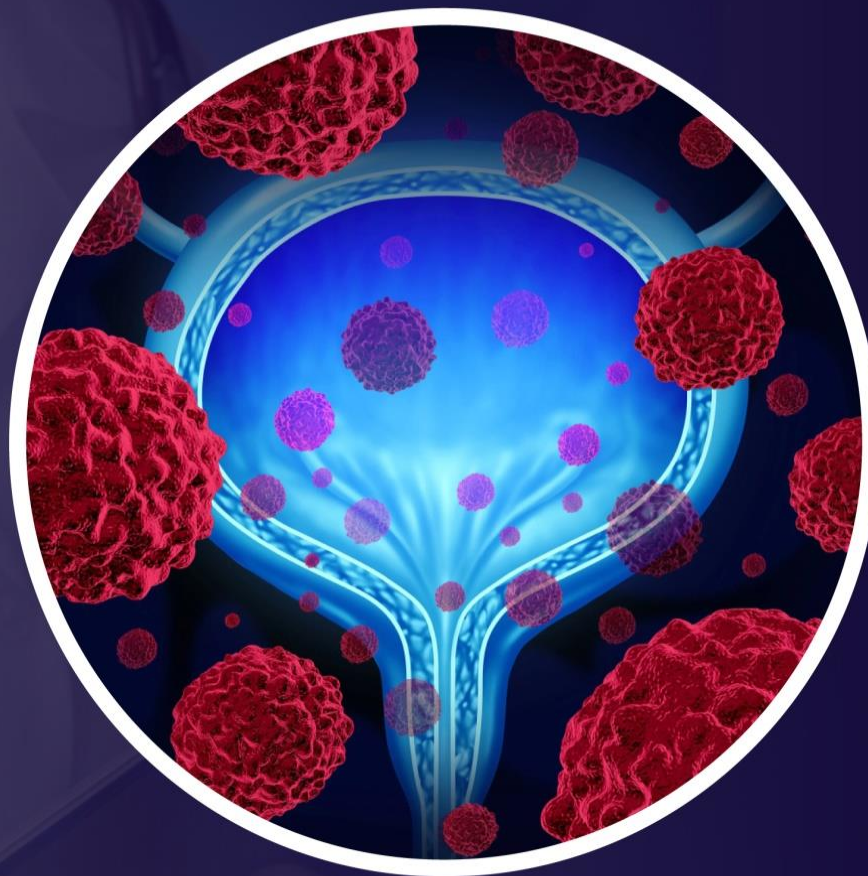


D.A.Urmanbayeva, D.SH.Xasanov

**SIYDIK PUFAGI SARATONIDA RADIKAL
SISTEKTOMIYA TASHRIXIDAN KEYINGI ASORATLAR
VA BEMORLAR XIRURGIK REABILITATSIYASI**

MONOGRAFIYA



**ANDIJON – 2024
« JAHONA NASHR »**

ISBN 978-9910-722-22-6



9

789910

722226

JAHONA
— NASHR —

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIIY TA'LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI**

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

**D.A Urmanbayeva,
D.Sh Xasanov**

**SIYDIK PUFAGI SARATONIDA RADIKAL
SISTEKTOMIYA TASHRIXIDAN KEYINGI
ASORATLAR VA BEMORLAR
XIRURGIK REABILITATSIYASI**

Monografiya

**ANDIJON-2024
« JAHONA NASHR »**

UO'K 616.62-006-089

KBK 55.6

U65

Tuzuvchilar:

Urmanbayeva Dilbarxon Abdulkosimovna – Andijon davlat tibbiyot instituti, Onkologiya kafedrası dotsenti, PhD.

Xasanov Doniyorbek Shuxratbekovich – Andijon davlat tibbiyot instituti Onkologiya kafedrası dotsenti, t.f.n.

Taqrizchilar:

G'.N Rayimov – Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Fakultativ va gospital xirurgiya kafedrası professori, t.f.d.

D.Z Mamarasulova – Andijon davlat tibbiyot instituti, onkologiya kafedrası mudiri, professor, t.f.d.

Urmanbayeva D.A., Xasanov D.Sh.

SIYDIK PUFAGI SARATONIDA RADIKAL SISTEKTOMIYA TASHRIXIDAN KEYINGI ASORATLAR VA BEMORLAR XIRURGIK REABILITATSIYASI: Monografiya / Urmanbayeva D.A., Xasanov D.Sh.:-Andijon: «JAHONA NASHR» nashriyoti, 2024- 144 b.

ISBN 978-9910-722-22-6

Monografiyada zamonaviy yangi jarrohlik texnologiyalari (lapa-roskopik va robot yordamida radikal sistektomiya) joriy qilingan taqdirda ham, ularning rivojlanish bosqichida Brikker operatsiyasi asosiy hosila usuli sifatida qo'llaniladi. Bularning barchasi siydik pufagi sa-ratoni bilan og'rigan bemorlarda uning samaradorligini oshirish va turli xil hosila-larni qo'llashda davolash natijalariga yaqinlashishi uchun ushbu turdagi operatsiyadan foydalanish zaxiralarini yanada tadqiq qilish zarurligidan dalolat beradi.

O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi Monografiya Andijon davlat tibbiyot instituti Ilmiy kengashining 2024-yil 29-apreldagi 6i-35/T qarori bayonnomasiga asosan nashrga tavsiya etilgan.

© Urmanbayeva D.A., Xasanov D.Sh., 2024

© « JAHONA NASHR » nashriyoti, 2024

MUNDARIJA

	Qisqartmalar ro'yxati	4
	Kirish	5
1-bob	Qovuqning mushak invaziv saratoni uchun radikal sistektomiyadan so'ng siydikni ichakdan chiqarishning asosiy usullari (adabiyot sharhi)	9
2-bob	Tadqiqot materiallari va usullari	29
2.1	Klinik kuzatuvlarning xarakteristikalar	50
2.2	Qovuq saratoni uchun radikal jarrohlik texnikasi	68
3-bob	O'z tadqiqotlari natijalari	92
3.1	Tadqiqot bevosita natijalari	94
3.2	Operatsiyadan keyingi erta asoratl	95
3.3	Operatsiyadan keyingi kech asoratl	99
3.4	Brikker usuli bo'yicha radikal sistektomiyadan so'ng bemorlarning farovonligini sub'ektiv baholash va UKS shakllanishi bilan radikal sistektomiya	100
	Xotima	121
	Xulosa	129
	Amaliy tavsiyalar	130
	Adabiyotlar	131

QISQARTMALAR RO'YXATI

IQ - ileokonduit
CKI - Charlson komorbidlik indeksi
TMI - tana massasi indeksi
QIS - Qovuqning invaziv saratoni
HS - hayot sifati
KDT - Klavien-Dindo tasnifi
KT - kompyuter tomografiyasi
LT - limfa tugunlari
SP - siydik pufagi
MRT - magnit-rezonans tomografiya
RSC - o'tish davri hujayrali karsinoma
SPS - siydik pufagi saratoni
RSE - radikal sistektomiya
TR - transuretral rezektsiya
ULTratovush - ultratovush
UKS - ureterokutaneostomiya
SBK - surunkali buyrak kasalligi
SK- surunkali kasalliklar
KT - kimyoterapiya
Rangli Doppler va energiya xaritasi
EMT- tos bo'shlig'ini ichkaridan chiqarish

KIRISH

Qovuq saratoni (QS) hozirgi vaqtda siydik yo'llarining eng keng tarqalgan turi bo'lib, erkaklarda onkologik kasalliklar tarkibida 8-o'rinni va ayollarda 18-o'rinni egallaydi. Butun dunyoda yoshga qarab standartlashtirilgan kasallanish erkaklarda 100 000 aholiga 9,0 holatni, ayollarda 100 000 aholiga 2,2 holatni tashkil etadi. 2019-yilgi statistik ma'lumotlarga ko'ra, O'zbekiston Respublikasida Qovuq saratoni bilan kasallanishning birlamchi darajasi har 100 ming aholiga 1,6 nafarni tashkil qildi (summusjournals.uz., 2019).

Qovuq saratoni bilan kasallanishning yillik ko'rsatkich darajasi taxminan 335,8 ming kishini tashkil qiladi. (R. E. Hautmann va boshqalar, 2010). tomonidan U.O Gustafsson va boshqalar. (2017) ma'lumotlariga ko'ra, har yili AQShda 57 mingga yaqin kasalliklar ro'yxatga olinadi va AQShda onkologik kasallanish tarkibida Qovuq saratonining turlari erkaklarda 6% ayollarda 2% ni tashkil qiladi. Yevropada 2012 yil. Mushak qatlamiga invaziya bilan 151200 kishida tashxis qo'yilgan, ulardan 78,2% erkaklar va 21,8% ayollar (A. Menzheritskiy P. Fornara, 2016).

Yevropada siydik pufagi saratoni bilan og'riganlarning o'rtacha yoshi erkaklar uchun 73 yosh va ayollar uchun 77 yosh (J. Ferlay va boshqalar, 2013), Rossiya Federatsiyasida mos ravishda erkaklar uchun 70 yosh va ayollar uchun 67 yosh. (A.D. Kaprin va boshqalar, 2017). Umuman olganda, siydik pufagi saratoni bilan og'rigan bemorlarning 70% dan ortig'i 65 yoshdan oshgan (J. Bellmunt va boshq., 2014; A. Menzheritsky P. Fornara, 2016).

Har yili dunyoda 132,4 ming kishi Qovuq saratonidan vafot etadi. Malignizatsiya turidan o'limlar tarkibida uning ulushi 2,6% ni tashkil qiladi. Qo'shma Shtatlarda bemorlarda siydik pufagi saratonidan o'lim darajasi yiliga 12,600 ni

tashkil qiladi (8,600 erkak va 4,000 ayol) (UO Gustafsson va boshq., 2017).

Zamonaviy onkourologiyada mushak invaziv siydik pufagi saratoni uchun standart davolash radikal sistektomiya (RSE) hisoblanadi (M.I. Kogan, V.A. Perepechai, 2002; B.P. Matveev, 2011; JP Stein va boshqalar, 2003; JE Gschwend, 2012). Unga ko'rsatmalar: mushak invaziv siydik pufagi saratoni, kam tabaqalangan mushak invaziv saratoni va in situ karsinoma, instilatsiya bilan davolash mumkin emas, muvaffaqiyatsiz radiatsiya terapiyasi, palliativ jarrohlik (ES Skinner va boshqalar). Jarrohlik davolashtan bosh tortgan bemorlar tashxis qo'yilgandan keyin 30 oy ichida siydik pufagi saratonidan yuqori o'limni ko'rsatadi (M. May va boshq., 2007).

Keksa bemorlarning yoshi va ko'p kasallanishiga qaramay, yuqori jarrohlik va anestetik xavf bilan bog'liq (N. Zebic va boshq., 2005), Qovuq saratonining invaziv shakllarida RSE ko'rsatkichlari kamaymaydi, ammo jarrohlik usullarining yaxshilanishi tufayli kengayadi texnikasi va perioperativ boshqaruv (shu jumladan, behushlik) shuningdek, bemorlarni operatsiyadan keyingi davolash sifatini yaxshilash, operatorlarning tajribasini yaxshilash (A. Menzheritsky, P. Fornara, 2016; SM Donat va boshq., 2010; RE Hautmann va boshqalar., 2010). Aynan shu bilan N. Lawrentschuk va boshqalar. (2010) operatsiyadan keyingi o'limni 40% dan 4% gacha kamaytirish (1,5-3% gacha - ES Skinner va boshq., 2003 bo'yicha).

Siydik chiqarish usulini shakllantirish RSE va murakkab jarrohlikning ajralmas qismi bo'lib, kutilayotgan yuqori asoratlarning darajasi bo'lib, bemor bilan davolash rejasini muvaffaqiyatli qilishda funksional va onkologik natijalar bilan bir qatorda hisobga olinishi kerak (RE Hautmann va boshq., 2010, B.P. Matveev, 2011, M. I. Kogan va boshqalar, 2014, JF Finks, NH Osborn, 2011, M. Maffezzini, 2013). Qovuq sara-

tonida geterotopik turlari bemorlarga funksional, ijtimoiy va jinsiy faollik, psixologik moslashuv va o'z-o'zini hurmat qilish nuqtai nazaridan eng yaxshi hayot sifatini ta'minlashi aniqlandi (M.I. Vasilchenko va boshqalar, 2013; I.V. Semenyakin va boshqalar, 2014; A.A.Izmailov, 2014; JP Stein va boshqalar, 2009). Ammo siydik pufagining mushak invaziv saratoni bilan og'rigan bemorlar uchun siydikni ortotopik divertatsiya qilish usuli birinchi tanlov usuli sifatida ko'rib chiqilishi kerak bo'lsada (G.Yu. Kudryashov va boshq., 2012; V.A. Perepechay va boshq., 2016), agar u siydik chiqarishning boshqa turlarini amalga oshirish mumkin emas (A.I. Novikov, 2008; L.D. Roman va boshq., 2011).

Bunday hollarda siydik chiqarishning maqbul va keng tarqalgan variantlaridan biri doimiy siydik chiqarish uchun ileokonduit (IC) hosil bo'lishi bilan Brikker operatsiyasi bo'lib qolmoqda (S.A. Nizomov va boshqalar, 2014; A.L. Charyshkin, D.A. Matorkin, 2015). Brikker operatsiyasi ko'pincha Qovuq saratoni bilan og'rigan keksa bemorlarni birga keladigan kasalliklar bilan radikal davolash varianti sifatida qo'llaniladi (M. Kilciler va boshqalar al ., 2008; S. _ Madersbaxer va boshqalar al ., 2013; F. _ Hinman , 2018). Nisbatan tez-tez Brikker operatsiyasi ayollarda qo'llaniladi (DN Wood va boshqalar, 2010; Z.A. Dovlatov va boshqalar, 2016; O.B. Loran va boshqalar, 2016). Umuman olganda Qovuq saratoni bilan og'rigan keksa bemorlarning kontingenti har yili o'sib borayotganligi sababli kasallikning rivojlangan bosqichi va qo'shma kasalliklarning kuchayishi sababli Brikker operatsiyasini keng qo'llashga majburiy ehtiyoj saqlanib qolmoqda. Bu xorijiy tadqiqotchilarning ma'lumotlarida ham o'z aksini topadi. Masalan, B. Nahar va boshqalar. (2018) 2004-2013 yillar uchun. 11933 RSE davomida ileokonduit 85,5% hollarda amalga oshirildi. Zamonaviy yangi jarrohlik texnologiyalari (laparoskopik va robot yordamida radikal sistektomiya) joriy qilingan taqdirda

ham, ularning rivojlanish bosqichida Brikker operatsiyasi asosiy hosila usuli sifatida qo'llaniladi (RE Hautmann va boshq., 2013). Bularning barchasi siydik pufagi saratoni bilan og'rigan bemorlarda uning samaradorligini oshirish va turli xil hosilalarni qo'llashda davolash natijalariga yaqinlashishi uchun ushbu turdagi operatsiyadan foydalanish zaxiralarini yanada tadqiq qilish zarurligidan dalolat beradi. Brikker operatsiyasini ishlab chiqarishni yaxshilash uchun zamonaviy texnologik va texnik vositalar tugashi mumkinligi sababli, mutaxassislar e'tiborini ileokonduit bilan og'rigan bemorlarni operatsiyadan keyingi yordam va ularning sifatini , samaradorligini oshirish uchun operatsiyadan keyingi davolash va monitoringiga qaratish kerak. Bu bizning tadqiqot mavzusining dolzarbligi va tanlovini aniqladi.

I BOB

MUSHAK INVAZIV SIYDIK SARATONINI RADIKAL DAVOLASH ILEOKONDUIT SHAKLLANISHI BILAN SIYDIK PUFAGI. ADABIYOT MANBALARINI HAQIDA UMUMIY MA'LUMOT.

ADABIYOT SHARHI

Qovuq saratoni (QS) hozirgi vaqtda siydik yo'llarining eng keng tarqalgan turi bo'lib, erkaklarda onkologik kasalliklar tarkibida 8-o'rinni va ayollarda 18-o'rinni egallaydi. Butun dunyoda yoshga qarab standartlashtirilgan kasallanish erkaklarda 100 000 aholiga 9,0 holatni, ayollarda 100 000 aholiga 2,2 holatni tashkil etadi. 2019-yilgi statistik ma'lumotlarga ko'ra, O'zbekiston Respublikasida Qovuq saratoni bilan kasallanishning birlamchi darajasi har 100 ming aholiga 1,6 nafarni tashkil qildi (summusjournals.uz .,2019)

Qovuq saratoni bilan kasallanishning yillik ko'rsatkich darajasi taxminan 335,8 ming kishini tashkil qiladi. (R. E.Hautmann va boshqalar boshq ., 2010). Qo'shma Shtatlarda har yili 50 ming Qovuq saratoni holati qayd etiladi va boshqalarga ko'ra. (2017) - allaqachon taxminan 56,9 ming; Shu bilan birga, Qo'shma Shtatlardagi onkologik kasalliklar tarkibida siydik pufagining malign neoplazmalari erkaklarda 6% va ayollarda 2% ni tashkil qiladi. Yevropada 2012 yilda mushak invaziv siydik pufagi saratoni 151,200 kishida, shu jumladan 32,900 ayolda (A. Menzheritsky, P. Fornara, 2016), ya'ni. va bu yerda erkaklarda siydik pufagi saratoni bilan kasallanish ayollarga qaraganda 4 baravar yuqori.

Qovuq saratonining eng keng tarqalgan (90%) shakli - bu o'tish davri hujayrali karsinoma (K.I. Tsedenova va boshqalar, 2018), Yevropada 70-80% hollarda noinvaziv bosqichlarda, qolgan 20-30% esa tashxis qilinadi. kasallik aniqlanganda allaqachon infiltratsion progressiv o'sish bi-

lan namoyon bo'ladi (A. Menzheritskiy, P. Fornara, 2016); ammo, qoida tariqasida, kelajakda qolgan 75% ning yana 10-15% bosqichda paydo bo'ladi.

A.A. Kirichek va boshqalar (2018) BC bosqichlari bo'yicha yangi ma'lumotlarni va prognostik ahamiyatga ega bo'lgan yangi mezonlarni taqdim etadi. Shunday qilib, T1 substansiyasining qo'shimcha mezoni invaziv karsinomaning umumiy chiziqli uzunligi 2,3 mm dan ortiq mikroskopik ko'rsatkich sifatida taklif qilindi - TUR MP dan keyin gistologik materialga ko'ra (MZ Leivo va boshq., 2018), bundan tashqari yuqori darajadagi malignizatsiyalangan o'simtaning ma'lum bo'lgan xavf omillari, o'simta hajmi 3 sm dan ortiq, multifokal o'sish, in situ karsinoma mavjudligi, kasallikning qaytalanishi (M. Babjuk va boshqalar., 2016) mustaqil prognostik omil rolini o'ynaydi.

Prostata bezining stromal to'qimalariga invaziya qilingan taqdirda, siydik pufagidan transmural o'simta o'sishi (hali ham pT4a deb ataladi) va siydik yo'llarining subepitelial invaziyasi (hozirda pT2 bosqichi deb ataladi) tushunchalari farqlanadi. omon qolish uchun qulay prognoz (AR Patel va boshq., 2013; JJ Knoedler va boshq., 2018). Boshqa tomondan, siydik pufagi divertikullarining invaziv karsinomalari T2 sifatida bosqichma-bosqich o'tkazilmasligi tavsiya etiladi, chunki ular darhol submukozal qatlamdan periferik to'qimalarga o'sib boradi (B. Xu va boshq., 2017).

Periferik to'qimalarda siydik pufagi saratonida ko'rsailgan alohida guruhi sifatida aniqlangan, metastatik linfa tugunlar RSEdan keyin bemorlarning 7-10 foizida topiladi va omon qolish uchun mustaqil prognostik omil hisoblanadi (AJ Bella va boshqalar, 2019).), shuning uchun ta'sirlangan LT soniga qarab, III bosqich prognostik guruhini IIIA va IIIB toifalariga bo'lish tavsiya etiladi. Viseral metastazlar mavjudligi sababli omon qolish prognozidagi farqlarni hisobga olgan holda (MD Galskyet boshq., 2019),

Qovuqning metastatik saratonini 2 kichik bosqichga bo'linishni tasdiqladi: M1a- mintaqaviy bo'lmagan limfa tugunlariga metastazlar bilan (umumiy yonbosh tomirlari ustida joylashgan) va M1b - boshqa organlarga uzoq metastazlar bilan. Xuddi shunday, IVA va IVB prognostik bosqichining 2 ta kichik guruhi ajratildi.

RSE ko'rsatkichlari yaxshi ma'lum, ular xalqaro darajada tizimlashtirilgan, to'ldirilgan va umumlashtirilgan Yevropada (S.A.Krasniy, 2017; S.B. Malkovich, 2018; A. Menzheritskiy, P. Fornara, 2019), va boshqa mamlakatlarda (M.I. Kogan) . , V.A.Perepechay, 2017; Managadze L.G. va boshq., 2003; B.P. Matveev, 2017) va tavsiyalar shaklida nashr etilgan, masalan, Yevropa urologiya assotsiatsiyasi EAU (O B. Karyakin, A. D. Kaprin, 2018). Qovuq saratoni (M.M.Txakoxov, 2017; M.I.Volkova va boshqalar, 2017) yoki boshqa tos a'zolari saratonining ilg'or shakllari bilan davolashdan tashqari, qutqaruvchi RSE ham a'zolari saqlaydigan samarasiz davolashdan keyin ajratiladi .

Qovuq saratoni uchun operatsiyadan oldingi tekshiruvda, Yevropa urologiya assotsiatsiyasi (2016) tavsiyalariga binoan, fizik tekshiruv, tos a'zolarining magnit-rezonans tomografiyasi, siydik yo'llarining yuqori qismini baholash (ekskretor urografiya / kompyuter tomografiyasi) va, uzoq metastazlarni istisno qilish uchun qorin bo'shlig'ining UTT tekshiruvi, ko'krak qafasi rentgenografiyasi, suyak sintigrafiyasi (agar ko'rsatilgan bo'lsa) (A. Stenzl va boshq., 2017). Bundan tashqari, quyidagilar amalga oshiriladi: Qovuqni bimanual palpatsiya bilan sistoskopiya, TUR, Qovuq va prostata siydik yo'llarining chuqur kvadrant biopsiyasi (ayniqsa, siydik pufagini ortotopik almashtirishni rejalashtirishda), jigar funksiyasini o'rganish; shu bilan birga, KT va MRT 75% dan kam o'ziga xoslik bilan majburiy bo'lmasligi mumkin (M.I. Kogan, V.A. Perepechay, 2017; ES Skinner va boshq., 2018). HAQIDA. Karyakin, A.D. Kaprin

(2018), yangi EAU-2017 tavsiyalariga tayanib, siydik pufagi saratoni tashxisida siydikning sitologik tekshiruvi yoki yuvishning kam baholanishiga ishora qiladi.

Zamonaviy onkourologiyada radikal sistektomiya (RSE) mushak invaziv siydik pufagi saratoni uchun standart davolash hisoblanadi (JE Gschwend, 2016; A. Menzheritsky, P. Fornara, 2016). Statistik ma'lumotlarga ko'ra, RSEni o'tkazgan bemorlarning 57 foizida mushaklarning asosiy invaziyasi mavjud (A. Stenzl va boshq., 2017). Murakkab jarrohlik davolashda radikal sistektomiya "Oltin standart" bo'lgan saratonning mushak invaziv shakllarining paydo bo'lish chastotasi kasallikning baRSha shakllarining 25% gacha (B.P. Matveev va boshq., 2017; JPStein va boshqalar). ., 2018). Unga ko'rsatmalar: mushak invaziv siydik pufagi saratoni, past darajadagi mushak invaziv bo'lmagan saraton va in situ instilatsiya bilan davolashga javob bermaydigan karsinoma (BCG), samarasiz radiatsiya terapiyasi, palliativ jarrohlik (ES Skinner va boshq., 2017). prostata va urug' pufakchalari bilan olib tashlashni o'z ichiga oldi (A. Stenzl). E. S. Skinner va boshqalar 2018). Biroq operatorlar orasida jinsiy funktsiyani saqlab qolish uchun iloji bo'lsa, prostata bezi va urug' pufakchalarini saqlash kerak degan fikrni (D.T.Gotsadze va boshqalar, 2017; D.T.Gotsadze, V.T. Chakvetadze, 2018; V. U. Shipley . va boshqalar 2019).ilgari surishdi.

RSE amaliyoti o'tkazilgan ayollarda siydik pufagi, siydik yo'llari, qin old devorining bir qismi bilan bachadon va qorin parda bilan qoplangan tuxumdonlar olib tashlanadi (ES Skinner va boshq., 2018), tos a'zolarining ikki tomonlama limfadenektomiyasi (R. Vamak) ham unutilmaydi. va boshq., 2018). Operatsiya paytida o'sma jarayonining tarqalishi hisobga olinadi va ko'pincha vaginaning old devorini rezeksiya qilish bilan cheklanadi, bu uni qayta tiklash imkoniyatini ko'rsatadi.Shuningdek yosh ayollar tabiiy gormon ish-

lab chiqarish uchun tuxumdonlardan bir qolishi mumkin (O.B. Laurent va boshq., 2016). In situ saratonning oldingi devoir bilan siydik chiqarish yo'lini, shu jumladan uning tashqi qismini to'liq olib tashlash majburiydir (bu holda, asosiy o'simta bilan birga RSE keyin gistologik preparatlarda 1/3 hollarda in situ saratoni paydo bo'ladi) (R Wamak va boshqalar, 2016). Qovuqni ortotopik almashtirish uchun siydik pufagi bo'yni va siydik yo'lining saqlanishi o'smaning qaytalanish xavfini oshiradi (R. Wamak va boshq., 2018), shuning uchun ureterektomiya siydik yo'lining lokalizatsiyasi bilan uretral rezeksiya darajasida jarroxlik amaliyoni o'tkazish majburiydir. Qovuq bo'yni yoki siydik yo'li joylashgan birlamchi o'sma (U Nagele va boshq., 2017).

Ma'lumki (J. Ferlay va boshq., 2017), bemorlarning 25 foizi allaqachon mavjud bo'lgan limfa tugunlari bilan RSEni o'tkazadilar, shuning uchun RSE joylashgan limfa tugunlarini kesishni o'z ichiga oladi (S.A. Krasny, 2007; A.L. Charyshkin, D. A. Matorkin, 2015). Qovuq saratoni bilan og'rigan bemorlarning 20-35 foizida jarrohlik paytida limfa tugunlari metastazlari topiladi (hatto ES Skinner va boshq., 2017 yilga ko'ra, T1 bilan og'rigan bemorlarda 17% gacha). Shu bilan birga, kamida ikkita limfa tugunida metastazlar bo'lgan bemorlarning 33% ni tashkil qilgan bemorlarda RSEdan, so'ngra kengaytirilgan limfa tugunlari diseksiyasi bilan davolash mumkin (ES Skinner va boshq.). Tarqoq limfadenektomiya mahalliy takrorlanish xavfini kamaytiradi va saratonga xos simptomlarni yaxshilaydi, kengaytirilgan tos limfadenektomiyasi prognostik afzalliklarga ega. V.N. Pavlov va boshqalar (2016) nafaqat o'simta bosqichi va hajmini, balki saraton hujayralarining differensiatsiyasi darajasini, qovuq saratoni genotipini ham hisobga olishni tavsiya qiladi. CYP1A1 geni, *1A alleli va CYP 1 A 2 genining C -163 A polimorf lokusining *1A*1A genotipi. (Zhegalik va boshqalar 2016) Qovuq saratoni bilan og'rigan bemorlarda 4 yoki un-

dan ortiq limfa tugunlarining metastatik lezyonlari yoki 10% yoki undan ortiq lezyon zichligi bo'lgan RSE keyin rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda tuzatilgan omon qolishning eng noqulay prognozchisi deb hisoblaydi. Shu bilan birga, adabiyotda R.D.da limfa tugunlari diseksiyasi hajmi va uni asoslovchi omillar haqida munozaralar davom etmoqda (R.D.Mils) . va boshqalar 2017; W. H. Herr , 2016 yil; U. Capitanio va boshqalar, 2019; A. Stenzl va boshqalar, 2017; WT Lowrance va boshqalar, 2017).

Davolash va uning prognozini tanlashda alohida xavf omili bemorlarning yoshi va umumiy holatidir (M.I. Kogan, V.A. Perepechai, 2017; JE Gschwend, 2015, A.A. Izmailov, 2016). Adabiyotlarga ko'ra (N. Zebic va boshq., 2016), RSE dan o'tayotgan kekxa bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlari va operatsiyadan keyingi o'lim xavfi yuqori. Biroq, agar 1960-70 yillarda. Yevropada, N. Lawrentschuk va boshqalarga ko'ra. (2010), RS davomida operatsiyadan keyingi o'lim 40% ga yetdi, keyin 2009 yilda 3,9% ni tashkil etdi. (E.S. Skinnerga ko'ra va boshqalar, 2003yil operatsion o'lim taxminan 1,5-3% ni tashkil qiladi. Adabiyotda (I. Leibovich va boshqalar, 1993; AJ Figueroa va boshqalar, 1998) allaqachon 1990-yillarda. Bu, yuqori jarrohlik va anestetik xavf bilan bog'liq bo'lgan kekxa bemorlarning yoshi qaramay, RSE ko'rsatkichlari kamaymasligi, balki kengayishi bilan izohlanadi. Katta (1000 dan ortiq bemor) klinikalar va ixtisoslashtirilgan markazlarda amalga oshirilgan. JP Stein va boshqalar. (2001) va S. M. ehson va boshqalar (2010yil) jarrohlik texnikasi va perioperativ boshqaruvni shu jumladan behushlikni takomillashtirish shuningdek, bemorlarni operatsiyadan keyingi davolash sifatini yaxshilash, operatorlar tajribasini yaxshilash kekxa bemorlarda operatsiyadan keyingi o'limning kamayganligini tasdiqlandi (A. Menzheritskiy, P. Fornara, 2016; B A. Perepechay va boshqalar, 2016). Jarrohlik davolashdan bosh tortgan be-

morlar tashxis qo'yilgandan keyin 30 oy ichida siydik pufagi saratonidan yuqori o'limni ko'rsatkichi aniqlandi (M. May va boshq., 2017).

Yoshi bilan to'plangan surunkali komorbidiyalar (komorbidlik) II Megwalu va boshqalar. (2008) uni siydik chiqarish usulini tanlashga ta'sir qiluvchi mustaqil va salbiy prognostik omil deb hisoblaydi. Biroq, komorbidlikni solishtirganda, tadqiqot guruhlarini bir-biri bilan taqqoslanmaydigan turli xil yondashuvlardan foydalanadilar (LS ELTing va boshq., 2017). Bu omil umumiy umr ko'rish davomiyligi, shuningdek, o'simta o'sishi va hatto saraton o'ziga xos omon qolish progressiyaning ta'sir qiladi (DC Miller va boshq., 2016; TM Koppie va boshq., 2015; A. Menzheritsky, P. Fornara, 2016) , birgalikdagi kasalliklarni miqdoriy baholash usullarini tanlash va ularni birlashtirish darajasi dolzarb muammo bo'lib qolmoqda. Misol uchun, bu mualliflar M. Charlson va boshqalar tomonidan taklif qilingan komorbidlik skorlari tizimidan foydalanganlar. (1994) Charlson Comorbidity Index (CCI) sifatida.

RSE davomida siydik yo'llarini tiklash uchun ovqat hazm qilish traktining turli segmentlari, jumladan, oshqozon, yonbosh ichak, yo'g'on ichak va appendikulyar jarayon qo'llaniladi (M.I. Kogan, V.A. Perepechay, 2016; M. Fish, R. Hohenfellner, 2015; P. R. Kerroll, S. Barbour, 2015; S. B. Malkovich, 2016; A. L. Charyshkin, D. A. Matorkin, 2015). Siydik chiqarishni yo'qotish - kutilayotgan yuqori asoratlar darajasiga ega murakkab operatsiya bo'lib , bemor bilan davolash rejasini muhokama qilishda funksional va onkologik natijalar bilan bir qatorda hisobga olinishi kerak (RE Hautmann va boshqalar, 2014, B.P. Matveev, 2011, M.I. Kogan va boshqalar, 2014, JF Finks, NH Osborn, 2011, M. Maffezzini, 2013).

Keksa bemorlarda siydikni burishni tanlash usuli muLTi-faktorial bo'lishi kerak (A. Menzheritsky, P. Fornara, 2015; F.

Hinman, 2018). Asosiy kasallikning nafaqat yoshi va onkologik prognostik omillarini, balki operatsiyadan keyingi va reabilitatsiya davrlarini boshqarishga ta'sir qiluvchi qo'shma kasalliklarni ham hisobga olish kerak (M.I. Vasilchenko va boshq., 2013; A. Shabsigh va boshqalar, 2014; PJ Boström va boshq.), shuningdek, tana massasi indeksi (TMI), individual shaxsiyat mezonlari, motivatsiyalar, o'z-o'zini kateterizatsiya qilish uchun qo'lda qobiliyatlar va individual bemorning xohishlari (PR Carroll, S. Barbour, 2015; S. B. Malkovich, 2016; J. V. Th u roff va boshqalar 2012). Yonbosh ichakning anatomik qisqa tutqichlari, tos bo'shlig'i yoki tos a'zolarining keng tarqalgan shishi ortotopik derivatsiyani amalga oshirishni qiyinlashtiradi yoki imkonsiz qiladi (R. Stein va boshqalar, 2013; I.I. Vasilchenko va boshqalar, 2014). Ortotopik yangi pufagidan foydalanishga mutlaq kontrendikatsiyalar nevrologik va ruhiy kasalliklar, nogironlik, jigar va buyraklar faoliyatining buzilishi, siydik yo'llarining o'tish hujayrali karsinomasi yoki boshqa rezeksiya chekkalaridir (M.I. Kogan, V.A. Perepechay, 2012; F. Hinman18). Nisbiy kontrendikatsiyalar operatsiyadan oldingi radioterapiyaning yuqori dozalari, uretraning strukturasi va uretral sfinkterning og'ir oqishi (S. B. Farnham , M. S. Kukson , 2014) . Nihoyat, keksa bemorlarda ortotopik derivatsiya usullarini qo'llash operatsiyadan keyingi asoratlarning yuqori chastotasi bilan ogohlantiriladi, masalan, enteroureteral anastomozlarning yetishmovchiligi, hosil bo'lgan siydik pufagining yetarli darajada bo'lmaganligi sababli ureterogidronefroznining rivojlanishi, yuqori mexanik ta'sir ostida uning sharsimonligining buzilishi. yuklar, elektrolitlar buzilishi va gipovitaminozlar (vitaminlar K, D, V12 va boshqalar) paydo bo'lishi (B.K. Konyakov va boshq., 2016; AC Riddick va boshq., 2014). Bundan tashqari , A. Menzheritskiy, P. Fornara (2016) yozing, bemorning aqliy va vosita qobiliyatlari derivatsiya usuli haqida qaror qabul qi-

lishda katta ahamiyatga ega. Bularning barchasi operatorlarni siydik chiqarishning boshqa usullariga murojaat qilishga majbur qiladi.

Bunday hollarda siydik chiqarishning maqbul va juda keng tarqalgan variantlaridan biri siydikni doimiy ravishda o'zgartirish uchun ileokonduit (IC) hosil bo'lgan Brikker operatsiyasi edi (A.L.Charishkin, D.A.Matorkin, 2015; S.A.Nizomov va boshqalar, 2014) . 1940 yilda ushbu operatsiyaning birinchi ijrochisi Eugene M. Brikker (1950) edi. Shu bilan birga, R. Stein va boshqalar (2013) J. Schoemaker (1911) ishini siydikni doimiy ravishda o'zgartirish uchun ingichka ichakning ajratilgan segmentidan foydalanish bo'yicha birinchi hisobot deb hisoblaydilar. Biroz vaqt o'tgach, L. Seifert (1937) 1932 yilda siydik pufagisaratoni bilan og'rikan bemorda siydikni o'zgartirish uchun jejunal halqadan muvaffaqiyatli foydalanishni tasvirlab berdi.

Brikker operatsiyasining asosiy sxemasi doimiy ravishda o'zgartirilib, o'zgarishlar va takomillashtirilmoqda, bu mutaxassislarning fikriga ko'ra, uning samaradorligini oshiradi. Shunday qilib, R. Stein va boshqalar. (2013) shuni ko'rsatadiki, ularning klinikasida uretero-ileo-ichak anastomози DM Wallace (1996) (Uollas) usuliga ko'ra "uchdan uchgacha" shakllanadi, boshqa markazlarda esa (JS Spratt, 1995) an. E. Brikker (1950) tomonidan taklif qilingan va Cordonnier (Cordonnier) tomonidan o'zgartirilgan uchdan-tomon anastomoz ishlatiladi. Urologlar tomonidan ijobiy qabul qilingan ba'zi modifikatsiyalar operatsiyaning turli jihatlari va bosqichlariga tegishli bo'lib, ularni taklif qilgan jarrohlarning ismlarini ko'rsatadi. Shunday qilib, F. Hinman (2018) "Ureteroileostomiya (Brikker operatsiyasi)" maqolasida Kordonna va Uollesga ko'ra ureteroileoanastomozlarning modifikatsiyasidan tashqari, Sagalovskiy bo'yicha split manjet usulidan foydalangan holda antirefluksli ureteroileoanastomoz bo'yicha muqobil antirefluksli anastomozni eslatib

o'tadi. Grossfeld), Burgers (Burgers) ma'lumotlariga ko'ra, fatsiya qopqoqlari yordamida qorin parda va qorin to'g'ri mushaklari qobig'ining orqa devoriga ajratilgan ichak halqasini mahkamlash haqida , Turnbull ma'lumotlariga ko'ra, qisqa tutqichli semiz bemorlarda ikki barrelli stoma haqida, stomaning tashqi ochilishini shakllantirishning turli xil variantlari haqida (teridagi o V - va Z shaklidagi kesmalar) va boshqalar.

75 yoshdan oshgan, yuqori darajadagi komorbiditeli bemorlar siydik chiqarishni kontinental yo'nalTirish uchun kamdan-kam hollarda mos bo'lganligi sababli, ulardagi RSElar soni doimiy ravishda ko'payib borayotganligi sababli, operatorlar ham tez-tez ureterokutaneostomiyalarga (UCNs) murojaat qila boshladilar, ular ilgari profilaktikasi tufayli oldini olishdi. stenozning yuqori xavfi (S. Degerner va boshq., 2012). K. Yoshimura va boshqalarga ko'ra. (2011), operatorlarning tajribasi ortib borishi bilan stenoz bilan kasallanish 40% dan 11% gacha (va hatto AR Rodriguez va boshq. (2011) ma'lumotlariga ko'ra 4,5% gacha) kamayishi mumkin. Biroq, ikkinchisi bunday natijalarni ureteral stentlardan foydalanish bilan izohlaydi. C. De Nunzio va boshqalardan olingan ma'lumotlar. (2011), A. Menzheritsky, P. Fornara (2016) 80 yoshdan oshgan bemorlarda past perioperatif kasallik va o'limni va UC bilan RSEning qisqa (taxminan 1,5 soat) davomiyligini tasdiqlaydi.

Shuni esda tutish kerakki, siydik chiqarishning ichakdan tashqari va ichki turlari ko'pincha ixtiyoriy ravishda, siydik pufagi saratonining eng og'ir toifasi va yuqori komorbiditeli bemorlarda, murakkab ichak siydik chiqarishi mumkin bo'lmaganda yoki haddan tashqari xavf bilan bog'liq bo'lganda tanlanadi (JF Finks, NH Osborne). , 2011; M. Maffezzini, 2013); shu bilan birga, RSE dan keyin uroderivatsiyaning bunday shakllarini olgan bemorlarda ba'zida orto- va heterotopik variantlarga qaraganda operatsiyadan keyingi

asoratlarni ko'proq bo'ladi va ularning omon qolish darajasi yomonroq (V.A. Perepechay va boshq., 2016).

RSE davomida qon yo'qotish natijasida kelib chiqqan anemiya keng tarqalgan asorat bo'lib, uning hajmi 600 dan 1700 ml gacha (WT Lowrance va boshq., 2018; G. Novara va boshq., 2019; PJ Bostrom va boshq.), 560 dan 3000 ml gacha - M. Souli et al va boshqalarga ko'ra al . (2014) , M. Knap va boshqalar al . (2014), 1000-1200 ml - A. Menzheritskiyga ko'ra, P. Fornara (2016); Shu munosabat bilan bemorlar qonni almashtirishni talab qiladi - o'rtacha 2 ga yaqin eritrotsitlar massasi (A. Menzheritskiy, P. Fornara, 2015) va alohida holatlarda - kattaroq: 1,3 dan 3,2 gacha eritrotsitlar massasi (N. Stroumbakis va boshqalar . , 1997; D. J. Rosario va boshqalar boshq . 2014). Shu munosabat bilan, RSEga tayyorgarlik ko'rishda kutilayotgan qon yo'qotish va qonni almashtirishni rejalashtirish katta ahamiyatga ega (SS Chang va boshq., 2001).

Bemorlarning o'rtacha 42% -82% qon quyishni talab qiladi (A. Shabsigh va boshqalar, 2009; A. Menzheritsky, P. Fornara, 2016), 75 yoshdan oshgan odamlarda qon quyish kichikroq bo'lishi mumkin. bemorlarning nisbati, lekin katta hajmlarda (M Soulié va boshq., 2002 ; D. Tilki) va boshqalar al ., 2010; V. _ Novotniy va boshqalar al ., 2013).

Kasalxonada qolish muddati operatsiyadan keyingi davrni baholashning muhim mezonidir, lekin ko'p jihatdan asoratlarning mavjudligi va og'irligiga bog'liq (X. Gamé va boshqalar, 2014; DN Wood va boshq., 2010), qabul qilingan bemorlarni boshqarish standartlariga bog'liq. klinikada, shuningdek, har bir davlatning siyosati sog'liqni saqlash xizmati va bemorlarning yoshi bo'yicha kamroq va shuning uchun kasalxonada qolish vaqtini taqqoslash to'g'ri bo'lmasligi mumkin.

So'nggi paytlarda Clavien-Dindo tasnifi (CCD) bo'yicha qayd etilgan erta asoratlarni onkourologiya bo'yicha

maqolalarda muhokama qilindi (D. Dindo va boshq., 2014 ; F. Roghmann). va boshqalar al ., 2012; G. _ bartsch va boshqalar al ., 2013; HAQIDA. Laurent va boshqalar, 2016). Ayni paytda, qoida tariqasida, kattaroq bemorlarda klinik jihatdan og'irroq asoratlari (CCD 3-5) kuzatiladi (V. Novotny va boshq., 2012; A. Menzheritsky, P. Fornara, 2016), gaRShi, masalan, F. Roghmann va boshqalarda. (2012) yosh bemorlarda (20,4% ga nisbatan 16,2%) RSE keyin 90 kun ichida CCD ma'lumotlariga ko'ra 3-5 darajali asoratlarning yuqori darajasi: 75 yoshdan kichik va kattaroq bemorlar solishtirildi, ammo hisobga olinmagan holda. turdagi hosillari. S. Madersbacher va boshqalar. (2003) 75 yoshdan oshgan bemorlarda ureterokutaneostomiya bilan og'ir asoratlari (KKD 3-5) ingichka ichak yordamida siydik yo'li bilan og'irgan bemorlarga qaraganda pastroq ekanligini ko'rsatadi.

A.V. Lykov va boshqalar (2012) RSdan keyingi erta davrda asoratlarni somatik, umumiy jarrohlik va yuqumli- yallig'lanishga ajratadi, V. Novotny va boshqalar. (2012) - terapevtik va jarrohlik uchun. RE Hautmann va boshqalar. (1999), J. Leissner va boshqalar. (1999) erta asoratlarni qayta ko'rib chiqishni talab qiladigan va talab qilmaydigan deb hisoblaydi, B. Malavaud va boshqalar. (2011) asoratlarni og'ir va engilga ajratadi , R. R. _ De Vries va boshqalar al . (2012) - katta va kichiklarga, ma'lum darajada KKD bilan solishtirish mumkin (D. Dindo va boshq., 2014).

CI bilan og'irgan bemorlarning deyarli yarmida erta asoratlari, jumladan siydik yo'llari infeksiyalari, pielonefrit, siydik va yonbosh ichak o'rtasidagi anastomozning etishmovchiligi va stenoz (M. Kilciler va boshqalar, 2008; S.A. Nizomov va boshqalar, 2014) rivojlanadi.

Terapevtik asoratlari sifatida pielonefrit va yonbosh ichak parezlari ko'proq tilga olinadi (K. Yamanaka va boshq., 2017; FP Mendiola, KC Zorn, 2017). Shu bilan birga, ichak parezi chastotasi siydikni burish usulidan qat'i nazar, 2%

dan 32% gacha (X. Gamé va boshq., 2001; M. Froehner va boshq., 2019) va A. Menzheritskiy, P. Fornara (2016) - 14% dan 21% gacha. O.A.Kirichenko (2017) ta'kidlashicha, asoratlarning 24,9% RK dan keyin siydik yo'llarini rekonstruksiya qilish va siydik infeksiyasini faollashtirishda jarrohlik texnikasidagi xatolar bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Keksa bemorlarda terapevtik asoratlar orasida yurak-qon tomir (6% dan 38% hollarda) va nafas olish (2% dan 20% gacha) tizimlarining buzilishi ancha keng tarqalgan (C. Deliveliotis va boshqalar, 2015; PE Clark va boshqalar). ., 2015 ; FP Mendiola, KC Zorn, 2017) va ularning paydo bo'lish xavfi yoshga qarab ortadi (S. M. Donat va boshqalar al ., 2010; A. _ Menzheritskiy , P. _ Fornara , 2016). Pre-RSE yurak patologiyasi operatsiyadan keyingi asoratlar xavfini oshiradi (DC Miller va boshq., 2013; A.V. Lykov va boshq., 2013).

Bemorlarning yoshi bilan operatsiyadan keyingi delirium ehtimoli ham ortadi: uning chastotasi 3% dan 9% gacha (T. Saika va boshq., 2001; A. Menzheritskiy, P. Fornara, 2016) va shuningdek, oshadi. 12% gacha (NP Gupta va boshq., 2014 yilda) va hatto 20% gacha (X. Gamé va boshq., 2011).

Adabiyotda obstruktiv nefropatiya (shu jumladan IC bilan og'rigan bemorlarda) 2% -14% ni tashkil qiladi (S. Madersbacher va boshq., 2003; E. Kouba va boshq., 2017 ; M. C. Katta . va boshqalar al ., 2013). Shu bilan birga, obstruktiv nefropatiya CI va UKS bilan og'rigan, umr bo'yi siydik yo'llari stentlari bo'lgan bemorlarda kamroq rivojlanadi (X. Gamé va boshq. (2011).

Erta asoratlar chastotasining o'zgarishi, 33% dan (T.Saika va boshqalar al ., 2011) 4% gacha (M . Knap va boshqalar al ., 2011; M. _ may va boshqalar al ., 2017; K .Yamanaka va boshq., 2017) RS dan keyingi erta kuzatuv davrida reviziylarning o'rtacha chastotasi emas, balki be-

morlarning operativ texnikasi va perioperativ boshqaruvida yaxshilanishni ko'rsatadi. Umuman olganda, operatsiyadan keyingi ijobiy natijalarga quyidagilar ta'sir qiladi: siydik chiqarish usulini tanlash, ichakning optimal rezeksiyasi va antirefluks uretero-ichak anastomozlari, hosil bo'lgan rezervuarning hajmi (I.V. Semenyakin va boshqalar, 2014).

Operatsiyadan keyingi kasallik uchun xavf omillarini o'rganuvchi ko'plab mualliflar ular bilan ASA holati va yoshi o'rtasidagi bog'liqlikni aniqladilar (PE Clark va boshq., 2015; B. K. Hollenbeck). va boshqalar al ., 2005; P. _ J. _ Bostrom _ _ va boshqalar al ., 2009; R. _ E. _ Hautmann va boshqalar al ., 2010; V. Novotny va boshqalar, 2013). Bundan tashqari, bunday omillar orasida karsinoma in situ, T-bosqichi, o'pka muammolari, kortikosteroidlarni surunkali qo'llash, shuningdek yurak kasalliklari (VJA MaRSh va boshq., 2008). Bundan tashqari, RSE so'ng asoratlarning chastotasi, A.V. Lykov va boshqalar (2013), V.A. Atduev va boshqalar (2017), tana massasi indeksiga, operatsiyadan oldingi kamqonlikka, qon yo'qotish hajmiga va qorin bo'shlig'ining intraoperativ infeksiyasiga, qorin bo'shlig'i va tos a'zolariga operatsiyalar tarixiga, shuningdek, ayolga tegishli. jinsiy aloqa va kichik tos a'zolarida erta RT (N.Lawrentschuk va boshq., 2010).

S.S. Krestyaninov va boshqalar (2015) RSE va kengaytirilgan yonbosh limfa tugunlari diseksiyasidan so'ng tos bo'shlig'ining lateral devorlarining qorin pardasini tiklash ikki tomonlama perineal drenaj bilan birgalikda erta operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytiradi, deb hisoblashadi. Boshqa mualliflar (O.B. Loran va boshqalar, 2015 ; S.V. Kotov va boshqalar, 2018; Y. Cerantola va boshqalar al ., 2013; A. _ Aziz va boshqalar al ., 2014; A. _ M. _ Harraz va boshqalar al ., 2015; MD Tayson, SS Chang, 2016) ERAS protokolining mavjud tezkor komponentlarini eslatib o'tadi, ular ko'pincha bemorlarni boshqarishning oldingi, va operatsiyadan keyingi

davrida mutaxassislar tomonidan e'tibordan chetda qoladi (S.P. Darenkova va boshq., 2013; WS. Tan va boshq., 2015), lekin ularga rioya qilish ijobiy natijalar beradi (S.V. Kotov va boshq., 2018).

Asosiy jarrohlik asoratlari ko'pincha siydikni tashish va buyrak yetishmovchiligining buzilishi, parastomal va ventral churralar, shuningdek oqma bilan birga keladigan uretero-ilial strikturalar bilan ifodalanadi. R.Steyn va boshq.(2003) RK dan keyingi kech davrda EK bilan og'rigan bemorlarda siydik yo'llari stenozi (bemorlarning 8% da), toshlar hosil bo'lishi (5% da), stoma stenozi (5% da) chastotasini eslatib o'tadi.) va uning nekrozi, parastomal churralar, siydik oqishi (3-5% hollarda), elektrolitlar muvozanatining buzilishi holatlari. Ko'pincha, CI bilan og'rigan bemorlarda kechki asoratlar (S.A. Nizomov va boshqalar, 2014) orasida anastomozdan kelib chiqadigan asoratlar (24% gacha), shuningdek yuqori siydik yo'llarida morfofunktsional o'zgarishlar - 30 gacha. % (S. Madersbacher va boshqalar, 2013; A.L. Charyshkin, D.A. Matorkin, 2015). Shu bilan birga, kuzatish davomiyligi bilan asoratlarning chastotasi oshadi: kuzatuvning 5 yilida 45% dan 15 yildan ortiq kuzatuvda 94% gacha; Bu erda eng keng tarqalgani siydik yo'llarining o'zgarishi (50 % da) va urolit-iyoz (bemorlarning 38%) (D. N. Vud va boshqalar al ., 2010; S. Madersbaxer va boshqalar al ., 2013).

Tadqiqot davomida mualliflarning aksariyati SPS bilan og'rigan bemorlarni reabilitatsiya qilish samaradorligini tibbiy nuqtai nazardan ham, ijtimoiy va kasbiy dezadaptatsiya bilan bog'liq holda oshirish uchun RSE bilan kasallangan bemorlarning hayot sifatini (HS) o'rganadilar . oiladagi muammolar (I.A. Reva va boshqalar, 2015). Tadqiqotlar natijasida siydik pufagini geterotopik yoki ortotopik rekonstruksiya qilingan bemorlarda ustunlik mavjudligi aniqlandi (M.I.Vasilchenko va boshqalar, 2013; I.V. Semenyakin va boshqalar, 2014; A.A. Izmailov, 2014).

Adabiyotlarda RSE natijalarini tahlil qilish va siydikni o'zgartirish usullarining samaradorligini taqqoslashda bemorlarning Qo'l darajasi SF-36, EORTC QLQC30 (3-versiya), ostoma bemor uchun anketa (M.I. Vasilchenko) so'rovnoma-lari yordamida o'rganiladi. va boshqalar, 2014; O.B. Laurent va boshqalar, 2016). Shunday qilib, SF-36 so'rovnomasi jis-moniy faoliyat, jismoniy holat tufayli rol faoliyati, og'riq in-tensivligi, umumiy salomatlik, hayotiy faoliyat, ijtimoiy faoli-yat, hissiy holat tufayli rol ishlashi, ruhiy salomatlik kabi ji-hatlarni o'z ichiga oladi. Masalan, M.I. Vasilchenko va boshqalar (2014), bemorlarni (asosan orto- va geterotopik hosila turlari bo'lgan) HS bo'yicha so'roq qilish RSEdan keyin 3 oydan 5 yilgacha bo'lgan davrda sog'liqni saqlash, hissiy muammolar va ijtimoiy muammolarni umumiy idrok etish ko'rsatkichlarining pasayishini aniqladi. kuzatuvning birinchi 6-12 oylik faoliyati . A.N. Panukalin va boshqalar (2011), yuqoridagilarga qo'shimcha ravishda, hayotning onkospesifik sifati anketalarini qo'llagan: FACT-BI (Versiya 4), Karnovskiyni ijro etuvchi holati. R. Gemmill va boshqalar. (2010) turli xil siydik chiqarish turlari bilan SPS uchun RSE o'tkazgan 307 bemorning hayot sifatini baholagan holda, RSEdan oldin jinsiy faol bemorlarning 27% dan kamrog'i undan keyin jinsiy hayotga ega bo'lgan, 40% dan ortig'i depressiyani boshdan kechirgan. urostomiya, siydik o'g'irlab ketish va urostomiya atrofidagi terining ma-seratsiyasi, Qovuq saratoni qaytalanishidan qo'rqish, oilaviy va moliyaviy muammolar, kelajakka nisbatan noaniqlik bilan bog'liq muammolarni qayd etdi.

LS ELTing va boshqalar. (2005) , M. Frohner va boshqalar al . (2009) yuqori va past operatsion faollikka ega bo'lgan markazlarda o'lim darajasining sezilarli farqini qayd etdi (RSE soni bo'yicha), bu yirik ma'lumot markazlarining katta tajribasi va texnologik ishlanmalari bilan izohlanadi va boshqa mualliflarning ma'lumotlariga mos keladi (

V.A.Atduev va boshqalar, 2009; M. I. Kogan va boshqalar, 2014; V. A. Perepechai va boshqalar, 2016; A. I. Rolevich, 2016; RE Hautmann va boshqalar, 2010). Bundan tashqari, erta o'limning chastotasi aralashuvning palliativ yoki rejalashtirilgan tabiatiga qarab farq qilishi mumkin (N. Zebic va boshq., 2005; B.P. Matveev va boshq., 2009) va C. Deliveliotis va boshqalarga ko'ra. (2005), shuningdek, IC yoki ICS bajarilganligi haqida. Shu bilan birga, ba'zi mualliflar (PE Clark va boshq., 2005; F. Roghmann va boshq., 2012) yoshi 80 dan kichik bo'lgan bemorlar guruhidagi o'lim darajasi keksalarga qaraganda ko'proq ekanligini ta'kidlaydilar. ulardagi derivatsiyaning katta murakkabligi va erta asoratlarning katta chastotasi va jiddiyligi.

RSE operatsiyasidan 2-3 oy o'tgach, bemorlarning erta o'limida yosh omilini ko'rish mumkin: masalan, S. Madersbacher va boshqalarga ko'ra. (2010), 75 yoshgacha bo'lgan bemorlarda 0,5%, 75 yoshdan oshgan bemorlarda - 1,5%, 80 yoshdan oshgan bemorlarda - 5,2%. D. Liberman va boshqalarga ko'ra. (2011), 70 yoshgacha bo'lgan odamlarda RSEdan keyin 90 kunlik o'lim 2%, 70-79 yoshda - 5% va 80 yoshdan oshganlar - 9% ni tashkil etdi. Xuddi shunday natijalar M. May va boshqalar. (2011), bunda 75 yoshgacha bo'lgan bemorlarda RSE dan keyin 90 kunlik o'lim 4%, 78 yoshdan oshganlar - 6% va 80 yoshdan oshganlar - 8% ni tashkil etdi. A. Menzheritskiy, P. Fornara (2016) tomonidan o'tkazilgan tadqiqotda, keksa bemorlar guruhida RSE dan keyin 90 kunlik o'lim yosh bemorlarga qaraganda deyarli 2,5 baravar yuqori: 14% ga nisbatan 5,7%. Ammo F. Roghmann va boshqalarning tadqiqotida. (2012) 75 yoshgacha bo'lgan va 75 yoshdan oshgan odamlarda RK dan keyin 90 kunlik o'lim chastotasida farqlar yo'q edi - har biri 5,4% ni tashkil etadi, umuman olganda, katta yoshdagi bemorlarda o'limning yuqori tendentsiyasi adabiyotda ko'proq uchraydi (A. Menzheritskiy, P. Fornara, 2016).

Shunga qaramay, shuni tan olish kerakki, turli xil hosila usullari bo'lgan bemorlarda RSE natijalarini (jumladan, operatsiyadan keyingi o'lim va omon qolish) bashorat qilishning yagona tizimi va mezonlari mavjud emas. Hozirgacha ishlab chiqilgan barcha nomogrammlar va indekslar amal qiladi (masalan, HCI, ASA-status, CDC), lekin ularni yaxshilash kerak. Yuqorida aytilganlar bilan bog'liq holda, siydik pufagi saratoni bilan og'rigan bemorlarni davolashda eng muhimi, siydik chiqarishning turli xil variantlari bilan RKning jarrohlik usullarini takomillashtirish, shuningdek, erta va saraton sonini kamaytirish uchun operatsiyadan keyingi davolanishni optimallashtirishdir. operatsiyadan keyingi kech asoratlari (V.N. Perepechay va boshq., 2016). Siydik chiqarishning ko'p sonli turli usullarining mavjudligi optimal rezervuarni izlash davom etayotganligini va tugallanmaganligini ko'rsatadi (S.N. Nesterov va boshqalar, 2016). Onkourologiyada erta reabilitatsiya imkoniyatlariga bag'ishlangan ilmiy nashrlar asosan jarrohlik texnikasini optimallashtirish va minimal invaziv usullardan foydalanishga qaratilgan (Tan WS va boshqalar, 2015; Poghosyan R.R. va boshq., 2017; Kim . T. H. va boshqalar al . 2016; Kim J. K. va boshqalar al ., 2016). Biroq, D.G.ning fikriga ko'ra. Voroshina va boshqalar (2018), yanada dolzarb va dolzarb vazifa - sistoplastika bilan RSE o'tkazgan bemorlarni (masalan, ERAS protokollari asosida) tez tiklash uchun mavjud usullarni joriy etish va yangi usullarni ishlab chiqish.

Qovuq saratonini davolash muammolari bilan shug'ullangan mualliflar 2012 va 2017 yillarda qabul qilingan Qovuq saratoni tasnifidan foydalanganlar. amerikalik qo'shma Qo'mita yoqilgan Saraton, AJCC .

NM tasnifiga qarab kasallikning bosqichlari aniqlandi. Buning uchun quyidagi jadvaldan foydalanilgan (1- tab .).

Yuqorida aytilganlarning barchasi RSEda qo'llaniladigan turli xil hosila olish usullari bo'yicha tadqiqotlarning davom

etayotganligini ko'rsatadi, shu jumladan onkurologiyada eng keng tarqalgan va ko'pincha turli yoshdagi bemorlarda RSE da qo'llaniladigan Brikker operatsiyasining samaradorligini oshirish uchun turli bosqichlarda. siydik pufagi saratoni.

1-jadval

Qovuq saratonining bosqichlari bo'yicha tasnifi

Bosqich	T	N	M
0 a	Ta	N0 _	M0 _
0 hisoblanadi	Tis	N0 _	M0 _
I	T1 _	N0 _	M0 _
II	T 2 a , b	N0 _	M0 _
IIIA	T 3 a , b	N0	M0
	T4a	N0	M0
	T1-4a	N1	M0
IIIB	T1-4a	N2 , N3	M0
IVA	T4b	Har qanday N	M0
	Har qanday	Har qanday N	M1a
IVB	Har qanday	Har qanday N	M1b

**TNM tizimi bo'yicha siydik pufagi saratoni tasnifi
(8-nashr 2017 yil)**

T - shish paydo bo'lishi

Ta invaziv bo'lmagan papiller karsinoma

T - urotelial MDH : "tekis o'simta"

T1 - shilliq qavatning shilliq qavati propria (subepiteli-al biriktiruvchi to'qima)

T2 - Qovuq mushaklari

- T2a - yuzaki mushak qatlami (mushaklarning ichki

yarmi)

- T2 b - chuqur mushak qatlami (mushaklarning tashqi yarmi)

T3 - perivisserral tarqalish

- T3a - mikroskopik
- T3 b - Makroskopik (ekstrobubble massasi)

T4 - prostata, urug' pufakchalari, bachadon, qin, tos devori, qorin devori

- T4a Prostata, urug' pufakchalari, vagina
- T4 b - tos devori, qorin devori

N - mintaqaviy limfa tugunlari

NX - Mintaqaviy limfa tugunlarini baholash mumkin emas

N0 - mintaqaviy limfa tugunlarida metastazlar yo'q

N1 - bitta (perizikal, obturator, ichki va tashqi yonbosh yo-ki sakral)

N2 - ko'p (periveks, obturator, ichki va tashqi yonbosh yo-ki sakral)

N2 - umumiy yonbosh limfa tugunlari

M - uzoq metastazlar

MX - Uzoq metastazlarni baholash mumkin emas

MO - uzoq metastazlar yo'q

M1 - uzoq metastazlar

G - o'smalarning differentsiatsiyasi darajasi

GX - farqlanish darajasini baholash mumkin emas

G 1 - yuqori darajada farqlangan o'simta

G 2 - o'rta darajada farqlangan o'simta

G 3 - yomon differensiyalangan / ajratilmagan o'simta

II BOB

TADQIQOT MATERIALLARI VA USULLARI

Ilmiy ishda siydik pufagining mushak invaziv saratoni (pT1-4) bo'lgan 42 bemorni jarrohlik davolash natijalari keltirilgan. Ushbu bemorlarning barchasi 2017 yildan 2020 yilgacha bo'lgan davrda. Radikal sistektomiya (RS) Brikker va RSE bo'yicha ileokonduit hosil qilish bilan tashqi siydik chiqarish usullari yordamida ureterokutaneostomiyani shakllantirish bilan amalga oshirildi.

Operatsiya ichidagi, operatsiyadan keyingi davr va erta asoratlarni o'rganish bemorlarni o'rganishga kiritilgan olingan ma'lumotlarga asoslanadi. Barcha bemorlarga mustaqil operatsiya sifatida sistektomiya o'tkazildi yoki kichik tos a'zolarining mahalliy rivojlangan o'smalari (LROMT) bo'lsa, qo'shni organlar bilan bir blok sifatida siydik pufagini olib tashlash amalga oshirildi, so'ngra inkontinent Brikker va siydik pufagining RSE shakllanishi bilan siydigini yo'nal-Tirish amalga oshirildi. UKS. Respublika onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Andijon filialida 2017-2020-yillarda 42 nafar bemor operatsiya qilindi va kuzatuvda bo'ldi.

Yoshi bo'yicha bemorlar quyidagicha taqsimlanadi (2.1-rasm): 40-49 yosh - 6 kishi (14,3%), 50-59 yoshdan - 14 (33,3%) kishi, 60-69 yoshdan - 21 kishi. (50%), ≥ 70 yosh - 1 (2,4%) kishi.

Asosiy kontingent 60 yoshdan 69 yoshgacha bo'lgan shaxslardan iborat edi. O'rganilgan bemorlarning o'rtacha yoshi 55 yoshni tashkil etdi.

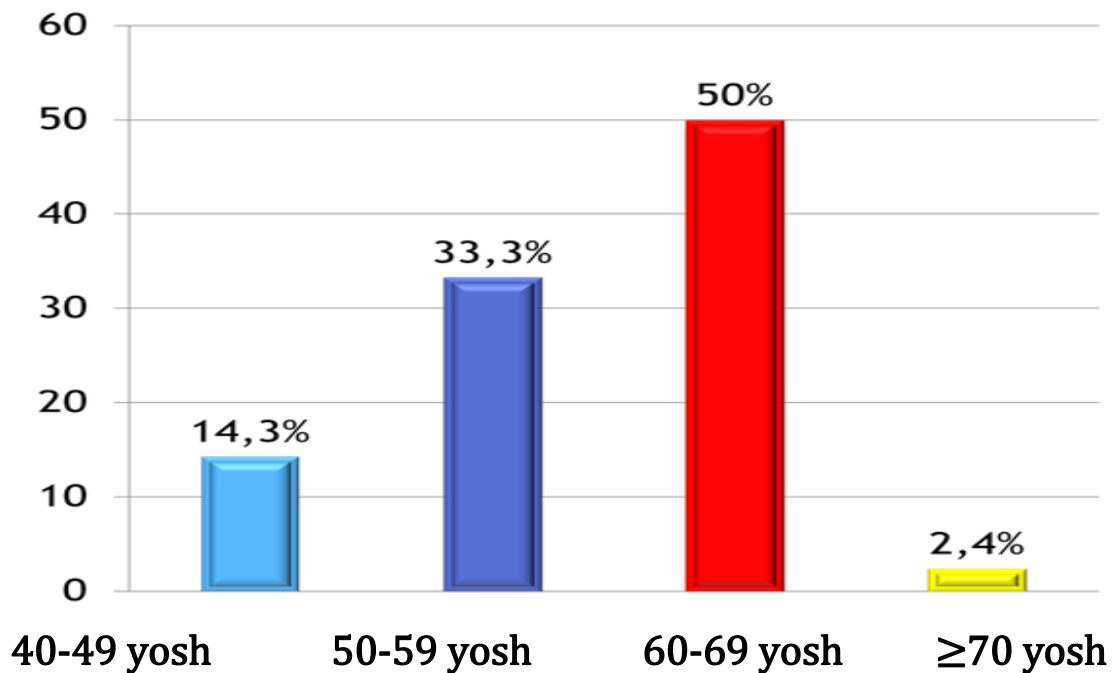
Jins bo'yicha tekshirilgan bemorlarning asosiy qismini erkaklar 37 (88,1%) va ayollar 5 (11,9%) tashkil etdi (2.2-rasm).

Bosqichga qarab siydik pufagi saratoni bilan og'rigan bemorlar quyidagicha taqsimlandi : II bosqich - 10 kishi (24%), IIIa bosqich - 26 (62%), IIIb bosqich - 6 (14%) (2.3-

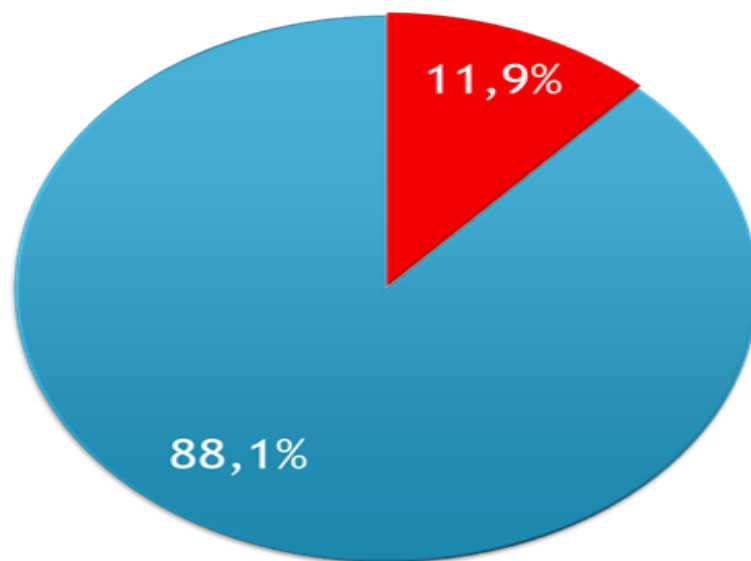
rasm).

Operatsiya qilingan bemorlarning o'simtasining gistologik tuzilishi 2.3-rasmda ko'rsatilgan va operatsiyadan oldin va keyin farq qilmagan. O'smalarning asosiy foizi o'tish davri hujayrali karsinoma edi.

Qovuq saratoni bilan og'rigan bemorlarni tekshirish quyidagi turlarni o'z ichiga oladi



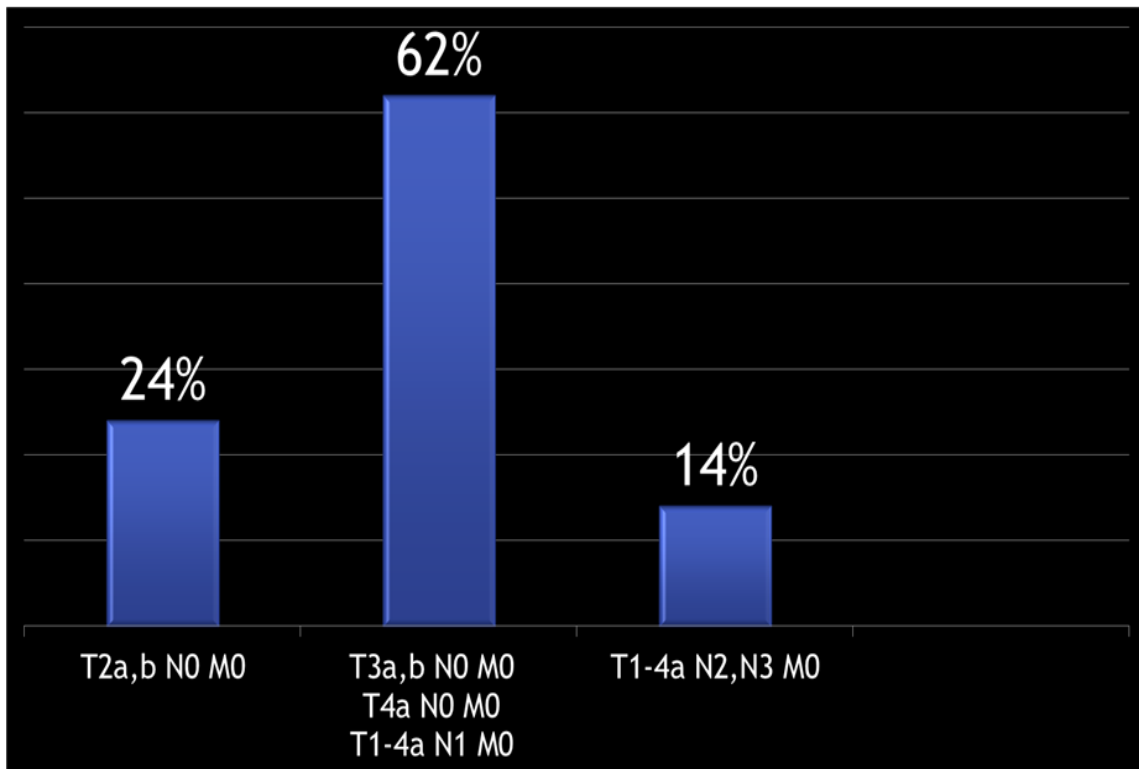
2.1-rasm-Tekshiruvdan o'tgan bemorlarning yoshi bo'yicha taqsimlanishi.



Erkaklar - 37 (88,1%) Ayollar - 5 (11,9%)--

2.2-rasm - Tekshirilayotgan bemorlarning jinsi bo'yicha taqsimlanishi.

Tadqiqot : umumiy klinik va biokimyoviy laboratoriya tekshiruvi, genitoüriner va ovqat hazm qilish tizimlarining ultratovush tekshiruvi, tos a'zolari va qorin bo'shlig'ining kompyuter yoki magnet-rezonans tomografiyasi (KT yoki MRT), o'pkaning rentgenografiyasi va KT, ekskretor urografiya, kolonoskopiya.



2.3-rasm-Tekshirilgan bemorlarning bosqichlar bo'yicha taqsimlanishi.
(TNM).



2.4-rasm - O'smalarning gistologik turlari
Siydik pufagining biopsiyasi (barcha bemorlarda o'sma jarayonining bosqichini aniqlash imkonini beradi.).

Umumiy klinik laboratoriya tadqiqotlari majmuasiga kiritilgan umumiy qon va siydik sinovlari bemorlarda - makrogematuriya mavjudligini tasdiqlash va mikrogematuriyani, shuningdek, anemiya va qon tizimining boshqa kasalliklari belgilarini, diabetes mellitus belgilari va surunkali yallig'lanishni aniqlash uchun mo'ljallangan.

Siydik chiqarish tizimining funktsional holatini va surunkali buyrak etishmovchiligi belgilarini, shuningdek surunkali jigar kasalliklarini aniqlash uchun karbamid, kreatinin, bilirubin, glyukoza, umumiy oqsil va oqsil fraksiyalari, elektrolitlar, gidroksidi fosfataza darajasini baholash bilan biokimyoviy qon testlari o'tkazildi. Jigar metastazlarining klinik bosqichidan oldin simptomlarni tasdiqlash uchun qon gidroksidi fosfataza darajasi aniqlandi : u me'yordan oshmadi .

Qon ivish tizimining holatini baholash, shu qatorda, RSE bo'lajak uzoq muddatli va travmatik organlarni olib tashlash operatsiyasini kutayotgan bemorlarning ko'pchiligida turli darajadagi anemiya fonida uning funksionalligini aniqlash uchun amalga oshirildi.

2.1.1. Qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi.

Qovuqning ultratovush tekshiruvi (ultratovush tekshiruvi) maxsus parhez va ichakni tozalashsiz amalga oshirildi: tadqiqotga tayyorgarlik siydik pufagini 250 ml yoki undan ortiq hajmgacha to'ldirishdan iborat edi (mikrokistali bemorlardan tashqari). Transabdominal uLTratovush tekshiruvi B rejimida (" kulrang shkala " rejimida) 3,5-5 MGts chastotali chiziqli va qavariq transduserlar yordamida siydik pufagini to'liq ko'p tomonlama o'rganishni o'z ichiga oladi .

Ultratovush tekshiruvining vazifalari quyidagilardan iborat: siydik pufagi o'smasi mavjudligini, uning hajmini, topikal joylashishini, o'sish turini va ekostrukturasini

aniqlash; o'simtaning qo'shni organlar va to'qimalarga mahalliy tarqalishini baholash, mintaqaviy limfa tugunlarining kengayishi; ureterogidronefroz va jigar metastazlarini aniqlash .

Siydik pufagi ultratovush tekshiruvi

Siydik pufagining ultratovush tekshiruvi-siydik pufagining hajmini, shaklini, hajmini, uning devorlari va atrofdagi to'qimalarning holatini, siydik pufagi bo'yinining tarkibi va o'tkazuvchanligini, qoldiq siydik hajmini baholashga imkon beradigan zamonaviy tadqiqot usuli. Tadqiqot siydik o'g'irlab ketish, siydik pufagi disfunktsiyasi va boshqalarni kuzatish uchun ishlatiladigan organning funktsional holatini baholashga imkon beradi.

Siz mutaxassis shifokor tayinlanishidan oldin ham ultratovush tekshiruvidan o'tishingiz mumkin. Bu sizga va shifokoringizga vaqtni tejashga, tezroq tashxis qo'yishga va tegishli davolanishni o'z vaqtida belgilashga imkon beradi. Bizning markazimizdagi barcha ultratovush tekshiruvlari yuqori sifatli tadqiqotni kafolatlaydigan Logiq E9 ekspert sinfidagi General Electric kompaniyasining yangi qurilmasida amalga oshiriladi.

Siydik pufagining ultratovush tekshiruvi quyidagilarni aniqlashga imkon beradi:

Siydik pufagi tuzilishidagi anomaliyalar,
Siydik pufagi toshlari va begona jismlar,
divertikullar (siydik pufagi devoridagi protrusion) va ular da yallig'lanish mavjudligi,
o'smalar (poliplar, saraton),
o'tkir va surunkali sistit,
qoldiq siydik hajmi.

Siydik pufagi ultratovush tekshiruvi qachon buyuriladi?

qorinning pastki qismida tez-tez og'riqli siyish va og'riq bilan-sistit (siydik pufagi yallig'lanish belgilari), tosh chiqishi bilan urolitioz, o'sma kasalliklari,

siydikda qon paydo bo'lganda (gematuriya) - bunday alomatlar urolitiyoz, o'sma jarayoni yoki genitouriya tizimining shikastlanishi bilan birga keladi,

Siydik pufagini to'liq bo'shatmaslik hissi bilan-ehtimol erkaklarda prostata adenomasi, begona jismlar yoki siydik pufagi / boshqa tos a'zolarining o'smalari bilansiydik chiqarishning ko'payishi yoki kamayishi bilan,umumiy siydik tahlilida har qanday anormallik uchun.

Texnologiya Jarayon usuli qorinning pastki qismida qorin old devori orqali amalga oshiriladi.

Qoldiq siydikni aniqlash bilan ultratovush tekshiruvi - siydik pufagini bo'shatishdan oldin va keyin; birinchi tadqiqotda barcha ko'rsatkichlar tekshiriladi, siyishdan keyin qolgan siydik miqdori aniqlanadi.

Tayyorgarlik:

Tadqiqot ma'lumotlari ishonchli bo'lishi uchun protsedura davomida bemorning siydik pufagi to'ldirilishi kerak, shuning uchun tadqiqotdan bir soat oldin taxminan 500-700 ml suyuqlik ichish kerak bo'ladi.

Tadqiqot vaqti 15 daqiqa. Ultratovush diagnostikasi bo'yicha shifokorning xulosasi tadqiqot tugagandan so'ng darhol beriladi.

Siydik pufagi ultratovush tekshiruvi-bu kompyuter ekranida siydik pufagi tasvirini yaratish uchun yuqori chastotali tovush to'lqinlaridan foydalanadigan diagnostika usuli. Ushbu usul invaziv bo'lmagan va xavfsizdir va ko'pincha siydik pufagining kattaligi, shakli va tuzilishini baholash uchun ishlatiladi.

Agar bemorda genitoüriner tizim bilan bog'liq alomatlar bo'lsa, masalan, tez-tez siyish, siyish paytida og'riq yoki siydik pufagini to'liq bo'shata olmasa, siydik pufagini ultratovush tekshiruvi shifokor tomonidan tavsiya etilishi mumkin. Siydik pufagi saratoni kabi kasalliklarni davolashda

siydik pufagi holatini kuzatish uchun ham buyurilishi mumkin.

Siydik pufagi ultratovush tekshiruvi (siydik pufagi ultratovush tekshiruvi) siydik tizimi kasalliklarini aniqlashning muhim usuli hisoblanadi. Siydik pufagi ultratovush tekshiruvining asosiy xususiyatlariga quyidagilar kiradi:

Noinvaziv: Siydik pufagi ultratovush tekshiruvi invaziv bo'lmagan tadqiqot usuli hisoblanadi, ya'ni siydik pufagiga asboblari yoki kateterlarni kiritish shart emas.

Xavfsizlik: Siydik pufagi ultratovush tekshiruvi ionlashtiruvchi nurlanishdan foydalanmaydi, bu homilador ayollar va bolalarda foydalanish uchun xavfsizdir.

Jarayonning soddaligi: Siydik pufagining ultratovush tekshiruvi ambulatoriya asosida amalga oshirilishi mumkin bo'lgan oddiy protsedura bo'lib, uzoq tayyorgarlik yoki kasalxonaga yotqizishni talab qilmaydi.

Mavjudligi: ultratovush uskunalari shifoxonalar va klinikalarda keng tarqalgan bo'lib, tadqiqotni ko'pchilik bemorlar uchun ochiq qiladi.

Samaradorlik: Siydik pufagi ultratovush tekshiruvi siydik pufagi kasalliklari, masalan, o'smalar, toshlar, infektsiyalar va boshqa anormalliklarni aniqlashga yordam beradi.

Haqiqiy vaqtda tasvirlash: Siydik pufagi ultratovush tekshiruvi siydik pufagini Real vaqtda ko'rish imkonini beradi, bu dinamik o'zgarishlarni aniqlash va siydik pufagining funktsional holatini baholashga yordam beradi.

Hajmi va hajmini baholash qobiliyati: Siydik pufagining ultratovush tekshiruvi siydik pufagining hajmi va hajmini aniqlashga yordam beradi, bu ba'zi kasalliklarni tashxislashda muhim bo'lishi mumkin.

Siydik pufagining ultratovush tekshiruvi odatda genitoüriner tizim bilan bog'liq turli xil kasalliklarni aniqlash

uchun buyuriladi. Quyida siydik pufagining ultratovush tekshiruvi uchun asosiy ko'rsatmalar keltirilgan:

Pastki siydik yo'llarining belgilari: tez-tez siyish, siyish paytida og'riq, uretral yonish va boshqalar.

Qorinning pastki qismida yoki siydik pufagi sohasida tushunarsiz og'riqlar.

Urolitiaz: SIYDIK PUFAGIDAGI toshlarning hajmi va miqdorini aniqlash uchun siydik pufagining ultratovush tekshiruvidan foydalanish mumkin.

Siydik chiqarishning turli xil kasalliklari: siydik pufagini to'liq bo'shamaslik hissi.

Siydik pufagi operatsiyasidan keyin nazorat qilish uchun.

Siydik chiqarish yo'llari kasalliklari bo'lgan bemorni har tomonlama tekshirishda.

Siydik pufagining ultratovush tekshiruvi uchun ko'rsatmalar urolog, ginekolog yoki siydik tizimining kasalliklarini tashxislash va davolash bilan shug'ullanadigan boshqa mutaxassis tomonidan belgilanishi mumkin.

Siydik pufagi ultratovush tekshiruvi siydik pufagi tasvirini yaratish uchun yuqori chastotali tovush to'lqinlaridan foydalanadigan zararsiz va shikastlanmagan usuldir. Siydik pufagini ultratovush qilishning bir necha usullari mavjud:

Transabdominal ultratovush tekshiruvi eng keng tarqalgan usuldir. Ushbu usulda siydik pufagi qorin devori orqali tekshiriladi. Aniqroq tasvirni ta'minlash uchun bemor siydik pufagini ma'lum darajada to'ldirishi kerak bo'lishi mumkin.

Transrektal ultratovush-bu transabdominal tekshiruv etarli darajada aniq bo'lmagan hollarda qo'llanilishi mumkin bo'lgan usul. Ushbu usulda siydik pufagi tasvirini yaratish uchun to'g'ri ichakka ultratovush sensori kiritiladi.

Transvaginal ultratovush-bu transabdominal tekshiruv o'rniga ayollarda qo'llanilishi mumkin bo'lgan usul. Ushbu usulda siydik pufagi tasvirini yaratish uchun vaginaga ultratovush sensori kiritiladi.

Mikroto'lqinli gidrodinamik sensorlar yordamida ultratovush tekshiruvi-bu yuqori aniqlik va aniqlik bilan siydik pufagi tasvirlarini yaratishga qodir bo'lgan maxsus sensorlardan foydalanadigan yangi tadqiqot usuli.

Siydik pufagini tashxislashda ultratovush sensori bilan ishlash qoidalari aniq uskunalar va tadqiqot protokoliga qarab farq qilishi mumkin, ammo umuman olganda umumiy tavsiyalar mavjud:

Bemor tadqiqotga tayyor bo'lishi kerak, shu jumladan siydik bilan ma'lum darajada to'ldirilishi kerak. Shifokor tadqiqotga tayyorgarlik ko'rish uchun aniq ko'rsatmalar berishi mumkin.

Ultratovush sensori steril bo'lishi va faqat bitta bemor tomonidan ishlatilishi kerak. Sensor shikastlangan yoki ifloslangan bo'lsa, uni almashtirish kerak.

Bemorning terisi bilan aloqani yaxshilash va siydik pufagining aniq tasvirlarini olish uchun ultratovush sensori jel bilan yog'lanishi kerak.

Ultratovush sensori bemorning pastki qoriniga joylashtirilishi va siydik pufagining turli proektsiyalarda tasvirini olish uchun asta-sekin harakatlanishi kerak.

Shifokor sensorning bemorda noqulaylik yoki og'riq keltirmasligiga ishonch hosil qilishi va kerak bo'lganda tekshiruvni to'xtatishi kerak.

Ultratovush sensori yordamida olingan tasvirlar siydik pufagining o'lchami, shakli va tuzilishini, o'smalar, toshlar yoki boshqa patologik o'zgarishlar mavjudligini aniqlaydigan shifokor tomonidan baholanishi kerak.

Tadqiqot tugagandan so'ng, ultratovush sensori ishlab chiqaruvchining ko'rsatmalariga muvofiq tozalanishi va dezinfektsiya qilinishi kerak.

Siydik pufagini tashxislash uchun sensor ichki (vaginal yoki to'g'ridan-to'g'ri ichak) yoki tashqi bo'lishi mumkin.

Agar siz tashqi sensor yordamida siydik pufagini tashxis qilsangiz, sizga quyidagilar kerak:

Bemorni ultratovushli divanda chalqancha yotishini so'rang.

Sensor va bemorning terisi o'rtasida yaxshi aloqani ta'minlash uchun jelni sensorga qo'ying.

Sensorni qorin bo'shlig'idagi bemorning terisiga, taxminan pubis va kindik o'rtasida bosing.

Ultratovush apparati ekranida siydik pufagini ko'rish uchun optimal pozitsiyani topish uchun sensorni teri bo'ylab harakatlantiring.

Optimal pozitsiyani topganingizda, ekranda siydik pufagining eng yaxshi tasvirini olish uchun sensorni harakatsiz ushlab turing.

Agar siz ichki sensor yordamida siydik pufagini tashxis qilsangiz, sizga quyidagilar kerak:

Bemorni ultratovushli divanda chalqancha yotib, tizzalarini bukib, yon tomonlariga qo'ying.

Sensor va bemorning to'qimalari o'rtasida yaxshi aloqani ta'minlash uchun jelni sensorga va uning uchiga qo'ying.

Sensorni qinga (qin sensori holatida) yoki to'g'ri ichakka (to'g'ridan-to'g'ri ichak sensori holatida) muloyimlik bilan kiriting va uni siydik pufagi yo'nalishi bo'yicha yo'naltiring.

Ultratovush apparati ekranida siydik pufagini ko'rishingiz mumkin bo'lgan optimal pozitsiyani topish uchun sensorni harakatlantiring.

Optimal pozitsiyani topganingizda, ekranda siydik pufaginging eng yaxshi tasvirini olish uchun sensorni harakatsiz ushlab turing.

Siydik pufagini ultratovush tekshiruvidan oldin eng aniq natijaga erishish va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni oldini olish uchun tayyorgarlik ko'rish kerak.

Siydik pufagi ultratovush tekshiruviga tayyorgarlik ko'rish uchun ba'zi umumiy ko'rsatmalar:

Tadqiqotdan oldin siydik pufagini to'ldirish uchun protseduradan 1-2 soat oldin taxminan 1,5-2 litr suv ichish kerak. Tadqiqotdan 30 daqiqa oldin suyuqlik ichmaslik muhimdir.

Noto'g'ri natijalarga yo'l qo'ymaslik uchun tadqiqotni boshlashdan oldin siydik pufagini bo'shatish kerak. Agar siydik pufagingizni to'ldirish uchun etarli miqdorda suv icholmasangiz, bu haqda do'kteringizga xabar berishingiz kerak.

Siydik pufagi saratoni UT belgilari:

Agar saraton kasalligiga shubha qilingan bo'lsa, ultratovush tekshiruviga tayyorgarlik yuqoridagi kabi. Ultratovush tekshiruvi yordamida o'smaning lokalizatsiyasi, uning tuzilishi, hajmi, qon ta'minoti xususiyatlari aniqlanadi. Shu bilan birga, erkaklarda siydik yo'llari, prostata, ayollarda tuxumdonlar va fallop naychalarining o'sma jarayoniga jalb qilinishi tekshiriladi, mintaqaviy limfa tugunlarida metastazlar mavjudligi aniqlanadi. Siydik pufaginging 5 mm dan katta bo'lgan ekzofit o'smalarini (bo'shliq ichida) aniqlash osonroq. infiltrativ saraton devor qalinligiga (endofit o'smasi) o'sganda, ultratovush diagnostikasi kamroq ma'lumotga ega.

Siydik pufagida joylashgan saratonning ultratovush belgilari:

bir hil bo'lmagan tuzilishga ega organ devorlarida izo - yoki giperekoik shakllanishlar,

Siydik pufaging pastki qismida giperekoik mayda massalar (nekrotik massalar va parchalanayotgan o'simtada qon pıhtılarının to'planishi);

organning notekis devorlari, ularning qalinligi va bir xilligining notekis o'zgarishi;

pufak deformatsiyalari.

Tashxisni aniqlashtirish uchun biopsiyalarning sistoskopiya va gistologik tekshiruvi (to'qima tuzilishini o'rganadi) ham buyuriladi - sistoskopiya paytida olingan to'qima qismlari (kattalashtiruvchi asbobni siydik pufagi bo'shlig'iga kiritish).

Prostata, siydik pufaging ultratovush tekshiruvi va qoldiq siydikni aniqlash kontrendikatsiyaga ega bo'lmagan arzon va xavfsiz usullardir. Ushbu tadqiqotlar siydik pufagidagi o'smalarni deyarli 80% aniqlik bilan aniqlashga imkon beradi. Faqat juda kichik shakllanishlar (diametri 5 mm dan kam) dastlabki bosqichda tashxis qo'yilmasligi mumkin. Saraton o'simtasining xilma-xilligini aniqlashtirish uchun ultratovush bilan bir qatorda sistoskopiya, siydik cho'kmasini mikroskopik tekshirish, organ to'qimasini gistologik tahlil qilish bilan biopsiya va ba'zi rentgenologik usullar amalga oshiriladi. Tashxis simptomlarning umumiylikini va barcha tekshiruvlar natijalarini baholash orqali aniqlanadi.

Siydik pufagi saratoni va yallig'lanishining asosiy oldini olish muntazam tekshiruv (dispanserizatsiya) va genitoüriner tizim shikastlanishining alomatlari paydo bo'lganda darhol shifokorga murojaat qilishdir. Tadqiqot davomida siz aniq natijaga xalaqit beradigan barcha metall zargarlik buyumlarini va boshqa narsalarni olib tashlashingiz kerak.

Jarayon davomida tadqiqot o'tkaziladigan joyga osongina etib borish uchun engil va qulay kiyim kiyish yaxshidir.

Agar biron bir dori-darmonlarni qabul qilsangiz, bu haqda doktoringizga xabar bering. Ba'zi dorilar ultratovush natijalariga ta'sir qilishi mumkin.

Agar sizda biron bir dori-darmonga yoki ultratovush tekshiruvida ishlatiladigan materiallarga allergiyangiz bo'lsa, bu haqda doktoringizga xabar bering.

Siydik pufagi ultratovush tekshiruvi (siydik pufagi ultratovush tekshiruvi) siydik pufagining turli patologiyalarini aniqlash uchun ishonchli va xavfsiz usuldir. Siydik pufagi ultratovush tekshiruvi bilan aniqlanishi mumkin bo'lgan eng keng tarqalgan patologiyalarga quyidagilar kiradi:

Siydik pufagi saratoni: Siydik pufagining ultratovush tekshiruvi siydik pufagi devorida yoki uning parotidida o'sma borligini ko'rsatishi mumkin.

Siydik pufagi kistalari: bu siydik pufagi devorlarida paydo bo'lishi mumkin bo'lgan kichik, suyuqlik bilan to'ldirilgan massalar.

Turli xil toshlar: siydik pufagida toshlar paydo bo'lishi va kuchli og'riq sindromiga olib kelishi mumkin.

Siydik pufagining yallig'lanishi: bu siydik pufagi yallig'langan va ultratovush tekshiruvida aniqlanishi mumkin bo'lgan holat.

Siydik pufagining turli xil deformatsiyalari: masalan, siydik pufagi tartibsiz shaklga ega bo'lishi, kuchli cho'zilishi yoki devorlari notekis qalinlikda bo'lishi mumkin.

Siydik pufagi divertikuli: bu siydik pufagi devorining xaltachaga o'xshash chiqishi bo'lib, siydik chiqarish buzilishi va siydik yo'llari infektsiyasiga olib kelishi mumkin.

Stressli inkontinans: bu siydik pufagi va sfinkter mushaklari to'g'ri ishlamaydigan holat bo'lib, jismoniy mashqlar paytida siydikning beixtiyor chiqarilishiga olib keladi.

Bular siydik pufagining ultratovush tekshiruvi bilan aniqlanishi mumkin bo'lgan patologiyalarning bir nechtasi.

Ultratovush tekshiruvi natijalari shifokorga to'g'ri tashxis qo'yish va tegishli davolanishni buyurishga yordam beradi.

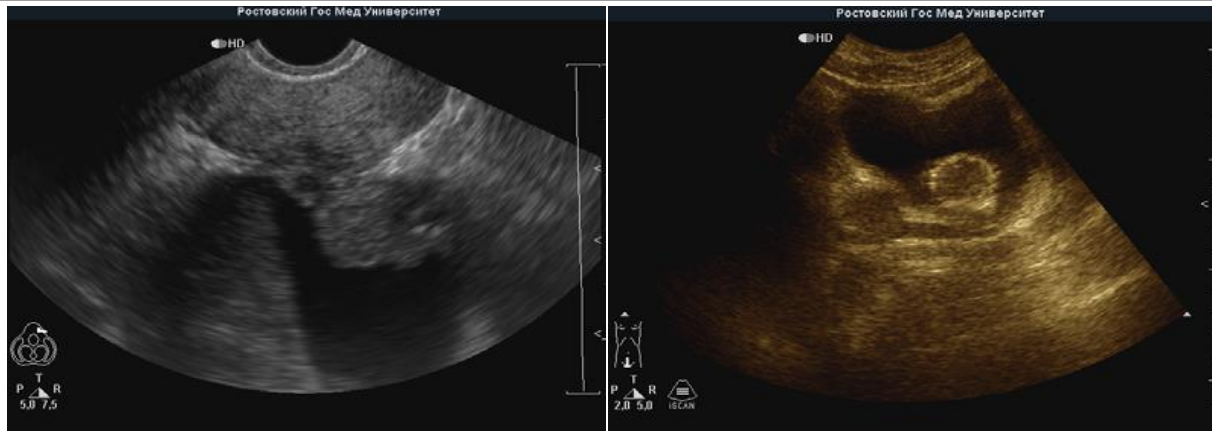
Siydik pufagining ultratovush tekshiruvi natijalarini talqin qilish ko'plab omillarga, shu jumladan bemorning yoshi, jinsi, alomatlari va boshqa tibbiy muammolariga bog'liq. Siydik pufagi ultratovush tekshiruvining ba'zi mumkin bo'lgan natijalari va ularning talqini quyida keltirilgan:

Siydik pufagi hajmi: kattalardagi siydik pufagining normal hajmi 300 dan 500 ml gacha, biroq, hajm yoshga, jinsga va boshqa omillarga qarab o'zgarishi mumkin. KT (MRT) bo'yicha o'simtaning o'lchami bilan solishtirildi. Ba'zi hollarda bemorlarda mikrokist mavjudligi sababli o'simta hajmini aniqlash mumkin emas.

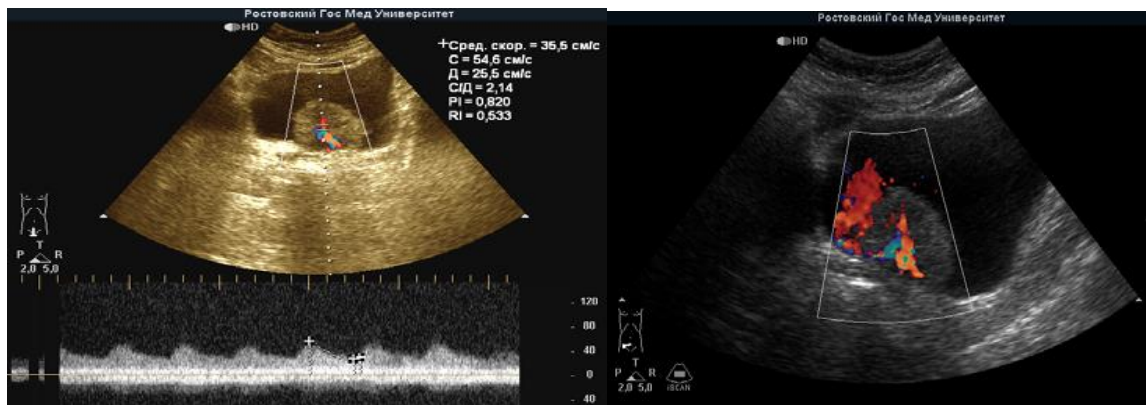
Qovuq devorining diffuz qalinlashuvi bilan namoyon bo'ladigan gulkaram shaklidagi va infiltratsion o'smalarga bo'lingan. Ekzofitik intraluminal o'sishi bo'lgan o'smalardan gipoekoik shakllanishlar (2.1.1.1-rasm) va tuz singdirilishi tufayli giperekoik (2.1.1.2-rasm) ajratildi.

Ultratovushli angiografiyadan foydalanish, shuningdek, o'sma to'qimalarining gipervaskulyarizatsiyasini aniqlash imkonini berdi (2.1.1.3-rasm), shu jumladan xavfli o'smalarga xos bo'lgan qon oqimining maksimal tezligi oshgan shakllanishlar (2.1.1.4-rasm).

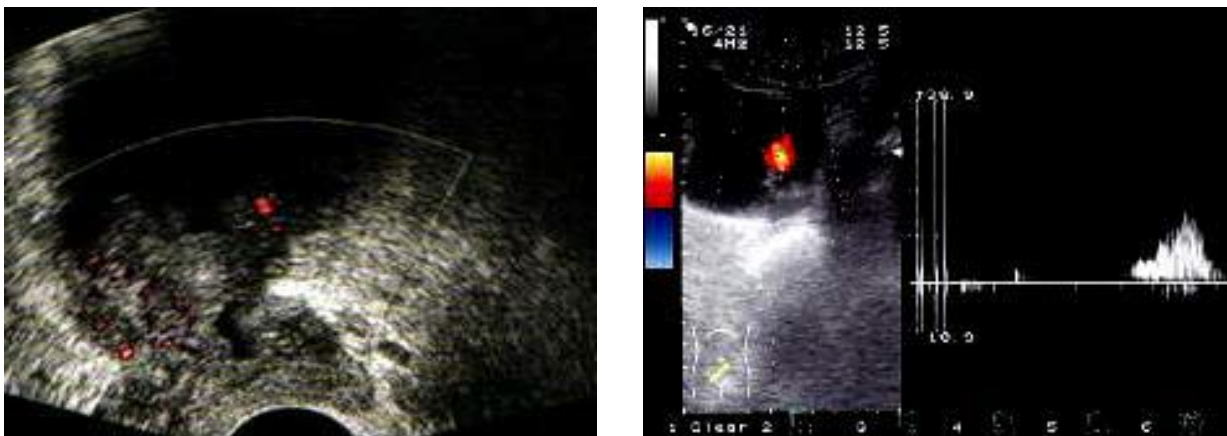
Kulrang skanerlash va ultratovush angiografiyasi, shuningdek, yaqin atrofdagi a'zolar va to'qimalarga o'sma invaziyasini aniqlash uchun ham qo'llanilgan (2.1.1.5-rasm), shuningdek siydik yo'llarining o'sma shikastlanishini va buning oqibatlarini - gidronefroz mavjudligini aniqlash uchun (2.1-rasm) .1.6).



rasm 2.1.1.1- Gipoexoik rasm 2.1.1.2 - Giperexoik
Qovuq shishi Qovuq shishi



2.1.1.3-rasm - O'simta CFD 2.1.1.4-rasm - O'simta CFD
kattalashgan siydik pufagi belgilari bilan Qovuq
gipervaskulyarizatsiya maksimal qon oqimi tezligi



2.1.1.5-rasm - o'simta invaziyasi 2.1.1.6-rasm - o'simta
ureter teshigining zararlanishining paravezikal to'qimalariga
va prostata



2.1.1.7-rasm - Kengaygan yonbosh limfa tugunlari

2.1.2. Tos a'zolari va qorin bo'shlig'ining kompyuter yoki magnit-rezonans tomografiyasi

Ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra, bemorlarda siydik pufagi o'simtasining paravezikal to'qimalarga, prostata beziga kirib borishi va siydik yo'li teshigining shikastlanishi aniqlangan. —Shuningdek, ultratovush tekshiruvi natijalariga ko'ra bemorlarda bir tomonlama va ikki tomonlama gidronefroz aniqlandi . Bundan tashqari, ultratovush tekshiruvi paytida aniqlangan limfa tugunlarining ko'payishi (2.1.1.7-rasm) morfologik tadqiqot natijalari bilan yanada taqqoslangan.Kuzatilgan bemorlar guruhida jigar metastaz belgilari yo'q edi .

KT va MRTni o'tkazishda biz o'simtaning lokalizatsiyasi va hajmini, uning tuzilishini, MP devoriga aloqasini va devorga kirish chuqurligini, paravezikal to'qimalarning infiltratsiyasini, shuningdek kengaygan mintaqaviy limfa tugunlarining mavjudligi va lokalizatsiyasini, qo'shni organlarga va jigar metastazlariga o'simta tarqalishini aniqladik.

TOS A'ZALARINING KOMPYUTER TOMOGRAFIYASI (MSCT)

Tos a'zolarining kompyuter tomografiyasi-bu tos a'zolarining barcha a'zolarini qatlamli rentgen nurlari sifatida ko'rish imkonini beruvchi eng ma'lumotli tadqiqot. Tadqiqot jarrohlik va onkologik patologiya, travma, ginekologik va

urologik kasalliklar, qon tomir patologiyasining birlamchi va differentsial diagnostikasida keng qo'llaniladi.

Erkaklarda tos suyagi tomografiyasi quyidagilar uchun amalga oshiriladi:

- * yallig'lanish jarayonining diagnostikasi (prostatit, xo'ppoz);
- * tos suyagi shikastlanishi uchun dastlabki tekshiruv;
- * tos suyagi sohasidagi noaniq og'riqlarning sabablarini aniqlash;
- * Siydik pufagi, prostata, yumshoq to'qimalarning xavfli o'simtasini aniqlash;
- * to'g'ri ichak saratonining tarqalishi va bosqichini aniqlash;
- * operatsiyadan keyingi perianal fistula diagnostikasi;
- * suyak metastazlarini aniqlash;
- * rektal saraton kasalligini jarrohlik davolash yoki radio-terapiyadan so'ng dinamik tekshiruv.

Ayollarda tos suyagi tomografiyasi quyidagilar uchun amalga oshiriladi:

tos a'zolarining shikastlanishi va tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari uchun dastlabki tashxis;

- * kelib chiqishi noaniq bo'lgan tos suyagi og'rig'ining sabablarini aniqlash;
- * uretra, siydik pufagi, bachadon, qin, bachadon bo'yni saratoni bosqichlari;
- * uretral fistula diagnostikasi;
- * bachadon va tuxumdonlar shakllanishining differentsial diagnostikasi.

Tos a'zolarining KT tekshiruvi barcha hajmli shakllanishlarni (kistalar, o'smalar, xo'ppozlar) aniqlash va farqlash, yallig'lanish jarayonining og'irligi va tarqalishini, tos bo'shlig'ida suyuqlik, qon, yiring mavjudligini aniqlash, tug'ma anomaliyalarning tabiatini, organlarning tuzilish

xususiyatlarini, ularning hajmi va joylashishini aniqlash imkonini beradi.

Tos suyagi kompyuter tomografiyasida yumshoq to'qimalar va qon tomir to'shagini aniqroq ko'rish uchun deyarli har doim rentgen kontrastli yod o'z ichiga olgan preparatlar qo'llaniladi. Bunday holda, tadqiqot paytida siydik pufagi iloji boricha to'ldirilishi kerak. Kontrast modda vena ichiga bolus bilan yuboriladi (mexanik boshqariladigan in'ektsiya tezligi bilan) va ma'lum bir organ va uning atrofidagi to'qimalarni diqqat bilan tekshiradi.

Tos a'zolarining MSCT-bu femur suyaklari orasida joylashgan tanadagi to'qimalar va organlarning bo'laklarini tasvirlash uchun rentgen nurlaridan foydalanishga asoslangan tasvirlash usuli.

Tos a'zolarining MSCT siydik pufagi, prostata va boshqa erkak jinsiy a'zolari, ayol reproduktiv organlari, tos suyaklari, limfa tugunlari kabi organlarda morfologik o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi.

MSCT tadqiqotlari kompyuter tomonidan qayta ishlanadigan va monitorda ko'rsatiladigan bo'limlarning rasmlarini olishga imkon beradi. MSCT shuningdek, organlarning uch o'lchovli rekonstruktsiyasini olish imkoniyatini beradi, bu tashxis qo'yish va keyingi davolanish uchun katta ahamiyatga ega.

Jarayon davomida

Laboratoriya texnologiyasi bemorga protsedurani tushuntiradi.

MSCT skanerlash bir necha daqiqa davom etadi.

Rentgen laboratoriyasi mutaxassisi tadqiqot davomida bemorni ko'rish va eshitishi mumkin.

Tos suyagi MSCT uchun bemor skaner stolida yotishi kerak.

Agar kerak bo'lsa, morfologik o'zgarishlarning tafsilotlarini olish uchun tomir ichiga yuboriladigan kontrast moddadan foydalanish mumkin.

Kontrastli vositadan foydalanganda bemor butun tanada issiqlik hissi va og'izda metall ta'mga ega bo'lishi mumkin. Bu normal reaksiya va bu hislar bir necha kun ichida yo'qoladi.

Skanerlash paytida bemordan nafasini 10-15 soniya ushlab turish so'ralishi mumkin.

Skanerlash paytida bemorning harakatlanmasligi juda muhim, bu esa yuqori sifatli tasvirlarni olish imkonini beradi.

Agar bemor qichishish, hapşırma, burun tiqilishi, tomoq og'rig'i yoki yuzning shishishi kabi alomatlarini sezgan bo'lsa, u darhol rentgen laboratoriyasiga xabar berishi kerak.

Jarayonga tayyorgarlik

Bemor qulay kiyim kiyishi va zargarlik buyumlari va qimmatbaho narsalarni uyda qoldirishi kerak.

Agar bemorni tekshirish uchun kontrastli vosita in'ektsiyasi zarur bo'lsa, bemor yozma rozilikni talab qiladi.

Kontrastli skanerlashda quyidagi bemorlar uchun so'nggi 90 kun ichida o'tkazilgan qon (siydik) testlari zarur:

60 yoshdan oshgan bemorlar

Buyrak funktsiyasi buzilgan bemorlar

Qandli diabet tarixi bo'lgan bemorlar

Ko'p miyelom tarixi bo'lgan bemorlar

Allergiya, homiladorlik yoki emizish haqida xabar berish juda muhimdir

Agar bemor metforminni qabul qilsa, qo'shimcha ehtiyot choralari talab qilinishi mumkin.

Tadqiqot uchun ko'rsatmalar

MSCT tos a'zolarining batafsil tasvirini tezda olish imkonini beradi.

Qoida tariqasida, MSCT quyidagi hollarda buyuriladi:

tananing ushbu qismida, shu jumladan saraton kasalligida volumetrik jarayonni aniqlash

tos suyagi og'rig'ining sababini aniqlash

tos bo'shlig'ining shikastlanishi

Ushbu tadqiqot usuli ham yordam berishi mumkin:

Aniq biopsiya yoki boshqa protseduralarni bajaring

Operatsiyani rejalashtirish

Saraton kasalligi uchun radiatsiya terapiyasini rejalashtirish

Tos a'zolarining MSCT quyidagi holatlarni aniqlashga imkon beradi:

Xo'ppoz

Siydik pufagi toshlari

Suyak sinishi

Saraton

Divertikulit

Ayol va erkak jinsiy organlarining turli kasalliklari

Xavflar

Radiatsiyaning ta'siri

Kontrastli agentga allergiya

MSCT bemorni an'anaviy rentgenografiyaga qaraganda ko'proq nurlanishga duchor qiladi. Takroriy MSCT saraton rivojlanish xavfini oshirishi mumkin.

Kontrast moddaning eng keng tarqalgan turi yodni o'z ichiga oladi. Agar odamda yodga allergiya bo'lsa, unda bunday kontrastni kiritish bilan ko'ngil aynish, qusish, qichishish, hapşırma kabi alomatlar paydo bo'lishi mumkin. Kompyuter tomografiyasi tos suyagi tuzilmalari haqida ham ma'lumot beradi va bel va sakral umurtqa pog'onasi va tos suyaklaridagi patologik jarayonlarni aniqlashga yordam beradi. Tomogrammalarda RMP bir hil yoki bir hil bo'lmagan ichki tuzilishga ega bo'lgan volumetrik gipointens yoki giperintens shakllanish sifatida aniqlandi ; kontrastli tadqiqotda BC ko'pincha siydik pufagining normal devoriga nisbatan zichlikning oshishi bilan namoyon bo'ldi (2.1.2.1-rasm).

Bu jarayonlarda 2 sm dan kichik o'smalar juda kamdan-kam hollarda aniqlangan - 5,1% hollarda (2.1.2.2-rasm)

siydik yo'llari konturini deformatsiya qilmaydigan bir hil tuzilishga ega bo'lgan kichik shakllanishlarni aniqlash qiyinligi sababli.

SIYDIK PUFAGI SARATONI MRT

Siydik pufagi saratoni MRT bakteriologik muhit (qo'shma infektsiyani istisno qilish uchun), sitologik xulosa, ultratovush va boshqa tadqiqotlar majmuasi bilan bir qatorda amalga oshiriladi.

Onkologik kasalliklarni samarali davolashda o'z vaqtida tashxis qo'yish muhimdir. Patologiya qanchalik tez aniqlansa, tiklanish ehtimoli shunchalik yuqori bo'ladi. Siydik pufagi saratoni uchun MRI boshqa tadqiqotlar majmuasi bilan bir qatorda amalga oshiriladi, ular orasida siydikni tahlil qilish, bakteriologik madaniyat (qo'shma infektsiyani istisno qilish uchun), sitologik xulosa, ultratovush va boshqalar mavjud.malign neoplazma rivojlanishining Predispozitsiya qiluvchi omili organ polipozidir.

Magnit-rezonans tomografiya xavfsizlik, Og'riqsizlik bilan tavsiflanadi, bu sizga ko'p marta skanerlash imkonini beradi. MRI yordamida mushak qatlamining invaziyasini baholash, siydik pufagi devorlariga o'smaning unib chiqish darajasini aniqlash, limfa tugunlari va boshqa tuzilmalarga metastazni aniqlash mumkin. Olingan ma'lumotlarga asoslanib, shifokorlar saraton jarayonining bosqichi va neoplaziyaning tarqalishi haqida xulosa qilishadi. Siydik pufagi o'smasi uchun MRI jarrohlik aralashuvni rejalashtirishda muhim rol o'ynaydi: bu shakllanish joyini va atrofdagi to'qimalar va organlarning asoratlarini rivojlanishini ko'rish imkonini beradi.

Siydik pufagi saratoni o'smasi belgilari

Urogenital tizim organlari bilan bog'liq onkologiyaaning asosiy ogohlantiruvchi alomati siydikni qon bilan bo'yashdir (gematuriya). Ikkinchisi kasallikning dastlabki bosqichida

kamdan-kam hollarda paydo bo'ladi, shuning uchun ko'pchilik bemorlar tekshiruvni kechiktiradilar. Patologik jarayonning rivojlanishi bilan gematuriyaning intensivligi oshadi: siydikning ozgina pushti rangidan qon pıhtılarına qadar, bu oqim yo'llarining bloklanishiga olib kelishi mumkin.

Vaqt o'tishi bilan bemorlar qorinning pastki qismida, perineumda, inguinal mintaqada o'tkir og'riqlar, buyraklar tomonidan najas chiqarishda qiyinchiliklardan shikoyat qila boshlaydilar. Shishlarning etarlicha katta hajmi bilan qon ketish tez-tez uchraydi, odamning umumiy farovonligi yomonlashadi, inguinal limfa tugunlari ko'payadi va hokazo.

MRT siydik pufagi saratonini ko'rsatadimi?

MRT da siydik pufagi saratoni

MRT tasvirlarida siydik pufagi saratoni (neoplazmalar o'qlar bilan ko'rsatilgan)

Onkologiyada magnit-rezonans tomografiyaning ahamiyati boshqa qo'shma patologiyalarni aniqlash imkoniyatiga bog'liq: sistit, prostatit, urolitiyoz va boshqalar. kompleks tashxis qo'yish uchun shifokorlar mrini buyuradilar, bu kasallikning ehtimollik xususiyatini aniqlashga, jarayonning tarqalishini baholashga yordam beradi va hokazo.

O'smani faqat biopsiya bilan sistoskopiya paytida ishonchli aniqlash mumkin. Jarayon patologik tuzilmalarni ko'rish, o'smaning malignligini aniqlash uchun amalga oshiriladi. Bunday holda, MRT tos a'zolarining yumshoq to'qimalarida shubhali fokuslar va neoplazmalarni aniqlaydigan yordamchi vosita bo'lib xizmat qiladi.

MRT fotosuratida siydik pufagi saratoni qanday ko'rinishga ega?

Saraton kasalligi uchun magnit-rezonans tomografiya protsedurasi kontrastni kuchaytirish bilan amalga oshiriladi. O'simtada indikatorning to'planishi organing o'zgarmagan devoriga qaraganda tezroq sodir bo'ladi. Dinamik MRT pay-

tida neoplazmaning kontrastli vosita bilan to'ldirilishi kuza-tiladi, bu o'simta to'qimasidan MR signalining intensivligini oshiradi. Organ devorlari uzoqroq javob beradi. Invaziya chuqurligi to'g'risida xulosa faqat kontrastdan keyingi rasmlar orqali amalga oshiriladi.

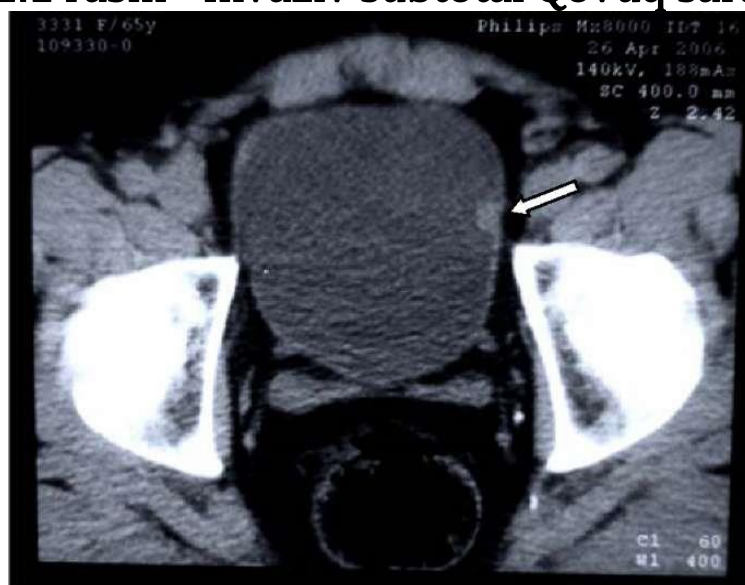
MRT da siydik pufagi devorining assimetrik qalinlashishi

Koronal va aksenel tekisliklarda siydik pufagi devorining assimetrik qalinlashishi tashqi loyqa kontur bilan tasvirlangan (o'qlar bilan ko'rsatilgan)

Saraton tashxisida magnit-rezonans tomografiyadan foydalanish o'smaning lokalizatsiyasini, organ va uning atrofidagi to'qimalarning chuqur qatlamlariga unib chiqishini, limfa tugunlarining kirib borishini, jinsiy tuzilmalarning shilliq qavatini va boshqalarni aniqlashga imkon beradi. KT (MRT) ma'lumotlariga ko'ra, o'simtaning Qovuqning adventsial membranasidan tashqariga tarqalishi o'rganilgan (2.1.2.3-rasm), 100% bemorlarning 10,0 foizida (42), bu aniqlangan, bu jihati qo'shimcha morfologik tasdiqni oldi .



2.1.2.1 rasm - Invaziv subtotal Qovuq saratoni



**2.1.2.2-rasm - Qovuqning kichik o'simtasi (1,6 sm).
intravezikal o'sish bilan**



**2.1.2.3-rasm - Qovuqning adventitsiyadan tashqariga tar-
qalishi bilan o'smasi.**

KT va MRT ma'lumotlari bilan aniqlangan sohalardagi limfalarining kattalanishi hajmi bo'yicha baholandi (tugunlarning o'lchamlari 2 sm gacha va 2 sm dan ortiq bo'lgan holda) va ularning metastatik shikastlanishi uchun patomorfologik tadqiqot ma'lumotlari bilan solishtirildi. Umuman olganda, patomorfologik tadqiqot natijalariga ko'ra, - bemorlarning 30,9 foizida limfa tugunlarida metastazlar aniqlangan.

Tahlil qilingan bemorlar guruhlarida (Brikker va UKS bilan) ultratovush yoki KT va MRT tadqiqotlarida jigar metastazlari aniqlanmadi.

KT va MRT o'rtasidagi natijalarni qiyosiy tahlil qilish bizning tadqiqotimizning maqsadi emas edi.

2.1.3. Ekskretor urografiya

Urografiya (yunon. uron siydik + graphō, tasvir; sinonim: ekskretor (ekskretor) urografiya, kontrastli urografiya) - siydik tizimining maxsus rentgenologik tekshiruvi. Gap shundaki, qorin bo'shlig'ining rentgenografiyasida buyraklar, siydik yo'llari va siydik pufagi deyarli ko'rinmaydi. Shuning uchun, ko'proq ma'lumotli tadqiqotlar o'tkazish uchun siz ularni qarama-qarshi qo'yishingiz kerak.

Ko'rib chiqish va kontrastli (tomir ichiga) protseduralar mavjud

Umumiy urografiya-bu buyrak, siydik pufagi va siydik pufagi mintaqasining oddiy rentgenogrammasi bo'lgan rentgenografik tadqiqot usuli. U ushbu organlarning tosh va begona jismlar, kamdan-kam hollarda o'smalar va parazitarkasalliklar (echinokokk) kabi kasalliklarini tashxislash uchun ishlatiladi, ular rentgen-kontrastli kaltsiy tuzlarining cho'kish bilan birga keladi.

Vena ichiga urografiya kontrastli rentgenografiya tekshiruvidir. Ushbu tadqiqot buyrak funktsiyasini kontrast moddaning chiqarilish tezligi va darajasi (shuning uchun ekskretor deb ataladi) bo'yicha baholashga, buyrakning bo'shliq tizimining tuzilishini, shuningdek siydik yo'lining o'tkazuvchanligi va funktsiyasini baholashga xizmat qiladi. Buyrak, siydik pufagi, siydik pufagi va prostata bezining tosh va begona jismlar, o'smalar, buyraklar va siydik yo'llarining bo'shliq tizimining kengayishi (gidronefroz va gidroureter) kabi kasalliklarni tashxislash uchun ishlatiladi. divertikullar, surunkali sistit va patologik ajinlar (ishlaydigan hajmning pasayishi bilan atrofiya), giperplaziya yoki haddan tashqari cho'zish. Yotgan va tik turgan holatda tomir ichiga urografiya yordamida patologik harakatchanlik yoki buyraklar va siydik yo'llarining g'ayritabiiy tuzilishi, holati va soni (gidronefroz, polikistik, gidroureter, distopiya va buyraklarning ikki baravar ko'payishi) tashxisi qo'yiladi.

Ekskretor urografiya uchun ko'rsatmalar

Kasik sohasiga tarqalishi bilan bel og'rig'idan shikoyatlar.

Qon bosimining oshishi sabablarini aniqlashtirish.

Shish paydo bo'lishining sabablarini aniqlashtirish, ayniqsa yuz sohasida, pastki qovoqlarda.

Siydik chiqarishning buzilishi.

Har qanday buyrak kasalligiga shubha (urolitiyoz, pielonefrit, glomerulonefrit, buyrak amiloidozi, buyrak tuberkulyozi, buyrak shishi, gidronefroz, nefroptoz, rivojlanish anomaliyalari).

Ekskretor urografiya qarshi ko'rsatmalar

Radiokontrast vositalarini kiritishga qarshi ko'rsatmalar.

Qon tomir, miyokard infarkti.

Buyrak va jigar etishmovchiligi

Homiladorlik.

Bemorning umumiy og'ir ahvoli yoki bemorga kerakli vaqtni qattiq yuzada yotgan holda o'tkazishga to'sqinlik qiladigan yoki uning turolmasligiga olib keladigan boshqa sabablar.

Ekskretor urografiya tayyorgarlik

Odatda, ko'rib chiqish va tomir ichiga urografiya qilish uchun maxsus tayyorgarlik talab qilinmaydi. Ba'zi hollarda, tadqiqot arafasida ichaklarni laksatiflar yoki ho'qnalar bilan tozalash tavsiya etiladi. Yod o'z ichiga olgan rentgen kontrastli dorilarga ma'lum allergiya bo'lsa, bu haqda doktoringizga xabar bering.

Umumiy va tomir ichiga urografiya ko'pincha bitta tadqiqotning bir qismidir. Bemorning orqa tomonida, rentgen stolida yotgan holatida, avval buyraklar, siydik yo'llari va siydik yo'llarining umumiy ko'rinishi olinadi. Ushbu rasmni rentgenolog va urolog tomonidan ko'rgandan so'ng, rentgen kontrastli vosita (Urografin [™], Ultravist [™], Omnipak [™] va boshqalar) tomir ichiga yuboriladi. To'liq dozani (20-40 ml) yuborishdan oldin, kontrast moddaning rentgenogrammasi ko'pincha yod o'z ichiga olgan rentgen kontrastli dorilarga allergiyani aniqlash uchun sinov dozasini (1 ml) yuborishdan oldin amalga oshiriladi. Rentgen kontrastining to'liq dozasini kiritgandan so'ng, ketma-ket rentgen nurlari olinadi. Qoida tariqasida, 3-da. 7 va 15 daqiqalarda. Buyraklarning harakatchanligini baholash va ularning prolapsasi yoki nefroptozini tashxislash uchun ko'pincha keyingi bosqichlarda (kontrast kiritilgandan keyin 25 daqiqadan 1 soatgacha yoki undan ko'proq) va tik turgan suratlar qo'shiladi. Turli muassasalarda suratga olish vaqti (va u rentgenografiyada qayd etiladi) biroz farq qilishi mumkin. Ekskretor urografiya-bu buyraklarning rentgen kontrast moddalarini tezda yo'q qilish (yoki chiqarish) qobiliyatiga asoslangan siydik tizimi kasalliklarini rentgen diagnostikasi usuli.

Urografiya kontrastli vositani tomir ichiga yuborishni ta'minlaydi (shuning uchun bu usulning boshqa nomi – tomir ichiga urografiya). Yod o'z ichiga olgan preparatlar rentgen kontrastli vosita sifatida ishlatiladi. Juda tez kontrast modda buyraklarga etib boradi va Kaliks-tos bo'shlig'i tizimining bo'shlig'iga chiqarila boshlaydi. Kontrastni kiritish boshlanganidan 2-5 daqiqa o'tgach, buyraklarning informatsion rentgenogrammalarini olish mumkin. Odatda bir qator rentgen nurlari olinadi (6 tagacha). Kechiktirilgan rentgen nurlari (20, 40, 60 daqiqadan so'ng) siydik tizimining boshqa organlarining ishini baholashga imkon beradi.

Ekskretor urografiya quyidagilarga imkon beradi:

- kuboklar va tos suyaklarining shakli va hajmini aniqlash;

- buyraklarning chiqarish qobiliyatini o'rganish;

- siydik chiqarish tizimidagi toshlarni va ular keltirib chiqaradigan o'zgarishlarni aniqlang;

- o'simta shakllanishi va boshqa patologiyalar va funktsional buzilishlarni aniqlang.

Ekskretator urografiya quyidagi kasalliklar va patologiyalarni tashxislash uchun ishlatiladi:

- urolitiaz, ayniqsa, agar kerak bo'lsa, siydik pufagidagi toshlar;

- buyrak o'smalari va kistalari;

- buyrak rivojlanishidagi anomaliyalar;

- yuqori siydik yo'llarining obstruktsiyasi (masalan, siydik yo'lini boshqa organlar tomonidan siqish);

- buyrakning prolapsasi.

Ekskretor urografiya uchun ko'rsatmalar:

- agar ularning buyrak kelib chiqishiga shubha qilingan bo'lsa, bel og'rig'i;

- siydikda qon aniqlansa;

-siydik chiqarish tizimining surunkali va takroriy yallig'lanish kasalliklari;

-urolitioz yoki o'sma buyrak kasalliklariga shubha.

Ekskretor urografiya qarshi ko'rsatmalar:

Urografiya qarshi ko'rsatma yod o'z ichiga olgan dorilarga nisbatan muhosasizlikdir. Bundan tashqari, urografiya, qoida tariqasida, o'tkir buyrak yetishmovchiligi, og'ir jigar kasalliklari va boshqa ba'zi hollarda bemorlarda amalga oshirilmaydi.

Ekskretor urografiya tayyorgarlik

Tadqiqot och qoringa o'tkaziladi. Yo'g'on ichakning tarkibi rentgenogrammalarga tushmasligi uchun avval ichakni tozalash kerak. Shuning uchun, tadqiqot arafasida oxirgi ovqat 18-00 dan kech bo'lmasligi kerak. Tadqiqot kuni kechqurun va ertalab klizma qilish tavsiya etiladi.

Tadqiqotdan bir kun oldin suyuqlikni iste'mol qilishni cheklash tavsiya etiladi – bu kontrast moddaning kontsentratsiyasini oshiradi va urografiya yanada ma'lumotli qiladi.

Kontrast moddaga allergik reaksiyani istisno qilish uchun urografiya arafasida kontrastni tomir ichiga yuborish tavsiya etiladi (minimal dozada).

Urografiya oldin buyraklarni rentgenografiya qilish tavsiya etiladi. Hammasi bo'lib, tadqiqot yarim soatdan bir soatgacha davom etadi. Mikrogematuriya belgilari bo'lgan bemorlarning 57,41 foizida kasalxonadan oldingi bosqichda o'tkazildi. Rentgen tekshiruvi an'anaviy usul bo'yicha amalga oshirildi - bemorning orqa tomonida yotgan holatida 20-40 ml radiopak preparatlarini (verografin, urografiya, triombrast va boshqalar) kiritish; ba'zi hollarda, ko'rsatmalarga ko'ra, bemorni tik turgan holatda urogramma o'tkazdi. Tadqiqot natijalariga ko'ra, bemorlarning 38,27 foizi siydik pufagini to'ldirishda nuqsonga ega (2.1.3.1-rasm).



2.1.3.1-rasm - Chap siydik yo'llarining invaziyasi bilan siydik pufagining shishi.

2.1.4. Uretrotsistoskopiya, siydik pufagining biopsiyasi va bimanual palpatsiyasi

Uretrotsistoskopiya va siydik pufagi devori va o'simta biopsiyasi, shuningdek, bimanual palpatsiya siydik pufagi saratoni uchun asosiy tadqiqot usullari hisoblanadi va shuning uchun barcha bemorlarimizda amalga oshirildi. Uretrotsistoskopiya umumiy og'riqsizlantirish ostida moslashuvchan yoki qattiq endoskop yordamida amalga oshirildi. Uretrotsistoskopiya Qovuqning funktsional hajmini, o'simtaning lokalizatsiyasi va hajmini, o'smaning makroskopik turini va differensiatsiyasi darajasini, qovuq devorida o'simta invaziyasining mavjudligini (T bosqichi) va siydik pufagining ishtirokini aniqlash uchun ishlatilgan.

Uretrotsistoskopiya (siydik pufagi sistoskopiyasi) – bu patologiyani aniqlash uchun siydik yo'llari, siydik pufagi va siydik chiqarish yo'llarining devorlarini endoskopik tekshirishning instrumental usuli.

Uretrotsistoskopiya diagnostik muolaja bo'lishidan tashqari, patologik o'choqlarni aniqlash va dori-darmonlarni

qabul qilishda biomaterialni maqsadli olish (bir vaqtning o'zida biopsiya) imkonini beradi.

Uretrokistoskopiya uchun ko'rsatmalar

Uretrokistoskopiya (siydik pufagi sistoskopiyasi) ko'pincha shifokorlar tomonidan ultratovush tekshiruvidan so'ng buyuriladi, uning davomida shilliq qavatni batafsil tekshirish mumkin emas. Ushbu protsedura siydik yo'llari va siydik pufagining har bir santimetrini ichkaridan sinchkovlik bilan tekshirishga va quyidagi patologiyalar va kasalliklarni aniqlashga imkon beradi:

Siydik pufagidagi toshlarning lokalizatsiyasi bilan urolitiyozga shubha qilish-qorinning pastki qismida og'riq va og'riq, kichik qismlarda og'riqli siyish qiyinlishuvi, siydik pufagining etarli darajada bo'shatilmasligi hissi, siydikning oq rangga aylanishi, siydikda tuz kristallari paydo bo'lishi (kristalluriya);

Sistit va uretrit-siyish paytida og'riq, yonish va og'riq, lumbosakral umurtqa pog'onasidagi og'riq, siydikning kichik qismlari bilan tez-tez hojatxonaga borish istagi;

Siydik pufagi o'smalari-simptomatologiya sistitga o'xshaydi, ammo siydik pufagi yoki siydik tamponadasini tekshirishda atipik hujayralar aniqlanadi.

Prostatit, prostata adenomasi-tez-tez siyish istagi, siydik pufagining to'liq bo'shatilmasligi hissi, siydik o'g'irlab ketish/ushlab turish, nikturiya (tez-tez tunda hojatxonaga borish istagi)

Erkaklarda jinsiy buzilishlar (erkaklarning bepushtligi) – urug' tuberkulyozining holatini baholash uchun;

Enurez – ruhiy va nevrologik patologiyalar bo'lmasa, to'shakni namlash (siyish tushida sodir bo'ladi);

Piuriya - siydik bilan yiring chiqishi (suyuqlikda begona yorug'lik pıhtılarının paydo bo'lishi, bulutli);

Gematuriya-jarohatlar bo'lmagan taqdirda siydikdagi qon aralashmasi (suyuqlikning rangi va shaffofligining o'zgarishi, qonli pıhtılar paydo bo'lishi)

Genitouriya tizimining rivojlanishidagi anomaliyalar yoki ularga shubha – suv ombori va siydik yo'llarining hajmi va shaklini baholash uchun;

Shifokor nafaqat diagnostika maqsadida uretrokistoskopiya buyurishi mumkin. Ushbu endoskopik usul biopsiya uchun material olish kerak bo'lganda qo'llaniladi-saraton hujayralari mavjudligini mikroskopik tekshirish uchun to'qima parchasini olish;

Bundan tashqari, uretrosistostskopiya terapevtik muolajalarni ham amalga oshirishga imkon beradi – samaraliroq terapiya uchun uretrani dorilar bilan sug'orish. Shuningdek, ushbu endoskopik usul tufayli kichik jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirish mumkin: bitishmalar, mayda neoplazmalar, begona jismlarni olib tashlash.

Erkaklar va ayollar uchun uretrosistostskopiya:

Erkaklarda uretrosistostskopiya

Erkaklarda siydik yo'li ancha uzunroq, sistoskop kiritilganda og'riq paydo bo'lishi mumkin, shuning uchun protsedura moslashuvchan asbob yordamida amalga oshiriladi. Erkakning uretrasi uzunligi 17 dan 22 sm gacha, shuning uchun tekshiruv shifokordan, ayniqsa asbobni kiritish bosqichida alohida e'tibor va tajribani talab qiladi.

Ayollarda uretrokistoskopiya

Qoida tariqasida, ayollarda uretrokistoskopiya qiyin emas, chunki ayol uretrasi to'g'ri va qisqa (5 sm gacha). Og'riqni yo'qotish uchun mahalliy og'riqsizlantiruvchi vosita qo'llaniladi.

Ko'pgina bemorlar ushbu protsedurani bajarishdan qo'rqishadi, chunki ular buni juda og'riqli deb bilishadi. Paracelsus tibbiyot markazining urologiya bo'limiga murojaat qilib, siz tez va minimal noqulaylik bilan tashxis

qo'yishingiz mumkin. Uretrotsistoskopiya urolog tomonidan mahalliy og'riq qoldiruvchi vositalardan foydalangan holda zamonaviy asbob-uskunalarda amalga oshiriladi. Uretroskopiya katta tajribaga ega bo'lgan malakali shifokorlar tomonidan amalga oshirilishi juda muhim, chunki protseduradan keyin uretraning shikastlanishi kabi asoratlarni bo'lishi mumkin.

Uretrotsistoskopiya bugungi kunda murakkab muolaja emas, ambulatoriya sharoitida amalga oshirish mumkin. Tadqiqot tugagandan so'ng, bemor odatdagi ishlarga qaytishi mumkin.

Uretrosistoskopiya uchun maxsus tayyorgarlik talab qilinmaydi. Manipulyatsiyadan oldin siydik pufagini bo'shatish kerak. Urolog protsedura davomida infektsiyani oldini olish uchun jinsiy a'zolari antiseptik bilan davolaydi. Uretroskopning ishchi naychasi shaffof jel bilan yog'lanadi va ehtiyotkorlik bilan uretraga kiritiladi.

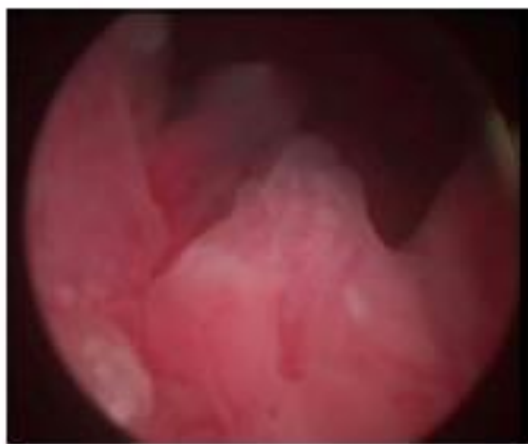
Uretrosistoskopiya qarshi ko'rsatmalar:

Tekshiruv uchun ba'zi qarshi ko'rsatmalar mavjud:

- genitourinar tizimda o'tkir davr yoki surunkali yallig'lanishning kuchayishi;
- uretraning shikastlanishi;
- o'tkir qon ketish;
- uretral isitma.

Uretrosistoskopiya paytida ekzofitik papillyar o'smalar (2.1.4.1-rasm) va tekis infiltrativ o'smalar (2.1.4.2-rasm) ajratilgan.

Qovuq lezyon maydonini tahlil qilish natijasida uning devorlarining o'simta lezyonlarining monofokal o'choqlari va multifokal o'smalari aniqlandi, ular orasida siydik pufagi devorlarining subtotal va umumiy o'simta shikastlanishi holatlari aniqlandi.



2.1.4.1-rasm - Ekzofitik Qovuqning papillyar o'smasi **2.1.4- rasm.2 - Infiltrativ Qovuqning tekis o'smasi**

Qovuqning funksional hajmini o'rganish bemorlarning yarmidan ko'pida uning normal parametrlarini va siydik pufagi hajmining pasayishi holatlarini aniqladi: 100 dan 300 ml gacha va 100 ml dan kam (mikrokistlar).

Uretrosistoskopiya paytida siydik pufagi bo'yinining o'smalari (uretral ishtirokisiz), siydik pufagi o'simtasining prostata uretraga alohida invaziyasi (keyinchalik morfologik tekshiruv ma'lumotlari bilan tasdiqlangan) va o'smaning invaziyasi holatlari mavjud . siydik pufagi bo'yinining shikastlanishi bilan birga prostata uretrasiga.

Qovuqning kichik tos bo'shlig'i, to'g'ri ichak devorlariga nisbatan harakatchanligini aniqlash va bemorlarning ishlash qobiliyatini baholash uchun barcha 42 bemorga bimanual palpatsiya o'tkazildi , uning natijalari RSE ni rejalashtirish va o'tkazishda hisobga olingan. hosil qilish usulini tanlashda.

Siydik pufagi biopsiyasi

Ko'pgina hollarda siydik pufagi biopsiyasi ushbu organining o'smalarini aniqlash va gistologik baholash uchun amalga oshiriladi. Shubhali to'qimalarning oz miqdorini olish va uni tahlil qilish, boshqa tadqiqot usullari bilan birgalikda aniq tashxis qo'yish, kasallikning bosqichini aniqlash va davolanishni o'z vaqtida boshlash imkonini beradi.

Ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar

Biopsiya xavfsiz va xavfli o'smalarni farqlash uchun o'tkaziladi. Ushbu kasalliklarga shubha quyidagi alomatlar mavjud bo'lganda paydo bo'lishi mumkin:

Siydikda qon yoki yiring borligi.

O'tkir siydik tutilishi.

Siyish paytida og'riq.

Siydik pufagini bo'shatish uchun doimiy istak.

Ushbu klinik ko'rinish genitourinar tizimning turli kasalliklariga xos bo'lishi mumkin, shuning uchun birinchi navbatda invaziv bo'lmagan diagnostika usullari (ultravovush, rentgen, KT, MRI, PET-KT va boshqalar) buyuriladi. Agar tadqiqot natijalariga ko'ra onkologiya uchun ma'lumotlar mavjud bo'lsa, unda shifokor tashxisni tasdiqlashga yordam beradigan biopsiya buyurishi mumkin. Ushbu usul yordamida nafaqat o'smalarni tashxislash, balki boshqa ko'plab kasalliklar ham amalga oshirilishi mumkin, ular orasida quyidagilar qayd etiladi:

Siydik pufagining o'simtadan oldingi kasalliklari (mala-koplakiya, leykoplakiya).

Yaralar, kistalar, divertikullar.

Siydik pufagi poliplari.

Surunkali sistit, asosan interstitsial.

Siydik pufagi tuberkulyozi.

Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar orasida genitoüriner traktdagi o'tkir yallig'lanish va yuqumli jarayonlar, qon ivish tizimining patologiyasi, siydik yo'llarining shikastlanishi, siydik yo'llarining obstruktsiyasi va boshqa ba'zi kasalliklar qayd etilgan.

Tayyorgarlik

Siydik pufagi biopsiyasi o'tkazilishidan oldin bemor ma'lum bir tayyorgarlikdan o'tadi, bu standart testlarni o'tkazish, anesteziolog, terapevt, ginekolog (ayollar uchun) va urolog (erkaklar uchun) bilan maslahatlashishdan iborat.

Tadqiqot arafasida jinsiy aloqani istisno qilish kerak va biopsiya qilingan kuni siz eb-icholmaysiz. Ba'zi hollarda bemorga individual tayyorgarlik rejasi beriladi.

Biopsiya sistoskopiya paytida amalga oshiriladi-endoskop yordamida siydik pufagi bo'shlig'ini ichkaridan tekshirish jarayoni. Og'riqli yoki yoqimsiz hislarni bartaraf etish uchun o'murtqa yoki tomir ichiga behushlik qo'llaniladi. Biopsiya bilan sistoskopiya qilish uchun maxsus endoskopik uskunalar-sistoskop kerak. Bu qattiq yoki yumshoq bo'lishi mumkin. Agar tadqiqot biopsiya olish uchun o'tkazilsa, ko'pincha yumshoq sistoskop qo'llaniladi.

Siydik pufagini o'rganish moyil holatda amalga oshiriladi. Bemor tibbiy uyquga yotqizilgandan so'ng, shifokor sistoskopning uchini glitserin bilan moylaydi va uni siydik yo'li orqali siydik pufagiga muloyimlik bilan suradi. Bunday holda, mutaxassis siydik yo'lining ichki devorining holatini vizual ravishda baholaydi. Sistoskop siydik pufagiga kiritilganda, organ bo'shlig'i furatsilin eritmasi bilan to'ldiriladi. Bu uning devorlarini to'g'rilashga va ularni tekshirish uchun taqdim etishga imkon beradi.

Keyingi bosqichda shifokor organning shilliq qavatini tekshiradi, patologik fokusni aniqlaydi va undan ilgari tavsiflangan usullardan biri bilan to'qima namunasini oladi. Biopsiya tugagandan so'ng gemostaz amalga oshiriladi (agar kerak bo'lsa), keyin sistoskop ehtiyotkorlik bilan chiqariladi va siydik yo'lga yumshoq siydik kateteri qo'yiladi.

Turlari

Siydik pufagi biopsiyasi ikki usulda amalga oshiriladi:

Sovuq biopsiya. Yuqorida tavsiflangan rejaga muvofiq amalga oshiriladi. Birinchidan, sistoskop siydik pufagiga kiritiladi, shundan so'ng shifokor shilliq qavat devorining kerakli qismidan to'qimalarning kichik qismini chimchilaydi. Agar o'simta kichik bo'lsa, unda protsedura doirasida uni olib tashlash amalga oshiriladi. Ushbu usul eng kam shikast

etkazadi, ammo ayni paytda cheklangan. Uning yordami bilan katta va murakkab o'smalarni olib tashlash, shuningdek, qovuq devoriga o'smaning unib chiqish chuqurligini baholash mumkin emas.

TUR biopsiyasi yanada rivojlangan texnikadir. Ko'pincha bu nafaqat diagnostika, balki terapevtik maqsadlarda ham amalga oshiriladi. Bunday holda, bir nechta vositalar (elektrokoagulyator, kamera va yoritgichli moslashuvchan sistoskop) transuretral tarzda kiritiladi, ular yordamida shifokor shikastlanish hajmini baholashi va o'smani olib tashlashi mumkin. Transuretral biopsiya siydik pufagining holati to'g'risida maksimal ma'lumot olish zarur bo'lgan holatlarda amalga oshiriladi.

TUR biopsiyasi ko'proq shikast etkazadi, ammo shu bilan birga tomirlarning koagulyatsiyasi (Moxibustion) tufayli qon ketishini bir vaqtning o'zida to'xtatishga imkon beradi. TUR tashqari, bu usul o'simta o'sishi chuqurligini baholash uchun eng mos keladi. Ekskursiya biopsiyasining yana bir muhim afzalligi-bu ko'p qirrali. Jarayon bir vaqtning o'zida siydik pufagida lokalizatsiya qilingan turli xil kasalliklar uchun diagnostika va terapevtik maqsadlarda amalga oshirilishi mumkin. Ushbu barcha afzalliklar tufayli ushbu turdagi biopsiya ko'pincha qo'llaniladi.

Siydik pufagi biopsiyasidan keyin reabilitatsiya

Reabilitatsiya davrida profilaktik antibiotik terapiyasi yoki boshqa maxsus davolash buyurilishi mumkin. Ovqatlanish, kateterni parvarish qilish, jismoniy faollik va boshqa harakatlar bo'yicha individual tavsiyalar rejasi tuziladi. Odatda protsedura yaxshi muhosaba qilinadi va asoratlarni rivojlanishiga olib kelmaydi, ayniqsa tajribali shifokor buni amalga oshirsa.

Mumkin bo'lgan asoratlari:

Umuman olganda, siydik pufagi biopsiyasi juda xavfsiz protsedura hisoblanadi. Biroq, boshqa har qanday invaziv manipulyatsiya singari, u ham ma'lum xavflar bilan birga keladi va asoratlarni rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Ulardan eng og'irlari:

Siydik pufagi (sistit), siydik yo'llari (uretrit), buyraklar (pielonefrit) yallig'lanish jarayonlari.

Qon ketish.

Uretral shilliq qavatning travmatik shikastlanishi, so'ngra chandiq stenozi.

Siydik pufagining teshilishi.

Ushbu asoratlarni kam uchraydigan deb atash mumkin. Odatda ular biopsiya qoidalarini qo'pol ravishda buzish, shifokorning beparvo harakatlari, tiklanish davrida bemorning tavsiyalarini buzish bilan rivojlanadi. Aksariyat hollarda siydik pufagi biopsiyasi yaxshi muhosaba qilinadi va kamdan-kam hollarda bemorlarning sog'lig'ida sezilarli o'zgarishlarga olib keladi.

Natijalar

Jarayondan so'ng olingan to'qima namunasi gistologik laboratoriyaga etkaziladi. Uni mikroskop ostida o'rganish uchun avval kerosin bloklarini tayyorlash, ularni ingichka bo'laklarga kesib, bo'yash kerak. Ushbu jarayon nisbatan uzoq vaqt talab etadi — 5-7 kungacha.

Oxirgi bosqichda dorilar siydik pufagini mikroskop ostida tekshiradigan va xulosani to'ldiradigan morfologga yuboriladi. Shundan so'ng, xulosa davolovchi shifokorga etkaziladi, u o'z navbatida davolash taktikasini rejalashtirishni boshlaydi. Shunday qilib, siydik pufagining invaziv saratoni bilan og'rigan bemorlarni yuqorida ko'rsatilgan klinik tekshirish usullari majmuasi, umuman olganda, klinik holatning og'irligini, RSE doirasida bo'lajak jarrohlik davolashning murakkabligini aniqlashga imkon beradi.

2.2. Qovuq saratoni uchun radikal jarrohlik texnikasi.

2.2.1. Erkaklarda siydik pufagi saratonini davolashda radikal sistektomiya

42 bemorning 37 nafari erkaklarni tashkil etdi. Radikal sistektomiya Qovuq saratoni bilan og'rigan barcha erkaklarda ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshirildi: barcha erkaklarda mushak invaziv saratoni bor edi .

Radikal sistektomiya-bu siydik pufagini butunlay olib tashlaydigan jarrohlik davolash usuli. Ba'zan yaqin atrofdagi to'qimalar va qo'shni tuzilmalar ham chiqariladi, ayniqsa ular malign jarayonga moyil bo'lsa.

Rezektsiya qilishning iloji bo'lmaganda (ya'ni siydik organini qisman olib tashlash, faqat zararlangan joylarni) operatsiya qo'llaniladi. Qoida tariqasida, ushbu usul saraton kasalligi juda kech bo'lganida va uning hayotini saqlab qolish uchun siydik pufagini to'liq olib tashlash kerak bo'lganda qo'llaniladi. Ayol bemorlarda bachadon va qo'shimchalar qabariq bilan bir vaqtda olib tashlanadi. Erkaklarda operatsiya paytida prostata va urug ' pufakchalari olinadi. Bu relaps xavfini to'liq kamaytirish va pufakchani o'rab turgan barcha ta'sirlangan to'qimalarni olib tashlashni ta'minlash va omon qolish ehtimolini oshirish uchun kerak.

Iloji bo'lsa, patologiyani yo'q qilish uchun muqobil echimlarni afzal ko'ramiz. Shunday qilib, mushak qatlamiga o'smaydigan yuzaki saraton bilan transuretral rezektsiya yoki lazer uskunalari yordamida massani olib tashlash amalga oshiriladi. Har bir holatda qaror alohida-alohida qabul qilinadi-shifokorlar kengashi doirasida, bir nechta mutaxassislarning sinergik yondashuvi bilan.

Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar

Quvichni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash, agar bemorda genitoüriner tizimda yallig'lanish o'choqlari bo'lsa, qonivishining buzilishi bo'lsa va aralashuv xavfli bo'lishi mumkin bo'lgan umumiy og'ir holat aniqlansa, kechiktiriladi.

Ba'zi hollarda sistektomiya yoshi kattaroq bemorlarda saraton kasalligini davolashning boshqa usullari va palliativ kuzatuv usullariga murojaat qilish orqali amalga oshirilmaydi.

Quviqni jarrohlik davolashga tayyorgarlik

Jarrohlik aralashuvidan oldin tayyorgarlik ko'riladi. Bu keng qamrovli diagnostikadan iborat.

Tekshiruv odatda quyidagilarni o'z ichiga oladi:

to'liq qon ro'yxati;

siydikni tahlil qilish;

koagulogramma;

infektsion bo'yicha tadqiqotlar: OIV, gepatit, Sifiliz;

qon guruhini tahlil qilish;

ko'krak qafasi rentgenogrammasi;

EKG.

Bemorga terapevt va kardiolog maslahat beradi. Bu sizga umumiy sog'lig'ingizni baholashga, aralashuvga ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar mavjudligini aniqlashga imkon beradi.

Siydik chiqarish asosan ichakdan hosil bo'lgan maxsus rezervuarlarga o'tkazilganligi sababli, aralashuvdan oldin patologik holatlar va oshqozon-ichak trakti (oshqozon-ichak trakti) organlariga zarar etkazilishi chiqarib tashlanishi kerak.

Quviqni och qoringa jarrohlik yo'li bilan davolash amalga oshiriladi, shuning uchun sistektomiyadan 6-8 soat oldin oziq-ovqat va suyuqlikdan voz kechish majburiydir. Aralashuvdan oldin erkaklar qorin va belni oldiradilar. Bu operatsiya maydonining tozaligini ta'minlaydi va infeksiya xavfini kamaytiradi.

Usulning xususiyatlari

Operatsiya kamida 2-3 soat davom etadi va umumiy behushlik ostida amalga oshiriladi. Asboblarni qorin devoridagi teshiklar orqali ichki organlarga keltiriladi. Manip-

ulyatsiyaning aniqligi maxsus videokamera tomonidan ta'minlanadi.

Birinchidan, tos suyagi tolasida ish maydoni hosil bo'ladi. Jarroh siydik pufagini qon bilan ta'minlaydigan tomirlarni aniqlaydi va bog'laydi. Quviq kesilgandan so'ng, bo'shliqqa rezina naycha qo'yiladi, u tashqariga chiqariladi. Uning yordami bilan kelajakda qon ketishini nazorat qilish ta'minlanadi.

Jarrohlikning keyingi jarayoni siydikni qanday chiqarish usuli tanlanganiga bog'liq. Odatda ingichka ichakning bir qismidan maxsus suv ombori yaratiladi. Ushbu usul ko'plab bemorlar uchun maqbuldir, chunki u siydik pufagi yo'qligida tabiiy siyishni ta'minlaydi.

Operatsiyadan keyingi davr (siydik pufagini tiklash)

Laparoskopik aralashuvdan so'ng reanimatsiyada bemor bir necha kun sarflaydi, shundan so'ng u oddiy xonaga o'tkaziladi. Kiyinish har kuni amalga oshiriladi. Dastlabki bir necha kun ichida bemorni haroratning ozgina ko'tarilishi va ahamiyatsiz og'riq bezovta qilishi mumkin. Qon ketish kamroq uchraydi. Ichki organlarning shikastlanishi juda kam uchraydigan asoratdir.

Laparoskopik aralashuvdan keyin umumiy tiklanish ochiq aralashuvga qaraganda kamroq vaqt talab etadi. Kater 8-10 kun davomida chiqariladi.

Operatsiyadan keyingi tiklanish davrida bemorni shifokor nazorat qiladi. Operatsiya zonasining holatini va bemorning umumiy holatini nazorat qilish majburiydir. Bizning klinikamizdan chiqarilish vaqtida bemor ovqatlanish, ichish tartibi, jismoniy faoliyat bilan bog'liq zarur shifokor tavsiyalarini oladi. Qoida tariqasida, reabilitatsiya davri 1-2 oy davom etadi. Bu vaqtdan keyin bemor ishga qaytishi mumkin.

Pastki median laparotomiya va qorin bo'shlig'ini qayta ko'rib chiqishdan so'ng, paravezikal to'qimalarga ekstraor-

ganik tarqalish mavjudligiga va qo'shni organlarning urug'lanish darajasi, infiltratsiyasi va jalb qilinishiga e'tibor qaratildi. Keyinchalik, ko'richak, yo'g'on ichakning ko'tarilgan va sigmasimon qismlari mobilizatsiya qilindi. Ushbu manipulyatsiya siydik yo'llarining mobilizatsiyasini va kichik tos a'zolariga kirishni osonlashtiradi, shuningdek, ichak segmentidan foydalangan holda plastik jarrohlik uchun tayyorgarlik bosqichi bo'lib xizmat qiladi. Gonadal tomirlar va vas deferens ikkala tomondan izolyatsiya qilingan. Ikkinchisi inguinal kanalga kirish joyida kesib o'tdi. Tutqichlar ko'zdan kechirildi va ikkala tomondan siydik yo'llariga o'rnatildi, harakat va reimplantatsiya uchun zarur bo'lgan uzunlikdagi yetarli qon ta'minotini ta'minlash uchun fastsiya korpusiga safarbar qilindi. Ikkinchisida siydik yo'llarining stentlari buyrak tos suyagigacha o'rnatildi. Hujayra diseksiyasi yonbosh arteriyalar bo'ylab va obturator chuqurchadan limfa tugunlari bilan amalga oshirildi. Yuqori va pastki vesikal arteriyalar bosqichma-bosqich bog'langan va kesib o'tgan. Ular puboprostatik ligamentlarni kesib o'tishdi va keyin Santorini venoz pleksusini tikib, kesib o'tishdi. Keyin siydik yo'li kesib o'tdi. Keyinchalik, siydik pufagi to'g'ri ichakdan ajratilgan. Qovuq, prostata, urug' pufakchalari va paravezikal hujayralarni o'z ichiga olgan preparat olib tashlandi.

2.2.2 Ayollarda siydik pufagi saratonini davolashda radikal sistektomiya

Ushbu turdagi jarrohlik aralashuv Qovuq saratoni bilan og'rigan barcha bemorlarda quyidagi ko'rsatkichlarga ko'ra amalga oshirildi: yuzaki saraton - 7 kishi (3,4%), mushak invaziv saraton - 11 bemor (5,4%), mahalliy rivojlangan saraton - 13 bemor (6,4%, shuningdek, 1 holatda (0,5%) - radiatsiya terapiyasidan so'ng mikrokistis haqida.

Umumiy behushlik ostida pastki median laparotomiyani amalga oshirgandan so'ng, qorin bo'shlig'i va kichik tos

suyagining tekshiruvi o'tkazildi. Biz uzoq metastaz belgilari yo'qligiga ishonch hosil qildik. Qovuqni tekshirganda, palpatsiya Qovuq o'simtasining mavjudligini, devor va paravezikal to'qimalarning infiltratsiyasi belgilarini va ekstraorganik tarqalishini aniqladi. Ko'r, ko'tarilgan va sigmasimon ichakning mobilizatsiyasi ishlab chiqariladi. Bu siydik yo'llarining mobilizatsiyasini va tos a'zolariga kirishni osonlashtirdi, shuningdek, ichak segmentidan foydalangan holda o'tkazgich plastikasi uchun tayyorgarlik bosqichi bo'lib xizmat qildi. Asta-sekin izolyatsiya qilingan, bog'langan va bachadonning burchak va infundibulum ligamentlarini kesib o'tgan. Limfa tugunlarini kesish bosqichini tashqi va ichki yonbosh tomirlari bo'ylab va obturator chuqurchadan bajarishga ishonch hosil qiling. Ureterlar har ikki tomonda ham ingl., atrofdagi to'qimalarning maksimal saqlanishi bilan izolyatsiya qilingan va $n / 3$ da kesilgan. Ikkinchisiga tos suyagigacha stentlangan. Qovuqning qorin bo'shlig'idan tashqari qismi ajratilgan va undan keyin siydik chiqarish kanali, qinning old va orqa devorlari kesilgan. Vesikal va bachadon arteriyalari tikilgan va bosqichma-bosqich kesib o'tgan. Preparat, shu jumladan siydik pufagi, paravezikal to'qimalar, qo'shimchalar bilan bachadon, bitta blok sifatida olib tashlandi. Qin bo'shlig'i va siydik chiqarish kanali tikilgan.

2.2.3 Brikkerni ishlatish texnikasining xususiyatlari.

Brikker tashrixi (ureteroileokutaneostomiya) - siydik pufagini olib tashlaganidan keyin siydik chiqarishning yangi yo'lini yaratishning jarrohlik usuli, bu ichakning bir uchi siydik chiqarish yo'llari bilan bog'langan, ikkinchisi esa qorin old devorida stoma hosil qilish uchun ishlatiladi.

Brikker tashrixi (ureteroileokutaneostomiya) - siydik pufagini olib tashlaganidan keyin siydik chiqarishning yangi yo'lini yaratishning jarrohlik usuli, bu ichakning bir uchi

siydik chiqarish yo'llari bilan bog'langan, ikkinchisi esa qorin old devorida stoma hosil qilish uchun ishlatiladi. Stomaning yaratilish joyi alohida belgilanadi. Bricker operatsiyasi siydik yo'llarini ajratish, distal yonbosh qismini ajratish va izolyatsiya qilish, ichakning uzluksizligini tiklash, ichak halqasining bir uchidan stoma hosil qilish va siydik yo'llarini boshqa uchiga joylashtirishni o'z ichiga oladi. Operatsiyadan keyingi davrda tez o'tadigan dinamik ichak tutilishi tez-tez uchraydi, anastomozlarning oqishi kam uchraydi. Uzoq muddatli asoratlar orasida stoma atrofidagi terining tirnash xususiyati, stenoz, ishemiya va stoma prolapsasi mavjud.

Operatsiya davomida quyidagilar ajratiladi:

ingichka ichakning uzunligi

15-20 sm (oxirgi bo'limyonbosh ichak). Biridakonduit uchi (ichak trubkasi)

siydik chiqarish yo'llari transplantatsiya qilinadi va ikkinchi uchi teriga stoma shaklida chiqariladi

Stoma atrofidagi operatsiyadan keyin

maxsus sumka yopishtirilgan

siydik yig'ish uchun (siydik qabul qiluvchi, urostomiya sumkasi).

Stomani olib tashlash joyini aniqlash

Operatsiyadan oldin olib tashlanadigan joyni aniqlash kerak

stoma. - qaniydi? Buning uchun siz shifokordan sotib olishingiz yoki oli-shingiz kerak

qabul qilgich va uni bir necha kun kiyishga harakat qiling,

siz uchun eng qulay joyni aniqlash uchun.

Uropremniklarning turlari

Qabul qilgich sizga operatsiya xonasida yopishtiriladi

operatsiyadan keyin darhol. Keyinchalik sizga

uni o'zingiz o'zgartirishingiz kerak bo'ladi (yoki murojaat qiling

ba'zilarida mavjud bo'lgan maxsus stomiya xonalari davolash muassasalari).

Bir yoki ikki komponentli foydalanish tavsiya etiladi drenaj valfi bilan jihozlangan qabul qiluvchilar va teskari quyishni oldini oluvchi antirefluks klapan ko'tarilgan infektsiyadan himoya qilish uchun stomadagi siydik

siydik chiqarish yo'llari.

Bir komponentli uropriyemniklar quyidagicha kuniga 1 martadan ko'p bo'lmagan miqdorda o'zgartir-ing.

Agar ularni o'zgartirish zarurati tug'lsa tez-tez yoki xavf mavjud bo'lsa atrofdagi terining mexanik shikastlanishi stomalar, siz 2 komponentga o'tishingiz kerak qabul qiluvchilar.

Ikki komponentdan foydalanganda qabul qiluvchilar plastinka 1-2 marta o'zgartiriladi bir hafta va urostomiya sumkalari

Kuniga 1 marta. Bunday holda, urostomiya sumkalari muntazam ravishda bo'shatish kerak.

Kechasi urostomiya sumkalari mumkin katta siydik qabul qiluvchilar bilan ulang adapter yordamida hajm.

Qabul qilgich sezilarli bo'ladimi?

Zamonaviy qabul qiluvchilar tekis, hidning o'tishiga yo'l qo'ymaydi, yo'q

harakatlanayotganda shitirlaydi va kiyim ostida ko'rinmaydi. Sizning kiyimlaringiz qulay bo'lishi kerak va agar kerak bo'lsa, ruxsat berishi kerak

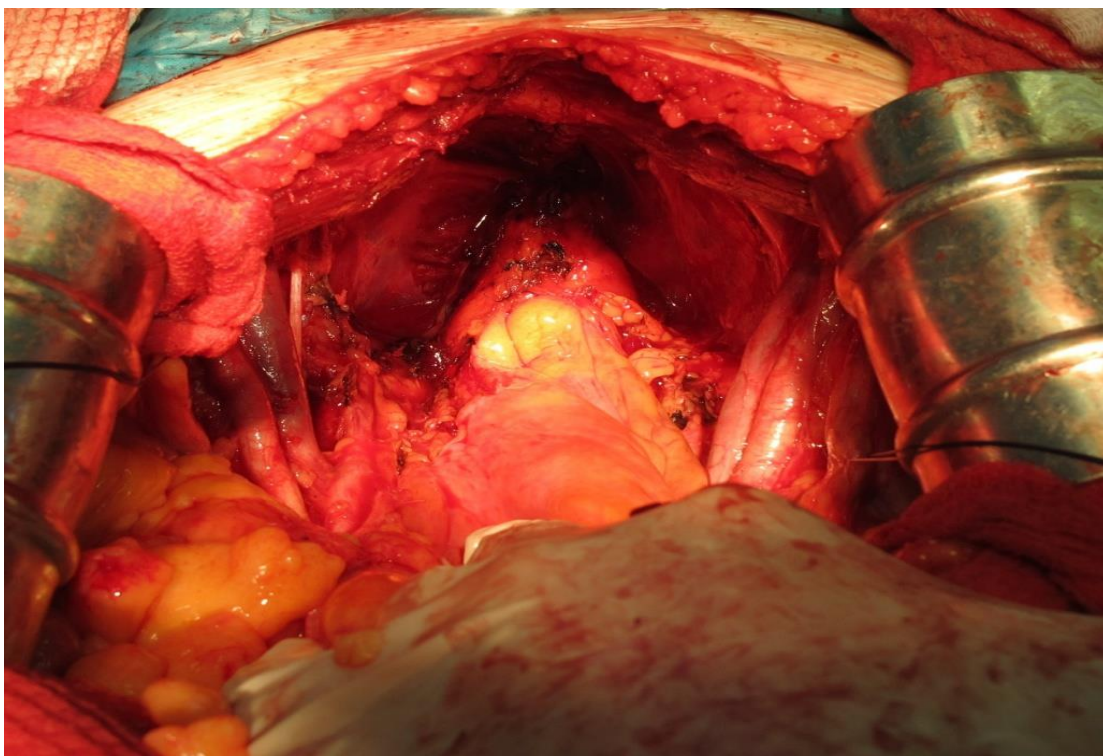
qabul qilgichni o'zgartirish oson. Juda ko'p kiyish tavsiya etilmaydi

qattiq narsalar, shim yoki yubka kamari bosilmasligi kerak

to'g'ridan-to'g'ri stomaga Ishga qaytish

Birlashtirilgan epidural va umumiy vena ichiga behushlik ostida median laparotomiya amalga oshirildi. Qorin bo'shlig'i ochildi, Qovuqni medial va yuqoriga olib tashlash orqali ikki tomondan yonbosh va obturator mintaqalari keskin va to'g'ri ochildi. Ikkala siydik yo'llarining ham o'rta uchdan bir qismidan siydik pufagigacha mobilizatsiyasi hosil bo'ladi, bunda ular kesib o'tadi va bog'lanadi. Qovuqning orqa yuzasini qoplagan qorin pardasi uning chetidan 1 sm uzoqda kesilgan. Qorin pardasi kesiklari to'g'ri ichak bo'shlig'i ustida o'zaro bog'langan. Barmoqlar yordamida siydik pufagi va to'g'ri ichakning old devori o'rtasida prostata bezining yuqori qismigacha tunnel hosil bo'ladi. Izchil ravishda LigaSure apparati yordamida siydik pufagining qon tomir pedikulalari ikkala tomondan prostata beziga kesib o'tdi. Prostata bezining lateral yuzalaridan 1 sm uzoqlikda keskin chiqib, qaychi yordamida endopelvik fastsiya kesildi. To'g'ridan-to'g'ri, o'ng va chap tomonda prostata levator ani mushaklaridan uning apikal qismiga ajratiladi. ostida dorsal tomir to'plami, o'tkir dissektor yordamida ikkita 1/0 Vicryl chok qo'yildi, ular bilan bog'lab qo'yildi. Keyin siydik yo'li prostata, uretrorektal mushaklar cho'qqisida ko'ndalang kesib o'tdi. Prostata oyoqlari ikki tomondan navbatma-navbat ajratilgan, bog'langan. Organ kompleksi: siydik pufagi, prostata olib tashlangan (2.2.3.1-rasm). Ikkala siydik yo'llari sigmasimon va ko'tarilgan ingichka ichak tutqichidan qorin bo'shlig'iga o'tkazildi va 3/0 Vicryl kesilgan choklar bilan tutqichga mahkamlandi. Antimezenterik yuzada ikkala siydik chiqarish kanali uzunligi 1,5-2 sm bo'lgan uzunlamasına yo'nalishda kesildi. O'ng va chap siydik yo'llarining lateral va medial qirralari uzluksiz Vicryl 4/0 chok bilan birga tikildi. Siydik chiqarish yo'llarining lümeni Ch 8 tashqi stentlari bilan intubatsiya qilingan, ular katgut 3/0 bilan ularning chetiga o'rnatilgan.

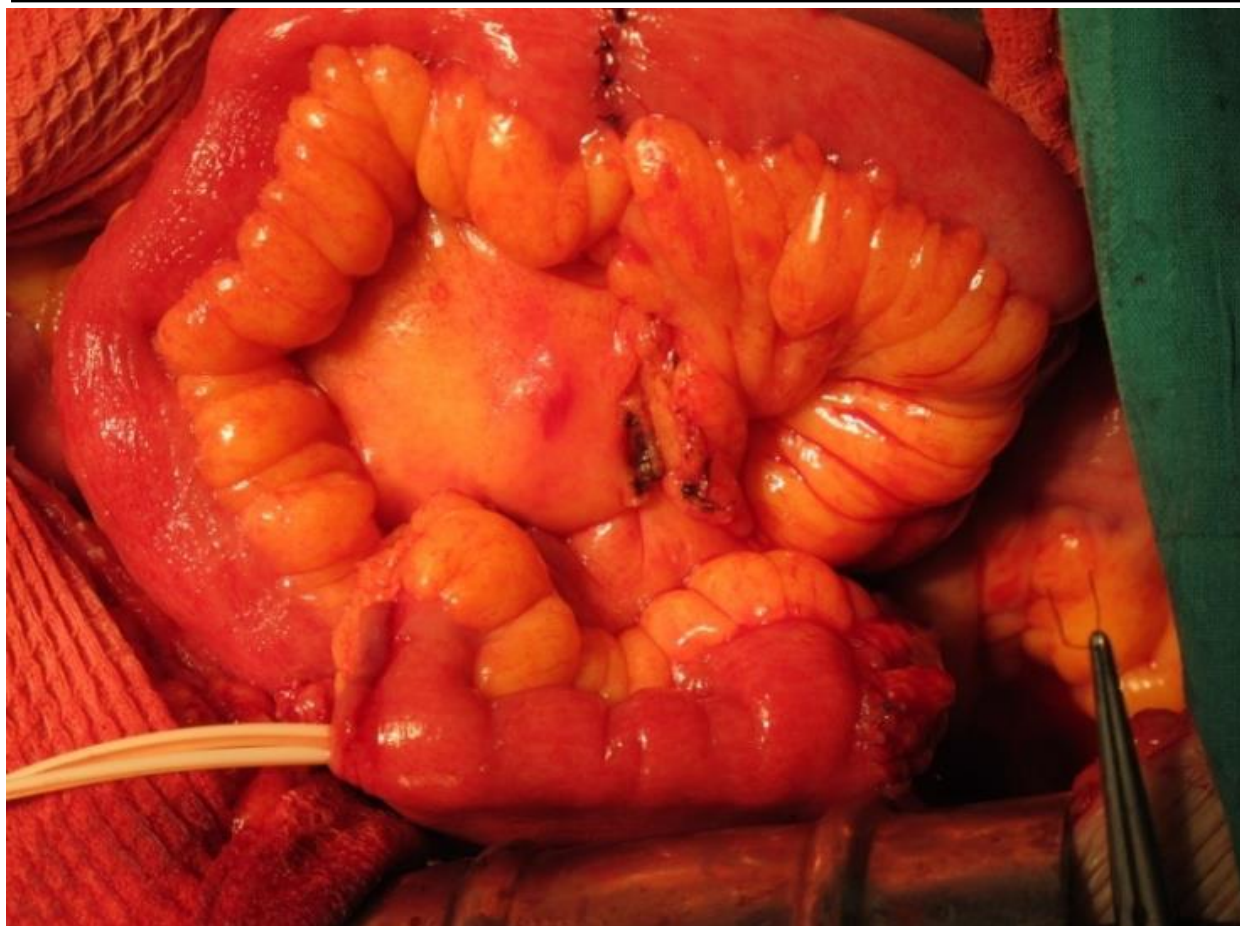
Bauhinian qopqoqdan 20 sm masofada 40 sm uzunlikdagi yonbosh ichakning bir qismi aniqlandi (2.2.3.2-rasm). Ingichka ichakning tanlangan bo'limining tutqichlari chetidan $\frac{2}{3}$ qismigacha bo'ylama bo'ylab kesilgan. Xuddi shu bo'limlarda ingichka ichak tutqich to'qimalaridan 4 sm uzunlikda bo'shatildi. TA 55 shtapler yordamida ko'ndalang apparatli tikuv o'tkazildi, ichak kesildi. Ingichka ichakning uzluksizligi GIA 60 shtapler yordamida yonma-yon apparat choklari bilan tiklandi, uning ustiga kesilgan xalta ipini qo'llab-quvvatlovchi choklar yotqizildi. Mezenteriyadagi deraza Vicryl 3/0 uzilgan tikuvlar bilan tikilgan. Ingichka ichakning tanlangan sohasi 0,002% xlorgeksidin eritmasi bilan ikki marta sanitarlanadi. Siydik chiqarish yo'llari yonbosh ichakning tanlangan sohasining proksimal uchiga joylashtiriladi (2.2.3.3-rasm). Ichak halqasining distal uchi qorin old devoriga kindikdan 7-8 sm lateral va yonbosh suyagidan 5 sm kranialga olib kelinib, aponevrozga mahkamlangan uzilgan choklar bilan teriga tikiladi (Vikril 4/). 0). Tos bo'shlig'i o'ng va chap qarama-qarshi teshiklar orqali teshilgan silikon drenajlar bilan drenajlangan. Laparotomik yara qatlamlarga mahkam yopishtirilgan, tikuv yuzasi yodning spirtli eritmasi bilan ishlov berilgan, aseptik kiyinish qo'llaniladi. Gistologik tekshirish uchun makropreparatlar yuborildi: 1) paravezikal to'qima va parietal qorin parda bilan Qovuq; 2) prostata; 3) o'ng va chap siydik yo'llarining jarrohlik qirrasi; 4) o'ng va chapdagi tashqi va ichki yonbosh limfa tugunlari. Bu operatsiyaning oxiri edi, shuning uchun buyraklar tomonidan filtrlangan siydik siydik yo'llari orqali ichak hududiga oqib o'tdi (ile-okonduit hosil bo'lgan), u erdan tashqi muhitga chiqariladi.



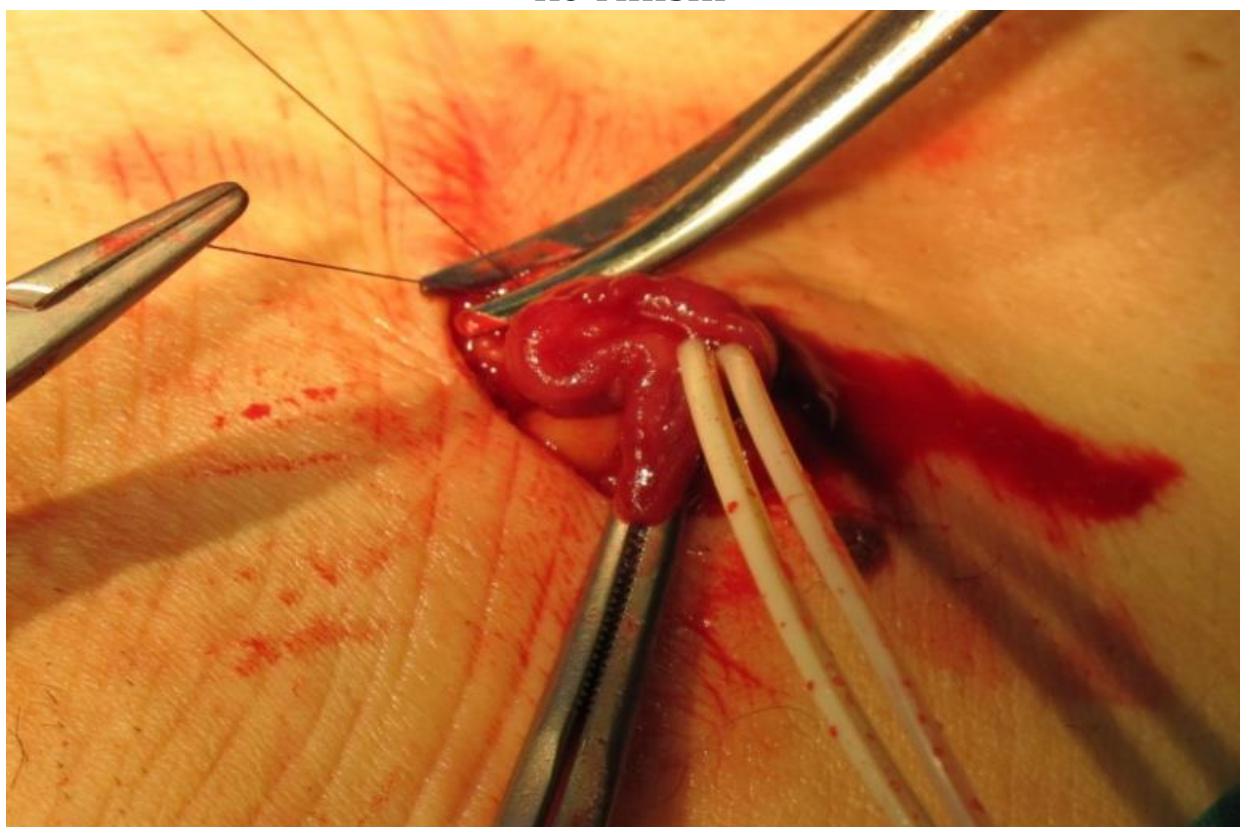
2.2.3.1-rasm - RSEdan keyingi operatsiya xolati.



2.2.3.2-rasm - Yonbosh ichakning segmentini tanlash bos-qichi.



2.2.3.3-rasm - Ureteroileoanastomozning yakuniy ko'rinishi



Shakl 2.2.3.4 - O'ng yonbosh soxada urostomiyaning shakli.

Siydik pufagi va siydik yo'llarida o'tkaziluvchi tashrixlar:

Quviq rivojlanishidagi anomaliyalar, unda toshlar paydo bo'lishi, o'sma jarayoni, divertikul yoki fistula yo'lini aniqlash holatlarida jarrohlik davolash talab etiladi. Quviqdagi operatsiyalar siydik yo'li orqali o'tkazilgan sistoskop yordamida intravezikal usulda va qorin old devori orqali (shu jumladan Laparoskopik usulda) amalga oshirilishi mumkin. Operatsiyadan keyingi davrda bemorga, qoida tariqasida, kateter qo'yiladi va siydik pufagi yuviladi. Quviq operatsiyalarining asosiy xavfi quyidagilardan iborat: qon ketish, operatsiyadan keyingi sistit va boshqa yuqumli asoratlardan, siydik pufagi yoki qorin bo'shlig'i organlarining devoriga zarar etkazish, siyish buzilishi, kasallikning qaytalaniishi (o'smalar, oqmalar), siydik anastomozlarining ishlamay qolishi.

Siydik pufagi va siydik yo'llarida o'tkaziluvchi tashrixlar turlari

Siydik pufagini rezektsiya qilish-bu turli xil tabiatdagi ushbu organning patologik neoplazmalarini yo'q qilish uchun amalga oshiriladigan urologik operatsiyalarning keng guruhi. Bunday operatsiyalar uchun ko'rsatmalar siydik pufagining benign va malign o'smalari, divertikullarning mavjudligi (patologik devor chiqishi), skleroz va chandiqlik o'zgarishlari bo'lib, siydik chiqarishda qiyinchiliklarga olib keladi. Quviqni rezektsiya qilish turli usullar bilan amalga oshirilishi mumkin – ochiq kirish (laparotomik operatsiyalar) yoki endoskopik usullar yordamida – Laparoskopik va transuretral aralashuvlar. Bunday operatsiyaning maqsadi va tabiiy natijasi siydik pufagi devoridagi va ba'zi hollarda atrofdagi organlardagi patologik fokusni jismoniy yo'q qilishdir. Qisman sistektomiya-bu ochiq urologik operatsiya bo'lib, uning davomida qovuq

devorining bir qismi olib tashlanadi, so'ngra qopqoqlar tikiladi. Aksariyat hollarda bunday jarrohlik aralashuv organ devorida malign neoplazmalar mavjud bo'lganda amalga oshiriladi, kamdan-kam hollarda operatsiya uchun ko'rsatmalar murakkab yoki sezilarli darajada divertikulalar, jarohatlarning oqibatlari bo'lishi mumkin.

Qisman sistektomiya siydik pufagiga kirish, uni safarbar qilish, devorning zararlangan qismini rezektsiya qilish va hosil bo'lgan nuqsonni tikishni o'z ichiga oladi. Natijada patologik jarayon yo'q qilinadi, ammo siydik pufagi hajmi biroz pasayadi, organning yaxlitligini buzish va qon ketishining rivojlanishi ham mumkin.

Radikal sistektomiya-bu jarrohlik aralashuv bo'lib, uning davomida siydik pufagi to'liq olib tashlanadi, ko'pincha limfa tugunlari va atrofdagi organlar majmuasi (erkaklarda prostata va urug ' pufakchalari, ayollarda bachadon va qo'shimchalar). Bunday operatsiyaning ko'rsatkichi siydik pufagining turli xil xavfli o'smalari-takroriy yuzaki saraton, uzoq metastazlar bo'lmagan taqdirda invaziv neoplazmalar. Radikal sistektomiya bilan siydik pufagi chiqariladi, so'ngra rezektsiya qilinadi, atrofdagi organlar va mintaqaviy limfa tugunlari olib tashlanadi, so'ngra siydik chiqishi va to'planishi uchun boshqa yo'llar hosil bo'ladi. Jarrohlikning natijasi o'simta hujayralarini o'z ichiga olgan tuzilmalarni olib tashlashdir, bu esa doimiy remissiya ehtimolini sezilarli darajada oshiradi.

Ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar

Tayyorgarlik

Metodologiya

Radikal sistektomiya-bu onkologik ko'rsatkichlar orasida siydik tizimining organlarida eng keng tarqalgan operatsiyalardan biridir. Bu siydik pufagining malign

neoplazmalarining nisbatan yuqori darajasi va ularning kech tashxisi bilan bog'liq – saraton kamroq invaziv aralashuvlar (transuretral rezektsiya va qisman sistektomiya) allaqachon samarasiz bo'lganda aniqlanadi. Shu bilan birga, radikal sistektomiya ta'sirlangan to'qimalarni ommaviy ravishda olib tashlash orqali relapslarning sezilarli darajada past foiziga ega. Shu sababli, siydik pufagi saratoni uchun ko'plab onkologlar bunday jarrohlik aralashuvni afzal ko'rishadi.

Radikal sistektomiya uzoq vaqtdan beri mavjud bo'lib, bajarish texnikasining bir nechta navlari va variantlariga ega – odatdagidan tortib to yuqori texnologiyalargacha. Shunga qaramay, jarrohlikning mohiyati (siydik pufagi va qisman atrofdagi tuzilmalarni to'liq olib tashlash) o'zgarishsiz qolmoqda, faqat ikkinchi darajali fikrlar farq qiladi. Bularga reproduktiv tizimning asab to'plamlarini saqlab qolish (asabni tejaydigan operatsiya), siydik chiqishi uchun yangi yo'llarni shakllantirish xususiyatlari (ureteral stoma yoki ortotopik siydik pufagini yaratish, siydik yo'llarini ichakka chiqarish) kiradi. Ushbu texnik nuanslar, asosan, organi olib tashlash usuli bilan emas, balki radikal sistektomiyadan so'ng bemorning hayot sifatini yaxshilash bilan bog'liq.

Ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar

Radikal sistektomiyani amalga oshirishning yagona ko'rsatkichi siydik pufagining malign neoplazmasining mavjudligi bo'lishiga qaramay, bunday operatsiya saratonning har bir turida amalga oshirilmaydi. Odatda, bu jarrohlik endofit o'sishi bo'lgan invaziv o'smalarda, ayniqsa ular organ devorining mushak qatlamiga o'sganda qo'llaniladi. Shuningdek, radikal sistektomiya har qanday tabiatdagi (ekzo - yoki endofitik) malign o'sishning ko'p o'choqlari, yuzaki saraton uchun konservativ (yordamchi) terapiya samarasizligi bilan ko'rsatiladi. Ba'zi onkologlar bunday operatsiyani o'smaning

tez rivojlanishi yoki unchalik katta bo'lmagan jarrohlik aralashuvlardan (tur yoki siydik pufagini ochiq rezektsiya qilish) keyin yuzaki saratonning qaytalanishi holatlarida tavsiya qiladi.

Radikal sistektomiya va siydik pufagi saratonining rivojlanish bosqichi nuqtai nazaridan ma'lum ko'rsatmalar mavjud. Ushbu jarrohlik aralashuv t1n0m0 (G1) neoplazma parametrlari uchun eng samarali bo'ladi, t2n0m0 (G2) da doimiy remissiyaning juda yuqori qobiliyatiga erishiladi. Mintaqaviy limfa tugunlarida metastazlar bo'lsa (T2N1M?) ba'zi mutaxassislar tomonidan "radikal umidsizlik sistektomiyasi" deb nomlangan operatsiyaning kengaytirilgan versiyasi qo'llaniladi. Saraton kasalligining yanada og'ir bosqichlarida jarrohlik, qoida tariqasida, samaradorligi pastligi sababli ko'rsatilmaydi. Radikal sistektomiya uchun shoshilinch ko'rsatmalar mavjud-saraton profuzal qon ketishiga va makrogematuriyaga olib keladigan holatlarda. Ko'pincha, bunday vaziyatda jarroh operatsiyaga qarshi ba'zi kontrendikatsiyalarni e'tiborsiz qoldirishi mumkin, chunki bu qon yo'qotishidan o'limning oldini olish uchun zarurdir ("qutqaruvchi sistektomiya").

Radikal sistektomiyaga qarshi ko'rsatmalar (an'anaviy bo'linishdan tashqari mutlaq va nisbiy), shuningdek, butun operatsiyani umuman taqiqlovchi va uning alohida bosqichlarini amalga oshirishni imkonsiz qiladigan deb tasniflanishi mumkin. Saratonning rivojlangan bosqichlari, uzoq metastazlarning mavjudligi, bemorning umumiy og'ir holati va qon ketishining buzilishi ushbu turdagi jarrohlik aralashuvni to'liq taqiqlashga olib keladi. Uretrada yoki siydik pufagi bo'ynida shish paydo bo'lishi, mintaqaviy limfa tugunlarida metastazlar yoki siydik o'g'irlab ketish tarixi radikal sistektomiya uchun to'siq emas, ammo ortotopik

siydik pufagingning shakllanishiga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Umumiy behushlikdan foydalanishga qarshi ko'rsatma bo'lgan jigar, Markaziy asab va yurak-qon tomir tizimlarining kasalliklari ham bu operatsiyani imkonsiz qiladi.

Tayyorgarlik

Saraton kasalligi bilan bog'liq boshqa operatsiyalarda bo'lgani kabi, radikal sistektomiyadan oldin tashxisni aniqlash va tasdiqlash, to'qimalarda o'simta hujayralarining tarqalishini, metastazlarning mavjudligini yoki yo'qligini aniqlashga qaratilgan bir qator tadqiqotlar o'tkaziladi. Asosiy tahlil siydikni umumiy tekshirish bo'lib, u odatda turli darajadagi gematuriyani aniqlaydi. Tekshiruvning keyingi bosqichlarida uro-yoki sistografiya amalga oshiriladi, so'ngra gistologik tekshiruv uchun o'simta to'qimalari bilan sistoskopiya o'tkaziladi. Ushbu diagnostika protseduralari natijalarini hisobga olgan holda radikal sistektomiya to'g'risida qaror qabul qilinadi. Bundan tashqari, o'simta tarqalishini baholash uchun radioizotop diagnostika usullari va limfa tugunlari, siydik yo'llari, prostata, bachadon va boshqalarda metastazlarni aniqlash uchun ultratovush tekshiruvi buyurilishi mumkin.

Radikal sistektomiya to'g'risida qaror qabul qilingandan so'ng, bemor operatsiyadan oldingi asosiy tibbiy ko'rikdan o'tkaziladi. U umumiy va biokimyoviy qon testini, florografiyani, elektrokardiografiyani, o'ta xavfli infektsiyalarni tekshirishni va qon ivishini o'rganishni o'z ichiga oladi. Katta miqdordagi jarrohlik aralashuvni hisobga olgan holda, katta qon ketish holatlarida almashtirish transfüzyonunu tezda ta'minlash uchun qon guruhi va RH omilini aniqlash kerak. Shuningdek, radikal sistektomiya umumiy behushlikdan foydalanish imkoniyatini baholash uchun anesteziolog bilan maslahatlashishni talab qiladi. Operatsiyadan oldingi tek-

shiruv ushbu turdagi aralashuv uchun juda muhimdir, chunki ko'plab bemorlar uzoq vaqt davomida siydik pufagi saratonidan aziyat chekishadi, kimyoviy va radioterapiya bo'yicha takroriy kurslardan o'tadilar, bu ularning tanasining holatiga salbiy ta'sir qiladi. Radikal sistektomiya boshlanishidan oldin bemor pubik mintaqani oldiradi va kateter qo'yiladi.

Metodologiya

Radikal sistektomiya paytida bemorning holati-orqada, tos a'zolariga kirish suprapubik mintaqadagi kemerli laparotomik kesma orqali amalga oshiriladi. Rektus abdominis mushaklari va piramidal mushaklar bo'ylama yo'nalishda ajralib turadi, pufakchadan oldingi tolalar to'mtoq tarzda tabaqalanadi. Radikal sistektomiyada siydik pufagini chiqarishda ikkita asosiy yondashuv mavjud, birinchisida organ pastki qismdan bo'ynigacha, ikkinchisida – aksincha. Texnikani tanlash jarroh tomonidan aniq ko'rsatmalar, malign shakllanish joylashuvining xususiyatlari va uning tabiati asosida amalga oshiriladi. Quviqni chiqarish jarayonida organning tomirlari va biriktiruvchi to'qima oyoqlari aniqlanadi, ular keyinchalik siqiladi va kesishadi.

Erkaklarda radikal sistektomiya o'tkazilganda prostata-urogenital kompleks – siydik pufagi, urug ' pufakchalari va prostata olib tashlanishi kerak. Xatarli o'sma rivojlanishining dastlabki bosqichlarida qo'llaniladigan operatsiyaning ba'zi variantlari prostata bezi va urug ' pufakchalarini saqlab qolishga imkon beradi, bu yosh bemorlarda dolzarbdir, ammo relaps xavfi sezilarli darajada oshadi. Ayollarda radikal sistektomiya, shuningdek, tos a'zolarining butun majmuasini – siydik pufagi, bachadon va uning qo'shimchalarini, qin va siydik yo'llarining orqa devorini olib tashlashni o'z ichiga oladi. Ushbu organlar olib tashlangandan so'ng, erkaklar

ham, ayollar ham tos limfadenektomiyasini o'tkazadilar – mintaqaviy limfa tugunlarini olib tashlash. Radikal sistektomiya ko'rsatmalariga qarab, limfa tugunlarini olib tashlash standart yoki kengaytirilgan bo'lishi mumkin. Ikkinchi holda, limfa tugunlari aorta bifurkatsiyasidan inguinal kanalga olib tashlanishi kerak.

Radikal sistektomiyaning so'nggi bosqichida siydik oqishini ta'minlash choralari ko'rilmogda. Eng oddiy versiyada siydik yo'llari qorin old devoriga stoma hosil qilish uchun chiqariladi, unga siydik kollektori biriktiriladi. Boshqa usul (tixov operatsiyasi va uni o'zgartirish) siydik yo'llarini yo'g'on ichakka sigmasimon ichakka chiqarishni o'z ichiga oladi. Ortotopik siydik pufagini turli to'qimalardan – oshqozon bo'laklari, qin devorlari, ingichka yoki yo'g'on ichak segmentlaridan shakllantirish usullari texnik jihatdan ancha murakkab. Natijada, radikal sistektomiyadan bir muncha vaqt o'tgach, bemor ixtiyoriy siyishni tiklashi, kateterlar, stomalar va siydik yig'uvchilarni ishlatishdan bosh tortishi mumkin. Amaliyot oxirida yara qatlamlarga tikiladi, parotid bo'shlig'ida drenaj qoladi va uretral yoki ureteral kateterlar (texnikaga qarab).

TUR (transuretral rezektsiya) – ochiq keng kirishni shakllantirmasdan endoskopik usul yordamida amalga oshiriladigan zamonaviy jarrohlik aralashuv. Bunday operatsiya odatda siydik pufagi saratonining dastlabki bosqichlarida, shilliq qavat poliplari mavjud bo'lganda va (kamroq) siydik tizimining ushbu bo'limining boshqa kasalliklarida qo'llaniladi. Quviq turining mohiyati siydik yo'li orqali organning lümenine maxsus jihozlarni kiritish, devorning patologik o'zgargan qismini aniqlash va uni turli usullar bilan olib tashlash – rezektsiya, lazer ta'siri, elektrokoagulyatsiya orqali kamayadi. Natijada, ta'sirlangan hudud minimal ta'sir qilish bilan olib tashlanadi. Bunday operatsiyaning

mumkin bo'lgan asoratlari qon ketishi yoki siydik pufagi devorining teshilishi (teshilishi).

Sistprostatektomiya-bu prostata, siydik pufagi, mintaqaviy limfa tugunlari va paratiroid tolasini olib tashlaydigan kombinatsiyalangan jarrohlik aralashuv. Jarrohlik asosan saraton ko'rsatkichlari – siydik pufagi va prostata saratonining invaziv shakllari mavjud bo'lganda buyuriladi. Sistprostatektomiya an'anaviy ochiq kirish yoki Laparoskopik yoki robot texnikasi yordamida amalga oshirilishi mumkin. Jarrohlikning asosiy bosqichlari prostata-urogenital blokni, urug ' pufakchalarini, uretraning proksimal qismini, tos limfodissektsiyasini olib tashlashni o'z ichiga oladi. Oxirida siydik chiqarish uchun yangi anatomik yo'llar hosil bo'ladi.

Robotoassistatik sistektomiya-bu robotik jarrohlik kompleksi yordamida siydik pufagini to'liq yoki qisman olib tashlashni o'z ichiga olgan usul. Organ saratonining mahalliy shakllari uchun ishlab chiqariladi. Ko'rsatmalarga ko'ra, u limfadenektomiya, yaqin atrofdagi organlarni olib tashlash bilan to'ldiriladi. Aralashuv umumiy behushlik ostida Trendelenburg holatida amalga oshiriladi. Robot asboblari va videokamera kichik bo'limlarga o'rnatilgan bir nechta troakarlardan orqali operatsiya maydoniga keltiriladi. Vizual nazorat kattalashtirilgan 3D tasvir yordamida amalga oshiriladi. Ta'sir qilingan to'qimalar chiqariladi, qisman sistektomiya bilan organning yaxlitligi tikish orqali tiklanadi, radikal bilan ular siydik chiqarishning muqobil usullarini yaratadilar.

Quviqning robotlashtirilgan rezektsiyasi- da Vinchi robot tizimidan foydalangan holda organning o'zgartirilgan qismini minimal invaziv eksizyon. Operatsiyaning asosiy ko'rsatkichi siydik pufagining mahalliy malign neoplazmalari bo'lib, kamdan-kam hollarda aralashuv katta va murakkab divertikulalar, travmatik shikastlanish oqibatlari bi-

lan amalga oshiriladi. Robot asboblari Laparoskopik kesmalar orqali pufakchaga olib keladi, barcha harakatlar monitordagi 3D kattalashtirilgan tasvir yordamida kuzatiladi. Quviq safarbar qilinadi, uning ta'sirlangan qismi chiqariladi, nuqson tikiladi. Drenaj yaraga o'rnatiladi.

Quviq o'simtasini olib tashlash odatda sistoskopiya orqali amalga oshiriladi. Operatsiya rejalashtirilgan tarzda amalga oshiriladi. Poliplar va papillomalar uchun minimal invaziv usullar qo'llaniladi – elektrokoagulyatsiya, elektroeksizatsiya yoki lazer rezektsiyasi. Ba'zi hollarda, chegara neoplazmalarida, yarali nuqsonlar mavjud bo'lganda, laparotomik kirish yordamida siydik pufagi devorining ochiq elektroeksizatsiyasi yoki eksizatsiyasi amalga oshiriladi. Quviq o'simtasini olib tashlash narxi kirish, tanlangan texnika, aralashuv hajmi va texnik murakkabligini hisobga olgan holda o'zgaradi.

Quviq leykoplakiyasini olib tashlash odatda minimal invaziv usulda amalga oshiriladi. Aralashuvning ko'rsatkichi konservativ terapiyaning samarasizligi, metaplaziyaning sezilarli tarqalishi bilan kasallikning keratinlashtirilgan kichik turi hisoblanadi. Operatsiya sistoskop yordamida rejalashtirilgan tartibda amalga oshiriladi. Shilliq qavatning o'zgartirilgan joylari elektrokoagulyatsiya yoki lazer koagulyatsiyasi orqali chiqariladi. Keyinchalik, dori terapiyasi buyuriladi, dispanser kuzatuv amalga oshiriladi. Quviq leykoplakiyasini olib tashlash narxi aralashuv miqdori va ishlatiladigan energiya turiga qarab belgilanadi.

Augmentasion sistoplastikasi – bu ichakning bir qismini (kamroq-oshqozon) siljitish va organ devori hududida "yamoq" yaratish orqali siydik pufagi hajmini oshirishga qaratilgan plastik jarrohlik aralashuv. Kuchaytiruvchi sistoplastika interstitsial sistit, nefrotuberkulyoz, divertikuloz, radiatsion sistit, neyrogen disfunktsiya, jaro-hatlar va fistula shakllanishi fonida chandiq o'zgarishlari tu-

fayli rezervuar-evakuator funktsiyasining qaytarilmas yo'qolishi bilan siydik pufagi va kichik siydik pufagining ekstrofiyasi uchun ko'rsatiladi. Kattalashtirish sistoplastikasi uchun material odatda yonbosh ichakning bir qismidir. Quviq ajratiladi, ajratiladi, tanlangan oshqozon-ichak traktining devoridan qon tomir oyog'ida qopqoq hosil qiladi va siydik pufagining ajratilgan

Quviq ichak plastikasi (enterotsitoplastika) — bu yonbosh ichakning bir qismidan siydik pufagini almashtiradigan suv omborini yaratish. Jarrohlikning birinchi bosqichida yonbosh ichakning bir qismi rezektsiya qilinadi, uning uchlari bir-biriga tikiladi. Rezektsiya qilingan qismning uchi uzunlamasına bo'linadi va siydik yo'llari bilan bog'langan u shaklidagi konfiguratsiyaga tikiladi. Boshqa uchi tikiladi va siydik yo'lga ulanadi. Jarrohlikdan so'ng, kunduzi va kechasi siydikni ushlab turishga qaratilgan yangi yaratilgan siydik pufagini tayyorlash kerak.

Ochiq Epitsistostomiya-bu siydik pufagidan siydik chiqarishni ta'minlaydigan, siydik yo'lini chetlab o'tadigan operatsiya. Aralashuvlar operatsiyadan oldin vaqtincha drenajlash uchun amalga oshiriladi, shundan so'ng siydikning siydik yo'lga kirishini istisno qilish kerak, siydik organlarining shikastlanishi bilan, shuningdek, tabiiy siyishni tiklashning iloji bo'lmasa, siydikni doimiy ravishda olib tashlash kerak. Amaliyot davomida suprapubik kesma (ochiq usul) yoki siydik pufagi devorining teshilishi (troakar epitsistostomiya) amalga oshiriladi. Yara yoki troakar orqali siydik qabul qilgich bilan bog'langan yoki qisqich bilan jihozlangan organ bo'shlig'iga drenaj kiritiladi.

Troakar epitsistostomiya-bu siydik pufagining teshilishi, unga ingichka drenaj trubkasi kiritilishi. Ponksiyon suprapubik mintaqada qorinning old devori orqali kiritilgan troakar tomonidan amalga oshiriladi. Bunday holda, siydik pufagi siydik yoki maxsus kiritilgan steril

suyuqlik bilan to'ldirilishi kerak. Troakar epitsistostomiya prostata saratoni, prostata adenomasi yoki siydik pufagi ostidagi siydik yo'llarining obstruktsiyasiga olib keladigan boshqa jarayonlar natijasida o'tkir siydikni ushlab turadigan bemorlarda siydik pufagini qisqa muddatli drenajlash uchun ishlatiladi.

Ureterostoma va ureteroanastomozni qo'llash-bu turli darajadagi murakkablikdagi jarrohlik aralashuvlar guruhi bo'lib, ular distal siydik yo'lini tos suyagi bilan yoki siydik yo'lining proksimal qismini organning distal qismi, siydik pufagi, teri, ingichka yoki yo'g'on ichakning izolyatsiya qilingan halqasi bilan o'zaro bog'lashni o'z ichiga oladi. Bu siydik oqimini tiklash uchun amalga oshiriladi (tabiiy ravishda yoki sun'iy ravishda yaratilgan stoma orqali). Ureterostoma va ureteroanastomozni qo'llash siydik yo'llarining torayishi (distal, proksimal), ureterotsistosel, siydik pufagi ekstrofiyasi yoki organning onkologik shikastlanishi tufayli siydik pufagi olib tashlanganidan keyin amalga oshiriladi. U statsionar sharoitda rejalashtirilgan holda amalga oshiriladi, mustaqil aralashuv yoki boshqa operatsiya bosqichi bo'lishi mumkin.

Boari operatsiyasi-bu siydik pufagi va siydik pufagidan kesilgan naychaga o'ralgan qopqoq o'rtasida anastomoz hosil bo'lishi. Operatsiya siydik pufagining pufakchadan oldingi qismiga sezilarli darajada zarar etkazilgan hollarda qo'llaniladi, bunda oddiy ureterotsistoanastomoz hosil bo'lishi uchun ta'sirlanmagan siydik pufagining uzunligi etarli emas. Operatsiyaning boshida siydik pufagi sog'lom to'qimalar ichida chiqariladi, trapezoidal qopqoq siydik pufagining old-yon devoridan kesiladi, siydik pufagining shilliq qavati shilliq qavatiga tikiladi, siydik pufagiga kateter kiritiladi, siydik pufagi naycha shaklida tikilgan qopqoq bilan o'raladi. Kateter 7-10 kundan keyin chiqariladi.

Siydik chiqarish kanalini teriga implantatsiya qilish (**ureterokutaneostomiya**) palliativ jarrohlik aralashuvlarni anglatadi. Jarrohlik operatsiya qilinmaydigan o'smalar va siydik pufagining jiddiy shikastlanishi holatlarida, agar siydik yo'lini to'g'ri ichakka joylashtirishning iloji bo'lmasa ko'rsatiladi. Ureter suprapubik, inguinal yoki lumber mintaqaga ko'chiriladi, shunda uning uchi 2-3 sm tashqariga chiqadi. Ushbu uchiga siydik pufagi bilan bog'langan kateter kiritiladi. Siydik pufagining chiqadigan qismini himoya qilish uchun uning atrofida teri qopqog'idan "korpus" hosil bo'ladi. Ureteropielostomiya-tos-siydik segmenti zonasida torayganda siydikning normal o'tishini tiklashga qaratilgan radikal rekonstruktiv-plastik jarrohlik aralashuv. Ko'rsatkich buyrak parenximasining ishlashini saqlab, buyrakning gidronefrozi.

Ureteropielostomiya urologik kasalxonada ochiq kirish yoki Laparoskopik usulda amalga oshiriladi. Bu toraygan ureteral qismni rezektsiya qilishni va tos-ureteral anastomozni "oxirigacha"shaklida shakllantirishni o'z ichiga oladi. Tos suyagi sezilarli darajada oshishi bilan uning rezektsiyasi amalga oshiriladi. Operatsiyadan keyingi davrda anastomoz zonasini ajratish va tos suyagini drenajlash amalga oshiriladi. Splinting naychasi 2-3 haftadan so'ng chiqariladi, siydikning siydik yo'li orqali o'tishi tiklangandan keyin drenaj to'xtatiladi.

Ureterosigmoidomiya-ureter va sigmasimon ichak o'rtasida sun'iy aloqa yaratish uchun amalga oshiriladigan jarrohlik aralashuv. Quviq saratoni uchun sistektomiyadan so'ng siydik oqimini tiklash uchun amalga oshiriladi. O'rta laparotomiya yordamida amalga oshiriladi. Sigmasimon ichakni safarbar qilish, rezektsiya joyini aniqlash, ichakni kesib o'tish, izolyatsiya qilingan ichak halqasini yaratish, sigmasimon ichakning uzluksizligini tiklash, siydik yo'llarini izolyatsiya qilingan halqaga joylashtirish, stoma hosil qilish

va jarohatni tikishni o'z ichiga oladi. Ureterosigmoidostomiyani o'tkazish reflyuksiya ehtimolini kamaytiradi va ureteroileostomiya bilan solishtirganda siydik yo'llarining stenozini rivojlanish xavfini kamaytiradi. Anastomozning oqishi kam uchraydi.

Ureteroureteroanastomoz-siydik pufagining yorilishi yoki uning bir qismi eksizyonidan keyin zarur bo'lgan siydik pufagining ikki uchini bir-biriga bog'lash. Ureteroureteroanastomoz travmatik shikastlanishlar, endoskopik davolash mumkin bo'lmagan o'smalar, strikturalar, divertikulalar uchun ishlatiladi. Amaliyot siydik chiqarish kanalining uchlarini qiya kesish va ularni siydik chiqarish kanaliga kiritilgan kateterga tikishdan iborat. Eġimli kesma anastomozning katta diametrini ta'minlaydi va strikturaning shakllanishiga to'sqinlik qiladi. Kateter bir hafta ichida chiqariladi. Bu nafaqat siydik oqimini ta'minlaydi, balki anastomozning shakllanishiga yordam beradi.

Ureterotsistoanastomoz-bu siydik pufagini siydik pufagi bilan bog'lash operatsiyasi. Bu siydik pufagining distal (pufakchadan oldingi va intravezikal) qismiga zarar etkazish holatlarida amalga oshiriladi: fistulalar, o'smalar, divertikullar, strikturalar, shikastlanishlar, siydik pufagining siydik pufagiga kirish joyining noto'g'ri joylashishi (og'iz distopiyasi). Operatsiya davomida siydik pufagi patologik jarayon ta'sir qilmaydigan to'qimalar ichida kesiladi va keyin siydik pufagiga tikiladi, siydik pufagining uchini siydik pufagi devorining submukozal tunnelida o'tkazadi.

III BOB TADQIQOT NATIJALARI

Ko'pgina hollarda asosiy kasallik bilan bog'liq shikoyatlar quyidagilar edi: gematuriya, siyish paytida og'riq, siyish qiyinlishuvi, shoshilinch, to'sda og'riq - katta o'smalarga xos bo'lgan, shuningdek o'simtaning har qanday lokalizatsiyasiga xos bo'lgan umumiy simptomlar - zaiflik, darrmonsizlik , yo'qotish . tuyadi , vazn yo'qotish, ortib ESR, anemiya. Jarayonning bosqichiga qarab klinik belgilar 2 va 3-jadvallarda keltirilgan.

№2-jadval

Qovuq saratoni bilan bog'liq klinik belgilar

Alomatlar	Bosqichlar			
	T2	TK	T4	Ia
Gematuriya	3(7.1)	7(17.1)	4(9.5)	14/
Siydik chiqarish	4(9.5)	15	5(12)	24/
imperativ	0	8	3(7.1)	11/
	1 (2,4%)	5 (12%)	taxmin an 12%)	12 (26,4%)

Bemorning 14 tasida gematuriya aniqlangan (33,6%). Shu bilan birga, T3 kasalligi bosqichi bo'lgan bemorlarda yuqori ko'rsatkichlar kuzatildi .

24 bemorda (57,2%) siydik chiqarish paytida og'riq kuzatildi. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, o'simtaning katta talashishi bilan bu sindromning paydo bo'lishi ham o'sgan. Agar T2 bosqichida 4 bemor (7,1%) og'riqdan shikoyat qilgan bo'lsa, T3 va T4 bosqichlarida buyrak sohasidagi og'riq simptomi mos ravishda 15 (35,7%) va 5 (12%) bemorda kuzatilgan.

Qovuq saratoni alomati sifatida shoshilinch chaqirish faqat 11 kishida (26,1%>) kuzatilgan va T indeksining oshishi bilan simptomning paydo bo'lishi ortadi.

12 bemorda (26,4%) siydik chiqarishda qiyinchilik kuzatildi. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, bu alomat T2 da 1

(2,4) bemorda mavjud edi. TK 5 (12%) va T4 5 (12%) bosqichlarida simptom bir xil chastotada kuzatilgan.

Qovuq saratoni uchun patognomonik bo'lmagan, ammo odamning xavfli o'smalarining ko'plab lokalizatsiyasiga xos bo'lgan umumiy klinik alomatlar bizning kuzatuvlarimiz bo'yicha 22 bemorda vazn yo'qotish (52,4%), zaiflik, bezovtalik, ishtahani yo'qotish ko'rinishida 20 (47,5%), ESR ortdi - 30 (70,9%) bemorlarda, anemiya belgilari ortib - 12 (28,6%) bemorlarda.

Ushbu ko'rsatkichlarga asoslanib, bu alomatlar kasallikning bosqichiga bog'liq emas deb taxmin qilishimiz mumkin.

№3-jadval

Har qanday lokalizatsiyaga xos bo'lgan klinik belgilar odamning xavfli o'smasi

Alomatlar	Bosqich			
	T2	T3	T4	Jami
Ozish	5(11.9)	13(31)	4(9.5)	22
Zaiflik, - bezovtalik,	4 (9,5%)	10 (24%)	6 (14%)	20 (47,5%)
ESR ortishi	7(16.7)	18	5	30
Anemiva	2(4.8)	7(16.7)	3(7.1)	12

Tekshiruvdan o'tgan 42 nafar bemorning 9 nafarida (21,4%) birga keladigan kasalliklar mavjud (4-jadval).

№4-jadval

Qovuq saratoni bilan og'rigan bemorlarning tadqiqot guruhidagi birga keladigan kasalliklar

Qo'shma kasalliklar ro'yxati	abs/%
2-toifa diabet	2(4,75%)
Gipertonik kasallik	1(2,4%)
ishemik yurak kasalligi	1(2,4%)
Ishemik insultdan keyingi holat	1(2,4%)
Xolelitiyoz	1(2,4%)

Epilepsiya	1(2,4%)
Semirib ketish 2 daraja	2(4,75%)

3.1 TADQIQOT BEVOSITA NATIJALARI

3.1.1. Operatsiya ichidagi asoratlarni tahlil qilish

Siydik chiqarish saratoni uchun radikal sistektomiyaning asoratlari quyidagilardan iborat:

1. Paravezikal to'qimalardan qon ketishi.

Ajratish bilan boshlangan bo'lsa, bu asorat mumkin siydik pufagining o'zi. Ushbu asoratni oldini olish uchun, birinchi navbatda, biz ta'kidlaganimizdek, siydik pufagi tomirlarini ajratib olish va bog'lash, so'ngra Qovuqni paravezikal to'qima bilan bir blok sifatida ajratish, keyin uni olib tashlash kerak. Qovuq atrofidagi barcha tomirlar, paravezikal to'qimalarning tomirlari va puboprostatik ligamentlar , santorini venozi bog'langan yoki kichikroq tomirlar koagulyatsiyalangan.

Barcha bemorlarga (42 ta holat) pastki median yondashuvidan foydalangan holda operatsiya qilindi , birlamchi ta'sir qilish va siydik pufagi tomirlarini (tomirlar va arteriyalarni) ketma-ket bog'lash, bu qon ketishining oldini olishga imkon berdi. Bemorlarning hech birida bu asorat kuza-tilmadi.

2. Limfa tugunlarini kesishda yonbosh tomirlaridan qon ketishi.

Limfa tugunlarining jiddiy infiltratsiyasi va sezilarli sklerozi mavjud bo'lganda yuzaga keladi .

Dastlab, Qovuqni medial va yuqoriga olib tashlash orqali ikki tomondan yonbosh va obturator mintaqalari keskin va to'g'ri ochiladi. Ikkala siydik yo'llari ham o'rta uchdan bir qismidan siydik pufagigacha harakatlanadi va u erda ular kesishadi va bog'lanadi. Keyin, bu tomirlarni bog'lash joy-

larida qisqichlar qo'llanilgandan so'ng, tomirlarning chetlari atravmatik ignalar bilan tikiladi, bu esa ligaturalarning sirpanishini oldini oladi.

Turli bosqichlardagi siydik pufagi saratoni uchun operatsiyalar paytida qon yo'qotish hajmi 5-jadvalda ko'rsatilgan.

T2 bosqichida qon yo'qotish hajmi o'rtacha 400,2 ml (200-800), T3 - 450,0 (200-800), T4 -550,4 ml (200-800).

№5-Jadval

**RSE bilan siydik pufagi saratoni bilan og'rigan bemorlarda
qon yo'qotish hajmi**

Jarayon bosqichi	Qon yo'qotish hajmi $M \pm m$ (ml)
T2	400,2 $\pm$ 200
TK	450,0 $\pm$ 370
T4	550,4 $\pm$ 350

Shuni ta'kidlash kerakki, tajriba to'planishi bilan bemorlarda o'rtacha qon yo'qotish $350,9 \pm 100$ ml ni tashkil qiladi.

Barcha holatlarda operatsiya muvaffaqiyatli yakunlandi. Aylanma qonning hajmi jarrohlik paytida va operatsiyadan keyingi davrda bir guruh donor qoni va plazmasini quyish, bir vaqtning o'zida kolloidlar va past molekulyar og'irlikdagi dekstranlarni yuborish bilan qoplandi. Hayot uchun xavfli qon ketish kuzatilmadi.,

3.2. Operatsiyadan keyingi erta asoratlar

Sistektomiya bilan tos a'zolarini olib tashlash bo'yicha operatsiyalar jarrohlik bo'limlaridan biriga tegishli bo'lib, har doim operatsiyadan keyingi asoratlarning yuqori xavfi bilan bog'liq. Bu jarrohlik texnikasining juda texnik mu-

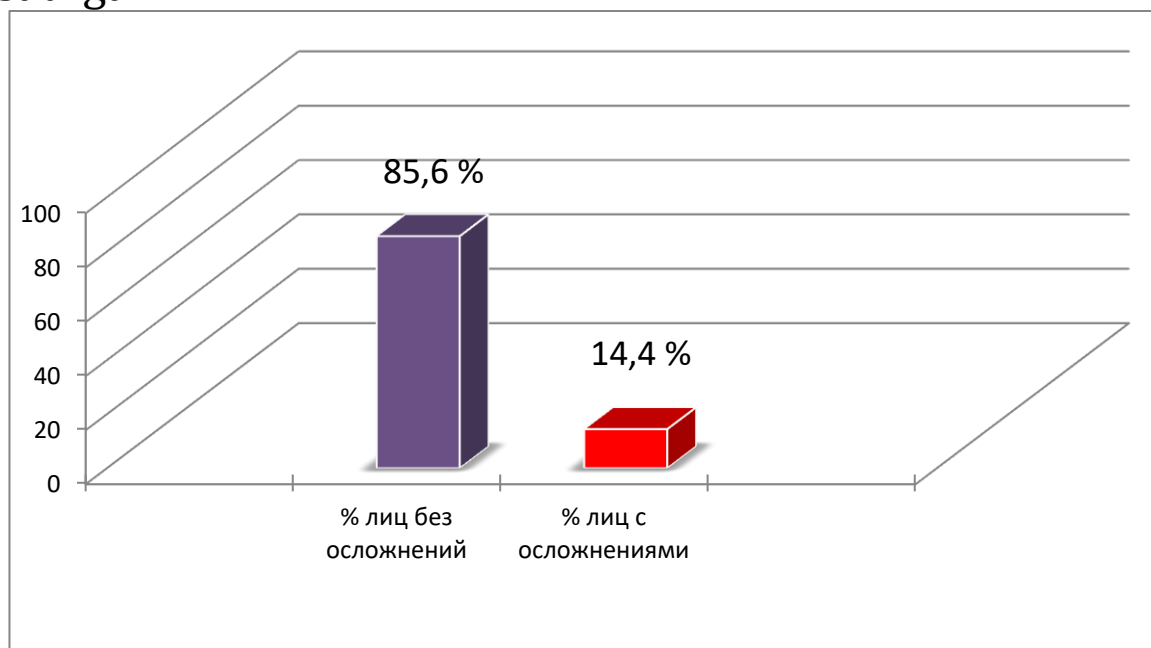
rakkabligi, anesteziyani boshqarish va operatsiyadan keyingi erta davrda birga keladigan patologiyaning kuchayishi ehtimoli bilan bog'liq. Bu, ayniqsa, keksa va keksa bemorlar uchun to'g'ri keladi, ularda asoratlarning xavfi va somatik holatning keskin yomonlashishi yosh bemorlarga qaraganda ancha yuqori. Erta, operatsiyadan keyingi davrda quyidagi asoratlarning paydo bo'lishi: uzoq muddatli ichak pareziyasi, dinamik ichak tutilishi, tashqi yonbosh trombozi, arteriya, ichaklararo anastomozlar va uretero-rezervuar anastomozlarining ishlamay qolishi, limfotik shakllanishi, surunkali pielonefritning kuchayishi. Shuning uchun, ushbu toifadagi bemorlarda siydikni burish imkon qadar sodda va ishonchli bo'lishi kerak. Uollesning ureteroileoanastomози « bitta platforma » yonbosh ichak segmentining proksimal uchida hosil bo'lishi bilan Briker tomonidan siydik chiqarishni afzal ko'ramiz. Ushbu yondashuv, bizning fikrimizcha, keksa va keksa bemorlarda eng yaxshi funksional natijalarni beradi, shuningdek, gidroureteronefroz, obstruktiv pielonefrit va surunkali buyrak etishmovchiligi kabi kech operatsiyadan keyingi asoratlarning sonini kamaytiradi.

Hozirgi vaqtda jarrohlik texnikasining yuqori darajasiga, konservativ davo va behushlikning keng imkoniyatlariga qaramay, operatsiyadan keyingi erta asoratlarning chastotasi yuqori bo'lib qolmoqda, ayniqsa qariyalar va keksalarda va 10 dan 70% gacha [Komyakov B.K. va boshqalar, 2003; Lopatkin N.A. va boshqalar, 2003; Sitdykov E.N., Sitdykova M.E., 1995; Elmajian D. _ A , Shtayn J. _ P. , 1996; Hautmann R. _ E. , 1999; Studer U. _ E. , Stenzl A. 2000]. Shu sababli, ushbu muammo bilan shug'ullanadigan mutaxassislarning asosiy vazifasi asoratlarni kamaytirishdir. Buning uchun eng tez-tez uchraydigan va jiddiy asoratlarning sabablarini o'rganish, ularni aniqlash, bartaraf etish va keyingi oldini olish kerak. Mumkin bo'lgan asoratlarning vaqtini va turini tushunish, ularni dinamik ravishda kuzatib borish va tera-

pevtik tadbirlarni yetarli darajada amalga oshirish muhimdir. Murakkabliklar erta va kech bo'linadi. Biz operatsiyadan keyin kasalxonada sodir bo'lganlarni birinchi bo'lib qo'ydik, shartli ravishda bu 1 oygacha. Kechiktirilgan asoratlari - kasalxonadan chiqqandan keyin va 1 oydan ortiq muddatda sodir bo'lgan.

Barcha ishlab chiqilgan asoratlari ko'pchilik ixtisoslashgan markazlarda standart sifatida qabul qilingan Clavien-Dindo tasnifi yordamida baholandi (jadval No 3) [Galleev R.X. va boshqalar, 2005; Davydov M.I. va boshqalar, 1998; Fleisch MC, 2007].

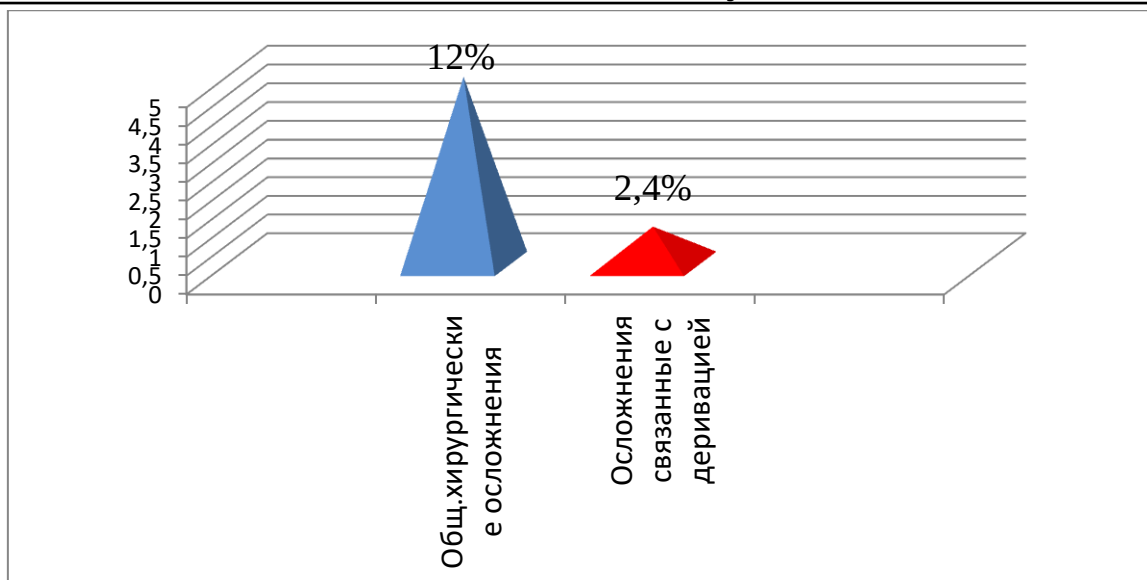
Operatsiyadan keyingi davrda kuzatilgan barcha asoratlari ikki guruhga bo'lingan: umumiy jarrohlik asoratlari va radikal sistektomiyadan so'ng siydik chiqarish bilan bog'liq asoratlari. 3.2.1-rasmda erta asoratlarning tarqalishi ko'rsatilgan.



3.2.1-rasm - Erta asoratlarning tarqalishi.

Umumiy tahlil shuni ko'rsatadiki, umumiy bemorlar orasida 6 (14,4%) erta asoratlari bo'lgan bemorlarga ega.

Bemorlarning umumiy jarrohlik asoratlari va radikal sistektomiyadan keyin siydik chiqarish bilan bog'liq asoratlari bo'yicha taqsimlanishi 3.2.2-rasmda ko'rsatilgan.



Shakl 3.2.2 - Umumiy jarrohlik va u bilan bog'liq siydik yo'li bilan og'rigan bemorlarning taqsimlanishi.

Rasmdan ko'rinib turibdiki, 6 (14,4%) asoratlardan 5 (12%) umumiy jarrohlik va 1 (2,4%) asoratlar siydik chiqarish bilan bog'liq.

Asoratlarning turlari 6-jadvalda keltirilgan.

№6-jadval

Bemorlarning asorat turiga qarab taqsimlanishi

Murakkabliklar ro'yxati	abs/%
Zotiljam	2(4,76%)
Ichak parezi	1(2,4%)
Ichaklararo anastomozning to'lovga layoqatsizligi	1(2,4%)
miyokard infarkti	1(2,4%)
Piyelonefrit	1(2,4%)
Urostomiya nekrozi (derivatsiya bilan bog'liq)	1(2,4%)

Erta asoratlarning eng katta qismi siydik chiqarish bilan bog'liq bo'lmagan asoratlar edi (12%).

3.3. Operatsiyadan keyingi kech asoratlari

Operatsiyadan keyingi davrda asosiy asoratlari: siydik o'g'irlab ketish, uretero-rezervuar anastomozining strikturasi, siydik pufagidagi tosh shakllanishi. Jarrohlik va konservativ davolash usullari yuzaga kelgan asoratlarni to'xtatishga imkon beradi. Biz kasalxonadan chiqqandan keyin va 1 oydan ko'proq vaqt davomida yuzaga kelgan kech asoratlarni bog'ladik.

Barcha kechki asoratlari siydik chiqarishning turiga bog'liq edi.

3.3.1-rasmda kech asoratlarning turlari ko'rsatilgan.

42 nafar bemordan 8 nafarida (19%) kechikish asoratlari kuzatilgan. Tekshirilayotgan bemorlarda operatsiyadan keyingi kech asoratlarning quyidagi turlari kuzatildi: ureteroileal anastomoz stenoz-1(2,4%), siydik parastomal dermatiti-2(4,76%), pielonefritning takroriy xurujlari-3(7,1%), surunkali buyrak etishmovchiligi. -1 (2,4%), metabolik atsidoz-1 (2,4%).

Kechki asoratlarni bartaraf etish uchun faqat bitta bemor (ureteroileal anastomozning stenoz) takroriy jarrohlik aralashuvni talab qildi.



3.3.1-rasm - kech asoratlarning tarqalishi.

3.4. Brikker usuli va UKS shakllanishi bilan radikal sistektomiyadan foydalangan holda radikal sistektomiyadan so'ng bemorlarning farovonligini sub'ektiv baholash

Siydik chiqarishning turli usullari bilan radikal sistektomiya qilingan bemorlarning hayot sifatini baholash tadqiqotning asosiy maqsadlaridan biri. Hayot sifatini baholash uchun barcha bemorlar siydik chiqarish turiga qarab ikki guruhga bo'lingan (7-jadval). 1-guruhdagi 27 nafar bemorning "Konduit derivatsiyasi bilan sistektomiya qilingan bemorning so'rovnomalari" va 2-guruhdagi 17 nafar bemorning "Sistektomiya qilingan bemorning so'rovnomalari" savollariga bergan javoblarini tahlil qilish orqali hayot sifati o'rganildi. UKS ning shakllanishi bilan".

Farovonlikni sub'ektiv baholash uchun biz operatsiyadan keyingi davrni sub'ektiv idrok etish xususiyatlarini baholaydigan so'rovnomadan foydalandik. Ushbu savollar guruhi operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda qo'llaniladigan mavjud so'rovnomalar asosida ishlab chiqilgan [Kiselev E.N. va boshqalar 2003; Novik A.A. va boshq., 2002].

№7- jadval

Bemorlarning turiga qarab taqsimlanishi siydikni burish.

Jarayon bosqichi	1-guruh Brikker usuli bo'yicha RSE		2-guruh UKS tashkil etilishi bilan RSE	
	Bemorlar soni		Bemorlar soni	
	Abc	%	Abc	%
I	-	-	-	-
II	6	24	4	24
IIIA	18	72	8	47

IIIB	1	4	5	29
IVA	-	-	-	-
IVB	-	-	-	-
Jami	25	100	17	100

RSE operatsiyasidan so'ng kuzatilgan bemorlarda siydik chiqarish shikoyatlari chastotasidagi farqlarni va siydik chiqarishning turli usullarini qo'llashni solishtirish qiziqroq edi (8-jadval). So'rov natijalarini tahlil qilish biroz murakkablashadi, chunki siydik chiqarish usullarining farqlari tufayli 1 va 2-guruhlardagi bemorlarda siyish qiyinlishuvi turli sabablarga ko'ra aniqlanadi va bu omil tarqalishning ikki tomonlama solishtirilishini istisno qiladi. buzilishlarning bir xil belgilari, ular uchun 4 ta bir xil umumiy simptomlar bundan mustasno. Shunday qilib, ikkala guruhda ham bemorlar siydikda aralashmalar yoki qon quyqalarini sezmadilar. 1-guruhdagi bemorlarda 2 bemorning (7,4%) siydikda RSE toshlaridan keyin, 2-guruhda esa siydikda toshlar qayd etilgan. Ikkala guruhda ham bemorlar siydikda shilliq qavatni qayd etishadi : 1 va 2-guruhlarda mos ravishda 2 (7,4%) va 4 (26,7%) bemor. Umuman olganda, 1-guruhdagi RSE dan keyin siydik chiqarish buzilishining "umumiy" belgilarining umumiy soni 2-guruhdagi bemorlarga qaraganda ancha kam edi.

№8-jadval

RSE operatsiyasidan so'ng siyish buzilishi belgilarining og'irligi

№	Semptomlarning nomi	1 guruh		2 guruh	
		Abs	%	Abs	%
	Umumiy simptomlar Qoidabuzarliklar				
1	Siydikdagi qon aralashmasi	0	0,0	0	0,0
2	Siydikda qon ivishi	0	0,0	0	0,0
3	Siydikda shilliq qavatning mavjudligi	2	7.4	4	26.7

4	Kichik toshlar, "qum" mavjudligi	2	7.4	0	0,0
	Umumiy simptomlarning umumiy soni	4	14.8	4	26.7
	Buzilishlarning o'ziga xos belgilari				
6	Siydikni olib tashlashda qiyinchiliklar	5	18.5	12	80,0
7	Urostomiyani tuzatishda qiyinchiliklar	0	0,0	9	60,0
8	Siydikni o'rnatish uchun tibbiy xodimlar bilan bog'lanish zarurati	0	0,0	10	66.7
9	Urostomiya hududida noqulaylik, yonish hissi	7	26.0	8	53.3
10	Urostomiya sohasidagi og'riq	2	7.4	6	40,0
o'n	Stoma atrofida va qorin bo'shlig'ida teri o'zgaradi	5	18.5	8	53.3
12	Siydik chiqarishning butun harakati davomida qiyinchiliklar	0	0,0	0	0,0
13	Siydik chiqarishda zo'riqish kerak	2	7.4	0	0,0
14	Noqulaylik, siyish paytida yonish hissi	1	3.7	6	40,0
15	Siydik chiqarish paytida og'riq	0	0,0	0	0,0
16	Siydik chiqarishdan keyin Qovuqning to'liq bo'shatilmasligi hissi	0	0,0	0	0,0
17	Qovuqni to'liq bo'shatish uchun bir necha marta siyish kerak	0	0,0	0	0,0
	Guruhlarda o'rtacha% simptomlar, shu jumladan umumiy simptomlar	26	12.0	63	52.5

Taqqoslash guruhlaridagi bemorlarda azotemiyaning kuchayishi belgilarining xususiyatlari (ularning balli bilan) 9-jadvalda keltirilgan.

RSE dan keyin bemorlarda azotemiya belgilarining og'irligi

Yo'q/Y o'q.	Semptomlarning nomi	1 guruh		2 guruh	
		abs	%	Abs	%
1	Chanqoqlik, quruq og'iz, quruq va qichishish terisi, og'izdan yomon hid va hokazolarni his qilasizmi?				
1.1	1.*** Ha	10	40	10	58.8
1.2	0. Yo'q	15	60	7	41.2
2	Sistektomiyadan keyin ko'proq suyuqlik ichganmisiz?				
2.1	1. Ha	15	60	12	70.6
2.2	0. Yo'q	10	40	5	29.4
3	Siz kuniga o'rtacha qancha suyuqlik iste'mol qilasiz (shu jumladan suyuq ovqat) (litr)				
3.1	0. 2,0 litrgacha	7	28	9	53
3.2	1. 2,1 dan 3,0 litrgacha	10	40	5	29.4
3.3	2. 3,0 litrdan va undan ko'p	8	32	3	17.6
4.	RSE operatsiyasidan keyin azotemiya rivojlanishi natijasida yuzaga kelgan noqulaylik darajasining og'irligi (ballar)	2,24±0,18		2,25±0,17	

* - Taqqoslash guruhleri o'rtasidagi statistik jihatdan muhim farqlar ($p < 0,05$).

*** - (1) bemorning noqulaylik darajasining nuqtalarida baholash.

9-jadvaldagi ma'lumotlarni tahlil qilishdan ma'lum bo'lishicha, 1-guruhda sezilarli darajada kamroq bemorlarda chanqoqlik, terining quruqligi va qichishi, og'izdan yomon hid paydo bo'ladi - 2-guruhdagi 58,8% ga nisbatan 40,0% va qi-kvadrat testi ($X^2 = 5,28$, $cc = 1$, $p = 0,0215$) bo'yicha taqqoslash guruhlarida ushbu alomatlar bo'lgan va ularsiz

bemorlarning nisbati sezilarli darajada farq qildi. 2-guruhdagi bemorlarda RSE operatsiyasidan keyin suyuqlik iste'molining ko'payishi (70,6% ga nisbatan 60,0%; $p>0,05$) biroz ko'proq bo'lsa-da, uni iste'mol qilishning o'rtacha kunlik hajmi bo'yicha birinchi guruh bemorlari ustunlik qildi: $2,60 \pm 2$ -guruhdagi $2,22 \pm 0,17$ l ga nisbatan 0,11 l (shu jumladan kuniga 3,0 yoki undan ortiq litr suv iste'mol qiladigan 1-guruhdagi bemorlarning ko'p ulushi tufayli - 32,0% va 17,6%, $p<0,05$). 1 va 2-guruhlarda azotemiya tufayli noqulaylik darajasi farq qilmadi ($p>0,05$).

Shuningdek, biz RSEdan keyin bemorlarning ijtimoiy moslashuvi masalalarini ko'rib chiqdik (10-jadval).

10-jadval

RSE dan keyin bemorlarda ijtimoiy moslashuv muammolarining jiddiyligi

Yo'q/Yo'q.	Semptomlarning nomi	1 guruh		2 guruh	
		abs	%	abs	%
1	RSEdan keyin oilaviy munosabatlaringiz qanday o'zgardi?				
1.1	3.*** Oila buzildi (munosabatlar buzildi)	-	-	1	5.9
1.2	2. Munosabatlar yomonlashdi, o'zini "yuk" kabi his qiladi.	-	-	-	-
1.3	1. Tashqi farovonlik bilan u begonalashish, doimiy noqulaylik va yolg'izlikni his qiladi.	4	16	2	11.8
1.4	0. Aloqalar bir xil bo'lib qoladi	7	28	5	29.4
1.5	+1. O'zaro munosabatlar iliqlashdi, qarindoshlar va do'stlarning	14	56	9	53*

	g'amxo'rliги va qo'llab-quvvatlashini his qiladi				
2	Jarrohlikdan keyin nogironlikni olish				
2.1	4. I guruh	4	16	2	11.8
2.2	3. II guruh "ishlamaydi"	o'n bir	44	4	23.5
2.3	2. II guruh "ishlaydigan"	10	40	5	29,4*
2.4	1. III guruh	-	-	6	35,3*
2.5	0. Nogironligi yo'q	-	-	-	-
3	Mustaqilligingizni baholang	-	-	-	-
3.1	0. Men hamma narsada o'zinga xizmat qilaman.	18	72	5	29,4*
3.2	1. Men o'zinga g'amxo'rlik qila olmayman va begonalarning doimiy yordamiga muhtojman	7	28	12	70,6*
4	Operatsiyadan oldin ishlaganmisiz?				
4.1	0. Ha	20	80	13	76,5*
4.2	1. Ishlamadi	5	20	4	23,5*
5	Siz shu vaqtda ishlaysizmi?				
5.1	0. Ha	17	68*	5	29,4*
5.2	1. Ishlamaydi	8	32*	12	70,6*
6	Sistektomiya operatsiyasidan keyin ishlash haqida:				
6.1	0. Xuddi shu joyda ishlashda davom etadi	12	48	2	11,8*
6.2	1. RSEning natijasi meni avvalgi ishimni tark etishga majbur qildi	1	4	2	11,8*

6.3	2. (a) oldingi ishni osonroq ishga o'zgartirdi	1	4	2	11.8
6.4	3. Boshqa sabablarga ko'ra ishdan ketish (bo'lgan).	2	8	4	23.5
6.5	4. Hozir ishlamayapman, lekin ishga qaytishni re-jalashtiryapman	4	16	1	5,9*
6.6	5. Operatsiyadan keyin men ishlamayman va ishlashni re-jalashtirmayman	5	20	5	29.4
7	Operatsiya natijasida yuzaga kelgan noqulayliklar tufayli hayotda nimadan voz kechishingiz kerak edi?				
7.1	2. Odatiy sevimli mashg'ulotlardan	15	60	12	70.6
7.2	1. Ba'zi sevimli mash-g'ulotlardan qisman voz kechdi	2	8	2	11.8
7.3	0. Yo'q, mening hayot tarzim sezilarli darajada o'zgarmadi, men faol yashayman	8	32	3	17.6
8	RSE keyin ijtimoiy mos-lashish muammolari tu-fayli bemorlarning noqulaylik darajasining og'irligi (ballar)	7,28±0,39		8,28±0,37	

* - Taqqoslash guruhleri o'rtasidagi statistik jihatdan muhim farqlar ($p < 0,05$).

- - "RSEdan oldin" va "RSEdan keyin" ma'lumotlar o'rtasidagi statistik jihatdan muhim farqlar ($p < 0,05$).

*** - (3) bemorning noqulaylik darajasining nuqtalarida baholash.

Taqqoslash guruhlarida operatsiya qilingan bemorlarning ijtimoiy moslashuvi to'g'risidagi ma'lumotlarning tahlili oilaviy munosabatlardagi noqulay belgilarni faqat 1-guruhdagi 4 (16,0%) va 2-guruhdagi 3 (17,6%) bemorda ($p > 0,05$) ko'rsatadi. Aksincha, har ikkala guruhdagi bemorlarning aksariyatida (86,2% va 75,0% da) oilaviy munosabatlar bir xil darajada saqlanib, yanada iliqlashgan, 1-guruhdagi bemorlarda esa "qarindoshlar tomonidan g'amxo'rlik va qo'llab-quvvatlashni his qilish." 2-guruhdagidan ikki baravar ko'p edi - mos ravishda 14 (56%) 9 (53%; $p < 0,05$).

Ikkala guruhdagi bemorlarning I va II ("ishlamaydigan") guruhlardagi (mos ravishda atigi 60,0% va 35,3%) taqqoslanadigan taqsimlanishiga qaramay, 2-guruhdagi bemorlar orasida III 6-guruh nogironligi bo'lgan bemorlar sezilarli darajada ko'proq bo'lgan (35,3%, 1-guruhdagi bemorlarda esa bunday holatlar umuman kuzatilmagan ($p < 0,05$)). Shu bilan birga, 1-guruhda bemorlarning ko'pchiligi - 18 (72%) va 2-guruhdagi 7 (28%; $p < 0,05$) - ular "hamma narsada o'zlariga xizmat qiladilar", deb javob berishdi. 2-guruhdagi 12 (70,6%) bemor esa "doimiy ravishda begonalar yordamiga muhtoj".

Ikkala guruhda ham RSE operatsiyasidan oldin bemorlarning ko'pchiligi ishlagan - mos ravishda 80% dan 76,5% gacha, 2 va 1-guruhlarda ($p < 0,05$). Biroq, operatsiyadan so'ng, har ikkala guruhdagi bemorlarning deyarli 2/3 qismi (1 va 2-da mos ravishda 68% va 29,4%; $p > 0,05$) turli sabablarga ko'ra ishlamagan va bu o'zgarishlar "ishlaydigan" va Ikkala guruhda ham RSEdan oldin va keyin "ishlamaydigan" bemorlar sezilarli edi ($p < 0,05$).

Shuni ta'kidlash kerakki, 1-guruhda bir oz ko'proq bemorlar o'sha joyda ishlagan (2-guruhda 48% ga nisbatan 11,8%; $p < 0,05$), 2-guruhda RSE natijalari ularni o'z ishini tark etishga majbur qildi. oldingi ish 2 (11,8%) bemorlar (1-guruhdagi 1-ga qarshi; $p < 0,05$). Ikkala guruhdagi "ishlamaydigan" bemorlarning solishtirma nisbatiga qaramay, 1-guruhda "ishlamaydigan, lekin ishga borishni rejalashtirgan" bemorlar ko'proq bo'lgan (20% va 16%; $p < 0,05$).

Umuman olganda, o'z hayotidagi o'zgarishlarni baholashda 2-guruh bemorlari 1-guruhga nisbatan deyarli eng katta - 70,6% va 60%. Shu bilan birga, 2-guruhdagi qolgan bemorlar orasida odatdagi sevimli mashg'ulotlari va hayot quvonchlaridan voz kechishga majbur bo'lgan bemorlar biroz ko'proq (1-guruhdagi 11,8% ga nisbatan 8%; $p > 0,05$) bo'lgan. .

Ikkala guruhdagi bemorlarda noqulaylik darajasining umumiy baholarini solishtirish ular o'rtasida sezilarli farqlarni aniqlamadi, garchi 1-guruhdagi bemorlarning ko'rsatkichi yanada qulayroq ko'rinadi.

3.5. Qovuqni olib tashlash bilan kechadigan jarrohlik aralashuvlarning asoratlari.

Kichik tos a'zolarining mahalliy darajada rivojlangan o'smalarini va siydik pufagining rekonstruktiv jarrohligini jarrohlik yo'li bilan davolashga ixtisoslashgan muassasalar bunday aralashuvlardan so'ng yuzaga keladigan asoratlarni 2 toifaga ajratadilar: siydik chiqarish bilan bog'liq bo'lganlar va umumiy jarrohlik omillari [Krasny S.A., 2010; Atduev V.A., 2010 yil; Figurin K.M., 2010 yil; Hollenbek b . K. , 2005; Houvenaeghel G. , 2004]. Ulardan eng keng tarqalganlari uzoq davom etadigan ichak parezlari (5,6-70,0%), siydik to'plamining etishmovchiligi (19,0%) va ichaklararo anastomozlar (4-11,7%), yara infektsiyasi (11,0%) va sepsis (1,7-3,0%). 1,0-9,1% serebrovaskulyar avariya rivojlanadi va bemor-

larning 1-3% tromboemboliya yoki miokard infarkti fonida o'tkir yurak etishmovchiligini rivojlantiradi [Mager V.O., 2011; Solovyov A.V., 2013 yil; Koda K., 2002; Konety BR, 2006 yil; Leadbetter WF, 1951]. Umumiy kechikish asoratlari bemorlarning 12,0-23,4% da uchraydi. Bemorlarning 1-20,4 foizida siydik-ichak anastomozlarining strikturasi, 2-10,2 foizida reflyuks, 2-4 foizda siydik yo'llarining strikturasi, 4-5 foiz bemorlarda siydik yo'llari va siydik yo'llarining yuqori qismida tosh shakllanishi rivojlanadi [Lykov A.V., 2013 yil; Solovyov A.V., 2013 yil; Roman L.D., 2012; Saito N., 2003; Spahn M., 2010].

«yuqori hajmli markazlar» bilan to'g'ri taqqoslash mumkin, bu erda yiliga kamida 50 ta bunday operatsiyalar amalga oshiriladi va perioperativ boshqaruv tajribasi mavjud. Sistektomiya va EMTdan keyingi operatsiyadan keyingi asoratlari ham erta (<30 kun) va kech (>30 kun) bo'linadi. Eng ko'p uchraydigan jarrohlik asoratlari qon ketish, to'sa'zolarining xo'ppozi, yara infektsiyasi, siydik yo'llari infektsiyalari (anastomoz oqishi, obstruktsiya, oqmalar) va oshqozon-ichak asoratlari (anastomoz oqishi, ichak tutilishi, oqma). Ko'pgina asoratlari konservativ tarzda davolanadi, ammo ba'zilar jarrohlik aralashuvni talab qiladi. Katta namunalik bir nechta tadqiqotlar yosh va operatsiyadan keyingi erta asoratlari o'rtasida sezilarli bog'liqlikni ko'rsatdi. Yoshlarga nisbatan qariyalarda jarrohlik asoratlari ko'proq bo'lgan (72% ga nisbatan 64%, $p < 0,05$), jarrohlik bo'lmagan asoratlari esa o'xshash (17% va 13%, $p < 0,05$) [Voziyanov S.A. va boshqalar, 2015; Kogan M.I. va boshq., 2016].

Operatsiyadan keyingi standart davolash operatsiyadan keyingi birinchi kun davomida intensiv terapiya bo'limida qolishni o'z ichiga oladi. Dastlabki 3-4 kun ichida og'riqni yo'qotishning eng yaxshi usuli epidural anesteziya bo'lib, u ham ichak motorikasini tiklashga foydali ta'sir ko'rsatadi [Voziyanov S.A. va boshq., 2015]. Bemorlarni davolashning

standart usuli - bu nazogastral naycha, siydik va suprapubik kateter (ortotopik rekonstruksiya holatida), qorin devori orqali yara drenaji va ikkita siydik kateteri. Siydik yo'llarining drenajlanishi majburiydir, chunki u siydikning ichak shilliq qavati bilan aloqasini minimallashtiradi va diurezni aniq aniqlash imkonini beradi [Vozianov S.A., 2016; Sharipov R.A., 2012]. Birinchi 2-3 kun davomida har bir kishi parenteral oziqlantirish (oqsil preparatlari, aminokislotalar, lipid aralashmalari, konsentrlangan glyukoza eritmalari, elektrolitlar) beriladi. Oddiy peristaltikaning paydo bo'lishi bilan bemorga suv ichishga ruxsat beriladi va gazlar o'tib ketganda, enteral ovqatlanish buyuriladi, birinchi jadval №1, keyin asta-sekin umumiy holatga qadar kengayadi. Antibakterial terapiya operatsiyadan keyingi dastlabki davrda davom etadi. Preparatlar ekish natijalariga va antibiotiklarga sezuvchanligiga qarab tanlanadi. Disbakteriozning oldini olish uchun bemor antibiotiklar bilan parallel ravishda probiotiklarni qabul qiladi. Kichkina tos bo'shlig'idan va uretrosistoanastomoz hududidan drenajlar, qoida tariqasida, limforeya to'xtaganidan keyin 5-7-kunida chiqariladi. Ureteral intubatorlar 11-kuni olib tashlanadi. Epikistostomiya drenaji o'rnatilgan hollarda, ikkinchisi intubatorlarni olib tashlangandan keyingi kun o'chiriladi. Ichakdagi rezervuar hosil bo'lgan hollarda, uni ichak tomonidan ishlab chiqarilgan shilimshiqdan yuvish kerak. Bu uretra va epikistostomiya kateteri orqali amalga oshiriladi. Ba'zi jarrohlar bu jarayonni 4-6 soatdan keyin, ba'zilari esa ertasi kuni boshlaydilar [Lykov A.V., 2015; Darenkov S.P., 2013 yil; Kogan M.I., 2014 yil; Urh A., 2013 yil; Styuart VF, 2003 yil; Snayder H. _ M. , 2012; Teysheira S. _ C. , 2012]. 14-kuni uretral Foley kateteri chiqariladi.

va yana besh kun davomida antibiotiklarning profilaktik kursi belgilanadi. Bir qator mualliflar uni olib tashlashdan oldin chiziqlarni istisno qilish uchun ko'tarilgan uretrosisto-

grafiya qilishni tavsiya qiladilar [Lykov A.V., 2015; Studer UE, 2006].

Operatsiyadan keyingi erta asoratlari

Kasalxonaga yotqizish paytida yoki operatsiyadan keyingi 30 kun ichida yuzaga kelgan erta operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasi 20-57% ni tashkil qiladi [Sharipov R.A., 2015; Pavlov V.N., 2015 yil; Tixier H., 2010; Urh A., 2013 yil; Van Goor H., 2007]. Bundan tashqari, asoratlari og'irlik darajasiga qarab bo'linadi. Asoratlarning eng keng tarqalgan tasnifi Klavien-Dindo tomonidan taklif qilingan [Dindo D. va boshq., 2014].

Yuqorida aytilganlarning barchasi operatsiyadan keyingi asoratlari bo'yicha tadqiqotlarning aksariyati rasmiy munosabatlarga ega ekanligini ko'rsatadi, ularni katta va kichiklarga ajratadi. Bu ma'lumotlarni solishtirishni qiyinlashtiradi va eng muhimi, albatta, operatsiyadan keyingi asoratlarni yetarlicha baholamaslikka olib keladi.

Jarrohlik va terapevtiklarga bo'lish mumkin. Operatsiyadan keyingi erta asoratlari orasida oshqozon-ichak (17-29%), yuqumli (7-25%), yara bilan bog'liq (7-15%), yurak-qon tomir (7,5-11%), o'pka (5-9%), qon ketish kiradi. (9%), nevrologik (5%), operatsiyadan keyingi churra va boshqalar (1%). Bemorlarning taxminan 10% jarrohlik asoratlari tufayli qayta operatsiya qilinadi [Darenkov S.P., 2013; Vasilchenko M.I., 2013; Vermaas M., 2007; Wydra D., 2006]. Siydikni turli usullar bilan ichakka yuborishda eng tez-tez uchraydigan va dahshatli asoratlardan biri bu to'qimalarning shishishi natijasida anastomozning obstruktsiyasidir. Agar operatsiya vaqtida siydik yo'llari stentlanmagan bo'lsa yoki operatsiyadan keyingi erta davrda siydik yo'llari kateterlari ko'chib ketgan bo'lsa, postrenal anuriya rivojlanishi mumkin [Semenyakin I.V., 2013; Teplov A.A., 2012 yil; Shirokorad V.I., 2008 yil; Uilyams RF, 2000].

Oshqozon-ichak traktining peristaltik faolligini tiklash-

ning kechikishi, uzoq muddatli og'riq sindromi, ichak tutilishi,

olib tashlangan a'zolar to'shagida ingichka ichak qovuzloqlarining kichik tos bo'shlig'iga siljishi, EMT dan keyin, shuningdek, o'pka va tromboembolik

Jarrohlik aralashuvi bilan bog'liq bo'lgan asoratlarning ma'lum va keng tarqalgan muammolar, Qovuqni olib tashlash va kengaygan yonbosh limfa tugunini kesish bilan birga keladi. Keksa va qarilik yoshida (o'rtacha 68 yosh) siydik pufagining invaziv saratoni va kichik tos a'zolarining mahalliy rivojlangan o'smalari ustunlik qilishini hisobga olsak, operatsiyadan keyingi erta davrda asoratlarning paydo bo'lishiga bemorlar tomonidan toqat qilish qiyinroq. yoshroq yosh, qoida tariqasida, og'ir birga keladigan patologiya va tananing kompensatsiya qobiliyatining kichikroq zaxirasi [Zhegalik A.G., 2014; Sharipov R.A., 2014 yil; Charyshkin A.L., 2015 yil; Vozianov S.A., 2015 yil; Pavlov V.N., 2015 yil; LinMY, 2004; Lambrou NC, 2005 yil; Kecmanovich DM, 2003 yil; Kohler C. , 2002; Xuri - Kollardo F. , 2012]. Ovqat hazm qilish traktining uzoq muddatli ichak parezlari ko'rinishidagi disfunktsiyasining asosiy sabablaridan biri operatsiyadan keyingi drenajning yetarli emasligi hisoblanadi.

Sistektomiyadan keyin turli xil rekonstruktiv texnologiyalarni amalga oshirishning tez-tez uchraydigan asoratlari metabolik atsidozdir. Epigastral mintaqada zaiflik, ko'ngil aynishi, qusish va yonish bilan namoyon bo'ladi. Siydikning ichak rezervuari orqali so'rilishi va undan keyingi azotemiya haqiqiy xavf hisoblanadi, bunga tegishli ahamiyat berilmaydi [Soloviev A.V., 2012; Sharipov R.A., 2012; Musaev T.N., 2015 yil; Madersbaxer S. , 2002; Miller A. _ R. , 2000; Rezk Y. , 2010; Roos E. _ J. , 2004; Vong S. , 2009; Shmidt A. _ M. , 2012]. Ushbu holatning mohiyati shundaki, gipoosmolyar siydik ichak rezervuarining shilliq qavati bilan uzoq vaqt aloqada bo'ladi. Ichak NaCl ni rezervuarining lümenine

chiqarish va ammoniy shaklida H^+ ni qonga singdirish orqali muvozanatni saqlashga intiladi. Bularning barchasi metabolik atsidoz rivojlanishi bilan tuzlarning gipovolemik yo'qolishiga olib keladi. Bemorlar suvsizlanish va anoreksiya natijasida tez vazn yo'qotadilar. Shuning uchun barcha bemorlar metabolik atsidoz $NaHCO_3$ ning oldini olish kursidan o'tishlari kerak [Komyakov B.K., 2015; Reva I.A., 2015 yil; Rezk Y., 2013 yil; Scutari F., 2008].

Oldingi radiatsiya terapiyasidan so'ng EMTda past kolorektal anastomozga kelganda 37% gacha etadi. Asosiy sabab - ichakning chekka bo'limlari vaskulyarizatsiyasining pasayishi, keyin esa nekroz.

Siydik chiqarish tizimining shakllangan anastomozlarining ishdan chiqishi aralashuvlardan keyin tez-tez uchraydigan operatsiyadan keyingi asoratlar bo'lib, taxminan 15% hollarda uchraydi. Ba'zi hollarda, siydik oqimi kichik bo'lsa, bu holat konservativ yoki minimal invaziv usullar bilan to'xtatiladi. Ammo ba'zida bu takroriy operatsiyalarni talab qiladi [Latypov V.R. va boshqalar, 2015; Nosov A.K. va boshqalar, 2015; Solovyov I.A. va boshqalar, 2014; Farnham SB va boshqalar, 2004; Hohenfellner M. va boshqalar, 2002].

Mexanik o'tkir ichak tutilishi rivojlanadi. Bu oldingi operatsiyalardan yoki radiatsiya terapiyasidan yopishqoq jarayon bilan, shuningdek, kichik tos a'zolarini olib tashlangandan keyin kichik tosda hosil bo'lgan bo'shliq va u erda ingichka ichak qovuzloqlarining harakatlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Ichakning tushirish segmentiga mexanik to'siq. Qorin pardasini tiklash va kichik tos bo'shlig'ini chegaralash ushbu dahshatli asoratning oldini olish choralari bo'lishi mumkin [Kogan M.I. va boshqalar, 2014; Musaev T.N. va boshqalar, 2015].

Qon ketish va gematomalar 3-9,4% da uchraydi va kech tashxis qo'yilgan taqdirda o'lim xavfi yuqori bo'ladi. Ilgari radiatsiya terapiyasini olgan va allaqachon operatsiya qilin-

gan bemorlarda qon ketish xavfi yuqori. Ular ko'pincha presakral pleksusdan yoki ichki yonbosh venasidan va uning irmoqlaridan kelib chiqadi. Operatsiyadan keyingi davrda qon ketishini ko'rish uchun KT qo'llaniladi, bunda kontrast moddaning ekstravazatsiyasi arterial va venoz fazalarda ko'rsatiladi [Fagotti A. va boshq., 2010; Houvenaeghel G. va boshqalar, 2004].

Yara infeksiyasi sistektomiya yoki EMT qilingan bemorlarning 2-14 foizida rivojlanadi. Seromalar vizual tekshiruv orqali aniqlanadi, ammo ba'zi hollarda kesma joyiga qo'shni teri osti to'qimalarida suyuqlik va gaz to'planishini aniqlash uchun uLTratovush yoki KTni o'tkazish kerak. Yuqumli asoratlarda bunday jarrohlik aralashuvlardan keyin eng keng tarqalganlardan biri bo'lib qolmoqda. Tos bo'shlig'i absessi 2,6-17% hollarda tos bo'shlig'ini ichkaridan chiqarilgandan so'ng, ayniqsa ilgari nurlangan bemorlarda uchraydi. Pelvis xo'ppozlari odatda ikkilamchi bo'lib, infeksiyalangan gematomadan keyin hosil bo'ladi. INFEKSION ligamentli yoki fat-sial bo'shliqlar bo'ylab tarqalishga moyildir. KT xo'ppozni aniqlashga, uning uzunligini va u bilan oqma yo'llarining mavjudligini aniqlashga imkon beradi [Shostka K.G. va boshqalar, 2014];

Operatsiyadan keyingi kechgi asoratlarda

Qovuqda operatsiya qilingan bemor kuniga kamida ikki litr suyuqlik olishi va metabolik atsidozning oldini olish uchun tuz iste'molini oshirishi kerak. Qon va elektrolitlarning kislota-baz holati doimiy ravishda nazorat qilinadi, agar kerak bo'lsa, tuzatish amalga oshiriladi. O'rtacha, 3 oydan so'ng, ichak rezervuarining shilliq qavati elektrolitlar va suyuqlik almashinuvi uchun selektiv bo'ladi [Kaprin A.D., 2011; Köln A.A., 2014 yil; Vasilchenko M.I., 2014 yil; Perep-chay V.A., 2013 yil; Sharipov R.A., 2014 yil; Moriya Y., 2004; Heger U., 2010; Xokkel., 2003 yil; Esnaola N. _ J., 2000]. Kechiktirilgan asoratlarda ulushi 19-58% ni tashkil qiladi [Be-

lov A.D., 2015; Kudryashov G.Yu., 2012; Lykov A.V., 2014 yil; Matveev V.B., 2011 yil; Kogan M.I., 2016 yil; Xokkel M., 2008 yil; Rodriguez CH, 1988].

Operatsiyadan keyingi kech asoratlarga siydik oqimi (2-10%), siydik-ichak anastomozining strukturasi (2-20%), siydik yo'llarining torayishi (2%), kam uchraydigan asorat - chap siydik yo'llarining distal nekrozi (2%) [Chernishev I.V., 2010; Marnitz S., 2006].

Stomadan kelib chiqadigan asoratlari. Uzoq vaqt davomida kuzatilgan ko'plab bemorlarda stoma asoratlari juda keng tarqalgan bo'lib, 47% ga etadi [Madersbacher S, 2003]. Bu bemorning operatsiyaning o'zidan noroziligiga olib keladi. Stomaning joylashishini diqqat bilan tanlash va bemorni unga qanday qilib to'g'ri parvarish qilishni o'rgatish orqali asoratlarni kamaytirish mumkin. Stenozni urostaz bilan tuzatish har doim jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi.

Keyingi tez-tez uchraydigan asorat - siydikni teriga ichak orqali yuborishdan keyin parastomal churra. Ko'pincha churralar yo'g'on ichakdan foydalanganda paydo bo'ladi (10-15%). Parastomal churra xavfini kamaytirish uchun qorinning to'g'ri mushaklari orqali o'tkazgichni o'tkazish va distal ichakni yog 'to'qimasidan yaxshi tozalash yaxshiroqdir. Katta churralarni davolash faqat jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi [Komyakov B.K., 2016].

Noto'g'ri g'amxo'rlik bilan bemorlar ko'pincha stoma atrofidagi teri muammolaridan shikoyat qiladilar. Bu asoratlarning barchasi yuqumli, tirnash xususiyati beruvchi (siydik), eroziv (mexanik travma) va psevdosiğillarga bo'linadi. Davolash terining o'zgarishiga olib keladigan sababni bartaraf etishga qaratilgan. To'g'ri parvarish qilish, sumkani to'g'ri joylashtirish va tirnash xususiyati keltirmaydigan yopishtiruvchi vositalardan foydalanish bilan bu holatlarning barchasini oldini olish mumkin [Ostin K. _ S. _ va boshqalar al., 2010; Chen M. _ va boshqalar al., 2014].

Ureterointestinal anastomozlarning strukturalari. Ba'zi hollarda, anastomoz texnikasining o'ziga xos xususiyatlari tufayli siydikning ekstravazatsiyasi va natijada periureterit, yaralari asta-sekin bitadigan zaiflashgan bemorlarda siydik-ichak anastomozining strikturasi rivojlanishi mumkin [Chernishev I.V., 2012]. Operatsiyadan keyingi erta davrda ureteral intubatorlardan foydalanish strikturalar ehtimolini kamaytiradi. Antirefluks texnikasiga muvofiq bajarilganda siydik-ichak anastomozining strikturasini rivojlanish ehtimoli ortadi. Yuqorida tavsiflangan strikturalarning aksariyati dilatatsiya yoki kesma orqali endoskopik tuzatishga mos keladi. Ammo ba'zi hollarda ochiq jarrohlik talab qilinadi [Chiva LM va boshq., 2009].

Metabolik kasalliklar. Odatda, suv, elektrolitlar, ozuqa moddalari va metabolik mahsulotlar ichakda so'riladi va chiqariladi [Yarin G.Yu., 2016]. Bir yoki boshqa jarayonning ustunligi bevosita ichakka bog'liq. O'tkazgich yoki neoblader hosil qilish uchun jejunumdan foydalanish gipoxloremik atsidoz, giponatremiya va giperkalemiyaga olib keladi. Klinik jihatdan bu ko'ngil aynishi, qusish, ishtahani yo'qotish va mushaklarning kuchsizligi bilan namoyon bo'ladi. Bu o'zgarishlarning barchasi ichakning yuqori osmotik gradientni ushlab tutolmasligi va rezervuardagi elektrolitlar hujayradan tashqari suyuqlikdan siydikga o'tishi bilan izohlanadi. Yon ichak yoki yo'g'on ichakni qo'llashda, aksincha, giperxloremik atsidoz rivojlanadi, chunki xlor bu bo'limlarda natriyga qaraganda faolroq so'riladi. Natijada, siydikda bikarbonatlar yo'qoladi. Barcha metabolik kasalliklar buyrak va / yoki jigar etishmovchiligi, shuningdek siydik bilan aloqa qiladigan ichak shilliq qavatining kattaroq yuzasi bilan og'irroqdir. Ko'pincha giperxloremik atsidoz ureterosigmoidomiya bilan rivojlanadi, chunki siydik bilan aloqa qilish maydoni va davomiyligi katta ahamiyatga ega [Kasatkin VF va boshq., 2009; Chiva L. _ M. _ va boshqalar al ., 2009;

Xokkel M. , 2006] .

Dori vositalarining farmakokinetikasini va ozuqa moddalarining so'rilishini buzish. Buyraklar tomonidan o'zgarmagan holda chiqariladi va ichaklar tomonidan qayta so'rilishi mumkin bo'lgan barcha dorilar toksik ta'sirga ega. Ayniqsa, ushbu toifadagi bemorlar kimyoterapiyadan o'tayotganda, masalan, o'tkazgichda so'rilishi va toksik ta'sirga ega bo'lgan metotreksat bilan buni eslash kerak. Bunday hollarda katekterni tankga oldindan o'rnatish kerak [Wiig JN, 2002; Yoneda T. va boshqalar, 2003].

Oshqozon segmentidan rezervuar hosil bo'lganda, vodorod va xlor ionlari yo'qoladi, diareya va qusish qo'shilsa, giponatremiya va metabolik alkaloz rivojlanadi. Tuzatish uchun natriy xlorid eritmasini tomir ichiga yuborish ko'rsatiladi. Shuningdek, operatsiyadan bir necha yil o'tgach, B12 vitamini etishmovchiligi va buning natijasida megaloblastik anemiya va paresteziya kuzatilishi mumkin. Shuning uchun, siydik pufagini oshqozon yoki yonbosh ichak bilan almashtirgan bemorlarda vitamin B 12 darajasini nazorat qilish kerak. Kamaytirish bilan tuzatish ko'rsatiladi. Terminal yonbosh ichakning yo'qolishi, shuningdek, o't tuzlari va yog'da eriydigan vitaminlarning reabsorbsiyasining buzilishiga olib keladi: A, D, E, K. Diareya ko'pincha yog'ning, ko'p miqdorda o't kislotalarining so'rilishining buzilishi va o't kislotalarining yo'qligi natijasida rivojlanadi. ileotekal qopqoq. Bunday holda, ichak motorikasini kamaytiradigan vositalarni, masalan, xolestiraminni buyurish kerak. Uzoq muddatli atsidoz kalsiyning suyaklardan va osteomalazyadan yuvilishiga olib kelishi mumkin, buning oldini olish va davolash uchun gidroksidi terapiya, kalsiy va D vitamini preparatlari o'tkaziladi [Komyakov B.K. va boshqalar, 2007; Yarin G.Yu. va boshq., 2016].

Piyelonefrit va surunkali buyrak etishmovchiligi. Siydik chiqarishning barcha turlari bilan pielonefrit paydo bo'ladi -

erta va kech. Taxminan har o'ninchi bemorda siydikni teriga yoki ichakning segmentiga o'tkazgandan keyin operatsiyadan keyingi erta davrda pielonefrit rivojlanadi. Obstruksiya bo'lmasa, davolash siydik madaniyati natijalariga ko'ra, mikroorganizmlarning madaniyati va sezuvchanligini hisobga olgan holda maqsadli antibiotiklardan iborat siydik yo'lidan siydik ololmaydi. Siydikni yig'ish texnikasi quyidagicha: stomani antiseptik bilan yuvib tashlang va unga ochiq uchli kateterni ehtiyotkorlik bilan kiriting va siydikni to'plang. Xuddi shu protsedurada siz qoldiq siydik hajmini o'lchashingiz mumkin va agar katta hajm bo'lsa, kateterni yuqumli jarayonni engillashtirish vaqtiga qoldiring [Benn T. va boshqalar, 2011; Yoneda T. va boshqalar, 2003].

Almashtirish operatsiyasidan so'ng gidronefroz kamayadi yoki yo'qoladi va ba'zi hollarda bu mumkin.

surunkali buyrak etishmovchiligi rivojlanishi bilan darhol yoki uzoq vaqtdan keyin paydo bo'ladi. Bunga pielonefritning tez-tez hujumlari, siydik oqimi va obstruksiya (toshlar yoki striktura) yordam beradi. Biroz ko'proq buyrak etishmovchiligi yo'g'on ichakka (8 dan 48% gacha) nisbatan yonbosh ichakning o'g'irlanishi bilan rivojlanadi (18 dan 56% gacha). Ayniqsa tez-tez jarrohlikdan so'ng — gidronefroznining rentgenologik belgilari yosh bemorlarda paydo bo'ladi [Kit O.I. va boshqalar, 2011; Kudryashov G.Yu. va boshqalar, 2015; Pavlov V.N. va boshq., 2015;].

Siydik chiqarish toshlari. Qovuq almashtirilgandan so'ng bemorlarning taxminan 8% siydik toshlarini hosil qiladi [Zimichev A.A., 2011; Komyakov B.K. va boshq., 2014]. Sabablari juda boshqacha bo'lishi mumkin. Tuzlar tikuv materiallari, metall qisqichlar va to'rlarga yotqizilishi mumkin. Yangi hosil bo'lgan siydik rezervuari yoki ichak o'tkazgichlari ko'pincha yuqumli jarayon belgilarisiz bakteriyalar bilan urug'lanadi va ularning bir qismi (*Proteus* spp., *Klebsiella* spp. va *Pseudomonas* spp.) ferment bo'lgan ureaza ajralishi

orqali tosh hosil bo'lishiga yordam beradi. karbamidni ammiak va karbonat angidridga parchalaydi. Hidrolizlanganda bu moddalar siydikni gidroksidi qiladi va shu bilan tripelfosfatlar, kalsiy fosfat va karbonat apatit bilan to'yingan bo'ladi. Davolash ularni olib tashlash va antimikrobiyal terapiya va og'iz orqali erituvchi vositalarni buyurishdan iborat. Metabolik atsidoz siydik toshlarining paydo bo'lishiga yordam beradi. Siydikning uzoq muddatli aloqasi bilan bikarbonat yo'qoladi, natijada atsidoz va giperkalsiuriya paydo bo'ladi. Kalsiy toshlari giperkalsiuriya bilan ishqoriy siydikda osongina hosil bo'ladi. Toshning rivojlanishi uchun fon sharoitlari juda uzun o'tkazgich, siydikning turg'unligi va suvsizlanishdir.

Yon ichakning terminal qismidan o'tkazgich hosil bo'lganda, yog 'kislotalari almashinuvida aniq buzilishlar paydo bo'ladi. Bu safro tuzlarining asosiy qismi yonbosh ichakda so'rilganligi sababli sodir bo'ladi, bu holda ovqat hazm qilish traktidan chiqariladi. Bu kalsiy va magniy birikmalarining sovunlanishiga, kationlarning ichakdagi erkin oksalatlariga bog'lanishining pasayishiga va natijada giperoksaluriyaga olib keladi. Toshlarni konservativ davolash har doim ham muvaffaqiyatga olib kelmaydi, aksincha, ko'pincha mavjud toshlarni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash kerak bo'ladi. Ular tos bo'shlig'ida yoki siydik yo'lida lokalizatsiya qilinganida, toshning joylashgan joyidan pastda striktura bo'lmasa, teri orqali va uzoqdan zarba to'lqini litotripsi qo'llaniladi. Operatsiyadan keyin bemorni to'g'ri kuzatish, ureaza ingibitorlarini uzoq muddatli kurslarini tayinlash bilan tosh shakllanishining rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik muhimdir [Krasny S.A. va boshqalar, 2010; Sergienko S.A. va boshqalar, 2016; Bacalbasa N. va boshqalar, 2014; McLean KA, 2011].

Shunday qilib, birlashgan sistektomiya, multivisseral rezeksiya va tos a'zolarini rezeksiyalash rejimida keng ko'lamli tos a'zolari jarrohlighining uzoq tarixiga qaramasdan,

operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytirish bo'yicha haligacha hal etilmagan vazifalar mavjud. Bularning barchasi bizni ushbu tadqiqotni o'tkazishga undadi.

XOTIMA

Ma'lumki, siydik pufagi saratoni (BC) nafaqat O'zbekistonda (summusjournals .uz . , 2019), balki butun dunyoda ham izchil ortib bormoqda (R. E. Hautmann) . va boshqalar al . , 2014; U. _ O. _ Gustafson va boshqalar al . , 2017). Shu bilan birga, diagnostika va bosqichma-bosqich xatolar tufayli siydik pufagining invaziv saratoni chastotasi sezilarli darajada kam baholanadi va mushaklarning invaziyasi bo'lgan bemorlarning dastlabki tashrifida kamida 55-60% (A.L. Charyshkin, D.A. Matorkin, 2015; O.B.Laurent va boshqalar, 2016). Zamonaviy onkurologiyada siydik pufagining mushak invaziv saratonini davolash standarti radikal sistektomiya (RS) bo'lib, jarrohlik davolashdan bosh tortgan bemorlar tashxisdan keyin 30 oy ichida siydik pufagi saratonidan yuqori o'limni ko'rsatadi.

Qovuq saratoni bilan og'riganlarning o'rtacha yoshi taxminan 70 yosh, 70% dan ortig'i 65 yoshdan oshgan. Jarrohlik va anesteziya xavfi yuqori bo'lgan keksa bemorlarning yoshi va muLTimorbidligiga qaramay, siydik pufagi saratonining invaziv shakllarida RK uchun ko'rsatkichlar kamaymaydi, ammo jarrohlik texnikasi va perioperativ davolashni takomillashtirish tufayli kengayib bormoqda, bu esa sezilarli darajada yordam beradi. operatsiyadan keyingi o'lim va kasallanishni hatto keksa bemorlarda ham kamaytirish.

Shu bilan birga, siydik pufagi saratoni bilan og'rigan keksa bemorlar kontingentining ko'payishi, funktsional, ijtimoiy va jinsiy faollik nuqtai nazaridan eng yaxshi hayot sifatini ta'minlash uchun eng qulay bo'lgan RSE davomida siydik chiqarishning ortotopik va heterotopik shakllarini amalga oshirishda xavflarni oshiradi. psixologik moslashuv va o'z-o'zini hurmat qilish. Shu sababli, komorbiditesi kuchaygan va kasallikning o'tkir bosqichlari bo'lgan keksa bemorlar uchun Brikker operatsiyasini ommaviy qo'llash za-

rutati hali ham mavjud va bu mutaxassislar e'tiborini ile-okonduit bilan og'rigan bemorlarni operatsiyadan keyingi davolash va monitoringini yaxshilash uchun jalb qiladi . ularning hayot sifatini yaxshilash va yaxshilash. Bu bizning tadqiqot mavzusining dolzarbligi va tanlovini aniqladi.

Tadqiqot maqsadiga erishish uchun biz RSE paytida ile-okonduit va UKS bajarilgan 42 bemorni kuzatdik.

Qovuq saratoni bilan og'rigan bemorlarning yoshi 40 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan. Bemorlar yoshi bo'yicha taqsimlanadi: 40-49 yosh - 6 kishi (14,3%), 50-59 yoshdan - 14 (33,3%) kishi, 60-69 yoshdan - 21 (50%), ≥ 70 yosh keksa - 1 (2,4%) kishi .

Asosiy kontingent 60 yoshdan 69 yoshgacha bo'lgan shaxslardan iborat edi. O'rganilgan bemorlarning o'rtacha yoshi 55 yoshni tashkil etdi.

Jins bo'yicha tekshirilgan bemorlarning asosiy qismini erkaklar 37 (88,1%) va ayollar 5 (11,9%) tashkil etdi.

Gistologik tuzilishga ko'ra, asosiy qismini o'tish davri hujayrali karsinoma - 88%, adenokarsinoma - 7,1%, anaplastik karsinoma - 4,9% egallagan.

O'rganilgan bemorlar orasida siydik pufagi saratoni fonini og'irlashtiradigan, masalan, gipertenziya (1), yurak to-mirlari kasalligi (1), xolelitiyoz (1), epilepsiya (1), insuLT-dan keyingi holat (1), qandli diabet (2) va semirish (2).

Patomorfologik tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, pT2 bosqichida, pT3-26 bosqichida va pT4-6 bosqichida 10 bemor bor edi. O'simta jarayonida limfa tugunlarining ishtiroki 36 bemorda, LU ishtirokida 6ta. Bemorlarning sara-ton bosqichi bo'yicha taqsimlanishi tarkibida: II bosqichda saraton bilan 23,8%, IIIa bosqichda 62,0% va IIIb bosqich RMP 14,3%.

Qovuq saratoni uchun radikal jarrohlikning bevosita natijalarini baholashda biz asoratlarni ikki guruhga ajratdik: intraoperativ va operatsiyadan keyingi. Afsuski, mavjud

adabiyotlarda faqat asoratlarning turlari haqida ma'lumot mavjud va ularning soni va chastotasi berilmagan. Bemorlar orasida 500 ml gacha bo'lgan intraoperativ qon ketishining beshta holati qayd etilgan. Bemorlarda qon yo'qotish hajmi o'sma jarayonining bosqichiga qarab 400 dan 800 ml gacha bo'lgan. Operatsiya davomida qon yo'qotish qisman tiklandi. Ushbu asoratlarning operatsiyadan keyingi erta davrga sezilarli ta'sir ko'rsatmadi. Operatsiya qilingan 42 bemordan 8 tasida operatsiyadan keyingi davrning murakkab kechishi qayd etilgan. Hech qanday halokatli natijalar bo'lmadi.

CCD sinflari bo'yicha asoratlarning tuzilishi va chastotasidagi farqlar aniqlandi. Erta davr asoratlari bo'lgan bemorlar orasida faqat 6 (14,4%), asoratlarsiz - 36 (85,6%).

Barcha erta asoratlarning 2 guruhga bo'linadi. Siydik chiqarish bilan bog'liq bo'lgan va chalg'itish bilan bog'liq bo'lmagan asoratlarning. Siydik chiqarish bilan bog'liq erta asoratlarning faqat 1 (2,4%) bemorda kuzatilgan, siydik chiqarish bilan bog'liq bo'lmaganlar esa 6 (12%). Bu siydik chiqarishning tanlangan usullariga mos keladigan operatsiyalar turini bajarishda operatsion uskunalarning juda yuqori sifatini ko'rsatadi.

Siydik chiqarish bilan bog'liq bo'lmagan erta asoratlari bo'lgan bemorlar orasida pnevmoniya 2 (4,76%), infarkt - 1 (2,4%), ichaklararo anastomoz etishmovchiligi - 1 (2,4%), pielonefrit - 1 (2,4%), va siydik chiqarish bilan bog'liq faqat 1 (2,4%) bemorda edi.

Operatsiyadan keyingi erta asoratlarning chastotasidagi farqlarning sabablarini izlash uchun ularning soni va tabiati operatsiyadan oldingi davrda aniqlangan bemorlarning hayot anamnezi va kasallikning kechishidagi salbiy omillarga bog'liq bo'lishi mumkin deb taxmin qilingan.

Operatsiyadan keyingi kech asoratlarni tahlil qilish rezervuar/o'tkazgich bilan bog'liq bo'lgan va rezervuar/o'tkazgich bilan bog'liq bo'lmagan asoratlarning

chastotasi va xarakterini o'z ichiga oladi, tizimli urologik asoratlari va yuzaga kelgan asoratlarni tuzatish yoki bartaraf etish uchun qo'llaniladigan jarrohlik aralashuvlar alohida ko'rib chiqildi.

bir oydan keyin, ya'ni shifoxonadan chiqarilgandan keyin tasniflangan . 42 nafar bemordan 8 nafarida (19%) kechikish asoratlari kuzatilgan. Tekshirilayotgan bemorlarda operatsiyadan keyingi kech asoratlarning quyidagi turlari kuzatildi: ureteroileal anastomoz stenoz-1(2,4%), siydik parastomal dermatiti-2(4,76%), pielonefritning takroriy xurujlari-3(7,1%), surunkali buyrak etishmovchiligi. -1 (2,4%), metabolik atsidoz-1 (2,4%).

Kechki asoratlarni bartaraf etish uchun faqat bitta bemor (ureteroileal anastomozning stenoz) takroriy jarrohlik aralashuvni talab qildi.

Natijalarga ko'ra, siydik pufagi saratoni bilan og'rigan bemorlarda (n=42) siydik chiqarish bilan bog'liq bo'lmagan asoratlarning chastotasi va bemorning yoshi, CKD og'irligi o'rtasida sezilarli to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik aniqlangan deb hisoblash mumkin. RSE oldin birga keladigan kasalliklarning umumiy soni va operatsiyadan oldingi davrda aniqlangan asoratlarning umumiy soni bilan - "salbiy omillar". Operatsiyadan keyingi erta davrda siydik chiqarish bilan bog'liq bo'lmagan asoratlarning rivojlanishi uchun alohida noqulay xavf omili kamqonlik, past gemoglobin darajasi va ularni keltirib chiqargan gematuriya davomiyligidir.

Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, bemorlarning RSE operatsiyasidan oldingi holati, albatta, kuzatuvning erta operatsiyadan keyingi davridagi asoratlarning chastotasi va tabiatini aniqlaydi. Shuning uchun, bemorning dastlabki holatini va siydik pufagi saratoni jarayonida ba'zi asoratlarning mavjudligini hisobga olgan holda, bir tomondan, urolog-jarroh tomonidan bemorni davolash strategiyasi va taktikasini tanlashni, uning xususiyatlarini aniqlaydi. RSE oper-

atsiyasi va siydik chiqarish usulini tashkil etish, boshqa tomondan, davolovchi shifokor alohida e'tibor berishi kerak bo'lgan operatsiyadan keyingi asoratlarning ba'zi turlarini kutilganidek bashorat qiladi. Masalan, har qanday turdagi hosila bilan RSEni amalga oshirayotganda, eng keksa bemorlar, shuningdek, operatsiyadan oldingi tarixda kimyoterapiya va anemiya (uzoq gematuriya) bo'lganlar, aseptik chorralar va mikroblarga qarshi terapiyani kuchaytirishi kerak.

Hayot sifatini baholash uchun barcha bemorlar siydik chiqarish usuliga qarab ikki guruhga bo'lingan. 1-guruh (n = 25) Brikker siydik yo'li bilan og'rigan bemorlar. 2-guruh (n = 17) bemorlar UKS shakllanishi bilan.

Bemorlarning hayot sifati va farovonligini umumiy sub'ektiv baholash Michigan Qovuq saratoni indeksi (BCI) so'rovnomasi asosida ishlab chiqilgan maxsus anketalar yordamida o'rganildi, ileokonduit bilan og'rigan bemorlar uchun maxsus qo'shimcha savollar (1-variant) va UKSni shakllantirish (2-variant).

Anketa savollariga somatik holatni sub'ektiv baholash ham kiritilgan. 1 va 2-chi taqqoslash guruhidagi bemorlarni umumlashtirilgan tahlil qilish uchun o'rtacha umumiy ballar siyish buzilishi, azotemiya rivojlanishi, siydikda shilimshiq va ovqat hazm qilish organlarining disfunktsiyasi tufayli bemorlarda boshdan kechirgan noqulaylik darajasi bo'yicha hisoblab chiqilgan. Olingan ma'lumotlar operatsiyadan keyingi uzoq muddatli monitoringda ikkala guruhdagi bemorlarning somatik holati ko'rsatkichlarining umumiy taqqoslanishidan dalolat beradi, siyish sifatini sub'ektiv baholashdagi sezilarli farqlar bundan mustasno (1-bosqich bemorlari foydasiga). guruh). Somatik salomatlikni tavsiylovchi baholashlarga asoslanib, bemorlarning somatik holatining hisoblangan yakuniy baholari birinchi guruhda eng yaxshisi bo'ldi.

RSE operatsiyasidan oldin umumiy farovonlikni sub'ektiv baholash 1-guruhdagi bemorlarda biroz yaxshiroq edi: ular orasida bemorlarning uchdan bir qismi hatto sog'lig'ini yaxshi deb hisoblashdi - 2-guruhda bunday bemorlar yo'q edi. Operatsiyadan so'ng ikkala guruhda ham umumiy farovonlikning sezilarli yaxshilanishi kuzatildi - noqulaylik darajasi pasaygan, ammo shu bilan birga, 1-guruh bemorlarida farovonlik nuqtai nazaridan noqulaylik darajasi sezilarli darajada yuqori bo'lgan. 2-guruhdagi bemorlarga qaraganda.

Operatsiyadan oldingi hayot sifatini umumiy baholash ikkala guruhdagi bemorlarda deyarli bir xil bo'lgan va operatsiyadan keyin sezilarli darajada o'zgarmagan, garchi 2-guruhdagi hayot sifatining o'zgarishi tendentsiyasi nisbatan salbiy edi. Bu bemorlarning tsistektomiyadan keyin hayot sifatining o'zgarishi haqidagi to'g'ridan-to'g'ri savoliga javoblarida ham namoyon bo'ldi: 2-guruhda bemorlarning sezilarli darajada katta qismi - 12 (70,6%) va 1-guruhdagi 15 (60,0%) - deb ishonishgan. ularning "hayoti juda o'zgardi va ular yuzaga kelgan noqulayliklarga qiyinchilik bilan chidashlari kerak". Boshqa tomondan, 1-guruhda hayotda sodir bo'lgan o'zgarishlarga to'liq moslashgan bemorlar ko'proq bo'lgan va hatto 7 (24,2%) bemorlarning hayot sifati, ularning fikricha, "aniq o'zgarmagan". ": 2-guruhda bittasi yo'q edi. Shuni ham ta'kidlash kerakki, ikkala guruhda ham "operatsiyadan keyingi hayoti chidab bo'lmas holga kelgan" bemorlar yo'q edi, shuningdek, ularning "hayot sifati yaxshilangan" deb ishonadigan bemorlar yo'q edi. "Umuman hayotdagi o'zgarishlar" ni baholashni taqqoslash ikkala taqqoslash guruhida noqulaylik darajasining oshishi tendentsiyasini ko'rsatdi va bu tendentsiya 2-guruhdagi bemorlarda ko'proq sezilarli bo'lib, 1-guruhdagi bemorlarning indeksidan sezilarli darajada farq qiladi. .

Olingan ma'lumotlarning tahlili 2-guruhdagi bemorlarning sub'ektiv baholashlarida asosiy 1-guruhdagi bemorlarga

nisbatan hayot sifatining sezilarli darajada pasayishini ko'rsatadi: bu umumiy farovonlikni sub'ektiv baholashda, sifatni baholashda namoyon bo'ladi. operatsiyadan keyingi hayot va ma'lum darajada, ijtimoiy moslashuv bilan bog'liq muammolar tufayli noqulaylik darajasida. Shu bilan birga, bemorlarning somatik holatini sub'ektiv baholashni taqqoslash taqqoslash guruhleri o'rtasida sezilarli farqlarni aniqlamadi. Shu sababli, 1 va 2-guruhlardagi bemorlarning umumiy farovonligini, hayot sifatini va ijtimoiy moslashuvni baholashda aniqlangan farqlar bemorlarning o'z pozitsiyasini idrok etishining yosh-psixologik xususiyatlariga bog'liq bo'lishi mumkin, bu "yoshroq" uchun. 2-guruhdagi bemorlarning somatik sog'lig'ining taqqoslanadigan darajada bo'lishi yanada halokatli va og'irroq deb baholanadi. Bizning fikrimizcha, 2-guruh bemorlarining yosh xususiyatlari (yoshlik va sarflanmagan hayot potentsiali) hayot faoliyatining ko'rib chiqilayotgan jihatlarida ularning noqulaylik darajasini sub'ektiv baholash xarakterini biroz og'irlashtiradi. 1-guruhdagi keksa bemorlar "yashagan yillar balandligidan" va ijtimoiy faollik darajasining yoshga bog'liq ob'ektiv pasayishi fonida, ehtimol, yuzaga kelgan noqulayliklarga nisbatan ko'proq bardoshli bo'lib, hayot qulayligini kamaytiradi: Shuning uchun ular orasida hayot sifati yoki o'zgaruvchan sharoitlarga to'liq moslashish sifatida sezilarli o'zgarishlar yo'qligiga ishonch hosil qilgan ko'proq odamlar aniqlandi.

Shu bilan birga, maxsus anketalarni ishlab chiqish tajribasi ushbu patologiyasi bo'lgan bemorlarning hayot sifatini baholash uchun adabiyotda allaqachon qo'llanilgan standart anketa savollarini majburiy komponent sifatida kiritish zarurligini ko'rsatdi (masalan, Xuddi shu Michigan BCI so'rovnomasi) o'z natijalarini adabiyotda tasvirlangan natijalar bilan taqqoslash imkoniyatiga ega bo'lish uchun. Bemorlarning hayot sifatini o'rganish va farovonligini monitoring qilish-

ning yana bir muhim jihati – ulardan 90 kunlik kuzatuv davrida, so'ngra har yili masofaviy monitoring o'tkazishda foydalanish zamonaviy axborot-kommunikatsiya vositalarini joriy etish imkonini beradi.

Shunday qilib, davolashning asosiy natijalarini tahlil qilish Brikker usuli yordamida RSE dan o'tgan bemorlarda hayot sifatining yanada qulay ko'rsatkichlarini ko'rsatadi. Tadqiqotlar, shuningdek, umumiy farovonlik va hayot sifati ko'rsatkichlarining ikkala guruhidagi bemorlarning umumiy sub'ektiv baholarining solishtirilishini ham aniqladi, bu esa davolashning turli bosqichlarida siydik pufagi saratoni bilan og'rigan bemorlarni operatsiyadan keyingi davolashni yanada takomillashtirish uchun rag'batlantiruvchi omil hisoblanadi . bemor monitoringining samaradorligi .

XULOSALAR

1. Qovuq saratonini jarrohlik davolash usulini tanlashda kasallikning bosqichi, jarayonning lokalizatsiyasi, birga keladigan kasalliklar, jarayonning mahalliy tarqalishi va uzoq metastazlar hisobga olingan. Brikkerga ko'ra siydik chiqarishni tanlashda asoratlanmagan jarayon va yoshlik hisobga olindi va faqat murakkab gidronefrozi bemorlarda UKS hosil bo'lgan sistektomiya operatsiyasi o'tkazildi.

2. Radikal sistektomiya va siydikni ichakni burishdan keyingi erta va kech operatsiyadan keyingi davr asoratlarning solishtirma hollari bilan tavsiflanadi. Brikker texnikasi yordamida sistektomiyani o'tkazishda jarrohlik aralashuvlarning tugallanishi siydik yo'llari ustidagi qorin pardani tiklash orqali - ichak anastomozi rehabilitatsiyani tezlashtiradi va operatsiyadan keyingi erta davrda asoratlarning sonini kamaytiradi.

3. Bemorning sog'lig'i holatini va siydik pufagi saratoni xususiyatlarini har tomonlama baholash radikal sistektomiyadan so'ng siydikni ichakdan o'tkazish usulini tanlashga rahbarlik qilishi kerak, bu erda eng muhim omillar kutilayotgan hayot sifati va turmush tarzi o'zgarishi bilan bog'liq bemorning afzalliklari hisoblanadi. Siydikni har xil turdagi ichakni burish bilan radikal sistektomiya bemorlarning hayot sifatini yaxshilash bilan birga keladi, bu Brikker operatsiyasi holatlarida aniqroq namoyon bo'ladi. UKS shakllanishi bilan og'rigan bemorlar ileokonduit bilan og'rigan bemorlarga qaraganda, umumiy farovonlik va ijtimoiy moslashuv haqida pastroq baho beradi va shuning uchun yetarli psixologik va ijtimoiy yordamga muhtoj.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Radikal sistektomiyadan so'ng siydikni ichakdan chiqarish usulini tanlashda nafaqat o'simta jarayonining hozirgi holati va uning keyingi kursining prognozi, balki o'smaga ta'sir qiluvchi komorbid holatni ham hisobga olish kerak. umumiy omon qolish, bemorning ichak derivatsiyasining u yoki bu usuliga mos kelishiga yordam beradigan intellektual holat darajasi.

2. Brikker siydigini o'tkazgan barcha bemorlar ureteroileoanastomoz zonasi ustidagi parietal peritonni tiklashlari kerak.

3. Radikal sistektomiyadan keyin siydik chiqarish usuli sifatida Brikker operatsiyasini tanlash, umr ko'rish davomiyligi 5 yilgacha bo'lgan bemorlarda kuzatuvdan o'tkazildi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Андреева Ю.Ю. Морфологические и молекулярно-биологические факторы прогноза рака мочевого пузыря. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008, 38 с.

2. Атдуев В.А., Шутов В.В., Березкина Г.А. и др. Результаты создания искусственного мочевого пузыря после радикальной цистэктомии у больных раком мочевого пузыря // Медицинский альманах. – 2009, № 3(8). – С. 114–118.

3. Атдуев В.А., Гасраталиев В.Э., Ледяев Д.С. и др. Тридцатидневные осложнения радикальной цистэктомии и факторы, влияющие на их развитие // Онкоурология. – 2017. – Том 13, № 3. – С. 95-102.

4. Белов А. Д., Белова Е. А., Тимофеев Д. А. и др. Опыт применения баллонных дилатаций доброкачественных стриктур зоны уретеронеоцистоанастомоза у больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии // Онкоурология. – 2015. – № 1. – С. 50-54.

5. Важенин А.В., Доможирова А.С., Пшинченко С.В. и др. Эпидемиологические особенности онкологической ситуации Челябинской области и показатели состояния онкологической помощи населению Челябинской области в 2015 году. Челябинск, 2016. – С. 14–17.

6. Вамак Р., Фиш М., Штокле М., Гогенфеллер Р. Радикальная цистэктомия (передняя экзентерация) у женщин // Оперативная урология. Классика и новация: Руководство для врачей / Л.Г. Манагадзе, Н.А. Лопаткин, О.Б. Лоран и др. Глава 6. Отведение мочи. 6.4. – М.: Медицина, 2003. – С. 196-197.

7. Васильченко М.И., Переходов С.Н., Семенякин И.В. и др. Особенности отведения мочи после цистэктомии у

больных пожилого возраста // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 2. – С. 22-25.

8. Волкова М.И., Тхакохов М.М., Черняев В.А. и др. Безопасность спасительной цистэктомии после неудачи органосохраняющего лечения больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря // Медицинская радиология и радиационная безопасность. – 2017. – Т. 62, № 1. – С. 44-48.

9. Ворошин Д.Г., Важенин А.В., Хороненко В.Э., Карнаух П.А. Рак мочевого пузыря и использование метода fast track в ранней реабилитации онкоурологических пациентов (обзор литературы) // Онкоурология. – 2018. – Т. 14, № 1. – С.173-178.

10. Галимзянов В.З., Павлов В.Н., Пушкарёв А.М. и др. Кишечная пластика у больных с инвазивным раком мочевого пузыря // Медицинский вестник Башкортостана. – 2006. – Т. 1, № 1. – С. 34-36.

11. Гоцадзе Д.Т., Чакветадзе В. Г., Данелия Э.В. Почему и как следует модифицировать стандартную цистэктомию? // Урология. – 2008. – № 2. – С. 22-26.

12. Гоцадзе Д.Т., Чакветадзе В.Т. Цистэктомия с сохранением предстательной железы и семенных пузырьков: прогноз и реальность // Онкоурология. – 2009. – №2. – С. 52–53.

13. Даренков С.П., Кривобородов Г.Г., Котов С.В. и др. Тактика ведения раннего послеоперационного периода у пациентов после радикальной цистэктомии с кишечной пластикой мочевого пузыря // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – №2. – С. 234–237.

14. Довлатов З.А., Серегин А.В., Лоран О.Б. Анализ осложнений и качества жизни после экзентерации органов таза у женщин // Инновационные технологии в науке и образовании. – 2016. – № 1-1(5). – С. 67-71.

15. Долгих Д.В., Широкоград В.И., Долгих В.Т. Лечение больных раком мочевого пузыря // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2016. – Т. 140, № 1. – С. 5-12.

16. А. Г. Жегалик, С. Л. Поляков, А. И. Ролевич Факторы прогноза у пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии //Онкоурология. – 2014. – № 2. – С. 29-34.

17. Измайлов А. А. Факторы риска развития, прогноза и выбор тактики лечения рака мочевого пузыря : дис. ... докт. мед. наук / А. А. Измайлов. – Уфа, 2014. – 269 с.

18. Каприн А.Д. (ред.) Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2014. –235 с.

19. Карякин О.Б. Рецензия на статью «Влияние оперирующего хирурга на безрецидивную выживаемость пациентов, страдающих раком мочевого пузыря без мышечной инвазии» // Онкоурология. – 2016. – Т. 12, № 2. – С. 49-50.

20. Карякин О.Б., Каприн А.Д. Рак мочевого пузыря: что нового в 2017 году // Онкоурология. – 2018. – Т. 14 (№ 1). – С. 157-165.

21. Киричек А.А., Камолов Б.Ш., Савёлов Н.А., Матвеев В.Б. О стадировании онкоурологических заболеваний по обновленной TNM-классификации 8-го издания // Онкоурология. – 2018. – Т. 14, № 1. – С. 166–172.

22. Кириченко О.А. Ранние осложнения радикальной цистэктомии, связанные с методами деривации мочи // Материалы 3-й научно-практической конференции урологов Северо-Западного федерального округа РФ (20–21 апреля 2017 года, г. Санкт Петербург). – СПб, 2017. – С. 48-49.

23. Ковылина М.В., Прилепская Е.А., Тупикина Н.В., Рева И.А. Прогностическая роль экспрессии Ki-67 в определении риска развития рецидива мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря // Онкоурология. – 2017. – Т. 13, № 1. – С. 67-73.

24. Коган М.И., Перепечай В.А. Современная диагностика и хирургия рака мочевого пузыря. – Ростов-на-Дону, 2002. – 239 с.

25. Коган М.И., Васильев О.Н. Сравнительный анализ результатов радикальной цистэктомии и кишечной деривации мочи при выполнении межкишечных анастомозов аппаратным и ручным швом // Онкоурология. – 2012. – № 1. – С. 36-42.

26. Комяков Б.К., Новиков А.И., Гулиев Б.Г. и др. Восстановление мочевыводящих путей различными отделами желудочно-кишечного тракта // Урология. – 2013. – №3. – С.5-9.

27. Косова И.В., Лоран О.Б., Синякова Л.А. и др. Иммуногистохимические аспекты рака мочевого пузыря на фоне вирусной инфекции // Онкоурология. – 2018. – Т. 14, № 2. – С. 142-154.

28. Костюк И.П. Вторичное поражение мочевого пузыря при злокачественных новообразованиях малого таза – от классификации к дифференцированной хирургической тактике // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2014. – Т. 9, № 2. – С. 35-42.

29. Красный С.А. Радикальное хирургическое лечение инвазивного рака мочевого пузыря // Онкоурология. – 2007. – № 1. – С. 69-75.

30. Крестьянинов С. С., Костюк И.П., Шестаев А.Ю. и др. Восстановление брюшины боковых стенок таза после удаления мочевого пузыря и подвздошно-тазовой лимфодиссекции у пациентов пожилого и стар-

ческого возраста // Урологические ведомости. – 2015. – Т. V, №3. – С. 8-15.

31. Кудряшов Г.Ю., Важенин А.В., Золотых М.А. Анализ отдаленных результатов радикального хирургического лечения больных раком мочевого пузыря с различными видами илеоцистопластики // Медицинская наука и образование Урала. – 2012. – №2. – С. 38-40.

32. Лоран О.Б., Серегин И.В., Серегин А.В., Велиев Е.И. Функциональные результаты и качество жизни пациентов после формирования ортотопического мочевого пузыря // Анналы хирургии. – 2014. – № 3. – С.19-25.

33. Лоран О.Б., Серегин И.В., Хачатрян А.Л., Гуспанов Р.И. 10-летний опыт применения прямых уретероинтестинальных анастомозов при кишечной деривации мочи после радикальной и простой цистэктомии // Урология. – 2015. – № 3. – С. 48-51.

34. Лоран О.Б., Серегин А.В., Довлатов З.А. Поздние результаты лечения и качество жизни после экзентерации органов таза у женщин // Онкоурология. – 2016. – Т. 12, № 1. – С. 36-41.

35. Лыков А.В., А.А. Кельн, А.В. Купчин, М.А. Сальников, А.С.Петросян, А.В.Вайрадян. Анализ осложнений радикальной цистэктомии // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 57-58.

36. Лыков А.В., Кельн А.А., Купчин А.В. Факторы риска ранних осложнений радикальной цистэктомии // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15, № 3. – С.52-53.

37. Магомедов А.М., Нестеров С.Н., Тевлин К.П. и др. Осложнения радикальной цистэктомии у пациентов, страдающих неинвазивными формами рака мочевого пузыря, в зависимости от выбора хирургического доступа // Вестник Национального медико-

хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2016. – Т. 11, № 3. – С. 95-99.

38. Малкович С.Б. (Malcovich S.) Отведение мочи // Руководство по клинической урологии: Пер. с англ. / Под ред. Ф.М. Ханно, С.Б. Малковича, А.Дж. Вейна. (Глава 18) – 3-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С. 305-351.

39. Манагадзе Г.Л., Хвадагиани Г.Г., Цинцадзе О.В. и др. Расширенная лимфаденэктомия при радикальной цистэктомии: границы, объем, методология // Урология. –2006. – № 3. – С. 31-36.

40. Матвеев Б. П. Рак мочевого пузыря / Б. П. Матвеев. – М.: Вердана, 2001. –243 с. 52. Матвеев Б.П., Волкова М.И., Фигурин К.М., Петерс М.В. Спасительная цистэктомия у больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря // Онкоурология. –2009. – №1. – С. 27–31.

41. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. М.: АБВ-пресс, 2011. – 934 с.

42. Менджерицкий А., Форнара П. Результаты радикальной цистопростатовезикулэктомии у пожилых пациентов / А. Менджерицкий, П. Форнара // Вестник урологии UROLOGY HERALD 2016, №3 UROVEST.RU – С.81-125.

43. Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В., Рогачиков В.В, и др. Кишечная пластика мочевого пузыря // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2016. – Т. 11, № 3. – С. 105-110.

44. Новиков А.И. Восстановление мочевыводящих путей различными отделами желудочно-кишечного тракта : Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 2008., 38 с.

45. Носов А.К., Рева С.А., Джалилов И.Б., Петров С.Б. Радикальная цистэктомия при раке мочевого пузыря: сравнение ранних хирургических осложнений при

лапароскопической, открытой и видеоассистированной операции // Онкоурология. – 2015.– Т. 11, № 3. – С. 71-78.

46. Оперативная урология. Классика и новация: Руководство для врачей / Л.Г. Манагадзе, Н.А. Лопаткин, О.Б. Лоран и др. – М.: Медицина, 2003. – 740с.

47. Павлов В.Н., Измайлов А.А., Викторова Т.В. и др. Оценка риска лимфогенного метастазирования при инвазивном раке мочевого пузыря // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т. 6. № 2. – С. 191-195.

48. Паршин А.Г. Радикальная цистэктомия с отведением мочи в сегмент подвздошной кишки: результаты и осложнения (клиническое исследование). Дисс. ... канд.мед. наук. – М., 2004. – 159 с.

49. Погосян Р.Р., Васильченко М.И., Забелин М.В. и др. Анализ осложнений после гетеротопической илеоцистопластики и их лечение // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2017. – № 1. – С. 62-63.

50. Понукалин А.Н., Глыбочко П.В., Блумберг Б.И. и др. Влияние метода деривации мочи на отдаленные результаты и качество жизни у больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии // Медицинский вестник Башкортостана. –2011. – Т. 6, № 2. – С. 195-200.

51.Перепечай В.А. Оптимизация хирургического лечения мышечно-инвазивного и местнораспространенного рака мочевого пузыря: Автореф. дисс... докт. мед. наук, –Ростов-на-Дону, 2016, 22 с.

52. Перепечай В.А., Васильев О.Н., Спицын И.М., Коган М.И. Предикторы морбидности радикальной цистэктомии и различных вариантов уродеривации: 20-летний опыт одного хирургического центра // Онкоурология. – 2016. – Т. 12, № 1. –С. 42-57.

53. Роман Л.Д., Васильев Л.А., Шестаев А.Ю. и др. Выбор метода формирования уретероилеоанастомоза при деривации мочи по Бриккеру у пациентов пожилого и старческого возраста // Онкоурология. – 2011. – № 3. – С. 42-47.

54. Роман Л.Д., Васильев Л.А., Шестаев А.Ю. и др. Пути снижения числа поздних послеоперационных осложнений у пациентов после удаления мочевого пузыря // TERRA MEDICA. – 2012. – № 1 (67). – С. 42-47.

55. Руководство по клинической урологии: Пер. с англ. / Под ред. Ф.М. Ханно, С.Б.Малковича, А.Дж. Вейна. – 3-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 544 с.

56. Семенякин И.В., Васильченко М.И., Яшин Е.А., Зеленин Д.А. Деривация мочи у больных пожилого возраста после цистэктомии // Клиническая геронтология. – 2014. – Т. 20, № 3. – С. 13-16.

57. Сивков А.В., Рощин Д.А., Перепечин Д.В. и др. Молекулярно-генетические маркеры рака мочевого пузыря в клинической практике // Экспериментальная и клиническая урология. – 2013. – №3. – С.48-54.

58. Соленкова А.В., Бондаренко А.А., Лубнин А.Ю., Дзюбанова Н.А. Послеоперационные когнитивные изменения у больных пожилого и старческого возраста // Анестезиология и реаниматология. – 2012. – №3. – С. 13-17.

59. Тхакохов М.М. Результаты цистэктомий после комбинированного органосохраняющего лечения пациентов мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря // Автореф. дисс...канд. мед. наук, Защищена в Рос. онкол. науч. центр им. Н.Н. Блохина РАМН. – М., 2017. – 22 с.

60. Фиш М., Гогенфеллнер Р. Сигмоидный конduit // Оперативная урология. Классика и новация: Руковод-

ство для врачей / Л.Г. Манагадзе, Н.А. Лопаткин, О.Б. Лоран и др. Глава 6. Отведение мочи. 6.5. – М.: Медицина, 2003. – С. 505-510.

61. Хинман Ф. Уретероилеостомия (операция Бриккера [Bricker]) 26.02.2018. Источник: <http://medbe.ru/materials/operativnayaurologiya/ureteroileostomiyaoperatsiya-brikkera-bricker/> © medbe.ru.

62. Aboumarzouk O.M., Drewa T., Olejniczak P., Chlosta P.L. Laparoscopic radical cystectomy: a 5-year review of a single institute's operative data and complications and a systematic review of the literature // Int. Braz. J. Urol. – 2012. – V. 38 (N 3). – P. 330–40.

63. Albisinni S., Limani K., Ingels L. et al. Long-term evaluation of oncologic and functional outcomes after laparoscopic openassisted radical cystectomy: a matched-pair analysis // World J. Urol. – 2014, – in press.

64. Anderson C.B., Morgan T.M., Kappa S. et al. Ureteroenteric anastomotic strictures after radical cystectomy - does operative approach matter? // J. Urol. – 2013. – V.189 (N2). – P. 541–547.

65. Aziz A., May M., Burger M. et al. Prediction of 90-day mortality after radical cystectomy for bladder cancer in a prospective European multicenter cohort // Eur. Urol. – 2014. – V. 66 (N 1). – P.156-163.

66. Azzouni F.S., Din R., Rehman S. et al. The first 100 consecutive, robot-assisted, intracorporeal ileal conduits: evolution of technique and 90-day outcomes // Eur Urol. – 2014. – V. 63 (N 3). – P. 637-643.

67. 23. Babjuk M., Bohle A., Burger M. et al. EAU Guidelines on non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder: update 2016 // Eur. Urol. – 2017. – V. 71. – P. 447-461.

68. Badajoz S.E. (de), Gallego Perales J.L., Reche Rosado A. et al. Radical cystectomy and laparoscopic ileal conduit // Arch. Esp. Urol. – 1993. – V. 46 (N 7). – P. 621-624.

69. Barbalias G.A., Liatsikos E.N., Karnabatidis D. et al. Ureteroileal anastomotic strictures: an innovative approach with metallic stents // J. Urol. – 1998. – V. 160. – P. 1270.

70. Bartsch G., Gust K. et al. Cystectomy in the elderly patient // Urologe A. – V. 2 (N3). – P. 821-826.

71. Bella A.J., Stitt L.W., Chin J.L., Izawa J.I. The prognostic significance of metastatic perivesical lymph nodes identified in radical cystectomy specimens for transitional cell carcinoma of the bladder // J. Urol. – 2003. – V. 170 (N 3, Pt. 1). P. 2253–2257.

72. Bellmunt J., Orsola A., Leow J.J. et al. Bladder cancer: ESMO Practice Guidelines for diagnosis, treatment and followup // Ann. Oncol. – 2014. – V. 25 (Suppl 3). – P. 40–8.

73. Bochner B.H. Oncologic Outcomes Achieved by Radical Cystectomy // Eur. Urol. – V. 2013 (N 3). – P. 225-226.

73. Boström PJ, Kössi J et al. Risk factors for mortality and morbidity related to radical cystectomy // B.J.U. Int. – 2009. – V. 103. – P.191-196.

74. Bricker E.M. Bladder substitution after pelvic evisceration // Surg. Clin. North Am. – 1950. – V. 30. – P. 1511.

74. Brunschwig A. Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma / A. Brunschwig // Cancer. – 1948. – Vol. 1. – P. 177–183.

75. Capitanio U., Suardi N., Shariat S.F. et al. Assessing the minimum number of lymph nodes needed at radical cystectomy in patients with bladder cancer// B.J.U. Int. – 2009. – V.103. – P. 1359 – 1362. Crossref.

76. Carroll P. R., Barbour S. (Карролл П., Барбор С.) Отведение мочи // В кн.: Урология по Дональду Смиту. Под ред. Э. Танаго и Дж. Маканинча. Пер. с англ. (Глава 25). – М., Практика, 2005. – С. 424-437.

77. Cerantola Y., Valerio M., Persson B. et al. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations // Clin. Nutr. – 2013. – V. 32 (N 3). – P.879-887.

78. Chang S.S., Alberts G. et al. Radical cystectomy is safe in elderly patients at high risk // J. Urol. – 2001. – V. 166 (N 3). – P. 938-941.

79. Chade D.C., Laudone V.P., Bochner B.H., Parra R.O. Oncological outcomes after radical cystectomy for bladder cancer: open versus minimally invasive approaches // J.Urol. – 2010. – V. 183. – P.862-869.

80. 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. – V. 60 (N 3). – P. 767–775.

81. Charlson M., Szatrowski T.P., Peterson J. et al. Validation of a combined comorbidity index // J. Clin. Epidemiol. – 1994. – V. 47 (N 2). – P.1245-1251.

82. Clark P.E., Stein J.P., Groshen S.G. et al. Radical cystectomy in the elderly: comparison of clinical outcomes between younger and older patients // Cancer. – 2005. – V. 104 (N 1). – P. 36–43.

83. Dalbagni G., Genega E. et al. Cystectomy for bladder cancer: a contemporary series // J. Urol. – 2001. – V. 165. – P. 1111-1116.84. Daneshmand S., Bartsch G. Improving selection of appropriate urinary diversion following radical cystectomy for bladder cancer // Expert Rev. Anticancer Ther. – 2001. – V.11. – P. 941-948.

84. Degerner S., Brandt A.S. et al. Imperative cystectomy in patients at risk ileal conduit or ureterocutaneostomy // Urologe A., – 2012. – V. 51 (N 3). – P. 1220-1227.

85. Deliveliotis C., Papatsoris A. et al. Urinary diversion in high-risk elderly patients: modified cutaneous ureterostomy or ileal conduit? // *Urology*. – 2005. – V. 66. – P. 299-304.

86. De Nunzio C., Cicione A. et al. Extraperitoneal radical cystectomy and ureterocutaneostomy in octogenarians // *Int. Urol. Nephrol.* – 2011. – V. 43(N 3). – P. 663-667.

87. 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.* – 2004. – V. 240 (N 2). – P. 205-213.

88. Donat SM, Siegrist T, Cronin A et al. Radical cystectomy in octogenarians-does morbidity outweigh the potential survival benefits? // *J. Urol.* – 2010. – V. 183 (N 3). – P. 2171-2177.

89. Gustafsson U.O., Scott M.J., Schwenk W. et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations // *Clin. Nutr.* – 2012. – V. 31 (N 2). – P.783-800.

90. Harraz A.M., Osman Y., El-Halwagy S. et al. Risk factors of hospital readmission after radical cystectomy and urinary diversion: analysis of a large contemporary series // *B.J.U. Int.* – 2015. – V.115 (N 1). – P. 94-100.

91. Hautmann R.E., de Petriconi R. et al. The ileal neobladder: complications and functional results in 363 patients after 11 years of follow-up // *J. Urol.* – 1999. – V. 161. – P.422-427.

92. Hautmann R. E. et al. Long-term results of standard procedures in urology: the ileal neobladder / R. E. Hautmann et al. // *World J. Urology*. – 2006. – Vol. 24, № 3. – P. 305–314.

93. Hautmann R.E., de Petriconi R.C., Volkmer B.G. Lessons learned from 1,000 neobladders: the 90-day complication rate // *J. Urol.* – 2010. – V.184 (N 3). – P. 990-994.

94. Hautmann R.E., Abol-Enein H., Davidsson T. et al. ICUD-EAU International Consultation on Bladder Cancer 2012: urinary diversion // Eur. Urol. – 2013. – V. 63. – P. 67-80.

95. Haber G.P., Crouzet S., Gill I.S. Laparoscopic and robotic assisted radical cystectomy for bladder cancer: a critical analysis // Eur. Urol. – 2008. – V. 54 (N 1). – P. 54-62.

96. Hemal A.K. Robotic and laparoscopic radical cystectomy in the management of bladder cancer // Curr. Urol. Rep. – 2009. – V. 10 (N 1). – P. 45-54.

97. Herr W.H. Superiority of ratio based lymph node staging for bladder cancer // J. Urol. – 2003. – V. 169 (2003). – P. 943-945.

98. Mills R.D., Turner W.H., Fleischmann A. et al. Pelvic lymph node metastases from bladder cancer: outcome in 83 patients after radical cystectomy and pelvic lymphadenectomy // J. Urol. – 2001. – V. 166. – P. 19-23.

99. Nahar B., Koru-Sengul T., Miao F. et al. Comparison of readmission and shortterm mortality rates between different types of urinary diversion in patients undergoing radical cystectomy // World J. Urol. – 2018. – V. 36 (N 3). – P. 393-399.

100.Источник: summusjournals.uz.,2019г.

Monografiya

D.A Urmanbayeva, D.Sh Xasanov

**SIYDIK PUFAGI SARATONIDA RADIKAL
SISTEKTOMIYA TASHRIXIDAN KEYINGI
ASORATLAR VA BEMORLAR
XIRURGIK REABILITATSIYASI**

Muharrir: Baxridinov K.B

Korrektor va dizayn: Baxridinova S.B

Tasdiqnoma № 188180, TPБTP № X-25264. 15.12.2023.

Bosishga 04.05.2024 da ruxsat berildi.

Format 60x84/16. Garnitura Times New Roman.

Muqova uchun rasm manbasi:

<https://cooperlawpartners.com/wp-content/uploads/2020/01/nursing-home-abuse-practice-areas-cooper-law.jpg>

Shartli b.t. 8. Adadi 10 dona. Buyurtma № 75

«JAHONA NASHR» nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.

170127, Andijon, Yu. Otabekov ko'chasi, 1-uy.

Телефон: +998900601058, +998901703415

g-mail: jahonanashr@gmail.com

<http://jahonanashr.uz>



6301

