

## **АҢДАТПА**

**Умурзаков Хусан Талипбаевичтың диссертациялық жұмысының тақырыбы "Қуық асты безінің обырын экстроперитониальді эндоскопиялық әдіспен түбегейлі емдеуді жетілдіру" ұсынылған философия докторы (pHd) дәрежесін алу үшін 8D10102 "Медицина" мамандығы бойынша**

### **Зерттеу тақырыбының өзектілігі:**

Қуық асты безінің обыры (ҚБК) - Қазақстан Республикасында ерлер арасында сырқаттанушылық құрылымында 3-орынды және өлім-жітім құрылымында 5-орынды иеленетін, ерлердегі қатерлі ісіктердің ең көп таралған түрлерінің бірі.

ҚҚСД емдеудің ең тиімді әдісі радикалды простатэктомия (РПЭ) болып табылады. Соңғы жиырма жылда эндоскопиялық емдеуге басымдық берілді, 1992 жылы Шюсслер және т.б. сипаттаған лапароскопиялық радикалды простатэктомиядан 2003 жылы Биндер және т.б. сипаттаған роботтық көмекші радикалды простатэктомияға (РАРП) дейін аз инвазивті радикалды простатэктомия операциялары тарихи түрде дамыды.

Енгізу ҚҚСД кезінде экстраперитониальді эндоскопиялық емдеу бұл ісіктің айналасындағы тіндердің зақымдану дәрежесін айтарлықтай төмендетуге және осылайша жақсы сауығуға, адекватты косметикалық әсерге және асқынулардың төмендеуіне қол жеткізуге мүмкіндік береді.

Емдеу әдісін таңдау үшін біз ҚЖА-ны экстраперитониальды лапароскопиялық радикалды емдеу әдісін жетілдірдік және әзірледік, ол Қазақстан Республикасында әлі қолданылмаған.

### **Зерттеудің мақсаты:**

Қуық асты безінің обырын түбегейлі емдеудің экстраперитониальді эндоскопиялық әдісін оңтайландыру

### **Зерттеудің міндеттері:**

1. Қуық асты безі обырының эпидемиологиялық жағдайын және оның 2012-2021 жылдардағы (10 жыл) Қазақстан популяциясындағы динамикасын зерттеу.
2. ҚҚСД емдеудің лапароскопиялық экстраперитониальдік әдісін орындау үшін операциялық алаңды дайындау әдістері мен әдістерін әзірлеу
3. Модификацияланған лапароскопиялық экстраперитониальді простатэктомия мен дәстүрлі лапароскопиялық интраперитониальді простатэктомияның клиникалық тиімділігіне салыстырмалы талдау жүргізу.
4. Лапароскопиялық экстраперитониальді простатэктомиядан өткен науқастардың өмір сүру сапасын бағалау.

### **Зерттеу әдістері**

Зерттеудің бірінші кезеңінде 2012-2021 жылдар аралығындағы Қазақстандағы ҚЖА-дан сырқаттанушылық пен өлім-жітім туралы деректер талданды. Зерттеудің осы кезеңіне арналған материалдар 2012-2021 жылдар

аралығындағы "Қатерлі ісікпен ауыратын науқастар туралы есеп" және "Қазақстан Республикасының онкологиялық қызметінің көрсеткіштері" No35 нысаны болды. Зерттелгендер: ҚҚСД–мен сырқаттанушылық, өлім-жітім, сондай-ақ ҚҚСД ерте анықтау жағдайларының үлесі (I-II кезең). Көрсетілген кезеңде тіркелген ҚЖА аурушандығы мен өлімінің барлық жағдайлары ескерілді. Қарқынды эпидемиологиялық көрсеткіштер халықтың 100000 еркегіне шаққанда есептелді. Зерттелетін көрсеткіштердің динамикасын бағалау үшін трендтерді анықтау әдісі қолданылды - өсу (зерттелетін эпидемиологиялық көрсеткіштердің мәндерінің өсуі) немесе төмендеу (мәндердің төмендеуі). Алынған тенденциялардың статистикалық маңыздылығын сандық талдау және бағалау үшін бір факторлы сызықтық регрессия әдісі қолданылды.

**Зерттеу объектісі:** Модификацияланған лапароскопиялық экстраперитонеальді радикалды простатэктомиядан (МЛЭРПЭ) және дәстүрлі лапароскопиялық интраперитонеальді радикалды простатэктомиядан (ТЛРПЭ) өткен емделушілер.

Негізгі топқа Өскемен қаласындағы ШҚО МОИХ жағдайында модификацияланған лапароскопиялық экстраперитонеальді радикалды простатэктомия (МЛЭРПЭ) жасалған 45 пациенттің деректері енгізілді. Бақылау тобына 2017-2021 жылдар аралығындағы ШҚО ДСОиХ, Семей қаласындағы ЯМИО және Алматы қаласындағы ҚазОРҒЗИ мәліметтері бойынша дәстүрлі лапароскопиялық интраперитонеальді радикалды простатэктомия (ТЭРПЭ) жасалған 53 адамның ауру тарихы енгізілді. .

Іріктеме көлемі онлайн калькулятор көмегімен есептелді Socioline.ru [<https://socioline.ru/rv.php>]. Іріктеменің қажетті көлемі 92 адамды құрады.

Біз қан анализі, операцияның ұзақтығы және MLERPE және TLIRE-ден кейінгі стационарлық емдеу сияқты клиникалық нәтижелерді салыстырдық. Пациенттерді емдеу туралы барлық ақпарат "Кешенді медициналық ақпараттық жүйе" (КМАЖ) ақпараттық жүйесінен алынды. Операция алдындағы, операциядан кейінгі және операциядан кейінгі деректер сканерленді және деректерді жинау жүйеміз арқылы ретроспективті түрде жазылды. Операция алдындағы клиникалық нәтижелерге жас, дене салмағының индексі (BMI), сарысудағы простатаға спецификалық антиген (PSA), Глисон көрсеткіші кіреді. Периоперациялық параметрлерге операция уақыты, қан жоғалту, операция ішілік асқынулар және жамбас лимфа түйіндерінің екі жақты диссекциясы (ДДТЛУ) орындалды ма және/немесе нейроваскулярлық байлам (SNP) сақталды ма, жоқ па кіреді. Операциядан кейінгі параметрлерге гемоглобин деңгейінің өзгеруі, босату уақыты, катетерді алып тастау уақыты, капсуладан тыс, лимфоваскулярлық, ұрық көпіршіктерінің периневральды инвазиясы және лимфа түйіндерінің метастаздары кіреді. Операция алдындағы тәуекелді анықтау үшін біз D'Amico тәуекел стратификациясын қолдандық және пациенттер төмен, орташа және жоғары тәуекел топтарына жатқызылды.

Төртінші кезеңде МЛЭРПЭ және ТЛЭРПЭ өткен пациенттердің өмір сүру сапасын бағалау жүргізілді. Бағалау құралы онлайн форматта

қолжетімді EORTC QLQ-C30 сауалнамасы болды: <https://qol.eortc.org/>. Сауалнамаға 85 респондент қатысты, олардың 41-і сауалнамаға қатысқан, олар ШҚО-ның Өскемен қаласындағы ICICI жағдайында MLERPE-ден өткен және 44 респондент TLIRE-ден өткен. Зерттеуді бастамас бұрын Семей медицина университетінің Этикалық комитетінің мақұлдауы алынды (Хаттама №2, 18 қазан 2019 ж.). Сауалнама 2021 жылдың шілдесінен 2021 жылдың желтоқсанына дейін жүргізілді. Зерттеуге қатысушылардың барлығы зерттеудің мақсатымен танысқаннан кейін ақпараттандырылған келісімін берді. Қосу критерийлері: зерттеуге қатысуға ерікті түрде келісім беру, СБЭТ-тен ауыстырылған МЛЭРПЭ немесе ТЛИРПЭ туралы расталған деректер. Шығару критерийлері: зерттеуге қатысудан бас тарту, қатерлі ісіктің басқа түрі, хирургиялық араласудың басқа түрі.

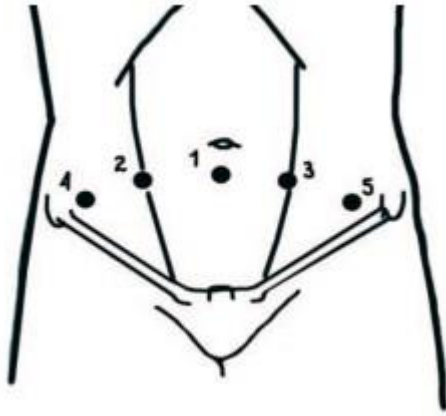
30 сұрақтан тұратын EORTC QLQ-C30 сауалнамасы өмір сапасының жаһандық шкаласын, бес функционалдық шкаланы (физикалық, рөлдік, эмоционалдық, әлеуметтік, когнитивтік қызмет), үш симптомдық шкаланы (ауырсыну, жүрек айну/құсу, шаршау) және алты бөлек тармақты қамтиды. (тәбеттің төмендеуі, іш қату, диарея, енгігу, ұйқысыздық). Әрбір тармақ 0-ден 100-ге дейінгі шкала бойынша бағаланады, мұнда жоғарырақ мән өмір сүру сапасына және/немесе жұмыс істеу деңгейіне сәйкес келеді. Ұпайларды түрлендіру үшін EORTC QLQ-C30 - Awell Score онлайн калькуляторы пайдаланылды [https://score.awellhealth.com/calculations/eortc\\_qlq\\_c30](https://score.awellhealth.com/calculations/eortc_qlq_c30) б . Түрлендірілген ұпайлар барлық домендерде статистикалық талдау үшін пайдаланылды және маңыздылық деңгейі барлық талдаулар үшін  $p < 0,05$  деңгейінде белгіленді.

**Зерттеу нысаны:** 2012–2021 жж. простата обырынан барлық тіркелген аурушандық пен өлім жағдайлары. МЛЭРПЭ және ТЛИРПЭ операциясынан өткен науқастар.

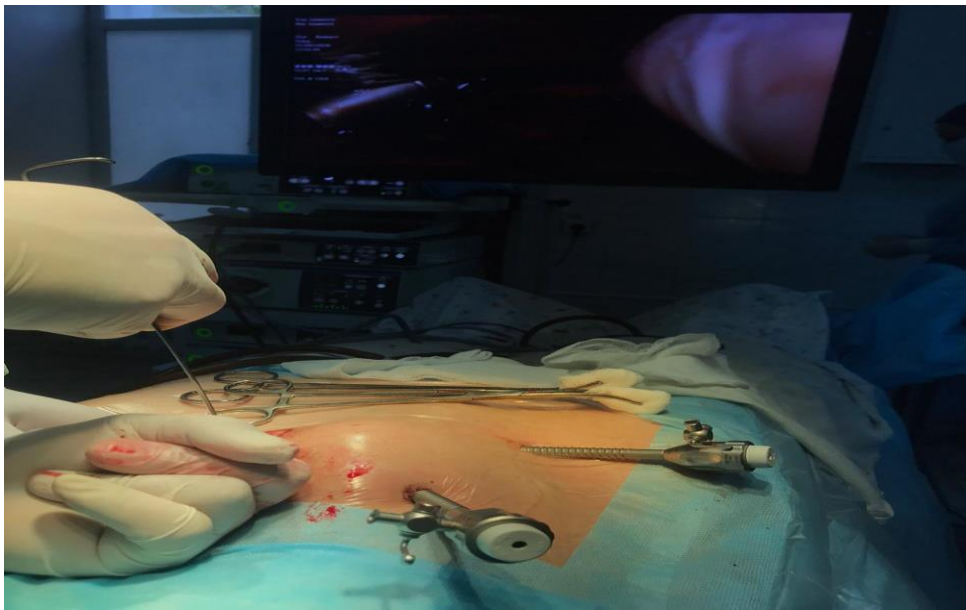
**Зерттеу пәні:** Модификацияланған лапароскопиялық экстраперитонеальді радикалды простатэктомия

Операциялық араласуды жүргізу үшін "Лапароскопиялық операцияларға арналған Full HD немесе 3D кескін ажыратымдылығы бар бейнеэндоскопиялық кешен" пайдаланылады. Өндіруші: Olympus Medical System Corp. Жапония.

1-4 суретте ұсынылған әдістеменің түсіндірмелері келтірілген. 1-суретте модификацияланған экстраперитонеальді лапароскопиялық простатэктомияны орындау кезінде троакарлардың орналасуы көрсетілген, мұнда №1 және №5 троакарлардың өлшемдері 10 мм, ал №2, №3 және №4 өлшемдері 5 мм. 2-суретте 2, 3, 4 және 5 троакарлардың саусақ бақылауымен қалай орнатылатыны көрсетілген. 3-суретте төменгі целиак тамырларының ішкі жағынан пальпациялануы қалай жүргізілетіні көрсетілген.



Сурет 1. Трокарлардың орналасуы



Сурет 2. Сұқ саусақтың бақылауымен жұмыс істейтін трокарларды орнату. [Жеке фото мұрағатынан]



Сурет 3. Төменгі целиак тамырларының ішкі жағын пальпациялау. [Жеке фото мұрағатынан]

Процедураны орындау әдісі пациенттің арқасын 30-45 градус дененің еңкею бұрышымен орналастыруды қарастырады. Әрі қарай, кіндіктен 1 см қашықтықта ортаңғы сызық бойымен ұзындығы 2 см кесу жасалады (3, 4-сурет).



Сурет 4. Операциялық алаңның түрі. [Жеке фото мұрағатынан]

Содан кейін апоневроздың алдыңғы парағын ашу және іштің тік бұлшықетін алып кету жүзеге асырылады, содан кейін Ретций кеңістігіне қол жеткізу үшін сандық диссекция жасалады. Әрі қарай, кеуде бағытында диссектор шары жүзеге асырылады, оған визуалды бақылаумен 800 мл-ге дейін газ құйылады.

Жұмыс кеңістігін құру аяқталғаннан кейін диссектор цилиндрі жойылады. Сұқ саусақтың көмегімен перитонеум қабыршақтанып, операциялық өрістің бүйірлеріне қарай жылжиды. Содан кейін сұқ саусақтың бақылауымен төрт жұмыс істейтін трокар орнатылады (2-суретте көрсетілгендей), ал төменгі эпигастрий тамырлары ішінен пальпацияланады. Содан кейін оптикалық троакар орнатылады, ал қуық іштің алдыңғы қабырғасынан және жамбас сүйегінен доғал және өткір жолмен қабыршақтанады. Қуық ұлғайған жоқ. Қуық асты безі ісіктің көрші мүшелерге өсу белгілерінсіз көрінеді.

Пенисаның дорсальды венасының үстіңгі тармақтары (дорсальды веноздық кешен) арасында орналасқан жамбас-қуық асты байламдары

уретраға жеткенше LigaSure аппаратымен дәйекті түрде кесіледі. Қуық асты безінің ұшын ұстағаннан кейін ол арқылы №16 Фолея катетері енгізіледі және манжет қуықта ісінеді. Содан кейін қуық асты безінің артқы бетінің тік ішектен бірте-бірте қабыршақтануы жүреді, катетер жоғары қарай жылжиды. LigaSure аппаратымен қуық асты безінің бүйір жүйке-қантамыр шоғырын екі жақтан кесіп өтеді. Қуық асты безінің және ұрық көпіршіктерінің артқы бетін жұмылдыру процесінде қуық асты безінің бүйір қабырғаларын және ұрық көпіршіктерін қоректендіретін тамырлар байланады. Қан тамырларының қиылысуы жасалады, содан кейін қуық асты безі мен ұрық көпіршіктерін бір блокта алып тастау үшін қуық мойны қиылысады. Бұл жағдайда қуықтың мойны ішінара сақталады және несеппағарлардың ауыздары бақыланады. Фоли катетерін уретра арқылы қуыққа өткізеді, манжетті үрлейді. Әрі қарай, қуықтың бүйір беті оң және сол жақ мықын тамырларының бифуркациясына дейін жұмылдырылады. Лимфа диссекциясы сыртқы және ішкі мықын тамырлары мен обтураторлық шұңқыр бойымен жүргізіледі. Несеппағар мен обтураторлық нервтің бақылауында. Қуық уретраға қарай тартылады, уретровезикальды анастомозға бір қатарлы тігіс салынады. Гемостаз жасалады. Егер қан кету анықталмаса, хирургиялық араласудан кейін дренажды түтік қалдырылады, ол іш қуысынан кіші жамбасқа өтіп, тері арқылы сыртқа шығады. Троакарлар эндовидеоскоптың бақылауымен жойылады. Жараны қабаттап тігу жүргізіледі. Жараға асептикалық таңғыш салынады.

#### **Қорғауға шығарылатын ережелер**

2012 жылдан 2021 жылға дейінгі кезеңдегі Қазақстандағы ҚЖА эпидемиологиялық көрсеткіштері көрсеткіштердің күрт өсуі немесе төмендеуі бағытында динамикалық өзгерістерсіз тұрақты сипатқа ие болды. Қазақстан Республикасының жекелеген аймақтарында 5 жылдық өмір сүру деңгейінің өзгеруінің және қан қысымын ерте анықтаудың статистикалық маңызды тенденциялары байқалды.

Модификацияланған лапароскопиялық экстраперитонеальді радикалды простатэктомия операциядан кейінгі ерте асқынулардың, сондай-ақ операциядан кейінгі кеш асқынулардың пайда болуын болдырмайды.

ЖЭТ-дан өткен пациенттердің жалпы денсаулық жағдайы ҚК бағалау шкаласы бойынша орташа деңгейге сәйкес келеді. Физикалық функция ЛРПЕ алған емделушілерде функционалдық шкалалар арасында ең төменгі көрсеткішке ие болды. MLERPE-ден өткен респонденттер тобында функционалдық шкала бойынша көрсеткіштер жақсырақ болды. Бірақ "ауырсыну" шкаласы бойынша ТЛИЕРПЕ тобындағы орташа дәреже статистикалық тұрғыдан МЛЭРПЭ тобына қарағанда жоғары болды.

#### **Нәтижелер:**

2012-2021 жылдар кезеңінде ҚҚСД жиілігі ( $p=0,702$ ) және осы аурудан болатын өлім-жітім ( $p=0,150$ ) үшін статистикалық маңызды өсу және төмендеу тенденциялары анықталды. 2012 жылдан 2021 жылға дейін Қазақстан Республикасында 5 жылдық өмір сүру динамикасы төмендеу тенденциясын көрсетті. I–II сатыларда ҚҚСД анықтау көрсеткіштері дерлік



бірдей болды, III сатыда ҚҚСД анықтау төмендеді, ал IV сатыда жоғарылады.

МЛЭРПЭ құрсақ қуысының зақымдануын болдырмауға көмектеседі, газдың құрсақ қуысына енуіне жол бермейді және жамбас тамырларының зақымдану қаупін азайтады. МЛЭРПЭ тобымен салыстырғанда, ТЛЭРПЭ-ден өткендер тобында гемоглобин деңгейінің статистикалық маңызды төмендеуі байқалды. Сондай-ақ, МЛЭРПЭ тобымен салыстырғанда ТЛЭРПЭ тобындағы эритроциттер деңгейінің статистикалық маңызды төмендеуі анықталды. ТЛЭРПЭ МЛЭРПЭ-ге қарағанда ұзағырақ уақытты қажет етті, операция ұзақтығының айырмашылығы статистикалық тұрғыдан маңызды болды. Бұл ретте пациенттердің стационарда болуы МЛЭРПЭ-ден өткен пациенттерге қарағанда, ТЛЭРПЭ-ден өткен пациенттерде ұзағырақ болды.

Өзгертілген араласу әдісін қабылдаған респонденттердің жалпы денсаулығының орташа мәні дәстүрлі араласу әдісін қабылдаған респонденттерге қарағанда жоғары болды. Физикалық, рөлдік эмоционалдық қызмет көрсету бойынша баллдар ЭЭДЖРТ тобының респонденттерінде ЭЭДЖРТ тобының респонденттеріне қарағанда жоғары болды. Екі топтағы респонденттердің когнитивтік қызметі, әлеуметтік қызметі айтарлықтай жоғары деңгейде болды. Емделушілер дәстүрлі араласу әдісі өзгертілген араласу әдісін қабылдаған емделушілерге қарағанда денсаулығында айқын проблемалар болды.

#### **Ғылыми жаңалығы:**

1. Қазақстан Республикасы бойынша қуық асты безі обырының эпидемиологиялық көрсеткіштеріне талдау жүргізілді.
2. Экстраперитонияльді лапароскопиялық кеңейтілген радикалды простатэктомианы модификациялау тәсілі әзірленді
3. Лапароскопиялық радикалды простатэктомиадан кейін қуық асты безінің обыры бар науқастардың өмір сүру сапасына бағалау жүргізілді

#### **Алынған нәтижелердің теориялық және практикалық маңыздылығы:**

ҚҚСД-да экстраперитонияльды эндоскопиялық емдеуді енгізу ісіктің айналасындағы тіндердің зақымдану дәрежесін айтарлықтай төмендетуі мүмкін және осылайша жақсы сауығуға, адекватты косметикалық әсерге және асқынулардың төмендеуіне қол жеткізуі мүмкін.

Бұл әдіс пациенттің қан жоғалтуын болдырмайды, пневмоперитонеумды болдырмайды және СО<sub>2</sub> қанықтыру қаупін азайтады. Операциядан кейінгі кезеңнің ерте кезеңдерінде ол перитониттің дамуын болдырмайды, ал кейінгі кезеңде адгезиялардың пайда болуын болдырмайды

#### **Докторанттың жеке үлесі.**

Клиникалық зерттеулерді жүргізу бойынша 3 жыл ішінде. Радикалды простатэктомиа жасалған ҚҚСД бар науқастардың ауру тарихын іріктеу жүргізілді. Диссертант ғылыми кеңесшілердің жетекшілігімен зерттеудің негізгі бөлігін жүргізді, қан тамырларын емдеудің кеңейтілген лапароскопиялық экстраперитонияльды әдісін орындау үшін операциялық өрісті дайындау әдісін әзірледі, өнертабысқа патент алды. Сондай-ақ

зерттеуді орындау барысында докторант алынған деректердің нәтижелеріне мұқият талдау, статистикалық өңдеу және интерпретация жүргізді, негізделген қорытындылар жасалды.

### **Қорытынды**

Осылайша, эпидемиологиялық көрсеткіштердің динамикасын талдау ҚҚСД жиілігі ( $B=-0,167$  (95% CI:  $-1,140; 0,805$ ),  $p=0,702$ ) және ҚҚСД өлімі ( $B=$ ) үшін статистикалық маңызды жоғары және төмен тенденциялардың болуын анықтаған жоқ.  $-4,387$  (95% CI:  $-10,7; 1,97$ ),  $p=0,150$ ). Шығыс Қазақстан облысында ҚЖА-мен сырқаттанушылықтың эпидемиологиялық жағдайы неғұрлым қолайсыз болып шықты. Алматы қаласында ( $B=-0,289$  (95% CI:  $-0,289; 0,023$ ),  $p=0,036$ ) және Жамбыл облысында ( $B=-1,733$ ) ТЖА аурушандығының төмендеуінің статистикалық маңызды тенденциясы анықталды. %CI:  $0,500; 2,966$ ),  $p=0,012$ ) және Солтүстік Қазақстан облысында ( $B=-0,190$  (95% CI:  $0,000; 0,381$ )  $p=0,050$ ) сырқаттанушылық көрсеткіштерінің статистикалық маңызды ұлғаюы байқалады. ҚЖА-дан болатын өлім-жітім көрсеткіші Солтүстік Қазақстан облысында ең жоғары болды. ҚР өңірлерінде ҚЖА-дан болатын өлім-жітім көрсеткіштерін төмендету мен арттырудың статистикалық маңызды трендтері анықталған жоқ. 2012-2021 жылдар кезеңінде Қазақстандағы ҚТҚ-ның эпидемиологиялық жағдайы жақсарудың тұрақты тенденциясына ие, бірақ сонымен бірге елдің аймақтары эпидемиологиялық көрсеткіштердің бастапқы мәндерімен де, олардың өзгеру тенденцияларымен де айтарлықтай ерекшеленеді.

Модификацияланған лапароскопиялық экстраперитонеальді радикалды простатэктомида (МЛЭРПЭ) сұқ саусақтың бақылауымен төрт жұмыс троакарын орнату ұсынылады, төменгі эпигастрий тамырларын ішінен пальпациялайды, бұл алдын алуға көмектеседі. қан тамырлары мен перитонеумның зақымдануы, бұл операция сапасын жақсартады. МЛЭРПЭ операциядан кейінгі ерте кезеңде перитониттердің пайда болуын, сондай-ақ операциядан кейінгі кеш кезеңде адгезиялардың пайда болуын болдырмайды.

Д'Амиго бойынша МЛЭРПЭ және ТЛИРПЭ бар пациенттер топтарында асқыну қаупі төмен деп бағаланды. ТЛЭРПЭ жүргізуге МЛЭРПЭ-ге қарағанда ұзағырақ уақыт қажет болды, айырмашылық статистикалық маңызды болды ( $p=0,000$ ). ТЛРЭП-тен кейінгі пациенттер тобында МЛЭРПЭ тобындағы пациенттермен салыстырғанда операциядан кейінгі гемоглобиннің ( $p=0,000$ ) және эритроциттердің ( $p=0,000$ ) орташа деңгейінің статистикалық маңызды төмендеуі байқалды. ТЛИРПЭ тобында стационарда орташа болу МЛЭРПЭ тобына қарағанда ұзағырақ болды, айырмашылық статистикалық тұрғыдан маңызды ( $p=0,000$ ). ЭЭРЛФЭ және ЭРЛФЭ-ден кейінгі нәтижелерді талдау ЭРЛФЭ тобындағы он пациентте (19,0%) және ЭРЛФЭ тобындағы үш пациентте (6,6%) асқынулардың туындағанын анықтады.

Сауалнамаға қатысқан екі топтың да жалпы денсаулық жағдайы QOL бағалау шкаласы бойынша орташа деңгейге сәйкес келді. Симптомдардың ішінде респонденттерді ең көп мазалағаны шаршау, ауырсыну және ұйқысыздық болды. Жүрек айну/құсу шағымдары екі топта да аздап



байқалды. Екі топтағы респонденттер арасында физикалық, рөлдік, әлеуметтік қызметтегі статистикалық маңызды айырмашылықтар анықталды. ЭЭДЖА-дан өткен респонденттер тобында бұл көрсеткіштер жақсырақ болды. "Ауыру" шкаласы бойынша ТЛЭРПЭ тобындағы орташа дәреже статистикалық тұрғыдан МЛЭРПЭ тобына қарағанда жоғары болды.

### **Диссертация нәтижелерін апробациялау**

Диссертациялық жұмыстың негізгі ережелері баяндалған:

1. 2019 жылғы 17-18 қазанда халықаралық қатысумен Қазақстан онкологтары мен радиологтарының VII съезінде, Нұр-Сұлтан қ.
2. CASU урологтарының I Орталық Азия конгресінде. 2019 жылғы 25-26 қазан, Алматы қ.
3. Қазақстанның онкологиясы" халықаралық онлайн-конференциясы. Кеше, бүгін, ертең" 2020 жылғы 10-11 желтоқсан, Алматы қ.
4. Халықаралық қатысумен Қазақстан онкологтары мен радиологтарының VIII съезінде. 2021 жылғы 14-16 қазан, Түркістан қ.
5. Халықаралық қатысумен ғылыми-практикалық конференцияның: "Онкологиядағы диагностика мен емдеудің жаңа стратегиялары". 2022 жылғы 25-26 сәуір, Алматы қ.
6. ТМД және Еуразия елдері онкологтары мен радиологтарының XIII съезінде, 2022 жылғы 27-29 сәуір. Астана қ.

### **Зерттеу нәтижелерін тәжірибеге енгізу.**

1. 31.12.2021 жылғы №35437 өнертабысқа патент. Қуық асты безінің ісіктерін экстраперитониальды эндоскопиялық емдеу үшін хирургиялық өрісті дайындау әдісі.
2. "Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты" АҚ бөлімшесінің тәжірибеге енгізу актісі.

### **Жарияланымдар.**

Зерттеу нәтижелері бойынша 5 ғылыми жұмыс жарияланды: 3 – Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігінің Білім және ғылым саласындағы сапаны қамтамасыз ету комитеті ұсынған журналдарда; 1 – Scopus және Web of Science Core Collection (Clarivate Analytics) халықаралық мәліметтер базасына енгізілген журналда. – Q3; халықаралық ғылыми-практикалық конференция материалында 1 тезис; өнертабысқа 1 ҚР патенті алынды.

### **Диссертацияның көлемі мен құрылымы**

Диссертациялық жұмыс 108 беттен тұрады және кіріспеден, әдеби шолудан, зерттеу материалдары мен әдістерінен, өз зерттеулерінің 3 бөлімінен, қорытындыдан, пайдаланылған әдебиеттер тізімінен және қосымшадан тұрады. Диссертацияда 13 кесте, 26 сурет бар. Пайдаланылған әдебиеттер тізіміне 125 дереккөз кіреді, оның 12–сі орыс тілінде, 113-і шет тілінде