



THE ISSUE CONTAINS:

Proceedings of the 4th
International Scientific
and Practical Conference

**SCIENTIFIC GOALS AND
PURPOSES IN XXI CENTURY**

Seattle, USA
19-20.01.2023

SCIENTIFIC COLLECTION
INTERCONF+

No 29 (139)
January, 2023

OPEN  ACCESS



Scientific Collection «InterConf+ »

No 29(139)

January, 2023

THE ISSUE CONTAINS:

Proceedings of the 4th International
Scientific and Practical Conference

SCIENTIFIC GOALS AND
PURPOSES IN XXI CENTURY

SEATTLE, USA

January 19–20, 2023



UDC 001.1

S 40 *Scientific Collection «InterConf+»*, 29(139): with the Proceedings of the 4th International Scientific and Practical Conference «Scientific Goals and Purposes in XXI Century» (January 19–20, 2023; Seattle, USA) by the SPC «InterConf». ProQuest LLC, 2023. 349 p.

ISSN 2709-4685

DOI 10.51582/interconf.19-20.01.2023

EDITOR

Anna Svoboda

Doctoral student
University of Economics;
Czech Republic
annasvobodaprague@yahoo.com

COORDINATOR

Mariia Granko

Coordination Director in Ukraine
Scientific Publishing Center
«InterConf»; Ukraine
info@interconf.top

EDITORIAL BOARD

Temur Narbaev (PhD)
Tashkent Pediatric Medical Institute,
Republic of Uzbekistan;
temur1972@inbox.ru

Nataliia Mykhalitska (PhD
in Public Administration)
Lviv State University of
Internal Affairs; Ukraine

Dan Goltsman (Doctoral student)
Riga Stradiņš University;
Republic of Latvia;

Katherine Richard (DSc in Law),
Hasselt University; Kingdom of Belgium
katherine.richard@protonmail.com;

Richard Brouillet (LL.B.),
University of Ottawa; Canada;

Stanyslav Novak (DSc in Engineering)
University of Warsaw; Poland
novaks657@gmail.com;

Kanako Tanaka (PhD in Engineering),
Japan Science and Technology
Agency; Japan;

Mark Alexandr Wagner (DSc. in Psychology)
University of Vienna; Austria
mw6002832@gmail.com;

Alexander Schieler (PhD in Sociology),
Transilvania University of Brasov;
Romania

Svitlana Lykholat (PhD in Economics),
Lviv Polytechnic National University;
Ukraine

Dmytro Marchenko (PhD in Engineering)
Mykolayiv National Agrarian University
(MNAU); Ukraine;

Rakhmonov Aziz Bositovich (PhD in Pedagogy)
Uzbek State University of World
Languages; Republic of Uzbekistan;

Mariana Vereskliia (PhD in Pedagogy)
Lviv State University of Internal
Affairs; Ukraine

Dr. Albena Yaneva (DSc. in Sociology
and Antropology),
Manchester School of Architecture; UK;

Vera Gorak (PhD in Economics)
Karlovarská Krajská Nemocnice;
Czech Republic
veragorak.assist@gmail.com;

Polina Vuitsik (PhD in Economics)
Jagiellonian University; Poland
p.vuitsik.prof@gmail.com;

Elise Bant (LL.D.),
The University of Sydney; Australia;

George McGrown (PhD in Finance)
University of Florida; USA
mcgrown.geor@gmail.com;

Vagif Sultanly (DSc in Philology)
Baku State University;
Republic of Azerbaijan

Kamilə Əliağa qızı Əliyeva (DSc
in Biology)
Baku State University;
Republic of Azerbaijan


Please, cite as shown below:

1. Surname, N. & Surname, N. (2023). Title of an article. *Scientific Collection «InterConf+»*, 29(139), 21–27. <https://doi.org/10.1080/interconf...>





This issue of Scientific Collection «InterConf» contains the materials of the International Scientific and Practical Conference. The conference provides an interdisciplinary forum for researchers, practitioners and scholars to present and discuss the most recent innovations and developments in modern science. The aim of conference is to enable academics, researchers, practitioners and college students to publish their research findings, ideas, developments, and innovations.

TABLE OF CONTENTS


FINANCE AND CREDIT

	Пшенична М.В.	РОЛЬ І МІСЦЕ ESG-ІНВЕСТУВАННЯ В МЕХАНІЗМІ ФОРМУВАННЯ СТАЛОЇ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ УКРАЇНСЬКИХ ПІДПРИЄМСТВ У ПОВОЄННИЙ ПЕРІОД	7
---	---------------	--	---


PEDAGOGY AND EDUCATION

	Amanova U.D.	THE COMMUNICATIVE COMPETENCE OF THE FUTURE TEACHER IN COMMUNICATING WITH THE PARENTS OF STUDENTS	17
	Нукчоретс С. Stepanova I. Hadaichuk N. Herasymenko N.	COMPILING A PROFESSIONALLY ORIENTED GLOSSARY AS A FORM OF STUDENTS' SELF- EDUCATION ACTIVITY IN NON-LINGUISTIC HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS	29
	Анісімова Ю.П.	ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ІНОЗЕМНИХ МОВ МАЙБУТНІМ ЮРИСТАМ В УМОВАХ ВІЙНИ	41
	Бойчук О.І. Стадник М.М.	АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МОЛОДІ В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОСВІТНЬОЇ СИСТЕМИ. ЗМІНА РОЛІ СУЧАСНОГО ВЧИТЕЛЯ В КОНТЕКСТІ ГУМАНІЗАЦІЇ УКРАЇНСЬКОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ МАЙБУТНЬОГО	51





POLITICAL SCIENCE AND PUBLIC ADMINISTRATION


	Ковтун Т.Ю.	ІНСТРУМЕНТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОСТІ АГРАРНОГО СЕКТОРУ У ВОЄННИЙ ЧАС	68
---	-------------	---	----

PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY


	Dmitriewa I. Ivanenko A.	SEX-ROLE PARENTING MENTALLY RETARDED TEENAGERS	78
---	-----------------------------	---	----

PHILOLOGY AND LINGUISTICS



	Jafarova I.	SENTIMENTALISM IN ENGLISH LITERATURE: A BRIEF ANALYSIS OF THE GENRE AND ITS REPRESENTATIVES	87
	Pikalova A.	LINGUISTIC PECULIARITIES OF EDWARD LEAR'S LIMERICKS	95
	Аяпбергенов А.С. Дауылбаева Н.О.	ҚАЗАҚ ХАЛЫҚ ЕРТЕГІЛЕРІНДЕГІ КЕҢІСТІК ПЕН УАҚЫТ КОНЦЕПТІСІ	102
	Ибрагимова Р.А. Раджабова Г.А.	О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ КАТЕГОРИИ ПОСЕССИВНОСТИ И СРЕДСТВАХ ЕЁ ВЫРАЖЕНИЯ В АНГЛИЙСКОМ И ТАДЖИКСКОМ ЯЗЫКАХ	110

	Хусейнова Г.А. Бодамаев М.У.	НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФРАЗОВЫХ ГЛАГОЛОВ В ОКСФОРДСКОМ СЛОВАРЕ (2005)	114
---	---------------------------------	--	-----




LAW AND INTERNATIONAL LAW

	Shevchuk V.M.	CRIMINALISTIC DIDACTICS IN MODERN CONDITIONS OF WAR AND DIGITAL TECHNOLOGIES	121
---	---------------	--	-----




ARTS, CULTURAL STUDIES AND ETHNOGRAPHY

	Marian A.	TROIȚELE POPULARE MOLDOVENEȘTI ÎN LEMN DIN SECOLUL AL XIX-LEA	141
	Білінська О.А.	ТВОРЧІ ПОРТРЕТИ ВИДАТНИХ УКРАЇНСЬКИХ СПІВАКІВ У МУЗИКОЗНАВЧІЙ СПАДЩИНІ ОСИПА ЗАЛЕСЬКОГО	151


HISTORY AND ARCHEOLOGY, ARCHIVAL STUDIES

	Вітязь А.В. Люлька В.А.	МАЛОВІДОМІ ОБРЯДИ, ЗВИЧАЇ ТА ТРАДИЦІЇ КРИМСЬКОТАТАРСЬКОГО НАРОДУ	159
	Пугач В.В. Корольов С.С.	БОЙОВЕ ЗАСТОСУВАННЯ БРОНЕПОТЯГІВ У ВОЄННИХ ФОРМУВАННЯХ НЕСТОРА МАХНА (1919)	164
	Ямпольська Л.М.	ПОЛІКУЛЬТУРНИСТЬ І ЕТНОКОНФЕСІЙНИЙ ФАКТОР ЯК ДОМІНАНТИ ІСТОРИЧНОГО РОЗВИТКУ АФГАНІСТАНУ В ДРУГІЙ ПОЛОВИНІ ХХ – НА ПОЧАТКУ ХХІ СТ.	170

MEDICINE AND PHARMACY

	Murzalieva A.M. Manivannan M.	NUTRITIONAL HABITS OF THE FOREIGN MEDICAL STUDENTS (KYRGYZSTAN)	180
	Демянюк М.С. Волошанський Ю.В. Остапенко А.О.	ДЕСЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ЦИСТЕКТОМІЇ З ФОРМУВАННЯМ ОРТОТОПІЧНОГО СЕЧОВОГО РЕЗЕРВУАРУ У ПАЦІЄНТІВ З ЛОКАЛІЗОВАНИМ ТА МЕТАСТАТИЧНИМ РАКОМ СЕЧОВОГО МІХУРА	187
	Журенко Д.С.	ДИНАМІКА У ПИТАННЯХ РЕГУЛЮВАННЯ ТА РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ В УКРАЇНІ	203

NATURE MANAGEMENT, RESOURCE SAVING AND ECOLOGY

	Ivaniuta S.	ASSESSMENT OF COUNTERMEASURES AGAINST THREATS TO THE ENVIRONMENT FROM RUSSIAN MILITARY AGGRESSION	209
---	-------------	---	-----

MEDICINE AND PHARMACY

 DOI 10.51582/interconf.19-20.01.2023.020

Десятирічний досвід проведення цистектомії з формуванням ортотопічного сечового резервуару у пацієнтів з локалізованим та метастатичним раком сечового міхура

Демянюк Марина Сергіївна¹,

Волошанський Юрій Володимирович²,

Остапенко Андрій Олексійович³

¹ аспірант кафедри онкології;

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; Україна

² онкохірург, уролог, завідувач урологічного відділення;

КНП «Запорізький протипухлинний центр» ЗОР; Україна

³ кандидат фармацевтичних наук, доцент, доцент кафедри клінічної
лабораторної діагностики та лабораторної імунології;

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; Україна

Анотація.

Ціль. Оцінка клініко-патологічних і функціональних результатів радикальної цистектомії (РЦЕ) з формуванням ортотопічного сечового резервуару за Padova, Studer, Hautmann, Abol-Enein Ghoneim. Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз даних 106 пацієнтів з уротеліальною карциномою сечового міхура (патогістологічні стадії T1-T4), яким в період з 2008 по 2018 рр. на базі урологічного відділення Запорізького регіонального протипухлинного центру було проведено радикальну цистектомію з одномоментною ілеоцистопластиком. Пацієнти відрізнялися за віком, статтю, індексом маси тіла, тривалістю операції, терміном шпиталізації, визначеною крововтратою, ранніми (30 днів) та пізніми (12 місяців) післяопераційними ускладненнями і функціональними результатами. Всі пацієнти були розподілені на групи за методикою проведеної операції. Післяопераційна летальність була визначена як смерть впродовж 30 днів після оперативного втручання. Якість життя пацієнтів оцінювали за допомогою індексу раку сечового міхура (Bladder Cancer Index) та модифікованого опитувача Functional Assessment of Cancer Therapy - Vanderbilt Cystectomy Index (FACT-VCI). Статистичний аналіз було проведено за допомогою програм Statistica 13.3 та Microsoft Excel. Аналіз виживаності за роками проводили за методикою Kaplan-Meier. Вірогідність статистичної похибки у всіх випадках складала < 5% (показник значущості $p < 0,05$). Результати. Середня тривалість операції при формуванні резервуару за Studer складала 260 хв., Hautmann – 400 хв., Abol-Enein Ghoneim – 550 хв., Padova – 242 хв., (табл. 4). Об'єм крововтрати становив

MEDICINE AND PHARMACY

700±150 мл для Hautman, 600±300 мл для Studer, 550±200 мл для Abol-Enein Ghoneim та 550±100 мл для Padova. В ранньому післяопераційному періоді у 24 пацієнтів виникло 30 ускладнень (23%), серед них за класифікацією Clavien-Dindo 16 (31%) належали до I-II ступеню та 14 (28%) до III-IV ступеню. В структурі ускладнень переважали пієлонефрит (7/6,6%), неспроможність міжкишкового анастомозу (6/5,6%) та уретерогідронефроз (3/2,8%). Пізні післяопераційні ускладнення виникли у 21 (19,8%) пацієнтів, з них 8/7,5% випадків стриктури уретерорезервуароанастомозу, що потребували оперативного лікування. При застосуванні методики Studer виникло (35/72,9%) ускладнень, Hautmann – 2/66%; Abol-Enein Ghoneim – 1/50%; Padova – 12/22%. Впродовж перших двох років після РЦЕ померли 13 (12,3%) пацієнтів. За час дослідження з-під спостереження вийшли 11 (10,4%) пацієнтів. Віддалене метастазування встановлене у 14 (13,2%) із середнім терміном виникнення 11,5±1,2 місяці. Загальна та канцерспецифічна п'ятирічна виживаність у пацієнтів після РЦЕ з ілеоцистопластиком складала 69% та 86% відповідно. Через 6 місяців після операції денна континенція сечі збережена у 61,3%, через рік у 82,6% та через 5 років у 93% пацієнтів. Повна нічна континенція покращилася з 28,6% у 6 місяців до 43,2% протягом 3-х років спостереження. Заключення. Радикальна цистектомія з формуванням ортотопічного сечового резервуару – це тривале і складне оперативне втручання, яке пов'язане з виникненням ускладнень як загальнохірургічних, так і пов'язаних з методом деривації сечі. Застосування методики Padova дозволяє скоротити тривалість операції та об'єм крововтрати, пов'язане з нижчою частотою виникнення післяопераційних ускладнень та дозволяє зберегти якість життя пацієнтів.

Ключові слова:

радикальна цистектомія
ілеоцистопластика
рак сечового міхура
ортотопічний сечовий резервуар
ускладнення Clavien-Dindo
ERAS
FACT-VCI
Bladder Cancer Index
Padova
Studer
Hautmann
Abol-Enein Ghoneim

MEDICINE AND PHARMACY

ВСТУП

Рак сечового міхура (PCM) посідає 7-ме місце за розповсюдженістю серед чоловіків та 11-те місце серед осіб обох статей у світі [1]. Радикальна цистектомія (РЦЕ) є золотим стандартом лікування інвазивного раку сечового міхура та методом вибору при неінвазивних пухлинах у пацієнтів групи високого ризику [2, 3, 4]. Попри накопичення досвіду, постійне вдосконаленням методик, застосування новітніх технологій та ретельний відбір пацієнтів, РЦЕ з формуванням ортотопічного сечового резервуару залишається однією із найскладніших операцій в урології з високим ризиком післяопераційних ускладнень та летальності. Частота та вірогідність ускладнень залежить від багатьох факторів, які можна розділити на загальнохірургічні та специфічні саме для даного методу деривації сечі [5].

На базі урологічного відділення Запорізького регіонального протипухлинного центру протягом 13 років успішно застосовували різні методики ортотопічної деривації сечі (табл. 1). На більш ранніх етапах впровадження ілеоцистопластики в нашому центрі використовували методи Studer, Abol-Enein Ghoneim. Поступово, з накопиченням досвіду, було надано перевагу методу Padova. Метою нашого дослідження було оцінити результати та відділені наслідки різних методик формування ортотопічного сечового резервуару.

Таблиця 1

Методики формування ортотопічного сечового резервуару

Методика	Кількість операцій
Studer	48 (45,3%)
Hautmann	3 (2,8%)
Padova	53 (50%)
Abol-Enein Ghoneim	2 (1,9%)

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Характеристика пацієнтів: ортотопічну ілеоцистопластику було проведено 106 пацієнтам з доопераційними показниками рівня креатиніну плазми крові менше 160 мкмоль/л, гемоглобіну – не менше, ніж 110 г/л та нормальною функцією кишківника. Середній вік пацієнтів складав $60 \pm 10,2$ роки, медіана – 57 років. Пацієнтів було розділено на чотири групи відповідно до методики проведеної операції. Клініко-патологічні дані

MEDICINE AND PHARMACY

пацієнтів відображені в таблиці 2.

Критерії відбору пацієнтів: показання та протипоказання до ілеоцистопластики були визначені згідно рекомендацій Європейської асоціації урологів (EAU) з лікування раку неінвазивного та м'язово-інвазивного і метастатичного раку сечового міхура [6]. При відборі пацієнтів оцінювали їх соматичний стан, наявність супутніх захворювань та когнітивну функцію. Похилий вік пацієнтів не розцінювали в якості абсолютного протипоказання до операції [7, 8].

Усі пацієнти підписали інформовану згоду на оперативне втручання після детального роз'яснення всіх аспектів оперативного втручання, обговорення методів деривації сечі, їх переваг та можливих ускладнень.

У всіх випадках було застосовано сучасний мультимодальний периопераційний підхід до лікування, регламентований протоколами ERAS [9, 10].

На догоспітальному етапі з пацієнтами було проведено бесіду з приводу модифікації способу життя та відмови від шкідливих звичок, за наявності у пацієнта ожиріння – зниження ваги до оптимальної (ІМТ < 30 кг/м²).

Таблиця 2

Характеристика пацієнтів	
Стать:	
жінки	6 (5,6%)
чоловіки	100 (94,4%)
Вік	
< 50	7 (6,6%)
50–60	49 (46,2%)
60–70	39 (36,8%)
> 70	11 (10,4%)
Індекс маси тіла	
< 20	5 (4,7%)
20–25	48 (45,3%)
25–30	36 (34%)
> 30	17 (16%)
Бал за шкалою ASA	
I–II	20 (18,9%)
III–IV	86 (81,1%)
Патологічна стадія (pT)	
pT1	3 (3%)

MEDICINE AND PHARMACY

Продовження табл. 2

pT2	71 (67%)
pT3	16 (15%)
pT4	16 (15%)
Метастази в регіонарні лімфатичні вузли (N)	
N0	87 (82%)
N1	11 (10,3%)
N2	5 (4,7%)
N3	3 (3%)
Віддалені метастази (M)	
M0	104 (98%)
M1	2 (2%)
Локалізація пухлини:	
бічна стінка	4 (4,5%)
шийка	2 (1,5%)
мультифокальне	100 (94%)
інші локалізації	0

Передопераційна підготовка кишківника передбачала лише особливий режим харчування, механічна очистка не проводилася.

З метою профілактики венозних тромбоемболічних ускладнень пацієнти носили компресійні панчохи. Фармакологічна профілактика включала введення низькомолекулярних гепаринів (еноксапарин 0,4 мг) за 12 годин до операції. (I A) [11, 12].

Стандартна антимикробна профілактика проводилася шляхом внутрішньовенового введення антибіотиків (Цефтріаксон 1 г) за 60 хв. до початку операції.

Тривалість операції визначалася з моменту розрізу до закриття рани. Всі ускладнення, які виникли в 30-денний період і під час подальшого спостереження, класифіковані за Clavien-Dindo [13] (табл.3).

Наявність уретерогідронефрозу підтверджували за допомогою рентгенлогічних досліджень.

Всі видалені органоконспекти були досліджені патогістологічно. Ступінь диференціювання уротеліальної карциноми встановлювали відповідно до класифікації ВОЗ 1973 року. Визначення стадії проводилося відповідно до системи TNM 8-го видання, 2017 року [14].

Спостереження за пацієнтами відбувалося наступним чином: контрольне обстеження 4 рази впродовж першого року, 1 раз на 6 місяців впродовж другого року, в наступному – щорічно

MEDICINE AND PHARMACY

протягом як мінімум 3 років.

Післяопераційна летальність була визначена як смерть впродовж 30 днів після оперативного втручання. Причинами смерті пацієнтів, згідно результатів спостереження, були прогресія захворювання (локальний рецидив або віддалені метастази) та інші причини, не пов'язані із РСМ.

Таблиця 3

Класифікація хірургічних ускладнень за Clavien-Dindo

Ступінь	Характеристика
I ступінь	Будь-які відхилення від нормального протікання післяопераційного періоду, що не потребують медикаментозного лікування або хірургічних та радіологічних втручань.
II ступінь	Ускладнення, що потребують медикаментозної корекції.
III ступінь	Ускладнення, що потребують хірургічного, ендоскопічного або радіологічного втручання:
IIIa	втручання, що не потребують загальної анестезії;
IIIb	втручання під загальною анестезією.
IV ступінь	Ускладнення, що загрожують життю:
IVa	супроводжуються дисфункцією одного органу;
IVb	супроводжуються поліорганною недостатністю.
V	Смерть пацієнта.

Якість життя пацієнтів оцінювали за допомогою індексу раку сечового міхура (Bladder Cancer Index) та модифікованого опитувача Functional Assessment of Cancer Therapy – Vanderbilt Cystectomy Index (FACT-VCI) для вивчення і оцінки сечовипускання, функції кишківника, сексуальної функції та емоційного стану пацієнтів. Анкетування проводилося до операції та кожні 3 місяці протягом першого року спостереження після РЦЕ.

Статистичний аналіз було проведено за допомогою програм Statistica 13.3 та Microsoft Excel. Відмінності між досліджуваними розподіленнями варіант за певними критеріями було оцінено в модулі непараметричної статистики за допомогою критерія Фішера та «Хі-квадрат». Процентні порівняння показників проводили за допомогою диференційного тесту (за критерієм t-Стюдента) в модулі описової статистики.

MEDICINE AND PHARMACY

Аналіз виживаності за роками проводили за методикою Kaplan-Meier з урахуванням цензурованих випадків, які вибули із дослідження з різних причин. Вірогідність статистичної похибки у всіх випадках складала < 5% (показник значущості $p < 0,05$).

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ОРТОТОПІЧНОЇ ДЕРИВАЦІЇ СЕЧІ

Операції проводилися із застосуванням комбінованої ТВА з ШВЛ та епідуральної анестезії. В ранньому післяопераційному періоді пацієнти отримували епідуральне знеболення, прокінетики, ентеральне харчування, вуглеводну парентеральну підтримку. Для проведення ортотопічної пластики використовували ділянку здохвинної кишки довжиною 45–55 см. З метою збереження адекватного кровопостачання, відступ від ілеоцекального кута складав 15–20 см. Прохідність кишки поновлювали шляхом механічного або ручного анастомозу. Механічний анастомоз «бік-у-бік» (функціонально «кінець-в-кінець») накладали за допомогою механічних зшивальних апаратів серії GIA DST (рис. 1) або вручну по типу «бік-у-бік» за допомогою трирядного вікрилового шва (рис. 2). Торцевий ряд накладали при зміщенні скріплених країв на 5 мм. Тонку кишку розсікали вздовж по протибрижовому краю.



Рисунок 1

Механічний ентероентероанастомоз

Формування ортотопічного сечового міхура проводили в залежності від конституції та фізіологічних особливостей пацієнта. Відповідно до закону Лапласа, тиск в резервуарі визначається як $P = T \times 2D / R$, де P – це тиск, T – розтягнення

MEDICINE AND PHARMACY

стінок, D – товщина стінок і R – радіус [15].

Тому, сферичний резервуар буде мати найбільшу ємність при нижчому тиску, через більший радіус. В середньому, ємність резервуару становила 450 ± 70 мл.

Збереження внутрішнього сфінктера уретри та дистальних відділів судинно-нервових пучків не проводилося у пацієнтів з патологічною стадією T3 і вище. Тубуляція і везикалізація дозволяли ефективно співставити слизові оболонки кишкового резервуару та уретри. Анастомоз накладали за допомогою вузлових або безперервного вікрилового шва. Всім пацієнтам було проведено розширену лімфодисекцію згідно стандартів.

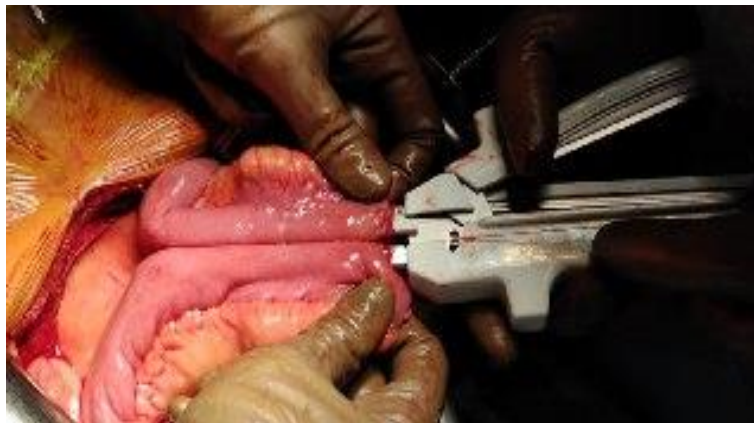


Рисунок 2

Ручний ентероентероанастомоз «бік-у-бік»

Перевагу у виборі варіанта ортотопічного сечового надавали методиці Padova (табл. 4). Конструкція сечового резервуару за Padova дозволяє в подальшому ефективно проводити ендоскопічні втручання. Цистоскопічна картина при ревізії резервуару нагадує картину при звичайній цистоскопії, що значно скорочує час на пошук анатомічних структур та полегшує процес стентування ниркових балій.

Таблиця 4

Характеристика оперативних втручань

Характеристика оперативних втручань	Studer	Padova	Hautmann	Abol-Enein Ghoneim
Кількість операцій				
	48	53	3	2

MEDICINE AND PHARMACY

Продовження табл. 4

Середня тривалість операції, хв.				
	260	242	400	350
Середній об'єм крововтрати, мл				
	600	550	700	550
Середня тривалість шпиталізації, днів				
	29	22	29	28
Вид міжкишкового анастомозу:				
ручний	24 (50%)	-	2 (66,7%)	2 (100%)
механічний	24 (50%)	53 (100%)	1 (33,4%)	-
Вид уретрорезервуароанастомозу:				
окремі шви	41 (85,4%)	13 (24,5%)	1 (33,4%)	2 (100%)
безперервний	7 (14,5%)	35 (66%)	2 (66,7%)	-
Важкість ускладнень за Clavien-Dindo за весь період спостереження:				
I-II	19	10	1	1
III-IV	16	2	1	0

Під час операції ниркові балії дренували катетерами Нелатона 8F, які видаляли на 8–9 добу післяопераційного періоду. Резервуар промивали двічі на добу фізіологічним розчином з 1-го дня операції.

Таблиця 5

Розподіл пацієнтів за методиками операцій

Характеристика пацієнтів	Studer	Padova	Hautmann	Abol-Enein Ghoneim
Кількість пацієнтів	48 (45,3%)	53 (50%)	3 (2,8%)	2 (1,9%)
Локалізація пухлини:				
бічна стінка	44 (91,7%)	1 (1,9%)	0	0
шийка	4 (8,3%)	0	0	1 (50%)
мультифокальне	0	52 (98,1%)	3 (100%)	1 (50%)
інші локалізації	0	0	0	0
AJCC стадія (pT)				
pT1	0	3 (5,7%)	0	0
pT2	36 (75%)	32 (60,3%)	2 (66,7%)	1 (50%)
pT3	7 (14,6%)	9 (17%)	0	0
pT4	5 (10,4%)	9 (17%)	1 (33,4%)	1 (50%)
Регіонарні лімфатичні вузли (N)				
N0	42 (87,5%)	42 (79,2%)	2 (66,7%)	1 (50%)
N1	4 (8,5%)	6 (11,3%)	0	1 (50%)
N2	1 (2%)	3 (5,7%)	1 (33,4%)	0
N3	1 (2%)	2 (3,8%)	0	0
Віддалені метастази (M)				

MEDICINE AND PHARMACY

Продовження табл. 5

M0	47 (98%)	52 (98%)	3 (100%)	2 (100%)
M1	1 (2%)	1 (2%)	0	0
Патологічне диференціювання (G)				
G1	3 (6,25%)	2 (3,8%)	0	0
G2	17 (16%)	26 (49%)	1 (33,4%)	0
G3	29 (27,3%)	24 (46,2%)	2 (66,7%)	2 (100%)
Плоскоклітинне диференціювання	2 (4,1%)	4 (7,6%)	0	0
Інцидентальний рак простати	2 (4,1%)	4 (7,6%)	0	0
Інфільтрація простати	4 (8,2%)	4 (7,6%)	0	1 (50%)
Діабет	3 (6,25%)	2 (3,8%)	0	0
Попередні оперативні втручання				
відкрита резекція сечового міхура ТУР	3 (6,25%) 24 (50%)	2 (3,8%) 23 (43,4%)	2 (66,7%) 2 (66,7%)	1 (50%)
Ад'ювантна хіміотерапія	23 (48%)	19 (35,8%)	0	0
Супутні захворювання	37 (77%)	42 (79,2%)	3 (100%)	2 (100%)

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Прооперовано було 100 чоловіків (94,4%) та 6 жінок (5,6%) [16]. Більшість складала пацієнти з м'язово-інвазивним раком сечового міхура (pT2-T4)–97% з мультифокальним ураженням сечового міхура (53%) (табл. 5). Метастази в регіонарні лімфовузли було встановлено у 18%, а віддалені метастази у 2% випадків.

Інцидентальний рак передміхурової залози виявлено в 5,6% спостережень.

Наявність супутніх захворювань відмічено в усіх групах. В структурі супутніх захворювань переважали захворювання серцево-судинної системи, діабет. Деякі із досліджуваних пацієнтів мали одразу декілька супутніх захворювань.

Десятеро пацієнтів (9,4%) із 17, що мали індекс маси тіла > 30 кг/м², дотрималися рекомендацій щодо зниження ваги, і в них післяопераційний період був в середньому на 5±2 дні коротший, ніж у пацієнтів, які не дотримувалися рекомендацій. Частота ускладнень в групі без модифікації способу життя виявилася вищою на 25%.

MEDICINE AND PHARMACY

Середня тривалість операції при формуванні резервуару за Studer складала 260 хв., Hautmann – 400 хв., Abol-Enein Ghoneim – 550 хв., Padova – 242 хв., (табл. 4). Об'єм крововтрати становив 700 ± 150 мл для Hautman, 600 ± 300 мл для Studer, 550 ± 200 мл для Abol-Enein Ghoneim та 550 ± 100 мл для Padova. У 26% операцій було накладено ручний міжкишковий анастомоз, у 74% випадків – механічний по типу «бік-у-бік».

Уретрорезервуароанастомоз формували окремими вікриловими швами у 54%, безпервним вікриловим швом у 46% випадків відповідно.

В результаті нашого дослідження було встановлено, що в ранньому післяопераційному періоді у 24 пацієнтів розвинулося 30 ускладнень (23%), серед них з методом деривації сечі було пов'язано 17, а 13 обумовлені іншими причинами (табл. 6).

За класифікацією Clavien-Dindo 16 (31%) належали до I–II ступеню та 14 (28%) до III–IV ступеню.

Таблиця 6

Ранні ускладнення (30-денний термін)

Ускладнення	Кількість ускладнень	Ступінь важкості за Clavien-Dindo	Лікування
Пов'язані з методом деривації сечі			
Пієлонефрит	7 (6,6%)	II	Консервативне
Уретерогідронероз	3 (2,8%)	II	Консервативне
Стриктура уретрорезервуароанастомозу	2 (1,8%)	IIIв	Відкрита операція
Нетримання сечі	2 (1,8%)	II	Консервативне
Затримка сечі слизом	2 (1,8%)	I	Консервативне
Резервуаро-піхвова норія	1 (0,9%)	IIIв	Малоінвазивне втручання.
Стриктура уретрорезервуароанастомозу	1 (0,9%)	IIIа	Ендоскопічне втручання
Не пов'язані з методом деривації сечі:			
Неспроможність ентероентероанастомозу	6 (5,6%)	IIIв	Відкрита операція
Тонкокишкова норія	1 (0,9%)	IIIв	Відкрита операція
Тромбоз мезентеріальних судин	2 (1,8%)	IV	Відкрита операція
Гостра тонкокишкова непрохідність	1 (0,9%)	IIIв	Відкрита операція
ТЕЛА	1 (0,9%)	IV	Консервативне
Гостра пневмонія	2 (1,8%)	II	Консервативне

MEDICINE AND PHARMACY

Серед ускладнень, пов'язаних з ортотопічним резервуаром були пієлонефрит (7/6,6%), уретерогідронефроз (3/2,8%), нетримання сечі (2/1,8%), затримка сечі слизом (2/1,8%), резервуаро-піхвова нориця (1/0,9%), стриктура уретерорезервуароанастомозу (1/0,9%).

Не пов'язані з резервуаром були такі ускладнення, як неспроможність міжкишкового анастомозу (6/5,6%), тонкокишкова нориця (1/0,9%), тромбоз мезентеріальних судин 2 (1/1,8%), гостра тонкокишкова непрохідність (1/0,9%), які потребували релапаротомії; ТЕЛА (1/0,9%) та гостра пневмонія в (2/1,8%) випадків проліковані консервативно. Повторні оперативні втручання проводили в 4 випадках. При неспроможності міжкишкового анастомозу ушивали дефект анастомозу, або проводили дезанастомозування з формуванням колостоми. До пізніх ускладнень належали: стриктура уретерорезервуароанастомозу після операцій за методикою Studer (8/7,5%), нетримання сечі (4/3,8%), лігатурні конкременти (3/2,8%), резервуаро-промежинна нориця (1/0,9%), рецидивуючий пієлонефрит (2/1,9%), вентральна кила (3/2,8%).

Таблиця 7

Пізні ускладнення (12 місяців)

Ускладнення	Кількість ускладнень	Ступінь важкості за Clavien-Dindo	Лікування
Стриктура уретерорезервуароанастомозу	8 (7,5%)	IIIa	Ендоскопічне втручання
Нетримання сечі	4 (3,8%)	II	Консервативне
Лігатурні конкременти	3 (2,8%)	IIIa	Ендоскопічне втручання
Резервуаро-промежинна нориця	1 (0,9%)	IIIb	Малоінвазивне втручання.
Рецидивуючий пієлонефрит	2 (1,9)	II	Консервативне
Вентральна кила	3 (2,8%)	IIIb	Відкрита операція

При стриктурах уретерорезервуароанастомозів проводили трансуретеральну резекцію області анастомозу та стентування ниркових балій для відновлення адекватного пасажу сечі. Лігатурні конкременти видаляли за допомогою ендоскопічної резервуаролітотрипсії.

Впродовж перших двох років після РЦЕ померли 13 (12,3%)

MEDICINE AND PHARMACY

пацієнтів. За час дослідження з-під спостереження вийшли 11 (10,4%) пацієнтів.

Віддалене метастазування встановлене у 14 (13,2%) випадків із середнім терміном виникнення 11,5±1,2 місяці, причому на стадії T1-0,9% випадків, T2-6%; T3-4,6%; T4-1,1%.

Статистично достовірної залежності виникнення рецидиву від патогістологічної стадії виявлено не було ($p < 0,05$). Загальна та канцерспецифічна п'ятирічна виживаність у пацієнтів після РЦЕ з формуванням ортотопічного сечового міхура складала 69% та 86% відповідно (Рис. 3, 4). За даними опитування пацієнтів, через 6 місяців після операції денна континенція сечі збережена у 61,3%, через рік у 82,6% та через 5 років у 93% пацієнтів [17, 18, 19, 20]. Повна нічна континенція покращилася з 28,6% у 6 місяців до 43,2% протягом 3-х років спостереження. Жоден із методів не продемонстрував переваг над іншим в оцінці якості життя пацієнтів [21, 22].

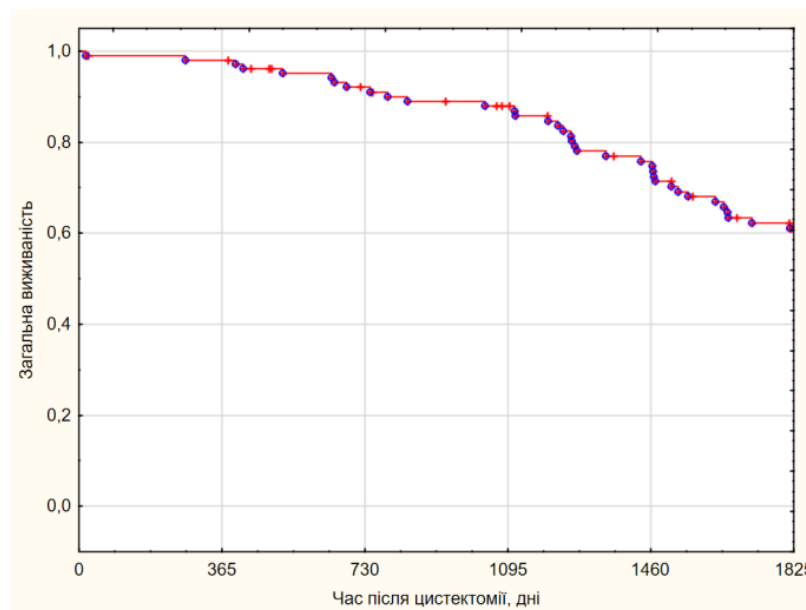


Рисунок 3

Загальна виживаність після радикальної цистектомії

Радикальна цистектомія з формуванням ортотопічного сечового резервуару – масштабне і складне хірургічне втручання в урології, яке пов'язане з виникненням хірургічних та функціональних ускладнень.

MEDICINE AND PHARMACY

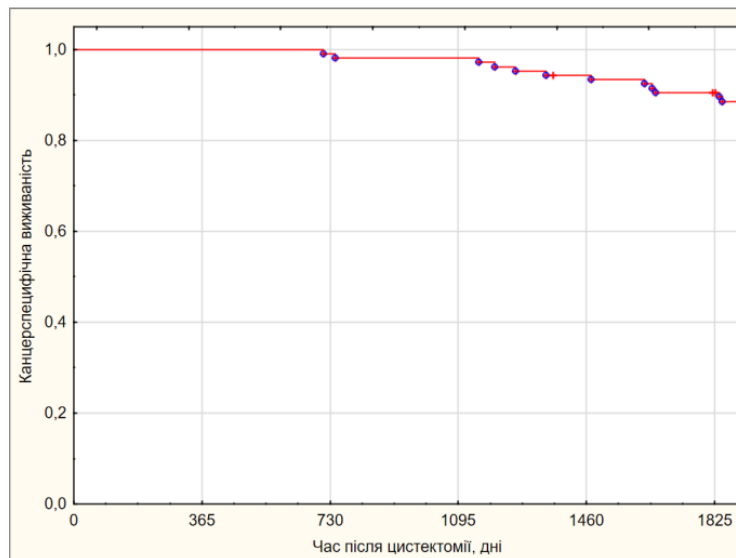


Рисунок 4

Канцерспецифічна виживаність після радикальної цистектомії

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Всі досліджені методики можна успішно застосовувати у пацієнтів з локальзованим та метастатичним раком сечового міхура. Наразі ми віддаємо перевагу методиці Padova, яка має найнижчі показники післяопераційних ускладнень, найкоротший термін реабілітації і є найбільш фізіологічною. Накопичення досвіду, вдосконалення хірургічної техніки, ретельний відбір пацієнтів дозволяють знизити ризик виникнення післяопераційних ускладнень, летальності, демонструють відмінні онкологічні результати та призводять до значного покращення якості життя пацієнтів.

References:

- [1] Ferlay, J., et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*, 2013. 49: 1373-1374.
- [2] Willis, D.L., et al. Clinical outcomes of cT1 micropapillary bladder cancer. *J Urol*, 2015. 193: 1128-1129.
- [3] Palou, J., et al. Female gender and carcinoma in situ in the prostatic urethra are prognostic factors for recurrence, progression, and disease-specific mortality in T1G3 bladder cancer patients treated with bacillus Calmette-Guerin. *Eur Urol*, 2012. 62: 117-119.
- [4] Kamat, A.M., et al. The case for early cystectomy in the treatment of nonmuscle invasive micropapillary bladder carcinoma. *J Urol*, 2006.

MEDICINE AND PHARMACY

- 175: 880–882.
- [5] Mattei A., Birkhaeuser F.D., Baermann C., Warncke S.H., Studer U.E. To stent or not to stent perioperatively the ureteroileal anastomosis of ileal orthotopic bladder substitutes and ileal conduits? Results of a prospective randomized trial. *J. Urol.* 2008; 179 (2): 582–585.
- [6] Hautmann, R.E., et al. Urinary diversion. *Urology*, 2007. 69: 16–18.
- [7] Elmajian DA, Stein JP, Esrig D, et al. The Kock ileal neobladder: updated experience in 295 male patients. *J Urol* 1996; 156: 920–926.
- [8] Steven K, Poulsen AL. The orthotopic Kock ileal neobladder: functional results, urodynamic features, complications and survival in 166 men. *J Urol* 2000; 164: 288–294.
- [9] Iyer S., Saunders W. Impact of post-operative ileus (POI) on hospital length of stay in colectomy surgery patients [abstract]: American College of Gastroenterology Annual Scientific Meeting. 2007 Oct 12–17. Philadelphia, PA; 2007.
- [10] Kim MJ, Min GE, Yoo KH, Chang SG, Jeon SH. Risk factors for postoperative ileus after urologic laparoscopic surgery. *J Korean Surg Soc* 2011; 80 (6): 384–386
- [11] Vandlac A.A., Cowan N.G., Chen Y., Anderson R.E., Conlin M.J., La Rochelle J.C. et al. Timing, incidence and risk factors for venous thromboembolism in patients undergoing radical cystectomy for malignancy: a case for extended duration pharmacological prophylaxis. *J. Urol.* 2014; 191 (4): 943–946.
- [12] Sun A.J., Djaladat H., Schuckman A., Miranda G., Cai J., Daneshmand S. Venous thromboembolism following radical cystectomy: significant predictors, comparison of different anticoagulants and timing of events. *J. Urol.* 2015; 193 (2): 565–568.
- [13] 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; 240 (2): 205–212.
- [14] Brierley J.D., et al. TNM classification of malignant tumors. UICC International Union Against Cancer. 8th edn. 2017, Oxford.
- [15] Basford JR. The law of Laplace and its relevance to contemporary medicine and rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 1165–1169.
- [16] Ferlay J, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012, 2013, 2015.
- [17] Yuh B, Wilson T, Bochner B, Chan K, Palou J, Stenzl A et al. Systematic review and cumulative analysis of oncologic and functional outcomes after robot-assisted radical cystectomy. *Eur Urol.* 2015; 67: 402–422.
- [18] Steers WD. Voiding dysfunction in the orthotopic neobladder. *World J Urol.* 2000; 18: 330–337.
- [19] Tyrirtzis SI, Hosseini A, Collins J, Nyberg T, Jonsson MN, Laurin O et al. Oncologic, functional, and complications outcomes of robot-assisted radical cystectomy with totally intracorporeal neobladder diversion. *Eur urol.* 2013; 64: 735–741.
- [20] Canda AE, Atmaca AF, Altinova S, Akbulut Z, Balbay MD. Robot-assisted

MEDICINE AND PHARMACY

nerve-sparing radical cystectomy with bilateral extended pelvic lymph node dissection (PLND) and intracorporeal urinary diversion for bladder cancer: initial experience in 27 cases. *BJU Int.* 2012; 110: 434-440.

- [21] Porter MP, Wei JT, Penson DF. Quality of life issues in bladder cancer patients following cystectomy and urinary diversion. *The Urologic Clinics of North America* 2005; 32(2): 207-212.
- [22] Hautmann RE, Abol-Enein H, Hafez K, et al. Urinary Diversion. *Urol* 2007; 69 (1): 17-49.

SCIENTIFIC EDITION

SCIENTIFIC COLLECTION «INTERCONF»

№ 29(139) | January, 2023

The issue contains:

Proceedings of the 4th International
Scientific and Practical Conference

SCIENTIFIC GOALS AND
PURPOSES IN XXI CENTURY

Seattle, USA
19-20.01.2023

All materials are reviewed.

The editorial office did not always agree with the position of authors.

Journal's frequency: monthly

Signed for online publication: January 20, 2023.

Printed: February 19, 2023. Circulation: 200 copies.
Format 60×84/16. Batang & Courier New typefaces.
Offset paper. Digital printing.

Contacts of the editorial office:

Scientific Publishing Center «InterConf»

E-mail: info@interconf.center

URL: <https://www.interconf.center>