

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО  
МИНИСТРЛИГИ  
И. К. АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК  
МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ  
КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН БИЛИМ БЕРУУ ЖАНА ИЛИМ  
МИНИСТРЛИГИ  
РОССИЯ ФЕДЕРАЦИЯСЫНЫН БИЛИМ БЕРУУ ЖАНА ИЛИМ  
МИНИСТРЛИГИ  
Б. Н. ЕЛЬЦИН атындагы КЫРГЫЗ-РОССИЯ СЛАВЯН  
УНИВЕРСИТЕТИ**

**Диссертациялык кеңеш Д. 14.18. 568**

**Кол жазма укугунда  
УДК 616.62-008.22-089**

**КУРБАНАЛИЕВ РИНАТ МАРАТОВИЧ**

**ЖОГОРКУ ЖАНА ТӨМӨНКҮ СИЙДИК ЧЫГАРУУЧУ ЖОЛДОРДУН  
УРОДИНАМИКАСЫНЫН БУЗУЛУШУН ХИРУРГИЯЛЫК  
ДАРЫЛООНУ ОПТИМИЗАЦИЯЛОО**

**14.01.23 – урология**

**Медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасына  
изденүү үчүн диссертациянын**

**АВТОРЕФЕРАТЫ**

**Бишкек – 2019**

Илимий эмгек Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин жалпы жана факультеттик кафедрасында аткарылган

**Илимий жетекчи:** **Усупбаев Акылбек Чолпонкулович,** медицина илимдеринин доктору, профессор, И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын урология жана андрология кафедрасынын башчысы.

**Расмий оппоненттер:** **Гамидов Сафар Исраилович,** медицина илимдеринин доктору, профессор, Россия Федерациясынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин «академик В.И.Кулаков атындагы Улуттук акушердик, гинекология жана перинатология медициналык изилдөөчүлүк борбору» федералдык мамлекеттик бюджеттик мекемесинин андрология жана урология бөлүмүнүн башчысы.

**Гудков Александр Владимирович,** медицина илимдеринин доктору, профессор, Россия Федерациясынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин «Сибирь мамлекеттик медициналык университети» федералдык мамлекеттик жогорку билим берүү бюджеттик билим берүү мекемесинин жалпы жана балдар урологиясы-андрологиясы кафедрасынын башчысы.

**Макажанов Марат Абзалович,** Медицина илимдеринин доктору, профессор, Казакстан Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин «Б.У.Джарбусынов атындагы урологиянын Илимий борборунун» андрология бөлүмүнүн башчысы.

**Жетектөөчү мекеме** Россия Федерациясынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин «Алтай мамлекеттик медициналык университети» жогорку кесиптик билим берүүчү мамлекеттик бюджеттик билим берүү уюму. Урология жана андрология, адистештирилген хирургия курстары менен кафедрасы. Россия. Алтай крайы. Барнаул. Ленин прос. 40.инд. 656038.

Илимий эмгекти коргоо 2019-жылдын «7»-июнунда саат 14.00 дө медицина илимдеринин доктору (кандидаты) окумуштуулук даражасын алуу үчүн, И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын жана Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин алдындагы Д.14.18.568 диссертациялык кеңешинин жыйынында өткөрүлөт. (720040, Бишкек ш.,Тоголок Молдо көч.,1), он-лайн режиминде көрүү үчүн кирүү коду **Zoomwebinar 934-489-4065.**

Диссертация менен И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясынын (720020, Бишкек, И.К.Ахунбаев көч., 92) жана Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин китепканаларынан (720000, Бишкек, Киев көч., 44) жана <http://www.kgma.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2019 - жылдын 2 майда таратылды.

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

**Оскон уулу Айбек**

## ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

**Диссертациянын темасынын актуалдуулугу.** Бөйрөк жана сийдик чыгаруучу жолдордун дарттарынын кыйла көбөйүшү менен, уродинамикалык бузулуулар менен катталган оорулардын саны көбөйүүдө жана өсүүдө (Соломатников А. Н., 2007; Вишневский Е. Л., Пушкарь Д. Ю., Лоран О. Д. и соавт, 2008; Гаджиева З. К., 2009; Sangkum P., Levy J., Yafi F. A., 2015). А бирок белгилей кетүүчү нерсе, медициналык адабияттардагы маалыматтар көпчүлүк учурларда кайрылууларга, госпитализациялоолорго, леталдуулукка, майыптуулукка жана алдын-алуучу кароолорду жүргүзүүлөрдүн натыйжасындагы материалдарга негизделишкен. Бул бузулуулардын фонундагы дарылоо көп учурда натыйжасыз, ал эми божомолдор көбүнчө анчейин жагымсыз болгондугу мурунтан эле белгилүү (Мироненкова Е. Г., 2007; Юшко Е. И., Строчкий А. В., Дубров В. И. и соавт., 2008; Дорочук Д. Н., 2009; Панкова Е. Е., Матулевич С. А., 2009).

Уродинамиканын бузулушу жана анын коррекциялоо көйгөйүнүн көпчүлүк аспектери окумуштуулардын аяккы пикирге келишине алып бара элек (Дерюгина Л. А., Вишневский Е. Л., Казанская И. В. и соавт., 2007; Нестеренко О. В., Горемыкин В. И., Мещерякова Е. Е., 2013; Tritscher S., Roosen A., Füllhase C., 2013). Алсак, этиопатогенез маселелери, операциялык дарылоонун методикалары жана сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасынын бузулушун коррекциялоонун оптималдуу методдорун тандоо жөнүндө маселелер дагы деле талаш жаратууда. Сийдик чыгаруучу жолдордогу уродинамиканын бузулушунун өнүгүшүнүн этиопатогенетикалык аспектердин өсүшүнүн азыркы тенденциялары көптөгөн илимий эмгектерде чагылдырылган жана ар башкача трактовкаланып келет, көптөгөн суроолор талаш жаратып жана түшүнүксүз бойдон калууда (Соломатников А. Н., 2007; Алиев М., 2008; Реберг А. Г., 2012; Tritscher S., Roosen A., Füllhase C., Stief C. G., Rübben H., 2013; Рудин Ю. Э., 2015).

Барыбызга маалым болгондой, медицинанын жетишкендиктери жаңы илимий билимдерди жана жаңы технологиялардын өнүгүшү менен түздөн-түз байланышкан (Пушкарь Д. Ю., Раснер П. И., 2007; De Bessa J. Jr., Denes F. T., Chammas M. C., 2008; Venhola M., Huttunen N. P., Renko M. et al., 2010; Zhou S. K., Zhang J, Sa Y. L., Jin S. B., Xu Y. M., Fu Q., Lazzeri M., 2016; Anger T., Buckley J. C., Santucci R. A., Elliot S. P., Saigal C. S., 2011). Операциялык дарылоонун ири сандагы методдорун колдонуу дайыма талкууланып келет, а бирок айрым өзүнчө методдордун салыштырмалуу баалуулуктары, артыкчылыктары жөнүндө билдирүүлөр жетишсиз. Саягы, дарылоонун натыйжалары ар кыл убакыт аралыктарында жогорку сийдик чыгаруучу

жолдордун уродинамикасынын бузулушун баалоодогу бирдиктүү чен-белгилер (критерийлер) каралган шарттарда бааланышы мүмкүн. Алардын жоктугу бейтаптардын объективдүү реабилитациясын бир кыйла кыйындатат (Белый Л.Е., 2007; Геддес К.Г., Мактиер Р., Трейнор Д., Фокс Д.Г., 2007; Соловьев Д. А., 2010; Тонян А. Г., Татевосян А. С., Бунякин А. В., 2012).

Көпчүлүк эмгектер сийдик чыгаруучу жолдордогу операциялык кийлигишүүлөрдүн ар кыл түрлөрүнө карата негизги көрсөтмөлөрдү иштеп чыгууга арналган, алар дайыма өркүндөтүлүп турат, жаңы аз инвазивдүү методдор кийирилип келүүдө, бирок ошого карабастан, дарылоонун натыйжалары дайыма эле канааттандыра бербейт. Алсак, сийдик чыгаруучу жолдордун өткөрүмдүүлүгүн калыбына келтирүү максатында операциялык дарылоодо, 3-40% учурларда көпчүлүк изилдөөчүлөрдүн маалыматтары боюнча оорулардын рецидивдери жолугушат (Blaschko S. D., Sanford M. T., Cinman N. M., 2013; Чернецова Г. С., Колесниченко И. В., Алимов Ч. Б. и соавт., 2013; Gelman J., Siegel J. A., 2014; Котов С. В., 2015; Синельников Л. М., Протошак В. В., Шестаев А. Ю., 2016). Бул факт, бир жагынан хирургиялык дарылоонун методун тандоо, экинчи жагынан методдун натыйжалуулугуна ишенбегендик орун алган кош сезимди жаратат, ал болсо жалпы дарылоонун натыйжалуулугуна таасир этет (Mangera A., Patterson J. M., Chapple C. R., 2011; Barbagli G., Montorsi F., Guazzoni G. et al., 2013; Feng C., Xu Y. M., Barbagli G., 2013; Усупбаев А. Ч., Кулукеев У. К., Абдырасулов А. Д., 2017; Котов С. В., Беломытцев С. В., Суренков Д. Н. и соавт., 2017).

Ошентип, уродинамиканын бузулушун хирургиялык коррекциялоо көйгөйү кыйла татаалыраак болуп чыгат. Көптөгөн жаңы «антирефлюксдуу» методикалардын сунушталгандыгына карабастан, сийдиктин көрсөткүчтөрү, сийдик чыгаруунун мөөнөттөрү, оперативдик-техникалык ыкмалардын этаптуулугу, көлөмү жана алардын тандалышы азыркыга чейин дискутабелдүү бойдон калууда. Буга байланыштуу, жаңы негиздемеленген хирургиялык методдорду иштеп чыгуу жолу менен бул маселени чечүү практикалык урологиянын жана гениталдык хирургиянын өнүгүшүнө алгылыктуу салым кошот, ал болсо бул иштин актуалдуулугун шарттайт.

**Диссертациянын темасынын илимий программалар жана илимий-изилдөө иштери менен байланышы.** Аткарылган иш демилгелүү болуп саналат.

**Изилдөөнүн максаты.** Жаны багыттагы илимий негиздемеленген клиникалык-эксперименталдык өнүктүрүлгөн методдордун натыйжалуулугун баалоонун негизинде, жогорку жана төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулган бейтаптарды хирургиялык дарылоо жана алардын жашоо сапатын жакшыртууну жогорулатуу.

### **Изилдөөнүн милдеттери:**

1. Уродинамикасы бузулган бейтаптарды изилдөөнүн методдорунун информативдүүлүгүн клиникалык-диагностикалык салыштырууну жана көрсөткүчтөрдү бир түргө келтирүүнү изилдөө жана интеграциялоону жүргүзүү;

2. Гистоморфологиялык изилдөөлөрдүн негизинде алыскы мөөнөттөрдө динамикалык байкоо менен эксперименталдык жаныбарлардын жогорку сийдик чыгаруучу жолдорунун уродинамикасы бузулганда эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын аутопластикасынын иштелип чыккан хирургиялык ыкмасынын натыйжалуулугуна баалоо жүргүзүү;

3. Гидронефротикалык трансформация жана нейробулчуң дисплазиясы бар бейтаптарды хирургиялык дарылоонун сунушталган ыкмасынын клиникалык натыйжалуулугун, алардын операциядан кийинки реабилитациясын ар кыл убакыт аралыктарында салттуу методдор менен салыштырма аспектиде баалоо;

4. Гипоспадия жана гермафродитизмге кабылган бейтаптардын уретрасынын узагынан жаткан стриктураларын төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулганын хирургиялык дарылоонун сунушталган ыкмасынын клиникалык натыйжалуулугун реабилитациянын ар кыл убакыт аралыктарында салттуу методдор менен салыштырма аспектиде баалоо;

5. Сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулган бейтаптарды оптималдуу дарылоону тандоо үчүн диагностиканын моделин жана алгоритмин иштеп чыгуу;

6. Бейтаптардын жашоо сапатынын алыскы ар кыл натыйжаларын изилдөө жана уродинамика бузулган учурда хирургиялык дарылоонун салттуу методдору менен салыштырма талдоону жүргүзүү.

### **Алынган натыйжалардын илимий жаңычылдыгы:**

1. Жогорку сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулганда урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын аутопластикасынын ыкмалары ар кыл убакыт аралыктарында иттерге эксперимент кылуудагы морфо-функционалдык абалды баалоо менен биринчи жолу иштелип чыккан жана апробацияланган (патент №1709).

2. Рецидивдердин өнүгүү кооптуулугу жок пластиканын участогунун герметивдүүлүгүн сактоого жана айыгуусун тездетүүгө мүмкүндүк берүүчү бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөгө жана бөйрөктүн ички көңдөйүнө айланма (ичин сыртына аңтарып) тигиш салуунун ыкмалары биринчи жолу иштелип чыккан жана сунушталган. (патент №1446)

3. Сийдик чыгаруучу каналдын чон арадагы кысылышынын кийинки мезгилдеги аны дренаждоо жана жаны катетр ойлонуп табылды. (патент №1670).

4. Уретероцеле дартын клиникалык жактан аныктоо жана жаны ыкмалар менен дарылоо. (патент №2109).

5. Алгачкы жолу жогорку жана төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасынын бузулушун хирургиялык коррекциялоонун оптималдуу ыкмалары иштелип чыккан жана салттуу хирургиялык методдор менен салыштырмалуу аспектте клиникалык натыйжалуулукту баалоону талдоо жүргүзүлгөн; (патент №1414, патент № 1585)

6. Саламаттыкты сактоонун ар кыл деңгээлдеринде практикалык пайдалануу үчүн сийдик чыгаруучу жолдору бузулган бейтаптарды оптималдуу дарылоону тандоо үчүн биринчи жолу диагностикалык модель жана алгоритм иштелип чыккан жана сунушталган;

7. Жогорку жана төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулган бейтаптарды дарылоонун жана хирургиялык коррекциялоодон кийинки алардын жашоо сапатынын жакынкы жана алыскы натыйжаларына биринчи жолу салыштырмалуу баалоо жүргүзүлгөн.

#### **Алынган натыйжалардын практикалык мааниси:**

1. Алынган илимий маалыматтар хирургиялык коррекциялоонун сунушталган өнүктүрүлгөн ыкмаларын пайдалануу жолу менен жогорку сийдик чыгаруучу жолдору жана төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдору бузулган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун сапатын жана натыйжалуулугун жана ошол бейтаптардын жашоо сапатын жогорулатууга мүмкүндүк берет ((Патент №1446 КР 11 марта 2011 ж., Патент №1414 КР 30 декабря 2011ж, Патент №1585 КР 31 октябрь 2013 ж., Патент №1670 КР 29 августа 2014 ж, Патент №1709 КР 30 января 2015 ж, Патент №3415 КР 2 мая 2018 ж).

2. Дарылоонун диагностикалык моделин жана алгоритмин пайдалануу уроандроологдорго уродикамикалык бузулууларды өз убагында аныктоого гана эмес, ошондой эле дарылоонун оптималдуу хирургиялык ыкмаларын тандоонун тактикасын жеңилдетүүгө мүмкүндүк берет.

**Алынган жыйынтыктардын экономикалык мааниси.** Оперативдик дарылоонун жаңы илимий негизделенген методдорунун негизинде бейтаптардын жашоо сапаты жакшырды, бейтаптардын стационарда операциядан кийинки болуусу кыскарды. Жалпысынан алганда, жогоруда айтылгандардын баары ири даражада булл иштин экономикалык маанилүүлүгүнө алып келет.

#### **Коргоого чыгарылып жаткан, диссертациянын негизги жоболору:**

1. Жогору сийдик чыгаруучу жолдордун жана төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасынын бузулушунун жайылышы көпчүлүк учурда республикадагы сийдик чыгаруучу жолдордун тубаса

кемчиликтери менен шартталган жана 20%дан 25% чейинки көрсөткүчтөрдү түзөт (гидронефроз, нейробулчуң дисплазиясы, гипоспадия жана гермафродитизмдин узартылган уретрасы).

2. Уродинамикалык бузулуулардын диагностикасынын азыркы методдорунун информативдүүлүгү жетишээрлик жогору болуп саналат жана клиникалык көрүнүштөр менен көрсөткүчтөрдү бир түргө келтирүүнү тигил же бул экономикалык пайдалуу методдор менен жана хирургиялык дарылоонун ыкмасын туура тандоо менен интеграциялоо бейтаптардын дарылоодон кийинки жашоо сапатын жогорулатат.

3. Оң натыйжаларды бергендигине карабастан, жогорку сийдик чыгаруучу жолдордун жана төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасынын бузулушун хирургиялык дарылоонун учурда колдонулуп жаткан салттуу методдору, пайдаланууда өзүнүн чектөөлөрүнө ээ, айрыкча сийдик чыгаруучу жолдордун өткөрүүчүлүк касиетин калыбына келтирүүдө дефектини жоюу пластикасы үчүн алмаштыруучу ткандар жок болгондо жана сунушталган ыкмалар “алтын стандарттын” талапкер методдору же өзүнүн жогорку натыйжалуулугунан улам биринчи тандалуучу вариант болуп саналышат.

4. Эркектин урук безинин (жумурткалыгынын) париеталдык жалбыракчасынын трансплантаттары (бычылган өөндөрү) айланма (ичин сыртына аңтарып) өзүнөн-өзү кирип кетүүчү тигишти салуу менен реконструкциялык-калыбына келтирүүчү хирургиянын аугментациялык же алмаштыруучу методикаларын пайдаланууда эң мыкты пластикалык материал болуп саналат.

5. Уродинамиканын бузулушун хирургиялык дарылоо методун, бейтапка байкоо жүргүзүү менен, тандоо жөнүндө чечимди кабыл алуу үчүн изилдөөнүн жана дарылоонун кымбат баалуу, көп ресурсту талап кылуучу, татаал калыбына келтирүүчү методдору талап кылынбайт.

**Изденүүчүнүн жеке салымы.** Изилдөөчүнүн жеке салымы маалыматтык-адабияттык, клиникалык жана эксперименталдык материалды, клиникалык-диагностикалык изилдөөлөрдү жана бейтаптарды дарылоону аналитикалык талдап чыгууну камтыйт. Жеке автор тарабынан, ойлоп табууга патенттерди алууда, анын жеке өзүнө таандык болгон, бейтаптарды дарылоонун сунушталып жаткан ыкмалары менен операциялык кийлигишүүлөр өткөрүлгөн.

**Изилдөөнүн жыйынтыктарын апробациялоо.** Диссертациянын негизги жоболору төмөндөгү илимий иш-чараларда баяндалган жана талкууланган: Белгилүү уролог жага саламаттыкты сактоону уюштуруучу, Кыргыз Республикасынын Эмгек сиңирген дарыгери У.Ш.Галиевдин жаркын элесине арналган «Урологиянын актуалдуу маселелери» аттуу илимий-

практикалык конференция, 4-июнь 2010-ж., Бишкек ш., Кыргызстан; Сибирь урологдорунун I Конгресси, 17-18-май 2012-ж. Кемерово ш., Россия; “Алыскы Чыгыштагы жолугушуу” аттуу сексуалдык медицина боюнча II эл аралык симпозиум, 23-24-август 2012-ж., Хабаровск ш., Россия; Жаш илимпоз урологдордун I эл аралык конгресси, 25-26-март 2013-ж., Бишкек ш., Кыргызстан; Урологдордун Европалык конгресси, 2-4-апрель 2014-ж., Мадрид ш., Испания; Сибирь урологдорунун II Конгресси, 25-26-апрель 2013-ж., Томск ш., Россия; КМШ өлкөлөрүнүн жаш илимпоздорунун I Конгресси, 14-15-май 2013-ж., Москва ш., Россия; Урологдордун II эл аралык Ысык-Көл форуму, 20-21-июнь 2014-ж., Чолпон-Ата ш., Кыргызстан; «Невадагы жолугушуу» аттуу репродуктивдүү жана сексуалдык медицина боюнча IV эл аралык симпозиум, 20-22-август 2014-ж., Санкт-Петербург ш., Россия; Сибирь урологдорунун V Конгресси, эл аралык катышуу менен, 13-14-май 2016-ж., Красноярск ш., Россия; «XXI кылымдагы урология. Россия – Алыскы Чыгыш» аттуу Алыскы Чыгыш урологдорунун VIII региондор аралык илимий-практикалык конференциясы, эл аралык катышуу менен, 22-24-сентябрь 2016-ж., Хабаровск ш., Россия; «Обдогу жолугушуу» аттуу репродуктивдүү жана сексуалдык медицина боюнча V эл аралык симпозиум, 2-4-февраль 2017-ж., Новосибирск ш., Россия; «Марттагы жолугушуулар - 2017» урологиялык клубу, 2-4-март 2017-ж., Кемерово ш., Россия; Сибирь урологдорунун VI Конгресси, эл аралык катышуу менен, 8-10-май 2017-ж., Белокураха ш., Россия; Урологдордун III эл аралык Ысык-Көл форуму, 29-июнь-1 июль 2017-ж., Сары-Ой а., Кыргызстан.

**Иштин жыйынтыктарын кийирүү.** Иштин негизги жоболору Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын урология бөлүмдөрүндө кийирилген. Иштин фрагменттери И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын урология кафедрасында курсанттар, ординаторлор жана аспиранттар үчүн лекциялык материалдарга кийирилген.

**Диссертациянын жыйынтыктарынын басылмаларда чагылдырылышынын толуктугу.** Диссертациянын тиешелүү темасы боюнча 27 илимий макала рецензияланган мезгилдүү илимий басылмалардын тизмесине кирген, мезгилдүү илимий басылмаларда басылып чыккан. Ойлоп табууларга 6 патент алынган.

**Диссертациянын түзүлүшү жана көлөм.** Диссертация компьютердик терүү менен 246 бетте баяндалган (шрифти Times New Roman, көлөмү 14; интервалы 1,5). Эмгек киришүүдөн, 7 бөлүмдөн, тыянактардан, практикалык сунуштардан жана 233 ата мекендик жана 119 чет элдик булактарды камтыган, адабияттардын көрсөткүчүнөн турат. Иште 64 таблица, 76 сүрөт, 29 диаграмма бар.



## ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

**Киришүүдө** изилдөөнүн темасынын актуалдуулугу негизделди, изилдөөнүн жаңы маселелери көрсөтүлдү, илимий жаңылыгы, практикалык маанилүүлүгү жана коргоого чыгуучу диссертациянын негизги жоболору баяндалды.

**I бөлүмдө «Сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасынын бузулушунун себеп-натыйжалык факторлорунун азыркы аспектери жана аларды хирургиялык коррекциялоонун методдору»** аттуу биринчи бөлүмдө сийдик жолдорунун уродинамикасынын бузулушу маселелеринин азыркы абалынын жана алардын өнүгүшүнүн, ошондой эле аны дарылоонун адабияттардагы маалыматтарынын саресеби берилген. Сийдик жолдорунун уродинамикасы, практикалык колдонуунун башталышынан тартып азыркы убакка чейинки мезгилди талдоо менен, жайылышы жөнүндө азыркы көз караштар чагылдырылган.

Себеп-натыйжалык факторлордун кылдат талдоосу көрсөтүп тургандай, сийдик жолдорунун уродинамикасынын бузулушуна жогорку жана төмөнкү сийдик жолдорунун тубаса жана кийин кабылган оорулар алып келет. Төмөнкүдөй негизги теориялар каралган – кадыресе жана патологиялык физиологиянын маалыматтарына негизделген цистоиддик жана перильстатикалык теориялар, сийдик-тукум жолдорунун өнүгүшүнүн тубаса кемчиликтери (ВПР) бар болгон учурларда (Бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн нейробулчуң дисплазиясы, гипоспадия, гермафродитизм ж.б.) уродинамиканын бузулушуна өзгөчө акцент жасалган.

Уродинамиканын бузулушун дарылоонун методдорун маалыматтык талдоо дарылоонун негизги жана жалгыз методу болуп – хирургиялык метод саналарын белгилөөгө мүмкүндүк берет. Хирургиялык коррекциялоонун колдонулуп жаткан методдорунун көп санда болгондугуна карабастан, көпчүлүк суроолор дискутабелдүү бойдон калууда, азыркыга дейре уродинамиканын бузулушун баалоодо бирдиктүү чен-белгилер (критерийлер) жок, бул болсо операциядан кийин бейтаптардын объективдүү реабилитацияланышын кыйла кыйындатат, тигил же бул методу тандоого бир түргө келтирилген көрсөткүчтөрү жок, учурдагы методдордун клиникалык натыйжалуулугун баалоону салыштырма аспектиде жана катамнезде изилдөөлөр аз санда.

**II бөлүмдө. Материал жана изилдөө методдору**, аттуу экинчи бөлүмдө изилдөөнүн объекттеринин мүнөздөмөсү сунушталган, изилдөөнүн методдорунун сүрөттөлүшү берилген.

**Изилдөөнүн объектиси** 14 жаштан 60 жашка чейинки курактагы эки жыныстагы тең, сийдик жолдорунун уродинамикасынын бузулушун

шарттаган, ооруларга кабылган бейтаптарды жана эксперименталдык жаныбарларды – дарылоонун сунушталган хирургиялык ыкмасын апробациялоо үчүн иттер болуп саналышат.

**Изилдөөнүн предмети** – жогорку жана төмөнкү сийдик жолдорунун уродинамикасынын бузулушуна кабылган бейтаптарды хирургиялык дарылоо, алардын операциядан кийинки кошумча ооруларынын алдын-алуу менен методдорду иштеп чыгуу жана өнүктүрүү. Бул иштин максатына жетишүү үчүн коюлган милдеттерге ылайык төмөнкүдөй изилдөөлөр жүргүзүлгөн:

- методдордун информативдүүлүгүн аныктоо менен ооруларды диагностикалоону, оорулардын клиникалык өтүшүн жана симптоматикасын талдоону, ошондой эле автордук методикалардын салттуу методикалар менен салыштырма аспектке натыйжалуулугун баалоону камтыган клиникалык бөлүк;

- сунушталган методду – бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнү эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабы менен аутопластика жасоону апробациялоо максатында К.И.Скрябин атындагы Кыргыз улуттук агрардык университетинин шартында 25 итке эксперименталдык бөлүгү жүргүзүлгөн;

- операция өткөрүлгөндөн кийин ар кыл убакыт аралыктарында 6 ай, 1 жыл, 3 жана 5 жыл аралыктарында катамнездеги бейтаптардын жашоо сапатын баалоо боюнча сурамжылоону пайдалануу менен байкоо салып туруу.

Бул иште клиникалык материал болуп Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык илимий урология борборунун шартында ар кандай убакыт аралыктарындагы 2003-жылдан тартып 2018-жылга чейин операциядан өтүшкөн жана байкоо салынып турган бейтаптардын саламаттык баяны (оорулар баракчалары) саналган, алардын жалпы саны – 299 бейтап. Ушул эле бейтаптар эки ири топко бөлүштүрүлгөн: жогорку сийдик чыгаруучу жолдорунун уродинамикасы бузулган бейтаптар (238 адам; 79,5 %; А тобу) жана төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдорунун уродинамикасы бузулган бейтаптар (61 адам; 20,5%; Б тобу).

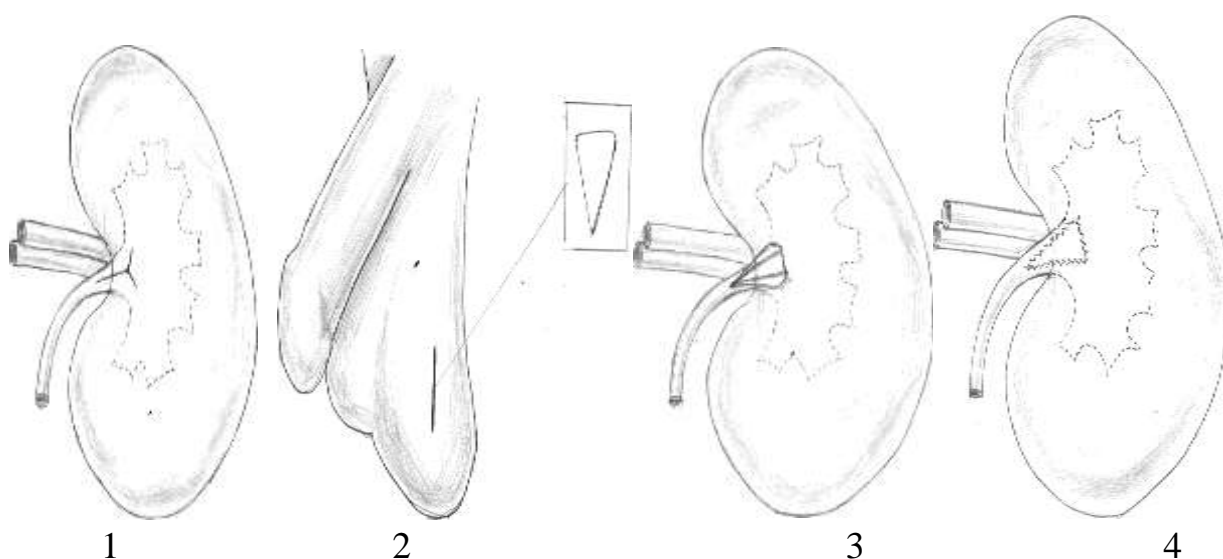
**А** - тобундагы бейтаптар практикалык урологияда колдонулуп келген классификацияга ылайык карала турган максаттарына жараша (этилогия, клиника, операциянын аткарылган методикасынын түрү боюнча) клиникалык топторго, б.а. 2 топчого бөлүнгөн: А1 -бөйрөктүн ички көңдөйү дартына кабылган бейтаптардын тобу- 58 бейтап; бөйрөгүнүн кошумча түтүкчөсү бар бейтаптар - 52 жана бөйрөк күртүгү сегментинин стриктурасы бар бейтаптар -56. Ал эми А2топчосуна-бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти

табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн нейробулчуң дисплазиясы бар бейтаптар кирет: бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн стриктурасына кабылган 53 бейтап жана 19 уретероцелеси бар бейтаптар.

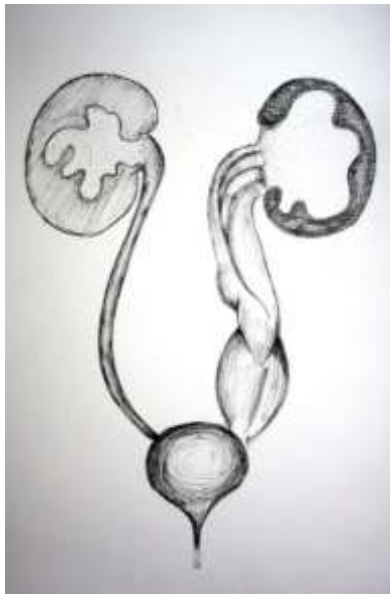
**Б** - тобундагы бейтаптар төмөнкүдөй клиникалык топчолорго бөлүнгөн: 1) мурда операциядан өтүшкөн гипоспадиялуу бейтаптар – 17 бейтап жана уретранын узагынан жаткан стриктурасына ээ болгон, б.а. хирургиялык дарылоодон кийин уретранын стриктурасынын рецидивин бар – 36 адам; 2) гермафродитизм менен ооруган бейтаптар – 8 адам.

Бардык бейтаптар изилдөөнүн эски методдору менен ооруларды диагностикалоонун процедураларынан өтүшкөн, алардын баарына дарылоого чейин жана дарылоодон кийин да Урофлоуметрия жүргүзүлгөн, алар жашоо сапатын баалоо боюнча сурамжылоолорду толтурушкан.

Кафедранын иштелмесинде төмөнкүдөй ыкмалар сунушталган: №1 ыкма – гидронефроздо жана мегауретера учурундагы коррекция (1-сүрөттөгү схемалык сүрөттөлүшү; №2 ыкма – бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн нейробулчуң дисплазиясы учурундагы коррекциялоо (2-сүрөт); №3 ыкма – гидронефроздо жана мегауретера учурундагы уретероцелени коррекциялоо (3-сүрөт)



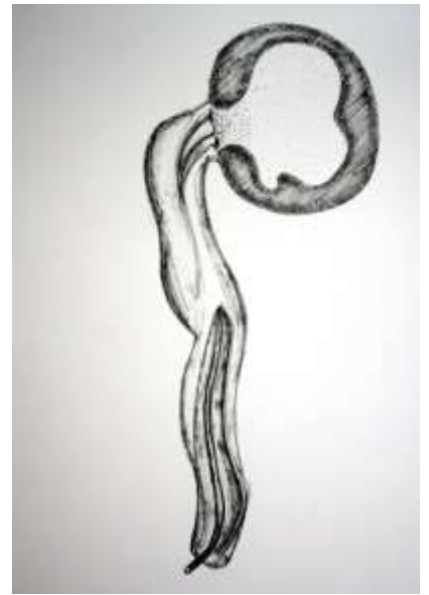
1-сүрөт. №1 ыкма: Операциянын этаптары: 1 – бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн Т-сымал кесилиши; 2 – эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын резекциясы; 3 – ауто трансплантаттын жана бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн дефектин айланма (ичин сыртына аңтарып) тигиш салуу менен тигүү; 4 – аяккы көрүнүшү.



1



2



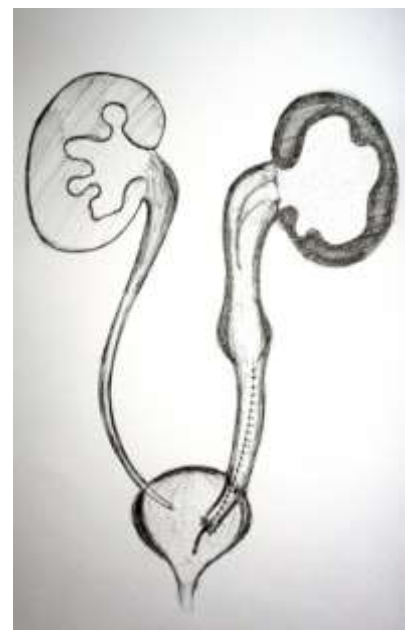
3



4

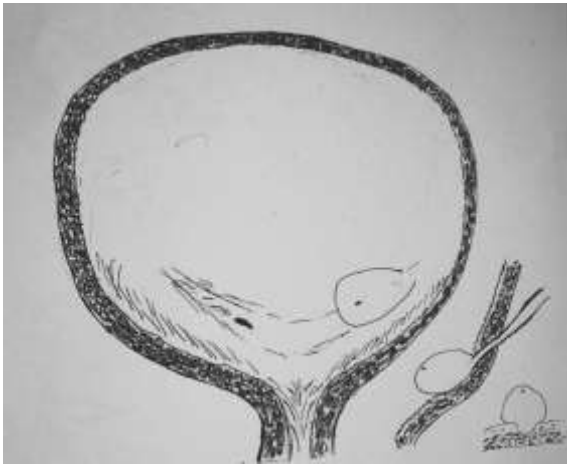


5

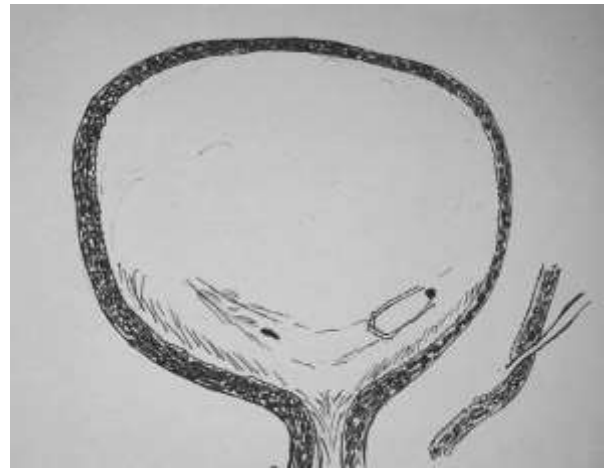


6

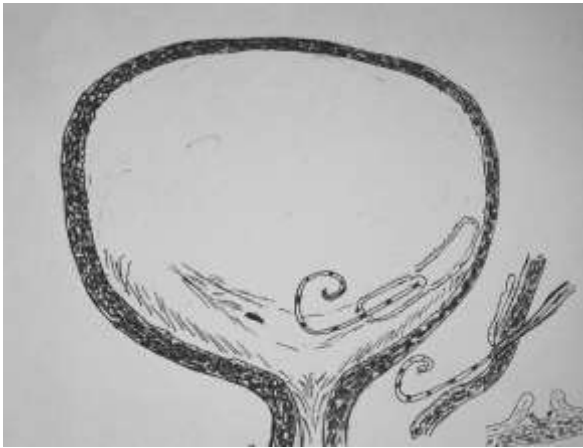
2-сүрөт. №2 ыкма: 1 – операцияга чейинки көрүнүш; 2 - бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү кеңейтилген түтүкчөнүн узунунан резекциялоонун ордун тандоо; 3, 4 - бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнү моделдештирүүнүн этаптары; 5, 6 – уретероцистонеоанастомоздун этаптары.



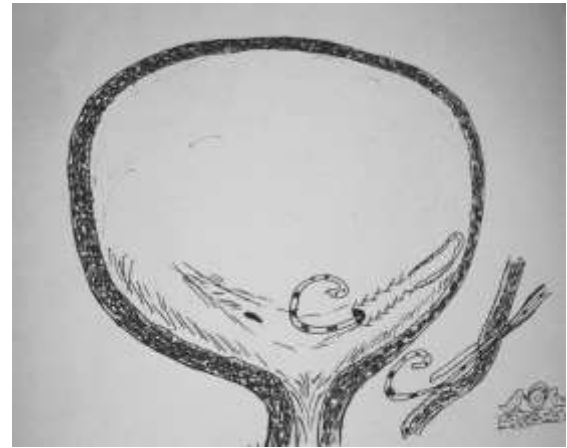
1



2



3



4



5

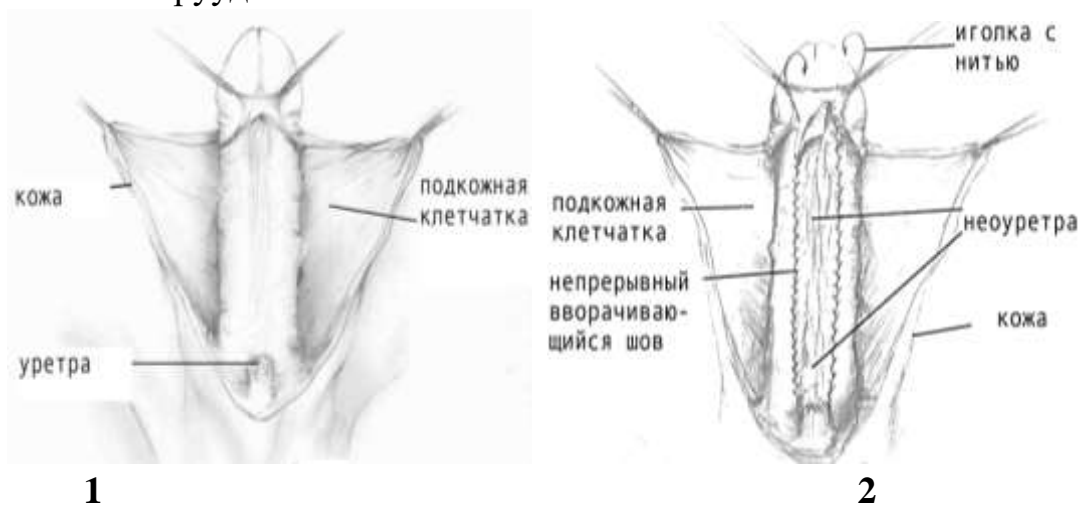
3-сүрөт 1 – уретероцелени визуалдаштыруу ; 2 – бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн тешигинин вентралдык үстүнкү бетин кесүү иссечение вентральной поверхности устья мочеточника; 3 - катетерди орнотуу менен бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн былжырлуу жана былжыр астындагы интрамуралдык бөлүгүн кесүү; 4 –5 бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн вентралдык бетинин дефектисине бычылган өөндү жайгаштыруу;

Хирургиялык коррекциялоонун бардык сунушталган ыкмаларында оптималдуу герметивдүүлүктү сактап калууга (2011-ж., патент № 1446) жана рецидивдин жана операциядан кийинки кошумча оорулардын (4-сүрөт) өнүгүү коркунучу жок тез айыгууга мүмкүндүк берүүчү, пластиканын участогуна оролуп айланма (ичин сыртына аңтарып) өзүнөн-өзү кирип кетүүчү тигиштин оптимизацияланган ыкмасы колдонулган.

Төмөнкү сыйдик жолдорунда төмөнкү ыкмалар колдонулган: № 4 ыкма – уретранын узагынан жаткан стриктурасын хирургиялык коррекциялоо (Буккалдык пластика), схемалык сүрөттөлүшү 5-сүрөттө берилген; № 5 ыкма – анык гермафродитизм учурунда эркектин урук безинин беттеринен “азыктандыруучу бутча менен” уретропластикасы (7-, 8-сүрөт).



4-сүрөт. Тигиштерди салуунун ыкмаларынын башка тигиштер менен салыштыруудагы схемасы

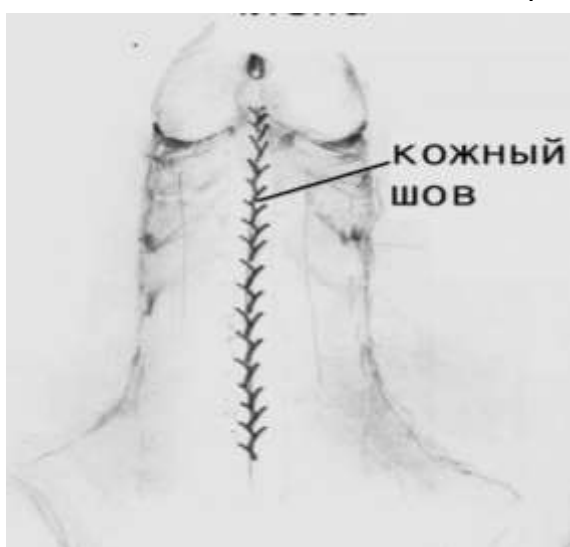




3



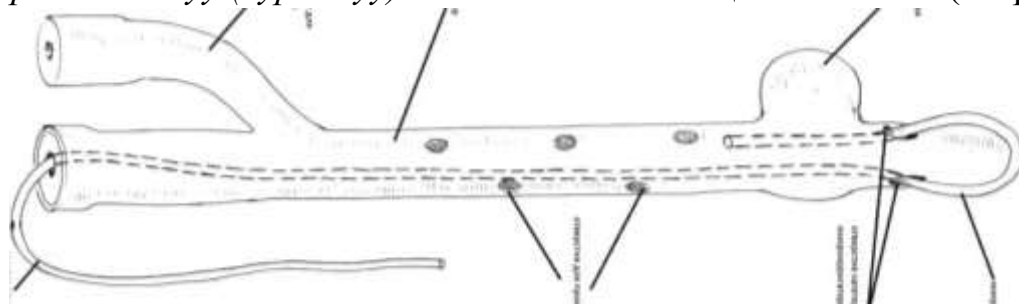
4



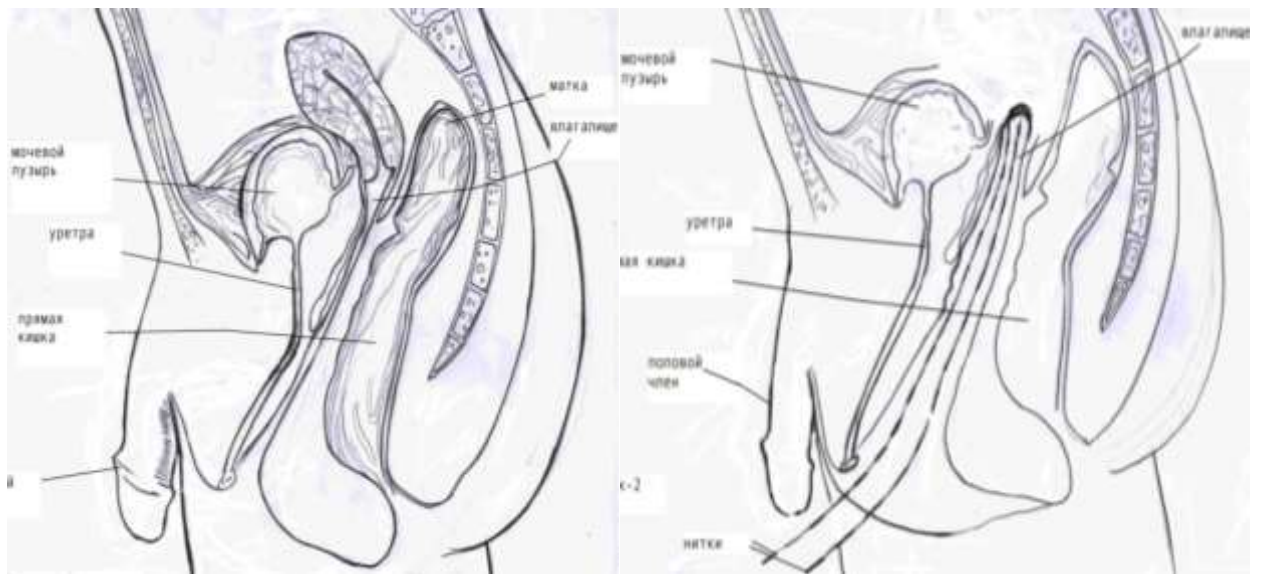
5

5-сүрөт. Операциянын жүрүшү: 1 – уретранын сырткы бетинин бөлүгүн жара кесүү; 2 – туннельди түптөө; 3 – буккалдык өөндүн анастомозу үчүн аянтчаны түзүү. 4 – буккалдык өөндү үзгүлтүксүз айланма (ичин сыртына аңтарып) тигиш менен фиксациялоо; 5 – операциянын аягы, жалпы көрүнүш.

Инсталляцияны өткөрүү, ошондой эле операцияланган уретрада ириң-сезгентүүчү оорулардын алдын-алуу жана анын пластикадан кийин ири аралыкта ишенимдүү дренаж кылуу (кургатуу) максатында биз операциядан кийинки дренаж кылуу (кургатуу) ыкмасын оптимизацияланганбыз (6-сүрөт).

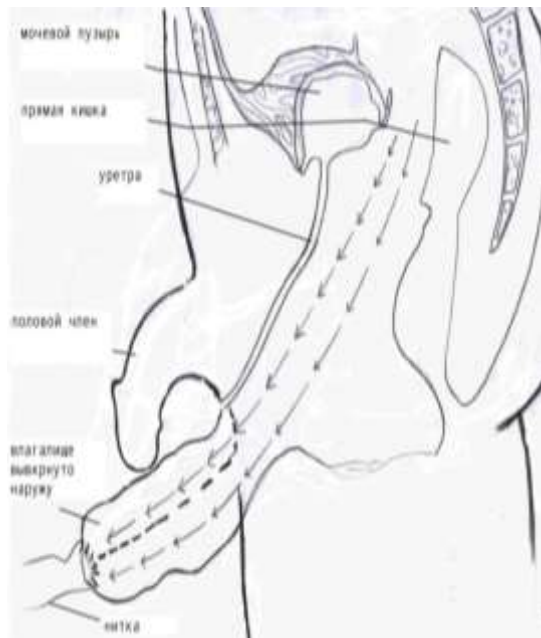


6-сүрөт. Уретралдык катетердин схемалык түзүлүшү.

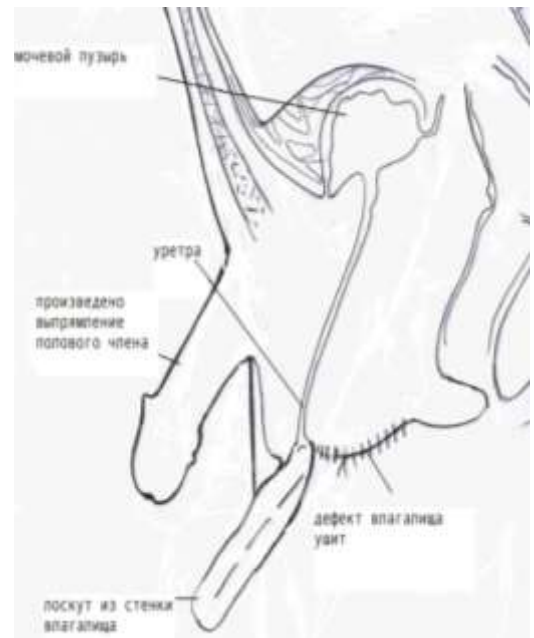


1

2



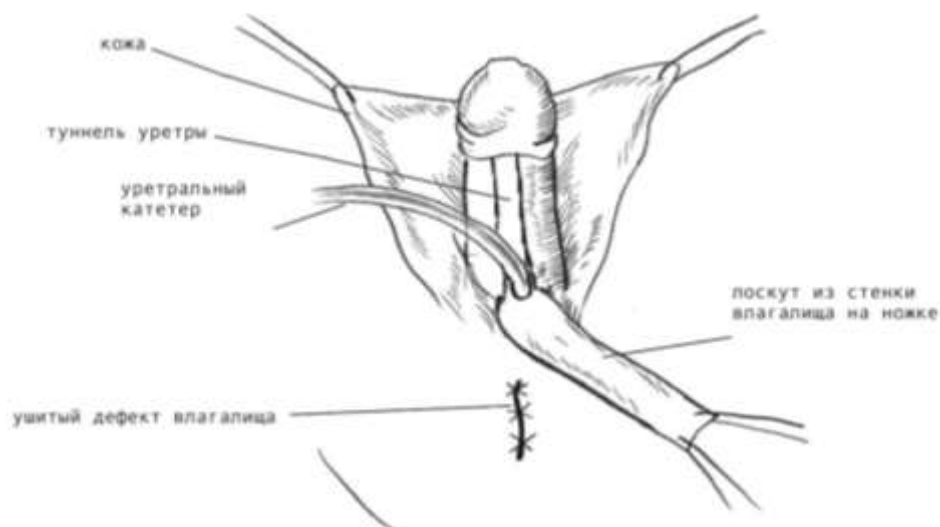
3



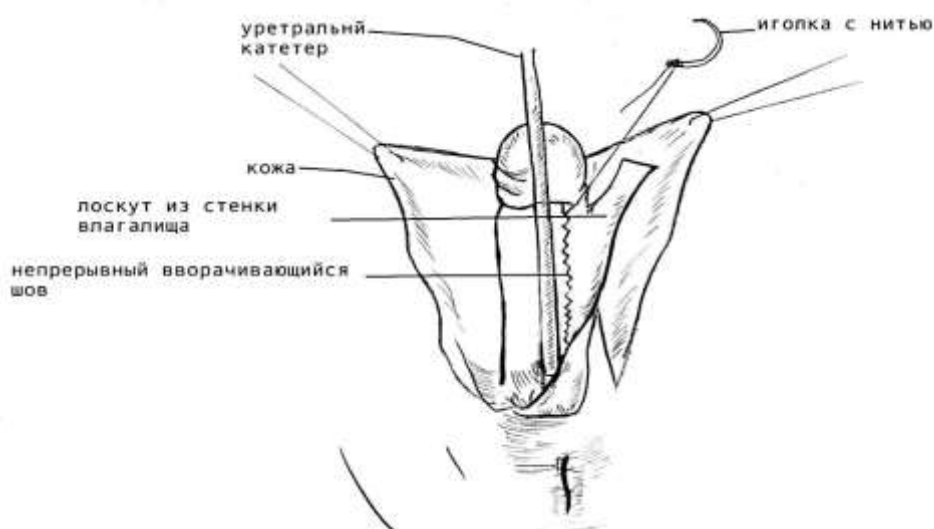
4

7-сүрөт. Операциянын этаптарынын схемалык сүрөттөлүшү: 1 – операцияга чейинки көрүнүш; 2 – эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабын кошумчасы менен экстирпациялоодон кийин азыктандыруучу бутчада өөндүн көлөмүн пландаштыруу; 3 - эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сыртка аңтарылышы жана жараттан чыгарылышы; 4 – дефектини тигүү жана өөндү калыптоо.

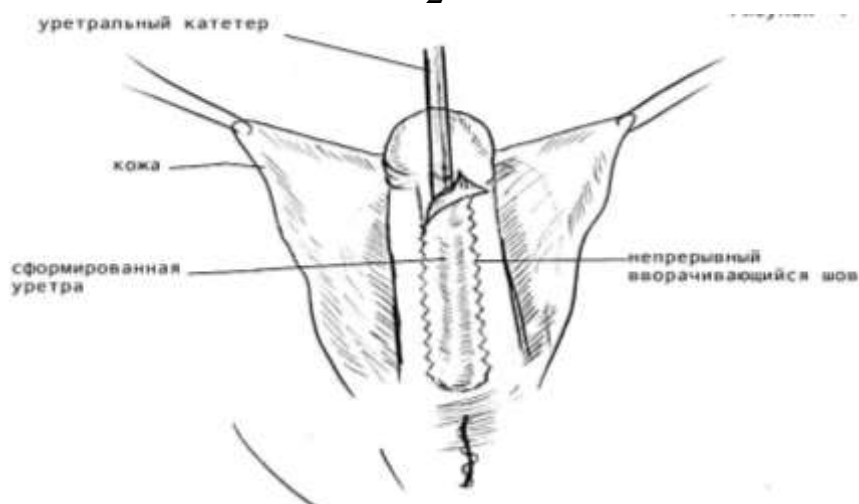




1



2

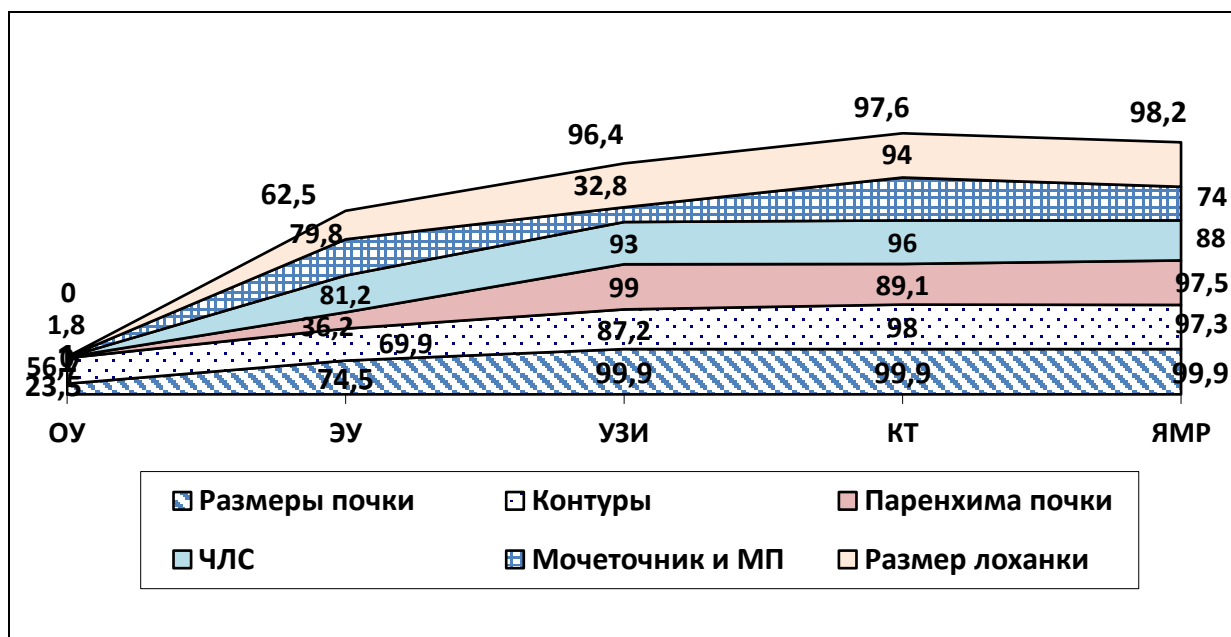


3

8-сүрөт. Операциянын этаптары: 1-эркектин урук безинин (жумурткалыктын) дефектин тигүү, уретранын туннелин калыптоо жана эркектин урук безинин кабынан өөндөрдү даярдоо; 2 – катетердеги калыпка келип жаткан уретрага үзгүлтүксүз айланма (ичин сыртына аңтарып) тигишти салуу; 3 – формага келтирилген уретранын көрүнүшү.

Изилдөөнүн жыйынтыктарын статистикалык иштетүү SPSS прикладдык программасынын 2011-жылдагы версиясынын пакетинин жардамы менен персоналдык компьютерде жүргүзүлгөн. Маалыматтарды графикалык визуалдаштыруу активдүү колдонулган. Динамикалык катарды тегиздөө топтук орточо чоңдуктарды эсептөө жолу менен жүзөгө ашырылган. Маалыматтардын бүтүндөй көлөмү персоналдык компьютерде «Excel» программасында иштетилген.

**III бөлүм «Уродинамикалык бузулууларга кабылган бейтаптарды изилдөөнүн методдорунун информативдүүлүгүн клиникалык-диагностикалык салыштыруу»** аттуу үчүнчү бөлүмдө 2014-ж. тартып 2015-ж. чейин Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык илимий урология борборунун бөлүмдөрүндө дарыланып чыккан, 15-69 жаш курактагы сийдик жолдорунун уродинамикасы бузулган 1177 бейтаптардын информативдүүлүгүн баалоо максатында диагностикалоонун (9-сүрөт) ар кыл методдору жана клиникалык көрүнүштөрү ретроспективдүү талданып чыккан. Алардын 947си жогорку сийдик чыгаруучу жолдорунун уродинамикасы бузулган бейтаптар жана калган 230 болсо – төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдорунун уродинамикасы бузулган бейтаптар.



9 - сүрөт. Нурлуу диагностикалоонун методдорунун информативдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү (%).

Изилдөөнүн оптималдуу нурлуу методун тандоодо уролог анын информативдүүлүгүн жетекчиликке алышы кажет, ал эми информативдүүлүгү боюнча бирдей бир нече методдордун арасынан бейтаптын организминде эң аз терс таасир этүүчү жана жеткиликтүүсү тандалууга тийиш. Уродинамикалык бузулууларды, сийдик чыгаруучу системанын органдарынын өнүгүшүнүн тубаса кемчиликтерин жана башка

урологиялык патологияларды мониторинг кылуу максатында Ультра үндүү изилдөө (УЗИ) методун тандоо кажет экендигин белгилей кетүү керек. Себеби, биздин өлкөнүн аймактарында саламаттыкты сактоо уюмдарынын ар кыл деңгээлдеринде, ар качан Үй-бүлөлүк медицина борборлорун ошондой аппарат менен камсыз кылууга ар дайым мүмкүн.

Уродинамика бузулганда пайдаланылуучу методдордун клиникалык жана диагностикалык информативдүүлүгүн жана 230 саламаттык баянын (оорулар баракчаларын) ретроспективдүү талдоону салыштыруу, төмөнкүдөй өзгөчөлүктөрдү белгилөөгө мүмкүндүк берди:

- клиникалык көрүнүштөр дайыма эле диагностикалык методдордун информативдүүлүгү менен салыштырылбайт, алсак даттануулардын анамнезин чогултууда, 75% диагноз диагностикалык методдор менен тастыкталышы керек болчу. Уродинамиканын бузулушу диагнозун тактоодо бул процент, патология баштапкы стадиясында болгон, симптомсуз жүргөн бейтаптардын эсебинен 95% чейин көбөйөт, ал медициналык табылга болгон бейтаптардын категориясы тууралуу да унутпаш керек.

- практикалык саламаттыкты сактоо 80% учурда эски методдорду пайдаланат, алар информативдүүлүк боюнча КТ, ЯМР, ультра үндүү изилдөө, МСКТ 3Д-сканирлөө менен, ретнгенизотопдуу изилдөөлөр ж.б. сыяктуу азыркы заманбап кымбат баалуу методдордон кем калышпайт;

- практика жүзүндө иштеген урологдор кыйла жогорку тажрыйбага эгедер, ал тууралуу саламаттык баянындагы (оорулар баракчаларындагы) катталган оорулардын жүрүшүн байкоо жүргүзүшү күбөлөп турат жана клиникалык-диагностикалык информативдүүлүктүн оптималдуу методдорун туура пайдалануу оперативдик дарылоону тандоонун тактикасын шарттайт, бул болсо өз учурунда бейтаптардын жашоо сапатынан чагылдырылат;

-клиникалык-диагностикалык методдордун информативдүүлүгүн ретроспективдүү талдоо жана анын натыйжалары бизди жогорку сийдик чыгаруучу жолдорунун жана төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдорунун уродинамикасынын бузулган, анын ичинде сийдик чыгаруу системасынын органдарынын өнүгүшүнүн тубаса кемчиликтери бар бейтаптарды байкоо салып алып жүрүүнүн, диагностикалоонун жана дарылоонун оптималдуу тактикасын саламаттыкты сактоо уюмдарынын бардык звенолору үчүн иштеп чыгууга түрткү болду.

**IV бөлүм «Эксперименталдык изилдөөнүн натыйжалары. Иттердин бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөсүнүн дефектисин эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын аутотрансплантациясынан кийин калыбына келишин жана натыйжалуулугун баалоо» деп аталат. Эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын аутотрансплантациясы30-**

60 күн аралыгында бүтөт, айыгат жана жогорку сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасынын бузулушуна алып барбастан, бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөсүнүн дефектисин герметикалык түрдө жабат.

Эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын аутоотрансплантаты ички бетин, бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөдөн, чыгуучу былжырлуу эпителий жаап турган, бириктирүүчү тканды билдирген, “матрица” катары санала тургандыгы биопсиялык материалда далилденген.

Эксперименттин маалыматтарын бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн жана бөйрөктүн ички көңдөйү-бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчө сегментинин диаметрин чоңойтуу максатында жогорку сийдик чыгаруучу жолдорунун уродинамикасынын бузулушу менен жабыркаган мырзаларды хирургиялык дарылоону тандоонун методу катары пайдаланууга болот.

Обструктивдүү уропатияларды хирургиялык коррекциялоонун сунушталган методу бөйрөктүн ички көңдөйүндө бөйрөктүн ички көңдөйү-бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчө сегментинин стриктураларында, 3-4 см чейинки бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн стриктураларында алардын функционалдык сыйымдуулугун көбөйтүү максатында жана сийдик чыгаруучу жолдордон сийдиктин пассажын калыбына келишин талап кылган башка дарттарда тандоо операциясы болуп саналат.

Эксперименталдык жана клиникалык иштердин маалыматтары аларды жогорку сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасынын бузулушу менен жабыркаган мырзаларда пайдаланууга боло тургандыгын далилдеп турат. Себеби эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын аутоотрансплантациясын колдонуу менен жасалган операциянын натыйжалуулугу сийдик чыгаруу жолдорунун уродинамикасын адекваттуу калыбына келтирүүнү түзгөн патоморфологиялык негиздемеленген өз алдынчалуулукту көрсөттү.

**V бөлүм «Жогорку сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулган учурда клиниканын иштелмесинде хирургиялык коррекция ыкмалары менен бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугунун жыйынтыктары»** деген бешинчи бөлүмдө салттуу методдор менен салыштырма аспектиде сунушталган №1 жана №2 ыкмалардын клиникалык натыйжалуулугун баалоонун жыйынтыктары берилген.

Жүргүзүлгөн текшерүүчү изилдөөлөрдүн негизинде белгилей кетүүчү нерсе: эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын

аутоотрансплантанаттарын колдонуу менен жасалган пластикалык операциянын натыйжалуулугу ишенимдүү герметивдүүлүктү жана, биринчи кезекте, бейтаптын жашоо сапатын жогорулатуучу күтүлүүчү натыйжа болуп саналган, анастомоздун айыгуусун камсыз кылуучу, жогорку клиникалык натыйжалуулуктагы анатомио-функционалдык негиздүү болуп саналат. Мунун баары салттуу, бирок жогорку клиникалык көрсөткүчтөр жана өзгөчөлүктөр менен болгон, жетишкендиктер болуп саналышат. Ошентип, биздин изилдөөнүн жыйынтыктары боюнча, клиниканын иштелмесиндеги №1 ыкма салттуу методдорго караганда перспективалуу жана заманбап болуп саналат. Аны пайдалануунун экономикалык жактан максатка ылайыктуулугу стационардык дарылоонун мөөнөттөрүнүн төмөндөшү жана дары-дармектерге жумшалуучу чыгымдардын азайышы менен камсыздалат, анткени 76% бейтапты клиникалык айыгууга алып келген. Колдонулуп жаткан №1 ыкманын салттуу методдор менен салыштырууда артыкчылыктары жана кемчиликтери аныкталган: курчаган ткандардын жана органдардын кошумча жарат алышынын жоктугу; пиелостоманы жана нефростоманы орнотууда жаралган кан агуунун алдын-алуу; стентти инкрустациялоосуз курчаган чөйрө менен байланышсыз узак дренаж кылуу (кургатуу) мүмкүнчүлүгү; неоанастомоздун ишенимдүү герметивдүүлүгү жана айланма (ичин сыртына аңтарып) тигишти колдонуунун эсебинен сийдиктин экстравазациясынын алдын-алуучу, эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын өөнүнүн жогорку айыгуу көрсөткүчтөрү; пиелостомия үчүн мүнөздүү, бөйрөктүн ички системасында инфекциялык-сезгенүүчү кошумча оорулардын алдын-алуу; операциядан кийинки жана калыбына келүү мөөнөттөрүн кыскартуу; тышкы дренаждардын жоктугунан улам социалдык адаптациялануу учурунда бейтаптын канааттангандыгы; сунушталган ыкма менен операциядан кийин бейтаптардын жашоо сапатын жогорулатуу.

Сунушталган №2 жана №3 ыкмалар менен операция жасалган бейтаптарды ооруканадан чыгарууда ичегилердин парези (1,3%) жана дизуриялык бузулуу (2,7%) сыяктуу кошумча оорулар катталган. Текшерүү тобунда, тромбоэмболикалык жана суу-электролит алмашуусунун бузулууларынан тышкары бардык критерийлер боюнча кошумча оорулар белгиленген. Белгилей кетүүчү нерсе, методдордун натыйжалуулугун баалоонун кыйынчылыктарына карабастан, сапат тууралуу ар кыл убакыт аралыгындагы натыйжалар боюнча жалпысынан кеп кылууга болот. Бирок, ошого карабастан, салттуу методдордун аброюн төмөндөтпөстөн, аткарылган операциялардын артыкчылыктары жөнүндө тыянак чыгарууга болот. Бул ыкма оптималдуу герметивдүүлүктү камсыз кылгандыгына, «бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү жаңы түтүкчөнүн» тез айыгышына, интраоперациялык жана операциядан кийинки кошумча

оорулардын төмөндөтүлүшүнө, рецидивдин өнүгүшүн алдын-алгандыгына, бейтаптын стационарда болуу мөөнөтүнүн кыскарышына, эмгекке жарамдуулук 1,5 эсеге эрте калыбына келгендигине, дарылоонун нарк баасынын 45-50% азайышына байланыштуу бир катар талашсыз артыкчылыктарга ээ.

**VI бөлүм «Гипоспадия жана гермафродитизм учурунда узартылган стриктуралардын уретропластикасынын салыштырмалуу натыйжалуулугунун жыйынтыктары»** деп аталат. Гипоспадияга кабылган бейтаптардын узагынан жаткан стриктурасында методдордун натыйжалуулугун талдоо жүргүзүлгөн.

Сунушталган метод салттуу методдордон артыкчылыктуу келет (№4 ыкма), айрыкча Дюплейжана Лендерердин пластикасы. Жана жогорку сийдик чыгаруучу жолдордон айырмаланып, уретранын пластикасы анын беттерине ири уродинамикалык жүктөм менен жана анын көп инфекцияга кабылуу жыштыгы менен мүнөздөлөт, ошондой эле жыныстык мүчөнүн эрекциясы орун алган учурда анын кабынын чоюлушу бир кыйла маанилүү эле ролду ойнойт.

Чыныгы гермафродитизм орун алган учурда (№5 ыкма) эркектин урук безинен азыктандыруучу бутчасын (10-, 11-сүрөт) хирургиялык коррекциялоонун биринчи жолу сунушталган ыкмасы төмөнкү артыкчылыктарга ээ: чыныгы гермафродитизмге кабылган бейтаптардын жынысын хирургиялык коррекциялоонун клиникалык натыйжалуу ыкмасы болуп саналат; чоң киши болгон убакта чыныгы гермафродитизм орун алган учурда бир этаптуу хирургиялык дарылоону жүргүзүүгө мүмкүндүк берет; операциялардын санын жана коомго толук кандуу социалдык адаптациялануу менен психологиялык травмаларды азайтууга көмөк көрсөтөт; либидону сактоого мүмкүндүк берет.



1



2



3

10-сүрөт. Ч. Аттуу бейтаптын фотосүрөттөрү, 26 жаш: 1 – операцияга чейин гениталиялардын тышкы көрүнүшү; 2, 3 – эркектин жыныс безинин кошумчасы менен бөлүү.



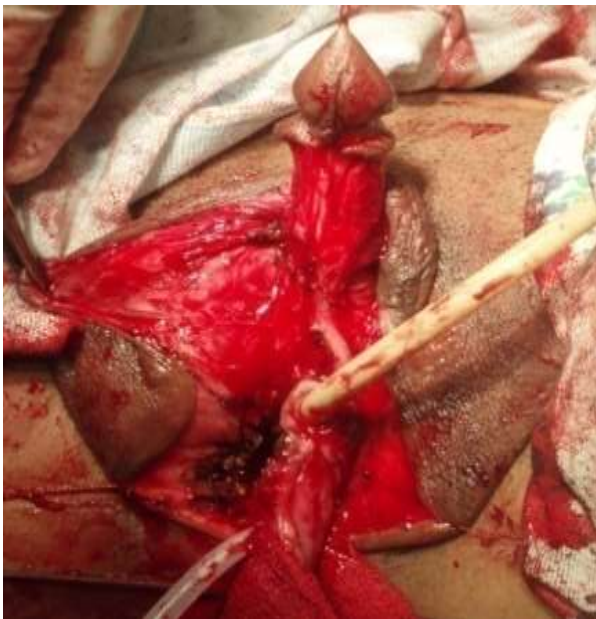
1



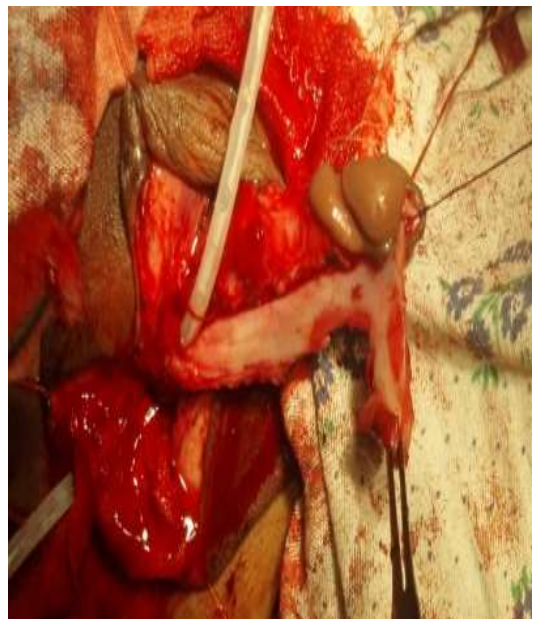
2



3



4



5



6



7

11-сүрөт. Ч. аттуу бейтаптын фотосүрөттөрү, 26 жаш (жынысын калыптандыруунун этаптары): 1 - экстирпация жүргүзүлгөн; 2 – эркектин жыныс безинин кошумчасы менен жыныс мүчө менен арткы тешиктин ортосундагы аралыкка чыгаруу; 3 – азыктандыруучу бутчада жыныс мүчөнүн

беттеринен өөн; 4 – жыныс мүчөнү түздөө; 5 – үзгүлтүксүз айланма (ичин сыртына аңтарып) тигишти салуу; 6 –10 см жакын уретраны калыптоо; 6 – эркектин урук безин (жумурткалыкты) ылдый түшүрүү; 7 – жараттагы катмарлык тигиштер.



11-сүрөт. Ч. аттуу бейтаптын фотосүрөттөрү, 26 жаш, 1 айдан кийин (өз алдынча сийдик чыгаруу).

Кыргызстанда урологиялык профилдин бейтаптарынын арасында сийдик-тукум органдарынын ар кыл аномалияларына кабылган бейтаптар 20-25% түзөт. Биздин изилдөөчүлөр Чүй областындагы балдардын өнүгүшүнүн тубаса кемчиликтеринин жыштыгын жана структурасын изилдөөдө кийинкидей көрүнүштү белгилешкен: Бишкек шаарында өнүгүүдөгү тубаса кемчиликтердин жыштыгы 1000 ымыркайга  $21,56 \pm 0,49$ , Кара-Балта шаарында -  $16,18 \pm 1,5$ , ал эми Токмок шаарында -  $10,90 \pm 1,12$  түзгөн. Ошол эле маалыматтардын негизинде, өнүгүүдөгү тубаса кемчиликтердин арасында бөйрөктөрдүн агенезиясы жана дисгенезиясы 0,96 %, ал эми гипоспадия – 2,32 % түзөт, өнүгүүдөгү тубаса кемчиликтердин жайылышы боюнча – республиканын борбору алдыда турат, ал эми өнүгүүдөгү тубаса кемчиликтердин көп түрлөрүнүн жайылышы 6,96% түзгөн.

Чыныгы гермафродитизм учурундагы эркектин урук безинен азыктандыруучу бутчасын хирургиялык коррекциялоонун биринчи жолу сунушталган ыкмасы артыкчылыктарга ээ жана гениталдык хирургия жаатында кеңири колдонулушу мүмкүн.

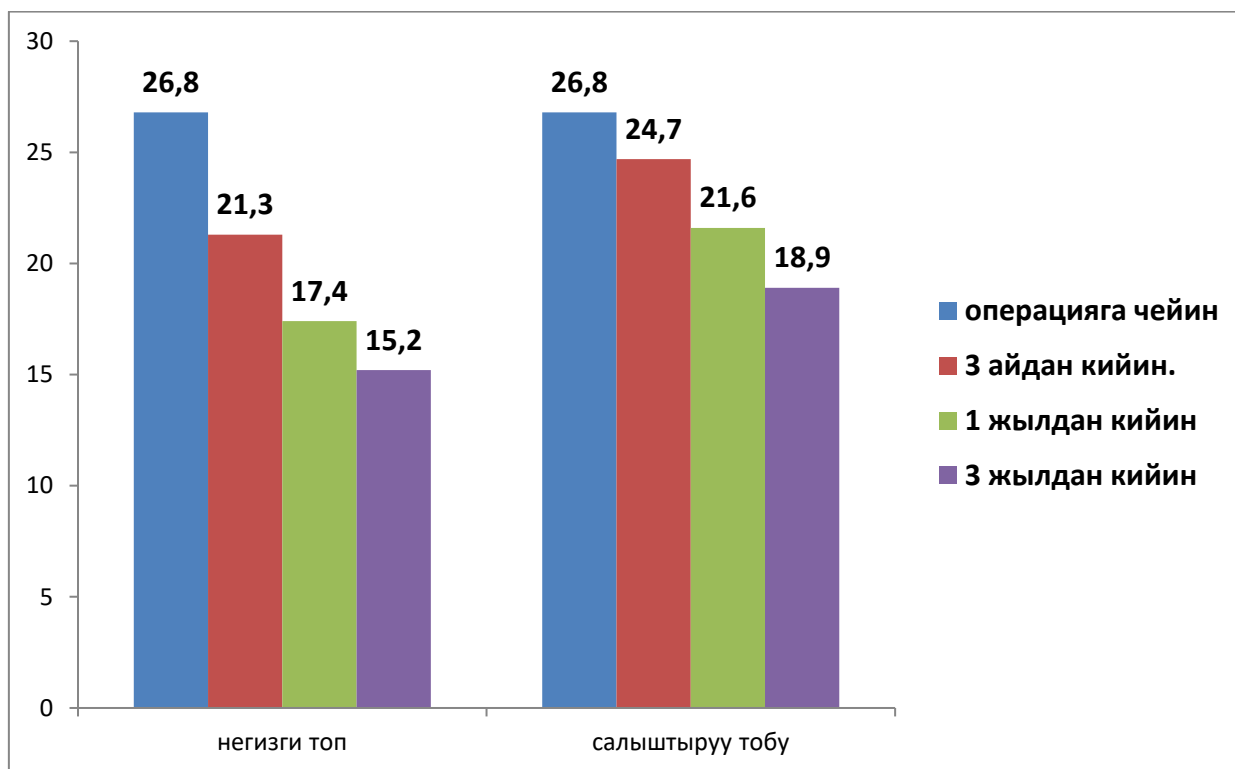
**VII бөлүм «Жогорку жана төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун ар кыл убакыт аралыгындагы натыйжаларын баалоо»** деп аталат. Жогорку жана төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасынын бузулушун хирургиялык жол менен дарылоонун ар кыл убакыт аралыктарында баалоо 3 айдан кийин, 1 жылдан кийин жана 3 жылдан кийин байкоо жүргүзүлүп турган. Текшерүүдөн өтүүнүн планына ылайык, кайрылгандан кийин бейтаптар эскилиги жеткен текшерүүдөн өтүп турушкан: даттанууларды



топтоо, объективдүү карап чыгуу, локалдык статусту баалоо; канды жана сийдикти изилдөөнүн лабораториялык методдору; Сийдик чыгаруучу система органдарын доплерография менен ультра үндүү изилдөө; обзордук жана ЭУ; көрсөткүчтөр боюнча МСКТ; УФМ. Бейтаптар тарабынан алардын жашоо сапатын баалоосун жана операциядан кийинки натыйжаларды баалоосун урологго келген ар бир учурда сурамжылоонун жыйынтыктары боюнча аныкташкан.

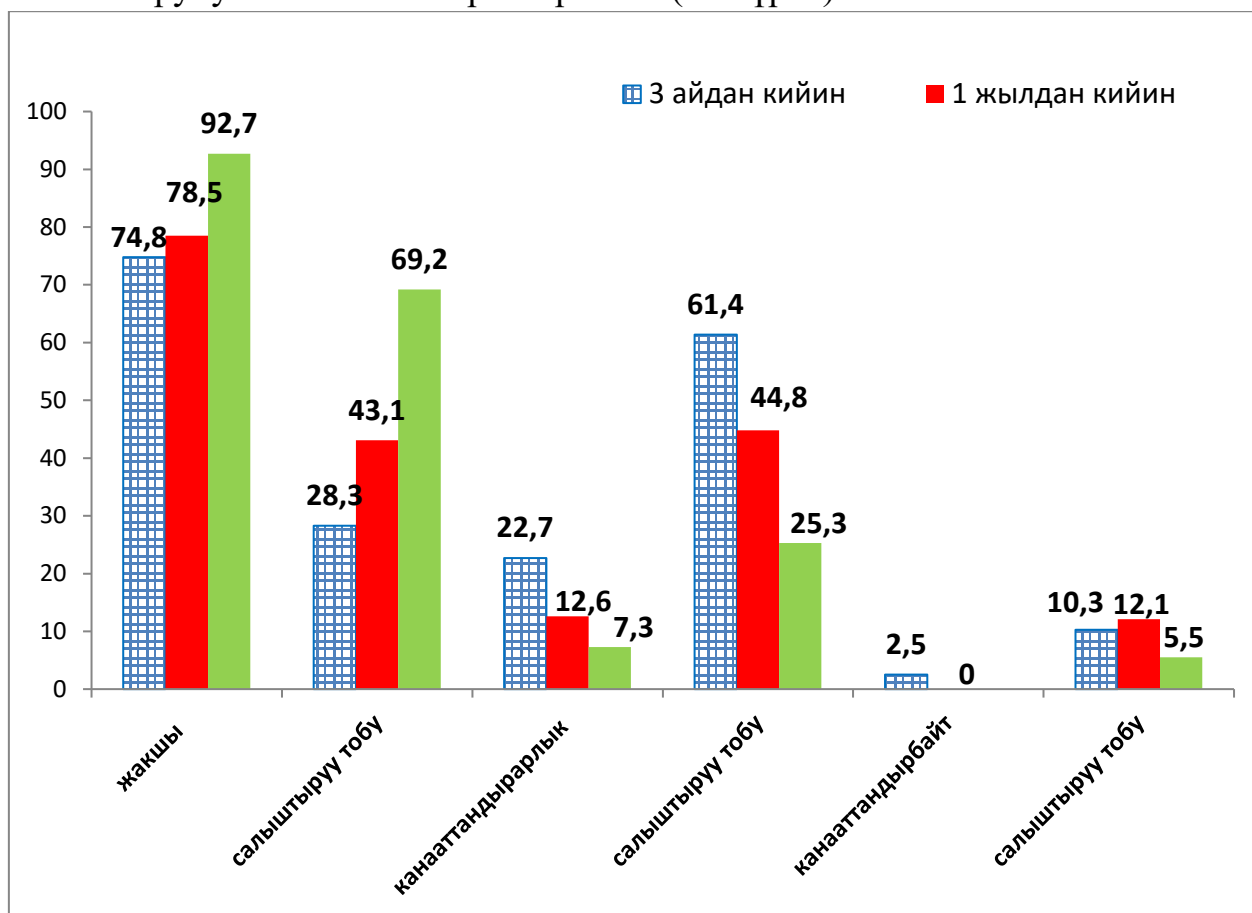
Клиникалык А1 тобундагы эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын аутопластикасы методу менен операция жасалган 166 бейтаптын ичинен 147 бейтап текшерүүдөн өтүшкөн, 19 бейтап менен байланыш үзүлгөн. Калгандары алдын-ала каттар жана телефон чалуулар боюнча текшерүүдөн өтүүгө шартталган убакытта келишкен. Салыштырма топту мурда Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык илимий урология борборунда (текшерүүчү топ) салттуу методдор менен операциядан өтүшкөн 50 бейтап түзгөн.

Көрсөткүчтөрдөн көрүнүп тургандай, операциядан кийинки сийдик чыгаруунун нормага келтирилиши текшерүүдөн өтүүнүн динамикада көрсөтүлгөн ар кыл убакыт аралыктарында бирдей жүргөн эмес. Калыбына келүү мөөнөттөрүнүн көрсөткүчтөрүндө айырмалар бар, арийне, алар негизги топтун бейтаптарында мыкты (12-сүрөт).



12-сүрөт. Бейтаптардын алыскы ар кыл убакыт аралыгындагы УФМ көрсөткүчтөрү ( $Q_{\max}$ , мл/сек).

Андан соң операциялык дарылоонун натыйжалуулугу жөнүндө өздөрү тарабынан толтурулган сурамжылоолорго ылайык бейтаптардын «жакшы», «канааттандырарлык» жана «канааттандырбайт» деген сыяктуу баалоолорунун жыйынтыктары каралган (13-сүрөт).



13-сүрөт. Салыштырылган топтордо операциялардын натыйжалуулугун баалоо (% менен).

Негизги топтогу бейтаптардын 74,8% жакшы натыйжа деп баалашты, бир жылдан кийин алардын саны көбөйүп 78,5% болгон жана 3 жылдан кийин, андай бааны бейтаптардын 92,7% берген. Текшерүүчү топто, болгону 28,3% бейтап 3 айдан кийин жакшы натыйжа деп баа беришкен, бул болсо негизги топтогу бейтаптардын салыштырма салмагынан 3 эсе аз. Бир жылдан кийин, 43,1% көбөйгөн, бирок бул негизги топтогуга караганда 2 эсе аз. 3 жылдан кийин, алардын саны болгону 69,2% жеткен, бул болсо бейтаптардын үчтөн биринен аз.

Ушундай эле көрүнүш натыйжалуулукту канааттандырарлык натыйжа катары баалоодо белгиленген. Негизги топто 22,7% түздү, ал эми текшерүүчү топто 3 эсеге көп – 61,4%. 1 жылдан кийин бейтаптардын санынын азаюу тенденциясы менен, негизги топто - 12,6%, ал эми текшерүүчү топто бул жыйынтык 3 эсеге көп - 44,8% түздү.

Натыйжаны канааттандырарлык эмес катары негизги топтун бейтаптарынын 2,5% белгилеген, ар кыл убакыт аралыктарында 1 жана 3

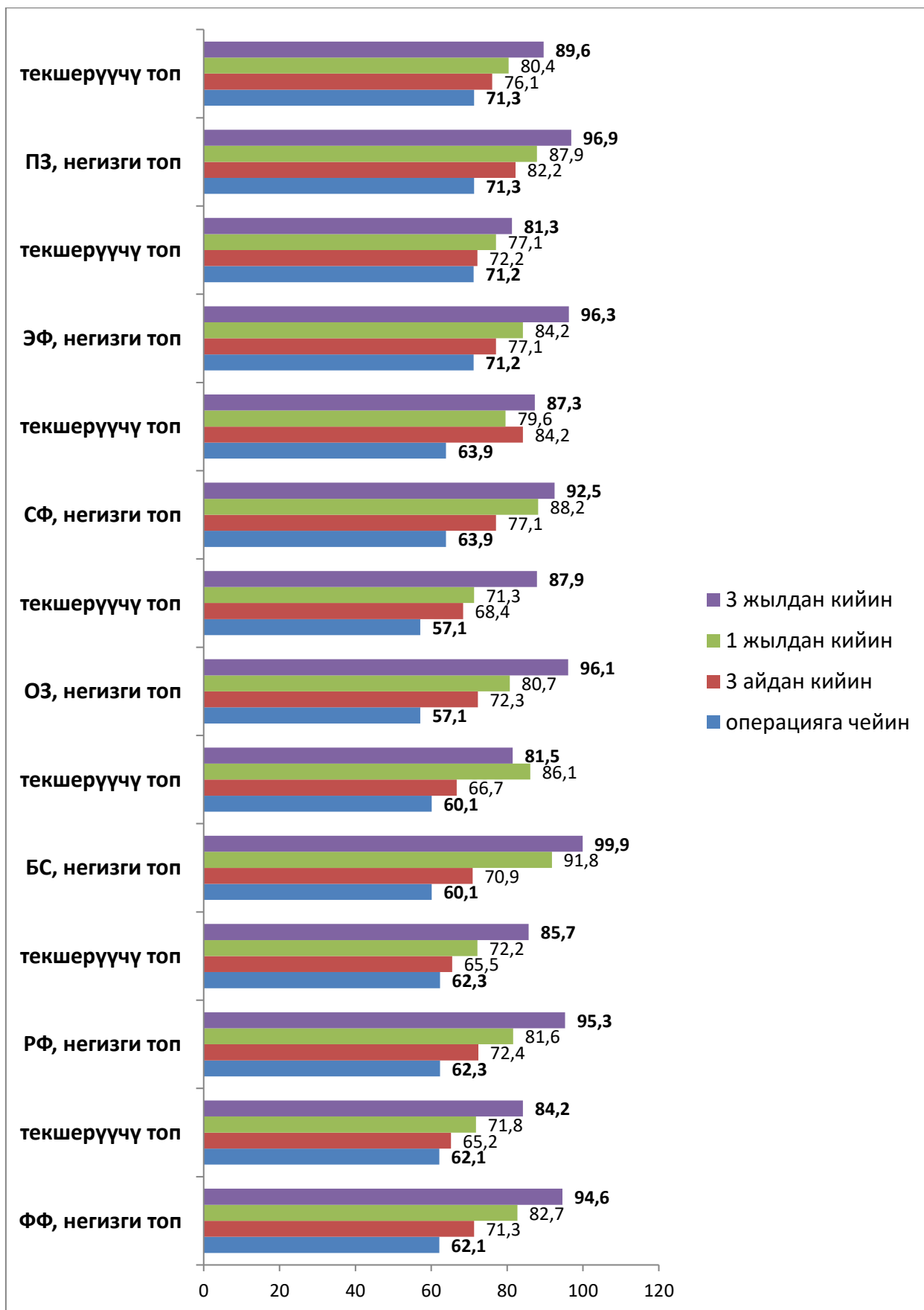
жылдан кийин, бир да бейтап белгилеген эмес. Бирок текшерүүчү топто 3 айдан кийин – 10,3% бейтап, бир жылдан кийин – 12,1% жана 3 жылдан кийин – 5,5% бейтап канааттанган эмес.

Жашоо сапатынын салыштырылып жаткан топтордогу маалыматтарынын өзгөрүү динамикасы 14-сүрөттө берилген. Анда оң өзгөрүүлөр эки топто тең белгиленгендигин көрүүгө болот. Эгер операцияга чейин бейтаптар жүз баллдык система боюнча  $61,2 \pm 0,12$  балл топтой турган болушса, ал эми ар кыл убакыт аралыгында бул көрсөткүчтөр негизги топтогу бейтаптарда анык болуп чыккан ( $P < 0,05$ ).

РФ көрсөткүчтөрү негизги топто текшерүүчү топтогуга караганда операциядан 3 айдан кийинки мөөнөттөрдө ишенимдүү жогору ( $74,2 \pm 0,12$  жана  $65,5 \pm 0,4$ ). Сурамжылоолорду толтуруунун кийинки мөөнөттөрүндө, динамикадагы көрсөткүчтөр жакшырган, бирок негизги топто көрсөткүчтөр мыкты ( $95,3 \pm 1,2$  жана текшерүүчү топто  $85,7 \pm 1,4$ ). Башкача айтканда, ар кыл убакыт аралыктарында бейтаптар туруктуу түрдө көрсөткүчтөрдүн жакшырышын көрсөтүшүүдө.

Жасалган операция менен байланышкан, оору үчүн спецификалык симптомдор (мисалы, сийдик чыгарууда оорунун орун алышы, белдин сыздап орушу, кыймылдагы чектөөлөр) 1 жана 3 жылдан кийин негизги топто толугу менен жок болгон, текшерүүчү топто дагы деле ошол симптомдордун болгондугун көрсөтүшкөн, бул албетте жыйынтыктарда чагылдырылган.

Жалпы саламаттык көрсөткүчтөрүн салыштырма топтордо салыштыруу учурунда, операцияга чейин эң төмөн көрсөткүчтү -  $57,1 \pm 0,1$  баллды көрсөткөн. Бейтаптар өздөрүнүн жалпы саламаттыгынын 3 айдан кийин да баалоосу төмөн көрсөткүч болгондугу да логикалуу көрүнүш. 1 жана 3 жылдан кийинки динамикада негизги топто орточо маани  $88,2 \pm 0,11$  жана  $92,5 \pm 0,8$  түзгөн, бул көрсөткүч текшерүүчү топтогуга караганда кыйла жогору  $71,3 \pm 0,1$  жана  $87,9 \pm 0,11$  балл. Социалдык мамиле-катыштар, башкача айтканда интимдик жана үй-бүлөлүк мамиле-катыштар, сексуалдык активдүүлүк жана канааттангандык, социалдык байланыштар, мүмкүнчүлүктөр, ошондой эле бош убакыттагы ишмердик эки топтогу бейтаптар тарабынан, мурунку пункттагыдай эле, бааланган.



14-сүрөт. Бейтаптардын жашоо сапатынын салыштырылган топтордогу ар кыл убакыт аралыгындагы көрсөткүчтөр.

ПЗ жана ЭФ жашоого, өзүнүн тышкы келбетине канааттанууну, өзүн-өзү баалоону, өздүк сапатын сактоону же комплекстердин болушун чагылдырат. Бул айтылгандар артынан кооптонууну, депрессияны, өзүн-өзү баалоонун төмөндөшүнө алып келет. Бул көрсөткүчтөрдүн динамикасы убакыттын өтүшү менен жакшырган, башкача айтканда 3 жылдан кийин негизги топтун көрсөткүчтөрү  $96,3 \pm 0,12$  баллды түзгөн, ошол эле убакта текшерүүчү топто бул көрсөткүч -  $81,3 \pm 0,11$  балл болгон, анча олуттуу болбосо да, негизги топтогу бейтаптарга салыштырмалуу жакшы.

Жыйынтыктап жатып, бейтаптардын жашоо сапатынын статусуна сөзсүз таасир этүүчү факторлорго жаш курак, физикалык жана психикалык статус гана эмес, ошондой эле оперативдик кийлигишүүнүн методу, операция жасоочу хирургдун тажрыйбалары жана артыкчылык берген методдору, ошондой эле дарылоого жумшалган материалдык чыгымдар да кошула тургандыгын белгилей кетүү керек. Дарыгер менен бейтаптын ортосундагы бирдиктүү консенсус болууга тийиш, себеби аныктоочу жана негизги болгон, объективдүү жана субъективдүү бааны бейтап гана бере алат.

Ошентип, бөйрөктүн ички көндөйүнүн дефектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын аутопластикасынын сунушталган №1 ыкманы жана №2 ыкманы пайдалануунун натыйжалуулугу, өздүк тажрыйба жана адабияттардын маалыматтарынын негизинде төмөнкүдөй көрүнүштү көрсөттү: бул ыкмалар бир катар ишенимдүү артыкчылыктарга ээ: алсак, операцияны жасоонун жөнөкөйлүгү, операциянын аз травмалуулугу, оору синдромун, интраоперациялык жана операциядан кийинки кошумча оорулардын жыштыгы жана оордугун төмөндөтүү, тез айыгуу, бейтаптын стационарда болуу убактысынын, эмгекке жарамсыздык мөөнөтүнүн узактыгын, дарылоонун нарк баасын 40%, медициналык препараттарга болгон муктаждыкты кыскартуу, ар кыл убакыт аралыктарында бейтаптын жашоо сапатын жогорулатуу. Жана бул методикалар жогорку сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулганда операциялык жол менен дарылоонун стандарттык «алтын» методдоруна альтернатива катары кызмат кыла алат.

Буккалдык уретропластика методу менен операция жасалган 61 бейтаптын жана клиникалык Б тобундагы гермафродитизмге кабылган 7 бейтаптын арасынан 50 бейтап (1-топ) жана гермафродитизмге кабылган 7 бейтап (2-топ) байкоодон өтүшкөн. 4 бейтап менен байланыш үзүлгөн. Калгандары менен болсо алдын-ала каттар жана телефон чалуулар аркылуу шартташкан убакка текшерүүдөн өтүүгө келип турушкан. Салыштырма топту, Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык илимий урология

борборунда мурда салттуу методдор менен операция жасалган 50дөн бейтап түзгөн (Дюплей боюнча – 3-топ жана 4-топ – Ландерер боюнча).

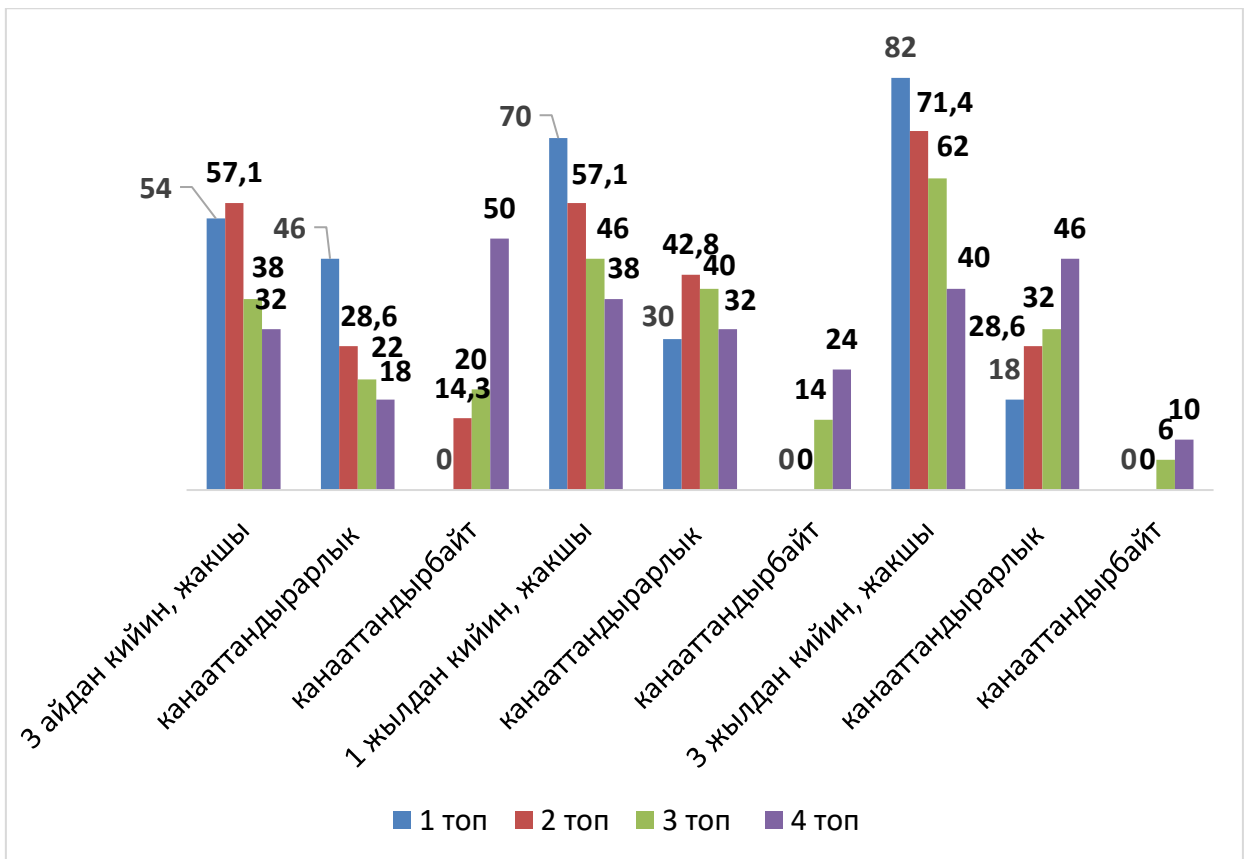
Операциядан 3 айдан кийин, 1 жылдан кийин жана 3 жылдан кийинки УФМ маалыматтар 1-таблицада берилген.

Айланма (ичин сыртына аңтарып) тигишти пайдалануу менен буккалдык пластика методунун ар кыл убакыт аралыктарындагы УФМ чынында эле Дюплей жана Ландерер боюнча уретропластикадагы караганда натыйжалуулар болуп саналат ( $P < 0,05$ ). Сийдик чыгаруу жолдорунун бузулушуна байкоо жүргүзүүнүн бардык мөөнөттөрүндө гемафродитизмге кабылган 7 бейтап келген эмес.

1 таблица. Операциядан кийин ар кыл убакыт аралыгында УФМдын орточо көрсөткүчтөрү

Көрсөткүч	Салыштырылуучу топтор				P
	1 топ (n= 50)	2 топ (n= 7)	3 топ (n= 50)	4 топ (n= 50)	
Qmax, мл/сек	15,7±0,2	17,9±0,1	20,2±0,12	19,9±0,24	<0,05
1 жылдан кийин					P
Норма чегиндеги көрсөткүчтөр	50 (100%)	7 (100%)	45 (90%)	43 (86%)	<0,05
Обструктивдүү тип	-	-	5 (10%)	7 (14%)	<0,05
3 жылдан кийин					P
Норма чегиндеги көрсөткүчтөр	50 (100%)	7 (100%)	49 (98%)	46 (92%)	<0,05
Обструктивдүү тип	-	-	1 (2%)	3 (6%)	<0,05

Косметикалык натыйжа жыныстык мүчөнүн тышкы көрүнүшүнүн объективдүү белгиси болуп санала тургандыгын жана бейтап үчүн олуттуу маанидеги жагдай экендигин эстен чыгарбоо кажет, жана буга байланыштуу биз бул көрсөткүчтү да баалоодон өткөрдүк. Башкача айтканда, операциядан кийинки тактардын, тырыктардын болушун жана локалдашуусуна, уретранын тышкы тешигинин диаметрине тыкыр кароо жүргүздүк, эрекция учурунда жыныс мүчөсүнүн эректилдик функциясын жана көрүнүшүн баалоодон өткөрдүк (15-сүрөт).



**15-сүрөт.** Операциядан кийинки косметикалык натыйжаларды баалоонун динамикасы

Клиниканын иштелмесиндеги сунушталган №3 жана №4 методдор уретропластиканын стандарттуу методдоруна караганда артыкчылыктуу болушат, алсак Дюплейжана Ландерер методдорунда операциядан кийин тез айыгат жана, натыйжада, табарсыктын уретралдык катетер менен дренаж кылуу (кургатуу) мөөнөтү да кыска келет. Албетте, бул нерсе операциянын аягында уретранын тигишинин техникасы туура аткарылганда жана герметивдүүлүктү көзөмөлдөнгөндө гана мүмкүн, ал айланма (ичин сыртына аңтарып) тигиш салуу жана иштелип чыккан оптималдуу дренаж (кургатуу) орнотуу менен мүмкүн болот. Оперативдик тажрыйбага ээ болуу менен хирург уретралдык катетерди биринчи беш-жети күн аралыгында алып сала алат, бул болсо инфекциялык кошумча оорулар коркунучун жана бейтапты дарылоого жумшалуучу чыгымдарды кыйла төмөндөтөт. Салттуу методдорго салыштырмалуу операциянын жогорку натыйжалуулугун жана рецидивдер учурунда кайталануучу хирургиялык кийлигишүүнүн жоктугун эске алуу менен, дарылоонун жалпы нарк баасы төмөн болот.

Бул уретранын узагынан жаткан стриктурасына кабылган бейтаптарды дарылоонун хирургиялык методун тандоодогу «алтын эрежелер» үчүн альтернативалуу метод катары сунушталышы мүмкүн.

Өнөкөт ооруга айланган бактериалдык простатит боюнча кайрылган, репродуктивдүү курактагы бейтаптарды изилдөөнүн жыйынтыктары

берилген. Бул, акыркы жылдары өнөкөт бактериалдык простатит (ХБП) менен андрогенодефициттин (АД) клиникалык-лабораториялык мүнөздөмөлөрүнүн ортосундагы мүмкүн болгон өз ара байланыш изилдөөчүлөрдүн көңүлүн барган сайын көңүл чордонун буруп келгендигин эске алгандагы көрүнүш. Операциядан кийин катемнезде биздин кароодон өткөн бейтаптар активдүү репродуктивдүү куракта болушкан, биздин максат: фертилдик курактагы бейтаптардын андрогенодефицитин калыптанышында өнөкөт бактериалдык простатиттин ролун патогенетикалык негиздөө болгон. Мындай бейтаптардын саны орточо жаш курагы  $26 \pm 39$  жаш болгон 47 киши. Жаш курагы боюнча салыштырыла турган, топтордогу бейтаптардын натыйжаларын салыштырууда сезгенүү процессинин жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрүн мүнөздөөчү, бир катар көрсөткүчтөрдө статистикалык маанилүү айырма, ошондой эле андрогендик статустун мүнөздөмөлөрүнүн ортосундагы айырма белгиленет.

Сезгентүүчү цитокиндердин жогорку концентрациясы менен катар изилденүүчү топтордо сезгентүүчү цитокиндерге тиешелүү ИЛ-4 концентрациясынын жогору болушу белгиленет. А бирок анын деңгээли текшерүү тобунда ишенимдүү түрдө төмөн болгон ( $p \leq 0,01$ ), алсак  $28,7 \pm 4,8$  пг/мл -  $94,9 \pm 33$  жана  $72,6 \pm 25,7$  пг/мл I жана II топто тиешелүү түрдө.

I жана II топтогу бейтаптардын андрогендик профилинин көрсөткүчтөрүн салыштырма талдоо II топтун бейтаптарында T общ., T св. жана БДТ жогорку деңгээлдерин көрсөткөн: T общ. –  $15,5 \pm 4,5$  нмоль/л., T св. –  $124 \pm 35,7$  пг/мл., БДТ –  $64,7 \pm 4,6\%$ . Ошол эле учурда текшерүүчү топтогу бейтаптарда андрогендик профилдин мындай көрсөткүчтөрү II топтун ( $p \leq 0,01$ ) бейтаптардыкына караганда ишенимдүү түрдө жогору болгон. Эркектин урук чыктагыч безинин секретинде лейкоциттердин жогорулатылган санынын жана ИЛ-1-бета жана эякуляттагы ФНОальфа жогорку деңгээлдеринин айкалышы эркектин урук чыктагыч безиндеги активдүү сезгенүүчү процесстин бар экендигинин күбөлөмөсү катары каралат. Бул учурда эркектин урук чыктагыч безинин соғунда лейкоциттердин деңгээлинин өзгөрүшү сезгенүү процессинин жүрүшүнүн мүнөзүн чагылдырат.

Ошентип, фертилдик курактагы бейтаптарда бөйрөктөрдүн өнөкөт оорулары (ХБП) орун алган учурда АД түптөөнүн механизмдин негизинде сезгентүүчү цитокиндердин гиперпродукциясы жатат, анын таасирине оорусунун анамнези узак болгон бейтаптар көбүрөөк кабылышат.

Кыргызстандын балдардын төрөлүшү түзүлүшүндөгү өнүгүшүнүн тубаса кемчиликтеринин көрсөткүчтөрү жетектөөчү орундардын бирин ээлейт, жана, эң алды менен, кош бойлууларга жана жаңы төрөлгөн ымыркайларга медициналык жардам көрсөтүү жана аларды диагностикалоонун деңгээлинен көз каранды. Өнүгүшүнүн тубаса



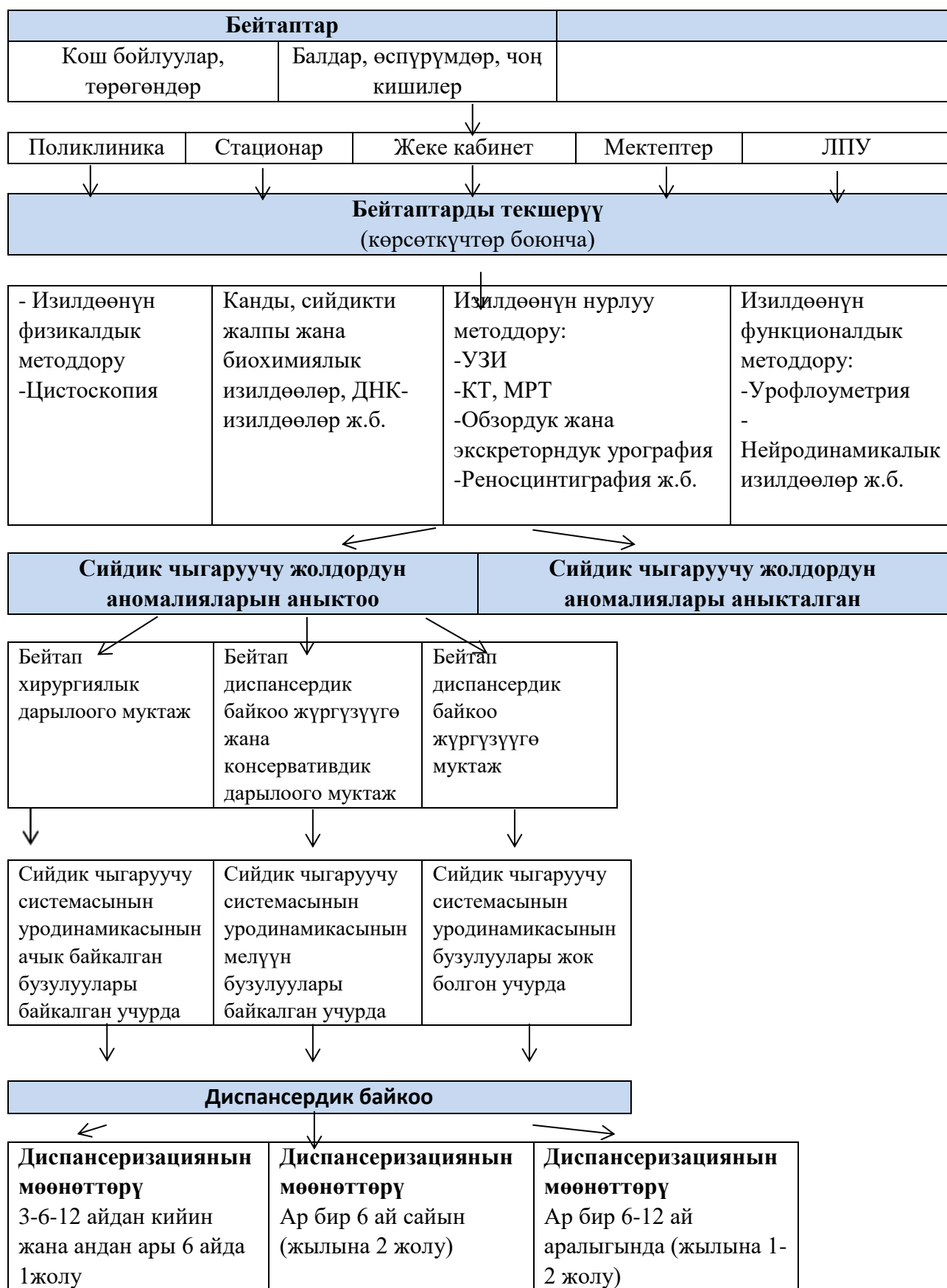
кемчиликтеринин баарын системалаштыруу жана деталдаштыруу максатында биз уродинамиканын бузулуш даражасын эске алуу менен бейтаптарды дарылоонун жана диспансеризациянын тактикасынын негиздүүлүгү менен сийдик чыгаруучу жолдорунун өнүгүшүнүн тубаса кемчиликтери бар бейтаптарды байкоо жүргүзүп кароонун жана аларды коштоп жүрүүнүн алгоритмин иште чыктык жана практикалык урологияга кийирдик. Алгоритм дарыгер-урологго өнүгүшүнүн тубаса кемчиликтери бар бейтаптарды дарылоонун ыкмаларын жана диспансеризациялоо мөөнөттөрүн аныктай ала турган клиникалык топторду аныктоого мүмкүндү берет.

Сийдиктин пассадын жана бөйрөктөрдүн функционалдык абалын калыбына келтирүү максатында хирургиялык коррекциялоого муктаж болгон, уродинамиканын айкын бузулуулары аныкталган сийдик чыгаруучу жолдордун аномалиялары бар бейтаптарды биз I топко аныктадык.

II топко консервативдик терапияны өткөрүү менен дарыгер-урологдун динамикалык байкоосуна муктаж болгон, уродинамиканын ачык эмес бузулуусу жана сийдик чыгаруучу жолдордун аномалиялары бар бейтаптарды аныктадык, а бирок бул клиникалык топтогу бейтаптардын гидронефротикалык трансформациясында хирургиялык дарылоону жүргүзүүгө мүмкүн.

III топко медикаментоздук дарылоого муктаж эмес, бирок амбулатордук түрдө диспансеризациянын бекитилген мөөнөттөрүн эске алуу менен динамикалык текшерүүдөн өтүүгө тийиш болгон бейтаптар кирген. Уродинамиканын бузулуулар прогресстеген учурда бул тараптарды I жана II клиникалык топторго аныктоого мүмкүн.

Сийдик чыгаруучу жолдорунун өнүгүшүнүн тубаса кемчиликтери бар 2010-2016-жылдар аралыгындагы 2490 бейтапка мониторинг жүргүзүлгөн, ал бейтаптардын жалпы санынан 59,0% бала жана 41,0% чоң кишилер деп аныкталган өнүгүүнүн тубаса кемчиликтери бар бейтаптардын жалпы санынын 29,9% түзгөн. Сийдик чыгаруучу жолдордун өнүгүшүнүн тубаса эң кеңири тараган кемчиликтеринин арасында балдарда бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн нейробулчуң дисплазиясы, бөйрөктүн ички көңдөйү-бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчө сегментинин стриктурасы, бөйрөктүн ички көңдөйү-бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчө сегментинин аберранттуу кан тамырларынын фонунда байкалган ар кыл стадиядагы гидронефроз жана уретерогидронефроз түрүндө обструктивдүү уропатиялар, чоң кишилерде – бөйрөктүн ички көңдөйүнүн, бөйрөктүн ички көңдөйү-бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчө сегментинин стриктурасынын, бөйрөктүн түзүлүшүнүн аномалияларынын ж.б. фонундагы обструктивдүү уропатиялар аныкталган.



**15-сүрөт.** Уролог-дарыгердин, сийдик чыгаруучу жолдордун аномалияларында бейтаптарды дарылоону жүргүзүүнүн тактикасын негиздемелөө менен, кылган аракетинин алгоритми.

Өнүгүшүнүн тубаса кемчиликтери аныкталган учурда диагностикалоонун баштапкы методу ультра үндүү изилдөө (УЗИ) болуп саналат, ал инвазивдүү эмес метод болуп эсептелинет, жана кош бойлуулуктун 4-5 жумасында эле түйүлдүктүн өнүгүшүнүн кемчиликтерин аныктоого мүмкүндүк берет. Изилдөөнүн калаган өз алдынча түрү сыяктуу эле ультра үндүү изилдөө 100% маалыматты бербейт. Ошондуктан дарыгер-урологдор дайыма жогоруда көрсөтүлгөн алгоритмде сунушталган, изилдөөнүн жана анализдин (көрсөткүчтөр боюнча) бир нече түрүн дайындашат. Алынган маалыматтарды бириктирип чогултуу менен дарылоочу дарыгер негизги клиникалык диагнозду кое алат жана кийинки дарылоо тактикасын аныктай алат.

2-таблицада сийдик чыгаруучу жолдорунун аномалиялары бар бейтаптарды дарылоонун тактикасын аныктоо үчүн бөлүштүрүүнүн мисалы келтирилген.

**2 таблица.** Дарылоонун кийинки кадамдарынын тактикасын чечүү максатында сийдик чыгаруучу жолдордун аномалиялары бар бейтаптарды бөлүштүрүү.

Сийдик чыгаруучу жолдордун аномалиянын түрлөрү	Бейтапты дарылоонун тактикасы		
	Хирургиялык коррекциялоо	Динамикалык байкоо, консервативдик дарылоо	Динамикалык байкоо
<b>Бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн нейробулчуң дисплазиясы</b>	Уретерогидронефроз  Мегауретер	Уродинамикасы азыраак бузулган бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн ахалазиясы	Уродинамикасы бузулбаган бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн ахалазиясы
<b>Бөйрөйтүн ички көңдөйү</b>	II – III стадиядагы Гидронефроз	I стадиядагы Гидронефроз	Уродинамикасы бузулбаган бөйрөктүн ички көңдөйү
<b>Гипоспадия</b>	Гипоспадиянын түтүккө окшош таруу, урук биз туруучу калталык жана жыныс мүчө менен арткы тешиктин ортосундагы	Гипоспадиянын веналык формасы	Гипоспадиянын башча формасы

	аралыктык формалары		
--	---------------------	--	--

Сийдик чыгаруучу жолдорунун өнүгүшүнүн тубаса кемчиликтери аныкталганда практикалык медицинага уролог-дарыгердин аракеттеринин алгоритмин кийирүү – диагностикалоонун жана бейтаптарды кароонун тактикасын аныктоо жана дарылоонун тактикасын тандоо максатында түйүлдүктүн өнүгүшүнүн башкы стадияларында, ымыркай туулган учурда жана кийин ар кандай курактык топтордо (балдарда, өспүрүмдөрдө жана чоң кишилерде) патологиялык абалды систематизациялоого жана так аныктоого мүмкүндүк берет.

### **ТЫЯНАКТАР**

1. Натыйжаларды уродинамикасы бузулган бейтаптарды диагностикалоонун интергацияланган информативдүүлүгү менен салыштырууда эскилиги жеткен ультра үндүү изилдөө жана экскретордук урография сыяктуу методдор оорулардын башталган учурунда жогорку информативдүүлүккө ээ болгондугуна жана диагностикалоонун кымбат баалуу заманбап методдоруна караганда бейтап үчүн экономикалык жактан пайдалуу болуп саналгандыгына карабастан, клиникалык көрүнүштөр оорулар өтө өтүшүп кеткен мөөнөттөрдө 47% бейтапта информативдүү болгондугу аныкталган.

2. Жогорку сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулганда урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын аутопластикасынын иштелип чыккан жана эксперименталдык апробацияланган ыкмалары экспериментке катышкан жаныбарларда ар кыл убакыт аралыктарындагы гистоморфологиялык изилдөөлөрдүн негизиндеги байкоо жүргүзүүдө жогорку натыйжалуулукту көрсөткөн, бул болсо практикалык урологиянын клиникалык натыйжалуулугун кийирүүгө жана баалоого мүмкүндүк берди.

3. Алынган илимий маалыматтар, бөйрөктүн ички көңдөйүнүн гидронефрозун, бөйрөктүн ички көңдөйү-бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчө сегментинин стриктурасын жана бөйрөктүн кошумча тамырын ((Патент №1709 КР от 30 января 2015 года.)), ошондой эле бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн жана уретероцеленин стриктурасынын нейробулчуң дисплазиясын (Патент №1446 КР от 11 марта 2011 года, Патент №3415 КР от 2 мая 2018 года). ) хирургиялык коррекциялоонун сунушталган ыкмаларын пайдалануу жолу менен жогорку сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун жана бейтаптардын жашоо сапатынын жогорку натыйжалуулугун көрсөтүп турат.

4. Алынган илимий маалыматтар гипоспадия жана гермафродитизм орун алган учурда узагынан жаткан уретраны хирургиялык коррекциялоонун сунушталган ыкмаларын пайдалануу жолу менен төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун сапатын жана натыйжалуулугун жана бейтаптардын жашоо сапатын жогорулатууга мүмкүндүк берет (Патент №1670 КР 29 августа 2014 ж, Патент №1414 КР 30 декабря 2011 ж, Патент №1585 КР 31 октября 2013 ж).

5. Практикалык уроандрология үчүн сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулган бейтаптарга реконструкциялоочу-калыбына келтирүүчү операция жасоодо жогорку герметивдүүлүктү, тез айыгууну, кошумча дарттардын жана рецидивдин алдын-алууну камсыз кылуучу, айланма (ичин сыртына аңтарып) өзүнөн-өзү кирип кетүүчү тигишти салуу ыкмаларын пайдалануу сунушталган.

6. Дарылоонун диагностикалык моделин жана алгоритмди пайдалануу онто жана филогенездин бардык этаптарында уродинамикалык бузулууларды өз убагында аныктоого мүмкүндүк берет, бул болсо өз учурунда өнүгүүнүн тубаса кемчиликтерине мониторинг жүргүзүү мүмкүнчүлүгү менен дарылоонун оптималдуу хирургиялык ыкмаларын тандоонун тактикасын жеңилдетет.

7. Сийдик чыгаруу системасынын уродинамикасынын бузулушун хирургиялык дарылоонун иштелип чыккан ыкмалары ар кыл убакыт аралыгында изилдөөлөрдүн натыйжалары тастыктагандай, бул ыкмалар клиниканын иштелмесинде, бир катар артыкчылыктарга эгедер – 87% учурда интраоперациялык аз кан жоготуу, 72% учурда операциядан кийинки кошумча дарттардын азайышы, стационардагы керебет-орунда жатуунун 7 күнгө азайышы, 14 күн аралыгында эмгекке жарамдуулуктун калыбына келүү мезгилинин кыскарышы, жашоо сапатынын 1,5 эсеге жогорулашы, дарылоонун нарк баасынын салттуу дарылоого караганда 30,2% төмөндөшү.

## **ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР**

1. Бөйрөктүн ички көңдөйү-бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчө сегментинин уродинамикасы бузулганда эркектин урук безинин (жумурткалыктын) сырткы кабынын аутопластикасынын сунушталган ыкмасы бул патология орун алган учурда дарылоонун оперативдик ыкмасынын натыйжалуулугун жогорулатууга мүмкүндүк берет.

2. Нейробулчуң дисплазиясы бар бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөгө айланма (ичин сыртына аңтарып) тигиш салуу менен тигүү пластиканын участогунун рецидивди өнүктүрүү коркунучусуз герметивдүүлүгүн сактоого жана тез айыгышына мүмкүндүк берет.

3. Жаңы катетердин жардамы менен операциядан кийинки мезгилде дренаж кылуунун (кургатуунун) сунушталган ыкмасын колдонуу неоуретарага сийдиктин барышын жокко чыгарат жана ткандык суюктуктун топтолушун азайтат, ал болсо өз учурунда уратралдык тешикче, уретриттер жана жаранын тартылуусу түрүндөгү операциядан кийинки кошумча оорулардын жыштыгын төмөндөтөт.

4. Уретероцелени хирургиялык дарылоонун жакшыртылган методу тешикченин жана бөйрөктө ажыратылып чыккан сийдикти табарсыкка жеткирүүчү түтүкчөнүн интрамуралдык бөлүгүнүн стенозу, уретерогидронефроз, тигиштердин жана операциядан кийинки тешикчелердин бошондугу сыяктуу кошумча оорулардан оолак болууга мүмкүндүк берет.

5. Буккалдык былжырды жана жыныс мүчөнүн беттеринин былжыры менен стриктурасы узартылган уретрага пластикалык операциялардын иштелип чыккан ыкмаларын колдонуу операциядан кийинки кошумча оорулардын санын кыйла кыскартууга мүмкүндүк берди.

6. Дарылоонун диагностикалык моделин жана алгоритмин колдонуу уроандронологдорго уродинамикалык бузулууларды өз убагында аныктоого гана мүмкүндүк бербестен, ошондой эле дарылоонун оптималдуу хирургиялык ыкмаларын тандоонун тактикасын жеңилдетет.

## **ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫККА ЧЫККАН МАКАЛАЛАРДЫН ТИЗМЕСИ**

1. **Курбаналиев, Р. М.** К вопросу оперативного лечения нейромышечной дисплазии мочеточника. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, А. Т. Адиев, И. В. Колесниченко, Б. А. Боталаев. // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, - 2010. - №3. – С. 9 -11.

2. **Курбаналиев, Р. М.** Хирургическая коррекция гидронефроза у детей и взрослых. [Текст] / Г. С. Чернецова, И. В. Колесниченко, Р. М. Курбаналиев. // Актуальные вопросы неотложной и восстановительной хирургии. – Красноярск. - 2011. – С. 367-368.

3. **Курбаналиев, Р. М.** Способ буккальной пластики уретры при облитерации и гипоспадии. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, Р. Е. Кузебаев // Патент №1414 КР от 30 декабря 2011 года.

4. **Курбаналиев, Р. М.** Способ хирургической коррекции нейромышечной дисплазии мочеточника. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, Ф. М. Абдуллаев. // Патент № 1446 КР от 11 марта 2011 года.

5. **Курбаналиев, Р. М.** Клинико-функциональное состояние почек при гидронефротической трансформации до и после хирургической коррекции лоханочно-мочеточникового сегмента. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р.

М. Курбаналиев, Ф. М. Абдуллаев. // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2012. - №3. – С. 11-13.

6. **Курбаналиев, Р. М.** Опыт хирургической коррекции при истинном гермофродитизме. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. Е. Кузебаев, З. Ш. Хакимходжаев, Р. М. Курбаналиев. // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2012. - №3. –С. 40-44.

7. **Курбаналиев, Р. М.** Случай семейной гипоспадии: наш опыт хирургической коррекции. [Текст] / Р. М. Курбаналиев, Р. Е. Кузебаев, А.Ч. Усупбаев, З. Ш. Хакимходжаев, Ж. С. Мырзалиев, А. Т. Адиев, Б. М. Султанов. // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2013. - №3. – С. 38-43.

8. **Курбаналиев, Р. М.** Буккальная уретропластика при гипоспадии. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, Р. Е. Кузебаев. // Медицина Кыргызстана. – Бишкек, 2013. - №3. – С. 122-124.

9. **Курбаналиев, Р. М.** Способ уретропластики из стенок влагалища при истинном гермафродитизме. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. Е. Кузебаев, Р. М. Курбаналиев, З. Ш. Хакимходжаев // Патент №1585 КР от 31 октября 2013 года.

10. **Курбаналиев, Р. М.** Сравнительная оценка методов уретропластики при хирургическом лечении гипоспадии. [Текст] / Р. М. Курбаналиев, Р. Е. Кузебаев, Э. И. Эратов. // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал имени М. М. Миррахимова. - Бишкек, 2014. – Том XX. - № 2-3. - С. 115-118.

11. **Курбаналиев, Р. М.** Способ дренирования и инстилляции при уретропластике на большом протяжении при гипоспадии и стриктурах уретры и катетер для его осуществления. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, Р. Е. Кузебаев // Патент №1670 КР от 29 августа 2014 года.

12. **Курбаналиев, Р. М.** Патогенетическая роль хронического бактериального простатита в формировании андрогенодефицита у пациентов фертильного возраста. [Текст] / К. К. Антонов, А. А. Еркивич, Д. Д. Цырендоржиев, Н. Н. Кузнецова, В. Я. Фарбирович // Экспериментальная и клиническая урология. – Москва, 2015. - № 1. – С. 66-71.  
<https://elibrary.ru/item.asp?id=23909243>

13. **Курбаналиев, Р. М.** Способ аутопластики лоханки при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, А. Т. Адиев А.Т., Б. М. Султанов // Патент №1709 КР от 30 января 2015 года.

14. **Курбаналиев, Р. М.** Совершенствование хирургической коррекции лоханочно-мочеточникового сегмента и лоханки при вторичных камнях почек путем аутопластики. [Текст] / Б. М. Султанов, Р. М. Курбаналиев, А. Ч.

Усупбаев, Г. С. Чернецов, О. Н. Чернецов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – Бишкек, 2016. – Том 16. - №11. – С. 66-68.  
<http://www.krsu.edu.kg/vestnik/index.html>

15. Курбаналиев, Р. М. Лечение вторичного бесплодия у больных, перенесших в анамнезе операции по поводу стриктуры уретры. [Текст] / Асилбек уулу У., В. Н. Евсюков, М. Б. Абдыкалыков, Р. М. Курбаналиев, Оскон уулу А., Р. Е. Кузебаев // Вестник Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2017. - №3. – С. 19-21. [vestnik\\_kgma@mail.ru](mailto:vestnik_kgma@mail.ru)

16. Курбаналиев, Р. М. Пластика мочеиспускательного канала у пациентов с проксимальными формами гипоспадии. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. Е. Кузебаев, Р. М. Курбаналиев, М. Б. Абдыкалыков, М. К. Байсалов, Асилбек уулу У. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2017. - №3. – С. 84-88. [vestnik\\_kgma@mail.ru](mailto:vestnik_kgma@mail.ru)

17. Курбаналиев, Р. М. Экспериментальная работа: аутопластика лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточника влагалищной оболочкой яичка. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, Г. С. Чернецова, И. В. Колесниченко, Б. М. Султанов, М. Н. Мырзаканов, А. О. Золотухин, Н. А. Вагнер. // Урология. – Москва, 2017. - № 6. – С. 50-54.  
<https://elibrary.ru/item.asp?id=30754510>

18. Курбаналиев, Р. М. Оптимизация хирургического лечения пациентов с нейромышечной дисплазией мочеточника. [Текст] / Р. М. Курбаналиев, И. В. Колесниченко, Б. М. Султанов. // UNIVERSUM: Медицина и фармакология. – Москва, 2017. – №2 (36).  
<http://7universum.com/ru/med/authors/item/4268>

19. Курбаналиев, Р. М. Применение непрерывного «вворачивающего» шва у пациентов при реконструктивно-пластических операциях на мочевыводящих путях. [Текст] / Р. М. Курбаналиев, И. В. Колесниченко, Р. Е. Кузебаев, З. Ш. Хакимходжаев. // Международный научный журнал «Символ науки». – Харьков, 2017. - №03-2. – С. 210-214.  
[http://os-russia.com/SBORNIKI/SN-2017-03\\_2.pdf](http://os-russia.com/SBORNIKI/SN-2017-03_2.pdf)

20. Курбаналиев, Р. М. Реконструктивные операции при пороках развития уретры и наружных половых органов. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. Е. Кузебаев, Р. М. Курбаналиев, Б. А. Рысбаев. // UNIVERSUM: Медицина и фармакология – Москва, 2017. – №2 (36).  
<http://7universum.com/ru/med/authors/item/4258>

21. Курбаналиев, Р. М. Опыт лечения калькулезного гидронефроза. Аутопластика лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточника. [Текст] / Б. М. Султанов, Г. С. Чернецова, Р. М. Курбаналиев, А. Т. Адиев. //



Актуальные вопросы диагностики и лечения урологических заболеваний. VI конгресс урологов Сибири с международным участием. - 2017. – С. 85-86.

22. **Курбаналиев, Р. М.** Мониторинг врожденных пороков развития мочевыделительной системы. [Текст] / Р. М. Курбаналиев, А. Ч. Усупбаев, А. А. Еркович, И. В. Колесниченко. // Вестник Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2017. - №3. – С. 143-148. [vestnik\\_kgma@mail.ru](mailto:vestnik_kgma@mail.ru)

23. **Курбаналиев, Р. М.** Тенденции в эпидемиологии и метафилактике мочекаменной болезни. [Текст] / Б. М. Султанов, И. В. Колесниченко, Р. М. Курбаналиев, А. Т. Адиев. - 2017. - Том 17. - №7. – С. 161-162. <http://www.krsu.edu.kg/vestnik/index.html>

24. **Курбаналиев, Р. М.** Редкие варианты патологии в онкоурологической практике. [Текст] / А. Т. Токтомушев, У. К. Саяков, Б. М. Ибраев, А. У. Саякова, Э. А. Маматов, А. М. Туманбаев, Р. М. Курбаналиев, А. А. Идирисов, А. А. Токтомушева.// Московский хирургический журнал. – Москва, 2018. - №4. – С. 51-58. <https://elibrary.ru/item.asp?id=36530952>.

25. **Курбаналиев, Р. М.** Хирургическая коррекция у пациентов с гипоспадией в Кыргызстане за 2004-2017 гг. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиевич, Р. Е. Кузебаев. // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. – А-Ата, 2018. - №1. – С. 24-29. <https://elibrary.ru/item.asp?id=34875703>

26. **Курбаналиев, Р. М.** Функциональная оценка состояния верхних мочевыводящих путей у пациентов с гидронефрозом и внутрипочечной лоханки, оперированных методом аутопластики. [Текст] / Р. М. Курбаналиев, А. Ч. Усупбаев, И. В. Колесниченко, Н. Ж. Садырбеков, Б. М. Султанов. // Урология. – Москва, 2018. - №2. – С. 44-51. <https://elibrary.ru/item.asp?id=35001412>

27. **Курбаналиев, Р. М.** Способ хирургического лечения уретероцеле. [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, И. В. Колесниченко, Б. А. Боталаев, Б. М. Султанов // Патент № 3415. КР от 2 мая 2018 года.

**Курбаналиев Ринат Маратовичтин «Жогорку жана төмөнкү сийдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасынын бузулушун хирургиялык дарылоону оптимизациялоо» деген темадагы 14.01.23 – урология адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын кыскача**

#### **КОРУТУНДУСУ**

**Негизги сөздөр:** уродинамиканын бузулушу, гидронефроз, нейробулчуң дисплазиясы, уретероцеле, гипоспадия, гермафродитизм,

сыйдик-тукум органдарынын өнүгүшүнүн тубаса аномалиялары, урофлоуметрия, реконструктивдик-калыбына келтирүүчү операциялар, уретропластика, алыскы мөөнөттөр, жашоо сапаты, андрогенодефицит, бактериалдык простатит.

**Изилдөөнүн объекттери:** жогорку (238 бейтап) жана төмөнкү (61 бейтап) сыйдик чыгаруу жолдорунун уродинамикасы бузулган бейтаптар.

**Изилдөөнүн максаты.** Илимий негиздемеленген клиникалык-эксперименталдык өнүктүрүлгөн методдордун натыйжалуулугун баалоонун негизинде, жогорку жана төмөнкү сыйдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулган бейтаптарды хирургиялык дарылоону жана жашоо сапатын жакшыртууну жогорулатуу.

**Изилдөөнүн методдору:** клиникалык, ретроспективдүү, статистикалык.

**Изилдөөнүн натыйжалары.** Колдонулуп жаткан методдордун информативдүүлүгү нозологиядан, өнүгүү стадиясынан, сыйдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасынын бузулушунун даражасынан көз каранды жана приоритеттүүлүк бейтаптын өзүнүн коопсуздугуна жана экономикалык пайдалуулугуна берилет, жана мындай ыкмалары болуп диагностиканын нурлуу методдору (УҮИ - орусчасы УЗИ) саналышат.

Жогорку жана төмөнкү сыйдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасынын бузулушун хирургиялык коррекциялоонун сунушталган ыкмалары бардык параметрлер боюнча (жашоо сапатын баалоо, косметикалык натыйжалуулук, фертилдүүлүктү сактоо) ар кыл убакыт аралыктарында, анын ичинде салттуу методдор менен салыштырмалуу аспектте да бейтаптардын жашоо сапаты натыйжалуу болгон.

**Илимий жаңычылдык.** Сыйдик чыгаруучу жолдордун уродинамикасы бузулган учурда колдонулуп жаткан методдордун натыйжалуулугун жана информативдүүлүгүн баалоо жүргүзүлгөн; эксперименталдык-клиникалык изилдөөдө уродинамика бузулган учурда химиялык коррекциянын ыкмалары иштелип чыккан жана апробацияланган (6 патент); өнүгүүнүн тубаса кемчиликтерине (ВПР) кабылган бейтаптарды оптималдуу дарылоону тандоо үчүн диагностикалык модель жана алгоритм иштелип чыккан жана сунушталган.

**Колдонуу аймагы:** Саламаттыкты сактоо, урология, хирургия.

## РЕЗЮМЕ

диссертации Курбаналиева Рината Маратовича на тему «Оптимизация хирургического лечения нарушений уродинамики верхних и нижних мочевых путей» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.23 – урология

**Ключевые слова:** нарушение уродинамики, гидронефроз, нейромышечная дисплазия, уретероцеле, гипоспадия, гермафродитизм, врожденные аномалии развития мочеполовых органов, урофлоуметрия, реконструктивно-восстановительные операции, уретропластика, отдаленные сроки, качество жизни, андрогенодефицит, бактериальный простатит.

**Объекты исследования:** Больные с нарушениями уродинамики верхних (238 больных) и нижних мочевых путей (61 больных).

**Цель исследования.** Повысить эффективность хирургического лечения и улучшить качество жизни больных с нарушением уродинамики верхних и нижних мочевыводящих путей, на основе оценки эффективности научно обоснованных клинико-экспериментальных усовершенствованных методов.

**Методы исследования:** клинический, ретроспективный, статистический.

**Результаты исследования.** Информативность применяемых методов зависит от нозологии, стадии развития, степени нарушения уродинамики МВП и приоритетность остается за безопасностью и экономической выгодностью для самого пациента, и таковым являются лучевые методы диагностики (УЗИ).

Предложенные способы хирургической коррекции при нарушении уродинамики верхних и нижних мочевых путей были эффективнее по всем параметрам (оценка КЖ, косметическая эффективность, сохранение фертильности) в различные отдаленные сроки, в том числе и качество жизни больных в сравнительном аспекте с традиционными методами.

**Научная новизна.** Проведена оценка эффективности и информативности применяемых методов при нарушениях уродинамики мочевыводящих путей; разработаны и апробированы способы хирургической коррекции при нарушениях уродинамики в экспериментально-клиническом исследовании (6 патентов); разработана и рекомендована диагностическая модель и алгоритм для выбора оптимального лечения больных с ВПР.

**Область применения:** здравоохранение, урология, хирургия.

## SUMMARY

**the Ph. D. thesis in Medical Science of Kurbanaliev Rinat Maratovich on the topic “Optimization of surgical treatment of the disruption of urodynamics of upper and lower urinary tracts” by speciality 14.01.23 - urology**

**Key words:** disruption of urodynamics, hydronephrosis, neuromuscular dysplasia, ureterocele, hypospadias, hermaphroditism, congenital anomaly of urogenital organ development , urofluometry, reconstructive and restorative operations, urethroplasty, quality of life, androgenodeficiency, bacterial prostatitis.

**Objects of the research:** Patients with disruption of urodynamics of upper (238 patients) and lower urinary tracts (61 patients).

**Goal of the research.** Increase efficiency of surgical treatment and improve quality of life of the patients with disruption of urodynamics of upper and lower urinary tracts on the basis of the efficiency of scientifically grounded clinically and experimentally improved methods.

**Methods of the research:** clinical, retrospective, statistical.

**Results of the research.** Information content of the applied methods depends on nosology, development stage, degree of disruption of urodynamics of urinary tracts, and priority is given to safety and economical profitability for the patients, and such are radial methods of diagnostics (ultrasound investigation).

Proposed methods of the surgical correction of disruption of urodynamics of upper and lower urinary tracts were more effective by all parameters (evaluation of KJ, cosmetic efficiency, preservation of fertility) in different long periods, including quality of life of the patients compared to the traditional methods.

**Scientific novelty.** Evaluation of the efficiency and information content of the applied methods to disruption of urodynamics of urinary tracts; developed and approved the methods of surgical correction of disruption of urodynamics under the experimental and clinical research (6 patents); developed and recommended the diagnostic model and algorithm for treatment of the patients with VPR.

**Sphere of application:** urology