

МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫЙ РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: ОПЫТ И РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Д.М.Турсунов¹, О.К.Жалолов²

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр онкологии и радиологии, Андижанский областной
филиал

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация.

Цель работы - проанализировать ранние осложнения хирургического лечения больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря. В данном исследовании изучены ранние осложнения обследования у 63 пациентов, перенесших радикальную цистэктомию и неоцистопластику в 2017-2023 годах по поводу инвазивного рака мочевого пузыря в условиях Андижанского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. Изучены такие осложнения, как интраоперационная кровопотеря, несостоятельность уретероилеального и энтероэнтероанастомозов, свищей у пациентов и сопоставлены со статистическими данными высокотехнологичных операций такого типа, выполненных в других центрах.

Ключевые слова: инвазивный рак мочевого пузыря, осложнения, радикальная цистэктомия, неоцистопластика, илеальный конduit, операция Штудера, операция Хаутмана.

СИЙДИК ҚОПИ МУСКУЛ ИНВАЗИВ САРАТОНИ: ТАЖРИБА ВА ХИРУРГИК ДАВО ЭРТА НАТИЖАЛАРИ

Д.М. Турсунов¹, О.К. Жалолов²

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий
амалий тиббиёт маркази Андижон вилоят филиали

Андижон давлат тиббиёт институти

Annotatsiya

Ишнинг мақсади. Сийдик қопи мускулин вазив саратони билан касалланган беморларда хирургик давонинг эрта асоратлари тахлилини ўтказишдир. Тадқиқотда Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази Андижон вилоят филиали шароитида сийдик қопи инвазив саратони сабабли 2017-2023 йилларда радикал цистэктомия ва неотцистопластика амалиётини ўтказган 63 нафар беморда ташрихнинг эрта асоратлари ўрганилди. Беморлар орасида интраоперацион қон йўқотиш, уретеро илеал ва энтеро энтерал анастомозлар етишмовчилиги, оқма яралар каби

асоратлар ўрганилди ва бошқа давлатларда ўтказилган шу типдаги юқори технологик операцияларнинг статистик маълумотлари билан таққосланди.

Калит сўзлар: сийдик пуфаги инвазив саратони, асоратлар, радикал цистектомия, неотсистоластика, илеал кондуит, Штудер ташрихи, Хаутман ташрихи

MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER: EXPERIENCE AND EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT

D.M. Tursunov¹, O.K. Jalolov²

Republican specialized scientific practical medical center of oncology
and radiology, Andijan regional branch
Andijan state medical institute

Abstract.

The purpose of the work is to analyze early complications of surgical treatment of patients with muscle-invasive bladder cancer. This study examined early complications of the examination in 63 patients who underwent radical cystectomy and neocystoplasty in 2017-2023 for invasive bladder cancer in the Andijan regional branch of the Republican specialized scientific practical medical center of oncology and radiology. Complications such as intraoperative blood loss, failure of ureteroileal and enteroenteroanastomoses, fistulas in patients were studied and compared with statistical data from high-tech operations of this type performed in other centers.

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

Муаммонинг долзарблиги: Замонавий амалий онкологияда локал хавфли ўсмаларни даволашда асосий усул хирургик даво ҳисобланади. 2015 йилда 15,2 млн бирламчи хавфли ўсма ташхиси қўйилган беморларнинг 80% дан кўпроғи хирургик давога мухтож [2-4]. Global Cancer Observatory маълумотларига кўра, Ер юзидида сийдик қопи хавфли ўсмаси ташхиси билан бирламчи 400 мингга яқин қайд этилади ва 2020 йилга келиб бу кўрсаткич 573,3 мингга етганини таъкидлаган [1,6]. Сийдик қопи саратони умумий онкологик структурада 3% ни ташкил қилди [3,14]. Сийдик қопи 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 охирларида 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 юқорилигича қолмоқда (11-68%) [19].

Сўнгги йилларда сийдик пуфаги мускул инвазив саратонини даволашда радикал цистэктомия, ёнбош ичакка пешоб деривацияси билан (Брикер) амалиёти стандарт ҳисобланади. Брикер ташрихи – сийдик қопини жаррохлик 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 олинади 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 [10– 12].

Тадқиқотнинг мақсади: Сийдик қопи мускул инвазив саратони билан касалланган беморларда хирургик давонинг эрта асоратлари тахлилини ўтказиш.

Материаллар ва усуллар. 2017-йил ноябрдан 2023-йил мартгача бўлган даврда Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази Андижон вилоят филиалида сийдик қопи мускул инвазив саратони ташхисланган ва цистэктомия, неоцистопластика амалиётини ўтказган 63 нафар бемор маълумотлари ўрганилди. Беморларнинг 19 нафари (30,2%) га радикал цистэктомия, 2 томонлама уретерокутанеостомия билан (1-гурух), 23 нафари (36,5%) га Бриккер(2-гурух) (1-4-расмлар), 14 нафари (22,2%) га Штудер(3-гурух) (5-8-расмлар) ва 7 нафари (11,1%) га Хаутман (4-гурух) (9-12-расмлар) бўйича неоцистопластика амалиёти бажарилган. Барча беморлар мос тарзда 4 гуруҳга бўлинди. Тахлил қилинган беморларнинг ўртача ёши 62 (39-78) ни ташкил қилди ва касаллик босқичи жиҳатидан гуруҳлар ўзаро мос

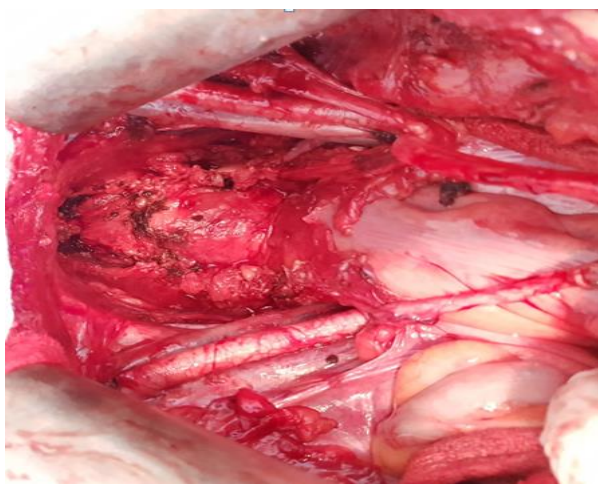
тарзда бўлди. Тадқиқотимизда бажарилган амалиёт давомийлиги (дақиқа), интра- ва постоперацион асоратлар, қайта госпитализация (10-30 кун мобайнида) ва стационарда даволаниш муддати (интенсив ва умумий хирургия бўлимида) ўрганилди ва тахлил қилинди.

1-жадвал.

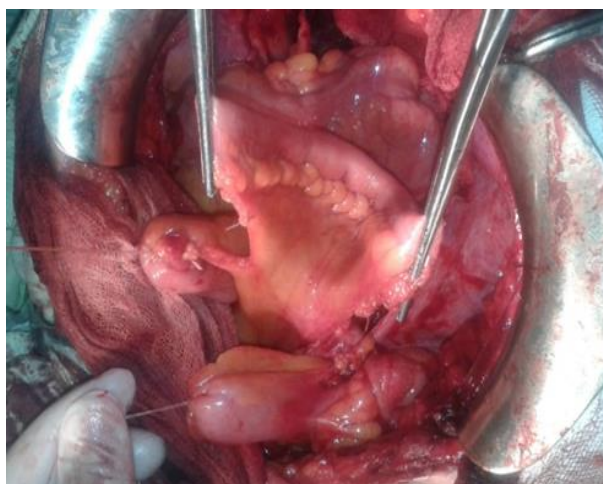
Беморлар характеристикаси

Кўрсаткичлар	Гуруҳлар			
	2 томонлама УКС билан(1- гуруҳ)	Брикер ташрихи(2- гуруҳ)	Штудер ташрихи(3- гуруҳ)	Хаутман ташрихи(4- гуруҳ)
Жами, <i>n</i> (%)	19 (100)	23(100)	14(100)	7(100)
Аёл	2 (10,5)	3 (13)	1 (7,1)	-
Эркак	17 (89,5)	20 (87)	13 (82,9)	7 (100)
Ўртача ёш	69,3 (39-79)	62,1 (46-78)	46,8 (41-62)	44,3 (40-58)
сТ босқич <i>n</i> (%)				
сТ1	-	-	-	-
сТ2	6 (31,6)	9 (39,1)	8 (57,1)	4 (57,1)
сТ3-4	13 (68,4)	14 (60,9)	6 (42,9)	3 (42,9)
ТВИ (кг/м ²) <i>n</i> (%)	34	32	34	35
Ўсма дифференцировкаси <i>Gn</i> (%)				
G1	19 (100)	23 (100)	14 (100)	7 (100)
G2	4 (21,1)	5 (21,7)	4 (28,6)	2 (28,6)
G3	6 (31,6)	7 (30,4)	6 (42,8)	3 (42,8)
G4	6 (31,6)	9 (39,2)	4 (28,6)	2 (28,6)
G4	3 (15,7)	2 (8,7)	-	-

Эслатма: ТВИ – тана вазни индекси; УКС - уретерокутанеостома



1-расм. Радикал цистэктомиядан кейинги ташрих ўрни



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



3-расм. Уретероилеал анастомоз



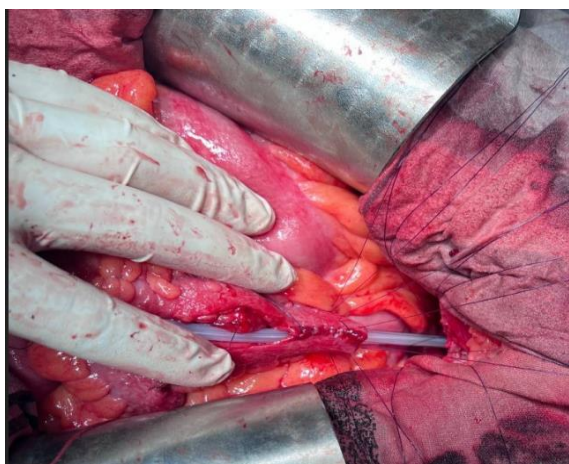
4-расм. Ўнг ёнбош соҳага чиқарилган уростома (1 ойдан кейинги ҳолат)



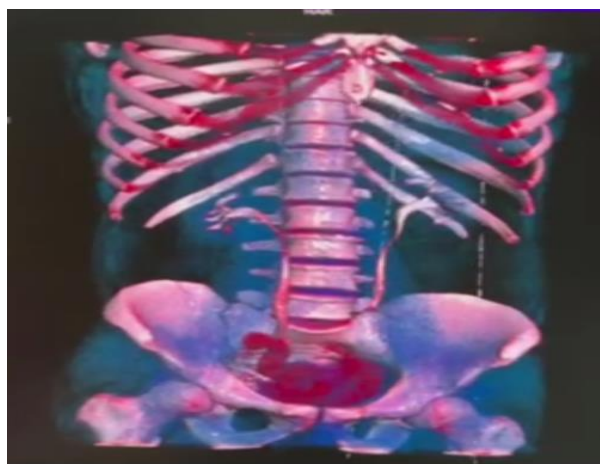
5-расм. Тугал-тугал бир қаторли энтероэнтероанастомоз



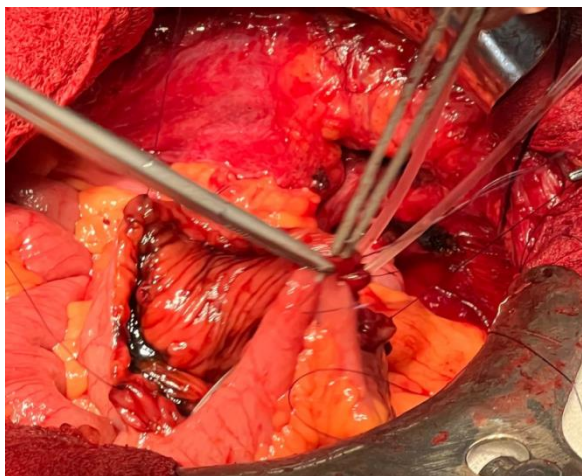
6-расм. Штудер бўйича J-симон резервуар



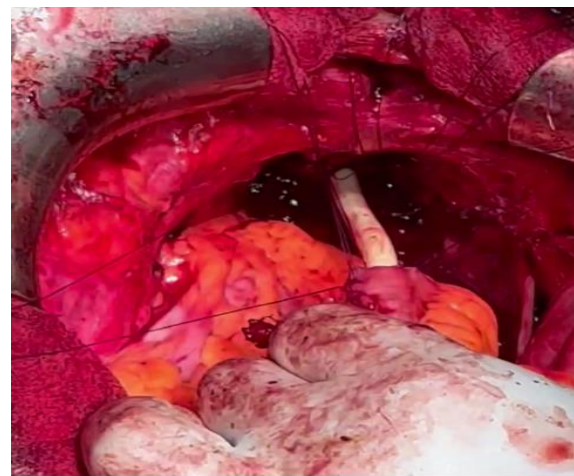
7-расм. Резервуаруретрал анастомоз қўйиш босқичи



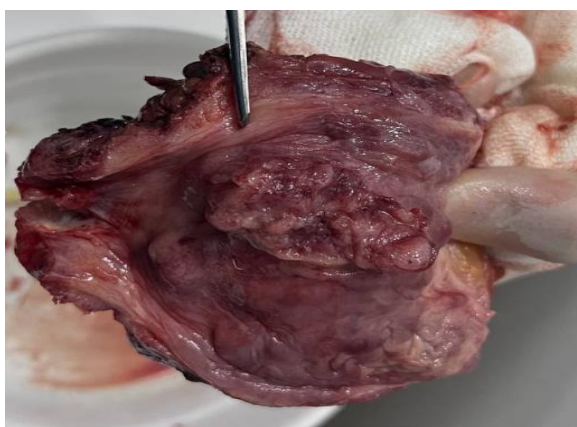
8-расм. Резервуарнинг 3 ойдан кейинги КТ кўриниши



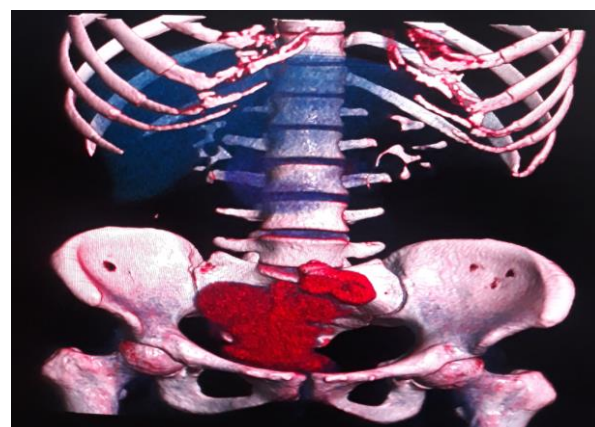
9-расм. Резервуар ҳосил қилиш босқичи



10-расм. Резервуар уретрал анастомоз қўйиш босқичи



11-расм. Олиб ташланган сийдик қопи



12-расм. Резервуарнинг 3 ойдан кейинги КТ кўриниши

Тадқиқотда Андижон вилоят филиали шароитида оператив даво ўтказган жами 63 нафар беморнинг жинсига нисбатан тахлилига кўра, уларнинг 6 таси (9,5%) аёл, 57 нафарини (90,5%) эркак ташкил қилди (1-жадвал). Гуруҳлар кўринида бу ҳолат қуйидагича тасвирланди: 1-гуруҳда аёллар 10,5%, эркаклар 89,5%; 2-гуруҳда аёллар 13%, эркаклар 87%; 3-гуруҳда аёллар 7,1%, эркаклар 82,9%; 4-гуруҳда аёллар қайд этилмади. Тахлил 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 тахлилида 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 иккижарроҳтомонидан очиқ 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): физикальное кўрув, бармоқ билан ректал текширув, умумий сийдик ва қон тахлили, биохимик тахлил, (оқсил, мочевино, креатинин), цистоскопия биопсия билан, сийдик қопи 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 қўшни 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.

Натижалар ва муҳокамалар. 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 нафар (85,7%) ни ташкил қилди.

2-жадвал.

Интра-периоперацион ва патоморфологик кўрсаткичлар

Меъзонлар	Гуруҳлар			
	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)
pT босқич $n(\%)$				
pT1	-	-	-	-
pT2	5	10 (43,5)	7 (50)	5 (71,4)
pT3-4	(26,3) 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-гурӯҳда 78 дақиқа, 3-гурӯҳда 217 дақиқа, 4-гурӯҳда 226 дақиқани ташкил қилди. 3-4-гурӯҳлардаги беморларда икл пластик операциялар давомийлиги 340 дақиқагача чўзилган, 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 гурӯҳда аниқланмади, рТ2 босқичи эса 1-2-3-4-гурӯҳ беморларда мос тарзда 5 (26,3%), 10 (43,5%), 7 (50%), 5 (71,4%) ни ташкил қилди. 3- ва 4-гурӯҳларда 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 қуйидаги кўринишда бўлди: 1-гурӯҳ - 14 (73,7%), 2-гурӯҳ - 13 (56,5%), 3-гурӯҳ - 7 (50%) ва 4-гурӯҳ - 2 (28,6%). Беморлардаги рN+ таҳлили ўтказилганда 1-гурӯҳ беморларида бу категория улуши сезиларли даражада юқори бўлди ва беморларнинг 68,4% ни ташкил қилди. 2-3-4- гурӯҳларда 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	Гурӯҳлар			
	1-гурӯҳ	2-гурӯҳ	3-гурӯҳ	4-гурӯҳ
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 ётқизилиш частотаси n(%)	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 куни тахлили қуйидагича: 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 плазма-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 Клавьен-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 қуйидагича 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. 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.

Постоперацион асорат турлари (1-гурух)

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 лимфорея ≥ 100 мл/сут	Кузатув	1 (5,3)
		Консерватив	1 (5,3)
Ишемик	Уретерокутанеостома	Консерватив	1 (5,3)

Постгеморрагик анемия 1 та (5,3%) ҳолатда аниқланди ва консерватив даво билан ёрдам берилди. Беморда маҳаллий жараён тарқоқ бўлганлиги сабабли қон йўқотиш 740 млни ташкил қилган. Турғун лимфорея (≥ 100 мл/сут) 2 та (10,6%) беморда кузатилди. 1 бемор дренаж найча биалн 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.

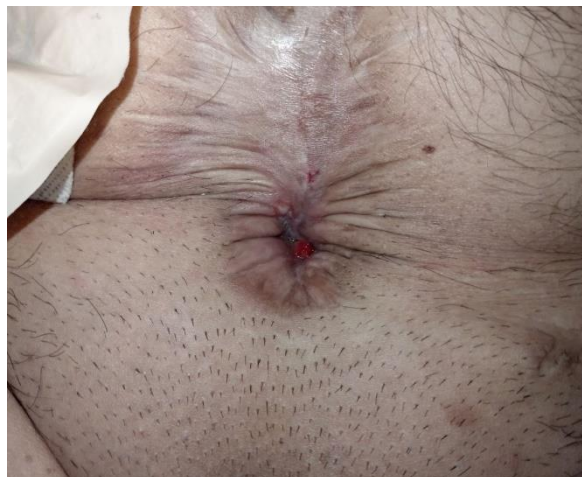
2-гурух беморлари таҳлил қилинганда (5-жадвал), динамик ичак тутилиши 1 (4,3%) ҳолатда кузатилди ва консерватив даво билан бартараф этилди. Бир нафар (4,3%) беморда анастомозлар етишмовчилиги қайд этилди. Бу бемор COVID-19 пандемияси вақтида операция қилинган ва беморда ташрихнинг 4-суткасида коронавирус 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 миқдорининг юқори бўлиши ТВИ ва рN+ кўрсаткичлари билан тўғри пропорционал бўлди. Уростома кўриниши (цианоз) ташрихдан кейинги биринчи 6 соатда 1 нафар беморда кузатилди ва консерватив даво ёрдамида васкуляризация тикланди.



13-расм. COVID 19 билан касалланган бемордаги ташрихдан кейинги асорат



14-расм. 1 йилдан кейинги ҳолат

5- жадвал.

Постоперацион асорат турлари (2-гурух)

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

3-гурухда кузатилган асорат турлари тахлили 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 сунг 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 динамикада яхшиланди. Анемия 1 (7,1%) ҳолатда кузатилди.

6- жадвал.

Постоперацион асорат турлари (3-гурух)

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

Турғун лимфорея 2 та (14,2%) беморда кутилди ва уларнинг 1 тасига консерватив даво ёрдами кўрсатилди. Ортотопик неоцистопластика амалиёти ўтказилган беморларда асосий фарқли асорат уремия бўлди. 3-гuruh 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 ҳос ҳисобланади. Беморларга кейинчалик кичик тос органлари мускулатураси функциясини яхшиловчи машқлар билан бу асорат ҳам бартараф этилди.

7- жадвал.

Постоперацион асорат турлари (4-гuruh)

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

4-гuruh 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, ташрихдан кейинги даврда сийдик найлари стентлаш орқали пешоб оқимини тиклашга эришилди. Турғун лимфорея 1 та беморда кузатилди ва бемор шифохонадан дренаж найчаси билан

чиқарилди. Ташрихдан кейинги 26-суткада дренаждан динамикада ажралма миқдори кунлик 5 мл га тушганлиги сабабли олиб ташланди. Беморга ҳеч қандай консерватив даво ўтказилмади. Уремия асорати 3 нафар (21,4%) беморда қайд этилди. Хаутман бўйича неоцистопластика амалиётида резервуар ҳажмининг Штудер типига нисбатан сезиларли даражада каттароқ 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.

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

Фойдаланилган адабиёт:

1. Паршин А.Г. Радикальная цистэктомия с отведением мочи в сегмент подвздошной кишки: результаты и осложнения (клиническое исследование). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2004.159 с.
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.