

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

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

Д 14.22.650 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 616.149-008.341.1.-089

Султангазиев Расул Абалиевич

ПОРТАЛДЫК ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУ

14.01.17 - хирургия

Медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
авторефераты

Бишкек – 2022

Илимий иш Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин госпиталдык хирургия кафедрасында аткарылды.

Илимий консультант: Сагымбаев Марат Акимович -

Кыргыз Республикасынын Улуттук илимдер академиясынын академиги, медицина илимдеринин доктору, профессор, Кыргыз курортология жана калыбына келтирип дарылоо илим-изилдөө институтунун директору.

**Расмий
оппоненттери:**

Сопуев Андрей Асанкулович -

медицина илимдеринин доктору, профессор, И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын оперативдүү хирургия курсу менен госпиталдык хирургия кафедрасынын башчысы

Киценко Евгений Александрович -

медицина илимдеринин доктору, профессор, академик В. Б. Петровский атындагы Россия илимий-хирургиялык борборунун кечиктирилгис хирургия жана порталдык гипертензия бөлүмүнүн жетектөөчү илимий кызматкери

Айтбаев Съездбек Айылчиевич -

медицина илимдеринин доктору, Кыргызстан Эл аралык университетинин окуу-илимий-өндүрүштүк комплексинин коммерциялык эмес окуу мекемесинин Эл аралык медицина мектебинин хирургиялык оорулар кафедрасынын ассистенти.

Жетектөөчү уюм:

А.Н. Сызганов атындагы Улуттук хирургия илимий борбору, гепатопанкреатобилиардык хирургия жана боорду трансплантациялоо бөлүмү (050004, Алматы ш., Желтокан көч., 62).

Диссертацияны коргоо 2022-жылдын 22 декабрында саат 14.00дө медицина илимдеринин доктору (кандидаты) илимдеринин окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборуна караштуу Д 14.22.650 диссертациялык кеңештин отурумунда өтөт (720044, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., 3-линия көчөсү, 25, 2-этаж конференц-зал дарегинде), диссертацияны коргоо онлайн берүүсүнүн идентификатор коду: https://vc.vak.kg/b/d_1-xar-5tx-9lo

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

Автореферат 2022-жылдын 17 ноябрында жөнөтүлдү

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

М. Б. Чапыев

ЭМГЕКТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Гепатологияда жетишилген ийгиликтерге карабай, боор жабыркагандагы жогорку кан басым (порталдык гипертензия) дартын хирургиялык жол менен дарылоо көйгөйү ушул мезгилге чейин чечиле элек. Операциядан кийинки өлүмгө учуроонун көптүгүнөн жана алыскы натыйжалардын анча жакшы эместигинен улам бул багыттагы көп сандаган операциялар натыйжалуу же канааттандыруу болуп эсептелбейт [Велиханова Д.М., Караханов К.Я., 2000; Дзидзава И.И. ж.б., 2010, Верткин А.Л. ж.б., 2013; Котив Б.Н. ж.б., 2019; Гарбузенко Д.В., 2015; Ж.Д. Жамилов ж.б., 2015, Fernandez M., 2007; Sato Y. ж.б., 2011].

Бүгүнкү күндө боордун өнөкөт диффузиялык дарты менен жабыркашы менен ооругандардын саны туруктуу өсүп жаткандыгына байланыштуу порталдык гипертензия хирургиясы актуалдуулугун жоготпой келет [Пациора М.Д., 1984; Анисимов А.Ю. ж.б., 2008; Соколова О.В., 2008; Назыров Ф.Г. ж.б., 2012; Турмаханов С.Т., 2012; Шерцингер А.Г. ж.б., 2013; Сапронова Н.Г., 2014; Лызыков А.Н. ж.б., 2014; Котив Б.Н. ж.б., 2014; L. Castaing D. ж.б., 2006; Rosemurgy A. S. ж.б., 2005; Orloff M. J. ж.б., 2012].

Кыргызстанда боордун отушуп кеткен дартынын татаал маселери менен академик Мамакеева М.М. жетектеген дарыгерлер тобу кылдат күрөшүп жатат. Алардын маалыматы боюнча, операциядан кийинки өлүм 16% ды түзөт [Мамакеев М.М. ж.б. авторлор, 2019; Кудайбергенов Т.И., Ниязов Б.С. ж.б. авторлор 2021].

Бир катар авторлор белгилегендей, порталдык гипертензия дартына чалдыккан бейтаптардын 80-90%ында дарт боордун циррозуна келип чыгат жана ал 100 миң калктын 14-30унда кездешип, 35 жаштан 60 жашка чейинки бейтаптардын өлүмгө учурашына эң көп себеп болгон алты оорунун бири болуп эсептелет. Боордун циррозуна алып келүүчү себептердин басымдуу бөлүгүн (60%) вирустук этиология түзөт. Боордун вирустук циррозу жылына 40 млн адамдын өлүмүнө себеп болот. Констатациялоо учурунда боордун циррозуна байланыштуу порталдык гипертензияга чалдыккандардын өмүрүнүн орточо узактыгы 18 айды түзгөн, анын 51%ынын өлүмү кызыл өңгөч менен ашказандын каноосу менен шартталган. Кызыл өңгөчтүн жана ашказандын вена кан тамырларынын варикоздук кеңейүүсүнөн келип чыккан кан агуулар боордун циррозу менен ооруган бейтаптардын үчтөн биринде кездешет. Бейтаптардын 30-50% га жакыны 6 жуманын ичинде каноонун биринчи эпизодунда өлүмгө учурашкан. Каноонун бир жыл ичинде кайра кайталанышы Чайлд-Пьюнун классификациясы боюнча «А» классындагы боордун циррозу менен ооругандардын 25%ында, «В» классындагы боордун циррозу менен ооругандардын 50%ында жана «С» классындагы боордун циррозу менен ооругандардын 75%ында байкалган. Дарттын мындай кабылдашы боордун

циррозу менен жабыркагандардын 10-15%ынын өлүмүнө себеп болгон. Бир жылдык жашоо узактыгы «А» и «В» классындагы цирроздордо 70% га жеткен, «С» классындагыларда - 30% ды түзгөн [Рачковский М.И., 2009; Ющук Н.Д. ж.б., 2010; Холматов П.К. ж.б., 2012; С.Н. Бацких ж.б., 2012, Анисимов А.Ю., 2015; Назыров Ф.Г. ж.б., 2015; Смолевский В.С. ж.б., 2015; Котив Б.Н. ж.б., 2015; Capussotti L. ж.б., 1992; Albans E., Fridman S.L., 2001]. Дартка чалдыгуулардын саны такай өсүүдө жана эксперттердин талдоосу боюнча 2025-жылга карата эки эсеге жетиши мүмкүн, бул бүткүл дүйнөлүк коомдук саламаттыкты сактоо үчүн олуттуу маселе болуп эсептелет. Бүткүл дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун (ВОЗ) статистикасына ылайык, боордун циррозу адамдарды өлүмгө алып келүүчү себептердин ичинде сегизинчи орунду ээлейт [Лыткин И.А. ж.б., 1984; Лапшин А.В., Павлов Ч.С., 2003; Рачковский М.И., 2009; Ивашкин В.Т., 2009; Тугушев А.С., 2010; Холматов П.К. ж.б., 2012; Маевская М.В., Федосына Е.А., 2012; Могилевец Э.В., 2014; Farinati F. et al., 1990; Garcia – Tsao G., Bosch.I., 2010].

Кабылдоолордун жогорку пайызы жана бейтаптардын жашап кетүү көрсөткүчүнүн төмөн болушу порталдык гипертензиянын кабылдашын дарылоонун тактикасын өркүндөтүү зарылдыгын көрсөттү. Ал дарттын пайда болушунун патогенезин билүүгө жана дифференцирленген мамилеге негизделиши керек болду. Дарылоо тактикасын аныктоо боюнча ушул мезгилге чейин бирдиктүү пикир жок. Кээ бир авторлор [Лыткин М.И. ж.б., 1984; Кушнир И.Э., 2009; Дзидзава И.И. ж.б., 2010; Каширин С.Д. ж.б., 2012; Назыров Ф.Г. ж.б., 2012; Лызиков А.Н. ж.б., 2014; Franchis R., 2010; Garcia – Tsao G., Bosch J., 2010; Sharma N. et al., 2014] бекем консервативдүү тактиканы, а башкалары [Борисов А.Е., 1983; Рябухин И.А. ж.б., 1985; Ерамишанцев А.К., 2001; Цирульникова Д.Б., 2004; Жигалова С.Б., 2011; Бабуришвили А.Г. ж.б., 2013; Гарбузенко Д.В., 2015; Collins J.C. et al., 1994; Lebrec D., 2001] агрессивдүү эмес хирургиялык ыкманы, кан агуунун жогулашында минималдуу хирургиялык кийлигишүүлөрдү жасоону карманышат. Көптөгөн авторлор [Мехтиев С.Н. ж.б., 2008; Соколова О.В., 2008; Юрчук В.А. ж.б., 2011; Кательницкий И.И. ж.б., 2012; Сапронова Н.Г., 2014; Лебезев В.М. ж.б., 2015; Фандеев Е.Е. ж.б., 2015; Nagasue N. et al., 1989; Capussotti L. et al., 1992; Klempnauer J., Schrem H., 2001; Sato Y. et al., 2011] боор циррозу менен ооругандардын ар кандай стадиясында бирден-бир негиздүү дарылоо ыкмасы катары кан тамырлардын анастомоздорун сунушташат.

Бирок, шунтирлөөчү оперативдик кийлигишүүлөр дайыма эле ийгиликтүү боло бербейт, анткени бейтаптардын 36%ыны техникалык себептерден улам спленоралдык шунт коюу мүмкүн эместиги байкалса, спленоралдык анастомозду түзүүдөгү айрым ийгиликсиздиктер 50% га жетиши мүмкүн [Лебезов В.М., 2011; Лесовик П.К. ж.б., 2012; Туманский В.А., 2012; Castaing D et al., 2006]. Көк боор венасынын уйку безинин ичинде бекем жайгашып, бөлүп

алууда техникалык кыйынчылыкты жаратат. Ал эми веналардын мүмкүн болгон чоюлуусу, бүктөлүүсү сыяктуу келишпестиктер оперативдик кийлигишүүгө абдан тоскоол болот [Кошев В.И. ж.б., 2001; Огурцов П.П., 2008; Путинцев А.М. ж.б., 2011; Сапронова Н.Г., 2014].

Бул манипуляциялар панкреатиттин өнүгүшүнө алып келиши мүмкүн жана веналардын тромбозунун коркунучун жогорулатат, ошондуктан бул көйгөй бүгүнкү күндө актуалдуу болуп саналат. Жогоруда айтылгандар порталдык гипертензияны жана анын ар кандай клиникалык көрүнүштөрүн хирургиялык коррекциялоо менен байланышкан көйгөйлөрдү чечүүнүн жолдорун издөөбүзгө түрткү берди.

Өзгөчө белгилей кетүүчү нерсе, портосистемдик шунтирлөө боорду трансплантациялоо алдында кызыл өңгөч-ашказандын варикоздук кеңейген вена кан тамырларынын каноосун алдын алуунун убактылуу жолу да жана бул категориядагы бейтаптарды дарылоонун акыркы ыкмасы да болуп калышы мүмкүн. Бул боордун циррозун хирургиялык жол менен радикалдуу дарылоого мүмкүнчүлүк жок шартта Кыргызстан үчүн өтө актуалдуу.

Диссертациянын темасынын билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүүчү ири илимий программалар (долбоорлор), негизги илимий-изилдөөчүлүк иштер менен байланышы. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган.

Изилдөөнүн максаты. Боордун циррозу жана порталдык гипертензия менен жабыркаган бейтаптарды хирургиялык жол менен дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Хирургиялык кийлигишүүгө чейин порталдык системаларды диагноздоонун ыкмалары боюнча маалыматтык баалуулуктарды окуп-үйрөнүү, операциядан кийин жана андан кийинки кыска мезгилдерде портосистемдик шунттарды жалгаштыруу.

2. Порталдык гипертензияны түрүнө жараша (дифференциалдык) аныктоодо диагностикалык лапароскопиянын мүмкүнчүлүктөрүн окуп үйрөнүү.

3. Порциялык (бөлүктүү) проксималдык спленореналдык анастомозду жалгаштыруунун клиникалык натыйжаларын баалоо.

4. Операциядан кийинки кабылдоолордун өрчүшүнүн операция учурундагы техникалык ыкмалар менен байланышын аныктоо жана бейтаптын организминде залалы көп тийбей турган операциялык техникалык ыкманы иштеп чыгуу.

5. Боордун циррозу менен жабыркаган бейтапка жасалган портосистемдик шунтирлөө операциясынын жакынкы жана алыскы натыйжаларын үйрөнүү.

6. Операциялык кийлигишүүдөн кийин ич көңдөйүнө суюктук толуу (асцит) менен коштолгон терс натыйжалар байкалган учурда колдонулган дарыгерлик ыкмалардын натыйжалуулугун жана ырбатуучулугун үйрөнүү, ич көңдөйүндө

топтолгон сууну чыгаруунун коркунучсуз жолун иштеп чыгуу.

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыктары:

1. Портосистемдик шунтирлөөнү жалгаштырууга чейин жана андан кийин порталдык системаны ультрадобуш доплерографиясы (УДДГ) аркылуу изилдөөнүн диагноздоочулук мүмкүнчүлүгү бааланды.

2. Порталдык гипертензияны түрүнө жараша аныктоо (дифференциалдык диагноздоо) максатында ич көңдөйүн биопсия кылуу менен лапароскопиялык видеотекшерүүнүн диагноздоочу баалуулугу үйрөнүлдү.

3. Порциялык (бөлүктүү) проксималдык спленореналдык анастомозду жалгаштыруунун клиникалык натыйжалары бааланды. Порциялык (бөлүктүү) проксималдык спленореналдык анастомозду жалгаштыруунун жаңы ыкмасы иштелип чыгып, клиникалык практикага киргизилди. Ага 31.12.2010-ж. авторлоштукта Кыргызпатенттин №1323 приоритеттүү күбөлүгү алынды жана 27.05.2013-ж. И.К. Ахунбаев атындагы КММАдан №18 «ойлоп табуучулук сунуш» күбөлүгү берилди.

4. Операциядан кийинки уйку бездин сезгенишинин жана анастомоздо кан уюуп калуунун келип чыгышы операция учурунда колдонулган техникалык ыкмалардан улам дене ткандарынын зыянга учурашы менен байланышта экени көрсөтүлдү. Көк боордун вена кан тамырын уйку безден ажыратып алуунун бейтаптын организминде залалы аз жана коркунучсуз ыкмасы иштелип чыкты. Көк боордун вена кан тамырын уйку безден ажыратып алуунун модифицирленген ыкмасы үчүн 20.06.2013-ж. Кыргызпатенттин №1641 приоритеттүү күбөлүгү алынды.

5. Оору баянында ачык операцияны башынан өткөргөндүгү жазылган бейтаптардын ич көңдөйүндө топтолгон сууну чыгаруунун ыкмасы иштелип чыкты. Ал үчүн 30.11.2010-ж. авторлоштукта Кыргызпатенттин №1312 приоритеттүү күбөлүгү жана 27.05.2013-ж. И.К. Ахунбаев атындагы КММАдан №19/13 «ойлоп табуучулук сунуш» күбөлүгү алынды.

6. Боордун циррозу менен жабыркаган бейтаптын курсагынын алдыңкы бетиндеги чарымды (апоневрозду) тигүүнүн ыкмасы модифицирленди, ал үчүн 20.06.2013-ж. Кыргызпатенттин №1642 приоритеттүү күбөлүгү алынды.

Алынган натыйжалардын практикалык маанилүүлүгү:

1. Порталдык системанын кан тамырларын ультрадобуш доплерографиясы (УДДГ) аркылуу изилдөөдөн алынган маалыматтардын негизинде тийиштүү бейтапка портосистемдик шунтту жалгаштыруунун зарылдыгы алдын ала белгиленет (прогноздолот), ошондой эле портосистемдик шунтту коюуда анда кан уюу коркунучу туулушу мүмкүн экендиги божомолдонот. Бул ыкма операциядан кийинки мезгилде портосистемдик шунтту жеңилдетүүнүн натыйжалуулугун объективдүү баалоого, дары-дармек менен дарылоону көзөмөлдөөгө мүмкүндүк түзөт.

2. Ич көндөйүн биопсия кылуу менен лапароскопиялык видеотекшерүү келип чыгышы белгисиз болгон асциттин этиологиялык факторлорун аныктоого жана аны этиопатогенетикалык дарылоого акыркы мүмкүнчүлүктү берет.

3. Оору баянында ачык операцияны башынан өткөргөндүгү жазылган жана асциттин заара чыгаруучу дарылар таасир этпей калган (диуретикорезистенттик) формасына кабылган бейтаптардын ич көндөйүндө топтолгон суюктукту чыгаруунун ыкмасы ички органдардын ятрогендик (дарыгердин аракетинен) жаракат алышын азайтып жана сутка ичинде бөлүнүп чыккан асциттик суюктуктун көлөмүн өлчөп чыгарууга мүмкүндүк берет. Мунун сутка ичинде белоктук балансы менен заарынын бөлүнүп чыгышын, ошондой эле каралып жаткан бейтаптын кан басымынын абалын (гемодинамикасын) бир учурда адекваттуу коррекциялоодо мааниси чоң.

4. Көк боордун вена кан тамырын уйку безден айланта бөлүп алуунун сунушталган ыкмасы уйку бездин сырткы таасирден жаракат алышын минималдаштырат, кан кетүүнүн көлөмүн азайтат, операциянын узактыгын кыскартат. Ыкманын кылдаттыгы уйку бездин ткандарын сактоо жана анын операциядан кийинки сезгенүүсүн алдын алуу үчүн да абдан маанилүү.

5. Көлөмү өтө чоңоюп кеткен көк боорду сактап калууга мүмкүн болбой калган шартта, гиперспленизм (порталдык гипертензия) пайда болгондо көк боордун вена кан тамырларын жогорку жана төмөнкү уюлдук тарамдарына чейин кесип алып, аны порталдык системадагы кан басымды жөнгө салуу үчүн порциялык (бөлүктүү) проксималдык спленореналдык анастомозду жалгаштырууга колдонулат, бул анастомоз боорго үзгүлтүксүз (гепатопетальный) кан келип турушун шарттайт.

6. Боордун циррозу менен жабыркаган бейтаптын курсагынын алдыңкы бетиндеги чарымды (чел, апоневроз) тигүүнүн модифицирленген ыкмасы мындай категориядагы бейтаптардын канынын уюу өзгөчөлүгүн эске алуу менен денеге аз жаракат келтирүүчү ийнени жана тигүүчү материалды (жипти) тандап колдонууда курсактын алдыңкы бетиндеги жарааттан кан агууну азайтат, ошондой эле операциядан кийинки грыжанын пайда болуусун алдын алат.

Порталдык гипертензияны хирургиялык жол менен дарылоонун натыйжаларын Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо Министрлигине караштуу Улуттук Госпиталдын хирургиялык гастроэнтерология жана эндокринология бөлүмүнүн; «Кыргыз Республикасынын Президентинин Иш башкармалыгынын клиникалык ооруканасы» мамлекеттик мекемесинин жалпы хирургия бөлүмүнүн дарылоо ишмердүүлүгүнө, ошондой эле Кыргыз-Россия Славян университетинин медициналык факультетинин окуу процесстерине киргизилди.

Алынган натыйжалардын экономикалык маанилүүлүгү. Жүргүзүлгөн изилдөөнүн натыйжаларын клиникалык практикада колдонуу порталдык

гипертензия менен жабыркаган бейтаптарды дарылоонун хирургиялык тактикасын аныктоо менен, операциядан кийинки жакынкы жана алыскы убакыттардагы кабылдоолордун санын азайтат жана экономикалык натыйжа болуп эсептелет.

Жактоого чыгарылган диссертациянын негизги жоболору:

1. Биздин материалда вирустан пайда болгон боордун циррозу менен шартталган порталдык гипертензия менен жабыркаган бейтаптар 76,7% ти (115 бейтапты), ал эми боордон тышкаркы порталдык гипертензия менен жабыркагандар 14%ти (21 бейтапты) түзөт. Кызыл өңгөчтүн кеңейген кан тамырларынын каноосу менен келип түшкөн бейтаптар 24,7%ти (37 бейтап), алардын ичинен каноонун экинчи ирет кайталанышы менен кайрылгандар 14%ти (21 бейтап) түздү. Мындай категориядагы бейтаптарды дарылоо абдан татаал жана ар бир учурда жекече мамилени талап кылат.

2. Порталдык системанын кан тамырларын сезгичтиги 87%, спецификалуулугу 74%, болушунча жогорку маалыматтуулугу 79% болгон УДДГнын жардамында текшерүүдөн алынган маалыматтар операцияга чейин портосистемдик шунтирлөө вариантын тандоо маселесин чечүүгө мүмкүндүк түзөт.

3. Порталдык гипертензиянын келип чыгыш себептери түшүнүксүз болгон учурда бейтапты дарылоонун тактикасын аныктоодо жана колдонууда ич көңдөйүн биопсия кылуу менен лапароскопиялык видеотекшерүү так жоопту берет жана ич көңдөйүнүн ылаңдарын диагноздоонун алтын стандарты болуп эсептелет.

4. Бизге кайрылганга чейин ич көңдөйүнө операция жасалган бейтаптарда асциттин диуретикорезистенттик (заара чыгаруучу дарылар таасир этпей калган) формасы байкалган кезде ичти чегип тешүүнүн сунушталган ыкмасы ички органдардын жабыркоосун азайтат жана чыгарылган асциттик суюктуктун көлөмүн көзөмөлдөөгө мүмкүндүк берет.

5. Көк боордун вена кан тамырын уйку безден сунушталган ыкма менен бөлүп алууда уйку бездин жабыркаланышын минималдаштырат, кан агуунун көлөмүн азайтатат, ошондой эле операциянын мөөнөтүн кыскартып, наркоздук дары-дармектердин боорго токсиндик (ууландыруучу) таасир этүү убактысын да азайтат.

6. Көк боорду алууга мажбур болгон шартта вена кан тамырларын жогорку жана төмөнкү уюлдук тарамдарынына чейин бөлүп алып (культя селезеночной вены) порциалдык проксималдык спленореналдык анастомоздун жалгаштырылышы (коюлушу) порталдык системадагы кандын басымын керектүү деңгелге чейин түшүрө алат (декомпенсирует).

Издөнүүчүнүн кошкон жеке салымы. Изилдөөчүнүн жеке салымы процесстин бардык этаптарына катышуусу, жыйынтыктоочу маалыматтарды

алууга түздөн-түз катышуусу, изилдөөнүн натыйжаларын апробациялоого өзүнүн катышуусу, бардык операцияларга катышуусу, жана көпчүлүк операцияны өзү жүргүзүүсү, жакынкы жана алыскы жыйынтыктарды чогултуусу, алынган маалыматтарды анализдөө жана интерпретациялоосу, аткарылган жумуш боюнча жарыяланган негизги эмгектерди даярдоосу болуп эсептелет.

Диссертациянын натыйжаларын апробациялоо. Диссертациянын негизги жоболору боюнча С. Д. Асфендияров атындагы КазУМУнун 75 жылдык юбилейине арналган «Жаштык жана илим: кыялдан ачылышка» деген темада өткөн жаш окумуштуулардын эл аралык конференциясында (Алматы, 2006), Кыргыз Республикасынын хирургиялык коомунун ассоциациясынын №616 жыйынында (Бишкек, 2009), «Хирургиядагы инновациялар» деген темада эл аралык катышуу менен өткөрүлгөн Казахстан хирургдарынын III Конгрессинде (Алматы, 2012), Кыргызстан инфекционисттеринин жана гепатологдорунун ассоциациясынын коомдук бирикмесинин «Кыргызстанда боордун өнөкөт ооруларын жана циррозун дарылоонун актуалдуу маселелери» деген темада өткөн конференциясында (Бишкек, 2014), «XXI кылымдын медицинасынын актуалдуу маселелери – чечүүнүн жолдору» аттуу эл аралык илимий-практикалык конференцияда (Чолпон-Ата, 2017), КРСУнун жалпы жана факультеттик хирургия кафедраларынын кызматкерлеринин биргелешкен жыйынында, КРСУнун госпиталдык хирургия кафедрасында (Бишкек, 2020), КРСУнун госпиталдык хирургия кафедрасында (Бишкек, 2022) талкууланды жана баяндалды.

Диссертациянын жыйынтыктарын жарыялоолор. Диссертациянын темасы боюнча 18 макала жарыяланды, алардын ичинен 2 макала «Scopus» системасындагы мезгилдүү илимий басылмада жарыяланды. Ойлоп табуулар боюнча 4 патент, рационализатордук жумуш боюнча 2 күбөлүк алынды, 1 окуу-методикалык колдонмо жарыяланды.

Диссертациянын түзүмү жана көлөмү. Диссертация компьютерде терилген 213 бетте орус тилинде баяндалды. Ал киришүүдөн, адабияттык маалыматтардан, беш главадан, 13 параграфтан (подглава), корутундудан, тыянактардан, практикалык сунуштардан жана адабияттардын тизмесинен турат. Диссертация 13 сүрөт, 29 таблица, 4 фигура, 11 клиникалык мисал аркылуу иллюстрацияланды. Адабияттардын тизмеси 311 (163 орус тилинде жана 148 англис тилиндеги) булактан турат.

ИЗИЛДӨӨНҮН МАЗМУНУ

Киришүүдө изилдөө темасынын актуалдуулугу негизделди, изилдөөнүн максаты жана милдеттери, илимий жаңылыгы, практикалык баалуулугу жана

диссертациянын коргоого коюлуучу негизги жоболору баяндалды.

«Адабияттардан баяндама (обзор литературы)» деп аталган биринчи главада автор порталдык гипертензияны жана боордун диффузиялык бузулушундагы башка көрүнүштөрдү дарылоо проблемасына тиешелүү адабияттардын чоң көлөмүн талдады. Адабияттык маалыматтарды талдоо порталдык гипертензия менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоо проблемасы дагы эле чечиле элек жана актуалдуу, ал комплекстүү изилдөөнү, хирургиялык дарылоонун натыйжаларын оптималдаштыруу жана жакшыртуу ыкмаларын изилдөөнү талап кылат деген тыянак чыгарууга мүмкүндүк берди.

«Клиникалык байкоолордун жана изилдөө методдорунун жалпы мүнөздөмөсү (общая характеристика клинических наблюдений и методов исследования)» деп аталган экинчи главада клиникалык материалдарга жалпы мүнөздөмө берилди жана бейтаптарды текшерүү ыкмалары баяндалды.

Изилдөөнүн объектиси: порталдык гипертензия менен операция жасалган 153 бейтап жана порталдык гипертензия менен ооруп, консервативдик дарылоодон өткөн 38 бейтап.

Изилдөөнүн предмети: порталдык гипертония менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоодон кийинки алгачкы жана алыскы натыйжалар.

Бул изилдөөдө 1997-жылдан 2016-жылга чейин КР ССМне караштуу академик И.К.Ахунбаев атн. УГнын хирургиялык гастроэнтерология жана эндокринология бөлүмүндө жана КР ПИБ нын алдындагы Мамлекеттик клиникалык оорукананын жалпы хирургия бөлүмүндө клиниканын порталдык гипертензия менен операция жасалган 153 бейтапка жана порталдык гипертензия менен ооруп, консервативдүү дарылоодон өткөн 38 бейтапка жүргүзүлгөн клиникалык байкоолор талданды (таблица 2.1).

Таблица 2.1 - Негизги топто порталдык гипертензия менен жабыркаган бейтаптардын жашы жана жынысы боюнча бөлүштүрүлүшү

Жыны- сы	Жашы						Саны	%
	1 жашка чейин	<20	21-30	31-40	41-50	51 жана улуу		
Эркек	2	15	32	13	4	8	74	48,4%
Аял	-	9	23	23	13	11	79	51,6%
Негизги топ	2 (1,4)	24 (15,7%)	55 (35,9%)	36 (23,6%)	17 (11,1%)	19 (12,4%)	153	100,0%

2.1-таблицадан көрүнүп тургандай, негизги топтогу бейтаптар жынысына жараша төмөнкүдөй катышта бөлүштүрүлгөн: эркектер – 74 (48,4%), аялдар – 79 (51,6%) жана 2.2-таблицадагы контролдук топ үчүн маалыматтар: эркектер. - 21 (55,3%), аялдар - 17 (44,7%).

Таблица 2.2 - Контролдук топто порталдык гипертензия менен жабыркаган бейтаптардын жашы жана жынысы боюнча бөлүштүрүлүшү

Жынысы	Жашы					Саны	%
	<20	21-30	31-40	41-50	51 жана улуу		
Эркек	-	4	3	5	9	21	55,3%
Аял	-	0	3	6	8	17	44,7%
Контролдук топ	-	4 10,5%	6 15,8%	11 28,9%	17 44,8%	38	100,0%

Бардык бейтаптар иштелип чыккан план боюнча портосистемдик шунт жасоонун алдында, ошондой эле жакынкы жана алыскы мөөнөттүү мезгилде жалпы клиникалык жана атайын текшерүүдөн өткөрүлдү.

Жалпы клиникалык изилдөө ыкмаларына: кандын жана зааранын жалпы анализи, канды текшерүүнүн биохимиялык ыкмасы, ЭКГ, рентгенография кирди.

Кандын уюу активдүүлүгү «кичи» коагулограмманын көрсөткүчү боюнча бааланды, ал кандын уюгучтугунун бардык фазалары – Фонио вена канынын уюу убактысы (мин.), Сигге методу боюнча кандагы плазманын боордон бөлүнүп чыгуучу гепарин суюктугуна туруктуулугу (сек.), Рутберг Р. А. боюнча боордон бөлүнүп чыгыш, канды коюулантуучу фибриноген белогу (г/л), Квику боюнча протромбиндик индекс (%), Ковальский боюнча фибринолиттик активдүүлүк (саат), фибриназа (сек.), Гусейнову Г. С. боюнча тромбоциттердин активдүүлүгүнүн агрегациялык тести (сек.) жөнүндө түшүнүк берет. Вирустук гепатиттин маркерлери иммуноферменттик анализ (ИФА) аркылуу аныкталды.

Порталдык гипертензиянын келип чыгуу себептери талданып, жыйынтыгы 2.3-таблицада көрсөтүлдү.

Таблица 2.3 - Бейтаптарды порталдык гипертензия дартынын келип чыгыш себептери боюнча бөлүштүрүлүшү

Дарттын келип чыгышы	Негизги топ		Контролдук топ	
	Бейтаптар -дын саны	%	Бейтаптар -дын саны	%
Вирустун жугушуна байланыштуу келип чыккан боор циррозу	116	75,8%	27	71,1%
Боордон тышкаркы гипертензия (БТГ)	23	15,0%	6	15,8%
БТГ+өнөкөткө айланган гепатит	6	3,9%	1	2,6%
Аутоиммундук гепатит	7	4,6%	2	5,3%
Алкоголдук боор циррозу	1	0,7%	2	5,3%
Бардыгы	153	100,0%	38	100,0%

Негизги топтогу көпчүлүк бейтаптарда – 116 (75,8%) вирустук гепатиттин

натыйжасында боор циррозуна чалдыккандар экени такталды. Боордон тышкаркы порталдык гипертензия диагнозу 23 (15,0%) бейтапка коюлду, алардын баары 25 жашка чейинки куракта болушкан, боордон тышкаркы порталдык гипертензия менен жабыркаган 6 (3,9%) бейтапта өнөкөткө айланган боор сезгенүүсү (хронический гепатит) аныкталган, 7 (4,6%) бейтапта бөтөн денечелердин (антитела) пайда болушу менен мүнөздөлгөн боор ткандарынын өтүшүп кеткен сезгенүүсү (аутоиммунный гепатит) аныкталган. 30 жылдан ашык спирт ичимдигин колдонгон 54 жаштагы 1 (0,7%) бейтапта алкогольдук боор циррозу болгон.

Диссертациялык иште ар кандай ыкма менен жасалган операциялардын жыйынтыктары изилденди. Алардын түрлөрүнө жараша мүнөздөмөлөрү 2.4-таблицада келтирилди.

Таблица 2.4 - Порталдык гипертензия дартына чалдыкан бейтаптарга жасалган портосистемдик шунттун түрлөрү

Портосистемдик шунттун түрлөрү	Бейтаптардын саны
Боордун циррозу, порталдык гипертензия менен операция жасалган бейтаптар - негизги топ	153 (100%)
Проксималдык спленореналдык анастомоз жасалган бейтаптар	78 (51%)
«Капталы капталына» («бок в бок») спленореналдык анастомоз коюлган бейтаптар	25 (16,3%)
Дисталдык спленореналдык анастомоз жасалган бейтаптар	17 (11,1%)
Мезентерикокавалдык анастомоз коюлган бейтаптар	11 (7,2%)
Порталдык гипертензияга чалдыгып, консервативдик жол менен дарыланган бейтаптар - контролдоо топ	38 (100%)

Статистикалык жыйынтыктарды чыгаруу. Жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн натыйжаларын статистикалык талдоо персоналдык компьютердин жардамында "Statistika 6.0" (StatSoft, АКШ) пакетин колдонуп, орточо көрсөткүчтөрдү (М), орточо катаны ($\pm m$), салыштырмалуу маанилерди (Р,%) эсептөө менен ишке ашырылды.

Дисперсиялык талдоо Манна-Уитнинин U-критерийин жана абсолюттук маанилерди салыштыруу үчүн Вилькоксондун Т-критерийин жана салыштырма чоңдуктарды салыштыруу үчүн Йейтс түзөтүүсү киргизилген X^2 критерийин колдонуу менен жүргүзүлдү.

Айырма $p < 0.05$ болгону статистикалык жактан маанилүү деп эсептелди.

«Портосистемдик шунтирлөөнүн операциядан кийинки алгачкы мезгилдеги натыйжалары» деп аталган үчүнчү главада операциядан кийинки алгачкы мезгилдеги өзүбүздүн изилдөөлөрүбүздүн жыйынтыктары чагылдырылды.

78 (51,0%) бейтапка спленэктомия менен проксималдык спленоралдык

анастомоз (ПСРА) коюлду. Аларда порталдык гипертензиянын келип чыгуу себептери жогоруда 2.3-таблицада көрсөтүлдү.

Бейтаптардын басымдуу көпчүлүгү 67 (85,9%) боор циррозу менен ооруган, 9 (11,5%) адамга боордон тышкары ПГ диагнозу коюлган. 2 (2,6%) бейтапта боор циррозунун себеби аутоиммундук гепатит болгон.

55 (35,9%) бейтапта «учун капталына» ПСРА коюлуу менен стандарттык спленэктомия жасалды. Портосистемдик шунтирлөө хирургиялык техникасын өздөштүрүү учурунда, башкача айтканда, 1997-2005-жылдары биз көптөгөн кыйынчылыктарга туш болдук, ал боюнча маалымат 3.1-таблицада көрсөтүлдү.

Таблица 3.1 – «Учун капталына» ПСРАсын жалгаштыруу менен көк боор алынган операциялардан кийинки алгачкы мезгилде пайда болгон кабылдоолор

Кабылдоолор	Бейтаптардын саны	%	Өлүмгө учуроонун саны	%
Күчтүү гепатопорталдык энцефалопатия	3	5,5%		
Уйку бездин тешиктүү жарааты (свищ)	3	5,5%		
Боор жетишсиздиги	2	3,6%		
Жүрөктүн оң күрөө тамырында кандын уюшу	10	18,2%		
Аш казан-кызыл өңгөч каноосунун кайра кайталанышы	3	5,5%	3	5,5%
Бардыгы	21	38,2%		
Кан тамырга анастомоз жалгаштыруу менен байланышпаган башка кабылдоолор				
Операциядан кийин жарааттын ириндеши	7	12,7%		
Ич көңдөйүнө суу толуу, ичтин боз челинин сезгениши (асцит-перитонит)	4	7,3%		
Бардыгы	11	20,0%		
Операция жасалган бейтаптардын саны	55	100,0%	3	5,5%
Ооруканадан айыгып чыккан бейтаптардын саны	52	94,5%		

Андан ары бейтаптарга «учун капталына» ПСРАсы жалгаштыруу менен жасалган операциялардан кийинки жыйынтыктарды изилдеп көрүп, биз төмөнкүдөй тыянакка келдик: сол бөйрөк венасынан диаметри чоң көзөнөк чыгарып ага дарбаза (воротная) венасынⁱ жалгаштыруу системасы, боорго кандын агып келүүсүнүн кескин азайтып, гепатогендик энцефалопатиянын өөрчүшүнө алып келет. Анткени, нормалдуу метаболизмди камсыз кылуу, структурасын сактоо жана регенератордук процесстерди стимулдаштыруу үчүн боорго порталдык кан тамырлар аркылуу кандын агып кириши маанилүү ролго ээ экени белгилүү. Бул маселени чечүү максатында биз порталдык вена аркылуу кандын жетишерлик көлөмдө агып кирип турушун камсыздоо үчүн башка

салыштырылуучу тамырлардын диаметри 10 мм ге чейин чоң экенине карабай, сол бөйрөк венасында диаметри кичирээк болгон көзөнөк жасадык. Диаметри кичине болгон бөлүктүү (порционный) анастомоз көк боор кан тамырынын дүмүрүнүн каптал бетин гофирлөө жолу менен жасалды.

Көк боордун кан тамырынын дүмүрүн уйку бездин куйрукчасынан тегерете бөлүп алууда операция учурундагы техникалык олуттуу кыйынчылыктардын бири болуп уйку бездин ткандарынын көп залакага учурашы, анын операциядан кийин уйку бездин сезгенишине, андан кийин көбүнчө спленореналдык анастомоздо кандын уюшуна алып келиши эсептелет. Биздин байкоолордо операциядан кийинки алгачкы мезгилде уйку бездин сезгениши жана анын уйку бездин тешиктүү жараатына айланышы (панкреатический свищ) операция болгон 3 (5,5%) бейтапта байкалды. Үч бейтап тең дарыланып, тешиктүү жарааты калыбына келгенден кийин 27-суткада ооруканадан чыгышты, жатуу убактысы орточо $24 \pm 2,3$ күндү түздү.

Операциядан кийинки мезгилде проксималдык спленореналдык анастомоздо кандын уюшу 10 (18,2%) бейтапта пайда болду, алардын ичинен 3 (5,5%) бейтапта 3–5-суткада кызыл өңгөчтүн кеңейген кан тамырларынын кайталанып каноосу пайда болду. Үч бейтап тең өлүмгө учурады. Калган 7 (12,7%) бейтап порталдык вена кан тамырында кандын уюшуна каршы дарылоодон өттү. Аларда 1,5 – 6 айга чейинки мөөнөттө кан уюган тамырларды тазалоо (реканализациялоо) жүргүзүлдү.

Бөлүктүү проксималдык спленореналдык анастомозду жалгаштыруунун түздөн-түз натыйжалары. Порталдык гипертензия менен жабыркаган бейтаптардын стационардык ооруканага бир кыйла кеч кайрылуусунун жана аларды багыттоонун кечигишине байланыштуу гиперспленизм менен көк боордун шишиги пайда болгондуктан, көк боорду сактап калуу ар дайым эле мүмкүн боло бербейт. Ошондуктан көк боорду алып салуунун зарылдыгы айкындалат. Көк боор кан тамырларынын көк боорго кире бериштеги жогорку жана төмөнкү уюлдук тарамдарын өлчөгөн учурда 78 (100%) бейтаптын ичинен 9 (11,5%) адамда 6 – 7 мм ди түзгөн. Порталдык системадан кандын порцияланып чыгышы боордун функциясына оң таасир этерин билүү менен, биз төмөнкү жана жогорку уюлдук тарамдарды өз өзүнчө бөлүп ала баштадык. Көк боор венасынын төмөнкү уюлдук тарамы диаметри боюнча чоң жана узун болгондуктан, порталдык системанын жүгүн жеңилдетүү үчүн биз ушул тарамды колдондук. Сунушталган *«Боордун циррозу учурунда порталдык гипертензияны хирургиялык дарылоонун ыкмасы»* ойлоп табылган жаңылык катары катталып, 31.12.2010-ж. авторлоштукта Кыргызпатенттин №1323 приоритеттүү күбөлүгү алынган.

Проксималдык спленореналдык анастомоздун түздөн-түз натыйжалары. Мурда ашказан жана кызыл өңгөчү канап операция болгон 3

(1,9%) бейтапта кан агуу кайра кайталанган учурда ашказанын тилип, кызыл өңгөчтүн жана ашказандын кире беришиндеги (кардияльный отдед желудка) варикоздук-кеңейген веналарын тигүү менен кайра операция жасалды. Үчөө тең 25 жашка чейинки куракта болушкан, алардын экөө боордон тышкаркы порталдык гипертензия, бирөө боордун циррозу менен жабыркаган. Порталдык гипертензияга байланыштуу кызыл өңгөчтүн кеңейген кан тамырларынын каноосуна байланыштуу, ашказанды тилип, кызыл өңгөчтүн жана ашказандын веналарын тигүү (АТКЖАВТ) менен операция жасалган бейтаптарда кызыл өңгөчтүн кеңейген кан тамырларынын каноосу кайра кайталанса, каноону токтотуу тактикалык да, техникалык да планда кыйын маселе болуп эсептелет. Мунун негизги себеби болуп көбүнчө ич көңдөйүндөгү жабышып биригүү процесстери жана көк боор алынгандан кийинки көк боордун веналарынын дүмүрлөрүнүн жакшы иштебей калышы эсептелет. Бул маселени чечүү үчүн биз тараптан *«Порталдык гипертензияга байланыштуу мурда көк боорду алуу операциясы жасалган бейтапта проксималдык спленореналдык анастомозду түзүү ыкмасы»* ойлоп табылып, 27.05.2013-ж. И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясында (КММА) №18 рационализатордук сунуш катары катталган.

Бул ыкманын маңызы төмөнкүчө: жогортон ортого жана ортодон ачып кирүүгө мүмкүндүктүн болушу. Ич көңдөйүн ачуу менен андагы жабыша биригип калууларды этабы менен ажыраттык. Чоң ич майды туурасынан айланып жаткан ичеги менен бирге жогору чыгардык. Дененин ылдыйкы бетин жана уйку бездин куйрукчасын ачып, трейтц байламталарынын сол тарабынан вицералдык брюшина катмарын ачтык. Ичеги карындын кан тамыр жайгашкан челинин (брыжейка) төмөн жагындагы вена тараптан кирип, уйку безден көк боор венасын ачып, көк боор венасынын 4 см ге жакын дүмүрүн айланасындагы органдардан тазалап ажыратып алдык.

Экинчи этапта сол жак бөйрөктүн венасын ачып, алдыңкы бетин (по передней стенке) 4-5 см узундукта ажыратып алдык. Ошол бетке диаметри 10 мм болгон көзөнөкчө жасалган. Мурда көк боор кесилип алынгандан кийин көк боор венасынын диаметри 6 – 7 см дин айланасында болуп калган. Ошондуктан, вена кан тамырлары адекваттуу биригиши үчүн көк боор венасынын дүмүрүнүн жалгаштырылуучу зонасынын аянтын чоңойтуп, көк боор венасынын дүмүрүнүн учун кыйгач кестик.

«Капталы капталына» спленореналдык анастомозун жалгаштыруунун түздөн-түз натыйжалары. «Капталы капталына» спленореналдык анастомозу 25 (16,3%) бейтапка жасалды, мындай операциядан кийинки алгачкы мезгилдеги кабылдоолор 3.2-таблицада көрсөтүлдү. Операциядан кийинки алгачкы мезгилдерде 2 (1,3%) бейтапта боор энцефалопатиясы (БЭ) келип чыгып, аны дары-дармектер менен коррекциялоо оң натыйжасын берди. Бир бейтапта

СРАдагы кандын уюшунан кызыл өңгөчтүн каноосу келип чыкты. Таблицада көрүнгөндөй, бул топто спецификалык эмес кабылдоолор келип чыккан жок. Ошондой эле бул бейтаптар арасында өлүмгө учурагандар да болгон жок.

Таблица 3.2 - «Капталы капталына» СРАсы жалгаштырылгандан кийинки алгачкы мезгилдерде пайда болгон кабылдоолор

Кабылдоолор	Бейтаптар-дын саны	%	Өлүмгө кабылганда р-дын саны	%
Күчтүү гепатопорталдык энцефалопатия	2	8,0%	-	
Жалгаштырылган СРАда кандын уюшу	1	4,0%	-	
Бардыгы	3	12,0%		
Кан тамырга анастомоз жалгаштыруу менен байланышпаган башка кабылдоолор				
Операциядан кийин жарааттын ириндеши	1	4,0%		
Ич көңдөйүнө суу толуу, ичтин боз челинин сезгениши (асцит-перитонит)	1	4,0%		
Бардыгы	2	8,0%		
Операция жасалган бейтаптардын саны	25	100,0%		-
Ооруканадан айыгып чыккан бейтаптардын саны	25	100,0%		

Классикалык варианттагы спленореналдык анастомоз 14 (9,2%) бейтапка жасалды. Көк боордун кан тамырын уйку безден ажыратуу техникалык жактан абдан татаал жана олуттуу маселе. Уйку безден көк боордун кан тамырын айланта бөлүп алуу үчүн уйку безге байланышкан (коммуниканттык) веналарды бууп, кескен учурубуста жана көк боордун венасынан жиптин түйүнүн тарткан учурда көк боордун кан тамырынан, ошондой эле уйку безден кан агуу көп байкалат. Уйку безди тигүү менен кан агууну токтотууга аракет жасоо көбүнчө операциядан кийин уйку бездин сезгенишине алып келет. Мунун негизги себеби болуп көк боор кан тамыры менен анастомоздолуучу майда байланыш (коммуниканттык) веналардын каптал беттеринин кыскалыгы жана жукалыгы эсептелет. Бул боюнча биз тараптан иштелип чыккан «Көк боордун кан тамырын уйку безден ажыратуунун ыкмасы» 20-июнь 2013-ж. Кыргызпатенттин №1641 приоритеттүү күбөлүгүнө ээ болдук.

Дисталдык спленореналдык анастомоздун түздөн-түз натыйжалары. Тандалма портокавалдык шунтирлөө 1967-ж. W.Warren сунуштагандай, көк боорду албастан туруп кан тамырдын төмөнкү жана жогорку учтарын жалгаштыруу (дисталдык спленореналдык анастомоздоо (ДСРА)) аркылуу жүзөгө ашырылат. Бул операциянын маңызы дарбаза венасы аркылуу кандын

өтүшүн сактоо менен көк боор-ашказан бассейнин тандап (избирательно) шунтирлөө болуп эсептелет. Дисталдык спленореналдык анастомоз 14 (9,15%) бейтапка жалгаштырылды. Анын 11 (7,19%) учурунда стандарттык ДСРА жасалды. Дисталдык спленореналдык анастомозду жалгаштырууда биринчи кезекте көк боор кан тамырынын өзүнүн анатомиялык жайгашуусуна көңүл буруу чечүүчү клиникалык мааниге ээ. Муну көк боордун ички тыгыз (паренхиматоздук) органдарга (боор, уйку без, бөйрөк ж.б.) өтө жакын жайгашкандыгы жана уйку безге травмалык таасирдин ыктымалдуулугунун жогорулугу үчүн уйку безден көк боордун кан тамырын айланта бөлүп алуунун 50%тен көп учурда мүмкүн эместиги менен байланыштырууга болот. Ишке ашыруунун техникалык жактан татаалдыгына карабай варикооздук веналардан кан кетүүнү алдын алууда жана дарбаза венасынан кандын жеңил агып өтүү мүмкүнчүлүгүн камсыздоодо жогорку натыйжалуу болгону үчүн ДСРА дүйнөдө кеңири колдонулган ыкмалардан болуп эсептелет.

Операциядан кийинки алгачкы мезгилде 5 (3,27%) бейтап өлүмгө учурады. Башкача айтканда, жалпы 11 (7,19%) бейтап өлүмгө учураган болсо, анын 5 (3,27%)и ДСРА жалгаштыруу менен операция жасалгандар болду (табл. 3.3).

Таблица 3.3 - Дисталдык спленореналдык анастомоз жалгаштыруу менен жасалган операциядан кийин келип чыккан кабылдоолор

Кабылдоолор	Бейтаптардын саны	%	Өлүмгө кабылгандардын саны	%
Күчтүү гепатопорталдык энцефалопатия	1	7,1%	1	-
Уйку бездин тешиктүү жарааты (свищ)	2	14,3%	2	-
Боор жетишсиздиги	1	7,1%		
Жалгаштырылган ДСРАда кандын уюшу	2	14,3%	2	-
Аш казан-кызыл өңгөч каноосунун кайра кайталанышы	2	14,3%	-	-
Бардыгы	8	57,1%	5	35,7%
Операция жасалган бейтаптардын саны	14	100,0%	-	-
Ооруканадан айыгып чыккан бейтаптардын саны	9	64,3%		

Операция 3 (21,4%) бейтапка кызыл өңгөчтүн варикооздук кеңейген кан тамырларынан кан агуусу күчөп турган учурда, калган 11 (78,6%) бейтапка пландуу иретте жасалды.

Жогорудагы материалдарда баяндалган портосистемдик шунтирлөө (ПСШ) операциясынан кийин түздөн-түз келип чыккан кабылдоолор 3.4-таблицада келтирилди.

Таблица 3.4 - Портосистемдик шунтирлөөдөн кийинки алгачкы кабылдоолор

ПСШ нын түрү	ПСШдан кийинки түздөн-түз кабылдоолор				
	Боор энцефалопа- тиясы	Уйку бездин тешиктүү жарааты	Боордун жетишсиздиги	ПСШ дан кийин кан тамырларда кандын уюшу	Ашказан- кызыл өңгөчтүн каноосу
ПСРА	3	3	2	10	3
СРА	2	-	-	1	-
ДСРА	1	2	1	2	2
МРА	-	-	-	-	2
Бардыгы	6 (4,0%)	5 (3,3%)	3 (2,0%)	13 (8,5%)	7 (4,6%)
Жалпы	34 (22,3%)				

3.4-таблицада көрүнүп тургандай түздөн-түз ПСШдан кийин 34 (22,3%) бейтапта түрдүү мүнөздөгү кабылдоолор келип чыккан. Боор энцефалопатиясы 6 (4,0%) бейтапта байкалган. Бул бейтаптардын абалы дары-дармектер аркылуу коррекцияланды. Уйку бездин тешиктүү жарааты 5 (3,3%) бейтапта пайда болуп, операциядан кийинки түрдүү мөөнөттөрдө жараат жабылып айыкты. Боор жетишсиздигинин өөрчүшү байкалган 3 (2,0%) бейтап өлүмгө учурады.

ПСШдан кийин кан тамырда кандын уюшу 13 (8,5%) бейтапта байкалды, кан тамырда уюунун саны ПСРА жалгаштырылган бейтаптарда көбүрөөк – 13 учурдун 10унда (6,5%) болду. Ал уйку бездин көбүрөөк жаракат алышына байланыштуу болушу мүмүн. Ал эми портосистемдик шунтирленген кан тамырда кандын уюшунан таасиринде ашказан менен кызыл өңгөчтүн каноосунун кайра кайталанышынан 7 (4,6%) бейтап өлүмгө учурады.

«Порталдык гипертензияны хирургиялык метод менен дарылоодо айкалышкан операциялардын түздөн-түз натыйжалары» деп аталган төртүнчү главада порталдык гипертензияга айкалышкан операцияларды жасоонун жакынкы натыйжалары каралды.

Порталдык гипертензия менен жабыркаган бейтаптарды дарылоодо байкалган кабылдоолорду, операция учурундагы кырдаалдарды эске алуу менен ар кандай түрлүү операциялар портосистемдик шунтирлөө менен айкалышта жасалды. Алардын жыйынтыгы 4.1-таблицадан көрүнгөндөй, бардыгы болуп портосистемдик шунтирлөө менен айкалыштырылып жасалган операциялар 33 (21,6%) бейтапка жасалды. Ашказанды тилип, кызыл өңгөчтүн жана ашказандын кире бериш веналарын тигүүнү (АТКЖАВТ) көк боор жана бөйрөк кан тамырларын жакындан жалгаштыруу (ПСРА) менен айкалыштыруу 6 (3,9%) бейтапка жасалды. Алардын ичинен 4 (2,6%) бейтап кызыл өңгөчтүн варикоздук кеңейген кан тамырларынан кан агып жаткан учурда, экөө кызыл өңгөчтүн кан тамырларынын варикоздук кеңейүүсү үчүнчү даражага жетип, кан агуу коркунучу жаралган кезде операцияга алынды. Алты бейтап тең канааттандырылгыч абалында үйлөрүнө чыгып кетишти. АТКЖАВТны «капталы

капталына» СРАсы менен айкалыштыруу 1 (0,7%) бейтапка кызыл өңгөчүнүн варикоздук кеңейген кан тамырларынан кан агып жаткан учурда жасалды. Бейтап оң клиникалык жыйынтык менен үйүнө чыкты. Ошол эле операция ДСРА менен айкалыштырылып, 3 (2,0%) бейтапка жасалды. Алардын экөөнө кызыл өңгөчүнүн варикоздук кеңейген кан тамырларынан кан агып жаткан учурда операция жасалып, бирөөсү операциядан кийинки алгачкы мезгилде боор жетишсиздигинин өөрчүшүнөн каза тапты. Эки бейтап оң жыйынтык менен ооруканадан чыгышты.

Таблица4.1 - Айкалыштырып жасалган операциялардын түрлөрү

№	Айкалыштырып жасалган операциялардын түрлөрү	Портосистемдик шунтирлөөнүн түрлөрү					Бардыгы
		ПСРА	«капталы каптылына» СРА	ДСРА	МКА	ССРА	
1	АТКЖАВТ	6	1	3	1	-	11 (7,2%)
2	АДВ	4	2	-	3	-	9 (6,0%)
3	Көк боорду алуу	-	3	-	1	1	5 (3,3%)
4	Бөйрөктү алуу	2	-	-	-	-	2 (1,3%)
5	Өтү алуу	-	-	-	1	1	2 (1,3%)
6	Ич көндөйүндөгү липомаларды алуу	1	-	-	-	-	1 (0,7%)
7	Көк боордун кан тамырлары аркылуу кандын жүрүшүн калыбына келтирүү	-	1	-	-	-	1 (0,7%)
8	Ашказандын оң жак венасын байлоо	-	-	-	1	-	1 (0,7%)
9	Чуркуну пластикалык алуу	-	-	-	1	-	1 (0,7%)
Жалпы		13 (8,5%)	7 (4,6%)	3 (2,0%)	8 (5,2%)	2 (1,3%)	33 (21,6%)

Ашказандын чоң көндөйүндөгү кан тамырды кесе бууп, анын кан менен камсыздалышын токтотуу (ашказанды деваскуляризациялоо - АДВ) портосистемдик шунтирлөө менен айкалышта 4 (2,6%) бейтапта жүзөгө ашырылды. Бул операция кызыл өңгөчтүн кан тамырларынын варикоздук кеңейүүсү үчүнчү даражага жетип, кан агуу коркунучу жаралган учурда кызыл өңгөчтүн варикоздук кеңейген кан тамырларынын каноосун алдын алуу максатында негизги операцияга кошумча иретинде жасалды.

Көк боордун венасын ажыратып алуу жана көк боор, бөйрөк вена кан тамырларын жалгаштыруу (СРА) үчүн уйку бездин куйрукчасына жетүү мүмкүнчүлүгү чектелгендиктен, 3 (2,0%) бейтапка биринчи этап менен спленэктомия – көк боорду алуу операциясы жасалды.

2 (1,3%) учурда ПСРАны жалгаштыруу менен бирге бөйрөктү алуу операциясы жасалды. Анын бир учурунда сол бөйрөктүн вена кан тамырынын туура эмес өсүшү аныкталды, б.а. сол бөйрөктүн венасынын негизги сөңгөгү табылган жок, анын ордунда тармактанган ичке тамырчалар бар болуп чыкты. Ошондуктан, сол бөйрөк алынып, анын венасынын негизги сөңгөгү бөлүнүп алынды да, ага «учу учуна» ПСРАсы жалгаштырылды. Ал эми 2-учурда «учу капталга» ПСРАсы жалгаштырылгандан кийин бөйрөктүн дарбаза венасынан кан кетип, аны тигүү менен токтотуу аракети майнапсыз болгондо биз анастомоздун бөйрөк жак бөлүгүн бууп, сол бөйрөктү алууга аргасыз болдук.

«Асциттин белгилери байкалган бейтаптарды дарылоо» деп аталган бешинчи главада асциттин белгилери байкалган айрым бейтаптарда операциядан кийин чурку пайда болгонун эске алуу менен биз иштеп чыккан боордун циррозу менен ооруган бейтаптардын ич көндөйүнүн алдыңкы бетин бекемдөөнүн оригиналдуу ыкмасы баяндалды.

«Портосистемдик шунтирлөөнүн алыскы жыйынтыктары» деп аталган алтынчы главада» операциядан кийин ар кандай мөөнөттө портосистемалык шунттарды жалгаштыруу үчүн пландуу түрдө хирургиялык кийлигишүүлөрдүн узак мөөнөттүү натыйжалары 6.1-таблица баяндалган.

Таблица 6.1 - ПСШнын алыскы натыйжалары

ПСШнын түрлөрү	Мөөнөттөр					Баары
	1 жылга чейин	1-3 жыл	3-5 жыл	5-10 жыл	10 жылдан көп	
ПСРА	35 (25,9%)	28 (20,7%)	15 (11,1%)	4 (3,0%)	2 (1,5%)	84
«капталы капталга» СРАсы	10 (7,9%)	1 (0,7%)	-	-	-	11
ДСРА	5 (3,7%)	2 (1,5%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	-	9
СРААВВ	2 (1,5%)	4 (3,0%)	2 (1,5%)	2 (1,5%)	-	10
МКА	6 (4,4%)	3 (2,2%)	3 (2,2%)	-	-	12
ССРА	3 (2,2%)	2 (1,5%)	1 (0,7%)	-	-	6
МРА	2 (1,5%)	1 (0,7%)	-	-	-	3
Итого	63 (46,7%)	41 (30,4%)	22 (16,3%)	7 (5,2%)	2 (1,5%)	135

6.1-таблицадан көрүнгөндөй, операциядан кийинки бир жылга чейинки учурда бардыгы болуп 63 (46,7%) бейтап клиникалык текшерүүдөн өттү, алардын ичинен 12 си (8,9%) өлүмгө учурады. Ошентип, операциядан кийинки бир жыл ичиндеги өлүмдүүлүк 7,8%ти түздү. Ошол 12 бейтаптын 5 (3,7%)инин өлүмгө учурашына кызыл өңгөчүнүн каноосунун кайталанышы себеп болду, ал эми 4 (3,0%) бейтаптын өлүмү боор жетишсиздигинин катуу өөрчүшүнөн келип чыкты. Үйүнө чыккандан кийин бир бейтап жабышып калган ичегилеринин

өткөрбөстүгү – ичеги кептелмеси менен клиникага кайра кайрылды. Бейтапка тезинен операция жасалып, ичеги кептелмеси жок кылынды. ПСРАнын кандай иштеп жаткандыгы текшерилип, үйүнө кайра чыгарылды.

Портосистемдик шунтирлөө жүргүзүлгөндөн кийинки алыскы мөөнөттөгү өлүмдүүлүк 6.2-таблицада көрсөтүлдү.

Таблица 6.2 - Операциядан кийинки алыскы мөөнөттөгү өлүмдүүлүк

Операциянын түрү	Операциядан кийинки өлүмдүүлүктүн негизги себептери (n=26)			
	Операция болгон бейтаптар	Ашказан-кызыл өңгөчтүн каноосу кайталангандар	Боор жетишсиздигинин өөрчүшү	Боор энцефалопатиясы
АВКмСРА	10	4 (3,8%)	6 (5,7%)	-
ПСРА	84	3 (2,9%)	8 (7,6%)	4 (3,8%)
«капталы капталына» СРА	11	-	-	1 (1,0%)
Бардыгы	105	7 (6,7%)	14 (13,3%)	5 (4,8%)

6.2-таблицадан көрүнүп тургандай, операциядан кийинки алыскы убакыт аралыгында аш казан кызыл өңгөчтүн каноосунун кайталанышынан 7 (6,7%) бейтап өлүмгө учурады. Эгер АВУКмСРА 13 (8,5%) жана ПСРА 78 (51,0%) жасалган бейтаптардын жалпы санын салыштырсак, АВУКмСРА жасаган учурга караганда ПСРА жасаган учурда операциядан кийинки алыскы мезгилде аш казан менен кызыл өңгөчтүн каноосунан каза тапкандардын саны азыраак болгону байкалды.

Боор жетишсиздигинин өөрчүшүнөн бардыгы болуп 14 (13,3%) бейтап өлүмгө учурады. Алардын ичинен 6 (5,7%) бейтап АВУКмСРА коюлгандан кийин, ал эми 8 (7,6%) бейтап ПСРАдан кийин каза болушту.

Боор энцефалопатиясы жалпы 5 (4,8%) бейтапта байкалды, алардын ичинен 4 (3,8%) бейтапта ПСРА, 1 (1,0%) бейтапта «капталы капталга» СРАсы жалгаштырылгандан кийин байкалды. Боор энцефалопатиясы байкалган 5 (4,8%) бейтаптын 4 (3,8%) бейтабынын абалы дары-дармектин жардамында коррекцияланды, 2 (1,9%) бейтап боор жетишсиздигинин өөрчүшүнөн каза болушту. Боор энцефалопатиясынын өөрчүшүнүн себеби болуп портосистемдик шунтирлөө (ПСШ) жүргүзүлүп жаткан учурдагы техникалык катачылык, б.а. көк боор жана бөйрөк кан тамырларын жакындан жалгаштырууда анастомоздун диаметринин 13 мм ден ашыгыраак болушу себеп болду.

Жугуштуу вирус гепатитинен келип чыккан гепатоцеллюлярдык карцинома 3 (2,9%) бейтапта өөрчүгөн. Алардын 1 (1,0%) бейтабы АВУКмСРА коюлгандан

кийин, ал эми 2 (1,9%) бейтапта ПСРА жалгаштырылгандан кийин байкалган. Бардык 3 бейтап тең боор жетишсиздигинин өөрчүшүнөн каза болушкан.

ПСШ операциясынан кийинки алыскы мезгилдерде аш казан жана кызыл өңгөч веналарынын варикоздук кеңейүүсүнүн (АКВВК) азаюу динамикасы 6.3-таблицада көрсөтүлдү.

Таблица 6.3 - Операциядан кийинки алыскы мезгилде АКВВКнын азаюу динамикасы

Операциядан кийин КВВК даражасы	Операцияга чейинки КВВК даражасы			Баары
	I	II	III	
КВВК жок	12 (12,9%)	10 (10,8%)	12 (12,9%)	34 (36,6%)
I	5 (5,4%)	15 (16,1%)	19 (20,4%)	39 (41,9%)
II	-	2 (2,1%)	13 (14%)	15 (16,1%)
III	-	2 (2,1%)	3 (3,2%)	5 (5,4%)
Жалпы:	17 (18,3%)	29 (31,2%)	47 (50,5%)	93 (100%)

Операцияга чейин ар кандай даражадагы КВВКсы аныкталган 147 (96,08%) бейтапка ПСШ жалгаштырылгандан кийин, анын 93ү (60,78%) операциядан кийинки алыскы мезгилде контролдук ЭГДСтен өткөрүлдү. Салыштырып караганда төмөнкүдөй жыйынтык алынды: 93 (100%) бейтаптын ичинен I даражадагы КВВК байкалган 17 (18,3%) бейтаптын 12синде (12,9%) операциядан кийинки алыскы мезгилде КВВК жок болуп чыкты. Ал эми 5 (5,4%) бейтаптын I даражадагы КВВКсы сакталып калганы аныкталды. 93 (100%) бейтаптын ичинен II даражадагы КВВК байкалган 29 (31,2%) бейтап изилденип, анын 10унда (10,8%) КВВК жок болуп чыкты. 15 (16,1%) бейтапта КВВК I даражага чейин азайган, 2 (2,1%) бейтапта II даражадагы КВВКсы сакталып калган, дагы 2 (2,1%) бейтапта тескерисинче портосистемдик шунттун жалгаштырылгандан кийин КВВК III даражага чейин чоңойгон. 93 (100%) бейтаптын ичинен III даражадагы КВВКсы байкалган 47 (50,5%) бейтап кайра изилденип, анын 12синде (12,9%) КВВК жок болуп чыккан, ал эми 19 (20,4%) бейтапта КВВК I даражага чейин азайган. Ал эми 13 (14%) бейтапта КВВК II даражага чейин азайган. Портосистемдик шунттагы кандын уюшунун натыйжасында 3 (3,2%) бейтапта III даражадагы КВВК сакталып калган, кийинчерээк кан тамырлар уюган кандан тазаланган.

Келтирилген маалыматтардан улам ПСШ жалгаштырылган операциялардан кийинки алыскы мезгилде АКВВКнын азаюу динамикасы байкалары ачыкталды. Көпчүлүк бейтаптарда, тагыраак айтканда 93 (100%) бейтаптын 34үндө (36,6%) кызыл өңгөчтүн варикоздук кеңейген веналары жоголгону белгилүү болду, ал

эми 39 (41,9%) бейтапта КВВП I даражага чейин азайган. 93 (100%) бейтаптын 5 (5,4%)инде портосистемдик шунттагы кандын уюшунун натыйжасында КВВК күчөгөн.

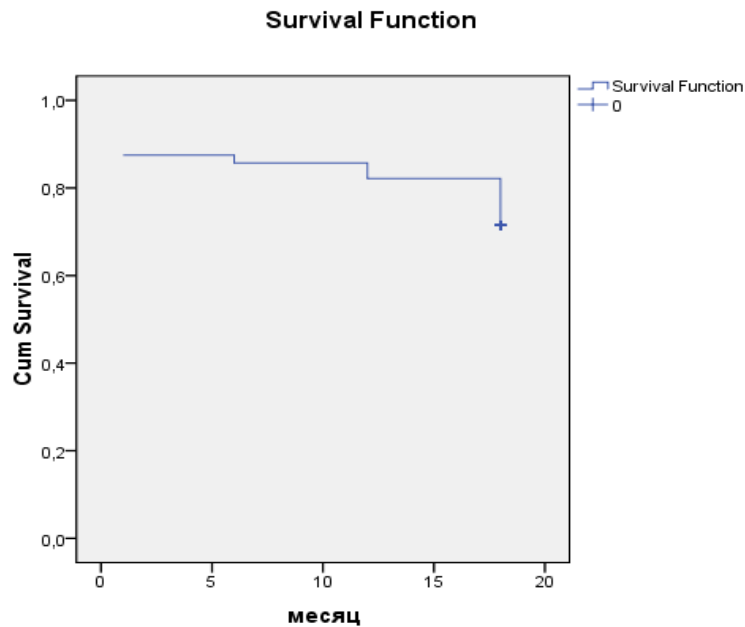
Текшерүүчү (контролдук) топтогу бейтаптарда операциядан кийинки алыскы мезгилдерде башкача картина келип чыккан. Анда операциядан кийин бир жылга чейинки мөөнөттүн ичинде ар кандай кабылдоолорго байланыштуу бейтаптардын 89,5%и өлүмгө учураган. Анын негизги көрсөткүчтөрү 6.4-таблицада келтирилген.

Таблица 6.4 - Текшерүүчү топтогу бейтаптардын алыскы натыйжалары

Өлүмдүн себептери	Мөөнөттөрү					Баары
	3 айга чейин	6 ай	9 ай	1 жылга ч-н	1 жылдан көп	
Ашказан-кызыл өңгөчтүн каноосунун кайталанышы	3 (7,9%)	5 (13,2%)	4(10,5%)	-	-	12 (31,6%)
Оор диуретикорезистенттик асцит	-	-	2 (5,3%)	5 (13,2%)	-	7 (18,4%)
Оор перикардит менен полисерозит же оорунун жүрөк кан тамыр ж.б. ички органдарга жайылышы	-	-	-	4 (10,5%)	-	4 (10,5%)
Өөрчүгөн боор жетишсиздиги	-	5 (13,2%)	4 (10,5%)	2 (5,3%)	4 (10,5%)	15 (39,5%)
Жалпы:	3 (7,9%)	10 (26,3%)	10 (26,3%)	11 (28,9%)	4 (10,5%)	38 (100,0%)

6.4-таблицадан көрүнгөндөй, бейтаптардын үчтөн бири 12 (31,6%) жакынкы 9 айдын ичинде аш казан-кызыл өңгөчтүн каноосунун кайталанышынан өлүмгө учурашты. Ал эми 15 (39,5%) бейтап өөрчүгөн боор жетишсиздигинен, 4 (10,5%) бейтап оорунун жүрөк кан тамыр ж.б. ички органдарга жайылышынан каза болушту. Калган 7 (18,4%) бейтап түрдүү кабылдоолордон улам асциттин диуретик резистенттик (заара чыгаруучу дарылар таасир этпей калган) оор формасына чалдыгуу менен өлүмгө учурашты.

Портокавалдык шунтирлөөнүн актуалдуу маселелеринин бири болуп операция болгондон кийинки бейтаптардын жашоо узактыгын баалоо болуп эсептелгендиктен, биз изилдөөнүн максат-милдеттерине ылайык, бейтаптардын жашап кетүүсүнө Каплан жана Майер тарабынан сунушталган (1958) көптүктүү балоо ыкмасы (подход) боюнча талдоо жүргүздүк (6.1-сүр.).



6.1-сүрөт. Каплан-Майер боюнча бейтаптардын жашап кетүүсүн талдоо.

Берилген сүрөткө ылайык, порталдык гипертензия менен жабыркаган бейтаптардын өлүмгө учурашы операциядан кийинки биринчи айда байкалат.

Кийинки 1,5 жылга чейинки мөөнөттө бейтаптардын жашап кетүүсү 74,1%ти түздү, биздин көз карашыбыз боюнча бул ПСШ операциясына чейин бейтаптардын негизги бөлүгү 79 (51,63%)ы модифицирленген Чайлд-Пью классификациясы боюнча «А» класска киргендигине байланыштуу.

ТЫЯНАКТАР:

1. Допплерография порталдык гипертензия дартын аныктоонун жеткиликтүү жана жогорку маалыматтуу ыкмасы болуп эсептелет. Ал аркылуу аныкталган бир кыйла маанилүү көрсөткүчтөр болуп кан тамырлар боюнча кандын өтүшүнүн көлөмдүк ылдамдыгы, кан тамырлардын диаметри, уюган кандын бар же жок экенин тактоо. Бул маалыматтар ПСШ жалгаштыруунун түрлөрүн аныктоо, ошондой эле операциядан кийинки кан уюу менен байланышкан кабылдоолорду алдын ала прогноздоо жана көзөмөлдөө үчүн жетиштүү.

2. Лапароскопиялык жол менен дартты аныктоо (диагностическая лапароскопия) асциттин себебин, белгилеринин айырмалоого (ич көдөйүнүн канцероматозу, туберкулезу ж.б. деп) мүмкүндүк берет, көрүп көзөмөлдөө менен боордун клеткасынан алып изилдөө (биопсия) мүмкүн болгон кабылдоолорду минималдаштырат жана диагноздоочу көрүүнүн алтын стандарты болуп эсептелет.

3. Бөлүктүү проксималдык спленардык анастомозду жалгаштыруу үчүн

көк боор венасынын төмөнкү уюлдук тарамын колдонуу жана көк боордун жогорку уюлдук тарамына катетер коюу төмөнкүлөргө шарт түзөт:

- боорду көздөй кетүүчү кан агымынын кадимки абалын сактайт;
- порталдык системадагы кан басымын операция жүрүп жаткан мезгилде өлчөп турат;
- анастомоздун кан өткөрүүчүлүгүн жана акыбалын көзөмөлдөйт;
- анастомоздо кан уюп калуунун алдын алат.

4. Операциядан кийинки алгачкы мезгилде байкалган уйку бездин сезгенишинин себеби болуп көк боорду кесип алууда уйку бездин клеткаларынын жаракат алышы эсептелет. ПСШны жалгаштыруу максатында уйку безден көк боордун венасын бөлүп алуу үчүн колдонулган кылдат техника жана танталдан жасалган LT-200 өлчөмүндөгү клипс (кымчыткыч) уйку бездин жаракат алышын минималдаштырат жана операциядан кийинки сезгенишин алдын алат.

5. ПСШ операциясынан кийинки алыскы мезгилдерде Чайлд-Пью классификациясы боюнча «А-В» классына кирген бейтаптардын жашап кетүү мүмкүнчүлүгү 74,1%ти түздү, бул учурда 36,6% бейтапта кызыл өңгөчтүн варикоздук кеңейүүсү жоголду, ал эми 41,9% бейтапта кызыл өңгөчтүн варикоздук кеңейүүсү I даражага чейин азайды. 5,4% бейтапта портосистемдик шунтирленген кан тамырдагы кандын уюусунун эсебинен кызыл өңгөчтүн варикоздук кеңейүүсү күчөдү.

6. Ич көңдөйүнөн жана киндик чуркусунан операция болгон бейтаптын ич көңдөйүндөгү суюктукту УДИ аппараты аркылуу көзөмөлдөө менен этияттап чыгаруу манипуляциядан кийинки кабылдоолорду азайтат.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:

1. Операцияга чейинки мезгилде ультрадобуш доплерографиясы (УДДГ) аркылуу изилдөөдөн алынган маалыматтар портосистемдик шунтту жалгаштыруунун зарылдыгын алдын ала баалоого жана портосистемдик шунтирлөөнүн түрүн тандоого мүмкүндүк берет. Ошондой эле ультрадобуш доплерографиясы (УДДГ) операциядан кийин вена кан тамырына жалгаштырылган анастомоздун динамикалык абалын көзөмөлдөө үчүн зарыл, бул кандын уюшуна каршы колдонулуучу дарылоонун жүрүшүн тактап-тууралоого (объективдештирүүгө) мүмкүндүк түзөт.

2. Диагностикалык лапароскопияны биопсия алуу ыкмасы менен колдонуу, порталдык гипертензияны ич көңдөйүндөгү башка оорулардан так айырмалоого шарт түзөт жана дарыгерге тийиштүү бейтапты андан ары дарылоонун тактикасын аныктоого жардам берет.

3. Оору баянында мурда ачык операцияны башынан өткөргөндүгү жана

киндик чуркусу белгиленген бейтаптардын ич көңдөйүндө топтолгон суюктукту УДИнүн көзөмөлүндө троакар аспабысыз чыгаруунун ыкмасы асциттик суюктукту ич көңдөйүнөн бөлүктөп чыгарууга, ошол эле учурда белоктук-электролиттик балансты коррекциялоого мүмкүндүк берет.

4. ПСШны жалгаштыруу максатында уйку безден көк боордун венасын бөлүп алуу үчүн колдонулган танталдан жасалган LT-200 өлчөмүндөгү клипс (кымчыткыч) уйку бездин жаракат алышын азайтат (минималдаштырат), операциянын аткарылуу мөөнөтүн кыскартат, мунун боордун циррозун дарылоодогу жана операциядан кийинки мезгилдеги ролу байкаларлык чоң.

5. Бөлүктүү проксималдык спленардык анастомозду жалгаштыруу үчүн көк боор венасынын төмөнкү уюлдук тарамын колдонуу жана көк боордун жогорку уюлдук тарамына катетер коюу боорду көздөй кетүүчү кан агымынын кадимки абалын сактайт, анастомоздун зонасында кан уюп калууга каршы иш-аракеттерди жүргүзөт жана операция мезгилинде порталдык системанын гемодинамикасын (кан басымын ж.б.) көзөмөлдөөгө мүмкүндүк берет.

6. Боордун циррозу менен жабыркаган бейтаптын курсагынын алдыңкы бетиндеги булчуңдардын чарымын (челди, апоневроз) тигүү үчүн таркап жок болуп кетүүчү жана жок болуп кетпөөчү стерилизацияланган тигүү материалдарын (жиптерин) тандалган ийнежиби бирге тигүүчү материалды колдонууда курсактын алдыңкы бетиндеги жарааттан кан агууну азайтат, ошондой эле операциядан кийинки сыртка чыгып калган (вентралдык) чуркуну алдын алат.

7. Порталдык гипертензия менен жабыркаган бейтаптардын портосистемдик шунт жалгаштырылуучу операциясынан кийинки алыскы жыйынтыктарын жана жашап кетүү мүмкүнчүлүгүн жакшыртуу үчүн аларды операцияга даярдоо – клиникалык-лабораториялык көрсөткүчтөрүн Чайлд-Пью классификациясы боюнча «А-В» классына кирген бейтаптарга салыштырып нормалдаштыруу зарыл.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫККА ЧЫККАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. Султангазиев, Р. А. Опыт внедрения дистального спленоренального анастомоза при хирургическом лечении цирроза печени, осложненного портальной гипертензией [Текст] / Р. Р. Батиров, Р. А. Султангазиев, А. Э. Раимкулов // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2008. - № 1. - С. 35-37.
<https://elibrary.ru/item.asp?id=37177976>

2. Патент №1312 Кыргызпатент «Способ парацентеза пупка при портальной гипертензии» / Р. А. Султангазиев, Бебезов Б.Х. - Бишкек, 2010.
<https://cloud.mail.ru/public/YcnP/zSdsMXTmw>

3. Патент №1323 Кыргызпатент «Способ хирургического лечения портальной гипертензии при циррозе печени» / Р. А. Султангазиев, Бебезов Х.С., Бебезов Б.Х., Шайбеков А.З. - Бишкек, 2010.
<https://cloud.mail.ru/public/6cNJ/cXg8XyJTb>

4. Султангазиев, Р.А. Морфологические особенности исследования

биоптатов печени у больных хроническим гепатитом «С» [Текст] / М. М. Абдикеримов, А. А. Камчыбекова, Р. А. Султангазиев // Врач-аспирант. - Воронеж, 2011. - Т. 44. - № 1.2. - С. 229-232. <https://elibrary.ru/item.asp?id=16352018>

5. Некоторые аспекты хирургического лечения синдрома портальной гипертензии [Текст] / Х. С. Бебезов, Б. Х. Бебезов, Р. А. Султангазиев, А.З. Шайбеков, Н. И. Ахунбаева, С.К. Чиналиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2012. – Т. 12. – № 1. – С. 74-79. <https://elibrary.ru/item.asp?id=17648877>

6. Сравнительная доплерографическая оценка изменений внутрипортальной гемодинамики после операций портосистемного шунтирования в лечении синдрома портальной гипертензии [Текст] / Х. С. Бебезов, Б. Х. Бебезов, Р. А. Султангазиев, А. З. Шайбеков // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2012. - Т. 12. - № 9. – С. 22-24. <https://elibrary.ru/item.asp?id=18798943>

7. Патент №1641 Кыргызпатент «Способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы при наложении спленоренального венозного анастомоза» / Р. А. Султангазиев. - Бишкек, 2013. <https://cloud.mail.ru/public/1CFR/TXxv6kRQC>

8. Патент №1642 Кыргызпатент «Способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки у больных с циррозом печени» / Р. А. Султангазиев, Ж. И. Алымкулов. - Бишкек, 2013. <https://cloud.mail.ru/public/7CYA/AeWgbvUN9>

9. Султангазиев, Р.А. Непосредственные результаты применения сочетанных операций в профилактике гастроэзофагеальных кровотечений при портальной гипертензии [Текст] / Б. Х. Бебезов, Р. А. Султангазиев, А. З. Шайбеков // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2013. – Т. 13. – № 1. – С. 99-102. <https://elibrary.ru/item.asp?id=20798844>

10. Султангазиев, Р. А. Отдаленные результаты применения сочетанных операций в хирургическом лечении портальной гипертензии [Текст] / Р. А. Султангазиев, Х. С. Бебезов, А. З. Шайбеков // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – № 1. – С. 189-191. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21274212>

11. Султангазиев, Р. А. Методика парацентеза больных с пупочной грыжей на фоне резистентного асцитического синдрома [Текст] / Р. А. Султангазиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – № 1. – С. 192-194. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21274213>

12. Султангазиев, Р. А. Лапароскопическая видеоревизия с биопсией в дифференциальной диагностике портальной гипертензии [Текст] / Р. А. Султангазиев, Д. Н. Нурманбетов, Ж. С. Садырбеков // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – № 2. – С. 190-192. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21274267>

13. Султангазиев, Р. А. Техника выделения селезеночной вены из поджелудочной железы для наложения спленоренального венозного шунта [Текст] / Р. А. Султангазиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – № 2. – С. 193-195. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21274268>

14. Султангазиев, Р. А. Способ создания парциального проксимального спленоренального венозного анастомоза [Текст] / Р. А. Султангазиев, Х. С. Бебезов, Д. Н. Нурманбетов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – № 5. – С. 170-172. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21778336>
15. Операционный доступ и способ ушивания передней брюшной стенки у больных портальной гипертензией [Текст] / Р. А. Султангазиев, Х. С. Бебезов, Д. Н. Нурманбетов, К. Э. Абиров, А. А. Тогочуев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2015. – Т. 15. – № 7. – С. 146-148. <https://elibrary.ru/item.asp?id=24306158>
16. Султангазиев, Р. А. Проксимальный спленоренальный анастомоз у больных, ранее перенесших гастротомию с прошиванием вен кардиального отдела пищевода со спленэктомией [Текст] / Р. А. Султангазиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2015. - Т. 15. - № 7. - С. 149-151. <https://elibrary.ru/item.asp?id=24306159>
17. Наш опыт портосистемного шунтирования при портальной гипертензии [Текст] / Р. А. Султангазиев, Х. С. Бебезов, К. Э. Абиров, А. Тогочуев // Хирургия. Восточная Европа. – Минск, 2015. – № 1(13). – С. 78-83. <https://elibrary.ru/item.asp?id=24914843>
18. Наш первый опыт формирования парциального проксимального спленоренального венозного анастомоза [Текст] / Р. А. Султангазиев, Х. С. Бебезов, К. Э. Абиров, А. А. Тогочуев // Хирургия. Восточная Европа. - Минск, 2015. - № 2(14). - С. 40-44. <https://elibrary.ru/item.asp?id=24338950>
19. Султангазиев, Р. А. Отдаленные результаты применения портосистемного шунтирования [Текст] / Р. А. Султангазиев, Х. С. Бебезов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2016. - Т. 16. - № 3. - С. 89-92. <https://elibrary.ru/item.asp?id=26083122>
20. Новая хирургическая технология в коррекции портальной гипертензии с эзофагеальным кровотечением: учебно-метод. пособие [Текст] / Р. А. Султангазиев, Дж. Н. Нурманбетов, Б. Х. Бебезов, Т. А. Абдыкадыров. - 2017. - 70с. <https://cloud.mail.ru/public/6aTY/cbeFrFXoq>
21. Султангазиев, Р. А. Эндоскопическая профилактика и лечение пищеводных кровотечений портального генеза [Текст] / Б. Х. Бебезов, Р. А. Султангазиев, Т. А. Абдыкадыров // Креативная хирургия и онкология. - Уфа, 2022. - Т. 12. - № 2. - С. 106-111. <https://elibrary.ru/item.asp?id=49161347>
22. Отдаленные результаты портосистемного шунтирования при портальной гипертензии [Текст] / Р. А. Султангазиев, М. А. Сагымбаев, К. Э. Абиров, А. А. Тогочуев., Ж. С. Эркинбаев, Р. Э. Абирова // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск, 2022. – Т. 8. – № 8. – С. 148-159. <https://elibrary.ru/item.asp?id=49321419>
23. Результаты портосистемного шунтирования в раннем послеоперационном периоде [Текст] / Р. А. Султангазиев, М. А. Сагымбаев, К. Э. Абиров, А. А. Тогочуев, Ж. С. Эркинбаев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2022. - № 4. - С. 149-155. <https://elibrary.ru/item.asp?id=49516442>

Султангазиев Расул Абалиевичтин «Порталдык гипертензияны хирургиялык дарылоосу» аттуу темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: порталдык гипертензия, боордун циррозу, портокавальдык шунтирлөө, спленореналдык анастомоз.

Изилдөөнүн максаты: Боордун циррозу жана порталдык гипертензия менен жабыркаган бейтаптарды хирургиялык жол менен дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: порталдык гипертензия менен операция жасалган 153 бейтап жана порталдык гипертензия менен ооруп, консервативдик дарылоодон өткөн 38 бейтап.

Изилдөөнүн предмети: порталдык гипертензия менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоодон кийинки алгачкы жана алыскы натыйжалар.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, лаборатордук, инструменталдык, статистикалык, Каплан – Майер боюнча бейтаптардын жашап кетүүсү.

Изилдөөлөрдөн алынган жыйынтыктар жана алардын илимий жанылыгы: Портосистемдик шунтирлөөнү жалгаштырууга чейин жана андан кийин порталдык системаны ультрадобуш доплерографиясы (УДДГ) аркылуу изилдөөнүн диагноздоочулук мүмкүнчүлүгү бааланды. Порталдык гипертензияны түрүнө жараша аныктоо (дифференциалдык диагноздоо) максатында ич көңдөйүн биопсия кылуу менен лапароскопиялык видеотекшерүүнүн диагноздоочу баалуулугу үйрөнүлдү. Порциялык (бөлүктүү) проксималдык спленореналдык анастомозду жалгаштыруунун клиникалык натыйжалары бааланды. Порциялык (бөлүктүү) проксималдык спленореналдык анастомозду жалгаштыруунун жаңы ыкмасы иштелип чыгып, клиникалык практикага киргизилди. Ага 31.12.2010-ж. авторлоштукта Кыргызпатенттин №1323 приоритеттүү күбөлүгү алынды жана 27.05.2013-ж. И.К. Ахунбаев атындагы КММАдан №18 «ойлоп табуучулук сунуш» күбөлүгү берилди. Операциядан кийинки уйку бездин сезгенишинин жана анастомоздо кан уюуп калуунун келип чыгышы операция учурунда колдонулган техникалык ыкмалардан улам дене ткандарынын зыянга учурашы менен байланышта экени көрсөтүлдү. Көк боордун вена кан тамырын уйку безден ажыратып алуунун бейтаптын организминде залалы аз жана коркунучсуз ыкмасы иштелип чыкты. Көк боордун вена кан тамырын уйку безден ажыратып алуунун модифицирленген ыкмасы үчүн 20.06.2013-ж. Кыргызпатенттин №1641 приоритеттүү күбөлүгү алынды. Оору баянында ачык операцияны башынан өткөргөндүгү жазылган бейтаптардын ич көңдөйүндө топтолгон сууну чыгаруунун ыкмасы иштелип чыкты. Ал үчүн 30.11.2010-ж. авторлоштукта Кыргызпатенттин №1312 приоритеттүү күбөлүгү жана 27.05.2013-ж. И.К. Ахунбаев атындагы КММАдан №19/13 «ойлоп табуучулук сунуш» күбөлүгү алынды. Боордун циррозу менен жабыркаган бейтаптын курсагынын алдыңкы бетиндеги чарымды (апоневрозду) тигүүнүн ыкмасы модифицирленди, ал үчүн 20.06.2013-ж. Кыргызпатенттин №1642 приоритеттүү күбөлүгү алынды.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар. Эмгектеги негизги корутундулар жана сунуштар күнүмдүк клиникалык практикада, билим берүү процессинде жана илимий изилдөөдө колдонулууга тийиш.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Султангазиева Расула Абалиевича на тему: «Хирургическое лечение портальной гипертензии» на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Ключевые слова: портальная гипертензия, цирроз печени, портокавальное шунтирование, спленоренальный анастомоз.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных циррозом печени и портальной гипертензией.

Объект исследования: 153 оперированных пациентов с портальной гипертензией и 38 пациентов с портальной гипертензией, получавших консервативное лечение.

Предмет исследования: ранние и отдаленные результаты после хирургического лечения больных с портальной гипертензией.

Методы исследования: клинический, лабораторный, инструментальный, статистический, и оценка выживаемости по Каплану-Майеру.

Полученные результаты и их новизна: Оценена диагностическая возможность УЗДГ исследования портальной системы до и после формирования портосистемных шунтов. Изучена диагностическая ценность лапароскопической видеоревизии с биопсией органов брюшной полости в плане дифференциальной диагностики портальной гипертензии. Оценена клиническая эффективность формирования порционного проксимального спленоренального анастомоза, разработан и внедрен в клиническую практику новый способ формирования порционного проксимального спленоренального анастомоза (Приоритетное свидетельство №1323 от Кыргызпатента 31.12.2010г.). Определено, что возникновение послеоперационного панкреатита и тромботических осложнений анастомоза связано с травматизацией тканей при технических манипуляциях. Разработан малотравматичный и безопасный способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы. (Приоритетное свидетельство «Модифицированный способ мобилизации селезеночной вены из поджелудочной железы», Кыргыз патент №1641 от 20.06.2013 г). Разработан способ парацентеза у пациентов с асцитом в анамнезе перенесших операцию лапаротомию, (Приоритетное свидетельство Кыргызпатента №1312 от 30.11.2010г.). Модифицирован способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки у пациентов циррозом печени (Приоритетное свидетельство Кыргызпатента №1642. от 20.06.2013 г.)

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

Область применения: хирургия.

SUMMARY

dissertation of Rasul Abalievich Sultangaziev "Surgical treatment of portal hypertension", presented for the degree of Doctor of Medical Sciences at the specialty 14.01.17 - Surgery.

Key words: portal hypertension, liver cirrhosis, portocaval bypass, splenorenal anastomosis.

Research objective: to improve the results of surgical treatment of patients with liver cirrhosis and portal hypertension.

Object of study: 153 operated patients with portal hypertension and 38 patients with portal hypertension who received conservative treatment.

Subject of study: early and long-term results of surgical treatment of patients with portal hypertension.

Research methods: clinical, laboratory, instrumental, statistical, and Kaplan-Mayer survival estimates.

Results obtained and their novelty: Diagnostic possibility of ultrasound investigation of the portal system before and after the formation of portosystemic shunt was assessed.

The diagnostic value of laparoscopic video inspection with biopsy of abdominal organs in terms of differential diagnostics of portal hypertension was studied.

Clinical efficacy of formation of portioned proximal splenorenal anastomosis was assessed, a new method of formation of portioned proximal splenorenal anastomosis was developed and introduced into clinical practice (Priority Certificate №1323 from Kyrgyz patent 31.12.2010).

It was determined that the emergence of postoperative pancreatitis and thrombotic complications of anastomosis is associated with tissue trauma during technical manipulations. A minimally traumatic and safe way for mobilization of the splenic vein from the pancreas has been developed. (Priority certificate "Modified way of mobilization of the splenic vein from the pancreas", Kyrgyz patent №1641 dated 20.06.2013).

A method of paracentesis has been developed in patients with ascites in the history of those who underwent laparotomy surgery, (Priority certificate of Kyrgyz patent №1312 from 30.11.2010).

The method of suturing the anterior abdominal wall aponeurosis in patients with liver cirrhosis was modified (Priority Certificate of Kyrgyz patent № 1642. of 20.06.2013).

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

Scope of use: surgery.