

ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

Արման Աշոտի Ծառուրյան

ՄԻԶԱՊԱՐԿԻ ԱՐՄԱՏԱԿԱՆ ՀԵՌԱՑՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ  
ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՂ ՄԵԶԻ ԴԵՐԻՎԱՑԻԱՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ  
ԵԼՔԵՐԻ ԵՎ ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ  
ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅՈՒՆ

ԺԴ.00.21 - «Ուրուլոգիա» մասնագիտությամբ  
բժշկական գիտությունների թեկնածուի  
գիտական աստիճանի հայցման

Գիտական ղեկավար՝  
բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր  
Արմեն Աբգարի Մուրադյան

Երևան – 2019

## ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ.....	3
ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ.....	4
ԳԼՈՒԽ 1. ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ.....	10
1.1 Միգապարկի քաղցկեղի բուժում.....	10
1.2 Արմատական ցիստեկտոմիա և մեզի դերիվացիա.....	10
1.3 Ռեզերվուարների ձևավորումից հետո սննդային և մետաբոլիկ խանգարումներ.....	24
1.4 Մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներից հետո ֆունկցիոնալ արդյունքներ.....	25
1.5 Մեզի դերիվացիայի ընտության վիրաբուժական և օնկոլոգիական նկատառումներ.....	26
1.5 ԱՑ-ից հետո առաջացող բարդություններ.....	27
1.6 Հետվիրահատական ապրելիություն.....	29
1.7 Կյանքի որակ.....	30
ԳԼՈՒԽ 2. ՆՅՈՒԹԵՐ և ՄԵԹՈԴՆԵՐ.....	36
2.1 Հիվանդների ընդհանուր կլինիկական բնութագիր.....	36
2.2 Մեթոդներ.....	43
ԳԼՈՒԽ 3. ԱՐՄԱՏԱԿԱՆ ՑԻՍՏԷԿՏՈՄԻԱՅԻ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ.....	57
3.1 Հետվիրահատական վաղ մահացություն և բարդություններ.....	57
ԳԼՈՒԽ 4. ԱՊՐԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿ.....	80
4.1 Ապրելիություն.....	80
4.2 Կյանքի որակ.....	88
ԱՄՓՈՓՈՒՄ.....	102
ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ.....	112
ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.....	114
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ.....	115

## ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

ԱՑ-Արմատական ցիստէկտոմիա

ԼԱԷ-Լիմֆադենէկտոմիա

ՆՄՄ- Ներմիզուկային մասնահատում

ԿՈ- Կյանքի որակ

ՕՄՆ-Օրթոտոպիկ նոր միզապարկ

ԱԿ-Աղիքային կոնդուիտ

ՈԻԿ-Ուրեթերոկուտանեոստոմիա

ՄՔ-Միզապարկի քաղցկեղ

ԿԱԱ-Կպումային աղիքային անանցանելիություն

ՄԻ-Միզուղիների ինֆեկցիա

ՄԻ-Սրտամկանի ինֆարկտ

ԲՕԱ-Բազմաօրգանային անբավարարություն

ԻԻԲԱ-Իլեո-իլեալ բերանակցման անբավարարություն

ՈԻԱՊ-Ուղիղ աղու պերֆորացիա

ՀՇ-Համակարգչային շերտագրություն

ASA- American Society for Anesthesiologists

FACT- Functional Assessment of Cancer Therapy

EORTC- European Organization for Research and Treatment of Cancer

TNM-Tumor, Node, Metastasis

WHO- World Health Organization

ERAS-Enhanced Recovery after Surgery

## ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

### *Խնդրի կարևորությունը*

Միզապարկի քաղցկեղը 7-րդ ամենահաճախ հանդիպող քաղցկեղն է տղամարդկանց շրջանում և 9-րդը՝ երկու սեռերի դեպքում (1): Վերջին տվյալներով ամբողջ աշխարհում նկարագրվել են միզապարկի քաղցկեղով (ՄՔ) հիվանդների 430,000 նոր դեպքեր: ՄՔ-ի հիվանդացության դեպքերի 60%-ից ավելին և ամբողջ մահացության դեպքերի (165,000) կեսից ավելին հանդիպում են աշխարհի ավելի քիչ զարգացած տարածաշրջաններում (2): ՄՔ-ով նոր դեպքերի հանդիպման համաշխարհային հաճախականությունը (100,000 մարդու հաշվարկով) 9.0 է տղամարդկանց շրջանում և 2.2՝ կանանց շրջանում: 2012թ-ին աշխարհում միզապարկի քաղցկեղից մահացությունը (100,000 մարդ/տարում) կազմել է 3.2 տղամարդկանց և 0.9՝ կանանց շրջանում (1,3):

Համաճարակաբանական տվյալները հստակ փաստում են, որ ՄՔ-ը առավել տարածված է տղամարդկանց, սպիտակամորթ և տարեց անձանց շրջանում (4): Կան համոզիչ փաստարկներ, որ ՄՔ-ի նոր հայտնաբերված դեպքերի թիվը և հիվանդությամբ պայմանավորված մահացությունը կտրուկ աճում են 25 տարեկանից սկսած՝ անկախ սեռից: Ավելին՝ դեպքերի երկու երրորդը հանդիպում են 65-ից բարձր տարիքային խմբում (3): Հանդիպման հաճախականությունը զարգացած երկրներում աճել է և մնացել բարձր վերջին տասնամյակների ընթացքում, թեև առձանագրվում է դրական դինամիկա մահացության շրջանում (4):

Միզապարկի քաղցկեղով նոր դեպքերի հանդիպման հաճախականությունը և դրանով պայմանավորված մահացությունը տարբեր են երկրների միջև՝ ռիսկային գործոնների, հայտնաբերման, ախտորոշման և բուժման հնարավորությունների տարբերությունների պատճառով: Տարբերությունները, այնուամենայնիվ, մասամբ պայմանավորված են հետազոտությունների օգտագործած մեթոդոլոգիայով և տվյալների հավաքագրման որակով (2):

Համաձայն վերջին տվյալների ՀՀ-ում միզապարկի քաղցկեղի նոր դեպքերի հանդիպման հաճախությունը կազմել է 23.9/100.000 բնակչի հաշվարկով տղամարդկանց և 1.8/100.000 կանանց մոտ: Ըստ 2012 թ-ի միջազգային վիճակագրության, տվյալներով ՀՀ-ը գրավում է 12-րդ տեղը երկու սեռերի խմբում նոր հանդիպման դեպքերի քանակով

(12,3/100,000) և 4-րդը՝ միայն տղամարդկանց խմբում (3): Նմանապես, ՀՀ-ում առձանագրվել են ՄՔ-ով պայմանավորված մահացության բարձր ցուցանիշներ, գերազանցելով 5.3/100.000 (առավելագույն ցուցանիշը) տղամարդկանց շրջանում և 0.9/100.000 կանանց շրջանում (2):

Միզապարկի քաղցկեղի կարևորագույն ռիսկի գործոն է հանդիսանում ծխախոտի օգտագործումը: Դրանով է պայմանավորված միզապարկի քաղցկեղի դեպքերի 50-65%-ը և 20-30%-ը, համապատասխանաբար տղամարդկանց և կանանց շրջանում (5): ՄՔ-ի նոր հանդիպող դեպքերի հաճախականությունը ուղղակի կապված է ծխախոտ օգտագործելու երկարատևության և գլանակների քանակի հետ (6): 1961-2003թթ-ների ընթացքում կատարված 216 հետազոտությունների վրա հիմնված մետասանալիզը հետազոտել է ՄՔ-ի առաջացման ռիսկը՝ ներկայում և նախկինում ծխող մարդկանց շրջանում (7): Ռիսկի ուղղակի նվազում դիտվում է այն մարդկանց մոտ, ովքեր դադարել են ծխել: Նվազումը կազմում է մոտավորապես 40% ծխելը դադարացնելուց 1-4 տարի անց և 60% դադարեցնելուց 25 տարի անց (5, 7):

ՀՀ-ն ունի 3-րդ ամենաբարձր ծխախոտամոլություն հաճախականությունը աշխարհում (8): Ըստ 2016թ-ի ՀՀ առողջապահական համակարգի կատարողականի գնահատականի, ծխախոտի օգտագործման տարածվածությունը հայ ազգաբնակչության 15-ից բարձր տարիքային խմբում կազմել է 26.2%, և 53.4%՝ նույն տարիքային խմբի տղամարդկանց շրջանում: Ծխախոտի օգտագործման ամենաբարձր ցուցանիշները նկարագրվել են 20-34 և 35-49 տարիքային խմբերում, համապատասխանաբար՝ 64.4% և 62.1%: Դրան հակառակ, ծխախոտի օգտագործման տարածվածությունը կանանց շրջանում էականոր ցածր է: Ընդհանուր առմամբ հարցվածների միայն 2.3%-ն է նշել ծխախոտի օգտագործում, ամենաբարձր տարածվածությունը լինելով 50-64 տարիքային խմբում (3.8%): Հեղինակների կարծիքով վերջին ցուցանիշի ցածր լինելու հավանական պատճառը կանանց կողմից ծխախոտի օգտագործման փաստի թաքցնելն է (9):

Միզապարկի քաղցկեղից մահացությունը կախված է ախտորոշման ժամանակ քաղցկեղի տարածվածությունից (տեղային, ռեզիդուալ կամ հեռակա) մինչև 81%՝ 5-տարվա հիվանդություն – յուրահատուկ ապրելիությամբ (10): Ախտորոշման պահին միզապարկի քաղցկեղի 25% դեպքերը մկանի մեջ ներթափանցող են և պահանջում են վիրահատություն, որպես առանձին բուժում կամ քիմիոթերապիայի և/կամ

ճառագայթային թերապիայի հետ զուգակցված (11): Վիրահատությունը ներառում է արմատական ցիստեկտոմիա (ՄՑ) ռեզիզնալ լիմֆատիկ հանգույցների դիսեկցիայով և մեզի դերիվացիայի ստեղծմամբ, և պարունակում է վաղ և ուշ հետվիրահատական բարդությունների առաջացման բարձր ռիսկ պայմանավորված վիրահատության մեջ միզուղիների, աղիքների և լիմֆատիկ հանգույցների միաժամանակյա ընդգրկմամբ (11): Առկա գրականության մեջ, ներհիվանդանոցային բարդություններ դիտվում են 26% - 67% հիվանդների մոտ, 0.6%-2.6% ներհիվանդանոցային մահացությամբ (12,13): ՀՀ-ում մեզի դերիվացիայի օրթոտոպիկ և աղիքային կոնդուիտի եղանակներով արմատական ցիստեկտոմիայի ենթարկված հիվանդների հետվիրահատական մահացության և բարդությունների հաճախությունը համապատասխանում է միջազգային ցուցանիշներին կազմելով 4.8% և 28.9%, համապատասխանաբար (14): Այս հետվիրահատական բարդությունները ավելացնում են հիվանդանոցային օրերի քանակը, բուժման ծախսերը և մահացության հավանականությունը (12,15): Վաղ հետվիրահատական ելքերը տարբեր են մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակների դեպքում: Ընդ որում, կոնտինենտ և կոնդուիտ եղանակները կապված են դերիվացիայով պայմանավորված բարդությունների բարձր ռիսկի հետ (16): Մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակների ընտրության համար անհրաժեշտ է հաշվի առնել նաև հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշները: Թեպետ մինչ օրս կատարվել են բազմաթիվ հետազոտություններ ուսումնասիրելով մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներից հետո կյանքի որակը, այնուամենայնիվ, կատարված հետազոտությունների մեծ մասը ռետրոսպեկտիվ են և չեն համեմատում մեզի դերիվացիայի բոլոր եղանակները, հիմնական ուշադրությունը դարձնելով իլեալ կոնդուիտի և կոնտինենտ դերիվացիայի վրա: Նշված պարագայում անհրաժեշտ են նոր հետազոտություններ հիվանդների ավելի մեծ քանակի ընդգրկումով, որոնք հնարավորություն կտան ոչ միայն գնահատել առանձին եղանակների արդյունքները, այլ նաև կատարել այդ արդյունքների համեմատական վերլուծություն:

Մեր տեղեկությունների համաձայն, ոչ մի հետազոտություն չի կատարվել համեմատելով մեզի դերիվացիայի բոլոր եղանակներով պայմանավորված կլինիկական ելքերը և դրանցով պայմանավորված կյանքի որակը: Հաշվի առնելով վերոհիշյալը՝

հասկանալի է դառնում նշված խնդիրների շուրջ աշխատանք ծավալելու անհրաժեշտությունը:

### ***Հետազոտության նպատակն ու խնդիրները***

Հետազոտության նպատակն է գնահատել արմատական ցիստեկտոմիայից հետո մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակների կլինիկական ելքերը և վիրահատված հիվանդների կյանքի որակը:

Խնդիրները՝

1. Հետազոտել մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակների տարածվածությունը հետազոտության խմբում:
2. Հստակեցնել յուրաքանչյուր դերիվացիայի եղանակից հետո առաջացող բարդությունները:
3. Համեմատել մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներով վիրահատված հիվանդների ընդհանուր ապրելիությունը:
4. Գնահատել և համեմատել մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներով վիրահատված հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշները:

### ***Գիտական նորությունը***

Առաջին անգամ ապացուցողական բժշկության մեթոդալագիական հիմունքներով ուսումնասիրվել է մեզի դերիվացիայի բոլոր տեսակների (կոնտինենտ, կոնդուիտ և ուրեթերոստոմա) կլինիկական ելքերը և համեմատվել այդ եղանակներով վիրահատված հիվանդների կյանքի որակը:

### ***Գործնական նշանակությունը***

Ստացված տվյալները հիմք են հանդիսանում, յուրաքանչյուր հիվանդի դեպքում ընտրել մեզի դերիվացիայի լավագույն տարբերակը, որը կարող է նվազեցնել հետվիրահատական բարդությունների հանդիպման հաճախականությունը և ապահովել կյանքի բարձր որակ:

### ***Աշխատանքի արդյունքների կիրառումը պրակտիկայում***

Այս աշխատանքի արդյունքների վրա հիմնված պրակտիկ խորհուրդները փորձարկվել և ներդրվել են Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի օնկոուրոլոգիայի, «Արթմեդ» ԲԿ-ի ուրոլոգիայի բաժանմունքի կլինիկական աշխատանքների մեջ:

### ***Աշխատանքի ապրոքացիա***

Դիսերտացիոն աշխատանքի տվյալները ներկայացվել և քննարկվել են ուրոլոգիայի ամբիոնի գիտական հավաքանքների ժամանակ, ինչպես նաև 2019թ-ի փետրվարին՝ Հայկական Ուրոլոգիական Ասոցիացիայի նիստի ժամանակ: Հետազոտության արդյունքները ներկայացվել են Եվրոպական Ուրոլոգիական Ասոցիացիայի 33-րդ (Կոպենհագեն, 2018) և 34-րդ (Բարսելոնա, 2019) տարեկան ժողովների ընթացքում որպես պոստեր և բանավոր զեկույցներ:

### ***Հրատարակումները***

Աշխատանքի տվյալներով հրատարակվել է 4 հոդված տեղական և միջազգային ամսագրերում: Կատարվել է արդյունքների պոստեր և բանավոր զեկույցումներ 2018-2019թթ-ների Եվրոպական ուրոլոգիական ասոցիացիայի տարեկան ժողովների ընթացքում:

### ***Աշխատանքի ծավալը և կառուցվածքը***

Դիսերտացիոն աշխատանքը ներկայացված է 128 էջերի վրա: Կազմված է ներածությունից, գրականության ամփոփումից, հիվանդների կլինիկական բնութագրից և մեթոդաբանությունից, սեփական հետազոտության արդյունքների գլուխներից, ամփոփումից, եզրահանգումներից, գործնական առաջարկներից, գրականության ցանկից, որը ներառում է 136 անգլալեզու աղբյուրներ: Աշխատանքը պատկերված է 23 աղյուսկաներով և 28 նկարներով:



***Գիտական հետազոտության իրականացման բազաները***

Մեր աշխատանքը կատարվել է ԵՊԲՀ “Ուրուլոգիա և անդրուլոգիա” ամբիոնում (ամբիոնի վարիչ՝ բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր Ա.Ա. Մուրադյան), Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի օնկոուրոլոգիայի (բաժնի վարիչ՝ բժշկական գիտությունների թեկնածու, “ուրուլոգիայի և անդրուլոգիա” ամբիոնի դոցենտ Վ.Հ. Շահսուվարյան), “Արթմեդ” և “Քանաքեռ-Զեյթուն” բժշկական կենտրոնների ուրոլոգիայի բաժանմունքների (բաժնի վարիչ՝ բժշկական գիտությունների դոկտոր Ա.Ա. Ծատուրյան) տվյալների բազաների հիման վրա:

## ԳԼՈՒԽ 1.

### ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ

#### 1.1 Միզապարկի քաղցկեղի բուժում

Հիվանդության հայտնաբերման պահին միզապարկի քաղցկեղով հիվանդների մոտավորապես 25%-ի մոտ հիվանդությունն արդեն ներթափանցած է լինում միզապարկի պատի մկանային շերտ: Մնացած՝ լորձաթաղանթով կամ ենթալորձային շերտով (Ta, T1, carcinoma in situ) սահմանափակված քաղցկեղների 10-30%-ի մոտ, դիտվում է հիվանդության պրոգրեսիա հիվանդության հայտնաբերումից 5-տարվա ընթացքում (17): Ըստ առկա ուղեցույցերի, արմատական ցիստեկտոմիան (ԱՅ) խորհուրդ է տրվում մկանի մեջ ներթափանցող միզապարկի քաղցկեղով (T2-T4a, N0-Nx, M0) հիվանդներին: Այլ ցուցուները ներառում են՝ բարձր ռիսկային և կրկնվող մակերեսային ուռուցքները, ԲՅԺ-կայուն Tis, T1G3, ինչպես նաև տարածուն պապիլյար հիվանդությունը, որը չի կարող հսկվել միզապարկի ներմիզաուկային մասնահատման և ինտրավեզիկալ թերապիայի միջոցով (11): Վերջին տարիներին լայն տարածում է գտել ԱՅ-ի լապարոսկոպիկ և ռոբոտիկ եղանակների կիրառումը: Չնայած խոստումնալից տվյալների բաց ԱՅ-ն մնում է ոսկե ստանդարտ բուժման կազմակերպման մեջ (11):

#### 1.2 Արմատական ցիստեկտոմիա և մեզի դերիվացիա

##### *Արմատական ցիստեկտոմիա և լիմֆադենեկտոմիա*

Տղամարդկանց մոտ ստանդարտ ԱՅ-ն ներառում է միզապարկի, շագանակագեղձի, սերմնաբշտերի, միզածորանների դիստալ ծայրերի, հարմիզապարկային ճարպաբջջանքի հեռացում՝ կոնքային երկկողմանի լիմֆադենեկտոմիայի հետ միասին: Կանանց մոտ ստանդարտ ԱՅ-ն ներառում է միզապարկի, ամբողջ միզուկի և հարակից հեշտոցի, արգանդի, միզածորանների դիստալ ծայրերի և ռեզիդուալ լիմֆատիկ հանգույցների հեռացում (18,19): Ռեզիդուալ լիմֆատիկ հանգույցներն են համարվում աորտայի բիֆուրկացիայից ցած գտնվող կոնքի բոլոր լիմֆատիկ հանգույցները (20): Լիմֆադենեկտոմիայի (ԼԱԷ) ծավալը և անհրաժեշտությունը դեռ վերջնականորեն պարզաբանված չէ: Այն կարող է լինել ինչպես կանխորոշիչ, այնպես էլ բուժիչ:

Սահմանափակ ԼԱԷ-ն ներառում է փականցքային փոսի ավշային հանգույցների հեռացում: Ստանդարտ ԼԱԷ-ն տարածվում է մինչև ընդհանուր գտային բիֆուրկացիա և ընդգրկում է ներքին գտային, պրեսակրալ, օբտուրատոր, և արտաքին գտային հանգույցները (21,22): Տարածուն ԼԱԷ-ն ընդլայնվում է մինչև աորտայի բիֆուրկացիա: Այս դեպքում կողմնային պատերը կազմում են գենիտոֆեմորալ նյարդը, ստորին եզրը՝ շրջադարձ գտային երակը, լակունար կապանը, և Կլոկեի լիմֆատիկ հանգույցը, ինչպես նաև ստանտարտ ԼԱԷ-ի ժամանակ օգտագործվող տարածքը (21): Գերտարածված ԼԱԷ-ն ձգվում է մինչև ստորին միջընդերային զարկերակ (22):

Բազմաթիվ հեղինակների կարծիքով, ինչպես ընդհանուր, այնպես էլ հիվանդության պրոգրեսիայից ազատ ապրելիությունը կարող է կապված լինել վիրահատության ընթացքում հեռացված լիմֆատիկ հանգույցների քանակի հետ՝ չնայած ռանդոմիզացված տվյալների բացակայությանը (23): Ապրելիությունը բարելավվում է հեռացված լիմֆատիկ հանգույցների թվի աճի հետ (23): Ռետրոսպեկտիվ հետազոտությունների արդյունքներով ամենաքիչը 10 հանգույցների հեռացումը համարվում է բավարար թիվ լիմֆատիկ վիճակը գնահատելու, ինչպես նաև ընդհանուր ապրելիության վրա դրական ազդեցություն ունենալու համար (24,25): Այսպիսով՝ հեղինակները եզրակացնում են, որ ԼԱԷ կատարելու դեպքում անհրաժեշտ է կատարել տարածուն ԼԱԷ հեռացնելով նվազագույնը 10 ավշային հանգույց:

### ***Մեզի դերիվացիա***

Միզապարկի հեռացումը անկախ պատճառներից առաջացնում է մեզի դերիվացիայի անհրաժեշտություն: Անատոմիական նկատառումներից ելնելով ցիստեկտոմիայից հետո հնարավոր են մեզի դերիվացիայի 3 տարբերակների կիրառում. 1. Արտաքին դերիվացիա, ինչպիսիք են ուրեթերոկուտանեոստոման, իլեալ կամ հաստ աղիքային կոնդուիտները, և պարկերի տարբեր տեսակները, 2. Միզուկային դերիվացիա, որը ներառում է գաստրոինտեստինալ պարկերի տարբեր տարատեսակների միացում միզուկի հետ (կոնստինենտ, օրթոտոպիկ դերիվացիայի եղանկաներ), 3. Ռեկտոսիզմոիդ դերիվացիա, օրինակ ուրեթերոռեկտոստոմիա (26):

Ցիստեկտոմիայի, ինչպես որովայնի և կոնքի այլ մեծ վիրահատությունների ժամանակ, անհրաժեշտ են ընդհանուր նախապատրաստման միջոցներ (26): Մեզի դերիվացիայի համար աղիքային հատվածի օգտագործման դեպքում հաշվի է առնվում

աղիքային հատվածի երկարությունը և պաթոֆիզիոլոգիան: Չնայած աղիքի հնարավոր հատման և ռեանաստոմոզի, աղիքների նախնական պատրաստությունը պարտադիր չէ (27): Ավելին, աղիքների վերականգնման ժամկետը կարճանում է շուտ մոբիլիզացիայի, մետոկլոպրամիդով աղիքային ստիմուլիացիայի և մաստակի օգտագործման դեպքում: “Fast track”-ի եղանակով բուժված հիվանդների հոգեբանական և ֆիզիկական ֆունկցիոնալ ցուցանիշները ավելի գոհացուցիչ են: Նրանց մոտ հանդիպում է վերքերի լավացման ավելի քիչ խանգարումներ, տենդ, թրոմբոզ և ցավ (28):

### ***Ուրեթերոկոլոնիկ մեզի դերիվացիա***

Ուրեթերոկոլոնիկ մեզի դերիվացիայի եղանակը հանդիսանում է ամենահին եղանակներից մեկը: Այն իրենից ներկայացնում է միզածորանների ուղղակի միացում աղիքի ռեկտոսիզմոիդ հատվածին (29): Առաջին ուրեթերոսիզմոստոման կատարվել է J. Simon-ի կողմից 1852թ-ին միզապարկի էքստրոֆիայի կապակցությամբ (29): Հիվանդը վախճանվել է վիրահատությունից 12 ամիս անց սեպսիսից: Վիրահատությունը լայն տարածում ստացավ, սակայն միայն տասնամյակներ անց սկսեցին գնահատել այս վիրահատության լուրջ բարդությունները, որոնք պայմանավորված են մեզի դերիվացիայի այս եղանակով: Առաջացող հիպոքլորեմիկ և հիպոկալիեմիկ ացիդոզը (33-50%), վերել միզային ինֆեկցիան (26-50%), միզածորանների ստրիկտուրան (33-50%) բերում են երիկամային անբավարարության և վաղաժամ մահվան (29,30): Հաճախակի կղազատումը և անմիզապահությունը հանդիսանում են այս վիրահատության հավելյալ կողմնակի երևույթները: Այնուամենայնիվ, կարելի է խուսափել վերը նշված խնդիրներից միզածորանների և հաստ աղիքի միջև գոտադիք մի հատված տեղադրելով: Այս կերպ հնարավոր է խուսափել ուրոթելի և հաստ աղիք լորձաթաղանթի անմիջական կապից, ինչպես նաև մեզի և կղանքի անմիջական շփումից, միաժամանակ ստեղծելով որոշակի ծավալային պարկ (31):

### ***Ուրեթերոկոլուտանեոստոմիա***

Ստանդարտ ուրեթերոկոլուտանեոստոման (ՈԻԿ) մեզի դերիվացիայի ամենապարզ և ամենաապահով եղանակն է: Տեխնիկապես այս եղանակի դեպքում մեկ միզածորանը (կարճ միզածորանը միանում է մյուսին՝ ծայրը կողքին) կամ երկու միզածորանները դուրս են բերվում մաշկի վրա (32): Տվյալ հիվանդների մոտ անհրաժեշտություն է առաջանում միզածորանային խողովակների պարբերաբար փոխարինման նորով:

Ի սկզբանե տվյալ եղանակը օգտագործվում էր երեխաների մոտ՝ բնածին միզային օբստրուկցիան վերացնելու համար, որի կիրառումը հետագայում ընդլայնվեց նաև մեծահասակների շրջանում, որպես կոնքի ուռուցքներից հետո մեզի դերիվացիայի եղանակ (33): Առաջին ՌԻԿ-ների 50%-ից ավելի հիվանդների մոտ դիտվել էին ստոմանների նեղացումներ, որոնք պահանջում էին ժամանակավոր դիլատացիաներ և երկարատև կաթեթերիզացիաներ (33, 34):

ՌԻԿ-ի ժամանակ տեղի չի ունենում աղիքային ամբողջականության խախտում, կարճանում է վիրահատության տևողությունը և նվազում ներվիրահատական արյան կորուստը, այսպիսով՝ իջեցնելով հետվիրահատական բարդությունների առաջացման հավանականությունը (35): Մասնավորապես, նշված վիրահատությունը կապված է հետվիրահատական ստամոքս-աղիքային և մետաբոլիկ բարդությունների ավելի քիչ առաջացման ռիսկի հետ (35), և կարող է հանդիսանալ ընտրության եղանակ տարեց և այլ ուղեկցող հիվանդություններով տառապող հիվանդների համար: Այնուամենայնիվ, միզածորանների փոքր լուսանցքով պայմանավորված ստոմայի նեղացումները դիտվում են ավելի հաճախ, քան աղիքային ստոմանների դեպքում, որի պատճառով ոչ կոնտինենտ մեզի դերիվացիայի ստադարտ եղանակը շարունակում է մնալ աղիքային կոնդուիտը (36): Ներկայումս, ՌԻԿ-ի նկատմամբ հետաքրքրությունը աճում է և բազմաթիվ հեղինակների կողմից առաջարկվում են տարբեր մոդիֆիկացիաներ՝ հետվիրահատական շրջանում ստոմայի նեղացումների հանդիպման հաճախականությունը նվազեցնելու նպատակով (37-44):

Առաջին անգամ նման մոդիֆիկացիա առաջարկվել է Ariyoshi-ի և համահեղինակների կողմից 1975թ-ին (37): Հեղինակների կողմից վիրահատական եղանակի նկարագրման մեջ միզածորանների հեռակա ծայրերը դուրս են բերվում մաշկից՝ երկու կողմից, պահպանելով 4սմ երկարություն: Այնուհետև, միզածորանների բացվածքները սպատուլացվում են 1.5-2սմ և միզածորանների դիստալ եզրերը շրջելուց հետո, միզածորանների եզրերը միացվում երանկյունաձև հատված մաշկի եզրերին: Նմանատիպ եղանակով հեղինակները ստանում են պտկաձև ստոմա, որի շնորհիվ միզածորանների մշտական դրենավորման կարիք չի լինում: Լայն միզածորանների դեպքում վիրահատությունը կատարվում է 2 էտապով: Առաջին էտապի ժամանակ միզածորանների հեռակա 4 սմ-ը թաղվում է ենթամաշկային ճարպաբջջանքում և միայն

20 օր անց կատարվում է վերջնական ՈՒԿ-ի ձևավորումը: 5.5 տարվա ընթացքում նրանք վիրահատել էին 21 հիվանդ մեկ էտապով և 5 հիվանդ՝ երկու: 21 հիվանդից 13-ը և 5-ից՝ 4 ունեցել էին դրական արդյունքներ, ում մոտ միզածորանների կաթեթերները հեռացվել էին (37):

ՈՒԿ-ի մեկ այլ մոդիֆիկացիա առաջարկվել է Toyota-ի կողմից 1977թ-ին (43): Իր եղանակի համապատասխան, միզածորանների դիստալ եզրերը ամուր կարվում են մաշկին, առանց մաշկային պտկիկի ձևավորման: Տվյալ դեպքում յուրաքանչյուր միզածորանի հեռակա ծայրերը հատվում են երկու կողմից ստեղծելով ձկան բերանի նմանվող բացվածք: Այնուհետև միզորանների ծայրերը կարվում են նախապես պատրաստված դաշտին, որի վերնամաշկը և բուն մաշկը հեռացված են: Հեռացված բուն մաշկի դեֆեկտը լրացվում է միզածորանի եզրերով՝ ստեղծելով հարթ լայն բացվածքով ՈՒԿ-ներ: Չնայած քիչ հիվանդների քանակի, ստացված արդյունքները գոհացուցիչ էին (43):

Kim-ը և համահեղինակները շարունակել են ուսումնասիրել ՈՒԿ-ի Toyota-ի մոդիֆիկացիան և ներկայացրել են իրենց արդյունքները (39): Հեղինակները առանձնացրել են որովայնային թունելի երկարությունը, որպես հետվիրահատական ստոմաների նեղացման կանխարգելման ամենակարևոր գործոններից մեկը: Ըստ իրենց, միզածորանների սեղմումը որովայնի պատում բերում է միզածորանների հեռակա հատվածների արյան մատակարարման վատացման, որն էլ ուղղակի կապված է ստոմայի նեղացման հետ: Վիրահատությունները իրականացվել են Toyota-ի կողմից նախկինում նկարագրված մեթոդին համապատասխան, միևնույն ժամանակ ֆիքսելով որովայնի ուղիղ մկանի առաջային և հետին թերթիկներ միմյանց, այսպիսով նվազեցնելով որովայնային խողովակի երկարությունը: Հետազոտությունը իրականացվել է 54 հիվանդի (102 երիկամային միավոր) տվյալների հիման վրա: Միջին հսկողություն կազմել է 34.2 ամիս: 79 երիկամային միավորներից (77.5%) 70-ի դեպքում հիդրոնեֆրոզը բացակայել է: Կաթեթերից ազատ ապրելիությունը բարելավվել է 60.8-ից 89.8% առաջարկված տեխնիկայի կիրառման շնորհիվ (39):

Toyota-ի եղանակով ՈՒԿ-ի ձևավորմամբ մեկ այլ հետազոտության տվյալներ հրատարակվել են 2006թ-ին (42): Ընդհանուր առմամբ հետազոտության մեջ ներառված են 97 հիվանդ հիվանդ, ովքեր վիրահատվել են 1983-2004թթ-ների ընթացքում:

Հետվիրահատական հսկողության միջին տևողությունը կազմել է 23 ամիս: 35 հիվանդի (45 երիկամային միավոր) մոտ միզածորանների բերանակցումները իրականացվել են իրարից առանձին , իսկ 62 հիվանդի (124 երիկամային միավոր) մոտ կողք կողքի: Նշված 62 հիվանդից 53-ի մոտ միզածորանների բերանակցումները կատարվել են որովայնի առաջային պատի աջ կեսում, 9՝ ձախում: Խողովակագուրկ վիճակը դիտվել է 124 երիկամային միավորից 102-ի դեպքում (82%)՝ կողք կողքի բերանակցման դեպքում և 45 երիկամային միավորից 35-ի մոտ (78%)՝ առանձին բերանակցումների դեպքում: Թեև, թույլ և միջին արտահարսված հիդրոնեֆրոզը դիտվել է 19% հիվանդների մոտ, կրեատինինի մակարդակի փոփոխություն վիրահատությունից հետո 12 ամսվա հսկողության ընթացքում չի առձանագրվել: Հեղինակները եզրակացրել են, որ տվյալ եղանակը, հատկապես միզածորանների կողք կողքի բերանակցման տարբերակը, կարող է հանդիսանալ այլընտրանքային մեզի դերիվացիաների այլ եղանակներին (42):

2006թ-ին Chitale-ը ներկայացրել է 4 երեխաների մոտ ՌԻԿ-ի իր կողմից մոդիֆիկացված խողովակագուրկ տեխնիկայի երկարատև հսկողությամբ արդյունքները (45): Երեխաների տարիքը տատանվել է 2-16 տարեկան: Չնայած երեխաների մեծանալուն ՌԻԿ-ները գործել են լավ, առանց ստոմայի նեղացման և ռետրակցիայի: Տեխնիկայի առանձնահատկությունը կայացել է նրանում, որ ՌԻԿ-ների դուրս բերման տեղում, մաշկը հատելով, ձևավորել են 2 ուղանկյունաձև լաթեր: Տվյալ լաթերը օգտագործվել են միզածորանների դիստալ եզրերը պատելու համար, այսպիսով ձևավորելով մաշկից բարձրացած պտկիկային ստոմա (45):

Միզածորանի արյան մատակարարումը բարելավելու համար Wada-ն և համահեղինակները առաջարկել են իրենց տեխնիկան (44): Նրանք կիրառել են Ariyoshi-ի կողմից նկարագրված տեխնիկան և հավելել, որ միզածորանի և սերմնածորանի միջև առկա փակեղը, որը հիմնականում հատվում է, մեծ դեր ունի միզածորանի աղեկվատ արյունահոսքը ապահովելու համար: Հեղինակները հետազոտել են 58 հիվանդների, որոնցից 36-ը (66 երիկամային միավոր) վիրահատվել էին համապատասխան առաջարկված մեթոդիկայի: Բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ հեղինակների կողմից առաջարկված եղանակի արդյունավետությունը կաթեթերից ազատ ապրելիության մեջ կազմել է ավելի քան 92% և միայն 26% համեմատվող խմբում (44): Մեկ այլ տարբերակ առաջարկվել է իտալացի հեղինակների

կողմից 2004թ-ին (40): Տվյալ դեպքում ստոման ձևավորվում է որովայնի առաջային պատի ձախ կողմում, և աջ միզածորանը բերվում է ձախ կողմ սիզմայաձև աղիքի միջընդերքով: Ավելին, հեղինակները միզածորանները պատում են մեծ ճարպոնով, որը հավանաբար լավացնում է միզածորանների արյան շրջանառությունը: Նրանց արդյունքներով բոլոր 15 վիրահատված հիվանդները ազատ են ստենտերից՝ հետվիրահատական 6-24 ամիս հսկողության ժամանակահատվածում (40):

Մինչ օրս ՈԻԿ-ից հետո միզածորանների ստոմաների ստենտի արդյունքները գնահատատող խոշոր հետազոտություններից մեկը հրատարակվել է 2011թ-ին Rodriguez-ի և համահեղինակների կողմից (41): Հետազոտության մեջ ներգրավված 272 հիվանդներից (509 երիկամային միավոր) ստոմաների նեղացում դիտվել է 36 հիվանդի մոտ (13.2%): Նեղացումներ բուժվել են կրկնակի ստենտավորմամբ 20 հիվանդների մոտ (55.4%), ստոմայի ձևափոխմամբ՝ 12 (33.3%), և աղիքային կոնդուիտի եղանակով ձևափոխմամբ՝ 4 հիվանդների մոտ (11.0%): Բոլոր հիվանդները բաժանվել են 2 խմբերի, ըստ հետվիրահատական շրջանում միզածորանային ստենտի մնալու տևողության: Ըստ այդմ, 161 հիվանդների մոտ (59.1%) ստենտերը հեռացվել են առաջին 3 ամսվա ընթացքում, իսկ մնացած 111 հիվանդի մոտ (40.8%)՝ 3 ամսից հետո: Հեղինակները պարզել են, որ ստենտի 3 ամսից երկար մնալու դեպքում նվազում է միայն ձախ միզածորանի ստոմայի ստենտի հավանականությունը (41):

2015թ-ին հրատարակված աշխատանքը համեմատում է երկկողմանի ՈԻԿ-ի և միակողմանի ՈԻԿ-ի արդյունքները (38): Նկարագրված 114 հիվանդներից 63 վիրահատվել են երկկողմանի, իսկ 51-ը՝ միակողմանի ՈԻԿ-ով: Հիմնական տարբերությունը կայանում է նրանում, որ ձախ միզածորանը անց է կացվում աջ կողմ: Ստոման ձևավորվում է աջ միզածորանի ստոմայից քիչ ներքև: Ուսումնասիրությամբ պարզվել է, որ հետվիրահատական շրջանում բարդությունների հաճախականությունը նույն է եղել 2 խմբերում, սակայն կյանքի որակի ցուցանիշները առավել են եղել միակողմանի ՈԻԿ-ով հիվանդների մոտ: Հեղինակները եզրակացրել են, որ միակողմանի ՈԻԿ-ն ունենալով հետվիրահատական բարդությունների առաջացման նույն ռիսկը, բարելավում է հիվանդների բավարարվածության մակարդակը (38):

Այսպիսով՝ բոլոր հեղինակների կողմից նկարագրված հետազոտություններում ստանդարտ ՈԻԿ-ի ձևափոխումը կապված է եղել դրական ելքերի հետ: Թեև,



կատարված քիչ հետազոտությունների մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ն կարող է դիտարկվել որպես ալտերնատիվ եղանակ ոչ կոնտինենտ մեզի դերիվացիայի ընտրության հարցում:

### ***Աղիքային կոնդուիտներ***

Ուրեթերոիլեոկուտանեոստոմիան միզածորանների բերանակցված, աղեստամոքսային տրակտից անջատված, գստաղիքային սեզմենտի դուրս բերումն է որովայնի առաջային պատին՝ մաշկի վրա: Վիրահատական եղանակը կայանում է նրանում, որ գստաղիքի վերջնամասից առանձնացվում է մոտ 20սմ երկարությամբ հատված՝ անոթային ոտիկի վրա, որի մի ծայրին միացվում են միզածորանների հեռակա ծայրերը, իսկ գստաղիքի մյուս ծայրը դուրս է բերվում որովայնի առաջային պատի մաշկի վրա՝ հիմնականում աջ կողմից, ձևավորելով աղիքային ստոմա (46): Այն շարունակում է մնալ հաստատված տարբերակ՝ կանխատեսելի արդյունքներով:

Առաջին իլեոկուտանեոստոմիան կատարվել է Zaayer-ի կողմից 1911 թ-ին: Կատարված 2 վիրահատություններ ավարտվել են հիվանդների մահվամբ՝ վիրահատությունից 2 շաբաթ անց (29): Միայն 1950թ-ին՝ R. Bricker-ի կողմից կատարած տեխնիկական մշակումներից հետո, առաջարկված վիրահատությունը ստացավ լայն տարածում ժամանակակից ուրոլոգիական պրակտիկայում (46): Վիրահատության դասական եղանակում ձախ միզածորանն անց է կացվում սիզմայաձև աղու միջընդերքի տակով և բերանակցվում գստաղիքի հատվածի հետ՝ աջ միզածորանի բերանակցման կողքին: Հետագայում D. Wallace-ը (1966) առաջարկեց բերանակցման նոր եղանակ, երբ երկու միզածորանները միացվում և բերանակցվում են համատեղ առանձնացված գստաղիքային սեզմենտի պրոքսիմալ հատվածի հետ (47,48):

Աղիքային կոնդուիտի ձևավորման արդյունքում բացակայում են ռեֆլյուքսների առաջացման հնարավոր պայմանները կանխելով միզուղիներում ճնշման բարձրացումը, որով պայմանավորված են հետվիրահատական պիելոնեֆրիտների և մետաբոլիկ հիպերքլորեմիկ ացիդոզի առկայությունը (19,49,50): Սակայն, հետվիրահատական ուշ շրջանը ուսումնասիրող հետազոտությունները հայտնաբերում են ստոմայի ստենոզ, միզածորանային բերանակցումների ստենոզ և դրանցով պայմանավորված պիելոնեֆրիտների զարգացում (51,52): Այլ հետվիրահատական բարդություններից են նաև աղիքային սեզմենտի գանգրենան, պերիտոնիտը, աղիների

դինամիկ և մեխանիկական անանցանելիությունը, արագեւր, սեպսիսը, որոնց ընդհանուր մասնաբաժինը կազմում է 13.8%-25.3% (50,52):

Madersbacher-ի և համահեղինակների կողմից կատարված հետազոտությամբ հիմնական բարդությունները կազմել են երիկամային անբարարությունը 27%, ստոմալ խնդիրները՝ 24%, աղիքային խնդիրները՝ 24%, միզուղիների բորբոքումները՝ 23%, միզածորանների օբստրուկցիան՝ 14%, միզաքարային հիվանդությունը՝ 9% դեպքերում (53): 98 ամիսների հսկողությամբ 412 հիվանդների տվյալների հիման վրա կատարված մեկ այլ հետազոտությունում նկարագրվել են 4 հիմնական բարդություններ՝ պիելոնեֆրիտ 5-23% դեպքերում, միզածորանային օբստրուկցիա 2-22%, միզաքարային հիվանդություն 3-16% և ստոմալ բարդություններ 2-62% (54): Ընդ որում, բարդությունների հաճախականությունն աճում է ժամանակի ընթացքում՝ կազմելով 45% և 94%, 5 և 15 տարի անց, համապատասխանաբար (53):

H. Momose և համահեղինակները 1995թ-ին նկարագրել են 180 վիրահատությունների արդյունքները 44.2 ամիս հետվիրահատական միջին հսկողությամբ (55): Վաղ բարդությունները նկարագրվել են 60 հիվանդների մոտ (33.3%), որոնցից 9-ը (5%) մահացել են հետվիրահատական շրջանում: Ուշ հետվիրահատական բարդություններ՝ պարաստոմալ դերմատիտներ, 17.9%՝ ուրեթերոիլեալ ստենոզ, 11.0%՝ ուրոլիթիազ, նկատվել են 37.0 %-ի մոտ (55): 1969-1991թթ-ների ընթացքում վիրահատված 187 հիվանդների արդյունքները ներկայացրել են Hornak-ը և համահեղինակները (56): Վիրահատությունները կատարվել են միզապարկի և կոնքի օրգանների ուռուցքային ախտահարմամբ՝ 89.9% դեպքերում, նեյրոզեն միզապարկի, միզապարկի էքստրոֆիայի, և տրավմայի դեպքում՝ 10.2%: Հետվիրահատական մահացությունը կազմել է 5.3%, բարդությունները՝ 51.3% (56):

Բացի զստաղիքի սեզմետից, աղիքային կոնդուիտի դեպքում մեզի դերիվացիայի համար կիրառվում են նաև կույր աղու, հաստ աղու հորիզոնական, սիզմայաձև աղու հատվածները, սակայն ստացված արդյունքները ավելի վատ են, քան զստաղու սեզմենտի կիրառման դեպքում (36): Նկարագրված եղանակների ընդհանուր թերությունը կայանում է «թաց» ուրոստոմայի ձևավորումը, որն էլ պատճառ է դառնում պարաստոմալ դերմատիտների, հիպերկերատոզնորի և խոցերի առաջացման, որոնք պահանջում են մշտական խնամք և մեզրնդունիչների օգտագործում (57,58):

### ***Կոնտինենտ մեզի դերիվացիա***

Կոնտինենտ մեզի դերիվացիայի համար կարող է օգտագործվել ցածր ճնշում ունեցող դետուրուլարիզացված աղիքային ռեզերվուարներ: Նկարագրվել են նաև ստամոքսային, իլեոցեկալ և սիզմա պարկեր: Կարող են օգտագործվել հակառեֆլյուքսային տարբեր տեխնիկաներ (59):

### ***Աղիքային ռեզերվուարներ***

Իլեոցեկալ ռեզերվուարն առաջին անգամ առաջարկվել է Vezhoogen-ի կողմից 1928թ-ին, սակայն այն իր տարածումն ու կիրառումը գտել է Gilchrist-ի աշխատանքներից հետո (60): Մեզն այս ռեզերվուարում պահվում է Բուուգինյան սեղմանի միջոցով, սակայն ռեզերվուարի տուբուլյար կծկումների արդյունքում ներռեզերվուարային ճնշման բարձրացման հետևանքով առաջացած միզային հետհոսքն առաջացնում է պիելոնեֆրիտ՝ հաջորդող երիկամային անբավարարությամբ: Սրանով է պայմանավորված այս տեխնիկայի սակավ կիրառումը:

Կ. Kock-ը (1969թ.) առաջարկեց նոր մոտեցում միզային ռեզերվուարների ձևավորման համար (61): Սկզբունքը կայանում է տուբուլյար կառուցվածքի անտիմեզենտերիալ հատման և “սֆերիկ” տոպրակի ձևավորման մեջ, որը չունի մկանային կծկումներ և օժտված է ներռեզերվուարային ցածր ճնշմամբ: Այս եղանակն իր լայն կիրառումը ստացավ D. Skinner-ի (1982թ.) աշխատանքներից հետո (61): Զստադու առանձնացված 78ամ սեզմենտին տրվում է համապատասխան ձև (U), հատվում է անտիմեզենտերիալ եզրով, ձևավորվում է գնդաձև ռեզերվուար՝ իր աֆֆերենտ և էֆֆերենտ “ականջիկներով”: Աֆֆերենտ “ականջիկին” բերանակցվում են միզածորանները, իսկ էֆֆերենտը դուրս է բերվում որովայնի առաջային պատի վրա, որտեղ և ձևավորվում է “չոր” ուրոստոման, հետագա ինքանկաթեթերիզացիայի համար: Այս ռեզերվուարն անվանվեց “Kock-pouch”: Տվյալ եղանակով վիրահատված 250 վիրահատություններից հետո ստացված արդյունքներն էին՝ հետվիրահատական մահացություն՝ 2%, տարբեր բարդություններ՝ 16%, կրկնակի վիրահատություն՝ 15%: Հեռավոր բարդություններից էին անմիզապահությունը, ճողվածքների և դիվերտիկուլների առաջացումը, աղիքային խուղակները, միզածորանա-իլեալ բերանակցումների նեղացումը (61): Ձևավորված ռեզերվուարների ծավալը 6 ամիս անց

կազմում էր մոտ 500 մլ, իսկ ներմիզապարկային ճնշումը համապատասխանում էր 25սմ ջրի ճնշմանը:

Հետազայում այս մեթոդի կիրառմամբ, բազմաթիվ հեղինակներ առաջարկեցին նոր միզային ռեգերվուարներ “չոր” ուրոստոմայով որովայնի առաջային պատի վրա՝ պերիտոդիկ ինքանկաթթերիզացիայի հնարավորությամբ (62):

1986թ-ին J.Turoff-ը և համահեղինակները նկարագրել էին 100 պացիենտների մոտ կատարված “Mainz pouch” վիրահատությունների արդյունքները (63): Ռեգերվուարը ձևավորվել է կույր աղու, վերել հաստ աղու և գստաղու 20սմ հատվածի կիրառմամբ: Ռեգերվուարի ծավալը կազմել էր 600 մլ, ներռեգերվուարային ճնշումը՝ 33 սմ ջրի սյան ճնշում: Բազմաթիվ մոդիֆիկացիաների արդյունքում այս տիպի վիրահատությունները ստացան լայն տարածում և ձևավորեցին գոհացուցիչ արդյունքներ՝ վաղ բարդություններ՝ 5.3%, ուշ բարդություններ՝ 22.4%, այդ տվում ռեգերվուարի քարի առաջացում և ստոմայի ստենոզ (63):

D. Bejany-ը և համահեղինակները 1988թ-ին առաջարկեցին հաստ աղիքային հորիզոնական ռեգերվուարի ձևավորում, որի ժամանակ կիրառվում էին ոչ միայն կույր աղին և վերել հաստ աղին, այլ նաև հորիզոնական հատվածի սկբնամասը (64): 21 հիվանդներից 20-ի մոտ անմիզապահության երևույթներ չէին նկատվել: 2 հիվանդի մոտ գրացվել էր միզածորանա-աղիքային սեզմենտի ստենոզ: Ռեգերվուարի ծավալը կազմում էր 800 մլ, ներռեգերվուարային ճնշումը՝ 20սմ ջրի սյան ճնշում: Հետազայում վիրահատվածների 25% մոտ գրանցվել էր հիպերքլորեմիա, 10%-ի՝ մետաբոլիկ ացիդոզ (64):

Այսպիսով, աղիքային դետուրվարիզացված ռեգերվուարների ստեղծումը որովայնի առաջային պատի “չոր” ստոմայի ձևավորումով, համարվում է մեզի դերիվացիայի օպտիմալ եղանակներից մեկը: Այս եղանակը ապահովում է ռեգերվուարի մեծ ծավալ և ներռեգերվուարային ցածր ճնշում: Այնուամենայնիվ, տվյալ եղանակի ապրելիության, ինամքի և կյանքի որակի հարցերը բավարար հետազոտված չեն, որոնց ուսումնասիրությունը ունի կարևոր թեորետիկ և պրակտիկ նշանակություն ՄՔ-ի վիրահատական բուժման ճիշտ կազմակերպման մեջ:

### *Աղիքային միզապարկ*

Աղիքային միզապարկի օրթոտոպիկ փոխարինումը, ներկայումս, տղամարդկանց և կանանց շրջանում առավել կիրառվող տարբերակներից է: Ժամանակակից հետազոտությունները փաստում են այս միջամտության ապահովության և երկարաժամկետ վստահելիության մասին: Որոշ մեծ կենտրոններում, այս եղանակը համարվում է ցիստեկտոմիայի ենթարկվող հիվանդների ընտրության մեթոդ (65,66): Չնայած դրան, տարեց հիվանդների շրջանում (>80) եղանակի կիրառումը սահմանափակ է՝ անգամ փորձառու կենտրոններում (65,67): Աղիքային միզապարկի ձևավորման համար անհրաժեշտ է 2 պայման. 1. դետուրուլարիզացված, ցածր ճնշում և բավարար ծավալ ունեցող աղիքային ռեզերվուարի ստեղծում, 2. ռեզերվուարի և ԱՑ-ից հետո մնացած մեմբրանոզ միզուկի հատվածի բերանակցում (66):

Աղիքային միզապարկի դատարկման համար անհրաժեշտ է որովայնի լարվածություն, աղիքային պերիստալտիկա և սեղմանի թուլացում: Վաղ և ուշ հիվանդացությունը նկարագրված է 22% դեպքերում (68): 1054 և 1300 հիվանդ պարունակող 2 հետազոտություններով պարզվել է հետևյալ բարդությունները՝ երկարաժամկետ ցերեկային (8-10%) և գիշերային (20-30%) անմիզապահություն, ուրեթերոինտեստինալ բերանակցման նեղացում (3-18%), մետաբոլիկ խանգարումներ և վիտամին B12 անբավարարություն (68,69):

Աղիքային միզապարկը ուսումնասիրող առաջին հետազոտություններից է 1984 թ-ին Camey-ի աշխատանքը: Նրանք հրապարակեցին 90 հիվանդների վիրահատության արդյունքները, որոնց մոտ ձևավորվել էր գստաղիքային միզապարկ: Անմիզապահություն չէր դիտվել հիվանդների 90%-ի մոտ ցերեկային ժամերին և 50%-ի մոտ՝ գիշերային ժամերին: Միզապարկի միջին ծավալը կազմել էր 350մլ, ներմիզապարկային ճնշումը՝ 100 մլ ջրի սյան ճնշում: Դիտարկված խմբում մնացորդային մեզը եղել էր 100մլ (70):

Վաղ առաջարկված տարբերակներից էր նաև աղիքային միզապարկի ձևափոխումը U-ձև կիսա Kock տեխնիկայով, որի ձևավորման համար կիրառվում էր գստաղիքային սեզմենտի 45 սմ առանձնացված հատված: Միզածորանները բերանակցվում էին ինվազինացիայի նպատակով ստեղծված աֆֆերենտ “ականջիկին”:

Այս միզապարկի տարրությունը կազմում էր 300-500մլ, 40սմ ջրի սյան

ներմիզապարկային ճնշմամբ: Վիրահատված 126 հիվանդներից 94%-ի մոտ ցերեկային անմիզապահություն չէր նկատվել, իսկ գիշերային միզապահությունը կազմել էր 84%: Հետվիրահատական մահացությունը կազմել էր 1.6%, վաղ հետվիրահատակ բարդությունները՝ 11.1% (71):

F. Schreiter-ի կողմից առաջարկված S-ձև աղիքային միզապարկը ձևավորվում էր 70սմ զստաղիքային սեզմենտից: Տվյալ դեպքում միզածորանները բերանակցվում են ըստ Bricker-ի կամ Wallace-ի: Այնուհետև ռեզերվուարը բերանակցվում էր մեմբրանոզ միզուկին, որից հետո նոր՝ ստեղծված, ռեզերվուար ամբողջականությունը վերականգնվում է: Նման եղանակով վիրահատվել էին 32 հիվանդներ: Միզապահությունը կազմել է 93.8%, միզապարկի ծավալը՝ 350 մլ, ներմիզապարկային ճնշումը՝ 25 մլ ջրի սյան ճնշում (72):

Կարճ միզածորանների դեպքում R. Hautmann-ը և համահեղինակները առաջարկել էին M-ձև զստաղիքային միզապարկ (73): Տվյալ դեպքում կիրառվում է 60-70սմ զստաղիքային սեզմենտ, որը բաժանվում էր 4\*15սմ-անոց հատվածների, որոնց տրվում էր M-ձև տեսք, իսկ սկզբնական 5-10սմ-ը մնում էր առանց դետուբուլարիզացիայի՝ միզածորանների բերանակցման համար: Միզածորանները միզապարկի հետ բերանակցվում են Le Duc-ի եղանակի համաձայն: Ռեզերվուարը ձևավորումից հետո ստանում է սֆերիկ տեսք: Ձևավորված միզապարկի մաքսիմալ տարողությունը 800 մլ էր, ներմիզապարկային ճնշումը՝ 26.4սմ ջրի սյուն: Վիրահատված հիվանդների 90%-ը ունեցել էին ինչպես ցերեկային, այնպես էլ գիշերային ժամերին լավ միզապահություն (73):

B. Gburek-ը և համահեղինակները համեմատել էին 66 աղիքային միզապարկի և 66 աղիքային կոնդուիտի արդյունքները: Հեղինակները եզրակացրել էին, որ աղիքային միզապարկի արդյունքները ավելի նախընտրելի էին (74): J. Turoff-ի կողմից կատարված 51 “Mainz pouch”-ի և միզուկի բերանակցման արդյունքում ստեղծված իլեոցեկալ միզապարկը ուներ 390 մլ ծավալ, ուրոֆլուումետրիայի միջին ցուցանիշներ, ներմիզապարկային 33 սմ ջրի ճնշում և 40,0 մլ մնացորդային մեզ (63):

1994թ-ին Abol-Enein-ի և Ghoneim-ի կողմից առաջարկվել էր միզապարկի ձևավորման նոր տարբերակ համաձայն, որի ժամանակ օգտագործվում էր զստաղիքի 40սմ հատված՝ դրան տրվելով W-ձև կոնֆիգուրացիա: Այս դեպքում միզածորանները

միացվում էին ստեղծված ռեզերվուարին կրկնակի սերոզ թաղանթներով պատված հակառեֆլյուքսային մեխանիզմով: Նկարագրված հետազոտության մեջ ներկայացվել էին 12 հիվանդների արդյունքներ: Հետագայում՝ 2004թ-ին, նրանք շարունակելով իրենց աշխատանքը, ներկայացրեցին 109 հիվանդների արդյունքներ: 109 հիվանդներից մահացությունը դիտվել էր 2 հիվանդի մոտ: Վաղ բարդությունները դիտվել էին 18 հիվանդի մոտ (16.5%): 14 հիվանդի մոտ դիտվել էին ուշ բարդություններ: Բոլոր հիվանդները, բացառությամբ 5 հոգու, ունեին ցերեկային և գիշերային միզապահություն: Այսպիսով, հեղինակները փաստում են, որ իրենց կողմից առաջարկված տարբերակը վստահելի էր, և օժտված լավ ֆունկցիոնալ արդյունքներով (75,76):

Studer-ը և համահեղինակները 1989թ-ին ներկայացրեցին 22 հիվանդի մոտ միզապարկի ձևավորման իրենց մոդիֆիկացիան (77): Իրենց վիրահատության մեջ նրանք փորձել էին օգտագործել մինչ այդ նկարագրված տարբեր ռեզերվուարների առավելությունները, մասնավորապես Kock-ի ցածր ճնշումով ռեզերվուարը համատեղելով Couvelaire/Camey-ի կողմից առաջարկված տեխնիկայի հետ (77): Նախքան հիվանդների շրջանում կիրառելը հեղինակները կատարել էին փորձեր շների վրա 1983 և 1984թթ-ներին (78): Հետազոտության արդյունքները խոստումնալից էին, որն էլ հիմք էր հանդիսացել հետազոտությունների խորացմանը և նոր՝ հիվանդների ավելի մեծ քանակով, արդյունքների հրապարկմանը: Հետազոտություններից մեկում Studer-ը և համահեղինակները ուսումնասիրել են իրենց եղանակով վիրահատված 482 հիվանդի տվյալները: Նրանց մոտ վաղ բարդությունները դիտվել էին 61 հիվանդի մոտ: Ցերեկային միզապահություն վիրահատությունից 1 տարի անց կազմել էր 92%, իսկ գիշերայինը՝ 79%: Հսկողության մեջ գտնվող 442 հիվանդներից 99-ը (22.5%) նշել էին հաջողված էրեկցիայի առկայության մասին առանց դեղորայքի օգնության, իսկ 68(15.4%)՝ դեղորայքի օգնությամբ (79): Studer-ի առաջարկված մեթոդը լինելով համեմատաբար հեշտ և միևնույն ժամանակ ունենալով լավ արդյունքներ գտավ լայն տարածում: Ներկայումս, այն աղիքային միզապարկի ամենահաճախ օգտագործվող եղանակն է (36):

Միզածորանների ռեֆլյուքսից պաշտպանության նպատակով կիրառվում են տարբեր եղանակներ, ինչպիսիք են պարզ իզոպերիստալտիկ թունելի ստեղծումը, զստաաղիքի ինտուսուսեպցիա (intussusception), ենթալորձային տեղադրված երկարացված զստաաղիք, և միզածորանների ուղղակի լորձաթաղանթային կամ

ենթալորձաթաղանթային իմպլանտացիա: Համաձայն երկարաժամկետ արդյունքների, առաջարկված բոլոր մեթոդները բավարար էֆեկտիվություն ունեն (80): Թեև, այս եղանակների կիրառումը նմանակում է միզապարկի և միզածորանների հակառեֆլյուքսային ֆիզիոլոգիական վիճակին, հակառեֆլյուքսային բերանակցումների անհրաժեշտությունը դեռ վերջնականորեն պարզաբանված չէ: Պետք է նշել, որ աղիքային միզապարկի դեպքում ռեֆլյուքսով պայմանավորված բարդությունները հիմնականում դիտվել են ներռեզերվուարային բարձր ճնշումով հիվանդների մոտ, որի հավանականությունը նվազում է աղիքի դետուրուլարիզացման միջոցով: Ավելին, որոշ նոր միզապարկեր, ինչպիսին է օրինակ Studer-ի ռեզերվուարը, ունենում են աղիքի իզոպերիստալտիկ երկար ոտիկ, որը կանխում է մեզի հետհոսքը (81): Վերջապես, հակառեֆլյուքսային բերանակցումների կիրառումը մեծացնում է այնպիսի բարդությունների առաջացման ռիսկը, ինչպիսիք են՝ նեղացումները, հակառեֆլյուքսային փականի իշեմիկ ֆիբրոզը կամ քարի առաջացումը (82):

### **1.3 Ռեզերվուարների ձևավորումից հետո սննդային և մետաբոլիկ խանգարումներ**

Ներկայումս, միզային ռեզերվուարների ձևավորման համար կարող են օգտագործվել աղեստամոքսային տրակտի բոլոր հատվածները, սակայն նախապատվությունը տրվում է գստադու դիստալ և իլեոցեկալ հատվածին (70): Աղեստամոքսային տրակտի սեզմենտի ընտրությունը կախված է երիկմանների ֆունկցիոնալ վիճակից, նախկինում կատարված վիրահատություններից, պլանավորված տեխնիկայի տիպից և նախավիրահատական ճառագայթային բուժման առակյությունից: Ռեզերվուարների ձևավորման համար խորհուրդ է տրվում օգտագործել աղիքի ոչ ավելի քան 40-50սմ սեզմենտ, քանի որ ավելի մեծ սեզմենտների կիրառումը կարող է առաջացնել միկրոէլեմենտների և վիտամինների դեֆիցիտ՝ մասնավորապես վիտամին B12-ի դեֆիցիտ (69): Հիվանդների մոտ այն կարող է արտահայտվել մեզալոբլաստիկ անեմիայով և նյարդաբանական ախտանիշներով: Հանդիպման հաճախականությունը հստակ պարզ չէ և տատանվում է 0-33% հետվիրահատական 5 տարվա ընթացքում (82,83): Հեղինակների կարծիքով վիտամին B12-ի հսկողությունը պետք է իրականացվի առաջին 3-5 տարվա ընթացքում տարին 2 անգամ: Բացի այդ աղիքի միջոցով ավելի մեծ ծավալով մեզի ռեաբսորբցիայի դեպքում



հնարավոր է հիպերքլորեմիկ ացիդոզի առաջացում, հատկապես երիկամների ֆունկցիոնալ խանգարումներ ունեցող հիվանդների մոտ: Այնուամենայնիվ, մետաբոլիկ ացիդոզի հանդիպման դեպքերը պակասել են մեզի դերիվացիայի եղանակների կատարելագործման հետ միասին:

Իլեոցեկալ և իլեալ միզապարկերի դեպքում առաջացած մետաբոլիկ խանգարումներն ավելի արտահայտված են առաջինների մոտ: Առաջացած մետաբոլիկ խանգարումները հիմնականում չեն ունենում սուր դրսևորումներ: Նրանք ավելի արտահայտված են լինում երիկամային անբավարարության, միզուղիների ինֆեկցիայի, մեզի արտահոսքի խանգարման դեպքերում (84):

#### **1.4 Մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներից հետո ֆունկցիոնալ արդյունքներ**

Օրթոտոպիկ աղիքային նոր միզապարկի նպատակն է պահպանել ցերեկային և գիշերային միզապահությունը և հնարավորություն ստեղծել պարբերաբար դատարկելու միզապարկը առանց ինքանկաթեթերիզացիայի, մինևույն ժամանակ պահպանելով երիկամային ֆունցիան: Որոշ մեծ հետազոտությունների արդյունքներով ցերեկային և գիշերային միզապահությունը կազմել է համապատասխանաբար 87-100% և 70-95% (68,80,82): Ընդհանուր առմամբ, միզապահությունը աստիճանաբար բարելավվում է հետվիրահատական շրջանի տևողության երկարացման հետ, որը պահանջում է առնվազն մի քանի ամիս: Ընդ որում, ցերեկային միզապահությունը ավելի շուտ է կարգավորվում (54,83): Հիվանդները, ովքեր նշում են և ցերեկային, և գիշերային միզապահություն ավելի քիչ տոկոս են կազմում: Մի քանի հետազոտության արդյունքներով այդ ցուցանիշները տատանվում են 12%-ից 58%-ի սահմաններում (85,86): Միզապարկի ոչ լրիվ դատարկումը հաճախ չի հանդիպում: Simon և համահեղինակները (2006թ.) հետազոտել են 655 հիվանդների (87): Ոչ լրիվ դատարկումը, որը սահմանվում է որպես միզելուց հետո 100մլ-ից ավելի մնացարդային մեզի առկայություն, դիտվել էր 75 հիվանդի մոտ (11.5%): Խնդրի հիմնական պատճառներն են մեխանիկական արգելքը (միզապարկ-միզուկային բերանակցման նեղացում, ուռուցքի տեղային կրկնություն) 52 հիվանդի մոտ (7.9%) և միզապարկի ֆունկցիոնալ խանգարումները 23 հիվանդի մոտ (3.5%) (87): Կանանց մոտ նկարագրված հետաքրքիր առանձնահատկությունը միզապարկը դատարկելու դժվարությունն է, որը

տանում է միզակապության: Սա հեղինակները կապում են նոր միզապարկի դեպի հետ արտանկման հետ: Կանանց մոտ ինքնակաթեթերիզացիայի հաճախականությունը կարող է հասնել մինչև 70%: Արդյունքները կարելի է բարելավել միզապարկը ամրացնող տեխնիկաների կիրառմամբ (88):

### **1.5 Մեզի դերիվացիայի ընտրության վիրաբուժական և օնկոլոգիական նկատառումներ**

ԱՅ-ի առաջնային խնդիրը հիվանդին քաղցկեղից ազատելն է, հետևաբար մեզի դերիվացիայի եղանակի ընտրությունը պետք է համադրվի լավագույն օնկոլոգիական արդյունքների հետ: Մետա-անալիզների արդյունքում միզուկում ուռուցքի կրկնողությունը դիտվում է 0-18% դեպքերում (89,90): Կրկնողությունների հիմնական մասը հանդիպում է առաջին 2 տարվա ընթացքում: Մուլտիֆոկալ ուռուցքի առկայությունը, CIS, վերին միզուղիների ուռուցքային ախտահարումը և միզապարկի վզիկի և պրոստատիկ միզուկի ներգրավումը մեծացնում են կրկնողության ռիսկը (91,92): Հազվադեպ հանդիպող, բայց կարևոր բարդություն է մեզի դերիվացիայի եղանակով պայմանավորված երկրորդային ուռուցքների առաջացումը: Մասնավորապես, աղիքային սեզմենտի կիրառմամբ մեզի դերիվացիայի բոլոր եղանակները կրում են երկրորդային ուռուցքների ավելի բարձր ռիսկ ընդհանուր ազգաբնակչության հետ համեմատած (93): Այնուամենայնիվ, այդ ուռուցքների զարգացման համար միջինում անհրաժեշտ է 10-20 տարի (94): Այս հիվանդները, հատկապես նրանք, ում մոտ իրականացվել է ուրեթերոսիզմոնիդոստոմիա, պետք է մնան կանոնավոր հսկողության տակ վիրահատությունից 5-10 տարվա ընթացքում (95):

Դերիվացիայի մասին հիվանդների կողմից տեղեկացվածությունը մնում է դերիվացիայի ընտրության կարևորագույն գործոններից մեկը: Ծանր նյարդաբանական և հոգեբուժական հիվանդությունները, սահմանափակ կյանքի տևողությանը, լյարդի կամ երիկամների տուժած ֆունկցիան, միզուկի ներգրավվածությունը ուռուցքային պրոցեսում հանդիսանում են դերիվացիայի բարդ եղանակների կիրառման հակացուցումներ (36): Օրթոտոպիկ միզապարկի ձևավորման հարաբերական հակացուցումներն են՝ բարձր դոզավորմամբ նախավիրահատական ճառագայթային բուժումը, միզուկի բարդ նեղացումները, և միզուկի սեղմանի հետ կապված ծանր անմիզապահությունները (36): Ուռուցքային պրոցեսի մեջ միզուկի ներգրավվածության

կասկածի դեպքում կատարվում է ներվիրահատական շտապ քննություն, որը տղամարդկանց մոտ վերցվում է պրոստատիկ միզուկի դիստալ հատվածից, սերմնաթմբիկից ներքև, իսկ կանանց մոտ միզապարկի վզիկի ստորին սահմանից (36): Դրական լիմֆատիկ հանգույցների առակյության դեպքում, օրթոտոպիկ միզապարկի ստեղծումը հնարավոր է կատարվել միայն N1 փուլի դեպքում, սակայն ոչ՝ N2 և N3 փուլերի ժամանակ (96): Չնայած, աղիքային միզապարկի ձևավորումը կարելի է կատարել տեղային տարածված ուռուցք ունեցող հիվանդների մոտ, կյանքի սպասվող տևողությունը և ինքնակաթեթերիզացիայի անհնարինությունը կարող են հանդիսանալ հակացուցումներ կոնտինենտ մեզի դերիվացիայի այս եղանակի ընտրության համար (97):

Օրթոտոպիկ և կոնդուիտ մեզի դերիվացիաների ժամանակ օնկոլոգիական արդյունքները՝ հաշվի առնելով տեղային և հեռակա մետաստազները, նմանատիպ են: Սակայն, միզուկի ուռուցքները նոր միզապարկով հիվանդների մոտ ավելի քիչ են հանդիպում քան կոնդուիտ և կոնտինենտ դերիվացիաների մյուս եղանակների ժամանակ (98): Փորձառու կենտրոնների տվյալներով ցիստեկտոմիայից հետո միզապարկի օրթոտոպիկ փոխարինումը կատարվում է տղամարդկանց մոտ մինչև 80%, իսկ կանանց մոտ մինչև 50% դեպքերում: Այդուհանդերձ, չկա ոչ մի ռանդոմիզացված հետազոտություն, որը համեմատում է կոնդուիտ մեզի դերիվացիան նոր միզապարկի կամ կոնտինենտ դերիվացիայի մյուս եղանակների հետ (99): Ներկայումս հնարավոր չէ խորհուրդ տալ մեզի դերիվացիայի որևէ եղանակի օգտագործումը: Այնուամենայնիվ, շատ կենտրոնները նախապատվությունը տալիս են օրթոտոպիկ միզապարկին կամ իլեալ կոնդուիտին հիմնվելով իրենց փորձի վրա: Ընտրված դեպքերում ուրեթերոկուտանեոստոման վիրաբուժությամբ ամենաքիչ վնաս պարունակող միջամտությունն է:

## **1.6 ԱՅ-ից հետո առաջացող բարդություններ**

ԱՅ-ն համատեղ մեզի դերիվացիայի որևէ եղանակի հետ բարդ վիրահատություն է և կապված է հետվիրահատական վաղ և ուշ բարդությունների հանդիպման բարձր հաճախականության հետ: ԱՅ-ի հետ կապված բարդությունները կարող են անմիջապես կախված լինել ուղեկցող վիճակների առկայության, ինչպես նաև վիրահատական

գործողության, աղիքային անաստոմոզի, կամ մեզի դերիվացիայի հետ: Հետվիրահատական բարդությունները դասակարգում են ըստ ծանրության աստիճանի՝ Կլավինեն Դինդոյի կողմից առաջարկված դասակարգման համապատասխան(100):

Առկա գրականության մեջ, ներհիվանդանոցային բարդություններ դիտվում են 26% - 67% հիվանդների մոտ, 0.6%-2.6% ներհիվանդանոցային մահացությամբ (12,13,15): Այս հետվիրահատական բարդությունները ավելացնում են հիվանդանոցային օրերի քանակը, բուժման ծախսերը և մահացության հավանականությունը (12,13): Վաղ հետվիրահատական ելքերը տարբեր են մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակների դեպքում: Ընդ որում, կոնտինենտ և կոնդուիտ եղանակները կապված են դերիվացիայով պայմանավորված բարդությունների բարձր ռիսկի հետ (16): Մեր նախկինում կատարված հետազոտության համաձայն, բարդությունների հանդիպման հաճախականությունը կոնդուիտ և կոնտինենտ մեզի դերիվացիաներով վիրահատված հիվանդների մոտ կազմել է 28.9%: Ամենահաճախ հանդիպող բարդություններ են՝ վերքի լավացման հետ կապված բարդությունները, որին հաջորդել են ստամոքսաղիքային և ինֆեկցիոն բարդությունները: Կյանքի համար վտանգ ներկայացնող բարդություններից՝ սեպսիսը դիտվել է 0.7% դեպքերում, սրտամկանի ինֆարկտ՝ 1.5%, թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիա՝ 1.5%, տարածուն ներանոթային մակարդման համախտանիշ՝ 0.3%, ինսուլտ՝ 0.3%: Ներհիվանդանոցային մահացությունը կազմել է 4.8% (14):

Բազմաթիվ հետազոտություններ ուսումնասիրությամբ առանձանացվել են տարբեր գործոններ, որոնք կարող են ունենալ կանխորոշիչ նշանակություն հետվիրահատական շրջանում բարդությունների առաջացման մեջ (100): Մասնավորապես պարզվել է, որ մեծ տարիքը հանդիսանում է հետվիրահատական բարդությունների զարգացման ռիսկի գործոն, թեպետ բիոլոգիական տարիքը ավելի մեծ նշանակություն ունի քան խրոնոլոգիականը: Այլ ռիսկի գործոններն են՝ ուղեկցող հիվանդությունների առկայությունը, նախկինում տարած որովայնահատումները, միզապարկից դուրս տարածված հիվանդությունը, նախկինում ճառագայթային բուժումը, կանացի սեռը, մարմնի քաշի ինդեքսի բարձր ցուցանիշը և ալբումինի նախավիրահատական ցածր մակարդակը: Հետաքրքիր է, որ ալբումինի նախավիրահատական ցածր մակարդակը կապված է վերքի վատ լավացման,

գաստրոհինտեստինալ բարդությունների, և ընդհանուր ապրելիության իջեցման հետ, այդ պատճառով, այն կարող է օգտագործվել որպես պրոգնաստիկ բիոմարկեր ԱՑ-ի ենթարկվող հիվանդների մոտ (100):

Եվս 2 գործոն համարվում են կարևոր հետվիրահատական բարդությունների նվազեցման համար: Հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ կլինիկաները, որտեղ տարեկան կատարվում են 50 ԱՑ-ներից պակաս ունեն հետվիրահատական բարդությունների առաջացման ավելի բարձր հավանականություն՝ կապված բուժական անձնակազմի փորձառության հետ (103): Ավելին, վիրաբույժների մոտ, ովքեր տարեկան կատարում են ավելի քան 7 ԱՑ, հետվիրահատական բարդությունների առաջացման հարաբերական ռիսկ 45%-ով ցածր (104): Հետվիրահատական բարդությունների նվազեցման մյուս կարևոր գործոնը վիրահատությունից հետ արագ վերականգման պրոտոկոլների ներդրումն է Fast Track, ERAS: Բազմաթիվ որակյալ հետազոտություններ փաստում են, որ աղիքային վիրահատություններից հետո նմանատիպ պրոտոկոլների կիրառումը նվազնում է ընդհանուր բարդություններ թիվը 50%-ով (105):

Մեկ այլ միջոց աղիքային բարդությունները նվազեցնելու համար ներկայցնում է ավվինոպանի՝ ծայրամասային  $\mu$ -օփոիդ ընկալիչների անտագոնիստ, օգտագործումը: Տվյալ դեղամիջոց, սակայն, Եվրոպայում հաստատված չէ (106,107): Մեր կատարած հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ սրտի իշեմիկ հիվանդությունը, հետվիրահատական արյան փոխներարկումը և հիվանդանոցի ծավալը բարձրացրել են հետվիրահատական բարդությունների առաջացման հարաբերական ռիսկը 3.3, 2.0 և 2.3 անգամ, համապատասխանաբար (14):

### **1.7 Հետվիրահատական ապրելիություն**

Միզապարկի քաղցկեղից մահացությունը կախված է ախտորոշման ժամանակ քաղցկեղի տարածվածությունից (տեղային, ռեգիոնալ կամ հեռակա) և հասնում է մինչև 81% 5-տարվա հիվանդություն – յուրահատուկ ապրելիությամբ (10):

ՄՔ-ի կապակցությամբ ԱՑ-ի ենթարկված 888 հիվանդների տվյալները ուսումնասիրող բազմա-ինստիտուտային հետազոտությամբ 5-տարվա կրկնությունից ազատ ապրելիությունը կազմել է 58%, իսկ քաղցկեղով պայմանավորված ապրելիությունը՝ 66% (108): Միզապարկի քաղցկեղով պայմանավորված մահացության

հետվիրահատական նոտոգրամների հաստատումը ներկայացրել է նմանատիպ տվյալներ, ըստ որի միզապարկի քաղցկեղով պայմանավորված ապրելիությունը կազմել է 62% (109): 5 տարի անց կրկնությունից ազատ ապրելիությունը և ընդհանուր ապրելիությունը եղել են 68% և 66% համապատասխանաբար, և 60% ու 43%՝ 10 տարի անց(66): Այնուամենայնիվ, 5-տարվա ընթացքում կրկնությունից ազատ ապրելիությունը դրական լիմֆատիկ հանգույցներով հիվանդների մոտ զգալի ցածր է 34-43% (66,110):

Ուռուցքի փուլը հանդիսանում է հաստատված կորևոր գործոն կրկնությունից ազատ ապրելիությունը գնահատելիս: Մասնավորապես, pT1 փուլ ունեցող հիվանդների մոտ 5-տարվա կրկնությունից ազատ ապրելիությունը կազմել է 76%, pT2 փուլով հիվանդների մոտ՝ 74%, pT3 փուլով հիվանդների մոտ՝ 52% և ընդմաներ 36% pT4 փուլ ունեցող հիվանդների մոտ (66):

## **1.8 Կյանքի որակ**

### ***Կյանքի որակը գնահատող հարցաշարեր***

Բացի դիտվող վաղ և ուշ հետվիրահատական բարդությունների, միզապարկի արմատական հեռացումը կապված է նաև վիրահատության ենթարկված հիվանդների կյանքի որակի իջեցման հետ: Միզապարկի արմատական հեռացումից հետո կյանքի որակի գնահատումը մնում է բարդ խնդիր՝ չնայած գոյություն ունեցող հետազոտությունների: Կյանքի որակը գնահատող բազմաթիվ հետազոտություններ ցույց են տվել, որ հիվանդների մեծ մասը հետվիրահատական շրջանում ունենում են սոցիալական, էմոցիոնալ կամ ֆունկցիոնալ խնդիրներ: Կյանքի որակը գնահատող մի քանի հարցաշարեր են հաստատվել, որոնք ներառում են FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy)-G (111), EORTC (European Organization of Research and Treatment of Cancer) QLQ (Quality of Life Questionnaire)-C30 (112), EORTC QLQ-BLM (113) և SF (Short Form) – 36 (114), և վերջերս BCI հարցաշար, ստեղծված հատուկ ՄՔ-ի հիվանդների համար (115): Պսիխոմետրիկ թեստը, ինչպիսին է FACT-BL, օգտագործվում է ՄՔ-ով հիվանդների կյանքի որակը գնահատելու և վիրահատությունից հետո հիվանդացությունը նկարագրելու համար: Չնայած գոյություն ունեցող կյանքի որակը գնահատող բազմաթիվ վավերացված հարցաշարերի, կյանքի որակի գնահատումը ունի որոշակի սահմանապակումներ (116): Մասնավորապես, կյանքի որակի ընկալումը

կարող է փոխվել հիվանդների մոտ տարած ծանր հիվանդության պատճառով: Ավելին, հիվանդների վերաբերմունքը հիվանդությանը կարող է փոխվել ժամանակի ընթացքում: Հիվանդների սպասելիքները նախավիարահատական շրջանում կարող են ազդել հետվիրահատական կյանքի որակի վրա: Որպես կանոն հիվանդների սպասելիքները արտահայտվում են ծայրահեղություններով՝ կամ շատ լավ, կամ շատ վատ: Եվս մեկ գործոն անհրաժեշտ է հաշվի առնել: Կյանքի որակի հարցաշարերի տրամադրումը և վերլուծությունը պետք է կատարվի տվյալ վիրաբուժական թիմի մեջ չընդգրկված՝ երրորդ կողմի միջոցով (117):

SF-36-ը մի քանի լեզուներով վավերացված հարցաշար է, որը կարողանում է չափել ազգաբնակչության առողջական վիճակը: Այն ներառում է կյանքի որակի 8 ասպեկտներ՝ ֆիզիկական ֆունկցիոնալությունը, ֆիզիկական-դերային ֆունկցիոնալությունը, էմոցիոնալ-դերային ֆունկցիոնալությունը, կենսունակությունը, հոգեկան առողջությունը, սոցիալական ֆունկցիոնալությունը, մարմնական ցավը, և ընդհանուր առողջությունը: Տվյալ հարցաշարի բարձր ցուցանիշը վկայում է լավ արդյունքների լավ մասին (118):

EORTC QLQ-C30 հարցաշարը ներառում է 30 հարցեր, որոնք ներկայացված են 5 ֆունկցիոնալ բաժիններում՝ ֆիզիկական, դերային, էմոցիոնալ, ճանաչողական (կոգնիտիվ) և սոցիալական, և ևս մեկ բաժին ընդհանուր առողջության վերաբերյալ: Ֆունկցիոնալ և ընդհանուր բաժինների բարձր ցուցանիշները ներկայացնում են կյանքի որակի ավելի լավ արդյունքներ, այնինչ ախտանիշների հարցերի դեպքում բարձր ցուցանիշը կապված է վատ արդյունքների հետ (118):

EORTC QLQ-BLM հարցաշարը ստեղծված է հատուկ ԱՑ-ի և հաջորդող ռեկոնստրուկտիվ վիրահատության ազդեցությունը գնահատելու համար: Այստեղ ևս ախտանիշների բարձր ցուցանիշները վկայում են կյանքի որակի նվազ լինելու մասին (118):

FACT-G հարցաշարը միտված է քաղցկեղով հիվանդների կյանքի որակը գնահատելու համար: Այն բաղկացած է 4 բաժիններից, որոնք ուսումնասիրում են հիվանդների ֆիզիկական, սոցիալական/ընտանեկան, էմոցիոնալ և ֆունկցիոնալ լավ ինքնզգացողությունը: Ֆիզիկական և էմոցիոնալ բաժինների ցածր ցուցանիշները

համապատասխանում են բարձր կյանքի որակին, իսկ սոցիալական և ֆունկցիոնալ բաժինների ցածր ցուցանիշները ցածր կյանքի որակին (118):

FACT-BL հարցաշարը նախատեսված է միզապարկի քաղցկեղով հիվանդների կյանքի որակի գնահատման համար: Այն ի տարբերություն FACT-G-ի պարունակում է հավելյալ 12 հարցեր, որոնք ավելի խորն են գնահատում միզապարկի քաղցկեղ ունեցող հիվանդների խնդիրները (118):

FACT-BL-Cys հարցաշարը ուղղված է արմատական ցիստեկտոմիայից և մեզի դերվիացիայից հետո դիտվող յուրահատուկ խնդիրների գնահատմանը: Այն ի տարբերություն FACT-G-ի պարունակում է հավելյալ 17 հարց (118,119):

### ***Մեզի դերվիացիայի ընտրությունը կյանքի որակի տեսանկյունից***

Հիվանդների սոցիալական, ֆիզիկական, էմոցիոնալ և ֆունկցիոնալ վիճակը կարող է տուժել վիրահատության հետևանքով: Մասնավորապես, մեզի դերվիացիայի տարբեր եղանակներ կարող են տարբել ազդեցություն ունենալ հիվանդների կյանքի որակի վրա: Կյանքի որակի մասին ճիշտ պատկերացումը կարող է անկյունաքարային լինել բժիշկների և հիվանդների համար մեզի դերվիացիայի տարբեր եղանակներից հետո սպասելիքները գնահատելու համար, որն էլ իր հերթին կարող է կողմնորոշիչ դեր ունենալ այս կամ այն մեթոդի ընտրության մեջ: Իրարամերժ կարծիքներ կան, թե որ տարբերակն է ավելի լավ կյանքի որակի տեսանկյունից: Տարբեր հետազոտություններում համեմատվել են, ինչպես մեզի դերվիացիայի եղանակները, այնպես էլ կյանքի որակի նախա- և հետվիրահատակ փոփոխությունները:

Հիվանդների նախավիրահատական և հետվիրահատական կյանքի որակը գնահատաող հետազոտությունները պարզել են, որ վիրահատությունից հետո նկատվում է ԿՌ-ի իջեցում, որը բարելավվում է վիրահատությունից հետո առաջին 12 ամսվա ընթացքում (120,121): Մեկ այլ հետազոտության արդյունքներով դիտվել է ֆիզիկական և սոցիալական ասպեկտների բարելավում վիրահատությունից հետո և 2 ամիս անց: Նույն հետազոտության տվյալներով էմոցիոնալ ասպեկտի բարելավում դիտվել է հենց առաջին ամիսների ընթացքում (122): Այսպիսով հեղինակները եզրակացրել են, որ հետվիրահատական ժամանակահատվածի երկարումը բարելավում է ընդհանուր կյանքի որակը ԱՑ-ի ենթարկված հիվանդների մոտ: Առաջին ամիսների ընթացքում ԿՌ-ի վրա ազդող հնարավոր գործոններից է հետվիրահատական



բարդությունների առկայությունը: Վաղ հետվիրահատական բարդությունները շատացնում են մահճակալ-օրերի քանակը, բայց դրանցից ոչ մեկը ազդեցություն չի թողնում կյանքի որակի ցուցանիշների վրա 1 տարի անց (123): Իրենց հետազոտության մեջ Kretchmer-ը և համահեղինակները ուսումնասիրել են վաղ հետվիրահատական բարդությունների դերը զստադիքային կոնդուիտի և օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակներով վիրահատված հիվանդների մոտ: Նրանք առձանագրել են, որ թեև բարդացած վիրահատական ընթացքը կապված է կյանքի որակի առանձին ենթախմբերի ցուցանիշների իջեցման հետ, այնուամենայնիվ դրանց ազդեցությունը ընդհանուր առողջական վիճակի վրա էական չէ: Նրանք նաև փաստում են, որ օրթոտոպիկ միզապարկը լավ կյանքի որակի անկախ կանխորոշիչ է վիրահատությունից 3 ամիս անց, բայց ոչ 2 տարի անց (124): Prcic-ը և համահեղինակները ուսումնասիրել են հետվիրահատական ուշ բարդությունների և կյանքի որակի կապը և պարզել, որ այն էականորեն ցածր է եղել ուշ բարդություններ ունեցող հիվանդների մոտ (125):

Կոնտինենտ և ոչ կոնտինենտ մեզի դերիվացիների եղանակով վիրահատված հիվանդների ԿՈ-ի ցուցանիշները էականորեն չեն տարբերվում (117,118,126): Երկու հետազոտություններում օրթոտոպիկը միզապարկը կապված էր էականորեն լավ ֆիզիկական ֆունկցիայի և ընդհանուր առողջության հետ (127,128): Մոցիալական շփումները, հոգեկան առողջությունը և էմոցիոնալ ֆունկցիան առավել էին օրթոտոպիկ միզապարկ ստացած հիվանդների մոտ: Մեկ այլ հետազոտություն նշում է, թեև միզային ֆունկցիան ավելի լավ է կոնդուիտով հիվանդների մոտ, միզային համակարգի հետ կապված անհանգստությունները նույն են երկու խմբում էլ (129):

Օրթոտոպիկ միզապարկի և մաշկային ստոմաների համեմատումը կատարվել է 4 հետազոտություններում (130-133): Դրանցից 3 փաստում են, տարբերության բացակայության մասին (130,131,133): Mansoon-ը և համահեղինակները գտել են, որ ֆիզիկական և սեռական ֆունկցիաները առավել են օրթոտոպիկ եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ (131): Օրթոտոպիկ միզապարկով հիվանդները ավելի բավարարված են իրենց արտաքին տեսքով, որով պայմանավորված առձանագրվում են ֆիզիկական և էմոցիոնալ ավելի լավ ցուցանիշներ (130,131):

Հետազոտությունների մեծ մասում օրթոտոպիկ և կոնդուիտ մեզի դերիվացիանով հիվանդների խմբերի միջև վիճակագրորեն էական տարբերություններ չեն

հայտնաբերվել (126): Այդուհանդերձ, հիվանդների մեծ մասը նշում է, որ հնարավորության դեպքում կրնտրեին օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակ ավելի շատ քան զստադիքային կոնդուիտը: Կարևոր է նաև նշել, որ կյանքի որակի պարամետրները հանդիսանում են ընդհանուր ապրելիության անկախ գործոններ: Կոնտինենտ դերիվացիայով հիվանդների ցուցանիշները հիմնականում ավելի բարձր են քան կոնդուիտ եղանակով վիրահատված հիվանդներինը: Ներկայումս, հիվանդների տեղեկացվածությունը և նրանց կողմից համապատասխան վիրահատական եղանակի ընտրությունը մնում է կարևորագույն գործոնը (126):

Չնայած կատարված մեծաքանակ հետազոտությունների, չկան հստակ առաջարկներ և արդյունքներ, որոնք կհաստատեն մեզի դերիվացիայի որևէ եղանակի առավելությունը մյուսի հանդեպ: Ավելին, կատարված հետազոտությունների հիմնական մասը նվիրված է ադիքային կոնդուիտի և օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների արդյունքների համեմատմանը: ՈՒԿ-ի վերաբերյալ հետազոտությունները մինչ օրս սահմանափակ են, իսկ առկա հետազոտությունները՝ հին:

Կյանքի որակի տեսանկյունից հետազոտությունների թիրախը կրկին հանդիսանում ադիքային կոնդուիտի և օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդները: Քիչ հետազոտություններում, որոնցում ներառված են ՈՒԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների տվյալներ, հեղինակները համեմատում են ՈՒԿ-ի և ադիքային կոնդուիտի կամ ՈՒԿ-ի և օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակները: Ներկա աշխատանքը հնարավորություն ընձեռնում համեմատել ԱՑ-ից հետո 3 ամենահաճախ օգտագործվող մեզի դերիվացիայի եղանակներով վիրահատված հիվանդների ընդհանուր ապրելիությունը և կյանքի որակը մեկ հետազոտության մեջ: Ավելին, մեր կոհորտում ՈՒԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների մի մասը նշված վիրահատության է ենթարկվել սոցիալական պայմաններից ելնելով, այլ ոչ առողջական բացարձակ հակացուցումների պատճառով:

Վերոնշյալ դրույթները հնարավորություն են տալիս համեմատել անմիջապես վիրահատության և հետվիրահատական շրջանի ազդեցությունը հիվանդության ելքերի, ինչպես նաև կյանքի որակի ցուցանիշների վրա: Այսպիսով, ներկա աշխատանքը

միտված է ավելացնել նախկինում կատարված հետազոտությանների արժեքը և փորձել լրացնել գրականության մեջ առկա բացը:

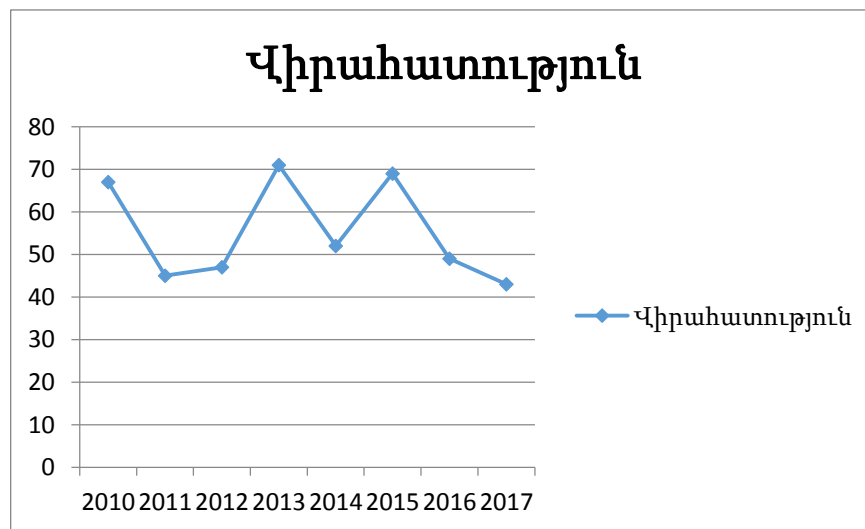
## ԳԼՈՒԽ 2.

### ՆՅՈՒԹԵՐ և ՄԵԹՈԴՆԵՐ

#### 2.1 Հիվանդների ընդհանուր կլինիկական բնութագիր

Հետազոտության մեջ ներառվել են 2010թ-ի հունվարից մինչև 2017թ-ի դեկտեմբերը Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի օնկո-ուրոլոգիայի, «Արթմեդ» ԲԿ-ի և «Քանաքեռ-Զեյթուն» ԲԿ-ի ուրոլոգիայի բաժանմունքներում ԱՑ-ի ենթարկված հիվանդները:

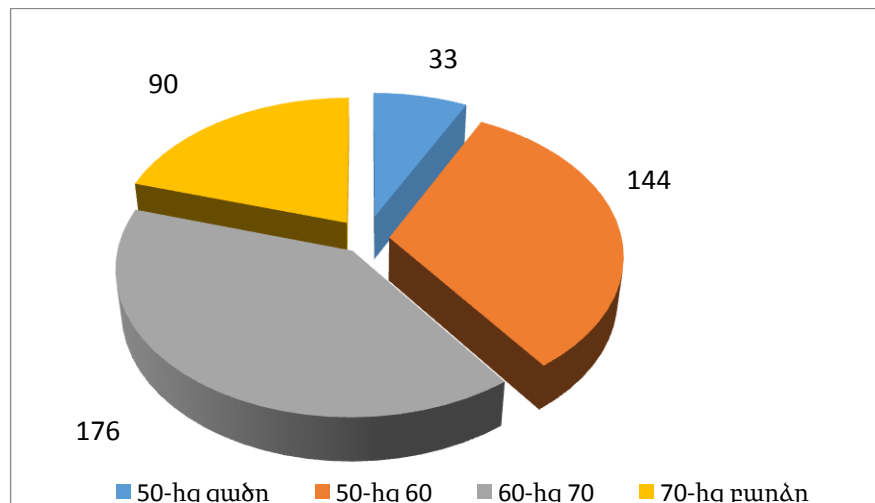
Ընդհանուր առմամբ հետազոտության մեջ ներառվել են 443 հիվանդ: Միջինում յուրաքանչյուր տարվա ընթացքում վիրահատվել են 55.4 հիվանդ, ամենաշատը՝ 2013թ-ին, իսկ ամենքիչը՝ 2017թ-ին, համապատասխանաբար 71 և 43: 2013թ-ի հունվարից մինչև 2015թ-ի դեկտեմբերը ընդհանուր վիրահատված հիվանդների թիվը կազմել է 192 (Նկար 1): Նշված հիվանդների տվյալները հետազայում օգտագործվել է մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներով վիրահատված հիվանդների հետվիրահատական ընդհանուր ապրելիությունը որոշելու համար:



Նկար 1. Հիվանդների քանակի բաշխվածությունը ըստ տարիների

Բոլոր ներառված հիվանդները եղել են տղամարդիկ: Հիվանդների միջին տարիքը կազմել է 62.1 տարեկան տատանվելով 34-ից մինչև 84: Ամենաշատ թվով հիվանդներ

ներառված են եղել 50-ից 60 և 60-ից 70 տարիքային խմբերում, համապատասխանաբար 144 (32.5%) և 176 (39.7%) հիվանդներ (Նկար 2):



Նկար 2. Հիվանդների բաշխվածությունը ըստ տարիքային խմբերի

Ուռուցքի ախտաբանական տարածվածության աստիճանը որոշվել է միզապարկի և հեռացված ավշային հանգույցների ախտահյուսվածաբանական քննության արդյունքով՝ համապատասխան ՏՆՄ (TNM) դասակարգման (134): Միզապարկի ուռուցքների ագրեսիվության աստիճանը նկարագրվել է համաձայն ՀԱԿ (WHO)<sup>190</sup> ուրոթելիալ քաղցկեղների դասակարգման (135):

Աղյուսակ 1.

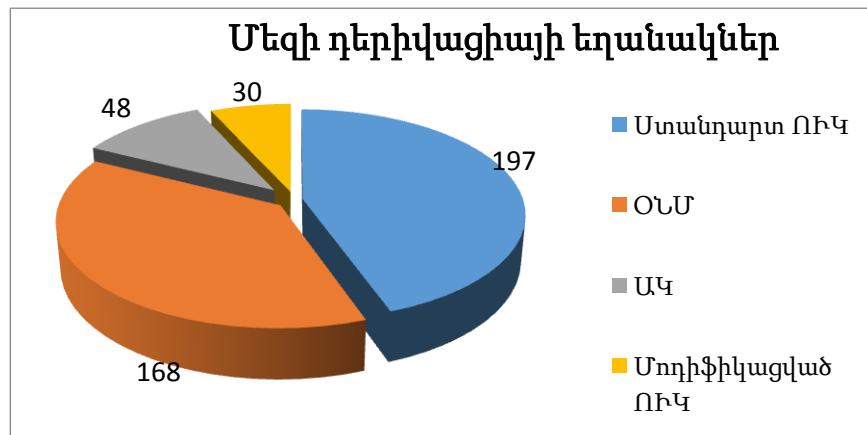
Քաղցկեղի փուլի և քաղցկեղի ագրեսիվության համամասնությունը

Քաղցկեղի փուլ	Քաղցկեղի ագրեսիվություն			Ընդհանուր քանակ (%)
	G1	G2	G3	
pT1N0M0	0	0	0	0
pT2N0M0	5 (2.6%)	107 (54.6%)	85 (43.7%)	196 (44.2), (100)
pT3N0M0	3 (2.1%)	81 (56.6%)	59 (41.3%)	143 (32.8), (100)
pT4N0M0	1 (2.5%)	24 (60.0%)	15 (37.5%)	40 (9.0), (100)
pT2-4N1M0	2 (3.1%)	28 (43.8%)	34 (53.1%)	64 (14.4), (100)
Ընդհանուր քանակ (%)	11 (2.5)	240 (54.2)	192 (43.3)	443 (100)

Նշում. pT հանդիսանում է ախտահյուսվածաբանական դասակարգում

Ընդհանուր առմամբ, բարձր, չափավոր և ցածր դիֆերենցված ուռուցքներ ախտորոշվել են 2.5%, 54.2%, 43.3% դեպքերում: Ինչպես երևում է աղյուսակ 1-ից, հիվանդների մեծամասնությունը՝ 44.2% (192 հիվանդ) ունեցել է pT2N0M0 փուլը: Նշվածների 54.6% ունեցել է չափավոր, իսկ 43.7%՝ ցածր դիֆերենցված քաղցկեղ: pT3N0M0 փուլը ախտորոշվել է 32.8% դեպքերում, որոնցից մեծամասնությունում՝ 56.6% դիտվել է չափավոր դիֆերենցված ուռուցք: Ցածր դիֆերենցված ուռուցքներ տվյալ խմբում ախտորոշվել է 41.3% դեպքերում: pT4N0M0 փուլում հայտնաբերվել է ընդհանուր հիվանդների 9.0%-ում, որոնցից չափավոր դիֆերենցված ուռուցքները ախտորոշվել են 60.0% դեպքերում, իսկ ցածր դիֆերենցված ուռուցքները՝ 37.5%-ում: Եվ վերջապես, դրական լիմֆատիկ հանգույցներով հիվանդների թիվը կազմել է 64, որը համապատասխանում է 14.4%-ին: Նրանցից մեծամասնությունը, սպասվածին համապատասխան, եղել են ցածր դիֆերենցված ուռուցքներ՝ 53.1%, այնինչ չափավոր դիֆերենցված ուռուցքները հայտնաբերվել են 43.8% դեպքերում:

Հիվանդների խմբերի բաժանումը իրականացվել է համաձայն ընտրված մեզի դերիվացիայի եղանակի: Մեր հետազոտության մեջ հիվանդների ամբողջ կոհորտը բաժանված է եղել 4 խմբերի:



Նկար 3. Հիվանդների բաշխվածությունը ըստ մեզի դերիվացիայի եղանակների Նշում. ՕՆՄ - օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈԻԿ - ուրեթերոկուտանեոստոմա, ԱԿ - ադիքային կոնդուիտ

ԱՅ-ից հետո դեպքերի մեծամասնությունում՝ 197 հիվանդ (44.5%), վիրահատությունը ավարտվել է ստանդարտ ՈԻԿ ձևավորումով: Օրթոտոպիկ նոր

միզապարկի ստեղծումը իրականացվել է 168 հիվանդի մոտ՝ ընդհանուր կոհորտի 37.9% դեպքերում: Աղիքային կոնդուիտի եղանակով վիրահատվածների թիվը կազմել է 48, որը համապատասխանել է 10.8%-ի: Եվս մեկ վիրահատական եղանակի՝ մոդիֆիկացված միաբացվածք ուրեթերոկուտանեոստոմայի, կիրառում դիտվել է 30 հիվանդի մոտ (6.8%) (Նկար 3): Վերջին եղանակը կիրառվել է 2016թ-ից սկսած:

*Աղյուսակ 2.*

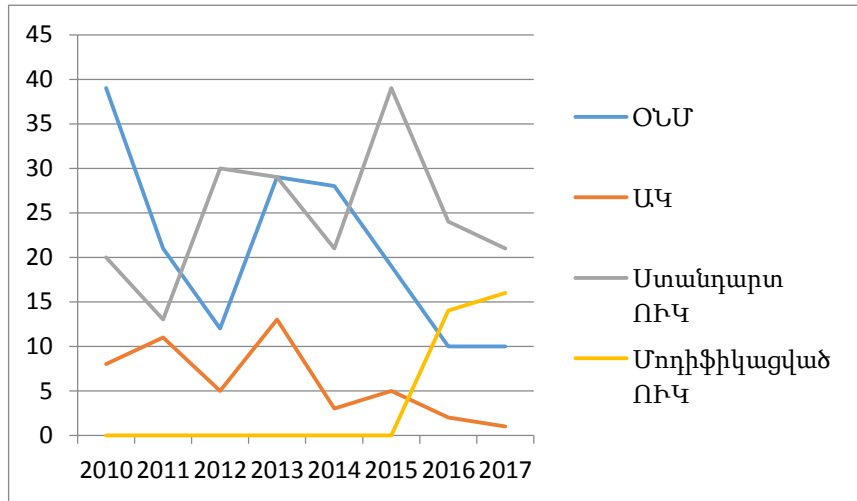
*Վիրահատությունների քանակների բաշխվածությունը ըստ տարիների*

Դերիվացիայի եղանակ	Վիրահատության տարեթիվ								Ամբողջ
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Ստանդարտ ՈւԿ	20	13	30	29	21	39	24	21	197
ՕՆՄ	39	21	12	29	28	19	10	10	168
ԱԿ	8	11	5	13	3	5	2	1	48
Մոդիֆիկացված ՈւԿ	0	0	0	0	0	0	14	16	30
Ամբողջ	67	45	47	71	52	69	49	43	433

*Նշում. ՕՆՄ - օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈւԿ - ուրեթերոկուտանեոստոմա, ԱԿ - աղիքային կոնդուիտ*

Մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակների կիրառումը փոխվել է տարիների ընթացքում (Աղյուսակ 2): Մասնավորապես, վաղ տարիների՝ 2010-2015թթ-ների, ընթացքում նախապատվությունը տրվել է օրթոտոպիկ միզապարկի, իսկ 2015թ-ից սկսած՝ ստանդարտ և մոդիֆիկացված ՈւԿ-ների ձևավորմանը: Աղիքային կոնդուիտի եղանակով վիրահատված հիվանդների քանակը սահմանափակ է եղել ինչպես վաղ, այնպես էլ վերջին տարիներին: Նշված եղանակով տարեկան առավելագույն վիրահատված հիվանդների թիվը եղել է 13-ը (Նկար 4):

Իհարկե, ուռուցքի փուլը և ազդեցիվությունը չէին կարող ազդեցություն չունենալ մեզի դերիվացիայի եղանակի ընտրության հարցում:



Նկար 4. Մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներերով վիրահատված հիվանդների թվի բաշխվածությունը ըստ տարիների

Նշում. OLS - օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈԻԿ –ուրեթերոկուտանենոստոմա, ԱԿ- աղիքային կոնդուիտ

Ինչպես երևում է աղյուսակ 3-ից, օրթոտոպիկ նոր միզապարկով, աղիքային կոնդուիտով և մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ով վիրահատված հիվանդների գերակշռող մեծամասնության մոտ ախտորոշվել է կամ pT2N0M0 կամ pT3N0M0 փուլ:

Աղյուսակ 3.

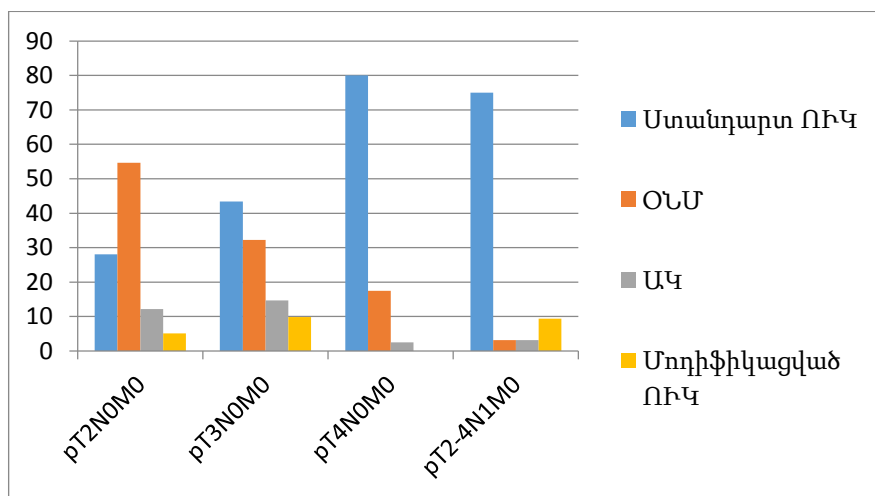
Ուռուցքի փուլի բաշխվածությունը ըստ վիրահատական եղանակների

Դերիվացիայի եղանակ	Ուռուցքի փուլ				Ամբողջ (%)
	pT2N0M0	pT3N0M0	pT4N0M0	pT2-4N1M0	
OՆՄ	107 (63.7%)	46 (27.4%)	7 (4.2%)	2 (1.2%)	168 (100%)
ԱԿ	24 (50.0%)	21 (43.8)	1 (2.1)	2 (4.2)	48 (100%)
Երկկողմանի ՈԻԿ	55 (27.9%)	62 (31.5%)	32 (16.2%)	48 (24.4)	197 (100%)
Մոդիֆիկացված ՈԻԿ	10 (33.3%)	14 (46.7)	0	6 (20.0%)	30 (100%)
Ամբողջ	196	143	40	64	433

Նշում. OLS - օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈԻԿ –ուրեթերոկուտանենոստոմա, ԱԿ- աղիքային կոնդուիտ



Ստանդարտ ՈԻԿ-ի եղանակով վիրահատվածների 27.9% և 31.5% –ի մոտ հայտնաբերվել է pT2N0M0 կամ pT3N0M0: Մնացած 40.4%-ի մոտ, հիվանդությունը ախտորոշվել է ավելի զարգացած փուլերում՝ 16.2% դեպքերում՝ pT4N0M0 և 24.4% դեպքերում՝ pT2-4N1M0 փուլերում: Մյուս կողմից pT2-4N1M0 և pT4N0M0 փուլերով բոլոր հիվանդների համապատասխանաբար 75.0% (48 հիվանդ) և 80.0% (32 հիվանդ) վիրահատվել են ստանդարտ ՈԻԿ-ի եղանակով: Դրան հակառակ pT2N0M0 հիվանդություն ունեցող հիվանդների 50%-ից ավելին ենթարկվել են արմատական ցիստեկտոմիայի դրան հաջորդող աղիքային միզապարկի ձևավորումով (Նկար 5):



*Նկար 5. Մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակների բաշխվածությունը ըստ ուռուցքի փուլի*

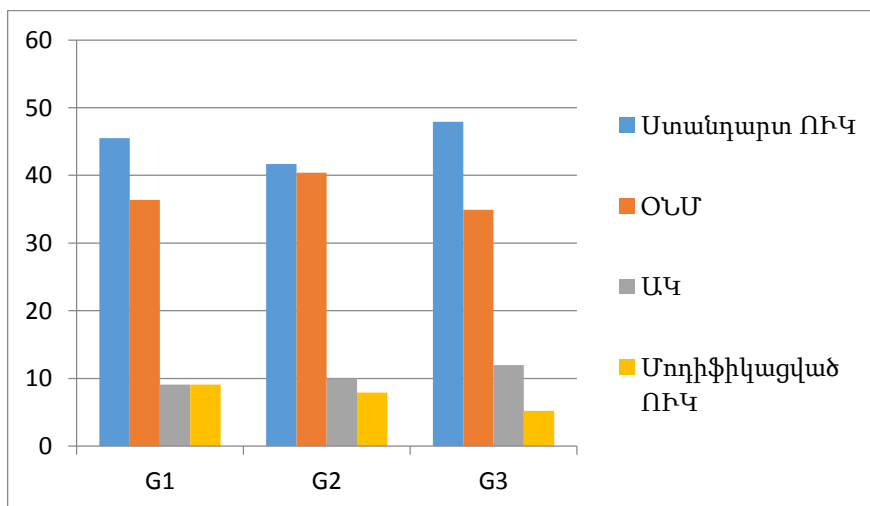
*Նշում՝ ՕՆՄ - օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈԻԿ –ուրեթերոկուտանեոստոմա, ԱԿ- աղիքային կոնդուիտ*

Մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակների խմբերում հիվանդների բաշխվածությունը ըստ ազդեցիվության աստիճանի ավելի համասեռ է: Բոլոր խմբերում չափավոր դիֆերենցված ուռուցքների հանդիպման հաճախականությունը կազմել է 50%-ից ավելի (Աղյուսակ 4): Ստանդարտ ՈԻԿ-ի մասնաբաժինը եղել է ամենամեծը, ինչպես բարձր և չափավոր դիֆերենցված քաղցկեղի դեպքում, այնպես էլ ցածր դիֆերենցված ուռուցքների պարագայում (Նկար 6):

Ուռուցքի ազդեցիկության բաշխվածությունը ըստ վիրահատական եղանակների

Դերիվացիայի եղանակ	Ուռուցքի ազդեցիկություն			Ամբողջ
	G1	G2	G3	
ՕՆՄ	4 (2.4%)	97 (57.7%)	67 (39.8%)	168 (100%)
ԱԿ	1 (2.1%)	24 (50.0%)	23 (47.9%)	48 (100%)
Ստանդարտ ՈԻԿ	5 (2.5%)	100 (50.8%)	92 (46.7%)	197 (100%)
Մոդիֆիկացված ՈԻԿ	1 (3.3%)	19 (63.3%)	10 (33.3%)	30 (100%)
Ամբողջ	11	240	192	433

ՕՆՄ - օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈԻԿ –ուրեթերոկուտանեոստոմա, ԱԿ-աղիքային կոնդուիտ



Նկար 6. Մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակների բաշխվածությունը ըստ ուռուցքի ազդեցիկության

Նշում՝ ՕՆՄ - օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈԻԿ –ուրեթերոկուտանեոստոմա, ԱԿ-աղիքային կոնդուիտ

Բոլոր եղանակով վիրահատված հիվանդների վիրահատությունների միջին տևողությունը կազմել է 243 րոպե (120-410 րոպե): Օրթոտոպիկ նոր միզապարկի ձևավորումով վիրահատությունները ունեցել են ամենաերկար տևողությունը: Միջինում

այս եղանակով վիրահատությունները տևել են 310 րոպե (210-410րոպե): Դրան հակառակ, ամենակարճ վիրահատությունը եղել է ստանդարտ ՈԻԿ-ն, որը միջինում տևել է 195 րոպե տատանվելով 120-ից մինչև 280 րոպե: Մնացած 2 եղանակներով վիրահատությունների միջին տևողությունը կազմել է 234 րոպե (180-300 րոպե) աղիքային կոնդուիտի և 202 րոպե (160-240 րոպե) մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ի դեպքում:

Ներվիրահատական արյան միջին կորուստը ամբողջ խմբում եղել է 425մլ տատանվելով 200-900մլ: Արյան կորուստը քիչ է տարբերվել խմբերի միջև: Օրթոտոպիկ մեզի դերիվացիայի եղանակով վիրահատությունը կապված է եղել արյան առավելագույն կորստի հետ: Այն այս խմբում կազմել է 435մլ: Համեմատության համար պետք է նշել, որ մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ արյան ներվիրահատական կորուստը կազմել է 350 մլ: Արյան կորուստը միջին ցուցանիշները խմբերի միջև էականորեն չեն տարբերվել:

ASA սանդղակի համաձայն 3 և 4 աստիճանի ցուցանիշներ դիտվել են 141 հիվանդի մոտ (31.8%): Այսպիսի ցուցանիշների առավելագույն առձանագրություն կատարվել է մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ի խմբում` 30 հիվանդից 11-ի մոտ (36.7%): Ստանդարտ ՈԻԿ-ի խմբում այս ցուցանիշները դիտվել են 197 հիվանդից 66-ի մոտ (33.5%), աղիքային միզապարկի խմբում 168 հիվանդից 50-ի մոտ (30.4%) և աղիքային կոնդուիտի խմբում 48 հիվանդից 13-ի մոտ (27.1%):

Նախավիրահատական հիդրոնեֆրոզը նկարագրվել է 119 հիվանդի մոտ (26.9%), որոնցից 17.6%-ը (21 հիվանդ) հետագայում վիրահատվել է օրթոտոպիկ աղիքային միզապարկի, 10.1%-ը (12 հիվանդ)` աղիքային կոնդուիտի, 68.1%-ը (79 հիվանդ)` ստանդարտ ՈԻԿ-ի և 6.9%-ը (7 հիվանդ)` մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ի եղանակներով:

## 2.2 Մեթոդներ

### *Ընդհանուր բնութագիր և հետազոտության դիզայնի որոշումը*

Հետազոտության հիմնական խնդիրները հանդիսանում են ԱՅ-ից հետո մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներով վիրահատված հիվանդների ընդհանուր ապրելիության և կյանքի որակի ցուցանիշների համեմատումը: Վերոնշյալ խնդիրների ուսումնասիրման նպատակով, որպես հետազոտության դիզայն ընտրվել է ռետրոսպեկտիվ կոհորտ մեթոդը ընդգրկելով 2010թ-ի հունվարից մինչև 2017թ-ի

դեկտեմբեր ժամանակահատվածում մեզի դերիվացիայի որևէ եղանակով ԱՑ-ի ենթարկված հիվանդների տվյալները: Վերոնշյալ հետազոտության դիզայնի կիրառումը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել որևէ գործոնով պայմանավորված համեմատական խմբերի միջև առկա տարբերությունները:

Տվյալ դեպքում ԱՑ-ն հանդիսացել է պարտադիր ներառման պայմանը (գործոնը), իսկ մեզի դերիվացիայի եղանակները կազմել են համեմատության խմբերը: Հետազոտվող կլինիկական ելքերը հանդիսացել են հետվիրահատական բարդությունների առկայությունը, ներհիվանդանոցային մահը, ապրելիությունը և հետվիրահատական կյանքի որակի ցուցանիշները:

Հետազոտության շրջանակներում համեմատվել են հիվանդների 4 խմբեր. առաջին խմբում ընդգրկվել են հիվանդներ, որոնց մոտ միզապարկի արմատական հեռացումից հետո կատարվել է նոր միզապարկի ստեղծում օգտագործելով զստադիքի վերջնահատվածը (օրթոտոպիկ նոր միզապարկ), երկրորդում՝ հիվանդներ, որոնց մոտ մեզի դերիվացիան կատարվել է ադիքային կոնդուիտի եղանակով, երրորդը՝ որոնց մոտ միզածորանները անմիջապես դուրս են բերվել մաշկի վրա (ստանդարտ ՈԻԿ) և չորրորդը՝ մոդիֆիկացված ուրեթերոկուտանեոստոմայի եղանակով վիրահատված հիվանդներ: Միզապարկի քաղցկեղի կապակցությամբ վիրահատված հիվանդների հետվիրահատական առնվազն 3 տարվա ապրելիությունը որոշելու նպատակով ընդգրկվել և հավաքագրվել են 2013-2015թթ-ների ընթացքում մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներով վիրահատված հիվանդների տվյալները:

Կյանքի որակը գնահատելու համար կապ է հաստատվել 2010թ.-ի հունվարից մինչև 2017թ.-ի դեկտեմբեր ժամանակահատվածում վիրահատված հիվանդների կամ նրանց հարազատների հետ: Հետազոտության պահին ներառման չափանիշներին համապատասխանող բոլոր հիվանդներից թույլտվությունը ստանալուց հետո տրամադրվել է կյանքի որակը գնահատող մշակված հարցաշարը:

### ***Ներառված կլինիկաների ընդհանուր բնութագիրը***

Հետազոտության մեջ ընդգրկվել են հանրապետության այն կլինիկաները, որտեղ տարեկան կատարվել է ավելի քան 20 նմանատիպ վիրահատություններ: Նման կերպ հսկվել է վիրաբույժի ինչպես նաև բուժ-անձնակազմի փորձառության հետ կապված համակարգային սխալները: Միևնույն ժամանակ ընդգրկվել են հնարավորինս քիչ

կլինիկաներ, այսպիսով, սահմանափակվել է տարբեր վիրահատական եղանակների կիրառումը՝ առավելագույնս ապահովելով համասեռ ընտրության խումբ: Այսպիսով տվյալները հավաքագրվել են 3 կլինիկաներից՝ Վ.Ա. Ֆանարջանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի օնկոուրոլոգիայի, «Արթմեդ» ԲԿ-ի և «Քանաքեռ-Զեյթուն» ԲԿ-ի ուրոլոգիայի բաժանմունքներից: Յուրաքանչյուր կլինիկայում բոլոր վիրահատությունները կատարվել են մեկ փորձառու վիրաբույժի կողմից: Ավելին, «Արթմեդ» և «Քանաքեռ-Զեյթուն» ԲԿ-ներում վիրահատությունները իրականացվել է մեկ մասնագետի կողմից տարբեր ժամանակահատվածներում:

### ***Վիրահատության եղանակները***

Հիվանդների նախավիրահատական պատրաստումը կատարվել է ստանդարտ պրոտոկոլների համաձայն: Վիրահատությունները կատարվել են կոմբինացված բազմակոմպոնենտային անեսթեզիայի ներքո: Ինչպես արդեն նշվել է, ԱՅ-ից հետո կիրառվել են մեզի դերիվացիաների տարբեր եղանակներ կախված հիվանդների ընդհանուր վիճակից, ուռուցքի զարգացման աստիճանից և այլ գործոններից: Ներկա հետազոտության մեջ նշված կլինիկաներում կատարվել են մեզի դերիվացիայի հետևյալ եղանակներ. 1. Կոնտինենտ մեզի դերիվացիա նոր օրթոտոպիկ աղիքային միզապարկի ձևավորումով, 2. Զստաղիքային կոնդուիտ, 3. Ստանդարտ ուրեթերոկուտանեոստոմա, 4. Մոդիֆիկացված միաբացվածք ուրեթերոկուտանեոստոմա:

Օրթոտոպիկ միզապարկի ձևավորումը իրականացվել է համաձայն Studer-ի (77) և Hautmann-ի (52) նախկինում նկարագրված վիրահատական եղանակների: Աղիքային կոնդուիտի դեպքում կիրառվել է Bricker-ի (46) և Wallace-ի (48) կողմից մշակված մեթոդիկաները: Ստանդարտ ՈԻԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ միզածորանները մաշկի վրա են դուրս բերվել նույն կողմում առանց որևէ մոդիֆիկացիայի կամ կիրառելով Ariyoshi-ի մոդիֆիկացիան (37)՝ ստեղծելով պոկիկային ստոմա: Մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ի եղանակը առաջարկվել և կիրառվել է մեր կողմից սկսած 2016թ-ից որպես հիվանդների հետվիրահատական խնամքը բարելավող միջամտություն: Բոլոր հիվանդները մոդիֆիկացված եղանակով վիրահատվելուց առաջ տվել են իրենց համաձայնությունը, ինչպես նաև տեղեկացված են եղել բոլոր այլընտրանքային եղանակների գոյության, առավելությունների և հնարավոր բարդությունների մասին: Տեխնիկայի նկարագրությունը և նախնական արդյունքները

ներկայացվել են Եվրոպական Ուրուլոգիական Ասոցիացիայի (EAU) 33-րդ տարեկան ժողովի ընթացքում:

**Տվյալների հավաքագրման նյութեր**

Հետազոտության շրջանակներում, որպես հետազոտության միջոց օգտագործվել են միզապարկի քաղցկեղի կապակցությամբ արմատական ցիստեկտոմիայի ենթարկված հիվանդների պատմագրերը: Պատմագրերից տվյալների հավաքագրման նպատակով կիրառվել է մեր կողմից նախկինում մշակված հատուկ ձև (Աղյուսակ 5):

*Աղյուսակ 5.*

*Պատմագրերից տվյալների հավաքագրման ձև*

Աղմինիստրատիվ տվյալներ		
1. Հիվանդի ID _____		2. Հիվանդանոցի ID _____
3. Ընդունման օր ___/___/___	4. Վիրահատության օր ___/___/___	5. Դուրս գրման օր ___/___/___
6. Ծննդյան օր ___/___/___ կամ		
Նախավիրահատական և ներվիրահատական գործոններ		
7. Շաքարային դիաբետ 0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո 99. <input type="checkbox"/> Բացակայում է		
8. Նախավիրահատական հիդրոնեֆրոզ 0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո 99. <input type="checkbox"/> Բացակայում է (հայտնաբերված ՀՇ-ով կամ ուլտրաձայնային հետազոտությամբ)		
8a. Եթե այո → Որ կողմից? 1. <input type="checkbox"/> Չախից 2. <input type="checkbox"/> Աջից 3. <input type="checkbox"/> Երկու կողմից		
9. Քաղցկեղի փուլը (պաթոհյուսվածաբանական քննության արդյունքով)		1. <input type="checkbox"/> pT1N0M0 2. <input type="checkbox"/> pT2aN0M0 3. <input type="checkbox"/> pT2bN0M0 4. <input type="checkbox"/> pT3N0M0 5. <input type="checkbox"/> pT4N0M0 6. <input type="checkbox"/> pT2-4N1M0

<p>10. Քաղցկեղի ազդեցիվության աստիճանը (պաթոհյուսվածաբանական քննության արդյունքով)</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> G1 2. <input type="checkbox"/> G2 3. <input type="checkbox"/> G3</p>
<p>11. Մեզի դերիվացիայի եղանակը</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Կոնտինենտ 2. <input type="checkbox"/> Կոնդուիտ 3. <input type="checkbox"/> Ստանդարտ ՈԻԿ 4. <input type="checkbox"/> Այլ _____</p>
<p>12. Վիրահատության տևողություն (րոպե) _____ (վիրահատության սկզբից մինչև վերջ (առանց անէսթեզիայի))</p>	
<p>13. Ներվիրահատական արյան կորուստ (մլ) _____</p>	
<p>14. Ներվիրահատական կամ վաղ հետվիրահատական արյան փոխներարկում 0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո 99. <input type="checkbox"/> Բացակայում է 14a. Եթե այո → Փոխներարկման ծավալը (մլ) _____</p>	
<p><b>Միզապարկի արմատական հեռացումից հետո դիտվող բարդություններ</b></p>	
<p>15. Որևէ հետվիրահատական բարդություն <i><u>Եթե ոչ կանգնել այստեղ.</u></i></p>	<p>0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո</p>
<p>16. Հետվիրահատական աղիքային անանցանելիություն</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո</p>
<p>17. Միզուղիների ինֆեկցիա</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո</p>
<p>18. Հետվիրահատական երիկամային անբավարարություն</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո</p>
<p>19. Պերիտոնիտ</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո</p>
<p>20. Բնսուլտ</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո</p>
<p>21. Բնֆարկտ</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո</p>
<p>22. Այլ բարդություններ 22a. Եթե այո → հստակեցնել _____</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո</p>
<p>23. Հետվիրահատական բարդությունների բուժումը</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Կոնսերվատիվ 2. <input type="checkbox"/> Վիրաբուժական 99. <input type="checkbox"/> Բացակայում է</p>

<p><b>24.</b> Ներհիվանդանոցային մահ <span style="float: right;">0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո</span></p> <p>Եթե այո → <b>24a.</b> Մահվան օր ___/___/_____</p> <p><b>24b.</b> Մահվան պատճառ _____</p>
<b>Ուշ հետվիրահատական տվյալներ</b>
<p><b>25.</b> Հարցման իրականցման օրը ___/___/_____</p>
<p><b>26.</b> Ուշ հետվիրահատական շրջանում մահ <span style="float: right;">0. <input type="checkbox"/> Ոչ 1. <input type="checkbox"/> Այո 99. <input type="checkbox"/> Բացակայում է</span></p> <p>Եթե այո → <b>26a.</b> Մահվան օր ___/___/_____</p>

Այս ձևում ընդգրկվել էին ՀՀ-ում մեզի դերիվացիայի աղիքային կոնդուիտի և օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակներով արմատական ցիստեկտոմիայի ենթարկված հիվանդների նախկին հետազոտությամբ ի հայտ եկած առավել կարևոր փոփոխականները (14):

Աղյուսակ 6.

*Վիրաբուժական բարդությունների դասակարգումը ըստ Կլավիեն-Դինդոյի (100)*

I աստիճան	Հետվիրահատական նորմալ ընթացքից շեղում, որը չի պահանջում որևէ դեղորայքային կամ վիրաբուժական միջամտություն: Թույլատրվող դեղորայքները ներառում են՝ հակափսխեցուցիչներ, ջերմիջեցնողներ, միզամուղներ, էլեկտոլիտներ և ֆիզիոթերապիա, ինչպես նաև հիվանդասենյակում բուժվող վերքի ինֆեկցումը
II աստիճան	Այլ դեղորայքներ, արյան փոխներարկում և պարենտերալ սնուցում
III աստիճան	Վիրահատական, էնդոսկոպիկ կամ ռադիոլոգիական միջամտություն
IIIա աստիճան	Միջամտություն, որը չի պահանջում ընդհանուր անզգայացում
IIIբ աստիճան	Միջամտություն, որը պահանջում ընդհանուր անզգայացում
IV աստիճան	Կյանքի համար վտանգ սպառնացող բարդություններ
IVա աստիճան	Միայն մեկ օրգանի անբավարարություն
IVբ աստիճան	Բազմաօրգանային անբավարարություն
V Աստիճան	Հիվանդի մահ



Հիվանդների ներհիվանդանոցային հետվիրահատական բարդությունների ծանրության աստիճանը գնահատելու համար օգտվել ենք Կլավիեն-Դինդոյի վիրաբուժական բարդությունների դասկարգման սանդղակից (100) (Աղյուակ 6): Ըստ որի, ներկա աշխատանքում IIIբ և ավելի բարձր աստիճանի բարդությունները գնահատվել են որպես ծանր բարդություններ:

Հիվանդների կյանքի որակը գնահատելու նպատակով օգտագործվել է FACT-BI-Cys վավերացված հարցաշարը (Աղյուսակ 7), որն մշակված է արմատական ցիստեկտոմիայի ենթարկված հիվանդների կյանքի որակի գնահատման համար: Հարցաշարի վստահելիությունը, վավերացումը և համապատասխանությունը գնահատվել է Anderson-ի և համահեղինակների կողմից 2012թ-ին (119):

Ընդհանուր առմամբ հարցաշարը ներառում է 44 հարց, որոնցից 17-ը մշակված են հատուկ մեզի դերիվացիայի որևէ եղանակակով արմատական ցիստեկտոմիայի ենթարկված հիվանդների կյանքի որակի գնահատման համար: Մնացած 27 հարցերը բաժանված են 4 ենթախմբերի՝ ֆիզիկական, սոցիալական, հուզական և ֆունկցիոնալ առողջություն: Յուրաքանչյուր ենթախմբում, բացառության հուզական ենթախումբը, ներառված են 7-ական հարց: Հուզական ենթախումբ պարունակում է 6 հարցեր: Կյանքի որակը գնահատվում է 5 աստիճան ունեցող սանդղակով՝ 0-ից մինչև 4, որտեղ 4 թիվը համապատասխանում է հարցի “չափազանց” ճիշտ լինելուն, իսկ 0-ն՝ “ամենևին”:

Հարցաշարի հարցերի մի մասը իրենցից ներկայացնում են դրական հարցեր, որոնցում 4 թիվը համապատասխանում է լավագույն վիճակին: Մյուս հարցերի դեպքում 4 թիվը հանդիսանում է վատագույն պատասխանը: Հարցաշարի և ենթախմբերի գումարային պատասխանը հաշվարկելու համար յուրաքանչյուր հարցից ստացված թվերը գումարվում են: Բացասական հարցերի դեպքում 4 թվից հանվում է տվյալ հարցի պատասխանը այնուհետև ստացված թիվը օգտագործվում է գումարային պատասխանի հաշվարկման համար:

Հարցաշարը համարվում է վավեր, եթե պատասխանված հարցերի քանակը գերազանցում է բոլոր հարցերի 80%-ը կամ 27 հարցից 22-ը: Առանձին ենթախմբերը համարվում են վավեր, եթե տվյալ ենթախմբում պատասխանված հարցերի քանակը գերազանցում է 50%-ը: Նույն կանոնը գործում է նաև հավելյալ հարցերի ենթախմբի համար: Հարցաշարի ճշգրտությունը ապահովելու նպատակով այն թարգմանվել է

հայերեն, որից հետո կրկին անգամ վերաթարգմանվել անգլերեն: Հարցաշարը հիվանդներին տրամադրվել է հեռախոսագրույցի ընթացքում մեր կոմիտեի: Հարցաշարի տրամադրման եղանակ է ընտրվել հեռախոսագրույցը, որպեսզի բացառվի տարբեր հիվանդներին հարցաշարերի տրամադրման միջև հնարավոր տարբերությունները, հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ հիվանդների 30%-ավելին ի վիճակի չէր այցելել կլինիկա: Բոլոր հիվանդները տեղեկացվել են հետազոտության և դրա նպատակների մասին և տվել են իրենց համաձայնությունը նախքան հարցերին պատասխանելը: Այն դեպքում, երբ հետազոտողը մասնակցել է տվյալ հիվանդի վիրահատությանը, հարցաշարը տրամադրվել է հետազոտությանը և հարցաշարին ծանոթ՝ պատրաստված բժիշկ ուրուլոգի կողմից:

***Ներառման և բացառման չափանիշներ***

Ներկա հետազոտությունում առավել ներկայացուցչական խմբեր կազմելու նպատակով հիվանդների ընտրությունը կատարվել է համաձայն ներառման և բացառման չափանիշների: Ներառման չափանիշը հետևյալն է՝ 2010-2017թթ-ների ընթացքում միզապարկի քաղցկեղի կապակցությամբ արմատական ցիստեկտոմիայից հետո մեզի դերիվացիայի որևէ եղանակով վիրահատված հիվանդներ:

***Բացառման չափանիշներ***

- Հիվանդներ ում մոտ կատարվել է միզապարկի հեռացում քաղցկեղից բացի այլ հիվանդությունների պատճառով
- Նախավիրահատական քիմիոթերապիա ստացած հիվանդներ
- Նախա և հետվիրահատական ճառագայթային թերապիա ստացած հիվանդներ
- Կանայք
- Մետաստատիկ հիվանդություն ունեցող հիվանդներ
- Պալիատիվ նպատակով վիրահատված հիվանդներ

***Հիվանդների անհրաժեշտ քանակի հաշվարկում***

Հիվանդների թվի հաշվարկման համար օգտվել ենք հավասար խմբերի վերաբաշխման հետևյալ բանաձևից՝

$$n = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \cdot 2 \cdot \sigma^2 / d^2$$

Որտեղ՝

n – յուրաքանչյուր խմբում ընդգրկված հիվանդների քանակ:

$Z_{\alpha/2}$  –ն նորմալ տեղաբաշխման կրիտիկական արժեքն է  $\alpha/2$ -ում (95% վստահության աստիճանի դեպքում  $\alpha$ -ն 0.05 է և կրիտիկական արժեքը 1.96):

$Z_{\beta}$  – ն նորմալ տեղաբաշխման կրիտիկական արժեքն է  $\beta$  – ում (80% ուժի դեպքում  $\beta$  -ն 0.2 է և կրիտիկական արժեքը 0.84):

$\sigma^2$  – ը պոպուլյացիայի շեղվածությունն է:

$d$  – ն սպասվող ցանկալի տարբերությունն է:

Ներկա հետազոտության հիվանդների թիվը հաշվելիս օգտվել ենք Yang-ի և համահեղինակների կողմից կատարված հետազոտության տվյալներից, որտեղ SF36 հարցաշարի միջոցով հետազոտվող և հսկվող խմբերի միջև ընդհանուր առողջության միջինների տարբերությունը կազմել է 9.44 միավոր ( $p$ -արժեք – 0.11) (136): Մեր աշխատանքում ցանկալի արդյունք է դիտարկվել 8.5 միավորը: Բանաձևում Yang-ի և համահեղինակների հետազոտության տվյալների (136) և սպասվող ցանկալի տարբերության համադրումից հետո, յուրաքանչյուր խմբում կյանքի որակը գնահատելու նպատակով հետազոտվող հիվանդների նվազագույն քանակը հաշվարկվել է 67:

#### ***Վիճակագրական վերլուծություն***

Աշխատանքի ընթացքում հավաքագրված տվյալները մուտքագրվել են SPSS 21.0 տվյալների բազա(SPSS Inc. Released 2012. SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Chicago: SPSS Inc.): Տվյալների բնութագրական և վիճակագրական վերլուծությունը կատարվել է օգտվելով SPSS 21 և STATA 13 վիճակագրական ծրագրերից (StataCorp. 2013. Stata Statistical Software: Release 13. College Station, TX: StataCorp LP): Տվյալների մուտքագրումից հետո կատարվել է դրանց ճշգրտության վերստուգում: Շարունակական փոփոխականները նկարագրվել են միջինների և ստանդարտ շեղումների միջոցով, կատեգորիկ փոփոխականները՝ հաճախություններով և տոկոսայնությամբ: Շարունակական փոփոխականների համեմատման համար կիրառվել է անկախ  $t$ -թեսթը և Ֆիշերի ճշգրտության թեսթը (Fisher's exact test): Կատեգորիկ փոփոխականների համեմատման համար կիրառվել է  $\chi^2$  թեսթը: Փոփոխականների միջև կորելիացիոն կապը որոշվել է օգտվելով Սպիրմենի և Պիրսոնի կոեֆիցիենտներից: Ըստ այդմ փոփոխականների միջև կորելիացիան կարող է տատանվել -1.0-ից +1.0: Ինչքան մեծ է  $r(xy)$ -ի բացարձակ արժեքը, այնքան ուժեղ է երկու փոփոխականների միջև կապը:

Փոփոխականների միջև վիճակագրորեն հավաստի կապը ստուգելու համար օգտագործել ենք միագործոնային և բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծություն: Միագործոնային լոգիստիկ վերլուծությունը կիրառվել է կախյալ և անկախ փոփոխականների միջև վիճակագրորեն հավաստի կապը պարզելու համար: Բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծությունը կիրառվել է վերջնական վիճակագրորեն հավաստի փոփոխականները հայտնաբերելու համար: Բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծության վերջնական մոդելի մեջ հայտնվել են կամ այն փոփոխականները, որոնց կապը միագործոնային լոգիստիկ վերլուծությամբ եղել է վիճակագրորեն հավաստի, կամ ոչ հավաստի, բայց մեր կողմից, որպես կարևոր առանձնացված փոփոխականները: Վիճակագրորեն հավաստի են համարվել բոլոր այն փոփոխականները, որոնց p-արժեքը եղել է 0.05-ից ցածր:

Հետազոտության մեջ ներառված փոփոխականները բաժանվել են հիմնական կախյալ, հիմնական անկախ և այլ անկախ փոփոխականների: Հիմնական (outcome) կախյալ փոփոխականը հանդիսացել են հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայությունը, առնվազն 3 տարվա ընդհանուր ապրելիությունը և հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշները (շարունակական): Բոլոր 3 հիմնական անկախ փոփոխականների համար մեզի դերիվացիայի եղանակը հանդիսացել է հիմնական (independent) անկախ փոփոխականը: Առնվազն 3 տարվա ընդհանուր ապրելիության և հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշների համար հիմնական անկախ փոփոխական է հանդիսացել նաև հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայությունը: Այլ անկախ փոփոխականներ են՝ տարիքը, ուռուցքի զարգացման փուլը, ագրեսիվության աստիճանը, հետվիրահատական բարդությունների առկայությունը:

### ***Էթիկա***

Հետազոտությունը հաստատվել է Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի էթիկայի կոմիտեի կողմից: Համաձայն կոմիտեի եզրակացման հետազոտությունը չի հակասում Հելսինկյան հռչակագրի – մարդկանց մասնակցությամբ բժշկական հետազոտության էթիկական նորմերին:

FACT-BI-cys հարցաշար

Ֆիզիկական առողջություն		Ամեննին	Թեթևակի	Չափավոր	Բավականին	Չափազանց
GP1	Ես ունեմ էներգիայի պակաս	0	1	2	3	4
GP2	Ես ունեմ սրտխառնոց	0	1	2	3	4
GP3	Իմ ֆիզիկական վիճակի պատճառով, ես ունեմ իմ ընտանիքի կարիքները հոգալու դժվարություն	0	1	2	3	4
GP4	Ես ունեմ ցավ	0	1	2	3	4
GP5	Ինձ անհագնաստացնում են բուժման կողմնակի երևույթները	0	1	2	3	4
GP6	Ես ինձ զգում եմ հիվանդ	0	1	2	3	4
GP7	Ես ստիպված եմ անցկացնել ժամանակ անկողնում	0	1	2	3	4
Մոցիալական, ընտանեկան առողջություն		Ամեննին	Թեթևակի	Չափավոր	Բավականին	Չափազանց
GS1	Ես ինձ զգում եմ մոտիկ իմ ընկերների հետ	0	1	2	3	4
GS2	Ես ստանում եմ էմոցիոնալ աջակցություն իմ ընտանիքի կողմից	0	1	2	3	4
GS3	Ես ստանում եմ աջակցություն իմ ընկերների կողմից	0	1	2	3	4
GS4	Իմ ընտանիքը ընդունել է իմ հիվանդությունը	0	1	2	3	4

Աղյուսակ 7 շարունակություն

GS5	Ես բավարարված եմ իմ ընտանիքում իմ հիվանդության մասին խոսակցություններով	0	1	2	3	4
GS6	Ես մոտիկ եմ իմ գուզընկերոջ հետ (կամ այն մարդու հետ, ով իմ հիմնական աջակցությունն է)	0	1	2	3	4
	Անկախ Ձեր ներկա սեռական ակտիվության աստիճանից, խնդրում ենք պատասխանել հարցին: Եթե նախընտրում եք չպատասխանել հարցին լրացրեք արկղը և անցեք հաջորդ հարցին:					
GS7	Ես բավարարված եմ իմ սեռական կյանքով	0	1	2	3	4
Էմոցիոնալ առողջություն		Ամեննին	Թեթևակի	Չափավոր	Բավականին	Չափազանց
GE1	Ես տխուր եմ	0	1	2	3	4
GE2	Ես բավարարված եմ նրանով թե ինչպես եմ պայքարում հիվանդության դեմ	0	1	2	3	4
GE3	Ես կորցնում եմ հույսը հիվանդության դեմ պայքարում	0	1	2	3	4
GE4	Ես նյարդայնանում եմ	0	1	2	3	4
GE5	Ես վախենում եմ մահից	0	1	2	3	4

Աղյուսակ 7 շարունակություն

GE6	Ես անհանգստացած եմ, որ իմ վիճակը կվատթարանա	0	1	2	3	4
Ֆունկցիոնալ առողջություն		Ամեննին	Թեթևակի	Չափավոր	Բավականին	Չափազանց
GF1	Ես ի վիճակի եմ աշխատել (ներառյալ տնային աշխատանքը)	0	1	2	3	4
GF2	Իմ աշխատանքը (ներառյալ տնային աշխատանքը) բավարարեցնող է	0	1	2	3	4
GF3	Ես կարող եմ վայելել կյանքը	0	1	2	3	4
GF4	Ես ընդունել եմ իմ հիվանդությունը	0	1	2	3	4
GF5	Ես լավ եմ քնում	0	1	2	3	4
GF6	Ես վայելում եմ գործողությունները, որոնք սովորաբար անում եմ հաճույքի համար	0	1	2	3	4
GF7	Ես բավարարված եմ ներկայիս կյանքի որակով	0	1	2	3	4
Հավելյալ մտահոգություններ		Ամեննին	Թեթևակի	Չափավոր	Բավականին	Չափազանց
C2	Ես քաշ եմ կորցնում	0	1	2	3	4
C3	Ես ղեկավարում եմ աղիների գործնությունը	0	1	2	3	4
C3	Ես փորլուծություններ եմ ունենում	0	1	2	3	4
C6	Ես ունեմ լավ ախորժակ	0	1	2	3	4

Աղյուսակ 7 շարունակություն

C7	Ես բավարարված եմ իմ մարմնի արտաքին տեսքով	0	1	2	3	4
BL1	Ես ունեմ դժվարություններ մեզը պահելու մեջ	0	1	2	3	4
ITU7	Իմ վիճակի պատճառով ես արթնանում եմ գիշերները	0	1	2	3	4
ITU6	Ես ամաչում եմ իմ վիճակից	0	1	2	3	4
C9	Իմ միզային վիճակը խնամելը դժվար է	0	1	2	3	4
ITU3	Ես ստիպված եմ սահմանափակել իմ սոցիալական ակտիվությունը իմ վիճակի պատճառով	0	1	2	3	4
ITU4	Ես ստիպված եմ սահմանափակել իմ ֆիզիկական ակտիվությունը իմ վիճակի պատճառով	0	1	2	3	4
ITU5	Ես ստիպված եմ սահմանափակել իմ սեռական ակտիվությունը իմ վիճակի պատճառով	0	1	2	3	4
ITU1	Ես հարմարավետ եմ քննարկելու իմ վիճակը ընկերների հետ	0	1	2	3	4
VC1	Ես բավարարված եմ իմ միզային վիճակով	0	1	2	3	4
ITU2	Ես վախենում եմ զուգարանից հեռու լինել	0	1	2	3	4
BL4	Ես հետաքրքրված եմ սեքսով	0	1	2	3	4
BL3	Ես կարող եմ ունենալ և պահպանել էրեկցիա	0	1	2	3	4



### ԳԼՈՒԽ 3.

#### ԱՐՄԱՏԱԿԱՆ ՑԻՍՏԵԿՏՈՄԻԱՅԻ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ

##### 3.1 Հետվիրահատական վաղ մահացություն և բարդություններ

Ներկա հետազոտության մեջ 2010թ-ի հունվարից մինչև 2017 դեկտեմբերը ընդհանուր ընդգրկվել են 443 հիվանդ, ովքեր համապատասխանել են ներառման չափանիշներին: Մեզի դերիվացիայի եղանակից կախված հիվանդները ընդգրկվել են 4 խմբերում: Տվյալ կոհորտի հետվիրահատական ներհիվանդանոցային մահացությունը կազմել է 2.9% (13 հիվանդ): Բոլոր մահացած հիվանդների մոտ նկատվել է մեկ կամ մի քանի բարդություններ: Մահացած հիվանդներից 4-ի մոտ հետվիրահատական շրջանը բարդացել է կպումային աղիքային անանցանելիությամբ, 3-ի մոտ՝ սրտամկանի ինֆարկտով, սրտասանոթային և բազմաօրգանային անբավարարությամբ, 2-ի մոտ՝ ուղիղ աղու պերիտոնալայով, էլենտերացիայով և անեմիայով: Թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիա, իլեո-իլեալ բերանակցման անբավարարություն, երկկողմանի թոքաբորբ՝ շնչական անբավարարությամբ, ինսուլտ և մեզետերիալ անոթների թրոմբոզ դիտվել են մեկական հիվանդների մոտ: Գումարային առումով 13 հիվանդի մոտ զարգացել է 24 բարդություն: Ընդ որում, վիճակագրորեն էական տարբերություններ խմբերի միջև չի հայտնաբերվել (Աղյուսակ 8):

Հետվիրահատական շրջանում հետազոտված ամբողջ կոհորտում դիտվել են 122 բարդություններ 91 հիվանդի մոտ (20.5%): Ներհիվանդանոցային բարդությունների մեծ մասը դիտվել է օրթոտոպիկ նոր միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ: 91 հիվանդներից, ում մոտ առկա է եղել որևէ բարդություն, 50-ը (54.9%) ընդգրկված են եղել վերոնշյալ խմբում: Մնացած խմբերում բարդություններ բաշխված են եղել հետևյալ համամասնությամբ՝ 28 հիվանդի մոտ (30.8%) ստանդարտ ՈԻԿ-ի, 8 հիվանդ (8.8%) ԱԿ-ի, 5 հիվանդ (5.5%) մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ի խմբերում (Աղյուսակ 9): Առկա տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի է և վկայում է այն մասին, որ հետվիրահատական բարդությունների մեծ մասը հանդիպում է մեզի դերիվացիայի կոնտինենտ (օրթոտոպիկ միզապարկ) եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ ( $p=0.003$ ):

## Հետվիրահատական ներհիվանդանոցային մահացության պատճառները

Բարդություններ	Մեզի դերիվացիայի եղանակներ				Ամբողջ
	ՕՆՄ	ԱԿ	Ստանդ արտ ՈԻԿ	Մոդիֆի կացված ՈԻԿ	
Կպումային անանցանելիություն	2	1	1	0	4
Բազմաօրգանային անբավարարություն	2	0	1	0	3
Սրտանոթային անբավարարություն	2	0	1	0	3
Սրտամկանի ինֆարկտ	1	0	2	0	3
Ուղիղ աղու պերֆորացիա	0	0	2	0	2
Էվենտերացիա	1	0	1	0	2
Անեմիա	1	0	1	0	2
Թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիա	0	0	1	0	1
Իլեոիլեալ բերանակցման անբավարարություն	1	0	0	0	1
Երկկողմանի թոքաբորբ	0	1	0	0	1
Ինսուլտ	1	0	0	0	1
Մեզենտերիալ անոթների թրոմբոզ	0	0	1	0	1
Ամբողջ	5/13	1/2	7/13	0	13/24

*Նշում. ՕՆՄ - օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈԻԿ – ուրեթերոկուտանեոստոմա, ԱԿ- աղիքային կոնդուիտ*

Նշված 91 հիվանդներից, ում մոտ դիտվել են բարդություններ վիրահատական բուժում են ստացել 40 հիվանդ (44.0%), իսկ կոնսերվատիվ՝ 51 հիվանդ (56.0%): Աղիքային ռեզերվուարը հեռացվել 7 հիվանդի, որը համապատասխանում է հիվանդների ընդհանուր թվի 1.6%-ին: Այս հիվանդների մեզի դերիվացիայի վերջնական եղանակ է ընտրվել երկկողմանի ստանդարտ ՈԻԿ:

Հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների բաշխվածությունը ըստ մեզի դերիվացիայի եղանակների

Դերիվացիա	Հիվանդներ N - 443	Բարդություններ		p-արժեք
		Այո N -91	Ոչ N - 352	
ՕՆՄ	168 (37.9%)	50 (54.9%)	118 (33.5%)	0.003
ԱԿ	48 (10.9%)	8 (8.8%)	40 (11.4%)	
Ստանդարտ ՈԻԿ	197 (44.5%)	28 (30.8%)	169 (48.0%)	
Մոդիֆիկացված ՈԻԿ	30 (6.8%)	5 (5.5%)	25 (7.1%)	

Նշում. ՕՆՄ - օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈԻԿ –ուրեթերոկուտանեոստոմա, ԱԿ- ադիքային կոնդուիտ

Հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների բաշխվածությունը ըստ ծանրության աստիճանի

Դերիվացիա	Կլավիեն-Դինդոյի դասակարգում		Ամբողջ
	IIIa և ցածր	IIIբ և բարձր	
ՕՆՄ	22 (45.8%)	28 (65.1%)	50
Ստանդարտ ՈԻԿ	18 (37.5%)	10 (23.3%)	28
ԱԿ	4 (8.3%)	4 (9.3%)	8
Մոդիֆիկացված ՈԻԿ	4 (8.3%)	1 (2.3%)	5
Ամբողջ	48 (100%)	43 (100%)	91 (100%)

Նշում. ՕՆՄ - օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈԻԿ –ուրեթերոկուտանեոստոմա, ԱԿ- ադիքային կոնդուիտ

Աղյուսակ 10-ը ներկայացնում է առաջացած բարդությունների բաշխվածությունը ըստ ծանրության աստիճանի և մեզի դերիվացիայի եղանակի: Աղյուսակից պարզ է դառնում, որ ծանր բարդություններ ունեցող հիվանդների մասնաբաժինը կազմել է

47.3%՝ բարդություններ ունեցող հիվանդների և 9.7%՝ ամբողջ հիվանդների մեջ: Նրանցից 65.1%-ը վիրահատվել է օրթոտոպիկ միզապարկի, 23.3%-ը՝ ստանդարտ ՈՒԿ-ի, 9.3%-ը՝ աղիքային կոնդուիտի, 2.3%-ը մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ի եղանակով: Տոկոսային հարաբերությամբ ծանր բարդությունների հանդիպման հաճախականությունը նույնպես բարձր է օրթոտոպիկ միզապարկի խմբում, սակայն այս դեպքում տվյալները վիճակագրորեն հավաստի չեն:

Առաջացած բարդությունների հիմնական մասը կազմել են վիրաբուժական բարդությունները: Դրանցում կպումային աղիքային անանցանելիություն և պերիտոնիտը, որոնք ի հայտ են եկել 30 հիվանդի մոտ (6.8%), վերքի ինֆեկցումը՝ 5.2% (23 հիվանդ) և միզուղիների ինֆեկցիան՝ 4.1% (18 հիվանդ): Ամբողջական բարդությունների ցանկը ներկայացված է աղյուսակ 11-ում:

*Աղյուսակ 11.*

*Հետվիրահատական ներհիվանդանոցային վիրաբուժական և թերապևտիկ բոլոր բարդությունների բաշխվածությունը ըստ վիրահատական եղանակների*

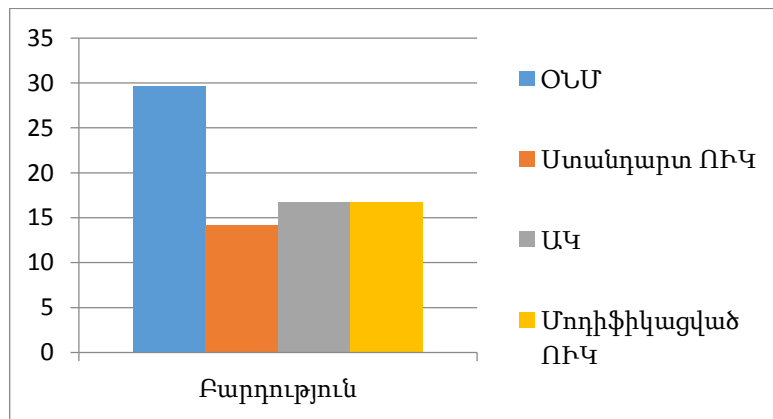
Բարդություններ	Մեզի դերիվացիայի եղանակներ				Ամբողջ
	ՕՐՄ	ԱԿ	Ստանդարտ ՈՒԿ	Մոդիֆիկացված ՈՒԿ	
Կպումային աղիքային անանցանելիություն, պերիտոնիտ	21	3	5	1	30
Վերքի ինֆեկցում	9	3	9	2	23
Միզուղիների ինֆեկցիա	11	1	4	2	18
Թոքաբորբ	3	2	2	1	8
Էվենտերացիա	3	2	1	0	6
Սրտամկանի ինֆարկտ	2	0	2	0	4
Բազմաօրգանային անբավարարություն	2	0	1	0	3
Սրտ-թոքային անբավարարություն	2	0	1	0	3

Աղյուսակ 11 շարունակություն

Լիմֆոցեղե	2	1	0	0	3
Աղիների երկարատև պարեզ	2	0	1	0	3
Ուղիղ աղու պերֆորացիա	0	0	2	0	2
Անեմիա	1	0	1	0	2
Սրտանոթային անբավարարություն	2	0	0	0	2
Իլեո-իլեալ բերանակցման անբավարարություն	2	0	0	0	2
Լուծ	1	0	1	0	2
Ինսուլտ	1	0	0	0	1
Ներանոթային տարածուն մակարդման համախտանիշ	1	0	0	0	1
Թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիա	0	0	1	0	1
Մեզենտերիալ անոթների թրոմբոզ	0	0	1	0	1
Ուրեթերոինտեստինալ բերանակցման անբավարարություն	1	0	0	0	1
Շնչառական անբավարարություն	0	1	0	0	1
Խորանիստ երակների թրոմբոզ	1	0	0	0	1
Հեպատոլիենալ անբավարարություն	1	0	0	0	1
12-մատնյա աղիքի խոցի սրացում	0	0	1	0	1
Մակերեսային երակների թրոմբոֆլեբիտ	1	0	0	0	1
Էպիդիդիմիտ	1	0	0	0	1
Ամբողջ	50/70	8/13	28/33	5/6	91/122

Նշում. ՕՍՄ - օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈԻԿ –ուրեթերոկուտանեոստոմա, ԱԿ-  
աղիքային կոնդուիտ

Չնայած բարդությունների առաջացման հավանականությունը ընդհանուր կոհորտում կազմել է 20.5%, այնուամենայնիվ մեզի դերվացիայի տարբեր եղանակներով վիրահատված հիվանդների առանձին խմբերում նկարագրված բարդությունների հավանականությունը խիստ տարբերվել է: Ըստ այդմ, ամենաշատ բարդությունները դիտվել օրթոտոպիկ նոր միզապարկի խմբում: Այդ եղանակով ընդհանուր վիրահատված 168 հիվանդից 50-ի մոտ դիտվել է որևէ բարդություն, որը կազմել է նրանց 29.8%: Մնացած եղանակներով վիրահատված հիվանդների խմբերում ելքերը ավելի միանման են եղել: Մասնավորապես, ստանդարտ ՈԻԿ-ի խմբում 197 վիրահատված հիվանդներից բարդությունները դիտվել են միայն 14.2%-ում (28 հիվանդ), աղիքային կոնդուիտի և մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ի խմբերում՝ 16.7% (Նկար 7):



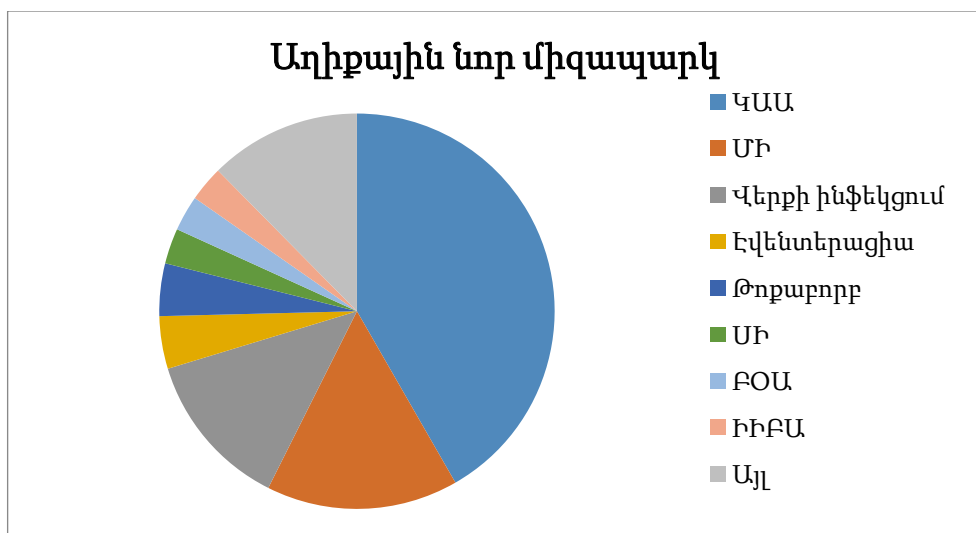
*Նկար 7. Վաղ հետվիրահատական բարդությունների հանդիպման հաճախությունը մեզի դերվացիայի տարբեր խմբերում*

*Նշում. ՕՆՄ - օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈԻԿ –ուրեթերոկուտանեոստոմա, ԱԿ- աղիքային կոնդուիտ*

**Օրթոտոպիկ նոր միզապարկ**

Ինչպես արդեն նշվել է, օրթոտոպիկ նոր միզապարկի եղանակով վիրահատվել են հիվանդների 37.9% կամ 168 հիվանդ: Տվյալ խմբում ներհիվանդանոցային մահացությունը դիտվել է 5 հիվանդի մոտ, որը համապատասխանում է հիվանդների 3.0%-ին: Ներ և վաղ հետվիրահատական շրջանում ընդհանուր առմամբ ի հայտ են եկել 70 բարդություններ: Բարդությունները դրսևորվել են 50 հիվանդի մոտ, որը կազմում է տվյալ խմբի 29.8%-ը: Այս 50 հիվանդից 28-ի (16. 7%) մոտ բարդությունները

համապատասխանել են IIIբ և ավել աստիճանի (ծանր): 26 (15. 5%) հիվանդի մոտ կարիք է եղել կրկնակի վիրահատության: Ամենահաճախ հանդիպող բարդությունները ներառել են՝ կպումային աղիքային անանցանելիությունը, միզուղիների ինֆեկցիան, վերքի ինֆեկցումը, էվենտերացիան, թոքաբորբը: Կպումային աղիքային անանցանելիությունը օրթոտոպիկ նոր միզապարկ ստացած հիվանդների ամենաաալուրջ բարդություններից է եղել, որը գերակշռել և ի հայտ է եկել 21 հիվանդի (12.5%) մոտ՝ կազմելով ընդհանուր բարդությունների 30. 0% (21/70): Այս բարդության լիկվիդացիայի համար հիմնականում պահանջվել է կրկնակի որովայնահատում: 11 հիվանդի մոտ (6.5%) հետվիրահատական շրջանը բարդացել է վերին միզուղիների ինֆեկցիայով՝ սիմպտոմատիկ պիելոնեֆրիտ: Նշվածը կազմել է ընդհանուր բարդությունների 15.7%-ը: Վերքի ինֆեկցումով պայմանավորված է եղել բարդությունների 12.9% կամ այս եղանակով վիրահատված հիվանդների 5.4%-ը (9 հիվանդ): Եվս երեքական հիվանդի մոտ (1.8%) զարգացել են էվենտերացիա և թոքաբորբ: Այլ ծանր բարդությունները, ինչպիսիք են սրտմկանի սուր ինֆարկտը, բազմաօրգանային անբավարարությունը, իլեո-իլեալ բերանակցման անբավարարությունը, առաջացել են երկուական հիվանդների մոտ (1.2%) (Նկար 8): Բարդությունների մանրամասն նկարագրությունը տես աղյուսակ 11-ում:

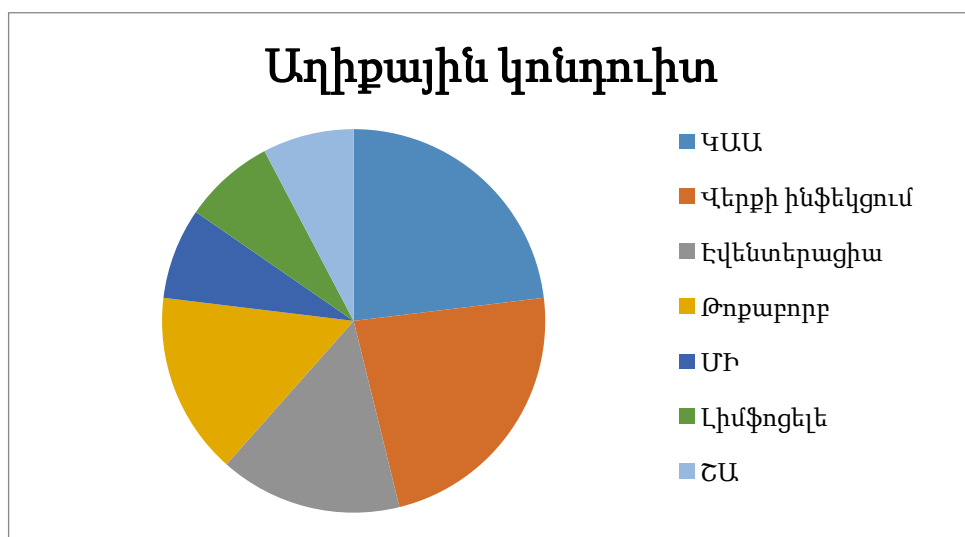


Նկար 8. Օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակի բարդությունները

*Նշում՝ ԿԱԱ– կպումային աղիքային անասնցանելիություն, ՄԻ-միզուղիների  
ինֆեկցիա, ՄԻ-սրտամկանի ինֆարկտ, ԲՕԱ-Բազմաօրգանային անբավարարություն,  
ԻԻԲԱ–իլեո-իլեո բերանակցման անբավարարություն*

**Աղիքային կոնդուիտ**

Մեր կոհորտի մեջ աղիքային կոնդուիտի եղանակով վիրահատվել են հիվանդների ընդամենը 10.8% (48 հիվանդ): Այս խմբում 48 հիվանդից ներհիվանդանոցային մահ դիտվել է միայն մեկ հիվանդի մոտ (2.1%): Ներհիվանդանոցային բարդությունները զարգացել են 8 հիվանդի մոտ կազմելով 16.7%-ը: Նշված 8 հիվանդի մոտ գումարային նկարագրվել են 13 բարդություններ: Այս խմբում ևս հիմնական բարդությունները կազմել են կպումային աղիքային անանցանելիությունը և հետվիրահատական վերքի ինֆեկցումը: Վերոնշյալ բարդությունները առձանագրվել են 3-ական հիվանդի մոտ, համապատասխանաբար կազմելով այս եղանակով վիրահատված հիվանդների ընդհանուր բարդությունների 23.1% (3/13): Եվս 2-ական հիվանդների մոտ հետվիրահատական շրջանում դիտվել են էվենտերացիա և թոքաբորբ (15.4%): Մնացած բարդությունները հանդիսացել են միզուղիների ինֆեկցիան, լիմֆոցելեն և շնչառական անբավարարությունը, որոնք դրսևորվել են 1-ական դեպքերում: Բարդությունների մանրամասն նկարագրությունը ներկայացված է աղյուսակ 11-ում: Ութ հիվանդներից ծանր աստիճանի բարդությունները դիտվել են 4 հիվանդի մոտ: Կրկին 4 հիվանդի մոտ բարդությունների բուժման համար կիրառվել է կրկնակի վիրահատություն (Նկար 9):





*Նկար 9. Աղիքային կոնդուիտի եղանակի բարդությունները*

*Նշում՝ ԿԱԱ – կպումային աղիքային անանցանելիություն, ՄԻ-միզուղիների  
ինֆեկցիա, ՇԱ- Շնչառական անբավարարություն*

Թեպետ աղիքային կոնդուիտի դեպքում նույնպես կատարվում է աղիքի ռեզեկցիա, ինչպես աղիքային օրթոտոպիկ նոր միզապարկի ստեղծման դեպքում, այնուամենայնիվ, վիրահատության տևողությունը և ներհիվանդանոցային բարդությունները ավելի հազվադեպ (16.7%) են հանդիպում քան աղիքային միզապարկի եղանակով (29.8%) վիրահատված հիվանդների մոտ: Չնայած վերոնշյալ փաստին, ծանր բարդությունների և կրկնակի վիրահատությունների համեմատման ժամանակ էական տարբերություն այս 2 խմբերի մեջ չի հայտնաբերվել:

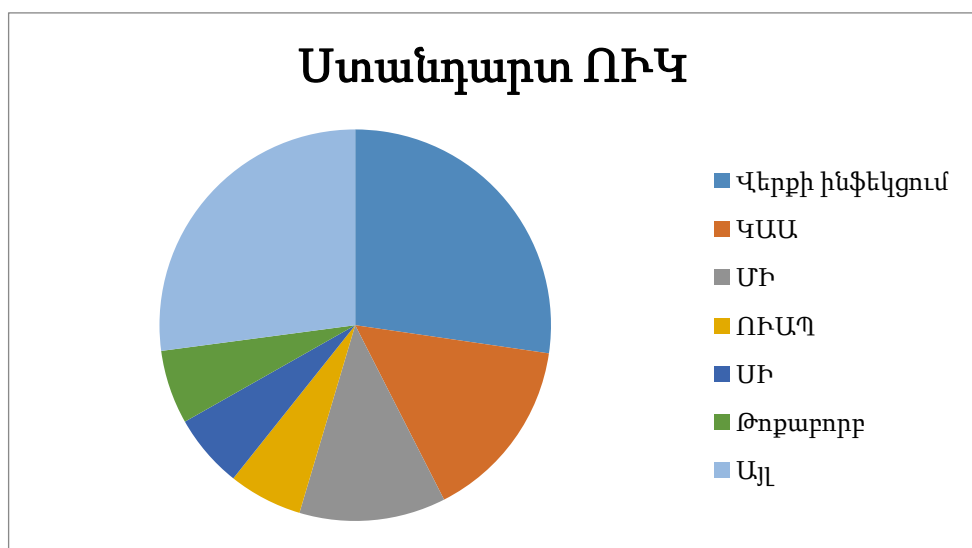
***Ստանդարտ ուրեթերոկուտանեոստոմա***

Ստանդարտ ուրեթերոկուտանեոստոմայի եղանակով վիրահատվել են հիվանդների գերակշռող մասը՝ 197 հիվանդ կազմելով ամբողջ կոհորտի 44.5%-ը: Ներհիվանդանոցային մահացությունը ամենաշատը նկարագրվել հենց այս խմբում: Տվյալ եղանակով վիրահատված 197 հիվանդից ներհիվանդանոցային մահացությունը առձանագրվել է 7 հիվանդի մոտ, որը համապատասխանում է 3.6%-ին: Ներհիվանդանոցային բարդությունները՝ հակառակ մահացության տվյալների, նվազագույն են եղել այս եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ: Ընդհանուր առմամբ նկարագրվել են 33 բարդություն 28 հիվանդի կամ հիվանդների 14.2%-ի մոտ: Ծանր բարդությունները դիտվել են ընդամենը 10 հիվանդի մոտ (5.1%), որը կրկին նվազագույն ցուցանիշն է մնացած եղանակների հետ համեմատած: Վիրահատված հիվանդներից 8-ի մոտ առաջացել է կրկնակի վիրահատության անհրաժեշտություն: Աղյուսակ 11-ում ներկայացված են տվյալ եղանակով վիրահատված հիվանդների բոլոր բարդությունները: Ամենաշատ հանդիպած բարդությունը եղել է հետվիրահատական վերքի ինֆեկցումը՝ 9 հիվանդի մոտ (27.3%), կպումային աղիքային անանցանելիությունը՝ 5 հիվանդի մոտ (15.2%) և միզուղիների ինֆեկցումը՝ 4 հիվանդի մոտ (12.1%): Երկուական դեպքերում հանդիպել են թոքաբորբ, ուղիղ աղու պերիտոնալիտ և սրտամկանի ինֆարկտ (6.1%) (Նկար 10):

Ինչպես նախապես սպասվում էր, ստանդարտ ՈԻԿ-ի հետ կապակցված ներհիվանդանոցային բարդությունները նվազագույնն է համեմատած այլ խմբերի հետ:

Այս ցուցանիշը էականորեն տարբերվում է կոնստիստ մեզի դերիվացիայի եղանակով վիրահատված հիվանդների արդյունքներից, սակայն համադրելի է մյուս 2 եղանակով վիրահատված հիվանդների արդյունքների հետ: Կարևոր է նաև առանձնացնել, որ ծանր բարդությունների առաջացման ռիսկը նույնպես ցածր է ստանդարտ ՈՒԿ-ի խմբում համեմատած աղիքային կոնդուիտի և աղիքային օրթոտոպիկ միզապարկի հետ:

Մեր արդյունքները մեկ անգամ ևս հավաստում են, որ ստանդարտ ՈՒԿ-ն հանդիսանում է ամենաապահով մեզի դերիվացիայի եղանակը հաշվի առնելով վաղ հետվիրահատական արդյունքները:



Նկար 10. Ստանդարտ ՈՒԿ-ի եղանակի բարդությունները

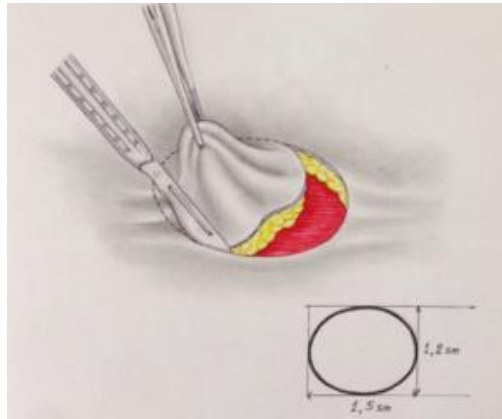
Նշում՝ ԿԱԱ-կպումային աղիքային անասանցանելիություն, ՄԻ-միզուղիների ինֆեկցիա, ՍԻ-սրտամկանի ինֆարկտ, ՈՒԱՊ-աղիղ աղիքի պերֆորացիա

**Մոդիֆիկացված ուրեթերոկուտանեոստոմա**

Մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ն կիրառվել է 30 հիվանդի մոտ (6.8%), հաշվի առնելով այն հանգամանք, որ վիրահատական տեխնիկան սկսել է օգտագործվել միայն վերջին տարիներին: Տվյալ տեխնիկան մանրամասն նկարագրված է ստորև:

Մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ն կատարվում է արմատական ցիստպրոստատեկտոմիայից հետո: Կատարվում է միզաձորանների նուրբ մոբիլիզացիա պահպանելով բավարար հարմիզաձորանային հյուսվածք: Բոլոր հիվանդների մոտ ստոման ձևավորվում է որովայնի առաջային պատի աջ կեսում: Չախ

միզածորանը ուղղորդվում է դեպի աջ կողմ հետորովայնամզային տարածությունով՝ ստորին միջընդերային զարկերակի տակով: Մաշկը հատվում է միզածորանների տրամագծի համապատասխան, սակայն ոչ պակաս քան 1.5սմ (Նկար 11):



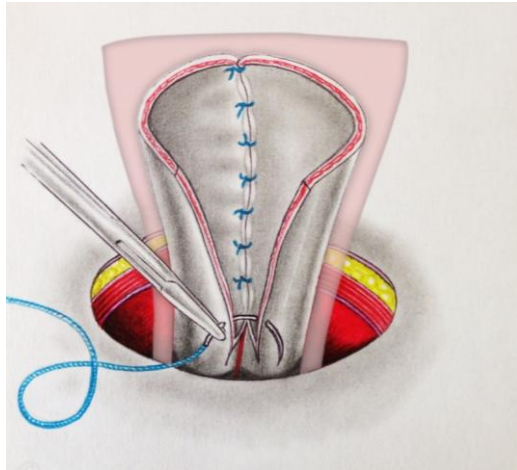
*Նկար 11. Ստոմայի կտրվածք*

Ենթամաշկային ճարպաբջջանքը հատվում է և շրջանաձև հեռացվում: Որովայնի ուղիղ մկանի բունոցի առաջային և հետին թերթիկները հատվում են խաչաձև: Որովայնամզի թերթիկը հատվում է ցուցամատի ծայրի վրա: Ուղիղ մկանի բունոցի հատված թերթիկները կարվում են իրար, ասպիսով սահմանափակելով որովայնի ստեղծված խողովակի երկարությունը: Երկու միզածորանները՝ նրանց ծածկող առպատային որովայնամզով, դուրս են բերվում ստեղծված խողովակով՝ մաշկի մակարդակից առնվազն 1.5-2սմ ավելի բարձր (Նկար 12):



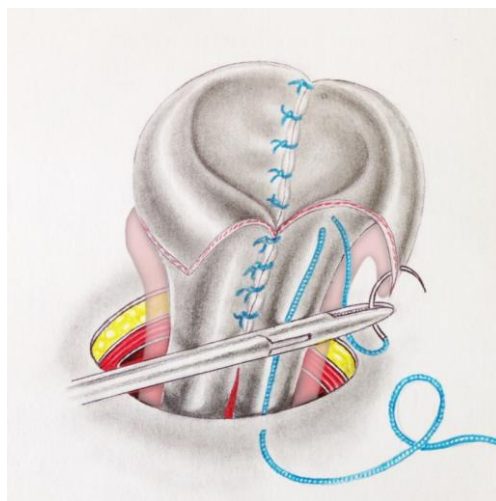
*Նկար 12. Միզածորանները որովայնամզի առպատային թերթիկի հետ միասին դուրս են բերվել ստոմայի բացվածքից*

Այնուհետև միզածորանները սպատուլացվում են այնքան, որ համապատասխանեն կատարված կտրվածքի տրամագծին: Առպատային որովայնամիզը ֆիքսվում է ձևավորված ստոմայի խողովակի պատերին: Միզածորանների ներքին՝ սպատուլացված, եզրերը կարվում են իրար օգտագործելով 4.0 վիկրիլային թելեր (Նկար 13):



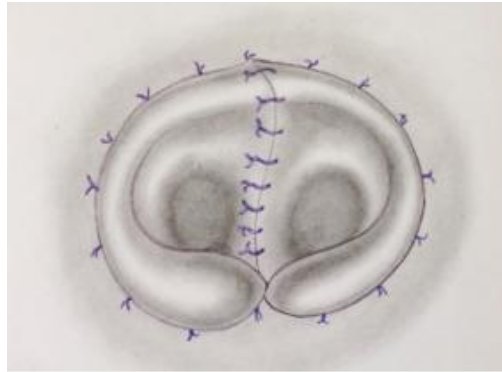
*Նկար 13. Միզածորանների տեսքը ներքին եզրերը կարելուց հետո*

Միզածորանները ֆիքսվում են մկանի բունոցին և վերնամաշկին այնպես, որ միզածորանների դրսային եզրերը հասնում են 1.0սմ երկարության, իսկ ներքին եզրերը՝ 2.0սմ երկարության: Հետևյալ կերպ ձևավորվում է պտկիկային, օվալ ստոմա (Նկար 14):



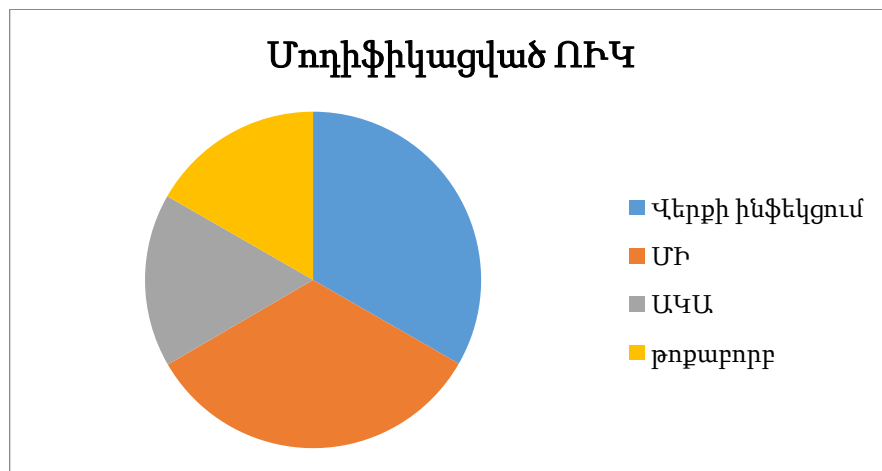
*Նկար 14. Օվալ ստոմայի ձևավորում*

Միզածորանները դրենավորվում են 6-7 Fr. չափի միզածորանային ստենոսներով, որից հետո ամրացվում է միզատույրակը: Միզածորանային ստենոսները հեռացվում են վիրահատությունից 4-ից 8 շաբաթ անց և ստոման ստանում է իր վերջնական տեսքը (Նկար 15):



Նկար 15. Ստոմայի վերջնական տեսք

Մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ով վիրահատված հիվանդների խմբում ներհիվանդանցային մահ չի առձանագրվել: Ընդհանուր առմամբ 6 բարդությունները ի հայտ են եկել 5 հիվանդի մոտ, որը կազմում է հիվանդների 16.7%-ը: Նկարագրված բարդություններն են՝ վերքի ինֆեկցումը և միզուղիների ինֆեկցիան 2-ական (33.3%), և կպումային աղիքային անանցանելիությունը և թոքաբորբը 1-ական հիվանդների դեպքում (16.7%) (Նկար 16):



Նկար 16. Մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ի եղանակի բարդությունները

*Նշում՝ ԱԿԱ – կպումային աղիքային անասնցանելիություն, ՄԻ-միզուղիների  
ինֆեկցիա*

Նկարագրված բարդություններից ծանր բարդություն առաջացել է միայն 1 հիվանդի մոտ, որը համապատասխանում է բոլոր բարդությունների 16.7%-ին կամ այս եղանակով վիրահատված ամբողջ հիվանդների 3.3%-ին: Ներհիվանդանոցային շրջանում կրկնակի վիրահատական միջամտության անհրաժեշտություն առաջացել է 2 հիվանդի մոտ (6. 7%): Համեմատության համար պետք է նշել, որ ընդհանուր բարդությունների, ինչպես նաև ծանր բարդությունների առաջացման ռիսկը ավելի պակաս է քան աղիքային սեզմենտի կիրառմամբ մեզի դերիվացիայի որևէ եղանակով վիրահատված հիվանդների խմբերում: Արդյունքները համադրելի են ստանդարտ ՈԻԿ-ի արդյունքների հետ: Տվյալ խմբում հիվանդների քիչ քանակը սահմանապակում է տվյալների ավելի լայն մշակման հնարավորությունը:

*Կլինիկական դեպքի նկարագրություն*

*Հիվանդ Ա.Ա., 44 տարեկան, դիմել է «Արթմեդ» բժշկական կենտրոն 2017թ-ին գանգատվելով արյունամիզությունից, ընդհանուր թուլությունից, քիչ հաճախացած միզարձակումից: Անամնեզում նշում է միզապարկի ՆՄՄ 2016թ-ին, որի հիման վրա ախտորոշվել էր միզապարկի մուլտիֆոկալ ուրոթելիալ ներթափանցող քաղցկեղ T4NxM0՝ պրոստատիկ միզուկի ախտահարմամբ և լիմֆատիկ հանգույցների հավանական ախտահարումով (ՀՇ-թյամբ): Հիվանդը վիրահատությունից հետո ստացել էր քիմիոթերապիայի ամբողջական կուրս (գեմգար, ցիսպլատին):*

*“Արթմեդ” ԲԿ-ում կատարվել են լաբորատոր և գործիքային քննություններ: Ուղեկցող հիվանդություններից առկա էր զարկերակային գերձնշում I-II աստիճան: Համակարգչային շերտագրությամբ հայտնաբերվել է միզապարկի առաջային և մասնավորապես ձախ պատի ախտահարում 6.5x2.7սմ գոյացությամբ, որը ընդգրկում էր միզապարկի պատի բոլոր շերտերը: Հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է ձախ երիկամի երկրորդային կնճռոտում: Կլինիկայում հիվանդը ենթարկվել է արմատական ցիստեկտոմիայի տարածուն լիմֆադենեկտոմիայով: Որպես մեզի դերիվացիայի եղանակ կիրառվել է մոդիֆիկացված ուրեթերկուտանեոստոմայի տեխնիկան: Ներվիրահատական արյան կորուստը կազմել է 200 մլ: Վիրահատությունը տևել է 190 րոպե: Հետվիրահատական շրջանն ընթացել է հարթ, բարդություններ չեն դիտվել:*

Հիվանդը կլինիկայում անց է կացրել 12 օր և դուրս գրվել բավարար վիճակում: Ախտահյուսվածաբանական քննությամբ ախտորոշվել է միզապարկի ուրոթելիալ քաղցկեղ pT3aG2-3N0R0V0:

Մեկ տարի անց հիվանդը կրկին դիմել է “Արթմեդ” ԲԿ ռեկոնստրուկտիվ վիրահատական միջամտության նպատակով: Վերոնշյալ տարվա ընթացքում հիվանդը պարբերաբար հետազոտվել է և հիվանդության վերդարձ չի առձանագրվել: Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ հիվանդը հայտնել է իր ցանկությունը՝ ազատվել ուրեթերոկուտանենոստոմայից հոգուտ ռեկոնստրուկտիվ վիրահատության: Նախավիրահատական մանրազննին հետազոտություններից հետո 2018թ-ի նոյեմբերին կատարվել է գստադիքային նոր օրթոտոպիկ միզապարկի ձևավորում՝ ուրեթերոիլեոբերանակցման ձևավորումով: Վիրահատության մանրակրկիտ նկարագրությունը ներկայացված է ստորև:

Հիվանդի դիրքը վիրահատական սեղանին՝ մեջքի վրա պառկած: Կատարվեց համապատասխան անտիսեպտիկ մշակում: Միջին լապարոտոմիկ կտրվածքով հատվեց մաշկը, ենթամաշկային ճարպաբջջանքը հատելով հետվիրահատական սպին: Այնուհետև հատվեց ուղիղ մկանի ապոնեոզը: Որովայնի ուղիղ մկանները հեռացվեցին մկաննաթելերի ուղղությամբ: Հատվեց որովայնամիզը, կատարվեց որովայնի օրգանների ռևիզիա: Աջ գստային շրջանի երկկողմանի մոդիֆիկացված ՌԻԿ-ն հատվեց, գստային շրջանի վերքը շերտ առ շերտ կարվեց: Հետորովայնամզային տարածությունում միզածորաններ մոբիլիզացվեցին և առողջ հյուսվածքների սահմանում հատվեցին: Բարակ աղիքային գալարները անջատվեցին միջգալարային կպումներից: Իլեոցեկալ անկյունից 25սմ հատված թողնելով առանձնացվեց գստադիքի 45սմ հատված միջընդերքով: Աղիքների անցանելիությունը վերականգնվեց “ծայրը-ծայրին” բերանակցումով՝ 2 շերտ անընդհատ կարերով: Միջընդերքը կարվեց հանգուցային կարերով: Մոբիլիզացված գստադիքի գալարները դետուրուլարիզացվեցին և ձևավորվեց ռեզերվուար: Միզածորանները կաթեթերիզացվեցին և բերանակցվեցին ռեզերվուարին սուբսերոզ ինտրամուրալ եղանակով: Հաշվի առնելով այն, որ ռեզերվուարը առանց ձգման հասնում էր միզուկի ծայրատին, կատարվեց միզուկի ծայրատի և ռեզերվուարի բերանակցում: Տեղադրվեց 24 Foley միզային կաթեթեր: Զստադիքային ռեզերվուարում տեղադրվեց խողովակ, ձևավորելով էպիցիստոստոմա:

Ստուգվեց ռեզերվուարի հերմետիկությունը: Կատարվեց վերջնական ռևիզիա և հեմոստազ: Կոնքի խոռոչում տեղադրվեցին դրենաժներ: Վերքը շերտ առ շերտ կարվեց: Տեղադրվեց ասեպտիկ վիրակապ: Հիվանդը էքստուբացվեց և տեղափոխվեց ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք: Հետվիրահատական շրջանը ընթացել է հարթ առանց բարդությունների: Հիվանդը դուրս է գրվել 20 օր անց, բավարար վիճակում առանց էպիցիստոստոմիկ կաթեթերի առկայության: Հետվիրահատական ուլտրաձայնային քննությամբ հայտնաբերվել է երիկամների նորմալ չափեր, պահպանված պարենխիմա՝ 1.8սմ: Աջ երիկամում հայտնաբերվել են 2.0, 2.1, 3.0սմ պարզ կիստաներ: Սոնոգրաֆիկ՝ “միզապարկը” 173 մմ ծավալով, մնացորդային մեզր բացակայում է: Հետվիրահատական շրջանում միզարձակությունը ազատ է, առանց անմիզապահության և մնացորդային մեզի:

Նշում՝ Այս հիվանդի տվյալները չեն ընդգրկվել մեր աշխատանքի մեջ խմբերի համեմատման և վերլուծության համար :

Այսպիսով, օրթոտոպիկ միզապարկի ձևավորումը հնարավոր է կատարել 2 փուլով՝ ՈԻԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ առաջին վիրահատությունից առնվազն 6 ամիս անց: Մեզի դերիվացիայի եղանակի փոխակերպման համար անհրաժեշտ է ուռուցքի կրկնության բացակայություն, հիվանդի ընդհանուր լավ առողջական վիճակ և միզուկի լավ պահպանված ծայրատ առաջին վիրահատության ընթացքում:

### ***Հետվիրահատական բարդությունների համեմատական վերլուծություն***

Հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների առաջացման մեջ մեզի դերիվացիայի եղանակի կարևորությունը հասկանալու համար կատարվել է բոլոր խմբերի համեմատական վերլուծություն: Միագործոնային վերլուծությամբ պարզվել է, որ մեզի դերիվացիայի եղանակի ընտրությունը վիճակագրորեն հավաստի կապված է հետվիրահատական բարդությունների առաջացման հետ: Մասնավորապես, հայտնաբերվել է, որ աղիքային միզապարկի ձևավորման եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ հետվիրահատական բարդությունների զարգացման հավանականությունների գործակիցների հարաբերությունը (OR) 2.55 անգամ ավել է ստանդարտ ՈԻԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդներից (OR-2.55, P-0.001): Աղիքային միզապարկի խումբը մյուս խմբերի հետ համեմատման դեպքում, ինչպես նաև



մյուս խմբերը իրար հետ համեմատման դեպքում վիճակագրորեն հավաստի տվյալներ չեն ստացվել: Միագործոնային վերլուծության արդյունքը ներկայացված է ստորև (Նկար 17):

AnyComp	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
<b>new_Diversion</b>					
1	2.557506	.6771648	3.55	0.000	1.522087 4.297283
2	1.207143	.5284357	0.43	0.667	.5118457 2.846941
3	1.207143	.6406183	0.35	0.723	.4266138 3.415722
_cons	.1656804	.0338051	-8.81	0.000	.1110693 .2471432

*Նկար 17. Որևէ բարդության և մեզի դերիվացիայի միագործոնային վերլուծությունն Նշում՝ 0-ստանդարտ ՈԻԿ (համեմատման խումբ), 1-աղիքային միզապարկ, 2-աղիքային կոնդուիտ, 3-մոդիֆիկացված ՈԻԿ*

Կատարվել է նաև բոլոր փոփոխականների միագործոնային լոգիստիկ վերլուծություն պարզելու համար այն բոլոր գործոնները, որոնք կարող են վիճակագրորեն հավաստի կապ ունենալ հետվիրահատական բարդությունների առաջացման մեջ: Վերլուծության արդյունքում առանձնացվել են հետևյալ փոփոխականները՝ տարիք, հիվանդության փուլ, վիրահատության տևողություն, նախավիրահատական հիդրոնեֆրոզի առկայություն: Բոլորը գործոնների կապը հետվիրահատական բարդությունների առաջացման հետ եղել է վիճակագրորեն հավաստի: Միագործոնային վերլուծության մանրամասն նկարագրությունը ներկայացված է աղյուսակ 12-ում: Ինչպես երևում է աղյուսակից ուռուցքի փուլը հանդիսանում է հավաստի գործոններից մեկը, որը ազդում է հետվիրահատական բարդությունների զարգացման վրա: Ընդ որում, վիճակագրորեն հավաստի կապ հայտնաբերվել է միայն T2N0M0 և T4N0M0 փուլերի միջև, վկայելով այն մասին, որ T2N0M0 փուլ ունեցող հիվանդները 4 անգամ ավելի հակված են հետվիրահատական բարդությունների առաջացմանը քան T4N0M0 փուլի հիվանդները (p=0.026):

Մեկ այլ գործոն է նախավիրահատական հիդրոնեֆրոզի առկայությունը: Միագործոնային լոգիստիկ վերլուծությամբ պարզվել է, որ հիդրոնեֆրոզի առկայությունը նվազեցնում է բարդությունների ռիսկը մոտ 2 անգամ (p=0.013):

*Աղյուսակ 12.*

*Հետվիրահատական բարդությունների վրա ազդող վիճակագրորեն հավաստի փոփոխականների արդյունքներ (միագործոնային լոգիստիկ վերլուծություն)*

Փոփոխականներ	Միագործոնային վերլուծություն	
	Հավանականության գորակիցների հարաբերություն (OR) (95% ՎՄ (CI))	P-արժեք
<b>Դերիվացիա</b>		
Ստանդարտ ՈԻԿ (համեմատական)	1.00	
Աղիքային միզապարկ	2.56 (1.52 – 4.30)	0.001
Աղիքային կոնդուիտ	1.21 (0.51 – 2.85)	0.667
Մոդիֆիկացված ՈԻԿ	1.21 (0.43-3.42)	0.723
<b>Ուռուցքի փուլ</b>		
pT2N0M0 (համեմատական)	1.00	
pT3N0M0	0.65 (0.38-1.12)	0.123
pT4N0M0	0.25 (0.07-0.85)	0.026
pT2-4N1M0	0.94 (0.49 -1.83)	0.865
<b>Նախավիրահատական հիդրոնեֆրոզ</b>		
Ոչ (համեմատական)	1.00	
Այո	0.47 (0.26-0.85)	0.013
<b>Վիրահատության տևողություն (րոպե)</b>	1.006 (1.002-1.009)	0.002
<b>Տարիք (տարի)</b>	0.97 (0.94-0.99)	0.016

*Նշում՝ ՎՄ – վստահության միջակայք, ՈԻԿ – ուրետերոկուտանեոստոմա*

Տարիքը նույնպես հանդիսացել է որոշիչ գործոն, որի կապը հետ վիրահատական բարդությունների զարգացման հետ արտահայտվում է հետևյալ կերպ՝ տարիքի

յուրաքանչյուր 1 տարվա ավելացումը նվազեցնում է բարդությունների ռիսկը 3%-ով (0.97, p-0.016): Այս տվյալները հակասական են գրականության տվյալներին: Նշվածների հավանական բացատրությունը կարող է լինել այն, որ T2N0M0 փուլով, երիտասարդ և առանց հիդրոնեֆրոզի հիվանդները ավելի հաճախ են վիրահատվել օրթոտոպիկ աղիքային միզապարկի եղանակով:

Վերջին վիճակագրորեն հավաստի կապը հայտնաբերվել է վիրահատության տևողության և հետվիրահատական բարդության միջև՝ 1.006, p-0.002, նշանակելով, որ վիրահատության տևողության յուրաքանչյուր մեկ րոպե ավելացումը մեծացնում է հետվիրահատական բարդության զարգացման հավանականությունը 0.6%-ով:

	AnyComp	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
<b>new_divesion</b>							
1		2.075652	.6554849	2.31	0.021	1.117758	3.854442
2		1.101695	.5074071	0.21	0.833	.4467084	2.717058
3		1.023448	.5538288	0.04	0.966	.3543617	2.955869
age_years		.9840283	.0150536	-1.05	0.293	.9549617	1.01398
<b>TumorStage</b>							
pT3N0M0		.8101764	.2326493	-0.73	0.464	.4614765	1.42236
pT4N0M0		.3853549	.2481316	-1.48	0.139	.1090859	1.361298
pT2-4N1M0		1.531821	.5854555	1.12	0.265	.7242399	3.239915
Preophidro		.5832174	.1886729	-1.67	0.096	.3093596	1.099505
_cons		.5969405	.6183106	-0.50	0.618	.0783893	4.545746

*Նկար 18. Ներհիվանդանոցային բարդությունների վրա ազդող փոփոխականների բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծություն (կարմիրով մատնանշված են վիճակագրորեն հավաստի արդյունքները)*

*Նշում՝ new\_diversion = 0-ստանդարտ ՈԻԿ (համեմատման խումբ), 1-աղիքային միզապարկ, 2-աղիքային կոնդուիտ, 3-մոդիֆիկացված ՈԻԿ; age\_years = տարիք; Tumorstage = ուռուցքի փուլ; Preophidro = հիդրոնեֆրոզի առկայություն*

Այնուհետև ուսումնասիրվել է նշված փոփոխականների և մեզի դերիվացիայի եղանակի փոփոխականի միջև կապը: Վիճակագրորեն հավաստի կապ հայտնաբերելու դեպքում տվյալ փոփոխականը ընդունվել է որպես աղավաղիչ գործոններ և ներառվել է հետագա բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծության մեջ: Կատարվել է նաև գործոնների միջև կորելյացիայի ստուգում, ըստ որի ուժեղ կորելացված փոփոխականներից ընտրվել է առավել կարևորը: Արդյունքում վերջնական մոդելում տեղ գտած փոփոխականները են եղել՝ մեզի դերիվացիայի եղանակը, տարիքը, ուռուցքի փուլը և նախավիրահատական հիդրոնեֆրոզը: Կից ներկայացվում է STATA-ի վերլուծության արդյունքը (Նկար 18):

Վիճակագրորեն հավաստի կապը պահպանվել է միայն մեզի դերիվացիայի և հետվիրահատական բարդությունների միջև: Ըստ այդմ, օրթոտոպիկ աղիքային միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդները 2.08 անգամ ավելի հակված են հետվիրահատական բարդությունների առաջացմանը քան ստանդարտ ՈԻԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդները, որը վերջնական մոդելում ընդունվել է որպես համեմատական խումբ (OR-2.08, p-0.021): Մյուս փոփոխականների հավաստի կապը բազմագործոնային վերլուծության արդյունքում անհետացել է:

Վերլուծվել է նաև աղիքային սեզմենտի կիրառման (աղիքների ռեզեկցիա) ազդեցությունը հետվիրահատական բարդությունների առաջացման մեջ: Այս վերլուծության համար համախմբվել են աղիքային սեզմենտի կիրառմամբ մեզի դերիվացիայի եղանակները (աղիքային միզապարկ+աղիքային կոնդուիտ) մեկ խմբում, և առանց աղիքային սեզմենտի կիրառման մեզի դերիվացիայի եղանակները (ստանդարտ+մոդիֆիկացված ՈԻԿ) մյուս խմբում: Ինչպես սպասելի էր, աղիքային սեզմենտի կիրառումը մեզի դերիվացիայի եղանակներում մեծացնում է հետվիրահատական բարդությունների առաջացման հավանականությունը 2.16 անգամ (OR-2.16, p-0.002): Այս անգամ ևս բոլոր փոփոխականները, որոնք դրսևորել են վիճակագրորեն հավաստի կապ ինչպես մեզի դերիվացիայի եղանակի այնպես էլ հետվիրահատական բարդության զարգացման հետ, ներառվել են բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծության վերջնական մոդելի մեջ (Նկար 19): Այս անգամ եվս պարզվել է, որ աղիքային հատվածի կիրառումը մեծացնում է բարդությունների ռիսկը 1.79 անգամ (OR-1.79, p-0.041):

AnyComp	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
<b>ileal_divesion</b>	<b>1.791472</b>	<b>.5116248</b>	<b>2.04</b>	<b>0.041</b>	<b>1.023567 3.135479</b>
age_years	.980989	.0148073	-1.27	0.204	.9523923 1.010444
TumorStage					
pT3N0M0	.7748295	.2203207	-0.90	0.370	.4437816 1.352829
pT4N0M0	.3901098	.2499518	-1.47	0.142	.1111229 1.369526
pT2-4N1M0	1.504971	.572483	1.07	0.283	.7140611 3.171908
Preophidro					
yes	.5650699	.1815533	-1.78	0.076	.3010348 1.060688
_cons	.7499834	.7557364	-0.29	0.775	.1040688 5.404837

*Նկար 19. Ներհիվանադանոցային բարդությունների վրա ազդող փոփոխականների բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծություն (կարմիրով մատնանշված են վիճակագրորեն հավաստի արդյունքները)*

*Նշում՝ Ileal\_diversion = օրթոտոպիկ միզապարկ + աղիքային կոնդուիտ; Tumorstage = ուռուցքի փուլ; Preophidro = հիդրոնեֆրոզի առկայություն*

Այնուհետև ուսումնասիրվել է դերիվացիայի եղանակների և ծանր բարդությունների միջև կապը: Միագործոնային վերլուծությամբ հաստատվել է մեզի դերիվացիայի աղիքային եղանակների և ծանր բարդությունների միջև հավաստի կապը (OR-2.46, p-0.047): Թեև մեզի դերիվացիան միակ փոփոխական էր, որը միագործոնային վերլուծությամբ վիճակագրորեն հավաստի էր, այնուամենայնիվ վերջնական մոդելի մեջ ներառվել էին նաև մյուս՝ մեր կողմից առանձնացված, կարևոր փոփոխականները: Արդյունքում՝ հավանականության գործակիցների հարաբերությունը 2.46-ից աճել էր մինչև 4.01, վկայելով այն մասին, որ մեզի դերիվացիայի աղիքային եղանակները բարձրացնում են հետվիրահատական ծանր բարդությունների (IIIբ և բարձր) ռիսկ 4.01 անգամ (OR-4.01, p-0.021) (Նկար 20):

	clavien	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
<b>ileal_diversion</b>		<b>4.013111</b>	<b>2.415149</b>	<b>2.31</b>	<b>0.021</b>	<b>1.233717 13.0541</b>
Preophidro		1.321323	.8980642	0.41	0.682	.3487164 5.00663
TumorStage						
pT3N0M0		1.198393	.612931	0.35	0.723	.4397877 3.265544
pT4N0M0		.5231482	.7185691	-0.47	0.637	.0354371 7.723084
pT2-4N1M0		1.182212	.8172307	0.24	0.809	.3049883 4.582555
age_years		1.048528	.0291978	1.70	0.089	.9928347 1.107345
_cons		.0189715	.0364004	-2.07	0.039	.0004415 .8152464

*Նկար 20. Ծանր բարդությունների վրա ազդող փոփոխականների բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծություն (կարմիրով մատնանշված են վիճակագրորեն հավաստի արդյունքները)*

*Նշում՝ Ileal\_diversion = օրթոստոպիկ միզապարկ + աղիքային կոնդուիտ; age\_years = տարիք; Tumorstage = ուռուցքի փուլ; Preophidro = հիդրոնեֆրոզի առկայություն*

Հետազոտվել է նաև առանձին բարդությունների և այլ փոփոխականների միջև կապը: Այդ բազմագործոնային վերլուծության համապատասխան կպումային աղիքային անանցանելիության ռիսկը բարձրացնող միակ հավաստի գործոնը մեզի դերիվացիայի եղանակն էր ( $p=0.007$ ): Այս ծանր բարդության հանդիպման հաճախականությունը 9 անգամ գերազանցում էր աղիքային միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ համեմատած ստանդարտ ՈԻԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների հետ ( $OR=8.99$ ,  $95\%CI=1.82-44.2$ ): Մեզի դերիվացիայի մյուս եղանակների միջև վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն չի հայտնաբերվել (Նկար 21):

PostopIleus	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
<b>new_divesion</b>					
<b>1</b>	<b>8.989848</b>	<b>7.307021</b>	<b>2.70</b>	<b>0.007</b>	<b>1.827632 44.21971</b>
2	2.794921	2.212332	1.30	0.194	.5923758 13.18687
3	1.08832	1.222501	0.08	0.940	.1203951 9.837945
age_years	.9636958	.0240521	-1.48	0.138	.917689 1.012009
SurgDur	.9915154	.0054687	-1.54	0.122	.9808547 1.002292
Preophidro	.2729041	.2065325	-1.72	0.086	.0619191 1.202806
_cons	2.02896	4.000736	0.36	0.720	.0425462 96.75785

*Նկար 21. Կպումային աղիքային անանցանելիության վրա ազդող փոփոխականների բազմազործոնային լոգիստիկ վերլուծություն (կարմիրով մատնանշված են վիճակագրորեն հավաստի արդյունքները)*

*Նշում՝ new\_diversion = 0-ստանդարտ ՈԻԿ (համեմատման խումբ), 1 – օրթոտոպիկ միզապարկ, 2 – աղիքային կոնդուիտ, 3 – մոդիֆիկացված ՈԻԿ; age\_years = տարիք; SurgDur = վիրահատության տևողություն; Preophidro = հիդրոնեֆրոզի առկայություն*

Ասպիսով՝ մեզի դերիվացիայի օրթոտոպիկ եղանակը վիճակագրորեն հավաստի մեծացնում է հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների առաջացման ռիսկը (OR=2.08, p=0.021): Ներհիվանդանոցային բոլոր բարդությունների (OR=1.79, p=0.041), ինչպես նաև ծանր բարդությունների (IIIբ և ավել) (OR=4.01, p=0.021) զարգացման ռիսկը աճում է աղիքային սեզմենտի կիրառմամբ մեզի դերիվացիաների եղանակների դեպքում: Մեզի դերիվացիայի օրթոտոպիկ եղանակը էապես մեծացնում է հետվիրահատական ներհիվանդանոցային աղիքային անանցանելիության հանդիպման ռիսկը (OR=8.99, p=0.007):

## ԳԼՈՒԽ 4.

### ԱՊՐԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿ

#### 4.1 Ապրելիություն

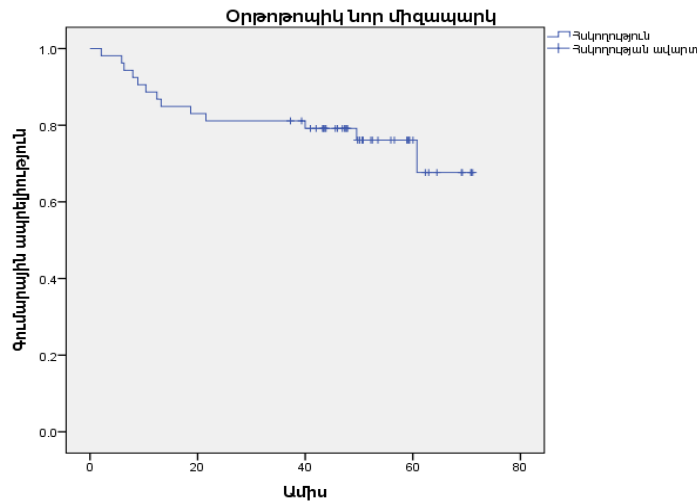
Ինչպես մեթոդաբանության մեջ արդեն նշվել է, միզապարկի քաղցկեղի կապակցությամբ վիրահատված հիվանդների հետվիրահատական առնվազն 3 տարվա ընդհանուր ապրելիությունը որոշելու համար տվյալները հավաքագրվել են 2013-2015թթ-ների ընթացքում մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներով վիրահատված հիվանդներից: Ըսդ այդմ, նշված ժամանակահատվածում վիրահատված ընդհանուր հիվանդների թիվը կազմել է 187 հիվանդ: Նշված 187 հիվանդից ներհիվանդանոցային մահ առձանագրվել է 8 հիվանդի մոտ: Մնացած, 179 հիվանդից 63-ի հետ (35.2%) կապ հաստատել չի հաջողվել: Նշված 8 մահացած և 63 անհասանելի հիվանդների տվյալները չեն օգտագործվել հետագա վերլուծության համար: Այսպիսով, նշված տարիների ընթացքում վիրահատված և հետվիրահատական շրջանում հասանելի հիվանդների ընդհանուր թիվը կազմել է 116 հիվանդ: Բոլոր հիվանդները ներգրավված են եղել 3 խմբերում՝ օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, աղիքային կոնդուիտ, ստանդարտ ՈԻԿ, հաշվի առնելով այն փաստը, որը մեզի դերիվացիայի մոդիֆիկացված ուրեթերոկուտանեոստոմայի եղանակը սկսվել է օգտագործվել 2016 թ-ից: Միջին ապրելիությունը կազմել է 40.0 ամիս տատանվելով 0-ից 72 ամիս: Ընդհանուր առմամբ հսկողության ընթացքում մահացել է 42 հիվանդ: 3-տարվա ընդհանուր ապրելիությունը կազմել է 63.8%:

#### *Օրթոտոպիկ նոր միզապարկ*

Հսկողության համար հասանելի 116 հիվանդներից 53-ը (45.7%) վիրահատվել էին կիրառելով մեզի դերիվացիայի օրթոտոպիկ նոր միզապարկի եղանակով: Հետվիրահատական 3-5 տարիների ժամանակահատվածում մահացել է 13 հիվանդ (24.5%): Միջին ապրելիությունը այս խմբում ամենաերկարն էր կազմելով 44.8 ամիս (2-ից 71 ամիս): Ընդ որում, 36 ամիս անց կենդանի էին հիվանդների 81.1% (43 հիվանդ) (Նկար 22): Նշված 53 հիվանդներից ներհիվանդանոցային բարդություններ դիտվել են 15



հիվանդի մոտ: Բարդությունների առկայությունը հետվիրահատական առնվազն 3-տարվա ապրելիության վրա վիճակագրորեն էական ազդեցություն չի դրսևորել ( $p=0.23$ ):



Նկար 22. Օրթոթոպիկ նոր միզապարկի առնվազն 3 տարվա ընդհանուր ապրելիություն

Նշված խմբում կյանքի տևողության վրա ազդող միակ վիճակագրորեն հավաստի փոփոխականը հանդիսացել է հիվանդության փուլը ( $p=0.016$ ): Արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 13-ում:

Աղյուսակ 13.

Մեզի դերիվացիայի օրթոթոպիկ միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների ուռուցքի փուլի և հետվիրահատական ուշ մահացության միջև կապը

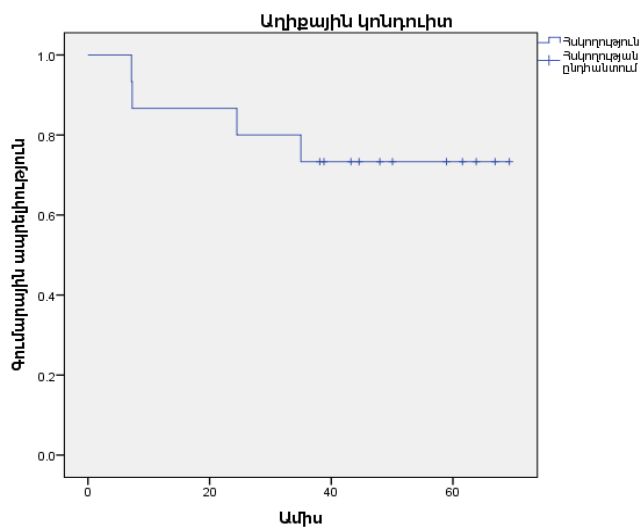
Հիվանդության փուլ	Հետվիրահատական մահ		Ամբողջ	p-արժեք
	Ոչ	Այո		
pT2N0M0	23	10	33	0.016
pT3N0M0	15	1	16	
pT4N0M0	2	0	2	
pT2-4N1M0	0	2	2	
Ամբողջ	40	13	53	

pT2N0M0 փուլով ախտորոշված հիվանդների մոտ առձանագրվել է հետվիրահատական ուշ մահացության ավելի բարձր հավանականություն: Նշվածի

հավանական բացատրությունը կարող է լինել այն հանգամանքը, որ pT2N0M0 փուլով ախտորոշված հիվանդների թիվը առավելագույնն էր տվյալ եղանակով վիրահատված հիվանդների խմբում:

### **Աղիքային կոնդուիտ**

Աղիքային կոնդուիտի եղանակով վիրահատվել են 116 հիվանդներից միայն 15-ը (12.9%): Հսկողության տարիների ընթացքում մահը առձանագրվել է 4 հիվանդի մոտ: Այսպիսով՝ 3-տարվա ապրելիությունը այս խմբում կազմել է 73.3% (15-ից 11 հիվանդ): Միջին ապրելիությունը կազմել է 43.8 ամիս տատանվելով 7-ից 69 ամիս (Նկար 23):

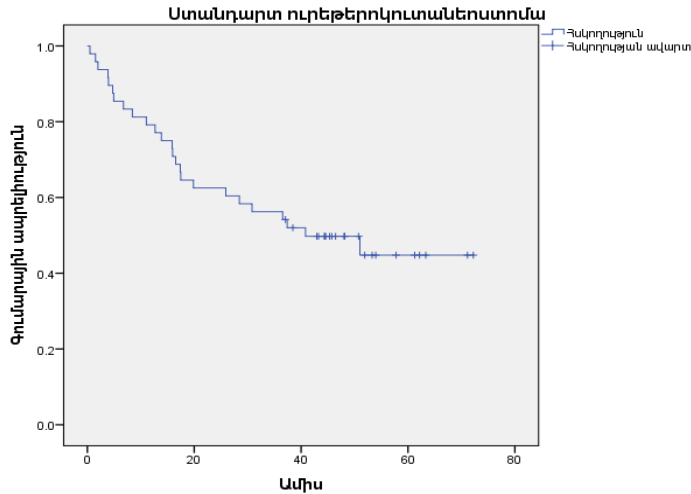


*Նկար 23. Աղիքային կոնդուիտի 3 տարվա ընդհանուր ապրելիություն*

Առկա փոփոխականներից ոչ մեկի՝ ներառյալ հիվանդության փուլի, վիճակագրորեն հավաստի ազդեցություն հետվիրահատական ուշ մահացության վրա չի հայտնաբերվել:

### **Ստանդարտ ուրեթերոկուտանեոստոմա**

Ստանդարտ ուրեթերոկուտանեոստոմայի եղանակով վիրահատվել են 116 հիվանդից 48-ը (41.4%): Նրանցից 25 հիվանդի մոտ առձանագրվել է մահ հետվիրահատական հսկողության ժամանակ: 3-5 տարվա հսկողության ընթացքում միջին ապրելիությունը տվյալ խմբում կազմել է 33.4 ամիս (0-ից 72 ամիս): 3-տարվա ապրելիությունը կազմել է 56.3% (48-ից 27 հիվանդ) (Նկար 24):



Նկար 24. Ստանդարտ ուրեթերոկուտանեոստոմայի 3 տարվա ընդհանուր ապրելիություն

Մահացած 25 հիվանդներից ներհիվանադանոցային բարդությունները դիտվել են 5 հիվանդի մոտ, այնինչ չմահացած հիվանդներից՝ միայն 1 հիվանդի մոտ: Հայտնաբերված այս տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի չէ (p=0.1), այնուամենայնիվ հիվանդների մեծ քանակի դեպքում կապը կարող է լինել ավելի արտահայտված:

Աղյուսակ 14.

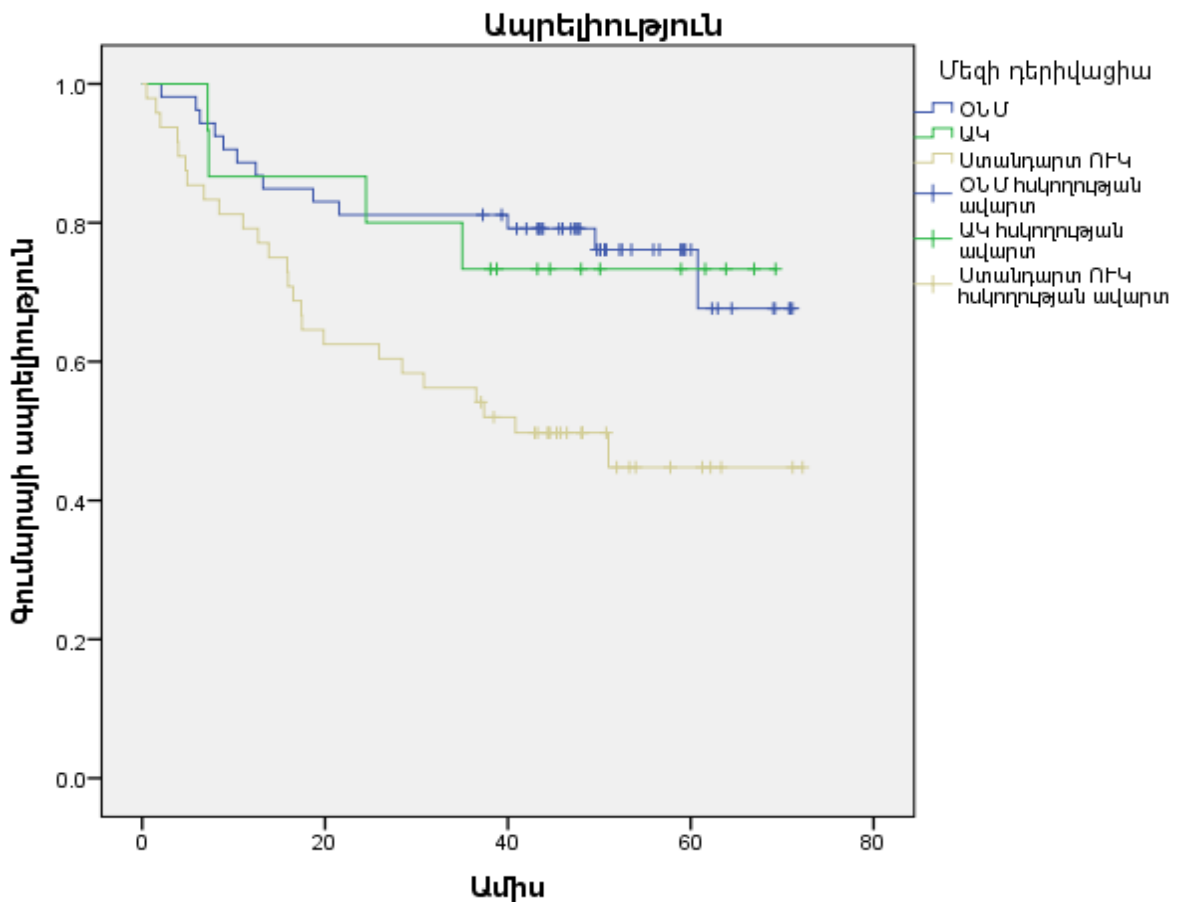
Մեզի դերիվացիայի ստանդարտ ՈՒԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների ուռուցքի փուլի և հետվիրահատական ապրելիության միջև կապը

Հիվանդության փուլ	Հետվիրահատական մահ		Ամբողջ	p-արժեք
	Ոչ	Այո		
pT2N0M0	11	5	16	0.034
pT3N0M0	9	8	16	
pT4N0M0	1	5	6	
pT2-4N1M0	2	8	10	
Ամբողջ	23	25	48	

Ինչպես օրթոտոպիկ միզապարկի դեպքում, այս խմբում ևս հայտնաբերվել է վիճակագրորեն հավաստի կապ հիվանդության փուլի և ուշ հետվիրահատական շրջանի մահացության միջև ( $p=0.034$ ): Մահացած հիվանդների հիմնական մասը ախտորոշվել էր T4N0M0 և T2-4N1M0 փուլերում (Աղյուսակ 14):

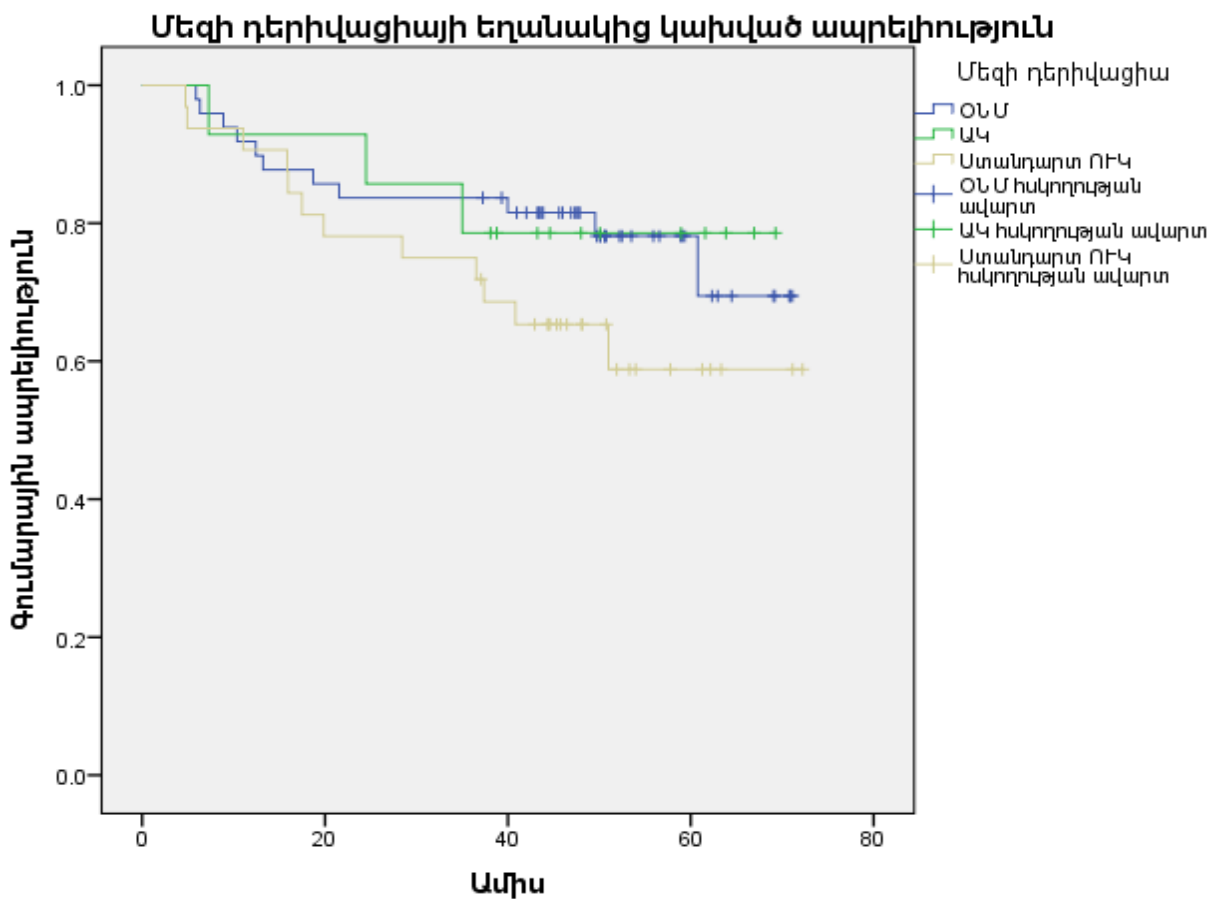
**Ընդհանուր ապրելիության համեմատություն**

Մեզի դերիվացիայի որևէ եղանակի ազդեցությունը հետվիրահատական 3-տարվա ապրելիության պարզելու համար կատարվել է առկա 3 եղանակների համամետական վերլուծություն: Սկզբում կատարվել է մեզի դերիվացիայի և ապրելիության միագործոնային լոգիստիկ վերլուծություն: Արդյունքում դիտվել է, որ մեզի դերիվացիայի ստանդարտ ՈՒԿ-ի եղանակը էականորեն մեծացնում է հետվիրահատական ուշ մահացության հավանականությունը համեմատած օրթոտոպիկ նոր միզապարկի հետ ( $OR=3.34$ ,  $p=0.005$ ): Մնացած երկու եղանակների համեմատման դեպքում վիճակագրորեն հավաստի տարբերությունը չի հայտնաբերվել (Նկար 25):



Նկար 25. Մեզի դերիվացիայի եղանակից կախված ընդհանուր ապրելիությունը

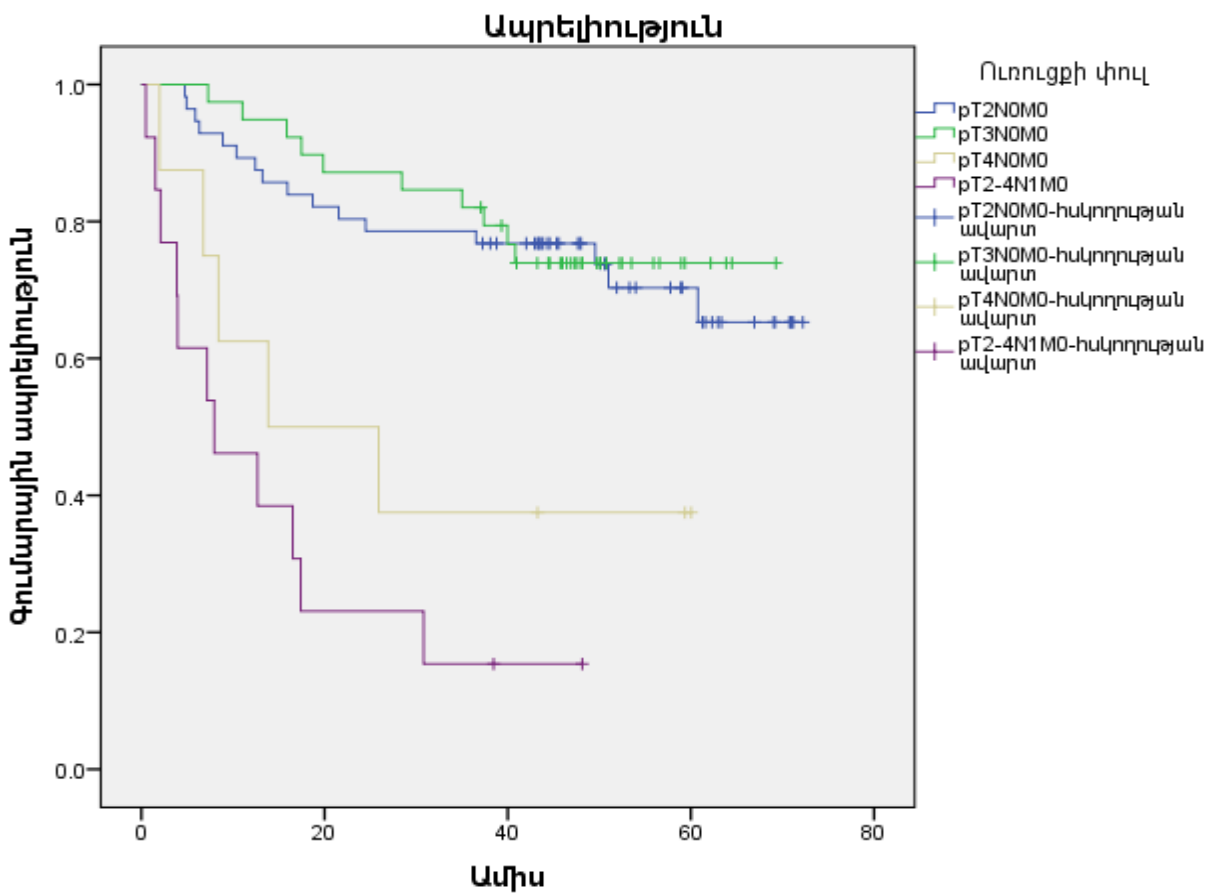
Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ հիվանդության ուշ փուլերում ախտորոշված հիվանդների մոտ գերակշռել է մեզի դերիվացիայի ստանդարտ ՌԻԿ-ի եղանակի կիրառումը, կատարվել է հետվիրահատական ապրելիության ուսումնասիրությունն Բացառապես pT2N0M0 և pT3N0M0 փուլերում ախտորոշված հիվանդների մոտ: Ինչպես երևում է նկար 26-ից 3-տարվա նվազագույն հսկողության ժամանակ վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն pT2N0M0 և pT3N0M0 փուլերում մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներով վիրահատված հիվանդների ապրելիության մեջ չի նկատվում: Նշվածից պարզ է դառնում, որ մեզի դերիվացիայի եղանակը հանդիսանում է հավանական աղավաղիչ փոփոխական:



Նկար 26. Մեզի դերիվացիայի եղանակից կախված ընդհանուր ապրելիությունը pT2N0M0 և pT3N0M0 փուլերում

Այնուհետև ուսումնասիրվել են ապրելիության և այլ փոփոխականների միջև կապերը: Միագործոնային վերլուծությամբ էական փոփոխականները առանձնացվել են

և ներառվել հետագա բազմագործոնային վերլուծության մեջ: Այդուսակ 15-ը ներկայացնում է բոլոր փոփոխականները, որոնք միագործոնային վերլուծությամբ եղել են վիճակագրորեն հավաստի: Բացի մեզի դերիվացիայի եղանակից, այդուսակը ներառում է հետևյալ փոփոխականները՝ ուռուցքի փուլը, նախավիրահատական հիդրոնեֆրոզի առկայությունը կամ բացակայությունը և հիվանդների տարիքը: Մասնավորապես կարևոր է առանձնացնել ուռուցքի pT2-4N1M0 փուլը, որի դեպքում միագործոնային վերլուծությամբ հետվիրահատական մահացության հարաբերական ռիսկը աճել է 13.75 անգամ համեմատած pT2N0M0 փուլ ունեցող հիվանդների հետ (Նկար 27):



Նկար 27. Ուռուցքի փուլից կախված ընդհանուր ապրելիություն

Նմանապես նախավիրահատական հիդրոնեֆրոզի առկայությունը և հիվանդի մեծ տարիքը (յուրաքանչյուր 1 տարի մեծացումը) ավելացնում են հետվիրահատական մահացության ռիսկը, 3.88 և 1.08 անգամ, համապատասխանաբար:

Այս բոլոր փոփոխականները, այնուհետև, ընդգրկվել են բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծության վերջնական մոդելի մեջ: Վերլուծության արդյուքնում հիվանդների տարիքը և ուռուցքի փուլը հանդիսացել են այն փոփոխականները, որոնք բացասաբար են ազդել հետվիրահատական ապրելիության վրա: Ինչպես երևում է նկար 28-ից pT2-4N1M0 փուլը բազմապատկում է մահացության հարաբերական ռիսկը 9.34 անգամ համեմատած pT2N0M0 փուլի հետ (OR-9.34, p-0.012):

*Աղյուսակ 15.*

*Հետվիրահատական ընդհանուր ապրելիության վրա ազդող փոփոխականներ (միագործոնային լոգիստիկ վերլուծություն)*

Փոփոխականներ	Միագործոնային վերլուծություն	
	Հավանականության գորակիցների հարաբերություն (OR) (95% ՎՄ (CI))	P-արժեք
<b>Դերիվացիա</b>		
ՕՆՄ(համեմատական)	1.00	
Աղիքային կոնդուիտ	1.12 (0.30 – 4.12)	0.866
Ստանդարտ ՈԻԿ	3.34 (1.44 – 7.78)	0.005
<b>Ուռուցքի փուլ</b>		
pT2N0M0 (համեմատական)	1.00	
pT3N0M0	0.86 (0.34-2.17)	0.753
pT4N0M0	4.17 (0.89-19.5)	0.07
pT2-4N1M0	13.75 (2.73-69.09)	0.001
<b>Նախավիրահատական հիդրոնեֆրոզ</b>		
Ոչ (համեմատական)	1.00	
Այո	3.88 (1.65-9.10)	0.002
<b>Տարիք (տարի)</b>	1.08 (1.02-1.14)	0.004

*Նշում. ՎՄ – վստահության միջակայք, ՕՆՄ – օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ՈԻԿ - ուրեթերոկուտանեոստոմա*

Նմանապես հիվանդի տարիքի յուրաքանչյուր 1 տարով ավելացումը ավելացնում է հետվիրահատական շրջանի մահացության ռիսկը 9%-ով (OR-1.09, p-0.02): Այս փոփոխականներին հակառակ մեզի դերիվացիայի եղանակի, հիդրոնեֆրոզի առկայության և հետվիրահատական ուշ մահացության միջև վիճակագրորեն հավաստի կապը անհետացել է:

Այսպիսով արմատական ցիստեկտոմիայից հետո ընդհանուր ապրելիությունը ուսումնասիրող մեր հետազոտության արդյունքները համապատասխանում են գրականության մեջ նախկինում հրատարակված արդյունքներին: Մասնավորապես, հաստատվել է, որ անկախ օգտագործված մեզի դերիվացիայի եղանակից, ուռուցքի pT2-4N1M0 փուլ ունեցող և տարեց հիվանդները կրում են ավելի վատ պրոզնոզ:

DeathPostop	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
<b>age_years</b>	<b>1.085895</b>	<b>.0384511</b>	<b>2.33</b>	<b>0.020</b>	<b>1.013088 1.163934</b>
TumorStage					
pT3NOM0	.6082339	.3181594	-0.95	0.342	.2181815 1.6956
pT4NOM0	2.277252	1.991856	0.94	0.347	.4100965 12.6455
<b>pT2-4N1M0</b>	<b>9.341701</b>	<b>8.291663</b>	<b>2.52</b>	<b>0.012</b>	<b>1.640221 53.20465</b>
Diversion					
Conduit	.970951	.725727	-0.04	0.969	.2243757 4.20164
Ureterocutaneostomy	1.054915	.5999051	0.09	0.925	.3460667 3.2157
Preophidro	2.45281	1.267328	1.74	0.082	.8909667 6.752525
_cons	.0019892	.0043394	-2.85	0.004	.0000277 .1430675

Նկար 28. Ընդհանուր ապրելիության վրա ազդող փոփոխականների բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծություն

Նշում՝ *Diversion* = օրթոտոպիկ միզապարկ (համեմատման խումբ), *conduit* – աղիքային կոնդուիտ, *Ureterocutaneostomy* – ստանդարտ ուրեթերոկուտանեոստոմիա; *age\_years* = տարիք; *TumorStage* = Ուռուցքի փուլ; *Preophidro* = Նախավիրահատական հիդրոնեֆրոզ

#### 4.2. Կյանքի որակ

Հիվանդների կյանքի որակի գնահատման համար կապ է ստեղծվել 2010թ-ի հունվարից մինչև 2017թ-ի դեկտեմբեր ամիսը մեզի դերիվացիայի որևէ եղանակով արմատական ցիստեկտոմիայի ենթարկված հիվանդների հետ: Բոլոր հասանելի



հիվանդները, ովքեր համաձայնվել են լրացնել հարցաշարը, ներառվել են հետագա հետազոտության մեջ:

Ընդհանուր առմամբ հարցաշարը լրացվել է 167 հիվանդի կողմից: Հիվանդները ներգրավված են եղել բոլոր 4 խմբերում: Միջին հետվիրահատական հսկողությունը եղել է 46.9 ամիս (13-ից 107 ամիս): Նշված 167 հիվանդներից ներհիվանդանոցային բարդությունները դիտվել են 34 հիվանդի մոտ, որը համապատասխում է 20.4%-ի:

Ուսումնասիրվել է ամբողջ հարցաշարի գումարային ցուցանիշը, ֆիզիկական, սոցիալական, հուզական, ֆունկցիոնալ և հավելյալ մտահոգությունների ենթաբաժինների գումարային ցուցանիշները, ինչպես նաև 3 առանձին հարցերի ցուցանիշները: Մեր կողմից առանձնացված հարցերը ուղղված էին պարզելու ներկա պահին կյանքի որակը, միզային վիճակից բավարարվածությունը և էրեկցիայի առկայությունը:

*Աղյուսակ 16.*

*Կյանքի որակի և դրա առանձին ենթաբաժինների ցուցանիշների նկարագրությունը մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներում*

Կյանքի որակ	Մեզի դերիվացիայի եղանակ				
	Մևբորջ	ՕՆՄ	ԱԿ	ՈՒԿ արտ Ստանդ	Մորֆի կացված ՈՒԿ
Ֆիզիկական առողջություն	18.6	19.1	19.8	17.6	18.3
Սոցիալական առողջություն	19.0	19.6	17.6	18.8	19.0
Հուզական առողջություն	18.2	18.3	18.6	17.7	18.6
Ֆունկցիոնալ առողջություն	13.9	15.3	14.5	11.9	14.1
Հավելյալ մտահոգություններ	37.3	38.0	39.7	35.7	37.3
Կյանքի որակի գումարային ցուցանիշ	106.8	110.1	110.0	101.7	106.6

*Նշում՝ ՕՆՄ-օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ԱԿ-աղիքային կոնդուիտ, ՈՒԿ- ուրեթերոկուտանեոստոմիա*

Կյանքի որակի այս հարցաշարի առավելագույն արժեքը համապատասխանում է 176 միավորի: Աղյուսակ 16-ում պատկերված են հետազոտության մեջ ներառված բոլոր հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշները: Մեզի դերիվացիայի բոլոր եղանակներով վիրահատված հիվանդների կյանքի որակի ամբողջ միջին արժեքը եղել է 106.8 միավոր տատանվելով 47-ից 154 միավոր: Առանձին ենթաբաժինների համար ստացվել են հետևյալ միջին ցուցանիշները՝ 18.6 միավոր (առավելագույնը 28)՝ ֆիզիկական, 19.0 միավոր (առավելագույնը 28)՝ սոցիալական, 18.2 միավոր (առավելագույնը 24)՝ հուզական, 13.9 միավոր (առավելագույնը 28)՝ ֆունկցիոնալ, և 37.3 միավոր (առավելագույնը 68)՝ հավելյալ մտահոգությունների ենթաբաժինների համար (Աղյուսակ 16):

Առավելագույն տուժված ենթաբաժինը վերաբերվում էր ֆունկցիոնալ առողջությանը, որը պարունակում է այնպիսի հարցեր, ինչպիսիք են՝ ներկա աշխատունակությունը, կյանքը վայելելու կարողությունը և ընդհանուր կյանքի որակը:

*Աղյուսակ 17.*

*Առանձնացված 3 հարցերի բնութագրեր*

	Կյանքի ներկա որակի գնահատում <i>հիվանդների քանակ,</i> %	Մեզի դերիվացիայից բավարարվածություն <i>հիվանդների քանակ,</i> %	Էրեկցիայի առկայություն <i>հիվանդների քանակ,</i> %
0	15 (9.0)	17 (10.2)	110 (65.9)
1	31 (18.6)	32 (19.2)	33 (19.8)
2	84 (50.3)	80 (47.9)	18 (10.8)
3	35 (21.0)	35 (21.0)	5 (3.0)
4	2 (1.2)	3 (1.8)	1 (0.6)
Ամբողջ	167 (100)	167 (100.0)	167 (100)

*Նշում՝ 0-“ամենևին”, 1-“թեթևակի”, 2-“չափավոր”, 3-“բավականին”, 4-“չափազանց”*

Հիվանդների կողմից գնահատված միջին կյանքի որակը համապատասխանում էր 1.87 միավորի 4 հնարավորից: 167 հիվանդներից միայն 2 հոգի էր նշում չափազանց

լավ կյանքի որակի մասին, այնինչ 15 հոգի առձանագրում էր կյանքի որակի իսպառ բացակայության մասին: Ստացած մեզի դերիվացիայի եղանակից բավարարվածության ցուցանիշը կազմում էր 1.85 միավոր: Իրենց մեզի դերիվացիայի եղանակով “չափավոր”, “բավականին” կամ “չափազանց” բավարարված էին 80, 35 և 3 հոգի, համապատասխանաբար, որը համապատասխանում է ամբողջ հիվանդների 70.6%-ին: Հարցված 167 հիվանդներից, որևէ աստիճանի Էրեկցիայի առկայություն նշում էր միայն 57 հիվանդ, որը համապատասխանում է 34.1%-ին: Էրեկցիայի առկայության միջին ցուցանիշը կազմել է 0.53 միավոր (Աղյուսակ 17):

### ***Օրթոտոպիկ միզապարկ***

Կյանքի որակի գնահատման համար հիվանդների առավելագույն քանակը հասանելի է եղել օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակով վիրահատված խմբում: Այս խմբից հարցաշարը լրացրել են 69 հիվանդներ կազմելով 41.3%-ը: Ամբողջ հարցաշարի գումարային միջին ցուցանիշը հաշվարկվել է 110.1 միավոր (47-154): Ֆիզիկական, սոցիալական և հուզական ենթաբաժինների միջին ցուցանիշները եղել են բավականին մոտ բոլոր եղանակներով վիրահատված հիվանդների ցուցանիշներին, 19.1, 19.6, 18.3 համապատասխանաբար: Նվազագույն ցուցանիշները նկարագրվել են ֆունկցիոնալ առողջության ենթաբաժնում՝ 15.3: Հավելյալ մտահոգությունների միջին ցուցանիշը կազմել է 38.0 միավոր 68 հնարավորից (Աղյուսակ 16): Էրեկտիլ ֆունկցիան պահպանվել է 69 հիվանդից 30-ի մոտ, որը համապատասխանում է դեպքերի 43.5%-ին: Մեզի դերիվացիայի եղանակից բավարարվածության, ինչպես նաև հարցման պահին կյանքի որակի միջին ցուցանիշները համապատասխանել են 2.0 միավորի:

Ներվիրահատական բարդությունները նկարագրվել են 19 հիվանդի մոտ (27.5%): Այս խմբում միակ գործոնը, որն ունեցել է որևէ ազդեցություն կյանքի որակի հարցաշարի տարբեր ցուցանիշների վրա, հանդիսացել է ներվիրահատական բարդությունների առկայությունը (Աղյուսակ 18): Ինչպես տեսնում ենք աղյուսակ 18-ից, որևէ հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդության առկայությունը նվազեցնում է հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշները:

Մասնավորապես, միագործոնային գծային վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայությունը բացասաբար է ազդում ինչպես ընդհանուր կյանքի որակի ցուցանիշի, այն իջեցնելով 14 միավորով ( $p=0,025$ ),

այնպես էլ ֆիզիկական, ֆունկցիոնալ, հավելյալ մտահոգությունների և մեզի դերիվացիայից բավարարվածության ցուցանիշների վրա:

*Աղյուսակ 18.*

*Մեզի դերիվացիայի օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների ներհիվանդանոցային բարդությունների ազդեցությունը կյանքի որակի միջին ցուցանիշների վրա*

	Ներհիվանդանոցային որևէ բարդություն	Միջին ցուցանիշ	p-արժեք
Ֆիզիկական առողջություն	Ոչ	20.0	0.012
	Այո	16.6	
Ֆունկցիոնալ առողջություն	Ոչ	16.1	0.02
	Այո	13.1	
Հավելյալ մտահոգություններ	Ոչ	39.4	0.035
	Այո	34.4	
Գումարային արդյունք	Ոչ	114.0	0.025
	Այո	100.0	
Դերիվացիայից բավարարվածություն	Ոչ	2.1	0.02
	Այո	1.5	

Հավելյալ մտահոգությունների ենթաբաժնի ցուցանիշների տարբերությունը կազմել է 5.0 միավոր, ֆիզիկական և ֆունկցիոնալ առողջության ցուցանիշների տարբերությունը՝ համապատասխանաբար 3.4 և 3.0 միավոր: Եվս մեկ ցուցանիշ՝ դերիվացիայի եղանակից բավարարվածությունը, վիճակագրորեն հավաստի նվազ է եղել բարդություն ունեցած հիվանդների մոտ՝ 0.6 միավորով: Հետազոտվել է նաև կյանքի որակի բոլոր ցուցանիշների և մնացած բոլոր փոփոխականների միջև կապը: Արդյունքում փոփոխականներից ոչ մեկի վիճակագրորեն հավաստի կապը կյանքի որակի ցուցանիշների հետ չի հաստատվել: Այնուհետև կատարվել է բազմագործոնային զծային վերլուծություն՝ ներառելով միակ վիճակագրորեն հավաստի (ներհիվանդանոցային բարդություններ) և այլ՝ մեր կողմից ընտրված, ոչ հավաստի

փոփոխականները (տարիք, հսկողության տևողություն, ASA ցուցանիշ, ուռուցքի փուլ): Արդյունքում ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայությունը մնացել է միակ վիճակագրորեն հավաստի փոփոխականը, որը նվազեցրել է հիվանդների ֆիզիկական, ֆունկցիոնալ առողջության ենթաբաժինների և ընդհանուր կյանքի որակի ցուցանիշները: Մանրամասները ներկայացված են աղյուսակ 19-ում (վիճակագրորեն հավաստի փոփոխականները մզեցված են):

*Աղյուսակ 19.*

*Օրթոտոպիկ միզապարկի խմբում ներհիվանդանոցային բարդությունների ազդեցությունը կյանքի որակի ցուցանիշների վրա (միագործոնային և բազմագործոնային գծային վերլուծություն)*

Կյանքի որակի ցուցանիշներ	Ներհիվանդանոցային բարդության առկայություն			
	Միագործոնային վերլուծություն		Բազմագործոնային վերլուծություն	
	Միավոր	p-արժեք	Միավոր	p-արժեք
Ֆիզիկական առողջություն	<b>-3.4</b>	<b>0.012</b>	<b>-3.6</b>	<b>0.023</b>
Ֆունկցիոնալ առողջություն	<b>-3.0</b>	<b>0.02</b>	<b>-3.3</b>	<b>0.02</b>
Հավելյալ մտահոգություններ	-5.0	0.035	-4.9	0.077
Դերիվացիայից բավարարվածություն	-0.6	0.02	-0.5	0.074
Գումարային արդյունք	<b>-14</b>	<b>0.025</b>	<b>-14.1</b>	<b>0.043</b>

### ***Աղիքային կոնդուիտ***

Աղիքային կոնդուիտի խմբում կյանքի որակի գնահատման համար ներառված հիվանդների ընդհանուր թիվը կազմել է 20 հիվանդ կամ ամբողջ հիվանդների թվի 12.0%-ը: Կյանքի որակի ընդհանուր ցուցանիշը ավելի համադրելի է եղել օրթոտոպիկ միզապարկով վիրահատված հիվանդների ցուցանիշի հետ կազմելով 110.0 միավոր: Կյանքի որակի հարցաշարի առանձին ենթաբաժինները ուսումնասիրելիս դիտվել են ավելի բարձր ցուցանիշներ ֆիզիկական, հուզական, ֆունկցիոնալ և հավելյալ

մտահոգությունների ենթաբաժիններում համեմատած բոլոր եղանակներով վիրահատված հիվանդների ցուցանիշների հետ: Ինչպես տեսնում ենք աղյուսակ 16-ից ֆիզիկական առողջության ենթաբաժինը համապատասխնում է 19.8 միավորի, հուզականը՝ 18.6-ի, ֆունկցիոնալը՝ 14.5-ի, հավելյալ մտահոգությունները՝ 39.7-ի: Սոցիալական առողջությունը հանդիսացել է միակ ավելի ցածր միջին ցուցանիշով ենթաբաժինը: Դրա միջին ցուցանիշը կազմել է 17.6 միավոր համեմատած ամբողջ ներառված հիվանդների 19.0 միջին միավորի հետ: Այս խմբում մեզի դերիվացիայի եղանակից միջին բավարարվածությունը կազմել է 2.1 միավոր: Հիվանդների 80%-ը նշել է մեզի դերիվացիայի եղանակից “չափավոր” կամ ավելի լավ բավարարվածություն: Էրեկտիլ ֆունկցիան պահպանված է եղել 45% հիվանդների մոտ:

*Աղյուսակ 20.*

*Աղիքային կոնդուիտի խմբում ներհիվանդանոցային բարդությունների ազդեցությունը կյանքի որակի ցուցանիշների վրա (միագործոնային և բազմագործոնային գծային վերլուծություն)*

Կյանքի որակի ցուցանիշներ	Ներհիվանդանոցային բարդության առկայություն			
	Միագործոնային վերլուծություն		Բազմագործոնային վերլուծություն	
	Միավոր	p-արժեք	Միավոր	p-արժեք
Սոցիալական առողջություն	<b>4.5</b>	<b>0.042</b>	<b>7.5</b>	<b>0.022</b>
	Ուռուցքի փուլ (pT3N0M0)			
Հավելյալ մտահոգություններ			<b>4.2</b>	<b>0.046</b>

Այս խմբում ևս հետազոտվել է հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների կապը կյանքի որակի ցուցանիշների հետ: Միագործոնային վերլուծությամբ հաստատվել է վիճակագրորեն հավաստի սոցիալական առողջության ցուցանիշի միջինի ավելացում ներհիվանդանոցային բարդություններ ունեցած հիվանդների մոտ: Միջինների տարբերությունը կազմել է 4.5 միավոր (p=0.042): Կատարվել է բազմագործոնային գծային վերլուծություն ներառելով նաև այլ կարևոր,

վիճակագրորեն ոչ հավաստի փոփոխականներ (մանրամասն նկարագրված է օրթոտոպիկի միզապարկի խմբում): Վերջնական վերլուծությամբ պարզվել է, որ 2 փոփոխականներ՝ ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայությունը և ուռուցքի փուլը, հանդիսացել են վիճակգրական հավաստի: Բարդությունների առկայություն ավելացրել է սոցիալական առողջության ցուցանիշը 7.5 միավորով ( $p=0.02$ ), իսկ pT3N0M0 ուռուցքի փուլը՝ 4.4 միավորով ( $p=0.046$ ) (Աղյուսակ 20): Այս հակասական տվյալների հավանական բացատրությունը կարող է հանդիսանալ այս խմբում ներառված հիվանդների քիչ քանակը:

### ***Մտանդարտ ուրեթերոկուտանեոստոմիա***

Այս խմբի մեջ ներառվել են 57 հիվանդներ կամ բոլոր հիվանդների 34.1%: Կյանքի որակի ընդհանուր ցուցանիշը կազմել է 101.7 միավոր: Առանձին ենթաբաժինների ցուցանիշները նկարագրվել են հետևյալ կերպ՝ Ֆիզիկական առողջություն – 17.6 միավոր, սոցիալական առողջություն – 18.8 միավոր, հուզական առողջություն – 17.7 միավոր, ֆունկցիոնալ առողջություն – 11.9 միավոր, հավելյալ մտահոգություններ – 35.7 միավոր (Աղյուսակ 16): Մեզի դերիվացիայի եղանակից “չափավոր” և ավելի բավարարվածությունը նկարագրվել է 33 հիվանդների մոտ, կազմելով 57.9%-ը: Հիվանդներից միայն 8 հոգի (14.0%) է նշել “թեթևակի” էրեկցիայի պահպանման մասին: Կատարված միագործոնային և բազմագործոնային գծային վերլուծությունների ընթացքում հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայությունը կյանքի որակի գումարային միջին ցուցանիշի և առանձին ենթաբաժինների ցուցանիշների վրա որևէ վիճակագրորեն հավաստի ազդեցություն չի թողել:

### ***Մոդիֆիկացված ուրեթերոկուտանեոստոմիա***

Մոդիֆիկացված ՈԻԿ խմբում կյանքի որակի գնահատման համար ներառվել են 21 հիվանդներ (12.8%): Գումարային կյանքի որակի ցուցանիշը եղել է 106.6 միավոր՝ գրեթե նույնը համեմատած հետազոտության ամբողջ խմբի ցուցանիշի հետ: Առանձին ենթաբաժիններից նվազագույն ցուցանիշը նկարագրվել է ֆունկցիոնալ առողջության ենթաբաժնում՝ 14.1 միավոր: Մնացած ենթաբաժինների ցուցանիշները նույնպես մոտ են եղել ընդհանուր հետազոտված խմբի միջին ցուցանիշներին և նկարագրվել են համապատասխանաբար 18.3 միավոր՝ ֆիզիկական առողջության, 19.0՝ սոցիալական

առողջության, 18.6՝ հուզական առողջության, 37.3՝ հավելյալ մտահոգությունների ենթախմբերում (Աղյուսակ 16): “Չափավոր” և ավելի բավարարվածություն մեզի դերիվացիայի տվյալ եղանակից նշել են հիվանդների 85.7%-ը (18 հիվանդ): Էրեկցիայի որոշակի պահպանում առկա է եղել 7 հիվանդների մոտ (21.1%): Այս խմբում ևս, ինչպես ստանդարտ ՈԻԿ-ի դեպքում, հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների ազդեցությունը կյանքի որակի ցուցանիշների վրա վիճակագրորեն հավաստի չի հանդիսացել, ինչպես միագործոնային, այնպես էլ բազմագործոնային գծային վերլուծությամբ:

### ***Կյանքի որակի համեմատում***

Կյանքի որակի ցուցանիշների համեմատման ժամանակ մեզ հետաքրքրող կարևոր փոփոխականներն էին մեզի դերիվացիայի եղանակը և հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայությունը: Համեմատման համար օգտագործվել են բոլոր 167 հիվանդների տվյալները: Սկզբում հետազոտվել է վերոնշյալ փոփոխականների ազդեցությունը կյանքի որակի գումարային և առանձին ենթաբաժինների ցուցանիշների վրա՝ միագործոնային գծային վերլուծությամբ: Հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայությունը ուսումնասիրելիս պարզվել է, որ որևէ բարդություն ունեցած հիվանդների մոտ ֆունկցիոնալ առողջության ենթաբաժնի միջին ցուցանիշը նվազում է 1.6 միավորով ( $p=0.047$ ): Ֆունկցիոնալ առողջության բաժինը միակն է, որի կապը բարդությունների հետ վիճակագրորեն հավաստի էր միագործոնային վերլուծությամբ: Կյանքի որակի ցուցանիշների և հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների կապ ներկայացված է աղյուսակ 21-ում (վիճակագրորեն հավաստի տվյալները մզեցված են):

Այնուհետև ուսումնասիրվել է մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակների ազդեցությունը ինչպես ընդհանուր կյանքի որակի, այնպես էլ դրա առանձին ենթաբաժինների ցուցանիշների վրա: Որպես համեմատման խումբ ընտրվել է ստանդարտ ՈԻԿ, հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշները նվազագույնն էին վերոնշյալ խմբում:

Արդյուքնում պարզվել է, որ ստանդարտ ՈԻԿ-ն վիճակագրորեն հավաստի կապված է էրեկտիլ ֆունկցիայի, ներկա կյանքի որակի, մեզի դերիվացիայի եղանակի բավարարվածության, հավելյալ մտահոգությունների, ֆունկցիոնալ առողջության և



ընդհանուր կյանքի որակի ցուցանիշների իջեցման հետ: Կյանքի որակի ցուցանիշների միջինների տարբերությունները մանրամասն ամփոփված են աղյուսակ 22-ում (վիճակագրորեն հավաստի տվյալները մզեցված են):

*Աղյուսակ 21.*

*Մեզի դերիվացիայի բոլոր եղանակներով վիրահատված հիվանդների խմբում ներհիվանդանոցային բարդությունների ազդեցությունը կյանքի որակի ցուցանիշների վրա (միագործոնային գծային վերլուծություն)*

	Ներհիվանդանոցային որևէ բարդություն	Միջին ցուցանիշ	p-արժեք
Տիզիկական առողջություն	Ոչ	18.9	0.123
	Այո	17.4	
Սոցիալական առողջություն	Ոչ	18.9	0.649
	Այո	19.3	
Հուզական առողջություն	Ոչ	18.3	0.302
	Այո	17.5	
Ֆունկցիոնալ առողջություն	Ոչ	<b>14.2</b>	<b>0.047</b>
	Այո	<b>12.6</b>	
Հավելյալ մտահոգություններ	Ոչ	37.8	0.071
	Այո	35.3	
Դերիվացիայից բավարարվածություն	Ոչ	1.9	0.065
	Այո	1.6	
Ներկա կյանքի որակ	Ոչ	1.9	0.104
	Այո	1.7	
Էրեկտիլ ֆունկցիայի առկայություն	Ոչ	0.6	0.267
	Այո	0.4	
Գումարային կյանքի որակ	Ոչ	108.0	0.12
	Այո	102.1	

Մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակների ազդեցությունը կյանքի որակի ցուցանիշների վրա (միագործոնային գծային վերլուծություն)

	ՕՆՄ		ԱԿ		ՄՈԻԿ	
	Տարբերություն, միավոր	p-արժեք	Տարբերություն, միավոր	p-արժեք	Տարբերություն, միավոր	p-արժեք
Դերիվացիայից բավարարվածություն	<b>0.43</b>	<b>0.01</b>	<b>0.51</b>	<b>0.034</b>	<b>0.55</b>	<b>0.019</b>
Ներկա կյանքի որակ	<b>0.42</b>	<b>0.008</b>	<b>0.47</b>	<b>0.039</b>	<b>0.74</b>	<b>0.037</b>
Էրեկտիլ ֆունկցիայի առկայություն	<b>0.58</b>	<b>0.000</b>	<b>0.71</b>	<b>0.001</b>	<b>0.48</b>	<b>0.021</b>
Ֆունկցիոնալ առողջություն	<b>3.44</b>	<b>0.000</b>	<b>2.59</b>	<b>0.016</b>	<b>2.19</b>	<b>0.037</b>
Հավելյալ մտահոգություններ	2.31	0.071	<b>4.03</b>	<b>0.031</b>	1.62	0.375
Գումարային կյանքի որակ	<b>8.5</b>	<b>0.016</b>	8.4	0.102	4.9	0.325

Նշում՝ ստանդարտ ՈԻԿ հանդիսանում է համեմատման խումբ, ՕՆՄ – օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ԱԿ – աղիքային կոնդուիտ, ՄՈԻԿ – մոդիֆիկացված ուրեթերոկուտանեոստոմա

Աղյուսակ 22-ից երևում է, որ ստանդարտ ՈԻԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդները ավելի քիչ են բավարարված իրենց դերիվացիայի եղանակով քան մնացած բոլոր եղանակներով վիրահատված հիվանդները: Մասնավորապես, օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների բավարարվածության միջին ցուցանիշը գերազանցում է ստանդարտ ՈԻԿ-ի ցուցանիշնի 0.43 միավորով (p-0.01): Աղիքային կոնդուիտի և մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ի եղանակների ցուցանիշների տարբերությունը ստանդարտ ՈԻԿ-ի հետ կազմում է 0.51 (p-0.034) և 0.55 (p-0.019) միավոր համապատասխանաբար: Նմանապես էրեկտիլ ֆունկցիայի, ներկա կյանքի որակի և ֆունկցիոնալ առողջության ցուցանիշները ստանդարտ ՈԻԿ-ի խմբում եղել են նվազագույնը: Այս ցուցանիշների տարբերությունը հանդիսացել է վիճակագրորեն հավաստի մնացած վիրահատական եղանակների հետ համեմատելիս: Հատկապես

կարևոր է ֆունկցիոնալ առողջության ցուցանիշի բարելավման առձանագրումը մյուս վիրահատական եղանակների կիրառման դեպքում:

Հավելյալ մտահոգությունների ենթաբաժնի ցուցանիշների տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի էր միայն աղիքային կոնդուիտի եղանակով վիրահատված հիվանդների խմբում համեմատած ստանդարտ ՈՒԿ-ի հետ: Ընդհանուր կյանքի որակի ցուցանիշը էականորեն տարբերվել է միայն օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ համեմատած ստանդարտ ՈՒԿ-ի: Միագործոնային գծային վերլուծությամբ տարբերությունը կազմում էր 8.5 միավոր ( $p=0.016$ ) (Աղյուսակ 22): Օրթոտոպիկ աղիքային միզապարկի, աղիքային կոնդուիտի և մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ի եղանակների իրար հետ համեմատման ժամանակ վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ չեն հայտնաբերվել:

Այնուհետև կատարվել է բազմագործոնային գծային վերլուծություն ընդգրկելով երկրորդային կարևոր փոփոխականներ, ինչպիսիք են ուռուցքի փուլը, ազդեսիվության աստիճանը, տարիքը, հետվիրահատական հսկողության տևողությունը, ASA ցուցանիշը: Հետևյալ կերպ ուսումնասիրվել են կյանքի որակի մեզ հետաքրքրող բոլոր ցուցանիշները առանձին-առանձին: Յուրաքանչյուր ցուցանիշի համար կատարվել է առնաձին բազմագործոնային գծային վերլուծություն և կառուցվել վերջնական մոդել:

Բազմագործոնային գծային վերլուծությամբ (ըստ Anova-ի) հաստատվել է հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների և մեզի դերիվացիայի եղանակի ազդեցությունը հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշների վրա: Ինչպես տեսնում ենք աղյուսակ 23-ից ներհիվանդանոցային բարդությունները առկայությունը նվազեցնում է հիվանդների դերիվացիայի եղանակից բավարարվածության ( $\Delta=0.37$ ,  $p=0.049$ ), էրեկտիլ ֆունկցիայի առկայության ( $\Delta=-0.43$ ,  $p=0.009$ ), ֆունկցիոնալ ( $\Delta=2.55$ ,  $p=0.003$ ) և ֆիզիկական ( $\Delta=2.22$ ,  $p=0.028$ ) առողջության ցուցանիշները միավորով համեմատած այն հիվանդների հետ, ում մոտ վաղ հետվիրահատական բարդություններ չեն դիտվել:

Օրթոտոպիկ նոր միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդները ունեցել են ավելի լավ արդյունքներ մեզի դերիվացիայից բավարարվածության ( $\Delta=0.49$ ,  $p=0.012$ ), էրեկտիլ ֆունկցիայի առկայության ( $\Delta=0.51$ ,  $p=0.03$ ), ֆունկցիոնալ առողջության ( $\Delta=3.66$ ,  $p=0.000$ ) ցուցանիշներում համեմատած ստանդարտ ՈՒԿ- եղանակով վիրահատված հիվանդների հետ: Ներկա կյանքի որակի ( $\Delta=0.41$ ,  $p=0.03$ ), ինչպես նաև ընդհանուր

կյանքի որակի ( $\Delta+9.48$ ,  $p-0.026$ ) ավելի բարձր ցուցանիշներ հայտնաբերվել են միայն օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ համեմատած ստանդարտ ՈՒԿ-ի հետ:

Ստանդարտ ՈՒԿ-ի հետ համեմատած աղիքային կոնդուիտով վիրահատված հիվանդները առավել են եղել կյանքի որակի հետևյալ ցուցանիշներով՝ մեզի դերիվացիայից բավարարվածության ( $\Delta+0.58$ ,  $p-0.027$ ), էրեկտիլ ֆունկցիայի առկայության ( $\Delta+0.65$ ,  $p-0.005$ ), ֆունկցիոնալ առողջության ( $\Delta+2.83$ ,  $p-0.016$ ) և հավելյալ մտահոգությունների ցուցանիշներով ( $\Delta+4.78$ ,  $p-0.021$ ):

Մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների մեզի դերիվացիայից բավարարվածությունը ավելի բարձր էր համեմատած ստանդարտ ՈՒԿ-ի հետ  $0.55$  միավորով ( $\Delta+0.55$ ,  $p-0.023$ ): Ստանդարտ ՈՒԿ-ի խմբի հետ համեմատելիս կյանքի որակի մնացած ցուցանիշներում վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ չեն հայտնաբերվել: Այսպիսով մոդիֆիկացված ՈՒԿ ունենալով նմանատիպ հետվիրահատական բարդությունների սպեկտր և հաճախականություն, կապված է հիվանդների կյանքի ավելի լավ որակի հետ և նախընտրելի է կիրառել, որպես ընտրության մեթոդ ստանդարտ ՈՒԿ-ի ենթակա հիվանդների մոտ:

Մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշների և մյուս 2 եղանակներով (օրթոտոպիկ միզապարկ, աղիքային կոնդուիտ) վիրահատված հիվանդների կյանքի ցուցանիշների միջև վիճակագրորեն հավաստի փոփոխություններ չեն հայտնաբերվել: Նշվածից հետևում է, որ աղիքային կոնդուիտի անհրաժեշտություն ունեցող հիվանդների մոտ մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ի եղանակը կարող է հանդիսանալ մեզի դերիվացիայի համարժեք այլընտրանքային եղանակ: Ունենալով համեմատելի կյանքի որակի ցուցանիշ, մոդիֆիկացված ՈՒԿ ունի հետվիրահատական վաղ բարդությունների ավելի քիչ հավանականություն, ինչպես նաև կապված է վիրահատական ժամանակի կարճացման, ներվիրահատական քիչ արյան կորստի, աղիքային բարդությունների բացակայության, ուրինոմաների և ուրոֆլեզմոնաների պակասի հետ: Անհրաժեշտ են հետագա հետազոտություններ, ուսումնասիրելու մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ից հետո ուշ հետվիրահատական բարդությունները, ինչպես նաև ընդհանուր և քաղցկեղով պայմանավորված ապրելիությունը:

Աղյուսակ 23. Մեզի դերիվացիայի եղանակների և ներհիվանդանոցային բարդությունների ազդեցությունը կյանքի որակի ցուցանիշների վրա (միագործոնային և բազմագործոնային գծային վերլուծություն ըստ Anova-ի)

	ՕՆՄ		ԱԿ		ՄՈՒԿ		Ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայություն	
	Տարբերություն, միավոր	p-արժեք	Տարբերություն, միավոր	p-արժեք	Տարբերություն, միավոր	p-արժեք	Տարբերություն, միավոր	p-արժեք
Դերիվացիայից բավարարվածություն	<b>0.49</b>	<b>0.012</b>	<b>0.58</b>	<b>0.027</b>	<b>0.55</b>	<b>0.023</b>	<b>-0.37</b>	<b>0.049</b>
Ներկա կյանքի որակ	<b>0.41</b>	<b>0.03</b>						
Էրեկտիլ ֆունկցիայի առկայություն	<b>0.51</b>	<b>0.003</b>	<b>0.65</b>	<b>0.005</b>			<b>-0.43</b>	<b>0.009</b>
Ֆիզիկական առողջություն							<b>-2.22</b>	<b>0.028</b>
Ֆունկցիոնալ առողջություն	<b>3.66</b>	<b>0.000</b>	<b>2.83</b>	<b>0.016</b>			<b>-2.55</b>	<b>0.003</b>
Հավելյալ մտահոգություններ			<b>4.78</b>	<b>0.021</b>				
Գումարային կյանքի որակ	<b>9.48</b>	<b>0.026</b>						

Նշում՝ ստանդարտ ՈՒԿ հանդիսանում է համեմատման խումբ, ՕՆՄ – օրթոտոպիկ նոր միզապարկ, ԱԿ – աղիքային կոնդուիտ, ՄՈՒԿ – մոդիֆիկացված ուրեթերոկլոտանեոստոմա

## ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Միզապարկի քաղցկեղը 7-րդ ամենահաճախ հանդիպող քաղցկեղն է տղամարդկանց շրջանում և 9-րդը՝ երկու սեռերի դեպքում: Ըստ միջազգային վիճակագրության, ՀՀ-ը գրավում է 12-րդ տեղը երկու սեռերի խմբում նոր հանդիպման դեպքերի քանակով (12,3/100,000) և 4-րդը՝ միայն տղամարդկանց խմբում:

Ամբողջ աշխարհում ախտորաշման պահին միզապարկի քաղցկեղի 25% դեպքերը մկանի մեջ ներթափանցող են և պահանջում են վիրահատություն՝ որպես առանձին բուժում կամ զուգակցելով քիմիոթերապիայի և/կամ ճառագայթային թերապիայի հետ: Վիրահատությունը իրենից ներկայացնում է արմատական ցիստեկտոմիա՝ ռեզիոնալ լիմֆատիկ հանգույցների դիսեկցիայով և մեզի դերիվացիայի ստեղծմամբ, և կապված է հետվիրահատական բարդությունների առաջացման բարձր ռիսկի հետ, պայմանավորված վիրահատության մեջ միզուղիների, աղիքների և լիմֆատիկ հանգույցների միաժամանակյա ընդգրկմամբ: Ըստ մեզը պահելու հնարավորության, մեզի դերիվացիայի եղանակները լինում են կոնտինենտ և ոչ կոնտինենտ: Վերջինս իր հերթին բաժանվում է կոնդուիտ մեզի դերիվացիայի եղանակի և ուրեթերոկուտանեոստոմայի եղանակի:

Առկա գրականության մեջ, ներհիվանդանոցային բարդությունները դիտվում են 26% - 67% հիվանդների մոտ՝ 0.6%-2.6% ներհիվանդանոցային մահացությամբ: ՀՀ-ում հետվիրահատական մահացության և բարդությունների հաճախությունը նույնանման է՝ 4.8% և 28.9%, համապատասխանաբար: Ընդ որում, դիտվող բարդությունների մեծ մասը պայմանավորված է լինում ընտրված մեզի դերիվացիայի եղանակով:

Կյանքի որակի փոփոխությունը վիրահատությունից հետո մեկ այլ կարևոր գործոն է մեզի դերիվացիայի ընտրության հարցում: Չնայած կատարված մեծաքանակ հետազոտությունների, չկան հստակ առաջարկներ և արդյունքներ, որոնք կհաստատեն մեզի դերիվացիայի որևէ եղանակի առավելությունը մյուսի հանդեպ: Ավելին, կատարված հետազոտությունների հիմնական մասը նվիրված է աղիքային կոնդուիտի և աղիքային միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների արդյունքների համեմատմանը:

Ուրեթերոկուտանեոստոմայի վերաբերյալ հետազոտությունները մինչ օրս սահմանափակ են, իսկ առկա հետազոտությունները՝ հին:

Ներկա աշխատանքը հնարավորություն է ընձեռում համեմատել արմատական ցիստեկտոմիայից հետո մեզի դերիվացիայի 3 ամենահաճախ օգտագործվող եղանակներով վիրահատված հիվանդների ընդհանուր ապրելիությունը և կյանքի որակը մեկ հետազոտության մեջ:

Հաշվի առնելով վերոնշյալը, աշխատանքում առանձնացված են հետևյալ խնդիրները՝ հետազոտության խմբում մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակների տարածվածության ուսումնասիրությունը, մեզի դերիվացիայի յուրաքանչյուր եղանակից հետո առաջացող բարդությունների հստակեցումը, մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներով վիրահատված հիվանդների ընդհանուր ապրելիության համեմատումը, մեզի դերիվացիայի տարբեր եղանակներով վիրահատված հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշների գնահատումն ու համեմատումը:

Առաջադրված խնդիրների ուսումնասիրման նպատակով որպես հետազոտության դիզայն ընտրվել է ռետրոսպեկտիվ կոհորտ մեթոդը՝ ընդգրկելով 2010թ-ի հունվարից մինչև 2017թ-ի դեկտեմբեր ժամանակահատվածում միզապարկի քաղցկեղի կապակցությամբ մեզի դերիվացիայի որևէ եղանակով արմատական ցիստեկտոմիայի ենթարկված հիվանդների տվյալները: Հետազոտության համար տվյալները հավաքագրվել են Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի օնկոլոլոգիայի, «Արթմեդ» ԲԿ-ի և «Քանաքեռ-Զեյթուն» ԲԿ-ի ուրոլոգիայի բաժանմունքներից:

Հետազոտության շրջանակներում համեմատվել են հիվանդների 4 խմբեր. առաջին խմբում ընդգրկվել են հիվանդներ, որոնց մոտ միզապարկի արմատական հեռացումից հետո կատարվել է նոր միզապարկի ստեղծում օգտագործելով գստադիքի վերջնահատվածը, երկրորդ խումբ՝ հիվանդներ, որոնց մոտ մեզի դերիվացիան կատարվել է ադիքային կոնդուիտի եղանակով, երրորդ խմբում միզածորանները մաշկի վրա դուրս բերմամբ ստանդարտ ուրեթերոկուտանեոստոմայի եղականով և չորրորդ խումբ՝ մոդիֆիկացված ուրեթերոկուտանեոստոմայի եղանակով վիրահատված հիվանդներ: Վերջին եղանակը առաջարկվել և կիրառվել է մեր կողմից “Արթմեդ” ԲԿ ուրոլոգիայի

կլինիկայում սկսած 2016թ-ից, որպես հիվանդների հետվիրահատական խնամքը բարելավող միջամտություն: Բոլոր հիվանդները մոդիֆիկացված եղանակով վիրահատվելուց առաջ տվել են իրենց համաձայնությունը, ինչպես նաև տեղեկացված են եղել բոլոր ալտերնատիվ եղանակների գոյության, առավելությունների և հնարավոր բարդությունների մասին:

Արմատական ցիստեկտոմիայից հետո դեպքերի մեծամասնությունում՝ 197 հիվանդ (44.5%), վիրահատությունը ավարվել է ստանդարտ ուրեթերոկուտանեոստոմայի եղանակով: Օրթոտոպիկ նոր միզապարկի ձևավորում իրականացվել է 168 հիվանդի՝ ընդհանուր կոհորտի 37.9% դեպքերում: Ադիքային կոնդուիտի եղանակով վիրահատվածների թիվը կազմել է 10.8% (48 հիվանդ): Եվ վերջապես՝ մոդիֆիկացված միաբացվածք ուրեթերոկուտանեոստոմայի եղանակով վիրահատվել է 30 հիվանդ՝ ամբողջ կոհորտի 6.8%-ը:

Հիվանդների 3 տարվա ընդհանուր ապրելիությունը պարզելու նպատակով կապ է ստեղծվել 2013 թ-ի հունվարից մինչև 2015 թ-ի դեկտեմբեր ժամանակահատվածում վիրահատված հիվանդների կամ նրանց հարազատների հետ:

Հիվանդների կյանքի որակի գնահատման համար կապ է ստեղծվել 2010 թ-ի հունվարից մինչև 2017 թ-ի դեկտեմբեր ամիսը մեզի դերիվացիայի որևէ եղանակով արմատական ցիստեկտոմիայի ենթարկված հիվանդների հետ: Բոլոր հասանելի հիվանդները, որոնք համաձայնել են լրացնել հարցաշարը, ներառվել են հետագա հետազոտության մեջ: Այս նպատակով օգտագործվել է FACT-BI-Cys վավերացված հարցաշարը, որն ուղղված է արմատական ցիստեկտոմիայի ենթարկված հիվանդների կյանքի որակի գնահատմանը: Ընդհանուր առմամբ հարցաշարը ներառում է 44 հարց, որոնցից 27-ը՝ ընդհանուր կյանքի որակի գնահատման, իսկ մնացած 17-ը՝ հատուկ արմատական ցիստեկտոմիայի և որևէ մեզի դերիվացիայի եղանակով վիրահատված հիվանդների կյանքի որակի գնահատման համար:

Մեր աշխատանքում, ընդհանուր առմամբ, ներգրավվել են 443 հիվանդներ: Բոլոր ներառված հիվանդները եղել են տղամարդիկ: Հիվանդների միջին տարիքը կազմել է 62.1 տարեկան և տատանվելով 34-ից մինչև 84: Ընդհանուր առմամբ բարձր, չափավոր և ցածր



դիֆերենցված ուռուցքներ ախտորոշվել են 2.5%, 54.2%, 43.3% դեպքերում: Հիվանդների մեծամասնության մոտ՝ 44.2% (192 հիվանդ), ախտորոշվել է pT2N0M0 փուլը: Նշվածների 54.6% ունեցել է չափավոր, իսկ 43.7%՝ ցածր դիֆերենցված քաղցկեղ: pT3N0M0 փուլը ախտորոշվել է 32.8% դեպքերում:

Արմատական ցիստեկտոմիան՝ հաջորդող մեզի դերիվացիայի եղանակով, կատարվել է համաձայն ընդունված կանոնների: Վիրահատությունների միջին տևողությունը կազմել է 243 րոպե (120-410 րոպե): Ներիվիրահատական արյան միջին կորուստը ամբողջ խմբում եղել է 425մլ տատանվելով 200-1000մլ: Արյան փոխներարկում կատարվել է 90 հիվանդ մոտ՝ կազմելով ամբողջ կոհորտի 20.3%:

Տվյալ կոհորտում 443 վիրահատված հիվանդների հետվիրահատական ներհիվանդանոցային մահացությունը կազմել է 2.9%՝ 13 հիվանդ: Վիճակագրորեն էական տարբերություններ խմբերի միջև չի հայտնաբերվել: Հետվիրահատական շրջանում հետազոտված ամբողջ կոհորտում դիտվել են 122 բարդություններ՝ 91 հիվանդի մոտ (20.5%): Բարդությունների մեծ մասը (50 հիվանդ (54.9%)) դիտվել է օրթոտոպիկ նոր միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ: Մնացած խմբերում բարդությունները բաշխված են եղել հետևյալ համամասնությամբ՝ 28 հիվանդի մոտ (30.8%) ստանդարտ ՈՒԿ-ի, 8 հիվանդ (8.8%) աղիքային կոնդուիտի, 5 հիվանդ (5.5%) մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ի խմբերում: Նշված 91 հիվանդներից, որոնց մոտ դիտվել են բարդություններ, վիրահատական բուժում է ստացել 40 հիվանդ (44.0%), իսկ կոնսերվատիվ՝ 51 հիվանդ (56.0%): Աղիքային ռեզերվուարը հեռացվել է 7 հիվանդի մոտ (1.6%): Այդ հիվանդների մեզի դերիվացիայի վերջնական եղանակ է ընտրվել երկկողմանի ստանդարտ ՈՒԿ: Ծանր բարդություններ ունեցող հիվանդների մասնաբաժինը կազմել է 47.3% (43 հիվանդ): Նրանցից 65.1%-ը վիրահատվել է օրթոտոպիկ նոր միզապարկի, 23.3%-ը՝ ստանդարտ ՈՒԿ-ի, 9.3%-ը՝ աղիքային կոնդուիտի, 2.3%-ը՝ մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ի եղանակով:

Հետվիրահատական հիմնական բարդությունները ներառել են կպումային աղիքային անանցանելիությունը և պերիտոնիտը 30 հիվանդի մոտ (6.8%), վերքի ինֆեկցումը՝ 23 հիվանդի մոտ (5.2%) և միզուղիների ինֆեկցիան՝ 18 հիվանդի մոտ (4.1%):

Հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների առաջացման մեջ մեզի դերիվացիայի եղանակի մասնաբաժինը հասկանալու համար կատարվել է բոլոր խմբերի միջև համեմատական վերլուծություն:

Միագործոնային վերլուծությամբ պարզվել է, որ մեզի դերիվացիայի եղանակի ընտրությունը վիճակագրորեն հավաստի կապված է հետվիրահատական բարդությունների առաջացման բարձր ռիսկի հետ: Մասնավորապես, հայտնաբերվել է, որ ստանդարտ աղիքային միզապարկի ձևավորման եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ հետվիրահատական բարդությունների զարգացման հարաբերականությունների գործակիցների հարաբերությունը (OR) 2.55 անգամ գերազանցել է համեմատած ստանդարտ ՈԻԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների հետ (OR-2.55, P-0.001): Աղիքային միզապարկի խումբը մյուս խմբերի հետ համեմատման դեպքում, ինչպես նաև մյուս խմբերը իրար հետ համեմատման դեպքում վիճակագրորեն հավաստի տվյալներ չեն ստացվել:

Կատարվել է նաև մյուս փոփոխականների միագործոնային լոգիստիկ վերլուծություն: Վերլուծության արդյունքում առանձնացվել են հետևյալ փոփոխականները՝ տարիք, հիվանդության փուլ, վիրահատության տևողություն, նախավիրահատական հիդրոնեֆրոզի առկայություն: Բոլորը գործոնների կապը հետվիրահատական բարդությունների առաջացման հետ եղել է վիճակագրորեն հավաստի: Բոլոր կարևոր գործոնները ներառվել են հետագա բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծության մեջ: Արդյունքում վիճակագրորեն հավաստի կապը պահպանվել է միայն մեզի դերիվացիայի և հետվիրահատական բարդությունների միջև: Ըստ այդմ, օրթոտոպիկ աղիքային միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդները 2.08 անգամ ավելի հակված են հետվիրահատական բարդությունների առաջացման քան ստանդարտ ՈԻԿ—ով վիրահատված հիվանդները, որը մոդելում ընդունվել է որպես համեմատական խումբ (OR-2.08, p-0.021): Մյուս փոփոխականների հավաստի կապը բազմագործոնային վերլուծության արդյունքում անհետացել է:

Ուսումնասիրվել է նաև աղիքային սեզմենտի կիրառմամբ մեզի դերիվացիայի եղանակների (աղիքային միզապարկ+աղիքային կոնդուիտ) և առանց աղիքային սեզմենտի

կիրառման մեզի դերիվացիայի եղանակների (ստանդարտ+մոդիֆիկացված ՈԻԿ) ազդեցությունը հետվիրահատական բարդությունների վրա: Բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծությամբ հաստատվել է, որ աղիքային հատվածի կիրառումը մեծացնում է բարդությունների ռիսկը 1.79 անգամ (OR-1.79, p-0.041):

Այնուհետև ուսումնասիրվել է դերիվացիայի եղանակների և ծանր բարդությունների միջև կապը: Միագործոնային վերլուծությամբ հաստատվել է մեզի դերիվացիայի աղիքային եղանակների և ծանր բարդությունների միջև հավաստի կապը (OR-2.46, p-0.047): Թեև մեզի դերիվացիան միակ փոփոխականն էր, որը միագործոնային վերլուծությամբ վիճակագրորեն հավաստի էր, այնուամենայնիվ, վերջնական մոդելի մեջ ներառվել էին նաև մյուս՝ մեր կողմից առանձնացված, կարևոր փոփոխականները: Արդյունքում հարաբերականությունների հավանականությունը 2.46-ից աճել էր մինչև 4.01, վկայելով այն մասին, որ մեզի դերիվացիայի աղիքային եղանակները բարձրացնում են հետվիրահատական ծանր (IIIբ և բարձր) բարդությունների ռիսկը 4.01 անգամ (OR-4.01, p-0.021):

Առանձին բարդությունների ուսումնասիրությամբ պարզվել, որ մեզի դերիվացիան հանդիսանում է կպումային աղիքային անանցանելիություն առաջացնող միակ հավաստի գործոնը (p-0.007): Այս ծանր բարդության հանդիպման հաճախականությունը 9 անգամ գերազանցում էր աղիքային միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ, համեմատած ստանդարտ ՈԻԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների հետ (OR=8.99, 95% CI=1.82-44.2):

Ապրելիության հաշվարկման համար ներառվել են 2013-2015թթ-ների ընթացքում վիրահատված հիվանդների տվյալները: Նշված տարիների ընթացքում վիրահատված և հետվիրահատական շրջանում հասանելի հիվանդների ընդհանուր թիվը կազմել 116 հիվանդ: Բոլոր հիվանդները ներգրավված են եղել 3 խմբերում: Ինչպես արդեն նշվել է մոդիֆիկացված ուրեթերոկլուտանեոստոման կիրառվել է 2016թ-ից սկսած:

Երեք տարվա հսկողության ընթացքում միջին ապրելիությունը ստանդարտ ՈԻԿ-ի խմբում կազմել է 33.4 ամիս (0-ից 72 ամիս), 43.8 ամիս (7-ից 69 ամիս)՝ աղիքային կոնդուիտի խմբում և 44.8 ամիս (2-ից 71 ամիս)՝ աղիքային միզապարկի խմբում: Երեք

տարվա ընդհանուր ապրելիությունը առձանագրվել է 47.9% (48-ից 23 հիվանդ), 73.3% (15-ից 11 հիվանդ) և 75.5% (53-ից 40 հիվանդ), ստանդարտ ՈՒԿ-ի, աղիքային կոնդուիտի և աղիքային միզապարկի խմբերում համապատասխանաբար:

Մեզի դերիվացիայի եղականկների համեմատմամբ, միագործոնային լոգիստիկ վերլուծության արդյունքում, նկարագրվել է հետվիրահատական ուշ մահացության հավանականության մեծացում մեզի դերիվացիայի ստանդարտ ՈՒԿ-ի եղանակով վիրահատման դեպքում համեմատած օրթոտոպիկ նոր միզապարկի եղանակի հետ (OR-3.34, p-0.005):

Վերջնական բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծությամբ՝ ընդգրկելով բոլոր կարևոր փոփոխականները, վիճակագրորեն հավաստի ազդեցություն հետվիրահատական մահացության վրա թողել են հետևյալ 2 փոփոխականները՝ ուռուցքի փուլ և հիվանդների տարիք: Մասնավորապես՝ pT2-4N1M0 փուլը բազմապատկում է մահացության հարաբերական ռիսկը 9.34 անգամ (OR-9.34, p-0.012): Նմանապես հիվանդի տարիքի յուրաքանչյուր մեծացումը 1 տարով ավելացնում է հետվիրահատական շրջանի մահացության ռիսկը 9%-ով (OR-1.09, p-0.02): Այս փոփոխականներին հակառակ՝ մեզի դերիվացիայի եղանակի, հիդրոնեֆրոզի առկայության և հետվիրահատական մահացության միջև վիճակագրորեն հավաստի կապը անհետացել է: Հետվիրահատական մահացության վրա հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունները ազդեցություն չեն թողնում (p-0.422):

Կյանքի որակի գնահատման հետազոտության ընթացքում հասանելի հիվանդներին տրամադրվել են հարցաշարեր: Ընդհանուր առմամբ հարցաշարը լրացվել է 4 խմբերում ներառված 167 հիվանդի կողմից: Առավելագույն թվով հիվանդներ պարունակում էր օրթոտոպիկ միզապարկի խումբը՝ 69 հիվանդ (41.3%), որին հաջորդում էին ստանդարտ ՈՒԿ-ի խումբը՝ 57 հիվանդ (34.1%), մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ի և աղիքային կոնդուիտի խմբերը՝ 21 հիվանդ (12.6%) և 20 հիվանդ (12.0%) համապատասխանաբար: Միջին հետվիրահատական հսկողությունը եղել է 46.9 ամիս (13-ից 107 ամիս): Նշված 167 հիվանդներից ներհիվանդանոցային բարդությունները դիտվել են 34 հիվանդի մոտ, որը համապատասխանում է 20.4%-ի:

Մեզի դերիվացիայի 4 եղանակներով վիրահատված բոլոր հիվանդների կյանքի որակի ամբողջ միջին ցուցանիշը եղել է 106.8 միավոր տատանվելով 47-ից 154 միավորի սահմաններում: Առանձին ենթաբաժինների համար ստացվել են հետևյալ միջին ցուցանիշները՝ 18.6 միավոր (առավելագույնը 28)՝ ֆիզիկական, 19.0 միավոր (առավելագույնը 28)՝ սոցիալական, 18.2 միավոր (առավելագույնը 24)՝ հուզական, 13.9 միավոր (առավելագույնը 28)՝ ֆունկցիոնալ և 37.3 միավոր (առավելագույնը 68)՝ հավելյալ մտահոգությունների ենթաբաժինների համար:

Հետազոտված 167 հիվանդներից միայն 2 հոգի էր նշել «չափազանց» լավ կյանքի որակի մասին, այնինչ 15 հոգի առձանագրել է կյանքի որակի իսպառ բացակայություն: Ստացած մեզի դերիվացիայի եղանակից բավարարվածությունը միջին ցուցանիշը կազմում էր 1.85 միավոր 4 հնարավորից: Իրենց մեզի դերիվացիայի եղանակով «չափավոր», «բավականին» կամ «չափազանց» բավարարված էին 118 հիվանդ (70.6%): Որևէ աստիճանի էրեկցիայի առկայություն նշում էր միայն 57 հիվանդ (34.1%):

Գումարային կյանքի որակի առավելագույն միջին ցուցանիշը դիտվել է օրթոտոպիկ միզապարկի խմբում՝ 110.1 միավոր, իսկ նվազագույնը՝ ստանդարտ ՈԻԿ-ի խմբում՝ 101.7 միավոր: Կյանքի որակի առանձին ենթաբաժինների՝ ֆիզիկական, սոցիալական և ֆունկցիոնալ առողջության լավագույն միջին ցուցանիշները կրկին նկարագրվել են մեզի դերիվացիայի օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների կողմից: Հուզական առողջության և հավելյալ մտահոգությունների ենթաբաժինների առավելագույն արժեքները առձանագրվել են աղիքային կոնդուիտի խմբում: Յուրաքանչյուր վիրահատական խմբում կատարված բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայությունը նվազեցնում է օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդների ֆիզիկական (-3.6 միավոր,  $p=0.023$ ) և ֆունկցիոնալ (-3.3 միավոր,  $p=0.02$ ) ենթաբաժինների միջին ցուցանիշները, ինչպես նաև ընդհանուր կյանքի որակը (-14.1 միավոր,  $p=0.043$ ):

Կյանքի որակի ցուցանիշների համեմատման ժամանակ մեզ հետաքրքրող կարևոր փոփոխականներն էին մեզի դերիվացիայի եղանակը և հետվիրահատական

ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայությունը: Սկզբում հետազոտվել է վերոնշյալ փոփոխականների ազդեցությունը կյանքի որակի գումարային և առանձին ենթաբաժինների ցուցանիշների վրա՝ միագործոնային լոգիստիկ վերլուծությամբ, այնուհետև կատարվել է բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծություն: Արդյունքում հաստատվել է, որ հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայությունը նվազեցնում է մեզի դերիվացիայի բոլոր 4 եղանակներով վիրահատված հիվանդների դերիվացիայի եղանակից բավարարվածության, էրեկտիլ ֆունկցիայի առկայության, ֆունկցիոնալ և ֆիզիկական առողջության ցուցանիշները 0.37, 0.43, 2.55 և 2.22 միավորով համապատասխանաբար:

Մեզի դերիվացիայի եղանակը հանդիսացել է հաջորդ՝ բազմագործոնային լոգիստիկ վերլուծությամբ վիճակագրորեն հավաստի փոփոխականը, որն ազդել է հիվանդների կյանքի որակի վրա: Մասնավորապես, ստանդարտ ՈՒԿ-ի հետ համեմատմամբ, օրթոտոպիկ նոր միզապարկի և աղիքային կոնդուիտի եղանակներով վիրահատված հիվանդներն ունեցել են մեզի դերիվացիայից բավարարվածության, էրեկտիլ ֆունկցիայի առկայության, ֆունկցիոնալ առողջության միջին ավելի բարձր ցուցանիշներ: Հավելյալ մտահոգությունների ցուցանիշը ավելի առավել է եղել միայն աղիքային կոնդուիտի խմբում: Օրթոտոպիկ նոր միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդները ունեցել են ինչպես ներկա կյանքի որակի, այնպես էլ ընդհանուր կյանքի որակի ավելի բարձր ցուցանիշներ (+9.48 միավոր,  $p=0.026$ ) համեմատած ստանդարտ ՈՒԿ-ի հետ: Օրթոտոպիկ նոր միզապարկի և աղիքային կոնդուիտի եղանակներով վիրահատված հիվանդների համեմատման ժամանակ կյանքի որակի ցուցանիշների վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ չեն հայտնաբերվել:

Մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների մեզի դերիվացիայից բավարարվածությունը ավելի բարձր է եղել համեմատած ստանդարտ ՈՒԿ-ի հետ 0.55 միավորով ( $p=0.023$ ): Ստանդարտ ՈՒԿ-ի խմբի հետ համեմատելիս կյանքի որակի մնացած ցուցանիշներում վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ չեն հայտնաբերվել: Մոդիֆիկացված ՈՒԿ-ի եղանակով վիրահատված հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշների և մյուս 2 եղանակներով (օրթոտոպիկ միզապարկ, աղիքային կոնդուիտ)

վիրահատված հիվանդների կյանքի որակի ցուցանիշների միջև վիճակագրորեն հավաստի փոփոխություններ չեն հայտնաբերվել: Այսպիսով՝ մեր կողմից առաջարկված մոդիֆիկացված ՌԻԿ-ի եղանակը, կարող է հանդիսանալ մեզի դերիվացիայի համարժեք ավտերնատիվ ընտրության եղանակ աղիքային կոնդուիտի և ստանդարտ ՌԻԿ-ի ենթակա հիվանդների մոտ: Անհրաժեշտ են հետագա հետազոտություններ՝ ուսումնասիրելու մոդիֆիկացված ՌԻԿ-ից հետո ուշ հետվիրահատական բարդությունները, ինչպես նաև ընդհանուր և քաղցկեղով պայմանավորված ապրելիությունը:

## ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ

1. Մեզի դերիվացիայի օրթոտոպիկ եղանակի կիրառումը հանդիսանում է ինչպես հետվիրահատական ներհիվանդանոցային ընդհանուր բարդությունների, այնպես էլ առանձին աղիքային կպումային անանցանելիության զարգացման անկախ վիճակագրորեն հավաստի գործոն: Այս եղանակի կիրառումը մեծացնում է հետվիրահատական բարդությունների հարաբերականությունների գործակիցների հարաբերությունը 2.08 անգամ (OR-2.08, p-0.021), իսկ աղիքային անանցանելիության՝ 8.99 անգամ (OR-8.99, p-0.007):
2. Հետվիրահատական ներհիվանդանոցային ընդհանուր բարդությունների, ինչպես նաև ծանր բարդությունների հարաբերականությունների գործակիցների հարաբերությունը մեծանում է աղիքային սեգենտի կիրառմամբ մեզի դերիվացիայի եղանակների դեպքում՝ համապատասխանաբար 1.79 (OR-1.79, p-0.041) և 4.01 (OR-4.01, p-0.021) անգամ:
3. Վիրահատության ժամանակ ուռուցքի փուլը հանդիսանում է հետվիրահատական ընդհանուր ապրելիության անկախ կանխորոշիչ: pT2-4N1M0 փուլում ախտորոշված հիվանդների հետվիրահատական ուշ մահացության հարաբերականությունների գործակիցների հարաբերությունը աճում է 9.34 անգամ համեմատած pT2N0M0 փուլի հետ (OR-9.34, p-0.012):
4. Վիրահատության ժամանակ հիվանդի տարիքը ուղղակիորեն կապված 3 տարվա ընդհանուր ապրելիության հետ: Յուրաքանչյուր 1 տարով մեծացումը ավելցնում է հետվիրահատական ուշ մահացության ռիսկը 9%-ով (OR-1.09, p-0.02):
5. Հետվիրահատական ներհիվանդանոցային բարդությունների առկայությունը նվազեցնում է ինչպես կյանքի որակը գնահատող ընդհանուր հարցաշարի, այնպես էլ դրա ֆիզիկական, ֆունկցիոնալ և հավելյալ մտահոգությունների ենթաբաժինների ցուցանիշները՝ մեզի դերիվացիայի օրթոտոպիկ եղանակով վիրահատված հիվանդների մոտ:
6. Օրթոտոպիկ միզապարկի եղանակով վիրահատված հիվանդները ունեն լավագույն հետվիրահատական ընդհանուր կյանքի որակ՝ ֆիզիկական և ֆունկցիոնալ



առողջության լավագույն պահպանմամբ, համեմատած ստանդարտ ուրեթերոկուտանեոստոմայի հետ:

7. Մեզ դերիվացիայից բավարարվածությունը առավել է օրթոտոպիկ միզապարկի, աղիքային կոնդուիտի և մոդիֆիկացված ուրեթերոկուտանեոստոմայի խմբերում համեմատած ստանդարտ ուրեթերոկուտանեոստոմայի խմբի հետ:
8. Օրթոտոպիկ միզապարկի, աղիքային կոնդուիտի և մոդիֆիկացված ուրեթերոկուտանեոստոմայի եղանակներով վիրահատված հիվանդների կյանքի որակի և դրա առանձին ենթաբաժինների ցուցանիշների համեմատմատության ժամանակ վիճակագրորեն հավաստի տարբերությունները բացակայում են:

## ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Կիրառել ստանդարտացված վիրահատական եղանակ և արագ ապանքինման պրոտոկոլներ նվազեցնելու հետվիրահատական բարդությունների հանդիպման հաճախականությունը և բարելավելու հիվանդների հետվիրահատական կյանքի որակը:
2. Կիրառել անհատական մոտեցում մեզի դերիվացիայի եղանակը առաջարկելիս՝ հաշվի առնելով օնկոլոգիական ելքերը, կյանքի սպասվող տևողությունը, հիվանդի ցանկությունները և սպասելիքները:
3. Առաջարկել մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ի եղանակը ստանդարտ ՈԻԿ-ի ենթակա հիվանդների համար՝ հաշվի առնելով մեզի դերիվացիայից բավարարվածության ավելի բարձր ցուցանիշը:
4. Քննարկել մոդիֆիկացված ՈԻԿ-ի եղանակի կիրառումը, որպես աղիքային կոնդուիտի ավտերնատիվ եղանակ՝ հաշվի առնելով վաղ հետվիրահատական բարդությունների նվազ հաճախականությունը և հիվանդների համեմատելի կյանքի որակը:

## ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European journal of cancer*. 2013;49(6):1374-403.
2. Antoni S, Ferlay J, Soerjomataram I, Znaor A, Jemal A, Bray F. Bladder Cancer Incidence and Mortality: A Global Overview and Recent Trends. *European urology*. 2017;71(1):96-108.
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*. 2015;136(5):E359-86.
4. Pelucchi C, Bosetti C, Negri E, Malvezzi M, La Vecchia C. Mechanisms of disease: The epidemiology of bladder cancer. *Nature clinical practice Urology*. 2006;3(6):327-40.
5. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *Jama*. 2011;306(7):737-45.
6. Brennan P, Bogillot O, Cordier S, Greiser E, Schill W, Vineis P, et al. Cigarette smoking and bladder cancer in men: a pooled analysis of 11 case-control studies. *International journal of cancer*. 2000;86(2):289-94.
7. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *International journal of cancer*. 2008;122(1):155-64.
8. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *Jama*. 2014;311(2):183-92.
9. Andriasyan D, Bazarchyan A, Manukyan S, Muradyan G, Torosyan A, Chamanyan A, et al. A 720 Health System Performance Assessment, Armenia, 2016. 2016.
10. Abdollah F, Gandaglia G, Thuret R, Schmitges J, Tian Z, Jeldres C, et al. Incidence, survival and mortality rates of stage-specific bladder cancer in United States: a trend analysis. *Cancer epidemiology*. 2013;37(3):219-25.

11. Witjes JA, Comperat E, Cowan NC, De Santis M, Gakis G, Lebre T, et al. EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer: summary of the 2013 guidelines. *European urology*. 2014;65(4):778-92.
12. Novotny V, Zastrow S, Koch R, Wirth MP. Radical cystectomy in patients over 70 years of age: impact of comorbidity on perioperative morbidity and mortality. *World journal of urology*. 2012;30(6):769-76.
13. Shabsigh A, Korets R, Vora KC, Brooks CM, Cronin AM, Savage C, et al. Defining early morbidity of radical cystectomy for patients with bladder cancer using a standardized reporting methodology. *European urology*. 2009;55(1):164-74.
14. Tsaturyan A, Petrosyan V, Crape B, Sahakyan Y, Abrahamyan L. Risk factors of postoperative complications after radical cystectomy with continent or conduit urinary diversion in Armenia. *SpringerPlus*. 2016;5:134.
15. Konety BR, Allareddy V. Influence of post-cystectomy complications on cost and subsequent outcome. *The Journal of urology*. 2007;177(1):280-7; discussion 7.
16. Pycha A, Comploj E, Martini T, Trenti E, Mian C, Lusuardi L, et al. Comparison of complications in three incontinent urinary diversions. *European urology*. 2008;54(4):825-32.
17. Campi R, Seisen T, Roupret M. Unmet Clinical Needs and Future Perspectives in Non-muscle-invasive Bladder Cancer. *European urology focus*. 2018;4(4):472-80.
18. Anderstrom C, Johansson S, Nilsson S, Unsgaard B, Wahlqvist L. A prospective randomized study of preoperative irradiation with cystectomy or cystectomy alone for invasive bladder carcinoma. *European urology*. 1983;9(3):142-7.
19. Flanagan FL, Fenlon HM, Breatnach E. Ileal loop conduit volvulus: a rare but reversible cause of bilateral ureteric obstruction. *Clinical radiology*. 1995;50(3):177-9.
20. Roth B, Wissmeyer MP, Zehnder P, Birkhauser FD, Thalmann GN, Krause TM, et al. A new multimodality technique accurately maps the primary lymphatic landing sites of the bladder. *European urology*. 2010;57(2):205-11.

21. Jensen JB, Ulhoi BP, Jensen KM. Extended versus limited lymph node dissection in radical cystectomy: impact on recurrence pattern and survival. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association*. 2012;19(1):39-47.
22. Zlotta AR. Limited, extended, superextended, megaextended pelvic lymph node dissection at the time of radical cystectomy: what should we perform? *European urology*. 2012;61(2):243-4.
23. Koppie TM, Vickers AJ, Vora K, Dalbagni G, Bochner BH. Standardization of pelvic lymphadenectomy performed at radical cystectomy: can we establish a minimum number of lymph nodes that should be removed? *Cancer*. 2006;107(10):2368-74.
24. Studer UE, Collette L. Morbidity from pelvic lymphadenectomy in men undergoing radical prostatectomy. *European urology*. 2006;50(5):887-9; discussion 9-92.
25. Wright JL, Lin DW, Porter MP. The association between extent of lymphadenectomy and survival among patients with lymph node metastases undergoing radical cystectomy. *Cancer*. 2008;112(11):2401-8.
26. Madersbacher S, Studer UE. Contemporary cystectomy and urinary diversion. *World journal of urology*. 2002;20(3):151-7.
27. Pruthi RS, Nielsen M, Smith A, Nix J, Schultz H, Wallen EM. Fast track program in patients undergoing radical cystectomy: results in 362 consecutive patients. *Journal of the American College of Surgeons*. 2010;210(1):93-9.
28. Karl A, Buchner A, Becker A, Staehler M, Seitz M, Khoder W, et al. A new concept for early recovery after surgery for patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer: results of a prospective randomized study. *The Journal of urology*. 2014;191(2):335-40.
29. Pannek J, Senge T. History of urinary diversion. *Urologia internationalis*. 1998;60(1):1-10.
30. Hollander JB, Diokno AC. Urinary diversion and reconstruction in the patient with spinal cord injury. *The Urologic clinics of North America*. 1993;20(3):465-74.
31. Kalble T, Busse K, Amelung F, Waldherr R, Berger MR, Edler L, et al. Tumor induction and prophylaxis following different forms of intestinal urinary diversion in a rat model. *Urological research*. 1995;23(6):365-70.

32. Deliveliotis C, Papatsoris A, Chrisofos M, Dellis A, Liakouras C, Skolarikos A. Urinary diversion in high-risk elderly patients: modified cutaneous ureterostomy or ileal conduit? *Urology*. 2005;66(2):299-304.
33. MacGregor PS, Montie JE, Straffon RA. Cutaneous ureterostomy as palliative diversion in adults with malignancy. *Urology*. 1987;30(1):31-4.
34. Kearney GP, Docimo SG, Doyle CJ, Mahoney EM. Cutaneous ureterostomy in adults. *Urology*. 1992;40(1):1-6.
35. Longo N, Imbimbo C, Fusco F, Ficarra V, Mangiapia F, Di Lorenzo G, et al. Complications and quality of life in elderly patients with several comorbidities undergoing cutaneous ureterostomy with single stoma or ileal conduit after radical cystectomy. *BJU international*. 2016;118(4):521-6.
36. Lee RK, Abol-Enein H, Artibani W, Bochner B, Dalbagni G, Daneshmand S, et al. Urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer: options, patient selection, and outcomes. *BJU international*. 2014;113(1):11-23.
37. Ariyoshi A, Fusijawa Y, Ohshima K, Hiratsuka Y, Sakamoto K. Catheterless cutaneous ureterostomy. *The Journal of urology*. 1975;114(4):533-5.
38. Huang JH, Lu JY, Yao XD, Peng B, Wang GC, Zheng JH. Comparison of two kinds of cutaneous ureterostomy using in radical cystectomy. *International journal of clinical and experimental medicine*. 2015;8(8):14371-5.
39. Kim CJ, Wakabayashi Y, Sakano Y, Johnin K, Yoshiki T, Okada Y. Simple technique for improving tubeless cutaneous ureterostomy. *Urology*. 2005;65(6):1221-5.
40. Lodde M, Pycha A, Palermo S, Comploj E, Hohenfellner R. Uretero-ureterocutaneostomy (wrapped by omentum). *BJU international*. 2005;95(3):371-3.
41. Rodriguez AR, Lockhart A, King J, Wiegand L, Carrion R, Ordorica R, et al. Cutaneous ureterostomy technique for adults and effects of ureteral stenting: an alternative to the ileal conduit. *The Journal of urology*. 2011;186(5):1939-43.

42. Terai A, Yoshimura K, Ueda N, Utsunomiya N, Kohei N, Arai Y. Clinical outcome of tubeless cutaneous ureterostomy by the Toyoda method. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association*. 2006;13(7):891-5.
43. Toyoda Y. A new technique for catheterless cutaneous ureterostomy. *The Journal of urology*. 1977;117(3):276-8.
44. Wada Y, Kikuchi K, Imamura T, Suenaga T, Matsumoto K, Kodama K. Modified technique for improving tubeless cutaneous ureterostomy by Ariyoshi method. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association*. 2008;15(2):144-50; discussion 50.
45. Chitale SV, Chitale VR. Bilateral ureterocutaneostomy with modified stoma: long-term follow-up. *World journal of urology*. 2006;24(2):220-3.
46. Bricker EM. Bladder substitution after pelvic evisceration. *The Surgical clinics of North America*. 1950;30(5):1511-21.
47. Davis NF, Burke JP, McDermott T, Flynn R, Manecksha RP, Thornhill JA. Bricker versus Wallace anastomosis: A meta-analysis of ureteroenteric stricture rates after ileal conduit urinary diversion. *Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada*. 2015;9(5-6):E284-90.
48. Wallace DM. Ureteric diversion using a conduit: a simplified technique. *British journal of urology*. 1966;38(5):522-7.
49. Johnson DE, Jackson L, Guinn GA. Ileal conduit diversion for carcinoma of the bladder. *Southern medical journal*. 1970;63(10):1115-8.
50. Sullivan JW, Grabstald H, Whitmore WF, Jr. Complications of ureteroileal conduit with radical cystectomy: review of 336 cases. *The Journal of urology*. 1980;124(6):797-801.
51. Hautmann RE. Neobladder and bladder replacement. *European urology*. 1998;33(5):10 pages following 512.
52. Hautmann RE, Egghart G, Frohneberg D, Miller K. The ileal neobladder. *The Journal of urology*. 1988;139(1):39-42.
53. Madersbacher S, Schmidt J, Eberle JM, Thoeny HC, Burkhard F, Hochreiter W, et al. Long-term outcome of ileal conduit diversion. *The Journal of urology*. 2003;169(3):985-90.

54. Madersbacher S, Mohrle K, Burkhard F, Studer UE. Long-term voiding pattern of patients with ileal orthotopic bladder substitutes. *The Journal of urology*. 2002;167(5):2052-7.
55. Momose H, Hirao Y, Tanaka N, Ozono S, Okajima E, Kaneko K, et al. [Complications and quality of life in patients with ileal conduit diversion]. *Hinyokika kyo Acta urologica Japonica*. 1995;41(11):927-35.
56. Hornak M, Bardos A, Zvara P. [Urinary diversion by means of uretero-ileostomy. Long-term results]. *Rozhledy v chirurgii : mesicnik Ceskoslovenske chirurgicke spolecnosti*. 1992;71(11):588-92.
57. Bjerre BD, Johansen C, Steven K. Health-related quality of life after cystectomy: bladder substitution compared with ileal conduit diversion. A questionnaire survey. *British journal of urology*. 1995;75(2):200-5.
58. Fossa SD, Reitan JB, Ous S, Kaalhus O. Life with an ileal conduit in cystectomized bladder cancer patients: expectations and experience. *Scandinavian journal of urology and nephrology*. 1987;21(2):97-101.
59. Schips L, Augustin H, Zigeuner RE, Galle G, Habermann H, Trummer H, et al. Is repeated transurethral resection justified in patients with newly diagnosed superficial bladder cancer? *Urology*. 2002;59(2):220-3.
60. Gilchrist RK, Merricks JW, Hamlin HH, Rieger IT. Construction of a substitute bladder and urethra. *Surgery, gynecology & obstetrics*. 1950;90(6):752-60.
61. Waters WB, Vaughan DJ, Harris RG, Brady SM. The Kock pouch: initial experience and complications. *The Journal of urology*. 1987;137(6):1151-3.
62. Bihrlle R. The Indiana pouch continent urinary reservoir. *The Urologic clinics of North America*. 1997;24(4):773-9.
63. Thuroff JW, Alken P, Riedmiller H, Jacobi GH, Hohenfellner R. 100 cases of Mainz pouch: continuing experience and evolution. *The Journal of urology*. 1988;140(2):283-8.
64. Bejany DE, Politano VA. Modified ileocolonic bladder: 5 years of experience. *The Journal of urology*. 1993;149(6):1441-4.



65. Hautmann RE, de Petriconi RC, Volkmer BG. Lessons learned from 1,000 neobladders: the 90-day complication rate. *The Journal of urology*. 2010;184(3):990-4; quiz 1235.
66. Stein JP, Lieskovsky G, Cote R, Groshen S, Feng AC, Boyd S, et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2001;19(3):666-75.
67. Donat SM, Siegrist T, Cronin A, Savage C, Milowsky MI, Herr HW. Radical cystectomy in octogenarians--does morbidity outweigh the potential survival benefits? *The Journal of urology*. 2010;183(6):2171-7.
68. Stein JP, Skinner DG. Results with radical cystectomy for treating bladder cancer: a 'reference standard' for high-grade, invasive bladder cancer. *BJU international*. 2003;92(1):12-7.
69. Stein R, Lotz J, Fisch M, Beetz R, Prellwitz W, Hohenfellner R. Vitamin metabolism in patients with a Mainz pouch I: long-term followup. *The Journal of urology*. 1997;157(1):44-7.
70. Lilien OM, Camey M. 25-year experience with replacement of the human bladder (Camey procedure). *The Journal of urology*. 1984;132(5):886-91.
71. Rowland RG, Mitchell ME, Bihrlé R, Kahnoski RJ, Piser JE. Indiana continent urinary reservoir. *The Journal of urology*. 1987;137(6):1136-9.
72. Schreiter F, Noll F. Kock pouch and S bladder: 2 different ways of lower urinary tract reconstruction. *The Journal of urology*. 1989;142(5):1197-200.
73. Hautmann RE, Miller K, Steiner U, Wenderoth U. The ileal neobladder: 6 years of experience with more than 200 patients. *The Journal of urology*. 1993;150(1):40-5.
74. Gburek BM, Lieber MM, Blute ML. Comparison of studer ileal neobladder and ileal conduit urinary diversion with respect to perioperative outcome and late complications. *The Journal of urology*. 1998;160(3 Pt 1):721-3.
75. Abol-Enein H, Ghoneim MA. A novel uretero-ileal reimplantation technique: the serous lined extramural tunnel. A preliminary report. *The Journal of urology*. 1994;151(5):1193-7.
76. Abol-Enein H, Salem M, Mesbah A, Abdel-Latif M, Kamal M, Shabaan A, et al. Continent cutaneous ileal pouch using the serous lined extramural valves. The Mansoura experience in more than 100 patients. *The Journal of urology*. 2004;172(2):588-91.

77. Studer UE, Ackermann D, Casanova GA, Zingg EJ. Three years' experience with an ileal low pressure bladder substitute. *British journal of urology*. 1989;63(1):43-52.
78. Studer UE, deKernion JB, Zimmern PE. A model for a bladder replacement plasty by an ileal reservoir--an experimental study in dogs. *Urological research*. 1985;13(5):243-7.
79. Studer UE, Burkhard FC, Schumacher M, Kessler TM, Thoeny H, Fleischmann A, et al. Twenty years experience with an ileal orthotopic low pressure bladder substitute--lessons to be learned. *The Journal of urology*. 2006;176(1):161-6.
80. Abol-Enein H, Ghoneim MA. Functional results of orthotopic ileal neobladder with serous-lined extramural ureteral reimplantation: experience with 450 patients. *The Journal of urology*. 2001;165(5):1427-32.
81. Pantuck AJ, Han KR, Perrotti M, Weiss RE, Cummings KB. Ureteroenteric anastomosis in continent urinary diversion: long-term results and complications of direct versus nonrefluxing techniques. *The Journal of urology*. 2000;163(2):450-5.
82. Steven K, Poulsen AL. The orthotopic Kock ileal neobladder: functional results, urodynamic features, complications and survival in 166 men. *The Journal of urology*. 2000;164(2):288-95.
83. Hautmann RE, de Petriconi R, Gottfried HW, Kleinschmidt K, Mattes R, Paiss T. The ileal neobladder: complications and functional results in 363 patients after 11 years of followup. *The Journal of urology*. 1999;161(2):422-7; discussion 7-8.
84. McDougal WS. Metabolic complications of urinary intestinal diversion. *The Journal of urology*. 1992;147(5):1199-208.
85. Joniau S, Benijts J, Van Kampen M, De Waele M, Ooms J, Van Cleynenbreugel B, et al. Clinical experience with the N-shaped ileal neobladder: assessment of complications, voiding patterns, and quality of life in our series of 58 patients. *European urology*. 2005;47(5):666-72; discussion 72-3.
86. Stenzl A, Jarolim L, Coloby P, Golia S, Bartsch G, Babjuk M, et al. Urethra-sparing cystectomy and orthotopic urinary diversion in women with malignant pelvic tumors. *Cancer*. 2001;92(7):1864-71.

87. Simon J, Bartsch G, Jr., Kufer R, Gschwend JE, Volkmer BG, Hautmann RE. Neobladder emptying failure in males: incidence, etiology and therapeutic options. *The Journal of urology*. 2006;176(4 Pt 1):1468-72; discussion 72.
88. Ali-El-Dein B, Gomha M, Ghoneim MA. Critical evaluation of the problem of chronic urinary retention after orthotopic bladder substitution in women. *The Journal of urology*. 2002;168(2):587-92.
89. Levinson AK, Johnson DE, Wishnow KI. Indications for urethrectomy in an era of continent urinary diversion. *The Journal of urology*. 1990;144(1):73-5.
90. Taylor JM, Spiess PE, Kassouf W, Munsell MF, Kamat AM, Dinney CP, et al. Management of urethral recurrence after orthotopic urinary diversion. *BJU international*. 2010;106(1):56-61.
91. Donat SM, Genega EM, Herr HW, Reuter VE. Mechanisms of prostatic stromal invasion in patients with bladder cancer: clinical significance. *The Journal of urology*. 2001;165(4):1117-20.
92. Donat SM, Wei DC, McGuire MS, Herr HW. The efficacy of transurethral biopsy for predicting the long-term clinical impact of prostatic invasive bladder cancer. *The Journal of urology*. 2001;165(5):1580-4.
93. Ali-El-Dein B, El-Tabey N, Abdel-Latif M, Abdel-Rahim M, El-Bahnasawy MS. Late uroileal cancer after incorporation of ileum into the urinary tract. *The Journal of urology*. 2002;167(1):84-8.
94. Fichtner J. Follow-up after urinary diversion. *Urologia internationalis*. 1999;63(1):40-5.
95. Woodhouse CR, British Society for G, Association of Coloproctology for Great B, Ireland. Guidelines for monitoring of patients with ureterosigmoidostomy. *Gut*. 2002;51 Suppl 5:V15-6.
96. Lebre T, Herve JM, Yonneau L, Molinie V, Barre P, Lugagne PM, et al. After cystectomy, is it justified to perform a bladder replacement for patients with lymph node positive bladder cancer? *European urology*. 2002;42(4):344-9; discussion 9.
97. North AC, Lakshmanan Y. Malignancy associated with the use of intestinal segments in the urinary tract. *Urologic oncology*. 2007;25(2):165-7.

98. Yossepowitch O, Dalbagni G, Golijanin D, Donat SM, Bochner BH, Herr HW, et al. Orthotopic urinary diversion after cystectomy for bladder cancer: implications for cancer control and patterns of disease recurrence. *The Journal of urology*. 2003;169(1):177-81.
99. Hautmann RE, de Petriconi RC, Pfeiffer C, Volkmer BG. Radical cystectomy for urothelial carcinoma of the bladder without neoadjuvant or adjuvant therapy: long-term results in 1100 patients. *European urology*. 2012;61(5):1039-47.
100. Krajewski W, Zdrojowy R, Tupikowski K, Malkiewicz B, Kolodziej A. How to lower postoperative complications after radical cystectomy - a review. *Central European journal of urology*. 2016;69(4):370-6.
101. Konety BR, Allareddy V, Herr H. Complications after radical cystectomy: analysis of population-based data. *Urology*. 2006;68(1):58-64.
102. Novotny V, Zastrow S, Koch R, Wirth MP. Radical cystectomy in patients over 70 years of age: impact of comorbidity on perioperative morbidity and mortality. *World J Urol*. 2011.
103. Nguyen DP, Al Hussein Al Awamlh B, Faltas BM, O'Malley P, Ayangbesan A, Inoyatov IM, et al. Radical Cystectomy for Bladder Cancer in Patients With and Without a History of Pelvic Irradiation: Survival Outcomes and Diversion-related Complications. *Urology*. 2015;86(1):99-106.
104. Barbieri CE, Lee B, Cookson MS, Bingham J, Clark PE, Smith JA, Jr., et al. Association of procedure volume with radical cystectomy outcomes in a nationwide database. *The Journal of urology*. 2007;178(4 Pt 1):1418-21; discussion 21-2.
105. Liu K, Xu ZY, Meng JS, Fu GB, Gu S, Gu M. [Impact of preoperative nutritional risk on complications after radical cystectomy]. *Beijing da xue xue bao Yi xue ban = Journal of Peking University Health sciences*. 2015;47(5):800-3.
106. Cui Y, Chen H, Qi L, Zu X, Li Y. Effect of alvimopan on accelerates gastrointestinal recovery after radical cystectomy: A systematic review and meta-analysis. *International journal of surgery*. 2016;25:1-6.
107. Lee CT, Chang SS, Kamat AM, Amiel G, Beard TL, Fergany A, et al. Alvimopan accelerates gastrointestinal recovery after radical cystectomy: a multicenter randomized placebo-controlled trial. *European urology*. 2014;66(2):265-72.

108. Shariat SF, Karakiewicz PI, Palapattu GS, Lotan Y, Rogers CG, Amiel GE, et al. Outcomes of radical cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder: a contemporary series from the Bladder Cancer Research Consortium. *The Journal of urology*. 2006;176(6 Pt 1):2414-22; discussion 22.
109. Nuhn P, May M, Sun M, Fritsche HM, Brookman-May S, Buchner A, et al. External validation of postoperative nomograms for prediction of all-cause mortality, cancer-specific mortality, and recurrence in patients with urothelial carcinoma of the bladder. *European urology*. 2012;61(1):58-64.
110. Madersbacher S, Hochreiter W, Burkhard F, Thalmann GN, Danuser H, Markwalder R, et al. Radical cystectomy for bladder cancer today--a homogeneous series without neoadjuvant therapy. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2003;21(4):690-6.
111. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 1993;11(3):570-9.
112. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85(5):365-76.
113. Sogni F, Brausi M, Frea B, Martinengo C, Faggiano F, Tizzani A, et al. Morbidity and quality of life in elderly patients receiving ileal conduit or orthotopic neobladder after radical cystectomy for invasive bladder cancer. *Urology*. 2008;71(5):919-23.
114. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;30(6):473-83.
115. Gilbert SM, Dunn RL, Hollenbeck BK, Montie JE, Lee CT, Wood DP, et al. Development and validation of the Bladder Cancer Index: a comprehensive, disease specific measure of health related quality of life in patients with localized bladder cancer. *The Journal of urology*. 2010;183(5):1764-9.

116. Ramirez A, Perrotte P, Valiquette L, Benard F, McCormack M, Saad F, et al. Exploration of health-related quality of life areas that may distinguish between continent diversion and ileal conduit patients. *The Canadian journal of urology*. 2005;12(1):2537-42.
117. Ali AS, Hayes MC, Birch B, Dudderidge T, Somani BK. Health related quality of life (HRQoL) after cystectomy: comparison between orthotopic neobladder and ileal conduit diversion. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*. 2015;41(3):295-9.
118. Cerruto MA, D'Elia C, Siracusano S, Gedeshi X, Mariotto A, Iafrate M, et al. Systematic review and meta-analysis of non RCT's on health related quality of life after radical cystectomy using validated questionnaires: Better results with orthotopic neobladder versus ileal conduit. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*. 2016;42(3):343-60.
119. Anderson CB, Feurer ID, Large MC, Steinberg GD, Barocas DA, Cookson MS, et al. Psychometric characteristics of a condition-specific, health-related quality-of-life survey: the FACT-Vanderbilt Cystectomy Index. *Urology*. 2012;80(1):77-83.
120. Goossens-Laan CA, Kil PJ, Bosch JL, De Vries J. Patient-reported outcomes for patients undergoing radical cystectomy: a prospective case-control study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2014;22(1):189-200.
121. Mansson A, Al Amin M, Malmstrom PU, Wijkstrom H, Abol Enein H, Mansson W. Patient-assessed outcomes in Swedish and Egyptian men undergoing radical cystectomy and orthotopic bladder substitution--a prospective comparative study. *Urology*. 2007;70(6):1086-90.
122. D'Agostino D, Racioppi M, Pugliese D, Ragonese M, Di Gianfrancesco L, Filianoti A, et al. Postoperative Quality of Life in Patients with Ileal Neobladder at Short-, Intermediate- and Long-Term Follow-Up. *Urologia internationalis*. 2016;97(1):54-60.
123. Ritch CR, Cookson MS, Chang SS, Clark PE, Resnick MJ, Penson DF, et al. Impact of complications and hospital-free days on health related quality of life 1 year after radical cystectomy. *The Journal of urology*. 2014;192(5):1360-4.

124. Kretschmer A, Grimm T, Buchner A, Grabbert M, Jokisch F, Schneevoigt BS, et al. Prospective evaluation of health-related quality of life after radical cystectomy: focus on peri- and postoperative complications. *World journal of urology*. 2017;35(8):1223-31.
125. Prcic A, Aganovic D, Hadziosmanovic O. Impact of complications and bladder cancer stage on quality of life in patients with different types of urinary diversions. *Medical archives*. 2013;67(6):418-22.
126. Yang LS, Shan BL, Shan LL, Chin P, Murray S, Ahmadi N, et al. A systematic review and meta-analysis of quality of life outcomes after radical cystectomy for bladder cancer. *Surgical oncology*. 2016;25(3):281-97.
127. Dutta SC, Chang SC, Coffey CS, Smith JA, Jr., Jack G, Cookson MS. Health related quality of life assessment after radical cystectomy: comparison of ileal conduit with continent orthotopic neobladder. *The Journal of urology*. 2002;168(1):164-7.
128. Philip J, Manikandan R, Venugopal S, Desouza J, Javle PM. Orthotopic neobladder versus ileal conduit urinary diversion after cystectomy--a quality-of-life based comparison. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2009;91(7):565-9.
129. Yoneda T, Igawa M, Shiina H, Shigeno K, Urakami S. Postoperative morbidity, functional results and quality of life of patients following orthotopic neobladder reconstruction. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association*. 2003;10(3):119-25.
130. Gacci M, Saleh O, Cai T, Gore JL, D'Elia C, Minervini A, et al. Quality of life in women undergoing urinary diversion for bladder cancer: results of a multicenter study among long-term disease-free survivors. *Health and quality of life outcomes*. 2013;11:43.
131. Mansson A, Davidsson T, Hunt S, Mansson W. The quality of life in men after radical cystectomy with a continent cutaneous diversion or orthotopic bladder substitution: is there a difference? *BJU international*. 2002;90(4):386-90.
132. Saika T, Arata R, Tsushima T, Nasu Y, Suyama B, Takeda K, et al. Health-related quality of life after radical cystectomy for bladder cancer in elderly patients with an ileal conduit, ureterocutaneostomy, or orthotopic urinary reservoir: a comparative questionnaire survey. *Acta medica Okayama*. 2007;61(4):199-203.

133. Vakalopoulos I, Dimitriadis G, Anastasiadis A, Gkotsos G, Radopoulos D. Does intubated uretero-ureterocutaneostomy provide better health-related quality of life than orthotopic neobladder in patients after radical cystectomy for invasive bladder cancer? *International urology and nephrology*. 2011;43(3):743-8.
134. O'Sullivan B, Brierley J, Byrd D, Bosman F, Kehoe S, Kossary C, et al. The TNM classification of malignant tumours-towards common understanding and reasonable expectations. *The Lancet Oncology*. 2017;18(7):849-51.
135. Epstein JI, Amin MB, Reuter VR, Mostofi FK. The World Health Organization/International Society of Urological Pathology consensus classification of urothelial (transitional cell) neoplasms of the urinary bladder. Bladder Consensus Conference Committee. *The American journal of surgical pathology*. 1998;22(12):1435-48.
136. Yang M, Wang H, Wang J, Ruan M. Impact of invasive bladder cancer and orthotopic urinary diversion on general health-related quality of life: An SF-36 survey. *Molecular and clinical oncology*. 2013;1(4):758-62.