



JCPM

Journal of clinical and preventive medicine

FERGHANA MEDICAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH

Год основания – 2021

ISSN - 2181-3531

Свидетельство СМИ (Узбекистан): №01-07/3097

Входит в перечень ВАК РУз с 2022 года

Форма выпуска: электронная

Язык текста: русский, английский

4

2025

Фергана

Abbosov Sh.A., Makhmudov A.T., Tulaboev A.K., Aliyev S.U., Shavakhabov Sh.Sh., Akilov F.A.

CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND ETHICAL CONSIDERATIONS OF THE INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTION IN UZBEKISTAN: A METHODOLOGICAL REVIEW.....171-178

Бабоева Ш.А., Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Худайбердиев Х.Б., Джамилов Дж. Дж., Шомаруфов А.Б.

РОЛЬ ESBP-ПРОДУЦИРУЮЩИХ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ В РАЗВИТИИ УРОСЕПСИСА У БЕРЕМЕННЫХ... 179-186

Джамилов Дж. Дж., Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Худайбердиев Х.Б., Шомаруфов А.Б., Бабоева Ш.А.

МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ УРОСЕПСИСЕ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ...187-195

Йулдошев А.А., Рахимов Н.М., Наджимитдинов Я.С.

НЕ ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ НИЖНЕГО МОЧЕВОГО ТРАКТА..... 196-201

Касымов С.С., Наджимитдинов Я.С., Насиров Ф.Р.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОБЛАСТИ ПРОСТАТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ И ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....202-209

Мирхамидов Д.Х., Эрматов В.Ш., Аюбов Б.А.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АДЕНОМ/ЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ.....210-216

Makhmudov A.T., Abbasov Sh.A., Tulaboev A.K., Aliyev S.U., Shavakhabov Sh.Sh., Akilov F.A.

VALIDATING THE INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTION IN UZBEKISTAN: NAVIGATING LINGUISTIC, CULTURAL, AND ETHICAL LANDSCAPES FOR ACCURATE APPLICATION.....217-225

NAZARIY VA EKSPERIMENTAL TIBBIYOT / THEORETICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE

/ ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Тилляшайхов М.Н., Болтаев М.И., Мирхамидов Д.Х.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ И ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....226-231

Шавахабов Ш.Ш., Махмудов А.Т., Абдурахмонов Ф.Ф.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛУОКСЕТИНА И НАЗАЛЬНОГО СПРЕЯ КЛОМИПРАМИНА ГИДРОХЛОРИДА.....232-239

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ И ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

М.Н. Тилляшайхов.¹, М.И. Болтаев.², Д.Х. Мирхамидов³

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии, г. Ташкент, Узбекистан.

²Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, г. Бухара, Узбекистан.

³Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан.

Для цитирования: © Тилляшайхов М.Н., Болтаев М.И., Мирхамидов Д.Х.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ И ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ЖКМП.-2025.-Т.4.-№4.-С

Поступила: 11.08.2025

Одобрена: 15.09.2025

Принята к печати: 03.10.2025

Аннотация: Разработка новых оптимальных способов в оперативной хирургии местнораспространенного и осложненных форм рака мочевого пузыря, конкретизация показаний к каждому из применяемых лечебных методов хирургического лечения, в отношении отдельных групп пациентов, позволит проводить более тщательный их отбор для выполнения вмешательств. В настоящее время, отсутствуют стандартные рекомендации по выбору тактики лечения больных раком мочевого пузыря, оценки эффективности различных методик лечения и улучшения качества оказания помощи. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения и совершенствования хирургической тактики. Целью исследования явилась разработка алгоритма лечения больных местнораспространенным и осложненными формами рака мочевого пузыря.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, комбинированная терапия, алгоритм лечения.

QOVUQ SARATONINING MAHALLIY TARQALGAN VA ASORATLANGAN SHAKLLARI BO‘LGAN BEMORLARNI DAVOLASH ALGORITMI

M.N. Tillyashayxov.¹, M.I. Boltayev.², D.X. Mirxamidov.³

¹Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent sh., O‘zbekiston.

²Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Buxoro filiali, Buxoro sh., O‘zbekiston.

³Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent sh., O‘zbekiston.

Izoh: ©Tillyashayxov M.N., Boltayev M.I., Mirxamidov D.X.

QOVUQ SARATONINING MAHALLIY TARQALGAN VA ASORATLANGAN SHAKLLARI BO‘LGAN BEMORLARNI DAVOLASH ALGORITMI.

KPTJ.-2025-N.4.-№4.-M

Qabul qilindi: 11.08.2025

Ko‘rib chiqildi: 15.09.2025

Nashrga tayyorlandi: 03.10.2025

Annotatsiya: Qovuq saratonining mahalliy tarqalgan va asoratlangan shakllari jarrohligida yangi optimal usullarni ishlab chiqish, bemorlarning alohida guruhlariga nisbatan qo‘llaniladigan jarrohlik davolash usullarining har biriga ko‘rsatmalarni aniqlashtirish, aralashuvlarni amalga oshirish uchun ularni yanada puxta tanlash imkonini beradi. Hozirgi vaqtda qovuq saratoni bilan og‘rigan bemorlarni davolash taktikasini tanlash, turli davolash usullarining samaradorligini baholash va yordam ko‘rsatish sifatini yaxshilash bo‘yicha standart tavsiyalar mavjud emas. Bu jarrohlik taktikasini yanada o‘rganish va takomillashtirish zaruratini keltirib chiqaradi. Tadqiqotning maqsadi qovuq saratonining mahalliy tarqalgan va asoratlangan shakllari bo‘lgan bemorlarni davolash algoritmini ishlab chiqishdan iborat.

Kalitso‘zlar: qovuq saratoni, kombinatsiyalangan terapiya, davolash algoritmi.

ALGORITHM FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED AND COMPLICATED FORMS OF BLADDER CANCER

Tillyashaykhov M.N.¹, Boltayev M.I.², Mirkhamidov D.Kh.³

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology, Tashkent, Uzbekistan.

²Bukhara branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Bukhara, Uzbekistan.

³Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan.

For situation: © Tillyashaykhov M.N., Boltaev M.I., Mirkhamidov D.Kh.

ALGORITHM FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED AND COMPLICATED FORMS OF BLADDER CANCER. JCPM.-2025.P.4.№4.-A

Received: 11.08.2025

Revised: 15.09.2025

Accepted: 03.10.2025

Abstract: The development of new optimal methods in surgical treatment of locally advanced and complicated forms of bladder cancer, specification of indications for each of the applied surgical treatment methods in relation to individual groups of patients will allow for a more thorough selection of them for performing interventions. Currently, there are no standard recommendations for choosing treatment tactics for patients with bladder cancer, assessing the effectiveness of various treatment methods, and improving the quality of care. This necessitates further study and improvement of surgical tactics. The aim of the study was to develop an algorithm for the treatment of patients with locally advanced and complicated forms of bladder cancer.

Keywords: bladder cancer, combination therapy, treatment algorithm.

Введение: Выбор метода лечения и прогноз рака мочевого пузыря (РМП) зависят от множества факторов, основными из них являются степень распространения опухоли и поражение лимфатических узлов [9]. При мышечно-инвазивном и местнораспространенном раке мочевого пузыря, в большинстве западных стран, стандартом лечения является радикальная цистэктомия [8,15].

Базовая роль радикальной цистэктомии в лечении мышечно-инвазивного и местнораспространенного РМП многократно доказана и подтверждена на протяжении двух последних десятилетий [2]. Тем не менее, недостаточная эффективность хирургического лечения больных с этими формами РМП остается актуальной проблемой современной онкоурологии [1].

При анализе многоцентровой базы данных, включавшей 888 больных, которым проводилась цистэктомия по поводу мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря, пятилетняя безрецидивная выживаемость и выживаемость, связанная с заболеванием, составили 58 и 66%, соответственно [14].

Проведенная Nuhn P. с соавторами (2012) внешняя валидация послеоперационных номограмм для определения канцероспецифической смертности показала схожие результаты, с пятилетними показателями общей и канцероспецифической выживаемости составили 45 и 62%, соответственно [13]. В исследовании у пациентов с поражением лимфатических узлов пятилетняя безрецидивная выживаемость была значительно ниже и составила 34-43% [3,10].

По мнению некоторых авторов, общее состояние пациента и сопутствующие заболевания оказывают различное влияние на результаты лечения, и считают, что их необходимо оценивать независимо друг от друга [5].

Однако осложнения радикальной цистэктомии могут быть напрямую связаны с сопутствующими заболеваниями, а также хирургическим вмешательством, кишечным анастомозом и типом деривации мочи. В литературе опубликовано большое количество данных по использованию возраста в качестве прогностического фактора для радикальной цистэктомии [4,6,11].

В одном из крупных ретроспективных исследований по радикальной цистэктомии у 1710 пациентов старше 70 и 80 лет был проведен анализ базы данных Национальной программы улучшения качества хирургического лечения. Анализ результатов исследования показал отсутствие статистически значимых различий по раневым, сердечно-сосудистым или легочным осложнениям. Однако риск смерти у пациентов старше 80 лет был выше, чем у больных старше 70 лет (4,3% и 2,3%, соответственно) [7].

В одном из исследований проведен многофакторный анализ, в котором акцентировалось внимание на определении оценки общего здоровья у больных до назначения и выполнения им операции. Результаты показывают связь между сопутствующей патологией и неблагоприятными морфологическими характеристиками и показателями выживаемости после радикальной цистэктомии [12].

Таким образом, широкая распространенность рака мочевого пузыря, высокая заболеваемость с тенденцией к постоянному росту, длительность и сложность лечения, особенно местнораспространенного и осложненных форм рака мочевого пузыря, с высоким процентом инвалидизации, а также новые принципы выполнения оперативных вмешательств востребовали оптимизацию комплекса мер по улучшению результатов лечения больных раком мочевого пузыря.

Цель: Разработать алгоритм лечения больных местнораспространенным и осложненными формами рака мочевого пузыря.

Материал и методы исследования: Среди различных методов оперативного лечения радикальная цистэктомия является наиболее эффективной. Однако не всегда удается ее выполнить по различным известным причинам. В связи с чем, нами для совершенствования тактики хирургического лечения больных местнораспространенным и осложненными формами рака мочевого пузыря разработан алгоритм лечения данной категории больных.

После обследования пациента и установки диагноза больным предлагали радикальное лечение заболевания с учетом индекса коморбидности Чарлсона, используемого для количественной оценки сопутствующей патологии, и наличия противопоказаний к радикальной цистэктомии.

Для исследования отобрано 262 больных местнораспространенным раком мочевого пузыря стадии T 2-3a N0 G3, T 2-3a N0 G1-3 и T 3a N2 M0. возраст больных колебался от 44 до 84 лет (в среднем, 61,1±5,6 лет).

Результаты и обсуждение исследования:

С согласия пациентов 163 больным выполнена радикальная цистэктомия, из них: 90 пациентам операция выполнена экстраперитонеальным доступом, 73 пациентам - трансперитонеальным доступом, со стандартной диссекцией тазовых лимфатических узлов и уретерокутанеостомией с двух сторон.

При отсутствии согласия пациента на радикальное лечение, наличии противопоказаний к радикальной цистэктомии и высокого индекса коморбидности Чарлсона больным выполнена органосохраняющая операция.

Органосохраняющие операции выполнены 99 пациентам, из них: 54 пациентам - резекция мочевого пузыря с опухолью, 45 пациентам - трансуретральная резекция опухоли.

Резекцию мочевого пузыря применяли с учетом строгих критериев отбора больных для выполнения операции, и сочетая хирургическое вмешательство с лучевой и химиотерапией.

Показаниями к операции были: одиночная опухоль, локализованная на подвижных стенках мочевого пузыря; опухоль, отстоящая от шейки мочевого пузыря не менее чем на 3 см; размер опухоли, не превышающая 5-6 см в диаметре; макроскопически

не измененная слизистая мочевого пузыря вокруг опухоли и простатического отдела уретры.

Трансуретральную резекцию опухоли применяли в качестве одной из составляющих комбинированной терапии и как паллиативную операцию у иноперабельных больных с целью остановки кровотечения и максимально возможного удаления опухоли.

После оперативного вмешательства всем больным вторым и третьим этапами проводили химиотерапию и лучевую терапию.

Лучевую терапию проводили после оперативного вмешательства, в суммарной очаговой дозе не менее 60-65 грей, при разовой дозе равной 1,8-2,0 грей за фракцию.

Предоперационную лучевую терапию проводили для предотвращения интероперационного распространения злокачественных клеток; оказания воздействия на микроочаги опухоли, расположенных за стенкой; снижения степени инвазии опухоли до радикального хирургического вмешательства.

Послеоперационную лучевую терапию проводили для снижения частоты местного рецидива, а также в случае нерадикального удаления, при прорастании опухоли в соседние органы.

Химиотерапию проводили также после оперативного вмешательства, в качестве химиопрепарата использовали Гемцитабин в дозе 1000мг/м² (в 1-й, 8-й и 15-й дни после операции) или Цисплатин в дозе 70мг/м² (во 2-ой день после операции, каждые 28 дней по 4-6 курсов).

Основными задачами химиотерапии были: уменьшение объема опухоли, воздействие на метастазы, неопределяемые клинически в период постановки диагноза, повышение абластичности операции и резектабельности опухоли.

Лучевую и химиотерапию проводили в стационаре при адекватной функции почек, с обязательным изучением показателя клиренса креатинина. В случаях нарушения функции почек снижали дозу химиопрепарата, проводили гипергидратацию солевыми растворами и стимуляцию диуреза маннитолом. Для снижения эметогенного эффекта применяли противорвотные препараты. В случае падения числа лейкоцитов ниже 3x10⁹/л или гранулоцитов 1.5x10⁹/л отсрочивали проведение очередного цикла. Также проводили динамическое наблюдение за функцией выброса левого желудочка, если развивалась

сердечная недостаточность, то прекращали лечение.

Эффективность проведенного комбинированного лечения оценивали в соответствии критериев оценки ответа солидных опухолей (*Response Evaluation Criteria In Solid Tumors – RECIST, 2000 г.*), в процессе диспансерного наблюдения пациента.

Диспансерное наблюдение больных осуществляли в поликлинике онкодиспансера. Если течение заболевания не требовалось изменения тактики ведения больного, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляли:

- в течение первого года - один раз в три месяца;
- в течение второго и третьего года - один раз в шесть месяцев;
- в дальнейшем - один раз в год.

В процессе диспансерного наблюдения проводили следующие исследования:

- если больному была проведена органосохраняющая операция, в этом случае проводили:
- общий анализ мочи и крови, биохимические анализы крови;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря;
- цистоскопию раз в 3 мес. в течение 2 лет, далее каждые 6 мес.;
- КТ грудной и брюшной полостей 1 раз в 6 мес., через 1 год – каждые 12 мес.;
- МРТ малого таза 1 раз в 12 мес.

После радикальной цистэктомии:

- общий анализ крови, биохимические анализы крови;
- УЗИ малого таза, брюшной полости;
- КТ грудной и брюшной полостей 1 раз в 6 мес., через 1 год – каждые 12 мес.;
- МРТ малого таза 1 раз в 12 мес. (по показаниям).

В соответствии с классификацией Response Evaluation Criteria In Solid Tumors (RECIST) различают:

1. **Полный регресс** (полный ответ) (Complete Response - CR) - полное исчезновение всех опухолевых поражений в течение 4 недель с момента документации полного ответа;

2. **Частичный регресс** (ответ) (Partial Response - PR) - уменьшение, по сравнению с исходным на 50% и более, суммы измерений 2 больших перпендикулярных диаметров, что определяется в 2 наблюдениях, по крайней мере в течение 4 недель. При этом должны отсутствовать признаки прогрессирования заболевания;

3. **Прогрессирование заболевания** (Progressive Disease - PD) - увеличение более чем на 25% одной опухоли или более либо появление новых очагов поражения.

4. **(Stable Disease - SD)** - Стабилизация (без изменений) - уменьшение менее чем на 50% или увеличение менее чем на 25% при отсутствии возникновения новых очагов поражения. Прогрессирование - увеличение более чем на 25% одной опухоли или более либо появление новых очагов поражения.

При полном регрессе заболевания больного направляли на диспансерное наблюдение. При частичном регрессе заболевания больному выполняли радикальную цистэктомию или назначали симптоматическое лечение. При прогрессировании заболевания больному выполняли радикальную цистэктомию.

Симптоматическое лечение заключалось в оказании паллиативной помощи, направленное в ослаблении болезненных симптомов, обеспечении ухода пациента и максимального улучшения качества его жизни (Рисунок 1).

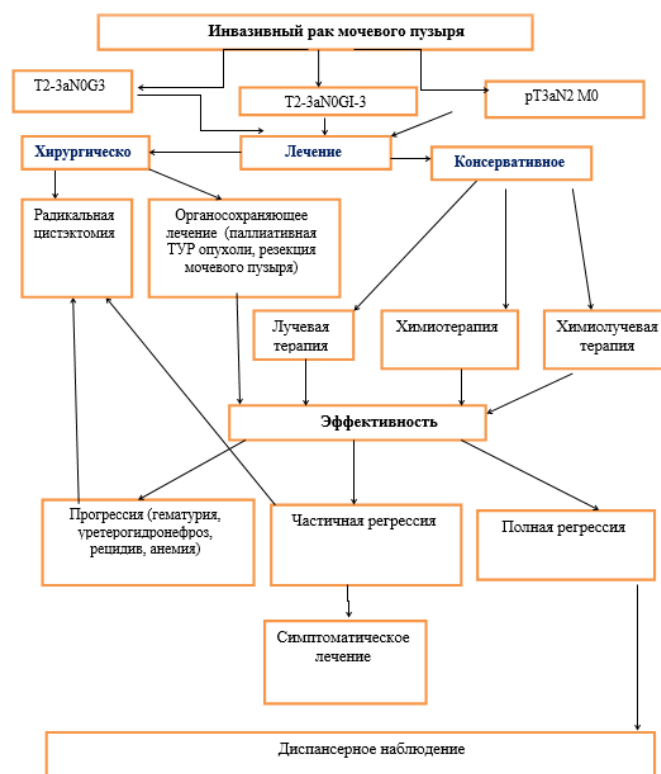


Рисунок 1. Алгоритм лечения больных местнораспространенным и осложненными формами рака мочевого пузыря.

Разработка и практическое применение алгоритма лечения больных с местнораспространенным и осложненными формами рака мочевого пузыря

позволило определить показания к выбору метода оперативного вмешательства, оптимизировать выбор хирургической тактики для осуществления радикальной цистэктомии, резекции мочевого пузыря и трансуретральной резекции опухоли. Конкретизация показаний к каждому из изучаемых лечебных методов хирургии, в отношении отдельных групп пациентов, позволила проводить более тщательный их отбор для выполнения вмешательств.

Применение данного алгоритма в лечении воздержавшихся от радикальной операции, или при невозможности выполнения радикальной цистэктомии из-за наличия противопоказаний, а также при высоком риске радикальной операции, позволило улучшить результаты комбинированного лечения данной категории больных, увеличить показатель их выживаемости, средней продолжительности жизни и улучшить качество жизни пациентов.

Заключение: Применение алгоритма лечения больных с местнораспространенным и осложненными формами рака мочевого пузыря позволяет оптимизировать выбор хирургической тактики лечения больных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Матвеев, В. Б., Волкова, М. И., Фигурин, К. М., & Петерс, М. В. (2009). Спасительная цистэктомия у больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря. *Онкоурология*, (1), 27–31.
2. Перепечай, В. А., Васильев, О. Н., Спицын, И. М., & Коган, М. И. (2016). Анализ достоверности факторов прогноза выживаемости после радикальной цистэктомии. *Экспериментальная и клиническая урология*, (1), 76–82.
3. Abdollah, F., et al. (2013). Incidence, survival and mortality rates of stage-specific bladder cancer in United States: A trend analysis. *Cancer Epidemiology*, 37, 219–225. DOI: [10.1016/j.canep.2013.02.006](https://doi.org/10.1016/j.canep.2013.02.006)
4. Clark, P. E., et al. (2005). Radical cystectomy in the elderly: Comparison of clinical outcomes between younger and older patients. *Cancer*, 104, 36–43. DOI: [10.1002/cncr.21058](https://doi.org/10.1002/cncr.21058)
5. Extermann, M., et al. (1998). Comorbidity and functional status are independent in older cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 1582–1587. DOI: [10.1200/JCO.1998.16.5.1582](https://doi.org/10.1200/JCO.1998.16.5.1582)
6. Game, X., et al. (2001). Radical cystectomy in patients older than 75 years: Assessment of morbidity and mortality. *European Urology*, 39, 525–529. DOI: [10.1159/000049898](https://doi.org/10.1159/000049898)
7. Haden, T. D., et al. (2017). Comparative perioperative outcomes in septuagenarians and octogenarians undergoing radical cystectomy for bladder cancer—Do outcomes differ? *European Urology Focus*, 3, 559–564. DOI: [10.1016/j.euf.2016.06.012](https://doi.org/10.1016/j.euf.2016.06.012)
8. Hautmann, R. E., et al. (2007). Urinary diversion. *Urology*, 69, 17–49. DOI: [10.1016/j.urology.2006.10.009](https://doi.org/10.1016/j.urology.2006.10.009)
9. Kaelberer, J. B., et al. (2016). Incidental prostate cancer diagnosed at radical cystoprostatectomy for bladder cancer: Disease-specific outcomes and survival. *Prostate International*, 4, 107–112. DOI: [10.1016/j.pnil.2016.10.001](https://doi.org/10.1016/j.pnil.2016.10.001)
10. Madersbacher, S., et al. (2003). Radical cystectomy for bladder cancer today—a homogeneous series without neoadjuvant therapy. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 690–696. DOI: [10.1200/JCO.2003.05.003](https://doi.org/10.1200/JCO.2003.05.003)