



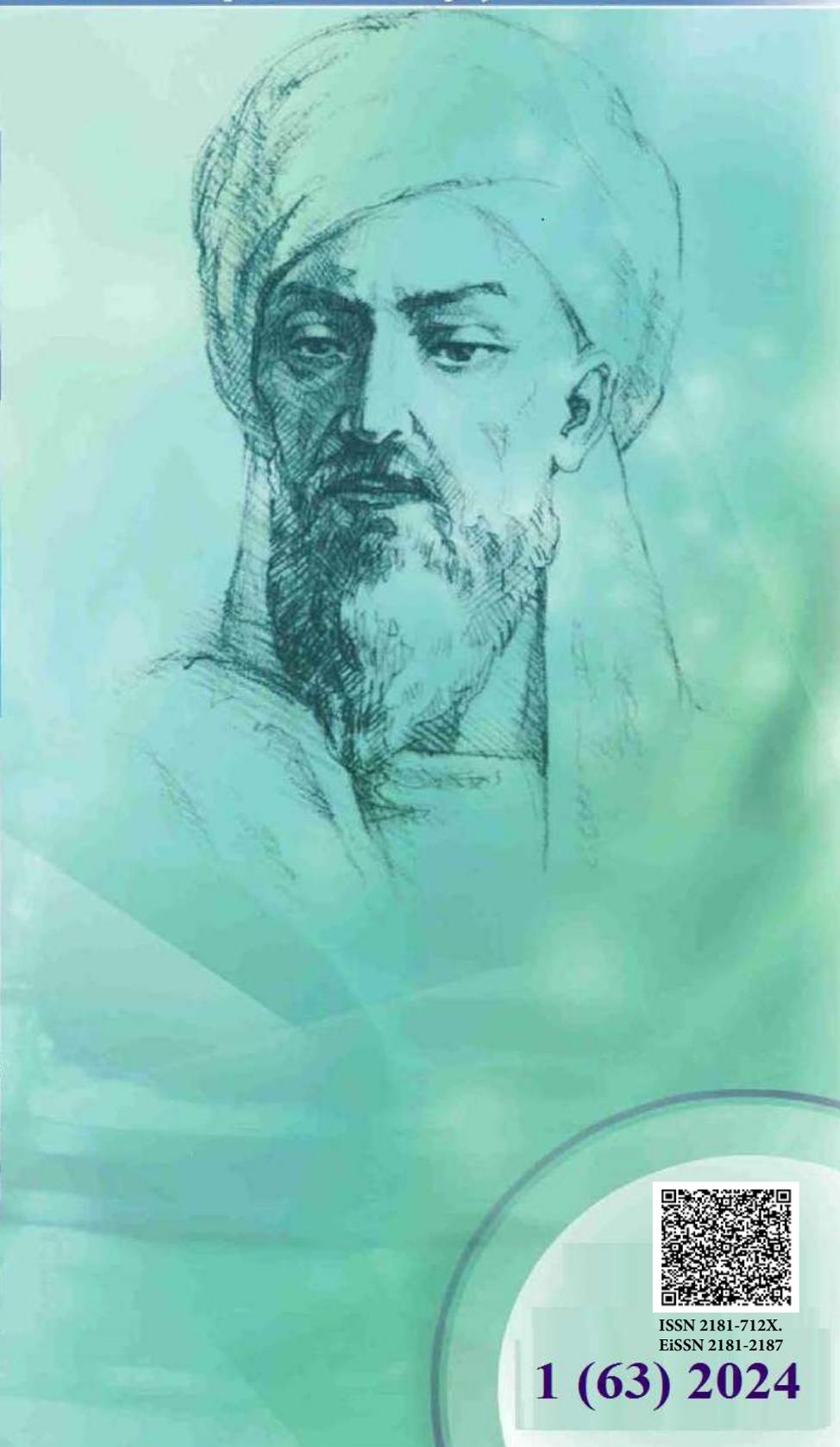
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**1 (63) 2024**

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**1 (63)**

**2024**

*январь*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616-006.04

## РАДИКАЛ ЦИСТЭКТОМИЯ ВА НЕОЦИСТОПЛАСТИКА: СИЙДИК ҚОПИ МУСКУЛ ИНВАЗИВ САРАТОНИ ХИРУРГИК ДАВОСИ НАТИЖАЛАРИ

Д.З.Мамарасулова<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-0631-5594>

Д.М.Турсунов<sup>2</sup> <https://orcid.org/0009-0003-0137-5883>

О.К.Жалолов<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0003-5949-0219>

И.И.Назирбеков<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0001-6872-0421>

Х.К.Абдуллаев<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0002-2634-5739>

<sup>1</sup>Андижон давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Андижон, Отабеков 1 Тел: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

<sup>2</sup>Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази Андижон вилоят филиали, Андижон, Ўзбекистон Андижон шаҳри, Ю. Отабеков кўчаси, 5. тел: +998 (374) 237-46-73; +998 74 237 25 74

### ✓ Резюме

*Сийдик қопи инвазив саратоми - эркаклар орасида ҳозирги кунда тобора тенденцияси ортиб бораётган онкологик касаллик ҳисобланади. Бу турдаги ўсманинг асосий давоси сифатида радикал цистэктомия амалиёти кенг қўлланилади. Бу турдаги юқори травматик таширхлардан кейинги даврда беморларнинг яшовчанлик кўрсаткичидан кам бўлмаган аҳамиятга эга бўлган ҳаёт сифати каби кўрсаткичини яхшилаш учун замонавий амалий онкологияда мутахассислар томонидан бугунги кунга келиб 46 тадан ортиқ пешоб деривацияси турлари амалиётга тадбиқ қилинган. Ушбу операциялардан кейинги асоратлар ва уларни бартараф этиш муаммоси ҳам долзарб бўлиб қолмоқда.*

*Калит сўзлар: радикал цистэктомия, асоратлар, сийдик пуфаги инвазив саратоми, неоцистопластика, Штудер таширихи, Хаутман таширихи, илеальный кондуит.*

## РАДИКАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ И НЕОЦИСТОПЛАСТИКА: РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Д.З.Мамарасулова<sup>1</sup>, Д.М.Турсунов<sup>2</sup>, О.К.Жалолов<sup>1</sup>, И.И.Назирбеков<sup>1</sup>, Х.К.Абдуллаев<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон, Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

<sup>2</sup>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Андижанский областной филиал, Андижан, Узбекистан ул. Ю Отабеков, 5. tel: +998 (374) 237-46-73; +998 74 237 25 74

### ✓ Резюме

*Инвазивный рак мочевого пузыря - онкологическое заболевание, которое становится все более распространенным среди мужчин. Радикальная цистэктомия широко используется в качестве основного метода лечения этого типа опухоли. Специалистами современной практической онкологии с целью улучшения качества жизни пациентов, что не менее важно, чем показатель выживаемости, в период после столь высокотравматичных операций внедрено в практику более 46 видов деривации мочи. Осложнения после этих операций и проблема их устранения также остаются актуальными.*

*Ключевые слова: радикальная цистэктомия, осложнения, мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря, неоцистопластика, операция Штудера, операция Хаутмана, илеальный кондуит.*

## ANALYSIS OF EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF MUSCLE- INVASIVE BLADDER CANCER

D.Z.Mamarasulova<sup>1</sup>, D.M.Tursunov<sup>2</sup>, O.K.Jalolov<sup>1</sup>, I.I.Nazirbekov<sup>1</sup>, H.Q.Abdullaev<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1

Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

<sup>2</sup>Republican specialized scientific practical medical center of oncology and radiology Andijan regional branch, Andijan, Uzbekistan St. Yu. Otabekov 5. Tel: +998 (374) 237-46-73; +998 74 237 25 74

### ✓ *Resume*

*Invasive bladder cancer is a cancer that is becoming increasingly common among men. Radical cystectomy is widely used as the primary treatment for this type of tumor. In order to improve the quality of life of patients, which is no less important than the survival rate, specialists in modern practical oncology have introduced more than 46 types of urine diversion into practice in the period after such highly traumatic operations. Complications after these operations and the problem of their elimination also remain relevant.*

*Key words: radical cystectomy, complications, invasive bladder cancer, neocystoplasty, Studer orthotopic neobladder, Hautmann orthotopic neobladder ileal conduit.*

### Долзарблиги

Замонавий амалий онкологияда локал хавфли ўсmalarни даволашда асосий усул хирургик даво ҳисобланади. 2015 йилда 15,2 млн бирламчи хавфли ўсма ташхиси қўйилган беморларнинг 80% дан кўпроғи хирургик давога муҳтож [2-4]. Global Cancer Observatory маълумотларига кўра, Ер юзидида сийдик қоғи хавфли ўсмаси ташхиси билан бирламчи 400 мингга яқин қайд этилади ва 2020 йилга келиб бу кўрсаткич 573,3 мингга етганини таъкидлаган [1,6]. Сийдик қоғи саратони умумий онкологик структурада 3% ни ташкил қилди [3,14]. Сийдик қоғи мускул инвазив саратонининг асосий ва стандарт даво радикал цистэктомия амалиёти ҳисобланади [15,19]. Сўнги вақтларда бу турдаги юқори технологик операциялар асоратлари частотаси минимал даражага келишига қарамай, баъзи ҳолларда бу кўрсаткичлар юқориликча қолмоқда [5,16]. Умуман олганда бу турдаги амалиётларнинг энг кўп учрайдиган интраоперацион асоратлари сифатида қон кетиш, қон томирлар ва қўшни аъзолар шикастланиши бўлса, эрта постоперацион - жароҳат инфекцияси, ичак тутилиши (динамик ва механик), анастомоз етишмовчилиги, перитонит, оқма яралар ва юрак қон-томир касалликлари қайд этилади [7,18]. XX аср охирида бу турдаги ташрихдан кейин ўлим 2,4-15%, эрта асоратлар эса 28-42% ҳолатларда кузатилган [20]. Бугунги кунга келиб ўлим кўрсаткичлари камайишига қарамай, эрта асоратлар частотаси юқориликча қолмоқда (11-68%) [19].

Сўнги йилларда сийдик пуфағи мускул инвазив саратонини даволашда радикал цистэктомия, ёнбош ичакка пешоб деривацияси билан (Брикер) амалиёти стандарт ҳисобланади. Брикер ташрихи -сийдик қопини жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ва ёнбош ичакдан 15-20 см ажратиб олиниб, проксимал қисмига иккала сийдик найи уланади ва дистал қисми ёнбош соҳа терисига чиқарилади (уростома). Ортотопик неоцистопластика-ёнбош ичакдан 65 см ўлчамда “оёқчаси” сақланган ҳолда ажратиб олиниди ва J, W-симон шаклда резервуар шакллантирилади, дистал қисмига иккала сийдик найи уланади ва проксимал қисмида уретероилеал анастомоз қўйилиб, Фоллей катетери қолдирилади ва ташрихдан кейинги 10-суткада олиб ташланади. Бундай беморларга бажарилувчи бу турдаги амалиётларнинг асосий мақсади уларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш саналади. Бу мезон ҳам қовуқ саратони сабабли цистэктомия амалиётини бошидан кечирган беморлар ҳаётида яшовчанлик билан бир қаторда муҳим аҳамиятга эга [11, 17].

**Тадқиқот мақсади:** Радикал цистэктомия ва неоцистопластика: сийдик қоғи мускул инвазив саратони хирургик давоси натижалари ўрганиш.

## Материал ва усуллар

2017-йил ноябрдан 2023-йил мартгача бўлган даврда Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази Андижон вилоят филиалида сийдик копи мускул инвазив саратони ташхисланган ва цистэктомия, неоцистопластика амалиётини ўтказган 63 нафар бемор маълумотлари ўрганилди.

### 1-жадвал. Беморлар характеристикаси

| Кўрсаткичлар                        | Гуруҳлар                       |                          |                         |                          |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
|                                     | 2 томонлама УКС билан(1-гуруҳ) | Бриккер ташрихи(2-гуруҳ) | Штудер ташрихи(3-гуруҳ) | Хаутман ташрихи(4-гуруҳ) |
| <b>Жами, n (%)</b>                  | 19 (100)                       | 23(100)                  | 14(100)                 | 7(100)                   |
| <b>Аёл</b>                          | 2 (10,5)                       | 3 (13)                   | 1 (7,1)                 | -                        |
| <b>Эркак</b>                        | 17 (89,5)                      | 20 (87)                  | 13 (82,9)               | 7 (100)                  |
| <b>Ўртача ёш</b>                    | 69,3 (39-79)                   | 62,1 (46-78)             | 46,8 (41-62)            | 44,3 (40-58)             |
| <b>cT босқичи (%)</b>               |                                |                          |                         |                          |
| <b>cT1</b>                          | -                              | -                        | -                       | -                        |
| <b>cT2</b>                          | 6 (31,6)                       | 9 (39,1)                 | 8 (57,1)                | 4 (57,1)                 |
| <b>cT3-4</b>                        | 13 (68,4)                      | 14 (60,9)                | 6 (42,9)                | 3 (42,9)                 |
| <b>ТВИ (кг/м<sup>2</sup>) n (%)</b> | 34                             | 32                       | 34                      | 35                       |
| <b>Ўсма дифференцировкаси</b>       |                                |                          |                         |                          |
| <b>Gn(%)</b>                        | 19 (100)                       | 23 (100)                 | 14 (100)                | 7 (100)                  |
| <b>G1</b>                           | 4 (21,1)                       | 5 (21,7)                 | 4 (28,6)                | 2 (28,6)                 |
| <b>G2</b>                           | 6 (31,6)                       | 7 (30,4)                 | 6 (42,8)                | 3 (42,8)                 |
| <b>G3</b>                           | 6 (31,6)                       | 9 (39,2)                 | 4 (28,6)                | 2 (28,6)                 |
| <b>G4</b>                           | 3 (15,7)                       | 2 (8,7)                  | -                       | -                        |

Эслатма: ТВИ - тана вазни индекси; УКС - уретерокутанеостома

Беморларнинг 19 нафари (30,2%) га радикал цистэктомия, 2 томонлама уретерокутанеостомиа билан (1-гуруҳ), 23 нафари (36,5%) га Бриккер (2-гуруҳ) (1-4-расмлар), 14 нафари (22,2%) га Штудер (3-гуруҳ) (5-8-расмлар) ва 7 нафари (11,1%) га Хаутман (4-гуруҳ) (9-12-расмлар) бўйича неоцистопластика амалиёти бажарилган. Барча беморлар мос тарзда 4 гуруҳга бўлинди. Таҳлил қилинган беморларнинг ўртача ёши 62 (39-78) ни ташкил қилди ва касаллик босқичи жихатидан гуруҳлар ўзаро мос тарзда бўлди. Тадқиқотимизда бажарилган амалиёт давомийлиги (дақиқа), интра- ва постоперацион асоратлар, қайта госпитализация (10-30 кун мобайнида) ва стационарда даволаниш муддати (интенсив ва умумий хирургия бўлимида) ўрганилди ва таҳлил қилинди.



1-расм. Радикал цистэктомиядан кейинги ташрих ўрни



2-расм. Мобилизация қилинган ёнбош ичак қисми (илеал кондуит)



**3-расм. Уретероилеал анастомоз**



**4-расм. Ўнг ёнбош соҳага чиқарилган уростома (1 ойдан кейинги ҳолат)**

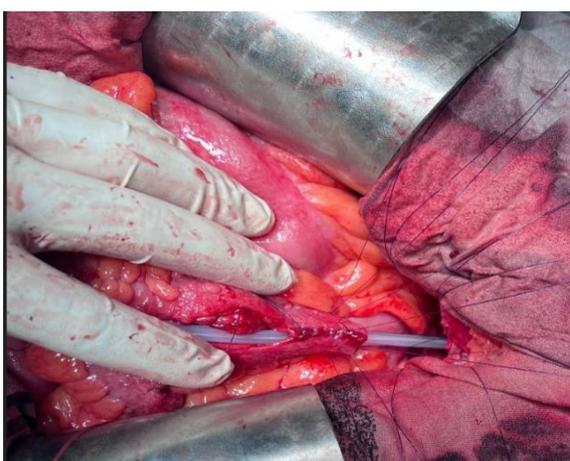


**5-расм. Тугал-тугал бир қаторли энтероэнтероанастомоз**

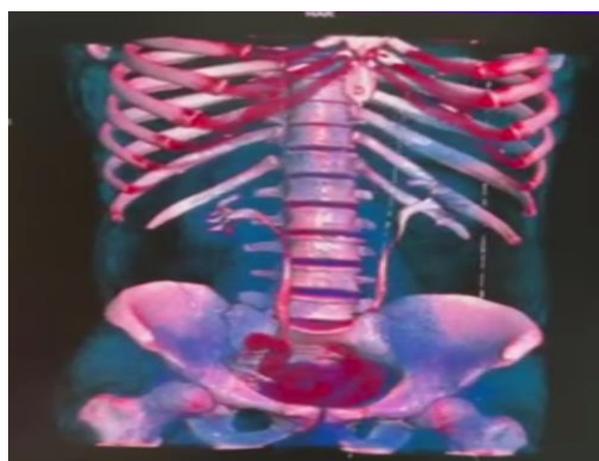


**6-расм. Штудер бўйича J-симон резервуар**

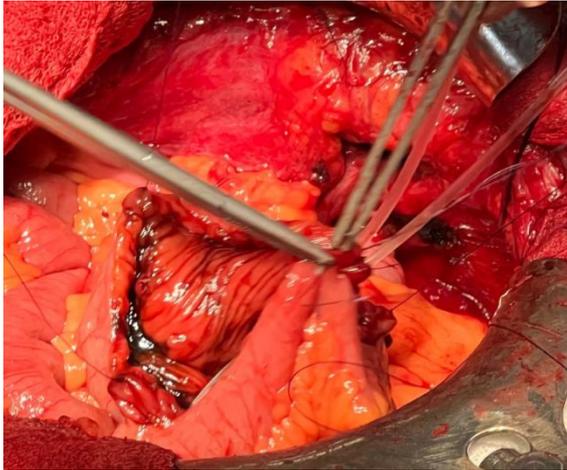
Тадқиқотда Андижон вилоят филиали шароитида оператив даво ўтказган жами 63 нафар беморнинг жинсига нисбатан таҳлилига кўра, уларнинг 6 таси (9,5%) аёл, 57 нафарини (90,5%) эркак ташкил қилди (1-жадвал).



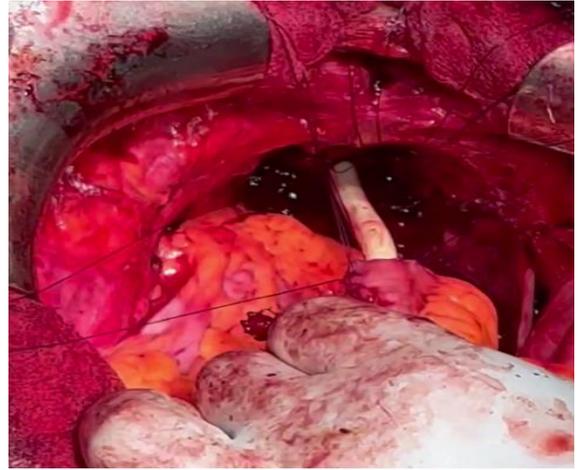
**7-расм. Резервуаруретрал анастомоз қўйиш босқичи**



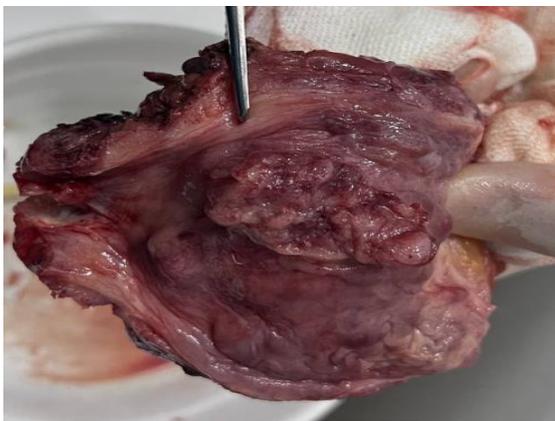
**8-расм. Резервуарнинг 3 ойдан кейинги КТ кўриниши**



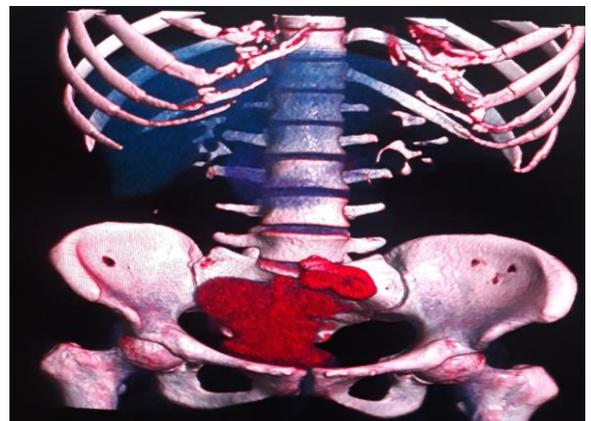
9-расм. Резервуар ҳосил қилиш босқичи



10-расм. Резервуаруретрал анастомоз қўйиш босқичи



11-расм. Олиб ташланган сийдик қоғи



12-расм. Резервуарнинг 3 ойдан кейинги КТ кўриниши

Гуруҳлар кўринида бу ҳолат қуйидагича тасвирланди: 1-гуруҳда аёллар 10,5%, эркеклар 89,5%; 2-гуруҳда аёллар 13%, эркеклар 87%; 3-гуруҳда аёллар 7,1%, эркеклар 82,9%; 4-гуруҳда аёллар қайд этилмади. Таҳлил қилинган беморларнинг ўртача ёши 62,3 бўлиб, 1- гуруҳда - 69,3 (49-79), 2-гуруҳда - 62,1 (46-78), 3-гуруҳда - 46,8 (41-62) ва 4-гуруҳда - 44,3 (40-58) ёшни ташкил қилди. сТ категория таҳлилида барча гуруҳларда сТ1 ҳолат бўлмади. 1 ва 2-гуруҳ беморлари орасида кўп ҳолатларда сТ3-4 аниқланди ва мос тарзда 68,4 ва 60,9 % ни ташкил қилди. Бу кўрсаткич 3 ва 4-гуруҳда 42,9%ни кўрсатди. Тана вазни индекси (ТВИ) барча гуруҳларда мутаносиб (32-35) бўлди. Ўсма дифференцировкаси ўрганилганда, гуруҳлар орасида асосий тафовут фақатгина G4 ҳолатда аниқланди: 1-гуруҳда 15,7%, 2-гуруҳда 8,7%, 3 ва 4-гуруҳларда қайд этилмади. Тадқиқотдаги беморларнинг барчасига бажарилган операциялар икки жарроҳ томонидан очик усулда амалга оширилган (Ж.О. ва Д.М.). Беморлар анамнезида ҳеч қайси бемор махсус даво (радио ва кимётерапия) қабул қилмаган.

Беморлар ташрихгача бўлган даврда Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан белгиланган стандарт асосида текширилган (2021): физикаль кўрув, бармоқ билан ректал текширув, умумий сийдик ва қон таҳлили, биохимик таҳлил, (оксил, мочевина, креатинин), цистоскопия биопсия билан, сийдик қоғи УТТ, кичик тос аъзолари МРТ текшируви, экскретор урография, кўкрак қафаси рентгенографияси, агар суяк тизимида метастатик ўзгаришга гумон бўлса остеосцинтиграфия.

Ташрихдан кейинги 30-90 кунлик даврда бўлган асоратлар Clavien-Dindo модификацияланган таснифлаш асосида баҳоланди. Ташрихдан кейинги даврдаги асоратлар ва ҳолатни баҳолаш учун беморларнинг кузатувда бўлган даври етарли бўлди.

Ташрих мобайнида (интраоперацион) кўрсаткичларга кўшни аъзолар шикастланиш частотаси, йўқотилган қон ҳажми, плазмо- ва гемотрансфузия киритилди. Ташрихдан кейинги эрта давр мобайнида реанимация ва интенсив терапия бўлимида даволаниш давомийлигига ўтказилган амалиёт таъсирини баҳолаш, қайта госпитализация ва оператив даво частотаси, ичак фаолиятини тикланиши каби меъзонлар баҳоланди.

### Натижа ва таҳлиллар

Ўтказилган амалиётларнинг интраоперацион кўрсаткичлар таҳлили ўтказилганда, 1-гурухда ўртача 415 мл, 2-гурух 520 мл, 3-гурух 545 мл ва 4-гурух 535 мл ташкил қилди (2-жадвал). 1-гурух беморларга ҳеч қандай плазмо-гемотрансфузия муолажаси ўтказилмаган. 2-3-4-гурух беморларида плазмотрансфузия мос тарзда 16 (69,6%), 11 (78,6%) ва 7 таси (100%) га ўтказилган. Бу турдаги операциялардан кейин энтеро-энтеро, энтеро-уретерал ва энтеро-уретрал анастомозлар битишига ёрдам бериш мақсадида плазмотрансфузия ўтказилган. Неоцистопластика амалиёти бажарилган беморларнинг барчасига гемотрансфузия ўтказилди. Бу кўрсаткич 1-2-3 - гурух беморларида мос тарзда 5 (21,7%), 6 (42,9%), 6 (85,7%) ни ташкил қилди.

2-жадвал. Интра-периоперацион ва патоморфологик кўрсаткичлар

| Меъзонлар  | Гурухлар      |           |           |          |
|--|---------------|-----------|-----------|----------|
|  | 1-гурух       | 2-гурух   | 3-гурух   | 4-гурух  |
| Йўқотилган қон ҳажми (мл)                        | 415           | 520       | 545       | 535      |
| РЦЭ ўртача давомийлиги (дақиқа)                  | 264 (210-296) |           |           |          |
| Неоцистопластика давомийлиги (дақиқа)            | -             | 78        | 217       | 226      |
| Релапаротомия                                    | -             |           |           |          |
| Плазмотрансфузия, частотаси $n(\%)$              | -             | 16 (69,6) | 11 (78,6) | 7 (100)  |
| Гемотрансфузия $n(\%)$                           | -             | 5 (21,7)  | 6 (42,9)  | 6 (85,7) |
| рТ босқич $n(\%)$                                |               |           |           |          |
| рТ1  | -             | -         | -         | -        |
| рТ2  | 5 (26,3)      | 10 (43,5) | 7 (50)    | 5 (71,4) |
| рТ3-4  | 14 (73,7)     | 13 (56,5) | 7 (50)    | 2 (28,6) |
| Олиб ташланган лимфа тугунлар сони: $pN+, n(\%)$ | 13 (68,4)     | 6 (26,1)  | 1 (7,1)   | 1 (14,3) |

Эслатма: РЦЭ - радикал цистэктомия

Радикал цистэктомия (РЦЭ) амалиёти давомийлиги ўртача 264 (210-296) дақиқани ташкил қилди. Неоцистопластика амалиёти давомийлиги 2-гурухда 78 дақиқа, 3-гурухда 217 дақиқа, 4-гурухда 226 дақиқани ташкил қилди. 3-4-гурухлардаги беморларда ИКЛ пластик операциялар давомийлиги 340 дақиқадан ошган, бироқ кейинги ташрихларда бу кўрсаткич сезиларли тарзда камайди (160-215 дақ).

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги (РИОРИАТМ проф.Тилляшайхов М.Н 3-нашр) томонидан белгиланган онкологик беморларни ташхислаш ва даволаш стандартида РЦЭ тавсия этилган Т1категориядаги G3/HG беморлар ҳеч қайси гурухда аниқланмади, рТ2 босқичи эса 1-2-3-4-гурух беморларда мос тарзда 5 (26,3%), 10 (43,5%), 7 (50%), 5 (71,4%) ни ташкил қилди. 3- ва 4-гурухларда рТ2 босқичи ва LGнинг улуши кўпроқ бўлишига асосий сабаб сифатида бу турдаги юқори технологик мураккаб операциялардан кейин яшовчанлик ва ҳаёт сифати кўрсаткичи яхши бўлиши учун бу тоифадаги беморлар танлаб олиниши кўрсатилади. рТ3-4 босқичи таҳлили куйидаги кўринишда бўлди: 1-гурух - 14 (73,7%), 2-гурух - 13 (56,5%), 3-гурух - 7 (50%) ва 4-гурух - 2 (28,6%). Беморлардаги рN+ таҳлили ўтказилганда 1-гурух беморларида бу категория улуши сезиларли даражада юқори бўлди ва беморларнинг 68,4% ни ташкил қилди. 2-3-4- гурухларда бу кўрсаткич мос равишда 6 (26,1%), 1 (7,1%) ва 1 (14,3%) кўрсатди. рN+ босқичи ва ташрихдан кейинги лимфорея кўрсаткичи ўзаро тўғри пропорционал бўлди.

### 3-жадвал. Постоперацион кўрсаткичлар ва асоратлар

| Кўрсаткичлар   | Гуруҳлар |          |          |          |
|--|----------|----------|----------|----------|
|  | 1-гуруҳ  | 2-гуруҳ  | 3-гуруҳ  | 4-гуруҳ  |
| Ўртача кузатув даври   | 90       | 90       | 90       | 90       |
| Шифохонада ётган кун   | 11,4     | 12,3     | 16,2     | 17,2     |
| РИТБ да ётган кун  | 1,8      | 2,3      | 2,9      | 2,6      |
| 90 кунли кузатув даврида шифохонага қайта ётқизиши частотаси (%) | 8 (42,1) | 2 (8,7)  | 1(7,1)   | 1 (14,3) |
| 30 кунли кузатув даврида асоратлар частотаси n(%)                | 6 (31,6) | 6 (26,1) | 4 (28,6) | 2 (28,6) |
| 90 кунли кузатув даврида асоратлар частотаси n (%)               | 7 (36,8) | 8 (34,8) | 5 (35,7) | 3 (42,9) |

Эслатма: РИТБ-реанимация ва интенсив терапия бўлими

Сийдик қопи инвазив саратони ташхиси билан операция ўтказган беморларнинг барчаси ташрих асоратларни баҳолаш учун 90 кун давомида кузатувда бўлди. Стационар даволаниш кунлари тахлилига кўра, 1-гуруҳ 11,4 кун, 2-гуруҳ 12,3 кун, 3-гуруҳ 16,2 кун ва 4-гуруҳ 17,2 кунни ташкил қилди. 3 ва 4-гуруҳдаги беморларда стационар кунни давомийроқ бўлишига асосий сабаб - резервуардаги катетер ва буйраклардаги стентни олиш муолажаси ташрихдан кейинги 10-кунда амалга оширилиши. РИТБда даволанган кунни тахлили куйидагича: 1-гуруҳ 1,8 кун, 2-гуруҳ 2,3 кун, 3-гуруҳ 2,9 кун ва 4-гуруҳ 2,6 кунни кўрсатди. 2-3-4-гуруҳдаги беморларнинг РИТБда кўпроқ қолишига буларга реаниматолог назорати остида плазмо-гемотрансфузия муолажаси бажарилишини сабаб қилиб кўрсатиш мумкин.

90 кунлик кузатув даврида шифохонага қайта ётқизиш частотаси 1-гуруҳда 42,1% бўлган бўлса, 2-3-4-гуруҳларда мос тарзда 8,7, 7,1 ва 14,3%ни ташкил қилди. 1-гуруҳ беморларида қайта госпитализация кўрсаткичининг юқори бўлишига буларда ташрихдан кейинги даврда асорат бўлганлиги эмас, балки адювант полихимиотерапия муолажаси ўтказилганлиги дейиш мумкин. Ташрихдан кейинги асоратлар 2 даврга бўлган ҳолда тахлил қилинди (30 ва 90 кун). 30 кунлик асоратлар ўрганилганда, 1-гуруҳда 6 та (31,6%), 2-гуруҳда ҳам 6 та (26,1%), 3 ва 4- гуруҳларда мос тарзда 4 (28,6%) ва 2 (28,6%) ташкил қилди. 90 кунлик даврда асорат кузатилган беморлар тахлили: 1-гуруҳ 7 (36,8%), 2-гуруҳ 8 (34,8%), 3-гуруҳ 5 (35,7%) ва 4-гуруҳ 3 (42,9%).

Ўрганилган беморларда асорат турлари, унинг давоси ва Клавъен-Диндо бўйича таснифлаш ўтказилди. Баъзи ҳолатларда 2 ёки ундан кўп асоратлар бир беморда кузатилди. Бу жумла барча гуруҳлар тахлилига алоқадор.

1-гуруҳ беморлари орасида бу тахлил куйидагича бўлди (4-жадвал): динамик ичак тутилиши 1 (5,3%) ҳолатда кузатилди ва консерватив даво билан бартараф этилди. Сийдик йўллари инфекцияси 3 нафар (15,9%) беморда аниқланди. Беморларга антибиотикотерапия ўтказилди.

### 4- жадвал. Ташрихдан кейинги асорат турлари (1-гуруҳ)

| Асорат тоифаси       | Асоратлар                          | Даволаш     | Частотаси, n(%) |
|----------------------|------------------------------------|-------------|-----------------|
| Гастроинтестинал     | Динамик ичак тутилиши              | Консерватив | 1 (5,3)         |
| Инфекция             | Сийдик йўллари инфекцияси          | Антибиотик  | 3 (15,9)        |
| Юқори сийдик йўллари | Гидронефроз                        | Хирургик    | 2 (10,6)        |
|                      | Сийдик найи стриктураси            | Кузатув     | 2(10,6)         |
| Гематологик          | Постгеморрагик анемия              | Консерватив | 1 (5,3)         |
| Жароҳат соҳа         | Турғун лимфорейя $\geq 100$ мл/сут | Кузатув     | 1 (5,3)         |
|                      |                                    | Консерватив | 1 (5,3)         |
| Ишемик               | Уретерокутанеостома                | Консерватив | 1 (5,3)         |

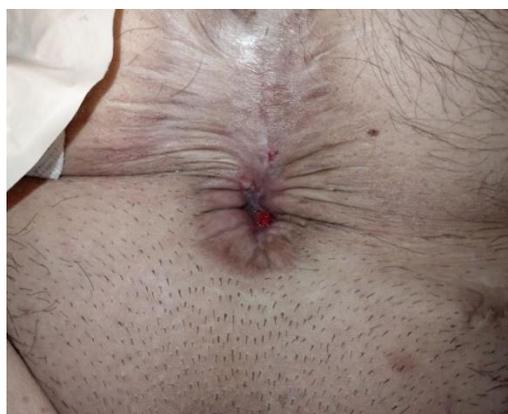
Бу асоратнинг кўп бўлишига асосий сабаб сифатида УКС катетеризацияси кўрсатилади. Бу гуруҳ беморларида сийдик найи стриктураси 2 (10,6%) ҳолатда кузатилди ва гидронефроз (10,6%) билан асоратланди. Ушбу ҳолатни бартараф этиш учун хирургик йўл (нефростомия) билан ҳал қилинди.

Постгеморрагик анемия 1 та (5,3%) ҳолатда аниқланди ва консерватив даво билан ёрдам берилди. Беморда маҳаллий жараён тарқоқ бўлганлиги сабабли қон йўқотиш 740 млн ташкил

қилган. Турғун лимфорея ( $\geq 100$  мл/сут) 2 та (10,6%) беморда кузатилди. 1 бемор дренаж найча билан шифохонадан чиқарилди ва динамикада кузатувда ҳеч қандай давосиз камайди, бироқ иккинчи беморда консерватив даво йўли билан бартараф этилди. УКС дистал қисми ишемик ўзгариши (цианоз) ташрихдан кейинги биринчи 6 соатда 1 нафар беморда кузатилди ва консерватив даво билан тиклашга эришилди.

2-гурух беморлари таҳлил қилинганда (5-жадвал), динамик ичак тутилиши 1 (4,3%) ҳолатда кузатилди ва консерватив даво билан бартараф этилди. Бир нафар (4,3%) беморда анастомозлар етишмовчилиги қайд этилди. Бу бемор COVID-19 пандемияси вақтида операция қилинган ва беморда ташрихнинг 4 - суткасида коронавирус касаллиги тасдиқланган. Ташрихдан кейинги даврда ингичка ичак-тери оқма яраси ривожланди ва 12 ой давомида консерватив даводан сўнг битиш кузатилди (13-14-расмлар). Резервуар функцияси ва ичак йўллари бутлиги тикланишига эришилди. Инфекция сабабли беморда йўтал ва коагулопатия аниқланган ва бу ўз навбатида анастомоз битишига таъсир қилган. Ушбу беморда яна УИА етишмовчилиги ҳам қайд этилган.

Постгеморрагик анемия 3 та (12,9%) беморда аниқланган. Беморлар антианемик даво қабул қилган. Турғун лимфорея жами 4 та (17,2%) беморда аниқланган ва 2 нафарида кузатув бўлган бўлса, 2 тасига консерватив даво ўтказилган. Умуман олганда, лимфорея микдорининг юқори бўлиши ТВИ ва рN+ кўрсаткичлари билан тўғри пропорционал бўлди.



**13-расм. COVID 19 билан касалланган бемордаги ташрихдан кейинги асорат**      **14-расм. 1 йилдан кейинги ҳолат**

Уростома кўриниши (цианоз) ташрихдан кейинги биринчи 6 соатда 1 нафар беморда кузатилди ва консерватив даво ёрдамида васкуляризация тикланди.

**5- жадвал. Ташрихдан кейинги асорат турлари (2-гурух)**

| Асорат тоифаси              | Асоратлар   | Даволаш     | Частотаси, n(%) |
|-----------------------------|---|-------------|-----------------|
| <b>Гастроинтестинал</b>     | Динамик ичак тутилиши                                   | Консерватив | 1 (4,3)         |
|                             | Энтеро-энтероанастомоз етишмовчилиги                    | Консерватив | 1 (4,3)         |
| <b>Инфекция</b>             | Сийдик йўллари инфекцияси                               | Антибиотик  | -               |
| <b>Юқори сийдик йўллари</b> | Гидронефроз   | Консерватив | -               |
|                             | Уретеро-илеал анастомоз етишмовчилиги                   | Консерватив | 1 (4,3)         |
|                             | Сийдик найи стриктураси<br>Ингичка ичак-тери оқма яраси |             | -<br>1 (4,3)    |
| <b>Гематологик</b>          | Постгеморрагик анемия                                   | Консерватив | 3 (12,9)        |
| <b>Жароҳат соҳа</b>         | Турғун лимфорея $\geq 100$ мл/сут                       | Кузатув     | 2 (8,6)         |
|                             |   | Консерватив | 2 (8,6)         |
| <b>Ишемик</b>               | Уростома  | Консерватив | 1 (4,3)         |

3-гурухда кузатилган асорат турлари таҳлили қуйидагича (6-жадвал): динамик ичак тутилиши 1 (7,1%) ҳолатда кузатилди ва консерватив даво билан бартараф этилди. Ташрихдан кейинги даврда 2 нафар (14,2%) беморда бир томонлама гидронефроз қайд этилди ва консерватив даво ва кузатувдан сўнг регрессия кузатилди. 1 нафар (7,1%) беморда УИА етишмовчилиги кузатилди. Бу дренаж

найчалардан пешоб келиши билан ифодаланди. Плазмо-гемотрансфузия ва қон айланишни тикловчи воситалар ёрдамида динамик яхшиланди. Анемия 1 (7,1%) ҳолатда кузатилди.

#### 6- жадвал. Ташриҳдан кейинги асорат турлари (3-гурӯх)

| Асорат тоифаси       | Асоратлар                             | Даволаш     | Частотаси, n(%) |
|----------------------|---------------------------------------|-------------|-----------------|
| Гастроинтестинал     | Динамик ичак тутилиши                 | Консерватив | 1 (7,1)         |
|                      | Энтеро-этероанастомоз етишмовчилиги   | -           | -               |
| Инфекция             | Сийдик йўллари инфекцияси             | -           | -               |
| Юқори сийдик йўллари | Гидронефроз                           | Консерватив | 2 (14,2)        |
|                      | Уретеро-илеал анастомоз етишмовчилиги | Консерватив | 1 (7,1)         |
|                      | Сийдик найи стриктураси               | -           | -               |
| Гематологик          | Постгеморрагик анемия                 | Консерватив | 1 (7,1)         |
| Жароҳат соҳа         | Турғун лимфорея $\geq 100$ мл/сут     | Кузатув     | 1 (7,1)         |
|                      |                                       | Консерватив | 1 (7,1)         |
| Метаболик            | Уремия                                | Консерватив | 1 (7,1)         |
| Функционал           | Пешоб тута олмаслик                   | Кузатув     | 3 (21,3)        |

Турғун лимфорея 2 та (14,2%) беморда кузатилди ва уларнинг 1 тасига консерватив даво ёрдами кўрсатилди. Ортотопик неоцистопластика амалиёти ўтказилган беморларда асосий фарқли асорат уремия бўлди. 3-гурӯх беморларининг 1 таси (7,1%) да уремия кузатилди. Резервуарнинг абсорбция хусусияти бу асоратга олиб келганлигини гумон қилиш мумкин. Кейинги даврда резервуардан пешоб чиқиб кетиш вақтини тезлаштириш ва консерватив ёрдам билан ҳолат яхшиланди. Пешоб тута олмаслик 3 нафар (21,3%) беморда кузатилди ва бу асорат бу турдаги операциялар учун хос ҳисобланади. Беморларга кейинчалик кичик тос органлари мускулатураси функциясини яхшиловчи машқлар билан бу асорат ҳам бартараф этилди.

4-гурӯх беморларида ҳам асоратлар гуруҳлари таҳлил қилинди. Динамик ичак тутилиши бу гуруҳда 1 та (14,3%) беморда кузатилди ва консерватив даво билан бартараф этилди. Гидронефроз каби асорат 2 нафар беморда аниқланиб, ташриҳдан кейинги даврда сийдик найлари стентлаш орқали пешоб оқимини тиклашга эришилди. Турғун лимфорея 1 та беморда кузатилди ва бемор шифохонадан дренаж найчаси билан чиқарилди. Ташриҳдан кейинги 26-суткада дренаждан динамикада ажралма миқдори кунлик 5 мл га тушганлиги сабабли олиб ташланди. Беморга ҳеч қандай консерватив даво ўтказилмади.

#### 7- жадвал. Ташриҳдан кейинги асорат турлари (4-гурӯх)

| Асорат тоифаси       | Асоратлар                             | Даволаш     | Частотаси, n(%) |
|----------------------|---------------------------------------|-------------|-----------------|
| Гастроинтестинал     | Динамик ичак тутилиши                 | Консерватив | 1 (14,3)        |
|                      | Энтеро-этероанастомоз етишмовчилиги   | -           | -               |
| Инфекция             | Сийдик йўллари инфекцияси             | -           | -               |
| Юқори сийдик йўллари | Гидронефроз                           | Оператив    | 2 (28,6)        |
|                      | Уретеро-илеал анастомоз етишмовчилиги | -           | -               |
|                      | Сийдик найи стриктураси               | -           | -               |
| Гематологик          | Постгеморрагик анемия                 | Консерватив | 1 (14,3)        |
| Жароҳат соҳа         | Турғун лимфорея $\geq 100$ мл/сут     | Кузатув     | 1 (14,3)        |
| Метаболик            | Уремия                                | Консерватив | 3 (21,4)        |
| Функционал           | Сийдик тута олмаслик                  | Кузатув     | 2 (28,6)        |

Уремия асорати 3 нафар (21,4%) беморда қайд этилди. Хаутман бўйича неоцистопластика амалиётида резервуар ҳажмининг Штудер типига нисбатан сезиларли даражада катгароқ бўлиши қон таркибидаги биохимик ва электролитлар кўрсаткичига таъсири ҳам юқори бўлди. Бу асорат консерватив даво ёрдамида бартараф этилди. Пешоб тута олмаслик 2 нафар (28,6%) беморда кузатилди ва бу асорат кейинчалик кичик тос органлари мускулатураси функциясини яхшиловчи машқлар билан ҳал қилинди.



## Хулоса

Сийдик қопи мускул инвазив саратонининг асосий самарали даво усули сифатида РИОРИАТМ АВФ шароитида ўткизилган радикал цистэктомия ва неоцистопластиканинг эрта асоратлари таҳлили натижалари жаҳон етакчи марказлари натижалари билан қиёсланганда қониқарли эканлиги тасдиқланди. Неоцистопластика амалиёти сони камроқ бўлганлиги сабабли асоратлар сони фойздаги улуши катта кўринишга эга бўлди. Таҳлил натижаларининг асл ҳолатини қиёслаш учун беморлар сони ҳали етарли даражада бўлмаганлиги учун тадқиқот давом этмоқда.

## АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Паршин А.Г. Радикальная цистэктомия с отведением мочи в сегмент подвздошной кишки: результаты и осложнения (клиническое исследование). / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2004;159с.
2. Петров С.Б., Левковский Н.С., Король В.Д., Паршин А.Г. Радикальная цистэктомия как основной метод лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (показания, особенности техники, профилактика осложнений). // Практическая онкология 2003; 4(4):225-30.
3. Challacombe B.J., Bochner B.H., Dasgupta P. et al. The role of laparoscopic and robotic cystectomy in the management of muscle-invasive bladder cancer with special emphasis on cancer control and complications. // Eur Urol 2011; 60(4):767-75.
4. Chang S.S., Baumgartner R.G., Wells N. et al. Causes of increased hospital stay after radical cystectomy in a clinical pathway setting. J Urol 2002;167:208-11.
5. Chang S.S., Cookson M.S., Baumgartner M.G. et al. Analysis of early complications after radical cystectomy: results of a collaborative care pathway. // J Urol 2002; 167:2012-6.
6. Daneshmand S., Ahmadi H., Schuckman A.K. et al. Enhanced recovery after surgery in patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer. // J Urol 2014; 192(1):50-6.
7. Dindo D., Demartines N., Clavien P.A. Classification of surgical complications. A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. // Ann Surg 2005; 240:205-13.
8. Gill I.S., Kaouk J.H., Meraney A.M. et al. Laparoscopic radical cystectomy and continent orthotopic ileal neobladder performed completely intracorporeally: the initial experience. // J Urol 2002; 168: 13-8.
9. Hautmann R.E., Abol-Enein H., Davidsson T. et al. ICUD-EAU International Consultation on Bladder Cancer 2012: urinary diversion. Eur Urol 2013; (63):67-80.
10. Hollenbeck B.K., Miller D.C., Taub D. et al. Identifying risk factors for potentially avoidable complications following radical cystectomy. // J Urol 2005; 174:1231-7.
11. Johnson D.E., Lamy S.M. Complications of a single stage radical cystectomy and ileal conduit diversion: review of 214 cases. // J Urol 1977; 117:171-3.
12. Lawrentschuk N., Colombo R., Hakenberg O.W. et al. Prevention and management of complications following radical cystectomy for bladder cancer. // Eur Urol 2010; 57:983-1001.
13. Madersbacher S., Schmidt J., Eberle J.M. et al. Long-term outcome of ileal conduit. // J Urol 2003; 169(3):985-90.
14. Philip J., Manikandan R., Venugopal S. et al. Orthotopic neobladder versus ileal conduit urinary diversion after cystectomy - a quality-of-life based comparison. // Ann R Coll Surg Engl 2009; 91:565-9.
15. Ramirez J.A., McIntosh A.G., Strehlow R. et al. Definition, incidence, risk factors and prevention of paralytic ileus following radical cystectomy: a systematic review. // Eur Urol 2013; 64(4):588-97.
16. Shabsigh A., Korets R., Vora K.C. et al. Defining early morbidity of radical cystectomy for patients with bladder cancer using a standardized reporting methodology. // Eur Urol 2009; 55:164-76.
17. Skinner D.G., Crawford E.D., Kaufman J.J. Complications of radical cystectomy for carcinoma of the bladder. // J Urol 1980; 123:649-53.
18. Somani B.K., Gimlin D., Fauers P., N'dow J. Quality of life and body image for bladder cancer patients undergoing radical cystectomy and urinary diversion - a prospective cohort study with a systematic review of literature. // Urology 2009; 74:1138-43.
19. Thomas D.M., Riddle P.R. Morbidity and mortality in 100 consecutive radical cystectomies. // Br J Urol 1982; 54:716-9.
20. Anderson C.B., Morgan T.M., Kappa S. et al. Ureteroenteric anastomotic strictures after radical cystectomy - does operative approach matter? // J Urol 2013; 189(2):541-7.

Қабул қилинган сана 20.12.2023