

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

Д. 14.18.568. Диссертациялык кеңеш

Кол жазма укугунда
УДК 616.67-002-07-089

МУКАНБАЕВ КАСЫМБЕК

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЗААРА–ЖЫНЫС МҮЧӨЛӨРҮНҮН
КУРГАК УЧУГУ
(ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ, КЛИНИКАСЫ, ДАРТ АНЫКТОО ЖАНА
ДАРЫЛОО)**

14.01.23 – урология

14.01.16 – фтизиатрия

**Медицина илимдеринин доктору
илимий даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
авторефераты**

БИШКЕК 2018

Илимий эмгек Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук фтизиатрия борборунда жана И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын М.Т. Тыналиев атындагы урология жана андрология кафедрасында аткарылды.

Илимий консультантар: медицина илимдеринин доктору, профессор
Усупбаев Акылбек Чолпонкулович,
медицина илимдеринин доктору
Кадыров Абдуллаат Саматович

Расмий оппоненттер: м.и.д. профессор Макажанов Марат Абжалович
м.и.д. профессор Хусаинов Тамерлан Эркенович
м.и.д. профессор Белова Елена Сергеевна

Жетектөөчү оппоненттик уюм: Өзбекстан Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Республикалык адистериштирилген илимий урологиялык борбору.
Казахстан Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигине караштуу Улуттук илимий фтизиопульмология борбору.

Илимий эмгекти коргоо 2018-жылдын «___» _____ саат 14.00 дө Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык илимий урология борборунда (720040, Бишкек ш., Тоголок Молдо көч.,1) Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясынын жана Кыргыз-Россия Славян Университетинин алдындагы Д. 14.18.568 диссертациялык кеңешинин жыйынында болот.

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 2018 - жылдын «___» _____ таратылды.

Диссертациялык кеңештин окумуштуу катчысы, медицина илимдеринин кандидаты

Өскөн уулу Айбек

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Дисертациянын актуалдуулугу. Фтизиатрия тармагындагы маанилүү жетишкендиктерге карабастан, ар түрдүү өлкөлөрдө кургак учук боюнча эпидемиологиялык кырдаал олуттуу көйгөй бойдон калууда. Бүткүл дүйнө жүзү боюнча начарлап бара жаткан кырдаал катары бааланууда, ал эми себептери мурункулар эле – бул коомдун социалдык-экономикалык туруксуздугу, миграциянын өсүшү, кургак учук, АИЖВ (адамдын иммун жетишсиздик вирусу) ж.б. оорулуулардын санынын көбөйүшү. Мисалы, Батыш Европанын 22 мамлекетинде кургак учук менен ооругандардын саны 100 000ге 20 адамдан азыраак, 14 мамлекетинде 20дан-49га чейин, ал эми Чыгыш Европанын айрым өлкөлөрүндө, Россияда, КМШ өлкөлөрүндө ж.б. 100 000ге 50 же андан ашыгыраак адам туура келет. Ал эми 1995-жылы БДССУ (Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму) Украинада эпидемия жарыялаган (В.Б. Галкин авторлош, 1999; М.А. Карачунский, 2000; А.А. Картавых 2009; М.А. Хакимов авторлош, 2011; Н.И. Клевно, 2015; М. Yokoyama, 1998; W.M. Jakubowiak et al., 2007; M.G. Madariaga et al., 2007; M. Sek et al., 2005; P. Narasimhan et al., 2013).

Өпкө кургак учугу менен катар өпкөдөн тышкары жайгашкан кургак учуктун (ӨТЖКУ) түрлөрү көбөйүүдө (Ю.Н. Левашев, А.Е. Гарбуз, 2001; Е.В. Кульчавеня и В.Т. Хомяков, 2003; S. Lenk 2001; М.Н. Алиу, 2004), антсе да айрым эпидемиологдор бул өсүүнү анчалык олуттуу деп санабайт (D. Yancey, 2008; M. Tanthanuch et al., 2010).

Дүйнөлүк изилдөөчүлөрдүн маалыматы боюнча, заара жолдорунун кургак учугу өпкөдөн тышкары кездешкен кургак учуктун оор түрлөрүнүн бири болуп саналат жана саны боюнча биринчи орунду ээлейт (Р.К. Ягафарова 1999; Ф.А. Батыров авторлош, 2005; А.А. Нерсесян, 2006; И.Г. Фелькер авторлош, 2013; Nermal A.K. et al., 1999; N.P. Buchholz et al., 2000; Benchekroun A. et al., 2002; V.K. Dhingra, 2005; E. Kulchavenya, 2015). Ошентсе да, айрым европа мамлекеттерде, өпкөдөн тышкаркы кургак учуктун саны кыскарганы белгиленип жүрөт (WHO, 2009; 2013).

Илимдин алдыңкы жетишкендиктерине карабастан, бүгүнкү күндө бөйрөктүн кургак учугун өз учурунда аныктоо көрсөткүчү төмөн бойдон калууда (Ф.А. Батыров, 2004; А.Д. Адамбекова, 2014; А.А. Кусаев авторлош, 2002; О.Н. Зубань авторлош, 2008; Y. Gong, 2003; J.B; M.S. Gibson et al., 2004; L. Altintepe et al., 2005; Eastwood. et al., 2011). Бул баштапкы стадияларында ооруунун белгилеринин билинбей өтүшү жана ооруунун типтүү клиникалык картинасынын жоктугу менен шартталат. Бөйрөктүн жана заара чыгаруучу жолдордун кургак учуктан жабыркоосунун жападан-жалгыз патогномониялык белгиси болуп, заарадан кургак учуктун микобактерияларынын табылышы саналат, бул 28-42% учурда байкалат (Б.М Ариель, 2000; О. В. Писанин

авторлош, 2007; J. Gurski et al, 2008; G.J. Wise, 2009; C. T. Huang et al., 2010; R.J. Lessells, et al., 2011).

Акыркы он жылдыкта кургак учукту аныктоо салыштырмалуу кеңейди жана маалыматтуулуктун жогорку деңгээлин мүнөздөөчү иммунологиялык, генетикалык, жана нур ыкмалары менен байытылды. Бирок, фтизиоурологиялык практикада жогоруда аталган ыкмалардын колдонулушу заманбап адабияттарда толук чагылдырылган эмес, орун алган маалыматтар көпчүлүк учурда бири-бирине карама-каршы маанини билдирет (Н.А. Браженко, 2013; Е.Б. Вишневецкая, 2000; М. В. Альбарес Фигероа авторлош, 2013; Hemal A.K. et al., 2000; A.A. Figueiredo et al, 2010; H.L. Hsu et al, 2011; R. Ruy De Souza, 2015).

Кургак учуктун бардык түрлөрүн, алардын ичинде заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учукту (ЗЖМКУ) дарылоодо, химиотерапиянын жетишкендиктерине карабастан, хирургиялык ыкмалар маанилүү орунду ээлеп келет (В.В. Борщевский, 1999; Р.К. Ягафарова авторлош, 2000; С.П. Ветшев, авторлош, 2000; М.И. Перельман, 2007; Р. Залескис, 2007; О.Н. Зубань авторлош, 2008; А.А. Довлатян, 2008; Hemal A.K., Aron M., 1999; Bucholz N.P. et al., 2000; K. Khader et al., 2001; Benchekroun A. et al., 2002; N. Kamat et al, 2006; S. Lenk, 2011).

Кыргыз Республикасында бүгүнкү күндө дем алуу органдарынын, сөөк-муун ж.б. өпкөдөн тышкары жайгашкан кургак учуктун маселелерин козгогон илимий эмгектер бар (С.С. Байзакова, 1958; М.И. Китаев, 1966; В.С. Вайсман, 1968; Л.А. Горелкин, 1974; М.А. Мамбетов, 1986; А.Ш. Алишеров, 1995; А.А. Токтогонова, 2001; Е.А. Жданова, 2002; М.Д. Абдиев, 2006; С.В. Федорова, 2008; М.И. Сулайманова, 2013; К.Т. Истамов, 2015). Ошентсе да, республикадагы коомдук-экономикалык абалдын өзгөрүшүнө байланыштуу заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугун кылдат изилденген эмес жана DOTS-стратегиясын киргизүү иши такыр жүргүзүлгөн эмес.

Жалпы жонунан Кыргыз Республикасынын шартында заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугунун (ЗЖМКУ) маселелеринин, учурдагы факторлордун оору жыштыгына тийгизген таасири, анын кайталап кармоосу, кабылдоолору, дарылоо жана алдын алуу тактикасынын толук иштелип чыкпагандыгы, бейтаптардын жашоо сапатын каттоо, ооруунун жыйынтыгын эрте эле болжолдуу аныктоо сыяктуу маселелердин аз изилденгени аталган изилдөөнү фтизиоурологиялык кызматтын уюшулушунан баштап жүргүзүүгө негиз болду.

Диссертация темасынын ири илимий долбоорлор жана негизги илимий-изилдөөчүлүк иштер менен байланышы. Диссертация УФБнын 2001-2015жж. аралыгындагы "Кыргыз Республикасында кургак учукту сапаттуу аныктоо жана дарылоо боюнча жаны технологияларды иштеп чыгуу жана жайылтуу" аттуу илимий-техникалык программасынын алкагында аткарылган. Мамлекеттик каттоо номери № 0003060, №0005625, № 0007011.

Изилдөөнүн максаты: Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугунан жабыркаган оорулууларды дарылоонун натыйжалуулугун жана алардын жашоо сапатын КРдин шартында эпидемиология, клиника, дарт аныктоо жана дарылоо өзгөчөлүктөрүн аныктоо жана изилдөөнүн негизинде жогорулатуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Кыргыз Республикасындагы өпкөдөн тышкары жайгашкан кургак учуктун

тармагындагы заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугунун 1984-жылдан 2015-жылга чейинки экономикалык өнүгүүнүн ар түрдүү шартындагы эпидемиологиялык өзгөчөлүгүн изилдөө.

2. Ооруунун жыйынтыгына таасирин тийгизүүчү факторлорго карай, заара-жыныс кургак учугунун клиникалык белгилеринин жана ооруунун жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрүн аныктоо.

3. Экономикалык жактан пайдалуу эски ыкмалар (рентгенурологиялык, бактериологиялык жана бактериоскопиялык) менен заара-жыныс кургак учугун аныктаган лаборатордук (ИФА, ПЧР, цитокиндер), нур (УДИ, КТ, МРТ) заманбап ыкмаларын баалоо.

4. Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугунун этиопатогенетикалык дарылоонун комплекстүү схемасын иштеп чыгуу жана анын натыйжалуулугун стационардын шартында дарылоонун стандарттык схемасы менен салыштырып баалоо.

5. Дарылоонун хирургиялык ыкмаларынын, анын ичинде клиника тарабынан сунушталган ЗЖМКУ клиникалык-морфологиялык көрсөткүчтөрдү салыштыруу аркылуу бөйрөктү резекциялоо ыкмасынын ролун жана маанисин аныктоо.

6. Алынган материалдардын негизинде стационарга жаткырганга чейин эле ЗЖМКУ шектенип, аны аныктаган учурда дарт аныктоо алгоритмин түзүү боюнча дарыгердин тактикасын иштеп чыгуу.

7. Жыныс органдардын кургак учугунан жабыркаган эркектерди протективдүү дарылоого чейин жана андан кийин дарылоонун стандарттык схемасы менен салыштырып, фертилдүүлүгүн баалоо.

Алынган жыйынтыктардын илимий жанычылдыгы:

1. Кыргыз Республикасында узак убакыттан бери (30 жыл) ЗЖМКУ эпидемиологиялык, комплекстүү клиникалык-лаборатордук түрдө баалоо иши биринчи жолу жасалды.

2. Биринчи жолу заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугунун ар кандай клиникалык түрлөрүнө буга чейин колдонулуп келген ыкмалардын негизинде дарт аныктоочу жарыш сызыктар жүргүзүлдү жана заара бөлүп чыгаруу системасы менен эркектердин жыныс органдарын изилдөөчү заманбап ыкмалардын жогорку натыйжалуулугу көрсөтүлдү.

3. Клиникалык-рентгенологиялык көрсөткүчтөргө жаңы препарат – Гиалуронидаза – Лонгидазанын тийгизген таасири биринчи жолу иликтөөгө алынды жана анын заара-жыныс кургак учугунан жабыркаган оорулуулардын негизги курсунун ар кандай мөөнөттөрүндө колдонуунун максат багыттуулугу далилденди, ошондой эле анын кургак учукка каршы комплекстүү дарылоодо колдонуунун клиникалык натыйжалуулугуна негиздеме берилди.

4. Кургак учуктук микроцистите бөйрөктү резекциялоонун жана реконструкциялоочу-калыбына келтирүүчү операциялардын ыкмалары жакшыртылды.

5. Биринчи жолу нефро-кургак учукту дарылоо комплексинде лазер менен дарылоо колдонулду жана колдонуу көрсөтмөлөрү жана ыкмалары иштелип чыкты.

6. Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учук оорууларын кароо тактикасынын дарт аныктоо алгоритми иштелип чыкты.

7. Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учук оорулууларын дарылоого чейинки жана андан кийинки, ошондой эле бир топ убакыттан кийинки жашоо сапаты бааланды.

Алынган жыйынтыктардын практикалык мааниси. Иштелип чыккан дарт аныктоо алгоритми дарыгерлерге урогениталдык кургак учукту, ошондой эле бөйрөктөрдүн жана заара бөлүп чыгаруучу жолдордун адаттан тыш жабыркоолорун өз убагында аныктоого жардам берет.

- ЗЖМКУ жабыркаган оорулууларды комплекстүү дарылоодо Лонгидазаны[®] химиотерапия башталгандан тартып, 2 айдан 12 айга чейин төмөнкүдөй тартипте берүү сунушталат: бөйрөк ткандарынын репаративдүү процесстерин жакшыртуу максатында 3000 МЕ ар бир 3 күн сайын булчуңга берүү зарыл, курсу 12 инъекцияны түзөт.

- Нефрокургак учугун дарылоодо комплекстүү дарылоону жана лазер менен дарылоо боюнча иштелип чыккан схема жана аны колдонуунун узактыгы дарылоонун жана кайталап кармоонун, кабылдоолордун алдын алуунун натыйжасын жакшыртууга көмөктөшөт.

- Кургак учуктук микроциститти реконструктивдүү-калыбына келтирүүчү операциялардын сунушталган ыкмасы бейтаптын ооруканада жатуу убактысын кыскартат жана мындай оорулуулардын майыптыкка чыгуу көрсөткүчүн азайтып, операциядан кийин оорулуунун толук калыбына келишине жардам берет. Ошондуктан олуттуу экономикалык мааниге ээ.

- Иштелип чыккан дарылоо комплексин фертилдүүдүүлүктүн бузулушунун алдын алуучу иш-аракеттер катары сунуштоого болот.

Алынган жыйынтыктардын экономикалык мааниси. Бул Кыргыз Республикасынын калкын кымбат баалуу дары каражаттарына чыгым кылбай,

урогениталдык кургак учуктан жабыркаган бейтаптарды комплекстүү дарылоодо медициналык-хирургиялык натыйжалуулукту жогорулатуу мүмкүнчүлүгүн камтыйт.

Коргоого алынып чыгаруучу диссертациянын негизги жоболору :

1. КР ССМдин МИБдин кургак учукка байланыштуу маалыматы боюнча, биринчи жолу каттоого алынган ӨТЖКУнун (өпкөдөн тышкаркы кургак учук) салыштырма салмагы 40 жылдын ичинде 3 эсеге төмөндөгөн жана өпкөдөн тышкаркы кургак учук арасында уrogenиталдык кургак учук (КУ) негизги клиникалык түрү болуп саналат.

2. Уrogenиталдык локализациядагы ӨТЖКУну толук эмес жана кеч аныктоодон катталган оорусунун деңгээли төмөндөгөнү байкалат. Жалпы дарылоо мекемелеринде нефро-КУ өз учурунда аныктоо көрсөткүчү өтө төмөн (56% учурда диагноз туура эмес коюлат), бул кабылданган жана күчөп кеткен түрлөрүн пайда кылат.

3. Дарт аныктоонун сунушталган ыкмаларын колдонуу нефрокургак учукту салттуу рентгендик аныктоого салыштырмалуу ПЧРдин жардамы менен 86,7% чейин (спецификалык түрүндө 100% чейин), ИФА 75,6% чейин (спецификалык түрүндө 100% чейин), УДИ – 70% чейин, КТ – 89,1% чейин, МРТ – 97,5% аныктоонун натыйжалуулугун жогорулатууга мүмкүндүк берет.

4. Тийиштүү химиотерапиянын 2-12 айларында Гиалорунидаза - Лонгидаза[®] препараттарын колдонуу дарыларга туруктуу бейтаптарда да бөйрөк ткандарынын көндөйлөрүнүн ажыроосун токтотуу мөөнөтүн тездетет жана заара жолдору менен жыныс органдарындагы инфилтративдүү өзгөрүүлөрдүн жоюлушун шарттайт.

5. Хирургиялык ыкмалардын, комплекстүү этиопатогенетикалык дарылоону жана лазер нурдануусун колдонуу - дарылоонун натыйжалуулугун, айыгуусун жогорулатат, кабылдоолорду азайтат жана бейтаптардын ЖС жогорулатат.

Издөнүүчүнүн кошкон жеке салымы. Бардык клиникалык изилдөөлөр жана оперативдүү кийлигишүүлөр, мындан тышкары экинчи жолу кайталанып алынган анализдер жеке автор тарабынан аткарылды.

Диссертациянын жыйынтыктарынын апробацияланышы. Илимий эмгектин жыйынтыгы боюнча төмөнкүдөй баяндамалар жасалды: Кыргыз Республикасынын урологдор коомунун отурумдарында (Бишкек, 2001, 2003, 2007, 2011); КР Президентинин иштер башкармалыгынын дарылоо-чыңдоочу бирикмесинин илимий-тажрыйбалык конференцияларында (Бишкек, 2001, 2003); Сектор аралык кеңешмелерде жана «Кыргызстандагы DOTS стратегиясы» эл аралык конференцияларында (Бишкек, 2000, 2003); Хирургдардын эл аралык илимий-тажрыйбалык конференцияларында (Бишкек, 1999); Урологдордун 3-республикалык илимий-тажрыйбалык

конференцияларында (Бишкек, 1998); М.М. Авербахтын элесине арналган конференцияда (75жылдык туулган күнүнө арналган) (Москва, 2000); III КР хирургдарынын конгрессинде (Бишкек, 2001); IV КР гигиенисттер, эпидемиологдор, микробиологдор, паразитологдор жана инфекционисттер съездинде (Бишкек, 2002); V урологдордун эл аралык конференциясында (Бишкек, 2003); КОСУнун медициналык факультетинин ачылгандыгынын 10 жылдыгына байланыштуу (Бишкек, 2004); КР Уролог жана андрологдордун отурумунда (Бишкек, 2015); Кытайдагы жана БАР (Борбордук Азия Республикаларынын) кургак учук маселелерине байланыштуу өткөрүлгөн 2-илимий-практикалык конференцияда (Чолпон-Ата, 2016) баяндалып, талкууланган.

Изилдөөнүн жыйынтыктарын басылмаларда толук чагылдыруу. Эмгек Улуттук фтизиатрия борборунун «Республика аймагында кургак учуктан жабыркаган ооруларды аныктоо, дарылоо жана дартты аныктоо үчүн байкоого алууда колдонулган заманбап, БДССУ сунуштаган ыкмалардын натыйжалуулугун ар тараптан баалоо жана алардын кургак учук боюнча негизги көрсөткүчтөрдүн өзгөрүүсүнө таасири» аттуу тематикалык планына ылайык, мамлекеттик каттоо номери №0000720 болгон «Кургак учук» мамлекеттик программасынын алкагында аткарылды.

Диссертациянын негизги жоболору И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын КММИжКДда фтизиоурология предмети боюнча окуу программаларына киргизилген.

Кыргызпатент тарабынан 1997-жылдын 30-декабрында берилген №219 «Бөйрөктү резекциялоо ыкмасы» аттуу патенттик күбөлүк алынган.

Автор мезгилдүү басылмаларда жарыкка чыккан журналдарда, илимий эмгектердин жана илимий конференциялардын материалдарынын жыйнактарында жарык көргөн 47 илимий эмгекке, 2 усулдук сунуштамага, 1 патентке ээ.

Диссертациянын түзүлүшү жана көлөмү. Диссертация киришүүдөн, 7 бөлүмдөн, тыянактар, корутундудан, практикалык сунуштамалардан жана адабияттар тизмесинен турат. Эмгек 281 компьютердик барактан турат, 105 сүрөт жана 51 таблицадан турат. Колдонулган адабияттар тизмеси 333 булактан турат, алардын 103 алыскы чет элдик авторлордун эмгектери.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

1 - бөлүм. Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугу (адабий сереп).

Аталган бапта автор калктын эмгекке жарамсыз майыптыкка алып баруучу урогениталдык кургак учуктун кеңири таралышы, мындан тышкары анын кеч аныкталышы маселенин медициналык гана эмес, коомдук да маани-манызын билдирет. Заара бөлүп чыгаруу системасындагы хирургиялык оорулардын

ичинен бөйрөктүн жана заара бөлүп чыгаруу жолдорунун кургак учугу МКБдан гана кийинки орунда турат. Мурунку жылдардай эле, бүгүнкү күндө да бөйрөктүн кургак учуктан жабыркашынын 21-35% учурунда нефрэктомияны жасоого себеп болот.

Биринчилерден болуп аныкталган оорулууларда Бөйрөктүн кургак учугу (КУ) клиникалык түзүлүшү ар түрдүү: КУ пионефрозу 10,7%, бөйрөктүн каверноздук кургак учугу – 37,5%, кургак учуктук папиллит – 26,8% учурда аныкталган.

Өпкөдөн тышкары жайгашкан кургак учуктун «Төмөндөшү жана турукташуусу» аны аныктоонун кыйынчылыктары жана патогенез өзгөчөлүктөрүнө байланыштуу анын толук эмес аныкталышын маалымдайт, дарылоого оңой менен баш ийбеши көпчүлүк учурда оорунун оор өтүшүнө түрткү болот, бул ооруну жашоо үчүн кооптуу категорияга киргизет.

ПЖ жана андан башка эркектин урук безинин жана эркектин жыныс безинин кошумчасынын КУ бардык түрлөрүндө этиопатогенетикалык дарылоо комплексине төмөнкү интенсивдүүлүктөгү лазердик нурдантууну кошуу каралган. Лазер менен дарылоодо кандайдыр бир кабылдоолор жана терс реакциялар тийиштүү заманбап адабияттарда белгиленген эмес.

Кургак учук боюнча коомдук-эпидемиологиялык көрсөткүчтөрдүн начарлашы, МВС кургак учугун хирургиялык ыкма менен дарылоонун бир катар жыйынтыктарына канааттанбастык операциялардын жыйынтыктарын илимий негизде кылдат талдоону талап кылат.

Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учукту жалпы фтизиатрияда актуалдуу маселенин бири бойдон калып жаткандыгын адабияттар белгилейт. Органдардын КУ жабыркоосун жаңы пайда болгон түрлөрү дайыма эле аныкталбайт. Бөйрөк кургак учугун табуунун негизги белгиси болгон КУ микобактерияларды издөө изилдөөнүн ар түрдүү ыкмаларын пайдаланууда да дайыма эле оң натыйжаларды бере бербейт. КУ нурдун жардамы аныктоонун салттуу ыкмалары да бөйрөк ткандарындагы процесстерди жана паранефралдык өзгөрүүлөрдү так иликтөөгө шарт түзүп бербейт. Бөйрөк КУ, мисалы, патологиялык очоктун экзогендүүлүгү бөйрөктүн өзгөрбөгөн паренхимасынын экзогендүүлүгүнөн көп деле айрымаланбаган бөйрөк паренхимасында жана КУ папиллитте нур жардамы менен изилдөөчү УДИ ыкмасы маалымат деле бере албайт.

Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учукту хирургиялык ыкма менен дарылоо 60% ашуун учурда талап кылынат жана органды сактап калуучу операциялар – 66-86% эсепке алганда, бардык хирургиялык кийлигишүүлөрдүн 47-82% түзөт. Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учук ооруусу заманбап шарттарда дарылоонун жогорку натыйжалуулугу дарылоо иш-чараларын жекече тандоо жана хирургиялык кийлигишүүнү өз учурунда колдонуу менен

камсыздалат, анткени көптөгөн патогенетикалык каражаттар менен бекитилгендигине карабастан, этиотроптук дарылоонун ийгиликтери, тилекке каршы, бөйрөктөр, заара жолдорунун жана жыныс мүчөлөрүнүн ооруларында оперативдүү кийлигишүүдөн баш тарттыра албайт.

2 - бөлүм. Изилдөөнүн материалдары жана ыкмалары. 1984-жылдан 2014-жылга чейин Кыргыз кургак учук ИИИнин (азыркы КРдин Улуттук фтизиатрия борбору) урогениталдык бөлүмүндө стационардык дарылоодон өткөн ЗС органдарынын КУ-нан жабыркаган 829 оорулуунун бейтап баяны клиникалык материал катары кызмат кылды. Изилдөөгө алынган бардык бейтаптар клиникалык классификацияга ылайык, КУ процессинин мүнөзүнө, активдүүлүк даражасына, кабылдоого карата топторго бөлүштүрүлдү.

ЗЖМКУ биринчи жолу табылган оорулуулардын арасында жаштар, эмгекке жарамдуу жана репродуктивдүү курактагы адамдар түзгөн коомдук-адаптацияланган адамдар (83,62%) басымдуулук кылат.

Биздин изилдөөлөрдөн ЗС кургак учугу 433 оорулуудан табылган, анын ичинде 26,9% (223 бейтап) эркектер, ал эми 25,3% (210 бейтап) аялдар түзүп, жалпы түзүлүштүн 52,2% ээледі. Айкашкан кургак учук 19,8% түздү, анын ичинен 156 оорулуу – эркек, ал эми аялдар – 8. 18 жашта – 1, 30-39 жаштагылар – 4, 40-49 жаштагылар – 3 (0,4%). Көптөгөн изилдөөлөрдөн белгилүү болгондой, ЗЖМКУ жаш, эмгекке жарамдуу жана репродуктивдүү курактагы адамдардын арасында көбүрөөк кездешет, биздин жыйынтыктарда да 30дан 50 жашка чейинки жаштагы адамдар басымдуу үлүштү түздү. 40-49 жаштагы курактык топто эркектердин көбүрөөк экендиги белгилүү болду.

Көпчүлүк бейтаптардын ооруусунун башталган мезгилин талдоо 3төн 5 жылга чейин экендигин көрсөттү, ал эми эркектердин жыныс мүчөсүнүн КУ башталуу мезгили 1 жылга чейин экендиги белгилүү болду. Ага карабастан 10 жыл мурун башталган оорулар да – 13 бейтап (2,2%) такталды.

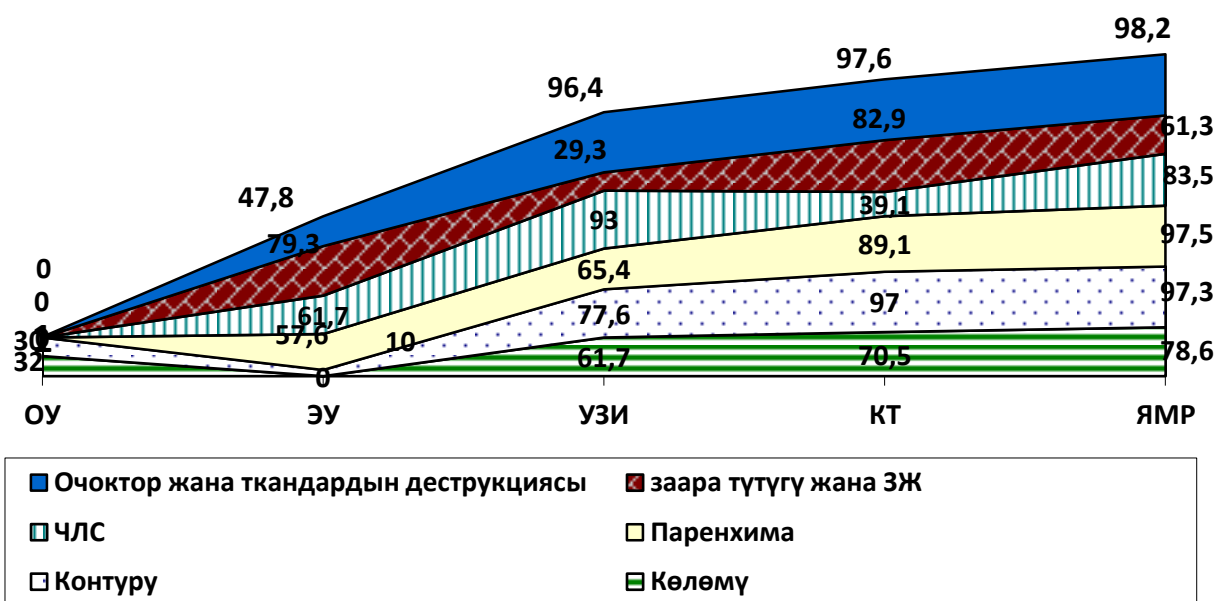
Негизги топту бөйрөктүн каверноздук КУ жабыркаган 230 оорулуу (38,5%) жана күчөп кеткен түрүнөн жабыркаган 341и (бөйрөгү иштебей калган) түздү. 84 бейтапта бөйрөк КУ пиелонефрит, МКБ, гидронефроз менен кабылданган. Айкашкан кургак учуктан ЗСтин жабыркоосу 27,6% оорулууда табылган. 55 оорулуудагы каверноздук КУ айкашкан түрү басымдуулук кылуусу мүнөздүү. Заара түтүгүн жабыркаткан нефрокургак учугу 157 (26,8%) бейтапта, ал эми табарсыктын кургак учугу 89 (15,2%) оорулууда табылган.

ЗЖМКУ дифференциалдык аныктоодо биринчи кезекте патогномиялык жана рентгенологиялык картинага мүнөздүү белгилердин жоктугу кыйынчылык жаратты. Заманбап фтизиоурология эрте аныкталган кезде заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугун толук айыктыруу мүмкүнчүлүгүнө ээ. Негизги маселе дифференциалдык аныктоодо эмес, а ЗЖМКУ шек жаралган бейтаптарды тандоодо, анткени тике көрсөтмөлөрү болбойт. Белгилүү

болгондой, нефроургак учуктун өнөкөт спецификалык эмес пиелонефрит (75%), МКБ (20%га чейин), бөйрөктүн өөрчүүсүнүн аномалиясы (20%га чейин) айкашкан учурларда жана бөйрөктүн рагында так аныктоо өзгөчө кыйынчылык жаратат.

Нефро-КУ өпкөнүн КУ активдүү түрү менен 52 (31,1%) бейтаптан, өпкөнүн КУ айыккандагы калдык кубулуштар 41 (25%) бейтапта, сөөк, муун жана перифериялык лимфа түйүндөрүнүн (ПЛТ) КУ 26 (15,8%) оорулууда, простатанын жана урук калтасынын КУ 13 (8%) менен айкашкан түрлөрү жалпы биригип 20,1% түздү.

Изилдөө ыкмалары. Топтордогу оорулуулардын дартын аныктоо ишенимдүү, кээде кыйыр белгилерге таянуу менен аныкталды. Мисалы, бациллурия оорусунда кургак учукту аныктоочу деструкциянын типтүү рентгенологиялык белгилерин, изилдөөнүн клиникалык, физикалык, лаборатордук, эндоскопиялык аспаптык ыкмаларын жана республикада колдонулган заманбап ыкмаларды активдүү колдонуу менен аныкталды. Биздин республиканын аймагында колдонулуп жүргөн нур менен изилдөө ыкмаларынын төртөөсүнүн: серептик, экскретордук урография, УДИ, КТ жана МРТнын маалыматтуулугун салыштырылды (1 сүрөт).



1 сүрөт. Нурдун жардамы менен дартты аныктоо ыкмаларынын маалыматтуулугунун көрсөткүчтөрү (%).

Жогоруда келтирилген маалыматтардан УДИ жана КТ менен аныктоо көпчүлүк учурларда (65,4% жана 89,1%) изилдөөнүн салттуу рентгенологиялык ыкмаларына салыштырмалуу көбүрөөк маалымат берет. Мунун нефроургак учукту аныктоонун натыйжалуулугун жогорулатуу мүмкүнчүлүктөрүн ачары шексиз, бирок экосканирлөө жана КТ салттуу дарт аныктоочу тесттер менен чогуу жүргүзүлсө көбүрөөк пайда келтирет.

Нефрокуркак учукта экскретордук урографиянын жана УДИнин маалыматтуулугу 80,3% түзөт. КТ жана МРТ заара бөлүп чыгаруу системасынын органдарынын куркак учугунда ВМПнын анатомо-функционалдык абалын баалоодо жана бөйрөктүн кан тамырлык багытын көрүүдө 93,3% так маалымат берет. Бул өз кезегинде туура диагноз коюуга, жабыркаган органдын функционалдык резервин баалоого жана бейтапты кароонун оптималдуу тактикасын иштеп чыгууга мүмкүндүк түзөт.

Нефро-КУ антибактериалдык химиотерапиялоо оперативдүү ыкмалар менен коштолду, 451 бейтап хирургиялык ыкма менен дарыланды. Булар заара системасынын деструктивдүү жана кеңири тараган куркак учугунан жабыркаган оорулуулар болгон. Бөйрөк жана заара жолдорунун КУ клиникалык агымынын ар кандай түрлөрү хирургиялык кийлигишүүлөрдүн да ар түрдүүлүгүн шарттады. Заара системасынын КУ жабыркоосунун деңгээлине жараша бардык оорулууларга төмөнкүдөй хирургиялык операциялар жасалды: 341 (57,1%) оорулууга органды алып салуучу операция – нефрэктомия; Нефрэктомияга бөйрөгү иштебей калган оорулуулар кабылды, алардын ичинен 236дан ашууну (69,2%) иштебей калган бөйрөгү менен кайрылган, ал эми 105 (30,8%) оорулууда дарылоо процессинде пайда болду. Дарылоо процессинде органды сактап калуучу операциялар 50 (11,2%) оорулууга жасалды, заара түтүгүн реконструкциялоочу-калыбына келтирүүчү операциялар 61 бейтапка, куркак учуктук микроцистисте реконструкциялоочу-пластикалык операциялар 17 бейтапка жасалды, ошондой эле табарсыгы толугу менен жабыркаган оорулууларга сокур ичегиден уростома коюу менен 5 бейтапка табарсык сактагыч кутучасы жасалды (2-7 сүр.).

2 сүрөт. Илеоцекалдык бурч, бөлүп

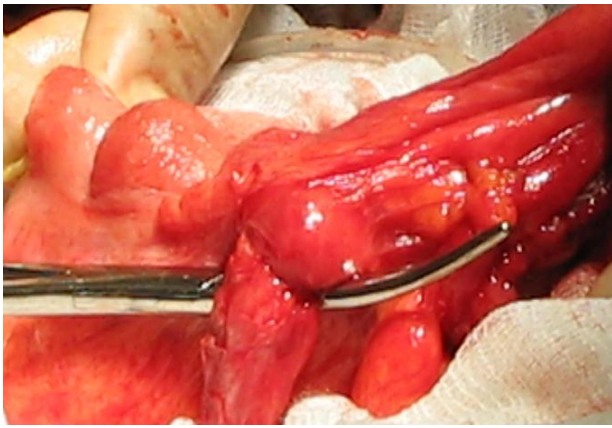


коюу чыгаруу мезгили - резекция

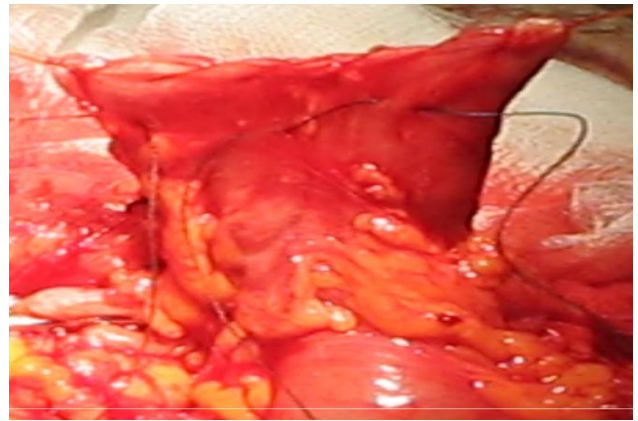
3 сүрөт. Заара түтүгүн табарсык



сактагычына тигүү



4 сүрөт. Заара түтүгү коюлду



5 сүрөт. Сокур ичегинин учун тигүү



6 сүрөт. Бардык анастомоздор аяктады.



7 сүрөт. Табарсык кичи жамбашка салынардын алдында

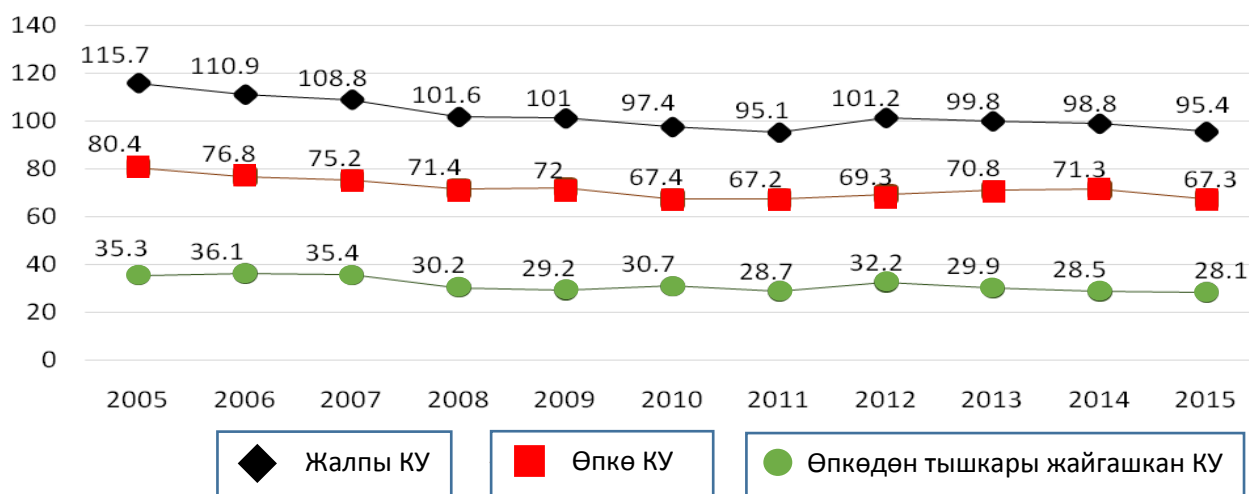
3 - бөлүм. Жеке изилдөөлөрдүн жыйынтыктары.

Кыргыз Республикасындагы өпкөдөн тышкары жайгашкан кургак учуктун жана заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учукту эпидемиологиялык көрсөткүчү. Өлкөдө фтизиурологиянын өнүгүшү кургак учукка каршы күрөшүү кызматынын уюшулушу (1926-27жж.) жана 1939-жылы КММИнин ачылышы менен дал келген согушка чейинки мезгилде өпкө кургак учугуна каршы күрөшүү иши менен да түздөн-түз байланыштуу. Согуштан кийинки мезгил КУ каршы мекемелердин кеңейиши, анын ичинде өпкөдөн тышкары жайгашкан кургак учукка көңүл бурула башталганы менен белгилүү.

Кургак учукка каршы күрөшүү кызматынын өнүгүшүнө таасир тийгизген факторлор: 1958-жылы КНИИТтин ачылышы (фтизиурологиялык багыттагы керебеттердин көбөйүшү); 1962-жылы Фтизиатрлардын республикалык илимий-медициналык коому тарабынан республикадагы кургак учукту жоюу тууралуу маселени коюшу (ооруунун 6,4%дан 5,9% чейин төмөндөшү); 1988-жылы КНИИТ Жугуштуу оорулардын экологиясы жана алдын алуу КНИсинин курамына кирет, бул кургак учук эпидемиологиясында терс таасирин тийгизет (уюштуруучу жана усулдук борбордун жоюлушу), аны

Өкмөт 3 жылдан кийин калыбына келтирет, бирок анын өнүгүшү татаал экономикалык шарттарга кабылат. Мындан тышкары республиканын узак мөөнөттүү комплекстүү программалар менен камсыздалышы; 1995-жылы DOTS стратегиясынын киргизилиши (өлкөдө 100% иргизилген); КУ каршы кызматтын эл аралык деңгээлде интеграцияланышы; “Кургак учук” улуттук программасынын жайылтылышы; дартты аныктоонун заманбап ыкмаларынын киргизилиши (ПЧР, GeneXpert-технологиялар ж.б.); региондордун мүмкүнчүлүктөрүн пайдалануу.

Өпкөдөн тышкары жайгашкан кургак учуктун катышында жана таралуу динамикасында акыркы он жылдыкта (8 сүрөт) 1,2 эсеге төмөндөгөнү байкалат.

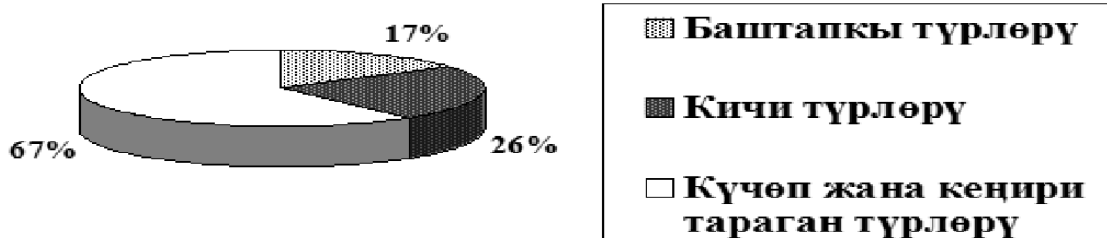
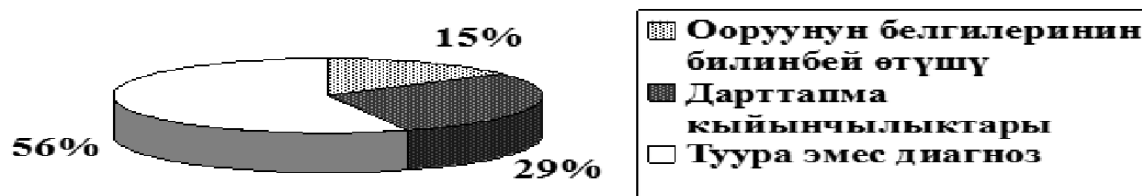


8 сүрөт. Өпкө жана өпкөдөн тышкаркы кургак учуктун эпидемиологиялык көрсөткүчтөрүнүн динамикалык катышы.

Советтик саламаттык сактоо мезгилинде кайра куруу доорунда көрсөткүчтөр төмөн болгон. 1-учурда жетиштүү каржылоого, 2-учурда каржылоонун жоктугуна байланыштуу, бул өз кезегинде кургак учукту аныктоо жана алдын алуу иштеринин сапатына таасирин тийгизген. Априори, улуттук экономиканын кайра жаралуу, саламаттык сактоону жана кургак учукка каршы кызматты реформалоо доорунда оору 2-3 эсеге көбөйгөндүгү менен мүнөздүү (100 000 калкка 12,1 бейтап), бул изилдөөнүн заманбап ыкмаларын киргизүү жана 2001-жылы кургак учук классификациясынын өзгөрүшү, ошондой эле калктын айылдан шаарга көчүүсү менен байланыштуу. Аны менен бирге бул фактылар оорунун толкун сымал кыймылына жана ЗЖКУ республиканын аймактарына бирдей эмес таралуусуна таасирин тийгизди.

Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учук ооруусун табуу кыйынчылыгы (9 сүрөт) оорунун биринчи белгилеринин пайда болушуна көз каранды, ал 2 жылдан 10 жылга чейин созулат. Күчөп кеткен түрүн кеч аныктоо 20-21% учурда кездешкен, оорунун симптомсуз өтүшү 15% оорулууда байкалган, 29% учурда аныктоо кыйынчылык жараткан, 56% бири-бирине дал келбеген диагноздор коюлган. Калктын көпчүлүк бөлүгүнүн КУ тууралуу маалыматынын жоктугу, ар кандай багыттагы дарыгерлердин маалыматынын

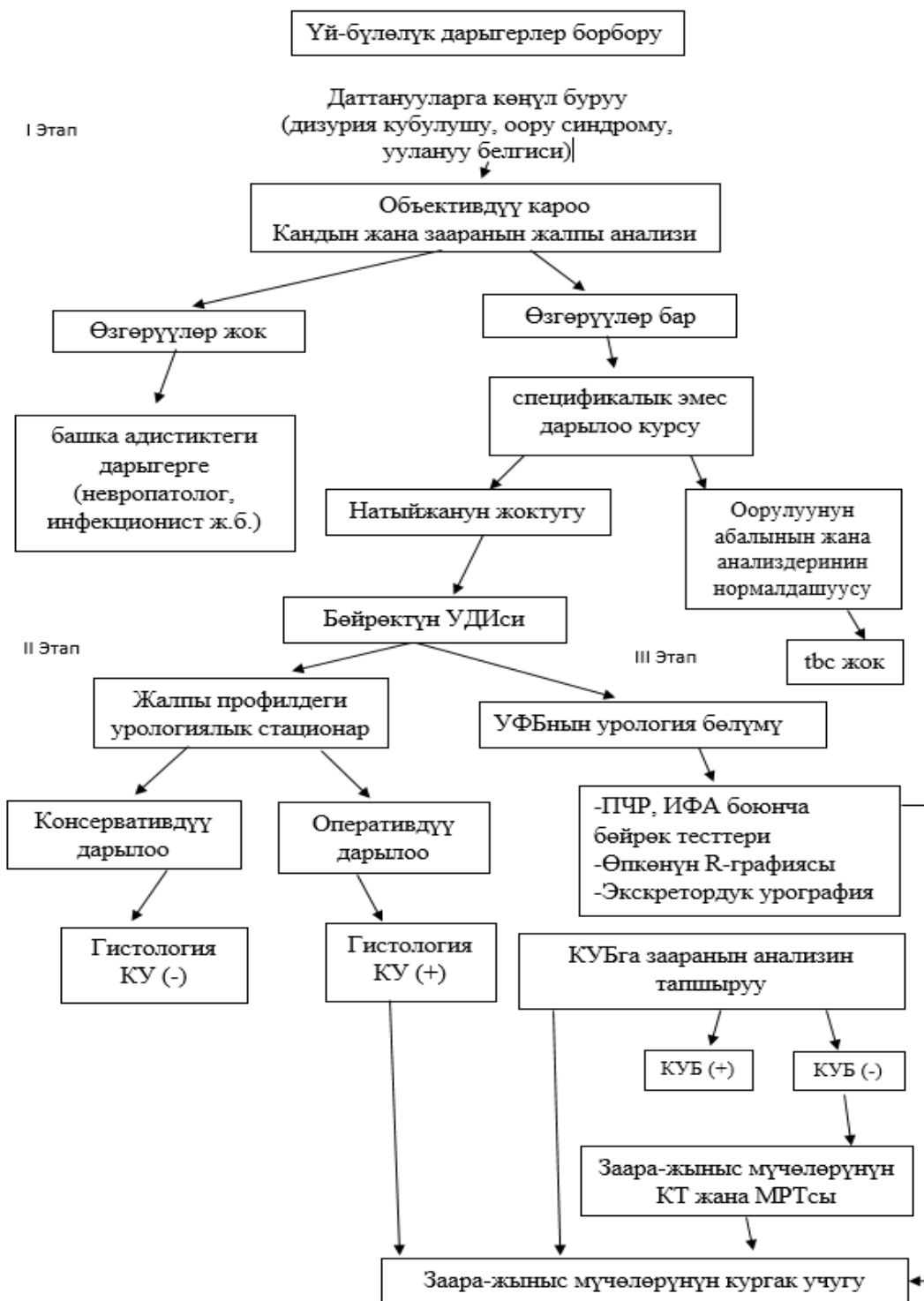
аздыгы да маанилүү маселе, себеби мындай учур 9-14% чейин жеткен. Мына ушул себептен 67% оорулуу ЗЖМКУ кабылдоосу менен, өнөкөт бөйрөк жетишсиздиги ӨБЖ (ХПН) менен 26% ооруканага жаткырылган. 17% бейтапка диагноз өз учурунда коюлган



9 сүрөт. Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугун кеч аныктоонун жана анын кабылдоолорунун себептеринин көрсөткүчтөрү

Акыркы жылдарда эпидемиологиялык көрсөткүчтүн өсүү темпинин тездеши менен уролог жана башка адистиктеги дарыгерлердин көзөмөлүндөгү ӨТЖКУдан жабыркаган оорулуулар КУ инфекциясынын такталбаган жана башкарууга мүмкүн болбогон кошумча резервуарлуу топту түзүүдө. Ошентип, бөйрөктүн гистологиялык жактан такталган кургак учугу кургак учуктан башка ооруларга салыштырмалуу орточо саны 9-14% түздү.

Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учук оорусу бейтап менен анын үй-бүлөсү жана фтизиоуролог узак убакытка чогуу иштеше турган оору экендигин белгилей кетүү зарыл жана алардын «кызматташтыгы» алардын алдына коюлган кесипкөй милдетти аткарууну максат кылган адекваттуу курумга (стресс, психологиялык кризис жана коомдук дезадаптация менен күрөшүү) багытталат. Бейтаптардын ою боюнча, дарыгер менен оорулуунун ортосунда жашыруу сыр болбошу керек экендигин сурамжылоодо 43% белгилеген, 28,7% дарыгер оорунун терс багыттагы жүрүшүн оорулууга айтпашы керек дешкен, ал эми калгандары (28,3%) жооп берүүдөн кыйналышкан. Фтизиоурологиянын заманбап шарттарында дарыгерден ошол катмардагы оорулуулардын жүрүм-турумун билген коммуникативдик көндүмдөр талап кылынат, аны менен бирге ар түрдүү кырдаалдарда дарыгер-бейтап диадасындагы жүрүм-турум үлгүлөрүн колдоно билүүсү зарыл.



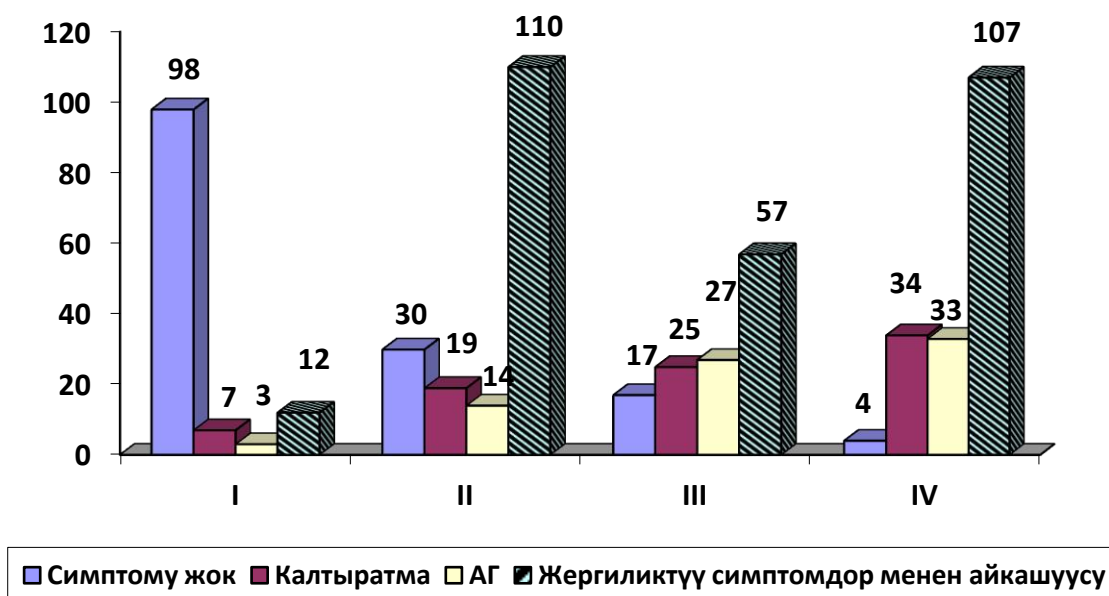
10 сүрөт. Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учук боюнча саламаттык сактоонун бардык түзүлүшүнүн дарыгерлеринин кургак учуктан сактануу алгоритми.

Жүргүзүлгөн анализ жана мониторинг жалпы практикадагы дарыгерлер жана башка адистер үчүн ЗЖМКУ жана ЗЖМнүн спецификалык эмес сезгенме оорулар боюнча диагноз коюунун алгоритмин иштеп чыгып, унификациялоого шарт түздү. Бул практикалык саламаттык сактоо системасынын бардык тармактарында кургак учуктук сактыкты күчөтүүгө жардам берет (10 сүрөт).

4 - бөлүм. Заара системасынын кургак учугунан жабыркаган бейтаптарды дарылоо жана дарт аныктоо тактикасы менен клиникалык белгилердин өзгөчөлүктөрү.

Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учук өтүү өзгөчөлүгү болуп, тез өөрчүп кетүүчү жана органдын же жалпы системанын кызмат аткара албай калуусуна алып келүүчү деструкция саналат. Анамнез топтоп жатып, биз катуу кармаган ооруунун белгилеринин негизги билинүү мезгили 3 жылдан 5 жылга чейинки мезгил экендигин аныктадык, андан кийин ал өнөкөт түрүнө өтөт. 18,6% оорулуу спецификалуу эмес бактерияга каршы дарылоодон өтү: пиелонефрит боюнча 12,4%, МКБ – 6,9%, цистит – 3,2%, эпидидимит – 3,4%, айрым учурларда хирургиялык дарылоо ыкмасы колдонулду.

Биздин изилдөөлөрдүн жыйынтыгында (11 сүрөт), жалпы жана жергиликтүү белгилер бөлүштүрүлдү. Диагноз коюп жаткан мезгилдеги оорулуулардын абалына карата, 35% оорулууда оорунун баштапкы стадиясында канааттандырылды. Абалы канааттандырарлык экендигин белгилегендердин 13,9% бөйрөктүн поликаверноздук кургак учугу, ал эми 2,2% күчөп кеткен түрү аныкталганын белгилей кетүү зарыл. Бардык оорулуулардын ичинен 20% калтыратманы (көбүнчө субфебрилитет), баштапкы стадиясында – 5,8%, бөйрөктүн деструкциясы менен – 20,5% жана күчөп кеткен түрү менен – 19,1% жана жарымынан көбүрөөгү бул оорунун биринчи белгиси экендигин билдиришкен. Оорунун синдромун анализдөөдө, мүнөздүү өзгөчөлүктө-



11 сүрөт. Клиникалык топтор боюнча белгилердин көрсөткүчтөрү (абс.сан).

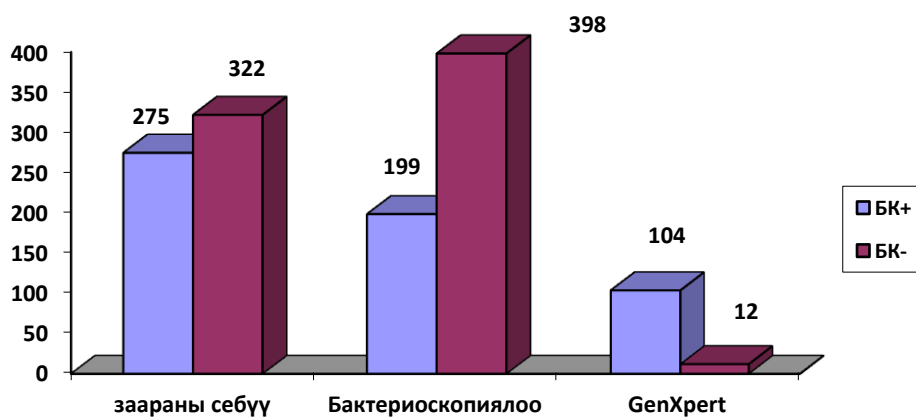
рүн бөлүп алуу мүмкүн болгон жок, анткени бул органдын жабыркаган жеринен, ткандын деструкциясынан, функциясынын бузулушунан көз каранды. 46,4% оорулуу оорунун мүнөзүнүн туруктуу экендигин, ал эми кыска убактылуу экендигин 37%, токтоп кайра кармоосун 16,6% белгиледи, ал эми бөйрөк паренхимасы менен үрптөрүн жабыркаткан бөйрөк сайгылашуусунун –

11,7% билдирген. 41,9% бейтапта дизурия табылды, ошондой эле бейтаптардын жарымысы кыйынчылык менен заара ушатарын, ошондон улам табарсыктын жабыркашынан анын орточо саны да жогорулаганын айта кетүү керек. Оорулууларды изилдөөдө 18% артериалдык гипертензия аныкталды, бул бөйрөк тканынын, өзгөчө эки бөйрөктүн тең жабыркоо деңгээлинен түздөн-түз көз каранды.

Цистоскопияда 63,8 бейтаптын ооруусуна мүнөздүү болгон спецификалык белгилер табылды, УДИнин өзгөрүүлөрү, тескерисинче, полиморфтуу болуп, оорунун башталган мезгилинен, таралышынан жана жабыркоо деңгээлинен көз каранды болгон. КТ 1,5 эсе көп маалымат берген, бирок бөйрөк түзүлүшүнүн өзгөрүүлөрүнүн генези көп учурда кыйынчылык жараткан.

Изилдөөнүн эски ыкмаларын колдонууда, кызыл кан тараптан, бөйрөктү функционалдык изилдөөдө, биохимиялык көрсөткүчтөрдө, бөйрөк жана боор тесттеринде, КЩБ жана электролиттерде патогномиялык өзгөрүүлөр аныкталды, көрсөткүчтөр нефрокуркак учуктун клиникалык түрүнө дал келет; зааранын өзгөрүшү лейкоцитурия менен макрогематуриядан байкалган (55,9%) зааранын реакциясынын төмөндөшү менен мүнөздөлөт (кычкыл); 20% учурда спецификалык эмес микрофлора (ичеги таякчасы, протей жана стафилококк) аныкталган, башка учурларда өсүү байкалган эмес.

ПЧР изилдөөнүн сезгичтиги 86,4% түздү, бул жогорку көрсөткүч болуп саналат. 31,2% учурда бул бейтаптардын заарасын культивирлегенден кийин МБТнын өсүүсү байкалган. Gene-Xpert дарт аныктоону киргизгенден бери (12 сүрөт), жыйынтыктардын дал келүүсү 89,7% жетти. Клиникалык топтордо КУ каршы дары каражаттарына сезгичтик байкалган: 91,8% бардык препараттарга, 8,1% кээ бир дарыларга туруктуулугу байкалган, айкашкан КУ – монорезистенттүүлүк 36%, рифампицинге –12%, изониазидке – 24% барабар болгон.



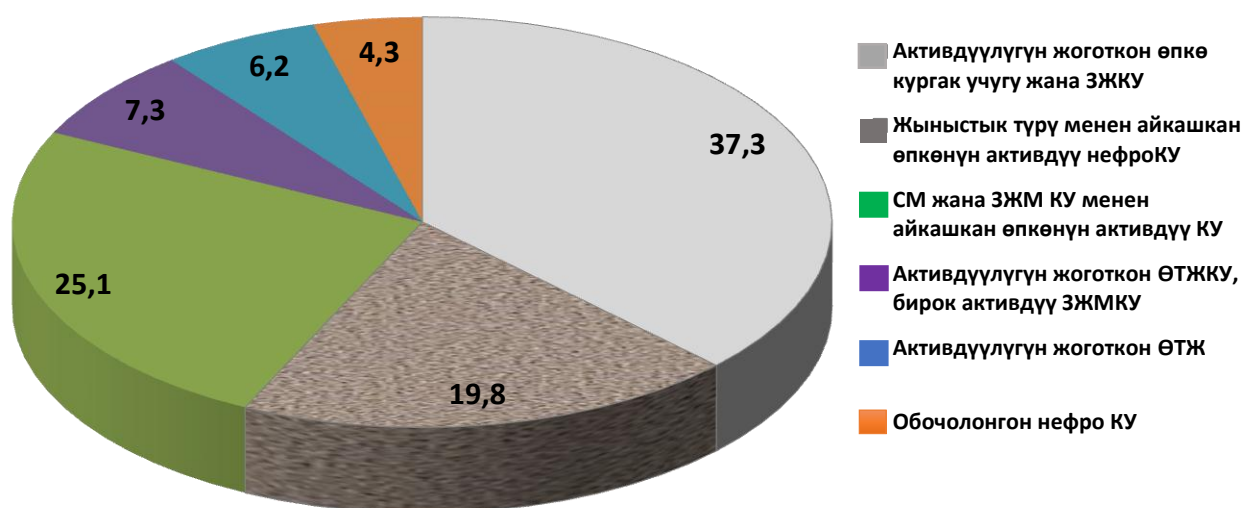
12 сүрөт. Заарадагы БК+ салыштыруу ыкмалардын маалыматтарынын жыйынтыктары (n=597).

Ошентип, аталган ыкма жогорку сезгичтикти жана практикада колдонуу өзгөчөлүгүн, ошондой эле дарылоого чейинки мезгилди инициациялоодо чоң айрымасын көрсөттү.

Кандын саруу суусундагы цитокин өндүрүмдөрүн изилдөөдө организмдин МБТга жана кургак учукка каршы химиотерапиялоо иммундук жообун мүнөздөөчү деңгээлдин жогорулоо натыйжаларын көрсөтөт, бул дарылоонун натыйжалуулугун мониторингдөө ыкмасы катары кызмат кылат.

Балдар жана өспүрүмдөргө жүргүзүлгөн изилдөөлөр заара системасынын КУ клиникалык агымынын өзгөчөлүктөрүн көрсөтөт, бул прогрессивдүү мүнөзгө ээ, анын натыйжасында (41,2%) бала (42,1%) өспүрүм жалпы дарылоо тармагында натыйжасыз оперативдүү кийлигишүүгө кабылган жана ЗЖМ кабылдоолоруна кириптер кылып, кээде тешилип да калган.

Балдар жана өспүрүмдөрдүн заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугу чоңдорго салыштырмалуу азыраак кездешет. Бардык заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугу 4,45 түзөт. 26,3% балада диагноз өз учурунда коюлган. Бирок, кургак учуктук үлгү 82,5% жана гиперэргиялык 17,6% нормада экендигин белгилей кетүү керек. Заара-жыныс системасынын кургак учугунан жабыркаган оорулуулардын арасында тез арада жардам көрсөтүүнү талап кылган кечиктирилгис учурлар (10,3%) бөйрөктүн, заара түтүгүнүн, уретранын сезгенме процесси менен шартталгандыгын белгилей кетүү зарыл, мында зааранын топтолушу бузулуп, экинчи жолу таш пайда кылгандыгы оорулууларга байкоо жүргүзүүдө аныкталды. Биздин иштин натыйжасы заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугу башка локализациялар менен айкашып келишинде клиникалык диагноз коюу оңой эмес милдет экендигин көрсөттү (13 сүрөт).

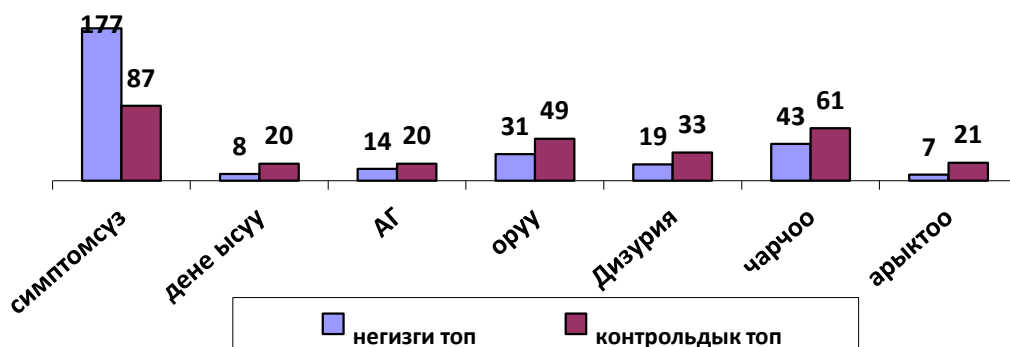


13 сүрөт. Заара-жыныс мүчөлөрүнүн активдүү кургак учугунун өпкөдөн тышкары жайгашкан ар кандай активдүүлүктөгү оорулар менен айкашуусу (%).

КУ спондилитти, мезаденитти, бөйрөк КУ дифференциалдык аныктоо өтө татаал болгон учурлар кездешет. Нефрокуркак учукту абсцесс же мезентериалдык лимфа түйүндөрү менен алмаштырып алган учурлар кездешет. Белгилери көп байкалбаган учурда оорулуулардын бөйрөк куркак учугунун баштапкы стадиясында аныктоо милдети андан да кыйын иш.

5 - бөлүм. Заара мүчөлөрүнүн куркак учугунан жабыркаган оорулууларды комплекстүү жана стандарттык дарылоо натыйжалуулугунун жыйынтыктарын салыштырма баалоо.

Сунушталган комплекстүү дарылоонун натыйжалуулугун салыштырып мүнөздөө үчүн бөйрөгү деструктивдүү түрдө өзгөргөн нефрокуркак учуктуу 299 оорулуу кокустан тандалып алынды. Текшерүүчү топ катары оору деңгээли бирдей бейтаптар алынды жана алар дарылоонун стандарттык схемасынан өтүштү (298 адам). Дарылоого чейин да, кийин да аныкталган белгилерди салыштырууда топтордо жакшыруу абалы байкалган. Көрүнүп тургандай, бул негизги топтун интоксикациялык жана оору синдромго жана дизуриялык бузулушуна тийиштүү. Текшерүүчү топко салыштырмалуу бул топто оорулуулар ооруканадан чыгарда интоксикация белгилери жоголгону байкалат: негизги топто – 2,7%, ал эми текшерүүчү топто – 6,7% (14 сүрөт).



14 сүрөт. Топтордо дарылаганга чейинки жана кийинки оорулуулардын белгилеринин динамикасы.

Дарылоого чейинки белгилери билинбеген канааттандырылгыч абалда негизги топтон 59,2%, ал эми текшерүүчү топтон – 29,2% ооруканадан чыгарылган ($P < 0,01$). АГ эки топто тең сакталган, бирок текшерүүчү топто көбүрөөк (4,7% жана 6,7%, $P > 0,05$), бирок бул так эмес. Мүнөзү боюнча орточо оору синдромунда 10,4% ооруканадан чыгарылган, ал эми текшерүүчү топтунда 16,4% ооруканадан чыгарылган ($P < 0,05$), алар негизинен операция жасалган оорулуулар болгон. Дизурия да операция менен же заараны чыгаруу үчүн коюлган катетерлер жана дренаждык түтүктөр менен байланыштуу болгон.

Текшерүүчү топтогу оорулууларды ооруканадан чыгарууда арыктоо жана чарчоо абалы 2 эсе жогору болгон. Ошентип, негизги топто көрсөткүчтөр бир топ жогору болгон, бирок ооруканадан кечирээк чыгарган кезде башка орган

жана системаларына даттануулар болгон, биз аны химиотерапиянын жана патогенетикалык дарылоонун терс таасири катары бааладык.

Гемограмманын көрсөткүчтөрүн анализдөө дарылоого чейин эки топто тең бирдей болгондугун көрсөттү, ал эми дарылоо мезгилинде айрымасы байкалган. Негизги жана текшерүүчү топто да ооруканадан чыгар мезгилде лейкоциттердин санынын төмөндөө тенденциясы байкалган. Ушундай эле көрүнүш лейкоформулаларга да мүнөздүү. Лейкоциттердин санынын жогорулашы, б.а. лейкоцитоз өз кезегинде формуланын солго жылышы – ядролук таякчалардын өсүшү, эозинофилия, моноцитоз өз кезегинде оорунун кургак учуктук табиятын талдоого жардам берет.

Тийиштүү процесстердин активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрүнүн бири – бул процесстин активдүүлүгү жана созулмалуулугу менен эле эмес, өзгөчө каверноздук түрүнүн өнөкөт формаларынын күчөп кетиши менен да корреляциялаган СОЭ болуп саналат.

Биохимиялык көрсөткүчтөр, түз жана түз эмес билирубин, сары суунун трансаминаздары сыяктуу, дарылоого чейин жогору болгон, ошондой эле эки топто тең орчундуу айырмасыз, бирок негизги топтогу көпчүлүк бейтаптарда чыгарып жаткан учурга калыбына келүү жана нормалдашуу багыты болду.

Комплекстүү терапия киргизилген дары-дармектер, дарылоонун натыйжалуулугун бир топ жогорулатат, анын кесепети микроорганизмге бардык жактан көптөгөн оң таасирин берүү. ӨБЖ (ХПН) бар бейтаптарга кошумча рибоксин, левокарнитин колдонуу операцияга даярдоо учурунда жана ошондой эле операциядан кийинки мезгилде дагы колдонуу өтө маанилүү. Ошентип, биз сунуштаган терапиянын комплекстүү схемасы, гемодинамиканын жөндөмдүк көрсөткүчтөрүнө жана бөйрөктүн жөндөмүнө оң таасирин берет. Аны колдонуу, өзгөчө ӨПН бар нефрокургакчуктун оордошкон түрүндө операцияга чейинки мезгилде оң таасирин берет жана процесстин кийинки жүрүшүн жана бейтапты операциядан кийин алып барууну жеңилдетет.

Жалпысынан бейтаптардын терапияны көтөрүүсү жакшы болду, терс көрүнүштөр (химиотерапиядан башка) биздин байкообузда болгон жок. Дарылоонун биринчи күнүнөн баштап этиотроптук менен катар патогенетикалык терапияны жүргүзүүнү сунуш кылабыз.

Эгер, дарылоого чейин бардык бейтаптарда кан сийүү белгиленсе, анда негизги топто эритроциттер санынын азайуу тенденциясы байкалды, ал эми көзөмөл топто бейтаптардын жарымынан көбүнүкү чыгарып жаткан учурда эритроциттер аз санда гана байкалган.

Эгер, дарылоого чейин бейтаптын заарасын бактериялык изилдөө учурунда ичеги бактериялары, грамтерс жана грамоң микро чөйрө табылса, ал эми дарылоодон кийин эки топто тең операциялык дарылоо жүргүзүүнүн

түрүнө карабастан, чыгарып жаткан учурда, изилденген чөйрөнүн өсүүсү болгон жок, бул организмден инфекциянын толук чыгышын жана биз колдонгон комплекстүү терапиянын натыйжалуулугун көрсөтөт. Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учук тобунда дарылоо процессин динамикалык көзөмөлдөп изилдөө жүргүзүү алкагында ИЛ-6 сезгенүү боюнча цитокиндерди иштетүү бир топ азайды ($P < 0,01$), келип жатканда 18,58-+4,16, 2 айдан кийин 7,41-+1,29га чейин. 2 ай дарылоодон кийин 2 топтогу бейтаптардын сезгенүүгө каршы ИЛ-4 ($P < 0,001$) деңгээли боюнча маалыматтары бир топ айырмаланат: ЗЖТ(МПС) кургак учук бейтаптарында ИЛ-4 курамы 2,61-+0,45 түздү. ЦТ-боюнча, ЦТ-каршы жана ЦБ продукциясын изилдөө дарылоонун натыйжалуулугун мониторинг жүргүзүүнүн иммунологиялык усулу болуп кызмат көрсөтө алат.

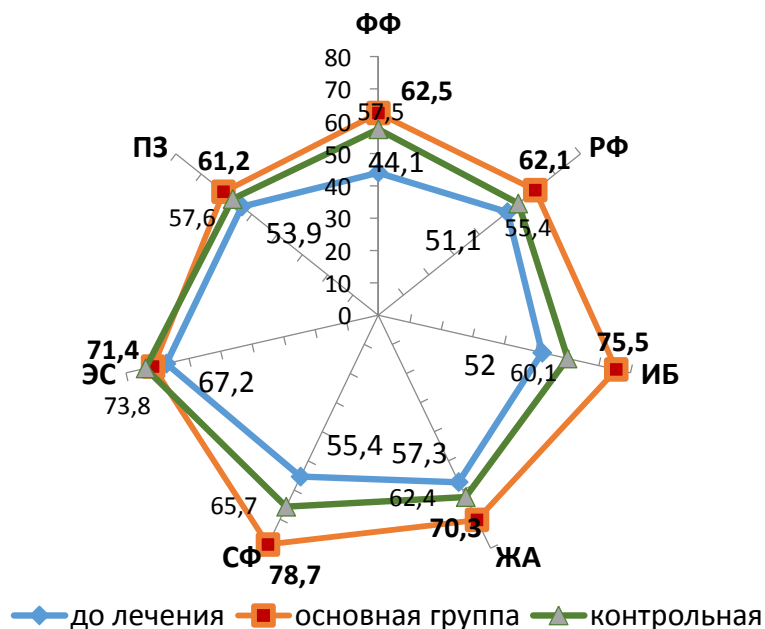
Заара тутумунун кургак учугунда фиброз пайда болуусунда жана уулануу белгисинде бир топ таасир берген, регенеративдик процеске айкаш төмөн күчөтүлгөн лазердик нурлануунун таасирин баалоо, нефро-кургак учуктун оордошкон түрүндө бейтаптарды комплекстүү дарылоодо лазердик нурланууну колдонуу, тез жана туруктуу натыйжаны алуу мүмкүнчүлүгүн көрсөттү. Ал табарсык көлөмүнүн чоңоюсун, цистоскопиялык көрүнүштүн жакшырышын жана ооруксууну белгисинин жана заара бөлүп чыгуунун бузулуусу толук токтошу менен белгиленет.

Бөйрөк кургак учугуна жана заара жолдорунун кургак учугуна антибактериалдык терапия жүргүзүүнүн оң жактары менен катар, терс таасири дагы аныкталды. Ал баарынан мурун, бөйрөк үрпчөлөрүнүн моюнчасынан баштап жамбаш тарабындагы заара аккычка, табарсыкка жана заара чыгаруучу каналына чейин заара жолдорунун былжыр чел кабыкчасынын бузулуу жарачаларынын ашыкча жана тез берчтенип калуусу менен көрүнөт. Каалаган берчтенүү, бөйрөк күлтүгүнүн, заара аккычтын экинчи ирет тарып калуусуна жана табарсыктын берчтенип бырышуусуна алып келет. Берчтенип тарышын жоюу үчүн кайра куруучу-пластикалык операция жасалат, бул кургак учук процессинин айыгуусу болуп саналат.

Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учуко оруулуунун жашоо деңгээлине таасир этүүчү, турмуштук баалуулуктарга болгон мамилесин өзгөртүүчү, кеңири тараган, коомдук көз каранды, жугуштуу оору болуп саналат. Жумуштан кетиши, коомдук макамдын жана коомдогу ордунун төмөндөшү, коомдук дезадаптациянын жаралышы оорулуунун туруктуу стрессинин негизине айланат, дарылоонун натыйжалуулугун унификациялайт. Ошентсе да медицинанын “ооруну эмес, оорулууну дарылоо” деген негизги принциби жашоо сапаты (ЖС) баалоонун жардамы менен ишке ашырылган (15 сүрөт). Бул өз кезегинде жогорку маалыматтуу, оорудан жана анын натыйжаларына ишенимдүү, үнөмдүү ыкма болуп саналат, бул коомдук ар түрдүү

категорияларда, ар кандай жашоо аспектинде адамдын канааттангандыгынын деңгээлин аныктайт.

Салттуу ыкмалардан жана биздин дарылоодон кийин калыбына келтирилип, ооруканадан чыгарылганда ЖС бардык шкалалар боюнча көрсөткүчүнүн жогорулаганы байкалган, ал эми коомдук иш-аракет (негизги топто 71,4 % жана текшерүүчү топто 73,8%) жана жалпы саламаттык фактору



15 сүрөт. Бөйрөк кургак учугунан жабыркаган оорулууларды дарылоодон кийин ЖС баалоо (упай менен).

дени сак адамдардын деңгээлине жеткен. Ошол эле мезгилде бейтаптардын эмоционалдык абалы (61,2% жана 57,6%) төмөн бойдон калган, бул, балким, оперативдүү кийлигишүү фактору менен байланыштуудур.

ЖС көрсөткүчтөрү негизги топтогу бейтаптарда бир аз жогору болгон. Дарылоодон кийин негизги топто текшерүүчү топтогуларга салыштырмалуу ФФ шкаласы боюнча көрсөткүч 14,7%, ИБ 15,7%, ЖА 12,8% жогорулаган. Эмоционалдык абал жана психикалык саламаттыгы 23-30% жогору болгон.

6 - бөлүм. Кургак учукка чалдыккан заара бөлүп чыгаруучу органдарын хирургиялык дарылоонун натыйжалары.

Бөйрөк кургак учугун республиканын заманбап шарттарында хирургиялык дарылоо негизги ролду ойнойт жана анализ ырастагандай, акыркы 30 жылдын ичинде тактикалык мамиле жасоо бир кыйла өзгөрдү. Кургак учукка каршы антиактериялык дары-дармектердин жогору натыйжалуулугуна карабастан, 18ден 49 жашка чейинки (анын ичинен эркектер 60,3% түздү) эмгекке жарамдуу курагындагы бейтаптардын 60,2% оперативдик кийлигишүү менен клиникалык дарыланып чыккан, анткени консервативдик терапия аз натыйжалуу, же болбосо натыйжасыз болуп, заара аккыч, табарсыктын бузулуулары менен, бөйрөктүн деструктивдик процесси менен коштолгон.

Операция жасалгандардын эң көп санын 40-49 (18%) жаштагы 81 эркек бейтап түздү, андан кийи 30-39 жаштагы (16,4%) эркектер, андан кийин кемүү менен 60 жашка чейинки жана жогору эркектер түзөт бардык жаш курагы боюнча топтордо эркектер көбүрөөк экендигин белгилеп кетүүгө болот. Биздин оюбуз боюнча, социалдык мүнөздөгү көйгөйлөрдүн күчөшү, иммунитеттин азайышы, өзгөчө сезгенүү ооруулардын саныны өскөнү, АИВ (ВИЧ) инфицирленген бейтаптардын жана “тобокел топтордун” өсүшү негизги себептери болуп эсептелет. Алар, ошого жараша жигердүү динамикалык көзөмөлдү жана дарыгердин клиникалык минимумду аткаруусундагы сактыкты талап кылат. Ошентип, изилденген мезгилде УФБда хирургиялык кийлигишүүлөр жүргүзүлдү: органды алып салуучу-бөйрөк алып салуу 341 (57,1%) бейтапта, органын сактап калуучу 50 (8,3%), заара аккычка кайра түзүүчү- калыбына келтирүүчү-61 (10,2%) жана микротабарсык сезгенүүгө кайра куруучу-пластикалык операция 17 (2,8%), заара сактоочу кутуча 5 (0,8%).

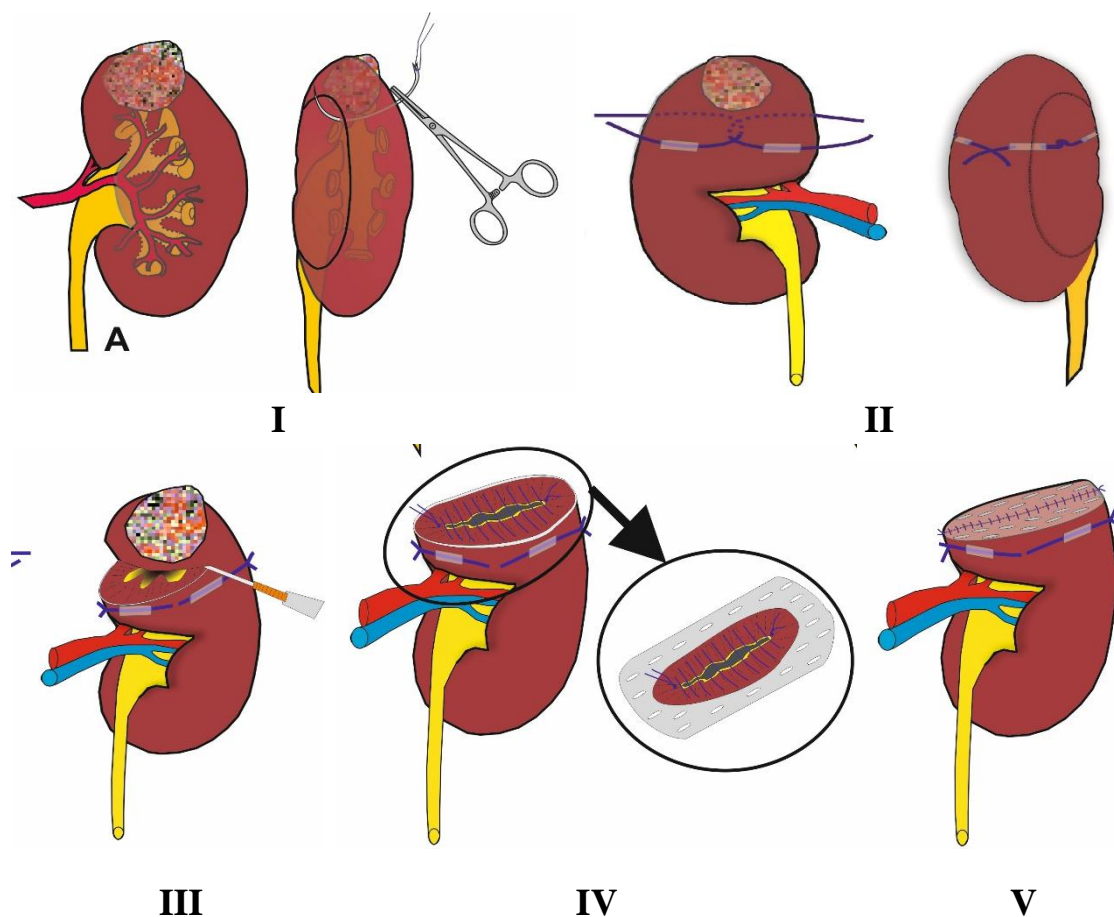
Оорунун узактыгын изилдеген учурда, 103 (17,3%) бейтапта гана оорунун биринчи белгилери байкала баштагандан кийин 1 жылга чейин мезгилде бөйрөк кургак учугу деп дарт аты коюлган. 1 жылдан 3 жылга чейин 279 (46,7%), 3 жылдан 5 жылга чейин 124 (20,8%), 5 10 жыл жана андан жогору жыл 91 (15,2%) учурда коюлган. Урокургак учукта хирургиялык кийлигишүүлөр болуусу оорунун узактыгы, дарттапманы өз убагында жасабоо, орган алып салуу операциялардын санынын көбөйүшү менен шартталган. КУ кеч аныктоонун жыйынтыгында, жалпы дарылоо тармагынан бейтаптар КУ ырбап кеткен оор түрү менен түшкөн, башкача айтканда бир бөйрөк жөндөмүнүн толук иштебей калышы 236 (39,5%) бейтап жана 20 (3,4%) бөйрөгү эчак алынып салынган бейтаптар келип түшкөн. 85 (14,8%) бейтаптыкы дарылоо процессинде бөйрөк жөндөмү кайрадан иштетилген, ал ЧЛС жана заара аккыч тарабынан кеңейтилген процеске байланыштуу.

Алынып салынган бөйрөктү гистологиялык изилдөөдө, көңдөйлүк КУта, кургак учуктун процессинин өрчүүсүндө экссудативдик-альтернативдик ткандык реакциясыны басымдуулук түрүндө 187 бейтапта белгиленди, ал эми калган бөйрөктү кыйратуучу КУ менен 154 бейтапта, КУ үчүн типтүү болгон, капалдары 3 катмардуу түзүлүшү бар, бузулуу тилкесинде табылды. КУ каршы, DOTS схемасы I категориясы боюнча жигердүү дары-дармектер менен дарылаганга карабастан, күчөтүлгөн фазадан кийин (2 ай) бөйрөктөгү процесс жигердүү бойдон калды. Бөйрөктүн көңдөйлүү кургак учугу менен 18 бейтаптын заара аккычы жабыркаганы белгиленди, бөйрөктүн көңдөйлүү КУ менен 3 бейтаптын заарасында МБТ бактериологиялык бөлүндү. Операция жасалган калган 68 бейтапта кургак учук гистологиялык жол менен ырасталды. Операция жасалгандардын арасынан 86 бейтапта кургак учуктук пионефрозу (39 эркекте, 47 аялда), 3 учурунда заара аккычтын айкын өзгөчө өзгөрүүлөрү

менен табылды. 15 бейтапта кабылдаган бөйрөк бузулуусу сыяктуу, оң жаккы курч паранефрит КУ белгиленген.

Бардык 341 бөйрөктү кесип салуу, кургак учуктук өзгөрүүлөрүнүн калган натыйжалары болуп эсептелет. 17 суу бөйрөк, берчтик тарышы жана таруу менен аяктаган бөйрөк күлтүгүнүн жана заара аккычтын кургак учук менен жабыркагандан кийин айыга баштаганынын натыйжасында, заара аккычтын тарышы.

Гемостаздын ишенимдүүлүгүн жакшыртуу жана жабырканууну азайтуу максатында бөйрөк кесип салуу ыкмасын иштеп чыктык жана киргиздик (1997-ж. 30-декабырында берилген №219, Кыргызпатенти). Сунушталган кесип салуу ыкмасынын баскычтарынын техникасы 16 сүрөттө берилген. Клиникалык модификациясында бөйрөк кургак учугун сунушталган кесип салуу ыкмасын колдонуу менен дарылоонун натыйжалуулугу, жеке тажрыйбабыздын негизинде, бул ыкма- бир топ талашсыз артыкчылыкка ээ экенин көрсөттү.



16 сүрөт. Бөйрөк кургак учугунда сунушталган кесип салуу ыкмасынын баскычтарынын техникасы: I-өчүрүлгөн сегмент жана лигатурду саюу жери, II-ички кайчылаштыруу менен лигатурду коюу(жаача сызык менен фиброздук капсулага жиптин кириши көрсөтүлгөн; III-полюстү кесип салуу; IV-жип менен бууп салуу жана фиброздук капсуланы (тазалоо; V-акыркы көрүнүшү)

Алсак, операциянын жаракаттуулугу азайганы (операциялык кийлигишүүдө аз кан кетүү), операциялык кийлигишүүнүн жана операциядан кийинки кабылдоонун жана оорудугу, бейтаптын стационарда болуу мөөнөтү, ишке жөндөмдүүлүгүн калыбына келтирүү мезгили 3-4 эсе азайганы, дарылануунун баасы жана медициналык дары-дармектерге экономикалык аспект жактан муктаждыгы 25-30% азайганы.

Кабылдаган өнөкөт бөйрөк жетишсиздиги (ӨБЖ) жана ар кандай операциялык кийлигишүүлөргө дуушар болгон, заара жыныс тутумунун кургак учугу менен 159(27,1%) бейтап изилденди жана текшерилди, Бейтаптардын жаш курагы боюнча контингенти 13 жаштан 60 жашка чейинкилер түздү. Бөйрөк КУ бир жактуу таралышы 39,2% кездешти. Бөйрөк КУ эки жактуу таралышы 25,7% , бир бөйрөгү К жана башкасы уретерогидронефроз 4,7%, жалгыз бөйрөгүнүн кургакучугу 12,3%, заара жолдорунун ретенциялык өзгөрүүлөрү менен кургак учуктук жабыркоолор кездешти.

Бардык топтун арасында 25,3% бейтапта коштолгон илдеттери болгон. 13,8 бейтапта бөйрөк жана заара чыгаруу жолдорунун КУ башка органдарынын кургак учугу менен айкалышкан, 2,9% бөйрөк жана заара чыгаруу ташынын экинчи ирет кайталанганы.

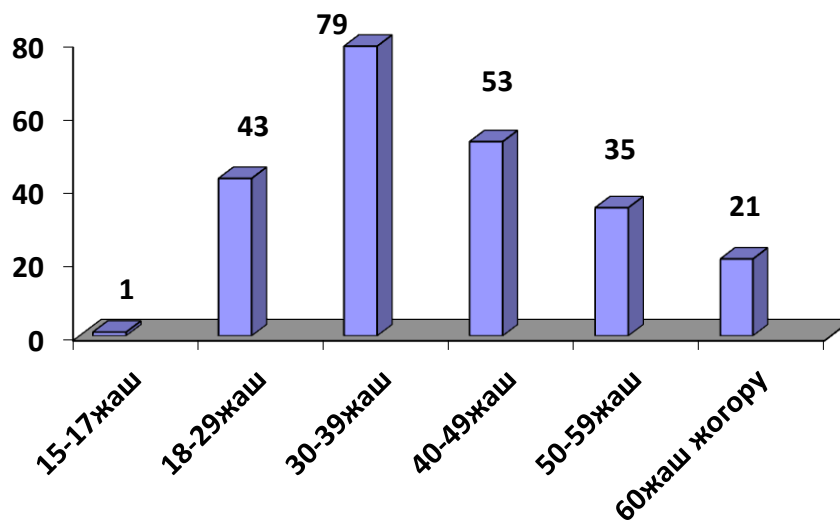
Клиникалык жана лабораториялык маалыматтарын комплекстүү баалоонун негизинде ӨБЖ үч денгээли бөлүндү: (1) латенттик баскыч 22,2% учурда байкалды, (1) латенттик баскыч 22,2% учурда байкалды, (2) комплекстешкен баскыч-14,6%, (3) интермиттешкен баскыч 25,1% учурда байкалды. Оперативдик дарылоонун бардык баскычында кычкыл-щелочтуу жана электролиттик тең салмак бузулганы ӨБЖ таркашынын даражасы менен өз ара тыкыс байланышкан жана шартталган. Тутумдуу жана көзөмөлдөнгөн кычкыл-щелочтуу жана электролиттик тең салмак гомеостаздын негизги көрсөткүчтөрүнүн бузулушун жабат, токтотот.

7 - бөлүм. Эркек жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугу.

1984-2015-жж. УФБ урогениталдык бөлүмүндө 232 бейтап жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугу менен стационардык дарыланууда болушкан, алар заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугу менен изилденген бейтаптар тутумунун 28 пайызын (%) түздү. Бейтаптарды жашкурагы боюнча бөлүштүрүү төмөндөгүдөй болду (3 сүрөт): 17 жашка чейинки балдар 1 (0,1%), 18ден 29 жашка чейинкилер 43 (18,5%), 30дан 39 жашка чейинкилер 79 (34%), 40тан 49 жашка чейинкилер 53 (23%), 50дөн 59 жашка чейинкилер 35 (15%) жана 60жаштан жогорулар 21 (9,1%) бейтап эркектер.

Демек, жыныс жолдору тутумунун кургак учук менен жабыркоосу көбүнчө сексуалдык жана тукумулоо жаштагы эркектерге 175 (75,4%) келээри көрүнүп турат. Жыныс жолдорунун КУ энек коштондусун, ПЖ жана СП жабыркатат. Энек жабыркоосу азыраак жана экинчи ирет бардык жаштагы

эркектердин энек коштондусунун сезгенүүсүнө өтөт: 17 жашка чейинки балдар 1 (0,1%), 18ден 29 жашка чейинкилер 43 (18,5%), 30дан 39 жашка чейинкилер 79 (34%), 40тан 49 жашка чейинкилер 53 (23%), 50дөн 59 жашка чейинкилер 35 (15%) жана 60жаштан жогорулар 21 (9,1%) бейтап эркектер. Мындан көрүнүп тургандай, жыныс жолдору тутумунун кургакучугу менен көбүнчө жигердүү сексуалдык жана тукумулоо жаштагы эркектер оорушат (17 сүрөт).



17 сүрөт. Жыныс жолдорунун кургак учугу менен бейтаптарды жаш-курагы боюнча бөлүштүрүү (n=232).

Придатканын экөөсү тең жабыркоосу 91 (23,5%) учур, придатканын бирөөсү жабыркоо 2 эсе азыраак -62,4%учур, энек коштондуусунун бир жактуу жабыркоосу 45 (11,6%) жана энек коштондуусунун эки жактуу жабыркоосу 10 (2,6%) учурда жолугат. 156 (40,2%) бейтапта – КУ эпидидимит бөйрөк КУ менен коштолгон, 51 (13,1%) -жигердүү өпкө КУ менен, өпкөнүң калдык көрүнүшү -94 (22,2%) бейтапта, 26 (6,7%) сөөк жана муундар жана четки лимфа бездеринин КУ, 23 (2,6%) эркек бездеринин, СП жана уретра жабыркоосу менен коштолгон, 38 (9,8%) бейтапта жыныс органдарынын жабыркоосу обочолонгон мүнөзгө ээ болгон.

Кургак учуктуу орхоэпидидимиттин белгилеринде жана клиникалык түрлөрүндө ооруунун өтүшүнүн эки клиникалык түрү табылды: курч (37,5%) жана өнөкөт (62,5%). Орхоэпидидимиттин курч түрү 37,5% дээрлик жаш бейтаптарда байкалды, стационарга келип түшкөндө алар калта тушундагы ооруунун курч башталганына даттанышкан, дене табынын жогору көтөрүлгөнү белгиленген. КУ үчүн гана мүнөздүү, бир жактуу белгилер жок, бирок бейтап баянын кылдаттык менен изилдеп, маалыматтарды карап жана текшерип чыккандан кийин, жыныс жолдорунун КУ дарттабууга мүмкүндүк бар экенин эсепке алсак болот.

Бейтап баянындагы маалыматтарды кылдат карап жана изилдеп чыгып, жыныс органдарынын КУ объективдүү дарттапма жасоого мүмкүндүк берди.

11 ооруулуу (4,7%) уролог дарыгерге бир нече жолу кайрылып жана жыныс жолу менен берилүүчү инфекциялар боюнча көпкө дарылангандан кийин гана бизге кайрылган. 32 (13,8%) ооруулуу заңдаган сайын чатында, куймулчакта ооругандыкты белгилешкен, бул ПЖ өзгөчө жабыркагандык, ал эми кээ бир учурда СПга мүнөздүү эле. Бул ПЖ нын КУ менен жабыркагандыгынын көтөн чучуктуктук белгиси болгон. Ал эми, цистоуретралдык белгилерин дизурия сыяктуу 28 (12,1%) бейтап, эякуляция ооругандыкты 19 (8,2%) бейтап, гемоспермияны 12 (5,1%) бейтап белгиледи. 79 (34,1%) эркек, эркектик тукумсуздук боюнча кайрылышкан жана текшерүү жүргүзүлгөндө жыныс органдарынын КУ деген дарт аты коюлган.

82 (35,3%) оорулуунун канында СОЭ жана лейкоцитоз тездегени табылган. 117 (50,4%) оорулууда заара белгилеринин үчтүгү табылган. Люминесценттик микроскопиясы 91 (39,2%) оорулууда МБТ тапты. 44 (18,9%) оорулуу эркекте туберкулиндартаптама оң корутунду берди. 142 (61,2%) оорулууда бакизилдөө оң корутунду берди, алардын ичинен 64 оорулуунуку заарасынан жана 78 эркектен эрендик түшүүсүнөн алынды.

Уретроскопиялык текшерүү учурунда табылды: колликулит 23%, ПЖ чыгаруу түтүкчөлөрү жагында заара чыккычтын былжыр кабыгынын инфильтрациясы 67%, уретроскоп тубусу өтө албастыгы 20 пайызда (%).

Бардык бейтаптарга стационарга жатканга чейин кеңейтилген рентгенография жүргүзүлгөн, ПЖ проекциясында аз сандагы жана кичине көлөмдөгү акиташтануу көлөкөлөнүүсү, 2 учурда көңдөйлүү менен, кескин айырмасы менен аныкталган. Калта органдарынын УДИ маалыматы боюнча эн өсүндүүсүнүн түзүмдүк өзгөрүүлөрү көбүрөөк кездешет (67,2%), эн өсүндүсү, эн кошундусу, жумурткалык жана ПЖда очоктук пайда болуулар табылды, калта органдарынын кургак учугунда 33,6% түздү жана 5,6% ПЖ жана СП жабыркануусунда эхогендик азаюсу белгиленди, ПЖ көлөмүнүн чоңойгону (47,8%) жана деструкциясы менен (32,2%) белгиленди. Ошондой эле, дистальдык акустикалык көлөкө пайда кылган, простата, эн кошундусу, жумурткалык ичинде өтө эхогендик пайда болууларды берген, тилкелик пайда болуулар жана кальцинаттын көбүрөөк кездешет.

Уретрадан бөлүнгөн өзгөчөлөнгөнбөгөн микробдук уруктанууну культуралдык изилдөөдөн *Lactobacillus*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Staphylococcus epidermididis* коюлду. Бул учурда, айрым түрлөр үчүн микроорганизмдердин топтолушу 10^2 ден 10^5 ке чейин КОЕ/мл болушу мүмкүн.

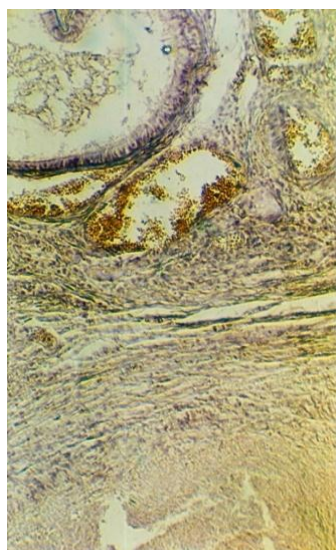
Сунушталган комплекстүү жана стандарттык дарылоодо натыйжалуулуктун бардык көрсөткүчтөрүн салыштырмалуу багытында баалоодо, негизги топто маалыматтарды кошкондо 61,2% учурда жакшы деп бааланды, ошол эле учурда көзөмөл топто 46,5% эле жакшы болду (1 таблица).

1 таблица. Чыгарып жатканда топтордо комплекстүү дарылоонун жыйынтыгы.

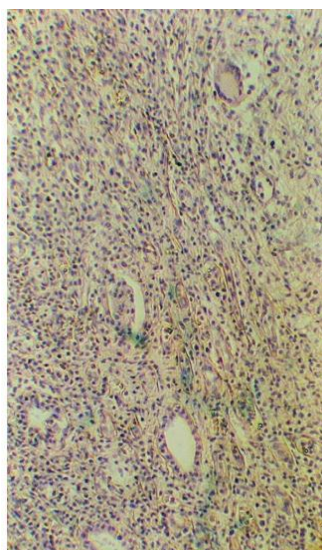
Корутунду	Негизги топ (n=98)		Көзөмөл топ (n=101)	
	Абсолюттук сан	%	Абс.сан	%
Жакшы	60	61,2	47	46,5
Канааттанарлык	35	35,7	43	42,5
Канааттанарлык эмес	3	3,1	11	11,0

Көзөмөл топто канааттанарлык корутунду 42,5% болду, негизги топто канааттанарлык корутунду 35% учурда болду, көзөмөл топто көбүрөөк канааттанарлык эмес корутунду чыкты 11% болду (негизги топто 3,1% болду).

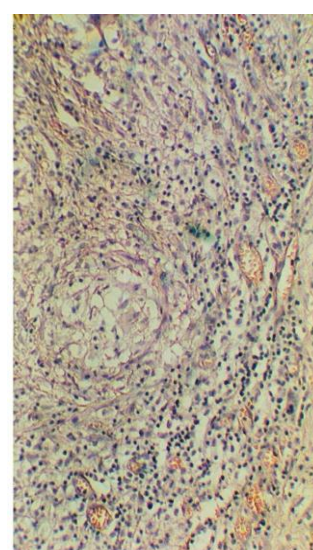
Белгилеп кетсек, патогенетикалык каражат катары дары-дармектин тобунда Лонгидаза, витамин Е пайдалануу, жыныс органдарынын КУ менен бейтаптарды клиникалык натыйжалуу дарылоону жогорулатууга алып келет жана негизги топтогу бейтаптарды чыгарып жаткандагы натыйжалуу дарылоонун коэффициенти көзөмөл топко караганда, анык жогору болду, ($P < 0,05$). Демек, биз сунуштаган комплекстүү дарылоо усулун практикалык дарыгерлер пайдаланышканын салыштырмалуу анализ далилдеп турат жана тандоо усулу деп аны кабыл алышат Клинико-гистологиялык салыштырганда 18-сүрөт очагдуу миллиардуу, очоктуу-бузулуу жана кулгуна түрү көбүрөөк жолугат.



а



б



в

18 сүрөт. Энек коштонду өсүндүүсүнүн микропрепараты: а - казеоздук чирүү, б - кургак учук дөнчөсү очог, в – спецификалык эмес энек сезгенүүсү. Боёктор гематоксилин эозин х 63.

Энек коштондусу жабыркоонун баштапкы баскычында эн коштонду, өсүндүсүнүн куйругу, айрым учурда –башы гана жабыркайт. Кеч дарттапмада-типтүү гистологиялык көрүнүш менен бардык энек коштондуусу, өсүндүүсү жабыркайт. Үзүлүү түрдө бириктирүүчү ткандын жайылып мол өсүүсү энек сезгенүү тушта очоктуу жана очоктуу-бузулуу түрү, көбүнчө энек коштондусунун төмөнкү тилкесинде интраканаликулярдык жана интерстициалдык жолдордо жолугат. Урук чыкчу түтүктүн жабыркануусу менен айкашкан, СП, ПЖ учрлары дагы жолугат. Заара чыккыч, Купер бездери жана эркек жыныс мүчөсү чанда гана жабыркоо процессине кирет.

2000 - 15-жылга чейин УФБнын урогениталдык бөлүмүндө стационардык дарыланууда жаткан, жыныс органдарынын кургак учугу менен 18ден 60 жашка чейинки 177 эркектин тукумкуучулук жөндөмүнүн комплекстүү клиника-лабораториялык изилдөө корутундусу көрсөтүлдү.

41 анамнезди жыйноодо эркектерди фертилдүүлүккө текшерүү процессинде (23,2%) тукумсуздукту көрсөттү, калганынын балдары бар жана башкалары ооругандыгына байланыштуу, жакынкы аралыкта кошбойлуулукту пландашкан эмес. Тукумсуз никенин орточо узактыгы 3,7-+0,8 жылды түздү. Бардык 177 изилденген бейтаптардын ичинен 21 кайтадан никеде болгон, бирок 114 эркектин мурда балдары болгон. 19 эркек, боюнан түшүп калуу менен бүткөн кош бойлуулукту белгилешкен. Бейтаптардын көпчүлүгү никеде 2 жылдан көп болушкан.

Бейтап баянын кылдаттык менен изилдеп чыккандан кийин, эркектердин тукум улоо курагында терс таасир кылган, ар түрдүү табылган андрологиялык оорулар жана факторлору (2 таблица).

2 таблица. Бейтап баянында башынан өткөн оорулары (n=177)

Оорулар	Бейтаптардын саны	
	Абс.число	%
Сыңар эн	11	6,2
Гипоспадия, эписпадия	7	4,0
Жука чурай чуркусу	19	10,7
Варикоцеле	31	17,5
Гидроцеле	12	6,8
Вирустук паротит	9	5,1
Эркек безинин сезгенүүсү	28	15,8
Калта органдарынын өзгөчө эмес сезгенүү оорулары	23	12,9
Жыныс жолу менен берүлүчү инфекциялар	37	21,0
Булардын ичинен 2 оорудан көп айкалышуу	56	31,6

Калта органдарынын физикалык изилдегенде төмөндөгүдөй өзгөрүүлөр табылды: 5 эркекте -гипоспадия, 2 эркекте –эписпадия, калтанын

асимметриясы-59, калтанын бырышуусу жана пигментациясынын байкалуусу, калтанын шалпайгандык даражасы. Энек/жумурткалык гипоплазирдүүлүк туурасынан көлөмү саналган (2,5см ден кем).

Жыныстык жөндөмдүн бузулуусу 56 бейтапта байкалган, бул 31,6% түздү. Алардын ичинен 29 бейтап 31ден 45жашка чейин, 24 бейтап 45тен жогору жана курагы жаш эркектер азыраак. Либидонун , дүүлүгүнүн басаңдашын 66 (37,2%) белгиледи, көбүнчө 30-45 жаштагы эркектер болду жана алардын жарымында бул көрүнүш 1,5 жыл мурда пайда болгонун белгилешти. Эрекциянын алсыздыгы 28 (15,1%) бейтапта байкалды, эякуляциянын бат болушуна 24 (13,6%) бейтап эркек даттанган. 4 бейтапта (2,5%) , 30га чейин курагы жаш эркектерде даттануу жок болду. 57% эркек бейтаптын спермаграммында патоспермия табылды (3-таблица).

3 таблица. Жаш курагы боюнча эякулятты изилдөө көрсөткүчтөрү(n=93)

Бейтаптар категориясы	Жашы (жыл)			Бардыгы	
	18-30 (n=46)	31-45 (n=33)	45-60 (n=14)	абс	%
Патоспермия	8	21	24	53	57,0
Нормоспермия	9	10	12	31	33,3
Аспермия	0	7	2	9	9,7
Баары	17 (18,4%)	38 (40,8%)	38 (40,8%)	93	100

Астеноспермо көрсөткүчтөр ченеми 33, 3%, асперимия 9,7%. Табылган патоспермиянын түрлөрү сперматогенездин бузулушунан көз каранды: олигозооспермия 1 стадиясы 26,8%, 2 стадияда 14%, 3 стадияда 16,2 бейтап.

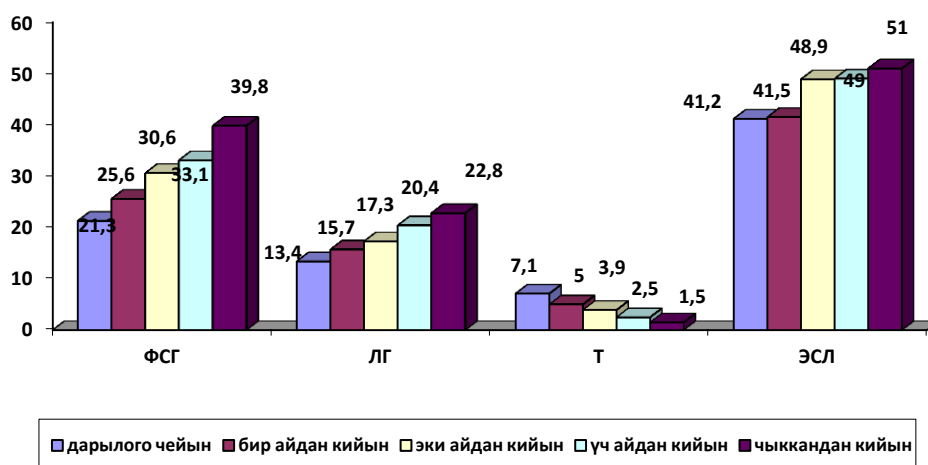
Жыныс органдарынын КУ оорусу менен бейтаптардын гормоналдык чөйрөсүн баалаган учурда гонадотроптук гармондордун (ФСГ, ЛГ) денсоолугу чың эркектикине салыштырмалуу 3 эсе көбөйүп топтолуусу белгиленди, тестостерон деңгээлинин азайганы, гормоналдык чөйрөнүн бузулганына жана ал өз учурунда сперматогенездин бузулушуна алып келет (4 таблица).

4 таблица. Бейтаптардын жыныс жана гонадотроптук гормондору кан сары суусунда топтом көрсөткүчтөрү (n=93)

Гормондор	С п е р м о г р а м м а			
	Денсоолук-туулар (n-25)	Нормоастен о-спермия	Патоспермия	Азооспермия
ФСГ, МЕ д/л	5,7±0,5	8,2±0,4**	21,3±0,4***	4,1±0,2
ЛГ, МЕ д/л	4,5±0,8	7,4±0,1**	13,4±0,4**	16,3±0,5***
Тестостерон, нмоль/л	19,2±2,4	14,2±2,2	7,1±0,6**	1,7±0,7***
ПРЛ, мМЕ д/л	299,0±1,8	228,6±2,8**	778,2±0,1***	676,18±2,8***
Эстрадиол, пг/мл	29,3±4,1	23,4±1,6	41,2±1,2**	49,6±2,4***

Пикур: *P < 0.05, **P < 0.01, ***P < 0.001

Бардык бейтапта гиперпролактинемия жана эстрадиоланын көбөйүшү белгиленди. Айта кетсек, ар кайсы мөөнөттө дарылоо процессинде тестостерон деңгээлинин азайган учурунда, ЛГ жана ФСГ саны көбөйгөнү олуттуу байкалды. Жогоруда айтылгандардын негизинде, гипофиздин гонадотроптук жөндөмүнүн көбөйгөнү менен катар, андрогендик жетишсиздиги менен, ошондой эле химиотерапия тукумсуздук-тун өрчүшүнө алып келүүчү шарт болуп эсептелээрин белгилесек болот. Белгилеп кетсек, дарылоо процессинин ар кайсы мөөнөтүндө, тестостерон деңгээлинин төмөндөшү менен ЛГ жана ФСГ санынын олуттуу жогорулаган учурлары болду (19 сүрөт).



19 сүрөт. Дарылоо процессинде патоспермия менен бейтаптардын гормоналдык чөйрөсүнүн өзгөрүү динамикасы (n=53).

Бирок, кургак учука каршы химиотерапиянын таасири жөнүндө унутууга болбостугун айтсак болот, ал терең сперматогенездик басынтууга алып келет.

Мына ошентип, жогоруда айтылган маалыматтардын негизинде, гипофиздин гонадотроптук жөндөмүнүн көбөйгөнү менен, андрогендик жетишсиздиги менен катар, ошондой эле химиотерапия тукумсуздуктун өрчүшүнө алып келүүчү шарт болуп эсептелээрин белгилесек болот.

Таблица 5. –МИЭФ дарылоо убагындагы динамикасы

Көрсөткүчтөр	Негизги топ (n=46)		Көзөмөл топ (n=47)	
	I	II	I	II
Эректилдик функция	25,8±0,33	23,2±0,43	25,9±0,54	17,2±1,12*
Либи́до	15,2±0,46	13,7±0,15	14,8±1,2	7,2±0,8*
Оргазма көрсөткүчү	10,7±0,31	8,6±0,17	10,2±0,6	6,9±0,2*
Канааттанарлык	13,2±0,5	11,4±0,9	15,2±1,2	9,4±1,7 *
Жалпы канааттанарлык	16,1±0,9	15,7±0,3	17,8±1,6	9,9±0,6*

Примечание: I до лечения, II после лечения. * P<0,05.

5 - 6 таблицада мисал кылынган изилдөөлөрдүн анамнези төмөндөгүлөрдү көрсөттү: негизги топтогу бардык бейтапта либидонун жогорулаганы белгиленди, алар мурда анын азайганын айтышкан, ал эми көзөмөл топто бейтаптардын жарымында (48,9%) либидо калыбына келген.

6 таблица. Жыныстык бузулуулардын калыбына келүү көрсөткүчтөрүнүн динамикасы.

Көрсөткүчтөр	Негизги топ (n=46)	Көзөмөл топ(n=47)		
	Абс.	%	Абс.	%
Жыныс кумары - дарылагандан кийин калыбына келүү	46	100,0	23	48,9
эрекция	28	60,8	19	40,4
Эякуляция ченемине келүү	24	52,1	15	31,9

Бейтаптардын өздөрү, негизинен негизги топтогу бейтаптар жыныс кумарынын жогорулашын дарылоо менен байланыштырышты, ал эми либидонун жөндөмү бузулбаган бейтаптар, анын бир топ кучөгөнүн белгилешти. Эрекциянын калыбына келүү көрсөткүчтөрү боюнча айтсак, негизги топто дарылоонун натыйжалуулугу негизги топто белгиленди (60,8%, көзөмөл топто 40,4%) Эякуляцияны калыбына келүү көрсөткүчтөр боюнча айтсак, айырманын анык катнашы ушул сыяктуу эле болду.

Сунушталган усулдун жогору терапиялык натыйжалуулугу, бейтаптардын жакшы көтөгөнү, колдонуунун жөнөкөйлүүлүгү менен белгиленет. Физиодарыламаларды дары каражаттары менен айкалыштырууга мүмкүнчүлүк бергени, сунушталган комплекстүү терапиянын схемасын негиздүү деп эсептөөгө болот. Ошондой эле, заара–жыныс тутумунун кургак учугу менен эркек бейтаптардын фертилдүүлүгүн калыбына келтирүү, дарылоонун натыйжалуулугун жогорулатуу максатында, бул схеманы стационар жана амбулатордук шарттарда, кенен практикалык колдонуу үчүн тандоо усулу деп сунуштайбыз.

ТЫЯНАКТАР

1. Кыргыз Республикасында 1984-жылдан 2015-жылга чейин өткөн заара-жыныс кургак учугу эпидемиология анализин чагылдырсак, советтик саламаттык сактоо мезгилинде турукташуу табылды, кийин социалдык-экономикалык кайра түзүүлөр мезгилинде начарлоо менен коштолгон. 1994-жылдан баштап азыркы мезгилге чейин өпкөдөн тышкары кургак учук ооруларын башка жерде чектелиши менен салыштырганда заара жыныстыктын үстүнөн лимфа безинин сезгенүүсү жана сөөк-муундардын жабыркоосу басымдуулук кылат.

2. Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учук үчүн белгисиз жана торпиддик өтүү мүнөздүү: 35 (%) учурда ооруу белгиси жок өтөт, 48% учурда заара-жыныс органдарынын өнөкөт сезгенүү оорусу сымал өтөт жана 15,7% учурда капысынан табылат. 20% бейтапта субфебрилитет, 18% бейтапта АГ, 35,5% дизуриялык бузулуу, 49,6% бейтапта-ооруу белгилери, (14,1% бөйрөк түйүүлүшү), бөйрөктүн ички жумшак ткандарынын үрпчөлөрүнүн бузулушунда 11,7% бейтапта гана пайда болду. 57% бейтап чоң кишилерде жана 72,3% бейтап балдарда МПТ өтүшүп кеткен баскычында табылган жана кургак учук менен жабыркагандыгын кечигип дарт табуунун айынан бөйрөккө жана заара-жыныс жолдоруна операциялык кийлигишүүдөн кийин майыптыкка чыгуу 52,3% бейтапта белгиленди.

3. Заара жыныс тутумунун КУ ооруусун заманбап дарттапма усулдары эски усулдарга салыштырмалуу артыкчылыктарга, жана ошондой эле кемчиликтерге ээ: ПЦР жана ИФА 86,4% сезгичтиги бар; анализдин өзгөчөлүгү 88,6%; КТ 89,1% учурда кургак учукту тапты; (бул, экскретордук урографиядан 1,5 эсе жогору); МРТ 97,5%; УДИ 70%, Хpert МТВ/RIF тести жана цитокиндер изилдөөлөрү жогору пайызда (89,9%) сезгичтикке ээ.

4. Иштелип чыккан дарттапма алгоритмин жалпы дарылоо тармагынын амбулатордук жана стационардык деңгээлинде колдонуу, бардык урогениталдык патология менен бейтаптардын заара жыныс тутумунун кургак учугун баштапкы табуусун жана дарыгерлердин кургакучукка болгон сактыгын жогрулатат.

5. Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учук ооруусун этиопатогенетикалык терапиянын комплекстүү схемасы дарылоонун жогору натыйжалуулугун эски схемага салыштырмалуу 1,5 эсе көп камсыз кылат, бирок 18 жаштан 49 жашка чейинки эмгекке жарамдуу курактагы бейтаптардын 60,2% клиникалык операциялык кийлигишүү менен дарыланышкан (бул учурда эркектер 60,3% түздү).

6. Клиникалык модификациясында бөйрөк кургак учугун сунушталган кесип салуу ыкмасын колдонуу бир топ талашсыз артыкчылыкка ээ, операциянын жаракаттуулуктун азайганы, операциялык кийлигишүүдө аз кан кетүү, операциядан кийинки кабылдап кетүү, бейтаптын стационарда болуу мөөнөтүнүн азайышы, жашоо сапаты жана эмгекке жөндөмдүүлүгүнүн калыбына келүү мезгили 3 эсе азайганы, дарылануунун баасы 25% азайганы.

7. Заара жыныс тутумунун КУ менен эркектерде тукумсуздук 41(23,2%), копулятивдик жөндөмүнүн бузулушу 31,6%, жана жыныс кумарынын басаңдашы 30-45 жаштагы бейтаптар арасында 37,2% чейин табылды. 30 жашка чейинки жаш курак топто 2,5% даттануулар жок болду. 57% оорулуу эркектин спермограммасында патоспермия табылды, 33,3% көрсөткүчтөрү нормада болгонун белгиленип, аспермия 9,7 % бейтапта аныкталды.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

- Иштелип чыккан дарттапмалык алгоритм дарыгерлерге урогениталдык КУ аныктаганга, ошондой эле бөйрөктүн жана заара чыгаруу жолдорунун өзгөчө эмес бузулууларын заманбап ыкма менен аныктоого жол берет.

- Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учук бейтаптарын комплекстүү дарылоодо схема боюнча химиотерапия башталгандан 2ден 12айга чейинки мөөнөттө Лонгидаза @ киргизүүнү сунуштайт: инъекция булчуң этине 3000 МЕ ар бир 3 күндөн кейин сайылат, жалпы курсу 12 инъекцияны түзөт, бөйрөк-жыныс ткандардын репаративдик жакшыртуу максатында.

- Бөйрөк КУ дарылоо үчүн иштелип чыккан схема жана комплекстик терапиянын жана лазеротерапиянын узактыгы дарылоонун натыйжалуулугун жакшыртып жана дарттын кара кармоосун, оордошунун алдын алат.

- Сунуш кылынган реконструктивдик калыбына келтирүүчү кургак учуктун микроцисттик ыкмасы бейтаптын стационарда болуу мөөнөтүн азайтат жана операциядан кийинки мезгилде бейтаптын толук сакайып кетишине алып келет. Мындай бейтаптардын майыптыкка чыгуу пайызын бир топ азайтуусу менен экономикалык олуттуу мааниге ээ.

- Бейтап эркектердин фертилдик ден-соолугуна КУ дарты кандайдыр бир деңгээлде терс таасирин берээрин, практика жасоочу фтизиоурологдор көңүлдөрүн буруп кетиши керек,. Биз иштеп чыккан комплекстүү дарылоо, фертилдик ден-соолукту алдын алуу иш-чара катары, көрсөтүлгөн терапиянын түрүн фтизиотерапия практикасына киргизүү жөнүндө сунуштоого мүмкүндүк берет.

ДИСЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫККА ЧЫККАН ИЛИМИЙ ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ

1. **Муканбаев К.** Ошибки диагностики туберкулеза мочевого пузыря. [Текст] / К. Муканбаев, Т.Э Алиев. // Сб.науч.тр. «Туберкулез». – Бишкек. - 1993. – Том I. – С. 75-77.
2. **Муканбаев К.** Состояние и эффективность фтизиоурологической помощи в Кыргызской Республике. // «О реформировании противотуберкулезной службы республики». – Бишкек. - 1996. - С. 31-33.
3. **Муканбаев К.** Организация, цели и задачи фтизиоурологической помощи в Кыргызской Республике. // Сб.науч.тр. КГМА III Международной конференции урологов. Актуальные проблемы урологии. – Бишкек - 1998. – С. 32-36.
4. **Кожомкулов Д. К.** Эпидемиологические показатели по внелегочному туберкулезу, меры ранней профилактики в Кыргызской Республике. [Текст] / Д.К. Кожомкулов, Л.А. Горелкин, К. Муканбаев, и др. // Сб.науч.тр. «Туберкулез». – Бишкек. - 1998. – С. 46-51.

5. **Муканбаев К. М.** Эффективность лечения туберкулеза различных локализаций на современном этапе. [Текст] / К. Муканбаев, А.Ш. Алишеров, Л.А. Горелкин, и др. // Сб.науч.тр. «Туберкулез». – Бишкек. - 1998. – С. 102-106.
6. **Муканбаев К.** Клинико-морфологическая характеристика туберкулезных эпидидимитов в условиях Кыргызской Республики. [Текст] / К. Муканбаев, Ж.К. Чолокова, Г.В. Ситковский, и др. // Сб.науч.тр. «Туберкулез». – Бишкек. - 1998. – С. 167-171.
7. **Муканбаев К.** Варианты хирургического лечения больных при туберкулезе мочеочника. [Текст] / К. Муканбаев, Н.К. Муканбаев. // Сб. науч.тр. КГМА. Международная конференция хирургов. Актуальные проблемы хирургии. – 1999. – С. 205-212.
8. **Муканбаев К.** Диагностика туберкулеза мочевого пузыря. // Сб.науч.тр. института экологии «Окружающая среда и здоровье человека». – Бишкек. - 1999. – Том VII. – С. 219-224.
9. **Муканбаев К.** Варианты клинико-морфологического течения нефротуберкулеза. [Текст] / К. Муканбаев, В.А. Аكوпова, Н.К. Муканбаев. // Сб.науч.тр. ин-та экологии «Окружающая среда и здоровье человека». – Бишкек. - 1999. – Том VII. – С. 231-235.
10. **Муканбаев К.** Современные принципы консервативного лечения нефротуберкулеза. [Текст] / К. Муканбаев, Н.К. Муканбаев. // Сб.науч.тр. КНИИОиР «Актуальные вопросы онкологии и радиологии». – Бишкек. - 1999. – С. 298-300.
11. **Муканбаев К.** Хроническая почечная недостаточность у больных туберкулезом мочевой системы и ее коррекция. // Сб.науч.тр. КНИИОиР «Актуальные вопросы онкологии и радиологии». – Бишкек. - 1999. –С. 300-304.
12. **Муканбаев К.** Значение молекулярно-биологических методов в диагностике мочеполового туберкулеза. [Текст] / К. Муканбаев, М.А. Владимирский, Л.К. Шипина и др. // «Проблемы туберкулеза». – 2001. – № 4. – С. 40-42.
13. **Муканбаев К.** Эпидемиологические особенности мочеполового туберкулеза в условиях Кыргызской Республики. // Туберкулез науч.тр. материалы Международ. конф. «Стратегия ДOTS в Кыргызстане». – Бишкек. - 2000. – С. 34-37.
14. **Муканбаев К.** Нефрогенная гипертензия у больных нефротуберкулезом. // Туберкулез науч.тр. материалы Международ. конф. «Стратегия DOTS в Кыргызстане». – Бишкек. - 2000. – С. 116-122.

15. **Муканбаев К.** Неотложные состояния при туберкулезе мочеполовых органов. // III конгресс хирургов Кыргызстана. Хирургия рубежа XX и XXI веков. – 2000. – С. 139-145.
16. **Тыныстанова Р. И.** Морфологические особенности туберкулеза центральной нервной системы. [Текст] / Р.И. Тыныстанова, В.А. Акопова, К. Муканбаев, и др. // Проблемы туберкулеза. – 2001. №2. С. 40-43.
17. **Муканбаев К.** Клинико-морфологическое течение нефротуберкулеза. [Текст] / К. Муканбаев, Н. К. Муканбаев. // Материалы IV съезда гигиенистов, эпидемиологов, паразитологов и инфекционистов Кыргызской Республики. – Бишкек. 2002. – С. 464-466.
18. **Mukanbaev K.** Urgent condition of urogenital tuberculosis // K. Mukanbaev.- VJU. 2002.v.90, supplement 2 PD 1.4-25 /26th congress of the societe Internacionale d Urologie.
19. **Mukanbaev K.** Tuberculosis urogenital system in children and teenagers. [Текст] /K. Mukanbaev //- VJU. 2002.v.90, supplement 2.p. 7-1.19 /26th congress of the societe In ternacionale d Urologie.
20. **Муканбаев К.** Хирургическое лечение туберкулеза мочевой системы. [Текст] /К. Mukanbaev // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2003. – Том IX. – Приложение 4. – С. 59-62.
21. **Кожомкулов Д. К.** Полимеразная цепная реакция в диагностике внелегочного туберкулеза [Текст] / Д.К. Кожомкулов, К. Муканбаев, А.Ш. Алишеров и др. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. 2005.–Т.ХI. приложение 5.–С. 44-46.
22. **Алишеров А. Ш.** Полимеразная цепная реакция (ПЦР) в диагностике внелегочного туберкулеза (ВЛТ) [Текст] / А.Ш. Алишеров, Д.К. Кожомкулов, К. Муканбаев, и др. // сб.науч.ст. XII Республиканской конференции фтизиопульмонологов. – Кишинев. – 2007. – С. 136-139.
23. **Муканбаев К.** Низкоинтенсивная лазеротерапия при туберкулезе мочевой системы // Вестник Кыргызско-российского славянского университета. – 2009. – Том 9, №10. – С. 115-117.
24. **Муканбаев К.** Рибоксин в комплексном лечении туберкулеза мочевой системы // Вестник Кыргызско-российского славянского университета. – 2009. – Том 9, №10 – С. 118-121.
25. **Кожомкулов Д. К.** Особенности некоторых внелегочных форм хирургического туберкулеза [Текст] / Д.К. Кожомкулов, К. Муканбаев, М.Д. Абдиев, и др. // Медицинские кадры XXI века. – 2011. – № 1. – С. 51 – 54.
26. **Муканбаев К.** Особенности клинического течения мочеполового туберкулеза у детей и подростков в Кыргызстане и в Сибири [Текст] / К. Муканбаев, Е.В. Кульчавеня, Е.Ю. Ковешникова // Медицина и образование в Сибири: эл.Ресурс.–2012-№ 4

27. **Кульчавеня Е. В.** Полихимиотерапия больных туберкулезом как причина нарушений эякуляции Сибири [Текст] / Е.В. Кульчавеня, С.А. Медведев, К. Муқанбаев, и др. // Туберкулез и болезни легких. - 2012. - №7 - С. 37-40.
28. **Муқанбаев К.** Мочеполовой туберкулез у детей и подростков в Республике Кыргызстан [Текст] / К. Муқанбаев, Е.В. Кульчавеня // Туберкулез и болезни легких. - 2013. - № 9. С. 43-46.
29. **Кульчавеня Е. В.** Современные тенденции эпидемической ситуации по внеторакальному туберкулезу [Текст] / Е.В. Кульчавеня, В.А. Краснов, К. Муқанбаев, и др. // Туберкулез и болезни легких. - 2013. - № 12. С. 34-38.
30. **Кульчавеня Е. В.** Уротуберкулез у детей в регионах, неблагополучных по туберкулезу [Текст] / Е.В. Кульчавеня, К. Муқанбаев, И.И. Жукова // XIII конгресс РОУ; сборник трудов. – М.-2013. – С. 253.
31. **Кульчавеня Е. В.** Эпидемиология туберкулеза мочеполовой системы [Текст] / Е. В. Кульчавеня, К. Муқанбаев, И. И. Жукова // XIII конгресс РОУ; сборник трудов. – М.-2013. – С. 254.
32. **Kulchavenya E.** Urogenital tuberculosis in children and adolescents in epidemic region. / E. Kulchavenya, K. Mukanbaev.// Urology 84(4 Suppl). Oct. 2014. – S. 271.
33. **Кульчавеня Е. В.** Мочеполовой туберкулез у детей и подростков [Текст] / Е.В. Кульчавеня, К. Муқанбаев, И.И. Жукова и др. // Экспериментальная и клиническая урология. - 2013. - № 1 - С. 88-91.
34. **Кульчавеня Е. В.** Мочеполовой туберкулез у детей и подростков в Сибири и Кыргызстане [Текст] / Е.В. Кульчавеня, К. Муқанбаев, Д.П. Холтобин и др. // Педиатрия. – 2014. – № 2. – С. 35 -38.
35. **Китаев М. И.** Цитокиновый профиль и цитокиновый баланс больных туберкулезом [Текст] / М.И. Китаев, Е.В. Дуденко, К.М. Муқанбаев, и др. // Здравоохранения Кыргызстана, 2013.- № 1 – с. 26 – 28.
36. **Китаев М. И.** Динамика продукции цитокинов у больных внелегочными формами туберкулеза в процессе лечения [Текст] / М.И. Китаев, Е.В. Дуденко, К.М. Муқанбаев, и др. // Вестник Кыргызско – Российского Славянского университета. – 2014 – Том 14, № 4. – с. 98 – 100.
37. **Муқанбаев К.** Хирургическое лечение туберкулезных эпидимитов и их морфологическая характеристика. // Хирургия Кыргызстана. – 2015. - № 3. – С. 28-32.
38. **Кадыров А.С.** Способ резекции почки [Текст] / А.С. Кадыров, К. Муқанбаев, Т.Э. Алиев и др. (КГ). – 1997.-30 декабря.- **6 с. (патент № 219)**.
39. **Муқанбаев К.** Резекция почки при туберкулезном поражении [Текст] / К. Муқанбаев, А.С. Кадыров, А.Ч. Усупбаев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана – 2016. - №10 – С. 74-77.

40. **Муканбаев К.** Результаты обследования фертильности больных с туберкулезом мужских половых органов [Текст] / К. Муканбаев, А.Ч. Усупбаев, К.Н. Стамбекова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана.–2016.- №10 – С 78-81.
41. **Кожомкулов Д. К.** Факторы задержки диагностики некоторых форм внелегочного туберкулеза [Текст] / Д. К. Кожомкулов, К. Муканбаев, Кожомкулов М. Д. и др. // Известия ВУЗов Кыргызстана – 2017. – № 1. – с. 44 – 47.
42. **Муканбаев К.** Анализ работы по выявлению, поздней диагностики и профилактики мочевого туберкулеза. [Текст] / К.Муканбаев, Т. Кудайбердиев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана.–2017.- №7 – С. 95 - 98.
43. **Токтогонова А. А.** Характеристика лекарственной резистентности возбудителя туберкулеза в 2016 году. [Текст] / А.А. Токтогонова, К. Муканбаев, О.А. Чонорова, и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований – 2017. №8 (часть 1) С. 73 – 77.
44. **Муканбаев К.** Экстренные операции при туберкулезе мочевого туберкулеза [Текст] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований – 2017. - №8 (часть 2) – С. 272 - 275.
45. **Муканбаев К.** Туберкулез мочевого туберкулеза в сочетании с другими локализациями. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований – 2017. - №9 - С. 69 - 73
46. **Муканбаев К.** Принципы ранней диагностики, клиника и лечение туберкулеза мочевого туберкулеза [Текст] / К. Муканбаев, Н.К. Муканбаев– 2003. – 19 с. (метод. рекомендации).
47. **Муканбаев К.** Оперативные методы лечения и послеоперационное ведение больных туберкулезом мочевого туберкулеза. – 2003. – 23 с., (метод. рекомендации).

Муканбаев Касымбектин “Кыргыз Республикасында заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугу (эпидемиологиясы, клиникасы, дарт аныктоо жана дарылоо)” деген темадагы 14.01.23 - урология жана 14.01.16 – фтизиатрия адистери боюнча медицина илимдеринин доктору илимий даражасын коргоо үчүн жазылган диссертациясынын кыскача

КОРТУНДУСУ

Негизги сөздөр: урогениталдык кургак учук, эпидемиология, клиника, дарт аныктоо, дарылоо, фертилдүүлүк (бойго жеткендик), жашоо сапаты.

Изилдөөнүн объекти: Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугунан жабыркаган оорулууларды жана КРдин фтизиоурология кызматынын 1984-жылдан 2015-жылга чейинки өнүгүүсүн талдоо.

Изилдөөнүн максаты: Заара-жыныс мүчөлөрүнүн кургак учугунан жабыркаган бейтаптарды дарылоонун жана КРдин шарттарында оорунун эпидемиологиясынын, клиникасынын, дарт аныктоонун жана дарылоонун өзгөчөлүктөрүн аныктоонун жана изилдөөнүн негизинде бейтаптардын жашоо сапатын жогорулатуу.

Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңычылдыгы: Кыргыз Республикасында 30 жыл аралыгында совет доорундагы саламаттык сактоонун көрсөткүчтөрү турукташып калганы жана кийинки коомдук-экономикалык кайра куруулар мезгилинде алардын начарлап бара жатканы белгиленет.

ЗЖМ кургак учугуна көп учурда, өзгөчө оорунун баштапкы стадияларында белгилери билинбей, торпиддик мүнөздө өтүүсү мүнөздүү: 35% симптомсуз, 48% - ЗЖМ сезгенме оорулары сымал, 15,7% - капыстан аныкталат. Бейтаптардын 20% субфебрилитет, 18% – АГ, 35,5% - дизурия, 49,6% - оорулар, 57% чоңдордо жана 72,3% балдарда УГКУ күчөп кеткен деңгээлинде аныкталган.

Дарт аныктоо ыкмаларынын маалыматтуулугу: ПЧР жана ИФА (сезгичтик 86,4%, спецификалуулук 88,6%), КТ - 89,1%, МРТ – 97,5%, УДИ - 70%.

Дарылоонун жогорку натыйжалуулугу жекече тандалган дарылоону жана хирургиялык кийлигишүүнү (60,2%) өз убагында колдонуу менен камсыздалат. Кургак учукка каршы комплекстүү дарылоодо Гиалуронидаза - Лонгидаза[®] препаратын колдонуу клиникалык натыйжалуулукту жогорулатат. Клиниканы модификациялоодо резекциялоо ыкмасын колдонуунун натыйжалуулугу жаракаттанууну, кабылдоолордун жыштыгын, к/д, эмгекке жарамсыздык мөөнөтүн 3-4 эсеге, дарылоо чыгымын 25-30% төмөндөтөрүн тактады.

ЗЖМКУну өз убагында аныктоо үчүн жалпы дарылоо тармактарында урогениталдык патологиялуу бардык оорулуулар үчүн дарт аныктоочу алгоритм сунушталган.

23,2% бейтаптан тукумсуздук аныкталган, 37,2% либидо төмөндөгөн, 15,1% ЭД, 13,6% эякуляциялоо тездеген, 57% спермограммасынан патоспермалар табылган, 33,3% норманын чегинде болгон, ал эми 9,7% аспермия аныкталган.

Автор тарабынан сунушталган комплекстүү дарылоо оорулууларды дарылоонун клиникалык натыйжалуулугун дарылоонун натыйжалуулук коэффициентин текшерүүчү топко салыштырмалуу 1,5 эсеге жогорулаткан ($P < 0,05$).

Колдонуу чөйрөсү: урология, фтизиоурология, андрология, хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Муканбаева Касымбека на тему: «Мочеполовой туберкулез в Кыргызской Республике (Эпидемиология, клиника, диагностика и лечение)» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 14.01.23 – урология и 14.01.16 – фтизиатрия

Ключевые слова: Урогенитальный туберкулез, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, фертильность, качество жизни.

Объект исследования: больные с туберкулезом мочеполовой системы и анализ развития фтизиоурологической службы КР с 1984 по 2015 гг.

Цель исследования: Повысить эффективность лечения и качества жизни больных мочеполовым туберкулезом на основе выявления и изучения особенностей эпидемиологии, клиники, диагностики и лечения в условиях КР.

Полученные результаты и их новизна: в КР за 30 лет отмечена стабилизация показателей в период советского здравоохранения с последующим ухудшением в период выраженных социально-экономических преобразований.

Для туберкулеза МВС характерно, часто бессимптомное и торпидное течение, особенно в начальных стадиях заболевания: в 35% - бессимптомно, в 48 % - под маской воспалительных заболеваний МПО, в 15,7% - выявляется случайно. У 20% отмечается субфебрилитет, у 18% – АГ, у 35,5% - дизурия, у 49,6% - боли, у 57% взрослых и у 72,3% детей УГТ выявляются в запущенной стадии заболевания.

Информативность методов диагностики: ПЦР и ИФА (чувствительность 86,4%, специфичность 88,6%), КТ - 89,1%, МРТ – 97,5%, УЗИ - 70%.

Высокая эффективность лечения обеспечивается индивидуальным подбором лечебных мер и своевременным применением хирургического вмешательства (60,2%). Препарат гиалуронидазы - Лонгидаза[®] повышает клиническую эффективность применения в комплексной противотуберкулезной терапии. Эффективность применения способа резекции в модификации клиники установила снижение травматичности, частоты осложнений, к/д, периода трудоспособности в 3-4 раза, стоимости лечения на 25-30%.

Для своевременного выявления МПТ рекомендован диагностический алгоритм в общей лечебной сети для всех больных с урогенитальной патологией.

Бесплодие выявлено у 23,2% больных, снижение либидо у 37,2%, ЭД у 15,1%, ускорение эякуляции у 13,6%, у 57% в спермограмме выявлены патоспермии, в пределах нормы у 33,3%, аспермия у 9,7%.

Комплексное лечение, предлагаемое автором приводит к повышению клинической эффективности лечения больных с коэффициентом эффективности лечения выше в 1,5 раза, нежели чем в контрольной ($P < 0,05$).

Область применения: урология, фтизиоурология, андрология, хирургия.

RESUME

Mukanbaev Kasymbek's dissertation on "Genitourinary tuberculosis in the Kyrgyz Republic (Epidemiology, Clinic, Diagnosis and Treatment)" for the degree of Doctor of Medical Sciences in specialties 14.01.23 - urology and 14.01.16 - phthisiatry

Keywords: Urogenital tuberculosis, epidemiology, clinic, diagnostics, treatment, fertility, quality of life.

Object of the study: patients with tuberculosis of the genitourinary system and analysis of the development of the phthisiourological service of the Kyrgyz Republic from 1984 to 2015

Objective: To increase the effectiveness of treatment and quality of life of patients with genito-urinary tuberculosis on the basis of identifying and studying the characteristics of epidemiology, clinic, diagnosis and treatment in the Kyrgyz Republic.

The obtained results and their novelty: in the KR for 30 years, the stabilization of indicators during the period of Soviet health care was noted with subsequent deterioration in the period of pronounced socioeconomic transformations.

For MVS tuberculosis, it is common, often asymptomatic and torpid current, especially in the initial stages of the disease: 35% - asymptomatic, 48% - under the mask of inflammatory diseases MPO, in 15.7% - randomly. 20% have subfebrile condition, 18% have hypertension, 35.5% have dysuria, 49.6% have pain, 57% of adults and 72.3% of children have CCS in the advanced stage of the disease.

Informativeness of diagnostic methods: PCR and ELISA (sensitivity 86,4%, specificity 88,6%), CT - 89,1%, MRI - 97,5%, ultrasound - 70%.

High efficiency of treatment is provided by individual selection of medical measures and timely application of surgical intervention (60.2%). The preparation of hyaluronidase - Longidase ® increases the clinical effectiveness of the use in complex antituberculous therapy. The effectiveness of the method of resection in the modification of the clinic established a reduction in trauma, the frequency of complications, c / d, the period of ability to work 3-4 times, the cost of treatment by 25-30%.

For timely detection of MAT, a diagnostic algorithm is recommended in the general treatment network for all patients with urogenital pathology.

Infertility was detected in 23.2% of patients, a decrease in libido in 37.2%, ED in 15.1%, acceleration of ejaculation in 13.6%, 57% in the spermogram revealed pathospermia, within the limits of the norm in 33.3%, aspermia in 9.7%.

Complex treatment proposed by the author leads to an increase in the clinical efficacy of treatment of patients with a treatment efficacy ratio of 1.5 times higher than in the control ($P < 0.05$).

Scope: urology, phthisiourology, andrology, surgery.