 мл	5	4,6±2,0	4	3,8±1,8*	9	8,4±2,6
2	120-190 мл	9	8,4±2,6	11	10,3±2,9*	20	18,7±3,7
3	200-300 мл	23	21,4±3,9	39	36,4±4,6* **	62	57,8±4,7
4	300-350 млден ашык	7	6,5±2,3	9	8,4±2,6*	16	15,0±3,4
Фистуланын көлөмү:							
1	0,5-1,0 см	9	8,4±2,6	12	11,2±3,0*	21	19,6±3,8
2	1,0-1,5 см	19	17,8±3,6	23	21,5±3,9*	42	39,3±4,7
3	1,5-2,0 см	13	12,2±3,1	23	21,5±3,9*	36	33,6±4,5
4	2,0 см ашык	3	2,8±1,5	5	4,6±2,0*	8	7,4±2,5
Табарсыктагы фистуланы локалдаштыруу:							
1	Кабат аймагы	21	19,7±3,8	33	30,8±4,4*	54	50,5±4,8
2	Моюнча аймагы	16	15,0±3,4	17	15,8±3,5*	33	30,8±4,4
3	Чоку аймагы	2	1,8±1,2	4	3,8±1,8*	6	5,6±2,2
4	Заара чыгаруу жылчыгынын зонасы	5	4,7±2,2	9	8,4±2,6*	14	13,1±3,2
Коштомо дарттар:							

5	Табарсыктын деформациясы	11	10,3±2,9	8	7,4±2,5*	19	17,8±3,6
6	Табарсыктын былжырынын буллездүү шишиги	9	8,4±2,6	14	13,0±3,2*	23	21,4±3,9
7	Табарсыктын былжырынын гиперемиясы	17	15,9±3,5	24	22,4±4,0*	41	38,3±4,6
8	Табарсыктын былжырынын атрофиясы	12	11,2±2,9	14	13,0±3,2*	26	24,2±4,1
9	Уретранын тартылышы	4	3,8±1,8	7	6,5±2,3*	11	10,3±2,9
Фистуланын айланасындагы тырыктын стадиялары:							
1	Фиброздун жоктугу	25	23,3±4,0	34	31,8±4,5* *	59	55,1±4,8
2	Баштапкы фиброз	13	12,2±3,1	19	17,8±3,6*	32	30,0±4,4
3	Анык фиброз	6	5,6±2,2	10	9,3±2,8*	16	15,0±3,4
4	Табарсыктагы таштар	4	3,8±1,8	2	1,8±1,2*	6	5,6±2,2
Коштомо дарттар:							
5	Простата безинин гиперплазиясы	1	0,9±0,9	4	3,8±1,2*	5	4,7±2,0
6	Табарсыктагы лигатуралар	6	5,6±2,2	10	9,3±2,8*	16	15,0±3,4
7	Жатын дүмүрүнүн аймагындагы лигатуралар	18	16,8±3,6	11	10,3±2,9*	29	27,1±4,2
8	Табарсыктагы лигатуралык таштар	2	1,8±1,2	2	1,8±1,2*	4	3,8±1,8
9	Жатын дүмүрүнүн лигатуралык таштары	6	5,6±2,2	3	2,8±1,5*	9	8,4±2,6

Эскертүү – Табарсык, n – учурлардын саны, P±m – 100 бейтапка карата учурлардын жыштыгы жана репрезентативдүүлүк катасы, p – айырмалардын ишенимдүүлүгү, * - p>0,05, ** p<0,05, *** - p<0,01.

Заараны бактериялык өстүрүүнүн жыйынтыгы боюнча аныкталуучу шарттуу-патогендик микрофлора менен заара чыгаруу жолдорунун инфекциясы 49 (45,8±4,8%) бейтапта, алардын ичинен 24 (22,4±4,0%) – салыштыруунун негизги тобунда жана 25 (23,4±4,0%) – текшерүүчү топто, p>0,05 (3-сүрөт) аныкталган. 58 (54,2±4,8%) адамдарда микрофлоранын өсүшү табылган жок, p>0,05.



3.1.1-сүрөт. Салыштыруу топторундагы табарсыктын ятрогендик жаракаттары менен ооруган бейтаптарда заара чыгаруучу жолдорду козгогучтардын бактериялык спектри.

Салыштыруу топторунун арасында бактериялык жана заара-жыныс инфекцияларынын көрсөткүчтөрүндө ишенимдүү айырма байкалган жок, $p > 0,05$.

Зааранын бактериялык спектрин жана антибактериалдык препараттардын сезгичтигин аныктоону эске алуу менен бардык бейтаптарда амбулатордук түрдө тиешелүү сезгенүүгө каршы дарылоону дайындоо жүргүзүлдү, бул $89,7 \pm 2,9\%$ ($n=96$) учурларда бактериологиялык санацияга жетишүүгө мүмкүндүк берди.

3.2. Изилдөөнүн нурлуу методдорун салыштырма баалоо. Бул бөлүмдө жогорку заара жолдорунун УҮИ маалыматтарын деталдуу талдоо заара чыгаруу жолдорунун түзүлүшүн баалоого, уродинамиканы изилдөөгө, интрамуралдык же юкавезикалдык бөлүмдөрдө заара чыгаруучу стриктураларды аныктоого мүмкүндүк берди (3.2.1-таблица).

3.2.1-таблица – Салыштыруу топторунда табарсыктын ятрогендик жаракаттары бар бейтаптарды ультра үндүү изилдөөнүн маалыматтары

№ к/ н	Изилдөө параметрлери	Салыштыруу топтору				Баары (n=107)	
		Негизги топ, n=44		Текшерүүчү топ, n=63		n	P±m
		n	P±m	n	P±m		
Төмөнкү заара чыгаруу жолдорундагы өзгөрүүлөр:							
1	Табарсыктын беттеринин калыңданышы	39	36,4±4,6	44	41,2±4,7*	83	77,6±4,0
2	Микроцистис	12	11,2±3,0	17	15,8±3,5*	29	27,1±4,2
3	Жамбаш органдарынын ткандарынын инфильтрациясы	6	5,6±2,2	8	7,4±2,5*	14	13,0±3,2

4	Жамбаш органдарындагы жабышып калуу процесси	35	32,7±4,5	39	36,4±4,6*	74	69,1±4,4
5	Табарсыктын таштары	4	3,8±1,8	2	1,8±1,2*	6	5,6±2,2
6	Простата безинин гиперплазиясы	1	0,9±0,9	4	3,8±1,8*	5	4,7±2,0
Жогорку заара чыгаруу жолдорундагы өзгөрүүлөр:							
1	Уретерогидронефроз	2	1,9±1,2	2	1,9±1,2*	4	3,8±1,8
2	Төмөнкү заара чыгаруучу каналдын тарышы	2	1,9±1,2	2	1,9±1,2*	4	3,8±1,8
3	Чөйчөк-чурай системасынын днформациясы	41	38,3±4,6	31	29,0±4,5*	72	67,3±4,5
4	Патологиясыз	12	11,2±3,0	19	17,8±3,6*	31	29,0±4,3
5	Чатын-чурай лимфотүйүндөрүнүн чоңоюшу	4	3,8±1,8	3	2,8±1,5*	7	6,6±2,4

Эскертүү –n – учурлардын саны, P±m – 100 бейтапка карата учурлардын жыштыгы, p – айырманын ишенимдүүлүгү, * - p>0,05.

Цистоскопия жана фистулаларды кететеризациялоо методу менен фистулография жүргүзүүдө 36 (33,6±4,5%) бейтапта контрасттык заттар табарсыктын сыртына агып кеткендиги аныкталган, алардын ичинен негизги топтогу 16 (14,9±3,4%) адамдарда жана текшерүүчү топтогу – 20 (18,7±3,7%) адамда, p>0,05.

Жамбаш органдарынын КТ жана МРТнын маалыматтары заара-жыныс органдардын ятрогендик жаракаттары бар 48 (44,9±4,8%) бейтапта негизги оорунун клиникалык корутундусун тактоо жана деталдаштыруу, өтүшүп кетүүлөрдү баалоо, ошондой эле заара жолдорунун контрастына каршы көрсөткүчтөр болгон учурда өткөрүлгөн. Мында, табарсыктын жабыркоосу жана жамбаштын шишиги түрүндөгү коштомо дарттар, ткандардын инфильтрациялык жабыркоосу, жабышы калуу процесси, чатын-чурай лимфа түйүндөрүнүн чоңоюшу диагнозу түрүндө 88,5±3,0% байкоолордо верификацияланган.

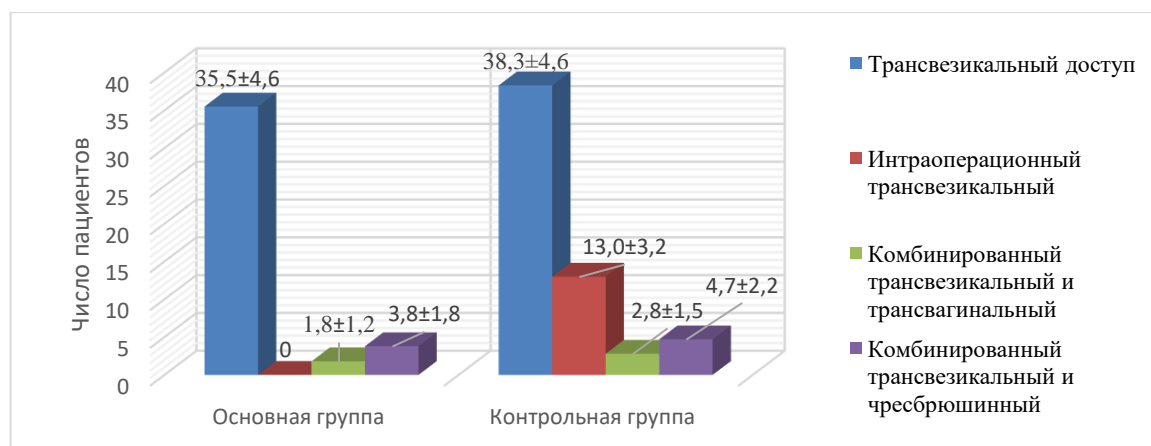
3.3. Дарылоонун хирургиялык методдорун салыштырма баалоо.

Илимий изилдөөнүн экинчи милдетин чечүү үчүн Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин алдындагы Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык илимий урология борборунун түзүмдүк урологиялык бөлүмдөрүндө аял-бейтаптарга мурда колдонулуп

келген фистулопластиканын методдорун салттуу ыкма менен жана иштелип чыккан методика боюнча модификацияланган ыкма менен талдоо жүргүзүлдү.

Везиковагиналдык фистулаларда трансвезикалдык же айкалышкан (трансвезикалдык трансвагиналдык менен айкалышкан), ошондой эле трансвезикалдык же айкалышкан (трансвезикалдык трансабдоминалдык менен айкалышкан) – везикулярдык-жатын каналы фистулаларында стандарттуу ыкма деп эсептелген.

Фистулага карата хирургиялык кийлигишүүнүн жыштыгы 3.3.1-сүрөттө сунушталган.



3.3.1-сүрөт. Табарсыктын ятрогендик жаракаттарында хирургиялык кийлигишүүлөр

Салыштыруунун эки тобунда тең трансвезикалдык ыкма бардык учурларда басымдуулук кылып, везикулярдык-кын, везикулярдык жатын, везикулярдык-кын-карын фистулалары жана айкалышып бириккен фистулалары бар 79 (73,8±4,2%) адамдарда колдонулгандыгын белгилей кетүү керек, алардын ичинен 38 (35,5±4,6%) – негизги топ жана 41 (38,3±4,6%) – текшерүүчү топ, $p>0,05$.

Трансвагиналдык ыкма менен айкалышкан трансвезикалдык ыкма татаал везикулярдык-кын фистулаларда жана фистуланын кирүү жеринин визуалдаштырууда техникалык кыйынчылыктар болгондо 5 (4,7±2,2%) бейтапта колдонулат, алардын ичинен 2 (1,8±1,2%) - негизги топ жана 3 (2,8±1,5%) – текшерүүчү топ, $p>0,05$.

Айкалышкан трансвезикалдык жана трансабдоминалдык кирүү 9 (8,4±2,6%) везикулярдык-кын-жатын-түз ичеги фистулалары бар адамдарда колдонулган, мында 4 (3,8±1,5%) -негизги топ, 5 (4,7±2,0%) - текшерүүчү топ, $p>0,05$.

Негизги топтогу операциялык дарылоонун узактыгы 120-140 мүнөттү, текшерүүчү топто 120-180 мүнөттү түзгөн. Айкалышкан фистулаларда операциялык дарылоо убактысы негизги топто 180-200 мүнөткө чейин жана текшерүүчү топто 200-220 мүнөткө чейин көбөйгөн, $p>0,05$.

Интраоперациялык кан агуулар 18 (16,8±3,6%) бейтапта, негизги топко (5,6±2,2) салыштырганда текшерүүчү топто (11,2±3,0) көп болгон, айырмачылыктар олуттуу эмес, $p > 0,05$.

Фистулопластикада интраоперативдик кан жоготуунун көлөмү негизги топтогу бейтаптарда 85,3±22,8 мл ($\pm m = 0,4$), текшерүүчү топто – 94,4±25,2 мл ($\pm m = 0,4$), $p < 0,001$ түзгөн.

4-бап. Табарсыктын ятрогендик жаракаттары бар бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжалары.

4.1. Бейтаптарды хирургиялык дарылоонун фистулопластикадан кийинки жакынкы мөөнөттөрдөгү натыйжалары. Бул жана кийинки бөлүмчөдө диссертациялык изилдөөнүн төртүнчү милдетин чечүү негиздемеленген.

Көпчүлүк учурларда, табарсыктын ятрогендик жаракаттарын жана заара-жыныс фистулаларынын рецидивин диагностикалоо операциядан кийинки мезгилде уретралдык дренажды алып салгандан кийин, б.а. операциядан кийин 5-7-10 суткада жүргүзүлгөн.

Негизги топтогу бейтаптарда уретралдык катетер операциядан кийин 8-10 суткада, текшерүүчү топтогу бейтаптарда 10-12 суткада алынган. Негизги топтогу адамдарда эпицистостоманы алып салуу мөөнөтү 12-14 суткага, текшерүүчү топтогу адамдарда 14-18-21 суткага туура келген.

Уретралдык катетерди алып салгандан кийин тигиштин жөндөмсүздүгү жана зааранын агып кетиши 17 (15,9%) текшерүүчү топтогу бейтапта байкалган, бул 15,8±3,5% учурларды түзгөн. Негизги топтогу бейтаптарда бул фактор боюнча фистула пайда болушунун рецидивдери белгиленген эмес (4.1.1-таблица).

Таблица 4.1.1 - Фистулопластикадан кийин фистуланын пайда болуу рецидивинин тобокелдик факторлорунун бөлүштүрүлүшү

№ к/ н	Рецидивдин тобокелдик факторлору	Салыштыруу топтору				Баары (n=107)	
		Негизи топ (n=44)		Текшерүүчү топ (n=63)			
		n	P±m	n	P±m	n	P±m
1	Кудуретсиздик операциядан кийинки тигиштердин кудуретсиздиги	-	-	17	15,8±3,5*	17	15,8±3,5
2	Төмөнкү заара жолдорунун инфекциялык-сезгенүү коштомо дарттары	10	9,3±2,8	14	13,1±3,2*	24	22,4±4,0

3	Жогорку заара жолдорунун инфекциялык-сезгенүү коштомо дарттары	6	5,6±2,2	8	7,4±2,5*	14	13,0±3,2
4	Операциядан кийинки кан агуулар (кан жоготуулар)	1	0,9±0,8	4	3,8±1,8*	5	4,7±2,0
5	Дренаждардын функцияланбашы	7	6,5±2,3	9	8,4±2,6*	16	14,9±3,4
6	Дренаждарды алып салгандан кийинки зааранын агышы	-	-	17	15,8±3,5*	17	15,8±3,5

Эскертүү - $P \pm m$ – 100 бейтапка тобокелдик факторунун жыштыгы жана репрезентативдүүлүктүн катасы, * - $p > 0,05$.

Жогорудагы коштомо дарттардын болуу коркунучу бар экендигине карабастан, операциядан кийинки фистуланын кайталанышы бардык бейтаптарда болгон эмес. Операциядан кийинки жакынкы мезгилдерде заара чыгаруу жолдорундагы сезгенүү процесстери, операциядан кийинки жаралардан кан агуу, табарсыктан дренаждардын иштебей калышы түрүндөгү жогоруда көрсөтүлгөн коштомо дарттар салыштыруу топторунда бирдей жыштыкта болгон, бирок фистулопластиканын иштелип чыккан ыкмасы боюнча операция жасалган адамдардын арасында оорунун кайталанышы белгиленген эмес.

Ошол эле учурда фистулопластиканын салттуу методдору менен операция жасалган бейтаптардын арасында (текшерүүчү топ) фистуланын кайталап пайда болушу 17 (15,9%) бейтапта, алардын ичинен 3 (2,8%) адамдарда төмөнкү заара чыгаруучу жолдорунун сезгенүү оорулары кошулганда, 6 (5,6%) – дренаждар иштебей калганда жана 8 (7,5%) – фистула зонасы герметикалык эмес тигилгенде операциядан кийинки тигиштердин кудуретсиздигинин жана зааранын агып кетишинин фонунда диагноз коюлган.

2 (1,9%) аялдарда фистуласынын пайда болушунун кайталанышы везиковагиналдык – ичеги фистулалардын фистулопластикасында жана 15 (14,0%) везиковагиналдык фистулалардын фистулопластикасынан кийин аныкталган.

Фистулопластиканын иштелип чыккан ыкмасы боюнча операция жасалган аялдарда фистуланын пайда болушунун кайталанбоо фактысы (негизги топ) кындын (жатындын, көтөн чучуктун) жана табарсыктын дубалдарын өз-өзүнчө тигүү менен фистула зонасына модификацияланган эки катарлуу буралма тигиштин герметикалуулугу менен шартталган.

4.2 Фистулопластикадан кийин узак мөөнөттө бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжалары. Операциядан кийинки узак

мезгил бейтаптарды үй-бүлөлүк медицина борборунун шартында амбулатордук коштоп жүрүүгө ылайык келип, 2 жумадан 1 айга чейин эпицистостома алынып салынганга чейин жана андан ары 1 айдан 1-3 жылга чейин адекваттуу өз алдынча заара ушатканга чейин улантылды.

Изилдөөнүн негизги тобунун бейтаптары табарсыктан бардык дренаждарды алып салгандан кийин 10-12 күндө ооруканадан чыгарылган, ал эми ктекшерүүчү топтун 44 (41,1%) бейтабы эпицистостомиялык дренаж менен 16-18 күндө чыгарылган.

Текшерүүчү топтогу 2 (1,9%) бейтапта фистулопластикадан кийин 1,0 – 1,5 жыл аралыгында везиковагиналдык фистулалар кайталанган. Негизги топтогу бейтаптарда операциядан кийинки узак мөөнөттөрдө оорунун кайталанышы байкалган жок.

Операциядан кийинки узак мөөнөттөрдө 2 (1,9%) бейтапта заара-жыныс фистулаларынын кайталанышы заара-жыныс органдарында узакка созулган активдүү же заара чыгаруу жолдорунун көп байкалбаган сезгенүү процесси, ошондой эле зааранын бактериялык сезгичтигин эске албастан антибактериалдык жана сезгенүүгө каршы препараттарды сарамжалсыз пайдалануу түрүндө операциядан кийинки мезгилдин “адекваттуу эмес жүргүзүлүшү”, операциядан кийинки бардык мезгилде жыныс органдарынын санациясынын жана гигиенасынын жоктугу, амбулатордук звенодогу уролог-врачтардын арасында санитардык-агартуу иштеринин жоктугу менен байланышкан, операциядан кийинки бейтаптарга диспансердик көзөмөлдүн жоктугу себеп болгон. Бул факторлор биригип, операциядан кийинки жакынкы жана алыскы мезгилдерде заара чыгаруу жолдорунун фистулаларынын $17,8 \pm 2,6\%$ учурларында кайталанышына алып келди. Бардык бейтаптар салыштыруунун текшерүү тобунан болгон.

Фистулопластиканын иштелип чыккан ыкмасы боюнча операция жасалган негизги топтун бейтаптарында операциядан кийинки мезгилдин ар кандай мөөнөттөрүндө оперативдүү дарылоонун ийгилиги 3-0 викрилдин жиптери менен трансвезикалдык кирүүдө кындын (жатындын, көтөн чучуктун) жана табарсыктын дубалдарын өз-өзүнчө тигүү менен эки катарлуу үзгүлтүксүз буралма тигиштерди коюунун натыйжасында жетишилген.

Фистулага трансвезикалдык кирүү артыкчылыктуу болгон, анткени ал операциялык талаанын жетиштүү визуализациясын камсыз кылган, операциялык кийлигишүүнүн убактысын кыскартууга жардам берген, ал эми жабыркаган органдарды өз-өзүнчө тигүү менен эки катарлуу үзгүлтүксүз буралма тигиш операциядан кийинки жараттын ишенимдүү жылчыксыздыгын сактаган, натыйжада жүргүзүлгөн хирургиялык коррекциянын натыйжалуулугуна жана жыйынтыгында инфекциялык-сезгенүү ооруларынын азайышына жана оорунун рецидивинин жоктугуна таасирин

тийгизген.

КОРУТУНДУ

1. $72,9 \pm 4,2\%$ учурда ятрогендик урогениталдык жаракаттардын пайда болушунун негизги себептери – акушердик-гинекологиялык операциялар, $13,1 \pm 3,2\%$ – онкологиялык операциялар жана химия-нур терапиясы, $10,3 \pm 2,9\%$ – урологиялык операциялар, $3,8 \pm 1,8\%$ – абдоминалдык жалпы хирургиялык кийлигишүүлөр болгон.

2. Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин алдындагы Улуттук госпиталынын Республикалык илимий урология борборунун түзүмдүк урологиялык бөлүмдөрүндө аял-бейтаптардын табарсыгынын ятрогендик жаракаттарын дарылоого карата негизги тактикалык мамиле фистуланын кайталанышынын тобокелдигин баалоону жана дренаждарды алгандан кийин операциядан кийинки тигиштердин кудуресиздигинин алдын алууну эске алуу менен трансвезикалдык фистулопластика болуп калды.

3. Фистулопластиканын салттуу ыкмалары менен операция жасалган аялдарда фистуланын пайда болушунун кайталанышы $17,8 \pm 2,6\%$ учурду түзгөн. Аялдарда табарсыктын ятрогендик жаракаттарын пластикалоонун өркүндөтүлгөн ыкмасы жогорку хирургиялык натыйжалуулукту далилдеди жана операциядан кийинки жакынкы жана алыскы мезгилдерде негизги оорунун кайталанышынын толук жоктугу менен жакшы натыйжаларга жетишти.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:

1. Аял-бейтаптарда табарсыктын ятрогендик жаракаттарын диагностикалоодо фистуланын пайда болуу себебин, мөөнөттөрүн, хирургиялык кийлигишүүнү эске алуу жана рецидивдин тобокелдик факторлорун баалоо менен фистулопластикага карата тактикалык ыкмаларды аныктоо аркылуу комплекстүү урологиялык, гинекологиялык, жалпы хирургиялык текшерүүнү жүргүзүү зарыл.

2. Заара-жыныс органдарынын ятрогендик жаракаттарын хирургиялык дарылоонун тактикалык ыкмалары, фистуланын кайталануу коркунучун баалоо жана заара чыгаруу жолдорунда жана жыныс органдарында инфекциялык-сезгенүү процесстеринин өнүгүшүн алдын алуу менен хирургиялык натыйжалуулуктун оптималдуу ыкмаларына негизделиши керек

3. Фистулопластиканын трансвезикалдык кирүү менен иштелип чыккан методу практикалык урологияга, гинекологияга, хирургияга жана онкологияга заара-жыныс органдардын бүтүндүгүн калыбына келтирүү жана аял-бейтаптардын жашоо сапатын жакшыртуу үчүн оорунун кайталанышын

алдын алуу максатында үзгүлтүксүз эки катарлуу буралма тигиш менен кемтиктерди өз-өзүнчө жылчыксыз тигүүдөн улам киргизүү үчүн негизделген.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫК КӨРГӨН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Кулукуев, У. К.** Ятрогенное повреждение мочевыводящих путей и их осложнения [Текст] / [А. Ч. Усупбаев] // Научно-практический журнал Медицинские кадры XXI века – Бишкек, 2012. - №4 - 28-31-бб. - ISSN:1694-6340.

2. **Кулукуев, У. К.** Пути совершенствования хирургического лечения ятрогенных повреждений мочеточников и мочевого пузыря (обзор литературы) [Текст] / [У. К. Кулукуев] // Научно-практический журнал Хирургия Кыргызстана – Бишкек, 2012. - №3 - 56-61-бб.

3. Патент № 1487 Кыргызская Республика. Способ пластики пузырно-влагалищного свища [Текст] А Ч. Усупбаев, У. К. Кулукуев - №20110121.1-басылма. 30-август 2012-ж.

4. **Кулукуев, У. К.** Профилактика ятрогенных повреждений мочевыводящих путей в хирургической практике [Текст] / У. К. [Кулукуев] // Научно-практический журнал Медицинские кадры XXI века – Бишкек, 2013. - №3 – 166-169-бб. - ISSN: 1694-6340.

5. **Кулукуев, У. К.** Способы хирургической коррекции послеоперационных повреждений мочеточников, мочевого пузыря и уретры [Текст] / [У. К. Кулукуев] // Медицина Кыргызстана – Бишкек, 2013. - №3 – 67-69-бб. - ISSN: 1694-5691.

6. **Кулукуев, У. К.** Хирургическое лечение ятрогенных повреждений мочеточников и мочевого пузыря [Текст] / [У. К. Кулукуев] // Центрально-азиатский медицинский журнал имени М. Миррахимова – Бишкек, 2014. - № 2-3 – 213-216-бб. - ISSN: 1694-5018.

7. **Кулукуев, У. К.** Оперативное лечение больных с пузырно-влагалищными свищами [Текст] / [У. К. Кулукуев] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – Бишкек, 2014. - №3. – 119-121-бб. - ISSN: 1694-6405. – Кирүү режими: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22443876>.

8. **Кулукуев, У. К.** Способ хирургической коррекции послеоперационных повреждений мочеточников и мочевого пузыря [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, В. Н. Евсюков А. Д. Абдырасулов и соавт.] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева. – Бишкек, 2017. – № 3. – 177-181-бб. – ISSN: 1694-6405 – Кирүү режими: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29855145>.

9. **Кулукуев, У. К.** Причинно-следственные связи и риски возникновения ятрогенных повреждений мочевого пузыря в Кыргызстане [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, А. Осмон, Ч. Н. Токтосопиев] // Научное обозрение. медицинские

науки – Москва, 2023. - № 6. – 27-31-бб. - ISSN: 2500-0780. – Кирүү режими: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=59556879>.

10. Кулукеев, У. К. Выбор метода хирургического лечения пузырно-влагалищного свища [Текст] / [А. Осмон, М. Н. Азейев] // Научные исследования в Кыргызской Республике. – Бишкек, 2024. - №3. – 4-13-бб.- ISSN: 1694-7878. - DOI:10.34827. – Кирүү режими: http://journal.vak.kg/new_journ/vypusk-n3-2024-god.

Кулукеев Улукбек Качкыновичтин «Табарсыктагы ятрогендик жаракаттарды хирургиялык коррекциялоону өркүндөтүүнүн жолдору» аталышындагы 14.01.23 – урология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Түйүндүү сөздөр: заара-жыныс фистулалары, фистулопластика, ятрогендик жаракаттар, табарсык, кын, хирургиялык коррекция.

Изилдөөнүн максаты: табарсыктын ятрогендик жаракаттары бар бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: хирургиялык операциялардан жана медициналык манипуляциялардан кийин табарсыктын ятрогендик жаракаты бар бейтап.

Изилдөөнүн предмети: фистулопластиканын иштелип чыккан ыкмасынын клиникалык натыйжалуулугун баалоо менен жамбаш органдарында хирургиялык кийлигишүүдөн кийин табарсыктын ятрогендик жаракаттары бар бейтаптарды дарылоо.

Изилдөө методдору: ретроспективдүү, проспективдүү, клиникалык, лаборатордук-диагностикалык, статистикалык.

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңычылдыгы. Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык илимий урология борборунун түзүмдүк урологиялык бөлүмдөрүнүн материалдары боюнча табарсыктын ятрогендик жаракаттарында рецидивдерди жана өөрчүп кетишүүлөрдү баалоо менен биринчи жолу илимий талдоо жүргүзүлгөн жана себептик-натыйжалык байланыштар аныкталган. Табарсыктын ятрогендик жаракаттары бар бейтаптарды хирургиялык дарылоонун көлөмүн тандоонун тактикалык ыкмалары өркүндөтүлдү. Ятрогендик везиковагиналдык фистулаларда, операциядан кийинки жаранын жылчыксыздыгын жана оорунун рецидивдеринин жок болушун камсыз кылуучу кындын жана табарсыктын беттерин өзүнчө тигүү менен эки катарлуу үзгүлтүксүз буралма тигишти колдонуу менен, фистулопластика ыкмасы иштелип чыккан. 2012-жылдын 30-

августунда №1487 “Везикулярдык-вагиналдык фистуланы пластикалоо ыкмасы” аталышындагы ойлоп табууга патент алынган.

Колдонуу аймагы: Иштин натыйжалары Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык илимий урология борборунун түзүмдүк урологиялык бөлүмдөрүнө киргизилет, ошондой эле дарыгерлер, клиникалык ординаторлор жана аспиранттар үчүн окуу программаларында колдонууга болот.

РЕЗЮМЕ

диссертации Кулукеева Улукбека Качкыновича на тему: «Пути совершенствования хирургической коррекции ятрогенных повреждений мочевого пузыря» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.23 – урология

Ключевые слова: мочеполовые свищи, фистулопластика, ятрогенные повреждения, мочевого пузыря, влагалище, хирургическая коррекция.

Цель исследования: совершенствование результатов хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря.

Объект исследования: пациент с ятрогенным повреждением мочевого пузыря после хирургических операций и медицинских манипуляций.

Предмет исследования: лечение пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря после хирургических вмешательствах на органах малого таза с оценкой клинической эффективности разработанного метода фистулопластики.

Методы исследования: ретроспективное, проспективное, клинический, лабораторно-диагностический, статистический.

Полученные результаты и их научная новизна. Впервые проведен научный анализ и установлены причинно-следственные связи с оценкой рецидивов и осложнений при ятрогенных повреждениях мочевого пузыря по материалам структурных подразделений урологических отделений Национального госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики. Усовершенствованы тактические подходы к выбору объема хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря. Разработан способ фистулопластики при ятрогенных пузырно-влагалищных свищах с наложением двурядного непрерывного вворачивающегося шва с раздельным ушиванием стенок влагалища и мочевого пузыря, обеспечивающего герметичность послеоперационной раны и отсутствие рецидивов заболевания. Получен патент на изобретение «Способ пластики пузырно-влагалищного свища» №1487 от 30.08.2012 года.

Область применения: Результаты работы будут внедрены в структурных урологических отделениях Республиканского Научного центра урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения

Кыргызской Республики, а также применимы в учебных программах для врачей, клинических ординаторов и аспирантов.

SUMMARY