

**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

**ТАБАРСЫКТАГЫ ЯТРОГЕНДИК ЖАБЫРКООЛОРДУ
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО МЕНЕН ЖАКШЫРТУУ**

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 жетекчиси: **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: **Касян Геворг Рудикович**
медицина илимдеринин доктору, профессор, Россия Федерациясынын Федералдык мамлекеттик бюджеттик жогорку билим берүү мекемесине караштуу «Россия медицина университетинин» урология кафедрасынын профессору

Колесниченко Ирина Владимировна
медицина илимдеринин кандидаты, Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин урология кафедрасынын доценти.

Жетектөөчү уюм: Академик Б. У. Жарбусынов атындагы Урология илимий борбору, урология кафедрасы (050060, Казакстан Республикасы, Алматы ш., Басенов көч., 2)

Диссертацияны коргоо 2025-жылдын 29-майында саат 13.00дө 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 ш., Ахунбаев көч., 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 <https://vak.kg> сайтынан таанышса болот.

Автореферат 2025-жылдын 24-апрелинде таркатылды.

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 жабыркоолору болуп саналат. Мындай жабыркоолордун 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 [О. Б. Лоран жана авторлоштор, 2016; M. Grewal et al., 2019; S. I. Traore et al., 2019; Л. В. Тихонова жана авторлоштор, 2021].

Табарсык-кын фистулалардын үлүшүнө заара-жыныс органдарынын ятрогендик жабыркоолорунун бардык учурларынын 71,4% чейинкиси туура келет [C. J. Hillary, et al., 2016; M. A. Malik, et al., 2018; Л. В. Тихонова, жана авторлоштор, 2020; Д. А. Сучков 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 [О. Б. Лоран жана авторлоштор, 2008; М. К. Алчинбаев жана авторлоштор, 2013; Е. И. Косарев жана авторлоштор., 2019; Р. Р. Погосян жана авторлоштор, 2020].

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 [V. Frajzyngier et al., 2012; P. Hilton, 2012; Д. А. Сучков жана авторлоштор, 2022].

Табарсыктын ятрогендик жабыркоолорунун 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 өз демилгеси менен аткарылган.

Изилдөөнүн максаты. Табарсыктагы ятрогендик жабыркоолорго кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөө милдеттери:

1. Аялдардын табарсыгынын ятрогендик жабыркоолорунун себептерин, жыштыгын жана таралышын изилдөө.

2. Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо уюмдарынын түзүмдүк бөлүмдөрүндө табарсыктын ятрогендик жабыркоолоруна кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун тактикалык ыкмаларын аныктоо.

3. Табарсыктын ятрогендик жабыркоолорго кабылган аялдарды хирургиялык дарылоонун ыкмасын өркүндөтүү жана хирургиялык дарылоонун жакынкы жана узак мөөнөттөрүндө анын натыйжалуулугун негиздөө.

Алынган натыйжаларынын илимий жаңылыгы:

1. Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын урология бөлүмдөрүнүн материалдарынын негизинде аялдардын табарсыгынын ятрогендик жабыркоолорунун рецидивинин жана татаалдануу тобокелдигин баалоо менен илимий талдоо жүргүзүлгөн жана себептик-натыйжалык байланыштар аныкталган.

2. Табарсыктын ятрогендик жабыркоолорго кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун кийгилишүү ыкмасы жана көлөмүн тандоодо тактикалык ыкмалар аныкталды.

3. 2012-жылдын 30-августунда Кыргыз Республикасынын № 1487 ойлоп табуу “Табарсык-кын тешигине жасалуучу пластикалык ыкма” патенти ишетилип чыгып алынган.

Алынган натыйжаларынын практикалык маанилүүлүктүгү. Илимий изилдөөнүн жыйынтыктарынын негизинде заара чыгаруу жолдорунун ятрогендик жабыркашынын пайда болушунун себептик-натыйжалык байланыштары, жамбаш чарасындагы органдарына хирургиялык кийлигишүүнүн жүрүшүндө пайда болуучу тобокелдиктер жана татаалдашуулар изилденди.

Ятрогендик табарсык-кын фистулаларда, операциядан кийинки жаранын жылчыксыздыгын жана оорунун рецидивдеринин болбошун камсыз кылуучу кындын жана табарсыктын беттерин өзүнчө тигүү менен эки катарлуу үзгүлтүксүз буралма тигишти колдонуу менен, ар бир катардын оптималдуу бекемдигин жана операция жасалган аймактын ткандарын жакшы кан жүрүүнү камсыз кылуу менен, байламта таш оорусунун пайда болуу

коркунучун алдын алууну камсыздаган фистулопластика ыкмасы иштелип чыкты.

Табарсыктын ятрогендик жабыркоолоруна кабылган оорулууларды хирургиялык дарылоодо иштелип чыккан тактикалык жана техникалык чечимдер Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын Республикалык илимий урология борборунун (киргизүү актысы 06.02.2024-жыл) жана Э. Х. Акрамов атындагы Чүй облустук бириктирилген ооруканасынын урологиялык бөлүмдөрүнүн клиникалык практикасына киргизилген (киргизүү актысы 08.02.2024-жыл).

Диссертациянын коргоого коюлуучу негизги жоболору:

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

2. Табарсыктын ятрогендик жабыркоолору жана алардын татаалдашы бар бейтаптарды хирургиялык дарылоонун оптималдуу ыкмасын тандоонун критерийлери жамбаш чарасындагы органдарында жана ткандарында патологиялык өзгөрүүлөргө, фистуланын жайгашкан жерине жана өлчөмүнө адекваттуу баа берүү болушу керек.

3. Заара-жыныс фистулалары менен жабыркаган бейтаптарды дарылоодо фистулопластика жасоодо трансвезикалдык кирүү артыкчылыктуу, анткени ал фистуланын жакшы көрүүнүшүн камсыздайт, заара аккычтын оозуна фистула тешигинин жакын жайгашканда жабыркап калбаш үчүн катетеризациялоо мүмкүнчүлүгүн берет, табарсыктын жана кындын (же жатындын, ичегилердин) катмарларын кылдат анатомиялык бөлүүгө, ошондой эле жабыркабаган ткандардын өзгөргөн, жаны жок ткандарын максималдуу кесүүгө, андан кийин табарсыктын жана кындын катмарларын өзүнчө эки катарлуу үзгүлтүксүз буралма тигишти тигүү менен тигип салууга мүмкүндүк берет.

4. Аялдардын табарсыгынын ятрогендик жабыркоолорун хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугунун критерийлери операциядан кийинки жакынкы жана алыскы натыйжаларды деталдуу изилдөөгө негизделет.

Издөнүүчүнүн жеке салымы. Автор өз алдынча клиникалык, клиникалык-радиологиялык жана УДИ изилдөөлөрдү жүргүзгөн, табарсыктын тешигине иштелип чыккан пластикалык ыкмасы колдонулган бардык операцияларында жардам берген. Клиникалык материалдарды изилдөөнүн жыйынтыктарын статистикалык иштетүү жана анализдөө жана интерпретациялоо жүргүзгөн.

Диссертациянын натыйжаларын апробациялоо. Диссертациялык иштин материалдары: «Урологиядагы азыркы көйгөйлөр» Эл аралык жаш

окумуштуулардын конференциясында, Астана шаары, 18-20 июль 2012-жылы (Астана, 2012-жыл); Урологдордун III Эл аралык Ысык-Көл форумунда, Чолпон-Ата шаары, 29 июндан 1 июль 2017-жылы (Чолпон Ата, 2017-жыл); Жаш окумуштуулардын симпозиуму “КММАнын илим күндөрү-2019” И. К. Ахунбаева атындагы КММА., Бишкек шаары, 10-12 апрель 2019-жылы (Бишкек, 2019-жыл); Кыргыз Республикасынын Баатыры, Кыргыз Республикасынын Улуттук илимдер академиясынын академиги М. М. Мамакеевдин 95 жылдыгына арналган “Урологиянын актуалдуу маселелери” эл аралык илимий-практикалык конференциясында, Бишкек шаары, 29-сентябрь 2022-жылы (Бишкек, 2022-жыл); Кыргыз Республикасынын Урологдор жана андрологдор ассоциациясынын 60 жылдыгына жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Урология илимий борборунун түзүлгөндүгүнүн 20 жылдыгына арналган “Урологиянын актуалдуу маселелери” республикалык илимий-практикалык конференциясында, 19-март 2024-жылы (Бишкек, 2024-жыл.) баяндалды.

Диссертациянын натыйжаларынын жарыяланышы.

Диссертациянын темасы боюнча 10 илимий эмгек жарык көргөн, анын ичинен 3 макала - РИНЦ системалары аркылуу индекстелүүчү илимий мезгилдүү, импакт-фактору 0,1 ден кем эмес болгон басылмаларда жарыяланып, Кыргыз Республикасынын 1 патенти бар.

Диссертациянын структурасы жана көлөмү. Диссертациялык иш компьютердик текст менен 127 бетте терилген жана киришүүдөн, 4 баптан турат: адабий серептен, изилдөө методологиясы жана методдору, жеке изилдөөлөрүнүн жыйынтыктары, корутунду, практикалык сунуштар, колдонулган булактардын тизмесинен жана тиркемелерден турат. 26 сүрөт жана 14 таблица менен иллюстрацияланган. Библиография 206 булакты камтыйт, алардын ичинен - 83 ата мекендик жана жакынкы чет өлкөлөр, 123 алыскы чет өлкөлөр.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Киришүүдө изилдөөнүн актуалдуулугу берилген, иштин максаты, милдеттери, илимий жаңычылдыгы, практикалык мааниси, коргоого чыгарылган негизги жоболор баяндалган.

1-бап. Табарсыктын ятрогендик жабыркоолорунун түзүлүшү тууралуу азыркы маалыматтар (адабий сереп).

1.1 Табарсыктын ятрогендик жабыркоолоруна кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун пайда болуу коркунучу, жайылуу

жыштыгы жана мөөнөттөрү. Заара чыгаруучу жолдордун жабыркашы ички жана жамбаш чарасындагы органдарына дээрлик бардык хирургиялык кийлигишүүлөр орун алган учурда мүмкүн экендиги көрсөтүлгөн. Заара чыгаруу жолдорунун ятрогендик жабыркоолорунун жыштыгы техникалык жактан татаал жана стандарттуу эмес операциялардын өсүшүнө пропорционалдуу өсөт. Табарсыктын ятрогендик жабыркоолорунун эң кеңири таралган түрү болуп - табарсык-кын фистула саналат. 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 табарсык-кын фистулалардын 95,2% акушердик тарыхы бар. Жамбаш чарасындагы органдарынын залалдуу шишиктери боюнча нурдун таасиринен кийин фистулалардын өнүгүү жыштыгы 10-60% туура келет, бул учурда рецидив болушу 15-70% түзөт. Фистулопластиканы аткаруу убактысы фистуланын этиологиялык факторуна, аны аныктоо убактысына, курчап турган ткандардын абалына жараша өзгөрүшү мүмкүн. Ошондой эле жыныстык фистулалар аялдардын олуттуу оорусу болуп саналып, убакыттын өтүшү менен көптөгөн органдардын иштешинин бузулушуна алып келип, катуу психикалык азаптарды жаратып, коомдук активдүүлүктү чектеп, эмгекке жөндөмдүүлүктү узак мөөнөткө жоготууга, социалдык жактан ыңгайсыздыкка алып келүүчү, психикалык оор азаптарды алып келери аныкталган. Кийинки татаалдашуулар цистит, ректит, заара чыгаруучу каналдын стриктурасы, уретерогидронефроз жана урогениталдык фистула түрүндө өнүгөт. Биринчи жолу фистуланын болушу табиятында дарылоонун эффективдүүлүгү болжол менен 95,0%, фистуланын рецидив болушунда – 83,1% түзөт. Биринчи жолу нурлануу-радиациялык фистулаларда рецидив 14,3%, ал эми кайталанган рецидив учурларда 53,3% кездешет.

Жогоруда айтылгандардын негизинде бул оору көп жылдар бою өзүнүн актуалдуулугун жоготпойт жана азыркы реконструктивдүү урогинекологиядагы эң олуттуу көйгөйлөрдүн бири бойдон калууда.

Бул бапта ятрогендик жабыркоолордун пайда болуу тобокелдиктери, клиникалык жана диагностикалык критерийлери, тактикалык мамилелери жана кабылдоолору төмөндө көрсөтүлдү.

1.1 Табарсыктын ятрогендик жабыркоолорго кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун пайда болуу коркунучу, жайылуу жыштыгы жана мөөнөттөр

1.2 Аялдардын табарсыктарынын ятрогендик жабыркоолорду аныктоонун клиникалык-диагностикалык критерийлери.

1.3 Табарсыктын ятрогендик жабыркоолорго кабылган бейтаптарды дарылоонун ыкмаларын тандоого карата тактикалык мамилелер.

1.4 Табарсыктын ятрогендик жабыркоолорундагы кабылдоолор.

2-бап. Изилдөөнүн методологиясы жана ыкмалары.

2.1 Клиникалык байкоолордун мүнөздөмөсү. Мында изилдөөнүн предметинин, объектинин жана методдорунун сыпаттамасын камтыйт. Бул бөлүмдө аялдардын табарсыктарынын ятрогендик жабыркоолорунун себептери, жыштыгы жана таралышы каралат, б.а. диссертациялык изилдөөнүн биринчи максаты берилген.

Изилдөөнүн объектиси: ар кандай хирургиялык операциялардан жана медициналык манипуляциялардан кийин табарсыгы ятрогендик жабыркоолорго кабылган аялдар.

Изилдөөнүн предмети: фистулопластиканын иштелип чыккан ыкмасынын клиникалык натыйжалуулугун баалоо менен жамбаш чарасындагы органдарында хирургиялык кийлигишүүдөн жана химио-нурлануу процедураларынан кийин табарсыктын ятрогендик жабыркоолорго кабылган бейтаптарды дарылоо.

2.2 Изилдөө ыкмалары: Кыргыз Республикасынын урологдордун Ассоциациясы (2010-2021-жж.) тарабынан бекитилген диагностикалык скрининг методдоруна, ошондой эле Guidelines ЕУАнын 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.

Илимий изилдөөнүн максатына жана милдеттерине таянып, табарсыктын ятрогендик жабыркоолорго кабылган бардык бейтаптар ($n=107$) салыштыруунун эки тобуна бөлүштүрүлгөн: биринчи (негизги) изилдөө тобун фистулопластиканын иштелип чыккан ыкмасы боюнча операция жасалган 44 (41,1%); экинчи (текшерүүчү) изилдөө тобун – стандарттык (салттуу) фистулопластика ыкмалары 63 (58,9%) 2012-жылдан 2023-жылга чейин Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталдын Республикалык урология илимий борборунун урология бөлүмдөрүндө операция жасалган аял-бейтаптар түзгөн.

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

абдоминалдык жалпы хирургиялык кийлигишүүлөр ($p>0,05$).

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

2.1.2-таблица. – Аялдардын табарсыктарынын ятрогендик жабыркоолордун себептеринин 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 супраагиналдык ампутациясы	24	22,4±4,0
3	Кесаревдик кесүү	16	15,0±3,4
4	Тубэктомия	8	7,4±2,5
5	Кольпоперинеолеваторопластика	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	Аппендэктомия ич көңдөйүн санаңиялоо жана дренаждоо менен	1	0,9±0,9

Эскертүү - $P \pm m$ – 100 бейтапка карата табарсыктын ятрогендик жабыркоолорунун жыштыгы жана репрезентативдүүлүк катасы.

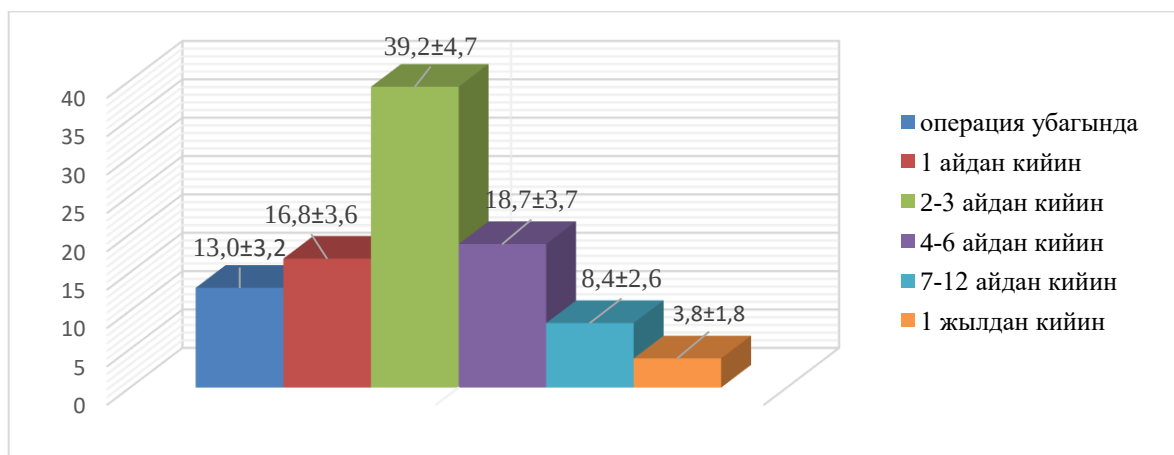
Табарсыктын ятрогендик жабыркоолоруна кабылган бейтаптардын ичинен табарсык-кын фистулалары 71 ($66,3 \pm 4,5\%$) адамда, табарсык-жатын – 9 ($8,4 \pm 2,6\%$), $p<0,001$, табарсык-кын-ичеги фистулалары – 9 ($8,4 \pm 2,6\%$), $p>0,05$, табарсык-кын-заара аккычтын фистулалары – 4 ($3,7 \pm 1,8$), $p>0,05$

адамда диагноз коюлган.

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

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

Операциядан кийинки заара-жыныс фистулаларын хирургиялык дарылоонун мөөнөттөрү 2.1.3-сүрөттө берилген.



2.1.3-сүрөт. Заара-жыныс фистулаларды хирургиялык дарылоо мөөнөттөрү.

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

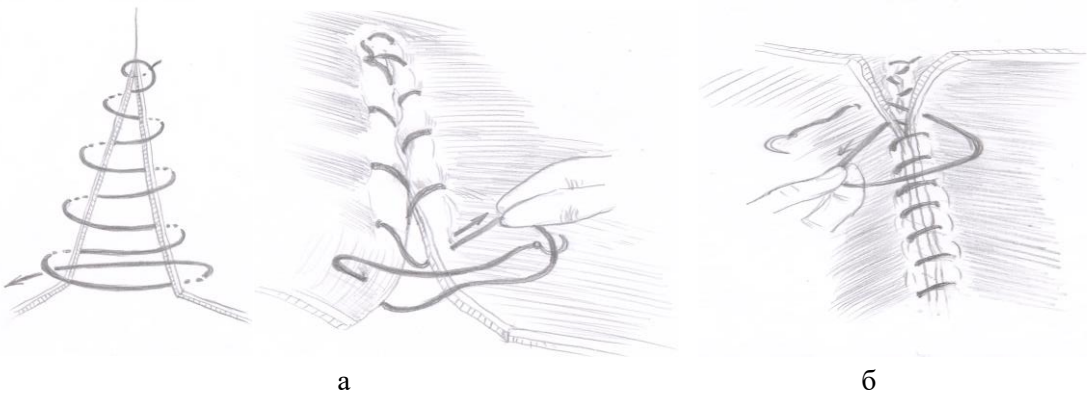
Операциядан кийинки тигиштердин кудуретсиздиги жана анын натыйжасында фистуланын рецидиви пайда болушу, бул көбүнчө тактиканы тандоо жана операциялык дарылоо мүмкүндүгү (көбүнчө трансвагиналдык жана трансвезикалдык кирүүдө), заара-жыныс органдарында инфекциялык-сезгенүү коштомо дарттарынын кошулуусу ($20,6 \pm 3,9\%$), табарсыктын

интраоперацияда жетишсиз дренажы ($17,8 \pm 3,6\%$), $p > 0,05$, анын ичинде операциядан кийинки мезгилде дренаждык түтүктөрдүн иштебей калышы менен байланышкан. Гениталдык фистулалардын пайда болуу коркунучу кичине жамбаш чарасындагы ткандарынын шишик инфильтрациясында ($15,0 \pm 3,4\%$), жатын көңдөйүнөн гипотоникалык кан агууда ($15,0 \pm 3,4\%$), магистралдык тамырлардан профузиялык кан агууда ($11,2 \pm 3,0\%$), $p > 0,05$ жогорулаган.

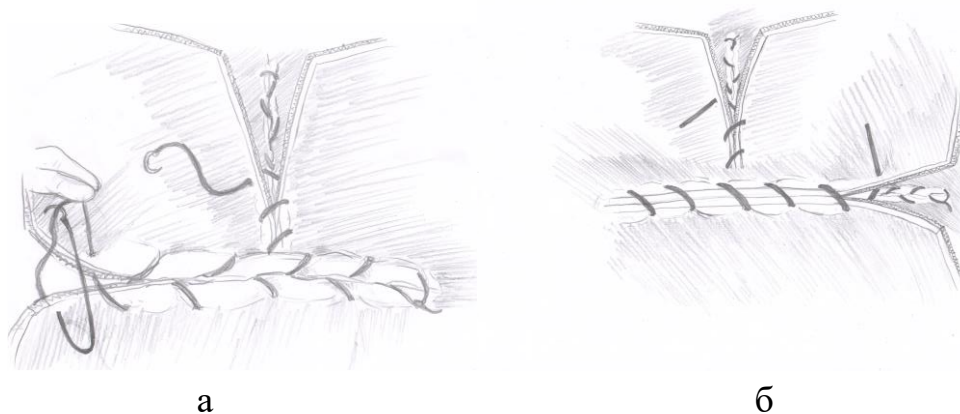
2.3 Хирургиялык дарылоонун ыкмалары. Хирургиялык коррекцияга көрсөткүчтөр операциялык дарылоонун мөөнөтүн, операциялык кийлигишүүнүн ыкмасын жана заара чыгаруу жолдорунун функционалдык абалын эске алуу менен жекече аныкталган.

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 тешигин ПДС 3-0 жиби менен эки катар тигиш менен: кындын былжыр жана булчуң катмарын үзгүлтүксүз, өзүн-өзү чөгөрүүчү үстүнөн алдына караган багытта тигилип, бүткөн жеринен кайчылаштырылат, андан соң адвентицийи кадимки үзгүлтүксүз тигиш менен тигилип байланат (2.3.2.1-сүрөт). Ал эми табарсыктын тешиги кындын тигишине перпендикулярдуу 2 катар: өзүн-өзү чөгөрүүчү, үзгүлтүксүз тигиш менен адвентиций менен булчуң катмары тигилип, бүткөн жеринен кайчылаштырылып, табарсыктын былжырына кадимки үзгүлтүксүз тигиш коюлат (2.3.2.2-сүрөт).

Табарсыктын ятрогендик жабыркоолорунда модификацияланган операциянын ийгилиги табарсык менен кындын (жатын же ичеги) беттерин кылдат анатомиялык бөлүүдөн, тырыкталган, өзгөргөн фистула ткандарын максималдуу кесүүдөн, табарсык менен кындын беттерин эки катарлуу үзгүлтүксүз өзүн-өзү чөгөрүүчү тигиштер менен тигүүдөн көз каранды болгон, анын үстүнө кындын жана табарсыктын тигиштери бири-бирине перпендикулярдуу болуп аткарылган. Ошентип, тигилген тигиштердин тыгыздыгы жана жаранын бардык катмарларынын ишенимдүү дал келиши жетишилген.



2.3.2.1-сүрөт. Кындын тешигин үзгүлтүксүз эки катарлуу тигиштер менен тигүү: а) кындын былжыр жана булчуң катмарын үзгүлтүксүз, өзүн-өзү чөгөрүүчү тигиш; б) кындын адвентицийи кадимки үзгүлтүксүз тигиш менен тигилип байланат.



2.3.2.2-сүрөт. Хирургиялык дарылоонун этаптары. Табарсыктын тешигинин катмарларын кындын тешигинин тигилишине перепендикулярдуу үзгүлтүксүз, эки катарлуу тигиштер менен тигүү: а) өзүн-өзү чөгөрүүчү, үзгүлтүксүз тигиш менен табарсыктын адвентицийи менен булчуң катмары, б) табарсыктын былжырына кадимки үзгүлтүксүз тигиш коюу.

2.4 Материалды статистикалык иштетүү. Изилдөө материалдарын статистикалык 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 коэффициенти), 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 Microsoft-

Statistica 6,0 тиркемесинин программасы жана Microsoft Excel программасын колдонуу менен иштелип чыкты.

3-бап. Табарсыктын ятрогендик жаракаттарына кабылган бейтаптарды жеке изилдөөнүн жыйынтыктары.

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

3.1.1-таблица – Салыштыруу топторундагы клиникалык симптомдордун жыштыгы

№ пп	Клиникалык симптомдор	Салыштыруу топтору				Баары (n=107)	
		Негизги топ (n=44)		Текшерүүчү топ, (n=63)			
		абс. сан	P±m	абс. сан	P±m	абс. сан	P±m
1	Жыныс органдары- нан заарынын агып кетиши	25	23,4±4,0	33	30,8±4, 4*	58	54,2±4,8
2	Жыныс органдары- нан заарынын агышы	19	17,8±3,6	30	28,0±4,3**	49	45,8±4,8
3	Кындан ичегинин курамындагы заттын агып чыгышы	3	2,8±1,8	4	3,8±1,8*	7	6,5±2,3
4	Чатындагы теринин мацерациясы	15	14,0±3,3	30	28,0±4,3**	45	42,0±4,7
5	Табарсык туштун ооруксунуулары	21	19,6±3,8	26	24,3±4,1*	47	43,9±4,7
6	Белдеги сыздаткан ооруксунуулар	2	1,8±1,2	2	1,8±1,2*	4	3,8±1,8
7	Чатын жактагы ооруксунуулар	6	5,6±2,2	8	7,5±2,5*	14	13,1±3,2

Эскертүү - P±m – 100 бейткапка карата клиникалык симптомдордун жыштыгы жана репрезентативдүүлүк катасы, * p>0,05, ** - p<0,01.

Көрсөтүлгөн таблицадан (3.1.1-таблица) негизги топко караганда текшерүүчү топто жыныстык органдардан зааранын агып кетиши, жыныс органдарынан зааранын агышы, кындан ичегинин курамындагы заттын агып чыгышы, чатындагы теринин теринин мацерациясы, табарсык туштун ооруксунуулары сыяктуу клиникалык симптомдор көбүрөөк кездешкени көрүнүп турат. Ал эми белдеги сыздаткан ооруксунуулар эки топто тен бирдей

болгон.

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 (3.1.3-таблица).

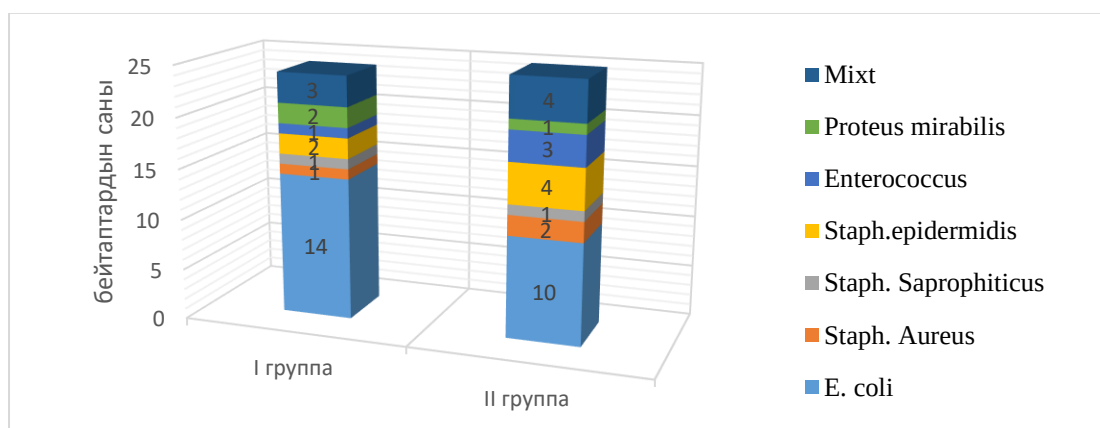
3.1.3-таблица – салыштыруу топторундагы табарсыктын ятрогендик жаркаттары бар бейтаптардагы уретроцистоскопиялык изилдөөнүн маалыматтары

№ к/н	Изилдөө параметри	Салыштыруу топтору				Баары (n=107)	
		Негизги топ (n=44)		Текшерүүчү топ (n=63)			
		абс. сан	P±m	абс. сан	P±m	абс. сан	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 мл.ден 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 жайгашуусу:						
1	Табарсыктын түбү	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 аккычтын жылчыгынын зонасы	5	4,7±2,2	9	8,4±2,6*	14	13,1±3,2
	Кабылдоолору:						
1	Табарсыктын деформациясы	11	10,3±2,9	8	7,4±2,5*	19	17,8±3,6
2	Табарсыктын былжырынын буллездүү шишиги	9	8,4±2,6	14	13,0±3,2*	23	21,4±3,9
3	Табарсыктын былжырынын гиперемиясы	17	15,9±3,5	24	22,4±4,0*	41	38,3±4,6
4	Табарсыктын былжырынын атрофиясы	12	11,2±2,9	14	13,0±3,2*	26	24,2±4,1
5	Уретранын тартылышы	4	3,8±1,8	7	6,5±2,3*	11	10,3±2,9

Таблицанын уландысы							
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
Кабылдоолору:							
5	Табарсыктагы лигатуралар	6	5,6±2,2	10	9,3±2,8*	16	15,0±3,4
6	Жатын дүмүрүнүн аймагындагы лигатуралар	18	16,8±3,6	11	10,3±2,9*	29	27,1±4,2
7	Табарсыктагы лигатуралык таштар	2	1,8±1,2	2	1,8±1,2*	4	3,8±1,8
8	Жатын дүмүрүнүн лигатуралык таштары	6	5,6±2,2	3	2,8±1,5*	9	8,4±2,6

Эскертүү: – Табарсык, n – учурлардын саны, $P \pm m$ – 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.

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. Нур менен изилдөөнүн ыкмаларын салыштырмалуу баалоо. Бул бөлүмдө жогорку заара жолдорунун УҮИ маалыматтарын деталдуу талдоо заара чыгаруу жолдорунун түзүлүшүн баалоого, уродинамиканы изилдөөгө, интрамуралдык же юкставезикалдык бөлүмдөрдө заара чыгаруучу стриктураларды аныктоого мүмкүндүк берди (3.2.1-таблица).

3.2.1-таблица – Салыштыруу топторунда табарсыктын ятрогендик жабыркоолоруна кабылган бейтаптарды ультра үндүү изилдөөнүн маалыматтары

№ к/н	Изилдөө параметрлери	Салыштыруу топтору				Баары (n=107)	
		Негизги топ, n=44		Текшерүүчү топ, n=63			
		абс сан	P±m	абс сан	P±m	абс сан	P±m
Төмөнкү заара чыгаруу жолдорундагы өзгөрүүлөр:							
1	Табарсыктын беттери- нин 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 чарасындагы органдарынын ткандарынын инфильтрациясы	6	5,6±2,2	8	7,4±2,5*	14	13,0±3,2
4	Жамбаш чарасындагы 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	Табарсыктын шишиктери	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 чыгаруу- чу каналдын тарышы	2	1,9±1,2	2	1,9±1,2*	4	3,8±1,8
3	Чөйчөк-чурай системасынын деформациясы	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 лимфо- түйүндөрүнүн чоңоюшу	4	3,8±1,8	3	2,8±1,5*	7	6,6±2,4

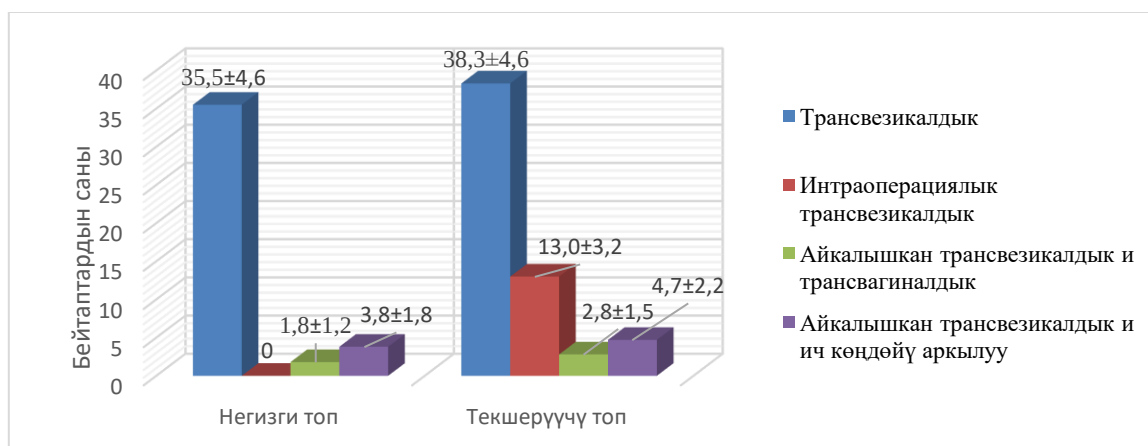
Эскертүү – n – учурлардын саны, $P \pm m$ – 100 бейтапка карата учурлардын жыштыгы, p – айырманын ишенимдүүлүгү, * - $p > 0,05$.

Жамбаш чарасындагы органдарынын КТ жана МРТнын маалыматтары заара-жыныс органдардын ятрогендик жабыркоолору бар 48 ($44,9 \pm 4,8\%$) 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 жамбаш чарасындагы шишиги түрүндөгү коштомо дарттар, ткандардын инфильтрациялык жабыркоосу, жабышы калуу процесси, чатын-чурай лимфа түйүндөрүнүн чоңоюшу диагнозу түрүндө $88,5 \pm 3,0\%$ байкоолордо верификацияланган.

3.3 Дарылоонун хирургиялык ыкмаларын салыштырмалуу баалоо. Илимий изилдөөнүн экинчи милдетин чечүү үчүн Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын Республикалык илимий урология борборунун урологиялык бөлүмдөрүндө аял-бейтаптарга мурда колдонулуп келген фистулопластиканын ыкмаларын салттуу ыкма менен жана иштелип чыккан модификацияланган ыкма менен талдоо жүргүзүлдү.

Табарсык-кын 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 жабыркоолоруна 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 ($73,8 \pm 4,2\%$) адамдарда колдонулгандыгын белгилей кетүү керек, алардын ичинен 38 ($35,5 \pm 4,6\%$) – негизги топ жана 41 ($38,3 \pm 4,6\%$) – текшерүүчү топ, $p > 0,05$.

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

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

4-бап. Табарсыктын ятрогендик жабыркоолоруна кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжалары.

4.1 Бейтаптарды хирургиялык дарылоонун фистулопластикадан кийинки жакынкы мөөнөттөрдөгү натыйжалары. Көпчүлүк учурларда, табарсыктын ятрогендик жабыркоолорун жана заара-жыныс фистулаларынын рецидивин диагностикалоо операциядан кийинки мезгилде уретралдык дренажды алып салгандан кийин, б.а. операциядан кийин 5-7-10-12 суткада жүргүзүлгөн.

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

Уретралдык катетерди алып салгандан кийин тигиштин жөндөмсүздүгү жана зааранын агып кетиши 17 ($15,9\%$) текшерүүчү топтогу бейтапта байкалган, бул $15,8 \pm 3,5\%$ 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)			
		абс сан	P±m	абс сан	P±m	абс сан	P±m
1	Операциядан кийинки тигиштердин кудуретсиздиги	-	-	17	15,8±3,5*	17	15,8±3,5
2	Төмөнкү заара жолдорунун инфекциялык- сезгенүү кабылдоолору	10	9,3±2,8	14	13,1±3,2*	24	22,4±4,0
3	Жогорку заара жолдорунун инфекциялык- сезгенүү кабылдоолору	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 иштебеш	7	6,5±2,3	9	8,4±2,6*	16	14,9±3,4

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

Жогорудагы дарттардын кабылдоолору 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 дарттын кабылдоолору салыштыруу топторунда бирдей жыштыкта болгон, бирок фистулопластиканын иштелип чыккан ыкмасы боюнча операция жасалган адамдардын арасында оорунун кайталанышы белгиленген эмес. Ошол эле учурда фистулопластиканын салттуу

ыкмалары 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 Табарсык-кын – ичеги фистулалардын фистулопластикасында жана 15 (14,0%) Табарсык-кын 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 текшерүүчү 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 Табарсык-кын 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 ПДС жиптери менен трансвезикалдык кирүүдө кындын (жатындын, көтөн чучуктун) жана табарсыктын дубалдарын өз-өзүнчө тигүү менен эки катарлуу үзгүлтүксүз өзүн-өзү чөгөрүүчү тигиштерди (Полидиоксанон) 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 өзүн-өзү чөгөрүүчү тигиштерди коюунун натыйжасында 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 жабыркоолордун 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 саламаттык сактоо уюмдарынын түзүмдүк 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. Аялдарда табарсыктын ятрогендик жаракаттарын пластикалоонун өркүндөтүлгөн ыкмасы табарсыктын жана жыныс кынынын өз-өзүнчө тигип, үзгүлтүксүз эки катарлуу өзүн-өзү чөгөрүүчү тигишти колдонуу менен ар бир катар тигиштин оптималдуу тыгыздыгын камсыздайт, операция жасалган

аймактын ткандарын кан айлануусун камсыз кылат жана операциядан кийинки жакынкы жана алыскы мезгилдерде негизги оорунун кайталанышынын болбошун камсыздайт.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАМАЛАР:

1. Аял-бейтаптарда табарсыктын ятрогендик жабыркоолорун 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 жабыркоолорун 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 ыкмасы 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 өзүн-өзү чөгөрүүчү тигиш менен кемтиктерди өз-өзүнчө жылчыксыз тигүүдөн улам киргизүү үчүн негизделген.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Кулукеев, У. К.** Ятрогенное повреждение мочевыводящих путей и их осложнения [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, У. К. Кулукеев] // Медицинские кадры XXI века. – 2012. – № 4. – С. 28-31.

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

3. Пат. № 1487 Кыргызская Республика, Способ пластики пузырно-влагалищного свища [Текст] /А Ч. Усупбаев, У. К. Кулукеев; Бишкек. - № 20110121.1; заявл. 16.12.2011; опубл. 30.08.2012.

4. **Кулукеев, У. К.** Профилактика ятрогенных повреждений мочевыводящих путей в хирургической практике [Текст] / У. К. Кулукеев // Медицинские кадры XXI века. – 2013. – № 3. – С. 166-169.

5. **Кулукеев, У. К.** Способы хирургической коррекции послеоперационных повреждений мочеточников, мочевого пузыря и уретры [Текст] / У. К. Кулукеев // Медицина Кыргызстана. – 2013. – № 3. – С. 67-69.

6. **Кулукеев, У. К.** Хирургическое лечение ятрогенных повреждений мочеточников и мочевого пузыря [Текст] / У. К. Кулукеев // Центрально-азиатский медицинский журнал им. М. Миррахимова. – 2014. – № 2-3. – С. 213-216.

7. **Кулукеев, У. К.** Оперативное лечение больных с пузырно-влагалищными свищами [Текст] / У. К. Кулукеев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – 2014. – № 3. – С. 119-121; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22443876>.

8. **Кулукеев, У. К.** Способ хирургической коррекции послеоперационных повреждений мочеточников и мочевого пузыря [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, У. К. Кулукеев, В. Н. Евсюков и др.] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. – 2017. – № 3. – С. 177-181; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29855145>.

9. **Кулукеев, У. К.** Причинно-следственные связи и риски возникновения ятрогенных повреждений мочевого пузыря в Кыргызстане [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, У.К. Кулукеев, А. Оскон и др.] // Научное обозрение. медицинские науки – Москва, 2023. № 6. – С. 27-31; То же [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=59556879>.

10. **Кулукеев, У. К.** Выбор метода хирургического лечения пузырно-влагалищного свища [Текст] / У. К. Кулукеев, А. Оскон, М. Н. Азейев // Научные исследования в Кыргызской Республике. – 2024. - № 3. – С. 4-13; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: http://journal.vak.kg/new_journ/vypusk-n3-2024-god.

Кулукеев Улукбек Качкыновичтин «Табарсыктагы ятрогендик жабыркоолорду хирургиялык дарылоо менен жакшыртуу» аталышындагы 14.01.23 – урология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

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

Изилдөөнүн объектиси: ар кандай хирургиялык операциялардан жана медициналык манипуляциялардан кийин табарсыктын ятрогендик жаракат алган аялдар.

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

Изилдөөнүн максаты. Табарсыктагы ятрогендик жабыркоолорго кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөө ыкмалары: Кыргыз Республикасынын урологдордун Ассоциациясы (2010-2021-жж.) тарабынан бекитилген диагностикалык скрининг методдоруна, ошондой эле Guidelines ЕУАнын 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.

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңычылдыгы. Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын Республикалык илимий урология борборунун урологиялык бөлүмдөрүнүн материалдарынын негизинде аялдардын табарсыгынын ятрогендик жабыркоолорунун рецидивдерди жана өөрчүп кетишүүлөрдү баалоо менен илимий талдоо жүргүзүлгөн жана себептик-натыйжалык байланыштары аныкталган. Табарсыктын ятрогендик жабыркоолорго кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун кирүү жолдорун жана көлөмүн тандоонун тактикалык ыкмалары аныкталды. 2012-жылдын 30-августунда Кыргыз Республикасынын № 1487 ойлоп табуу “Табарсык-кын тешигине жасалуучу пластикалык ыкма” патенти иштелип чыккан.

Колдонуу боюнча сунуштар: иштелип чыккан заара кын свищин пластика ыкмасы урология жана гинекология бөлүмдөрүндө заара көлөмүнүн ятрогендик жабыркоосу бар аялдарды хирургиялык дарылоодо колдонууга сунушталат. Бул ыкма клиникалык практикада, окутуу процессинде, ошондой эле заара-жыныс органдарынын свищтерин дарылоо протоколдорун иштеп чыгууда пайдаланууга болот.

Колдонуу чөйрөсү: урология, гинекология, хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Кулукеева Улукбека Качкыновича на тему: «Совершенствование хирургического лечения 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.

Объект исследования: женщины с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря после проведенных различных хирургических операций и медицинских манипуляций.

Предмет исследования: лечение пациентов с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря после проведенных хирургических вмешательств и химиолучевых процедур на органах малого таза с оценкой клинической эффективности разработанного способа пластики пузырно-влагалищного свища.

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

Методы исследования: основаны на методах диагностического скрининга, утвержденного Ассоциацией урологов Кыргызской Республики (2010-2021 гг.), а также клинических протоколах Guidelines EAU (2015-2020 гг.). Всем пациентам были выполнены методы диагностики: клинико-лабораторные с учетом жалоб, анамнеза и объективного статуса, вида и сроков оперативного вмешательства; инструментально-эндоскопические; функциональные; ультразвуковые; рентгенологические.

Полученные результаты и их научная новизна. Проведен научный анализ и установлены причинно-следственные связи с оценкой рисков рецидивов и осложнений при ятрогенных повреждениях мочевого пузыря у женщин по материалам урологических отделений Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Определены

тактические подходы к выбору доступа и объема хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря. Разработан и получен патент Кыргызской Республики на изобретение № 1487 «Способ пластики пузырно-влагалищного свища» от 30.08.2012 года.

Рекомендации по использованию: разработанный способ пластики пузырно-влагалищного свища рекомендуется к применению в урологических и гинекологических стационарах для хирургического лечения женщин с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря. Метод может использоваться в клинической практике, в учебном процессе, а также при разработке протоколов лечения мочеполовых свищей.

Область применения: урология, гинекология, хирургия.

SUMMARY

of the dissertation work of Kulukeev Ulukbek Kachkynovich «Improving surgical treatment of iatrogenic bladder injuries» for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.23 – urology

Key words: genitourinary fistulas, fistuloplasty, iatrogenic injuries, urinary bladder, vagina, surgical correction.

Object of study: women with with iatrogenic bladder injuries following surgical operations and medical procedures.

Subject of Study: treatment of patients with iatrogenic urinary bladder injuries after surgical interventions and chemo-radiation procedures on the pelvic organs with an assessment of the clinical effectiveness of the developed method of plastic surgery of the vesicovaginal fistula.

Purpose of the study. To improve the outcomes of surgical treatment in patients with iatrogenic bladder injuries.

Research methods: are based on the diagnostic screening methods approved by the Association of Urologists of the Kyrgyz Republic (2010-2021), as well as the clinical protocols of the Guidelines of the European Association of Urology (2015-2020). All patients underwent the following diagnostic methods: clinical and laboratory, taking into account complaints, anamnesis and objective status, type and timing of surgical intervention; instrumental and endoscopic; functional; ultrasound; radiological.

The obtained results and their scientific novelty. A scientific analysis was conducted and cause-and-effect relationships were established with an assessment of the risks of relapse and complications in iatrogenic injuries of the bladder in women based on the materials of the urological departments of the National Hospital under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. Tactical approaches to the choice of

access and volume of surgical treatment of patients with iatrogenic bladder injuries have been determined. Patent of the Kyrgyz Republic for invention No. 1487 "Method of plastic surgery of vesicovaginal fistula" dated 30.08.2012 has been developed and received.

Recommendations for use: the developed method of vesicovaginal fistula repair is recommended for use in urological and gynecological hospitals for the surgical treatment of women with iatrogenic bladder injuries. The method can be applied in clinical practice, educational settings, as well as in the development of treatment protocols for urogenital fistulas.

Application area: urology, gynecology, surgery.

Кагаздын форматы 60 x 90/16. Көлөмү 1,5 б.т.
Кеңсе кагазы. Тиражы 50 нуска.
«Соф Басмасы» ЖЧК тарабынан басылып чыкты.
720020, Бишкек ш., Ахунбаева көч., 92.