

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ АССОЦИАЦИИ ОНКОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

НУКУС
20–21 МАЯ
2022

IV КОНГРЕСС ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ, РАДИОЛОГИИ И ХИРУРГИИ В ОНКОЛОГИИ



РАЗДЕЛ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И МАТЕРИАЛЫ КАНЦЕР РЕГИСТРА

Тилляшайхов М.Н., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Имамов О.А., Сабирджанова З.Р., Умунов Ш.С. Анализ основных статистических показателей в Республики Узбекистан	31
Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М., Рахматуллаев Б.Х. Статистические показатели ранних и запущенных стадий выявления рака мочевого пузыря в Республике Узбекистан	31
Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Тилляшайхова Р.М., Туйчиев А.П., Рахматуллаев Б.Х. Рак мочевого пузыря: онкоэпидемиологическая ситуация в Республике Узбекистан	32
Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М., Рахматуллаев Б.Х. Ўзбекистон Республикасида қовуқ саратони бирламчи аниқланганларда даволаш турлари кўрсаткичлари	32
Тилляшайхов М.Н., Джанклич С.М., Ибрагимов Ш.Н., Имамов О.А., Сабирджанова З.Р., Умунов Ш.С. Популяционный анализ заболеваемости и смертности колоректального рака в Республике Узбекистан	33
Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М. Қовуқ саратони: Ўзбекистон Республикасида онкоэпидемиологик вазият	34
Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М. Рак мочевого пузыря: онкоэпидемиологическая ситуация в Республике Узбекистан	34
Тилляшайхов М.Н., Джанклич С.М., Ибрагимов Ш.Н., Имамов О.А., Сабирджанова З.Р. Рак легких в Республике Узбекистан: статистический анализ	35
Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М. Ўзбекистон Республикасида қовуқ саратонини эрта ва кечки босқичларда аниқлаш кўрсаткичлари	36
Тилляшайхов М.Н., Ососков А.В., Саидов Г.Н., Дустов Ш.Х., Абдукаримов У.Г., Алимходжаева Л.Т., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Исламова М.Р. Маммографический скрининг в Республике Узбекистан	36
Тилляшайхов М.Н., Рахимов О.А., Адилходжаев А.А., Худояров С.С., Хуснуддинов Н.З. Лапараскопические технологии при колоректальном раке. Тактико-технические особенност	37
Абдумуталибова Ш.К., Мамарасулова Д.З. Распространенность доброкачественных и злокачественных заболеваний молочных желез	38
Абдумуталибова Ш.К., Мамарасулова Д.З. Анализ заболеваемости доброкачественных заболеваний молочных желез и их связь с риском возникновения рака молочной железы	38
Абдухакимов А.Н., Мамадалиева Я.С., Гафур-Ахунов М.А., Утемуратов Я.Ю., Гульмирзаева З.Р. Динамика основных показателей рака шейки матки по Ташкентской области	39

Абдухакимов А.Н., Турдибеков Ш.М. Аденокарцинома легкого у женщин Ташкентской области	40
Абдухакимов А.Н., Вахабов О.У., Абдикаримов М.Г., Косимов У.К. Анализ заболеваемости и результатов лечения рака почки по Ташкентской области	40
Абдухакимов А.Н., Абдухакимова М.И., Шукурова М.А. Предпосылки к организации первого популяционного детского канцер-регистра в Республике Узбекистан	41
Абдухакимов А.Н., Абдухакимова М.И., Шукурова М.А. Некоторые вопросы учета и отчетности ЗНО у детей раннего детского возраста в Ташкентской области	42
Абдухакимова М.И., Шукурова М.А., Иноятова М.А. Новый интерфейс для детского ракового регистра в Республике Узбекистан	43
Абдукаримов У.Г., Ихтиярова Г.А., Саидов Г.Н., Исламова М.Р. Оценка эффективности скрининга рака молочной железы на базе пилотного проекта скрининга РМЖ в Бухарской области	43
Алмухамедова Б.Г., Тиляшайхов М.Н. Заболеваемость раком шейки матки в Республике Узбекистан. Организационные мероприятия	44
Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С. Организационные аспекты раннего выявления рака молочной железы в Узбекистане	45
Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С. Анализ онкоэпидемиологической ситуации в Республике Узбекистан по заболеваемости злокачественными новообразованиями и раку молочной железы с принятием организационных решений	46
Мухаммедаминов Ш.К., Мирзамухамедов Х.К., Сагдуллаев Ш.П., Касымов А.А., Абдалов И.Б. Реконструктивно-восстановительные операции у больных колоректальным раком с использованием сшивающих аппаратов	46
Бекмирзаев Р.М., Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С. Юз-жағ соҳаси ноэпителиал хавсиз ўсмаларини тахлили	47
Бекмирзаев Р.М., Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С. Юз-жағ саркомаларини эрта босқичларда аниқланишида аҳолининг тиббий маданияти ва тиббиёт ходимларини онкоэтиёткорлигининг аҳамияти	47
Гафур-Ахунوف М.А., Абдухакимова М.И., Шукурова М.А., Иноятова М.А. Новый интерфейс для детского ракового регистра Республики Узбекистан	48
Газиев Л.Т., Маматмуродов С.Н., Хошимов Б., Кобилов Б.З. Эпидемиологические аспекты распространения рака шейки матки в джизакской области	49
Газиев Л.Т., Хошимов Б.Б., Маматмуродов С.Н., Кобилов Б.З. Основные показатели заболеваемости первично-множественными злокачественными опухолями женской репродуктивной системы	50
Gaziev L.T., Almuradova D.M., Yusupov A.A., Ismailov J.Kh. Multimodal approach in the management of locally advanced rectal cancer	50
Ибрагимов Ш.Н., Тиляшайхов М.Н. Возможности радиотерапевтической службы Республики Узбекистан	51

Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Умуров Ш.С. Ўзбекистонда бош мия ўсмаси ва ўлим кўрсаткичларининг динамикаси	52
Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Умуров Ш.С., Хуснуддинов Н.З. Ўзбекистонда ошқозон саратони касаллиги статистикаси	53
Исламов Р.Х. Частота ретинобластомы в Узбекистане	53
Исроилова Ф.А., Рахматова Д.Л., Туйджанова Х.Х., Хушвакова С.У., Имамов О.А. Сочетанные вирусные гепатиты Б+С у онкологических больных	54
Исламов Х.Д., Тен Я.В., Корахожаев Б.Ш., Матниязова Ш.Я., Зияев Я.Ф., Хакимов А.А. Эффективность наложения коло-ректальных анастомозов применением высоко технологичных вмешательств при раке прямой кишки	55
Исламов Х.Д., Корахожаев Б.Ш., Рахимов О.А., Чен Е.Е., Израильбекова К.Ш., Матниязова Ш.Я., Зияев Я.Ф., Хакимов А.А. Предварительные результаты комплексного лечения низко-среднего ампулярного рака прямой кишки с целью доведения до сфинктеросохранных операций	55
Исламов Х.Д., Тен Я.В., Корахожаев Б.Ш., Матниязова Ш.Я., Зияев Я.Ф., Хакимов А.А. Химио-таргетная терапия у больных с метастазами колоректального рака в печень	56
Карачунский А.И., Шукурова М.А., Быданов О.И., Абдухакимов А.Н. Показатели онкологической заболеваемости и смертности среди детского населения за 2021 год по Ташкентской области	57
Кадыров Ш.Ш., Юлдашева Д.Ж., Джуманиязов Х.И. Эпидемиология рака легкого по данным канцер-регистра г.Ташкента	58
Левин Л.Ф., Рубцов С.И., Савелов А.Л., Океанов А.Е., Моисеев П.И., Евмененко А.А. Web-приложение Белорусского канцер-регистра	58
Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А., Сотволдиева К.Х., Хасанов Д.Ш. Сут беи саратонини олдини олиш ва илк босқичларини аниқлашда профилактик чора-тадбирлар	59
Маматкулов П.Х., Аманов А.К., Жураева Г.А., Ходжамбердиева Ю.М. Эпидемиология рака шейки матки в Сурхандарьинской области в период 2012-2018 годы	60
Махмутов М.А., Аллабергенев А.Ж., Рзамбетов М.А. Заболеваемость раком молочной железы в Республики Каракалпакстан	60
Маматкулов П.Х., Аманов А.К., Жураева Г.А., Саломов М.С. Заболеваемость раком шейки матки в Сурхандарьинской области	61
Мирзаев Х.М., Абдухакимов А.Н., Касымов А.А. Динамика показатели заболеваемости и смертности рака печени в Республики Узбекистан	61
Моисеев П.И., Океанов А.Е., Машевский А.А., Евмененко А.А. Состояние диагностика злокачественных новообразований в Республике Беларусь за 2011-2020 гг.	62
Мухаммедаминов Ш.К., Мирзамухамедов Х.К., Сагдуллаев Ш.П., Касымов А.А., Абдалов И.Б. Внутрибрюшные резекции прямой кишки и резекции сигмовидной кишки с использованием сшивающих аппаратов	63

Набиева Д.У., Мамадалиева Я.С., Кошкина Т.А. Заболеваемость органов гениталий в Ташкентской области	63
Нишанов Д.А., Мадалиев А.А., Умаров М.Х., Хамидов С.Ю., Абдурахманов Ш.О. Показатели смертности среди онкологических больных в Республике Узбекистан	64
Одилов К.К. Анализ частоты заболеваемости и смертности высокоагрессивных форм сарком мягких тканей в Бухарской области	64
Океанов А.Е., Красный С.А., Моисеев П.И., Машевский А.А., Евмененко А.А. Эпидемиология злокачественных новообразований в Республике Беларусь за 2011-2020 гг.	65
Орипова М.Р., Рахимов Ж.Х. Показатели эпидемиологического состояния рака шейки матки по Самаркандской области	66
Палванов Т.М., Ибрагимов А.Ю., Ходжиев Д.Ш. Раннее выявление злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта в Хорезмской области	67
Палванов Т.М., Ибрагимов А.Ю., Ходжиев Д.Ш. Результаты профилактических осмотров при злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта в Хорезмской области	67
Полатова Д.Ш., Абдурасулов Х.Х., Шералиева С.Ж. Суяк ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичини республика миқёсида ўрганиш	68
Полатова Д.Ш., Шералиева С.Ж., Абдурасулов Х.Х. Юмшоқ тўқима ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичини республика миқёсида ўрганиш	68
Рахматова Д.Л., Максимкулов Ж.М. Первичный рак печени, ассоциированный с вирусными в Республике Узбекистан	69
Сабирджанова З.Р., Джанклич С.М. Рак вульвы в Узбекистане	70
Сабирджанова З.Р., Джанклич С.М. Показатели рака молочной железы в Узбекистане	70
Сабирджанова З. Р., Джанклич С.М. Рак тела матки в Республике Узбекистан	71
Тен Я.В., Исламов Х.Д., Абдужаппаров С.Б., Зияев Я.Ф. Роль молекулярно-биологического маркера CDKN-A в ранней диагностике рака толстой кишки	72
Усманов Р.Х. Прогнозирование ретинобластомы	72
Хомидова Т.Э., Каримов А.Р. Результаты диагностических цитологических исследований молочной железы по Ферганской области в 2019-2021 гг.	73
Ходжиев Д.Ш., Палванов Т.М., Худайбергенов Ш.А., Султанзада Н.Д. Видеолапароскопия при колоректальном раке	73

Ходжиев Д.Ш., Палванов Т.М., Бекчанов Х.Н., Хаитбаев С.К., Худайбергенов Ш.О. Роль и возможности видеоэндоскопии в хирургическом лечении рак толстой кишки	75
Эгамов И.М., Ибадуллаев Р.С., Сапарбаев А.И. Йўгон ва тўғри ичак ҳавфли ўсмалари билан беморларда рак эмбрионал ва карбогидрат-19-9 антигенни динамик ўзгаришлари	76
Эгамов И.М., Сапарбаев А.И. Хоразм вилоятида аёллар репродуктив тизими ҳавфли ўсма касалликларининг муаммолари	77
Юлдашев Н.Ж., Урунбаев С.Д., Умиров А.А., Муминов Б.С. Дифференцированный подход к хирургическому лечению осложнённого рака ободочной кишки	77
Yuldashev B.S., Xadjimuratova M.X. Orol bo'yi xududida yashovchi ayollarda sut bezi rak oldi kasalliklarining displaziyalanish darajasi	78
Юсупбеков А.А., Рахматов Ю.Б. Динамика основных показателей рака легкого в Республике Узбекистан	79
Юлдашева Д.Ж. Первично-множественные злокачественные патологии по данным канцер-регистра г.Ташкента	79
Юлдашева Д.Ж., Исхаков Д.М., Байменов А.С. 20-летняя динамика заболеваемости злокачественными патологиями органов женской репродукции в г.Ташкенте	80
Yuldashev R.R., Normuminov O.X. Breast cancer mortality in young women in Surkhandarya	81
Шарипов А.Б., Амриддинов А.У. Ходжкин лимфомасини беморларда ёш бўйича тарқалиши	81
Эгамов И.М., Собиров Р.О., Сапарбаев А.И. Бирламчи кўплаган ҳавфли ўсмаларнинг ўзига хослиги	82
Юсупбеков А.А., Джуманазаров Т.М., Джанклич С.М., Расулов А.Э., Хайрулдинов Р.В., Жураев Э.Э., Усманов Б.Б., Мадиев Б.Т., Туйчиев О.Д. Эпидемиологический анализ заболеваемости раком легкого в Республике Узбекистан	82

РАЗДЕЛ 2. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Абдурахимов О.Н., Нажмуддинова Н.Ш., Маликов М.А., Нигмонов О.О., Худойбердиев М.Т. Высокотехнологичные операции при раке гортани	87
Абдурахимов О.Н., Маликов М.А., Худойбердиев М.Т., Нигмонов О.О. Бисфосфонатные некрозы челюстей: хирургическое лечение	87
Абдурахимов О.Н., Маликов М.А., Нигмонов О.О., Худойбердиев М.Т. Применение кожного-перемещенного лобного лоскута для реконструктивнопластических операций при злокачественных новообразованиях кожи области лица	88

Базаров Н.И., Мухиддинов Д.Б., Кобиров Ж.А., Косымов М.М. Способ консервативного лечения после операционных фарингоэзофагостом в области шеи	89
Базаров Н.И., Сайдахмадов Ш.Б., Саиджафар Т., Кобиров Ж.А., Косымов М.М. Способ профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка	90
Базаров Н.И., Сайдахмадов Ш.Б., Кобиров Ж.А., Косымов М.М. Способ восстановления слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей	90
Базаров Н.И., Мухиддинов Д.Б., Кобиров Ж.А., Косымов М.М. Способ консервативного лечения лимфореи из послеоперационной раны шеи	91
Базаров Н.И., Сайдахмадов Ш.Б., Кобиров Ж.А., Усмонов Х.С., Косымов М.М. Способ профилактики продолженного роста, рецидива злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта	91
Жумаев А., Алтиев Ф.Ф. Реконструкция больных с онкологическими заболеваниями органов полости рта	92
Мазхабов Дж.М., Сангинов Д.Р., Назаров Ш.О., Вохидова М.Н. Диагностике и лечении рака красной каймы губ	93
Муродов Ю.Ж., Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А. Роль химиотерапии в комплексные лечения астроцитом головного мозга	93
Муродов Ю.Ж., Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А. Сравнительный анализ различных методов лечения астроцитом головного мозга	94
Назаров Ш.О., Сангинов Д.Р., Мазхабов Дж.М., Нуридинов Й.М. Особенности диагностики и лечения рака кожи век	95
Нуриддинов Й.М., Хусейнзода З.Х., Мазхабов Дж.М., Назаров Ш.О. Реконструктивно-восстановительных операций с закрытием дефектов слизистой оболочки полости рта по поводу рака	95
Нуриддинов Й.М., Хусейнзода З.Х., Салимов Ф.И., Назаров Ш.О., Мазхабов Дж.М. Результатов паллиативного лечения рака слизистой оболочки полости рта	96
Примкулов Б.К., Хасанов Ак.И., Хасанов Ад.И., Бекмирзаев Р.М., Нишонбоев Л.С., Кахаров А.Дж. Результаты реконструктивно восстановительных операций при опухолях нижней челюсти	96
Примкулов Б.К., Сулаймонов Д.А., Каримов О.М., Каримов А.Р., Муйдинова Н. Диагностика и лечения опухолей слюнных желёз	97
Рахимов Ж.Х., Холикулов Р.Э. Подходы к лечению рака околоушной слюнной железы	97
Рахимов Ж.Х., Хасанов А.И., Примкулов Б.К. Значение насая при возникновении рака слизистой оболочки полости рта	97

Райхонов Ф.Х., Обидов Дж.С. Оптимизация хирургического лечения местно-распространенных опухолей кожи и её придатков свода черепа	99
Абдурахимов О.Н., Худойбердиев М.Т., Маликов М.А., Нигмонов О.О. Тил саратонини III босқиқида комплекс даволаш натижаларини ўрганиш	100
Хусейнзода З.Х., Хайталиева Н.Р., Салимов Ф.И., Мадаминава З.А. Клинический случай успешного хирургического лечения тератомы правой половины лица, в сочетании аппендикулярного отростка правой скуловой области у 3-х месячного ребенка в Республике Таджикистан	100
Эгамбердиев С.К., Холтоев У.Т., Ганиев А.А., Нигматов Ж.К. Наш опыт органосохраняющих операции при раке гортани	101
Эгамбердиев С.К., Ганиев А.А., Холтоев У.Т., Нигматов Ж.К. Современные методы операции при местно-распространенном раке слизистой щеки	102
Усманов Р.Х., Рахматуллаева Д.Т., Чугунова Г.М. Длительное наблюдение за выжившими после ретинобластомы	102
Хасанов А.И., Шукуров З.И., Бекмирзаев Р.М., Нишонбоев Л.С., Абдукаримов А.Х. Диагностика и хирургическое лечение злокачественных опухолей щитовидной железы	103
Хасанов А.И., Бекмирзаев Р.М., Примкулов Б.К., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С. Отдаленные результаты лечения неэпителиальных злокачественных опухолей челюстно- лицевой области	104
Хасанов А.И., Бекмирзаев Р.М., Шукуров З.И., Примкулов Б.К., Нишонбоев Л.С. Новый метод катетеризации язычной артерии для внутриартериальной химиотерапии при лечении злокачественных неэпителиальных опухолей челюстно-лицевой области	105
Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С., Хасанов А.И. Хирургическое лечение парафарингеальных опухолей исходящих из слюнных желез	105
РАЗДЕЛ 3.	
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Абдухакимов А.Н., Юсупова Д.Б., Гафур-Ахунов М.А. Новые подходы в лечении первично-диссеминированного рака молочной железы	107
Абдухакимов А.Н., Гафур-Ахунов М.А., Юсупова Д.Б. Ингибиторы циклиназависимой киназы 4/6 в лечении метастатического рака молочной железы	107
Абдухакимов А.Н., Гафур-Ахунов М.А., Юсупова Д.Б. Гормонотерапия в лечении первично-диссеминированного рака молочной железы	108
Абдукаримов У.Г., Саидов Г.Н., Ширинов М.М. Предварительные результаты использования мобильных маммографических кабинетов	109
Абдукаримов У.Г., Ихтиярова Г.А., Джумаева Д.Р. Оценка эффективности скрининга рака молочной железы на базе пилотного проекта скрининга РМЖ в Бухарской области	109
Абдуллаева Н.Э. Сут беи саратонини даволашда янгича ёндашиш	110

Авезмуратова Г.А., Эгамбердиев Г.М., Юсупова Д.Б., Турдибеков Ш.М. Результаты противоопухолевого лечения больных с метастатическим трижды негативным раком молочной железы	111
Атаханова Н.Э., Алмурадова Д.М. Влияние экспрессии андрогеновых рецепторов на прогноз трижды негативного рака молочной железы	112
Атаханова Н.Э., Алмурадова Д.М., Сагдуллаева С.Н. Значение применения комбинации капецитабина после системной полихимиотерапии у больных трижды негативного рака молочной железы	112
Газиев Л.Т., Газиев Т.Г., Болтаев А.Б., Ибрагимов Д.С. Лечения различных форм дистормональных дисплазии молочных желез	113
Голотюк М.А., Казанцева Н.В., Борзунов И.В. BRCA-ассоциированный рак молочной железы у пациентов свердловской области	114
Дадабоев А.А., Каримов А.Р. Значение бронхоальвеолярного лаважа для дифференциальной диагностики периферических новообразований и специфических процессов легких	115
Джалолова Ф.М., Султонова М.К., Ибрагимова М., Сотволдиева К.Х., Мамадалиева Я.М. Аёллар репродуктив аъзоларининг сут беги ўсма касалликлари ривожланишига таъсири ..	115
Алиева Д.Р., Шоюсупов Н.Р., Мадалимов А.К. Определение группы риска при метакронном раке молочной железы в условиях Ташкентского городского филиала РСНПМЦОиР	116
Джалолова Ф.М., Сотволдиева К.Х., Мамадалиева Я.М. Эффективность таргетной терапии HER/NEU позитивного рака молочной железы	116
Джалолова Ф.М., Султонова М.К., Мамадалиева Я.М., Ибрагимова М. Применение анастразола для адъювантного лечения больных раком молочной железы в менопаузе с сопутствующей патологией	117
Джалолова Ф.М., Султонкулова М.К., Мамадалиева Я.М. Билатерал сут беги ҳавфли ўсма касалликларини клиник-морфологик хусусиятлари	117
Джураев М.Д., Ёров Л.Ш., Ризаев Т.А., Шарипов О.У. Особенности иммунологического статуса и морфологические предикторы у больных раком молочной железы с гипер-экспрессией HER-2	118
Ижанов М.Т. Роль санитартных операций в комплексном лечении распадающегося рака молочной железы	119
Ижанов М.Т. Факторы риска возникновения рецидивов при раке молочной железы после проведения органосохраняющих операций	119
Исакова Ш.И. Современные технологии диагностики узловых мастопатий	120
Исакова Ш.И. Маммография в определении тактики хирургического лечения при раке молочной железы	120
Ишанходжаева Д.С., Раззакова Н.П., Шаюсупов Н.Р. Онкопластические резекции при раке молочной железы.....	121

Жаппаров Е.И., Шаназаров Н.А., Зинченко С.В., Кумисбекова Р.К., Сейдалиев Н.К. Однонуклеотидные полиморфизмы ассоциированные с риском развития рака молочной железы у женщин Казахской популяции	122
Жуманиязов М.М. Особенности течения и лечения рака молочной железы у пожилых >65 лет	123
Жуманиязов М.М., Курбанов Б.М. Метод профилактики лимфореи при радикальных операциях молочной железы	123
Курбанкулов У.М., Газиев Л.Т., Якубова Д.Т., Зияев Ш.В., Абдуллаева Г.Д. Лечения диффузной мастопатии с препаратами мамоклам и индинол	124
Курбанов Б.М. Роль плазменного коагулятора в уменьшении послеоперационной лимфореи после радикальной мастэктомии	124
Кумисбекова р.к., Шаназаров Н.А., Бимбетов Б.Р., Жаппаров Е.И., Жусупова Б.Т., Мусабеков Б.А., Нигметулла Д.С. Лечебное питание при химиотерапии рака молочной железы	125
Матниязов М.Қ., Хакимова Г.А. Сут беи саратонини даволашда фемарани устинлиги	126
Матниязов М.Қ., Хакимова Г.А. Сут беи саратонини даволашда фемарани афзалликлари	126
Мукумова Д.И., Тураева Х.Х. Оценить эффективность и токсичность эндокринной терапии у больных раком молочной железы в постменопаузе	126
Набижонова Г.Х., Сотволдиева К.Х., Ишанчаева Н.К., Хакимова Г.Ж., Абдумуталибова Ш.Қ. Сут беи ҳавфли ўсма касаллигини олдини олиш ва илк босқичларида аниқлаш чора тадбирлари	127
Нурманов Ш.Н., Эгамов И.М., Ходжиев Д.Ш., Сабилов Р.О. Сут беи саратонини паллиатив даволаш усуллари	128
Нуров Р.Р., Рустамов Б.Дж. Результаты эффективности методов лечения больных с раком легких	129
Ососков А.В., Матюсупов Х.М., Исмаилова М.Х., Искандарова Д.З. Первые результаты маммографического скрининга РМЖ в Бухарской области Республики Узбекистан	129
Полванов Т.М., Отажанов А.М., Зарипова Р.З., Казакова З.А. Сут беи саратониди узоқлашган метастазлар	130
Раджабова С.Г., Юлдошев Р.З. Выживаемость больных раком молочной железы с метастазами в кости в зависимости от гормонального статуса	130
Расулов А.Э., Кротов Н.Ф., Юсупбеков А.А., Мадиев Б.Т., Усманов Б.Б. Антирефлюксный эзофагогастроантостомоз на шее в хирургии пищевода	131
Рахмонов К.А., Узоков С.М., Каримова М.Н. Редукционная маммопластика у женщин с выраженной гипертрофии молочных желез с использованием Т-образного разреза	132

Сайфуллаева Ё.С., Бозарова Л.М., Холиков Н.Х., Ахмаджанова О.М. Результаты лечения пациенток старше 65 лет, страдающих раком молочной железы	133
Сабиров Р.О., Гафур-Ахунов М.А. Выбор метода и отдаленные результаты лечения рака молочной железы, ассоциированный сахарным диабетом	133
Султонкулова М.К., Джалолова Ф.М., Сотволдиев К.Х., Валидова А.Ф., Ибрагимов М. Диагностика внутрипротоковых папиллом молочных желез	134
Сабиров Р.О., Гафур-Ахунов М.А. Биопсия и диагностика фиброаденомы молочной железы	135
Сагдуллаева С.Н., Маннапова Н.М., Алмурадова Д.М., Мукимова Д., Исмоилов Ж. Прогностическое значение биологических подтипов рака молочной железы при метастатическом поражении костей	136
Талипов О.А., Шоюсупов Н.Р., Рябчиков Д.А. Анализ метилирования генов микроРНК при раке молочной железы	136
Талипов О.А., Шоюсупов Н.Р., Рябчиков Д.А. Метилирования генов микроРНК в различных подтипах рака молочной железы	137
Ташматова Ю.Ж. Обследование больных после операций молочной железы	137
Тилляшайхов М.Н., Эшмурадов У.М., Рустамов Б.Д. Выбор метода лечения метастатического рака молочной железы в печени путем определения иммуногистохимического фенотипа	138
Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж. Влияние субпопуляций лимфоцитов в микроокружении опухоли на прогноз рака молочной железы	139
Тилляшайхов М.Н., Эшмурадов У.М. Прогноз рака молочной железы с метастазами в печень в зависимости от иммунного статуса	140
Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж. Влияние микроокружение опухоли на ангионез при раке молочной железы	140
Тилляшайхов М.Н., Эшмурадов У.М. Влияние молекулярно-генетических характеристик опухоли на прогноз рака молочной железы	141
Тухтабаева М.Т., Абдихакимов А.Н., Турдикулова Ш.У., Далимова Д.А. Эпигенетическая диагностика рака молочной железы с учётом роли гиперметилирования ДНК	141
Туржанова Д.Е., Шаназаров Н.А., Рахимжанова Р.И. Как можем помочь пациентам кожными метастазами при раке молочной железы?	142
Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж. Роль экспрессии рецепторов микроокружения опухоли на течение и прогноз рака молочной железы	142
Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж. Молекулярно-биологические подтипы рака молочной железы и микроокружение опухоли	143

Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж. Микроокружение опухоли и степень дифференцировки при раке молочной железы	143
Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж., Мусаева С.М. Роль микроокружения опухоли в процессе развития опухоли молочной железы	144
Тухтабоева М.Т., Менглиева Б.Б., Самандарова Б.С. Заболевания молочных желез, частота встречаемости, основные симптомы болезни	144
Тухтабоева М.Т., Менглиева Б.Б., Самандарова Б.С. Современные агенты, провоцирующие болезни молочных желез	145
Туйчиев О.Д., Усманов Б.Б., Хайрулдинов Р.В. Эффективность индукционной химиолучевой терапии при раке пищевода в III стадии: наблюдение отделения онкологии пищевода и желудка	146
Улмасов Ф.Г., Ёров Л.Ш., Ризаев Т.А., Юлдошев Ж.А., Шарипов О.У. Аналитическая методология эпидемиологической оценки ситуации по раку молочной железы в Самаркандской области	146
Умаров М.Х., Хасанова Д.Ф. Показателей иммунитета у больных раком молочной железы на этапах комбинированной противоопухолевой терапии	148
Урмонов У.Б., Родионов Е.О. Комбинированное лечение больных немелкоклеточным раком лёгкого с персонализированным назначением адъювантной химиотерапии на основании молекулярно-генетических маркеров химиочувствительности	148
Урмонов У.Б., Афанасьев С.Г., Добродеев А.Ю. Комбинированное лечение рака пищевода II-III стадии	149
Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Сотволдиев К.Х. Сут беи саратонида ташхис қўйиш масалалари	150
Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Хасанов Д.Ш., Сотволдиев К.Х. Биопсия сигнальных лимфоузлов у больных раком молочной железы	151
Усмонова Ш.Т., Шаюсупов Н.Р., Турдиева Г.Х. Локальные рецидивы в области после операционного рубца при раке молочной железы	152
Усмонова Ш.Т., Шаюсупов Н.Р., Аминова М.П. Ювенильная фиброаденома молочной железы	152
Узоков С.М., Каримова М.Н. Радикальная мастэктомия с одномоментным формированием лимфовенозного анастомоза	153
Узоков С.М., Камалов Б.З., Джумаева М.Н. Использование торакодорсально кожно-мышечного лоскута в реконструктивной хирургии у больных раком молочной железы	154
Узоков С.М., Каримова М.Н. Особенности течения рака молочной железы у женщин пожилого и старческого возраста	154
Хайрулдинов Р.В., Хикматов А., Юсупова О.Ж. ПЭТ/КТ в диагностики и стадирование рака легких	155

Шарипов А.Б., Обилов А.У., Амриддинов А.У., Равшанов М.Х., Холиқов Ж.Т., Мустафоев А.Б. Статик режимда трансторакал биопсия самарадорлиги	156
Эргашев Ш.К., Абдихакимов А.Н., Касымов А.А., Муталов Х.И. Наш опыт успешного лечение несостоятельности культы главного бронха	156
Элов Н.М., Ачилов Э.Ш. Суяк ҳавфли ўсма касалликлари давоси ва натижаси	157
Юсупбеков А.А., Жураев Э.Э., Туйчиев О.Д., Чернышева Т.В. Мультицентрический рак пищевода: инвазивная форма агрессивного рака	158
Юсупбеков А.А., Хайруддинов Р.В., Расулов А.Э., Усманов Б.Б., Джураев Э.Э., Мадияров Б.Т., Джуманазаров Т.М., Чернышова Т.В. Хирургическая лечения рака грудного отдела пищевода: 22 летный опыт одного центра	158
Юсупбеков А.А., Усманов Б.Б. Способ профилактики несостоятельности внутриплеврального пищеводно-желудочного анастомоза	159
Юсупбеков А.А., Усманов Б.Б., Хамидов Х.Х. Непосредственные результаты хирургического лечения рака кардиоэзофагеальной зоны	159

РАЗДЕЛ 4. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Авазов Ж.Х., Сабилов А.И. Оксидантный и антиоксидантный статус в ранний послеоперационный период перитонита у детей	161
Ахмедов М.М., Тапматова Ю.Ж., Мамадалиев М.М. Особенности лимфаденэктомии при раннем раке желудка	161
Ахмедов М.М., Тапматова Ю.Ж., Бабаханов А.Т. Патоморфологические особенности рака желудка у лиц молодого возраста	162
Галдиев А.К., Тулаев А.Р., Болтаев М.И. Қорин бўшлиғи ноорган ҳавфли ўсмаси атипик жойлашиши	163
Джураев М.Д., Худайбердиева М.Ш., Худоёров С.С., Досчанов М.Т. Хирургического лечения рецидивного рака желудка	164
Джураев М.Д., Эгамбердиев Д.М., Досчанов М.Т. Левосторонний способ мобилизации желудка при расширенной комбинированной гастрэктомии	164
Джураев М.Д. Химтоэмболизации при нерезектабельном раке головки поджелудочной железы	165
Джураев М.Д., Досчанов М.Т., Худоёров С.С. Результаты хирургического лечения рака печени, сочетающегося с циррозом	166
Джураев М.Д., Худоёров С.С., Нишонов Д.А., Досчанов М.Т. Хирургическое лечение стромальных опухолей желудка	166
Джураев М.Д., Боровский С.П., Досчанов М.Т., Худоёров С.С., Туйев Х.Н. Комбинированного лечения первичного рака печени, развившегося на фоне цирроза	167

Джураев М.Д., Туйев Х.Н. Гастропанкреатодуоденальная резекция при механической желтухе	167
Джураев М.Д., Худоеров С.С. Модифицированный инвагинационно- муфтообразный эзофагоюноанастомоз после гастрэктомии	168
Джураев М.Д., Худоеров С.С., Муминов С.С. Влияние реконструктивно восстановительной операция на качество жизни больных после гастрэктомии	169
Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Меликулов А.Х., Уразов Н.С., Кулиев А.А. Выбор объема хирургического лечения рака желудка с прорастанием в поджелудочную железу	169
Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Меликулов А.Х., Уразов Н.С., Кулиев А.А. Непосредственные результаты комбинированной гастрэктомии прорастанием в поджелудочную железу	170
Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Шамурадов И.И. Эндоскопическое стентирование злокачественных опухолей пищевода осложненным стенозом	171
Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Шамурадов И.И. Эндоскопическое стентирование злокачественных опухолей пищевода осложненным свищем	172
Juraev M.D., Ulmasov F.G., Tursunov O.M. Perkutan transgepatik xolangiostom nay yordamida endobiliar qisqich biopsiya namunasini qiyosiy o'rganish	173
Максимкулов Ж.М. Непосредственные и ближайшие результаты после проведения мультисегментарной резекции печени при билобарных опухолевых поражениях	173
Максимкулов Ж.М. Отдаленные результаты мультисегментарной резекции печени при билобарных опухолевых поражениях	174
Наврузов С.Н., Джураев М.Д., Туйев Х.Н. Способы реконструкции гастропанкреатодуоденальной резекции при опухолях приампулярной зоны	175
Примкулов Б.К., Абдухакимов А.Н., Сулайманов Д.А., Каримов А.Р. Результаты послеоперационной гипертермической интраперитонеальной химиоперфузии	176
Саитназаров Д.П., Гафур-Ахунов М.А., Мамадалиева Я.С., Абдухакимов А.Н., Мирзаев Х.М. Миниинвазивные методы диагностики опухолей поджелудочной железы	176
Тиляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Худояров С.С., Рахимов О.А., Хуснуддинов Н.З. Технические особенности лапароскопической гастрэктомии	177
Туйев Х.Н., Якубов Ю.К., Сагдуллаев А.М. Анализ результатов лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза	178
Улмасов Ф.Г., Джураев М.Д., Давронов Б.А. Оптимизация прогнозирования и оперативного лечения при неорганных забрюшинных опухолях	179

Урмонов У.Б., Родионов Е.О., Тузиков С.А., Максимов М.О. Отдаленные результаты лечения рака проксимального отдела желудка в зависимости от объема хирургического вмешательства	180
Хакимова Г.Г., Хакимов Г.А. Влияние локального иммунитета на прогноз рака желудка	181
Эгамбердиев Д.М., Якубов Ю.К., Туйев Х.Н., Рахимов С.С., Соипов Б.Б. Трансартерияльная химиоэмболизация печеночной артерии при гепатоцеллюлярной карциноме в предоперационном плане	181
Эшонов А.К., Тожибоев А.А., Мирзавалиев И.У. Улучшение качества жизни больных после гастрэктомии созданием тонкокишечного резервуара	182
Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д.М., Туйев Х.Н., Рахимов С.С., Соипов Б.Б. Комбинированное дренирование желчного и вирсунгового протоков для профилактики послеоперационных осложнений при панкреатодуоденальной резекции	183
Чориев Э.Б. Жигар ҳавфли ўсмаларида лаборатор кўрсаткичларни ўрганиш	184

РАЗДЕЛ 5. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Алоев Б.Б., Семенов С.А., Кофанов Е.Л., Ролевич А.И., Красный С.А., Поляков С.Л. Хирургическое лечение метастатического несеминного герминоклеточного рака после проведения химиотерапии первой линии	185
Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Юсупов Ш.Х., Тилляшайхова Р.М., Туйчиев А.П., Рахматуллаев Б.Х. Наш опыт формирования континентного мочевого резервуара без детубуляризации после радикальной цистэктомии	185
Атаханова Н.Э., Алмурадова Д.М., Зияев Ш.В., Рихсходжаева Н.А. Неоадьювантная полихимиотерапия в лечении распространенного серозного рака яичников	186
Атаханова Н.Э., Турсунова Н.И., Яхяева В.К. Характеристика гранулёзоклеточных опухолей яичников взрослого типа	187
Абдиназарова И.С., Атаханова Н.Э., Турсунова Н.И., Яхяева В.К., Сабирова С.А. “Pipelle” курилмасининг кюретажга нисбатан афзаллик ва қулайликлари	187
Захирова Н.Н., Тиллашайхов М.Н., Нишанов Д.А., Адилходжаев А.А., Ахмедов О.М., Османова Э.З., Сайдахмедова В.А. Сравнительная диагностическая эффективность жидкостной и традиционной цитологии при интраэпителиальных поражениях шейки матки	188
Захирова Н.Н., Маматова М.Р. Совершенствование методов ранней диагностики и прогнозирования хориокарциномы	189
Захирова Н.Н., Тиллашайхов М.Н., Адилхўжаев А.А., Ахмедов О.М., Нишанов Д.А., Османова Э.З., Сайдахмедова В.А. Жидкостная цитология с определением P16 в диагностике цервикальной интраэпителиальной неоплазии шейки матки	190
Захирова Н.Н., Исламова З.К. Оптимизация ранней диагностики предраковых заболеваний шейки матки ассоциированного с вирусом папилломы человека	191

Захирова Н.Н., Исламова З.К. Раннее выявление предраковых заболеваний шейки матки ассоциированного с папилломавирусной инфекцией	191
Иноятова Н.М., Султамуратова М.М., Ахмедова М.П., Арифджанова Д.Б. Итоги пилотного проекта скрининга рака шейки матки методом ВПЧ тестирования в Республике Каракалпакстан	192
Каримова Ф.Н., Сангинов Дж.Р., Баротов З.З. Влияние пандемии COVID-19 на течении гинекологического рака	193
Карлыбаев А.О., Мукумова Д.И., Исмоилов Ж.Х., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М. Трехмодальная терапия мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря	193
Мадалиев А.А., Нишанов Д.А., Хамидов С.Ю., Умаров М.Х., Абдурахимов Ш.О. Результаты практического применения жидкостной цитологии в диагностике злокачественных опухолей яичников	194
Мамаризаев Д.Ю., Джураев М.Д. Гормонально-активные опухоли надпочечников и артериальная гипертензия	195
Мамаризаев Д.Ю., Джураев М.Д. Наш опыт хирургического лечения больных с кортикостеромой	195
Рахимов Н.М., Шаханова Ш.Ш. Буйрак ва простата беги саратони кўплаб остеоген метастазларида 153sm-оксабифор билан даволашнинг гематологик токсиклигини баҳолаш	196
Саломов М.С., Жумаев М.Ю. ПСА-скрининг злокачественных новообразований предстательной железы как эффективный метод вторичной профилактики: влияние на выживаемости пациентов (на примере Сурьхандаринской области, Узбекистан)	196
Салихова С.А., Акрамов А.Р., Аллазов Ф.Н. Значение цитологических исследований для выявления заболеваний шейки матки	197
Salomov M.S., Jumaev M.Yu. Prostate cancer: relationship between vascular diameter, shape and density and gleason	198
Salomov M.S. Interaction of cells and factors in the development of prostate cancer	198
Тилляшайхов М.Н., Болтаев М.И., Бойко Е.В., Искандаров Ж.М. Результаты органосохраняющего лечения больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря	199
Тилляшайхов М.Н., Юсупов Ш.Х., Тилляшайхова Р.М., Суллетбаев Н.Б. Результаты радикальной простатэктомии в группе пациентов высокого риска	199
Тилляшайхов М.Н., Юсупов Ш.Х., Тилляшайхова Р.М., Суллетбаев Н.Б. Оценка частоты опухолевого поражения боковой стенки мочевого пузыря у пациентов, оперированных в объеме трансуретральной резекции мочевого пузыря	200
Тилляшайхов М.Н., Юсупов Ш.Х., Тилляшайхова Р.М., Суллетбаев Н.Б. Результаты хирургического лечения больных с солитарными метастазами почечно-клеточного рака	200
Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Тилляшайхова Р.М., Туйчиев А.П., Рахматуллаев Б.Х. Качество жизни больных после радикальной цистэктомии	201

Тугизова Д.И., Каримова М.Н. Факторы прогноза при раке шейки матки, ассоциированные с беременностью	202
Уморов М.Х., Хасанова Д.Ф., Туляганова Ш.Х., Мухаммеджанова С.Х. Показателей простата специфический антиген в оценки эффективности лечения больных с раком предстательных желез	202
Хакимова Г.Ж., Валидова А.Ф. Роль в оценке эффективности опухолевого маркера СА 125 в лечении распространенного рака яичников	203
Яхяева В.К., Беркинов А.А., Сабирова С.А. Хирургическая активность онкогинекологического отделения	204
Шукуллаев А.Т., Мустафоев Т.К., Хайитов Ф.Э. Непосредственные результаты комбинированного лечения герминогенных опухолей яичников детского и подросткового возраста	204
Шукуллаев А.Т., Мустафаев Т.К., Хайитов Ф.Э., Нуриддинов К.Р. Результаты иммуногистохимических исследований герминогенных опухолей яичников детского и подросткового возраста	205

РАЗДЕЛ 6. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ДРУГИХ. РАЗНОЕ В ОНКОЛОГИИ

Гафур-Ахунов М.А., Шарипов М.М., Косимов У.К., Болтабоев А.Т. Результаты лечения десмоидной опухоли конечностей и туловища	206
Гафур-Ахунов М.А., Турсинов И.Т., Касимов У.К. Патоморфологические аспекты неoadьювантной таргетная терапия гигантоклеточной опухоли трубчатых костей	206
Гафур-Ахунов М.А., Касимов У.К., Палванов О.М. Комплексное лечение гигантоклеточной опухоли трубчатых костей	207
Гафур-Ахунов М.А., Сабилов Д.Р., Юсупова О.Ж. Мультимодальная терапия злокачественных новообразований с применением радиоволны диапазона средней частоты	208
Гафур-Ахунов М.А., Касимов У.К. Неoadьювантная таргетная терапия в комбинированном лечении гигантоклеточной опухоли трубчатых костей	208
Гафур-Ахунов М.А., Балтабаев А.Т., Насиров С.К. Иммунотерапия в комбинированном лечении меланомы кожи	209
Мадаминава З.А., Умарова М.Н., Хайталиева Н.Р. Результаты лечения рабдомиосарком в условиях детского отделения ГУ РОНЦ	210
Нуриддинов Й.М. Хусейнзода З.Х., Назаров Ш.О., Мазхабов Дж.М., Салимов Ф.И. Диагностика местно-распространенных сарком мягких тканей	210
Пирмаматов С.М., Рахимов Ж.Х., Турсунов Ш.С. Анализ хирургического лечения доброкачественных опухолей костей у взрослых и детей	211
Пирмаматов С.М., Рахимов Ж.Х., Турсунов Ш.С. Цементопластика в хирургическом лечении костных опухолей	212

Полатова Д.Ш., Савкин А.В., Алимов И.Р., Хамрокулов Б.Б., Казаков Ш.Д. Миниинвазивное хирургическое лечение агрессивных гемангиом тел позвонков	212
Полатова Д.Ш., Кариев Ш.М. Алимов И.Р., Хамрокулов Б.Б., Савкин А.В. Тактика хирургического лечения невринома шейного отдела спинного мозга с ростом по типу «песочных часов»	213
Полатова Д.Ш., Хамрокулов Б.Б., Алимов И.Р., Савкин А.В. Малотравматичный метод хирургического лечения плазмацитом позвоночника	214
Полатова Д.Ш., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Султонов Б.Б., Савкин А.В., Асамединов Н.К., Нуржабов А.И., Насиров С.К. Результаты сохраненных операций при опухолях костей предплечья	215
Полатова Д.Ш., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Султонов Б.Б., Савкин А.В., Насиров С.К., Асамединов Н.К., Нуржабов А.И. Результаты эндопротезирования плечевого сустава при опухолях проксимального отдела плечевой кости	215
Полатова Д.Ш., Тагаев Ж.А. Раннее выявление меланомы у пациентов с врожденными меланоцитарными невусами	216
Полатова Д.Ш., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Султонов Б.Б., Савкин А.В., Предварительные результаты хирургического лечения опухолей крестца	217
Полатова Д.Ш., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Султонов Б.Б., Савкин А.В., Асамединов Н.К., Нуржабов А.И., Насиров С.К. Анализ результатов лечения сарком костей таза	217
Солметова М.Н., Гафур-Ахунов М.А., Юлдашева Д.Ж. Первично-множественный злокачественных неоплазий в сочетании с раком кожи	218
Темиров О.О., Ҳакимов Я.Ш., Неъматов Ж.Б. Саратон касаллигини тўртинчи босқичи скелет суякларга метастазланганда бифосфонат терапиянинг аҳамияти	219
Турсунов Ш.С., Пирмаматов С.М., Рахимов Ж.Х. Результаты костно-пластических операций с применением ксенотрансплантатов при опухолях костей скелета	219
Ухваркин А.П., Лазукин А.В., Шапошников А.А., Тепляков В.В., Степанова Н.В. Реабилитация и качество жизни после эндопротезирования длинных костей и крупных суставов в отдаленные сроки	220

РАЗДЕЛ 7. РАЗНОЕ В ОНКОЛОГИИ

Абдухакимов А.Н., Гафур-Ахунов М.А., Халматов Б.А. РИОваРИАТМ Тошкет вилояти филиалида паллиатив ёрдам бўлими 2018–2021 йиллардаги иш фаолияти таҳлили	221
Авазов Ж.Х., Сабиров А.И. Оценка особенностей изменения гемодинамики при спинномозговой анестезии	221
Авазов Ж.Х., Сабиров А.И., Собиров Э.Ж. Исследования противовоспалительной активности мезосифена у крыс препубертатного возраста	222

Абдувахобов Ё.А., Юлдашев С.Т., Хожиматова Н.Е. Клиническое значение абсолютных показателей нейтрофилов, лимфоцитов и моноцитов периферической крови у онкологических больных с системными воспалительными реакциями	223
Адилходжаев А.А., Мусаева Ш.Н., Гильдиева М.С., Садиков Р.Р., Бойко Е.В. Фотодинамическая терапия и ее эффективность при воздействии источником света с длиной волны 660 НМ	223
Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С. Клинико-патогенетический подход к формированию групп онкологического риска рака молочной железы на уровне первичного звена здравоохранения	224
Гильдиева М.С., Адилходжаев А.А., Мусаева Ш.Н., Садиков Р.Р., Бойко Е.В. Эффективность фотодинамической терапии при воздействии источником света с длиной волны 660 НМ в эксперименте	225
Еникеева З.М., Агзамова Н.А., Зиявитденова С.С., Саидходжаева С.С. Эффект препарата дэкоглиц на опухолях крыс при разных путях введения в сравнении с рядом цитостатиков	225
Еникеева З.М., Салихов Ф.С., Камышов С.В., Агзамова Н.А., Ибрагимов А.А., Саидходжаева С.С., Холтураева Н.Р. Изучение применения нового препарата колхицинола-2 в разных режимах	226
Ерзинкян Ф.В., Красный С.А., Шипицина П.С. Оценка диагностической значимости иммунохимического теста на скрытую кровь в кале в скрининге доброкачественных полипов	227
Зиявитденова С.С., Еникеева З.М., Агзамова Н.А., Ибрагимов А.А., Абдухакимов А.Н. Изучение противоопухолевой активности препарата дэкоглиц на солидной опухоли Эрлиха	227
Ибрагимов А.А., Зиявитденова С.С., Еникеева З.М., Агзамова Н.А., Абдухакимов А.Н. Воздействие нового препарата дэкоглиц на синтез ДНК/РНК рака молочной железы женщин и опухоли саркомы 180	228
Каримова Н.М., Исмаилова А.А., Нуриддинов К.Р., Абдухакимова М.И., Хайитова А.Т., Махаммова Ф.С., Курбонова М.А., Азизова Ш.А. Изучение изменений некоторых показателей клеточного иммунитета при раке носоглотки у детей и подростков	228
Мусаева Ш.Н., Гильдиева М.С., Абдувалиев А.А. Поиск новых фотосенсибилизаторов в условиях модельной канцеросистемы	229
Мусаева Ш.Н., Гильдиева М.С. Эстрадиол и тестостерон гормонларининг фотосенсибилизаторлик хусусиятларини, ўсмага қарши эффектив даволаш механизмларини ўрганиш	230
Нематов Ж.Б., Рахимов Б.А. Клинических симптомы и факторы риска у больных с высоким и невысоким риском ранней смерти от тромбоэмболии легочной артерии после обширных онкологических операций	230
Очилов Х.Х., Рахимов Б.А. Коррекция иммунитета у онкологических больных	231
Саматов Б.А. Онкогинекологик операцияларда спинал анестезияни қўлланилиши	232

Тиляшайхов М.Н., Юсупов Ш.Х., Тиляшайхова Р.М., Суллетбаев Н.Б. Фитотерапия в онкологии	232
Тиляшайхов М.Н., Шомансурова Н.С., Гильдиева М.С. Сравнительная характеристика патоморфологических особенностей образцов ткани предопухолевых и опухолевых образований молочной железы	233
Тиляшайхова Р.М., Адилходжаев А.А., Гильдиева М.С., Бойко Е.В., Мусаева Ш.Н. Создание модели in vitro для изучения воздействия источника света с применением фиброволоконной оптики и фотосенсибилизатора	233
Фазлиддинов С.З, Саломов М.С. Диклофенак препаратининг жаррохлик амалиётидан кейин қўлланилишининг клиник ахамияти	234
Юлдашев Ж.А., Ибрагимов Ш.Н., Еникеева З.М., Хасанова Д., Умаров М., Мирахмедова Н.Н., Залялиева М.В. Влияние на иммунитет нового противоопухолевого препарата колхаметин (К-2)	234
Шаханова Ш.Ш., Пирмаматов С.М., Абдурашидов Д.У. Принципы нутритивного питания в детской онкологии	235
Шарипов А.Б., Абраев А.Х., Туланов Б.Т., Хамраев Б.Ж., Рахимов Ш.Ш., Салимов Э.Б., Мустафаев А.Б. Влияние пандемии COVID-19 на ведение больных раком в условиях Кашкадарьинского района Республики Узбекистан	236
Шишло И.Ф., Красный С.А., Долгина Ю.Н. Выбор средств эмпирической антибактериальной терапии послеоперационного перитонита в онкологии	237
Шишло И.Ф., Красный С.А., Долгина Ю.Н. Антибактериальная терапия нозокомиальной пневмонии при послеоперационном перитоните у онкологических пациентов.....	237
Ғафуров Р.Ш. Хоразм вилояти онкологик хизмати тизимида паллиатив даволаш	238

РАЗДЕЛ 8. ХИМИОТЕРАПИЯ

Алмурадова Д. М., Исмоилов Ж.Х., Юсупов А.А., Қарлибаев А.О. Эффективность применения схемы РИТУКСИМАБ+ABVD в отличии от стандартной схемы ABVD при лечении лимфомы ходжкина смешанно клеточного типа	239
Алиева Д.Р., Шоюсупов Н.Р., Мадалимов А.К. Маркировка первичной опухоли до лекарственной терапии в условиях Ташкентского городского филиала РСНПМЦОиР	240
Ахмадалиева Н. М., Ахмадалиев Х. М., Абдуллаева М. М. Местнораспространенный рак шейки матки. Возможности неоадьювантного лечения	240
Зияев Ш.В., Абдуллаева Г.Д., Шодмонова Д.С., Дьякина Д.Р., Курбанкулов У.М. Применение еженедельных схем химиотерапии в лечении метастатических опухолей	241
Исроилова Ф.А., Туйджанова Х.Х., Камышов С.В., Хушвакова С.У., Имамов О.А. Ранняя профилактика тромбоцитопении ассоциированной химиотерапией	241

- Израильбекова К.Ш., Камышов С.В., Имамов О.А., Туйджанова Х.Х., Хушвактова С.У., Исроилова Ф.Х., Алимова С.С., Ниёзова Ш.Х., Кобилов Р.Ж.
Молекулярно-генетические особенности синхронных и метасинхронных опухолей молочной железы 242
- Израильбекова К.Ш., Камышов С.В., Имамов О.А., Туйджанова Х.Х., Хушвактова С.У., Исроилова Ф.Х., Алимова С.С., Ниёзова Ш.Х., Кобилов Р.Ж.
Изучение наследственных факторов развития первично-множественных злокачественных опухолей репродуктивной системы женщин 243
- Исроилова Ф.А., Туйджанова Х.Х., Камышов С.В., Хушвактова С.У., Имамов О.А.
Неходжкинские лимфомы, ассоциированные герпесвирусными инфекциями человека 243
- Камышов С.В., Ниёзова Ш.Х., Имамов О.А., Туйджанова Х.Х., Хушвактова С.У., Исроилова Ф.Х., Алимова С.С., Израильбекова К.Ш., Кобилов Р.Ж.
Молекулярно-генетические факторы в выборе таргетной терапии больных метастатическим колоректальным раком 244
- Камышов С.В., Израильбекова К.Ш., Имамов О.А., Туйджанова Х.Х., Хушвактова С.У., Исроилова Ф.Х., Алимова С.С., Ниёзова Ш.Х., Кобилов Р.Ж.
Изучение факторов развития первично-множественных опухолей молочной железы 245
- Кобилов Р.Ж., Кобилов О.Р.
Результаты адъювантной полихимиотерапии у больных раком желудка III-IV стадии 245
- Мухамедаминов Ш.К., Гафур-Ахунов М.А., Юсупова Д.Б.
Комбинированная химиотерапия в лечении метастатического колоректального рака 246
- Ниёзова Ш.Х., Камышов С.В., Имамов О.А., Туйджанова Х.Х., Хушвактова С.У., Исроилова Ф.Х., Алимова С.С., Израильбекова К.Ш., Кобилов Р.Ж.
Изучение возможностей регионарной эндоваскулярной химиотерапии в лечении метастатического колоректального рака 247
- Нурманов Ш.Н., Ходжиев Д.Ш., Сабилов Р.О., Эгамов И.М.
Сут беги саратонининг тарқалган босқичларида паллиатив кимё ва бифосфонат терапиясининг ахамияти 247
- Отченаш С.В., Шмак А.И., Котов А.А., Ерзинкян Ф.В., Мартынов Е.П., Шишло И.Ф., Медведева А.С., Брашевец М.С.
Периоперационная химиотерапия в комбинированном лечении пациентов, страдающих резектабельным раком поджелудочной железы 248
- Пулатов О.А., Акрамов А.Р., Иштурдиев Б.Ж., Абдухалилов М.М., Мусаев Б.Т.
Применение доцетаксела в комплексном лечении местно-распространенного плоскоклеточного рака языка 249
- Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Камышов С.В., Рахматуллаев Б.Х.
Опыт применения комбинации бевацизумаб + интерферон α -2а у пациентов с метастатическим почечно-клеточным раком 249
- Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Камышов С.В., Рахматуллаев Б.Х.
Исследования эффективности таргетной терапии пазопанибom у пациентов с метастатическим почечно-клеточным раком 250
- Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Камышов С.В., Рахматуллаев Б.Х.
Лечебные эффекты сунитиниба у больных метастатическим почечно-клеточным раком 250
- Туменбаева Ж.С., Абдурасулов Р.Р.
Оценка эффективности таргетной терапии немелкоклеточного рака легкого с мутацией гена EGFR в Туркестанской области Республики Казахстан 251

Сагдуллаева С.Н., Алмурадова Д.М., Мукимова Д., Исмаилов Ж.
Эффективность схемы винорелбин + капецитабин в лечении у пациентов местно-распространенной формы трижды негативного рака молочной железы 251

Хайталиева Н.Р., Хусейнзода З.Х.
Результаты лечения НХЛ у детей по схеме BFM NHL-90 в Республике Таджикистан 252

Xasanov D.SH., Mamadaliev M.M., Babaxanov A.T., Amanov I.M., Hakimov.T.A.
Disseminatsiyalashgan me'da saratoni ximioterapiyasi 252

РАЗДЕЛ 9. ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Абдурасулов Р.Р., Туменбаева Ж.С.
Молекулярно-генетические особенности немелкоклеточного рака легкого в Туркестанской области Республики Казахстан 254

Абдухакимов А.Н. Рузиева Н.А.
Ошқозон саратонини ташхислаш мураккаб бўлган турларининг паспортлаш 254

Афанасьев С.Г., Добродеев А.Ю., Урмонов У.Б.
Лечебный патоморфоз – предиктор общей выживаемости при лечении рака пищевода 255

Джуманазаров Т.М., Тупицын Н.Н., Юсупбеков А.А.
Расширение диагностической опции при немелкоклеточном раке легкого 256

Мадалиев А.А., Нишанов Д.А.
Морфологические изменения лимфатических узлов при болезни крона 256

Nishanov D.A., Madaliev A.A., Odilov A.A., Khamidov S.Yu., Abdurakhimov Sh.O., Beknazarov Kh.J.
The incidence of oncologic diseases among 397 patients WHO died from Covid-19 257

Nishanov D.A., Madaliev A.A., Khamidov S.Yu., Ishmuratov F.E., Abdurakhimov Sh.O., Odilov A.A.
Immunohistochemical study of hormone dependence of glandular hyperplasia of the endometrium 257

Полатова Д.Ш., Хакимов А.Т., Каххаров А.Ж., Азимова Э.
Иммуногистохимическое исследование в диагностике внутрипротокового рака молочной железы 258

Полатова Д.Ш., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Султонов Б.Б., Савкин А.В., Насиров С.К., Асамединов Н.К., Нуржабов А.И.
Генетический фенотип у пациентов с остеосаркомой 259

Рахмонова К.Э., Хамроев М.Ж., Хамроева М.Р., Хамидова Л.Х.
Роль интраоперационного срочного патогистологического исследования при выборе тактики хирургического лечения 259

Солметова М.Н., Гафур-Ахунов М.А., Юлдашева Д.Ж.
Морфологическая диагностика базальноклеточного рака по данным «канцер-регистра» г.Ташкента 260

Уморов М. Х., Нишанов Д.А., Мадалиев А.А., Хамидов С. Ю.
Патоморфологическая и иммуногистохимическая характеристика гинекомастии 261

Шарипов А.Б. Амриддинов А.У.
Бацадон бўйни саратонининг гистологик турлари бўйича учраш даражасини ўрганиш 261

Qobilov O.R., Ziyaev Sh.V., Sagdullaeva S.M., Rihsixodjaeva N.A., Mannapova N.M.
The role of studying the molecular genetic markers of the cervical cancer for forecasting the effectiveness of integrated treatment 262

Qobilov O.R., Ziyaev Sh.V., Sagdullaeva S.M., Alimjanova D.M., Rihsixodjaeva N.A., Mannapova N.M.
Molecular genetic markers in the prognosis of the clinical course of breast cancer 262

РАЗДЕЛ 10. РАДИОЛОГИЯ.

Асатуллаев Б.Б., Абдужаппаров А.С., Зайнутдинов Н.О., Маматкулов И.Р., Хожаёров А.А.
Роль современных технологий и оборудования дистанционной радиотерапии при сочетанной лучевой терапии у больных раком шейки матки 264

Алимов Ж.М., Каримова Н.С., Цой М.А.
Опыт стереотаксической ридиохирургии на линейном ускорителе ELEKTA INFINITY при метастазах в головной мозг 265

Алимов Ж.М., Каримова Н.С., Цой М.А.
Первый опыт облучения пигментного ворсинчато-узловатого синовита 265

Алимова З.А., Маматкулов И.Р.
Динамика лучевого лечения в отделение радиологии ТТФ РСНПМЦОиР 266

Ахмедов Б.Р., Исламов Х.Д., Ярматов М.Б.
Значения экстрамуральной венозной инвазии на МРТ при РПК в прогнозировании риска возникновения рецидивов после лечения 266

Бабажанова Н.З., Утемуратов Я.Ю., Толипов Р.Н., Остонова М.М.
Роль лучевой терапии в лечении костных метастазов рака молочной железы с болевым синдромом 267

Газиев Л.Т., Саидов Э.М.
Лучевая терапия больных с опухолями головного мозга в период пандемии в Джизакском филиале РСНПМЦОиР 268

Исламов Х.Д., Ахмедов Б.Р., Ярматов М.Б.
Значение МРТ признака экстрамуральной венозной инвазии с метастазированием в латеральные лимфоузлы при раке прямой кишки в прогнозировании риска возникновения рецидивов после хирургического лечения 269

Ибрагимов Ш.Н., Полвонов С.Р., Мусаев Д.Б., Каримов Ш.П., Рашидова Л.Т., Хакназаров М.
Методы высокотехнологичной лучевой терапии при краниоспинальном облучении детей 269

Ibragimov Sh.N., Polvonov S.R., Karimov Sh.P., Musaev D.B., Haqnazarov M.
Nur terapiyasida implantli bemorlarda dozalar taqsimoti 270

Исхаков Д.М., Цай Н.Р., Маматкулов И.Р., Хаитова Н.Х., Исламов Ф.С.
Радиотерапия рака молочной железы методом гипофракционирования в условиях пандемии Covid-19 в Республике Узбекистан 271

Курбанов М.И., Махмутов М.А., Жолдасбаев А.М., Нурманова Т.Т.
Применение внутриполостной лучевой терапии на аппарате флекситрон в радиологическом отделении Каракалпакского филиала РСНПМЦОиР 271

Медведева А.С., Шмак А.И., Мартынов Е.П., Ерзинкян Ф.В., Котов А.А., Шишло И.Ф., Отченаш С.В., Брашевец М.С.
Особенности переносимости метода неoadъювантной химиолучевой терапии при комплексном

лечении резектабельного рака поджелудочной железы	272
Носиров А.Р. Тўғри ичак саратонида амалиёт олди нур терапия ўтказилгандан кейинги клиник натижалар	273
Носиров А.Р., Хамроқулов С.К. Қизилўнғач саратонида нур терапияси ўтказилишида радиопротектор сифатида химиотерапия қўлланилиши натижалари	273
Рашитова А.А., Каримова М.Ш., Амруллаева Д.А. Факторы определения эффективности лучевой терапии при раке гортани	274
Рахматов Д.Б., Эргашев А.Э., Тураев С.Р., Юнусов И.А., Рахимов Н.М. Брахитерапия у больных раком шейки матки после радикальной гистерэктомии и дистанционной лучевой терапии	275
Саидова К.А., Мансурова Г.Б., Рашидова Л.Т. Анализ применения 4D планирования сеанса брахитерапии при местнораспространенном раке шейки матки	275
Саидова К.А., Мансурова Г.Б., Чен Е.Е. Сравнение использования различных разовых доз брахитерапии в лечении рака шейки матки	276
Утемурастов Я.Ю., Мухамедаминов Ш.К., Останова М.М., Талипов Р.Н., Бабажанова Н.З. Послеоперационная лучевая и химиолучевая терапия с темозоломидом высокозлокачественных опухолей головного мозга	277
Утемурастов Я.Ю., Мухамедаминов Ш.К., Останова М.М., Талипов Р.Н., Бабажанова Н.З. Послеоперационная лучевая и химиолучевая терапия с темозоломидом высокозлокачественных опухолей головного мозга	278
Шукуров Д.Ш., Рашидова А.А. Современная динамика облучения медицинского персонала в Бухарской области	278
Шукуров З.У., Эргашев Н.Р. Эффективность лучевой терапии при костных метастазах	279
Чен Е.Е., Мансурова Г.Б. Применение сочетанной лучевой терапии в лечении больных местно-распространенного рака прямой кишки	279
Эргашев А.Э., Юнусов И.А., Тураев С.Р., Гуломов Ш.Р., Рахимов Н.М. Отдаленные результаты лечения местно-распространённого рака пищевода внутриполостной брахитерапией	280

РАЗДЕЛ 11. ДИАГНОСТИКА

Абдукаримов У.Г., Pendharkar D., Ихтиярова Г.А. Опыт применения стереотаксической биопсии под контролем маммографии с томосинтезом в ранней диагностике рака молочной железы на базе пилотного проекта в Бухарской области	282
Алимов Ж.М., Каримова Н.С., Ярматов М.Б., Цой М.А. Практический опыт использования совмещения КТ, МРТ, ПЭТ-КТ изображений при опухолях головы и шеи при подготовке больных к лучевой терапии	282

Алмухаммедова Б.Г., Нишанов Д.А., Яхяева В.К., Сабирова С.А. Эндометриальная стромальная саркома образованием субсерозных масс с экстраординарным поглощением фтордезоксиглюкозы при позитронно-эмиссионной томографии	283
Ахмедов Б.Р., Исламов Х.Д., Ярматов М.Б. Корреляция МРТ признака экстрамуральной венозной инвазии с метастазированием в латеральные лимфоузлы при раке прямой кишки в прогнозировании риска возникновения рецидивов после хирургического лечения	284
Ахмадалиева Н.М., Ахмадалиев Х.М., Абдуллаева М.М. Эхографическая картина опухолей вульвы	285
Ахмадалиев Х.М., Абдуллаева М.М. Роль ультразвуковой диагностики при опухолях влагалища	285
Ahmadaliev N.M., Ahmadaliev Kh.M., Abdullaeva M.M. Sonic picture of tumors of the vulva	286
Ахмедов Б.Р., Исламов Х.Д., Ярматов М.Б. Ценность признака экстрамуральной венозной инвазии на МРТ при РПК в прогнозировании риска возникновения рецидивов после лечения	287
Ахмедов Б.Р., Исламов Х.Д., Ярматов М.Б. МРТ предикт признаки РПК в предварительном прогнозировании динамики и риска возникновения рецидивов после мультидисциплинарного лечения	288
Бойко Н.В., Худайбердиева Д.А., Нишанова Ю.Х. Роль ТРУЗИ в диагностике рака предстательной железы	288
Газиев Л.Т., Темиров Ш., Кобилев Б.З., Саидов Э.М. Значение мультиспиральной компьютерной томографии молочных желез в диагностике рака молочной железы	289
Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Кулиев А.А., Уразов Н.С., Меликулов А.Х. Современная диагностика объемных образований печени	290
Зулпиかりев Д.Д. Роль ультразвукового исследования в диагностике хронических гепатитов	291
Ikhamov D., Ismailova M.Kh. The role of MSCT-cisternofistulography to detect of nasal liquorrhea	292
Исмаилова М.Х., Таирова М. И., Хаитбаева М. Р., Журавлев И. И. Ультразвуковое исследование опухолей и опухолевидных образований яичников	293
Ismailova M.Kh., Ochilova S., Khaydarova G.B. Diagnostic aspects of breast cancer by magnetic resonance imaging	294
Ismailova M.X., Saparova N. Tuxumdon saratoni tarqalganligini aniqlashda ultratovush tekshiruvining ahamiyati	294
Ismailova M.H., Khaydarova G.B. Radiology of synonasal cancer on computerized tomography	295
Исмаилова М.Х., Ходжамова Г.А., Зайниддинов А.А., Нишанова Ю.Х., Журавлев И.И. Роль УЗИ в дифференциальной диагностике опухолевых и опухолеподобных образований мягких тканей	296

Исмаилова М.Х., Нишанова Ю.Х., Ходжамова Г.А., Худайбердиева Д.А. Роль магнитно-резонансной томографии в дифференциальной диагностике рецидива глиальных опухолей головного мозга и постлучевых изменений	296
Махмудова Г.Ф., Абдуллаева С. Х. Маммография и УЗИ в диагностике рака молочной железы	297
Ососков А.В., Матюсупов Х.М., Исмаилова М.Х. Применений усовершенствованного метода рентгенографии в диагностики заболеваний аноректальной зоны	298
Охунжонов З.Б., Хайдарова Г.Б. Возможности компьютерной томографии с внутривенным контрастом у больных с образованиями головного мозга в раннем послеоперационном периоде	299
Ochilova S.I., Khaydarova G.B. Magnetic resonance imaging of breast cancer	299
Полатова Д.Ш., Хакимов А.Т., Каххаров А.Ж., Азимова Э. Маммографические характеристики внутрипротокового рака молочной железы	299
Полатова Д.Ш., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Султонов Б.Б., Савкин А.В., Асамединов Н.К., Нуржабов А.И., Насиров С.К. Роль лучевых методов диагностики в мониторинге эффективности сосудистых операций при саркомах мягких тканей	300
Раззакова Н.П., Шаясупов Н.Р., Ишанходжаева Д.С. Сравнительный анализ диагностической ценности рентгеновской маммографии и ультразвукового исследования при ранней диагностике рака молочной железы	300
Сейтмуратова А.Т., Хайдарова Г.Б. Компьютерная томография в диагностике хронической обструктивной болезни легких	301
Туклиев Р.Р., Гафуров Э.Р. Возможности комплексной трансректальной ультразвуковой сонографии в диагностике заболеваний предстательной железы	302
Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Хасанов Д.Ш. Роль цифровой маммографии в диагностике новообразований молочной железы	302
Usmonova Z.I., Ismailova M.X., Khaydarova G.B. Evaluation of renal cell carcinoma by CT	303
Хайдарова Г.Б. Компьютерная томография и клинические аспекты остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава	304
Xasanov D.SH., Mamadaliev M.M., Ibragimov O.S., Hakimov T.A. To'g'ri ichak saratoni diagnostikasi va rezektabelligini baxolashga kompleks yondashuv	304
Хайдарова Г.Б. Возможности магнитно-резонансной томографии при выявлении остеомиелита нижней челюсти	305
Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А. Сут беги саратони ва саратон олди касалликларини эрта таъхислашда ультратовуш текширувининг аҳамияти	305

Худайбердиева Д.А., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Рахматуллаев Б.Х. Оптимизация ранней диагностики рака предстательной железы	306
Худайбердиева Д.А., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Хашимов Р.А., Рахматуллаев Б.Х. Возможности улучшения результатов диагностики рака предстательной железы	307
Худайбердиева Д.А., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Хашимов Р.А., Рахматуллаев Б.Х. Пути улучшения результатов ранней диагностики рака предстательной железы с использованием лучевых методов исследования	307
Шевченко С.А., Тарасов Н.И., Дризнер Е.А., Борзунов И.В. Мультимодальная диагностика метастатического поражения молочной железы из перстневидно- клеточной карциномы желудка, роль гибридной технологии ОФЭКТ/КТ	308

Единственная таргетная терапия
BRAF+ меланомы кожи с **5-летними**
результатами исследований как
в адъювантном (COMBI-AD), так
и в метастатическом (COMBI-d/v)
показаниях^{1, 2}

- ◆ При применении в адъювантном режиме у пациентов III стадии после полной резекции опухоли увеличение 3-летней общей выживаемости до 86%³
- ◆ При применении в 1-й линии терапии метастатической меланомы у пациентов с благоприятным прогнозом* увеличение 5-летней общей выживаемости до 55%²

1. Robert C, et al. N Engl J Med. 2019;381(7):626-636.; 2. Dummer R, et al. [published online ahead of print, 2020 Sep 2]. N Engl J Med. 2020; 3. Long GV, et al. N Engl J Med. 2017;377(19):1813-1823.

27
NOVARTIS

КИСКАЛИ® рибоциклиб

Кискали® – единственный ингибитор CDK 4/6 для лечения
HR+HER2- рРМЖ, доказавший **преимущество в общей
выживаемости в двух исследованиях**^{1,2}

- Ответ в первой линии уже **через 8 недель** в любой комбинации, независимо от статуса менопаузы*
- Увеличение медианы ВБП на **8-13 месяцев** при **сохранении** или **улучшении качества жизни**¹⁻⁵
- Включен в качестве **первой линии** в **международные рекомендации (NCCN, ESMO)**^{7,8}

ВБП - время без прогрессирования

*в сочетании с ингибиторами ароматазы или фулвестрантом

1. Im et al. N Engl J Med 2019; 381: 307-16. 2. Slamon et al. N Engl J Med 2020; 382: 514-524. 3. Slamon D. et al. J Clin Oncol. 2018; 36(24): 2465-2472. 4. Tripathy D. et al. Lancet Oncol. 2018; 19(7): 904-915. 5. Hortobagyi G. et al. NEJM. 2016; 375:18. 6. Janni W. Et al. Breast Cancer Research and Treatment (2018) 169: 469-479. 7. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer. V.3.2020. Электронный ресурс: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf. Дата обращения 16.04.2020. 8. Cardoso et al. Annals of Oncology. 2018. 29: 1634-1657. Электронный ресурс: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095923753419341134?via%3Dihub>. Дата обращения: 16.04.2020

Актуальную версию инструкции по медицинскому применению <https://aypv.uzpharmcontrol.uzn> репарат

Данная информация предназначена только для медицинских и фармацевтических работников
медицинских фармацевтических выставок семинаров конференций и иных подобных мероприятий
Распространение информации любыми другими способами которые открывают

Материал подготовлен в соответствии с требованиями действующего локального законод



Представительство компании «Novartis Pharma Services AG» в РУ
Ташкент, 100015, ул. Ойбек, 26.

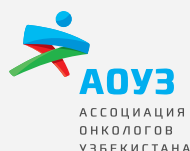
UZ K I S 05 00 4 51 050



НУКУС
20–21 МАЯ
2022



РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ



IV КОНГРЕСС ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ, РАДИОЛОГИИ И ХИРУРГИИ В ОНКОЛОГИИ

ПЛАТИНОВЫЙ СПОНСОР

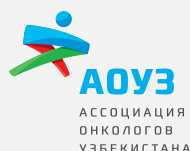


ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ТОО "SONA-PHARM KAZAKHSTAN" В УЗБЕКИСТАНЕ
АДРЕС: 100015 ТАШКЕНТ, МИРАБАДСКИЙ РАЙОН, УЛИЦА ОЙБЕК, 22, ОФИС Б-2
ТЕЛЕФОН: +998 71 205 80 13 (14)

НУКУС
20–21 МАЯ
2022



РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ



IV КОНГРЕСС ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ, РАДИОЛОГИИ И ХИРУРГИИ В ОНКОЛОГИИ



ПЛАТИНОВЫЙ СПОНСОР

MERCK

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ТОО "SONA-PHARM KAZAKHSTAN" В УЗБЕКИСТАНЕ
АДРЕС: 100015 ТАШКЕНТ, МИРАБАДСКИЙ РАЙОН, УЛИЦА ОЙБЕК, 22, ОФИС Б-2
ТЕЛЕФОН: +998 71 205 80 13 (14)



РАЗДЕЛ 1.**ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И МАТЕРИАЛЫ КАНЦЕР РЕГИСТРА****АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

Тилляшайхов М.Н., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Имамов О.А., Сабирджанова З.Р., Умуров Ш.С.

РСНПМЦОиР

Актуальность. По всему миру наблюдается тенденция роста заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей и в настоящее время онкологические заболевания являются одними из основных медико-социальных проблем, непосредственно влияющих на здоровье человека. В 2020 году в мире раком заболели 19,3 миллиона человек, 10 миллионов человек скончались в результате этого заболевания. В свою очередь в Узбекистане ежегодно регистрируется около 25 тысяч новых случаев ЗН и более 14 тысяч смертных случаев от ЗН.

Цель. Провести анализ основных статистических показателей онкологической службы в Республике Узбекистан.

Материалы и методы. Для анализа состояния онкологической службы Республики Узбекистан изучалась государственная ведомственная форма 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями».

Результаты. В Республике Узбекистан число впервые выявленных больных со злокачественными новообразованиями составляет более 25 тысяч. Так, показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 000 населения составляет 74,0, а показатель смертности - 42,0. В структуре общей заболеваемости ЗН лидирующие позиции занимают рак молочной железы, желудка и шейки матки, а в структуре смертности ЗН молочной железы, желудка и легких. На конец 2021 года контингент больных составлял 113 168, т.е. 0,3% населения страны. Основной контингент больных, состоявших на диспансерном учете в 2021 году, формировался из пациентов со ЗН молочной железы (19,8%), шейки матки (8,5%), кожи (7,7%). Удельный вес первично выявленных больных с морфологически подтвержденным диагнозом ЗН составил 89,8. В 2021 году 44,3% ЗН были диагностированы в I-II стадии заболевания, 28,0% в III стадии и 17,2% - в IV стадии.

Выводы. Онкологическая заболеваемость в Узбекистане с годами увеличивается, выявляемость злокачественных опухолей на начальных стадиях достигает почти 50%, а доля морфологически верифицированных диагнозов составляет практически 90%, также уменьшился показатель запущенности. ЗН молочной железы, желудка и шейки матки являются наиболее часто встречающимися патологиями в республике.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАННИХ И ЗАПУЩЕННЫХ СТАДИЙ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М., Рахматуллаев Б.Х.

РСНПМЦОиР

Цель. Анализ ранних и запущенных стадий выявления рака мочевого пузыря в Республике Узбекистан в 2015-2020 гг.

Материалы и методы. Предметом нашего исследования является контрольно-отчетная форма 7 ССВ «Сведения о злокачественных новообразованиях», утвержденная Министерством здравоохранения Республики Узбекистан, в которой содержится вся статистическая информация о раке мочевого пузыря в Республике, предоставляемая филиалами Республиканской Специализированные онкологические и радиологические научно-практические медицинские центры. В структуре онкологических заболеваний в Республике Узбекистан рак мочевого пузыря занимает девятое место среди мужчин. Изучение и анализ

выявляемости в I-II стадиях показали, что в 2015-2020 гг. на территории республики раком мочевого пузыря в 2015 г. 50%, в 2016 г. 52%, в 2017 г. 50,2%, в 2018 г. 59,6%, в 2019 г. 58,1%, в 2020 г. выявлено 57,15 % случаев. На этапе III в 2015 г. было выявлено 40,8% случаев, в 2016 г. — 35,9%, в 2017 г. — 39,8%, в 2018 г. — 27,4%, в 2019 г. — 27,4%, в 2020 г. — 27,1%. На этапе IV 9,2% случаев были выявлены в 2015 г., 12,1% в 2016 г., 9,7% в 2017 г., 7,5% в 2018 г., 8,0% в 2019 г. и 9,8% в 2020 г.

Выводы. На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что в Республике Узбекистан увеличилось количество больных с диагнозом рак мочевого пузыря на ранней стадии и снизилась его выявляемость на поздних стадиях.

РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Тилляшайхов М.Н.¹, Бойко Е.В.¹, Джанклич С.М.¹, Тилляшайхова Р.М.², Туйчиев А.П.¹, Рахматуллаев Б.Х.¹

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский городской филиал РРСНПМЦОиР²

Цель. Согласно новым данным, в 2020 году во всем мире рак мочевого пузыря был диагностирован у 573 278 человек, что делает его 10-м наиболее диагностируемым раком мочевого пузыря в мире. Согласно новым данным, во всем мире было зарегистрировано 440 864 новых случая рака мочевого пузыря у мужчин, что составляет 4,4 процента всех новых случаев. Ежегодно рак мочевого пузыря уносит около 170 000 жизней во всем мире. На протяжении более 40 лет системное лечение мышечно-инвазивного и распространенного рака мочевого пузыря состояло в основном из химиотерапии. Таким образом, краткий анализ литературы из различных источников показал, что показатели заболеваемости и смертности от КС во всем мире увеличиваются, что свидетельствует об актуальности проблемы борьбы с данной патологией. В связи с этим нашей целью является анализ основных статистических показателей рака мочевого пузыря в Республике Узбекистан в 2020 году.

Материалы и методы. Основные статистические показатели рака мочевого пузыря в стране в 2020 году (форма 7-ССВ «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями»). В структуре онкологических заболеваний в Республике Узбекистан РМП (рак мочевого пузыря) среди мужчин занимает девятое место. Изучение и анализ числа случаев РМП показал, что в 2020 году на территории республики выявлено 480 случаев (1,4%) случаев РМП, за этот период количество всех впервые выявленных случаев онкологических заболеваний составило 21976. С 2016 по 2020 года от злокачественных опухолей мочевого пузыря в республике умерло 1128 больных, показатель смертности составил 0,9 в 2016 году и 0,9 в 2020 году на 100 000 населения.

Выводы. На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что заболеваемость раком мочевого пузыря в Республике Узбекистан составляет 1,4, а смертность – 0,9 на 100 000 населения. Рак мочевого пузыря занимает 18-е место в общей структуре онкологической заболеваемости и 17-е место по смертности. К концу года было зарегистрировано более 2000 больных раком мочевого пузыря.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ҚОВУҚ САРАТОНИ БИРЛАМЧИ АНИҚЛАНГАНЛАРДА ДАВОЛАШ ТУРЛАРИ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тилляшайхова Р.М., Рахматуллаев Б.Х.

РИОвАРИАТМ

Мақсад. Ўзбекистон Республикасида 2019-2020 йиллар ичида қовуқ саратонини бирламчи аниқланган беморларда даволаш турлари бўйича таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказлари филиаллари томонидан тақдим этиладиган республикамиздаги қовуқ саратони ҳақидаги барча статистик маълумотлар қайд этилган Ўзбекистон Республикаси

Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан қабул қилинган 7SSV «Ҳавфли ўсма касалликлари ҳақида маълумот» назорат-ҳисоб ҳужжат шакли изланишимизнинг объекти ҳисобланади.

Натижа. Ўзбекистон Республикасида онкологик касалликлар структурасида қовуқ саратони эркаклар ичида тўққизинчи ўринни эгаллайди. Фақат даволанганларни ўрганиш ва таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, 2020 йил давомида республикаимиз ҳудудида 2019 йил қовуқ саратони бирламчи аниқланганлардан 322 та бемор даво муолажаларини олган, улардан 22,2% да радикал операция, 5,5 % да паллиатив операция, 6,5 % юқори технологик операция ўтказилган. 322 та бемордан нур терапияси йўқ, фақат 12 % консерватив терапия, 40,3 % қўшма даво, комплекс даво йўқ. Республикаимиз ҳудудида 2020 йил қовуқ саратони бирламчи аниқланганлардан 339 та бемор даво муолажаларини олган, улардан 31% да радикал операция, 6,5 % да паллиатив операция, 7,1% юқори технологик операция ўтказилган. 339 та бемордан 1,5% бемор фақат нур терапияси, фақат 10,6 % консерватив терапия, 40,7 % қўшма даво, 2,7% комплекс даво олган.

Хулоса. Юқоридагилардан келиб чиқиб, Ўзбекистон Республикасида қовуқ саратонини бирламчи аниқланган беморларда юқори технологик операциялар сонини ортганлиги, паллиатив операциялар сонини камайғалигини, қўшма даволар сони ортганлиги, ҳамма ҳудудларган янги нур аппарати ишга туширилганлиги сабабли даво турига нур терапияси кўшилиб комплекс даволар сони ортган, деб хулосага келиш мумкин.

ПОПУЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Тилляшайхов М.Н., Джанклич С.М., Ибрагимов Ш.Н., Имамов О.А., Сабирджанова З.Р.,
Умунов Ш.С.

РСНПМЦОиР

Актуальность. По мировым данным было зарегистрировано более 19 млн новых случаев злокачественных новообразований (ЗН) и почти 10,0 млн смертных случаев от ЗН. Колоректальный рак (КРР) в общей структуре онкологической заболеваемости и смертности занимает 3 и 2 место соответственно. В то же время в Узбекистане регистрируется около 25 тыс. новых случаев и более 14 тыс. смертных случаев от ЗН. А в структуре заболеваемости и смертности в республике колоректальный рак занимает 4 место.

Цель исследования. Провести анализ основных статистических показателей при колоректальном раке в Республике Узбекистан.

Материалы и методы. Объектом исследования явились статистические данные о колоректальном раке в Узбекистане согласно принятой государственной форме отчетной документации – «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями».

Результаты и обсуждения. В структуре общей онкологической заболеваемости КРР занимает 4 место, составляя 7,0% от всех впервые выявленных ЗН. При этом в структуре онкологической заболеваемости у мужчин КРР занимает 3 место (9,3% от всех новых случаев ЗН), а у женщин 4 место (5,4% от всех новых случаев ЗН). То есть у мужчин вероятность возникновения КРР практически в 2 раза больше, чем у женщин. В 2021 году по Республике было выявлено 1787 новых случаев КРР, а показатель заболеваемости составил 5,2 на 100 тыс. населения. Из всех впервые выявленных случаев КРР 33,6% были диагностированы в I-II стадии, 41,5% случаев в III стадии и 20,6% в IV стадии заболевания. По Республике от КРР умерло 1008 больных, при этом показатель смертности на 100 000 населения составил 2,9 на 100 тыс. населения. При этом в общей структуре онкологической смертности КРР занимает также 4 место, составляя 6,9% от всех умерших от ЗН. Причем в структуре онкологической смертности среди мужчин КРР занимает 3 место (8,5% от всех умерших от ЗН), а у женщин только лишь 5 (5,6% от всех умерших от ЗН).

Выводы. Проведенный анализ показал, что КРР занимает ведущую позицию в структуре онкологической заболеваемости и смертности в Республике Узбекистан, причем среди чаще

KPP встречается у мужчин, чем у женщин. Около трети первичных больных с KPP были диагностированы на ранней I-II стадии, и чуть у более 20% больных была диагностирована IV стадия заболевания.

ҚОВУҚ САРАТОНИ: ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИК ВАЗИЯТ

**Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М.
РИОваРИАТМ**

Кириш. Янги маълумотларга кўра, 2020 йилда бутун дунё бўйлаб 573278 киши қовуқ саратони билан касалланди, бу эса қовуқ саратонини дунёдаги энг кўп ташхис қўйилиб, 10-ўринни эгаллайди. Янги маълумотларга кўра, бутун дунё бўйлаб эркакларда қовуқ саратонининг 440864 та янги ҳолати қайд этилган, бу умумий янги ҳолатларнинг 4,4 фоизини ташкил қилади. Қовуқ саратони ҳар йили дунё бўйлаб 170000 га яқин ўлимга олиб келади. 40 йилдан ортиқ вақт давомида мушак инвазив ва ривожланган сийдик пуфаги саратонини тизимли даволаш асосан кимётерапиядан иборат эди. Шундай қилиб, турли манбаълардаги адабиётларни қисқа таҳлили ҚС билан касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари бутун дунёда ўсиб бораётганлигини кўрсатди, бу эса ушбу патология билан кўрашиш муаммосини долзарблигини кўрсатади.

Мақсад: Ўзбекистон Республикасида 2020 йил ичида қовуқ саратони бўйича касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказлари филиаллари томонидан тақдим этиладиган республикамиздаги ҚС ҳақидаги барча статистик маълумотлар қайд этилган ва Ўзбекистон Республикаси ССВтомонидан қабул қилинган 7SSV «Хавфли ўсма касалликлари ҳақида маълумот» назорат-ҳисоб ҳужжат шакли изланишимизнинг объекти ҳисобланади.

Натижа. Ўзбекистон Республикасида онкологик касалликлар структурасида ҚС (қовуқ саратони) эркаклар ичида тўққизинчи ўринни эгаллайди. ҚС билан касалланиш сонини ўрганиш ва таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, 2020 йил давомида Республикамиз ҳудудида ҚС билан 480 (1,4%) ҳолат аниқланган, бу давр давомида барча онкологик касалликлар билан биринчи бор касалланиш сони эса 21976 ни ташкил этади. 2016 йилдан 2020 йилгача республикамизда қовуқ хавфли ўсмаларидан 1128 бемор вафот этган бўлиб, ўлим 2016 йил 276 та, 2020 йил 290 тани ташкил қилган.

Хулоса. Юқоридагилардан келиб чиқиб, Ўзбекистон Республикасида қовуқ саратони билан касалланиш 1,4 ни, ўлим даражаси эса 100 000 аҳолига 0,9 ни ташкил қилади деган хулосага келиш мумкин. Онкологик касалланишнинг умумий структурасида қовуқ саратони 18-ўринни, ўлим таркибида эса 17-ўринни эгаллайди. Йил охирида 2 мингдан ортиқ қовуқ саратони билан касалланган беморлар рўйхатга олинган.

РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

**Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М.
РСНПМЦОиР**

Актуальность. Согласно новым данным, в 2020 году во всем мире рак мочевого пузыря был диагностирован у 573 278 человек, что делает его 10-м наиболее диагностируемым раком мочевого пузыря в мире. Согласно новым данным, во всем мире было зарегистрировано 440 864 новых случая рака мочевого пузыря у мужчин, что составляет 4,4 процента всех новых случаев. Ежегодно рак мочевого пузыря уносит около 170 000 жизней во всем мире. На протяжении более 40 лет системное лечение мышечно-инвазивного и распространенного рака мочевого пузыря состояло в основном из химиотерапии. Таким образом, краткий анализ литературы из различных источников показал, что показатели заболеваемости и смертности от КС во всем

мире увеличиваются, что свидетельствует об актуальности проблемы борьбы с данной патологией.

Цель. Анализ основных статистических показателей рака мочевого пузыря в Республике Узбекистан в 2020 году.

Методы. Основные статистические показатели рака мочевого пузыря в стране в 2020 году (форма 7-ССВ «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями»).

Результаты. В структуре онкологических заболеваний в Республике Узбекистан РМП (рак мочевого пузыря) среди мужчин занимает девятое место. Изучение и анализ числа случаев РМП показал, что в 2020 году на территории республики выявлено 480 случаев (1,4%) случаев РМП, за этот период количество всех впервые выявленных случаев онкологических заболеваний составило 21976. С 2016 по 2020 года от злокачественных опухолей мочевого пузыря в республике умерло 1128 больных, показатель смертности составил 0,9 в 2016 году и 0,9 в 2020 году на 100 000 населения.

Выводы. На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что заболеваемость раком мочевого пузыря в Республике Узбекистан составляет 1,4, а смертность – 0,9 на 100 000 населения. Рак мочевого пузыря занимает 18-е место в общей структуре онкологической заболеваемости и 17-е место по смертности. К концу года было зарегистрировано более 2000 больных раком мочевого пузыря.

РАК ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН: СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Тилляшайхов М.Н., Джанклич С.М., Ибрагимов Ш.Н., Имамов О.А., Сабирджанова З.Р.

РСНПМЦОиР

Актуальность. В структуре онкологических заболеваний в мире рак легких (РЛ) занимает 2 место (11,4%) после рака молочной железы (11,7%), а в структуре смертности РЛ стоит на 1 месте. Стоит отметить, что в структуре онкологической заболеваемости среди мужского населения в Республике Узбекистан ведущие позиции в 2020 году занимали ЗН желудка, легких и предстательной железы, с показателями заболеваемости 6,2; 5,4 и 3,0 на 100000 мужского населения соответственно.

Цель. Проанализировать показатели заболеваемости и смертности при раке легких по Республике Узбекистан за 2016-2020гг.

Материалы и методы. Материалами и методами данного исследования явились основные статистические показатели государственной отчетной формы за период 2016-2020 гг. («Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» форма-7).

Результаты. За изучаемый период в общей структуре онкологической заболеваемости РЛ занимает 4 место, однако в структуре заболеваемости среди мужчин – второе, уступая лишь ЗН желудка. За период 2016-2020 года число случаев РЛ впервые взятых на учет составило 7194 (2082 женщин и 5112 мужчин), со средним показателем заболеваемости 4,4 на 100000 населения. Из них: в 2016 г выявлено – 1325 больных, на мужчин приходилось – 955 (72,1%), показатель заболеваемости составил 4,1; в 2017 г. -1488 больных, из них мужчин 1032 (69,4%), показатель заболеваемости – 4,6; в 2018 г. – 1417 случаев, а мужчин – 1021 (72,1%), показатель заболеваемости – 4,3; в 2019 г. – 1667, из них мужчин – 1181 (70,8%), показатель заболеваемости – 5,0 и в 2020 г. - 1297 больных, из них мужчин – 923 (71,2%), а показатель заболеваемости – 3,8. РЛ в III-IV стадиях был диагностирован: в 2016 г - 84,8%; в 2017 г - 83,5%; в 2018 г - 71,7%; в 2019 г - 66,2% и в 2020 г - 70,8%. Показатель смертности при этом за исследуемые 5 лет снизился с 3,8 до 3,2 на 100000 населения. Однако показатель 1-годовой летальности при РЛ за последние 5 лет остается на достаточно высоком уровне, достигая 38-43%, что связано в первую очередь с большим количеством запущенных случаев РЛ.

Выводы. Проведенный анализ показал, что заболеваемость РЛ имеет тенденцию к росту в Республике Узбекистан и в структуре онкозаболеваемости среди мужчин занимает 2 место после

рака желудка. Также за последние 5 лет наблюдается снижение числа случаев РД, диагностированных в III-IV стадиях.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ҚОВУҚ САРАТОНИНИ ЭРТА ВА КЕЧКИ БОСҚИЧЛАРДА АНИҚЛАШ КЎРСАТГИЧЛАРИ

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М. РИОваРИАТМ

Мақсад. Ўзбекистон Республикасида 2015-2020 йиллар ичида қовуқ саратонини эрта ва кечки босқичларда аниқлаш бўйича таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказлари филиаллари томонидан тақдим этиладиган Республикамиздаги қовуқ саратони ҳақидаги барча статистик маълумотлар қайд этилган Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан қабул қилинган 7SSV «Ҳавфли ўсма касалликлари ҳақида маълумот» назорат-ҳисоб ҳужжат шакли изланишимизнинг объекти ҳисобланади.

Натижа. Ўзбекистон Республикасида онкологик касалликлар структурасида қовуқ саратони эркалар ичида тўққизинчи ўринни эгаллайди. I-II босқичларда аниқлашни ўрганиш ва таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, 2015-2020 йил давомида Республикамиз ҳудудида қовуқ саратони билан 2015 йил 50%, 2016 йил 52%, 2017 йил 50.2%, 2018 йил 59.6%, 2019 йил 58.1%, 2020 йил 57.15% ҳолат аниқланган. III босқичда 2015 йил 40.8%, 2016 йил 35.9%, 2017 йил 39.8%, 2018 йил 27.4%, 2019 йил 27.4%, 2020 йил 27.1% ҳолат аниқланган. IV босқичда 2015 йил 9.2%, 2016 йил 12.1%, 2017 йил 9.7%, 2018 йил 7.5%, 2019 йил 8.0%, 2020 йил 9.8% ҳолат аниқланган.

Хулоса. Юқоридагилардан келиб чиқиб, Ўзбекистон Республикасида қовуқ саратонини эрта босқичларда аниқланган беморлар сонини ортган ва кечки босқичларда аниқланиши камайтандеган хулосага келиш мумкин.

МАММОГРАФИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Тилляшайхов М.Н.¹, Ососков А.В.¹, Саидов Г.Н.², Дустов Ш.Х.², Абдукаримов У.Г.², Алимходжаева Л.Т.¹, Ибрагимов Ш.Н.¹, Джанклич С.М.¹, Исламова М.Р.²

РСНПМЦОиР¹, Бухарский филиал РСНПМЦОиР²

Актуальность. Результаты многих исследований ясно показывают, что у женщин, которые проходят регулярную маммографию, больше шансов на выявление рака молочной железы (РМЖ) на ранних стадиях, также они как правило не нуждаются в «агрессивном» лечении, таким как радикальная мастэктомия и химиотерапия, и с большей вероятностью будут излечены.

Цель исследования. Организация работы модели маммоскрининга РМЖ на платформе информационной системы с использованием технологии маммографического томосинтеза в Бухарской области на раннем этапе исполнения.

Результаты. Алгоритм маммоскрининга, построен в соответствии с общепринятыми международными рекомендациями. В качестве пилотного региона был выбран Бухарский регион, а целевую группу составили практически 260 тысяч женщин в возрасте 40-65 лет, проживающих в этой области. В Бухарский регион было закуплено 13 стационарных маммографических комплекса с функцией томосинтеза, а также 2 мобильных маммографических кабинета и установлено в каждом районном и городском медицинском объединении. Для высококвалифицированного чтения маммограмм в условиях дефицита врачей – экспертов по маммографии, на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии был организован ридинг-центр (reading center), в который направляются маммограммы для чтения, полученные в районных маммографических кабинетах. Для агитации женщин на маммографический скрининг на местном ТВ и радио были запущены рекламные ролики и аудиозаписи. Проведено обучение медицинского персонала Бухарской области по эксплуатации закупленного оборудования. С

мая по ноябрь 2021 года в Бухарской области маммографическим скринингом было обследовано 55 013 женщин. Из них у 0,7% определен BI-RADS 5, BI-RADS 4 установлен в 3,7% случаев и BI-RADS 1, 2 выявлен у 92,3% женщин.

Выводы. Анализ приведенного исследования показал, что организация маммографического скрининга в Бухарской области включала в себя следующие пункты: обучение медицинского персонала на местах; агитация женщин на скрининг, создание целевой группы женщин; формирование регистрационной карты; работа в информационной системе; создание ридинг центра на базе РСНПМЦОиР. Подводя начальные итоги, можно сделать вывод, что посещаемость женщин была достаточно хорошая.

ЛАПАРАСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ. ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Тилляшайхов М.Н., Рахимов О.А., Адилходжаев А.А., Худояров С.С., Хуснуддинов Н.З. РСНПМЦОиР

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 56 пациентов раком ободочной и прямой кишки, из них 12 мужчин и 44 женщин с морфологически верифицированным диагнозом аденокарцинома 2020-2022 гг. Средней возраст составил 45 лет (24-79 лет). Стадия заболевания была I-II-III. Морфологически была подтверждена аденокарцинома G1-G3. разной степени дифференцировки. По локализации, опухоли располагались: Слепая кишка (n=5), восходящая-ободочная кишка (n=3), поперечно-ободочная кишка, печеночный и селезеночный изгиб (n=13), нисходящая-ободочная кишка (n=15), сигмовидная кишка (n=14), прямая – 6.

Диагностический этап включал: определение локализации опухоли, ее размеры, оценки распространения на мезоректальную клетчатку, проявления локального или отдаленного метастазирования по данным МРТ, МСКТ и колоноскопии.

Операции выполнялись под общим обезболиванием, одной хирургической бригадой. Пациент находился в положении Тренделенбург, оперирующий хирург располагался справа или слева, в зависимости от локализации опухоли. Для выполнения хирургических доступов нами использованы: один 10 мм, и два или три 5 миллиметровых троакаров. Операция выполнена под общим обезболиванием, в качестве хирургических инструментов использованы стандартные 5-10 мм диаметром и длиной 360 мм, эндоскопические инструменты фирмы Carl Storz (Германия) с использованием одноименной эндовидеостойки. В нашем наблюдении использовалась 30° 10 мм оптика. Для диссекции и коагуляции тканей применялся ультразвуковой диссектор Ligasure. Для механического соединения органов и тканей использовался линейный сшивающий аппарат EndoGia 60 мм технологии Tri Stapler фирмы Covidien (Франция), и глубиной кассеты 3,8 мм, для наложения коло-колоанастомоза применен 29 мм циркулярный сшивающий аппарат одноименной фирмы в двух случаях. Внутривнутрибрюшное давление выдерживали на уровне 14-15 мм.рт.ст. После установки оптического троакара, и наложения карбоксиперитонеума вводились рабочие троакары и проведена лапароскопическая ревизия брюшной полости, на предмет наличия микрометастазов париетальной брюшины, печени и брыжейки тонкого и толстого кишечника. После этого выполнена мобилизация брыжейки кишки с мобилизацией и пересечением сосудистой ножки, с лимфодиссекцией. После мобилизации выполняли пересечение проксимальных и дистальных концов кишки аппаратом EndoGia 60 мм.

Реконструкцию выполняли в зависимости от локализации образования открытым либо закрытым способами.

Результаты. Длительность операции составила 170 минут $\pm 38,2$ мин. Интраоперационная кровопотеря составила 30мл $\pm 24,5$ мл. Конверсия – 1 (1,8%);

Несостоятельность десцендо-ректального анастомоза 1 (1,8%) наблюдении был, проведена консервативная терапия с эффектом. Нагноение послеоперационной раны 2 (3,6%); Средний

койко-день составил $6,4 \pm 0,8$ дня. Наблюдение больных в сроках от 6 до 18 месяцев показал, прогрессирования заболевания наблюдалось в 1 (1,8%) случае.

Заключение. Операции являются минимально травматичными и сопровождаются минимальной кровопотерей, ранней восстановлением и косметическим эффектом. Эффективность лимфодиссекции не уступает открытым, повышает радикализм, что может улучшить отдаленные результаты. Эффективность выполнения ВЛВ при раке ободочной кишки зависит, конституциональных особенностей пациентов и навыков хирурга.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Абдумуталибова Ш.К., Мамарасулова Д.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным ВОЗ у женщин на первом месте по локализации опухолей в структуре заболеваемости стоит РМЖ, что составляет 18% от общего числа злокачественных опухолей. Для снижения заболеваемости важно изучать различные способы воздействия на предраковые процессы в молочной железе

Цель исследования: Изучение эпидемиологии различных форм доброкачественных заболеваний молочных желез.

Материалы и методы. Объектом для исследования выбраны 1993 больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями молочных желез за 2018-2021 гг., прошедших через поликлиническое отделение кабинета маммологии Андижанского областного онкологического диспансера.

Результаты исследования. Самое большое число поступивших на амбулаторный прием имела диагнозы фиброзно-узловая мастопатия, фиброзно-кистозная мастопатия и фиброзная мастопатия. Диагноз ФУМ был поставлен 462 больным, что составило 26,9%, ФКМ была поставлена 402 больным, что составило соответственно 23,3%, а фиброзная мастопатия поставлена 365 больным, что составило соответственно 21,2% от общего количества заболеваний за 2018-2021 гг. На следующем месте по распространенности среди доброкачественных заболеваний молочных желез под данным исследований являлось фиброаденома, что составило 11,4% и была установлена у 198 больных. Самым редко встречаемым заболеванием является липома, которая была обнаружена у 13 больных, что составило 0,8% от общего количества заболеваний молочных желез. Также следует обратить внимание на то, что среди доброкачественных заболеваний у женщин 17-35 лет самые высокие показатели. Также следует обратить внимание на то, что РМЖ чаще выявлялось у женщин 45-55 лет, что составило 30,9% была установлена у 59 человек, в то время как доброкачественные заболевания у женщин 45-55 лет выявлялось у 393 больных, что составило 25,7% от общего количества заболеваний молочных желез доброкачественного характера 1531 (100%).

Заключение. Изучение возрастных показателей заболеваемости РМЖ выявило, что происходит резкий подъем заболеваемости, начиная с сорока лет, что составило 23,6% и достигает своего пика к 50-59 годам, что составило 41,8%. В то время, как доброкачественные заболевания молочных желез чаще всего встречается в возрасте 17-35 лет, что составило 43%, а в возрасте 36-45 лет – составило 26,7%. Важно отметить, что в возрасте 46-55 лет происходит спад заболеваемости, что составило 18,5% и уже в возрасте 56-65 лет и старше показатель заболеваемости составил 8,3% и 3,4% соответственно.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ИХ СВЯЗЬ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдумуталибова Ш.К., Мамарасулова Д.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Интерес онкологов к различным формам мастопатии и другим

доброкачественным заболеваниям молочной железы объясняется, прежде всего, тем, что они относятся к предопухолевым заболеваниям, на фоне которых может развиваться рак молочной железы. Несмотря на то, что мастопатия не является облигатным предраком, однако, у этой категории больных частота возникновения рака в 3-5 раз выше, чем в общей популяции, а при пролиферативных формах риск возрастает в 25-30 раз, где рак молочной железы занимает 2 место среди причин смерти от рака.

Цель исследования: Изучение эпидемиологии различных форм доброкачественных и злокачественных заболеваний молочных желез

Материалы и методы. Работа выполнялась на базе Андижанского филиала Республиканского специализированного научно-практического центра Онкологии и радиологии. Материалы для изучения эпидемиологии различных форм доброкачественных заболеваний молочных желез, изучения связи отдельных форм доброкачественных заболеваний молочных желез с риском развития рака молочной железы, изучения непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с предраковыми заболеваниями молочной железы явились данные за 2018-2021гг.

Результаты исследования. Изучение возрастных показателей заболеваемости раком молочной железы выявило, что происходит резкий подъем заболеваемости, начиная с сорока лет, что составило 23,6 % и достигает своего пика к 50-59 годам, что составило 41,8%. Онкологическая патология молочных желез у женщин в Андижанской области в возрастном периоде 40-59 лет, развивается на фоне гормональной перестройки организма пременопаузального и менопаузального типа, достигая 40% общей болезненности, что соответствует наблюдениям многим исследователям указавшим на роль и значение гормональной активности в репродуктивном возрасте у женщин азиатской национальности.

Заключение. Со спадом гормональной активности идет резкое снижение поражения женщин РМЖ, и к 70 годам жизни заболеваемость РМЖ довольно снижается.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПО ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдихакимов А.Н., Мамадалиева Я.С., Гафур-Ахунов М.А., Утемуратов Я.Ю.,
Гульмирзаева З.Р.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР, ЦРПКМР

Актуальность. Рак шейки матки занимает второе место после рака молочной железы по распространенности среди женщин всех возрастов и является третьей по значимости причиной смерти после рака желудка. Среди женщин фертильного возраста (18-49 лет) рак шейки матки является второй по значимости причиной смерти. В Республике Узбекистан отмечается рост заболеваемости во всех регионах. Так за последнее 5 лет впервые выявленный рак шейки матки с 4,6 на 100 тыс. населения вырос до 4,8 на 100 тыс.населения (2017-2020гг).

Цель: Провести анализ основных показателей онкологической службы в Ташкентской области по раку шейки матки за последние 5 лет.

Материал и методы. Для проведения анализа эффективности работы онкологической службы Ташкентской области при раке шейки матки был использован статический отчет регионов Ташкентской области по форме №7 (SSV 7) за последние 5 лет (2017-2021гг). При этом проведен анализ показателей заболеваемости, смертности, профилактических осмотров, стадий опухоли, одногодичной летальности и 5-летней выживаемости.

Результаты. Статистический анализ показал, что в Ташкентской области отмечен рост заболеваемости больных раком шейки матки (117 больных в 2017году, а в 2021 году 164 больных). Интенсивный показатель заболеваемости соответствовал 4,2 и 5,5 на 100тыс. населения. Показатели профилактических осмотров улучшились незначительно, так, если этот показатель в 2017 году был 39,8%, то в 2021 году этот показатель составил 42,6%. Диагностика ранних стадий РШМ в 2017 году составила - 55,5%, а в 2021 году-65,8%. В динамике отмечается снижение числа

выявленных больных с IV стадией рака шейки матки (10,2% от общего числа первично выявленных РШМ, 2,4% в 2021г). В то же время отмечается снижение показателей одногодичной летальности, с 18% до 16,9% соответственно. Так же отмечается улучшение на 0,6% показателей 5-летней выживаемости.

Выводы. Проведенный статистический анализ показал, что несмотря на увеличение заболеваемости РШМ в Ташкентской области, отмечается увеличение диагностики ранних стадий, снижение запущенных форм РШМ, стабилизация показателей смертности и стабилизация показателей 5-летней выживаемости.

АДЕНОКАРЦИНОМА ЛЕГКОГО У ЖЕНЩИН ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдихакимов А.Н., Турдибеков Ш.М.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Введение. По данным исследований последних лет АЛ - тип НМРЛ, чаще встречаются среди женщин, некурящих, а также характерен для азиатов. Заболеваемость раком легких (РЛ) по материалам ТОФ РСНПМЦОиР имеет тенденцию к уменьшению (225 случаев за 2017 год, 171- за 2018 год). Вместе с тем, среди всех заболевших НМРЛ из года в год, удельный вес АЛ среди женщин растет.

Цель исследования: Изучить распространенность АЛ среди женского населения Ташкентской области Республики Узбекистана.

Материалы и методы исследования: Отчетные данные организационно-методического кабинета ТОФ РСНПМЦОиР с 2015-2019 гг.

Результаты и обсуждение. Под нашим наблюдением за 2018 год было выявлено 35 больных с установленным диагнозом АЛ, все представители коренного этноса. Пациентки женского пола составили 34,2%, все - некурящие. Средний возраст больных – 65,4 лет. Самая молодая пациентка – 44 лет, самой старшей было – 81 год. 58% заболевших проживали в предгорно-промышленной зоне, остальные 42%-в аграрной. 90% пациенток оказались домохозяйками. У 25% из них диагноз АЛ установлен в ранней стадии; больным произведено оперативное лечение с последующей химиолучевой терапией; у остальных 75% - заболевание выявлено в запущенной или генерализованной форме.

Выводы: Новые случаи АЛ среди женщин участились. По данным нашего исследования 12 пациенток оказались некурящими. Влияние промышленных вредностей на развитие заболевания требует изучения. Основная часть пациентов на момент установления диагноза находятся в далеко зашедших стадиях. В будущем предстоит выяснить генетический портрет АЛ у представительниц коренного населения Узбекистана.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ ПО ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдихакимов А.Н., Вахабов О.У., Абдикаримов М.Г., Косимов У.К.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

В структуре онкологической заболеваемости злокачественные новообразования почки составляют 3,6%, занимая 9-е место. По величине прироста заболеваемости данная нозология занимает 3-е место.

Цель исследования – изучить заболеваемость и результаты лечения рака почки по Ташкентской области за последние 5 лет.

Материалы и методы. В Узбекистане в 2005 году был выявлен 305 первичных больных с диагнозом рак почки. В 2010 и 2015 г.г. эта цифра составила соответственно 427 и 589. В 2020 году в Узбекистане выявлен 638 первичных больных с диагнозом рак почки. Заболеваемость на 100000 населения составила 1,9. Как видно из приведенных данных, за последние 15 лет количество больных раком почки увеличилось в 2 раза.

Из 638 первично выявленных по Республике больных, у 11% была выявлена 1-я стадия опухолевого процесса, у 41,2% - 2-я стадия, у 25,7% - 3-я стадия и у 20,4% - 4-я стадия. Как видно из приведенных данных, почти у половины больных диагноз установлен в поздних стадиях. Морфологическая верификация была достигнута у 80,6% больных.

По Ташкентской области с 2016 по 2020 г.г. первичный рак почки выявлен у 189 больных. Из них у 13,2% была выявлена 1-я стадия опухолевого процесса, у 31,7% - 2-я стадия, у 25,9% - 3-я стадия и у 29,1% - 4-я стадия. Как видно из приведенных данных, по Ташкентской области также у большинства больных диагноз установлен в поздних стадиях.

В Ташкентском областном филиале РНПМЦОиР с 2016 года по 2020 год выполнено 133 нефрэктомий по поводу рака почки. Нами изучено результаты лечения 110 больных. Из них мужчин было 57 (51,8%), а женщин – 53 (48,1%). Большинство больных находились в возрастных группах 41 – 50 и 51 – 60 лет (27 и 51 больных соответственно).

Из этих 110 больных у 19 (17,3%) была выявлена 1-я стадия опухолевого процесса, у 55 (50,0%) - 2-я стадия, у 26 (23,6%) - 3-я стадия и у 10 (9,1%) - 4-я стадия.

У 18 (16,3%) больных на момент установления диагноза были обнаружены регионарные и отдаленные метастазы. Из них у 4 – в легких и забрюшинных лимфаузах, у 1 – в костях скелета, у 2 – в легких, у 8 – в забрюшинных лимфаузах, у 1 – в лимфаузах и костях скелета, у 2 – тромб в нижней полой вене.

За период наблюдения из 110 оперированных больных умерли 11 (10%). Из них 7 больных с T₃N₀₋₁M₀₋₁ умерли в течение года от прогрессирования опухолевого процесса. 2 больных с T₂N₀M₀ умерли в течение двух лет по другим причинам. Один больной умер от ХПН через 2 года после операции. Ещё один больной с T₂N₁M₀ умер в течение года после операции от Covid-19.

Заключение. Как видно из вышеприведенных данных, как по Республике, так и по Ташкентской области у большинства больных диагноз рака почки устанавливается в более поздних стадиях, с регионарными и отдаленными метастазами. Необходимо повысить онкологическую настороженность среди врачей первичного звена, усилить санитарно-просветительскую работу среди населения.

ПРЕДПОСЫЛКИ К ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВОГО ПОПУЛЯЦИОННОГО ДЕТСКОГО КАНЦЕР-РЕГИСТРА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Абдихакимов А.Н.¹, Абдухакимова М.И.², Шукурова М.А.³

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР¹, РСНПМЦОиР², ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» МЗ РФ³ (г. Москва)

Обоснование необходимости популяционного ракового регистра в РУз. Целью создания регистра детей со злокачественными новообразованиями (ракового регистра-РР) является получение достоверной информации о заболеваемости, смертности от Злокачественных новообразований детского населения (ЗНОДВ) и состоянии специализированной онкологической помощи населению.

В детских онкологических и онкогематологических заведениях РУз до сих пор функционировали только внутренние «госпитальные» РРы. «Популяционного» работающего детского канцер регистра не было. В связи с тем, что онкологическая и онкогематологическая помощь больным детям оказывается в нескольких учреждениях, основной задачей планируемой научной работы было - сбор и консолидация информации в единую электронную базу данных. Население Ташкентской области (ТО) в 2021 году составляет 2 993 975 чел., из них дети от 0 до 14 лет - 823 515, подростки от 15 до 17 лет – 130 161.

Для проведения качественного учета онкологических заболеваний в ТО РУз была разработана методическая платформа формирования регистра онкологических больных, на основе которой создана электронная информационно-аналитическая система детского популяционного ракового регистра (ИАС ДПРР) «Канцер-регистр».

На сегодняшний день, начат ввод данных в ретроспективной и проспективном варианте организационно-методическими отделами указанных центров. Материал насчитывает данные о более чем 200 больных детей. Предварительные результаты показывает наличия больших расхождений в показателях заболеваемости и смертности детского населения от онкологических и онкогематологических заболеваний.

Таким образом, в ИАС ДПРР - аккумулируются деперсонифицированные данные больных детей из разных «госпитальных» раковых регистров, организованных в онкологических и онкогематологических учреждениях, оказывающих помощь детскому контингенту ТО.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ ЗНО У ДЕТЕЙ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдихакимов А.Н.¹, Абдухакимова М.И.², Шукурова М.А.³

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР¹; РСНПМЦОиР², ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» МЗ РФ³ (г. Москва)

Актуальность. Проблемы, связанные с правильным учетом и отчетностью онкологических больных являются началом крупных, системных недостатков связанных с организацией канцер регистра на популяционном уровне. Любые вопросы, связанные с оказанием детской специализированной помощи в самом крупном мегаполисе страны, остаются несомненно актуальными. На первый взгляд, казалось бы, нет проблем связанных с учетом детских онкологических больных в г.Ташкенте. На самом деле существуют ряд проблем, связанных с учетом и отчетностью детских онкологических пациентов, особенно в раннем детском возрасте.

Материалы и методы: как известно, ранний детский возраст по классификации ВОЗ включает: первые 4 недели - Период новорожденности (неонатальный период); Грудной период: от 4 недель до 1 года и собственно Раннее детство (пред-дошкольный период): 1—3 года.

Нами проанализированы медицинские документы 356 больных детей «раннего детского возраста» с ЗНО постоянно или временно проживающих в г.Ташкенте. Из них мальчиков 171 (48,9%) и 185 девочек (51,1%). Пациенты были собраны из всех государственных клиник г.Ташкента, где оказываются в том или ином объеме детская онкологическая помощь. Мы собрали всех онкологических, онкогематологических, нейроонкологических больных в единую базу. Следует отметить, что ранее постановки вопроса подобным образом не было. Зачастую пациенты с опухолями ЦНС и гемобласты до последнего момента или вообще оставались вне учета. Поэтому и страдала отчетность у этого контингента.

Результаты и обсуждения. Проанализированы две группы вопросов: первая группа это где оказана первичная помощь ребенку? Второй где не самом деле прописан пациент?

Оказалось, что больше всего этих детишек лечатся в (там то там то) -122 пациента (36,4%), на втором месте по частоте обращаемости такой-то такой то центр где пролечены еще 108 больных (32,9%) детей. Далее идут такой то, такой то центры по 18,6% и 12,3% пациентов. Причем те пациенты, которые лечились именно в онкологических клиниках (ТГФ РСНПМЦОиР и детское отделение РСНПМЦОиР, РНПМЦ, они были сразу же взяты на учет (в течении месяца). Те пациенты, которые лечились в «неонкологических» стационарах (РСНПМЦНХ и Национальный детский клинический центр – «корейская клиника») становились на учет позже – через два-три и более месяца.

Выводы. Таким образом, в связи с отсутствием в г.Ташкенте единого портала для регистрации больных детей с онкологическими заболеваниями представляется перспективным рекомендовать органам управления здравоохранения на местах создание популяционного детского канцер-регистра, которым будут обязаны пользоваться все клиники, оказывающие детскую онкологическую помощь.

НОВЫЙ ИНТЕРФЕЙС ДЛЯ ДЕТСКОГО РАКОВОГО РЕГИСТРА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Абдурахимова М.И., Шукурова М.А., Иноятова М.А.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Без существования чёткой системы мониторинга ЗНО в детском возрасте разработка эффективных мероприятий противоопухолевого контроля невозможна. Популяционные канцер-регистры (КР) – основной элемент системы мониторинга, позволяющий оценивать заболеваемость, распространенность ЗНО и результаты терапии. У нас в стране, имеются госпитальные КР, они больше ориентированы на взрослое население. Остаётся крайнее актуальным формирование общепринятого и утверждённого популяционного КР для детского контингента.

Цель исследования. Создание современной цифровой площадки для формирования детского ракового регистра в Республике Узбекистан.

Материалы и методы: Нами предпринята попытка разработки нового программного продукта, который позволяет всем пациентам находится в единой базе и отслеживать, в том числе результаты лечения и маршрутизацию больных. Это своего рода автоматизированный контроль за эффективностью и этапами лечения пациента. Для этих целей на базе операционной системы Windows создана программа, которая отличается от традиционных компьютерных баз данных Excel, Access и др.

Результаты и обсуждение. Интерфейс программы прежде всего содержит 3 больших раздела в виде: «Пациент», «Раздел», «Export» позволяющий работать в он-лайн режиме.

Первый раздел «Пациент» состоит из следующих трех инструментов: 1. Окно для введения новых больных; 2. Окно поиска пациентов; 3. Окно определения эпизодов заболеваний, куда добавить либо удалить данные о рецидивах или метастазах.

Второй раздел и наиболее смысловая часть КР состоит из 10 окон в виде: 1. Персональные данные; 2. Диагноз и его дата; 3. Лечение; 4. Катамнез; 5. Решения; 6. Документы; 7. Регистрация больных и события; 8. Диагноз (годы); 9. Регистрация (годы); 10. Дефекты.

Эти окна вместе позволяют получить практически исчерпывающую информацию о пациенте. Данный раздел КР является наиболее смысловой рабочей площадкой в целомом понимании больших объёмов данных. Третий раздел «Export» позволяет экспортировать данные из КР в другие электронные носители.

Выводы. Таким образом, формирование цифровых площадок для регистрации ЗНО у детей у нас в стране представляется насущным.

Созданная программа-интерфейс для детского ракового регистра РУз, отличается простотой применения и воспроизводимостью для переноса в другие детские ЛПУ. В тезисе представлены международные рекомендации по регистрации случаев ЗН у детей.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА БАЗЕ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА СКРИНИНГА РМЖ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдукаримов У.Г.¹, Ихтиярова Г.А.², Саидов Г.Н.¹, Исламова М.Р.¹

Бухарский филиал РСНПМЦОиР¹, Бухарский государственный медицинский институт²

Цель. Оценить эффективность и целесообразность различных моделей скрининга рака молочной железы (РМЖ) и внедрения подхода с точки зрения повышения показателей ранней выявляемости РМЖ, качества и скорости обследования, оптимизации маршрутизации пациентов на примере программы скрининга РМЖ в Бухарской области.

Материалы и методы. В тестируемую группу риска входят женщины в возрасте 45–65 лет, без симптомов заболевания. В рамках пилотного проекта проведен промежуточный сравнительный анализ клинической эффективности двух моделей на базе 13 районных медицинских объединений. Модель №1 – на базе многопрофильной районной поликлиники (первый этап) с последующим мультимодальным подходом на базе областного

онкологического центра (второй этап): расшифровка маммограмм (второе чтение), прицельная маммография, УЗИ и биопсия. Модель №2 – комплексный подход на базе областного онкоцентра поликлиники: (двойная расшифровка маммограмм), УЗИ и биопсия.

Результаты. С момента запуска пилотного проекта «Скрининг рака молочной железы с помощью маммографии» в Бухарской области было выполнено 30386 скрининговых маммографий. Среди них было выявлено 154 злокачественных новообразований молочной железы. На текущий момент реализации проекта наиболее высокие результаты были продемонстрированы медицинскими организациями, работающими по модели №2 – проведение в одном месте скрининговой маммографии и комплексного дообследования специалистами. В рамках модели №1 значительное количество пациентов, направленных на 2 этап для проведения дообследования, выпали из определенной схемы маршрутизации, что сказалось на показателях выявляемости РМЖ. Кроме того, в организациях первого этапа фиксируется значительный процент гипердиагностики, процент направления на дообследование в некоторых поликлиниках достигает 30%.

Выводы. Организация популяционной программы скрининга РМЖ требует четкой отлаженной маршрутизации пациентов между этапами. Необходим максимальный контроль за пациентами, направленными на дообследование. Ожидается, что модель проведения скрининговой маммографии и комплексного дообследования специалистами (модель №2) в одном месте демонстрирует лучшие результаты с точки зрения качества и скорости обследования. Однако, непрерывное обучение специалистов, принимающих участие в скрининге, и внедрение качественного контроля за маршрутизацией пациентов должно повысить показатели клинической эффективности модели №1 с достижением целевых показателей скрининга.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Алмухамедова Б.Г.¹, Тилляшайхов М.Н.²

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР¹, РСНПМЦОиР²

Актуальность: в структуре общей онкологической заболеваемости, рак шейки матки у женщин составляет 9,8%. Согласно данным глобального ресурса эпидемиологии рака Международного агентства по изучению рака (МАИР) ежегодно регистрируется более 371.000 новых случаев рака шейки матки, при этом умирает порядка 200.000 женщин.

В республике Узбекистан по данным Госкомстата РУз, показатели заболеваемости и смертности от онкогинекологических заболеваний также имеют тенденцию к увеличению. В последнее время отмечается некоторое «омоложение» заболеваемости, так увеличивается число больных детородного и трудоспособного населения.

Цель: изучение онкоэпидемиологических особенностей заболеваемости и смертности от РШМ в Республике Узбекистан за исследуемый 5-летний период.

Материалы и методы: ретроспективный анализ изучения заболеваемости РШМ с применением дескриптивных и аналитических методов современной онкоэпидемиологии по г.Ташкенту.

Результаты исследования. Как показывают исследования показатели заболеваемости с течением времени имеют тенденцию к изменению, в связи с чем, необходимо их изучение с точки зрения онкоэпидемиологии, при котором можно определить факторы риска и выявить основные тенденции в изменении уровней показателей заболеваемости за определенный временной интервал, с последующим расчётом прогнозных показателей.

Заключение: прогностический просчёт заболеваемости показывает существующую тенденцию к росту, что объясняет недостаточную онконастороженность первичного звена здравоохранения, способствующую росту запущенности РШМ. Это определяет необходимость организации курсов повышения квалификации (краткосрочных) для ВОП, медицинских

сестёр, работающих в смотровых и гинекологических кабинетах поликлиник, а также фельдшерско-акушерских пунктов. Выявляемый рост заболеваемости среди женщин молодого возраста диктует необходимость разработки новых и совершенствования имеющихся методов организации планирования профилактических работ в этом направлении. Изучение распространенности возможных причин и патогенетических факторов, а также анализ результатов проводимых профилактических мероприятий программ скрининга РШМ является одним из приоритетных направлений в планировании и работе онкологической службы в целом.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность. Злокачественные новообразования (ЗН) занимают первое место среди причин смертности, что особенно важно для рака молочной железы (РМЖ). В связи с этим возросли интересы и приобрели актуальность вопросы как первичной, так и вторичной профилактики ЗН.

Материалы и методы. Анализ статистических данных по заболеваемости ЗН по республике Узбекистан.

Результаты. Ежегодно по РУз выявляется более 20 000 пациентов с впервые выявленными ЗН. При этом, как показывает анализ, среди заболевших преобладают пациенты в возрасте от 50 до 65 лет, что составляет более 47%.

При проведении скрининговых исследований доля ранних выявленных пациентов со ЗН, составляет не более 10%. При этом при проф.осмотрах выявляется не более 22%, т.е. остальные выявляются при самообращении в медицинские учреждения, что обуславливает высокий процент больных в запущенных стадиях.

В настоящее время проводится активная скрининговая программа по раннему выявлению РМЖ, РШМ и других патологий. Приняты регламентирующие документы, отрабатываются методики, но существует необходимость в создании единой информационной базы данных, для возможности мониторинга происходящих изменений у пациента, который должен быть доступен как для врачей первичного звена здравоохранения, так и онкологов на местах.

Как известно большим недостатком проводимых и получаемых данных по проведению профилактического осмотра является его представление в бумажном варианте, когда проследить ошибочные данные, либо случаи приписки не представляется возможным. Это естественным образом сказывается на получаемой информации, а также уровне ранней диагностики ЗН. Остаются неизвестными результаты предшествующих осмотров, нет баз данных пациентов группы риска, а также всех сведений, полученных при проведении скрининга в условиях поликлиники.

Заключение. Таким образом, необходимо решать имеющиеся организационные вопросы по повышению квалификации врачей первичного звена, осведомленности о программах скрининга, а также онконастороженности врачей общей практики, с возможностью создания реестра пациентов, которым проводились обследования и скрининговые мероприятия. Доступность к реестру должна быть обеспечена для всех медицинских организаций, как от организаций первичной медико-санитарной помощи заканчивая филиалами региональных центров онкологии. Воплощение этих организационных моментов поможет иметь постоянный непрерывный мониторинг с маршрутизацией пациента, а также отслеживать все выявляемые случаи с подозрением на ЗН, а также повышать раннюю диагностику и обеспечивать достоверность проводимых осмотров.

АНАЛИЗ ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИНЯТИЕМ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ

Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность. Мировые статистические данные Международного Агентства по изучению рака (МАИР) показали, что в 2020 г. число новых случаев злокачественных новообразований (ЗН) по миру составило 19,3 млн. и порядка 10 млн. смертей.

Рак молочной железы (РМЖ) среди женского населения занимает первое место, при этом число вновь выявленных больных составляет 2,3 миллиона (11,7%). Далее в структуре ЗН в порядке убывания следуют рак легких (11,4%), колоректальный рак (10,0%), рак предстательной железы (7,3%) и рак желудка (5,6%).

Цель исследования. Учитывая складывающуюся ситуацию в мире по лидерству РМЖ в качестве заболевания с высоким уровнем заболеваемости необходимо провести анализ работы первичного звена, с целью выявления и ранней диагностики РМЖ для начала его своевременного лечения.

Материалы и методы. Сбор информации с включением данных анализа из государственной отчетной формы №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», анкетный опросник, данные клинико-диагностических исследований больных, обратившихся за помощью в первичное звено здравоохранения.

Результаты и обсуждения. Как показывают статистические данные в настоящее время в Республике Узбекистан на диспансерном учете состоит – 107 196 (103 063 в 2019 г.) онкологических больных. За 2020 г. по Республике численность больных с впервые выявленным диагнозом ЗН составил 21 976 (24 648 в 2019 г.), при этом показатель заболеваемости составил – 64,8 (74,1 в 2019 г.) на 100 тыс. населения. По данным статистики в 2020 году число умерших от ЗН составило – 13 552 (13 504 в 2019 г.), показатель смертности при этом составил 40,0 (40,6 в 2019 г.). На поздних III-IV стадиях заболевания регистрировалось 44,7% (41,2% в 2019г.), что указывает на низкую онконастороженность врачей первичного звена здравоохранения. При этом согласно нозологической единице лидируют: ЗН молочной железы (9,8 на 100 000 населения), желудка (5,1 на 100 000 населения), шейки матки (4,8 на 100 000 населения). Среди женского населения структура онкологической заболеваемости: ЗН молочной железы – 19,5; шейки матки – 9,7 и яичника – 4,9 на 100 000 населения, у мужчин: ЗН желудка – 6,2; бронхов и легких – 5,4 и предстательной железы – 3,0.

Заключение. Как видно из анализа полученных статистических данных заболеваемость и смертность ЗН, особенно РМЖ имеет тенденцию к увеличению, что требует активных процессов по организации маммологического скрининга с созданием реестра проводимых наблюдений, а также их динамического контроля. Необходимо усилить деятельность первичного звена раннего выявления с помощью имеющихся алгоритмов диагностики и лечения, а также обучения программе «самообследования молочной железы» с последующим проведением УЗ-исследования, с взятием на учёт и динамическим наблюдением.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПИВАЮЩИХ АППАРАТОВ

Мухаммедаминов Ш.К., Мирзамухамедов Х.К., Сагдуллаев Ш.П., Касымов А.А., Абдалов И.Б.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР, ЦРПКМР

Цель. Провести анализ результатов реконструктивно-восстановительных операций, проведенных в Ташкентский областной филиал РСНПМЦО и Р за последние 10 лет.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 102 реконструктивно-восстановительных операций выполненных в Ташкентском областном филиале РСНПМЦОиР с 2012 по 2021гг, у больных колоректальным раком после обструктивных резекций (87), а также с различными колостомами (15) с целью декомпрессии толстой кишки. Возраст больных от 38 до

77 лет. Среди них мужчин было 62, женщин- 40. Больные были в основном с III ст. опухолевого процесса осложненной кишечной непроходимостью. Ранее из 102 больных в нашей клинике оперированы 77, а остальные 25 в других лечебных учреждениях Республики. Сроки выполнения реконструктивно-восстановительных операций 6-15 месяцев. До реконструктивно-восстановительных операций 82(79%) больных получали адьювантные курсы полихимиотерапии.

Результаты. Анастомозы сформированы при помощи сшивающих аппаратов (фирмы Covidien). С целью защиты у 32 больных после формирования анастомозов наложены превентивные стомы. Летальных исходов не было. Несостоятельность швов анастомоза не наблюдалось. В одном случае наблюдалось проявления гематологического заболевания. Гнойно-воспалительные осложнения имели место в 2,6 % случаях, анастомозит-у 2,1 % оперированных. У 8 (7,1%) больных наблюдалось рубцовые сужение анастомоза, которым в последующем было произведено бужирование ректоскопом. У 6 % больных наблюдалось урологические осложнения в виде атонии мочевого пузыря.

Выводы. Реконструктивно-восстановительные операции у больных колоректальным раком с использованием сшивающих аппаратов, проведенных в Ташкентском областном филиале РСНПМЦО и Р за последние 10 лет показал, что при хорошей подготовке и в правильном подходе в объемах операции можно минимизировать послеоперационные осложнения

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ НОЭПИТЕЛИАЛ ХАВСИЗ ЎСМАЛАРИНИ ТАҲЛИЛИ

Бекмирзаев Р.М, Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С.

РСНПМЦОиР

Тақиқот мақсади. Юз-жағ соҳаси ноэпителиал хавсиз ўсмаларини учраш сонини ва ўсмаларни анатомик жойлашувини ўрганиш.

Материал ва усуллар. РИОваРИАТМ бош-бўйин ўсмалари бўлимида 2010-2016 йилларда бурун бўшлиғи, ғалвирсимон бўшлиқ, бурун халқум, юқори жағ бўшлиғи хавфсиз ноэпителиал ўсмалари билан даволанган 139 та беморлар ўрганилди. Бундан аёллар 36 та, эркеклар 103 та ташкил этади. Беморлар ёши бўйича 14 ёшдан 70 ёшгача бўлиб, ўртача 29 ёшни ташкил этади. Бу соҳалар анатомик соҳалар ва морфологияси бўйича кўриб чиқилди. Морфологияси бўйича: Ангиофиброма 90 та, остеома 17 та, ОБК 13та, гемангиома 5 та, фибромиксома 5 та, нейроген ўсмалар 3 та, мезинхимома 2 та, миксома 2 та, фиброма 2 та аниқланди. Анатомик жолашуви бўйича: бурун халқумда 80 та, юқори жағда 36 та, ғалвирсимон лабиринтда 12 та, бурун бўшлиғида 11 та беморларда аниқланди.

Натижа: таҳлил натижаларига кўра юз-жағ соҳаси хавфсиз ноэпителиал ўсмаларидан энг кўп қон томир ўсмалари (ангиофиброма ва гемангиома) 68,3%ни ташкил этди, суяк тўқимаси ўсмалари (ОБК, остеома) 21,5% ни ташкил этганлиги аниқланди. Ўсмаларнинг анатомик жойлашуви бўйича ангиофибромалар энг кўпи бурун бўшлиғида, суяк тўқимаси ўсмалари эса юқори жағда жойлашганлиги кузатилди. Беморларнинг 74% ни эркеклар, 26% ни аёллар ташкил этди.

Хулоса: 1. Юз-жағ соҳаси хавфсиз ноэпителиал ўсмаларидан энг кўп қон томир ўсмалари (ангиофиброма ва гемангиома) 68,3% ва суяк тўқимасидан ривожланган ўсмалар (ОБК, остеома) 21,5% ни ташкил этади. 2. Анатомик жолашуви бўйича бурун халқум ва юқори жағда кўп учраши аниқланади. 3. Эркекларда аёлларга нисбатан 3 марта кўп учраши кузатилди.

ЮЗ-ЖАҒ САРКОМАЛАРИНИ ЭРТА БОСҚИЧЛАРДА АНИҚЛАНИШИДА

АҲОЛИНИНГ ТИББІЙ МАДАНИЯТИ ВА ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИ

ОНКОЭХТИЁТКОРЛИГИНИНГ АҲАМИЯТИ

Бекмирзаев Р.М., Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С.

РИОваРИАТМ

Тадқиқот мақсади. Юз-жағ саркомаларини кеч босқичларда аниқланиш сабабларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. РИОваРИАТМ бош-бўйин ўсмалари бўлимида 2010-2014 йиллар давомида юз-жағ соҳаси саркомалари билан даволанган 15 ёшдан 67 ёшгачан бўлган 74 та беморлар ўрганилди. Эркаклар 43(58%) та, аёллар 31(42%) та. РИОваРИАТМ га 52(70,3%) та бирламчи, 22(29,7%) та беморлар рецидив билан мурожаат қилган. Рецидив билан мурожаат қилган беморлар яшаш жойида вилоят онкология филиаллари ва бошқа (ЛОР, стоматолог, юз-жағ жаррохи, нервпатолог) мутахассисларда даволанган.

Касалликнинг клиник белгилари пайдо бўлгандан сўнг 23(31%) та беморлар маҳаллий онкологга мурожаат этган. Беморларни маҳаллий онкологга мурожаати ўртача 6 ойни ташкил этган. (Беморларни мурожаати 15 кундан 60 ойгача). РИОваРИАТМ га ўртача 9 ойни ташкил этган. Беморларнинг 39(52,7%) таси дастлаб бошқа соҳа шифокорларига ЛОР, стоматолог, юз-жағ жаррохи, невропатолог, терапевт, табиб, хусусий шифохоналарга мурожаат этишган ва консерватив даво муолажалари бажарилган. Улардан 22(29,7%) тасида ЛОР, стоматолог, юз-жағ жаррохи томонидан жаррохлик йўли билан даволанган. Бирламчи мурожаат қилган беморларда ўсмани ўртача хажми 5,3х5,5 см.

Натижалар ва муҳокама. Касалликнинг клиник белгилари бошлангандан сўнг 31% беморлар вилоят онкология диспансерларига мурожаат этган. Беморларни маҳаллий онкологга мурожаати ўртача 6 ой, РИОваРИАТМ га мурожаати ўртача 9 ойни ташкил этган. Бу вақт давомида ўсма беморни безовта қилмаган ва баъзи беморлар бошқа соҳа шифокорларига мурожаат қилган ва самарасиз даволанган. Беморларни 52,7% бошқа соҳа шифокорларига мурожаат этишган ва консерватив даволанган. 29,7% беморлар эса бошқа мутахассислар томонидан жаррохлик амалиёти бажарилган. Бирламчи мурожаат қилган беморларда ўсмани ўртача хажми 5,3х5,5 см ни ташкил этган. 76% беморларда ўсма маҳаллий тарқалган кўринишда бўлган.

Хулоса. Беморларнинг онколог мутахассисларига мурожаати ўртача 6 ойни ташкил этмоқда. 52,7% беморлар бошқа соҳа мутахассисларига мурожаати аниқланди. Ўсмани барвақт аниқлаш ва самарали даволаш мақсадида аҳолини тиббий маданиятини ва бошқа соҳа мутахассисларини онко эхтиёткорлигини ошириш мақсадга мувофиқ.

НОВЫЙ ИНТЕРФЕЙС ДЛЯ ДЕТСКОГО РАКОВОГО РЕГИСТРА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Гафур-Ахунов М.А., Абдихакимова М.И., Шукурова М.А., Иноятова М.А.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Без существования чёткой системы мониторинга ЗНО в детском возрасте разработка эффективных мероприятий противоопухолевого контроля невозможна. Популяционные канцер-регистры – основной элемент системы мониторинга, позволяющий оценивать заболеваемость, распространенность ЗНО и результаты терапии на популяционном уровне. В статье представлены международные рекомендации по регистрации случаев ЗН у детей. Хотя, в РУз не повсеместно, но имеются госпитальные КР МЗУз. удельный вес ЗНО у детей значительно ниже от соседних стран. Причиной является отсутствие общепринятого и утверждённого популяционного К-Р.

Цель исследования. Создание современной цифровой площадки для формирования детского ракового регистра Республики Узбекистан.

Материалы и методы. Нами предпринята попытка разработки нового программного продукта, который позволяет всем пациентам находится в единой базе и отслеживать, в том числе результаты лечения и маршрутизацию больных. Это своего рода автоматизированный контроль за эффективностью и этапами лечения пациента. Для этих целей на базе операционной системы Windows создана программа, которая отличается от традиционных компьютерных баз данных Excel, Access и других.

Результаты и обсуждение. Интерфейс программы прежде всего содержит 3 больших раздела в виде: «Пациент», «Раздел», «Export» позволяющий работать в он-лайн режиме.

Первый раздел «Пациент» состоит из следующих 3 инструментов:

1. Окно для введения новых больных;
2. Окно поиска пациентов;
3. Окно определения эпизодов заболеваний, куда добавить либо удалить данные о рецидивах или метастазах.

Второй раздел и наиболее смысловая часть КР состоит из 10 окон в виде

1. Персональные данные;
2. Диагноз и его дата;
3. Лечение;
4. Катамнез;
5. Решения;
6. Документы;
7. Регистрация больных и события;
8. Диагноз (годы);
9. Регистрация (годы);
10. Дефекты

Эти окна вместе позволяют получить практически исчерпывающую информацию о пациенте. Данный раздел КР является наиболее смысловой рабочей площадкой в цельном понимании больших объёмов данных.

Третий раздел «Export» позволяет экспортировать данные из КР в другие электронные носители.

Выводы. Таким образом, формирование цифровых площадок для регистрации ЗНО у детей у нас в стране представляется насущным.

Созданная программа-интерфейс для детского ракового регистра Республики Узбекистан отличается простотой применения и воспроизводимостью для других детских онкоучреждений может быть рекомендована для повсеместного применения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ

Гагиев Л.Т., Маматмуродов С.Н., Хошимов Б., Кобиллов Б.З.

Джизакский филиал РСНПМЦОиР

Цель. Ретроспективное изучение эпидемиологических аспектов рака шейки матки в Джизакской области.

Материал и методы исследования. За исследуемый период с 2018-2021 гг. в Джизакском областном филиале РСНПМЦОиР было пролечено 253 больных с диагнозом рак шейки матки (РШМ) I-III стадии. Изучены архивные данные пациенток двух возрастных групп: I группа (30-49 лет) и II группа (50-70 лет).

Результаты исследования. Показатель заболеваемости РШМ по Джизакской области в 2018-2021 гг. имел тенденцию к повышению: в г. Джизаке РШМ чаще поражал больных первой возрастной группы соотношение 1:3; в 2021 году это соотношение было равно 1:4 и наблюдалось чаще в Ш.Рашидовском, Пахтакорском и Зарбдарском районах. В 2018 году среди женщин этой же возрастной группы составил 1:6, в 2021 году в 81 районах составил 1:13, заболевание было выявлено преимущественно у женщин II возрастной группы. В 2018-2021 годах самые низкие показатели были зарегистрированы в 9 районах.

Выводы. Выявлена географическая закономерность частоты заболеваемости РШМ в Джизакской области в зависимости от возраста женщин. Полученные данные позволяют выделить в области эндемичные районы, в каких районах в первую очередь необходимо проводить мероприятия по первичной и вторичной профилактике РШМ, что может оказать существенную помощь в снижении заболеваемости по регионам Джизакской области.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Газиев Л.Т., Хошимов Б.Б., Маматмуродов С.Н., Кобилов Б.З.

Джизакский филиал РСНПМЦОиР

Цель. Провести анализ основных показателей первично-множественных злокачественных опухолей женской репродуктивной системы в Джизакском филиале РСНПМЦОиР.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 60 (100%) пациенток с первично-множественными злокачественными опухолями (ПМЗО) женской репродуктивной системы Джизакском филиалов РСНПМЦОиР.

У всех больных отмечено поражение молочной железы синхронно или метакронно с вовлечением органов женской репродуктивной системы, такими как шейка матки, тело матки и яичники. Возраст больных колебался от 45 до 72 лет. Средний возраст больных составил 56 лет. При выявлении первичной опухоли пациентки были в возрасте от 42 до 60 лет.

Результаты исследования. Синхронное поражение молочной железы и других органов репродуктивной системы отмечено у 22 (36%) больных, метакронное 38 (64%). Гистологическое исследование опухолей молочной железы показало, что из 60 больных у 43 (72%) больных опухоль была представлена инфильтративным протоковым раком и у 17 (28%) больных инфильтративным дольковым раком. Поражение органов гениталий распределено следующим образом: РМЖ+РШМ у 8 (13 %) больных, РМЖ+РТМ у 23 (38%) и РМЖ+РЯ у 29 (49%) больных. Следует отметить, что среди органов гениталий отмечается частое поражение молочной железы и яичников. Распространённость опухолей по системе TNM рак молочной железы T2-4N0-1M0, рак шейки матки T1-3N0-1M0, рак тела матки T1-3N0-1M0 и рак яичников T1-3N0-1M0-1. Все больные получили комбинированное и/или комплексное лечение. Больные наблюдались в течении 5 лет, за период наблюдения из 60 больных у 34 (57%) выявлен loco-регионарный рецидив, у 8 (13%) отмечалась генерализация процесса. Отдаленные метастазы наблюдались чаще в легких, костях скелета и печени. У 18 (30%) больных рецидивов и метастазов опухоли не выявлено.

Выводы. Таким образом, в изученных регионах наблюдалась тенденция к росту количества случаев больных с ПМЗО органов женской репродуктивной системы, при этом РМЖ чаще всего сочетался с РЯ, причем заболевание выявлялось у лиц молодого возраста и имело место наследственная отягощенность.

MULTIMODAL APPROACH IN THE MANAGEMENT OF LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER

Gaziev L.T., Almuradova D.M., Yusupov A.A., Ismailov J.Kh.

Tashkent city branch of RSSPMCO and R, Tashkent medical academy

Relevance. Locally advanced rectal cancer is a fairly common (22-49%) diagnosed form of rectal cancer, however, there is no consensus in existing discussions about the very definition of the concept of locally advanced cancer, the choice of diagnostic and therapeutic tactics, and the evaluation of treatment results.

Target. To improve the results of treatment by individualizing the choice of diagnostic and therapeutic tactics.

Materials and methods. For the period from 2017 to 2021 In the department of oncoproctology of the Tashkent City Branch of the RSSPMCO and R, 480 patients were operated for rectal cancer, among which 82 (17,07%) were operated on with locally advanced cancer. All patients underwent a complex of standard examinations in accordance with the nosology; patients with suspected locally advanced cancer were required to undergo MRI of the pelvic organ, if possible, PET-CT.

Characteristics of the patient for locally advanced cancer was as follows: the average age was 59.22 years; a significant advantage of the female over the male (61% to 39%); the tumor predominantly (56.09) affected the middle and lower ampullar parts of the rectum; Based on the data of a

morphological study, in more than a third of patients, mucus-producing adenocarcinoma was verified.

Complications of the local process were diagnosed in (43,9%) patients, among which: - paratumorous infiltrate in 13 patients, including abscess formation in 4 patients; - 9 patients with a purulent-destructive process (rectovesical fistula in 5 patients and rectovaginal fistula - 4); - Subcompensated intestinal obstruction was diagnosed in 14 patients.

Results. Based on the conducted studies, conservative and medical measures, the patients were divided into three groups. I- I amounted to 46 (56,09%) patients without purulent-destructive complications with compensated function of the pelvic organs. Patients at the first stage of complex treatment underwent neoadjuvant chemoradiotherapy: oral fluoropyrimidines (Ftorafur or capecetabine) + radiation therapy for classical fractionation with a single dose of 1.8 to 2.2 Gy to a total of 44,8–49,7 Gy followed, after 6–8 weeks, by surgical treatment. II - z - 26 (31,71%) patients with purulent-destructive complications, unresolved intestinal obstruction with disorders functions of the pelvic organs. At the first stage, these patients underwent surgical treatment. And II - I group consisted of 10 (12,19%) patients in whom a widespread tumor process (T4N0-1-2M1 (hep et pulm et oss)), patients underwent preoperative preparation, symptomatic surgical treatment was performed, the median survival among patients in this group was $7,86 \pm 3,12$ months. Using a multimodal approach, if necessary, including an oncurologist, an oncogynecologist or a vascular surgeon in the operating teams, it was possible to achieve resectability of 85,58% among patients in the first group and 74,38% in the second, with an R0 resection rate of 84,14% and 67, respectively, 22%. Mostly surgical interventions were performed in a combined volume, among patients of the first group they amounted to 72,43%, in the second – 83,31%. Most often, bladder resection was performed in 12 (19,67%) patients, supravaginal amputation of the uterus with appendages in 10 (16,44%) and in combination with the above interventions - 8 (12,78%) patients. Surgical interventions with primary restoration of colon continuity were more often performed in patients of the first group and amounted to 66,37%, while in patients of the second group only 50,24%. Postoperative complications among patients of the first group occurred in 17,07%, in the second – 22,12%, and postoperative mortality, respectively – 2,77% and 6,59%. Adjuvant treatment was carried out in 69 (84,47%) patients of the first and second groups, of which according to the schemes: - Mayo treated – 39,46% of patients; - FOLFOX-6 – 31,84%; - CAPOX – 23,76% and 4,93% used the technique (sandwich) (2 courses of PCT + CLT + 2 courses of PCT). Locoregional relapses in patients of the first group occurred in 3 (5,26%) cases, generalization of the process in 2 (4,6%) patients, and among patients of the second group, respectively, 10,44% and 7,46%. Long-term results of treatment are being studied.

Conclusion. Thus, locally advanced rectal cancer is an immobile tumor that affects two or more sections of the rectum, grows beyond the organ and its own rectal fascial space with spread to surrounding organs and tissues, in more than half of cases complicated by a purulent-destructive process with dysfunction of the pelvic organs. The distribution by groups of patients in this category made it possible to individualize the approach in choosing the stages of complex treatment and obtain good results.

ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Ибрагимов Ш.Н., Тилляшайхов М.Н.

РСНПМЦОиР

Актуальность проблемы. Количество новых случаев рака в Узбекистане увеличивается с каждым годом в соответствии с мировыми тенденциями. Лучевая терапия в стране показана для около 70% пациентов. Это связано с преобладающими видами рака. Текущая ситуация была обсуждена международными экспертами на недавних встречах в рамках совместной МАГАТЭ, МАИР, ВОЗ оценочной миссии imPACT в Узбекистане.

Анализ ситуации и обсуждение. До 2017 года в Узбекистане лучевая терапия осуществлялась на 4-х морально устаревших гамма-терапевтических и 3-х рентгентерапевтических аппаратах. С

2012 года Правительство Узбекистана и Исламский банк развития (ИБР) реализовали проект «Модернизация онкологической службы в Узбекистане», в рамках которого было профинансировано приобретение оборудования на 32,2 миллиона евро и с 2018 года установлены 2 линейных ускорителя, 11 дистанционных гамма-аппаратов и 7 аппаратов для брахитерапии. В 2021 году ИБР и Правительство Узбекистана подписали второй этап кредита, который включает дополнительное оборудование (20 аппаратов радиотерапии) и услуги на 80 миллионов долларов США.

Усилия Правительства по модернизации радиотерапевтической службы страны фактически перевело большинство регионов на уровень «Пакет 1-ВОЗ». Оборудование «Пакет 3-ВОЗ» сосредоточено в республиканском центре.

В Узбекистане понимают, что страна отстаёт в своих возможностях по количеству аппаратов среднего напряжения и технологий, предлагаемых пациентам, по сравнению с другими странами. Предполагаемый спрос, основанный на передовой международной практике, в основном указывает на потребность аппаратов дистанционной лучевой терапии. Так как, в настоящее время лучевая терапия реже используется у паллиативных пациентов, из-за ограниченных возможностей и приоритета пациентов, у которых есть шансы на выживание.

Для решения этого вопроса привлечены эксперты Международной финансовой корпорации и было предложено создание на основе государственно-частного партнерства 4 межрегиональных радиотерапевтических центров по 2 линейных ускорителей на каждом, что даст дополнительный потенциал выведения четырех регионов на уровень «Пакет 2-ВОЗ».

Президент страны при посещении 14 мая 2021 года в республиканский онкологический центр ознакомился с условиями и возможностями онкоцентра. На основании анализа перспектив развития онкологической службы было решено построить на новом месте современный, отвечающий всем требованиям новый Центр онкологии и радиологии. При новом центре намечено создание Центра ядерной медицины и лучевой терапии.

Особое внимание уделено подготовке кадров. В стране уже создано непрерывное медицинское образование и различные программы обучения, позволяющие работать в отделениях лучевой терапии. 53 специалистов из радиотерапевтических центров страны проходили стажировки в ведущих мировых клиниках. Предусмотрено подготовка кадров радиотерапевтической службы в зарубежных центрах во 2-фазе проекта ИБР и проектах МАГАТЭ.

Заключение. Таким образом, создание новых центров лучевой терапии окажет прямое положительное социальное воздействие. Радиотерапия будет доступна для более широких групп населения.

ЎЗБЕКИСТОНДА БОШ МИЯ ЎСМАСИ ВА ЎЛИМ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ДИНАМИКАСИ

Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Умуров Ш.С.

РИОваРИАТМ

Мақсад. Ўзбекистон Республикасида 2015-2019 йиллар давомида бош ми я ўсмалари касаллиги ва ўлим кўрсаткичларини статистик таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Республика ихтисослатирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббийёт марказлари филиаллари томонидан тақдим этиладиган бош ми я ўсмалари ҳақидаги барча статистик маълумотлар асосида тайёрланадиган Ўзбекистон Республикаси ССВ томонидан қабул қилинган “7-ССВ”-(“Ҳавфли ўсма касалликлари тўғрисида маълумот”) 2015-2019 йиллар назорат-ҳисоб ҳужжат шакли изланишимизнинг объекти ҳисобланади.

Натижа. Бош ми я ўсмалари Ўзбекистон Республикаси онкологик касалликлар структурасида 2015-2019 йиллар давомида 4-5-ўринларни, болаларда эса 2-ўринни эгаллайди. Республика ҳудудида 2015-2019 йиллар давомида барча ҳавфли ўсма касалликлари бирламчи аниқланганлар сони 112 091 ни ташкил қилади, улардан бош ми я ўсмалари билан 5304 (4,73%) ҳолат аниқланди. Бош ми я ўсмалари 2015-йил 1010 дан 2019 йилда 1168 гача ўсган. Бош ми я

ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичи 100 000 аҳолига нисбатан 2015-йил 3.2 га, 2019 йилда 3.5га тенг бўлган. Шу давр мобайнида Республика ҳудудида барча онкологик касалликлардан вафот этганлар сони 67 721 та, бош мия ўсмалари касаллигидан вафот этганлар сони 2806 (4,14%), унинг 274 (9,76%) 0-17 ёшли, 866 (30,76%) 18-44 ёшли, 1241 (44,22%) 45-64 ёшли, 425 (15,14%) 65 ёшдан катталар ташкил этади.

Хулоса. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, қуйидагича хулоса қилиш мумкин. Ўзбекистон Республикасида бош мия ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичи ўсиб бормоқда, ўлим кўрсаткичлари 45-64 ёшли беморларда (44,22%) ва 18-44 ёшли беморларда (30,76%) кўп кузатилмоқда.

ЎЗБЕКИСТОНДА ОШҚОЗОН САРАТОНИ КАСАЛЛИГИ СТАТИСТИКАСИ

Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Умуров Ш.С., Хуснуддинов Н.З.

РИОваРИАТМ

Мақсад. Ўзбекистон Республикасида 2015-2019 йиллар давомида ошқозон саратони (ОС) билан касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини статистик таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Республика ихтисослатирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказлари филиаллари томонидан тақдим этиладиган ОС ҳақидаги барча статистик маълумотлар асосида тайёрланадиган Ўзбекистон Республикаси ССВ томонидан қабул қилинган “7-ССВ”-(“Ҳавфли ўсма касалликлари тўғрисида маълумот”) 2015-2019 йиллар назорат-ҳисоб ҳужжат шакли изланишимизнинг объекти ҳисобланади.

Натижа. Ўзбекистон Республикасида онкологик касалликлар структурасида ОС сут беи саратони касаллигидан кейин 2-ўринни эгаллаши билан ОСни эпидемиологик таҳлил қилиш долзарблигини кўрсатиб турибди. Ўзбекистон Республикаси ҳудудида 2015-2019 йиллар давомида бирламчи аниқланган онкологик касалликлари 112 091 бўлиб, буларнинг 9 286 (8,3%) ОС касаллиги. ОС билан касалланиш 2015 йилда 1 826 та 2019 йилда эса 1888 гача ўсган. Статистик таҳлил олиб борилган йиллар давомида I-II босқичда 2284 та, III-IV босқичда 6 845 та (75%) ҳолатлар бирламчи аниқланган. Шу давр мобайнида барча онкологик касалликлардан вафот этганлар сони 67 721 та бўлиб, шундан ОСдан вафот этганлар 7492 та (11%) бўлиб, уларнинг 6 (0,08%)ни 0-17ёшли, 700 (9,34%) 18-44 ёшли, 3565 (47,58%) 45-64 ёшли, 3221(43%) 65 ёшдан катталар ташкил қилади. 2015 йилда 1381 та, 2019 йилда эса 1402 та ўлим рўйхатга олинган.

Хулоса. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, қуйидагича хулоса қилиш мумкин: Ўзбекистон Республикасида ОС билан касалланиш ўсиб бормоқда, бирламчи аниқланган беморларни 75% қисмини III-IV босқичда аниқланган беморлар ташкил қилади. Ўлим кўрсаткичлари кўпайган. ОСдан вафот этганларнинг 47,58 % 45-64 ёшли, 43 % 65 ёшдан катталар ташкил этади.

ЧАСТОТА РЕТИНОБЛАСТОМЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Исламов Р.Х.

РСНПМЦОиР

Цель. Изучение частоты встречаемости ретинобластомы Республике Узбекистан.

Материал и методы. Нами с 2001 по 2010 год пролечены 295 больных с Рб из разных областей республики. В момент установления диагноза больные были в возрасте от 1 месяца до 11 лет. Из них мальчиков было 157 (53,2%), девочек было 138 (46,8%). Для выявления частоты встречаемости РБ за один год, мы делили число родившихся детей за один год на количество заболевших детей за этот период из этой области. Также вычисляли частоту встречаемости за 10 лет в каждой области и по Республике в целом.

Результаты. Исследование показало, что количество больных с Рб ежегодно обратившихся к нам с каждой области варьирует от 0 до 6. Выявлено также, что из некоторых областей в течение одного или двух лет больных с Рб к нам не поступало. Поэтому ежегодная частота РБ в каждой области в течение 10 лет также варьирует в довольно широком диапазоне. Например, в

Бухарской области от 1 случая Рб на 5870 новорожденных до 1: 32584 новорожденных. Средний показатель частоты Рб в этой области за это время был в пределах 1: 14537 новорожденных. Или же, в Самаркандской области за 10 лет частота варьировала от 1:10449 до 1:75123 новорожденных, а средний показатель был 1:20534 новорожденных.

Выявлена самая высокая и низкая частота Рб за 10 лет среди административных единиц республики. Высокая частота была в Бухарской и Андижанской областях: 1:14537 и 1:14643 новорожденных соответственно. Самая низкая частота за 10 лет была в Наманганской и Джизакской области 1:29890 и 1:26670. По республике ежегодные данные тоже варьируют от 1:15893 до 1:31324. Средний уровень частоты РБ в Узбекистане за 10 лет составила 1:19335 новорожденных.

Заключение. Такое варьирование частоты Рб возможно объяснить тем, что страдает ранняя диагностика и недостаточной онкологической настороженностью некоторых врачей, когда больные с симптомами Рб долгое время лечатся или оперируются от других заболеваний.

СОЧЕТАННЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ Б + С У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Исроилова Ф.А., Рахматова Д.Л., Туйджанова Х.Х., Хушвакова С.У., Имамов О.А.

РСНПМЦОиР

На сегодняшний день не столь широко освещается одномоментное течение вирусных гепатитов (ВГ) Б+С у онкобольных. Лечение злокачественных новообразований (ЗНО) шагнули далеко вперед, и речь идет не только о высокотехнологических операциях, а о методах химио-лучевой терапии, которые не просто продлевают жизнь, но многие заболевания (онкогематологические) перевели в разряд полностью излечимых. На фоне проводимой лекарственной терапии (ЛТ): химио-таргетная, иммунотерапия столкнулись с проблемой реактивации ВГ вплоть до развития фульминантного гепатита, прогрессирования ВГ, что затрудняет дифференциальную диагностику между токсическим гепатитом. ЛТ ЗНО сопровождается множеством осложнений со стороны всех органов и систем и часто проявляется гепатотоксичность, что нередко определяет прогноз пациента напрямую.

Целью исследования явилось выявления сочетанного ВГБ+С, определение активности процесса, ЛТ на фоне сопроводительной противовирусной терапии.

Материалы и методы: проведен анализ пролеченных больных с сочетанным ВГБ+С в 2019-2021 гг, распределение по возрасту, нозологической форме рака, полу, региону. За 2019 год было выявлено у 18 пациентов (муж-10, жен-8), 2020г-14 (муж-9, жен-5), 2021г-18 (муж-7, жен-11). Возрастная категория: 1 ребенок 10 месяцев, 20-30 лет-1 пациент, 35-40: 4, 40-45: 6, 45-50: 5, 50-55: 8, 55-60: 13, 60-65: 4, 65-70: 8, 70-75: 2, 75-80: 1. Рак печени в 2019 г у 4 пациентов, 2020г-4, 2021г-2, рак желудка 2019г-3, 2020г-2, 2021г-1, рак органов головы и шеи 2019г-2, 2020г-2, 2021г-1, рак шейки матки 2019г-2, 2020г-1, 2021г-1, саркомы 2019г-3, 2021г-1, рак яичка 2019г-1, рак легкого 2019г-1, 2021г-2, рак почки 2019г-1, рак склеры 2019г-1, рак молочной железы 2019г-2, 2021г-2, рак тела матки 2020г-1, рак простаты 2020г-1, рак прямой кишки 2020г-1, рак пищевода 2021г-1, рак яичников 2021г-1, трофобласт 2021г-1, рак орбиты 2021г-3. По регионам: Жиззахская область 9 пациентов (2019г-2, 2020г-2, 2021г-5), Ташкент-8 (2019г-3, 2020г-1, 2021г-4), Сурхандарьинская обл-5 (2019г-4, 2021г-1), Таш.обл-4 (2019г-2, 2020г-1, 2021г-1), Хорезмская обл-4 (2020г-3, 2021г-1), Наманганская обл-4 (2019г-1, 2020г-1, 2021г-2), ККР-3 (2020г-2, 2021г-1), Сирдарьинская обл-2 (2019г-1, 2021г-1), Самаркандская обл-2 (2019г-1, 2020г-1), Кашкадарьинская обл-2 (2019г-1, 2021г-1), Бухарская обл-2 (2019г-1, 2020г-1), Ферганская обл-2 (2019г-2), Навоинская обл-1 (2020г), Андижанская обл-1 (2021г).

Выводы: По данным анализа ВГБ+С чаще выявлялись 2019 и 2021гг, в возрасте 55-60 лет, в основном встречались при раке органов ЖКТ, органов головы и шеи, репродуктивных органов. По регионам преобладали в Жиззахской области и город Ташкент.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАЛОЖЕНИЯ КОЛО-РЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИМЕНЕНИЕМ ВЫСОКО ТЕХНОЛОГИЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Исламов Х.Д.¹, Тен Я.В., Корахожаев Б.Ш., Матниязова Ш.Я., Зияев Я.Ф.¹, Хакимов А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

В настоящее время одним из перспективных методов повышения эффективности оперативного лечения рака прямой кишки, является разработка новых высокотехнологичных вмешательств наложения анастомозов.

Нашей задачей являлось изучение эффективности наложения анастомозов традиционными (53) путями и современными циркулярно-сшивающими аппаратами ETICON фирмы Джонсон и Джонсон.

В 2020 году в отделении колопроктологии РОНЦ Мз РУз. было прооперировано 170 больных с раком прямой кишки. Их них 53 больным был наложен анастомоз традиционными путём (вручную), 33 больным современными циркулярно-сшивающими аппаратами ETICON фирмы Джонсон и Джонсон, и 84 больным, имеющим осложнения как местнораспространенность опухолевого процесса, кишечная непроходимость проводили операцию типа Гартмана.

Результаты оперативного лечения больных раком прямой кишки с последующим коло-ректальным анастомозом сравнивались в I группе и во II группе.

У больных I группы несостоятельность коло-ректальных анастомозов составило 8 (9,1 %) случаях, 5 случаев делалась релапоротомия, последующей колостомой и 3 случаях формировался толсто кишечный свищ через операционную рану, которая заживала в течении 2 месяцев. Методом ранней диагностика несостоятельности коло-ректальных анастомозов служил метод, разработанный в отделении колопроктологии РНПЦОиР Мз РУз. за который был получен патент № IAP 03892. Летальность было в 1 случаи, причиной которого сердечно сосудистая недостаточность. Во II группе больных несостоятельность коло-ректальных анастомозов не наблюдалось, летальность было в 1 случаи, причиной которого ТЭЛА. Больные выписывались в удовлетворительном состоянии на 6-7 сутки.

Таким образом, проведенное исследование показывает эффективность наложения коло-ректальных анастомозов современными циркулярно-сшивающими аппаратами ETICON фирмы Джонсон и Джонсон при раке прямой кишки, что показало прочность наложенного анастомоза, и сокращения даты реабилитации больного после операционном периоде.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НИЗКО-СРЕДНЕГО АМПУЛЯРНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ЦЕЛЮ ДОВЕДЕНИЯ ДО СФИНКТЕРОСОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Исламов Х.Д., Корахожаев Б.Ш., Рахимов О.А., Чен Е.Е., Израильбекова К.Ш., Матниязова Ш.Я., Зияев Я.Ф., Хакимов А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Цель исследования: оценка эффективности комплексного лечения рака прямой кишки с сохранением целостности желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. В исследование были включены 35 больные в отделение колопроктологии РСНПМЦОиР, из них 15 женщин, 20 мужчин. Возраст пациентов варировал от 54 до 60 лет. В группе контроля были 30 пациентов у кого было проведено оперативное вмешательство с последующим адъювантным лечением. Больные были распределены в 3 группы. В первую группу входили 17 больных с расположением опухоли в средне-ампулярной зоне прямой кишки которым проведено 4 курса неоадъювантной полихимиотерапии в режиме САРОХ (Capecitabine 2000 мг/м², Oxaloplatini-130 мг/м²) на фоне лучевой терапии (в дни лучевой терапии Capecitabine- 825 мг/м² два прёма в сутки) с последующей лучевой терапией СОД 50

гр (СОД 46 гр РОД 2 гр на область GTV+ лимфатических узлов и СОД 50 гр РОД 2 гр на область GTVc отступом) на фоне капецитабина. Во вторую группу вошли 18 пациентов с диагнозом рака нижнеампулярной части прямой кишки проводилось с начала лучевая терапия на фоне химиотерапии СОД 50 Гр (аналогичный режим с 1й группой), затем полихимиотерапия по схеме САРОХ. Третья группа пациентов была ретроспективно проанализированной контрольной группой состоящая из 20 пациентов которым сперва проводили хирургическое вмешательство, затем проводили ПХТ в адъювантном режиме по схеме САРОХ. У всех пациентов гистологическая верификация была аденокарциномой кишечника. Стандартные исследования были общий и биохимический анализ крови, перрестумисследование, УЗИ, МРТ органов малого таза.

Результаты: в первой группе у 14 (82,3 %) пациентов исчезли первичные жалобы (боль, кровотечение, тенезмы). Регрессия опухоли составил в среднем 38,3%. 4 пациентам произведено операция в объеме передней резекции прямой кишки. Остальные пациенты доканчивают неоадъювантное лечения и подготавливаются к оперативному вмешательству. Во второй группе у 13 (72,2 %) пациентов исчезли первичные жалобы (боль, кровотечение, тенезмы) так же регрессия опухоли в среднем составила 41,2%. У 2х пациентов произведено операция в объеме брюшно-анальной резекции с сохранением сфинктера. В контрольной группе у 4 (20%) пациентов наблюдалась прогрессия опухоли на фоне адъювантного лечения. У больных которые получили адъювантное лечение с опозданием в среднем на 60 дней наблюдались местный рецидив у 1 (5%) го больного и отдаленные проявления заболевания в печени, лёгких или в костях у 4х (20%) больных.

Выводы: проведение неоадъювантного лечения у больных в первой и второй группе позволило достигнуть регрессию опухоли в среднем на 40%, которое повысит возможность проведения сфинктеросохраняющих операций. Частота рецидивов и метастазов в контрольной группе составило (45%), что диктует важность неоадъювантного лечения при средне-нижне ампулярном раке прямой кишки. Необходимо продолжить исследование для оценки средние и долгосрочных результатов лечения.

ХИМИО-ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Исламов Х.Д., Тен Я.В., Корахожаев Б.Ш., Матниязова Ш.Я., Зияев Я.Ф., Хакимов А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Актуальность. Лечение колоректального метастатического рака печени – сложная и актуальная проблема. Учитывая неуклонный рост заболеваемости и высокий уровень смертности от данной опухолевой патологии, поиск и систематизация новых методов оказания полноценной помощи этой тяжелой категории больных является важнейшей задачей современной клинической онкологии. Долгое время пациенты с подобной распространенностью опухолевого процесса не получали адекватной терапии и ограничивались симптоматическим лечением. В настоящее время лечение злокачественных новообразований в печени представляет собой сложную многофакторную терапию, включающую, помимо резекции печени, применение современных противоопухолевых химиопрепаратов, использование рентгенохирургических технологий, локальных методов опухолевой деструкции, таких, как применение таргетной терапии.

Цели и задачи исследования: 1. Оценить выживаемость больных метастатическим колоректальным раком, получавших химиотерапию XELOX и XELOX в сочетании с бевацизумабом. 2. Оценить токсический профиль химиотерапии XELOX и XELOX в сочетании с бевацизумабом.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе РСНПМЦОиР. Было обследовано 66 пациентов с колоректальным раком: 56 мужчин и 10 женщин, средний возраст которых

составлял 56,8 лет. У всех больных при гистологической верификации определялась аденокарцинома различной степени дифференцировки с метастазами в печень. ECOG Performance Status (общее состояние больного) оценивался как 0–2. Всех пациентов разделили на 2 группы. Первая группа (21 человек (31,8%)) получала схему XELOX (оксалиплатин 130 мг/м² и капецитабин 2000 мг/м² в течение 14 дней) и бевацизумаб 5 мг/кг каждые 3 недели, вторая группа (45 человек (68,2%)) получала схему XELOX (оксалиплатин 130 мг/м² и капецитабин 2000 мг/м² в течение 14 дней). Количество курсов химиотерапии варьировало от 4 до 6. Для оценки эффективности проводимой терапии каждые 9–12 недель лечения использовались рентгенологические методы обследования (рентгенография, компьютерная томография (КТ) и УЗИ).

Результаты. У всех пациентов проводилась оценка выживаемости и нежелательных явлений. Одногодичная выживаемость в первой группе, получавшей XELOX и бевацизумаб, составила 80,9% (17), во второй группе, получившей только схему XELOX – 71,1% (32) ($t=0,5$). Нежелательные явления 1–2 степени в первой группе наблюдались у 71,4% (15), во второй – у 48,9% (22). В свою очередь, диарея как побочный эффект 3-й степени зарегистрирована у 4,7% (1), получавших XELOX и бевацизумаб.

Выводы: 1. Использование бевацизумаба и схемы XELOX при лечении метастатического колоректального рака позволяет увеличить одногодичную выживаемость на 9,8% по сравнению с применением только схемы XELOX. Значение критерия достоверности ($t=0,5$), возможно, указывает на необходимость увеличения числа наблюдений.

2. Нежелательные явления у больных, получавших лечение бевацизумабом и XELOX, выше, чем у больных, получавших терапию только XELOX, на 22,5%.

3. Применение таргетной терапии в современной онкологии является важным достижением науки на этапе преодоления опухолевой резистентности, она не только позволяет достичь хороших результатов, но стимулирует поиск нового, еще более эффективного лекарственного препарата.

ПОКАЗАТЕЛИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА 2021 ГОД ПО ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Карачунский А.И.¹, Шукурова М.А.², Быданов О.И.¹, Абдихакимов А.Н.²

ФГБУ НМИЦ «ДГОИ им. Димы Рогачева МЗ РФ¹, Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР²

Актуальность. Злокачественные новообразования (ЗНО) представляют значительную проблему для здравоохранения Ташкентской области (ТО). ТО входит в десятку областей с наиболее высоким показателем смертности среди детей. В связи с этим, контроль ЗНО является первостепенной задачей. Для снижения смертности и повышения ожидаемой продолжительности жизни детей от ЗНО в ТО требуется проведение широкомасштабных эпидемиологических исследований. Анализ динамики заболеваемости и смертности, выяснение причин их роста или снижения, является необходимым этапом для оценки эффективности противораковой борьбы и ее планирования.

Материал и методы. Население Ташкентской области в 2021 году составляет 2 993 975 чел., из них дети от 0 до 14 лет – 823 515, подростки от 15 до 17 лет – 130 161. Для проведения качественного учета онкологических заболеваний в ТО РУз была разработана методическая платформа формирования регистра онкологических больных, на основе которой создана электронная информационно-аналитическая система детского популяционного ракового регистра (ИАС ДПРР) «Канцер-регистр».

Результаты. За 2021 год впервые выявлено ЗНО у детей 0–4 лет 28, от 5–9 лет у 16, от 10–14 лет у 20, от 15–17 лет у 10 детей. Всего с ЗНО взято на учёт 74 ребёнка, что составляет 2,4 на 100 тысяч населения. На конец 2021 года с диагнозом ЗНО, всего на учете состоят 451 ребёнок (249 мальчиков, 202 девочек), что составляет 15,0 на 100 тысяч населения области. Смертность от ЗНО среди детского населения составляет у детей от 0–14 лет 2 ребёнка, от 5–9 лет 11, от 10–14 лет 9

детей. А у подростков от 15-17 лет 5. Всего от ЗНО умерло 27 ребёнка, что составляет 0,9 на 100 тыс. населения.

Выводы: 1. Рутинные показатели заболеваемости и смертности от ЗНО среди детей ТО существенно не отличаются от мировых тенденций;

2. Для обнаружения значимых различий в показателях заболеваемости требуется расчет и сравнение “стандартизованных” показателей, основанных на страновых и мировых стандартах.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЛЕГКОГО ПО ДАННЫМ КАНЦЕР-РЕГИСТРА г.ТАШКЕНТА

Кадыров Ш.Ш., Юлдашева Д.Ж., Джуманиязов Х.И.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, ТашПМИ

Актуальность. Рак легкого – одна из самых злободневных проблем как для промышленно развитых стран, так и для стран с меньшим доходом населения, занимая в структуре онкологической смертности лидирующую позицию (Давыдов М.И. и авторы, 2008 г., Недюлин В.А. и авторы, 2009 г.). Международное агентство по раку (МАИР) предупреждает в общемировом значении рак легкого продолжает оставаться самым распространённым злокачественным заболеванием. Канцерогенные факторы, ведущие к развитию этого грозного заболевания, больше представленные в урбанизированных центрах, становятся причиной преобладания его в мегаполисах.

Цель: изучить эпидемиологию рака легкого на примере большой популяции, в течении ограниченного срока.

Материалы и методы: данные Канцер-Регистра г.Ташкента за 2017-2021 гг. по заболеваемости раком легких.

Результат: город Ташкент–современный индустриально развитый мегаполис, переживающий в последние 5 лет экономический и строительный бум, городское население которого отличается национальным многообразием, чувствительная часть которого переступила зрелый возраст. В структуре онкологической заболеваемости рак легкого в течении 5 лет занимал 2 место после рака молочной железы, показатель заболеваемости которого колебался в пределах – 15 первично заболевших на 100 тысяч населения.

По данным Канцер-регистрa г.Ташкента, функционирующего на базе столичного онкоцентра, в течении 5 последних лет взято на учёт 1454 больных раком легких, из них 22,5% (n=327) составили женщины, а 77,5% (n=1127) мужчины. В 22 случаях установлены множественные неоплазии, как синхронного 59,1% (n=13) характера, так и метакронного 40,9% (n=9), с преимущественным сочетанием со злокачественными заболеваниями органов ЖКТ и билиарной системы – 31,8%, кожи – 27,3% и органами женской репродукции – 22,7%. Как и ожидалось в возрастной структуре преобладали лица пожилого и старческого возраста (Классификация ВОЗ) - пожилой возраст – 55,6% и старческого – 15,7%. Чувствительно высокий процент достигнут в среднем возрасте – 24,1%. Самый молодой пациент был в возрасте 23-х лет, с мелкоклеточной формой рака легкого, а общая группа больных до 43 лет составила 3,6%. Этнический срез заболевших 61,7% составили представители азиатской расы, в 38,3% - европейской.

Заключение: на примере городского населения столицы Узбекистана – г.Ташкента, подтверждена гендерная тенденция заболеваемости раком легкого, когда на 1 «женский» случай заболеваемости приходится 4 случая «мужского». В 1,7% он имел первично-множественный характер, с преимущественным сочетанием с органами ЖКТ и билиарной системы. До трети больных взято на учет в молодом и среднем возрасте (27,7%).

WEB-ПРИЛОЖЕНИЕ БЕЛОРУССКОГО КАНЦЕР-РЕГИСТРА

Левин Л.Ф., Рубцов С.И., Савелов А.Л., Океанов А.Е., Моисеев П.И., Евмененко А.А.

РНПЦ ОМР им.Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Создание Web-приложения автоматизированной системы обработки информации Белорусского канцер-регистрa (БКР).

Материал и методы. Основой для Web-приложения Белорусского канцер-регистра послужила существующая версия БКР. Разработка Web-приложения проводилась специалистами РНПЦ ОМР им.Н.Н. Александрова совместно со специалистами компании «ЭПАМ Системз».

Результаты. В результате совместной работы в 2017 году было создано Web-приложение. В 2019 г. Web-приложение БКР было внедрено по всей стране, что позволило получить единую общереспубликанскую базу данных. Доступ к функциям Web-приложения БКР системы определяется набором прав в соответствии с выполняемыми пользователем задачами: стажер, регистратор, исследователь, администратор и суперадминистратор. Для подключения новых пользователей к приложению не требуется установка специализированного программного обеспечения (достаточно наличия доступа к сети Интернет и браузера) и рационального канала связи. Сделан автоматизированный ввод информации о пациенте, состоящем на учете в онкологическом диспансере (интеграция с госпитальными системами). В Web-приложении БКР облегчен ввод информации о пациентах, месте жительства, сведениях о лечении, благодаря наличию справочников, подсказок, валидаций. Реализован эффективный поиск информации на онкологических пациентов по различным вычисляемым и не вычисляемым реквизитам базы данных, сохранение результатов поиска в списки, к которым можно предоставлять доступ любому пользователю системы. Существует возможность построения статистических отчетов и форм на основе готовых и произвольно создаваемых хранимых процедур. Статистические отчеты и формы, включая государственную статистическую отчетность, экспортируются в Word и Excel. В Web-приложении БКР обеспечена безопасность хранимой информации и отказоустойчивость системы (современные подходы к аутентификации и авторизации; безопасные протоколы передачи данных; шифрование данных; реализованы механизмы защиты от различных видов атак).

Заключение. Разработанное Web-приложение БКР является базой для проведения клинических и эпидемиологических исследований злокачественных новообразований населения Республики Беларусь. В системе предусмотрена интеграция с международной системой CanReg5 и экспорт данных в МАИР ВОЗ.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ИЛК БОСҚИЧЛАРИНИ АНИҚЛАШДА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА-ТАДБИРЛАР

Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А., Сотволдиев К.Х., Хасанов Д.Ш.

Андижон давлат тиббиёт институти
РИО ва РИАТМ Андижон филиали

Долзарблиги. Сут беи саратони ҳозирги кунда дунё бўйича ўсма касалликлар ичида биринчи ўринда туради. Бу касаллик билан беморлар кечки босқичда мурожаат қилиб келаётганликлари онкологияда энг катта муаммолардан биридир. Сут беи саратони эртанги босқичларда беморларда клиник симптомларсиз кечиши туфайли аёллар кечиктириб мурожаат қилмоқда.

Бундай ҳолатларни олдини олиш мақсадида ҳамда Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 4 апрелдаги “2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикаси аҳолисида онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш ва онкологик хизматни янада ривожлантириш бўйича чора-тадбирлар ҳақида”ги ПП-2866 сонли қарори ижросини таъминлаш мақсадида РИО ва РИАТМ АФ ходимлари бош директор буйруғига асосан йилнинг ҳар ойида жадвал асосида Андижон шаҳар ва Андижон тумани аҳолиси ўртасида тиббий кўрик ташкил қилинди.

Ишнинг мақсади. Сут беи саратони ва саратон олди патологиясини оммавий профилактик тадбирларни қўллаш йўли билан эрта босқичларда аниқлашни такомиллаштириш.

Ишнинг вазифаси. Туманларда патронаж ҳамширалар орқали йиғилган махсус сўровнома асосида сут беи касаллигига шикоят қилмаган аёллар орасида сут безини профилактик

пальпатор текширув ўтказиш. Пальпация хулосасига кўра шубҳа қилинган беморларни стандарт диагностик текширувларга йўналтириш ва соғломлаштиришни қулайлаштириш.

Мухокама ва натижалар. Бирламчи тиббий кўрикдан ўтган 2281 нафар аёллардан 1170(51,3%) таси стандарт диагностик текширувлардан ўтказилди. Беморлар ўртача ёши 37-21 ёш. Текширувда беморлардан 316(14,4%) фиброз тугунли мастопатия, 76(21,1%) фиброз кистоз мастопатия, 16 та сут канали ичи папилломаси, 22(20%) липома, 26(1,15%) фиброаденома, 21(0,95%) сут беzi ҳавфли ўсма касаллиги аниқланди.

Хулоса: 1. Бирламчи профилактик кўрувдан ўтган ва ҳеч қандай шикоят билдирмаган 21 (0,95%) аёлларнинг барчасида сут беzi ҳавфли ўсма касаллиги биринчи босқичда аниқланди.

2. Аҳоли орасида комплекс профилактик кўрикларни ташкиллаштириш орқали сут беzi саратонини эрта босқичларда аниқлаш ва касалликни олдини олиш энг муҳим усул эканлиги ҳамда РИОВАРИАТМ АФ ва туманлар онкокабинетларида доимий қўлланилиши шартлигини билдиради.

3. Патронаж ҳамширалар учун сут беzi патологиясини эрта аниқлаш пилот дастурини ишлаб чиқиш орқали аёлларни профилактик кўрувга чорлаш сут беzi саратони касаллигини илк босқичларда аниқлаш имкониятини янада такомиллаштиради.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД 2012-2018 ГОДЫ

Маматкулов П.Х., Аманов А.К., Жураева Г.А., Ходжамбердиева Ю.М.

Сурхандарьинской филиал РСНПМЦОиР

Цель. Разработка эффективных организационных решений, направленных на совершенствование качества оказания медицинской помощи больным РШМ, были изучены тенденции заболеваемости и смертности больных РШМ в Сурхандарьинской области в период 2016-2020 гг.

Материалы и методы. Изучение эпидемиологических и статистических данных по РШМ проведены по отчетным формам №7 «Отчет о заболевании злокачественными новообразованиями» по области Сурхандарьи за 2016-2020гг.

Результаты. В 2016 году в регионе впервые выявлено 39 больных РМШ, умерло 23. В структуре онкологической заболеваемости региона среди женщин эта локализация рака находилась на четвертом месте (после рака молочной железы, рак желудка, рак легки), а в структуре смертности на 4. В период с 2016 по 2020 годы удельный вес РШМ возрос с 39 до 57. Анализ стандартизированных показателей заболеваемости РШМ в период 2016-2020гг.показал тенденцию роста с 3,3 до 3,5 на сто тыс.населения, смертность 1,3 до 1,8 на сто тыс.населения. А запущенность возрос с 30% до 49%.

Выводы. Результаты проведенного исследования будут использованы для разработки комплекса мероприятий, направленных на совершенствование качества медицинской помощи больным РШМ в Сурхандарьинской области, основными направлениями которых будут выявление факторов риска, ранняя и своевременная диагностика, эффективное специальное лечение и диспансерное наблюдение этой группы онкологических больных.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН

Махмутов М.А., Аллабергенов А.Ж., Рзамбетов М.А.

Каракалпакский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. По данным отдела медицинской статистики с Канцер-регистром Каракалпакского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии в структуре онкологической заболеваемости РМЖ занимает первое место. 2021 г зарегистрировано 191 больных РМЖ. Заболеваемость на 100

населения составило 9,9 смертность –3,5 одногодичная летальность- 4,7; 40,3% больных поступили в запущенных (III-IV стадии) стадиях РМЖ.

Цель настоящей работы. Изучить эпидемиологические аспекты РМЖ в Республике Каракалпакстан, для ранней диагностики и разработки профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Изучение эпидемиологических и статистических данных по РМЖ проведены по отчетным формам № 7-тиб «Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями» по Республике Каракалпакстан за 2020-2021гг.

Результаты. Благодаря своим демографическим, экологическим и социально – гигиеническим характеристикам Республика Каракалпакстан является своеобразной моделью исследования заболеваемости РМЖ в Республике Узбекистан. Анализ статистических показателей в Республике Каракалпакстан (РК) показывает рост заболеваемости РМЖ. В 2019 г этот показатель составлял 8,7 человека на 100 тысяч населения, а в 2020 году – 7,7. Схожая отрицательная тенденция наблюдается и в показателях смертности- 4,0%. За этот период по Республике прирост заболеваемости составил 9,9%, смертности 3,5%. Среди всех женщин, заболевших РМЖ доля больных в возрасте от 18-44 лет составляла 11,7%, от 45-65 лет – 42,0%, 65 и старше лет –17,0%. Пик заболеваемости приходился на возрастной интервал от 45-65 лет.

Выводы: 1. В Республике Каракалпакстан заболеваемость и смертность от РМЖ увеличивается, прирост за 2019-2021 гг. составил 8,7% и 9,9%, соответственно.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Маматкулов П.Х., Аманов А.К., Жураева Г.А., Саломов М.С.

Сурхандарьинской филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. По данным медицинской статистики с канцер-регистром РСНПМЦОиР СФ в структуре онкологического заболевания РШМ занимает 2- место в среди онкологического заболевании. В 2019 г зарегистрировано 63 больных РШМ, 2020 г 72 2021 г 66. Заболеваемость РШМ прирост 2021 г на 100 тыс. населения составило 2,5, смертность-12, одногодичная летальность 5, у 4 больных поступили в запущенных (III-IV стадии) стадиях.

Цель работы. Изучить эпидемиологические аспекты РШМ в области Сурхандарьи, для ранней диагностики и разработки профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Изучение эпидемиологических и статистических данных по РШМ проведены по отчетным формам №7 «Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями» по области Сурхандарьи за 2019-2021гг.

Результаты. Анализ статистических показателей в области Сурхандарьи показывает рост заболеваемости РШМ. В 2019г этот показатель составлял 63 человека на 100 тысяч населения, а в 2020 г. 2,7, 2021 г 2,5. Схожая параллельная тенденция наблюдается и в показателях смертности -60 и 67. За этот период по области прирост заболеваемости составил 14%, смертность 18%. Среди всех женщин, заболевших РШМ доля больных в возрасти от 25-45 лет составляла -51%, от 45-65 лет-25%, 65 и старше лет -24%. Пик заболеваемости приходился на возрастной интервал от 45±3,6 лет.

Выводы. В Сурхандарьинской области заболеваемость и смертность от РШМ увеличивается, прирост за 2019-2021 гг. составил 5,25 %, 6%, 5,5 %, соответственно.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ РАКА ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Мирзаев Х.М., Абдихакимов А.Н., Касымов А.А.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: провести анализ показателей заболеваемости и смертности рака печени в Республике Узбекистан.

Материал и методы: на основании изучения статистических ответов из региональных онкологических учреждений по форме СВВ № 7, а также ежегодного статистического анализа

РСНПМУОР МЗ РУз нами проведен статистический анализ показателей заболеваемости и смертности рака печени в Республики Узбекистан в период наблюдения 2017 – 2021г.

Результаты. Как показывают результаты анализа, что в динамике в Республике Узбекистан увеличивается количество регистрируемых больных рака печени. Если в 2017 году зарегистрировано 952 больных и на учете состояло 1187 больных, то в 2021 году выявлено 985 больных, а учете состояло – 1439 больных. Показатель заболеваемости практически снизился с 3,0 до 2,9, показатель смертности значительно увеличился с 3,2 до 4,1 на 100 тысяч населения. Это можно объяснить с увеличением количество выявленных больных с IV стадией опухоли с 39,4% до 43,8% (за 2017г. и 2021г.). Соответственно показатель годовичный летальности увеличился с 46,1% до 55,5%. Несмотря на тенденцию стабилизации, даже на некоторое снижение показатели заболеваемости на 100 тысяч населения (в 2017 – 3,0, 2018 – 2,6, 2019 – 3,0, 2020 – 2,6, 2021 – 2,9). Но в динамике увеличивается показатель смертности из – за высокие запущенности рака печени (2017г – 3,2, 2018 – 2,2, 2019 – 2,3, 2020 – 2,2, 2021 – 4,1).

Снижение показателя смертности в 2018 – 2020 гг возможно связано нарушением статистической отчетности из – за пандемии COVID – 19 таким образом приведены данные показывают, что в Республике Узбекистан заболеваемость раковой печени имеет тенденцию к стабилизации, но показатель смертности имеет тенденции к увеличению. Возможно это связано с высокими показателями выявления больных в IV ст от 39,4% до 55,5% за период наблюдения. Поэтому необходимо разработать программу ранней диагностики рака печени по всей Республики.

Заключение. Результаты статистического анализа показывают, что в Республике Узбекистан показатель заболеваемости стабилизируется, но смертность и годовичная летальность имеет тенденцию к росту, это связано с высокими показателями запущенности.

СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ЗА 2011-2020 гг.

Моисеев П.И., Океанов А.Е., Машевский А.А., Евмененко А.А.

РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценка эффективности противораковых мероприятий в Республике Беларусь.

Материал и методы. Сведения Белорусского канцер-регистра о вновь выявленных случаях заболевания злокачественными новообразованиями и смертей от них населения Республики Беларусь за 2011-2020 гг.

Результаты. Из всех вновь выявленных случаев заболевания злокачественными новообразованиями в 2020 году в I стадии было выявлено 37,4% случаев, во II – 20,6%, в III – 18,2%, в IV – 19,7%. Улучшение диагностических возможностей (КТ, МРТ, ПЭТ КТ) приводит к выявлению малых отдаленных метастазов, уточнению местного распространения опухоли, и, соответственно, к росту доли случаев поздней диагностики. Так, при сравнении двух 5-летних периодов отмечено сокращение частоты диагностики случаев заболевания в III стадии заболевания (с 21,0% в 2011-2015 гг. до 18,5% в 2016-2020 гг.), увеличение IV – с 15,3% до 17,9%. О необходимости поиска новых путей для своевременного выявления онкологических заболеваний позволяет говорить уровень диагностики злокачественных новообразований в I-II стадиях: 60,0% в 2011-2015 гг. и 60,3% в 2016-2020 гг. Наиболее неблагоприятными с точки зрения поздней диагностики (IV стадия), в 2020 г., как и в предыдущие годы, являются опухоли поджелудочной железы (49,3%), полости рта и глотки (45,6%), печени (42,6%), желудка (41,7%), пищевода (41,3%). Особую группу в статистике противораковой борьбы занимают опухоли визуально доступных для диагностики локализаций. В среднем для опухолей, доступных визуальному контролю, доля своевременно выявленных заболеваний в 2020 г. составила 78,9%. Однако для многих новообразований этой группы доля их своевременного выявления намного меньше. Особенно неблагоприятная ситуация наблюдается при новообразованиях десны, ротоглотки и миндалин (менее 25%), а также языка, полости рта и носа (35-42%). Несмотря на имеющиеся проблемы, состояние онкологической помощи в стране постепенно улучшается.

Эту тенденцию отражает динамика снижения показателей одногодичной летальности с 25,3% в 2011 г. до 21,2% в 2020 г.

Выводы. Улучшение ранней и своевременной диагностики злокачественных новообразований, следовательно, и результатов лечения, возможно путем внедрения программ скрининга и совершенствования существующей системы профилактических осмотров населения.

ВНУТРИБРЮШНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ И РЕЗЕКЦИИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ

Мухаммедаминов Ш.К., Мирзамухамедов Х.К., Сагдуллаев Ш.П., Касымов А.А., Абдалов И.Б.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР, ЦРПКМР

Цель. Провести анализ результатов внутрибрюшных резекций прямой кишки и резекции сигмовидной кишки с использованием сшивающих аппаратов проведенных в Ташкентский областной филиал РСНПМЦО и Р за последние 10 лет.

Материалы и методы. В анализ включены 195 больных раком прямой кишки, которым выполнены операции (внутрибрюшная резекция прямой кишки и дистальная резекция сигмовидной кишки) в Ташкентском областном филиале РСНПМЦОиР 2012 по 2021гг. Возраст больных колебался от 24 до 78 лет. Среди них мужчин было 108, а женщин-87. Большинство больных (83%) были в основном с III стадией опухолевого процесса, остальные со II стадией. Основной гистологической формой опухоли была аденокарцинома различной степени дифференцировки.

Результаты. Внутрибрюшная резекция прямой кишки выполнено 105 больным. Колоректальный анастомоз сформирован у всех больных с помощью сшивающих аппаратов (фирмы Covidien). С целью защиты у 32 больных после формирования анастомозов наложены превентивные стомы. У 3 больных (1,5%) послеоперационный период осложнился несостоятельностью анастомоза. У 2 больных в ранний послеоперационный период образовался ректо-вагинальный свищ. Больным наложена двуствольная трансверзостомы. 55 больным из 195 наложены превентивные стомы. В 3 (1,5%) случаях отмечено нагноение пресакральной области. У 30 (15%) больных отмечались урологические осложнения. Умерли 3 пациентов, 2 от тромбоэмболии легочной артерии и 1 пациент от инфаркта миокарда. Частота анастомозита и рубцевого сужения анастомоза составила-6,5%. Частота рецидивов после операций составило- 1,5%.

Выводы. Внутрибрюшные резекции прямой кишки и резекции сигмовидной кишки у больных колоректальным раком с использованием сшивающих аппаратов проведенных в Ташкентском областном филиале РСНПМЦО и Р за последние 10 лет показал, что колоректальные анастомозы сформированные у больных с помощью сшивающих аппаратов (фирмы Covidien) имеют высокую надежность и при адекватном подходе в объемах операции можно минимизировать послеоперационные осложнения.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Набиева Д.У., Мамадалиева Я.С., Кошкина Т.А.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦиР

Актуальность. В Республике Узбекистан рак органов гениталий занимает пятое место после рака молочной железы, из них рак шейки матки (5,3 на 100 000 нас), рак эндометрия (4,6 на 100 000 нас) и рак яичников (2,9 на 100 000) по распространенности среди женщин всех возрастов и является третьей по значимости причиной смерти после рака желудка. Среди женщин возраста 18-48 лет рак шейки матки составляет 2,9 на 100 тыс. населения, рак эндометрия 0,9 на 100 000 тыс. населения, а рак яичников составляет 1,6 на 100 тыс. населения. В Республике Узбекистан рост заболеваемости отмечается во всех регионах.

Цель исследования: является анализ показателей заболеваемости рака шейки матки, рака тела матки и рака яичников в Ташкентской области за последние 5 лет.

Материалы и методы: в исследование вошли 391 больных женщин с морфологически верифицированным раком яичников, раком шейки матки, раком тела матки и др. локализаций. При этом проведен анализ показателей заболеваемости, смертности, профилактических осмотров, стадии опухоли, одногодичной летальности и 5-летней выживаемости.

Результаты: по данным проведенного статистического анализа за последние 5 лет в Ташкентской области отмечен рост заболеваемости больных раком органов гениталий. Если в 2017 году по области зарегистрировано 268 больных раком органов гениталий, то в 2021 году их количество выросло до 365 больных. Интенсивный показатель заболеваемости соответствовал всего 9,6, а за 2021 год 12,2 на 100 тысяч населения. Благодаря широкомасштабному профилактическому осмотру среди населения улучшились показатели, и они составили в 2017 году - 28,7%, а в 2021 году - 33,6%. Выявление больных на ранних стадиях I-II стадии ЗНО ОГ в 2017 году составило- 58,9 %, а в 2021 году -57,2% т.е. отмечается незначительное снижение показателя. В динамике увеличилось число выявленных больных III-й и IV стадией раком гениталий. Если в 2017 году удельный вес больных с III-й и IV стадией составил - 41,4%, то в 2021 году показатель соответствовал- 42,7 %. Анализ показателя смертности показал, что в 2017 году он равнялся 6,2 на 100 тысяч населения, а в 2021 году увеличился незначительно и составил 7,0. Анализ одногодичной летальности показал, что в 2017 году она составила -16,4 % а в 2021 составила- 13,6 %. В динамике отмечается значительное ухудшение показателей 5-летней выживаемости и в 2017 году он равнялся- 50,5%, а в 2021 году 50,1%.

Выводы: проведенный статистический анализ показал, что среди населения Ташкентской области наблюдается стабилизация показателей заболеваемости и смертности, незначительно увеличились показатели выявления больных на IV стадии, а также снижение 5-летней выживаемости больных раком органов гениталий.

ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Нишанов Д.А., Мадалиев А.А., Умаров М.Х., Хамидов С.Ю., Абдурахманов Ш.О.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Цель работы. Анализ показателей смертности больных онкологическими заболеваниями.

Задача. Анализ результатов аутопсии больных умерших в клинике РСНПМЦОиР в 2018-2021 гг.

Материалы и методы. В 2018-2021 гг. была проведена аутопсия 120 больных, умерших в клинике РСНПМЦОиР. Причины смертей этих больных были изучены в макроскопических и микроскопических аспектах. Из 125 больных у 70 (56%) была обнаружена острая тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), у 7 больных (5,6%) – инфаркт миокарда, у 13 больных (10%) – ДВС синдром, и у 17 больных (26%) - полиорганная недостаточность, несостоятельность швов – 13 (5 %), послеоперационное кровотечение -2 (1,4%).

Вывод. По результатам макроскопических и микроскопических исследований 125 аутопсированных умерших больных, видно, что причиной 56% смертей является острая тромбоэмболия легочной артерии. Из этого вытекает, что риск тромбозов и тромбоэмболий вследствие усиления свертываемости крови у онкологических больных повышается.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ВЫСОКОАГРЕССЫВНЫХ ФОРМ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Одилов К.К.

Бухарский областной филиал РСНПМЦОиР

В структуре злокачественных опухолей человека саркомы мягких тканей (СМТ) занимают весьма скромное место, составляя около 1% всех онкологических заболеваний. Под общим названием "саркомы мягких тканей" объединяют злокачественные опухоли неэпителиального

происхождения, возникающих из тканей расположенных между кожей и скелетом человека. Высокоагрессивные саркомы мягких тканей подразделяются на следующие клиникo-морфологические варианты: 1) плеоморфная саркома 2) ангиосаркома 3) синовиальная саркома 4) миогенные саркомы (рабдомиосаркома, лейомиосаркома), 5) злокачественная фиброзная гистиоцитома и др. Кроме того, в отдельную группу выделяют саркомы сложного клеточного состава, которые из-за низкой степени дифференцированности клеток невозможно однозначно отнести к тому или иному виду.

Цель. Провести статистический анализ заболеваемости и смертности высокозлокачественных сарком мягких тканей в Бухарской области.

Материалы и методы. Проведен статистический анализ показателей заболеваемости и смертности, результаты одногодичной летальности и 5-летней выживаемости на основании изучения формы №7 ССВ 7 за 2017-2019 гг.

Результаты. По данным статического отчета Бухарской области установлено, что в год регистрируется от 28 (2016) до 36 (2021) больных с высокоагрессивными формами сарком мягких тканей. На 100 тысяч населения показатель заболеваемости соответствовал 1.0-1.2. Показатель смертности за этот период соответствовал 0.3-0.4. Значительно выросло выявление больных при профилактических осмотрах и составило 12,4% (2016г.) до 32,8% (2021 г.). По данным 2019 г. при саркомы мягких тканей у 15,9% больных выявлены в I-стадии, у 46,8% - в II-стадии, у 20,6% - в III-стадии и у 16,7% - в IV-стадии. Показатель 5-летней выживаемости при высокозлокачественных формах сарком мягких тканей составил от 28,8% до 39% (2017-2019 гг.) а показатель одногодичной летальности составил 18% (2017-2019 гг.)

Вывод. Проведенный анализ показывает, что в Бухарской области имеется стабилизация показателей заболеваемости и смертности, одногодичной летальности и увеличение 5-летней выживаемости при высокозлокачественных формах сарком мягких тканей.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ЗА 2011-2020 ГГ.

Океанов А.Е., Красный С.А., Моисеев П.И., Машевский А.А., Евмененко А.А.

РНПЦ ОМР им.Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Анализ показателей заболеваемости, смертности от злокачественных новообразований (ЗНО), выживаемости онкологических пациентов в Республике Беларусь за 2011-2020 гг.

Материал и методы. Сведения обо всех случаях заболевания и смерти от злокачественных новообразований, зарегистрированных Белорусским канцер-регистром за период 2011–2020 гг.

Результаты. Заболеваемость злокачественными новообразованиями всего населения страны (включая базальноклеточный рак кожи) увеличилась за 2011-2019 гг. на 23,0% но снизилась в 2020 г. на 19,2%. Снижение заболеваемости произошло во всех регионах страны, при этом не наблюдалось зависимости от временной перепрофилизации коек некоторых онкологических диспансеров для борьбы с COVID 19, т.е. доступность специализированной помощи в целом сохранилась. Об этом свидетельствует рост числа состоящих на диспансерном учете пациентов, увеличившийся за 10 лет на 31,0%. за последние 10 лет пятилетняя скорректированная выживаемость пациентов (при всех формах и стадиях заболевания) увеличилась с 51,2% в 2011 г. до 57,9% — в 2020 г., а при радикальном лечении с 71,6% до 79,8%. На фоне роста заболеваемости в 2011-2019 годах снизилось отношение смертности к заболеваемости от онкологической патологии (отношение интенсивных показателей смертности к заболеваемости для всего населения страны уменьшилось с 38,9% в 2011 г. до 34,7% в 2019 г.). Увеличение этого показателя в 2020 году не связано с ростом смертности, а обусловлено снижением числа вновь зарегистрированных случаев заболеваний. Смертность от злокачественных новообразований в последние годы стабилизировалась и составила по данным канцер-регистра 198,7 в 2020 году и 198,6 в 2019 г. на 100 000 населения. За 10 лет в стране уменьшилась одногодичная летальность (с 25,3% до 21,2%), что является показателем улучшения лечебной работы, но не результатом своевременной диагностики рака.

Выводы. В течение последнего десятилетия состояние противораковой борьбы существенно улучшилось за счет совершенствования лечебной работы, технического переоснащения специализированных лечебных учреждений, внедрения протоколов диагностики и лечения онкологических пациентов. После ликвидации пандемии COVID 19 следует ожидать дальнейшего роста заболеваемости с сохранением актуальности основных направлений противораковой борьбы.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПО САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Орипова М.Р., Рахимов Ж.Х.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель: изучить стандартизированный показатель заболеваемости раком шейки матки по Самаркандской области.

Материалы исследования. Исследование охватывает период с 2010 по 2012 годы (3 года). Материалом исследования служили данные о 572 случаях РПК по информации, предоставляемой специализированными и неспециализированными лечебными учреждениями, а также ЗАГС. Для исключения дублирования была проведена алфавитизация массива данных. Изучены все случаи РШМ по Самаркандской области, и затем сгруппированы согласно Международной классификации болезней (МКБ-10).

Результаты исследования. В г. Самарканде было выявлено и зарегистрировано 161 пациентки раком шейки матки. Общий показатель заболеваемости был равен 15 а стандартизованный – 13,7 на 100 тысяч. В возрастных группах до 25 лет больных раком шейки матки не зарегистрировано. До 45 лет грубые показатели заболеваемости не превышают 27,0, а начиная с этого возраста, они колеблются в пределах 29,0-33,0 на 100 тысяч. В целом заболеваемость носит унимодальный тип роста с пиком заболеваемости в 65-69 лет, где уровень достигает 94,7. Начиная с 70 лет, заболеваемость раком шейки матки идет к снижению.

В Пастдаргамском районе было зарегистрировано 69(12%) пациенток раком шейки матки. Общий показатель заболеваемости был равен 12,6, а стандартизованный – 11,3. Самый высокий показатель заболеваемости отмечен в возрастной группе 55-59 лет (43,8). Следующее место занимает возрастная группа 65-69 лет с уровнем заболеваемости 38,5 на 100 тысяч. В Самаркандском районе было зарегистрировано 55(9,6%) пациенток раком шейки матки. Общий показатель заболеваемости был равен 9,6, а стандартизованный – 8,1. Самый высокий показатель заболеваемости отмечен в возрастной группе 50-54 лет. Следующее место занимает возрастная группа 55-60 лет с уровнем заболеваемости 31,5 на 100 тысяч. В Жамбайском районе было зарегистрировано 36(6%) пациенток раком шейки матки. Общий показатель заболеваемости был равен 6,3, а стандартизованный – 5,4. Самый высокий показатель заболеваемости отмечен в возрастной группе 60-64 лет. В г. Каттакургане, Акдаринском, Нарпайском, Пайарикском районах было зарегистрировано в пределах 3% пациенток раком шейки матки. Общий показатель заболеваемости колеблется в пределах 4,3, а стандартизованный – 3,4. Самый высокий показатель заболеваемости отмечен в возрастной группе 60-64 лет. Самые низкие показатели имели место в Кушрабадском и Нурабадском районе. Общий показатель заболеваемости отмечено на уровне 1,3, а стандартизованный 1,6. Самый высокий показатель заболеваемости отмечен в возрастном группе 65-69 лет. Темпы прироста грубых и стандартизованных показателей заболеваемости раком шейки матки совпадают. Экспоненциальный тренд грубых показателей с прогнозом на 2 последующих года (2013, 2014 гг.) свидетельствует о том, что заболеваемость раком шейки матки будет продолжать расти.

Выводы. Стандартизованные показатели заболеваемости раком шейки матки составили в Самаркандской области 16,9, Повозрастная заболеваемость имеет бимодальный характер роста (в 50-54 и 60-64 лет), а в динамике идет рост заболеваемости раком шейки матки.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Палванов Т.М., Ибрагимов А.Ю., Ходжиев Д.Ш.

Хорезмской областной филиал РСПМЦОиР

Цель исследования. Провести анализ результатов раннего выявления злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в Хорезмской области.

Материал и методы исследования. На основании изучения статистических отчетов по форме SSV №7 по Хорезмской области проведен анализ раннего выявления злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта в период наблюдения от 2015 по 2021 годы. За это время в Хорезмской области количество первично-выявленных больных злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта увеличилось (в 2015 году выявлено -277 больных в 2021- 332 больных.)

Результаты. Выявление больных с злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта ЖКТ в ранних (I-II) стадиях в 2015 году составило-17,9%, в 2016 году-17,5%, в 2017 году-14,2%, 2018 году-20,7%, 2019 году-15,0%, в 2020 году-35,7% и в 2021 году-39,2%. В динамике начиная с 2020 года отмечается тенденция роста выявления злокачественных опухолей ЖКТ в ранних стадиях. Аналогичным образом отмечается рост выявления злокачественных опухолей ЖКТ в ранних стадиях в зависимости от локализации. Если в 2015 году рак пищевода выявлен в ранних ситуациях на 32,6%, а в 2021 году поднялся до 46,3%. Такие же показатели получены при раке желудка-13,0% и 41,1%, при раке печени и 12,2% и 31,0%, при раке поджелудочной железы - 34,6% и 38,5 %, при раке толстой кишки -12,1% и 41,4 %, и при раке прямой кишки-17,3% и 35,3 % соответственно. Как показали результаты анализа, выявление больных в ранних стадиях злокачественных опухолей ЖКТ в динамике имеет тенденцию к росту.

Заключение: Результаты статистического анализа показали что в Хорезмской области благодаря проведения широкомасштабных работ по раннему выявлению, значительно увеличилось выявления больных злокачественными новообразованиями ЖКТ в 1,5-3 раза по сравнению с 2015 годом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Палванов Т.М., Ибрагимов А.Ю., Ходжиев Д.Ш.

Хорезмской областной филиал РСПМЦОиР

Цель исследования. Оценить эффективность профилактических осмотров при злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта среди населения Хорезмской области.

Материал и методы. В период наблюдения с 2015 по 2021 годы изучены данные статистических отчетов городов и районов Хорезмской области по форме SSV №7 эффективности профилактических осмотров при злокачественных новообразованиях желудочно-кишечного тракта: рак пищевода, рак желудка, рак печени, рак толстой кишки, рак прямой кишки.

Результаты. Результаты статистического анализа показывают, что в 2015 году при злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта при профилактических осмотрах выявлено у 5,7% больных, в 2018 году -8,7%, 2019 году - 15,6%, в 2020 году - 10,1% и в 2021 году-13,6%. Только после Постановления Президента 04.04.2017 года №2866 несколько улучшилось выявление больных при профилактических осмотрах (с 2018 года). Это отражается при изучении эффективности профилактических осмотров при отдельных локализациях опухоли. В 2015 году ни один больной с локализацией опухоли в пищеводе, толстой и прямой кишки не выявлен при профилактических осмотрах. Рак желудка выявлен в 5,4 % случаях, рак печени в 14,6% и рак поджелудочной железы в 11,5% случаях. Начиная с 2017 года несколько улучшилось выявление злокачественных опухолей при профилактических осмотрах. В 2021 году в 12,2 %

случаях выявлен рак пищевода, в 16,1 % - рак желудка, в 19,0% - рак печени, в 19,2 % - рак поджелудочной железы, в 2,6 %- рак толстой кишки и в 11,8% - рак прямой кишки. Как показали результаты исследования в Хорезмской области из-за выполнения Постановления Президента ежеквартально проводится целенаправленное профилактическое осмотра.

Заключение. Результаты анализа показывают, что в Хорезмской области начиная с 2018 года улучшились показатели профилактических осмотров при злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта, при некоторых локализациях несколько раз увеличились показатели профилактических осмотров рака толстой и прямой кишки, пищевода.

СУЯК ЎСМАЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ КЎРСАТКИЧИНИ РЕСПУБЛИКА МИҚЁСИДА ЎРГАНИШ

Полатова Д.Ш.¹, Абдурасулов Х.Х.², Шералиева С.Ж.³

РИОваРИАТМ¹, РИОваРИАТМ Андижон вилоят филиали², РИОваРИАТМ Фарғона вилоят филиали³

Мақсад. Суяк ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичини республика миқёсида ўрганиш ва таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Мазкур текширишда 2017-2021 йиллар давомида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг онкологик касалликларни рўйхатга олиш - 7SSV ҳисобот шакли статистик маълумотлари асосида суяк ўсмалари билан касалланган беморлар ўрганиб чиқилди. Касалланиш бўйича эркак ва аёллар ўртасидаги нисбат 1,6:1 ни ташкил этган.

Натижа. Республикамизда суяк ўсмалари билан бирламчи касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига 2017, 2018, 2019 йилларда 1,1 % ни ташкил этса, 2020 йилда бу кўрсаткич 1,0 % ва 2021 йилга келиб эса 0,9% ни ташкил этган. Сон жиҳатдан қўрилганда 370тадан 305тага камайган. Касаллик босқичларига кўра ўрганиб чиқилганда, кечки босқичларда (III ва IV) аниқланиш кўрсаткичи 2017 йилда 39,6% , 2018 йилда 32,2%, 2019 йилда 31,6%, 2020 йилда 32,2% ва 2021 йилда эса бу кўрсаткич 32,8% ни ташкил этган. Беш йиллик яшвчанлик кўрсаткичи 2017 йилда 51,3% , 2018 йилда 43,7%, 2019 йилда 45%, 2020 йилда 44% ва 2021 йилда эса бу кўрсаткич 47,1% ни ташкил этди ва бу статистик маълумотларда маълум бўлди.

Хулоса. Статистик маълумотларга асосланиб шуни айтиш мумкинки, суяк ўсма касалликлари билан бирламчи касалланишнинг озайганлиги 2017 йилги бирламчи касалланиш кўрсаткичини 2021 йилга келиб 0,2% (100 минг аҳоли нисбатига кўра) га камайганлигидан кўриш мумкин. Кечки босқичларда аниқлаиш кўрсаткичи 39,6% дан 32,8% га камайганлиги ва унинг натижаси сифатида беш йиллик яшовчанлик кўрсаткичини 43,7 % дан 47,1% ошганлиги билан боғлиқлигини кўриш мумкин.

ЮМШОҚ ТЎҚИМА ЎСМАЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ КЎРСАТКИЧИНИ РЕСПУБЛИКА МИҚЁСИДА ЎРГАНИШ

Полатова Д.Ш.¹, Шералиева С.Ж.², Абдурасулов Х.Х.³

РИОваРИАТМ¹, РИОваРИАТМ Фарғона вилоят филиали², РИО ва РИАТМ Андижон вилоят филиали³

Мақсад. Юмшоқ тўқима ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичини республика миқёсида ўрганиш ва таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Мазкур текширишда 2017-2021 йиллар давомида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг онкологик касалликларни рўйхатга олиш - 7SSV ҳисобот шакли статистик маълумотлари асосида юмшоқ тўқима ўсмалари билан касалланган беморлар ўрганиб чиқилди. Касалланиш бўйича эркак ва аёллар ўртасидаги нисбат 1,3:1 ни ташкил этган.

Натижа. Республикамизда юмшоқ тўқима ўсмалари билан бирламчи касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига 2018 йилда 1,0% ни ташкил этса, 2017, 2019, 2020 ва 2021 йилларда эса бу

кўрсаткич 1,2% ни ташкил этган. Сон жиҳатдан кўрилганда 335тадан 420тага ошган. Касаллик босқичларига кўра ўрганиб чиқилганда, кечки босқичларда (III ва IV) аниқланиш кўрсаткичи 2017 йилда 39,9%, 2018 йилда 32,2%, 2019 йилда 26%, 2020 йилда 31,2% ва 2021 йилда эса бу кўрсаткич 28,3% ни ташкил этган. Беш йиллик яшвчанлик кўрсаткичи 2017 йилда 38,8% , 2018 йилда 39,7%, 2019 йилда 38,6%, 2020 йилда 40,1% ва 2021 йилда эса бу кўрсаткич 39,7% ни ташкил этди ва бу статистик маълумотларда маълум бўлди.

Хулоса. Статистик маълумотларга асосланиб шуни айтиш мумкинки, юмшоқ тўқима ўсма касалликлари ҳам бошқа ўсма касалликлари сингари йилдан-йилга ўсиб боришини 2018 йилги касалланиш кўрсаткичини 2021 йилга келиб 0,2% (100 минг аҳоли нисбатига кўра) га ошганлигидан кўриш мумкин. Кечки босқичларда аниқланиш кўрсаткичи 39,9% дан 28,3% га камайганлигини тизимли профилактик кўрикларини йўлга қўйилганлигининг натижаси деб ҳам қараш мумкин. Юмшоқ тўқима ўсмалари билан касалланган беморларнинг беш йиллик яшовчанлик кўрсаткичини қисман (38,8% дан 39,7%) ошганлиги, ушбу касалликнинг гетерогенлиги ва шу сабабли даволаш усулининг мураккаблиги билан пропорционалдир.

ПЕРВИЧНЫЙ РАК ПЕЧЕНИ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ВИРУСНЫМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Рахматова Д.Л., Максимкулов Ж.М.

РСНПМЦОиР

Актуальность. В 2021г. в Республике Узбекистан зарегистрированы 10285 больных первичным раком печени (ПРП), при этом данная патология входит в 10-ку наиболее распространенных злокачественных новообразований (ЗН), занимая 6 место. Следует отметить, что такая высокая распространенность этой патологии обусловлена высокой инфицированностью населения вирусными гепатитами В, С. В настоящее время, согласно данным статистики, отмечается увеличение числа больных ПРП, ассоциированных вирусным гепатитом. Прогностически у этой категории больных, он значительно хуже, чем у больных с поражением одним видом вируса. Как показывают данные литературы лучшие результаты выживаемости отмечаются у больных после проведения радикального хирургического лечения заболевания, выявленных на ранних стадиях.

Цель. Изучить частоту ассоциированных вирусов В и С среди больных с верифицированным гепатоцеллюлярным раком печени (ГЦР) в Республике Узбекистан.

Материал и методы. За период с 2019 по 2021 гг. проведены изучения полученных данных анализов крови из клинической лаборатории СНПМЦОиР на наличие вирусных гепатитов В и С у 541 больного ПРП. Средний возраст мужчин составил 55,0; женщин – 57,0 лет. В 2019 г. исследование проведено у 273 больных, из них положительные результаты получены - у 118 (43,2%), отрицательные - у 155 (56,8%), вирусный гепатит В определен - у 68 (57,6%), гепатит С - у 45 (38,4%), одновременно ассоциированные вирусы В и С - у 5(4,2%) больных. В 2020г. обследованы 164 больных, из них положительные результаты получены - у 74(45,1%), отрицательные - у 90 (54,9%) больных. Из 74 больных наличие вируса В выявлено - у 37 (50%), вируса С - у 33 (44,6%), одновременно ассоциированные вирусы В и С - у 4 (5,4%).

В 2021 году анализы крови проведены у 104 обследованных больных ПРП. Из 104 обследованных вирус-положительные результаты определены – у 40(38,5%), слабopоложительные - у 5(4,8%) отрицательные - у 59(56,7%) больных. Из них HBsAg положительные результаты определены - у 22, HCV - у 18 больных. Кроме того, были выявлены одновременно ассоциированные вирусные гепатиты В и С у 5 больных. Из 14 больных с положительным результатом, с одновременно ассоциированными вирусными гепатитами В и С, только одному удалось выполнить экономную резекцию печени. Таким образом, ГЦР печени одновременно ассоциированный с вирусным гепатитом В и С встречаются у 14 (4,8%) из 293 обследованных больных. Особенности клинического течения заболевания у этой категории больных

является наличие двух тяжелых заболеваний - рака и цирроза печени, у которых общее состояние в более чем 90% случаев находится в стадии суб- или декомпенсации.

Заключение. ГЦР печени одновременно ассоциированный с вирусными гепатитами В и С встречается примерно у 5,9% больных. Особенности клинического течения этой категории больных является наличие двух тяжелых заболеваний – рака и цирроза печени, состояние которых более, чем у 90% больных находится в стадии суб- или декомпенсации.

РАК ВУЛЬВЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Сабирджанова З.Р., Джанклич С.М.

РСНПМЦОиР

Актуальность. Рак вульвы (РВ) является относительно редкой патологией в структуре злокачественных опухолей женских половых органов. РВ преимущественно страдают женщины пожилого возраста с инволютивно-атрофическими изменениями кожи наружных половых органов. Доля заболевших в возрасте старше 60 лет составляет около 75%, старше 70 лет – 25-30%, что в свою очередь снижает возможность радикальных методов лечения из-за сопутствующей патологии.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости РВ в Узбекистане за 2019 – 21 года.

Материал и методы. Данными для анализа послужили статистические показатели, взятые из формы 7 «Сведения о заболевании злокачественными новообразованиями» за 2019-2021 года.

Результаты. Подсчитаны показатели заболеваемости РВ в Узбекистане по возрасту и месту проживания за 2019-21 года. Всего зарегистрировано 216 больных РВ, 70 в 2019 г., 72 в 2020 г. и 74 в 2021 г., из них сельские жительницы – 40, 40 и 47 соответственно. По возрастам больные распределялись следующим образом: в 2019 г. в возрасте от 18 до 35 лет выявлена 1 больная, от 36 до 55 лет – 20 больных, от 56 до 70 лет – 24 больные и 16 больных старше 70 лет. В 2020 г. 13 пациенток были в возрасте от 35 до 55 лет, 31 пациентка в возрасте от 56 до 70 лет и 26 пациенток старше 70 лет. В 2021 г. в возрасте от 18 до 35 лет выявлено 5 больных, от 36 до 55 лет – 14 больных, от 56 до 70 лет 31 больная и 16 больных старше 70 лет. В 2019г. отмечался рост числа больных РВ в Республике Каракалпакстан (с 4 до 13), в Хорезмской области (с 5 до 9), тогда как в Ташкенте и Ташкентской области количество зарегистрированных случаев РВ снизилось (9 и 3 соответственно). В 2020 г. отмечался рост числа новых случаев РВ в Ташкентской области, Ташкенте и Намангане (10,9 и 9 соответственно). В Сырдарьинской, Джизакской и Навоийской областях в 2019-20 годах не было зарегистрировано случаев РВ. В 2021 г. в Навоийской и Сырдарьинской областях отмечены случаи РВ по 1 больной соответственно, увеличилось количество больных в г.Ташкенте и Ташкентской области (17 и 7 соответственно).

Выводы. Учитывая, что РВ возникает у женщин по мере старения организма на фоне инволютивно-атрофических процессов и сочетается с вирусом папилломы человека, внедрение скрининговых программ позволит своевременно диагностировать фоновые и предраковые заболевания вульвы и снизить количество больных с данной патологией.

ПОКАЗАТЕЛИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Сабирджанова З. Р., Джанклич С.М.

РСНПМЦОиР

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) является важной социально-экономической проблемой как в мире, так и в Узбекистане. В Республике РМЖ страдает более 90000 женщин. Статистические данные свидетельствуют о ежегодном приросте числа заболевших РМЖ женщин, в том числе среди молодых. Занимая 1 место в структуре злокачественных заболеваний, РМЖ является одной из основных причин смертности и инвалидизации трудоспособного населения. Согласно статистическим данным, в мире каждая десятая женщина заболевает РМЖ. Изучение эпидемиологической обстановки в Узбекистане крайне необходимо для разработки эффективных профилактических мероприятий РМЖ.

Цель исследования. Провести анализ показателей заболеваемости и смертности при РМЖ в Республике за 2019-2021 года.

Материал и методы. Данными для анализа послужили статистические показатели, взятые из формы 7 «Сведения о заболевании злокачественными новообразованиями» за 2019-2021 года.

Результаты. За период 2019-2021 годов число больных РМЖ впервые взятых на учет составило 10984 со средним показателем заболеваемости 11,0 на 100 000 населения. Из них: в 2019г. – 3718 больных, показатель заболеваемости – 11,2, в 2020 г. – 3317 больных, показатель заболеваемости – 9,8, а в 2021 году – 3949 больных, показатель заболеваемости – 12,0. Больные РМЖ 1-2 стадии составили в 2019г. – 51,8%, в 2020г. – 63,0%, а в 2021г. – 62%. При этом, несмотря на доступную визуализацию органа остается высоким процент больных РМЖ 3-4 стадии: в 2019г. – 32,9%, в 2020 г. – 34,4%, а в 2021г. – 32,8%. Показатель смертности с 2019 года по 2021 г. составляет в среднем 5,2 на 100 000 населения. 5-летняя выживаемость при РМЖ в 2019-2021 годах составила 45,4, 45,1 и 45,1 соответственно.

Выводы. Проведенный анализ основных показателей при РМЖ показал, что заболевание имеет тенденцию к росту и занимает ведущее место в структуре онкозаболеваемости в Узбекистане. Повышение осведомленности населения о проблеме РМЖ и путях диагностики и лечения его в ходе информационно-разъяснительной работы является ключевой стратегией борьбы против РМЖ среди всего населения. Внедрение скрининговых программ по всей Республике улучшит раннюю диагностику РМЖ, что позволит проводить своевременное лечение и улучшить качество, продолжительность жизни и снизить инвалидизацию населения.

РАК ТЕЛА МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Сабирджанова З. Р., Джанклич С.М.

РСНПМЦОиР

Актуальность. В Республике Узбекистан наблюдается постепенный рост заболеваемости раком тела матки (РТМ), который занимает второе место после рака шейки матки. Причиной этого повышения является рост числа женщин с ожирением, эндокринными заболеваниями и др.

Цель исследования. Провести анализ показателей заболеваемости и смертности при РТМ в Республике за 2019-2021 года.

Материал и методы. Данными для анализа послужили статистические показатели, взятые из формы 7 «Сведения о заболевании злокачественными новообразованиями» за 2019-2021 года.

Результаты исследования и их обсуждение. По статистическим данным за 2019-2021 года в Узбекистане было выявлено 640 (1,9), 609 (1,8) и 789 (2,3) больных РТМ соответственно. Возраст больных варьировал от 18 до 80 лет. Так, в 2019 г. в группе от 18 до 34 лет РТМ был зарегистрирован у 14 больных, от 35 до 49 лет – у 119, от 50 до 64 лет – у 337 и старше 65 лет – у 170 больных. 283 больные были сельскими жительницами. По стадиям больные распределялись следующим образом: I – 34,8%, II – 41,7%, III – 14,4% и IV – 3,1%. Смертность составила 0,8 (256 больных), а 5-летняя выживаемость – 49,5%. В 2020 году в группе от 18 до 34 лет РТМ был зарегистрирован у 16 больных, от 35 до 49 лет – у 111 больных, от 50 до 64 лет – у 324 больных, от 65 до 74 лет – у 141 больной, старше 75 – у 17 больных. 318 больных были жителями села. По стадиям больные распределялись следующим образом: I стадия – 35,8%, II – 41,7%, III – 11,3% и IV стадия – 4,4%. Смертность составила 0,8 (274 больные), а 5-летняя выживаемость – 48,7%. В 2021 году в группе от 18 до 34 лет РТМ был зарегистрирован у 20 больных, от 35 до 49 лет – у 145, от 50 до 64 лет – у 412, от 65 до 74 лет – у 244 и старше 75 – у 31 больной. 400 больные были жителями села. По стадиям больные распределялись следующим образом: I – 31,8%, II – 42,3%, III – 16,9% и IV – 4,8%. Смертность составила 0,9 (304 больные), а 5-летняя выживаемость – 48%.

Выводы. Заболеваемость РТМ в Узбекистане не имеет тенденции к снижению и требует более внимательного отношения врачей ко всем видам маточных кровотечений у женщин как в фертильном, так и в менопаузальном возрасте. Своевременная постановка диагноза и лечение

гиперпластических процессов эндометрия значительно снизит количество женщин с риском развития РТМ.

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКОГО МАРКЕРА CDKN-2A В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Тен Я.В., Исламов Х.Д., Абдужаппаров С.Б., Зияев Я.Ф.

РСНПМЦОиР

Актуальность. В настоящем исследовании изучаются результаты ранней диагностики рака толстой кишки путем разработки молекулярно-биологических методов прогнозирования, с использованием гена CDKN2A. Используя комплекс ранних диагностических мероприятий для выявления рака толстой кишки изучаются клиничко-анамнестические данные, их корреляция с молекулярно-биологическими показателями. Также планируется разработать систему эффективного прогнозирования развития РТК и формирования «групп риска» для научно-обоснованного консультирования семей с высокой предрасположенностью к РТК.

Цель исследования: разработка метода ранней диагностики рака толстой кишки путем определения метилирования CDKN2A- гена.

Материал и методы исследования. Исследования проведены в отделение колопроктологии РСНПМЦОиР МЗ РУз. совместно с лабораторией биологии Центра высоких технологии у 30 пациентов за период 2015-2017г. В исследование были включены пациенты с одиночными полипами, множественными полипами, полипозом толстой кишки, а также больные, не имеющие в анамнезе онкозаболевания. Мужчин было 14, женщин 16. Средний возраст больных составил 48,4±3,8 лет. Из них у 5 больных был полипоз толстой кишки, у 11 множественные полипы прямой и сигмовидной кишки, у 14 одиночные полипы толстой кишки. Всем пациентам определяли уровни метилирования гена CDKN2A. Материалом для выделения ДНК служила сыворотка, полученная из венозной крови и биопсийный материал. После конверсии ДНК проводили метилспецифичную ПЦР.

Результаты. Среди 30 больных с полипами и полипозами толстой кишки в сыворотке крови, метилированный ДНК ген CDKN2A был обнаружен у 12 пациентов. У 18 больных результат теста был отрицательным. Таким образом, диагностическая эффективность в отношении выявления рака толстой кишки в ранней диагностике при помощи метилированного ДНК гена CDKN2A составила – 44.4%.

Заключение. 1. При наличии положительного теста на метилирование CDKN2A-гена, риск развития рака толстой кишки считался очень высоким, и эти пациенты подверглись оперативному лечению. 2. Применение молекулярно-биологического маркера CDKN2A могут быть эффективным методом в ранней диагностике рака толстой кишки. Данный метод диагностики требует проведения более глубокого исследования, основанного на изучении большего числа наблюдений.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕТИНОБЛАСТОМЫ

Усманов Р.Х.

РСНПМЦОиР

Цель. Изучить прогнозируемую частоту заболеваемости ретинобластомой в различных странах мира.

Материалы и методы. В данном исследовании мы изучали количество населения, рождаемость и детскую смертность в различных странах мира по сайту www.worldfactbook.com. и вычисляли возможную частоту заболеваемости ретинобластомой по методике.

Результаты. Было изучено население около 200 стран. Страны с самым многочисленным и высоким ростом населения Китай (1,34 млрд.) и Индия (1,2 млрд.), но детская смертность у них разная: в Индии высокая (46,1), а в Китае небольшая (15,6), поэтому в Индии средняя

статистическая возможность заболевания ретинобластомой высокая (1423), чем в Китае (1046). Если взять страны с маленькой площадью, но с большой скученностью населения, к примеру, Бангладеш и Индонезия. В Бангладеше проживают около 170 млн. населения, но детская смертность высокая (51,0), а в Индонезии проживают около 260 млн. жителей, детская смертность ниже (27,0), чем в Бангладеше. В Индонезии частота выявления ретинобластом в среднем (248) в год, а в Бангладеше с учетом высокой смертности новорожденных детей (207). При сравнении двух государств в Центральной Азии также прослеживается закономерность. В Узбекистане и Афганистане проживают приблизительно по 30 млн. человек, но уровень детской смертности разная: в Узбекистане (20,2), а в Афганистане эти цифры на много выше (128,6). Следовательно, прогнозируемая частота заболеваемости ретинобластомой в Узбекистане (45) ниже, чем в Афганистане (70). В африканских странах уровень детской смертности очень высокий, колеблется в диапазоне от 40,0 до 79,0 за счет ВИЧ инфицированных больных, а заболеваемость ретинобластомой.

Выводы. Исходя из наших наблюдений можно сделать вывод, что чем выше детская смертность новорожденных в странах, с большим количеством населения и низким социальным уровнем, тем выше частота заболеваемости ретинобластомой.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2019-2021 ГГ.

Хомидова Т.Э., Каримов А.Р.

Ферганский филиал РСНПМЦОиР

Цель работы - изучить динамику роста рака молочной железы среди женщин Ферганской области.

Методы и материалы. Взяты данные результатов диагностических цитологических исследований женщин впервые обратившихся в поликлинику РСНПМЦОиР ФОФ 4466 женщин обследованных в отделении патоморфологии в 2019-2021 гг.

Результаты. В 2019 году (1719 обследованных): без атипических признаков – 722 (42,0%), воспалительный процесс – 203 (11,8%), пролиферация железистого эпителия – 581 (33,8%), злокачественный процесс – 213 (12,4%). В 2020 году (1586 обследованных): без атипических признаков – 391 (24,7%), воспалительный процесс – 193 (12,2%), пролиферация железистого эпителия – 716 (45,2%), злокачественный процесс – 755 (16,9%). В 2021 году (1161 обследованных): без атипических признаков – 184 (15,9%), воспалительный процесс – 151 (13,0%), пролиферация железистого эпителия 570 (49,1%), злокачественный процесс – 256 (22,1%). За весь период (4466 обследованных): без атипических признаков – 1297 (29,0%), воспалительный процесс – 547 (12,3%), пролиферация железистого эпителия – 1867 (41,8%), злокачественный процесс – 755 (16,9%).

Выводы. За период с 2019 по 2021г. наблюдается: снижение абсолютного числа обследованных в 1,5 раза, но при этом увеличилась доля воспалительного процесса 11,8% до 13,0%, пролиферативного процесса с 33,8% до 49,1%, и злокачественного процесса с 12,4% до 22,1%.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Ходжиев Д.Ш., Палванов Т.М., Худайбергенов Ш.А., Султанзада Н.Д.

Хорезмский филиал РСНПМЦОиР, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Частная многопрофильная клиника “Бахтли оила”

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак в мире занимает четвертое место, а удельный вес в общей структуре заболеваемости составляет от 2 до 10%. Ежегодно в мире регистрируется около 600 000 вновь заболевших. Несмотря на то, что рак ободочной и прямой кишки имеет многочисленные симптомы, до 80 % больных поступают в клинику с III и IV стадиями заболевания, а у каждого третьего больного из числа оперированных диагностируют отдаленные метастазы, преимущественно в печень (80%) и реже

в другие органы (легкие, яичники, кости и головной мозг). В Хорезмской области поводом повышенного интереса к лечению данной патологии является с одной стороны неуклонный рост заболеваемости, а с другой высокая частота запущенности опухолевого процесса. Совершенствование хирургической техники, уменьшение послеоперационных осложнений и летальности, успехи реаниматологии и анестезиологии, появление мощных антибактериальных препаратов, достижения химиотерапии (появление новых препаратов и схем лечения) позволили расширить показания к оперативным вмешательствам при тяжелых формах колоректального рака.

Материалы и методы. Данное исследование является ретроспективным, не сравнительным. В период с февраля 2017 года по февраль 2022 года в отделении хирургии Хорезмского филиала РОНЦ выполнено 241 открытых и 12 видеолaparоскопических операции по поводу колоректального рака толстой кишки. Из них 168 больных поступили острой обтурационной непроходимостью. Хирургические оперативные вмешательства в зависимости от их объема разделены на радикальные, когда удаляется первичная опухоль и симптоматические – предусматривающие формирование обходного анастомоза или противоестественного заднего прохода (колостомы). Выявлено превалирование местно-распространенного процесса (Т3–4 – 72,6%). Поражение прямой кишки отмечено у 51,4% больных, сигмовидной кишки у 9,9% больных, слепой кишки у 13,4%, печеночные и селезеночные углы соответственно 7,1% и 11%. Диагноз верифицирован у всех больных, при этом у 80% – аденокарцинома. Радикальное хирургическое вмешательство проведено 167 (69,2%) больным, паллиативные – 59 (23,3%), в 15 случаях проведено комбинированная операция.

Больным выполнены различные оперативные вмешательства: 22 больным с правосторонней локализацией опухоли, из них 16 выполнена правосторонняя гемиколэктомия и 6 наложен обходной илео-трансверзо анастомоз в качестве первого этапа радикального лечения, в последующем им произведена радикальная операция. С левосторонней локализацией рака толстой кишки оперировано 183 больных, из них у 49 (26,8%) произведена радикальная операция Гартмана или левосторонняя гемиколэктомия, передняя резекция прямой кишки – у 14 (7,7%), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 31 (16,9%). В клинике с внедрением видеоэндоскопии, у 12 больных операция выполнено лапароскопическим путем: сигмоидэктомия – у 5 больных, передний низкий резекция прямой кишки – у 4, интрасфинктерная резекция прямой кишки – у 1, лапароскопически-ассистированная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – у 2 больных. При резекции сигмовидной и прямой кишки анастомоз формировали с использованием одноразового сшивающего скрепочного аппарата по типу «конец в конец» или «бок в конец».

Результаты. Важнейшим показателем эффективности хирургического лечения является частота осложнений и послеоперационная летальность. Различные осложнения в ближайшем послеоперационном периоде возникли у 35 (14,5%) пациентов. Наиболее частыми из них были гнойные процессы в брюшной полости и малом тазу – у 14 (5,5%), нагноение послеоперационной раны – у 22 (9,1%), недостаточность швов анастомоза имела место у 7 больных (3%), несостоятельность “культы” прямой кишки – у 8 (3,3%); перитонит возник у 5 человек (2%).

Из 167 больных, оперированных радикально при наличии острой кишечной непроходимости, умерли 9 (5,4%). Причиной летальных исходов была острая почечно-печеночная недостаточность (4 больных), инфаркт миокарда (1 больной), тромбоэмболия легочной артерии (4 больных). Все 15 больных, которым опухоль удаляли после предварительного устранения острой кишечной непроходимости хирургическим путем, благополучно перенесли операцию. Из 59 больных, которым произведено паллиативное вмешательство, умерли в раннем послеоперационном периоде 5 (8,5%), в том числе у 3 больных была определена III стадия рака, а у 4 – IV стадия. Причиной смерти были прогрессирующий перитонит (1), сердечно-сосудистые осложнения (2), тромбоэмболические осложнения (2).

По небольшому опыту, мы выявили преимущества лапароскопической хирургии колоректального рака: это менее выраженный болевой синдром (в 2,7 раза снижается потребность в анальгетиках), уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре, быстрая реабилитация больных (сокращение сроков восстановления физической активности на 3–4 суток).

Выводы. Таким образом, проанализировав данные исследования четко обоснована целесообразность и роль радикальных операций в объеме удаления первичного очага даже у больных с метастазами в печень и/или другие органы. Показано, что выполнение радикальных вмешательств позволяет избежать тяжелых осложнений опухолевого процесса (кровотечение из распадающейся опухоли, кишечная непроходимость, раковая интоксикация), что снижает темп дальнейшей диссеминации опухолевого процесса. Данный подход к лечению диссеминированного колоректального рака открывает возможности применения других методов лечения, при этом улучшается и качество жизни пациентов, что, в свою очередь, создает благоприятные условия для проведения дополнительной химиотерапии. Внедрение лапароскопических оперативных вмешательств является несомненным достижением хирургии колоректального рака, а дальнейшее развитие данного направления позволит улучшить результаты лечения больных.

РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ходжиев Д.Ш., Палванов Т.М., Бекчанов Х.Н., Хаитбаев С.К., Худайберганов Ш.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В настоящее время колоректальный рак является одной из самых распространенных патологий в структуре онкологических заболеваний. Основным методом лечения больных колоректальным раком остается хирургический.

Хирургические вмешательства на толстой кишке относятся к одним из наиболее сложных в абдоминальной онкологии и сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности -14,6-42,7 и 1,0-15,9 % соответственно. В этой связи вопрос об улучшении непосредственных результатов хирургического лечения рака толстой кишки не потерял своей актуальности и в настоящее время.

За последние два десятилетия эволюция малоинвазивных технологий привела к формированию отдельного направления в хирургии рака толстой кишки. Многочисленные рандомизированные исследования доказали, что лапароскопические операции при колоректальном раке отличаются от открытых операций значительно меньшей кровопотерей, снижением болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращением сроков пребывания больного в стационаре и сроков восстановления физической активности, уменьшением процессов спайкообразования.

Тем не менее лапароскопическая хирургия коло-ректального рака не является общедоступным методом лечения. Среди причин недоверия к лапароскопическим операциям можно отметить убежденность некоторых хирургов в необходимости ручной ревизии как окончательного метода оценки распространенности опухоли, а также сомнения в соблюдении принципов радикализма подобных операций. Недостатком лапароскопических операций является отсутствие тактильной чувствительности при выполнении манипуляций на органах брюшной полости. Видеоэндоскопические операции с использованием ручной ассистенции минимизируют недостатки и сохраняют преимущества малоинвазивной хирургии, обеспечивая связь между лапароскопической и традиционной хирургией.

Цель исследования. Совершенствование тактики лечения при коло-ректального рака с широким использованием видеоэндоскопии.

Материалы и методы. С использованием лапароскопической техники нами прооперировано 16 больных колоректальным раком, из них 10 мужчин и 6 женщин. Средний возраст оперированных больных составил $56 \pm 12,8$ года. По локализации опухоли в толстой и прямой

кишке все больные распределены следующим образом. Сигмовидная кишка - 6, прямая кишка - 6, восходящий и нисходящий отдел ободочной кишки - 4. У всех больных до операции эндоскопическим методом взята биопсия и гистологически была установлена аденокарцинома различной степени дифференцировки.

Подготовка больных к операции включала диету, накануне операции и механическую очистку толстой кишки с использованием порошков фортранс. С учетом ограничения возможности интраоперационной ручной пальпаторной ревизии, кроме стандартных методов исследования (эндоскопического и рентгеноконтрастного исследований толстой кишки, ультразвукового исследования органов брюшной полости и малого таза, рентгенологического исследования органов грудной клетки), проводились уточняющие методы компьютерная томография или МРТ (оценка состояния печени, забрюшинных лимфатических узлов, местного статуса опухоли).

При патологии сигмовидной кишки больным выполняли лапароскопическую резекцию сигмовидной кишки, с наложением десцендоректоанастомоз с помощью циркулярного аппарата, и обструктивную резекцию с последующей реконструкцией. При патологии прямой кишки выполняли лапароскопическую переднюю резекцию и брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки. При локализации опухоли в восходящем и нисходящем отделе ободочной кишки производили лапароскопическую право-левостороннюю гемиколэктомию.

Результаты. Послеоперационные осложнения проведенных на сигмовидной кишке развились у 2 больных. Это были несостоятельность колоректального анастомоза, нагноение послеоперационной раны.

У больного с несостоятельностью колоректального анастомоза данное осложнение удалось купировать консервативными мероприятиями. Нагноение послеоперационной раны в области минилапаротомии у 1. Летальных исходов не отмечено. Сроки пребывания в стационаре у больных на 5-7 дней меньше, чем после открытых вмешательств. Все оперированные больные находятся под наблюдением от 6 до 14 мес. За время наблюдения не выявлено местных рецидивов опухоли и прогрессирования заболевания. Показатель уровня качества жизни изменился от неудовлетворительного до операции до удовлетворительного в раннем послеоперационном периоде и в течение отслеженного периода времени.

Вывод. Наш опыт лапароскопических операций при колоректальном раке показал, что данный вид оперативного пособия является технически выполнимым, щадящим для пациентов и обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода, сокращение сроков пребывания больных в стационаре, что несомненно, является благоприятным фактором в процессе реабилитации. Тщательный отбор больных позволяет снизить риск осложнений как во время вмешательства, так и в ранние сроки после операции. Все вышеизложенное свидетельствует о том, что лапароскопические операции являются перспективным направлением хирургии, позволяющем провести хирургическое лечение с высоким медико-социальным эффектом.

ЙЎҒОН ВА ТЎҒРИ ИЧАК ҲАВФЛИ ЎСМАЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРДА РАК ЭМБРИОНАЛ ВА КАРБОГИДРАТ-19-9 АНТИГЕННИ ДИНАМИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Эгамов И.М., Ибадуллаев Р.С., Сапарбаев А.И.

РИОваРИАТМ Хоразм филиали

Мақсад. Рак эмбрионал антигенни (РЭА) даво самарасини аниқлашдаги аҳамиятини баҳолаш.

Материал и методлар. РИОваРИАТМ Хоразм филиалида меъда ичак тизими бирламчи ва метастатик ҳавфли ўсмалари билан даволанган беморларнинг текшириш натижалари ўрганилди.

Тадқиқот натижалари. РЭАни аниқлаш меъда ичак тизими (тўғри ва йўғон ичак, меъда ости беши, меъда) бирламчи ва метастатик ҳавфли ўсмаларда таъхислаш ва даволаш самарасини аниқлаш учун қўлланилади, карбогидрат 19-9 антигенини эса РЭА га қўшимча маркер тест сифатида ишлатилади. Тадқиқот 25 беморда йўғон ва тўғри ичак ҳавфли ўсмаларини жигарда

диагностика қилинган якка ва қўплаган метастазлари бор беморларда ўтказилди. Тадқиқот радикал операциягача (чап ва унг томонлама гемигепатэктомия) ва операциядан кейин ўтказилди. РЭА ни миқдори даво ўтказмасдан олдин $5,83 \pm 0,49$ мкг/л, даводан кейин $4,7 \pm 0,8$ мкг/л. Даводан олдин ва кейин РЭА ни аҳамиятининг фарқи статистик аҳамиятли ($p < 0,005$). Қон зардобиди Са 19-9 нинг миқдори даводан олдин $106,73 \pm 22,92$ ед/мл. Са 19-9 нинг даводан олдин ва кейинги фарқи статистик аҳамият касб қилмайди.

Хулоса: РЭАни даводан олдин ва кейинги фарқи статистик аҳамиятга эга, бу беморларни даволаш самарасини баҳолашда муҳим аҳамиятга эга.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА АЁЛЛАР РЕПРОДУКТИВ ТИЗИМИ ҲАВФЛИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ МУАММОЛАРИ

Эгамов И.М., Сапарбаев А.И.

РИОваРИАТМ Хоразм филиали

Аёлларга даволаш профилактика ёрдамини ташкил қилишда соғлиқни сақлаш тизимининг асосий вазифаларидан бири бу ногиронлик ва ўлим даражасини пасайтиришдир. Бу кўрсаткичлар социал сиёсий аҳамиятга эга, жамият ва соғлиқни сақлашни ривожланиш даражасини белгилаб беради.

Мақсад: Аёллар репродуктив тизими касалликларининг муаммоларини ўрганиш. **Материал и методлар:** РИОваРИАТМ Хоразм филиалида 2017 – 2021 йилларда аёллар репродуктив тизими ҳавфли ўсмалари билан касаллиги ўтказиб юборилган беморларнинг касаллик тарихлари ўрганилди.

Текширув натижалари: Хоразм вилоятида аёллар репродуктив тизими ҳавфли ўсмалари ўтказиб юборилган босқичларида юқори ўринларда туради. Сут беги саратонида ўтказиб юборилган босқичи 10,4% ни, бачадон бўйни саратони-2,4%, тухумдонлар саратони- 4,5% ни ташкил қилади. Кеч босқичларида аниқланиш камайиб бориши кузатилмоқда: сут беги саратонида (2017-14,4%, 2021-5,4%), бачадон бўйни саратонида (2017-2,2%, 2021-3,4%), тухумдонлар саратонида (2017-7,1%, 2021-4,5%). Охириги 5 йилда 1 йиллик ўлим даражаси ҳам пасайган: сут беги саратонида (2017-9,8%, 2021-4,0%), бачадон бўйни саратонида (2017-4,7%, 2021-3,4%, тухумдонлар саратонида (2017 - 10,7%, 2021-6,8%). Ўтган 5 йилда бачадон бўйни саратони билан беморларнинг кеч босқичларида аниқланиш даражаси купайган (2017-2,2%, 2021-3,4%).

Хулоса. Бачадон бўйни саратони куриш мумкин бўлган жойлашувга қарамадан юқори ўринни эгаллайди, даволанаётган беморларни ногиронликка ва ўлимга олиб келмоқда. Бачадон бўйни саратонини олдини олиш мақсадида касалликни эрталабки босқичларида аниқлаш ва саратон олди касалликларини ўз вақтида даволаш лозим. Бачадон бўйни саратонини эрта аниқлашга қаратилган скрининг дастурларини кенг қўлланилиши касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини камайтиради.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЁННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Юлдашев Н.Ж., Урунбаев С.Д., Умиров А.А., Муминов Б.С.

Сырдарьинский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: улучшить результаты лечения осложненного рака ободочной кишки, выработав дифференцированный подход к выбору хирургического пособия при данной патологии.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением были 40 составили пациентов с раком ободочной кишки пролеченных за 2018 – 2019 г. в Сырдарьинском Филиале РСНПМЦОиР. Из них 30 (75%) больных составили лица старше шестидесяти лет. Наиболее частым осложнением рака ободочной кишки была толстокишечная непроходимость у 34 больных (85%). При непроходимости кишечника опухоль располагалась в сигмовидной кишке

у 26 (65%), селезеночном угле ободочной кишки у 2 (5%), в нисходящей ободочной у 2 (5%) и в поперечно-ободочной кишке у 1 (5%) пациента.

Результаты исследования: с признаками перитонита оперировано 14 (35%) больных. У 95% из них причиной воспаления брюшины стала кишечная непроходимость. 2 (5%) пациента поступило в стационар с признаками кишечного кровотечения и анемии. Оперировано 38 пациентов (95%). Выполнены следующие операции: типа Гартмана с формированием концевой колостомы - у 21 (52,5%), левосторонняя гемиколэктомия с терминальной трансверзостомой - 2 (5%) резекция сигмовидной кишки с формированием первичного анастомоза - 1 (2,5%), резекция поперечно-ободочной кишки с формированием первичного анастомоза - 1 (2,5%), правосторонняя гемиколэктомия с первичным соустьем - 3 (7,5%), правосторонняя гемиколэктомия с илеостомой - 1 (2,5%), различные виды колостомии - 8 (20%). Противопоказаниями к формированию первичного анастомоза считаем: резкую дилатацию приводящего отдела толстой кишки в два и более раза со значительным расширением тонкой кишки; наличие распространенного гнойного перитонита; тяжёлые метаболические сдвиги с выраженными нарушениями белкового и водно-электролитного баланса; расположение опухоли в ректосигмоидном отделе и прямой кишке; наличие множественных отдалённых метастазов или канцероматоза брюшины. В 95% случаев операция завершалась зондовой декомпрессией тонкой кишки.

Заключение: дифференцированный подход в лечении больных с осложнённым раком ободочной кишки позволил уменьшить общую летальность при этой патологии с 25 до 20%, у пожилых пациентов - с 47,5 до 37,5%.

OROL BO'YI XUDUDIDA YASHOVCHI AYOLLARDA SUT BEZI RAK OLDI KASALLIKLARINING DISPLAZIYALANISH DARAJASI

Yuldashev B.S., Xadjimuratova M.X.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Ishning maqsadi. Ayollardagi disgormonal kasalliklarning rak oldi xolatlari bilan bog'liqligini o'rganish.

Material va uslublar: 2015-2020 yillarda RIO va RIATM Xorazm filiali poliklinika bo'limiga murojat qilgan bemorlarning ambulator kartalari va ularning kasalliklar tarixlari bo'yicha retrospektiv taxlili.

Natijalar: RIO va RIATM Xorazm filiali poliklinika bo'limiga murojat qilgan jami 515 nafar ayollarning ambulator kartalari taxlil qilindi, shulardan 232 (45,0%) nafarida fibroz-kistoz mastopatiya (FKM), 159 (30,8%) nafarida fibroadenoma (FA), 38 (7,3%) nafarida tugunli yoki fibroz mastopatiya(FM), 10(1,9%) nafarida steatonekroz, 23 (4,4%) ta papilloma, 18(3,5%) ta kistoz mastopatiya(KM), 21(4,0%) lipoma, 14 (2,7%) duktoyektoziya kasalliklari aniqlandi. Kuzatuvga olingan 64(12,4%) nafar bemordan (rak oldi jarayonlar), 27(5,2%) nafarida malignizatsiya kuzatilgan, 20 nafar bemorda xavfliga o'tish ehtimoli yuqori, qolgan 17 nafar bemor davolash natijasi samarali yakunlangan.

Bemorlarni yosh jixatdan ajratadigan bo'lsak, 18-44 yoshgacha 371 (72%) ta bemor, 45-59 yoshgacha 93(18%) ta bemor, 60-74 yoshgacha 37(7%) ta bemor, 75-90 yoshgacha 14(2,7%) ta bemor 90 yoshdan yuqori bo'lgan bemorlar kuzatilmadi.

Bundan kurinib turibdiki sut bezining rak oldi kasalliklari ayollarning 18-44 yoshgacha bulgan bo'g'inida ko'proq kuzatilib, gormonal statusning o'zgarishi bunday ayollarda sut bezi o'smasiga displaziyalanishiga sabab bo'ladi. O'rganilgan ayollarning 27 tasida bunday o'zgarishlar mavjud bo'lib, ulardagi xavfsiz o'smalar malignizatsilanib, xavfli o'smalarga aylanishini kuzatdik. Albatta bu juda yomon ko'rsatkich bo'lib, jami o'rganilgan kasallarning 5,2% ini tashkil etadi. Bunday ayollarning anamnezida normal jinsiy hayotning mavjud emasligi, ko'p bola tashlash, abortlar sonining ko'pligi va doimiy jinsiy a'zolarida bo'ladigan yallig'lanish va kista kasalliklarining mavjudligi ilmiy ishimizda muhim ahamiyatga ega.

Xulosa. Ayollardagi rak oldi jarayonlarini, proliferatsiyalanish mexanizmlarini, gormonal statusga, yoshga bog'liqligini (eng ko'p yoshlarda 18-44 yosh -72% xolatda), yaxshi sifatli o'smalarning malignizatsiyalanish darajasini o'rganish, sut bezi saratonini erta aniqlashda

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАКА ЛЕГКОГО В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Юсупбеков А.А., Рахматов Ю.Б.

РСНПМЦОиР, Навоийский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: провести анализ основных показателей рака легкого в динамике в Республике Узбекистан.

Материал и методы исследования. На основе изучения статистических отчетов региональных центров онкологической службы Республики по форме СSV №7, а также ежегодного статистического руководства «Состояние онкологической помощи населению Республики Узбекистан» проведен анализ 5 летней выживаемости рака легкого в период наблюдения 2011-2020 годы.

Результаты. Статистический анализ показал, что в Республики Узбекистан в 2011 году зафиксировано 1117 больных раком легкого. Интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. составил-3,8, только 15,8% больных выявлены в I-II стадии, а III-IV стадии составили-82,9%. Из-за этого одногодичная летальность составила-35,9%, а смертность составила-3,1 на 100 тыс. населения. Показатель 5-летней выживаемости соответствовал -20,4%. В 2019 году выявлен 1667 больных.

В последующие годы в динамике несколько улучшалось выявление больных в ранних стадиях (I-II) и в 2019 году составил-25,9%, значительно снизилось выявление больных в III-IV стадии-66,8%. Одногодичная летальность составила-21,1%, а смертность снизилось до 2,4 на 100 тыс. населения. 5-летняя выживаемость увеличилось до 27,3%.

Заключение. Статистический анализ основных показателей свидетельствует, что в Республике Узбекистан имеется тенденция к росту заболеваемости рака легкого, снижение показатели запущенности и смертности одногодичной летальности, увеличение 5-летней выживаемости.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПАТОЛОГИИ ПО ДАННЫМ КАНЦЕР-РЕГИСТРА Г.ТАШКЕНТА

Юлдашева Д.Ж.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Введение. Первично-множественные опухоли всегда были предметом пристального внимания всех передовых онкологических школ мира. Еще на заре современной науки Абу Али Ибн Сина более тысячи лет назад описал первично-множественные злокачественные патологии (ПМЗП) в своем знаменитом труде «Каноне врачебной науки», где приводил случай первично множественного синхронного рака молочной железы. Д.М.Абдурасулов и К.Е.Никишин - основоположников отечественной онкологии, также подробно описывали сочетание опухолей различной природы у одного и того же пациента («Первично-множественные опухоли» том I,II, 1968). В современной научной медицинской литературе регулярно описываются случаи в клинической практике встречи первично-множественных 2-х, 3-х и более раков подтвержденных морфологически (S Watanabe and oth.1984, Япония), в совокупности составляющие до 7% от всех вскрытых со злокачественными заболеваниями.

Цель: определить место ПМЗП в общей структуре онкологической заболеваемости среди ограниченной популяции (жители г.Ташкента).

Материалы и методы: данные Канцер-регистра г.Ташкента.

Результаты: в течении 2017 по 2021 гг. по данным Канцер-Регистра г.Ташкента зарегистрировано 562 больных с синхронно-метахронными ПМЗП, из них в 2,5% (n=14) установлен первично тройное ПМЗП. Итого было зарегистрировано 1124 случая ПМЗП. При

анализе временного фактора – в 49,3% ПМЗП были синхронного характера, где второй рак был выявлен одномоментно или до истечения 6 месячного срока после первого. У остальных ПМЗП интервал метахронности колебался от 6-ти и более месяцев до 37 лет. Частота встречаемости по годам колебалась в пределах 3%: 2017 год – 2,0%, 2018 год – 3,2%, 2019 год – 3,4%, 2020 год – 2,7%, 2021 год – 2,2%. В первично множественный процесс фактически вовлечён весь спектр злокачественных патологий, включая гемобластозы, однако наиболее часто встречались ПМЗП в сочетании с раком молочной железы: среди «первых» раков – 30,4%, среди «вторых» – 24,4%; затем рак кожи: 24,7% и 18,7% соответственно; третье место занимает рак толстого кишечника – 5,7% и 6,2%.

Выводы: ПМЗП прочно занимают своё место в онкологической структуре, и по результатам оригинального исследования частота их встречаемости колеблется в пределах 3%. Определение лидеров нозологий, сочетающихся в ПМЗП, позволяет конкретно направить онкологическую службу на тщательное диспансерное обследование пролеченных онкобольных на раннее выявление новых первично множественных злокачественных патологий.

20-ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКЦИИ В Г.ТАШКЕНТЕ

Юлдашева Д.Ж., Исхаков Д.М., Байменов А.С.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

По данным GLOBOCAN органы злокачественные патологии женских гениталий (ЗПЖГ) входят в десятку лидеров заболеваемости и смертности среди женского населения мира, в целом поразивших в 2008 году более 2-х миллионов женщин, и ставших причиной около 1 миллиона смертей.

Цель: определить динамику заболеваемости и смертности основных ЗППЖ – рака молочной железы, рака шейки и тела матки, и рака яичников по данным официальной статистики Ташкентского городского филиала РСНПМЦОиР за последние 20 лет, установить динамические сдвиги в возрастной структуре – определить степень «омоложения» ЗПЖГ.

Материалы и методы: были подняты и сопоставлены официальные данные по Форма Здрав №7 2001 и 2021 гг.

Результаты: если в 2001 году заболеваемость ЗППЖ составила в целом 57,6 случай на 100 тысяч женского населения: рак молочной железы (РМЖ) – 30,7, рак шейки матки (РШМ) – 10,2, рак тела матки (РТМ) – 8,0, рак яичников (РЯ) – 8,6, то через 20 лет этот показатель удвоился более чем в 2 раза и составил 112,9, а именно РМЖ составил – 62,4, РШМ – 21,4, РТМ – 12,6, РЯ – 15,0. В то же время установлено снижение показателей смертности от ЗППЖ в 1,2 раза: так если в 2001 году смертность от ЗПЖГ составили 37,7 смертных случаев на 100 тысяч женского населения, то в 2021 году этот показатель снизился до 30,5, и в разрезе нозологий был следующим: смертность при РМЖ – снизилась с 21,3 до 16,4, РТМ – с 5,6 до 3,0 и при РЯ – с 5,3 до 5,0. Единственным исключением явился РШМ при котором отмечен рост смертности с 5,6 до 6,1 на 100 тысяч женского населения. Для определения возрастных тенденций проведено сопоставление заболеваемости ЗПЖГ 2001 года (n=630) и 2021 года (n=1562), в основных возрастных группах по ВОЗ: в группе молодых установлено процентное совпадение – 17,3% (2001 год – 109, 2021 год – 270 больных). За 20 лет установлен чувствительный сдвиг в старшей группе – от 45 лет до 65 лет (2001 год – 48,6%, 2021 год – 54,5%) которая стала преобладать над группой пожилых и старческой группой в возрасте 65 лет и старше (34,1% и 28,2%).

Выводы: проведенное исследование подтвердило тенденцию истинного роста заболеваемости раком, на примере анализа заболеваемости ЗПЖР, достигшее своего удвоения за 20 лет. Утешительная тенденция умеренного снижения смертности от этих грозных патологий, однако не коснулось рака шейки матки, которая имеет склонность к росту. Постулат об омоложении рака действителен только для перемещения основной массы первичных больных ЗПЖР с

старческой и пожилой группы в группу женщин 45-64 года, и требует концентрировать усилия ранней диагностики ЗППЖ в этой возрастной категории.

BREAST CANCER MORTALITY IN YOUNG WOMEN IN SURKHANDARYA

Yuldashev R.R., Normuminov O.X.

Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology
Surkhandarya branch

Objective: Malignant breast cancer is the leading cause of death by cancer in young women. The study aimed to determine if breast cancer mortality among young women has increased between the period from 2010 to 2020 in Surkhandarya region.

Methods. A time-series analysis of breast cancer mortality rate in young women (20–39 years old) was carried out. Mortality data, from 2010 to 2020, were collected from the Department Medical Statistics of the branch, and demographic data, from the Surkhandarya Geography and Statistics. Trends in mortality were performed by Joinpoint Regression, the spatial distribution of the mortality rate was done with the QGIS Software version 2.18, and Spearman's correlation coefficient was used to correlate the mortality rates with the Human Development Index.

Results. There was an increase in breast cancer mortality rates in young women in the majority of the Surkhandarya region with an upward trend in all districts. The correlation with the Municipal Human Development Index, income, and education had a significant impact on the mortality rate for women from 40–45 years old in both time frames evaluated and for women from 20–29 years old, only from 2010 to 2020.

Conclusion. The data obtained in the study, showed that even though the breast cancer mortality rate of young women is lower than women over 45 years old, it has been increasing in all districts of Surkhandarya, mostly for women from 40-45 years old, suggesting that this group should be included in screening programs.

ХОДЖКИН ЛИМФОМАСИНИ БЕМОРЛАРДА ЁШ БЎЙИЧА ТАРҚАЛИШИ

Шарипов А.Б., Амриддинов А.У.

РиОвАРИАТМ Қашқадарё филиали

Тадқиқот мақсади: турли ёшдаги беморларда Ходжкин лимфомаси билан касалланиш даражасини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Биз 2018-2021 йилларда РиОвАРИАТМ Қашқадарё филиали даволанган лимфома касаллиги билан касаланган беморларнинг репроспектив тахлили ўтказдик, таҳлил давомида 44 нафар беморлар аниқланди.

Натижалар: ушбу беморларнинг ёш гуруҳлар бўйича тақсимлашда қуйидаги натижалар олинди.

- 1) 0-9 ёш – 9 та беморлар (20,4%);
- 2) 10-19 ёш - 9 нафар беморлар (20,4 %);
- 3) 20-29 ёш - 14 нафар беморлар (31,8 %);
- 4) 30-39 ёш - 3 нафар беморлар (6,8 %);
- 5) 40-49 ёш – 1 нафар бемор (2,2 %);
- 6) 50-59 ёш – 5 нафар беморлар (11,3 %);
- 7) 60-60 ёш – 3 нафар беморлар (6,8 %);
- 8) 70 ёшдан катта беморлар – 0 (%).

Хулоса: юқоридаги маълумотлар шуни кўрсатадики, Ходжкин лимфомаси билан оғриган беморларнинг кўп сонли қисми ёш тоифасига 0-29 ёшгача (72,7%) ташкил қилди.

БИРЛАМЧИ КЎПЛАГАН ҲАВФЛИ ЎСМАЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ**Эгамов И.М., Собиров Р.О., Сапарбаев А.И.****РИОваРИАТМ Хоразм филиали**

Максад. Бирламчи кўплаган ҳавфли ўсмалар билан беморларнинг сон жиҳатдан миқдорини ва жойлашувини аниқлаш.

Материал и методлар: РИОваРИАТМ Хоразм филиалида 2015-2021 йилларда турли хил ҳавфли ўсмалар билан ҳисобда турган беморларнинг касаллик тарихлари ўрганилди. 52 беморда бир вақтнинг ўзида бирламчи кўпланган ҳавфли ўсмалар икки ва уч аъзода аниқланди. Беморлар ёши 35-74 ни ташкил қилди. Эркаклар 20 (38,4%), аёллар 32 (61,5%).

Текширув натижалари. Икки аъзода ҳавфли ўсма 50 беморда (96,1%), учта ўсма 2 беморда (3,8%) аниқланди. Бирламчи кўплаган ҳавфли ўсмалар кўпроқ ёши катта беморларда аниқланди, 57-74 ёш ўртасида. Эркакларда биринчи ўсма асосан бош бўйинда, терида, ўпка ва меъдада жойлашганлиги маълум бўлди. Аёлларда сут безида, терида, бачадон танаси ва бўйнида аниқланди. Эркакларда иккинчи ўсма асосан ўпкада, терида, меъда ва бош бўйинда аниқланди. Аёлларда сут безида, терида, меъда ва тухумдонларда жойлашганлиги маълум бўлди. Иккинчи ўсмалар синхрон ва метахрон ривожланган. Бирламчи кўплаган ўсмаларнинг прогнози салбий. Бир йиллик ўлим 24%ни, 5 йиллик яшовчанлик 20% ни ташкил қилади.

Хулоса. Олинган натижалардан шу хулосага келиш мумкин: 1. Онколог ва умумий даволаш муассаса шифокорлари онкологик эҳтиёткорликни эсидан чиқаришади ва биринчи ўсма аниқлангандан кейин текширишларни тўхтатиб қўйишади. 2. Иккинчи ўсма кеч босқичларда аниқланади. 3. Бирламчи кўплаган ҳавфли ўсмалар билан беморлар яшаш кўрсаткичи паст даражада.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЛЕГКОГО В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**Юсупбеков А.А., Джуманазаров Т.М., Джанклич С.М., Расулов А.Э., Хайрулдинов Р.В., Жураев****Э.Э., Усманов Б.Б., Мадиев Б.Т., Туйчиев О.Д.****РСНПМЦОиР**

Цель. Представить комплексный анализ заболеваемости и смертности от рака легкого (РЛ) за 2015-2021гг.

Материалы и методы. Основой для проведения анализа являлись данные Центра профилактики рака РСНПМЦОиР МЗ РУз. Были рассчитаны относительные статистические показатели, стандартизованные показатели по возрасту и полу. Кроме того, индекс накопления контингентов и летальность на первом году наблюдения.

Результаты. В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в Республике Узбекистан, по данным 2021г. впервые РЛ установлен 12,5% (в 2015г – всего 12,4%). Показатель заболеваемости на 100 000 населения составил 4,6 случаев (в 2015г – 4,4; 2016г-4,1; 2017г-4,6; 2018г-4,3; 2019г-5; 2020г-3,8), что в общей структуре занимает 4 место после ЗН молочной железы, желудка и шейки матки. Во все годы наблюдения получил подтверждение тот факт, что морфологическое подтверждение впервые выявленным РЛ не достигает 100%, т.е 2015г-70%, 2016г-68,9%, 2017г-74,%, 2018г-81,1%, 2019г-81,7%, 2020г-76,3% и в 2021г. – 81,1%. Анализируя половую принадлежность, в 2021г. каждая четвертая злокачественная опухоль у мужчин (10,2%) локализуется в органах дыхания, а у женщин доля этих опухолей в 3,5 раза ниже (2,9%). В структуре заболеваемости и в возрасте 45-65 лет у мужчин превалирует ЗН легких (13,5%); а у женщин рак молочной железы (29,5%). В возрастной группе 65 лет и старше у мужчин ЗН легких выходит на второе место (13,1%) после рака желудка. В сравнении, уровень больных с I-II стадиями заболевания в 2021г. составил 19,6% (2015г-18,0%), показывая незначительное увеличение. Достоверно изменился уровень удельного веса больных с III-IV стадиями 35,0 и 39,5% соответственно (2015г – 51,6 и 30,4% соответственно). В разрезе контингента в 2021г взято на учет 1297 больных РЛ. Максимальный показатель заболеваемости среди впервые выявленных, отмечен в г.Ташкенте (243), Ферганской области (182), Ташкентской (172) и Андижанской областях (142). Летальность от ЗН в 2020г РУз было зарегистрировано 13552случая, а смертность от РЛ впервые взятых на учет составило 33,9% (2015г-37,4%).

Выводы. РЛ остается в числе лидеров в общей структуре злокачественных новообразований с высоким уровнем заболеваемости и летальности на территории Узбекистана, что делает его одной из главных проблем противораковой борьбы, требующее скрининговой программы и коррекцией диагностических ошибок.



Fuat Isanbaev
(Director)



Manish
Kumar Shanta
(Co-Founder & COO)



Dr. Rahul Kumar
"Deepak"
(Founder & CEO)



Dr. Viresh Mahajan
(Co-Founder &
Med. Director)



Elena Khvan
(Marketing Director)

You don't always need a plan Sometimes you just need strong partner



Lifecare Herbals LLC Lifecare Herbals FZC

- Pharmaceutical Medicines Distribution & Registration
- Herbal & Ayurvedic Medicines Distribution & Registration
- API's Distribution & Registration
- Medical / Lab Equipments Distribution & Registration



Medmonks Healthcare LLC

- Pharma/Biotech Manufacturing project consultation & construction (Vaccines, Bio-pharma, Sterile, MDI, Tablets, Capsules, Ointments Etc.)
- Qualification/Validation /Tech-Transfer
- Hospitals / Lab project consultation & Construction



Medmonks Hospitals LLC

- Nephrology & Dialysis Centres
- Medical / Lab. Services



Medmonks Medicare LLC

- Multi-speciality Hospitals
- Medical / Lab Services
- Oncology/Hematology Services
- Genetic test services

Vita Alliance Hospital

- Multi-speciality Hospital with 200+ beds
- Oncology Chemotherapy centers with 50+ beds
- Oncology/Hematology Lab. services



Alliance Health Solutions Pvt. Ltd.

- Worldwide medical tourism services
- Medical Professional's HR services
- Masterclass / Advanced training for medical professionals



Chinor Medical Center

- Plastic Surgery
- ENT Surgery
- Multispeciality Medical center with 40+ beds
- Lab. Services



Global Avenues LLC

- IT services
- Full hospital automation services
- Full factory automation services
- Telemedicine equipments & services



MIR
International

Mir International

- Specialized in Trading

Возможность применения таргетной терапии в Узбекистане !

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО



Абиратерона ацетат. Таблетки 250 мг

Первый и единственный селективный ингибитор биосинтеза андрогенов

Сорафениб 200 мг. Таблетки

Терапия печеночно-клеточного рака, имеющая доказательную базу



Таблетки Элтромбогил, 25 мг и 50 мг

Направленное лечение **тромбоцитопении**

Эрлотииниб 100 мг и 150 мг, таблетки

Эффективное лечение **НМРЛ** в виде таблеток



Кабозантиниб. Капсулы 20 мг и 60 мг.

Выбор терапии при медулярном раке щитовидной железы (МРЩЖ) и почечно-клеточном раке (ПКС).

Сунитиниб 12.5 мг, 25 мг и 50 мг. Капсулы

Терапия первой линии при метастатическом ПКС



Выбор терапии в лечении рака лёгкого с **ALK**- положительной мутацией

Первая линия терапии для лечения пациентов с NSCLC (EGFR-мутация) Вторая линия терапии для пациентов с метастатическим плоскоклеточным NSCLC после терапии препаратами платины.



Адьювантная терапия **НМРЛ** в первой линии в том числе для пациентов с положительной мутацией T790M

BEACON
Medicare Limited
Caring Global Patients
Global Marketing Partner of BEACON Pharmaceuticals Limited

Life Care
HERRALS

Узбекистан, г. Ташкент, Мирзо- Улугбекский р-н,
массив Ирригатор, 2, Индекс 100052
почта: info@lifecare.uz
Тел.: +998 97 433 95 33, +998 99 141 55 75
www.lifecare.uz
www.beaconmedicare.com.bd



Кадсила®

даёт дополнительный
год жизни

пациенткам с метастазами в головной
мозг при HER2+ раке молочной
железы по сравнению со стандартной
таргетной терапией



Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата.

КАДСИЛА®(Kadcyla®). МНН - Трастузумаб эмтанзин (Trastuzumab emtansine) Противоопухолевое средство - антитела моноклональные, L01XC14

Регистрационный номер: DV/X 08243/09/20

Показания к применению: лечение пациентов с метастатическим HER2-положительным РМЖ, ранее получавших лечение трастузумаб + таксаны, которые получали предшествующее лечение метастатического заболевания или после прогрессирования заболевания в период или в течение 6 месяцев после завершения адъювантной терапии. Адъювантная терапия пациентов с ранним HER2-положительным РМЖ и инвазивной остаточной опухолью после неoadъювантной терапии таксаном и трастузумабом. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к трастузумабу эмтанзину и к другим компонентам препарата; инфузионные реакции, связанные с применением трастузумаба, приведшие к отмене терапии; беременность и период грудного вскармливания; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность применения у детей не установлены); диффузная интерстициальная болезнь легких, пневмонит; узловая регенеративная гиперплазия печени; симптоматическая застойная сердечная недостаточность; почечная недостаточность тяжелой и терминальной степени (клиренс креатинина <30 мл/мин), тяжелое нарушение функции печени (класс С по шкале Чайлд-Пью), повышение активности печеночных аминотрансфераз >3х верхней границы нормы (ВГН) при концентрации общего билирубина >2хВГН; значение фракции выброса левого желудочка сердца <50% перед началом лечения; хроническая сердечная недостаточность в анамнезе; одышка в покое, вызванная прогрессированием злокачественного заболевания или сопутствующей патологией; серьезные нарушения сердечного ритма, требующие лекарственной терапии; инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия, которые развились в течение 6 месяцев перед началом лечения; количество тромбоцитов <100 000/мм³ перед началом лечения; периферическая нейропатия ≥3 степени тяжести перед началом лечения.

С осторожностью: нарушение функции печени легкой или умеренной степени тяжести; дисфункция левого желудочка; одновременное проведение антикоагулянтной и/или антитромбоцитарной терапии.

Режим дозирования: рекомендуемая доза препарата Кадсила® составляет 3,6 мг/кг массы тела 1 раз в 3 недели (21-дневный цикл) в виде внутривенной капельной инфузии.

Побочные действия: по шкале Национального института рака (NCICTCAE) очень частые (≥1/10), частые (≥1/100 и <1/10), нечастые (≥1/1000 и <1/100), редкие (≥1/10000 и <1/1000) и очень редкие (<1/10000), включая единичные случаи. **Очень часто:** тромбоцитопения, анемия, гипокалиемия, бессонница, периферическая нейропатия, головная боль, кровотечения, носовое кровотечение, кашель, одышка, стоматит, диарея, рвота, тошнота, запор, сухость во рту, боль в животе, костно-мышечные боли, инфекции мочевыводящих путей, повышенная утомляемость, повышение температуры тела, астения, озноб, повышение активности печеночных аминотрансфераз. **Часто:** нейтропения, лейкопения, лекарственная гиперчувствительность, головокружение, нарушение вкусовых ощущений (дисгевзия), нарушения памяти, сухость глаз, конъюнктивит, затумирование зрения, повышенное слезоотделение, дисфункция левого желудочка, повышение артериального давления, диспепсия, кровоточивость десен, зуд, alopecia, нарушение структуры ногтей, ладонно-подошвенная эритродизестезия, крапивница, периферические отеки, повышение активности щелочной фосфатазы в крови, инфузионные реакции. **Нечасто:** пневмонит (интерстициальная болезнь легких), явления гепатотоксичности, печеночная недостаточность, узловая регенеративная гиперплазия, портальная гипертензия, экстрavasация в месте инфузии. **Лекарственные взаимодействия:** следует избегать одновременного применения мощных ингибиторов изофермента CYP3A4 (например, кетоконазола, итраконазола, кларитромицина, атазанавира, индинавира, нефазодона, нелфинавира, ритонавира, саквинавира, телитромицина и вориконазола) и препарата Кадсила® из-за возможного увеличения экспозиции и токсических проявлений DM1 (компонент трастузумаба эмтанзина). **Особые указания:** препарат Кадсила® должен назначаться только при наличии опухолевой гиперэкспрессии белка HER2, определенной методом иммуно-гистохимической реакции (IHC), или амплификации гена HER2, определенной методом гибридизации *in situ* (FISH) или SISH).

Форма выпуска: Лиофилизат для приготовления концентрата для приготовления раствора для инфузий 100 мг и 160 мг

Срок годности: 3 года. **Условия хранения:** хранить при температуре 2-8°C, в недоступном для детей месте. **Условия отпуска:** По рецепту.

Владелец Регистрационного удостоверения: Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд., Швейцария

F. Hoffmann-La Roche Ltd, Grenzachstrasse 124, 4070 Basel, Switzerland

Производитель: Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд., Швейцария

F. Hoffmann-La Roche Ltd, Wumisweg, 4303 Kaiseraugst, Switzerland

Адрес и название организации принимающей жалобы (предложения) и претензии по качеству препарата в Республике Узбекистан: Компания ООО «Astor Alliance»

Узбекистан, Алмазарский район, ул. Ипакчи, д.1А

Тел.: +998 (95) 199 62 55



Мы открываем путь инновациям в здравоохранении.

Для всех. Повсеместно.

siemens-healthineers.com/ru



SIEMENS
Healthineers 

РАЗДЕЛ 2.**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ****ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ**

Абдурахимов О.Н., Нажмуддинова Н.Ш., Маликов М.А., Нигмонов О.О., Худойбердиев М.Т.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Сохранение гортани выполняя органосохраняющие-щадящие операции с последующей радиотерапией, является требованием времени. Выполнение таких операций осуществляется путем внедрения новых технологий.

Цель исследования. Изучение результатов эндоларингеальных лазерных эксцизий опухолей гортани T2N0M0.

Материалы и методы. Пациентам с раком гортани T2N0M0 диагноз установлен на основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, МСКТ, ларингоскопии и по данным гистологических исследований. Анализированы результаты комбинированного лечения 32 больных, из них 29 больные были мужского пола и 3 женского пола. Возраст больных составлял от 32 до 78 лет. Первым этапом произведена эндоларингеальная лазерная резекция гортани с помощью хирургического микроскопа с последующим проведением ТГТ СОД 40-50 Гр. Мы должны отметить, что все эти пациенты имели вредные привычки. Из 32 пациентов несмотря на проведенную дооперационную эндоскопическую биопсию у 3 пациентов не удалось верифицировать злокачественный процесс. Только после тщательных исследований послеоперационных блоков тканей морфологически верифицирован злокачественный процесс.

Результаты исследования. Результаты лечения показали, что рецидивы не наблюдались в течении 3-х лет наблюдения. В послеоперационном периоде осложнения в виде стеноза гортани и кровотечения не наблюдалось. Пациенты выписаны в течении 3-х суток. Благодаря эндохирургическим лазерным операциям с применением операционного микроскопа при раке гортани 2-стадии нам удалось обойтись без трахеостомы и ларинготрахеостомы.

Заключение. Проанализировав результаты лечения рака гортани T2N0M0 эндохирургическим лазерным удалением опухоли можно заключить, что результаты 3-летней выживаемости не ухудшились по сравнению с традиционными хирургическими методами. Кроме этого удалось обойтись без наложения трахеоларингостомы.

БИСФОСФОНАТНЫЕ НЕКРОЗЫ ЧЕЛЮСТЕЙ: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Абдурахимов О.Н., Маликов М.А., Худойбердиев М.Т., Нигмонов О.О.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

В Узбекистане и зарубежной литературе появляются многочисленные сообщения об атипичном поражении челюстных костей, связанном с приёмом препаратов на основе фосфора или аналогов его соединений, в частности бисфосфонатов. Эта проблема актуальна: если раньше осложнения бисфосфонатотерапии были ограничены единичными клиническими наблюдениями, то теперь их частота, по сведениям разных авторов, достигает 8–27%. Бисфосфонатный остеонекроз челюстей характеризуется уникальными этиопатогенетическими, клиническими и диагностическими особенностями, отличающими его от других воспалительных, дистрофических, а также ятрогенных заболеваний орорональной области, поэтому целесообразно его обособление в самостоятельную нозологию, требующую комплексного изучения. Однако развитие осложнения в виде остеонекроза челюстей значительно снижает положительный эффект терапии и крайне тяжело переносится пациентами.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения остеонекрозов челюстей развившихся после бисфосфонатной терапии. Внедрение в практику профилактики развития остеонекрозов.

Материалы и методы. В нашей работе мы проанализировали результаты хирургического лечения пациентов с остеонекрозом челюстей в развившихся после бисфосфонатной терапии. Хирургическое лечение проведена 28 пациентам с остеонекрозами нижней и верхней челюсти. Из них 22 больных (78,6%) с диагнозом рак молочной железы различной стадии с метастатическим поражением костей скелета получивших бисфосфонатную терапию. 2 пациента (7,1%) с диагнозом рак предстательной железы с метастатическим поражением костей скелета, также получивших бисфосфонатную терапию. 4 пациента (14,3%) с другими онкопатологиями с метастатическим поражением костей скелета получившие бисфосфонатную терапию. Возраст больных 32-83 лет. Поражение верхней челюсти – 5 больных, нижней челюсти 23 больных. Стоит отметить, что практически у всех пациентов имелись жалобы на нестерпимую сильную боль в области пораженной части челюсти, усиливающиеся при жевании пищи на пораженной стороне челюсти, распад челюстей. Размер дефекта в основном был от 2 до 5 см.

Результаты. Пациентам выполнены операции в объёме; верхней челюсти- резекция верхней челюсти, при нижней челюсти- в основном выполнена сегментарная резекция челюсти вместе с пораженной остеонекрозом частью. (после частичной краевой резекции и секвестрэктомия у стоматологов не решает проблему. У 2 пациентов было патологический перелом нижней челюсти)

Заключение: У 26 больных (92,8%) заживление ран первичное. У двоих (7,2%) больных наблюдался частичный, незначительный краевой некроз. Кроме этого, практически у всех больных были получены желаемые функциональные и эстетические результаты.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЖНОГО-ПЕРЕМЕЩЕННОГО ЛОБНОГО ЛОСКУТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОЖИ ОБЛАСТИ ЛИЦА

Абдурахимов О.Н., Маликов М.А., Нигмонов.О.О., Худойбердиев М.Т.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Проблема закрытия дефектов появляющихся после радикальных операций при злокачественных опухолях кожи лица до сих пор является актуальной из-за того что, после удаления опухоли в большинстве случаев не представляется возможным закрытия дефекта простым сшиванием без применения лоскутов.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения опухолей кожи лица и применение реконструктивно-пластических операций для закрытия появившихся дефектов после удаления опухолей кожи лица.

Материалы и методы. В нашей работе мы проанализировали результаты пластики дефектов в области лица сформировавшихся после хирургических лечений злокачественных опухолей. У 47 больных проведена реконструктивные операции кожным лоскутом на ножке взятыми из лобной части лица при дефектах латеральной части носа, крыльев и спинки носа. Из них у 19(40,4%) больных были с дефекты после операций по поводу удаления рецидивирующей базалиомы, у 28 (59,6%) больных с дефектами оставленными после разреза по Веберу-Фергюсону после удаления опухоли из верхнечелюстной области. Размер дефекта в основном был от 1 до 4 см.

Результаты. У 44 больных (93,6%) заживление ран первичное. У двоих больных наблюдался частичный, незначительный краевой некроз. У одной больной с диагнозом рецидивирующей базалиомой правого крыла носа была произведена операция по удалению опухоли с удалением части хряща крыла носа. После радикальной операции появился сквозной дефект размером 1,5 на 2,0 см. Была произведена реконструкция кожным лоскутом на ножке взятым со лба. Длина лоскута составлял 8 см а ширина 1,5-2,0 см. Кроме этого, практически у всех

больных были получены желаемые функциональные и эстетические результаты. Кожный лоскут на ножке взятый со лба является оптимальным лоскутом для реконструктивно-пластических операций сквозных и несквозных дефектов латеральной части, спинки и крыльев носа. В первую очередь это обусловлено тем, что кожа лба обильно снабжена кровеносными сосудами из-за чего заживление раны протекает усиленно и с низким количеством осложнений.

Выводы. При применении реконструктивно-пластических операций кожным лоскутом на ножке взятыми из лобной части лица при дефектах латеральной части носа, крыльев и спинки носа отмечается хороший эффект. Положительный косметический эффект даёт и то что кожа лба имеет складки которые могут способствовать для достижения желаемого эстетического результата при закрытии дефектов складчатых частей носа.

СПОСОБ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННЫХ ФАРИГИО-ЭЗОФАГОСТОМ В ОБЛАСТИ ШЕИ

Базаров Н.И.¹, Мухиддинов Д.Б.¹, Кобилов Ж.А.¹, Косымов М.М.²

ГОУ ТГМУ им. Абу Али ибни Сино¹; НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
МЗиСЗН Республики Таджикистан²

Целью исследования является разработка способа консервативного лечения после операционных фаринго-эзофагостом в области шеи.

Материал и методы исследования. Мы располагаем опытом лечения 8 пациентов с травмами фаринго-эзофагостом в области шеи после операции местнораспространёнными опухолями органов шеи, которым в плане комбинированного и комплексного лечения выполнялись расширенно-комбинированные операции на щитовидной железе, гортани, гортаноглотки и другие. Во время выполнения операции при установлении наличия фаринго-эзофагостом в области шеи вставляется нос-пищеводный зонд. Затем назначается лекарственная смесь (ЛС) на основе: а) 200мл подсолнечного масла, рафинированного (ПМР) с добавлением в него 5,0 порошка борной кислоты, порошка из 4 таблеток левомицетина 0,5 и 4 таблеток метилурацила 0,5. ЛС больным принимается трёхкратно вовнутрь после санации ротовой полости растворами антисептиков медленно с орошением послеоперационной раны слизистой оболочки гортаноглотки и пищевода. Дополнительно назначалась следующая схема лечения: в течение 5 дней больным вводится 0,1% раствор атропин гидрохлорида 1,0 подкожно в 2 раза в день, 1% раствор викасола 1,0 два раза в день внутримышечно. Токоферол по 0,1 четыре раза в день внутрь, метилурацила по 0,05 три раза в день внутрь, улсепан (пантопразол) по 0,04(40мг) два раза в день внутрь, ретинол ацетат 33000МЕ один раз в день прием внутрь, глюконат кальция по 0,05два раза в день внутрь.

Результаты. Приём ПМР с его компонентами: а) значительно снизил болезненность области операции (шеи); б) исчез неприятный запах изо рта, заброс пищи в трахеостому, и ускорил заживление послеоперационной раны слизистой оболочки гортаноглотки и пищевода. Заживление после операционной раны шеи у всех пациентов происходило первичным натяжением.

Выводы. таким образом, предложенный нами способ консервативного лечения после операционных фаринго-эзофагостом в области шеи является простым и доступным методом лечения послеоперационной раны слизистой оболочки гортаноглотки и пищевода, что улучшает качество жизни пациента, заживление послеоперационной раны, сокращает время послеоперационной реабилитации больных с местнораспространёнными опухолями (щитовидной железы, гортани, гортаноглотки).

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОДОЛЖЕННОГО РОСТА И РАННЕГО РЕЦИДИВА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯЗЫКА

Базаров Н.И.¹, Сайдахмадов Ш.Б.², Саиджафар Т.², Кобилов Ж.А.¹, Косымов М.М.²

ГОУ ТГМУ им. Абу Али ибни Сино¹; НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗиСЗН Республики Таджикистан²

Целью исследования является оптимизация профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка.

Материал и методы исследования. Проведен проспективный анализ истории болезни 30 больных ЗОЯ в возрасте от 20 до 70 лет, из них мужчин было 16(53%), а женщин – 14(47%). Среди пациентов ЗОЯ у 26(87%) пациентов морфологический были установлены злокачественные опухоли эпителиального генеза плоскоклеточный ороговевающий рак у 14(54%) больных, у 12(46%) – плоскоклеточный неороговевающий рак, у 4(13%) – аденокарцинома, то есть железистый опухоли. Согласно международной классификации TNM при ЗОЯ у 15(50%) больных установлено Т3N0M0, у 3(10 %) больных установлено Т3N1M0, у 12(40 %) больных установлено Т2N0M0. Больные со ЗОЯ получили различный виды лечения комплексное 16(53%) пациентов (2 курса химиотерапию, лучевую терапию и предоперационную суммарно очаговой дозой 30-40грей) и комбинированное 14(47 %) – (лучевую терапию и предоперационную суммарно очаговой дозой 30-40грей).

Результаты. Нами предлагается следующая технология профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка во время операции на языке производится наложение гемостатического шва на корень языка с двух сторон. В окружающие ткани новообразования языка, отступя на 1,5 см, производилось обкалывание на 20мл раствора 500мг фторурацил (относящегося к антиметаболитам из группы антагонистов пиримидина), после производился продольный разрез языка с наложением узловых швов на здоровую половину языка и в конце операции снимался гемостатический шов с оставшейся половины языка. В отдаленных сроках лечения от 3лет до 5лет продолженный роста и рецидивы ЗОЯ наблюдались лишь у 9(30%) пациентов, что позволил добиться у 21(70%) больных излечения от злокачественной опухоли языка.

Выводы: данный факт демонстрирует очевидное преимущество предложенного нами способа профилактики продолженного роста и раннего рецидива ЗОЯ и широкого применения её в клинической практике.

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Базаров Н.И.¹, Сайдахмадов Ш. Б.², Кобилов Ж.А.¹, Косымов М.М.²

ГОУ ТГМУ им. Абу Али ибни Сино¹; НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗиСЗН Республики Таджикистан²

Целью исследования является разработка способа, который способствует к одномоментному восстановлению слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы исследования. Мы располагаем опытом лечения 24(100%) пациентов, среди них: доброкачественные опухоли слизистой оболочки полости рта (ДОСОПР) 8(33%), из них по 4(50%) мужчин и женщин (50%), возраст больных ДОСОПР и злокачественные новообразования слизистой оболочки полости рта (ЗНСОПР) колебался от 40 лет до 71 года. Среди 16(67%) больных со ЗНСОПР мужчин было 10(63%), а женщин – 6(37%).

Результаты. Для восстановления изъяны слизистой оболочки полости рта после электрохирургического или лазерного иссечение ДОСОПР и ЗНСОПР производится формирование кожного подкожного трансплантата согласно параметрам дефекта из носа-губно-щечной складки, которая подводится в область дефекта и ушивается узловыми швами с атравматичной нитью.

Предложенный нами способ восстановления после иссечения ДОСОПР и ЗНСОПР позволил добиться у 17(71%) больных без рецидивного излечения от 3 до 5 лет и более.

Выводы. Применение предложенного нами способа, который позволил ускорить медицинскую, социальную реабилитацию, и улучшить качество жизни этих больных. Полученные результаты свидетельствуют о преимуществе предложенного нами способа для восстановления слизистой после иссечения ДОСОПР и ЗНСОПР.

СПОСОБ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОРЕИ ИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ШЕИ

Базаров Н.И.¹, Мухиддинов Д.Б.¹, Кобилов Ж.А.¹, Косымов М.М.²

ГОУ ТГМУ им. Абу Али ибни Сино¹; НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗиСЗН Республики Таджикистан²

Целью исследования является разработка способа консервативного лечения лимфореи из послеоперационной раны шеи

Материал и методы исследования. Мы располагаем опытом лечения 38 пациентов с различными опухолями головы и шеи (ОГШ), которым в плане комбинированного и комплексного лечения выполнялись различные виды иссечения шеи (фасциально футлярное иссечение клетчатки шеи, операция Крайля). Ранней у 90% пациентов, перенесших расширенные операции по поводу рака головы и шеи наблюдалась лимфорея в 12 до 18 дней. Нами для консервативного лечения лимфореи из послеоперационной раны шеи предлагается следующая схема лечения: в течение 5 дней больным вводится 0,1% раствор атропин гидрохлорида 1,0 подкожно 2 раза в день, 1% раствор викасола 1,0 два раза в день внутримышечно. Токоферол по 0,1 четыре раза в день внутрь, метилурацил по 0,05 три раза в день внутрь, улсепан (пантопразол) по 0,04 (40мг) два раза в день внутрь, ретинол ацетат 33000 МЕ один раз в день прием внутрь, глюконат кальция по 0,05 два раза в день внутрь.

Результаты. Лимфорея, на третьи и четвертые сутки наблюдалось уменьшение лимфореи, а на шестые сутки после операции прекращалось выделение из послеоперационной раны лимфы. Заживление послеоперационной раны у всех пациентов ОГШ происходило первичным натяжением.

Выводы: таким образом, предложенный нами способ консервативного лечения лимфореи из послеоперационной раны шеи является простым и доступным методом лечения лимфореи. данный метод лечения способствует улучшению качества жизни пациентов, заживлению послеоперационной раны, сокращению времени послеоперационной реабилитации

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОДОЛЖЕННОГО РОСТА, РЕЦИДИВА

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА Базаров

Н.И.¹, Сайдахмадов Ш.Б.², Кобилов Ж.А.¹, Усмонов Х.С.¹, Косымов М.М.²

ГОУ ТГМУ им. Абу Али ибни Сино¹; НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗиСЗН Республики Таджикистан²

Целью исследования является оптимизация профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта (ЗСОПР)

Материал и методы исследования. Проведен проспективный анализ истории болезни 33 больных ЗСОПР в возрасте от 40 до 70 лет и старше, из них мужчин было 17(52%), а женщин – 16(48%). Среди пациентов ЗСОПР у 26(79%) пациентов морфологически были установлены злокачественные опухоли эпителиального генеза плоскоклеточный не ороговевающий рак у 14(42,4%) больных, у 12(36,4%) – плоскоклеточный ороговевающий рак, у 7(21%) – аденокарцинома, то есть железистый опухоли. Согласно международной классификации TNM при ЗСОПР у 15(46%) больных было установлено T3N0M0, у 12(36%) больных установлено T2N0M0, у 6(18%) больных установлено T3N1M0. Больные со ЗСОПР получили различный виды лечения комплексное 19(58%) пациентов (2 курса химиотерапию, лучевую терапию и

предоперационную суммарно очаговой дозой 30-40грей) и комбинированное 14(42%) - (лучевую терапию и предоперационную суммарно очаговой дозой 30-40грей).

Результаты. Нами предлагается следующая технология профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта отступя от границ инфильтрации ЗОСОПР на 1,5 см. на основе 10-20мл физиологического раствора 200-400 мг циклофосфанамида (относящиеся к алкилирующим цитостатикам из группы хлорэтил аминов), после производилось электрохирургическое или лазерное иссечение её.

В отдаленных сроках лечения от 3 лет до 5 лет продолженного роста и рецидивы ЗОСОПР наблюдались лишь у 11(33%) пациентов, что позволило добиться у 22(67%) больных излечения от злокачественной опухоли слизистой оболочки полости рта.

Выводы: полученный результат терапии демонстрирует очевидное преимущество предложенного нами способа профилактики продолженного роста и раннего рецидива ЗОСОПР, что позволяет широкое применение этого способа в клинической практике.

РЕКОНСТРУКЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

Жумаев А., Алтиев Ф.Ф.

Бухарский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель: улучшения функциональных результатов реконструкции у больных с опухолями полости рта после радикальных онкологических операций.

Материал и методы: В отделении опухолей головы шеи Бухарского филиала РСНПМЦОиР выполнено хирургическое лечение 75 больных с опухолями полости рта с использованием реконструктивно-пластической хирургии. По возрасту 45 (60%) больных старше 50 лет, 30 (40%) больных младше 50 лет. Мужчин составило 51 (68%) больных, женщин 24 (32%) больных. По распространению опухолевого процесса T1-2 составило 33 (44%) больных, T3-4 42(56%) больных, N+ было обнаружено в 65% случаев. У всех больных гистологическая структура опухоли была представлена плоскоклеточным раком. Все больные получали комбинированно и комплексное лечение. Первом этапе было проведено 2-4 курса полихимиотерапии по схеме: ТРФ Доцетаксель 75 мг/м², Цисплатин 75 мг/м², фторурацил 1000мг/м² (96 часовая инфузия) или РФ Цисплатин 75 мг/м², фторурацил 1000мг/м² (96 часовая инфузия) или химиолучевая терапия и после регресса опухоли на втором этапе, произведено хирургическое лечение. Пятнадцать больным, с диагнозом - рак боковой поверхности языка T1-3N0-1M0 выполнено оперативное лечение в объеме: гемиглоссэктомия, шейная лимфодиссекция с микрохирургической пластикой языка с реиннервированным, кожно-фасциальным лучевым лоскутом из предплечья. В шестнадцати случаях произведено удаление опухоли дна полости рта, а в тридцати трех случаях удаление опухоли дна полости рта с сегментарной резекцией нижней челюсти. В одиннадцати случаях после хирургического лечения в области операции сформирована оростомы. Шейная лимфаденэктомия произведена всем больным при N+. Дефекты дна полости рта закрывались в основном с помощью кожно-мышечного лоскута на основе большой грудной мышцы.

Результаты. Период наблюдения составил от 2 до 48 месяцев. Общая выживаемость лоскута составила 92%. У 6 (10%) больных обнаружено продолженный рост опухоли связи, с чем в шесть случаев рецидивный опухоль удалено хирургический. Сроки восстановления функций органов полости рта, после проведенной операции: к концу 4-й недели, назогастральный зонд был удален, больные были переведены на питание естественным путем, жидкой пищей.

Вывод. Хирургическое лечение и реконструкция после операционных дефектов полости рта создает благоприятные условия, для медицинской, трудовой, социальной реабилитации сложной группы больных с опухолями полости рта.

ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ**Мазхабов Дж.М., Сангинов Д.Р., Назаров Ш.О., Вохинова М.Н.****ТГМУ им. Абу Али ибни Сино, ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН Республика Таджикистан****Цель исследования.** Анализ медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты) больных, получивших лечение в условиях РОНЦ РТ за период 2016-2020 гг.**Материал и методы.** Материалом послужили данные историй болезни и амбулаторных карт 40 больных, получивших лечение в условиях отделения общей онкологии и лучевой терапии РОНЦ за период 2016-2020 гг.**Результаты и обсуждение.** Предметом анализа послужили 40 больных раком красной каймы губ: мужчин было 28 (70,0%), женщин - 12 (30,0%). Возрастная структура была представлена: до 35 лет - 2 пациента, от 36 до 55 лет - 6 пациентов и старше 55 лет - 32 пациента (80,0%). Большинство больных были сельскими жителями - 30 (75%). По локализации опухоли: у 31 больного (77,5%) была поражена нижняя губа, у 8 (20,0%) - верхняя губа, у 1 (2,5%) - угол рта, что соответствует данным литературы. В зависимости от стадии заболевания больные распределились следующим образом: I стадия - 4 (10,0%), II стадия - 22 (55%), III стадия - 13 (32,5%) и 1 пациент (2,5%) поступил с IV стадией заболевания. Во всех случаях диагноз был верифицирован. Так, у 22 больных (55%) имела место плоскоклеточная ороговевающая карцинома, у 13 (32,5%) - неороговевающая карцинома и в 5 (12,5%) случаях выявлена базальноклеточная карцинома. Хирургическое вмешательство произведено 7 (17,5%) больным; комбинированное - 12 (30,0%), комплексное - в 2 (5,0%) случаях, и 19 (47,5%) больных получили лучевую терапию. Среди хирургических вмешательств были выполнены: пластика местными тканями в 1 случае, пластика носогубным лоскутом - в 13 (32,5%) случаях и 6 (15,0%) больным была произведена хейлопластика. Послеоперационные осложнения были у 7 больных (3 - нагноения, 4 - частичных некроза лоскута).**Выводы.** Сравнительно высоким остается уровень заболеваемости раком красной каймы губ в стране. Несмотря на визуальную локализацию, случаи поздней диагностики не уменьшаются (35,0%). Оперативное вмешательство остается ведущим методом лечения.**РОЛЬ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АСТРОЦИТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА****Муродов Ю.Ж., Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.****Бухарский областной филиал РСНПМЦОиР****Цель исследования.** Оценить роль и место химиотерапии в комплексном лечении астроцитом головного мозга.**Материал и методы исследования:** 70 больным (основная группа) с астроцитомой головного мозга проведено комплексное лечение в Бухарском областном филиале РСНПМЦОиР. Из 70 больных мужчин было 36(51,4%), а женщин 34(48,6%). Возраст больных колебался от 9 до 83 лет, средний возраст составил -36,5 лет. Всем 70 больным проведено комплексное лечение с применением оперативного вмешательства у 6(8,6%) в объёме тотальное и у 64(91,4%) больных субтотальное удаление опухоли, послеоперационная химиотерапия + лучевая терапия. Послеоперационная лучевая терапия проведена в стандартном режиме РОД 2Гр, СОД 60Гр. В группе комплексного лечения проведена адъювантная химиотерапия от 3 до 6 курсов с препаратом Темозоламид -250мг, внутрь в течение 5 дней в адъювантном режиме. Локализация опухоли распределилась следующим образом: поражение лобной области отмечено у 8 больных (11,4%), теменной 4(5,8%), височной 4(5,8%), затылочной 1(1,4%), лобно-теменной 19(27,1%), лобно-височной 9 (12,9%), лобно-теменно-височной области 2(2,8%), теменно-височной области 5(7,1 %), височно-затылочной 1(1,4%), теменно-затылочной 4(5,8%), левой и правой гемисферы и червя мозжечка 9(12,8%), желудочковой области 3(4,3%), пинеальной области 1 больного (1,4%). У всех больных гистологическая структура опухоли представлена

астроцитомой. Для оценки эффективности и роли химиотерапии у больных с астроцитомой головного мозга проведен сравнительный анализ с методом лечения: операция + лучевая терапия у 88 больных (контрольная группа).

Результаты: Сроки наблюдения 70 больных (основная группа) были от 6 мес. до 6 лет. При этом у 13(18,5%) выявлен рецидив опухоли и у 15(21,4%) больных продолженный рост. В связи с рецидивом и продолженным ростом опухоли, больным проведено дополнительное лечение – химиотерапия. 23 больных умерли в течении 3 лет. Пятилетняя выживаемость составила 48,0%. В лечебной группе (операция + лучевой терапии) из 88 больных (контрольная группа) у 16(18,1%) отмечен продолженный рост, у 7(7,9%) больных рецидив опухоли. 40,0% больных умерли в течении 3 лет. Пятилетняя выживаемость составила 35,0%.

Выводы. Результаты проведенного анализа показывают, что применение химиотерапии в комплексном лечении астроцитом головного мозга позволило значительно сокращать показатели прогрессирования и летального исхода, рецидива опухоли и увеличило показатели выживаемости качества жизни.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АСТРОЦИТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Муродов Ю.Ж., Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.

Бухарский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов комплексного лечения астроцитом головного мозга.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 192 больных со злокачественными опухолями головного мозга. Их них у 88 больных (1 группа) проведено комбинированное лечение, у 70 больных (2 группа) комплексное лечение и у 34 больных (3 группа) модифицированное комплексное лечение в Бухарском областном филиале РСНПМЦОиР. В первой группе 88 больным проведено комбинированное лечение с применением оперативного вмешательства и лучевой терапии по методике: операция + лучевая терапия (РОД-2Гр, СОД-60Гр). Из 88 у 8(9,1%) операция выполнена в объеме тотальное и у 80(90,9%) субтотальное удаление опухоли. Во второй группе 70 больным проведено комплексное лечение по методике: операция + лучевая терапия (РОД-2Гр, СОД-60Гр)+монокимиотерапия (темозоламид -75мг/м²). Все больные были оперированы и получили химиолучевое лечение в послеоперационном периоде. Из 70 больных, у 6(8,6%) оперативное лечение выполнено в объеме тотальное и у 64(91,4%) субтотальное удаление опухоли. В основной группе 34 больным проведено комплексное лечение с применением оперативного вмешательства, химиотерапии и мультифракционной лучевой терапии (мультифракционная лучевая терапия проведена РОД по 1,5Гр 2 раза в день, суточная доза составила 3Гр, СОД -60Гр), а также проведена химиотерапия. Из 34 больных у 1 (3,0%) больного выполнена операция в объеме тотального и у 33(97,0%) больных субтотального удаления опухоли. Химиотерапия проведена препаратом Темозоламид по 75мг/м² в сочетании с лучевой терапией. В адьювантом режиме проведена химиотерапия от 2 до 6 курсов препаратом Темозоламид-250мг, внутрь в течение 5 дней. В последующим больные находились под диспансерным наблюдением.

Результаты. Больные прослежены от 6 месяцев до 3 лет. За это время в первой лечебной группе у 16(18,2%) больных отмечено продолженный рост и у 7(7,9%) рецидив опухоли. 40 (45,4%) больных умерли в течении 3 лет. Во второй лечебной группе у 15(21,4%) выявлен продолженный рост и у 13(18,5%) больных рецидив опухоли. 23(32,8%) больных умерли в течении 3 лет. В связи с рецидивом и продолженным ростом опухоли, больным проведено химиотерапия. В третьей группе из 34 больных у 7(20,6%) отмечен летальный исход от прогрессирования опухоли, из них у 4(11,7%) отмечен продолженный рост опухоли и у 3(8,9%) больных рецидив опухоли. Остальные у 27(79,4%) больных находятся под диспансерным наблюдением в течение 3-х лет. (Из них 3 имеет продолженный рост опухоли.)

Заключение. Проведенный анализ показывает, что модифицированное комплексное лечение позволяет улучшить показатели выживаемости, снижает рецидив и продолженный рост опухолей, а также улучшает качества жизни.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ ВЕК

Назаров Ш.О., Сангинов Д.Р., Мазхабов Дж.М., Нуридинов Й.М.

ГОУ ТГМУ им. Абу Али ибни Сино, ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН Республика Таджикистан

Цель исследования. Анализ вопросов диагностики и лечения больных раком кожи век.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ больных раком кожи век, получивших лечение в отделении общей онкологии РОНЦ за период 2013 – 2020 гг. Изучению подвергнуты 90 больных, получивших специализированное лечение в различных комбинациях. Во всех случаях диагноз верифицирован морфологически.

Результаты и их обсуждение. Базальноклеточный рак выявлен у 69 (76,7%) больных, плоскоклеточный – у 21 (23,3%). Установлена возрастная вариация в пределах 36 – 75 лет с преобладанием контингента старше 66 лет. Мужчин было 40 (44,5%), женщин – 50 (55,4%). По локализации опухоли пациенты распределялись следующим образом: в области верхнего века – 14 (15,5%) случаев, в нижнем веке – 60 (66,7%), во внутреннем углу глазной щели – 10 (11,1%), множественные (верхний и нижний веки) – у 6 (6,7%) больных. Преобладают запущенные случаи: 73,3% (66 - больных) обратились с Т₃₋₄ стадией заболевания, при этом двое больных с метастазированием в регионарные лимфатические узлы, против 26,6% больных с I-II стадией. Хирургическое лечение получили 45 (50%) больных, самостоятельную лучевую терапию – 15 (16,7%), комбинированное лечение (лучевая терапия + операция; операция + лучевая терапия) – 24 (26,6%) и комплексное лечение (лучевая терапия + операция + полихимиотерапия) получили 6 (6,7%) больных. Реконструктивно – пластические операции выполнены – 10 (11,1%) больным, экзентерация орбиты в 16 (17,8%) случаях с местно-распространенным процессом, иссечение опухоли с перемещенным лоскутом – у 33 (36,6%) больных и иссечение опухоли с местной пластикой выполнено 16 (17,8%) больным. Рецидивы после лучевой терапии установлены у 7 (7,8%) больных, а после хирургического вмешательства – у 5 (5,5%).

Выводы. Выбор метода лечения зависит от локализации и степени распространенности процесса. Одномоментная реконструкция век после иссечения опухоли должна проводиться с учетом локализации, распространенности опухоли и направлена на восстановление каркаса век и достижение максимального функционального и косметического результата.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ С ЗАКРЫТИЕМ ДЕФЕКТОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПО ПОВОДУ РАКА

Нуриддинов Й.М., Хусейнзода З.Х., Мазхабов Дж.М., Назаров Ш.О.

ГОУ ТГМУ им. Абу Али ибни Сино, ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН Республика Таджикистан

Цель исследования. Определить роль и место одномоментных реконструктивно-восстановительных операций с закрытием дефектов слизистой оболочки полости рта по поводу рака в плане реабилитации и комплексной терапии.

Материал и методы исследования. Исследование носило рандомизированный характер, в которое вошли 20 пациентов, находившихся на лечении в ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ с 2015 по 2018 гг. и которые в зависимости от лечебной тактики были разделены на 2 группы. Первой группе, состоящей из 32 (53,3%) пациентов на первом этапе проведена радикальная расширенно-комбинированная операция с одномоментной реконструкцией дефекта и последующим химиолучевым лечением, а второй группе – 28 (46,7%) больным вначале проведен neodъювантный курс химиолучевой терапии и уже на втором этапе – операция на первичном очаге и зонах регионарного лимфооттока. Опухолевой процесс считался резектабельным при T2-4N1-2M0 стадиях, в то время как при T4N3M0-1 процесс трактовался как нерезектабельный

и все лечебные мероприятия носили исключительно паллиативный характер, с целью улучшения качества жизни больных. План обследования больных включал в себя традиционные методы диагностики, принятые в онкологии.

Результаты исследования. Предварительная оценка результатов I и II фаз рандомизированного исследования показала явное преимущество тактики лечения, используемой в 1 группе пациентов. Констатировано статистически достоверное снижение послеоперационных гнойно-некротических осложнений в 1 группе больных по сравнению со 2 группой (22% и 39% соответственно). Восстановление основных функций полости рта в 1 группе имели место на 10-12 сутки после начала лечения, тогда как аналогичный показатель во 2 группе достигался в среднем через 1,5-2 месяца. Качество жизни больных 1 группы значительно превышало качество жизни пациентов 2 группы

Вывод. Таким образом, хирургический метод остается основным методом лечения злокачественных опухолей головы и шеи, особенно при местно-распространенных новообразованиях, соответствующих T3 и T4. Проведенное исследование показало, что наилучшие результаты получены при применении хирургического метода лечения на первом этапе, в сочетании с консервативной терапией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Нуриддинов Й.М., Хусейнзода З.Х., Салимов Ф.И., Назаров Ш.О., Мазхабов Дж.М.

Республиканский онкологический научный центр МЗиСЗН РТ., ТГМУ им. АбуАли ибни Сино, Республика Таджикистан

Цель исследования. Определить улучшение результатов лечения, как компонента паллиативной терапии запущенного рака органов полости рта.

Материал и методы. В основу исследования положен анализ 30 пациентов раком слизистой оболочки полости рта распространённостью T₄N₁₋₂M₀, которым в период с 2014 по 2017 гг. в условиях ГУ РОНЦ произведены паллиативные «операции спасения» с одномоментным замещением обширных дефектов, посредством выполнения реконструктивно-восстановительных операций. Оценка качества жизни по шкале Карновского производилась при поступлении в стационар и при выписке.

Результаты. Качество жизни пациентов на момент поступления в стационар не превышало 20% и было обусловлено болью, затруднением речи, жевания и глотания, слюнотечением, неприятным запахом из-за рта, распадом и кровоточивостью опухоли. «Операция спасения» заключалась в широком иссечении первичной опухоли и регионарных метастазов с замещением дефектов кожи и слизистой оболочки различными видами лоскутов. У всех 30 больных отмечено полное или частичное восстановление функций органов полости рта и ощутимое повышение качества жизни. Неприятные ощущения, характерные для распространенной злокачественной опухоли полностью ликвидированы. Показатели самочувствия по шкале Карновского составили в среднем около 70%.

Вывод. Детальное изучение влияния реконструкции дефектов полости рта на качество жизни больных местно-распространенным раком, станет основой для разработки стандартов паллиативной терапии данной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Примкулов Б.К.², Хасанов Ак.И.¹, Хасанов Ад.И.³, Бекмирзаев Р.М.¹, Нишонбоев Л.С.¹, Кахаров А.Дж.³

РСНПМЦОиР¹, Ферганский филиал РСНПМЦОиР², ТашГосСИ³

Цель работы: оценить результаты разработки и внедрения новых титановых пластинок в реконструктивно восстановительных операций при опухолях нижней челюсти.

Материалы и методы. В РСНПМЦОиР, РСНПМЦОиР Ферганском филиале и ТашГосСИ в период 2013 по 2021 гг. пролечены 134 больных с опухолями нижней челюсти. Из них у 47(35%) больных обнаружены злокачественные и у 87(65%) доброкачественные опухоли. Женщин было 62(46,3%), а мужчин 72(53,7%). В основной группе 22 больным после удаления опухоли из нижней челюсти установлены разработанные нами новые титановые пластинки. Получен Патент на Полезную модель в Республике Узбекистан. "Пластина для реконструктивно-восстановительных операций нижней челюсти». Хасанов Ак.И., Примкулов Б.К., Хасанов Ад.И., Юсупов Б.Ю., Бекмирзаев Р.М. № FAP 01630. 29.04.2021г. Контрольную составили 112 больных, которым титановые пластины не вставляли.

Результаты. При изучении хирургического лечения в основной группе из 22 больных, у 14 (63,6%) больных выполнена сегментарная резекция тела нижней челюсти, у 5 (22,7%) больных выполнена резекция переднего фрагмента нижней челюсти, а у остальных 3(13,6%) выполнена резекция угла нижней челюсти. Этим больным выполнены реконструктивно-восстановительные операции. При этом функциональное состояние нижней челюсти и качества жизни больных были значительно уменьшены при резекции переднего фрагмента нижней челюсти. А при боковой сегментарной резекции тела и угла нижней челюсти нарушения функционального состояния и ухудшение качества жизни устранены. У 3 больных появилась оростомы на 10-15 сутки после операции, которые до операции получили ДТГТ 40-грей. В контрольной группе, из 112- больных, у 49(43,7%) больных проведена сегментарная резекция, у 31 (27,6%) гемимандибулэктомия, у 26 (23,2%) резекция, а у 5(4,4%) больных субтотальная резекция нижней челюсти и 1(0,9%) больному выполнена мандибулоэктомия. У всех послеоперационных больных обнаружены снижения функционального состояния в виде затруднения жевания (100%), глотания (85%), речеобразования (85%), особенно при нарушении непрерывности нижнечелюстной дуги и качества жизни больных (95%) в виде деформации нижней зоны лица.

Выводы. 1. Применение разработанных новых титановых пластинок при реконструктивно – восстановительных операций у больных с опухолями нижней челюсти устраняет послеоперационные анатомо-функциональные и косметические нарушения.
2. Внедрение этой методики позволит получить значительный экономический эффект, выражающийся в снижении затрат на лечение и реабилитацию больных.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

Примкулов Б.К., Сулаймонов Д.А., Каримов О.М., Каримов А.Р., Муйдинова Н.
Ферганский областной филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Опухоли слюнных желез занимают 1-4% в статистике заболеваемости у онкологических больных.

Цель: улучшить результаты диагностики и лечения опухолей слюнных желез (ОСЖ).

Материал и методика исследования: За 2019-2021гг. в РСНПМЦОиР Ферг.ОФ пролечилось 85 больных с ОСЖ. У 77-больных (90,58%) случаев, ОСЖ локализовались в больших околоушных и подчелюстных слюнных железах. В (63,5%) случаев, у 54 больных опухоли имели доброкачественное течение. Из них самой распространенной формой доброкачественных опухолей явилась плеоморфная аденома. Для диагностики ОСЖ проводили цитологическое исследования (пункционная биопсия), также УЗИ слюнных желез. Больным с опухолями слюнных желез проводилась хирургическое лечение, объем операции зависело от локализации опухоли.

Результаты. В диагностическом плане открытая биопсия при ОСЖ не проводили в связи с возможностью травмирования лицевого нерва. В 81% случаев (69-больным) проведено оперативное вмешательство в различном объеме: энуклеация и паротидэктомия. При энуклеации ОСЖ у 9 больных, в 2 случаях наблюдался рецидив опухоли. В связи с чем для радикального удаления опухоли целесообразно проведение паротидэктомии. Подчелюстные

слюнные железы с опухолью удаляли, а при наличии лимфоузлов было проведена одномоментно лимфодиссекция.

Выводы: При ОСЖ открытая биопсия для гистологического исследования проводится только после удаления опухоли. Для радикального удаления опухоли при ОСЖ целесообразно проведение паротидэктомии.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАКА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рахимов Ж.Х., Холикулов Р.Э.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель: Оптимизировать тактику лечения злокачественных опухолей околоушной слюнной железы.

Материалы и методы. В Самаркандский филиал РСНПМЦОиР с 2000г. по 2020г. проводилось лечение 57 больных с мукоэпидермоидным раком, цистаденоидной карциномой и аденокарциномой околоушной слюнной железы. Предоперационная лучевая терапия в плане комбинированного лечения проводилась 31 больным, в послеоперационном периоде 11 больным лучевую терапию проводили после операции, а в остальных 15 случаях больным проведено только оперативное лечение. Было выполнено 20 субтотальных резекций, 22 паротидэктомия с сохранением лицевого нерва и 15 паротидэктомия без сохранения лицевого нерва. У 16 больных данные операции дополнялись фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи. Из 21 больных метастазы в лимфатические узлы шеи были диагностированы в 9 случаях (15,8%). Парез лицевого нерва до операции наблюдался у 14 больных (24,5%).

Результаты. Проанализирована 5 и 10-летняя выживаемость в зависимости от последовательности методов лечения. Оказалось, что при проведении лучевой терапии до операции 5-летняя выживаемость составила 74,1%, 10-летняя 45%. При послеоперационном облучении 77,1% и 58,3% соответственно. 5-летняя выживаемость после выполнения субтотальной резекции околоушной слюнной железы при первой стадии заболевания составила 92,8%, второй - 68,2%, при третьей - 13,6%, четвертой - 0%. 10-летняя выживаемость соответственно 71,8%, 53,6%, 7,2%, 0%. 5-летняя выживаемость после выполнения паротидэктомии с сохранением лицевого нерва при первой стадии болезни составила 95%, второй - 89,5%, третьей - 52%, четвертой - 23,4%. 10-летняя выживаемость соответственно 76,6%, 63,1%, 22,5%, 0%. 5-летняя выживаемость после выполнения паротидэктомии без сохранения лицевого нерва при второй стадии составила 82%, третьей - 41,4%, четвертой - 16%. 10-летняя выживаемость составила соответственно 33,3%, 18,6%, 0%.

Заключение. Оптимальной тактикой лечения рака околоушной слюнной железы является комбинированный метод с послеоперационной лучевой терапией. Минимальным объемом операции является паротидэктомия с сохранением лицевого нерва, а при вовлечении лицевого нерва в опухоль паротидэктомия без сохранения последнего.

ЗНАЧЕНИЕ НАСВАЯ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Рахимов Ж.Х.¹, Хасанов А.И.², Примкулов Б.К.³

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР¹, РСНПМЦОиР², Ферганский филиал РСНПМЦОиР³

Актуальность. Насвай – это вид сосательного некурительного табачного изделия. В состав насвая, как правило, входят табак, зола, гашеная известь. Употребление этого вещества сегодня представляет собой серьезную проблему, так как в последнее время растёт его потребление среди молодёжи, а также среди спортсменов. В состав этого вещества входят специфические нитрозамины, которые являются потенциальными канцерогенами. Как известно, длительная хроническая мацерация слизистой рта, к тому же сопровождающаяся действием химических веществ, может вызывать такие патологические изменения в эпителии слизистой рта, которые

провоцируют развитие лейкоплакии и, как результат, могут сопровождаться развитием плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования. Изучение клинического течения рака слизистой оболочки полости рта, возникшей в результате приёма насая.

Материалы и методы. В период 2019-2021 гг в СФ РСНПМЦОиР. Было проведено обследование, лечение и наблюдение 73 больных, из которых мужчины было- 42 (57,54%), женщины 31 (42,46%). Возраст больных варьировал от 19 до 57 лет, Из анамнеза было выявлено что все больные систематически употребляли насая путём закладывания под нижнюю губу или язык в течение нескольких лет. Среди обследованных больных распространенность рака щеки обнаружено – у 5(6,8%) больных, рак слизистой дна полости рта- у 10(13,7%), рак твердого и мягкого нёба-у 6 (8,2%), рак языка- у 38 (52,1%), и рак нижней и верхней челюсти-у 14(19,2%) больных.

Результаты исследования. Всем пациентам в зависимости от стадии опухоли проведена хирургическое или комбинированное или комплексное лечение. Больным категорически отказано употребления насая, проведена санация полости рта, коррекция гигиены полости рта. При объективном обследовании слизистая оболочка щёк, дна полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений, отмечается сухость слизистой оболочки рта. По краям рецессий обнаруживались плотные, твёрдые, бугристые, серовато-белые, выступающие на 2–3 мм бородавчатые разрастания, болезненные при пальпации. Пациентам рекомендована исключить острые, солёные, раздражающие, горячие блюда, алкоголь.

Заключение. Как известно, любую болезнь лучше предотвратить, отказавшись от вредных привычек, поэтому надо увеличить выступление в телевидениях, радио, а также в интернет каналах по распространению здорового образа жизни среды населения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ И ЕЁ ПРИДАТКОВ СВОДА ЧЕРЕПА

Райхонов Ф.Х., Обидов Дж.С.

Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗ Республика Таджикистан

Лечение местно-распространённых опухолей кожи и её придатков свода черепа (МРФОКПСЧ) проводится комбинированными и комплексными методами с учетом местного и соматического статуса, данных дополнительных методов исследования. Одним из методов комплексного и комбинированного метода лечения МРФОКПСЧ является хирургический подход. Недостатками существующих методов хирургического этапа являются достаточно большая кровопотеря при иссечении опухоли кожи свода черепа; удлинение времени операции и наркоза; образование послеоперационных гематом под лоскутом кожи свода черепа, которые могут приводить к некрозу свободного кожного трансплантата; не применяются меры по предотвращению нарушения питания и ишемии лоскута.

Цель исследования. Оптимизация хирургического способа лечения местно-распространённых опухолей кожи и её придатков свода черепа с планомерным гемостазом, профилактикой кровопотери, образованием гематом, сохранением питания и профилактикой ишемии свободного кожного трансплантата.

Материал и методы. В группу исследования включены 16 пациентов, оперированных по поводу опухолей кожи волосистой части головы на базе Республиканского онкологического научного центра (ГУ «РОНЦ») с 2013 по 2020 гг. По гистологической структуре в 9(56,2%) случаях была базалиома, в 4(25,0%) - плоскоклеточная ороговевающая карцинома, в 2(12,4%) - плоскоклеточная неороговевающая карцинома, в 1(6,4%) случае –адено карцинома. Техника разработанной нами методики: Разрез кожи выполняется скальпелем косо, профилактика кровотечения производится с помощью прошивания кожи и подкожно-жировой клетчатки до надкостницы отступая на 2-2,5см от визуально определяемых границ инфильтрации опухоли до разреза, ранее взятый расщепленный кожный лоскут переносят в операционное поле,

прошивания лоскута, дренирование ложа резиновыми выпускниками, асептическая повязка. Виды проведенных операций : Комбинированная пластика у 2 (12,5%) пациентов , широкое иссечение опухоли кожи свода черепа с закрытием послеоперационного дефекта свободным кожным лоскутом по разработанной нами методике - у 14(87,5%) пациентов.

Результаты. В результате применения данного способа хирургического лечения местнораспространённых опухолей кожи и её придатков свода черепа удалось добиться у 90% пациентов профилактики кровопотери, образования гематом, сохранения питания и профилактики ишемии свободного кожного трансплантата для скорейшего заживления. Отмечено ускорение периода реабилитации и улучшение качества жизни больных.

Выводы. Таким образом разработанный способ хирургического лечения местнораспространённых опухолей кожи и её придатков свода черепа с планомерным гемостазом позволил улучшить результаты лечения данной категории больных путем достигнутой профилактики кровопотери, образования гематом, сохранением питания и профилактикой ишемии свободного кожного трансплантата.

ТИЛ САРАТОНИНИ И БОСҚИЧИДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Абдурахимов О.Н., Худойбердиев М.Т., Маликов М.А., Нигмонов О.О.

РИОвАРИАТМ Тошкент шаҳар филиали

Мавзунинг мақсади. Тил саратонининг III босқичида даволаш натижаларини ўрганиш.

Материал ва методлар. Ушбу изланишда Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий маркази Тошкент шаҳар филиали бош бўйин ўсма касалликлари хирургик бўлимида тил саратонинг III босқичида 2017-2021 йилларда даволанган 32 та бемор ўрганиш учун ажратиб олинди. Барча беморларда бирламчи ўсма Т3 символига тўғри келади. Регионар лимфа тугунлар да метастаз 23 та беморда аниқланди, шуларда N1 симболи бўйича 16 та бемор, N2 симболи бўйича 7 та бемор. Барча беморларга операциядан олдин 3 курс полихимиотерапия (PF, TP ва TPF схемада) ва нур терапия (40-56 Гр) ўтказилган.

Натижа. Ўтказилган химиотерапия даво тахлил қилинганда бирламчи ўсма ва регионар метастазларда 32 та бемордан 26 (81,3%) тасида ўсманинг қисман регрессияси (50%-85 % гача), 5 та (15,6%) беморда ўсма стабилизацияси, ва 1 та (3,1%) беморда ўсма прогрессияси кузатилди. Барча беморларга хирургик даво бажарилди. Шулардан 9 та беморда тил гемирезекцияси, 16 та беморда тил гемирезекцияси+бир тарафлама функционал лимфодиссекция операцияси ва 7 та беморда тил резекцияси+икки тарафлама функционал лимфодиссекция амалиёtlари бажарилди. Ўтказилган комплекс даводан кейин 3 йиллик рецидивсиз яшаш ўрсатгичи 78,1 % (25) ни ташкил қилди. 6 та (18,6%) беморда 3 йил давомида ўсма рецидиви аниқланди. 1 та (3,1%) беморда комплекс даводан кейин ўсма прогрессияси кузатилди.

Хулоса. Ўтказилган текширув хулосаси шуни кўрсатади тил саратонининг III босқичида беморларни фақат консерватив йўл билан тўлиқ тузатиш имкони йўқ. Тил саратонинг III босқичида комплекс даво ўтказиш билангина даволаш натижаларини рецидивсиз яшаш кўрсаткичини ошириш мумкин.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЕРАТОМЫ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА, В СОЧЕТАНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПРАВОЙ СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ У 3-Х МЕСЯЧНОГО РЕБЕНКА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Хусейнзода З.Х., Хайталиева Н.Р., Салимов Ф.И., Мадаминова З.А.

ГУ “Республиканский научный онкологический центр” МЗ СЗН РТ, Республика Таджикистан

Актуальность. Тератома – герминативная опухоль, берущая начало из экто мезо – и эндодермальных листков. В процессе внутриутробного развития опухоль оказывается в местах, не свойственных органам и анатомическим областям, в которых она развивается. Опухоль

может содержать производных всех трех зародышевых листков – нервную, хрящевую, костную, мышечную и железистую ткань. Чаще всего тератома локализуется в яичках, яичниках, крецово-копчиковой области. Интраперикардальные тератомы (ИТ) регистрируется реже, чем первичные опухоли сердца у детей. Мы сообщаем о случае тератомы в сочетании аппендикулярного отростка в области лица справа, которая была диагностирована и успешно оперирована у 3 месячного ребенка.

Цель исследования: описать редкий случай расположения червеобразного отростка у ребенка в сочетании с тератомой правой половины лица

Материал и методы. Ребенок в возрасте 3 мес. был госпитализирован в детское отделение ГУ РОНЦ МЗ СЗН и РТ. Жалобы и анамнез: жалобы родителей - на наличие у ребенка увеличивающегося безболезненного образования, деформацию лица, косметический дефект. Учитывая рост образования в полости рта, нарушался акт сосание и глотание молока.

Из анамнеза: образования было с рождения и с возрастом ребенка оно увеличивалось в объеме. Опухоль развивалась скоротечно, увеличивая размер образования, родители обратились к врачам.

Физикальное обследование: опухоли в правой стороны лица, правили пальпацию безболезненно, и привлекают к себе внимание, имелось косметический дефект на лице. Важнейшей характерном опухоли было то что образования было с рождения, являются врожденные, то есть, с которыми ребенок появляется на свет. Быстрый рост опухоли привело к значительному увеличению их размеров, из-за давления опухолевой ткани произошло деформация близлежащих тканей. Локализация опухолей в области жизненно важных органов значительно затрудняло акт глотание, сосание, открывание рта и другие функции, что может привести к нежелательным последствиям.

Диагноз был установлен на основании клинических данных, общеклинических анализов и КТ головы. КТ от 20.01.21с: признаки объемного патологического образования гетерогенной структуры мягких тканей правой щечной области. В момент осмотра определяется деформация щечной области за счёт образования размером 6.0 х5.0смх5.0см без чётко выраженных границ, плотноэластичной консистенции. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Результаты лечения: 27.01.21 ребенку произведено оперативное вмешательство. В проекции щечной области опухоль удалена радикально. При дальнейшей ревизии над скуловой костью обнаружено отдельное образование, напоминающее червеобразный отросток. Отросток не изменен и полностью был удален. Оба макропрепарата были направлены на морфологическое исследование. Результаты морфологического исследования от 03.02.2021 №12671 тератома и муценозный аппендицит. Ребёнок выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендацией динамического наблюдения.

НАШ ОПЫТ ОРГАНО-СОХРАННЫХ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Эгамбердиев С.К.,² Холтоев У.Т.,¹ Ганиев А.А.,¹ Нигматов Ж.К.¹

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР¹, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников²

Стандартное комбинированное лечение рака гортани (РГ) обязательно включает лучевую терапию предоперационной дозы и операцию в объеме ларингэктомии. Осложнения, приводящие к тяжелым функциональным последствиям после этих операций, являются основными причинами отказа больных.

Материалы и методы. Из 218 больных леченных РГ (с 2008г. по 2021гг.) в отделении Опухолей головы и шеи Ташкентского областного филиала РСНПМЦОиР, мы имеем опыт органосохранного лечения у 43 пациентов (19,7%). У всех пациентов морфологически верифицирован плоскоклеточный рак. Мужчины- 41, женщин - 2. По степени распространенности опухолевого процесса, больные распределились следующим образом: Т1 – 1 больная, Т2 – 12 больных, Т3 –

30 больных. Ни у одного больного в момент обращения метастазы в регионарные лимфатические узлы не определялись.

Результаты. Всем больным под общим эндотрахеальным наркозом через трахеостому выполнены органно-сохранные объемы операции: при I-II стадии рака хордэктомию по общепринятым методикам, при II-III стадии больные в различных этапах комбинированного или комплексного лечения произведена Переднебоковая резекция гортани с формированием плановых ларингостом. Такая тактика является оправданной в связи с необходимостью контроля возможного рецидива. При отсутствии признаков рецидива и продолженного роста опухоли через 4-6 месяцев выполняется пластическое закрытие ларингостомы перемещенными кожными лоскутами. В сроки наблюдения от 6 месяцев до 2 лет, у 4 (9,3%) больных диагностирован продолженный рост опухоли, по поводу которых 3 больным произведена операция ларингэктомию. 1 больной отказался от предложенного объема операции и умер через 8 месяцев, не смотря на проведения адъювантных курсов химиотерапии.

Выводы. Таким образом, выполнение органно-сохранных резекции в составе комбинированного и комплексного лечения при раке гортани T2-T3 стадии позволяет добиться удовлетворительных функциональных результатов и повышению 2 летней выживаемости до 90% и улучшение качество жизни этой категории больных.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ СЛИЗИСТОЙ ЩЕКИ

Эгамбердиев С.К.,² Ганиев А.А.¹, Холтоев У.Т.¹, Нигматов Ж.К.¹

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР¹, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников²

При хирургическом вмешательстве по поводу местно-распространенного рака щеки часто возникают сквозные дефекты в этой зоне, пластика которых является актуальной проблемой хирургов-онкологов.

Материалы и методы. Нами предлагается методика, которая способствует закрытию сквозного дефекта с помощью одного кожно-мышечного лоскута на большой грудной мышце. Для этого в этапе пластики операции выкраивается кожный островок размером закрывающую слизистую и кожу щеки. После мобилизации и подведения кожно-мышечного лоскута на сосудисто-мышечной ножке, кожный островок разделяется на два участка с учетом размером внутреннего и наружного покровного дефекта. Поэтапно, вначале закрывается дефект слизистой щеки с помощью одной части донорской кожи. Далее, фиксируются мышечный слой лоскута. Пластический этап заканчивается закрытием дефекта кожи щеки с помощью второй части островка кожи.

Результаты. Нами выполнена аналогичная операция 7 пациентам, из них у 5 больных наблюдалось удовлетворительные результаты заживления донорских лоскутов, как и со стороны полости рта, так и кожи щеки. У двоих пациентов наблюдался свищ в следствие частичное несостоятельности швов, которое ликвидирована консервативно в течении 24-28 дней.

Вывод. Пластику сквозных дефектов щеки можно осуществлять использованием одного кожно-мышечного лоскута на большой грудной мышце, что способствует уменьшению хирургической агрессии, и при этом не ухудшает непосредственные результаты лечения.

ДЛИТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЫЖИВШИМИ ПОСЛЕ РЕТИНОБЛАСТОМЫ

Усманов Р.Х., Рахматуллаева Д.Т., Чугунова Г.М.

РСНПМЦОиР

В большинстве работ касающихся результатов лечения ретинобластомы приводятся данные в основном 5-летней выживаемости. В доступной литературе мы не нашли сообщений об отдаленных результатах лечения ретинобластомы.

Целью нашей работы было изучение отдаленных результатов лечения ретинобластомы (Рб).

Материал и методы. В консультативную поликлинику РСНПМЦОиР обратились 20 пациентов получивших комбинированное и комплексное лечение по поводу Рб от 13 до 37 лет назад. Всем проведены ультразвуковое исследование глаза, орбиты и внутренних органов, а также изучены результаты лечения по амбулаторным картам. Исследуемые были в возрасте от 14 до 38 лет, мужчин - 11, женщин – 9.

Результаты. Исследуемые по возрасту были распределены следующим образом: от 14 до 20 лет 15 человек; от 20 до 30 лет – 3 человека; от 30 до 38 лет – 2 человека. У 18 больных диагноз Рб был подтвержден гистологически. У 14 – была односторонняя Рб, у 6 больных 2-х сторонняя Рб. Выявлено, что 12 больным с односторонней Рб была проведена операция – энуклеация глазного яблока, и они получили 4 курса полихимиотерапии (ПХТ) в послеоперационном периоде. У 2 больных при первичном обращении была выявлена первая стадия Рб, и они получили органосохранную - химиолучевую терапию. Больным с 2-х сторонней Рб произведена энуклеация одного глаза в 6 случаях, на второй глаз проведено органосохранное лечение. После проведения лучевой терапии, у 8 больных получивших органосохранное лечение развилась постлучевая катаракта, и острота зрения снизилась до светоощущения. Из них 3 больным произведена экстракция катаракты, и острота зрения восстановлена до 0,3-0,4. В настоящее время 5 больных состоят в браке – 3 мужчин и 2 женщины. В семье одной женщины и одного мужчины родились дети с 2-х сторонней Рб (наследственная форма). В семье 2-х мужчин у родившихся детей также выявлена Рб – односторонняя форма, а у 1 женщины в феврале 2013 года родился здоровый ребенок (на настоящее время). Эти дети были взяты на учет и получают соответствующее лечение в нашем центре, а здоровый ребенок, родившийся от матери с Рб, отнесен к группе риска и наблюдается.

Больные с 2-х сторонней Рб (6 человек из 20) являются инвалидами I и II группы. Остальные (14 человек) трудоустроены.

Выводы. Своевременное выявление Рб и адекватное лечение, позволяет выжить больным, произвести потомство, трудоустроиться и вести нормальный образ жизни.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хасанов А.И., Шукуров З.И., Бекмирзаев Р.М., Нишонбоев Л.С., Абдукаримов А.Х.
РСНПМЦОиР

Цель работы: улучшение диагностики и хирургического лечения рака щитовидной железы.

Материалы и методы: в отделении опухолей головы и шеи в РСНПМЦОиР с 2020 по 2021 годы пролечено 110 пациентов со злокачественными новообразованиями щитовидной железы. Определение стадии показывает, что у 4 (3,6%) пациентов обнаружена I стадия, II – у 34 (30,9%), III – у 32 (29,0%), и IV – у 30 (27,3%) пациентов. Заболеваемость обнаружена у 36 (32,7%) мужчин и у 74 (67,3%) женщин. Средний возраст этих пациентов - 51 года. Морфологическое исследование показывает, что у 67 (60,1%) пациентов обнаружена папиллярная карцинома, у 32 (29,1%) фолликулярная карцинома, у 3 (2,7%) медуллярная карцинома и у 8 (7,3%) анопластическая карцинома. Кроме стандартных методов диагностики применяли ПЭТ/КТ. Методика сочетает позитрон-ноэмиссионную и компьютерную томографию, поэтому позволяет визуализировать опухоли от 8 мм в диаметре. Для проведения процедуры используют радиофармпрепарат 18F-фтордезоксиглюкозой, который быстро поглощается клетками.

Результаты. При диагностике применения ПЭТ-КТ имело большое значения для определения стадии заболевания, выявления возможного рецидива болезни, а также для выявления первичного очага более 10 больных, при обнаруженном отдаленных метастазах. По объему операций из 110 пациентов у 103 (93,64%) проведена тотальная тиреоидэктомия, у 3 (2,72%) субтотальная резекция, а у 4 (3,63%) проводилась гемитиреоидэктомия с удалением перешейки.

Одновременно с операцией на щитовидной железе проводилась латеральная и центральная лимфодиссекция у 60 (54,5%) и у 4(3,6%) пациентов проведена билатеральная лимфодиссекция. В связи с прорастанием опухоли в трахею у 2 (1,6%) больных одновременно с тиреоидэктомией проведена резекция трахеи. После резекции трахеи, образована трахеостомия и через 2-3 месяца проведена пластика, закрытие трахеостомии. В связи с распространением опухоли в средостение у 2 (1,8%) больных было произведено лимфодиссекция, тиреоидэктомия и стернотомия с удалением опухоли из средостения. Проведение комбинированных операций при местнораспространенных злокачественных опухолей щитовидной железы обеспечивает радикальность лечения. При изучение послеоперационных осложнений выявлено: односторонний парез (парез возвратного нерва) голосовой связки у 7(6,3%) пациентов, двухсторонний парез голосовой связки у 2(1,6%), гипопаратиреоз у 8(7,3%), и кровотечение во время операции у 1(0,9%) пациентов. Послеоперационная летальность отмечена у 2(1,6%) пациентов.

Выводы: 1. Применение новых диагностических средств ПЭТ-КТ имеет большое значение для определения стадии заболевания, выявления возможного рецидива болезни, а также для выявления первичного очага при обнаруженном отдаленном метастазе.

2. Изучение гистологии и проведение комбинированных операций при местно распространенных раках щитовидной железы обеспечивают радикальность лечения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Хасанов А.И., Бекмирзаев Р.М., Примкулов Б.К., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С.
РСНПМЦОиР

Цель работы. Роль длительной внутриартериальной химиотерапии- (ДВАХТ) на отдаленные результаты лечения больных с злокачественными неэпителиальными опухолями челюстно-лицевой области (ЗНОЧЛО).

Материал и методы. В отделении опухолей головы и шеи РСНПМЦОиР МЗ РУз в период с 2000 по 2016 гг. изучены результаты лечения 117 больных с ЗНОЧЛО. Возраст больных колебался от 18 до 75 лет. Наиболее часто гистологически встречался остеосаркома у 34(29%) больных. В зависимости от лечения все больные были разделены на 4 группы. 1. 20 больные получили ДВАХТ с локальной УВЧ-гипертермией + лучевой терапией с последующей операцией у 13-больных. 2. 27 больных, ДВАХТ + лучевой терапией с последующей операцией у 15-больных. 3. Контрольная 52 больных, системная внутривенная химиотерапия + лучевой терапией с последующей операцией у 29-больных. 4.Контрольная 18 больным проведена лучевая терапия с последующей операцией у 15 больных. Т1а и Т1б составлял 29(24,8%) больных, а опухоли с Т2а и Т2б стадией составляли 88(75,2%) больных. Для проведения ДВАХТ использовалась схема: доксорубицин, цисплатин, а также циклофосфан, только внутримышечно. Лучевая терапия проводилась в РОД 3 Грей в день, СОД 40 Грей. Выживаемости оценивали методом по Kaplan E.L. и Meier P., версия SPSS-16.

Результаты. При изучение непосредственной эффективности, в 1-й группе у 85% и во 2-й группе у 84% - больных наступил объективный (полный +частичный) эффект. В 3-й группе у 71% больных наступил объективный эффект на лечение. Стабилизации опухоли отмечено в 1-й у 5% , во 2-й группах 11,1% - и в 3-й группе у 23% больных. Прогрессирование больше всего отмечено в 3-й группе у 5,7% больных. В 1-й группе больных показатель общей 3-летней выживаемости составил 70,5%, а 5-летняя выживаемость – 61,5%. Во 2-й группе эти показатели составили 73,2 и 60,0%, в 3-й – 61,3 и 48,3%, а в 4-й – 47,1 и 33,3%, соответственно (p<0,060). Высокие показатели отмечены в 1-й и во 2-й группах больных, получивших химиотерапию длительно внутриартериально с локальной УВЧ-гипертермией и без нее.

Выводы. В 1-й и 2-й групп больных получивших ДВАХТ, непосредственный эффект от лечения отмечено больше чем, у больных 3-й группы, которые получили традиционные методы

лечения. При сравнении отдаленных результатов лечения 1-й и 2-й групп с больными 3-й группы, общая 5-летняя выживаемость в 1-й группе была 1,27 раза, а 2-й группе 1,24 раза больше. По сравнению с 4-й группой этот показатель выживаемости был в 1,84 раза и 1,80 раз больше соответственно.

НОВЫЙ МЕТОД КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЯЗЫЧНОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

**Хасанов А.И., Бекмирзаев Р.М., Шукуров З.И., Примкулов Б.К., Нишонбоев Л.С.
РСНПМЦОиР**

Цель работы. Значение разработанного нового метода ретроградной катетеризации язычной артерии для внутриартериальной химиотерапии при лечении злокачественных неэпителиальных опухолей челюстно-лицевой области (ЗНОЧЛО).

Материал и методы. В период с 2000 по 2016 гг. в отделении опухолей головы и шеи РСНПМЦОиР проведена катетеризация наружной сонной артерий и ее ветвей у 47 больных с ЗНОЧЛО для проведения внутриартериальной химиотерапии. При этом из 47 больных у 35 проведена катетеризация наружной сонной артерии, через которую проводилась внутриартериальная химиотерапия. 12 больным проведена ретроградная катетеризация язычной артерии по разработанной нами методике, через которую проводилась внутриартериальная химиотерапия. Преимущество установления катетера именно в язычную артерию заключается в том, что её диаметр 2,3+-0,6мм и давление кровотока намного меньше, чем в наружной сонной артерии, у которого диаметр составляет 4,4+-0,6мм. В связи с этим во время удаления катетера из язычной артерии после окончания химиотерапии кровотечение не происходит, что позволяет без осложнений проводить методику внутриартериальной химиотерапии. На эту разработку «Способ лечения больных с неэпителиальными злокачественными опухолями верхней челюсти» получен Патент на изобретение № IAP 05452. Авторы Хасанов А.И., Бекмирзаев Р.М.

Результаты. Изучение результатов 2 видов катетеризации показало, что такие осложнения как болевой синдром, васкулиты и закупорка (кровяным сгустком) катетера встречались одинаково в обеих группах. Но, у 12 больных, которым проведена ретроградная катетеризация язычной артерии по разработанной нами методике, после удаления катетера из язычной артерии кровотечения не отмечались. А у 35 больных, которым проведена катетеризация традиционным методом, после удаления катетера наблюдались кровотечения у 4 (11,4%) больных в разной степени. Остановка кровотечения проводилась сдавливанием тугими тампонами и тугой перевязкой. У всех больных после перевязки наружной сонной артерии и ее ветвей во время катетеризации язычной артерии наблюдалось уменьшение периканцерозного отека, выраженного болевого синдрома за счет резкого уменьшения питания челюстно-лицевой области и остановки острого и хронического кровотечения если они были у больных.

Выводы. Ретроградная катетеризация язычной артерии по разработанной нами методике, через которую проводилась внутриартериальная химиотерапия технически выполнения проста и может проводится под местным обезболиванием. Применение разработанного нами метода ретроградной катетеризации язычной артерии имеет преимущество перед катетеризацией наружной сонной артерии в предупреждении кровотечения, после удаление катетера.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАФАРИНГАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ИСХОДЯЩИХ ИЗ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

**Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С., Хасанов А.И.
РСНПМЦОиР**

Актуальность. Среди опухолей головы и шеи парафарингеальные опухоли составляют примерно 1%. Парафарингеальные опухоли часто исходят из слюнных желез.

Цель. Совершенствование результатов хирургического лечения опухолей парафарингеальной области.

Материалы и методы. В период с 2018 по 2021 год в отделение опухолей головы и шеи РСНПМЦОиР получили лечения 12 пациентов с диагнозом опухоль парафарингеальной области. При этом 8 (66,6%) пациентов – были мужского пола, а 4 (33,3%) – женского пола. Возраст пациентов было от 20 до 66 лет, средний возраст - 43 года. По расположению опухоли у 6 пациентов опухоль обнаружена справа и у 6 пациента слева. Всем больным проведено УЗИ, МСКТ и гистологическое исследование.

Результаты. Хирургическое лечение проводились всем пациентам. Хирургический доступ было проведено с подчелюстной области. При этом разрез произведено 2 см ниже параллельно по краям нижней челюсти. В 80% случаев в начале проводили перевязку наружной сонной артерии и для хорошего доступа удаляли подчелюстную слюнную железу. Такие манипуляции обеспечивали профилактику интер и послеоперационного кровотечения и хороший обзор операционного поля, который в свою очередь позволяла радикально удалять опухоли. При изучение послеоперационного материала гистологически из 12 пациентов, у 3 установлена рак. Из них у 2 пациента установлена аденокарцинома, и у одного мукоэпидермоидный рак. В свою очередь эти больные получили комбинированную лечению. У остальных 9 пациентов определено смешанный опухоль (доброкачественный) слюнных желез.

Заключение. При анализе результатов лечения выявлено, что все парафарингеальные опухоли исходили из слюнных желёз, смешанные опухоли. Из приведенного выше анализа можно сделать вывод, что у мужчин среднего возраста опухоли парафарингеальной области встречается чаще и основным методом лечения является хирургическое лечение.

РАЗДЕЛ 3.**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНО-ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****Абдихакимов А.Н.¹, Юсупова Д.Б.¹, Гафур-Ахунов М.А.²****Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР¹, Ташкентский институт усовершенствования врачей²**

Цель исследования. Определить роль и возможности химио- и гормонотерапии в комплексном лечении при первично-диссеминированном раке молочной железы (ПДРМЖ).

Материалы и методы. На основании изучения клинического материала ПДРМЖ в ТОФРСНПМЦОиР Республики Узбекистан за последние 10 лет установлено, что IV стадии (T₁₋₄N₁₋₃M₁) составляет от 10 до 17% ежегодно регистрируемых больных. Было проанализировано 175 больных ПДРМЖ. В большинстве случаев метастазы зарегистрированы в костях скелета (45%), реже в легких (25%) и в печени (10%). Но в большинстве случаев больные были с метастатическими поражениями 2 и более органов. Выбор метода лечения в большинстве случаев был связан в зависимости от поражения органов и систем.

Результаты. С учетом метастазов в органы и системы и результатов морфологического исследования, а также ИГХ исследования больным проведено комплексное лечение. Химиотерапия состояла из трех этапов. Индукционная химиотерапия была нацелена на полное уничтожение или значительную циторедукцию опухолевой ткани. Выбор схемы индукционной химиотерапии были стандартными с применением группы препаратов антрациклинов, таксанов и платиносодержащих препаратов-8 курсов. Применение гормонотерапии зависело от результатов ИГХ, менопаузального статуса больных. Консолидирующие схемы направлены на уничтожение клонов опухолевых клеток, оставшихся в минимальном количестве после индукционного лечения-6 курсов. Эта терапия предназначена для группы больных которые имели регрессию опухоли, а для больных с прогрессией опухоли применялось симптоматическое лечение. Были использованы препараты второй линии. Поддерживающее лечение направлено на воздействие на оставшееся небольшое число опухолевых клеток. Были использованы препараты давшие хороший эффект вначале, но периодичностью каждые 3 месяца-до 2 лет от момента достижения ремиссии. При наличии метастатического поражения костей скелета использовалась бисфосфонатотерапия.

Выводы. Проведение целенаправленного комплексного лечения с учетом показателей ИГХ исследования с применением 3 этапной химиотерапии позволило получить хорошие результаты лечения больных с ПДРМЖ.

ИНГИБИТОРЫ ЦИКЛИНАВИСИМОЙ КИНАЗЫ 4/6 В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**Абдихакимов А.Н., Гафур-Ахунов М.А., Юсупова Д.Б.****Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР**

Цель: предоставить обзор клинических данных, доказывающих эффективность использования ингибиторов циклин-зависимых киназ 4 и 6 (CDK 4/6) при лечении гормоноположительного (HR +) метастатического рака молочной железы с точки зрения мировых сообществ практикующих онкологов.

Материал и методы. Мы провели поиск в публикациях PubMed и ASCO, ESMO, чтобы найти результаты рандомизированных испытаний палбоциклиба, рибоциклиба и абемациклиба.

Заключение. В настоящее время не существует биомаркеров, которые надежно определяют пациентов, которые получают или не получают пользу от добавления ингибитора CDK 4/6 к их эндокринной терапии. CDK 4 и CDK 6 являются нижестоящими агентами в сигнальном пути

эстрогена, которые контролируют вход в клеточный цикл. Ингибирование CDK 4/6 может предотвратить прогрессирование опухолевых клеток в клеточном цикле. Три ингибитора CDK 4/6 (палбоциклиб, рибоциклиб и абемациклиб) показаны для женщин с положительным рецептором гормона (HR +), с отрицательным рецептором 2 эпидермального фактора роста человека (HER2-) на поздней стадии или с метастатическим раком молочной железы уже в первой линии. Рибоциклиб также показан в качестве начальной терапии у женщин в пременопаузе или перименопаузе и в качестве начальной терапии с фулвестрантом у женщин в постменопаузе. Абемациклиб также показан в качестве монотерапии женщинам с прогрессированием заболевания после эндокринной терапии и предшествующей химиотерапии, особенно эффективен при метастатическом поражении головного мозга. Значительное увеличение выживаемости без прогрессирования заболевания (ВБП) наблюдалось при использовании фулвестранта + ингибиторов CDK 4 и CDK 6 в качестве начальной терапии с мРМЖ в контролируемых исследованиях. Хотя эффективность этих препаратов кажется схожей, различия в безопасности и переносимости очевидны. Нейтропения - это ограничивающий дозу побочный эффект палбоциклиба, сердечно-сосудистые изменения для рибоциклиба (удлинение интервала QT на ЭКГ), а при приеме абемациклиба чаще возникает диарея. Усталость чаще возникает при приеме палбоциклиба и абемациклиба. Прекращение лечения абемациклибом было выше, чем при применении других препаратов. Эффективность трех препаратов доказана аналогична.

ГОРМОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНО-ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдихакимов А.Н., Гафур-Ахунов М.А., Юсупова Д.Б.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Рак молочной железы наиболее распространенная женская онкопатология в мире. В целом около 8 % больных РМЖ исходно имеют IV стадию заболевания. В 70% случаев рак молочной железы чувствителен к гормонотерапии. Настоящим прорывом в области ГТ при ЭР+ мРМЖ стало открытие механизмов регуляции клеточного цикла с участием циклинзависимых киназ (CDK).

Цель. Улучшение результатов лечения гормонопозитивного метастатического РМЖ.

Материал и методы. С 2019 по 2021 гг в ТОФ РСНПМЦОиР было пролечено 40 пациенток с T₂₋₄N₁₋₂M₁ с люминальным А типом опухоли. Средний возраст пациенток составил 58,4 года. В общем распределение метастазов было следующее: у 16 пациенток (40%) в процесс было вовлечено более двух органов и систем: кости, печень, легкие. Метастатическое поражение одной системы определено у 12 пациенток (30%) и было представлено поражением костей; сочетанное поражение легких и костей выявлено у 6 (15%), костей мягких тканей – также у 6 (15%). Все больные были предлечены по схемам АС, РС, Навельбин+Капецитабин, Гемцитабин+карбоплатин при наличии метастатического поражения костей скелета была добавлена бисфосфонат терапия, после прогрессирования на данных схемах больным назначена гормонотерапия. 1 группа больных (n=20) получили Фазлодекс+Палбоциклиб, 2 группа (n=15) получили Палбоциклиб+Анастрозол, 3 группа (n=5) проведена монотерапия анастрозолом. Больные прослежены в течении года.

Результаты. Добавление палбоциклиба к анастрозолу привело к двукратному увеличению выживаемости без прогрессирования болезни: во всей популяции данного исследования медианы ВБП составили 20,2 мес., данный показатель в 3 группе составил 10,2 мес., в 1 группе данный показатель составил 24,2 мес. (p = 0,0004). Объективный ответ первичного очага и метастатических очагов в 1 группе составил 51%, во 2 группе-43%, в 3 группе -33% (p = 0,005).

Выводы. Двойная комбинация фазлодекса и палбоциклиба, названная экспертами «терапией прорыва», сочетает в себе доказанную эффективность, хорошую переносимость, позволяет

поддерживать высокое качество жизни, увеличивает ВВП и ОО и должна использоваться у больных эстроген-рецептор-позитивным HER2– метастатическим РМЖ.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОБИЛЬНЫХ МАММОГРАФИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ

Абдукаримов У.Г., Саидов Г.Н., Ширинов М.М.

Бухарский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. На сегодняшний день требования к проведению медицинских осмотров женского населения возросли. Благодаря развивающейся в нашей стране онкологической службе и внедрению в практику скрининговых программ происходит расширение охвата исследуемого контингента. Не все лечебные учреждения Республики обеспечены маммографическим оборудованием. Оптимальным решением данных вопросов является использование мобильных маммографических кабинетов.

Цель. Провести анализ выявленной патологии с использованием мобильных маммографических кабинетов.

Материал и методы. В период с мая 2021 по апрель 2022 года проведено 9312 маммографических исследования на мобильном маммографе фирмы «Fujifilm» на шасси автомобиля IVECO населению Бухарской, Джизакской и Кашакардинской областей.

Результаты. С мая 2021 года по апрель 2022 года мобильными маммографами выполнялись выездные медосмотры по районам Бухарской области и части регионов Джизакской и Кашакардинской областей. За отчетный период 9312 женщинам в возрасте 45-65 лет проведены маммографические исследования. По результатам маммографии доброкачественные изменения молочных желез выявлено у 2923 (38%) женщин рак молочной железы в 42 случаях (0,5%). Из диагностированных доброкачественных процессов преобладали фиброзно-кистозная мастопатия и фибroadенома. Больным с подозрением на рак молочной железы в условиях Бухарского филиала РСНПМЦ ОиР для морфологической верификации диагноза проведена стереотаксическая биопсии под контролем цифровой маммографии с томосинтезом. В большинстве случаев гистологически опухоль была представлена внутрипротоковой карциномой.

Выводы. Использование мобильных маммографических кабинетов в отдаленных областях и районах нашей страны позволяют своевременно интерпретировать и выявлять соответствующую патологию молочных желез с назначением дальнейшего адекватного дообследования в виде морфологической верификации, иммуногистохимического исследования опухоли и правильного выбора тактики дальнейшего лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА БАЗЕ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА СКРИНИНГА РМЖ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдукаримов У.Г.¹, Ихтиярова Г.А.², Джумаева Д.Р.²

Бухарский филиал РСНПМЦОиР¹, Бухарский государственный медицинский институт²

Цель. Оценить эффективность и целесообразность различных моделей скрининга рака молочной железы (РМЖ) и внедрения подхода с точки зрения повышения показателей ранней выявляемости РМЖ, качества и скорости обследования, оптимизации маршрутизации пациентов на примере программы скрининга РМЖ в Бухарской области.

Материалы и методы. В тестируемую группу риска входят женщины в возрасте 45–65 лет, без симптомов заболевания. В рамках пилотного проекта проведен промежуточный сравнительный анализ клинической эффективности двух моделей на базе 13 районных медицинских объединений. Модель №1 –на базе многопрофильной районной поликлиники (первый этап) с последующим мультимодальным подходом на базе областного онкологического центра (второй этап): расшифровка маммограмм (второе чтение), прицельная

маммография, УЗИ и биопсия. Модель №2 – комплексный подход на базе областного онкоцентра поликлиники: (двойная расшифровка маммограмм), УЗИ и биопсия.

Результаты. С момента запуска пилотного проекта «Скрининг рака молочной железы с помощью маммографии» в Бухарской области было выполнено 30386 скрининговых маммографий. Среди них было выявлено 154 злокачественных новообразований молочной железы. На текущий момент реализации проекта наиболее высокие результаты были продемонстрированы медицинскими организациями, работающими по модели №2 – проведение в одном месте скрининговой маммографии и комплексного дообследования специалистами. В рамках модели №1 значительное количество пациентов, направленных на 2 этап для проведения дообследования, выпали из определенной схемы маршрутизации, что сказалось на показателях выявляемости РМЖ. Кроме того, в организациях первого этапа фиксируется значительный процент гипердиагностики, процент направления на дообследование в некоторых поликлиниках достигает 30%.

Выводы. Организация популяционной программы скрининга РМЖ требует четкой отлаженной маршрутизации пациентов между этапами. Необходим максимальный контроль за пациентами, направленными на дообследование. Ожидается, что модель проведения скрининговой маммографии и комплексного дообследования специалистами (модель №2) в одном месте демонстрирует лучшие результаты с точки зрения качества и скорости обследования. Однако, непрерывное обучение специалистов, принимающих участие в скрининге, и внедрение качественного контроля за маршрутизацией пациентов должно повысить показатели клинической эффективности модели №1 с достижением целевых показателей скрининга.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИ ДАВОЛАШДА ЯНГИЧА ЁНДАШИШ

Абдуллаева Н.Э.

РИОваРИАТФ Хоразм филиали

Муаммонинг долзарблиги. Сут беzi саратони эрта аниқлаш ва даволаш чора тадбирлари ишлаб чиқилишига қарамасдан, ушбу касаллик туфайли аёлларда ўлим кўрсаткичлари юқорилигича давом этмоқда. Дунё ва миллий маълумотларга назар солсак, аёллар онкопатологиясида сут беzi саратони етакчи ўринни эгаллайди. Сут беzi саратони билан касалланиш кўрсаткичи Хоразм вилояти даражасида хар 100 000 аҳолига нисбатан 437 инсонни ташкил қилади. Сут беzi саратони билан касалланишнинг сўнги 5 йилда динамикасига назар солсак, превентив ва эрта диагностик методлар қўлланишига қарамасдан касалланиш кўрсаткичларининг ўсиши кузатилади.

Касалликни эрта даврда аниқлаш ва даволаш ушбу касаллик туфайли ўлим кўрсаткичини пасайтириши билан бирга, онколог олдига ҳаёт сифатини яхшилашдек муҳим масалани қўйди. Сут беzi саратони билан радикал программада даволанган беморларда ҳаёт сифатига таъсир қилувчи омил ўтказилган РМЭ хисобланади.

Сут безининг дефекти аёлларда катта психологик тревога, иккинчи тарафдан ўтказилган кимё-нур даво кардиоваскуляр патологияларга сабаб бўлади.

Бундан ташқари баъзи текширув натижалари адреналиннинг ҳавфли хужайралар инвазивлигини ошириш хусусияти мавжудлигини тасдиқлайди. Бетта-блокаторлар адреналиннинг хужайрага таъсирини камайтиради.

Тадқиқот мақсади. Сут беzi саратони сабабли радикал мастэктомия ва радикал резекция ўтказилган аёлларда психосоматик ўзгаришларни баҳолаш ва уларни коррекция қилиш, ҳамда бетта блокаторлар орқали юрак патологиялари пайдо бўлишининг олдини олиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот объекти сифатида РИО ва РИАТМ Хоразм филиалида 2018-2020-йилларда даволанган Сут беzi саратони IIA–IIIC босқичларидаги, 47 нафар бемор назоратда бўлди. Тадқиқот проспектив усулда таҳлил қилинди. Беморлар ёши 29-70 ёшгача бўлиб, уларнинг 65%(n=30) қишлоқ ва 35%(n=17) шаҳар аҳолисидир. Асосий гуруҳда сут беzi

саратони ПА–ШС босқичидаги, психосоматик ёрдам ўтказилган ва ташхис қўйилган даврдан бошлаб носелектив бетта-блокаторлар қўлланилган 18 нафар беморлар ташкил қилди. Назорат гуруҳини психологик ёрдам ўтказилмаган, аммо радикал программада даво ўтказилган 29 нафар беморлар ташкил қилди. Психологик ёрдам сифатида суггестив-когнитив психотерапия, аутоген тренировка ва тиббий-информацион маслаҳат усулларида ўтказилди. Юрак фаолияти махсус давонинг ҳар босқичида ва бемор назоратга қўйилгандан сўнг ҳар 3 ойда ЭКГ ва ЭхоКГ усулларида текширилди.

Натижалар. Асосий гуруҳдаги беморларда психологик шизгаришлар даражаси гипомания шкаласи бўйича 42,4 балл, психопатия шкаласи бўйича 41,7 баллни, шизоидлик шкаласи бўйича 18,4 баллни ташкил қилди. Кардиоваскуляр патологиялар асосий гуруҳдаги беморларда 12 ой давомида 2 нафар беморларда пайдо бўлган бўлса, назорат гуруҳида 6 ойгача бўлган муддатда 3 нафар, 12 ойгача бўлган муддатда 4 нафар беморларда ривожланган.

Хулосалар. Сут беи саратони 2-3-босқичидаги беморларда бетта-блокаторларни қўллаш ва психологик реабилитация ўтказиш, эхтимол умумий ва рецидивсиз яшовчанлик кўрсаткичларига сезиларли даражада таъсир кўрсатмас, аммо ҳаёт сифатига яхшилашда катта аҳмият касб этади.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Авезмуратова Г.А., Эгамбердиев Г.М., Юсупова Д.Б., Турдибеков Ш.М.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) остается одним из самых распространенных заболеваний женской части населения. По статистике РМЖ выявляется у каждой восьмой женщины. Приблизительно в 20-24% случаев от числа заболевших РМЖ диагностируется трижды негативный рак молочной железы. Для трижды негативного РМЖ характерно агрессивное клиническое течение, более высокая частота рецидивов и низкая общая выживаемость. По статистике медиана выживаемости женщин с метастатическим трижды негативным РМЖ составляет менее одного года.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с метастатическим ТНРМЖ.

Материал и методы. В исследование вошли 30 пациенток ТНРМЖ с T₂₋₄N₁₋₂M₀, которые прогрессировали после получавшей комплексной терапии. Диагноз РМЖ установлен на основании результатов рентгенологического и морфологического, ПЕТ КТ, ИГХ обследования. Возраст пациентов варьировал от 36 до 63 лет и средний возраст составил 43,6±3,26 лет. Все больные получали полихимиотерапию по стандарту AC, Ptx+Carb, Navelbin+Carb, Gemcitabini+Cisplatin. В группе больных, где проводилось лечение платиносодержащим препаратом, имело место прогрессирование заболевания, больные переведены на монорежим препаратом Капецитабин 2500мг/м²/сут 2 раза в день 1-14 дней, от 6 до 8 курсов.

Результаты. При оценке эффективности лечения из 12 (40%) больных с метастатическим поражением печени полный эффект отмечен у 2 (6,7%), частичный эффект – у 7 (23,3%), стабилизация – у 3 (10%), прогрессирования не было. 15 (50%) больных с метастатическими поражениями костей получали Капецитабин+бисфосфанат терапию и у всех больных отмечалась стабилизация. У 2 (6,7%) больных с метастатическим поражением легких достигнут только частичный эффект, и у 1 (3,3%) больного был метастаз в противоположную молочную железу, отмечен частичный эффект в связи с чем было проведена РМЭ по Маддену.

Заключение. Таким образом, метастатический ТНРМЖ представляет собой подтип опухолей с неблагоприятным прогнозом, резистентным к противоопухолевым химиопрепаратам. Включение более доступного монорежима Капецитабином, которые больные принимали амбулаторно, дал возможность улучшения результатов лечения.

ВЛИЯНИЕ ЭКСПРЕССИИ АНДРОГЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ПРОГНОЗ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Атаханова Н.Э., Алмурадова Д.М.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Определение уровня андрогенных рецепторов в опухоли у пациентов с раком молочной железы является очень актуальным и перспективным направлением в изучении прогноза болезни и нахождении новых дополнительных подходов к эндокринной терапии рака молочной железы.

Цель исследования. Оценить роль экспрессии андрогеновых рецепторов (AR) на прогноз трижды негативного рака молочной железы.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 126 пациенток с ТНРМЖ. Стандартной морфологической и иммуногистохимической оценке подвергался операционный и биопсийный материал. Для определения AR в ткани молочной железы использовался клон AR441.

Результаты. У больных в исследуемых группах распределение пациентов было следующим: у 61(48,4%) - была обнаружена, положительная экспрессия AR(+), у 65(51,6%) - AR(-) отрицательная. Гистологическая степень злокачественности при AR (-), была выше, чем у больных с AR (+) опухолями. Оценка степени РМЖ в зависимости от AR статуса показала, что при AR (-) наибольшее число больных имело G-3-78,5%, а при AR(+) G-2-70,5% ($r=0,13$; $p>0,05$) стадии заболевания. Анализ уровня наличия или отсутствия AR в зависимости от менструального статуса показал, что большинство больных при AR (-) менструировали – 35,4% либо находились в перименопаузе – 32,3%, чего не скажешь при AR (+) статусе, при котором большая часть больных находилась в менопаузе – 47,5% ($r=0,03$; $p>0,05$). Распределение больных согласно стадиям опухолевого процесса в зависимости от AR показала, что при AR(+) статусе основная масса больных была во IIb-IIIa стадии, что составило – 29,2% и 20,0%, соответственно. При AR (-) статусе наибольшее число больных имело IIIb стадию – 34,4% ($r=0,13$; $p>0,05$). Согласно гистологическим формам РМЖ при AR(-), так же как и AR(+) наибольшее число больных имело инвазивно протоковый рак, что составило 66,2% и 67,2%, соответственно. При AR (-) значительным преимуществом обладал дольковый рак, который встречался в 16,9% случаев, а при AR (+) сравнительно встречался медулярный рак – 18,0% ($r=-0,09$; $p>0,05$).

Выводы. В связи с этим, можно сказать, что на наличие и выявление при ИГХ-экспрессии рецепторов андрогенов (AR) клетками ТН РМЖ, открывает перспективы разработки таргетной терапии для данного типа с учётом наличия или отсутствия рецепторов андрогенов.

ЗНАЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ КАПЕЦИТАБИНА ПОСЛЕ СИСТЕМНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Атаханова Н.Э., Алмурадова Д.М., Сагдуллаева С.Н.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Для тройного негативного рака молочной железы (ТНРМЖ) характерно агрессивное течение, молодой возраст, более 50% заболевших моложе 50 лет. Отмечено выраженное отличие в без прогрессивной выживаемости у больных с тройным негативным РМЖ и остальных подтипов.

Цель исследования. Оценка эффективности неоадъювантной и адъювантной полихимиотерапии у больных трижды негативного РМЖ.

Материалы и методы исследования. В работе использованы данные 126 больных с верифицированным диагнозом ТН РМЖ, получавших стационарное и амбулаторное лечение в период с 2011 по 2017.гг. в условиях Ташкентского городского филиала РСНПМЦОиР, по стадиям T₁₋₄N₀₋₂M₀. В зависимости от проводимого лечения больные были распределены на 3 группы: I группа – 43 больных с проведением комплексного лечения в объеме радикальной

операции, АПХТ и ЛТ; в адъювантном режиме использовались следующие схемы АС/ FЕС (ранее проводимая схема) (n=47), II группа – 47 больных с проведением комплексной терапии включающий НПХТ, радикальная операция, лучевая терапия. НПХТ проведена по следующим схемам АС→Т (настоящая общепринятая стандартная схема) (n=47), III группа – 34 больных с ТН РМЖ, получившие комплексное лечение - НПХТ, радикальная операция, лучевая терапия. Схема НПХТ была следующей: ТС или ТР при узловой форме со вторичным отеком) 1-раз в 3-недели 6-8 курсов. После проведения комплексной терапии по вышеуказанной схеме лечение продолжается проведением монотерапии капецитабином (до 6 курсов) (предлагаемая схема в данном исследовании) (n=34);

Результаты. В данном исследовании оценка эффективности НАХТ показала, что у 22 (46,8%) пациенток на фоне проведенной ХТ был достигнут полный регресс опухоли (лечебный патоморфоз IV степени); у 12 (25,5%) – частичная регрессия (патоморфоз III степени); у 9 (19,1%) – стабилизация (патоморфоз II степени); у 4 (8,5%) пациенток отмечено прогрессирование заболевания (патоморфоз I степени). У больных, получавших НПХТ по схеме ТС, частота достижения полного патоморфологического регресса была значительно выше (93,7%), чем у больных, по схеме FАС (18,7%) или АС→Т (26,6%).

Выводы. По полученным данным видно, что добавление капецитабина (не зависимости от лечебного патоморфоза) после использования системной ХТ приводит к увеличению медианы выживаемости без прогрессирования, (по сравнению только лишь с х/т) с 36,7 до 27,9 месяцев (p<0,001). Результаты подтвердили, что эффективность применения комбинации капецитабина после системной полихимиотерапии у больных ТН РМЖ оказалась значимо выше по сравнению с только системной ХТ.

ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДИСТОРМОНАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Гагиев Л.Т., Гагиев Т.Г., Болтаев А.Б., Ибрагимов Д.С.

Джизакский филиал РСНПМЦОиР

Введение. В последнее время отмечается резкое возрастание числа пациенток, обращающихся в лечебные учреждения по поводу доброкачественных заболеваний молочных желез. Наиболее часто среди них отмечается дистормональная дисплазия (ДГД), или так называемая мастопатия. По существующим статистическим данным диффузная мастопатия регистрируется 50-60% женщин, причем 60-70% пациенток относятся к репродуктивному возрасту 25-40 лет. Доброкачественные заболевания диагностируются у каждой 3-й женщины в возрасте до 35 лет и у 60% в возрасте 40 и более лет, притом, что половину всех клинических случаев составляют различные варианты мастопатии. Мастопатия - это дистормональный гиперпластический процесс, характеризующийся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов. Основная роль в возникновении мастопатии отводится дистормональным расстройствам, а именно относительной или абсолютной гиперэстрогенизации и прогестерондефицитному состоянию. Подобная ситуация приводит к отеку и гипертрофии внутридольковой соединительной ткани, а пролиферация протокового эпителия - к образованию кист.

Материалы и методы. В исследование включены 125 пациенток с различными формами мастопатией. Среди клинко-рентгенологических форм мастопатии наиболее частой была смешанная, затем по частоте встречаемости у больных расположились формы с преобладанием кистозного компонента, с преобладанием железистого компонента и с преобладанием фиброзного компонента. Все пациентки были репродуктивного и позднего репродуктивного возраста и принимали препарат Мамоламин по 1 таблетки 3 раза в день 1-3 месяца.

Результаты: У 95 (76%) в процессе лечения было отмечено явное субъективное улучшение состояния в виде уменьшения нагрубания молочных желез и исчезновения болевого синдрома. Клинические данные в 72% случаев были подтверждены результатами обследований (рентгеномаммография + УЗИ). Отсутствие субъективного и объективного эффекта отмечено только у 9 (7,2%) пациенток, а отрицательная динамика не наблюдалась. Среди 46 больных кистозной формой мастопатии 39 (84,7%) отметили явное клиническое улучшение, в 7 (15,3%) случаях стойкого эффекта не отмечено. Из 89 больных с выраженным болевым синдромом в процессе лечения полный эффект зарегистрирован у 86 (96,5%). Помимо высокой эффективности препарата отличается удобством использования, что немаловажно для современных женщин. Препарат характеризуется хорошей переносимостью.

Выводы. Таким образом, препарат Мамоламин (единственный лекарственный препарат зарегистрированный в РУз) проявил выраженное лечебное действие у больных с диффузной мастопатией: существенно ослаблял проявления масталгии, синдрома предменструального напряжения, дисальгоменореи, ослаблял пальпаторные признаки мастопатии и болезненность при пальпации молочной железы. Вызывал регрессию кист в молочных железах по данным эхографии и по данным маммографии.

BRCA-АССОЦИИРОВАННЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Голотюк М.А., Казанцева Н.В., Борзунов И.В.

ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», Екатеринбург, Россия

Целью исследования является определение клинико-морфологических характеристик BRCA-ассоциированного рака молочной железы (РМЖ) в популяции женщин, проживающих на территории Свердловской области. **Материалы и методы.** 722 пациентам с диагнозом РМЖ было проведено молекулярно-генетическое исследование методом пиросеквенирования на приборе PyroMark Q24 (Qiagen, Германия). ДНК получали из цельной периферической крови. Экстракцию ДНК проводили с помощью комплекта реагентов «РИБО-преп» (Амплисенс, Россия). Для анализа мутаций использовали набор «Пироскрин BRCA-скрин» (Амплисенс, Россия) для определения 6 наиболее распространенных в славянской популяции мутаций. Пациентов с мутацией описывали по нескольким признакам: возраст, стадия заболевания, гистологический диагноз, данные иммуногистохимического исследования (статус рецепторов эстрогена, прогестерона, HER2, маркера пролиферативной активности Ki67), наличия личного и семейного онкоанамнеза.

Выводы. В нашем исследовании из 722 пациенток, проживающих на территории Свердловской области, мы обнаружили мутацию в 8,6%. Как и в большинстве российских исследований, преобладала founder-мутация 5382insC в 20 экзоне гена BRCA1 (более 75%). Следующие по распространённости мутации - 300T>G (C61G), 2080delA в том же гене (11 и 6 % соответственно). Средний возраст пациенток с мутацией на момент постановки диагноза составил 43,2 года. У 88% пациенток были случаи онкологических заболеваний у прямых родственников. В 48% случаев это был рак молочной железы. Также в анамнезе встречался рак яичников, матки, и орофарингеальный рак. Морфологическая картина BRCA-ассоциированного РМЖ - инвазивная карцинома неспецифического типа (100% случаев) с низкой степенью дифференцировки (G3 в более 65% случаев, G2 – в 35%). Тройной негативный фенотип был отмечен в 64% случаев (ER-PR-HER2-). Для большинства BRCA-дефицитных опухолей характерно отсутствие экспрессии генов рецептора эстрогена (66% случаев) и прогестерона (76% случаев). Экспрессия HER2 отсутствовала в 83% случаев. Лишь менее чем в 12% образцах маркер пролиферативной активности Ki67 был ниже порогового значения (20%). Анализ генов BRCA1,2 особенно актуален для женщин молодого возраста с отягощенным онкоанамнезом, инвазивными неспецифическими карциномами G3 и G2, а также тройным негативным фенотипом.

ЗНАЧЕНИЕ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЛЕГКИХ

Дадабоев А.А., Каримов А.Р.

Ферганский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель. Оценка результатов исследования образцов периферических образований легких полученных с помощью ДБАЛ (диагностический бронхоальвеолярный лаваж) с целью выявления атипичных клеток и/или микобактерий Коха для определения дальнейшей тактики лечения.

Материалы и методы. Исследован материал 74 больных полученного с помощью диагностического бронхоальвеолярного лаважа. Получаемый в процессе лаважа смыв (жидкость бронхоальвеолярного лаважа (ЖБАЛ)) является традиционным биологическим материалом для проведения целого комплекса патоморфологических, микробиологических и общелабораторных исследований. Полученные образцы смывов были исследованы патоморфологически и бактериологически.

Результаты. У 42 (56,8%) исследованных обнаружены атипичные клетки, у 24 (32,4%) лейкоцитоз и 8 (10,8%) микобактерии туберкулеза.

Выводы. ДБАЛ (диагностический бронхоальвеолярный лаваж) обеспечивает высокую информативность образцов для дальнейших патоморфологических, микробиологических и общелабораторных исследований и оптимизирует дальнейшее ведение больного.

АЁЛЛАР РЕПРОДУКТИВ АЪЗОЛАРИНИНГ СУТ БЕЗИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИ РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ

Джалолова Ф.М., Султонкулова М.К, Ибрагимова М., Сотволдиев К.Х., Мамадалиева Я.М.

АДТИ, РИОваРИАТМ Андижон филиали

Тадқиқот мақсади. Бачадон экстирпацияси ташриҳини сут беzi ўсма касалликлари ривожланишига таъсирини аниқлаш.

Материал ва методлар: РИОваРИАТМ АФ шароитида 60 нафар 40-50 ёшгача бўлган, сут беziда ўсма касалликлари ташхиси қўйилган аёллар танлаб олинди. Ушбу бемор аёлларнинг касаллик тарихи тиббий хужжатлари бўйича ретроспектив таҳлил ўтказилди.

Беморлар клиник-лаборатор текширувлари, сут беzi пальпацияси. Ультратовуш текширув хулосалари, маммография(курсатмага кўра), цитологик текширувлар, трепан биопсия хулосалари, ташриҳ давоси ва гистологик хулосалари ўрганилди.

Тадқиқот натижалари: 1-гурухни 25 та репродуктив система хавфсиз ўсма касалликлари билан касалланган аёллар ташкил этди. 2-гурухни бачадон экстирпацияси ташриҳи ўтказилган 35 та бемор аёллар, улардан 8 таси бачадон ортиклари сақланган аёлларни ташкил этди. Ушбу гурухдаги барча аёлларга сут беziда хирургик даво муолажари ва ташриҳ препаратлари гистологик текшируви ўтказилди. 1-гурухда қуйидаги гистологик хулосалар олинди: 7 та беморда-фиброаденома, 12 та беморда-тутунли пролиферацияланувчи мастопатиялар, 2 та беморда-сут йўллари папилломаси, 4 та беморда-сут беzi раки аниқланди. 2-гурухда қуйидаги гистологик хулосалар олинди: 4 та беморда-фиброаденома, 15 та беморда-тутунли пролиферацияланувчи мастопатиялар, 3 та беморда-сут йўллари папилломаси, 5 та беморда-сут беzi раки аниқланди. Юқорида олинган таҳлил натижаларига кўра хулоса қилиш мумкинки, бачадон олиб ташланганда гипоталамо-гипофизар-тухумдон системасидаги гормонлар сут беziларига таъсир этади ва пролиферация жараёнлари жадаллашувига олиб келади. Гормонал таъсирлар натижасида сут беziларининг доимий морфофункционал структурасининг узгариб туриши, сут беziлари эпителийсининг юқори сезувчанлиги сут беziларида бир катор ўсма касалликлари ривожланишига олиб келади.

Хулосалар. Баъадон экстирпацияси ортикларисиз таъшири ўтказилган аёллар сўт беъи раки ривожланиши хавф гуруҳига киритилади.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ РИСКА ПРИ МЕТАХРОННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ТАШКЕНТСКОГО ГОРОДСКОГО ФИЛИАЛА РСНПМЦОиР

Алиева Д.Р., Шоюсупов Н.Р., Мадалимов А.К.

Ташкентского городского филиала РСНПМЦОиР

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) занимает 1-е место среди онкологических заболеваний у женщин, а также является 2-й причиной смерти после сердечно-сосудистой патологии. Среди всех первично-множественных злокачественных новообразований на долю рака молочной железы приходится от 9,5% до 23%.

Цель исследования. Определить группы риска для метакронного рака молочной железы.

Материалы и методы. Нами было изучены данные 65 больных метакронным раком молочных желез, обследованных и получившие лечение в условиях нашей клиники от 2000 по 2021гг. Возраст больных варьировал от 27 до 67 лет. Средний возраст больных метакронным раком молочной железы составляет 52,5 года. Время выявления между первой опухолью и второй опухолью составляло от 1 до 17 лет. Чаще всего метакронная опухоль появлялась в течение первых 5 лет, либо через 10 лет после первого рака. У всех больных диагноз был верифицирован гистологическим анализом: у 72% пациентов протоковый рак, у 28% дольковый рак молочной железы различной степени дифференцировки. В I ст обратились 5,2% больных при первом раке, 15,7% при метакронном раке; II ст обратились 68,4% больных при первом раке, 44,7% при метакронном раке; III ст обратились 21% больных при первом раке, 23,6% при метакронном раке; IV ст обратились 5,2% больных при первом раке, 15,7% при метакронном раке. У всех больных был изучен наследственный анамнез. У 48% больных имел характер наследственности (у близких родственников родители, братья, сестра): у 58% это рак молочных желез, рак яичников; у 48% злокачественные опухоли других локализаций. К сожалению идентификация генов наследственного рака молочной железы (BRCA-1, BRCA-1) было невозможно в условиях нашей клиники.

Выводы. Результаты этих исследований показали, что первично-множественный метакронный рак молочных желез чаще встречается в возрасте до 52 лет. Чаще всего это протоковый рак различной степени дифференцировки. Чаще всего метакронный рак появлялась в течении первых 5 лет. Наследственный фактор имеет не маловажное значение при прогнозирование метакронного рака молочной железы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ HER2/NEU ПОЗИТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Джалолова Ф.М., Сотволдиев К.Х., Мамадалиева Я.М.

АГМИ, Андижанский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Оценить длительность безрецидивного течения HER2/neu позитивного рака молочной железы в зависимости от сроков применения трастузумаба.

Материал и методы. Трастузумаб назначали пациентам с морфологически верифицированным раком молочной железы, HER2/neu позитивным статусом, подтвержденным ИГХ методами. При первом в/в введении препарат назначали в нагрузочной дозе 8мг/кг, далее 6мг/кг. Первая группа больных получала от 3 до 6 курсов трастузумаба; вторая от 12 до 18 курсов. Пациенты обеих групп были сопоставимы по стадии заболевания и схемам лечения. Комбинированное лечение включало ПХТ(неоадъювантная, адъювантная- FАC+таксаны), хирургическое вмешательство, лучевую терапию (СОД 60Гр).

Результаты. Таргетную терапию трастузумабом получили 30 больных раком молочной железы T2-4N1-3M0ст. Первая группа включала 14 пациентов, вторая -16. Медиана времени до прогрессирования заболевания в первой группе составила 17мес, во второй 38 мес. (P ≤ 0,05)

Выводы. Таргетная терапия трастузумабом в количестве 12-18 курсов показала значимое увеличение медианы времени до прогрессии по сравнению с 3-6 курсами. Серьезных нежелательных явлений, прежде всего, со стороны сердечно-сосудистой системы не наблюдалось.

ПРИМЕНЕНИЕ АНАСТРАЗОЛА ДЛЯ АДЬЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В МЕНОПАУЗЕ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Джалолова Ф.М., Султонкулова М.К., Мамадалиева Я.М., Ибрагимова М.

АГМИ

Основным видом адъювантного лечения больных операбельными формами рака молочной железы (РМЖ) является антиэстрогенотерапия (тамоксифен). У ряда больных к моменту начала лечения уже имеется выраженная сопутствующая патология со стороны органов зрения, репродуктивной и сосудистой систем, делаая невозможным применение тамоксифена ввиду возникновения осложнений при дальнейшем приеме препарата. Целью исследования было изучить использование ингибитора ароматазы (Анастразол) в качестве адъювантного лечения больных операбельным РМЖ в менопаузе с сопутствующей патологией. Десять больных РМЖ менопаузального периода в возрасте 51-74 года после проведения комбинированного лечения получали анастразол в дозе 1 мг ежедневно. При этом у половины больных до начала лечения диагностирована сопутствующая патология, наличие которой явилось противопоказанием к назначению традиционной антиэстрогенотерапии. При анализе коагулограмм больных с тромбофлебитическими осложнениями во всех случаях выявлены признаки гиперкоагуляции. В течение наблюдения (3-6 мес) побочных эффектов, обусловленных приемом анастразола, не выявлено. В единичных случаях наблюдались приливы и понижение аппетита. Применение анастразола в качестве адъювантного лечения больных операбельными формами РМЖ в менопаузе с сопутствующей патологией представляется актуальным и перспективным.

БИЛАТЕРАЛ СУТ БЕЗИ ҲАВФЛИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИНИ КЛИНИК-МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Джалолова Ф.М., Султонкулова М.К., Мамадалиева Я.М.

АДТИ

Дунё бўйича онкологик касалликлар структурасида сут беzi ҳавфли ўсма касаллиги биринчи ўринни эгаллайди. Билатерал сут беzi ҳавфли ўсма касалликлари онкология соҳасида долзарблигича қолмоқда. Ушбу патология бўйича умумий бирликдаги фикрлар халигача жумбоқлигича қолмоқда. Билатерал сут беzi ҳавфли ўсма касалликлари ўзига хос патогенетик ва клиник-морфологик хусусиятларга эга бўлиб, бир томонлама сут беzi ҳавфли ўсма касалликларига нисбатан ҳавфли кечиши ва салбий прогнозланиши билан фарқланади.

Адабиётлар маълумотларига кўра, билатерал ҳавфли сут беzi ўсма касалликлари 3-20% учрайди. Метакхрон икки томонлама сут беzi ҳавфли ўсма касалликлари 2-7%, синхрон икки томонлама сут беzi ҳавфли ўсма касалликлари 0,8-3% учрайди.

Синхрон сут безлари ҳавфли ўсма касалликлари кўпинча менопауза давридаги катта ёшли беморларда ривожланади, метакхрон сут безлари ҳавфли ўсма касалликлари эса ёш аёлларда ривожланади.

Гистологик тузилиши бўйича билатерал сут безлари ҳавфли ўсма касалликлари бирламчи сут беzi ҳавфли ўсма касаллиги билан бир хил тузилишга эга бўлган носпецифик инвазив карциномалар учрайди.

Иммуногистохимик тури бўйича синхрон сут безлари ҳавфли ўсма касалликлари жинсий гормонларга сезгир рецепторлар экспрессиясига эга. Метакхрон сут безлари ҳавфли ўсма касалликлари эса аксинча, эстроген гормонларига кам сезгир рецептор хужайраларига эга бўлиб хисобланади.

А.Р. Landero ва б.қ.лар фикрига кўра, синхрон сут беги ҳавфли ўсма касалликларида мультицентрик ўсишга хос тури кўп рўйхатга олинади.

Е.А.Kheirelseid ва б.қ. лар ҳулосасига кўра, биллатерал сут беги ҳавфли ўсма касалликлари диагностик текширувлар вақтида сут безларида кичик хажмдаги ҳосилалар аниқлангани ва эрта босқичда рўйхатга олингани ҳақида маълумотлар келтиради.

Адабиётларда келтирилишича, мазкур касалликнинг прогнози ва 5-йиллик яшовчанлиги ҳақида турли олимлар фикрлари қарама қаршиликлардан иборат. Баъзи тадқиқотчилар фикрича, синхрон ҳавфли сут беги ўсма касалликлари метахрон сут беги ҳавфли ўсма касалликларига нисбатан касаллик прогнози ва 5-йиллик яшовчанлик кўрсаткичлари паст, ёки аксинча.

Ушбу ҳулосаларни жамлаб айтиш мумкинки, биллатерал сут беги ҳавфли ўсма касалликлари морфологик тузилиши, лимфоген ва гематоген метастазланиши бўйича етарлича маълумотларнинг камлиги касалликни прогнозлаш, клиник ва морфологик хусусиятларини аниқлашга имкон берувчи тадқиқотлар олиб борилишини талаб этади.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ГИПЕР-ЭКСПРЕССИЕЙ HER-2

Джураев М.Д., Ёров Л.Ш., Ризаев Т.А., Шарипов О.У.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель: изучение особенностей иммунологического статуса и морфологических предикторов при Her-2 позитивном РМЖ.

Материалы и методы исследования. Распределение больных РМЖ было представлено следующим образом: 1 группа – 20 практически здоровых лиц; 2 группа – 12 больных до начала лечения; 3 группа – 22 больных, получавших полиоксидоний; 4 группа – 24 больных без проведения иммунотерапии; проходивших обследование и лечение в отделении химиотерапии Самаркандского филиала РСНПМЦОиР МЗ РУз с 2019 по 2020гг. Все больные получали НАХТ по стандартной схеме (с включением герцептина), используемым при лечении больных РМЖ с Her-2 позитивным статусом. Средний возраст больных РМЖ составил 52,7±10,07 лет.

Результаты. Как показали результаты исследования, стимулирующим потенциалом на количественное и качественное содержание лейкоцитов оказало применение иммунотерапии с полиоксидонием. Анализ содержания общего пула лимфоцитов между исследуемыми группами больных РМЖ показал, что достоверно повышение отмечалось в группе с применением иммуномодулятора – полиоксидония. В группах больных до и после лечения, без применения иммунотерапии эти показатели были снижены. Самое высокое значение Т-лимфоцитов также определялось в группе больных с применением иммуномодулятора. Проведенный анализ показал, что использование полиоксидония позволяет значительно улучшить основные клеточные показатели адаптивного иммунитета и приблизить их к нормальным значениям здоровых лиц. В результате проведения сопроводительной иммунотерапии мы наблюдали полную нормализацию содержания в крови Т-лимфоцитов/хелперов. По нашим данным ИРИ ближе к уровню нормы наблюдался в группе пациентов РМЖ с проведением иммунотерапии.

Выводы. Предварительная оценка уровня экспрессии ряда клинико-лабораторных показателей и молекулярно-биологических маркеров опухоли, позволяет рекомендовать эффективный метод иммунотерапии, который можно использовать в качестве сопроводительного лечения больных РМЖ с Her-2 позитивным статусом. Проведенные исследования позволили сделать заключение о том, что наибольшую эффективность в снижении побочных эффектов химиотерапии лечении больных РМЖ, а также в улучшении качества их жизни можно добиться применением иммунотерапии полиоксидонием, который

позволяет при проведении НАХТ существенно улучшить иммунологические показатели у пациентов с РМЖ.

РОЛЬ САНИТАРНЫХ ОПЕРАЦИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПАДАЮЩЕГОСЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ижанов М.Т.

Онкологический центр Туркестанской области, Республика Казахстан

Цель исследования. Оценить роль и оценку проводимых санитарных операций при распадающемся раке молочной железы

Материалы и методы. В областном онкологическом диспансере г. Шымкента с 2005-2009г.г паллиативные операции с санитарной целью выполнены у 28 больных распадающим РМЖ.. нами проведен анализ этой группы пациентов. Возраст оперированных женщин колебался от 43 до 64 лет. Все пациентки (100%) имели распадающуюся опухоль молочной железы или опухоль с дистрофическими изменениями кожи на грани изъязвления. Все пациенты на момент обращения в областной онкологический диспансер имели клинко-рентгенологические признаки распадающегося РМЖ. У всех больных анемия была обусловлена интоксикацией и кровотечением из опухоли. В ходе стационарного лечения все 28 больных подверглись санитарной мастэктомии лимфаденэктомии. В одном случае мастэктомия проведена в срочном порядке в срочном порядке в связи с профузным кровотечением. После паллиативного хирургического лечения у всех больных произведено гистологическое исследование опухоли и регионарных лимфатических узлов.

Выводы. Хирургическое удаление распадающейся опухоли молочной железы привело к значительному улучшению общего состояния пациентов, уменьшению симптомов интоксикации, и дало возможность провести больным химио\ лучевую терапию. 20(71,4%)-х\ терапию(4-6циклов) с последующей гормонотерапией, 8(28,5 %) лучевую терапию на область послеоперационного рубца в СОД55-60Гр. Все больные прослежены после операции в течение от 1 до 5 лет(медиана наблюдения составила 3,8года). На момент анализа из 28 больных 11(39,2%) умерли от прогрессирования опухолевого процесса, а 17(60,7%) больная продолжает наблюдаться в ООД. Выполнение санитарной операции у больных с распадающейся опухолью молочной железы часто оправдано, так как обеспечивает гигиенический эффект, снижает риск возникновения профузного кровотечения, анемии, интоксикации, улучшая, тем самым, качество жизни больных. В случае отсутствия отдаленных метастазов целесообразно выполнение санитарной мастэктомии отдельно взятым больным.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Ижанов М.Т.

Онкологический центр Туркестанской области, Республика Казахстан

Цель исследования: оценка риска возникновения рецидивов после органосохраняющих операций рака молочной железы с I - II стадией заболевания.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 95 женщин с T1-2N0-1M0 стадией РМЖ. Из них с I стадией заболевания было 32(33,6%), со II стадией 63(66,3%) пациенток. Возраст больных колебался в пределах 35-70 лет. Из них в возрасте 35-39 лет 11(11,5 %) больных, 40-49 лет 32 (33,6%) пациенток, 50-59 лет- 38(40%) больных, более 60 лет-9(9,4%) больных. Средний возраст больных- 49,5 года. Заболевание левой молочной железы наблюдалось у 52(54,7%) больных, правой молочной железы-у 43(45,2%) пациенток. Следует отметить, что у 73(76,8%) больных опухоль локализовалась в верхне- наружных квадрантах молочной железы, у 22(23,1%) больных в других квадрантах.

Выводы. Размер опухоли - это один из наиболее весомых факторов при выполнении органосохраняющих операций. При размере опухоли от 0,5 до 2,0 см частота развития

рецидивов не превышала 12%, тогда как при размере опухоли более 2,0см этот показатель достигал 19,8%. Следует отметить, что при длительном наблюдении (5-10 лет) за больными, подвергшимися органосохраняющему лечению, отмечается снижение показателей выживаемости по мере увеличения размера опухоли. В группах больных с pN0 и pN1 абсолютное отличие в 5-летней выживаемости равнялось 22% (89% против 67%).

Различия в выживаемости прослеживались и в общей 5-летней выживаемости. Для G1, G2, G3, 5-летняя общая выживаемость равнялась 91%, 83%, 78%.

Таким образом размер опухоли больше 2см, высокая степень гистологической злокачественности, пораженные метастазами лимфатические узлы, мультицентричность, мультифокальность «позитивные» края опухоли увеличивают риск развития местно-регионарных рецидивов на 10-15% после органосохраняющих операций рака молочной железы.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВЫХ МАСТОПАТИЙ

Исакова Ш.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Целью работы является изучение возможностей новейших методов визуализации в выявлении узловых мастопатий.

Материалы и методы. С 2019 по 2021 год в поликлинике института было обследовано 593 женщины в возрасте от 20 до 60 лет. «Узловое образование» было выявлено при пальпации у 388 пациентов. Этим больным были проведены рентгенологические и ультразвуковые исследования. 97 пациенткам проводилась эластография, 15 – МРТ-исследование с динамическим контрастированием. Верификация диагноза проводилась взятием материала тонко- и толстоигольной биопсией.

Результаты. Диагноз узловой мастопатии был установлен у 67 пациенток. Определены наиболее характерные рентгенологические признаки узловой мастопатии: чёткие (46,3%), неровные контуры (73,1%); неправильная форма (61,2%), неоднородная структура (74,6%) за счёт преобладания железистого (55,2%) или фиброзного компонента (23,9%), размеры до 2 см (32,8%), отсутствие реакции окружающей ткани (94%). При ультразвуковой диагностике характерными были нечёткие (46,3%), неровные контуры (86,6%), неправильная форма (73,1%), неоднородная структура (80,6%), с преобладанием в патологическом очаге железистой ткани (43,3%). На эластограммах исследуемые узловые участки диффузно окрашивались в синий цвет с преобладанием голубого и светло-зелёного оттенков, что свидетельствовало о незначительной плотности и менее эластичной структуре, чем в окружающих тканях – (51,4%). При хорошо развитой системе протоков определялись красные линейные сигналы.

МРТ– признаками узловой мастопатии являлись ассиметричные единичные (60%) или множественные (40%) гиперденсные участки неоднородной структуры (100%), с нечёткими контурами (96%), умеренным накоплением (80%) и быстрым выведением контрастного вещества (86,6%).

Выводы. Оптимальный комплекс диагностических методов для выявления узловых мастопатий требует кроме традиционных методов диагностики (маммография, УЗИ), выполнения также полипозиционной и прицельной маммографии, эластографии и МРТ, дополненных верификацией диагноза при помощи стереотаксической биопсии.

МАММОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исакова Ш.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) является одной из самых распространенных форм в структуре онкологической заболеваемости. При этом в большинстве развитых стран мира за

последнее десятилетие регистрируется неуклонный рост числа женщин с данной патологией. Ранняя диагностика и адекватный объем хирургического лечения с сопроводительной терапией, позволит снизить частоту рецидивов заболевания и увеличить выживаемость больных РМЖ.

Цель исследования: определить роль МР-маммографии в планировании и коррекции объема хирургического лечения при раке молочной железы (РМЖ).

Материалы и методы: результаты клинико-диагностического обследования 18 больных с РМЖ в возрасте от 33 до 63 лет (48 ± 15 лет). В комплекс диагностического обследования входили: маммография обеих молочных желез в 2-х проекциях, ультразвуковое исследование, МРТ молочных желез с динамическим в/в контрастированием

Результаты и обсуждение. По результатам рентгеновской маммографии данные за наличие РМЖ получены в 78% случаев, в 22% случаев образование имело плотность, сравнимую с плотностью окружающей железистой ткани. По данным УЗИ молочных желез РМЖ диагностирован также в 78% случаев. При динамической МРТ с контрастным препаратом РМЖ был выявлен в 100% случаев, во всех случаях гистологически верифицирован. У 11 больных (61%) подтвержден единичный опухолевый узел, у 7 пациентов (39%) был выявлен мультифокальный рост опухоли. Наряду с этим, у 2 больных диагностировано множественное поражение лимфатических узлов и у 2 пациенток выявлены признаки инвазии в кожу. В результате включения МРТ в алгоритм обследования больных РМЖ тактика была изменена у 11 больных (61%). В 4 случаях (22%) увеличен объем хирургического лечения, в 7 случаях (39%) пациентам было рекомендовано предоперационное лечение (неoadъювантная химиотерапия). У 7 пациентов (39%) запланированная тактика лечения не изменилась.

Выводы: МР-маммография с динамическим в/в контрастированием, включенная в алгоритм обследования больных РМЖ, позволяет наиболее точно определить локализацию, размер, количество опухолевых узлов, а также выявить поражение кожи и регионарных лимфатических

ОНКОПЛАСТИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОПЫТ ТАШКЕНТСКОГО ГОРОДСКОГО ФИЛИАЛА РСНПМЦОИР

Ишанходжаева Д.С., Раззакова Н.П., Шаюсупов Н.Р.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОИР

Актуальность. Онкопластические операции – относительно новый вариант органосохраняющего хирургического лечения рака молочной железы (РМЖ). Современные подходы лечения РМЖ основанные на принципах онкопластики и пластической хирургии, нацелены не только на увеличение общей и без рецидивной выживаемости пациенток, но и на улучшение их качества жизни и на получение хороших эстетических результатов после хирургического лечения.

Цель исследования. Принципы онкологической и пластической хирургии заключаются в получении онкологически безопасных и эстетически приемлемых результатов. В эстетической хирургии молочной железы (МЖ) существуют различные методики редукционной и реконструктивной маммопластики, используя которые в онкохирургии МЖ, можно достичь лучшего косметического результата.

Материал и методы. За период 2019-2021гг явились – 25 больных РМЖ, средним возрастом – 48,1 лет. В 8% случаях имел место РМЖ – I стадии, в 36% – IIa стадии, в 56% – IIb стадии. У всех была изучена гистологическая и иммуногистохимическая картина опухоли. У 48% пациенток опухоль была локализована в верхне-наружном квадранте, у 32% – в верхне-внутреннем, на границе верхних квадрантов-8%, 12%-центральное локализация. Частичный регресс опухоли отмечался у 64% больных, полный регресс у 36% после лекарственной лечения. Обязательным моментом являлось гистологическое изучение 5 краев резекции и клипирование ложи опухоли (для дальнейшего проведения ДТГТ). Выполнены 14 РР с использованием ТДЛ лоскута, онкопластические резекции с использованием различных модификаций редукционной

маммопластики 5, мастэктомия с установлением экспандера с последующей заменой на эндопротез-6. В 100% у больных выполнена лимфаденэктомия 3 уровней. Все больные получили послеоперационную лучевую терапию.

Выводы: Выполнена оценка ближайших и отдаленных результатов до 1 года. У 100% больных – отличные косметические результаты. Развития местных и локорегионарных рецидивов не отмечено.

ОДНОНУКЛЕОТИДНЫЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ АССОЦИИРОВАННЫЕ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН КАЗАХСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Жапбаров Е.И.¹, Шаназаров Н.А.², Зинченко С.В.³, Кумисбекова Р.К.¹, Сейдалиев Н.К.²

Многопрофильный медицинский центр акимата г. Нур-Султан, Республика Казахстан¹,

Больница Медицинского центра Управления делами Президента РК, г. Нур-Султан,

Казахстан², Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань³

Цель исследования: анализ замены однонуклеотидных оснований, ассоциированных с риском развития РМЖ в казахской популяции.

Материалы и методы. Сформированы 2 группы пациентов: 1 группа 200 больных с установленным диагнозом рак молочной железы казахской популяции. 2 группа 200 условно здоровых женщин казахской популяции. Проведено генотипирование однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) в ДНК выделенной из периферической крови с использованием сформированных на заказ чип-платформ 128 SNP с помощью ПЦР реал-тайм, секвенирования. Анализ результатов генотипирования по полиморфизму rs2740574 гена CYP3A4 выявил статистически значимое различие в группе РМЖ в сравнении с контрольной группой ($p = 0.00001$). Частота встречаемости минорного аллеля (С) у больных раком молочной железы составила 0,061 против 0,013 в контрольной группе. Частота встречаемости гомозиготного генотипа Т/Т (мажорный генотип) составила 0,92 у больных раком молочной железы и 0,974 в группе контроля. Гетерозиготный генотип С/Т у больных раком молочной железы был выявлен в 3,8% случаев и 2,6% - в контрольной группе. Частота минорного генотипа С/С в контрольной группе составила 0%, у больных раком молочной железы – в 4,1%. Анализ результатов генотипирования по полиморфизму rs11571746 гена BRCA2 выявил статистически значимое различие в группе с РМЖ в сравнении с контрольной группой ($p = 0.0002$). Частота встречаемости гомозиготного генотипа Т/Т (мажорный генотип) составила 0,85 у больных раком молочной железы и 0,9 в группе контроля. Гетерозиготный генотип С/Т у больных раком молочной железы был выявлен в 0,086 случаев и 0,077 - в контрольной группе. Частота минорного генотипа С/С в контрольной группе составила 0,9%, у больных раком молочной железы – в 7,7%. При изучении полиморфизма rs4986761 гена ATM, с использованием кодоминантной, доминантной, рецессивной и логарифмической модели наследования выявлено, статистически значимое различие в группе с РМЖ в сравнении с контрольной группой ($p = 0.000001$). Частота встречаемости минорного аллеля (С) у больных раком молочной железы составила 6,5% случаев против 1,8% в контрольной группе. Частота встречаемости гомозиготного генотипа Т/Т была сопоставима и составила 9,6% у больных раком молочной железы и 9,2% в группе контроля. Гетерозиготный генотип С/Т у больных раком молочной железы был выявлен в 1,9% случаев и 3,5% - в контрольной группе. Минорный генотип С/С в контрольной группе не встречался, но был выявлен в 5,6% случаев у больных раком молочной железы.

Заключение: Установлена статистически значимая ассоциация полиморфизмов rs2740574 гена CYP3A4, rs11571746 гена BRCA2, rs4986761 гена ATM, свидетельствующие о повышенном риске развития рака молочной железы в казахской популяции при детекции минорного генотипа С/С в этих полиморфизмах.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОЖИЛЫХ >65 ЛЕТ

Жуманиязов М.М.

Хорезмский филиал РСНПМЦО и Р

Старение остается ведущим фактором риска развития РМЖ. Более половины новых случаев диагностируется у женщин >65 лет, что отражает демографическую особенность нашего времени. Риск смерти от РМЖ у пожилых выше, чем у женщин промежуточного возраста учитывая, что в среднем ожидаемая продолжительность жизни у женщин 65 лет-17,5, старше 75-12,5, старше 80-8,6 лет, согласно международным данным.

Цель исследования. Изучить особенности клинико-морфологического течения и лечения РМЖ у пожилых пациентов >65 лет, исходя из предполагаемой продолжительности жизни и биологического подтипа.

Материалы и методы. В работе представлены результаты лечения 523 женщин >65 лет. Больные стратифицированы по биологическому подтипу опухоли, возрасту, оперативному пособию, виду адъювантной и неoadъювантной терапии. Ожидаемая продолжительность жизни оценивалась с помощью веб-калькулятора www.eprognosis.org.

Результаты. Ранний РМЖ диагностирован у 73% больных, операбельный местно-распространенный у 27%. Люминальный А составил-51%, Люминальный В(Her2-)-17,2%, Люминальный В(Her2+) - 2,1%, HER2- положительный - 8,9%, трижды-негативный подтип-19,8%. У 355 пациенток выполнена мастэктомия, 152- органосохраняющие операции, 16-ампутации. В 51 случаях выполнена биопсия сигнального лимфоузла (15 операций расширены до полной подмышечной лимфодиссекции). В 116 случаях назначена химиотерапия, включая 45 неoadъювантных, 178-лучевая терапия, 390-получили гормонотерапию, в 43 предоперационную. У 10 таргетная терапия трастузумабом. 57 только хирургическое лечение. Средний показатель сопутствующих заболеваний составил 4,8: более 50% - ЗССС, ЖКТ - 25%, гинекологические - 12%, эндокринные-8%, и др.-5%. Медиана общей выживаемости составила в группе люминального А-13,8 лет, люминального В (Her2-) 9,8 лет, люминального В (Her2+) - 6,2 года, HER2 позитивного - 5,3 года, трижды-негативного - 3,8 года.

Выводы. Биологическим подтип РМЖ наряду с оценкой предполагаемой продолжительностью жизни существенно влияют на прогноз и выбор лечения у больных >65 лет.

МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЛИМФОРЕИ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жуманиязов М.М., Курбанов Б.М.

Хорезмский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Наиболее частым осложнением хирургического лечения рака молочной железы является лимфорея.

Цель исследования. Оценить улучшение непосредственных результатов лечения больных раком молочной железы путем внедрения в практику профилактических мер для снижения лимфореи.

Материалы и методы. Пациентки разделены на две группы. В основную группу вошли пациентки, которым после этапа радикальной резекции по Блохину была выполнена миопластика подмышечно-подключично- подлопаточной области с использованием малой грудной мышцы. Во вторую – пациентки с выполненной радикальной мастэктомии по Маддену по стандартной методике. Проведен анализ хирургического лечения 51 больных в раке молочной железы в стадии T2-4N0-2M0, пролеченных в условиях отделения Онкогинекология и маммология Хорезмском филиале РСНПМЦО и Р в возрасте от 31 до 70 лет (в среднем 50.6 лет) за период с октября 2019 по декабрь 2020г. (Основная группа). При клиническом анализе исследуемой группы больных II А стадия заболевания была диагностирована у 12 пациенток

(23.5%), которым проведено органосохраняющая радикальная резекция по Блохину с миопластикой, II Б стадия у 23(45.1%) и III А стадия у 7(13.7%) и III Б стадия у 9 больных (17.6%). На пятый день количество раневого экссудата составило 16.48 +5.07мл, что позволяло удалить дренажи и в дальнейшем эвакуировать с помощью пункции. Проведенный ретроспективный анализ хирургического лечения 236 больных в контрольной группе сопоставимых по стадиям заболевания и по возрасту с 2018 по 2020 годы, показал на 97.3% больше объема лимфореи и на 14 дней сроков госпитализации.

Выводы. Использование метода миопластики малой грудной мышцей при радикальных операциях позволило уменьшить объем и длительность лимфореи, является профилактикой раневых осложнений, улучшает качество жизни за счет повышения эффективности и сокращения срока социально-трудовой реабилитации больных РМЖ, амбулаторные визиты пациенток к врачу.

ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОЙ МАСТОПАТИИ С ПРЕПАРАТАМИ МАМОКЛАМ И ИНДИНОЛ Курбанкулов У.М., Газиев Л.Т., Якубова Д.Т., Зияев Ш.В., Абдуллаева Г.Д.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Введение. В последнее время отмечается резкое возрастание числа пациенток, обращающихся в лечебные учреждения по поводу доброкачественных заболеваний молочных желез. Наиболее часто среди них отмечается так называемая фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ), или мастопатия. Основная роль в возникновении ФКБ отводится дисгормональным расстройствам, а именно относительной или абсолютной гиперэстрогенизации и прогестерондефицитному состоянию.

Материалы и методы. В исследование включены 225 пациенток с диффузной мастопатией. Среди клинико-рентгенологических форм мастопатии наиболее частой была смешанная, затем по частоте встречаемости у больных расположились формы с преобладанием кистозный, железистый и фиброзный компоненты. Все пациентки были репродуктивного и позднего репродуктивного возраста. Все больные принимали препарат Мамоклам по 1 таблетки 3 раза в день и Индинол по 1 капсулы 3 раза в день по 1-3 месяца.

Результаты. У 171 (76%) в процессе лечения было отмечено явное субъективное улучшение состояния в виде уменьшения нагрубания молочных желез и исчезновения болевого синдрома. Клинические данные в 72% случаев были подтверждены результатами обследований (рентгеномаммография + УЗИ). Отсутствие субъективного и объективного эффекта отмечено только у 9 (4%) пациенток, а отрицательная динамика не наблюдалась. Среди 46 больных кистозной формой ФКБ 39 (84,7%) отметили явное клиническое улучшение, в 7 (15,3%) случаях стойкого эффекта не отмечено. Высокую эффективность продемонстрировал комбинация препаратов при лечении мастодии. Из 89 больных с выраженным болевым синдромом в процессе лечение полный эффект зарегистрирован у 86 (96,5%).

Выводы. Таким образом, комбинация препаратов Мамоклам и Индинол проявил выраженное лечебное действие у больных диффузной мастопатией: существенно ослаблял проявления масталгии, синдрома предменструального напряжения, дисальгоменореи, ослаблял пальпаторные признаки мастопатии молочной железы. Вызывал регрессию кист в молочных железах по данным эхографии и по данным маммографии.

РОЛЬ ПЛАЗМЕННОГО КОАГУЛЯТОРА В УМЕНЬШЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИМФОРЕИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ

Курбанов Б.М.

Хорезмский филиал РСНПМЦОиР

Рак молочной железы стабильно занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости у женщин как в мире, так и в Узбекистане. Хирургический метод является одним из основных этапов лечения. Одним из постоянных ранних послеоперационных

осложнений является лимфорея, связанная с механическим пересечением большого количества лимфатических сосудов различного калибра и образованием полости вследствие недостаточного прилегания кожных лоскутов к грудной клетке.

Цель исследования. Повышение эффективности интраоперационных мероприятий по снижению длительности и объема лимфореи.

Материалы и методы. В исследование включены 124 пациентки после различных вариантов хирургических операций по поводу рака молочной железы, оперированных в Хорезмском филиале РСНПМЦОиР, в период с 2020 по 2022 годы. Возраст пациенток варьировал от 27 до 73 лет и в среднем составил 48,2 года. Все больные были распределены следующим образом. Операция Маддена выполнена 103(83%) пациенткам, радикальная резекция молочной железы - 21(17%). В первую группу (98 больных, 79%) были включены больные, которые были оперированы с использованием обычного коагулятора. Вторую группу (26 больных, 21%) составили пациентки, оперированные с использованием аргоноусиленного плазменного коагулятора «ФОТЕК» EA142M, произведённого в РФ. Для выделения ткани молочной железы, отсечения молочной железы от грудной клетки и при выполнении лимфаденэктомии использовали аргоноусиленный плазменный коагулятор Скальпель не использовали, ножницы применяли только для рассечения сосудистых пучков после их лигирования. Гемостаз осуществляли путём электрокоагуляции. Количество выделяемой лимфы ежедневно измеряли. У больных первой группы лимфорея прекращалась в среднем на 18й день после операции. А у больных второй группы – в среднем на 13й день.

Выводы. Оптимальный способ, позволяющий снизить объём и продолжительность лимфореи, - применение аргоноусиленного плазменного коагулятора. Благодаря этому, ускоряются сроки заживления и возможность своевременного подключения адъювантных методов терапии.

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кумисбекова Р.К.¹, Шаназаров Н.А.², Бимбетов Б.Р.², Жаппаров Е.И.¹, Жусупова Б.Т.¹, Мусабеков Б.А.¹, Нигметулла Д.С.¹

ГКП на ПХВ «Многопрофильного медицинского центра», Нур-Султан¹, РГП Больница медицинского центра Управления делами Президента РК на ПХВ, Нур-Султан, Республика Казахстан²

Цель. Целью клинического исследования является приём кобыльего молока для улучшения переносимости химиотерапии, повышения качества жизни.

Материалы и методы. Проспективное клиническое исследование проводится в двух группах, количество участниц 60, по 30 в каждой. Включены женщины с диагнозом рак молочной железы, получающие курсы предоперационной химиотерапии, схема «4АС». Возраст 35–65 лет. Исследуемая группа во время лечения принимает кобылье молоко в виде сублимированного порошка, сравнительная группа проходит курсы химиотерапии, без приёма кобыльего молока. В обеих группах для оценки научного исследования, проводится анализ на анализе крови, биохимических показателях и каждый курс пациентки заполняют опросники по изучению качества жизни EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BR23.

Выводы. По предварительным результатам приём кобыльего молока продемонстрировал сохранение уровня гемоглобина в исследуемой группе: $Hb = 133,2 \pm 17,3$ $131,8 \pm 11,8$ $133,5 \pm 17,3$ $126,1 \pm 12,8$ $p=0,324$. В сравнительной группе развилась анемия 1 степени: $Hb = 120,1 \pm 13,4$ $121,1 \pm 11,1$ $115,8 \pm 15,4$ $116,6 \pm 15,4$ $p=0,068$. Качество жизни в обеих группах не показало значимых различий. Общий статус здоровья: исследуемая группа- 60,125, сравнительная -76,875($p=0,166$) Физическое функционирование: исследуемая группа- 74,750, сравнительная -69,875 ($p=0,546$). Эмоциональное функционирование: исследуемая группа-67,375 сравнительная -87,250($p=0,07$) Усталость: - исследуемая группа- 53,625, сравнительная -37,1 25 ($p=0,079$). Результаты получены на 25% участниц исследования и являются статистически недостоверными.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИ ДАВОЛАШДА ФЕМАРАНИ УСТИНЛИГИ**Матниязов М.Қ., Хакимова Г.А.****РИОваРИАТМ Хоразм филиали**

Сут беzi саратони (СБС) билан касалланган менопауза ёшидаги беморларда эстроген рецепторлари блокатори сифатида тамоксифен дори воситаси кенг қўлланилиб келмоқда. Баъзан даво муолажаларини эрта тўхтатишга дори воситасининг ножўя таъсирлари; эндометрия гиперплазияси(ЭГ), бачадондан қон кетиш, гепатит сабаб бўлган.

Мақсад. Сут беzi саратони билан касалланган беморларни даволашда тамоксифенни ножўя таъсирларини ўрганиш.

Материал ва услдулар: РИО ва РИАТМ Хоразм филиалида 2016-2021 йилларда даволанган менопауза ёшидаги (43-67ёш) сут беzi саратони билан касалланган 71 нафар беморларни амбулатор карталари ретроспектив ўрганиш натижасида тамоксифен қабул қилган - 44 нафар, фемара қабул қилган 27 нафар беморда ножўя таъсирларини ўрганиш.

Натижалар: 9-12 ой давомида тамоксифен кунига 2.5мг дан қабул қилган беморларни 12 нафарида эндометрия гиперплазия кучайиши натижасида бачадондан қон кетиш кузатилган, эндометрия гиперплазияси 7 нафар беморда, гепатит 3 нафар беморда кузатилган бўлса, Фемара қабул қилган беморларни фақат 2 нафарида эндометрия гиперплазияси кузатилган ва даво муолажалари тўхтатилган. Беморлар УТТ да аниқланиб, бачадон бўшлиғидан олинган материал морфологик текширув асосида тасдиқланган.

Хулосалар: СБС билан касалланган беморларни фемара дори воситаси билан даволашда дорини ножўя таъсири камроқ кузатилган, бу эса даво муолажаларини давом эттириш имконни кўпроқ беради.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИ ДАВОЛАШДА ФЕМАРАНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ**Матниязов М.Қ., Хакимова Г.А.****РИОваРИАТМ Хоразм филиали**

Сут беzi саратонини (СБС) билан касалланган менопаузадаги беморларда эстроген рецепторлари блокатори сифатида тамоксифен дори воситаси кенг қўлланилиб келмоқда. Баъзан даво муолажаларини эрта тўхталишига дори воситасининг ножўя таъсирлари; эндометрия гиперплазияси(ЭГ),бачадондан қон кетиш, гепатит сабаб бўлади.

Мақсад: сут беzi саратони билан касалланган беморларни даволашда тамоксифенни ножўя таъсирларини ўрганиш.

Материал ва услдулар: РИО ва РИАТМ Хоразм филиалида 2015-2021йилларда даволанган менопауза ёшидаги сут беzi саратони билан касалланган 71 нафар беморларни ретроспектив ўрганиш натижасида тамоксифен қабул қилган 44 нафар, фемара қабул қилган 27 беморда ножўя таъсирларини ўрганилган.

Натижалар: 9 ой давомида тамоксифен кунига 20 мг дан қабул қилган беморларни 12 тасида эндометрия гиперплазия кучайиши натижасида бачадондан қон кетиш кузатилган,эндометрия гиперплазияси 7 та беморда, гепатит 3 та беморда, фемара востасини қабул қилган беморларни фақат 2 тасида эндометрия гиперплазияси кузатилган ва даво муолажалари тўхтатилган. Беморлар УТТ да аниқланиб, бачадон бўшлиғидан олинган материал морфологик текширув асосида тасдиқланган.

Хулосалар: сут беzi саратони билан касалланган беморларни фемара дори воситаси билан даволашда дорини ножўя таъсири камроқ кузатилган, бу эса даво муолажаларини давом эттиришга имкон берган.

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ТОКСИЧНОСТЬ ЭНДОКРИННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**Мукумова Д.И., Тураева Х.Х.****Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР**

Актуальность. Основное количество случаев раком молочной железы приходится на люминальный А тип рака. При этом типе рака при иммуногистохимическом исследовании

на поверхности раковых клеток определяются рецепторы чувствительные к эстрогенам (ER) и прогестерону (PR). При выявлении таких компонентов клеточной стенки оптимальным в терапии считается подбор гормон терапии нежели чем химиотерапии. Ингибиторы ароматазы связаны с устойчивым улучшением безрецидивной выживаемости, но не с общей выживаемостью. адъювантная гормональная терапия при гормоночувствительном раке молочной железы (РМЖ) резко снижает рецидивы и смертность, соблюдение режима лечения является субоптимальным.

Цель исследования: изучить и оценить эффективность гормонотерапии у больных, в которых сравнивали ингибиторы ароматазы и тамоксифен в качестве первичной адъювантной эндокринной терапии у женщин в постменопаузе.

В период с 2017 г по 2021 год в условиях Ташкентского Городского Филиала РСНПМЦОиР было проведено лечение 60 пациенткам после проведенной операции по удалению опухолевого образования. Возраст пациенток от 45 года до 65 лет. Медиана составила 55 лет. Все больные разделены на 3 группы: 1-ая группа – 20 больных получавших ингибиторы ароматазы в течение 5-лет и 2-ая группа – 20 больных получавших 5-лет только тамоксифен и 3-ая группа 20 больных получавших тамоксифен в течение 2–3 лет с последующим приемом ингибитора ароматазы в течении 2–3 лет. (ОШ = 1,11, 95% ДИ = от 0,98 до 1,26, P = 0,09).

Результаты исследования. У пациенток которые получили более длительный прием ингибиторов ароматазы ассоциировался с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ОШ = 1,26, 95% ДИ = 1,10–1,43, P < 0,001) и переломов костей (ОШ = 1,47, 95% ДИ от 1,34 до 1,61, P < 0,001), но снижение вероятности венозного тромбоза (ОШ = 0,55, 95% ДИ = 0,46 до 0,64, P < 0,001;) и рак эндометрия (ОШ = 0,34, 95% ДИ = 0,22–0,53, P < 0,001;). Прием ингибиторов ароматазы в течение пяти лет был связан со статистически незначимым повышением вероятности смерти без рецидива по сравнению с 5-летним приемом только тамоксифена или тамоксифена в течение 2–3 лет с последующим приемом ингибитора ароматазы в течение 2–3 лет . По сравнению с тамоксифеном применение ингибиторов ароматазы у женщин в постменопаузе с ранней стадией рака молочной железы повышало вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний и переломов костей и снижало вероятность развития венозного тромбоза и карциномы эндометрия. Статистически значимых различий в вероятности cerebrovasкулярных заболеваний, других вторичных видов рака или смерти без рецидива рака молочной железы между стратегиями лечения не было. Было меньше смертей без рецидива у тех, кто лечился переходом с тамоксифена на ингибиторы ароматазы, по сравнению с теми, кто лечился либо только тамоксифеном, либо первоначальными ингибиторами ароматазы.

Выводы. Кумулятивная токсичность ингибиторов ароматазы при использовании в качестве начального лечения может объяснить отсутствие общего улучшения выживаемости, несмотря на улучшение безрецидивной выживаемости. Переход с тамоксифена на ингибиторы ароматазы снижает эту токсичность и, вероятно, обеспечивает наилучший баланс между эффективностью и токсичностью.

СУТ БЕЗИ ҲАВФЛИ ЎСМА КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ИЛК БОСҚИЧЛАРИДА АНИҚЛАШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ

Набижонова Г.Х., Сотволдиев К.Х., Ишанчаева Н.К., Хакимова Г.Ж., Абдумуталибова Ш.Қ.

РиОвАРИАТМ Андижон филиали

Долзарблиги. Сут беzi ҳавфли ўсма касаллиги ҳозирги кунда дунё бўйича ўсма касаллар ичида биринчи ўринда туради. Бу касаллик билан беморлар кечки босқичда мурожаат қилиб келаётганликлари онкологияда энг катта муаммолардан биридир. Сут беzi ҳавфли ўсма касаллиги эртанги босқичларда беморларда клиник симптомларсиз кечиши туфайли аёллар кечиктириб мурожаат қилмоқда. Бундай ҳолатларни олдини олиш мақсадида РиОвАРИАТМ

АФ ходимлари бош директор буйруғига асосан йилнинг ҳар ойида жадвал асосида 2 та туманларга аҳоли ўртасида тиббий кўрик ташкил қилинди.

Тадқиқот мақсади. Аҳоли ўртасида сут беzi ҳавfli ўсма касаллигини олдини олиш ва касалликни эртанги босқичларида аниқлаш ва ўтказилган текширувлардан олис натижаларни таҳлил қилиш.

Муҳокама ва натижалар. РИОваРИАТМ АФ маммолог қабулига бирламчи тиббий кўриқдан кейин мурожаат қилиб 360 та бемор келди. Беморлар ўртача ёши 37-21 ёшни ташкил қилган. Текширувда беморлардан 96(26,6%) фиброз тугунли мастопатия, 76(21,1%) фиброз кистоз мастопатия, 72(20%) липома, 46(12,7%) фиброаденома, 43 (11,9%) соғлом, 27(7,5%) сут беzi ҳавfli ўсма касаллиги аниқланди. 96 (26,6%) 3 курс консерватив кузатув давоси, 76 (21,1%) беморларга гормонал текширувга юборилди, 43(11%) беморлар оператив даво, 72 (20%) беморлар туман онкологни назоратида бўлиш, 43(11,9%) беморларга 6 ойда кўрув тавсия қилинди.

Хулоса. 1. Мурожаат қилиб келган 360 нафар беморлардан 27 (7,5%) беморларда сут беzi ҳавfli ўсма касаллиги 4(14,8%) биринчи босқичда, 9(33,%) иккинчи босқичда, 11(40,7%) учинчи босқичда, 3(11%) тўртинчи босқичда аниқланди. 2. Беморларда бирламчи тиббий кўриқларни ташкиллаштириш орқали сут беzi ҳавfli ўсма касаллигини эртанги босқичларда ва касалликни олдини олиш энг муҳим усул эканлиги ҳамда РИОваРИАТМ АФда доимий қўлланилиши шартлигини билдиради.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИ ПАЛЛИАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Нурманов Ш.Н., Эгамов И.М., Ходжиев Д.Ш., Сабилов Р.О.

РИО ва РИАТМ Хоразм филиали

Сут беzi саратонини паллиатив даволаш беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашга, унинг аҳволини енгилаштиришга қаратилган, бунда асосий касалликка қарши кўрашиш усуллариининг имкониятлари чегараланади ва тўлиқ даволаниш эҳтимоли минимал бўлади. Етарли ва ўз вақтида кўрсатилган паллиатив ёрдам бемор аёлга кўшимча бир неча йил умр бериши мумкин. Беморларнинг 60% дан ортиғида сезиларли ижобий таъсир кўрсатади.

Паллиатив усуллар сифатида жарроҳлик даволаш, камайтирилган дозаларда кимётерапия, нур терапияси, гормонал ва симптоматик терапия қўлланилиши мумкин.

Паллиатив жарроҳлик даволаш. Паллиатив операциялар беморларни ошқозон яраси ва кўп қон кетиши билан емирилган ўсмалардан халос қилиш, ўсма шаклланишининг ҳажмини камайтириш ва интоксикацияни камайтиришга қаратилган. Одатда бу радикал ёки санитар мастэктомия ёки некрэктомия (яшовчан бўлмаган тўқималарни кесиш). Бундай операцияларга эҳтиёж сут беzi саратони III-IV босқичдаги аёлларнинг 30-40 % да учрайди.

Паллиатив кимётерапия. Кимётерапия саратон хужайраларини бўлиниш жараёнини тўхтатади ва мавжудларини йўқ қилади. Унинг паллиатив таъсири саратон белгиларини (шу жумладан оғриқни) камайтиришда ва ўсма ҳажмини кичрайтиришда муҳим аҳамиятга эга. Кимётерапия препаратлари билан даволаш беморнинг аҳволини енгилаштиришга ва унинг ҳаётини узайтиришга ёрдам беради.

Нур терапияси. Нур терапияси саратон хужайраларини йўқ қилади, уларнинг бўлинишини олдини олади ва шу билан ўсманнинг ривожланишига тўсқинлик қилади, шунингдек, ҳавfli ўсма ҳажмини кичрайтириб резекция қилиш имконини беради. Паллиатив нур терапияси саратонни регионар лимфатик тугунларига метастазларида, шунингдек кўкрак саратонининг маҳаллий тарқалган турларида қўлланилади. Ушбу даволаш усули фомаксимон суякларга (умуртқа ва тос суяги) метастазланганда оғриқни камайтиришга ёрдам беради.

Паллиатив гормон терапияси. Ушбу турдаги терапия гормонга боғлиқ бўлган кўкрак саратонини назорат қилишга ёрдам беради. Эстрогенлар ва прогестерон ўсма ўсишини ривожлантиради, гормон терапиясининг вазифаси уларнинг таъсирини камайтиришдир. Ремиссияни таъминлаш учун гормонал даволаниш муддати 5-7 йилгача бўлиши мумкин.

Баъзи ҳолларда ўсма ҳажмини камайтириш, ўсма ва соғлом тўқималарни ажратиш учун операциядан 2-3 ой олдин гормон терапияси тайинланиши мумкин.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЛЕГКИХ

Нуров Р.Р., Рустамов Б.Дж.

Навоийский филиал РСНПМЦОиР

Рак легких – это злокачественная опухоль, которая формируется из эпителиальных клеток бронхов. В 80% случаев при онкологии легких встречается немелкоклеточный вид раковых опухолей. Около 20% всех случаев рака легких приходится на мелкоклеточный рак. Все статистические данные приблизительны, так как включают индивидуальные факторы развития заболевания, общее состояния пациента и методы применяемой терапии. Пятилетняя выживаемость на 1 стадии – 60% случаев при немелкоклеточном раке, для мелкоклеточного – 40%, на 2 стадии – 40% и 20%, на 3 стадии – 5% и 15%, на 4 стадии – 5% и 10%.

Целью исследования явилось изучение эффективности методов лечения больных с раком легких.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явилось больные с разными степенями заболевания метастазами в костях, головном мозге и в легких. Общее количество больных составило 36. Исследование проводилось в условиях НФРСНПМЦОиР. Период исследования 2019-2021гг. Методы лечения: 1-группе больным проведена операция+ПХТ; 2-группе через кожное трепанбиопсия+ПХТ; 3-группе бронхоскопия+ПХТ.

Результаты и их обсуждения. Варианты лечения зависят от размера и расположения опухоли и пораженных лимфатических узлов. Существуют следующие варианты: Лучевая терапия, Химиотерапия, Операция. Целью системной терапии является уменьшение размера раковой опухоли, предотвращению дальнейшего распространения опухоли и продление жизни пациента. В наших исследованиях у 15 больных произведено операция+ПХТ (1-группа); 16 больным через кожное трепанбиопсия+ПХТ (2-группа); 5 больным бронхоскопия+ПХТ (3-группа); Схемы ПХТ терапии: 12 больным по схеме EP; 6 больным по схеме GP; 5 больным по схеме Пэметриксат+Карбоплатин; 3 больным по схеме VAC; 5 больным по схеме TP; 5 больным по схеме GEMOX. Выживаемость: 15 больных с 4 степенью заболевания и отдаленными метастазами 1 год выживаемость, 21 больных находятся под наблюдением по сей день. У 5 пациента наблюдается полное регрессия опухоли.

Вывод: ПХТ терапия по схеме Пэметрексат+карбоплатин позволяют у 80–90% больных получить непосредственный объективно регистрируемый эффект, у 20–30% из них – полную регрессию опухоли. Достижение полной клинической ремиссии после основного курса лечения повышает выживаемость и открывает перспективу излечения. Выявление заболевания на ранних стадиях остается основным организационным медицинским мероприятием практического здравоохранения, что позволит улучшить результаты лечения.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА РМЖ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Осоков А.В., Матюсупов Х.М., Исмаилова М.Х., Искандарова Д.З.

РСНПМЦОиР

Актуальность. В Республике Узбекистанрак молочной железы (РМЖ) составляет 24% в структуре общей онкологической заболеваемости женского населения и является основной причиной смертности от его осложнений.

Цель. Улучшение ранней диагностики РМЖ путем внедрения модели маммоскрининга на платформе информационной системы, выявление РМЖ в ранней стадии; разработка практических рекомендаций по дальнейшему внедрению маммоскрининга в масштабах Республики Узбекистан.

Материалы и методы. Целевой группой проекта является около 200 тысяч женщин в возрасте 45-65 лет, проживающих в Бухарской области. Чтение маммограмм проводится в ридинг-центре РСНПМЦОиР методом слепого «двойного» и «тройного» чтения по шкале BI-RADS. Оценка результатов будет проведена на основе индикаторов, рекомендуемых ВОЗ и МАИР.

Результаты. Организован кабинет дообследования на базе Бухарского фРСНПМЦОиР, оснащённый маммографом с опцией стереотаксического биопсийного томосинтеза. С мая 2021 года по середины апреля 2022 года проведено маммографическое обследование более 96000 женщин целевой группы. При этом выявлено категориями BI-RADS 0-3018, BI-RADS 4-3244, BI-RADS 5-633 женщин, нуждающихся в дообследовании. На базе Бухарского фРСНПМЦОиР проведено дообследование 2537 женщин. Из них доброкачественные и предраковые заболевания выявлены у 1645 женщин, подозрение на ЗНО у 458 женщин. У 160 женщин выявлен РМЖ в различных стадиях (1 стадия- 36, 2-стадия 102, 3 стадия -16, 4 стадия - 3, 0 стадия- 3). Другие женщины с сомнительными результатами находятся в стадии оповещения и приглашения на проведение дообследования.

Выводы. Впервые в Узбекистане начался широкомасштабный маммоскрининг на платформе информационной системы, что позволило значительно улучшить раннее выявление РМЖ и создало предпосылки для внедрения данной модели в масштабах всей Республики Узбекистан.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИДА УЗОҚЛАШГАН МЕТАСТАЗЛАР

Полванов Т.М., Отажанов А.М., Зарипова Р.З., Казакова З.А.

РИО ва РИАТМ Хоразм филиали

Муаммонинг долзарблиги. Хозирги кунда аёлларда сут беzi саратони билан касалланиш кўрсаткичи юкорилигича қолмоқда. Сут беzi саратонида узоқлашган метастазлар хозирги кунда энг долзарб муоммолардан бири хисобланади.

Тадқиқот мақсади: Сут беzi саратонида касаллик босқичларида узоқлашган метастазларни ёшга боғлиқлик ҳолатини ва махсус давои Хоразм вилояти шароитида ўрганиш.

Материал ва методлар. Сут беzi саратонида узоқлашган метастазларда 150 нафар бемор ўрганилди. 58 % (n=87) беморда чап сут беzi саратони узоқлашган метастазлар аниқланди.

Ёшга боғлиқ ҳолда ўрганилганда: 38,7 % (n=58) 41-50 ёшлар ўртасида, 27,3 % (n=40) 51-60 ёшлар ўртасида, 19,3% (n=29) 31-40 ёшлар; 14,7% (n=23) 30 ёшгача бўлган беморлардир. Касалликнинг даражасига кўра: Iб босқич 27,3% III бос 19,3%. IIа 16,7%. IIIа 15,3% ўзгармайди. Ўсиш оралиғи: 1 йилгача 31,3%, 1-2 йилгача 14,8 %, 2-3 йилгача 15,3 %, 3-4 йилгача 18 %, 4-5 йилгача 8,7 %, 5 йилдан ортиқи 11,9 % учрайди. Жаррохлик амалиётидан олдин даво олганлар 42,7 %, 57,3 % беморлар операциядан олдин даво олмаганлар. 46,7 % Жаррохлик амалиётидан кейин даво олганлар. 72,7 % жаррохлик амалиёти ўтказилган беморларда узоқлашган метастазлар аниқланди. Узоқлашган метастазлар фақат битта аъзода 56 % беморда. Икки ва ундан ортиқ аъзода 44 % беморда учраган. 1-ўринда скелет суякларда 20 % ва ўпкада учраши 16%- 35,3%, периферик лимфа тугунларда 8%-26%, жигарда 45-8% ташкил қилган.

Хулоса. Шунга кўра узоқлашган метастазлар жаррохлик амалиётидан кейинги ва жаррохлик амалиётидан олдинги давога боғлиқ эканлиги аниқланмаган, лекин бу жараённинг клиник белгилари олдинроқ пайдо бўлган бўлиши мумкин. Бу муоммолар халигача ўрганилмоқда.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА

Раджабова С.Г., Юлдошев Р.З.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ

Цель исследования. Выявление связи между выживаемостью и состоянием гормонального статуса больных раком молочной железы с метастазами в кости

Материалы и методы. В условиях ГУ «РОНЦ» проведено пероспективное исследование медицинской документации 46 больных с верифицированным заболеванием «раком

молочной железы с метастазами в кости» за период с 2007 по 2017гг. Возраст пациенток варьировал от 20 до 70 лет. Средний возраст пациенток составил 43,8 лет. В зависимости от гормонального статуса больных при гормонозависимом раке молочной железы. 24 (52,2%), пациенткам выполнялось оварэктомию, 22(47,8%) пациенткам не выполнялось исключение яичников, некоторые из них находились в состоянии менопаузы, наряду с гормональной терапии пациентки также получали ТГТ, химиотерапия и оперативное лечение.

Выводы. При оценке выживаемости оказалось, что из числа больных, которые подвергались оварэктомии, до одного года прожили 87%, 3 года жили – 13%, 5-летний рубеж не преодолела ни одна пациентка. Из пациенток, неподвергающихся хирургической кастрации, 1 год прожили 83,3%, 3 года прожили 12,5% женщин, 5 лет жили 4,2% больных. Выживаемость больных РМЖ МК получивших бисфосфонаты по месяцам, в зависимости от гормонального статуса (сохраненный менструальный цикл, менопауза, после оварэктомии), 63% пациенток с сохраненной менструальной функцией жили 12 месяцев, к 22 месяцам живы были 20%, и лишь 1 пациентка дожила до 60 месяцев. В группе пациенток находившихся в менопаузальном возрасте 12 месяцев жили 58%, 20 месяцев– 25%, и лишь 10% дожили до 78 месяцев. В группе пациенток, подвергшихся оварэктомии год жили 30%, до 18 месяцев не дожила ни одна пациентка. Таким образом в группе пациенток находившихся в менопаузе и пациентки неподвергшиеся оварэктомии относительно жили дольше, чем пациентки после оварэктомии.

АНТИРЕФЛЮКСНЫЙ ЭЗОФАГОГASTРОАНСТОМОЗ НА ШЕЕ В ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА

Расулов А.Э.¹, Кротов Н.Ф.², Юсупбеков А.А.¹, Мадиев Б.Т.¹, Усманов Б.Б.¹

РСНПМЦ ОиР, ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова" МЗ РФ, г.Санкт-Петербург, РФ.

Актуальность. В хирургии пищевода вопрос места формирования анастомоза до конца не решен. Сторонники шейной локализации ЭГА утверждают, что при таком расположении анастомоза можно провести более проксимальную резекцию пищевода при раке и, тем самым, более надежно обеспечив R0 края резекции.

Цель исследования. Анализ результатов наложения шейного инвагинационного антирефлюксного ЭГА, по типу «конец в бок», после операции McKeown и ТХЭ, при РП.

Материалы и методы. С 2000 по 2012 гг. в торакальном отделении РСНПМЦ ОиР МЗ РУз выполнено 307 одномоментных экстирпаций пищевода с эзофагогастропластикой с наложением ЭГА на шее по поводу рака грудного отдела пищевода. Из них операция McKeown выполнена 56 (18,2%) больным, ТХЭ – 252 (81,8%). Мужчин–148(48,2%), женщин–159(51,7%). Распределение по возрасту составило: от 18-44 лет – 80(26%), от 45-64 лет – 189(61,5%), от 65-77 лет – 69(22,4%). По стадиям: II–11 (3,6%), III–296(96,4%). По локализации: в верхнегрудном 40(12,9%), среднегрудном 160 (52,1%), и 107 (34,8%) в нижнегрудном. Техника наложения антирефлюксного ЭГА на шее заключается в наложении анастомоза «конец в бок» по линии механического шва желудочной трубки на 5 см ниже орального конца с погружением зоны эзофагогастрального шва в просвет желудочной трубки и минигастростомии в оральном конце трансплантата.

Результаты. Анализ результатов разработанного нами способа шейного ЭГА у 253 больных (ТХЭ – 210, операция McKeown - 43) показал следующее: у 11 (5,5%) больных развилась частичная НША, ликвидированная консервативными мероприятиями. У 5 (2,3%) больных через 2 месяца и у 4 (1,8%) через 3 месяца выявлен рубцовый стеноз ЭГА I степени, ликвидированный эндоскопической диатермокоагуляцией. В отдаленные сроки только у 12 (5%) больных выявлен желудочно-пищеводный рефлюкс легкой степени.

Выводы. Наложение шейного ЭГА по предложенной методике, позволило уменьшить частоту НША, свести до минимума частоту стенозов, избежать в отдаленном периоде выраженного

желудочно-пищеводного рефлюкса. Наложение погружной минигастростомы дает возможность проводить раннее энтеральное питание, способ её наложения препятствует забросу желудочного содержимого мимо трубки и мацерации кожи, исключает необходимость закрытия стомы специальными приемами.

РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА У ЖЕНЩИН С ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРТРОФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Т-ОБРАЗНОГО РАЗРЕЗА

Рахмонов К.А., Узоков С.М., Каримова М.Н.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР, Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день существует множество способов и методик успешного выполнения мастопексии и редукционной маммопластики. Различные методики мастопексии и редукционной маммопластики могут быть подразделены, в зависимости от формы остающегося послеоперационного рубца, на перiareолярные, вертикальные, а также Т – образные. Целесообразность использования той или иной методики определяется, в первую очередь, объемом ткани, который подлежит резекции: при небольших объемах резекции обычно используются методики вертикальных разрезов, в то время как большие объемы резекций требуют выполнения разрезов адекватной длины. В прошлом почти все редукционные маммопластические оперативные вмешательства выполняли с использованием Т - образных разрезов. В течение последних 15 лет в пластической хирургии все больше широко стали применять методики вертикальных разрезов. При выполнении резекции тканей молочной железы суммарной массой 700 - 800 г. И более, а также при недостаточной эластичности кожного кармана способность кожи к ретракции снижения настолько, что использование стандартной редукционной техники реконструктивной пластики может приводить к появлению протяженного рубца, достигающего субмаммарной складки. В подобных ситуациях имеются абсолютные показания для применения редукционной маммопластики с использованием техники Т - образного разреза. На сегодняшний день в отделение маммологии Самаркандского филиала Республиканского Специализированного Научно - Практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии успешно проводятся редукционная маммопластика с использованием всех методик маммопластики в зависимости от объема молочной железы. Приведем один пример из клинических случаев реконструктивной пластики выполненный у больной Б. 36 лет с диагнозом Двухсторонняя добавочная молочная железа с сопутствованием макромастией и выраженным маммоптозом III степени.

Учитывая больших размеров груди и наличие III степени маммоптоза и наличие дополнительных молочных желез больной рекомендовано провести операцию двухстороннюю редукционную маммопластику с использованием методики Т - образных разрезов с одномоментным удалением дополнительных молочных желез.

Этапы редукционной маммопластики с использованием методики Т-образных разрезов с одномоментным удалением дополнительных молочных желез представлены ниже.

1 - этап. Нанесение линий разметки для выполнения Т - образной редукционной маммопластики. Линии хирургической разметки наносят в положении стоя, что позволяет выполнить адекватную оценку местного статуса непосредственно перед началом операции. При проведении реконструктивной пластики с использованием Т-образного разреза место новой локализации соска будет удалено от яремной вырезки грудины ровно на 21 см вследствие особенностей выполнения резекции кожи.

2 - этап. Инфильтрация тканей.

3 - этап. Деэпителизация кожного лоскута.

4 - этап. Внешний вид после перiareолярной деэпидермизации кожного лоскута и резекция латерального блока тканей.

5 - этап. Хирургическое иссечение тканей, расположенных позади деэпидермизированного лоскута и в области верхних квадрантов молочной железы и формирование молочных желез.

6 - этап. Одномоментной удаление добавочных молочных желез.

Результаты после выполнения редукционной маммопластики с использованием методики Т - образных разрезов оценивалось «хорошо». Ранние послеоперационные осложнения не наблюдались. Послеоперационные раны выполненной маммопластики зажили с первичным натяжением, швы сняты на 8 - е сутки после операции.

Таким образом, применение редукционной маммопластика при выраженной гипертрофии молочной железы с использованием Т - образного разреза имеет высокое эстетическое и психологическое значение. Применение данного метода обеспечивает уменьшение объема молочной железы, и тем самым изменяет форму молочной железы и одновременно устраняет различные степени птоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК СТАРШЕ 65 ЛЕТ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сайфуллаева Ё.С., Бозарова Л.М., Холиков Н.Х., Ахмаджанова О.М.

Навайский филиал РСНПМЦОиР

Цель. Анализ эффективности лечения пациенток страдающих первично-диссеминированным раком молочной железы (РМЖ), пролеченных в НОФ РСНПМЦ онкологии и радиологии в период 2018г по 2021гг.

Материалы и методы. В исследование включены пациентки в возрасте старше 70 лет с установленным диагнозом первично-диссеминированного РМЖ. Вся категория пациенток была разделена на 2 подгруппы: подгруппа , в которой проводилась только системная терапия (n=21) и подгруппа в которой наряду с системной терапией выполнялось оперативное вмешательство на первичном опухолевом очаге (n=19) по различным показаниям.

Результаты. Наиболее часто встречающимся гистологическим подтипом опухоли был инфильтративный рак молочной железы -38 случаев (68,1%), в 11 случаев (21,5%) инфильтративно-отёчный рак, у 3(5,5%) была диагностирована смешанная форма, у остальных -6(4,9%) другие формы рака. Исследование гормонального статуса и определения уровня экспрессии HER-2 проведено у 51 (98,8%) пациенток. В опухолевой ткани в 62,6%(n=39) случаях присутствовали рецепторы к эстрогенам и прогестерону, в 7,4%(n=4) наблюдениях только к эстрогенам, в 3,7% (n=2) только к прогестерону и в оставшихся 26,4% (n=16) случаях данные рецепторы отсутствовали. HER-2 позитивный тип опухоли наблюдался 27%(n=17) пациенток. Определение

Ki -67 в исследовании не учитывалось. Метастазы в кости выявлены у 34 женщин (55.2%), в том числе (27%) в сочетании с метастазами в висцеральные органы. Гормонотерапия, как часть специального лечения ,использована в 62 % (n=38) случаев. 3 летняя общая выживаемость в подгруппе с хирургическим компонентом лечения -56.8%+-6.9. 5 летняя общая выживаемость - 17.9+- 4,6 и 23,9+-7,9 соответственно. Медиана общей выживаемости достоверно (p<0.017) выше в подгруппе пациенток с хирургическим компонентом лечения -38,7 мес против 23,7 мес. Наряду с этим, удаление первичной опухоли привели к увеличению медианы выживаемости без прогрессирования с 15 мес до 23,7 мес.

Выводы. В процессе исследования отмечено статически значимое улучшение показателей выживаемости в подгруппе пациенток, которым наряду с системной терапией выполнялось хирургическое вмешательство на первичном опухолевом очаге.

ВЫБОР МЕТОДА И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, АССОЦИИРОВАННЫЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Сабиров Р.О., Гафур-Ахунов М.А.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Основной целью нашего сообщения является улучшение результатов лечения больных раком молочной железы, ассоциированный сахарным диабетом путем комплексного анализа клинико-морфологических, иммуногистохимических и молекулярно-генетических особенностей опухоли и степени тяжести сахарного диабета.

Ожирение как фактор риска по-разному связано с отдельными молекулярно-биологическими типами рака молочной железы (РМЖ), среди которых в этом отношении выделяется и трижды негативный вариант опухоли. В качестве существенного элемента обсуждаемой проблемы, помимо оценки риска развития заболевания, регулярно поднимается вопрос о том, влияют ли ожирение и самостоятельные или ассоциированные с ним метаболические нарушения на течение (исходы) РМЖ, включая ответ на противоопухолевую терапию.

Лица, страдающие сахарным диабетом (СД), в большинстве случаев имеют предрасположенность к развитию злокачественных новообразований и в первую очередь рака молочной железы. При СД II типа частота злокачественных новообразований, в том числе и РМЖ, увеличивается. Основной причиной роста раковых клеток при СД является гиперинсулинемия, активации системы инсулиноподобных факторов роста. Для большинства клеток инсулин является одним из факторов роста, при СД в сочетании с ожирением и в условиях компенсаторной гиперинсулинемии происходит вторичное увеличение выработки ИФР-1, снижение апоптоза раковых клеток, ускорение ангиогенеза и снижение барьерной функции ткани.

Для улучшения результатов лечения необходимо изучить клинко-морфологические и молекулярно-генетические особенности у больных раком молочной железы, ассоциированного сахарным диабетом. Изучение наследственных факторов и показатели гена BRCA I, II у больных раком молочной железы, ассоциированного сахарным диабетом позволят провести профилактические мероприятия. Исследование инсулиноподобного фактора роста у больных раком молочной железы, ассоциированной с сахарным диабетом позволит определить тактику лечения больных раком молочной железы. Изучение прогностических факторов, влияющих на рецидив, метастазов и выживаемости больных раком молочной железы, ассоциированной с сахарным диабетом, позволяет разработать новых подходов в лечении больных РМЖ.

Сведения об эффективности химиотерапии у больных РМЖ, страдающих диабетом, достаточно редки и нуждаются в накоплении. Заслуживает внимание и дополнительная оценка роли ожирения при комбинированной химио- и эндокринной терапии.

Таким образом, исследование вышеуказанных аспектов позволяет улучшить результаты лечения больных раком молочной железы, ассоциированной с сахарным диабетом, улучшить методы лечения и качества жизни больных.

ДИАГНОСТИКА ВНУТРИПРОТОВЫХ ПАПИЛОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Султонкулова М.К., Джалолова Ф.М., Сотволдиев К.Х., Валидова А.Ф., Ибрагимова М. АГМИ, Андижанский филиал РСНПМЦОиР

Цель. Целью исследования является улучшение диагностики непальпируемых опухолей молочных желез.

Материалы и методы. Исследования проводили у 156 больных обратившихся жалобами на выделения из сосков. Проведены: цитологическое исследования патологических выделений из сосков, Ультразвуковое сканирование молочных желез и регионарных лимфоузлов, обычная маммография, дуктография с применением контрастных веществ для определения локализации и распространенности патологического процесса, хирургическое удаление сектора молочной железы содержащего внутрипротоковых папиллом, гистологическое исследования препаратов.

Результаты. По анализу цитологических исследований у 75% обратившихся женщин выявлены элементы крови в патологических отделяемых из сосков. У 47% клетки пролиферации эпителия молочных желез, у 17% диспластические клетки в разной степени дифференцировки. Анализ маммографических исследований показало что, у 23.2% наличие макрокальцинатов (от 600 до 1500 мкм) на фоне мастопатии, в 41% микрокальцинаты обнаружены в протоках. 39.8 % наблюдениях без видимой патологии на маммограммах. При дукторографии (введение водорастворимых контрастных веществ в молочный проток с патологическим отделяемым)

обнаружено наличие дефектов наполнения в протоках, симптом „культи“, протока. Всем больным произведено оперативное вмешательство –секторальная резекция, дуктэктомия для получения материала для гистологических исследований, которое является основой для уточнения предварительных диагностических исследований.

Выводы. Исследуемой группе больных выявлены наличие внутрипротоковых папиллом в разной степени дисплазии клеток в 6 случаях выявлено злокачественное перерождение папиллом. Полученные данные показывают диагностическую ценность цитологических исследований мазков из выделений из соска, дукто-маммографии, УЗИ и гистологическое исследования в ранней диагностики опухолевой патологии молочной железы.

БИОПСИЯ И ДИАГНОСТИКА ФИБРОАДЕНОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сабилов Р.О., Гафур-Ахундов М.А.

Ургентский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы. Рак молочной железы-самое распространенное в мире раковое заболевание среди женщин, это 16% всех случаев заболевания раком среди них, общая заболеваемость раком молочной железы в Северной Америке-99,4 на 100 000 женщин. Рак молочной железы иногда встречается и у мужчин-1 случай на 10 000 представителей.

По оценкам экспертов ВОЗ, в мире ежегодно регистрируют от 800 тыс. до 1 млн новых случаев заболевания раком молочной железы. По числу смертей от рака у женщин эта разновидность рака занимает второе место.

Во многом наблюдающееся в последнее время в развитых странах возрастание числа онкологических больных связано также с обогащением популяции всё более пожилыми людьми. При этом риск развития рака молочной железы в возрасте после 65 лет в 5,8 раза выше, чем до 65 лет, и почти в 150 раз выше, чем в возрасте до 30 лет.

Задача исследования. Определить информативность метода тонкоигольной пункционной биопсии в диагностике фиброаденомы молочной железы.

Материалы и методы. Обследовано 200 пациенток республиканского онкологического диспансера Хорезмского областа с подозрением на фиброаденому молочной железы. Всем пациенткам выполнялась пальпация, ультразвуковое сканирование, тонкоигольная аспирационная биопсия, эксцизия опухоли, 125 больным была выполнена маммография.

Результаты. Проведен анализ результатов 144 пункционных биопсий опухолей молочной железы. Всего пунктировано 125 опухолей. Каждая опухоль пунктирована от 1 до 3 раз. В 122 случаях пунктирована фиброаденома. После патогистологического исследования новообразований в 108 случаях диагностирована фиброаденома, в 4-рак молочной железы, в 22-узловая мастопатия, в 3-липома, в 8-хронический мастит. По результатам пункционной биопсии фиброаденома была достоверно верифицирована в 33 случаях, 27 заключений трактованы как истинноотрицательные, 4 были ложноположительными, 89 цитологических заключений оказались ложноотрицательными. Диагностическая чувствительность метода пункционной биопсии в диагностике фиброаденомы молочной железы составила-18,85%, специфичность - 77,3%, диагностическая эффективность - 48%. Чувствительность диагностического комплекса, включающего пальпацию, ультразвуковое сканирование и маммографию, в диагностике фиброаденомы составила-96%, что существенно превосходит диагностические характеристики метода пункционной биопсии.

Выводы. Следует поставить под сомнение целесообразность выполнения пункционной биопсии при фиброаденомах молочной железы, диагностированных методами пальпации, ультразвукового сканирования и маммографии, что позволит существенно снизить количество пункционных биопсий и приведет к уменьшению нагрузки как на цитологическую лабораторию, так и на врачей-онкологов, онкохирургом консультативного звена.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ КОСТЕЙ

Сагдуллаева С.Н., Маннапова Н.М., Алмурадова Д.М., Мукимова Д., Исмоилов Ж.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Рак молочной железы – гетерогенное заболевание, патогенез которого обусловлен комплексным взаимодействием гормональных, метаболических, экзогенных и других факторов и является самым распространенным злокачественным новообразованием среди женщин в мире. По данным различных авторов, РМЖ характеризуется как опухоль, часто метастазирующая в кости (от 13,5 до 85%), а по частоте локализации метастатического поражения скелет занимает третье место после легких и печени.

Целью данной работы является оценка времени до метастазирования и времени до прогрессирования при метастатическом поражении костей в зависимости от биологического подтипа РМЖ.

Материалы и методы. Для решения задач исследования нами были проанализированы данные 67 больных РМЖ, получивших лечение в Ташкентской Городской филиал РСНПМЦОиР с 2013 по 2019 гг. Полученные данные отражают значимое различие в распределении больных с метастатическим поражением костей в группах с временем до метастазирования от 1 до 3 лет и от 3 до 5 лет по биологическим подтипам ($p < 0,001$). Обращает на себя внимание 1,5–2-кратное превышение люминального А и люминального В- HER2«-» биологических подтипов при метастазировании от 3 до 5 лет при сравнении с таковыми при метастазировании на более ранних сроках (при $p < 0,001$).

Результаты. В данном исследовании изолированное метастатическое поражение костей наиболее часто встречалось при люминальных А и люминальных В HER2-негативных подтипах опухоли (69%). При этом у HER2-экспрессирующих опухолей (люминальный В – HER2-позитивный и HER2-позитивный подтипы) в 14% случаев и у трижды-негативных подтипов в 12% ($p = 0,0032$). Кроме того, нами выявлена зависимость сочетанного поражения костей и других органов от биологического подтипа опухоли. Так, при люминальных подтипах А и люминальных В HER2-негативных подтипах опухоли сочетанное поражение встречалось в 62 против 74% изолированного поражения ($p < 0,001$), в то же время при HER2-экспрессирующих опухолях 22 против 14%, при трижды-негативных подтипах 16 против 12%.

Выводы. Таким образом, установлено существенное прогностическое значение биологических подтипов РМЖ при метастатическом поражении костей.

АНАЛИЗ МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ МИКРОРНК ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Талипов О.А., Шоюсупов Н.Р., Рябчиков Д.А.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России

Актуальность. Рак молочной железы является гетерогенным опухолью. Метилирования генов микроРНК при раке молочной железы-эпигенетическая модификация, которое играет решающую роль в иницировании и прогрессировании заболевания.

Цель исследования. Изучение профиля метилирования генов miR-203a, -375, -124a-1/2/3, -137, -127, -125b-1, -130b, -107 при раке молочной железы.

Материалы и методы. Методом бисульфитной конверсии ДНК с последующей метил-специфичной полимеразной цепной реакцией определено изменение статуса метилирования 10 вышеуказанных генов при раке молочной железе (РМЖ). Исследование выполнено на представленной выборке из 70 парных (опухоль/непораженная ткань молочной железы) образцов ДНК, полученных от больных РМЖ.

Результаты. Частота метилирования генов miR 124a-1, -124a-3, -125b-1, -127, -137, -130b в опухоли по сравнению с гистологически неизменной тканью была достоверно выше ($p < 0,05$). Наиболее часто наблюдалось метилирование генов miR 124a-1 (75,7%, $n=53$ против 27,1%, $n=19$, $p < 0,05$) и

miR-125b-1 (48,6%, n=34, p<0,05). Показана достоверная взаимосвязь метилирования нескольких генов miR (-127, 137, 125b-1) с показателями прогрессирования РМЖ (стадия, размер опухоли, метастазирование в лимфатические узлы).

Выводы. Полученные данные об эпигенетических нарушениях дополняют «молекулярный портрет» РМЖ и вносят вклад в понимание его патогенеза. Выявленные особенности метилирования исследованных генов в дальнейшем помогут в разработке современных подходов в диагностике и прогнозировании РМЖ.

МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ МИКРОРНК В РАЗЛИЧНЫХ ПОДТИПАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Талипов О.А., Шоюсупов Н.Р., Рябчиков Д.А.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России

Актуальность. Изучение основных механизмов канцерогенеза и прогрессирования рака молочной железы (РМЖ) стало предметом масштабных разнонаправленных исследований.

Цель: изучение особенностей метилирования генов микроРНК (miR-107, -124a-1/2/3, -125b-1, -127, -130b, -137, -203a, -375) при различных молекулярных подтипах рака молочной железы.

Материалы и методы. В исследование включены 70 больных с верифицированным диагнозом РМЖ, в возрасте от 40 до 60 лет. Люминальный подтип А установлен у 27,1% больных; люминальный подтип В Her2-негативный – у 18,5% больных; в 32,8% случаях – люминальный подтип В Her2-позитивный, трижды-негативный – в 14,2% и Her2 (+) позитивный подтип – в 7,1% случаев. Методом метил-специфичной полимеразной цепной реакцией (МС-ПЦР) изучен профиль метилирования генов микроРНК в парных образцах опухолевой и гистологически неизменной ткани молочных желез.

Результаты: в ходе работы установлено, что при люминальном А подтипе РМЖ частота метилирования miR-124a-1 и miR-125b-1 в опухолевой ткани увеличена в 2,3 (84,2% (n=16) против 36,8% (n=7), p=0.0069) и 8 раз (42,1% (n=8) против 15,8% (n=1), p=0.0189) соответственно по сравнению с неизменной тканью молочной железы. Показаны достоверные различия в частоте метилирования генов микроРНК miR-124a-1, miR-375 и miR-127 в опухоли и гистологически неизменной ткани при Her2-негативном и Her2-позитивном люминальном В подтипе: 84,6% (n=1) против 38,4% (n=5), (p=0.04) и 69,2% n=9 против 23% n=3, (p=0.04). При Her2-негативном подтипе и (69,5% против 17,3% n=4, (p=0.0008) и 43,4% n=10 против 13% n=3, (p=0.0472) при Her2-позитивном подтипе.

Выводы. Все исследуемые miR демонстрировали повышенные уровни метилирования CpG-островков промоторных областей, что свидетельствует о их потенциальной диагностической значимости. Частота метилирования miR-375 достоверно повышена в опухоли при трижды-негативном подтипе в сравнении с люминальным В Her2-негативным подтипом РМЖ. Для Her2-позитивного люминального В подтипа отмечен высокий процент метилирования 6 miR.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ташматова Ю.Ж.

Андижанский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Несмотря на определенные успехи профилактики рака и ранней диагностики в онкологии, количество больных с далеко зашедшими формами опухолевого процесса остается стабильно высоким, составляя около 30-40% от общего количества онкологических больных. В эту гетерогенную группу входят пациенты с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования и больные, получившие специальное лечение с прогрессированием опухолевого процесса. При невозможности в настоящее время в рутинной практике контролировать микрометастазы и потенциал опухолевой прогрессии у каждого пациента и с учетом роста онкологической заболеваемости в глобальном масштабе все более

актуальным становится адекватная организация паллиативного и симптоматического лечения, обеспечивающего приемлемый уровень качества жизни онкологических больных.

Цель исследования. Изучить особенности маммографического обследования больных раком молочной железы, после выполнения им реконструктивнопластических операций.

Методы исследования. Маммография выполнялась у больных после реконструктивнопластических операций на молочной железе в сроки от 3 месяцев после операции. Затем каждые 5-6 месяцев в течение всего срока наблюдения.

Результаты. За период с 2015г. По 2016г. Обследована 31 больная раком молочной железы (РМЖ) после реконструктивнопластических операций. Возраст больных от 25 года 60 лет. Всего выполнено 90 обследование. Количество обследование на 1 больную от 1 до 4 раз. Реконструкция молочной железы осуществлялась следующими способами: Лоскутом широчайшей мышцы спины (ШМС); TRAM лоскутом; эндопротезом с укрытием ШМС. Рентгенологическая картина молочной железы при каждом способе реконструкции имеет свои особенности: При реконструкции молочной железы лоскутом ШМС кожа молочной железы утолщена до 0,4-0,6 см. Весь объем молочной железы заполнен выраженными грубыми соединительно тканными тяжами.

При реконструкции молочной железы TRAM лоскутом кожа молочной железы утолщена до 0,4 – 0,6 см. Весь объем молочной железы выполнен жировой тканью с наличием выраженных соединительно тканных тяжей. Жировая ткань имеет, как правило, более высокую плотность по сравнению с маммограмми нормальной молочной железы.

При реконструкции молочной железы эндопротезом кожа молочной железы утолщена до 0,4-0,6 см. Весь объем молочной железы заполнен эндопротезом повышенной рентгеновской плотности по сравнению с нормальной тканью молочной железы с большим количеством хаотично разбросанных по поверхности протеза соединительно тканных тяжей.

При всех типах реконструкции общим для маммограмм является полное отсутствие железистого компонента. При последующей реконструкции соска в субареолярной зоне молочной железы появляется локальный фиброз.

Выводы. Маммография после реконструктивных пластических операций на молочной железе является прекрасным способом мониторинга за состоянием реконструированной молочной железы. При учёте особенностей типа реконструкции позволяет выявлять возможные рецидивы.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕЧЕНИ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА

Тияляшайхов М.Н., Эшмурадов У.М., Рустамов Б.Д.

РСНПМЦОиР, НОФ РСНПМЦОиР

Введение. Во всем мире метастатический рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующие позиции в структуре смертности среди женщин онкологическими заболеваниями. При этом, несмотря на улучшение показателей раннего скрининга, а также внедрение в клиническую практику таргетной терапии, контроль метастатического заболевания остается значимой проблемой для клинической онкологии. Частые рецидивы РМЖ, высокая смертность, низкое качество жизни больных, перенесших лечение РМЖ, приводят онкологов к необходимости постоянно совершенствовать лечение этого тяжелого недуга.

Цель: улучшение результатов лечения больных метастатическим раком молочной железы в печени путем определения иммуногистохимического фенотипа.

Материал и методы: проведен анализ 127 пациентов на базе РСНПМЦОиР в период 2016-2021 гг. Средний возраст пациентов составил 41,4±5,1 лет. В соответствии с иммуногистохимическим фенотипом в нашем исследовании было следующее соотношение: LuminalA 71 (55,95) пациентов, LuminalB 28 (22%) пациентов, HER 2+ 15 (11,8%) пациентов и Triplenegative 13 (10,2%) пациентов. Всем больным выполнена тонкоигольная биопсия, кроме того, для подтверждения

диагноза у 81 (63,8%) пациента была выполнена трепан биопсия и у 12 (9,4%) пациентов выполнена секторальная резекция молочной железы. Для определения метастазов проводили УЗИ (у всех больных), КТ (83 пациентам), МРТ (41 пациентам), ПЭТ (22 пациента) и в 33 случаях выполнена диагностическая лапароскопия и в 4 случаях эксплоративная лапаротомия.

Результаты исследования. В зависимости от результатов обследования методика лечения была разделена на следующие 4 группы: в 13 (10,2%) случаях полихимотерапия, в 15 (11,8%) иммунотерапия+ПХТ, в 48 (37,8%) случаях иммунотерапия +химиогормонотерапия и у 51 (40,2%) пациента гормонотерапия + химиотерапия. Эффективность лечения проводили через 4 недели, т.е. после 2-х курсов терапии, при отсутствии эффекта проводили еще 2 курса лечения. При неэффективности лечения больных переводили на симптоматическое лечение. Эффективность лечения оценивали теми же методами, на основе данных которых проводилось диагностика. Результаты лечения показали, что полный эффект отмечался в группах соответственно в 1 (7,7%), 2(13,3%), 3 (6%) и 4 (8,3%) случаях. Без эффекта были в группах 3 (23,1%), 4 (26,7%), 15 (30%) и 11 (22,95) соответственно. Так же, в нашем исследовании были и случаи прогресса, это в 2(15,45), 1 (6,7%), 2 (4%) и 1 (2,1%) случаев соответственно в каждой группе. Наименьшее количество безуспешного лечения было отмечено в группе больных, получавших иммунотерапию в сочетании химиогормональным лечением (25%). У больных получавших химиогормональное лечение обеспечило в 68% случаях положительный результат и в 34% случаях лечение было безуспешным. Наихудшие результаты наблюдалось в группе больных получивших только ПХТ. В данной группе 38,5% случаев лечение оказалась безуспешным.

Выводы. Результаты лечения метастатического рака молочной железы зависит от таких факторов, как, стадия, степень вовлечения лимфатических узлов в патологический процесс, степень дифференцировки опухоли, методов лечения и одним из наиболее важных факторов считается определение ИГХ фенотипа. Наиболее эффективным методом лечения мРМЖ считается химиогормональное лечение.

ВЛИЯНИЕ СУБПОПУЛЯЦИЙ ЛИМФОЦИТОВ В МИКРООКРУЖЕНИИ ОПУХОЛИ НА ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н.¹, Каххаров А.Ж.²

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт²

Цель: изучить особенности иммунного микроокружения опухоли при раке молочной железы.

Материалы и методы. Для усовершенствования диагностики и лечения рака молочной железы посредством изучения микроокружения опухоли, её влияния на течение и прогноз, нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и получивших лечение в условиях Университетской клиники Инха (Южная Корея) (362 больных) и в ТГФ РСНПМЦОиР МЗ РУз (95 больных).

Результаты. Из 240 результатов положительной экспрессии CD3 в 202 случаях результаты лечения оказались успешными. Среди больных с благоприятным исходом заболевания, данная субпопуляция лимфоцитов встречалась в 68,9% случаях, в группе же с плохими результатами лечения положительная экспрессия данного маркера оказалась всего 23,2% случаях. Положительный статус CD4 в группе больных с благоприятным исходом заболевания было выявлено в 67,9% случаях, неблагоприятным исходом у 26,8% больных. 81,9% больных с группы с благоприятным исходом имели положительный CD4, в группе больных с неблагоприятным данный признак встречалась только 18,1% случаях, что говорит о высокой предсказывающем роле данного фактора ($\chi^2=9,13$, $p < 0,001$). Из 192 положительных тестов CD68, в 64,1% случаях было выявлено в группе с неблагоприятным прогнозом заболевания. В группе больных с благоприятным исходом заболевания данный тест был отрицательным 76,5% случаях, в группе с неблагоприятным исходом всего в 25%.

Заключение. Таким образом, положительная экспрессия CD 68 и отрицательная экспрессия CD3, CD4, CD8 являются прогностически неблагоприятными признаками. В то время как, отрицательная экспрессия CD 68 и положительная экспрессия CD3, CD4, CD8 являются прогностически благоприятными признаками.

ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУННОГО СТАТУСА

Тиляшайхов М.Н., Эшмурадов У.М.

РСНПМЦОиР

Цель. изучить корреляцию между динамикой лимфоцитов крови и прогнозом рака молочной железы с метастазами в печень.

Материалы и методы. Наше исследование основано на ретро – и проспективном исследовании 127 больных с раком молочной железы с метастазами в печень, прошедших лечение на базе РСНПМЦОиР, с 2016 по март 2021 включительно. Злокачественный опухоль, в том числе РМЖ, свой основной метастатический потенциал реализует в первый три года после появления, в нашем исследовании если в течении трех лет появились метастазы у 76 (59,8%), то концу третьего года и в начале четвертого, уже заболевших метастатической болезнью составили 109 (85,8%) больных. При составление графической картины динамики изменения количества лимфоцитов, вырисовывалась три вида изменения в процессе лечения. Первый вид – нисходящая динамика, при котором в каждом последующем исследовании, количество лимфоцитов крови показывал более низкое содержание чем предыдущем исследовании. Стабильная – количество лимфоцитов крови при каждом новом измерении оставались примерно в одинаковых количествах. Волнообразный – в процессе лечения количество лимфоцитов крови менялось как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения.

Результаты: мы провели анализ зависимости результатов лечения с динамикой лимфоцитов в процессе лечения и выявили низкую достоверную связь ($\chi^2=0,723$; $p < 0,05$) между нисходящим типом динамики лимфоцитов крови и негативным исходом заболевания. Наихудшие результаты были выявлены у больных с нисходящим видом динамики лимфоцитов крови. У данных больных метастазы в печени развились ближайшие сроки после комплексного лечения, и у 38 (92,7%) больных из 41 с нисходящим видом динамики, метастазы в печени были обнаружены в течении трех лет. Наилучшие показатели были отмечены при стабильном виде динамики. В данной группе из 35 больных у 14 (40%) метастазы в печени развились от 5 и более лет. При волнообразном виде динамики у 30 (58,8%) больных из 51 в течении трех лет после завершения лечения развились метастазы в печени.

Выводы: определение динамики лимфоцитов может служить предиктором исхода рака молочной железы с метастазами в печень

ВЛИЯНИЕ МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛИ НА АНГИОГЕНЕЗ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тиляшайхов М.Н.¹, Каххаров А.Ж.²

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт²

Цель: изучить особенности ангиогенеза опухоли и его связи с микроокружением при раке молочной железы.

Материалы и методы. Для усовершенствования диагностики и лечения рака молочной железы посредством изучения микроокружения опухоли, её влияния на течение и прогноз, нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и получивших лечение в условиях Университетской клинике Инха (Южная Корея) (362 больных) и в ТГФ РСНПМЦОиР МЗ РУз (95 больных).

Результаты. В строме и в зоне инфильтрации опухоли как 1 степени интенсивности ангиогенеза определили количество сосудов от 1 до 5 микрососудов на тестируемой площади,

2 степени от 6 до 10 микрососудов и 3 степень более 11 микрососудов. В зоне опухолевого воспаления как 1 степени интенсивности ангиогенеза определили количество сосудов от 1 до 10 микрососудов на тестируемой площади, 2 степени от 11 до 20 микрососудов и 3 степень более 21 микрососудов. При анализе количества микрососудов нами была обнаружена тесная положительная взаимосвязь подтипов опухоли с интенсивностью ангиогенеза.

Заключение. Была выявлена общая закономерность зависимости интенсивности кровообращения (ангиогенеза) опухоли, ее степенью дифференцировки.

ВЛИЯНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОПУХОЛИ НА ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н., Эшмурадов У.М.

РСНПМЦОиР

Целью является изучение влияние молекулярно-генетических подтипов РМЖ с метастазами в печень на течение и прогноз болезни.

Материалы и методы. Наше исследование основано на ретро – и проспективном исследовании 127 больных с раком молочной железы с метастазами в печень, прошедших лечение на базе РСНПМЦОиР, с 2016 по март 2021 включительно. Злокачественный опухоль, в том числе РМЖ, свой основной метастатический потенциал реализует в первый три года после появления, в нашем исследовании если в течении трех лет появились метастазы у 76 (59,8%), то концу третьего года и в начале четвертого, уже заболевших метастатической болезнью составили 109 (85,8%) больных.

Результаты. Из 127 больных, только 70 (55,1%) дожили до одного года. Двухгодичная выживаемость больных с метастазами в печень рака молочной железы составил 24,4%, трехлетняя 9,4%. Одна больная прожила до 45 месяцев. Общая выживаемость наиболее высокая была у больных с Luminal A (74%) типом РМЖ, у которых одно, двух и трехлетняя выживаемость составила 76,1%, 32,4% 12,7% соответственно, а наиболее низкая — при HER2 не положительном и тройном негативном опухолях.

Выводы. Таким образом, наиболее благоприятным молекулярным подтипом РМЖ с прогностического точки зрения является Luminal A фенотип опухоли. Неблагоприятное с точки зрения клинического течения и результатам лечения является HER2 не положительный тип и тройного негативного тип рака молочной железы.

ЭПИГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УЧЁТОМ РОЛИ ГИПЕРМЕТИЛИРОВАНИЯ ДНК

Тухтабаева М.Т.¹, Абдихакимов А.Н.¹, Турдикулова Ш.У.², Далимова Д.А.²

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР¹, Центр высоких технологий мининновационного развития²

В настоящее время, в качестве причин возникновения онкологических заболеваний существенная роль отводится эпигенетической регуляции активности генов, основанной на аномальном метилировании ДНК. Данное сообщение посвящено комплексному МЧ-ПЦР анализу профиля метилирования онко-ассоциированных генов семейства SFRP (SFRP1, SFRP2) с точки зрения потенциальных эпигенетических маркеров РМЖ.

Материалы и методы исследования. Изучены образцы опухоли 50 больных раком и 50 больных фиброаденомой молочной железы. Для определения профиля метилирования использована реакция Real-Time PCR (ПЦР) с использованием метилированного или неметилированного состояния генов SFRP с использованием конкретных праймеров.

Результаты и обсуждения: на основании полученных результатов установлено, что из 50 пациентов с диагнозом РМЖ метилирование генов SFRP1, SFRP2 выявлено у 34 (68%). В частности, SFRP1 был обнаружен у 23 пациентов (46%), а метилирование промоторной области гена SFRP2 - у 11 пациентов (22%). Из 50 пациентов с диагнозом фиброаденомы молочной

железы метилирование генов SFRP1 и SFRP2 обнаружено у 16 (24%) пациентов. Статистическое сравнение встречаемости генов SFRP1 / 2 при РМЖ и фиброаденоме выявило статистическую связь между заболеванием РМЖ и метилированием гена SFRP1 (ch 2 = 5,3; p = 0,01) и SFRP2 (ch 2 = 3,8; p = 0,025). Это указывает на то, что заболевание может развиваться с увеличением статуса метилирования генов SFRP1 / 2, предполагая, что эти гены следует изучать как маркерные гены.

Выводы: 1. результаты подтверждают, что статус метилирования гена SFRP1 / 2 может быть получен в качестве маркерного гена для ранней диагностики РМЖ;

2. метилирование генов SFRP1 и SFRP2 оказалось в 1,92 и 2,75 раза выше у пациентов с РМЖ, чем у пациентов с фиброаденомой.

КАК МОЖЕМ ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТАМ КОЖНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

Туржанова Д.Е.¹, Шаназаров Н.А.^{1,2}, Рахимжанова Р.И.¹

НАО «Медицинский университет Астана»¹, РГП «Больница медицинского центра
Управления делами Президента РК», город Нур-Султан²

Цель исследования: оценка качества жизни (КЖ) пациентов с кожными метастазами рака молочной железы (РМЖ) в зависимости от применяемого лечения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 67 пациентов с кожными метастазами РМЖ. Возраст пациентов от 24 до 79 лет, средний возраст $52,73 \pm 2,11$ г. Пациенты были разделены на 2 группы – в контрольную группу (КГ) были включены пациентки, которые получали традиционную комплексную терапию. В основную группу (ОГ) вошли пациентки, которым была дополнительно проведена флуоресцентная диагностика (ФД), а в лечении, наряду с традиционным комплексным методом, применялась фотодинамическая терапия (ФДТ). Для оценки КЖ пациенток с кожными метастазами РМЖ, а также его динамики после проведенного лечения в работе был использован опросник QOL-CS.

Статистический анализ проведен при помощи программ SPSS Statistics 22 (Statistical Package for the Social Science) и Jamovi 1.6.23.

Результаты анализа КЖ в исследуемых группах до начала лечения позволил установить, что исходно у женщин с метастазами РМЖ в кожу более всего страдал именно компонент психологического здоровья.

Анализ до и после лечения в ОГ и КГ показали, что до лечения КЖ в двух группах сравнения не имело достоверных отличий (ОГ - $4,50 \pm 0,573$, КГ - $4,47 \pm 0,563$), $p=0,493$. Однако после лечения в ОГ ($5,35 \pm 0,754$) КЖ было достоверно выше по сравнению с КГ ($4,13 \pm 0,613$), $p<0,001$. Более того, среди пациенток КГ наблюдалось достоверное снижение КЖ после лечения ($p<0,001$), тогда как в ОГ КЖ достоверно выросло после лечения по сравнению с исходными показателями ($p<0,001$).

Выводы. Таким образом, применение ФД и ФДТ в комплексной диагностике и терапии у пациентов с кожными метастазами при РМЖ повышает лечебную эффективность, способствует улучшению качества жизни пациентов этой группы.

РОЛЬ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ НА ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н.¹, Каххаров А.Ж.²

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт²

Цель: изучить корреляционную связь между экспрессией рецепторов микроокружения опухоли и молекулярно-биологическими подтипами рака молочной железы, а также их влияние на прогноз.

Материалы и методы. Для усовершенствования диагностики и лечения рака молочной железы посредством изучения микроокружения опухоли, её влияния на течение и прогноз, нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших

обследование и получивших лечение в условиях Университетской клиники Инха (Южная Корея) (362 больных) и в ТГФ РСНПМЦОиР МЗ РУз (95 больных).

Результаты. PD-1, PD-L1, EGFR а также CK5/6 при люминальных опухолях имели низкие значения, чем при трижды негативных формах РМЖ. При люминальном типе А - PD-1=30%, PD-L1 - 17,7%, EGFR - 5,9% и CK5/6 – 3,3%, тогда как при трижды негативных формах рака эти показатели были 61,7%, 39,8% и 53,4% соответственно.

Заключение. Анализ данных показал, что имеется сильная корреляционная связь между экспрессией вышеприведенных маркеров с молекулярно-биологическими подтипами РМЖ.

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДТИПЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛИ

Тилляшайхов М.Н.¹, Каххаров А.Ж.²

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт²

Цель: изучить корреляционную связь между микроокружением опухоли и молекулярно-биологическими подтипами рака молочной железы, а также их влияние на прогноз.

Материалы и методы. Для усовершенствования диагностики и лечения рака молочной железы посредством изучения микроокружения опухоли, её влияния на течение и прогноз, нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и получивших лечение в условиях Университетской клиники Инха (Южная Корея) (362 больных) и в ТГФ РСНПМЦОиР МЗ РУз (95 больных).

Результаты. Патологический митоз имел тесный положительный корреляционный связь с типом опухоли. При базальноподобном и Claudin – low типе рака они составили три бала, при гиперэкспрессии Her-2 neu 2 балла и при люминальных опухолях 1 балл ($\chi^2=4,29$, $p<0,01$, $R_k=+0.402$, $p<0.001$).

Заключение. Анализ корреляционного анализа показал зависимость между экспрессией рецепторов рака молочной железы и микроокружением опухоли, а также их влияние на прогноз заболевания.

МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛИ И СТЕПЕНЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н.¹, Каххаров А.Ж.²

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт²

Цель: изучить корреляционную связь между микроокружением опухоли и степенью дифференцировки при раке молочной железы, а также их влияние на прогноз.

Материалы и методы. Для усовершенствования диагностики и лечения рака молочной железы посредством изучения микроокружения опухоли, её влияния на течение и прогноз, нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и получивших лечение в условиях Университетской клиники Инха (Южная Корея) (362 больных) и в ТГФ РСНПМЦОиР МЗ РУз (95 больных).

Результаты. При корреляционном анализе взаимосвязи характеристик опухоли, показатели стромальной зоны, имели резкое различие у больных в зависимости от дифференциации опухоли. При дифференциации опухоли соответствующей G1 (142 больных), по сравнению с опухолями G3 (129 больных), достоверно меньше встречались как общий, так и патологический митоз ($\chi^2=6,91$, $p<0,001$), количество же сосудов более пяти раз меньше было при высокодифференцированном раке молочной железы и составило всего 17,4% от низкодифференцированного ($\chi^2=3,98$, $p<0,01$).

Выводы. Анализ связей дифференцировки опухолей с содержанием таких клеточных компонентов крови как лимфоциты, макрофаги и гранулоциты, показывает, хорошо обозначенная, статистически достоверная, отрицательно направленная корреляционная связь между дифференцировкой опухоли и данных клеточных комплексов в зоне опухолевой

инфильтрации и параканкрозного воспаления, указывающая на общую закономерность клеточной инфильтрации МО и исходом опухолевой болезни ($\chi^2=4,28$, $p<0,001$, $R_k=-0.302$, при $p<0.001$).

РОЛЬ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тиляшайхов М.Н.¹, Каххаров А.Ж.², Мусаева С.М.²

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт²

Цель: изучить влияние гистологических параметров, таких как инфильтрация опухоли лимфоцитов и отношение опухоли к строме на прогноз рака молочной железы.

Материалы и методы: Мы провели ретроспективный анализ данных от 95 больных раком молочной железы с T2N0M0, которые прошли комплексное лечение с 2011 по 2013 год. Пациенты были разделены на две группы: первая группа (основная) - 32 пациента с прогрессированием опухоли после комбинированного и комплексного лечения в течение 5 лет наблюдения. Контрольная группа состояла из 63 пациентов без прогрессирования опухоли в течение этого периода наблюдения.

Результаты: Опухоль с инфильтрацией лимфоцитов чаще наблюдалась в контрольной группе по сравнению с основной группой (85,7% и 34,4%, соответственно) со значением $\chi^2=25,89$, $p<0,001$. Анализ соотношения опухоли- стромы появлялось чаще в основной группе, по сравнению с группой, где ткани-стромы в большем количестве в контрольной группе (71.9% и 17%) $\chi^2=27.34$, $p<0.001$.

Заключение: Микроокружение опухоли оказывает статистически значимое влияние на исход заболевания. Признаки благоприятности включают опухолевые инфильтрирующие лимфоциты, а также плохие стромические опухоли. В то же время отсутствие опухолевых лимфоцитов и опухолей с высокой степенью негативно сказалось на исходе заболевания.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ

Тухтабоева М.Т.¹, Менглиева Б.Б.², Самандарова Б.С.³

ТОФ РСНПМЦОиР¹, ХОФ РСНПМЦОиР², УФ ТМА³

Актуальность. Заболевания молочных желез – одна из основных проблем современной женщины. Болезненность молочных желез зачастую женщины ассоциируют с раком молочной железы, поэтому необходимость в дифференцировке патологии молочных желез – перспектива настоящего времени. Заболевания молочных желез условно можно разделить на 3 большие группы: воспалительные, доброкачественные опухоли и злокачественные опухоли.

Цели и задачи. Методом выявления частоты встречаемости - определенной группы болезней молочных желез, пропаганда своевременного обращения женщин для консультации и ранней диагностики возможной патологии.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ обращаемости женщин с патологией молочных желез в кабинет маммолога поликлиники ТОФ РСНПМЦОиР за первый квартал текущего года. При этом выявлено доброкачественных заболеваний молочных желез 1466, подозрений на рак молочной железы 223, рак молочных желез 149, патологии не обнаружено у - 38 женщин. Доброкачественные болезни молочных желез необходимо отличать от воспалительных.

К воспалительным болезням молочных желез относятся: Мастит, Лактостаз, Трещины на сосках.

Доброкачественные болезни молочных желез условно делятся на 2 группы:

I. С наиболее благоприятным прогнозом и низкой степенью малигнизации:

Киста молочной железы, Галактоцеле, Мастопатия диффузная, Фиброаденома, Липома, Атерома молочной железы, Добавочные доли молочных желез

II. Доброкачественные образования молочных желез с неблагоприятным прогнозом и высокой степенью малигнизации:

Мастопатия узловая, Внутрисекторная папиллома

К злокачественным болезням молочных желез относятся:

Рак молочной железы, Рак Педжета

Вывод. За первые 3 месяца текущего года, всего женщин обратившихся в поликлинику по поводу болезни молочных желез было 1876, из них у 78% женщин была диагностирована доброкачественная патология, у 11% - подозрение на рак молочной железы, у 8% - Рак молочной железы, и лишь у 2% женщин патологии не было обнаружено. Современные методы диагностики позволяют своевременно диагностировать рак ранней стадии, предраковые патологии молочных желез, что обеспечивает своевременное лечение и снижение показателей смертности от рака молочной железы. Единственным противостоящим фактором остается несвоевременное обращение женщин для обследования. Именно поэтому необходимо проводить специальные семинары, подготавливать тематические ролики и повышать медицинскую культуру населения для более ранней диагностики и лечения злокачественной болезни молочных желез.

СОВРЕМЕННЫЕ АГЕНТЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Тухтабоева М.Т., Менглиева Б.Б., Самандарова Б.С.

ТОФ РСНПМЦОиР

Актуальность. За последние годы резко возросло число болезней молочных желез среди женщин. Объясняется это тем, что молочные железы очень чувствительны к изменениям гормонального фона, качеству половой жизни, изменению веса женщины и другим факторам, провоцирующим колебания половых гормонов. Актуальным считается ранняя диагностика онкозаболевания и своевременное радикальное лечение, применение органосохраняющей методики лечения.

Цель и задачи. Изучение взаимосвязи абортов, выкидышей, неблагоприятной половой жизни женщины, раннего наступления менопаузы с предраковой патологией и РМЖ у контрольной группы женщин.

Материалы и методы исследования. С целью выявления ранней стадии рака и предраковых заболеваний молочной железы был проведен профилактический осмотр женщин Зангиотинского района Ташкентской области. Осмотрено более 50-женщин, из них выбрана контрольная группа- 24 женщины. При анализировании данных, полученных методом пальпации и УЗИ молочных желез, выявлено: Здоровые женщины-2, диффузная мастопатия-14, узловая мастопатия- 2, фиброаденома- 4, повторная консультация диспансеризованных женщин с РМЖ- 2.

Из анамнезов у женщин наблюдались аборты, выкидыши, бесплодие, ранняя менопауза.

Аборты в анамнезе наблюдались у женщин с диффузной мастопатией - 57% случаев, с узловой мастопатией – 50% случаев, с фиброаденомой – 50% случаев, у диспансеризованных женщин с РМЖ 50% случаев. У здоровых женщин абортов в анамнезе не было.

Выкидыши наблюдались у женщин с диффузной мастопатией - 21% случаев, с узловой мастопатией – 50% случаев, с фиброаденомой – 25% случаев, у диспансеризованных женщин с РМЖ - 50% случаев. У здоровых женщин выкидышей в анамнезе не было.

Вывод. Физиологически – у женщин циклически меняется гормональный фон. Искусственное вмешательство извне провоцирует гормональный дисбаланс. Аборты, выкидыши, ранняя менопауза провоцируют гормональные перестройки в организме женщины, которые по истечению компенсаторных механизмов приводят к доброкачественным или злокачественным опухолям молочных желез. Именно поэтому женщин, у которых по медицинским или общественным показаниям были проведены аборты, необходимо наблюдать и в гинекологическом, и в маммологическом направлениях, чтобы «не упустить момент».

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА В III СТАДИИ: НАБЛЮДЕНИЕ ОТДЕЛЕНИИ ОНКОЛОГИИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Туйчиев О.Д., Усманов Б.Б., Хайрулдинов Р.В.

РСНПМЦОиР

Цель: анализ непосредственных результатов индукционной химиолучевой терапии при III стадии рака пищевода которые были под наблюдением в отделении онкологии пищевода и желудка РСНПМЦОиР за 2020-2021 гг.

Материалы. Для анализа использованы данные 21 больных с III стадией рака пищевода и для которых назначена 4 цикла индукционной химио (лучевой) терапии за 2020-2021 годы в отделении онкологии пищевода и желудка.

Обсуждение. За указанный период в отделении онкологии пищевода и желудка 21 больным назначена индукционная химиолучевая терапия в целях уменьшения число пораженных лимф узлов и уровень прорастания основного процесса в соседние структуры. 20 больных были с Плоскоклеточным раком (ПКР) пищевода и одна больная с мелкоклеточным раком пищевода, все в стадии III. Из 21 больных, 17 получили только ПХТ, 3 химиолучевую терапию и только одна больная получала дистанционную лучевую терапию. Из получивших ПХТ больных 13 получили ПХТ по схеме TP (паклетаксел 175мг/м², 1-сутки + цисплатин 75мг/мг² или карбоплатин AUC5, 1-сутки), 7 по схеме PF (цисплатин 75мг/мг² или карбоплатин AUC5, 1-сутки + 5-Фторурацил 1000мг/м²/сут, 1-4 сутки). Три больных, с одномоментной химиолучевой терапией, получили 40 Гр дозу лучевой терапии на фоне ПХТ по схеме PF.

Анализируя результаты, выявлено что у 9 (42,8%) больных наблюдалась регрессия, 7 больных после ПХТ по схеме TP, 2 после PF (1 после химиолучевой терапии). У 4 (19%) больных наблюдалась стабилизация процесса (1 после химиолучевой терапии) и у 8 (38%) больных в период наблюдения на фоне индукционной терапии прогрессировалась болезнь и перешли на IV стадию болезни. Из 9 больных с регрессией основной болезни, 6 были оперированы в отделении онкологии пищевода и желудка РСНПМЦОиР. Трое больных не обратились за хирургическим лечением. Больным со стабилизацией процесса рекомендовано продолжить ПХТ второй линии.

Заключение: индукционная терапия при запущенных стадиях рака пищевода почти в половине случаях дает возможность получить регрессию и провести радикальные операции. Таким образом, провести рестадирование после определенных циклов индукционной терапии обязательно.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СИТУАЦИИ ПО РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Улмасов Ф.Г., Ёров Л.Ш., Ризаев Т.А., Юлдошев Ж.А., Шарипов О.У.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель: изучение эпидемиологических аспектов и особенностей РМЖ, являющихся актуальными и востребованными в связи с увеличивающийся тенденцией как заболеваемости и смертности.

Материалы и методы исследования. Для проведения эпидемиологического анализа были получены данные из официальных отчетов - «Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями» (учетная форма №7-SSV) за 2013-2017гг. и Госкомстата РУз о численности населения по РУз и по Самаркандскому вилояту. Предметом исследования является – поиск эпидемиологических особенностей смертности от РМЖ в Республике Узбекистан и Самаркандском вилояте за исследуемый периоды.

В качестве основного метода при изучении смертности от РМЖ использовалось ретроспективное исследование с применением дескриптивных и аналитических методов современной онкоэпидемиологии. Для вычисления среднегодовых темпов роста и/или прироста динамического ряда использовались методы вычисления средней геометрической

погодных показателей темпа прироста/убыли. Измерение связи производилось вычислением коэффициента корреляции (вычисление силы связи между явлениями).

Результаты. Изучение показателей проведено за период с 2013- по 2017гг., при котором по Республике зарегистрировано 6852 случаев смерти от РМЖ. Год от года отмечается увеличение числа умерших больных от РМЖ, которое к 2017г. составило 1645 случаев. В возрастном аспекте структура умерших была следующей: до 15 лет – не отмечалось, 15-17 лет – 1(0,01%); 18-44 лет – 1156 (16,9%); 45-64 лет – 3955(57,0%); 65 лет и старше – 1740(25,4%). Наибольшее число умерших от РМЖ отмечалось в группе в возрасте 45-64 года - 57,7%. Среднегодовой средний возраст составил в динамике $57,6 \pm 0,16$ лет (95% ДИ 97,3-97,9 лет), среднегодовой темп прироста - $T_{пр} = +0,2\%$. Прогностические значения среднего возраста на 2020г. составили 58,5 лет.

Изучение среднегодовых «грубых» и «стандартизованных» показателей смертности выявили значительный рост грубого показателя в 2017 году в сравнении с наиболее низким показателем в динамике за изучаемый период в 2014г. – $8,0^{0/0000}$. Наиболее высокий рост грубого показателя отмечался в возрасте 65 лет и старше, который составил $48,8^{0/0000}$, наименьший показатель отмечался в возрасте 15-17 лет и составил $0,01^{0/0000}$.

Стандартизация показателей смертности показало наличие более высоких значений, при этом наиболее высокий он отмечался в 2017 году – $12,5 \pm 0,23^{0/0000}$ (95% ДИ 10,6-11,5). При существующей динамике процесса расчет темпов прироста показал его увеличение до $T_{пр} = +3,6\%$, расчет прогнозной смертности на 2020г. составил $14,1^{0/0000}$, при сохранении существующей линейной зависимости и динамики процесса.

Среднегодовой-средний возраст умерших в динамике за изученный период составил $59,5 \pm 0,45$ лет (95% ДИ 58,7-60,4 лет) с темпом убыли $T_{уб} = -0,4$, что указывает на «омоложение» возраста, в котором погибают женщины от этой патологии.

Зависимость показателей смертности от возраста согласно вычисленным была следующей: наибольшая смертность отмечалась в возрасте 65 лет и старше и составила $48,8 \pm 1,4^{0/0000}$ (95% ДИ 46,1-51,6^{0/0000}) с темпом прироста $T_{пр} = +1,9\%$; 45-64 года – $29,0 \pm 0,6^{0/0000}$ (95% ДИ 27,7-30,2^{0/0000}) $T_{пр} = +5,0\%$; 18-44 лет - $3,3 \pm 0,1^{0/0000}$ (95% ДИ 3,2-3,5^{0/0000}) $T_{пр} = +2,6\%$.

В дальнейшем были изучены «грубые» и «стандартизованные» показатели смертности от РМЖ в Самаркандском вилояте, при котором наибольшее значение по грубому показателю отмечалось в 2017г. и составило $7,7^{0/0000}$ в сравнении со стандартизованным, который был значимо выше – $10,4^{0/0000}$. Только лишь в 2014г. отмечалось динамическое снижение показателей, при этом грубый, составил – $4,3^{0/0000}$, а стандартизованный – $6,3^{0/0000}$. В последующие годы показатели смертности значительно выросли и в 2015г. составили – 6,4 и $8,4^{0/0000}$, соответственно. Анализ показателя смертности в динамике в различные возрастные периоды показал его повышение в возрасте 65 лет и старше, при котором он составил – $41,4 \pm 2,1^{0/0000}$ (95% ДИ 37,3-45,5) с темпом прироста $T_{пр} = +9,1\%$; в возрасте 45-64 лет – $20,7 \pm 2,1^{0/0000}$ (95% ДИ 16,6-24,7) $T_{пр} = +2,7\%$; наименьший показатель смертности отмечался в возрасте 18-44 лет, который составил $1,7 \pm 0,1^{0/0000}$ (95% ДИ 1,6-1,9) $T_{пр} = +8,7\%$.

Вывод. Сравнение погодных стандартизованных показателей указывает на значимое различие их с таковыми по Республике Узбекистан, по возрастным показателям среднегодовой возраст умерших находился в области 59-60 лет и согласно тренду не имел значимых колебаний. Смертность в возрасте до 40 лет встречалась редко и её уровень был самым низким. Максимальные показатели смертности отмечались в возрасте 65 лет и старше, при этом наибольшие тренды отмечались 52,1 лет в 2017 году.

Заключение. Как видно из полученных данных в Самаркандском вилояте отмечаются неравнозначные вычисляемые показатели смертности, а также их прогнозные значения в сравнении с республиканскими, что определяет необходимость проведения как организационных мероприятий на уровне первичного звена, связанных с профилактическими проблемами, а также совершенствования и внедрения современных методов диагностики и лечения РМЖ.

ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПАХ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

Умаров М.Х., Хасанова Д.Ф.

РСНПМЦОиР

Целью работы является изучить и оценить функциональной полноценности Т-клеток у больных РМЖ в динамике комплексного лечения.

Материалы и методы. В настоящей работе представлены результаты исследования содержания Т- В- лимфоцитов в сыворотке крови 45 больных раком молочной железы, в возрасте от 28 до 75 лет, из них 25 (55,6%) больных были обследованы в динамике. Всем пациенткам проводилась стандартная комбинированная противоопухолевая терапия. Контрольную группу составляли 20 (44,4%) практически здоровые женщины, той же возрастной группы, не имеющих в анамнезе онкологической патологии.

Полученные результаты. Изучение функциональной активности Т- и В-системы лимфоцитов в динамике позволило выявить особенностью заболевания является формирование недостаточности клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Так при исследовании параметров иммунного статуса у подавляющего большинства больных РМЖ имеет место достоверное снижение абсолютного (на 71,43%) и относительного (на 57,14%) числа Т –клеток, по сравнению с контрольной группой. В тоже время было отмечено, что при эффективном ответе на проведенное лечение увеличивается абсолютное количество Т клеток у 64,29% обследованных, а при рецидиве заболевания происходит падение числа Т клеток на 35,71 % клеток в периферической крови.

По мере метастазирования опухоли у больных отмечается прогрессирование иммунодефицитного состояния - возникает формирование более выраженной иммуносупрессии по В- и Т-системам лимфоцитов: уровни CD3- и CD4-Т-лимфоцитов.

Последние характеризуются снижением уровня CD4 Т-лимфоцитов и возрастанием содержания в крови CD8 Т-лимфоцитов, коррелирующих со степенью распространения опухолевого процесса. Максимальное нарушение соотношений CD4 и CD8 Т-лимфоцитов является прогностическим неблагоприятным признаком, свидетельствующим о развитии метастазирования опухоли.

Выводы. Таким образом, у больных злокачественными опухолями молочной железы, отмечаются значительные нарушения различных звеньев иммунного ответа организма. Проведенные исследования указывают на снижение количества естественных киллеров, Т-хелперов, функциональной активности Т-лимфоцитов, увеличение Т-супрессоров и их функциональной активности.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЁГКОГО С ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМ НАЗНАЧЕНИЕМ АДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ХИМИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Урмонов У.Б., Родионов Е.О.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты комбинированного лечения немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) с использованием предоперационной химиотерапии (ХТ), радикального хирургического вмешательства и персонализированного назначения адьювантной химиотерапии (АХТ) на основании уровня экспрессии генов монорезистентности в опухоли.

Материал и методы. В отделении торакальной онкологии НИИ онкологии Томского НИМЦ проведено проспективное исследование с участием 72 больных НМРЛ II–III стадии и проанализированы 4-х летние результаты. Всем больным на первом этапе комбинированного лечения проводилось 2 курса НАХТ винорелбин/карбоплатин и хирургическое лечение. Далее

больные были распределены на две группы. Основную группу составили 35 пациентов, которым после операции проведено 3 курса персонализированной АХТ на основании уровней экспрессии генов ABCC5, RRM1, TYMS, TOP1, TOP2 α , TUBB3, BRCA1 и ERCC1 в виде карбоплатинсодержащих дублетов со следующими химиопрепаратами: винорелбин, гемцитабин, доксорубицин, паклитаксел. В группе контроля (n=37) проведено 3 курса АХТ по схеме винорелбин/карбоплатин.

Результаты. После проведения 2 курсов НАХТ в обеих группах наиболее распространенным эффектом явилась стабилизация процесса (48 больных – 66,7%; 95% ДИ: 55,2–76,5). У 22 больных (30,6%; 95% ДИ: 21,1–42,0) зафиксирована частичная регрессия, и лишь у 2 больных (2,8%; 95% ДИ: 0,8–9,6) – полная регрессия опухолевого процесса. Статистически незначимых отличий по количеству осложнений при проведении НАХТ, хирургического лечения и АХТ в сравниваемых группах не выявлено ($p>0,05$). Безрецидивная выживаемость в основной группе составила 60,0% (95% ДИ: 43,6–74,5), в группе контроля – 43,2% (95% ДИ: 28,7–59,1). Общая выживаемость в основной группе составила 77,1% (95% ДИ: 61,0–87,9), в контрольной группе – 54,1% (95% ДИ: 38,4–69,0).

Заключение. Разработанный способ персонализированного назначения адъювантной химиотерапии больным НМРЛ на основании молекулярно-генетических характеристик опухоли позволяет улучшить показатели безрецидивной и общей выживаемости.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА II-III СТАДИИ

Урмонов У.Б., Афанасьев С.Г., Добродеев А.Ю.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить эффективность и переносимость комбинированного лечения раком пищевода (РП) с использованием предоперационной химиотерапии (ХТ) и радикальной операции.

Материалы и методы. В отделении абдоминальной онкологии НИИ онкологии Томского НИМЦ проведено проспективное исследование, в которое включено 70 больных плоскоклеточным РП II–III стадии. В основной группе (n=35) использовалось комбинированное лечение, включающее 2 курса предоперационной ХТ гемцитабин/цисплатин и радикальную операцию. В группе контроля (n=35) проводилась только радикальная операция. По прогностическим признакам исследуемые группы были сопоставимы ($p>0,05$). После завершения предоперационного лечения в основной и контрольной группах во всех случаях выполнена расширенная субтотальная резекция пищевода с 2-зональной (2F) лимфодиссекцией из комбинированного лапаротомного и правостороннего торакотомного доступа с одномоментной эзофагопластикой.

Результаты. Непосредственная эффективность предоперационной ХТ составила 47,0%, включая полную – 2 (5,7%) и частичную регрессию – 18 (51,4%). Стабилизация отмечена в 12 (34,3%) случаях, прогрессирование наблюдалось у 3 (8,6%) больных. Переносимость ХТ гемцитабин/цисплатин была удовлетворительная. Значимых различий в частоте послеоперационных осложнений и летальности между группами не отмечено ($p>0,05$).

В результате комбинированного лечения с предоперационной ХТ количество местных рецидивов (3,1%) и отдаленных метастазов (25%) было значимо меньше, чем при хирургическом лечении – 15,1% и 45,4% соответственно ($p<0,05$). Длительность безрецидивного периода в основной группе так же была достоверно выше, чем в группе контроля – $21,8\pm 1,1$ мес против $18,1\pm 1,2$ мес ($p<0,05$). Таким образом 2-летняя безрецидивная выживаемость больных РП II–III стадии в основной группе составила 71,8%, в контрольной группе – 39,4% ($p<0,05$). Общая 2-летняя выживаемость больных в основной группе при комбинированном лечении составила 81,3%, в контрольной группе всего – 51,5% ($p<0,05$).

Заключение. Лечение больных РП II–III стадии требует применения мультимодального подхода, включающего сочетание хирургического лечения с ХТ.

Комбинированное лечение РП II–III стадии с использованием предоперационной ХТ позволяет значительно увеличить 2-летнюю безрецидивную и общую выживаемость относительно больных, перенесших только хирургическое лечение.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИДА ТАШҲИС ҚЎЙИШ МАСАЛАЛАРИ

Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Сотволдиев К.Х.

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Сут беzi раки аёлларимиз орасида учрайдиган онкологик касалликлар орасида биринчи ўринни эгаллаб, касалланганлар сони йилдан йилга ортиб бормоқда. Маълумотларга кўра, дунё бўйича ҳар бир ўнинчи аёл сут беzi саратони билан хасталанар экан. Бир йилда сут беzi раки касаллиги туфайли 1,5 миллиондан ортиқ аёл дунёдан кўз юмади.

Сут беzi саратони аёлларда энг кўп учрайдиган ҳавфли ўсмадир. Касалланиш ҳамма иқтисодий ривожланган мамлакатларда йилдан-йилга ошиб бормоқда. Кузатишлар, сут беzi саратонининг кўпайиши ва касаллик ёшараётганлигини кўрсатмоқда. Бундан 10-15 йиллар илгари бу хасталик 50-60 ёшдаги аёллар ўртасида кўпроқ учраган бўлса, ҳозирги вақтда у 30-40 ёшдаги аёллар ўртасида ҳам тарқалиб бормоқда.

Афсуски, сут беzi саратони ва саратон олди касалликларини қандай кечишидан беҳабар, уни оддий касаллик деб юрган аёлларимиз ҳам йўқ эмас. Беморларнинг кўпчилиги сут беzi саратони касаллиги тўғрисида деярли маълумотга эга эмас. Бу ҳол жуда ташвишлидир.

Изланишдан мақсад. Сут беzi раки муаммосининг ечимини излаш ва унда ташҳис қўйиш масалаларини ишлаб чиқишдан иборат

Сут беzi ракида ташҳис қўйиш масалалари: сут беzi раки касаллигини диагностика қилишнинг асосий усули маммография ҳисобланади. Маммография - сут беzi касалликларини рентген нурлари ёрдамида аниқлаш усулидир. Бу усул асосан 35-40 ёшдан ошган аёлларга тавсия этилади. Унинг ёрдамида 92-96 фоизгача тўғри ташҳис қўйиш мумкин. Айниқса, бу борада рақамли маммографларнинг имкониятлари жуда катта. Чунки айнан у билан кўкракда пайдо бўлган микрокальцинатлар жуда яхши аниқланади. Микрокальцинатлар эса кўкрак саратони касаллигининг дастлабки белгилари ҳисобланади.

Экологик бузилишлар, хусусан, тупроқда, ичимлик сувида йод моддасининг танқислиги қалқонсимон без касаллигини кўпайишига қулай шароит яратмоқда. Қалқонсимон без касаллиги ўз навбатида организмимиздаги гормонал бузилишларга олиб келади. Натижада сут беziда ҳар хил дисгормонал ўзгаришлар, жумладан, саратон олди ва саратон касалликлари келиб чиқишига қулай муҳит яратилади.

Сут беzi саратонини эрта аниқлаш бу - радикал даволашда, касаллик натижаси, оқибатини яхшилашда жуда муҳим аҳамиятга эга. Ўз-ўзини текшириш сут беzi ўсмаларида қўшимча текшириш усулларида бири ҳисобланади. Бундан ташқари, 35 ёшгача бўлган хотин-қизлар сут безлари ультратовуш текширувидан бир йилда бир марта, 40 ёшдан ошганларга икки йилда бир марта маммография текширувидан ўтишлари лозим. Қишлоқ врачлик пунктларида мутахассисларимиз томонидан ўтказилаётган давра суҳбатларида бу ҳақида атрофлича маълумот бериб бораёпмиз.

Хулоса. Юқоридаги айтиб ўтилган фикрлардан шундай хулоса яшаш мумкинки, бу касалликка чалинган аёлларда ҳавф ва ўлим сонини камайтириш учун сут беzi саратони билан оғриган аёлларнинг даволашда уларнинг ҳар бирига индивидуал ёндашиш талаб қилинади. Аввало, уларнинг руҳий қуввати сусайишига йўл қўймасликка жиддий қаралади. Чунки ҳавфли ўсма ташҳиси ҳақида эшитиш - бу энди ҳаммаси тугади дегани эмас! Аксинча, умид ва ишонч, ҳаётга бўлган муҳаббат кучли экан, дард ҳам ортга чекина бошлайди.

БИОПСИЯ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Хасанов Д.Ш., Сотволдиев К.Х.****Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал РСНПМЦОиР**

Актуальность. Радионуклидная визуализация сигнальных лимфоузлов (СЛУ) выполнена у 122 больных раком молочной железы, которым перед биопсией этих лимфоузлов выполнялось внутриопухолевое введение коллоидных радиофармпрепаратов (РФП): у 89 больных-наноколлоидных (НК), а у 33-коллоидных с размером частиц от 200 до ЮООнм. После введения НК изображение СЛУ получено у 83 из 89 женщин. (93,3%). После введения крупных (200-1000 им и более) коллоидов визуализация СЛУ в этой группе достигнута у 27 из 33 пациенток, т.е. в 81,8% случаев в ($p<0,05$). При использовании НК в 55,8% случаев, наряду с СЛУ подмышечной области, получено изображение СЛУ в парастернальной области и/или лимфоузлов (ЛУ) второго и более порядков в подмышечной, под- и надключичной областях. Напротив, при использовании более крупных коллоидов в 85,1% случаев РФП накапливался только в СЛУ подмышечной области. Указанные отличия в топографии поглощения радиоколлоидов различного диаметра достоверны ($p=0.01$). Выводы. Использование НК РФП по сравнению с коллоидными РФП более крупного диаметра позволяет достоверно повысить эффективность визуализации СЛУ до 98,9%, однако, у 55,8% больных приводит к сопутствующему накоплению РФП в ЛУ второго порядка.

Цель исследования. Основной целью представленного исследования заключалось в изучении особенностей лимфооттока от опухолей молочной железы при использовании нано- и милликоллоидов, а также в уточнении роли радионуклидной визуализации в планировании и проведении биопсии СЛУ у больных РМЖ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов радионуклидной визуализации лимфоузлов (РЕШУ), выполненной после внутриопухолевого введения коллоидных радиофармпрепаратов (РФП) у 122 первичных больных раком молочной железы (РМЖ), обследованных в АООД с 2012 по 2017 год.

Результаты. После введения наноколлоидных РФП с диаметром частиц до 80-100 нм скintiграфическое изображение СЛУ получено у 83 из 89 обследованных женщин. В 6 случаях СЛУ не визуализировались, причем, у 5 из 6 этих больных при гистологическом исследовании операционного материала обнаружено массивное поражение подмышечных ЛУ, которое, вероятно, препятствовало эффективному транспорту радиоколлоидов из места введения в регионарные ЛУ. В одном наблюдении отсутствие накопления наноколлоидных РФП в СЛУ осталось без объяснения. В целом, эффективность использования наноколлоидов с диаметром частиц менее 100 нм для визуализации СЛУ у пациентов без массивного поражения подмышечных лимфоколлекторов составило 98,9%.

Возможности визуализации СЛУ после введения коллоидных частиц более крупного размера (порядка 200-1000 нм и более) оказались существенно скромнее. Сintiграфическое изображение СЛУ в этой группе больных получено у 27 из 33 пациенток, т.е. в 81,8% случаев.

Вывод. Полученные нами результаты подтверждают справедливость европейских рекомендаций, так как показывают, что после введения наноколлоидных препаратов с диаметром частиц до 100 нм проведение лимфосцинтиграфии позволяет получить информацию, имеющую важное значение для планирования биопсии СЛУ: почти у половины обследованных-отделить истинно СЛУ от ЛУ второго и более порядка, а у трети больных-обнаружить СЛУ за границами подмышечной области.

ЛОКАЛЬНЫЕ РЕЦИДИВЫ В ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Усмонова Ш.Т., Шаюсупов Н.Р., Турдиева Г.Х.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Рецидивы после радикальных мастэктомий локализуются в области грудной клетки, кожи или региональных лимфатических узлов. По данным мировой статистики, частота возникновения местных рецидивов (рака молочной железы) РМЖ колеблется от 10 до 30%, и многие авторы отмечают, что локальные рецидивы составляют не более 1/3 этих больных, а 2/3 имеют локорегионарные рецидивы.

Цель исследования. Изучение лимфатической жидкости из дренажа у 13 пациентов с диагнозом: Рак молочной железы, для определения злокачественных клеток в лимфатических жидкостях выделенные из установленных после операционных вакуум дренажей на дальнейшее возможное проявление локальных рецидивов.

Проводилась цитологическое исследования лимфатических жидкости на 2-3 сутки после радикальных операций, окрашенных по Романовскому-Гимзе мазков. Пациенты выделены на 2 группы: 1-группа-11 больных с диагнозом: Рак молочной железы pT2(3)N0(1)M0. 2-группа-3 больных с диагнозом: Рак молочной железы pT4N1(3)M0. Одна из них с распадом опухоли. В первой группе с люминальным типом А наблюдались 3 больных. С люминальным типом В Her2/neu отрицательным-4. Тройной негативным типом-1. Нелюминальным типом-1. И пациенты без иммуногистохимического исследования-2. Во второй группе с люминальным типом А наблюдалась 1 пациентка, у нее же диагностирован распад опухоли. Тройным негативным типом-1. И нелюминальным типом-1. При этом на оперативном лечении были-6 пациентов. На комбинированном: химиотерапия и оперативное лечение-7. Химиотерапия, лучевая терапия, опереативное лечение-1.

Цитологическое заключение в 1-ой группе: Злокачественные клетки не найдены. Во второй группе у одного пациента с распадающейся опухолью определено злокачественные клетки. У двоих: злокачественные клетки не найдены.

В периоде наблюдения у пациентке со второй группы с распадающейся опухолью через 2 месяца после оперативного вмешательство Радикальной мастэктомии по Маддену наблюдалось множественные локальные рецидивы в области после операционного рубца.

Вывод. Таким образом можно корректировать прогностическое значение сроков возможных возникновений локальных рецидивов у больных раком молочной железы.

ЮВЕНИЛЬНАЯ ФИБРОАДЕНОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Усмонова Ш.Т., Шаюсупов Н.Р., Аминова М.П.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Фиброаденома (ФА) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний молочных желез. ФА размером свыше 5 см называются гигантскими. ФА, встречающиеся у подростков, называют ювенильными. Как правило, их частота не превышает 0,52%. Примерно в 50-67% случаев для диагностики ФА достаточно одного физикального обследования.

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического метода лечения при гигантских размерах ювенильной фиброаденомы молочной железы.

Материалы и методы: больная М. 2010 11 лет. Обратилась ТГФ РСНПМЦО и Р с жалобами на боли в правой молочной железе, покраснение кожи правой молочной железы и резкое увеличение в объеме правой молочной железы. Из анамнеза образование появилась и правая молочная железа резко увеличилась в объеме в течение 2 недель. Заболевание ни чем не связывает. Локальный статус: молочные железы ассиметричные за счет образование в правой

молочной железе. Кожа правой молочной железы гиперемирована, натянута, отмечается стрии на коже. При пальпации правая молочная железа полностью замещена опухолью, болезненная. Размеры опухоли 15х15 см, плотно-эластичной консистенции, несколько подвижная. Из сосков при нажатии выделений нет. Регионарные лимфатические узлы справа не пальпируются. При УЗИ молочных желез выявлено образование в левой молочной железе, границы четкие, края не ровные, однородной структуры с размерами 15х14 см. В 06.11.2021 произведена трепанационная биопсия опухоли правой молочной железы. Патоморфологическое заключение: фиброзно-кистозная мастопатия, пролиферативная форма в виде протоковой гиперплазии. Выполнена операция-Энуклеация опухоли правой молочной железы. Сразу после операции гиперемии кожи исчезло, натяжение кожи разрешилось. После операции плановая микроскопия: ювенильная филоидная фибroadенома. На 5-е сутки после операции. Молочные железы приблизились к симметрии, равновеликие. Большая осталась в динамическом наблюдении.

Выводы. Таким образом выставлен окончательный диагноз, и оказано высокоспециализированная помощь. Пациентка остаётся под динамическим наблюдением.

РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ ЛИМФОВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗА

Узоков С.М., Каримова М.Н.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР, Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак молочной железы- остаётся самой частой патологией в структуре онкологических заболеваний у женщин. Поэтому проблема лечения рака молочной железы не должна ограничиваться решением только увеличения продолжительности жизни больных, но и необходимо придавать значение её качеству.

Лимфастаз - патология лимфатической системы, сопровождающаяся нарушением лимфобращения и задержкой лимфатической жидкости в тканях. Радикальная мастэктомия, выполняемая по поводу рака молочной железы, осложняется развитием лимфедемы верхней конечности в 10-40% наблюдений. Т.к при мастэктомии производится аксиллярная лимфодиссекция. Приоритет в создании искусственных лимфовенозных анастомозов принадлежит Н.И.Махову (1950) который впервые предложил и осуществил соединение лимфатических коллекторов бедра с подкожной веной путем введения в просвет вены лимфатического сосуда, при этом он на анастомоз швов не накладывал, то есть не фиксировал. В дальнейшем методика лимфовенозных анастомозов модифицировалась так в своих работах имплантировали периферический конец пересеченного лимфатического сосуда в просвет вены с помощью иглы с нитью и фиксировали одним швом к стенке вены.

Цель работы. Разработать методы профилактики вторичного лимфостаза верхних конечностей у больных РМЖ и провести сравнительный анализ результатов по поводу РМЭ с одномоментным формированием лимфовенозного анастомоза и РМЭ без наложения лимфовенозного анастомоза.

Материалы и методы. В отделение «Опухоли репродуктивной системы» СФРСНПМЦОиР находилось на стационарном лечении 30 больных с диагнозом рак молочной железы, состояние после 4-6 курсов НПХТ за период с января по мая месяца 2018 года. Из них 10 (33,3%) больным проведена операция «РМЭ с одномоментным наложением ЛВА, а 20 (66,6%) больным проведена операция «РМЭ без наложения ЛВА», т.е. во время операции проксимальные концы лимфососудов перевязывались или коагулировались.

Результаты. Все наблюдаемые нами больные оценивались путём измерения окружности верхней конечности сантиметровой лентой до и после операции и сравнивали противоположной стороной. Больным где проводилась операция «РМЭ+ЛВА» не наблюдалось отёк верхней конечности. Больным которым, не проводилось ЛВА из 20 у 8

больных наблюдалось незначительный отёк верхней конечности в стороне операции (разница в измерении до и после операции 4-6 см), со сроком наблюдения в течении 3х месяца. После операционное заживление раны во обоих группах первичное.

Выводы. Формирование лимфовенозного анастомоза - является современным хирургическим подходом, профилактики лимфостаза у больных раком молочной железы. Дренажирование лимфы в венозное русло, приводит к укорочению срока лимфореи тем самым устраняет риск появления лимфедемы. Это в своё время, восстанавливает работоспособность и улучшает качество жизни больных раком молочной железы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОРАКОДОРСАЛЬНО КОЖНО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Узоков С.М., Камалов Б.З., Джумаева М.Н.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: улучшить результаты социально психологической реабилитации и качество жизни пациенток путем применения реконструктивно-пластической операции после радикальной резекции и мастэктомии.

Материалы и методы. В отделение онкомамологии Самаркандского филиала РСНПМЦОиР с 2017г по 2021г реконструктивно-пластические операции с использованием ТДЛ были выполнена 32 больным РМЖ. Таким образом 11 пациенток была выполнена радикальная резекция с ТДЛ пластикой, 21 пациенток была выполнена радикальная мастэктомия с ТДЛ пластикой. Также с целью создания симметрии 8 пациенткам выполнена редукционная маммапластика.

Выводы. Таким образом, выполнение радикальной операции в сочетании с одномоментной реконструкцией ТДЛ у больных раком молочной железы способствует ранней реабилитации за счет сохранения формы органа и восстановления утраченного объема молочной железы по сравнению с мастэктомией. ТДЛ является универсальным пластическим компонентом который можно использовать для корригирующих реконструктивных операции молочной железы. Данный вид операции при отсутствии противопоказаний не ухудшает безрецидивную и общую выживаемость, тем самым обеспечивает условия для достижения удовлетворительных эстетических результатов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Узоков С.М., Каримова М.Н.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР, Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак молочной железы занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости у женщин. Более половины новых случаев РМЖ диагностируется у женщин старше 65 лет, что отражает демографическую особенность нашего времени в росте абсолютного числа людей пожилого и старческого возраста в общей структуре населения, а также в увеличении средней продолжительности жизни женщин.

Цель работы. Оптимизировать результаты лечения РМЖ у пожилых (старше 65 лет) больных, с учетом соматического статуса и клинико-морфологических и биологических особенностей заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследовании использовались ретро и перспективные данные, а также проанализированы истории болезней, амбулаторные карты больных находящихся на учете в Самаркандском филиале Республиканского Онкологического и Радиологического Научно Практического Центра, за период с 2014 по 2017 год. В исследование было включено 80 больных раком молочной железы (РМЖ) старше 65 лет, самой старше

возрастной пациентке на момент лечения было 80 лет. Из них 60 больным проведена ИГХ (иммуногистохимический исследование и определена молекулярно - биологический подтип).

Результаты. С учетом критериев и целей настоящего исследования было включено 60 больных получивших лечение в отделении маммологии с 2014 по 2017г. Все больные были распределены по возрастным группам 65-70 лет, 70-75 и 75 и старше лет. Изучена 5- летняя общая и безрецидивная выживаемость. Выживаемость у больных 65-70 лет ожидаемо лучше чем, в остальных возрастных группах и достигает 89,9%. В группе 70-75 лет 71,9% и в группе 75 и старше лет 67%. Среди всех включенных в исследование пожилых пациентов преимущественно встречается II стадия заболевания - 50 % и III стадия у 40%, что говорит о недостатках внедрения повсеместной ранней диагностики (скрининга) и отсутствия онкологической настороженности у пожилых пациентов. I стадия встречалась лишь у 10%.

Выводы. Таким образом, изучая особенности течения рака молочной железы в пожилом возрасте, мы пришли к следующим выводам: Назначение адъювантной химиотерапии в лечении люминального А биологического подтипа не улучшает показатели общей и безрецидивной выживаемости в сравнении с гормонотерапией. Последовательное назначение химиотерапии и гормонотерапии в лечении Люминального В подтипа у пожилых достоверно улучшает показатели 5летней в сравнении с одной только гормонотерапией - 68% против 41%. Лучшие показатели выживаемости достигнуты у больных с радикальными вмешательствами (мастэктомия или органосохраняющие операции) с лимфодиссекцией. В группе больных без лимфодиссекции 5-летний рубеж ни одна пациентка не пережила.

ПЭТ/КТ В ДИАГНОСТИКЕ И СТАДИРОВАНИЕ РАКА ЛЕГКИХ

Хайрулдинов Р.В.¹, Хикматов А.³, Юсупова О.Ж.²

РСНПМЦОиР¹, Ташкентская медицинская академия², Национальный детский медицинский центр³

Цель. Определение роли ПЭТ КТ в улучшение результатов диагностики и стадирование рака легкого и представить диагностические возможности в оценке ранее выявленных очагов в легких вовремя и вне скрининга согласно рекомендациям Fleischner, British Thoracic Societies, Lung-Rads

Материал и методы: проведено анализ непосредственных результатов 34 больных, проходивших лечение в специализированных отделениях РСНПМЦОиР МЗ РУ, в период с 2020г. по 2022 г. Под нашим наблюдением были 34 больных с различными нозологическими формами: периферический рак легкого у 19 больных, центральный рак лёгкого у 11 больных, НМРЛ у 4 больных. Большинство больных были с T1N0M0 - 23 больных, реже T2N0M0 выявлено у 7 больных, T2N1M0- у 4 больных.

Представлены примеры оценки очагов подозрительных на рак легкого, выявленных на ранних стадиях у пациентов в скрининговой программе с 1 ноября 2020 г по 31 декабря 2021 года, согласно имеющимся международным рекомендациям по тактике ведения очагов и стадирование рака легких.

Результаты и обсуждения. Представленные возможности ПЭТ/КТ для определения тактики ведения пациентов с ранее выявленными узлами в легких вовремя и вне скрининга по данным низкодозовой компьютерной томографии (НДКТ) и компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки согласно рекомендаций Fleischner, British Thoracic Society (BTS), LungRads позволяют с высокой степенью достоверности дифференцировать доброкачественные изменения в легких по типу очагов (фиброз, внутригрудной лимфатический узел, гранулема) и узловые изменения, характерные для злокачественных процессов (реактивного характера, первичный, вторичный рак легкого), основываясь на такие характеристики очагов, как рост, структура, метаболическая активность.

Нами изучены ПЭТ/КТ характеристики стадирование рака легких.

Выводы. Клинические исследования демонстрируют из современных методов диагностики ПЭТ/КТ с 18F-ФДГ обладает большими диагностическими возможностями в визуализации очагов в легких в наиболее ранние сроки, что позволяет установить стадии и своевременно начать лечение, в динамике после химиотерапии (эффективность лечения), и таким образом повлиять на качество жизни и улучшить витальный прогноз больных раком легкого.

СТАТИК РЕЖИМДА ТРАНСТОРАКАЛ БИОПСИЯ САМАРАДОРЛИГИ

Шарипов А.Б.², Обилов А.У.¹, Амриддинов А.У.², Равшанов М.Х.¹, Холиқов Ж.Т.¹, Мустафоев А.Б.³

Қашқадарё вилоят фтизиатрия ва пульмонология маркази¹, РИОваРИАТМ Қашқадарё филиали², BROSMED хусусий клиникаси Карши шаҳри³

Мавзунин долзарблиги. Трансторакал биопсия (ТТБ)- ўпка ва кўкс оралиғи ўсмалари диагностикасида гистологик ва цитологик верификация қилиш учун катта аҳамиятга эга. Хозирги вақтда динамик ва Ультратовуш назорати остида замонавий навигацион тизим орқали ТТБ олиш техник қийинчиликсиз амалга оширса бўлади. Лекин техник имкониятлар етарлича бўлмаган шароитда бу каби (ўпка ва Кўкс оралиғи) ўсмаларни гистологик тасдиқлаш долзарблигича қолмоқда. Илмий адабиётларда ТТБ олиш КТ ёки УЗДГ назорати остида олиш техникаси батафсил ёритилган бўлиб, статик режимда олиш ҳақида маълумот ёритилмаган.

Материал ва усул: 2016-2022 йилларда жами 92 беморда ТТБ ўтказилди. Трепан биопсия BARD MAGNUM ярим автоматик тизими TRU-CUT 14G ва 18G игналари 22 мм.ли узунликда амалга оширилди. Аёллар 35; эркак 65, ўртача ёш 55; МСКТ текширувида кўкс оралиғи ўсмаси 56; Периферик ўпка ўсмаси 36 ни ташкил этди. Ўсмалар ўлчами бўйича 3,5 см.дан 16 см.ни ташкил этди. МСКТ диски орқали, мультиплантар (MPR) кесмалар ёрдамида ўсма топометрияси олиниб, аниқ олинган ўлчамлар бўйича бемор танасига метка (TARGET) қўйилиб, шу жойдан статик режимда биопсия олинди.

Текширув натижалари. Олинган материаллардан 9 тасида натижа қониқарсиз; 83 тасида касаллик гистологик тасдиқлаш имкони бўлган, шундан 20-сил касаллиги; 19-тимома; 31-аденокарцинома; 13-мезотелиома; Беморларни биопсиядан кейинги кузатув 2-4 соатни ташкил этди. Жиддий асоратлар кузатилмади.

Хулоса. Статик режимда ТТБ орқали ўсмани гистологик тасдиқлаш Бизнинг кузатувимизда 90%ни ташкил этди. МСКТ ёрдамида мультиплантар (MPR) кесмалар ёрдамида аниқ бажарилган муолажа техник имкониятлари чекланган ҳолатда ҳам юқори технологик муолажани бажариш имконини беради.

НАШ ОПЫТ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТЫ ГЛАВНОГО БРОНХА

Эргашев Ш.К., Абдихакимов А.Н., Касымов А.А., Муталов Х.И.

ТОФ РСНПМЦОиР

Актуальность. Рак легкого (РЛ) занимает 2-3 место по частоте заболеваемости у мужчин в Ташкентской области. С этим диагнозом на учете в ТОФ РСНПМЦОиР состоят 268 больных из них 92 женщин, 176 мужчин.

Цель. Анализ результатов и представление методики успешного лечения несостоятельности культы главного бронха(НКГБ)

Материалы и методы. Изучены результаты операций, которые были проведены в Отделении Торако-абдоминальной хирургии Ташкентского областного филиала РСНПМЦОиР.

Результаты. С 06.01.2019 по 01.01.2022 года через отделение Торако-абдоминальной хирургии прошли 603 больных с диагнозом РЛ. Хирургическая активность 10%. Прооперировано всего 65 больных, 46 из них произведено диагностическая торакотомия. Выполнены всего 19 пневмонэктомии, 11 справа, 8 слева и 20 лобэктомии. Все больные были гистологические верифицированы.

У четырех пациентов развивалась клиника несостоятельности культи главного бронха (НКГБ). Один пациент умер, троих из пациентов выходили по новой разработанной нами методике. В основном НКГБ развивалось на 15-20е сутки после выписки пациентов из стационара. В связи с чем они повторно госпитализировались в экстренном порядке с клиникой ДН- III-IVст. Пациенты были широко задренированы после размещения в ОРИТ. После купирования ДН, на 2-3ие сутки пациентам были сформированы низкие торакостомии по средней аксилярной линии, куда дополнительно были установлены дренажные трубки максимальных размеров и была налажена методика «проточно-промывной санации». Кроме того ежедневно проводились санационные ФБС, с орошением бронхо-альвеолярного дерева. Назначена массивная, современная антибактериальная терапия до купирования ССВР. По данной методике из 4 пациентов удалось перевести на стадию хронизации в виде «бронхо-торакального свища». Данный свищ самостоятельно закрывался в сроках от 2х до 3,5мес. К моменту публикации все три пациента живы и получают соответствующие курсы химиотерапии.

Выводы. 1. Больные с НКГБ должны быть ориентированы на повторную экстренную госпитализацию в случае развития дыхательной недостаточности.
2. Перевод фазы острой эмпиемы с ДН в хроническую стадию свища при правильной, адекватной введении, проведение консервативных мероприятий позволяет спасти жизнь пациентам казалось бы с фатальными осложнениями.

СУЯК ҲАВФЛИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИ ДАВОСИ ВА НАТИЖАСИ

Элов Н.М., Ачилов Э.Ш.

РИО ва РИАТМНВФ

Мақсад: 2018-2021 йил мобайнида суяк ҳавфли ўсма касалликларини комбинирлашган даводан кейин беморлар яшовчанлигини аниқлаш.

Материаллар ва даволаш усуллари: 2018-2021 йил мобайнида диспансерда суяк ҳавфли ўсма касалликлари ва асоратлари билан 25 та бемор назоратга олинган бўлиб, аёллар-8(32%) та, эркаклар-17(68%) тани ташкил қилади. 18 ёшгача бўлган беморлар-7(28%) та. 19-45 ёшгача бўлган беморлар-14(56%) та. 45-64 ёшгача бўлган беморлар-4(16%) тани ташкил қилади.

Морфологик структураси бўйича: остеоген саркома, юкстокортикал остеосаркома. TNM системаси бўйича T2N0M0 билан 18 (72%) та бемор, R1T2N0M1 билан 2 (8%) та бемор. T2N0M1 5 (20%) та бемор. Учраши бўйича: Елка суяклари проксимал қисмида- 2 (8%) та беморларда, диафизар қисмида-1(4%) та беморда. Қўл қафт суякларида-2(8%) та беморларда. Сон суяклари проксимал қисмида-1(4%) та беморда, дистал қисмида-15 (60%)та беморларда. Катта болдир суяклари проксимал қисмида-2 (8%)та беморларда, дистал қисмида-2 (8%) та беморларда. Даволашда комбинирлашган (Хирургик даво+ПХТ (САР схемасида)) 3 (12%) та беморга. Комбинирлашган даво (Хирургик даво+ 4 курс ПХТ (ЕАР схемасида)+ Хирургик даво+ 4 курс ПХТ (Ифосфамид + Месна + Этопозид)) 1(4%) та беморга. Комбинирлашган даво ((САР схемасида)ПХТ+Хирургик даво+ПХТ (САР схемасида)) 21 (84%) та беморга ўтказилди. Бажарилган жаррохлик амалиёт хажмига кўра: Кўраклараро елка ампутацияси-2 (8%) беморда, чаноқ сон бўғимидан экзоартикуляция-2 (8%) та беморда, елка бўғимидан экзоартикуляция-1(4%)та беморда, тизза бўғимларини эндопротезлаш -2 (8%) та беморда, қўл ва оёқларда бажарилган ампутация амалиётлари-18 (72%) беморда ўтказилди.

Натижа. Кузатувга олинган беморларда ўтказилган комбинирлашган даво ўтказилганидан кейин 6 (24%) та беморда ўпкага метастаз, 1 (4%) та беморда ўпкага ва бош миёга метастаз кузатилди. 2018-2021 йил мобайнида кузатувга олинган беморлардан 5(20%) та сида ўлим кузатилди ва эркаклар орасида 3 (60%) та, аёлларда 2 (40%)та ни ташкил қилади.

МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКИЙ РАК ПИЩЕВОДА: ИНВАЗИВНАЯ ФОРМА АГРЕССИВНОГО РАКА

Юсупбеков А.А., Жураев Э.Э., Туйчиев О.Д., Чернышева Т.В.

РСНПМЦОиР

Цель: изучать встречаемость мультицентрического рака пищевода среди больных с раком пищевода пролеченных в отделении онкологии пищевода и желудка РСНПМЦОиР за 2019-2021 гг.

Обсуждение. За указанный период в отделении онкологии пищевода и желудка 6 больных были прооперированы с мультицентрическим раком пищевода. 4 из них женского пола, 2 мужского пола. Средний возраст 61 год (минимальный 54, максимальный 69). Продолжительность периода от начальных проявлений до второй степени дисфагии составляет в среднем 7,5-8 недель (от 4 до 10 недель). Средняя потеря массы тела $7,5 \pm 0,2$ кг. У 4 больных обнаружены по две опухоли и двух три опухоли. Стоит отметить, что во всех случаях основной процесс расположен дистальнее. Все больные были с плоскоклеточным раком пищевода, у 5 больных одинаковой дифференцировкой (1 – G1, 2 – G2, 2 – G3) и один с разной дифференцировкой двух опухолей. Всем больным, учитывая инвазивную форму и предрасположенность к подслизистой метастазированию, на первом этапе комплексного лечения выполнена операция МакКейна с трехзональной лимфадиссекцией. Послеоперационное морфологическое исследование показало что у всех исследованных больных имело место подслизистой диссеминации.

Заключение: мультицентрический рак пищевода является инвазивной формой рака пищевода и в связи со склонностью к интраорганному распространению требует максимальной экстирпации пищевода.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА: 22 ЛЕТНЫЙ ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

Юсупбеков А.А., Хайрулдинов Р.В., Расулов А.Э., Усманов Б.Б., Джураев Э.Э., Мадияров Б.Т., Джуманазаров Т.М., Чернышова Т.В.

РСНПМЦОиР

Цель. Сравнительный метаанализ результатов хирургического лечения у больных раком грудного отдела пищевода за последний 22 года.

Материалы и методы. За период с 2000 до октября 2021 года в отделении торакальной онкохирургии РСНПМЦОиР МЗ РУз было радикально прооперировано 745 больных с раком грудного отдела пищевода. Мужчин было 301 (40,4%), женщин – 444 (59,6%), средний возраст составил 56,7 лет (от 20 до 74 лет). С 2000 по 2012 года 289 пациентам была выполнена ТХЭ с анастомозом на шеи, а с 2012 по 2020 года 381 пациенту выполнено ТТЭ (операция Lewis). Кроме того, за исследуемый период 3-х зональная операция McKeown была выполнено 75 пациентам. Из 745 пациентов рак верхнегрудного отдела был диагностирован у 75 (10,1%) больных, средне грудного отдела пищевода был диагностирован у 225 (30,2%) больных, рак нижнегрудного отдела пищевода у 151 (20,3%) пациента и рак средне-нижнегрудного отделов диагностирован у 294 (39,4%) пациентов. Распределение больных по стадиям опухоли: I – 14 (1,9%), II – 307 (41,2%), III – 424 (56,9%).

Результаты. Общие послеоперационные осложнения отмечены у 152 (25,3%) больных. После ТХЭ (289 больных): несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза выявлена у 17 (5,88%) пациентов, сердечно-сосудистые - у 9 (3,11%), послеоперационное кровотечение у 5 (1,73%), некроз апикального отдела желудочного трансплантата у 12 (4,15%), легочные 11 (3,8%), плевральные 22 (7,61%), гнойно-септические у 6 (2,1%), панкреатит у 1 (0,34%) больного. Послеоперационная летальность отмечена у 31 больного, что составило (10,7%) больных. После ТТЭ (381 больной): несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза выявлена у 12 (3,15%) пациентов, сердечно-сосудистые осложнения - у 13 (3,41%), послеоперационное

кровотечение у 3 (0,79%), некроз апикального отдела желудочного трансплантата у 9 (2,36%), легочные осложнения у 11 (2,9%), плевральные осложнения - у 16 (4,2%), гнойно-септические осложнения - у 10 (2,6%), панкреонекроз - у 2 (0,52%) больных. Послеоперационная летальность отмечено у 22 больных, что составило (5,8%) больных. После операции McKeown (75 больных): несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза выявлена у 4 (5,3%) пациентов, сердечно-сосудистые - у 2 (2,7%), легочные у 4 (5,3%), плевральные у 2 (2,6%), гнойно-септические у 2 (2,6%), панкреатит у 3 (4,0%) больных. Послеоперационная летальность отмечено у 7 что составило (9,3%) больных.

Заключение. Из вышеизложенного следует, что с учетом онкологических принципов лечения - операция McKeown является выбора метода хирургического лечения при раке верхнегрудного отдела пищевода. При локализации патологического процесса на уровне средне-нижне грудного отдела пищевода, наиболее адекватным и оптимальным методом выбора лечения с онкологической точки зрения является операция Lewis. Выполнение ТХЭ позволяет увеличить операбельность среди больных с тяжелой сопутствующей патологией и функциональными дефицитами сердечно-сосудистой и дыхательных систем.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОГО ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО АНАСТОМОЗА

Юсупбеков А.А., Усманов Б.Б.

РСПМЦОиР

Цель. Уменьшение несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза (ПЖА) путем создания нового способа профилактики.

Материалы и методы. За период с 2019 до марта 2022 года в отделении торакальной онкохирургии РСПМЦОиР МЗ РУз было радикально прооперировано 197 больных с раком грудного отдела пищевода. Всем пациентам выполнено трансторакальная эзофагэктомия (ТТЭ) (операция Lewis) с наложением нового внутриплеврального анастомоза по методике клиники (№ FAR 01746). Мужчин было 87 (44,2%), женщин – 110 (55,8%), средний возраст составил 58,2 лет (от 28 до 72 лет). Из 197 пациентов рак среднегрудного отдела был диагностирован у 22 (11,2%) больных, рак нижнегрудного отдела пищевода у 50 (25,4%) пациентов и рак средне-нижнегрудного отделов диагностирован у 125 (63,4%) пациентов. Распределение больных по стадиям опухоли: I – 3 (1,5%), II – 82 (41,6%), III – 112 (56,8%).

Результаты. Общие послеоперационные осложнения отмечены у 37 (18,8%) больных. Несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза не наблюдалось, сердечно-сосудистые осложнения - у 8 (4,1%) больных, некроз апикального отдела желудочного трансплантата у 2 (1,0%) больных, легочные осложнения у 15 (7,6%), плевральные осложнения - у 12 (6,1%) больных, гнойно-септические осложнения - у 4 (2,0%) больных. Послеоперационная летальность отмечено у 10 больных, что составило (5,1%), из них 2 (1,0%) от коронавирусной пневмонии.

Заключение. Из вышеизложенного следует, что с внедрением нового способа наложения ПЖА с принципами профилактики по методу клиники, за последние 3 года несостоятельность ПЖА не наблюдалась.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Юсупбеков А.А., Усманов Б.Б., Хамидов Х.Х.

РСПМЦОиР, Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Хирургическое лечение пациентов со злокачественными новообразованиями пищевода является одним из наиболее сложных и интересных вопросов современной хирургии. Быстрое развитие современной технологии и модернизация реанимационной

службы позволило расширить показания к выполнению расширенных и комбинированных операции при кардиоэзофагеальном раке (КЭР).

Цель исследования: оценка непосредственных результатов хирургического лечения рака кардиоэзофагеальной зоны

Материалы и методы. За период с 2018 по 2021 гг было взято 60 больных с диагнозом рака кардиоэзофагеальной зоны пищевода и прооперированных в отделении торакальной онкохирургии РОНПМЦОиР. Мужчин было 39 (65%) женщин – 21 (35%), средний возраст составил 57,8 лет (от 39 до 76 лет). В зависимости от вида операции больных, для адекватного составления данных, больные разделены на 3 группы. А группа- 28 больных с III типом после расширенной гастрэктомии с резекцией нижней трети грудного отдела пищевода, В группа- 13 больных со II типом которым выполнена операция по типу Гэрлока, С группа 19 больных с II-III типом которым выполнена операция по типу Гэрлок-Осавы.

Результаты исследования и их обсуждения. Большинство больных 56 (93.3%) были прооперированы при III и IV стадии заболевания. Гистологически диагностирована аденокарцинома у 47 (78,3%), плоскоклеточный рак у 10 (16,66%), перстневидноклеточный рак у 3 (5%). Радикальными, по данным интраоперационной ревизии и результатам гистологического исследования удаленного препарата, признаны 57 (95%) из общего числа операции. Местно-распространенный процесс с вовлечением окружающих органов наблюдался у 3 (5%) больных, что потребовала выполнения комбинированных и расширенных по объёму резекции. У 5 (8,33%) больных выполнена симультанная операция: спленэктомия у 2 (3,33%), холецистэктомия у 3 (5%). Интраоперационная кровопотеря колебалась от 200мл до 350мл. Из осложнений послеоперационного периода несостоятельность швов анастомоза 3 (5%) , также не связанных непосредственно с хирургической техникой, плевропневмонию- у 1 (1,66%), дыхательная недостаточность- у 2 (3,33%), желчеистечение – 1 (1,66%), сердечная недостаточность – у 2 (3,33%), лимфоррея – 1 (1,66%). Следует отметить, во всех случаях осложнений были ликвидированы путём интенсивной консервативной терапии.

Выводы. Изучение непосредственных результатов свидетельствует о целесообразности выполнения операция упомянутых выше при раке кардиоэзофагеальной зоны, что сопровождается до 95% удовлетворительными результатами. В нашем наблюдении до 11% случаев сопровождалась развитием послеоперационных осложнений, что соответствует данным ведущих специализированных клиник мира. При этом частота послеоперационных осложнений зависела от стадии заболевания и возрастной категории пациентов (~60 лет). Хирургическое лечение пациентов с раком кардиоэзофагеальной зоны целесообразно проводить в условиях специализированных онкологических центров, что позволяет добиться адекватной радикальности и снижения послеоперационных осложнений. Также включение послеоперационной адекватной терапии приводит к уменьшению возможных осложнений послеоперационном периоде.

РАЗДЕЛ 4.**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА****ОКСИДАНТНЫЙ И АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ****Авазов Ж.Х., Сабиров А.И.****Хорезмский филиал РСНПМЦОиР**

Целью исследования явилось изучение и анализ динамики параметров оксидантной и антиоксидантной защиты в ранний послеоперационный период перитонита у детей.

Материалы и методы. Обследовано 44 ребенка (13-17 лет), из которых 34 ребенка поступили с перитонитом при благоприятном исходе (10 в реактивной стадии, 24 в токсической стадии) и 10 пациентов с неблагоприятным исходом заболевания. В 31,8% наблюдений причиной перитонита был аппендицит, в 22,7% - повреждения полых органов брюшной полости, в 39,2% - как послеоперационное осложнение. По характеру выпота в брюшную полость и состоянию желудочно-кишечного тракта в 40,9% (18 детей) зарегистрирован серозно-фибринозный перитонит; в 18,2% случаев – разлитой гнойный перитонит; в 9,1% - ферментативный и серозный перитонит; в 9,2% - местный серозно-фибринозный и диффузно-геморрагический перитонит. Для выявления оксидантного и антиоксидантного статуса изучали: сыворотку крови, общую оксидантную (ООА) и антиоксидантную (ОАА) активность; уровень тиобарбитуровой кислоты (ТБК).

Результаты и выводы. Исследования выраженности нарушений динамики клинико-лабораторных показателей и параметров ООА и ОАА позволили выявить манифестирующие биохимические звенья развития интоксикации в ранний послеоперационный период. Достоверные различия были установлены у детей с реактивной стадией перитонита на 1 сутки наблюдений; снижение активности каталазы (42%) и ОАА эритроцитов на 21%; возрастание уровня ОАА сыворотки крови (на 34%) и ООА на 24%. Концентрация ТБК возрасла в 2 раза. Токсическая стадия перитонита характеризовалась выраженными тенденциями изменений состояния антиоксидантной защиты и свободно-радикального окисления: на 1 сутки послеоперационного периода активность ОАА в эритроцитах снижалась на 19%, ОАА – на 38% со снижением ООА на 44%. На 3 и 5 сутки после операции направленность изменений анализируемых параметров ОАА и ООА сохранялась.

Таким образом, у больных разлитым перитонитом прогностическим комплексом нарушений оксидантного статуса крови могут служить уровень общей оксидантной активности крови и концентрация ТБК активных продуктов в сыворотке крови. В совокупности с общей антиоксидантной активностью в сыворотке крови и эритроцитах эти параметры характеризуют состояние системы «свободно-радикальное окисление- антиоксидантная защиты» в крови.

ОСОБЕННОСТИ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ ПРИ РАННЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА**Ахмедов М.М., Ташматова Ю.Ж., Мамадалиев М.М.****Андижанский филиал РСНПМЦОиР**

Актуальность. Рак желудка - злокачественная опухоль, развивающаяся из эпителия слизистой оболочки желудка. Является одной из самых распространенных злокачественных опухолей человека, уступая лишь раку легких у мужчин и раку молочной железы у женщин. Ежегодно в мире регистрируют около 38 тыс. новых случаев рака желудка и более 33 тыс. больных умирает от этого заболевания. Мужчины заболевают в 1,3 раза чаще женщин, пик заболеваемости приходится на возраст старше 70 лет.

Цель исследования. Целью настоящей работы является оптимизация выбора объема лимфаденэктомии при хирургическом лечении больных РРЖ.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование включало ретроспективный анализ 121 больного РРЖ, оперированного в АООД в период 2020-2021гг. Из них в 32 случаях было проведено комплексное морфологическое исследование с применением определенной панели иммуногистохимических маркеров. в 11 наблюдениях РРЖ в пределах слизистой оболочки; 11 - с инвазией подслизистого слоя; 10- с метастазами в лимфатические узлы.

Отдельную группу наблюдений составили 22 больных с предоперационным диагнозом «РРЖ», у которых было проведено интраоперационное исследование сторожевых лимфатических узлов (СЛУ).

Результаты исследования. Выраженная пролиферативная активность в опухоли, плотность микрососудистого русла, выраженная экспрессия тенацина, ММР 2 и 9 являются дополнительными предикторами инвазии в подслизистый слой и метастазов в лимфатические узлы.

5-ти летняя выживаемость больных ранним раком желудка при отсутствии регионарных метастазов составляет $94,1 \pm 4,3\%$, а при их наличии - $80,0 \pm 2,2\%$ ($p < 0,05$).

Основным предиктором лимфатического метастазирования при РРЖ является глубина инвазии опухоли ($p = 0,033$). Размер опухоли более 2см, эндофитная форма роста, локализация опухоли в верхней трети желудка, перстневидноклеточный рак и рак сложного строения указывают на большую вероятность поражения регионарных лимфатических узлов метастазами при раннем раке желудка.

Определение сторожевых лимфатических узлов с помощью лимфотропного красителя со срочным морфологическим исследованием является перспективным методом интраоперационной диагностики, позволяющим с высокой достоверностью оценить состояние регионарных лимфатических узлов при раннем раке желудка. Точность, чувствительность и специфичность метода при раннем раке желудка составили 100%.

Комплексная оценка предикторов лимфогенного метастазирования в сочетании с исследованием сторожевых лимфатических узлов позволяет отказаться от рутинного выполнения расширенной лимфаденэктомии при раннем раке желудка.

Вывод. Таким образом, результаты нашего исследования позволяют выделить следующие микроскопические предикторные факторы инвазии, в подслизистый слой и метастазирования в лимфатические узлы при РРЖ. выраженную реакцию с тенацином в опухолевых клетках и строме опухоли, положительную реакцию с ММР 2 и- 9, выраженную пролиферативную активность, возрастание плотности микрососудистого русла в опухоли и прилежащей, слизистой оболочке. Эти признаки должны оцениваться в сочетании с другими макро- и микроскопическими признаками; что позволит более достоверно оценивать риск инвазии подслизистого слоя и метастазирования в лимфатические узлы.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ахмедов М.М., Ташматова Ю.Ж., Бабаханов А.Т.

Андижанский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Современными особенностями рака желудка является возросший удельный рост низкодифференцированных форм опухолей (диффузных по P.Lauren), характеризующихся агрессивным течением, инфильтративным характером роста, проксимальной локализацией и ранним лимфогенным метастазированием.

Цель исследования. Улучшить раннюю диагностику рака желудка у лиц молодого возраста.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование включало ретроспективный анализ 65 больного РЖ, оперированного в АООД в период 2020-2021гг.

Результаты исследования. Злокачественный процесс желудка у лиц молодого возраста имеет очень быстротечный характер. В клинической картине наиболее выражены болевой и диспепсический синдромы (тошнота, рвота). Болевой синдром протекает под «маской» неопухолевых заболеваний желудка, что служит причиной поздней обращаемости больных и плохой выявляемости на ранней стадии заболевания. У 94,4% молодых больных заболевание выявлено в III-IV стадии. Для больных раком желудка молодого возраста характерны «короткий» анамнез заболевания (у 62,5% - от 1-6 мес.), снижение гемоглобина и эритроцитов в 1,2 раза ($P<0,001$), снижение палочкоядерных лейкоцитов в 2,4 раза ($P<0,001$), повышение СОЭ в 2,9 раз ($P<0,001$). Выживаемость молодых пациентов, больных раком желудка очень низкая. Общая выживаемость (1, 3-х и 5-летняя) составила 30,3%, 14,7%, 10%. Выживаемость (1, 3-х и 5-летняя) в группе больных, которым проведено комбинированное и хирургическое лечение - 55,8%, 32,1%, 23,7%. Морфологическая структура опухоли характеризуется наибольшей агрессивностью — 80,6% составляют малодифференцированная аденокарцинома и перстневидноклеточный рак. При гистологическом исследовании слизистой оболочки желудка вне опухоли обнаружены явления хронического неатрофического гастрита, сопровождающиеся кишечной метаплазией полного (тонкокишечного) и неполного (толстокишечного) типов, явлениями дисплазии с высокой степенью атипии клеток.

Хронический неатрофический гастрит является наиболее распространенным заболеванием в молодом возрасте. Гистологическое изучение слизистой оболочки желудка при неатрофическом гастрите (неполная кишечная метаплазия, дисплазия с высокой степенью атипии) позволяет отнести данную патологию к наиболее опасной в плане малигнизации. В связи с этим раннее выявление, своевременная диагностика, правильная тактика наблюдения и лечения молодых пациентов с предраковыми заболеваниями и изменениями слизистой оболочки желудка является непременным условием профилактики рака желудка.

Вывод. Лица молодого возраста с клинической картиной хронического гастрита подлежат в обязательном порядке рентгенологическому и эндоскопическому обследованию со взятием биопсии и последующим гистологическим исследованием.

Больные хроническим неатрофическим гастритом составляют группу риска и подлежат диспансерному наблюдению с ежегодным эндоскопическим обследованием желудка.

ҚОРИН БЎШЛИҒИ НООРҒАН ҲАВФЛИ ЎСМАСИ АТИПИК ЖОЙЛАШИШИ (АМАЛИЁТДАГИ ХОДИСА)

Галдиев А.К., Тулаев А.Р., Болтаев М.И.

РИО ва РИАТМ БФ

Қорин бўшлиғи ноорган ҳавфли ўсмаларининг жойлашиш жойига қараб қорин парда орти ва кичик чанокда жойлашиши адабиётларда кўрсатилган, лекин талок дарвозаси соҳасида ноорган ҳавфли ўсма учраши баён этилмаган. Қорин бўшлиғи ноорган ҳавфли ўсмалари умумий ҳавфли ўсмаларнинг 0,09% дан 0,3% ни ташкил қилса талок дарвозаси ноорган ҳавфли ўсмалари эса адабиётларда учраши қайд этилмаган. Бухоро вилоят РИО ва РИАТМ БФ шароитида ҳам қорин бўшлиғи ноорган ҳавфли ўсмалари кам фоизда учраганлиги аниқланди. РИО ва РИАТМ БФда 2014 й июль ва август ойларида талок дарвозаси соҳаси ноорган ҳавфли ўсмаси билан 2 та бемор ётиб даволанди.

Бемор С 1961 й.т. шикоят. Чап томон қовурға ости соҳасида осилиш ва нохушлик сезишидан. Анамнезидан бемор профилактик кўрувда УТТ текширувидан ўтиб, талок дарвозасида ҳажмли ҳосила аниқланган ва РИО ва РИАТМ БФга қайта текшириш мақсадида юборилган. Беморни РИО ва РИАТМ БФ шароитида комплекс текширилди. УТТ-жигарда ўчоқли ўзгаришлар аниқланмади, бўйрақлар патологиясиз, талок дарвозасида ҳажмли ҳосила аниқланиб, ўлчами 105х75х21ммни ташкил қилади. Хулоса - талок дарвозаси ўсмаси. Кўшимча талок?. МСКТ хулосаси талок дарвозаси ўсмаси. Беморни врачлар консилиумидан кейин

02.08.2014 йилда Лапоротомия - талоқ дарвозаси ўсмасини кесиб олиш операцияси бажарилди. Гистологик хулоса - Фибросаркома.

Бемор М 1999 й.т. чапдан қовурга ости соҳасида оғриқдан шикоят қилиб келди. Бемор РИОваРИАТМ БФ гача яшаш жойида тўлиқ текширилган. УТТ - жигар, талоқ ва буйракларда ўчоқли ўзгариш аниқланмади. Талоқ дарвозасида 66x61 мм ҳажмли ҳосила аниқланади. Хулоса - талоқ дарвозаси ўсмаси? Ошқозон ости беи дум қисми ўсмаси? МСКТ-қорин бўшлиғи ўсмаси. Бемор РИОваРИАТМ БФда комплекс текширилгандан кейин врачлар консилиумига биноан 05.08.2014йилда - лапоротомия талоқ дарвозаси ўсмасини олиш, спленэктомия, ошқозон ости беи дум қисми резекцияси операцияси» бажарилди. Гистологик хулоса - мезенхимал саркома.

Хулоса: қорин бўшлиғи ноорган ва талоқ дарвозаси ўсмалари амалиётда ҳам учраши мумкин.

ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Джураев М.Д., Худайбердиева М.Ш., Худойёров С.С., Досчанов М.Т.

РСНПМЦОиР

Актуальность. Лечение больных раком желудка (РЖ) остается актуальной проблемой современной онкологии. Рецидив заболевания является одной из основных причин смертности при этой патологии. Хирургическое лечение рака культи желудка – экстирпацию культи желудка, резекцию пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного анастомозов, является основным радикальным методом лечения данной патологии.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения рецидивного рака желудка.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 79 больных рецидивным раком желудка, находившиеся на стационарном лечении в клинике РСНПМЦОиР РУз с 2011 по 2019 гг. Мужчин было 57 (72,2%), женщин – 22 (27,8%). Из них у 33(41,8%) была выполнена операция в объеме дистальной субтотальной резекции желудка по Бильрот-I, у 46 (58,2%) – по Бильрот-II. Лимфодиссекция в объеме D2 произведена всего 22 (27,8%) больным. Из 79 пациентов повторные хирургические операции произведены 41 больным. Операбельность составила 51,9%. Из них 18 больным выполнена экстирпация культи желудка с наложением эзофагоюноанастомоза по РУз. Общая резектабельность – 43,9%. В 14 (34,1%) случаях операции закончились наложением гастроэнтероанастомоза и в 8 (19,5%) случаях – эксплоративной лапаротомией.

Результаты. Безрецидивный период после операции по Бильрот-I составил 6,4±0,2 мес, а после Бильрот-II – 13,6±0,4 мес. Из 33 больных, которым ранее произведена резекция желудка по Бильрот-I, повторной операции подверглись только 12. Из них удалось выполнить операцию в объеме R0 2 больным, резектабельность составила 16,6%, а после Бильрот-II повторной операции подверглись 29 больных. Операбельность составила 70,7%. Радикальные операции удалось выполнить 16 больным. Резектабельность составила 55,2%.

Заключение. Пути улучшения отдаленных результатов лечения рецидивного рака желудка связаны с адекватным объемом операции и повышением радикализма оперативного вмешательства.

ЛЕВОСТОРОННИЙ СПОСОБ МОБИЛИЗАЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ РАСШИРЕННОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ

Джураев М.Д., Эгамбердиев Д.М., Досчанов М.Т.

РСНПМЦОиР

Актуальность. При местнораспространенных злокачественных опухолях желудка хирургический метод лечения до настоящего времени остается проблемой абдоминальной онкохирургии. Комбинированная гастрэктомия является одной из наиболее тяжелых и травматичных операций в абдоминальной хирургии. При этом требуется выполнение

дополнительных оперативных вмешательств на смежных органах. Почти каждая из этих дополнительных операций таит опасность развития различных по тяжести осложнений, повышая риск комбинированной гастрэктомии.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения рака желудка с инвазией в поджелудочную железу (ПЖ), путем усовершенствования хирургической тактики. **Материалы и методы.** Рандомизированы 108 больных раком желудка, перенесших расширенно-комбинированную гастрэктомию. В зависимости от варианта мобилизации больные были разделены на две группы. В первую (основную) группу включено 52 больных, перенесших расширенно-комбинированную гастрэктомию с левосторонним способом мобилизации (ЛСМ) желудка, в контрольную – 56 больных, перенесших расширенно-комбинированную гастрэктомию с обычным способом мобилизации желудка. 16 (30,8%) больным основной группы и 19 (33,9%) больным контрольной группы произведена плоскостная резекция ПЖ, 19 (36,5%) больным основной и 21 (37,5%) больным контрольной группы операция комбинировалась спленэктомией и резекцией хвостатой части ПЖ, в 17 (32,7%) и 16 (28,6%) случаях произведена гемипанкреатэктомия, соответственно.

Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 10 (19,2%) больных основной группы и у 12 (21,4%) больных – контрольной группы. Хотя различия по количеству послеоперационных осложнений оказались статистически не значимыми в обеих группах, ЛСМ при РЖ с прорастанием в ПЖ имеет ряд преимуществ. 1) удобство (ЛСМ оказался более удобным для оценки уровня инвазии опухолевого процесса в ПЖ и для произведения адекватного объема резекции); 2) объем кровопотери оказался в среднем меньше на +100мл при ЛСМ по сравнению с обычным способом мобилизации; 3) время операции укоротилось на 20 мин при ЛСМ по сравнению с обычным способом мобилизации.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что комбинированные вмешательства при раке желудка с прорастанием в поджелудочную железу являются оправданной тактикой, и при этом ЛСМ достаточно удобен и менее травматичен.

ХИМТОЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Джураев М.Д.
РСНПМЦОиР

Рак поджелудочной железы (РПЖ) встречается в 3% случаев от всех онкологических заболеваний. Операбельными являются лишь 10-20% больных РПЖ. В связи с этим весьма актуальным является изучение возможностей рентгеноэндоваскулярного лечения РПЖ.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных раком головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. Нами в период с 2015 по 2018 гг. произведена химиоэмболизация панкреатических ветвей а.gastroduodenalis 16 больным нерезектабельным раком головки поджелудочной железы T4 N1 M0 . Диагноз гистологически верифицирован у всех больных. Сильный болевой синдром отмечался у 7 (43,8%) больных, средней интенсивности – у 6 (37,5%) и умеренной – у 3 (18,7%) больных. Уровень онкомаркера СА-19-9 у всех больных был значительно выше нормы и в среднем составил 28,4 ЕД/мл. Для осуществления химиоэмболизации использовали суспензию Гемцитабин 1 гр, по 5 мл Йодолипола, которые вводились в панкреатические ветви а.gastroduodenalis с введением ГДА спирали Гиантурко. Критерием оценки эффективности лечения служили. изменение интенсивности болевого синдрома, изменение уровня онкомаркера СА-19-9. 3. Оценка эффективности лечения проводилась согласно рекомендациям ВОЗ.

Результаты. Осложнений, связанных с проведением процедуры, не наблюдали. У 13 больных, отмечавших сильные и боли средней интенсивности, прекратились полностью у 7 (53,8%), уменьшились значительно – у 6 (46,2%) больных, у 3-х больных с умеренным болевым

синдромом боли прекратились. Уровень онкомаркера после химиоэмболизации резко снизился у 9 (56,3%) больных, значительно снизился - у 4 (25,0%) больных и остался без изменения – у 3 (18,7%) пациентов. Полный эффект не наблюдался ни у одного больного. Частичный клинический эффект наступил у 75% больных, стабилизация процесса у 25,0% больных, прогрессирование процесса не наблюдалось. Средняя продолжительность жизни составила 9,2±0,4 мес.

Заключение. Химиоэмболизация при нерезектабельном раке головки поджелудочной железы по сравнению с системной химиотерапией достоверно улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ЦИРРОЗОМ

Джураев М.Д., Досчанов М.Т., Худоёров С.С.
РСНПМЦОиР

Цель. Изучить результаты хирургического лечения первичного рака печени (ПРП), развившегося на фоне цирроза.

Материалы и методы. С 2011 по 2019 гг. 17 больным по поводу ПРП, развившегося на фоне цирроза в стадии T2-3N0-1M0, произведены радикальные операции. У 13 (76,5%) больных имел место цирроз печени класса A Child-Pugh, у 4 (23,5%) больных - класса B. 8 (47,1%) больным произведены операции в объеме гемигепатэктомия, 9 (52,9%) - атипические резекции печени.

Результаты. В послеоперационном периоде у 9 (52,9%) больных развивались осложнения разного рода. Специфические осложнения развивались у 6 (66,7%) больных, у 3 (33,3%) больных осложнения имели общехирургический и соматический характер. Из них у 6 (75%) больных после обширных резекций, у 3 (33,3%) больных – после экономных резекций, у всех 4 (100%) больных циррозом печени класса B по Child-Pugh, у 5 (38,5%) больных класса A. Печеночная недостаточность развивалась у 4 (44,5%) больных, кровотечение – у 2 (22,2%) больных, тромбоэмболия легочной артерии – у 1 (11,1%) больного, нагноение послеоперационной раны – у 2 (22,2%) больных. После операции умер 1 больной, у которого на 3 сутки после операции диагностирована тромбоэмболия легочной артерии. Все виды осложнений устранены консервативными мероприятиями, повторных оперативных вмешательств не произведено.

Заключение. Активная хирургическая тактика при ПРП, сочетающегося с циррозом печени, оправдана. Послеоперационные осложнения прямо пропорциональны не только объему резекции, но и зависят от степени развития цирроза печени. Осложнения больше имеют специфический характер, который при адекватном лечении устраним консервативным путём.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

Джураев М.Д., Худоёров С.С., Нишинов Д.А., Досчанов М.Т.
РСНПМЦОиР

Актуальность. Одними из редких изученных патологий современной онкологии являются мезенхимальные опухоли желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). По данным авторов они составляют 1-3% от всех новообразований ЖКТ и, в основном, представлены лейомиомами, лейомиосаркомами и шванномами. Эта группа новообразований объединена в группу «Gastro-intestinal stromal tumor» (GIST). Редкость данной патологии, а также скудная клиническая картина требует индивидуального подхода в диагностике и лечении данной группы патологии.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей желудка.

Материалы и методы. С 2014 по 2019 гг. в отделении абдоминальной хирургии РСНПМЦОиР находилось на стационарном обследовании и лечении 40 больных с диагнозом GIST желудка. Диагноз был установлен на основании традиционных методов исследования с использованием иммуногистохимических методов исследования по определению C-KIL протеина (CD-117) и

CD34. Оперативные вмешательства произведены 35 (87,5%) больным. 5 (12,5%) больным операция не была произведена из-за наличия множественных метастазов. Из них 31 (88,5%) больному произведена стандартная гастрэктомия с лимфодиссекцией в объеме D2 и 4 (11,4%) больным - дистальная субтотальная резекция. В адьювантном режиме проводилось лечение препаратом иматиниб 400 мг/сут, внутривенно 8 (22,8%) больным, остальным 27 (77,1%) больным лечение не проводилось. Результаты. Частота послеоперационных осложнений составила 22,8%, летальность 0%. Одногодичная выживаемость составила 88,6%, трехлетняя – 54,3%. Среди пациентов получавших иматиниб 3-х летняя выживаемость составила 62,5%, а среди не получавших - 51,8% ($P < 0,05$). Основной причиной смерти пациентов служило гематогенное распространение процесса. За 3 года 16 (45,7%) больных умерли от метастазирования в печень, легкие и другие органы.

Заключение. Лечение стромальных опухолей желудка должно быть комбинированным, так как применение иматиниба, как компонента комбинированного лечения, увеличивает 3-х летнюю выживаемость от 51,8 до 62,5%.

КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ, РАЗВИВШЕГОСЯ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА

Джураев М.Д., Боровский С.П., Досчанов М.Т., Худоёров С.С., Туйев Х.Н.

РСНПМЦОиР, Ташкентская медицинская академия

Цель. Изучить результаты лечения первичного рака печени (ПРП), развившегося на фоне цирроза, путем применения предоперационной химиоэмболизации с последующим хирургическим вмешательством.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 12 больных первичным ПРП, развившегося на фоне цирроза в стадии T2-3N0-1M0, которым в предоперационном периоде произведена химиоэмболизация артерии пораженной опухолью доли печени препаратами Доксорубицин 60-80 мг, Йодолипол с введением спирали Гиантурко. У всех больных имелся сопутствующий цирроз печени, который клинически относился к классу A по Child – Pugh.

Результаты. У 5 больных после процедуры отмечался постэмболизационный синдром (ПЭС) I степени, у 4 больных ПЭС - II степени и у 3 больных ПЭС - III степени. Частичная регрессия опухоли отмечена у 10 (83,3%) больных, стабилизация - у 2 (16,7%). Физиологическое увеличение от 1 до 3 см непораженной доли с улучшением функциональных показателей наблюдалось практически у всех 12 больных. Спустя 3 недели произведено оперативное вмешательство в объеме правосторонней и левосторонней гемигепатэктомии. В послеоперационном периоде у 5 больных развивались осложнения, у 4 из них на 3-4 сутки стала развиваться печеночная недостаточность. Все осложнения были ликвидированы в течение 1 недели. Летальность не наблюдалась.

Заключение. Использование химиоэмболизации ПРП, развившегося на фоне цирроза, в предоперационном этапе уменьшает объем и массу опухоли, усиливает физиологическую регенерацию гепатоцитов непораженной доли, улучшает функциональные показатели печени и уменьшает риск развития печеночной недостаточности при хирургической резекции.

ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Джураев М.Д., Туйев Х.Н.

РСНПМЦОиР

Цель исследования. Улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с злокачественными опухолями головки поджелудочной железы и двенадцати перстной кишки.

Материалы и методы. С этой целью с 2006 по 2011 год в абдоминальном отделении РОНЦ 36 больным произведена гастропанкреатодуоденальная резекция. Мужчины – 24 (66,6%), женщины – 12 (33,4%). Средний возраст больных - 52 лет. Аденокарцинома головки

поджелудочной железы - у 29 (80,6%) больных, аденокарцинома большого дуоденального сосочка - у 5 (13,8%) больных, злокачественная нейроэндокринная опухоль – у 2 (5,6%) больных. Все больные поступили в стационар с явлениями механической желтухи. Уровень общего билирубина в крови у I группы в среднем составил 212,26 ммоль/л, у II группы 101,45 ммоль/л. В зависимости от уровня общего билирубина тактика лечения была разделена на 2 группы. I группу составили 23 больных, которым в предоперационном периоде была произведена декомпрессия желчных путей путем наложения ЧЧХС. Во II группе 13 больным декомпрессия не произведена. Средняя продолжительность операции 4 час. 27 мин. Интервал до выполнения радикального вмешательства в I группе в среднем составил 1,5 месяца, во II группе 14 дней.

Результаты. В I группе послеоперационная летальность наблюдалась в 1 (4,3%) случае, в следствие развития сепсиса. Во II группе летальность не наблюдалась. В I группе больных в структуре послеоперационных осложнений преобладало развитие парапанкреатита 5 (1,7%), этот показатель у больных второй группы составил 2 (15,4%). Наблюдались также другие виды осложнений в I и во II группе больных. свищи поджелудочной железы 1 (4,3%) и 1 (7,6%); желчные свищи 1 (4,3%) и 1 (7,6%); нагноение послеоперационной раны 2 (8,7%) и 1 (7,7%) соответственно. В обеих группах больных степень печеночной недостаточности, проявляющиеся клиническими и лабораторными изменениями биохимических показателей, особо не отличались.

Выводы. Проведение у больных, декомпрессии желчных путей при уровне общего билирубина в крови ниже 100 ммоль/л не целесообразно, так как при этом увеличивается предоперационный интервал и создаются благоприятные условия для инфекционных агентов, которые значительно отражаются в структуре послеоперационных осложнений. Кроме этого выполнение оперативного вмешательства без предварительной декомпрессии предотвращает потерю необходимых для организма желчи.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ИНВАГИНАЦИОННО-МУФТООБРАЗНЫЙ ЭЗОФАГОЕЮНОАНАСТОМОЗ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Джураев М.Д., Худоев С.С.

РСНПМЦОиР

Цель исследования. Улучшить непосредственные результаты гастрэктомии при раке желудка путем модификации эзофагоеюноанастомоза по Гильяровичу.

Материалы и методы. В отделении абдоминальной хирургии РОНЦ с 2000 по 2011 г.г. 1150 больным раком желудка III-IV стадии процесса произведена стандартная, расширенная и комбинированная гастрэктомия. Из них до 2006 г. 525 больным (45,6%) больным после гастрэктомии эзофагоеюноанастомоз сформирован по методике Гильяровича-Шалимова, а с 2006 по 2011 г.г. 625 (54,4%) больным эзофагоеюноанастомоз сформирован по собственной модификации классического способа Гильяровича. Из 1150 больных 868 (75,5%) больным произведена стандартная гастрэктомия в объеме D2 и 282 (24,5%) больному расширенная гастрэктомия. Из общего числа, 555 (48,3%) больным произведена комбинированная гастрэктомия. Предложенная модификация принципиально отличается от существующих модификаций Шалимова, Русанова и др., тем, что анастомоз приобретает инвагинационно-муфтообразный характер, и лишен тех недостатков, которые имеются при классическом варианте и в его модификациях. Изучены непосредственные результаты гастрэктомии по критериям несостоятельности эзофагоеюноанастомоза и по частоте развития рефлюкс-эзофагита от способа его формирования.

Результаты. несостоятельность анастомоза наблюдалась у 21 (1,8%) больных. Из них в 7 (33,3%) случаях ранняя и в 14 (66,7%) случаях поздняя. Анализ по способам формирования анастомоза показал, что в 18 (85,7%) случаях несостоятельность наблюдалась в I группе и только в 3 (14,3%) случаях во II группе. Рефлюкс-эзофагит различной степени наблюдался у 30,4% (350) больных в первой группе и у 5,3% (61) больных во второй группе ($P < 0,05$).

Вывод. Предложенный модифицированный инвагинационно-муфтообразный анастомоз имеет ряд преимуществ по обеспечению надежной герметичности и физиологичности в отличие от классического варианта и его существующих модификаций. Изучение непосредственных результатов по критериям несостоятельности швов анастомоза и по частоте встречаемости рефлюкс-эзофагита показало, что вышеуказанные осложнения в основной группе по сравнению с существующим вариантом достоверно ниже.

ВЛИЯНИЕ РЕКАНСТРУКТИВНО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Джураев М.Д., Худоев С.С., Муминов С.С.

РСНПМЦОиР

Цель исследования. Улучшить процесс реабилитации и качества жизни пациентов после гастрэктомии путем создания желудка заменяющего резервуара.

Материал и методы исследования. Исследования проводились у 198 пациентов раком желудка в стадии Т3N1-2M0. Мужчины 128 (64.6%), женщины 70 (35.4%). 96 пациентам после завершения этапа гастрэктомии сформирован резервуар из петель тонкого кишечника. Выполнение резервуара включало в себя наложение эзофагорезервуар анастомоза с созданием пространства для газового пузыря путем модификации способа Гильяровича; дуоденорезервуар анастомоза конец в конец, энтеро-энтеро анастомоза бок в бок, длиной до 18 см и энтеро-энтеро анастомоза конец в бок. 102 пациентам контрольной группы произведена расширенная гастрэктомия без формирования резервуара. Пациенты были в возрасте от 13 до 65 лет. Пациенты обследовались в течение 1 года, раз в квартал по следующим критериям. Исследование крови и иммунологических показателей. 1. Исследование pH резервуара. 2. Прибавление или уменьшение веса. 3. Появление или отсутствие функциональных осложнений. 4. Восстановление трудовой деятельности. 5. Оценка качества жизни по шкале Карновского.

Результаты. Картина крови и показатели иммунной системы восстановилась до нормы в основной группе больных от 1,5 до 3 месяцев после операции, в то время у пациентов контрольной группы явления агастральной анемии и иммунодепрессивное состояние продолжались и после 6 месяцев. У пациентов основной группы pH в среднем составил 7,6, а у пациентов контрольной группы 8,2. Пациенты основной группы до 6 месяцев прибавили в среднем 4,5 кг, а пациенты контрольной группы наоборот потеряли в весе в среднем 2,5 кг. Восстановление активной физической деятельности среди пациентов основной группы в течение 1 года отмечено у 68,7% (66) пациентов, а в контрольной группе 0%. Функциональное осложнение в виде слабо выраженного рефлюкс эзофагита наблюдалось у 7 (7.3%) пациентов основной группы, этот показатель в контрольной группе составил 64 (62,7%) и встречаемость демпинг синдром соответственно 0% и 39.2% (40). При оценки качества жизни по шкале Карновского в среднем основной группе показатель составила 80%, а в контрольной группе 60%.

Заключение. Формирование резервуара максимально уменьшает частоту агастральных синдромов и функциональных осложнений, что благоприятно способствует на процесс ранней реабилитации и улучшение качества жизни.

ВЫБОР ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА С ПРОРАСТАНИЕМ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ

Джураев М.Д.¹, Улмасов Ф.Г.¹, Меликулов А.Х.¹, Уразов Н.С.¹, Кулиев А.А.²

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР¹, Самаркандский государственный медицинский институт²

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения рака желудка с прорастанием в поджелудочную железу.

Материал и методы. Нами изучены и уточнены показания и результаты хирургического лечения рака желудка с прорастанием в поджелудочную железу у 79 больных подвергшихся комбинированной гастрэктомии с резекцией поджелудочной железы за период с января 2014 года по декабрь месяца 2020 года в отделении торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РСНПМЦОиР. В основной группе у 39 (49,4%) больных выполнены операции комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатоэктомией со спленэктомией. У 27 (34,17 %) больных выполнены операции комбинированной гастрэктомии с плоскостной резекцией поджелудочной железы, а у 13 (16,5%) больных выполнены операции дистальной субтотальной резекцией желудка с плоскостной резекцией поджелудочной железы. На основе данных диагностики и ревизии во время операции рак желудка с прорастанием в тело и хвост поджелудочной железы по глубине, ширине и протяжённости прорастания делится на 3 группы: I группа: У 39 (49,4%) больных глубина прорастания больше 5 мм, ширина больше 2 см, длина больше 5 см. II группа: У 22 (27,9%) больных глубина прорастания от 3 до 5 мм, ширина от 1,5 до 2 см, длина от 3 до 5 см. III группа: У 18 (22,8%) больных глубина прорастания до 3 мм, ширина до 1,5 см, длина до 3 см.

Результаты. По получении данным у всех 39 (49,4%) первой группы больных с РЖ с прорастанием в поджелудочную железу с глубиной прорастания больше 5 мм, ширина больше 2 см и длиной прорастания больше 5 см после выполнения дистальной гемипанкреатоэктомии со спленэктомией и у 18 (22,8%) третьей группы больных с РЖ с прорастанием в поджелудочную железу с глубиной прорастания до 3 мм, ширина до 1,5 см и длиной прорастания до 3 см после плоскостной резекции поджелудочной железы, при гистологическом исследовании, опухоли в области культи поджелудочной железы не выявлены (R0). Среди 22 (27,9%) больных второй группы с РЖ с прорастанием в поджелудочную железу с глубиной прорастания от 3 до 5 мм, шириной от 1,5 до 2 см, длиной от 3 до 5 см после комбинированной гастрэктомии с плоскостной резекцией поджелудочной железы при гистологическом исследовании, опухоли в области культи поджелудочной железы у 2 (9,1%) больных (R1).

Вывод. Исходя из вышеперечисленных обследований мы предполагаем, что если опухоль с глубиной прорастания до 3 мм, шириной до 1,5 см, длиной до 3 см в тело и в хвост поджелудочной железы то проведение плоскостной резекции поджелудочной железы себя оправдывает, а при глубине прорастания от 3 до 5 мм, ширине от 1,5 до 2 см, длине от 3 до 5 см плоскостная резекция поджелудочной железы не обеспечивает радикализма операции. Комбинированная гастрэктомия с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией обеспечивает радикальность хирургического лечения при раке желудка с глубиной прорастания больше 3 мм, шириной больше 1,5 см, длиной больше 3 см в тело и хвост поджелудочной железы и в свою очередь уменьшает послеоперационные рецидивирование и тем самым улучшает отдалённые результаты и выживаемость

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПРОРАСТАНИЕМ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ

Джураев М.Д.¹, Улмасов Ф.Г.¹, Меликулов А.Х.¹, Уразов Н.С.¹, Кулиев А.А.²

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР¹, Самаркандский государственный медицинский институт²

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты комбинированных гастрэктомий с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией при местраспространённом раке желудка.

Материал и методы. Нами изучены непосредственные результаты хирургического лечения местнораспространённого рака желудка у 21 больных подвергшихся комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией за периода с сентября 2018 года по декабрь месяца 2021 года в отделении Торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РСНПМЦОиР. По локализации опухоли в желудке у 15 (71,4%)

больных первичная опухоль локализовалась в теле и проксимальном отделе желудка с прорастанием в хвостовую часть поджелудочной железы, а у 6 (28,6%) больных тотальное поражение желудка с прорастанием частично в тело и хвостовую часть поджелудочной железы. Все прооперированные больные соответствовали по стадиям T_{4b}N₀₋₂M₀. У всех больных в динамике отмечалось желудочное кровотечение различной интенсивности, стенозом и дисфагия III-IV стадия было показанием к проведению оперативного вмешательства без проведения неадекватной химиотерапии.

Результаты. Количество послеоперационных осложнений после комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией наблюдалось у 5 х (23,8%) больных. Из хирургических осложнений у 1 (4,8%) больного отмечена тромбоэмболия легочной артерия, в 1 (4,8%) случае развился панкреатический свищ который закрылся самостоятельно в течение 4 х недель. Терапевтические осложнения были представлены в виде бронхопневмонии и нарушения сердечного ритма у 2 х (9,5%) больных. У 1 (4,8%) больного до операционном периоде диагностировано хронический панкреатит из-за этого у больного через 2 месяца после операции наблюдался сахарный диабет. В обоих случаях осложнения были ликвидированы консервативным лечением. Послеоперационная летальность составила 4,8%. Одиночная выживаемости составляет 80%, трёхлетние 40%, результаты пятилетний выживаемости изучается.

Вывод. Комбинированная гастрэктомия с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией обеспечивает радикальности хирургического лечения при местное распространенном раке желудка и свою очередь уменьшает послеоперационных рецидивирования и тем самым улучшает отдалённые результаты и выживаемости.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ОСЛОЖНЕННЫМ СТЕНОЗОМ

Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Шамуратов И.И.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Проблема своевременной диагностики различных видов опухолей остается важнейшей проблемой современной онкологии. По-прежнему больные обращаются за специализированной медицинской помощью только на поздних стадиях заболевания. Часто встречаются нередкие случаи развития опухолевых стенозов полых органов, таких как пищевод, трахея, прямая кишка. В этой связи разработка и внедрение в повседневную практику высокоэффективных и малоинвазивных способов лечения опухолевых стриктур является актуальной. В последние годы за рубежом стали широко применяться различные методы стентирования полых органов. В тоже время, в нашей стране данный метод используется лишь в отдельных лечебных учреждениях.

Целью нашего исследования является восстановить функции полого органа у больных с опухолями пищевода осложненным стенозом, улучшить качества и продолжительность жизни больных.

Результаты исследования. В отделении эндоскопии Самаркандский филиал РСНПМЦО и Р в период с апреля 2019 по декабря 2021 года установлены 132 саморасширяющихся покрытых стентов больным раком пищевода осложненным стенозом. Методика стентирования проста в освоении, требует небольшого количества времени, и составила min 12 мин., а макс. - 26 мин., и поэтому хорошо переносится пациентами. Используемые нами стенты оснащены доставляющим устройством, которые легко в управлении. Так же все стенты имеют антимиграционный механизм, который заключается в расширении его дистальных краев, а сам стент состоит из нескольких сегментов, предотвращающих его миграцию при перистальтике пищевода. В случае злокачественных опухолей в зоне кардиоэзофагального перехода или же при опухолях нижней трети пищевода, что составило 57 больных–43,18% которым мы использовали стенты с антирефлюксным клапаном, который позволяет снизить заброс кислого

желудочного содержимого в пищевод. Рефлюкс желудочного содержимого вызывает тяжелые воспалительные изменения слизистой вплоть до образования эрозивных и язвенных дефектов. Так же следует отметить, что стенты на проксимальных краях оснащены яркими, хорошо визуализируемыми нитями, при помощи которых можно изменять его, положение или извлечь при необходимости. Так же стенты показали свою эффективность при опухолях верхнего отдела пищевода 33 (25%) пациентам и среднего отдела пищевода 42 (31,82%) пациентам. В своей работе мы не применяли непокрытые стенты у пациентов с опухолями пищевода осложненным стенозом.

Вывод. Анализ результатов стентирования опухолевых стенозов у неоперабельных больных под эндоскопическим контролем позволяет сделать выводы о том, что такой метод стентирования является высоко безопасным и адекватным паллиативным методом лечения, obtурирующим просвет злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта и намного улучшает качество и продолжительность жизни пациента.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ОСЛОЖНЕННЫМ СВИЩЕМ

Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Шамурадов И.И.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Является определение оптимальных подходов к эндоскопическому стентированию пищевода при его опухолевом стенозе осложненным свищем, восстановление функции полого органа, ликвидировать свищевой ход сообщающийся с другим органом или полостью, чтобы улучшить выживаемость, качество жизни и социальную адаптацию у неоперабельных больных.

Материалы и методы исследования. В отделении эндоскопии Самаркандского филиала РСНПМЦОиР в период с 2019 установлены 64 саморасширяющихся покрытых нитиноловых стентов фирмы Flextent, при нерезектабельном раке пищевода в поздних III-IV стадиях заболевания, из них у 12 (18,75%) больных диагностирована осложненность свищем сообщающиеся с соседними или полыми органами. Методика стентирования проста в освоении, требует небольшого количества времени, и составила min 12 мин., а max- 26 мин., а поэтому хорошо переносится пациентами. Все стенты оснащены доставляющим устройством, которое легко в управлении. Так же все стенты имеют антимиграционный механизм, который заключается в расширении его дистальных краев, а сам стент состоит из нескольких сегментов, предотвращающих его миграцию при перистальтике. Установку стентов мы проводили с помощью видеоэндоскопа фирмы Olympus под контролем рентген аппарата С-Дуга КМС-650 или без него, стенты полностью раскрывались в течении 3-5 дней после установки.

Результаты исследования. Проведенные нами эндоскопические стентирование признаны адекватными. Нами были проанализированы результаты 64 больных из 12 у которых диагностирована рак пищевода осложнением стенозом и образованием свища сообщающаяся с соседними или полыми органами. По данным нашего исследования мужчины составили – 8 (66, 6%) женщины 4 (33,3 %) средний возраст составил 67-75 лет. Больным с раком верхнего, среднего и нижнего отделов пищевода осложненным свищем мы использовали покрытые стенты, а при опухолевом стенозе нижнего отдела пищевода осложненным свищем мы использовали покрытые стенты с антирефлюксным механизмом. Покрытые стенты позволяют ликвидировать свищевой ход, что обеспечивает предотвратить осложнения вызывающиеся свищем, а стенты с антирефлюксным механизмом позволяют снизить заброс желудочного содержимого в пищевод. Рефлюкс желудочного содержимого вызывает тяжелые воспалительные изменения слизистой вплоть до образования эрозивных и язвенных дефектов. Используемые нами стенты на проксимальных концах оснащены яркими, хорошо визуализируемыми нитями, при помощи которых можно изменять его положение при миграциях или удалить его при необходимости. После установление нами стентов у всех

больных выживаемость, качество жизни и социальная адаптация значительно улучшилось. Таким образом, из 12 больных раком пищевода осложненным свищем до 1 года жили 7 больных (58,3 %) больше 1 года на фоне паллиативной лучевой и химиотерапии живут 5 больных (41,6 %).

Вывод. Анализ результатов стентирования опухолевых стенозов у неоперабельных больных под эндоскопическим контролем позволяет сделать выводы о том, что такой метод стентирования является высоко безопасным, повысилась выживаемость, качество последнего периода жизни пациентов и их социальная адаптация значительно улучшились. Дисфагия и аспирация как основной клинический симптом, была ликвидирована у всех больных, которым применялось стентирование.

PERKUTAN TRANSGEPATIK XOLANGIOSTOM NAY YORDAMIDA ENDOBILIAR QISQICH BIOPSIYA NAMUNASINI QIYOSIY O'RGANISH

Juraev M.D., Ulmasov F.G., Tursunov O.M.

Respublika ixtisoslashgan onkologiya va radiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi Samarqand filiali

Ishni maqsadi. Teri-jigar orqali xolangiostom nay yordamida va klassik usulda endobiliar qisqich biopsiya namunasini qiyosiy o'rganish.

Tekshiruv uslublari. Teri jigar orqali xolangiostom naydan xolangiopankreatografiya (TJXG) paytida proksimal o't yo'lidan namuna olish uchun biopsiya protseduralari texnik jihatdan qiyin bo'lishi mumkin. O't yo'lga biopsiya qisqichlarini kiritish oson ish emas va ba'zi noxush hodisalarni keltirib chiqarishi mumkin. Bundan tashqari, belgilangan hududdan maqsadli namuna olish paytida qisqichlarni nazorat qilish va joylashtirish qiyin bo'lishi mumkin. Bemor SH. 71 yoshli ayol. Qorin bo'shligi kamyuter tomografiyasida ko'rsatilgan proksimal o't yo'llarining strikturasidan kelib chiqqan sariqlik tufayli teri jigar orqali xolangiostomiya qo'yildi va TJXG dan o'tkazildi. Flyoroskopiya tekshiruvda proksimal o't yo'lida 26 mm, tuxumsimon plomba nuqsoni aniqlangan. Teri jigar orqali xolangiostomiya biliar ballonlashdan so'ng, diametri 1,8 mm va sig'imi 2,5 mm 3 stakan bo'lgan an'anaviy qisqich yordamida to'qima biopsiyasini olishga urinib ko'rilgan (Optimos® biopsiya forseps, Medical). Shu bilan birga, biopsiya qisqichlarini o't yo'lga kiritishda, ayniqsa biopsiya kanalning yon devoriga qaratilgan bo'lsa, biopsiya jarayonlari texnik jihatdan qiyin bo'lishi mumkin. Shuning uchun biz biopsiya qisqichlarining proksimal qismiga silikon naychani biriktirdik. Silikon trubka qo'lda ishlangan prototip bo'lib, o't yo'lga yo'naltiruvchi sim va qisqichlarning oson o'tishiga imkon beruvchi qisqich teshikka ega. Ushbu biopsiya qisqich yordamida massaning markaziy maydonidan maqsadli namuna olish oson va muvaffaqiyatli amalga oshirildi.

Natija. Kam quvvatli mikroskopik tekshirishda nekrotik qoldiqlar fonida yaxshi differentsiallangan adenokarsinoma parchasi aniqlanadi. Teri jigar orqali xolangiostom naydan xolangiopankreatografiya (TJXG) orqali olingan o'simta massasi miqdori gistologik diagnostika uchun etarli to'qimalardan namuna olish uchun ustun ekanligini ko'rsatadi.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ МУЛЬТИСЕГМЕНТАРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ БИЛОБАРНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Максимкулов Ж.М.

РСПМЦОиР

Актуальность темы. По литературным данным в 2020 г. в мире зарегистрирована 830 000 смертей от рака печени и входит в 10 самых распространенных онкологических заболеваний и занимает 6 место, что в основном обусловлено высокой заболеваемостью вирусными гепатитами В, С и при этом большинство больные выявляются в III-IV стадиях, что обуславливает выполнение агрессивных хирургических вмешательств.

Цель. Проведение мультисегментарной резекции печени (МСРП) с целью создания адекватной ее массы из нескольких небольших сегментов при недостаточности массы паренхимы в едином очаге с последующим изучением эффективности по ближайшим и отдаленным результатам.

Материал и методы. За период с 2018 по 2021гг. в РСНПМЦОиР мультисегментарная резекция произведена у 16 больных с диагнозами гепатоцеллюлярного - у 13, холангиоцеллюлярного - у 2 и метастатического рака – у 1 больного с метастазами аденокарциномы ранее оперированного по поводу рака толстого кишечника. Сущность мультисегментарной резекции является создание адекватной массы печени из нескольких небольших сегментов с целью компенсации недостаточности сохраняемая масса паренхимы в едином очаге. Для широкого использования разработанного метода оперативного вмешательства требуется всестороннее изучение его эффективности, в том числе ближайшие и отдаленные результаты.

Непосредственные результаты. В послеоперационном периоде печеночной недостаточности различные степени наблюдались практически у всех больных. Характерным клинически было появления небольшой желтушности, асцита, плеврита, энцефалопатии, панкреатита с отклонением функциональных показателей в клинико-биохимических анализах. Из 15 больных I степени печеночной недостаточности по Чайлд-Пью наблюдалась у 2, II степени – у 10, III – у 3 больных, 1- умерла от печеночной комы. У 2-х печеночная недостаточность разрешалась с включением в лечение интенсивной терапии.

Ближайшие результаты. Полная клиническая адаптация пациентов наступила в течение 1,5-2 месяца, что подтверждалось данными УЗИ и МСКТ брюшной полости, виде увеличение в объеме паренхимы и массы печени, а также возвращения к норме показателей клинико-биохимических анализов крови.

Особенностями послеоперационного течения МСРП являются средней и тяжелой степени печеночной недостаточности у 80% больных, нарушения белкосинтезирующей функции печени, появления асцита, плеврита, печеночно-почечной недостаточности, энцефалопатии имеющих отражения в клинико-биохимических показателях анализов крови.

Заключения. Изучение непосредственные и ближайшие результаты у больных биллобарными опухолевыми поражениями показывает о целесообразности выполнения МСРП, несмотря на возникающие осложнения которые встречаются гораздо больше при обширных резекций печени, так послеоперационная летальность не превышает 16%, что сравнимо с летальностью при гемигепатэктомии. Для изучения эффективности использования данного метода и отдаленных результатов целесообразно продолжить исследования.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МУЛЬТИСЕГМЕНТАРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ БИЛОБАРНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Максимкулов Ж.М.

РСНПМЦОиР

Актуальность темы. По данным ВОЗ (2021г.) первичный рак печени входит в 10 самых наиболее распространенных онкологических заболеваний.

Цель: Оценка целесообразности применения мультисегментарной резекции (МСРП) при биллобарных опухолевых поражениях печени с изучением отдаленных результатов.

Материал и методы. Суть выполнения МСРП заключается в создании адекватной массы из нескольких небольших сегментов с целью компенсации недостаточности массы паренхимы печени. Изучены полученные предварительные данные, у больных, проходивших лечение в РСНПМЦОиР РУз за период 2018-2021 гг. у которых проведено МСРП. Из 16 больных, которым верифицирован диагноз гепатоцеллюлярного - у 13, холангиоцеллюлярного - у 2 и метастатического рака - у 1 больного, ранее оперированного по поводу рака толстого кишечника.

Послеоперационные отдаленные результаты и обсуждения. Анализ результатов лечения проведена у 15 из 16 оперированных больных, проведено в связи с тем, что умерла одна больная

от печеночной комы на 4-ое сутки после операции. Согласно полученным данным в 2018 году оперированы 4 больных, наблюдение которых проводилось в течение 3 лет. Из них 1 год прожили 3, 2 года – 2 и 3 года – 1 больная. К настоящему времени все трое больные умерли. В 2019 году оперированы 6 больных, которые по последующем наблюдались в течение двух лет, из них 1 год прожили 4 из 6 больных, 2 года - 1 из 4 больных. К настоящему времени только лишь 1 больной перешел на 3-й год наблюдения, но у него появились метастазы в печени, таким образом 5- больных умерли в течение 2-х лет. В 2020 году оперированы 3 больных, срок наблюдения после операции составил 1 год. Среди этих больных только 1 больной прожил в течение одного года и перешел на второй года наблюдения. В начале 2021 года были оперированы 2 больных, из них 1 - прожил год, другой умер в течение года. Таким образом в настоящее время из 15 оперированных 3 больных находится по различным сроком наблюдения. Проведенный анализ показал, что в настоящее время из 15 оперированных 10 (60%) среди 15-ти, 2-х летняя - 4(40,0%) из 10-ти, 3-х – летняя - 1(25%) из 4 пациентов.

Выводы. Результаты выполнения МСРП у больных с билобарными опухолевыми поражениями при недостаточности массы паренхимы в едином очаге позволял увеличивать одногодичной выживаемости у 60%, двухгодичной – у 40%, трехгодичную 25% пациентов. Для дальнейшего изучения эффективность данного метода целесообразно продолжить проведение последующих исследований.

СПОСОБЫ РЕКОНСТРУКЦИИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

Наврузов С.Н., Джураев М.Д., Туйев Х.Н.

РСНПМЦОиР

Цель исследования. Анализ непосредственных и отдаленных результатов гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР).

Материал и методы исследования. С этой целью с 2000 по 2011 г.г. в абдоминальном отделении клиники РОНЦ 48 больным с диагнозом опухоль периампулярной зоны произведена панкреатодуоденальная (ПДР) и гастропанкреатодуоденальная (ГПДР) резекция. Мужчин было 31 (64,6%), женщин 17 (35,4%). Возраст колебался от 18 до 66 лет.

Результаты и их обсуждение. По локализации у 36 (75%) больных диагностирован рак головки поджелудочной железы, в 10 (20,1%) рак большого дуоденального сосочка, в 2 (4,2%) рак 12-перстной кишки. Диагноз гистологически верифицирован у всех больных. Протоковая аденокарцинома наблюдалась у 22 больных, цистаденокарцинома у 5 больных, ацинарно-клеточный рак у 3 и карциноид в 6 случаях. При поражении большого дуоденального сосочка и 12-перстной кишки во всех 12 случаях выявлена аденокарцинома. По критерию TNM (2002 г.) T3N0M0 диагностировано у 12 больных, T3N1M0 у 24 больных. По объему 14 больным произведена ПДР с сохранением привратника и в 32 случаях ГПДР. По вариантам реконструкции в 27 случаях формирован панкреатико и панкреатоеюноанастомоз (соответственно 11.14) и в 21 случае панкреатико и панкреатогастроанастомоз (соответственно 3.18). Результаты. В послеоперационном периоде у 13 (27,1%) больных развились 17 (35,4%) осложнений. Из них несостоятельность швов анастомоза наблюдалась у 2 больных. Оба больные были после формирования панкреатикоеюноанастомоза, панкреатический свищ у 3 больных. Аррозивное кровотечение из зоны операции у 2 больных, кровотечение из желудка у 3 больных, пневмония у 2 больных и ТЭЛА у 1 больного. Прочие осложнения у 4 больных. Умерли 4 больных. Послеоперационная летальность составила 8,3%. Двое умерли от несостоятельности поджелудочно-кишечного анастомоза, один больной от ТЭЛА и одна больная от аррозивного кровотечения. Надо заметить, что кровотечение из желудка во всех 3 случаях наблюдали при ПДР с сохранением привратника. 1 год прожили 83,3% больных, 2 года 52,1% больных, 3 года 37,5% больных, 4 года 29,2% больных, 5 лет 18,7% больных. Причем после протоковой аденокарциномы 5-летняя выживаемость составила не более 9,1%.

Выводы. Считаю при выборе тактики реконструкции необходимо отдавать предпочтение формированию пакреагастроанастомоза, который на наш взгляд в техническом отношении является более достоверным и надежным.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ

Примкулов Б.К.¹, Абдихакимов А.Н.², Сулайманов Д.А.¹, Каримов А.Р.¹

Ферганский областной филиал РСНПМЦОиР¹, Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР²

Цель исследования: оценка результатов послеоперационной гипертермической интраперитонеальной химиотерапии (ГИХ) у пациентов с распространенными опухолями органов брюшной полости.

Материал и методы: В РСНПМЦОиР ФОФ у 20 больных под контролем гемодинамических и термометрических показателей, в первые сутки после операции проведена ГИХ через специально оставленную дренажную систему (4 катетера>F-20) типа “перитонеального диализа”. Из них 1 пациент с распространенным раком желудка, 1-мезотелиома брюшной полости, 18-асцитическим раком яичников (у больных всех групп карциноматоз брюшной полости). Процедура проводилась с премедикацией, с использованием аппарата собственной конструкции, на основе насоса от АИК. Предварительно в брюшную полость подается 200мл 0,5% раствора новокаина для анестезии, после чего подается изотонический раствор NaCl объемом от 1,5 до 2,5л с медленным повышением температуры с 38 до 47°C. При достижении температуры 45-47°C в изотонический раствор NaCl добавляется цисплатин 100мг/м². Длительность процедуры до 60 минут. После подачи всего объема раствора дренажные трубки закрываются и оставляют на 60 минут с контролем температуры тела больного (температурные датчики в анальном канале, подмышечной области и ушном канале). По истечении 60 минут открываются дренажные трубки для слива раствора.

Результаты и обсуждения. Из 20 больных в одном случае транзиторная почечная недостаточность, в семи парез кишечника, которые скорректированы консервативно. У остальных, каких либо осложнений не отмечено, все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Предварительные результаты наших наблюдений показывают, что послеоперационная ГИХ с аккумуляцией (накопления) для повышения абсорбции в брюшной полости, нагретого до 47°C раствора без циркуляции, является, вполне переносимой процедурой с сопоставимым удельным весом осложнений и может быть рекомендован для программ комбинированного лечения распространенных форм опухолей органов брюшной полости.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Саитназаров Д.П., Гафур-Ахунов М.А., Мамадалиева Я.С.

Абдихакимов А.Н., Мирзаев Х.М.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: оценить эффективности трепан - биопсии под контролем ультразвуковой визуализации у больных с опухолями поджелудочной железы.

Материал и методы: под нашим наблюдением находились 89 больных с опухолями поджелудочной железы. Из 89 больных мужчин было 58(65,1%), женщин 31(34,9%). Возраст больных колебался от 38 до 72 лет. В среднем составил 56,5 года. Из 89 больных у 45(50,5%) опухоль локализовалась в головке, у 22(24,7%) в теле и у 13(14,6%) в хвосте, и у 9(10,1%) отмечался тотальное поражение. Ультразвуковое исследование проведено на аппарате Xario 200

Toshiba(Япония). На конвексном датчике частотой 3-7МГц. Под контролем УЗИ проведено трепан - биопсия опухоли автоматической биопсийной иглой размером G18 и 20.

Все биопсии выполнялись через передний абдоминальный доступ, избегая пересечения толстой кишки и других крупных сосудов. (В некоторых случаях мы использовали чреспеченочный или трансжелудочный доступ). После биопсии образцы образования были отправлены для патогистологического исследования.

Результаты: у 89 проанализированных масс, у 81(91,0%)получено истинно положительные результаты. Результаты биопсии двух дополнительных образований, описанных как подозрительные на злокачественные образования при гистологическом исследовании, признаны истинно положительными. Мы идентифицировали четыре истинно отрицательных результатов биопсии, представляющих хронический панкреатит(п-3) и нормальную ткань поджелудочной железы(п-1). Эти результаты были подтверждены клиническими данными наблюдения(средний период наблюдения 11месяцев; диапазон 5-18 месяцев), согласующиеся с гистологическим диагнозом хронического панкреатита. Кроме того, идентифицированы четыре ложноотрицательные результаты. Ложноположительных результатов не было.

Чувствительность и точность основной биопсии под контролем ультразвуковой визуализацией составили 86,3% и 91,0%. Соответственно отрицательная прогностическая ценность биопсии под визуализацией составила 9,0%.

По литературным данным чувствительность и точностьчрезкожной биопсии образований поджелудочной железы под контролем МСКТ составляет81,9% и 91,2%.

Заключение: чрескожная трепан - биопсия под ультразвуковой визуализацией является чувствительной и точной в диагностике злокачественных опухолей поджелудочной железы, даже в тех случаях, когда другие методы биопсии не дают достаточной информации для постановки диагноза.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ГАСТРЭКТОМИИ

Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Худояров С.С., Рахимов О.А., Хуснуддинов Н.З.

РСНПМЦОиР

Материал и методы. Проведен анализ 18 лапароскопических гастрэктомий (ЛГЭ), проведенных в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии, в период 2020-2022 года. Всем больным была: Лапароскопической гастрэктомии с D2 лимфодиссекцией, мужчин было 8, женщин 9, средний возраст пациентов составил 44±5,4 лет,. Гистологически верифицированная аденокарцинома желудка, Стадия заболевания: cT1b-T3 cN0-N1, Локализация: опухоли дистальнее кардии и проксимальнее пилорического жома. Операция выполнена одной хирургической бригадой, состоящей из оператора, первого и второго ассистентов

Пациент находился в положении Тренделенбург, оперирующий хирург располагался между ног пациента, первый ассистент слева, второй ассистент справа от больного. Монитор расположен у головной части больного. Для выполнения хирургических доступов нами использованы: один 10 мм, один 12-ти миллиметровый, и три 5 миллиметровых троакары. Операция выполнена под общим обезболиванием, в качестве хирургических инструментов использованы стандартные 5-10 мм диаметром и длиной 360 мм, эндоскопические инструменты фирмы Carl Storz (Германия) с использованием одноименной эндовидеостойки. В нашем наблюдении использовалась 30° 10 мм оптика. Для диссекции и коагуляции тканей применялся ультразвуковой диссектор Harmonic фирмы Johnson & Johnson и Ligasure. Для механического соединения органов и тканей использовался линейный сшивающий аппарат EndoGia 60 мм технологии Tri Stapler фирмы Covidien (Франция), и глубиной кассеты 3,8 мм, для наложения езофагоеюноанастомоза применен 24 мм циркулярный сшивающий аппарат одноименной фирмы в двух случаях, в 16 случаях нам наложен езофагоеюно анастомоз линейными сшивающими аппаратами. Внутривнутрибрюшное давление выдерживали на уровне 14-

15 мм.рт.ст. После установки оптического троакара, и наложения карбоксиперитонеума вводились рабочие троакары и проведена лапароскопическая ревизия брюшной полости, на предмет наличия микрометастазов париетальной брюшины, печени и брыжейки тонкого и толстого кишечника. После этого выполнена мобилизация большой кривизны желудка. Желудок мобилизован до пилорического жома. Далее выполнена мобилизация по малой кривизне желудка. Для этого резецирован малый сальник, лимфодиссекция I, III, V, VII групп лимфатических узлов, клипирование и пересечение левой желудочной артерии и вены. После мобилизации желудка по большой и малой кривизне желудка, дистальная часть желудка пересекалась на уровне пилорического жома аппаратом EndoGia 60 мм, после пересечения пилорического жома выполнена лапароскопическая лимфодиссекция VII, VIIa, IX, XI, XIIa групп лимфатических узлов. Далее выполнялась резекция большого сальника с лимфодиссекцией II, IV. VI групп лимфоузлов.

Реконструкцию выполняли следующим образом: в 16 случаях нами наложен эзофагеоанастомоз по типу «Конец в бок», для этого, отступя на 30 см от связки Трейца пересекалась тощая кишка, формируя технологическое отверстие в кишке и желудке вводился линейный сшивающий аппарат, формировались внутренняя и передняя губа анастомоза, далее перпендикулярно для пересечения желудка и кишки накладывался линейный сшивающий аппарат, обычно достаточно 2 кассет, тем самым наложение анастомоза завершалось.

В двух случаях нами наложен эзофагеоанастомоз циркулярным сшивающим аппаратом, и на расстоянии 10 см от резецированного края по противобрыжечной выполнено сделано отверстие, в которое введен циркулярный сшивающий аппарат и наложен эзофагеоанастомоз по типу «конец в бок». На свободный край тощей кишки наложен линейный сшивающий аппарат. Следующим этапом был сформирован межкишечный Y-образный анастомоз на расстоянии 40 см от ЭЕА через, с целью декомпрессии кишечника и раннего энтерального питания за энтеро-энтероанастомоз заведен желудочный зонд диаметром 18 F. Макропрепарат извлекли через минилапаротомный доступ. Брюшная полость ушита узловыми швами. Интраоперационная кровопотеря составила 80-90 мл, длительность операции составила 540±46,5 мин.

Результаты. Анализ результатов в ближайшем послеоперационном периоде показал, что в 1 (13,6%) наблюдениях была диагностирована несостоятельность эзофагеоанастомоза, консервативная терапия позволила избежать фатальных последствий. В одном наблюдении был летальный исход в следствии массивной тромбоэмболии ветвей легочной артерии. Других специфических осложнений не было. Средний койко-день составил 6,4±1,1 день. В отдаленном послеоперационном периоде показал прогрессирование болезни в двух случаях после 11 и 16 месяцев после операции.

Заключение. Радикальные лапароскопические операции в хирургии рака желудка являются безопасными; Обеспечивают адекватный объем лимфодиссекции; Технически сложны, требуют специфических навыков и дорогостоящего оборудования; Использование лапароскопических этапов в хирургическом лечении рака желудка снижает травматичность операции, что способствует ранней активизации больных и уменьшает продолжительность послеоперационного периода.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Түйев Х.Н., Якубов Ю.К., Сагдуллаев А.М.
РСНПМЦОиР

За 2021 год в РСНПМЦОиР пролечено 131 больных с механической желтухой опухолевого генеза. Мужчин было 59 (45%), женщин- 72(65%). В возрастном аспекте 16 (12,2%) больных были в возрасте 19-44 лет, 40 больных (30,5%) в возрасте 45-59 лет, 43 (32,%) больных в возрасте 60-74 лет, и 32 (24,4%) больных были старше 75 лет. При анализе причин вызвавших механическую

желтуху, больные были распределены следующим образом. Тumor головки поджелудочной железы было у 79 (60,3%) пациентов, tumor желчного пузыря и средней трети холедоха у 4 (3%), tumor ворот печени у 25 (19,1%), tumor большого дуоденального сосочка у 23 (17,5%) пациентов. Всем больных на высоте механической желтухи были выполнены миниинвазивные рентгенэндобилиарные вмешательства. При этом диагностическое ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) было выполнено 15 (11,4%) больным, РПХГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) было выполнено 29 (22,1%) больным, РПХГ со стентированием холедоха было выполнено 36 (27,5%) больным, чрескожная чреспеченочная холангиостомия выполнена 51 (38,9%) больным.

Осложнения после ретроградных вмешательств у 9 больных. Кровотечение из папиллотомной раны наблюдалось у 4 больных. У 2 больных кровотечение остановлено консервативно. Двум больным потребовалось эндоскопический гемостаз. У 3 больных наблюдался холангит после проведенного РПХГ, больным было произведено ЧЧХС.

Осложнение после ЧЧХС отмечалось у 8 больных. У 4 больных отмечалось инкрустация холангиостомы, произведена повторная ЧЧХС, у 4 больных дислокация холангиостомы также потребовало повторного ЧЧХС. У 5 больных отмечалась гемобилия, также остановлена консервативно.

После разрешения механической желтухи больным в отсроченном порядке выполнены по показанием радикальный и паллиативный операции: панкреатодуоденальная резекция 14 больным, наложение обходного холецистоэнтероанастомоза, гастроэнтероанастомоза, ЭЭА по Брауну 5 больным, наложение обходного холецистоэнтероанастомоза с ЭЭА по Брауну 3 больным. После радикальной панкреатодуоденальной резекции в одном случае (7,14%) послеоперационном периоде осложнилась аррозивный кровотечение из культи поджелудочной железы который закончился летальным исходом.

Летальность после ЧЧХС составила - 4 (3,05%), Причина летальности в одном случае развитие печеночной недостаточности. В 2х случаях гнойный холангит с септициемией. Остальные летальности развитие послеоперационный кровотечение.

Таким образом при поступлении больных с механической желтухой первым этапом, выполнялись миниинвазивные вмешательства для разрешения механической желтухи и печеночной недостаточности. После разрешения механической желтухи и печеночной недостаточности больным выполнялись по показанием радикальные или паллиативные вмешательства.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЯХ

Улмасов Ф.Г., Джураев М.Д., Давронов Б.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Оценить влияние активной хирургической тактики на отдаленные результаты оперативного лечения больных НЗО.

Материал и методы. В работе проведен анализ данных обследования и лечения 96 пациентов, оперированных по поводу первичной НЗО в период с 2018 по 2021 гг. в Самаркандском филиале РСНПМЦОиР. Клиническая оценка материала проведена на основании изучения историй болезни, данных обследования, протоколов операций, выписных эпикризов с использованием архива Самаркандском филиала РСНПМЦОиР. Морфологическими критериями отбора пациентов являлись гистологически подтвержденный диагноз липосаркомы и забрюшинная локализация опухоли. В основной анализ вошло 96 пациента. Из них 94 больным была выполнена операция в объеме радикального удаления первичной опухоли. В двух случаях выполнена эксплоративная лапаротомия, биопсия опухоли; случаи признаны неоперабельными (один случай с НЗО G1, второй – НЗО G3). Возраст пациентов варьировал от

18 до 85 лет: 22 (23%) человек до 40 лет, 51 (53%) человек от 41 до 65 лет, 23 (24%) человека старше 65 года. Количество мужчин – 47 (49%), женщин – 49 (51%) при выявлении первичной НЗО. Размер первичной low grade (G1) опухоли в наибольшем измерении варьировал от 6 до 67 см, медиана – 28 см. Размер первичной high grade (G2-3) опухоли в наибольшем измерении варьировал от 12 до 60 см, медиана – 25 см. Комбинированные операции по поводу первичной НЗО low grade были выполнены в 42 (45%) случаях; удаление только опухоли в 38 (40%) случаях. Комбинированные операции по поводу первичной НЗО high grade были выполнены в 52 (55%) случаях; удаление только опухоли в 18 (19%) случаях.

Результаты: 94 пациентам была выполнена операция в объеме радикального удаления опухоли. В двух случаях выполнена эксплоративная лапаротомия, биопсия опухоли; случаи признаны неоперабельными (один случай с НЗО G1, второй – НЗО G3). Согласно результатам исследования, общая выживаемость достоверно выше в группе больных, которым выполнялось четыре и более радикальных операций, чем в группе пациентов, прошедших одно радикальное хирургическое лечение при всех типах НЗО вне зависимости от степени злокачественности ($p=0,0001$; $p=0,001$; log-rank test). Следовательно, чем раньше диагностируется рецидив заболевания, тем выше вероятность возможности радикальной операции и улучшения прогноза. В настоящем исследовании показано, что комбинированное лечение (операция+послеоперационная химиотерапия) не улучшает больных НЗО при сравнении с только хирургическим лечением как при low grade ($p=0,072$; log-rank test), так и при high grade ($p=0,589$; log-rank test).

Выводы. Активная хирургическая тактика при рецидивах НЗО позволяет улучшить отдаленные результаты лечения больных. При возможности радикального удаления опухоли на первом этапе следует выполнять хирургическое лечение. Выбор объема хирургического вмешательства при рецидиве необходимо осуществлять с учетом степени злокачественности НЗО.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Урмонов У.Б., Родионов Е.О., Тузиков С.А., Максимов М.О.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения рака проксимального отдела желудка в зависимости от местной распространенности опухоли, объема оперативного вмешательства, наличия опухолевых клеток в смывах с брюшины.

Материал и методы. В проведенное исследование в ГБУЗ РХ «Республиканском клиническом онкологическом диспансере» вошли 68 пациентов с морфологически верифицированным местнораспространенным (T3–4N0–3M0) раком проксимального отдела желудка (III тип по классификации J.R. Siewert) или локализующимся в верхней трети тела желудка, которые были разделены на 2 группы: I группа – 37 пациентов, перенесших гастрэктомию; II группа – 31 пациент, которым была выполнена субтотальная проксимальная резекция желудка. По основным прогностическим признакам исследуемые группы были сопоставимы ($p>0,05$). В обеих группах лимфодиссекция в объеме D2 являлась обязательным компонентом радикальной операции. Для определения обсеменения изучались смывы с брюшины полученные в начала операции.

Результаты. Количество осложнений раннего послеоперационного периода в сравниваемых группах значимо не отличалось. Однако у пациентов I группы значимо чаще встречалось такое осложнение, как несостоятельность анастомоза, – в 18,9% случаях, во II группе – в 9,7% случаях ($p<0,05$). Послеоперационная летальность составила 7,4% (в I группе – 8,1%, во II группе – 6,5%), статистически значимых различий в сравниваемых группах нет.

Общая 3-летняя выживаемость в сравниваемых группах составила 48,7±16,9% и 66,4±13,2% соответственно. После субтотальной проксимальной резекции желудка 3-летняя

безрецидивная выживаемость составила $51,5 \pm 18,5\%$, после гастрэктомии – $34,8 \pm 25,6\%$. Кроме того, неблагоприятным фактором прогноза являлся наличие опухолевых клеток в смывах из брюшной полости, при котором наблюдался развитие раннего канцероматоза. В этом случае общая 2-летняя выживаемость – $26,7 \pm 42,8\%$, при отсутствии клеток опухоли – $69,8 \pm 9,0\%$.

Заключение. Выполнение проксимальной субтотальной резекции желудка является обоснованной хирургической тактикой в лечении больных с местнораспространенным проксимальным раком желудка. Одним из основных неблагоприятных прогностических факторов является местная распространенность процесса, при которой значимо увеличивается вероятность лимфогенного метастазирования и обсеменения опухолевыми клетками брюшной полости.

ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА НА ПРОГНОЗ РАКА ЖЕЛУДКА

Хакимова Г.Г., Хакимов Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель. Изучить состояние локального иммунитета у больных аденокарциномой желудка.

Материалы и методы. С 2017 по 2018 г. в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» 45 ранее нелеченных больных адено- карциномой желудка (25 – с I–III стадиями, 20 – с IV стадией) получили хирургическое/комбинированное лечение или самостоятельную химиотерапию соответственно. Забор опухолевой ткани осуществлялся перед началом лечения. Методом проточной цитометрии оценивалось процентное содержание степени инфильтрации опухолевой ткани лимфоцитами (CD45+CD14-TIL); Т-клеток (CD3+CD19-TIL); В-клеток (CD3-CD19+TIL); NK-клеток (CD3-CD16+CD56+TIL); эффекторных клеток CD16 (CD16+Perforin+TIL) и CD8 (CD8+Perforin+TIL) и их цитотоксического потенциала – active CD16TIL и active CD8TIL; субпопуляций регуляторных Т-клеток – NKT-клеток (CD3+CD16+CD56+TIL), регуляторных клеток CD4 (CD4+CD25+CD127-TIL) и CD8 (CD8+CD11b-CD28-TIL). Проведена оценка прогностической значимости иммунных клеток для общей выживаемости (ОВ) и выживаемости без прогрессирования (ВБП).

Результаты. Фактором благоприятного прогноза в отношении ВБП у пациентов с локальными и местно-распространенными формами рака желудка явилось повышение числа CD3-CD19+TIL (отношение рисков – ОР 0,862, 95% доверительный интервал – ДИ 0,782–0,957, $p=0,005$), а неблагоприятного прогноза – повышение NK-клеток (CD3-CD16+CD56+TIL); ОР 1,382, 95% ДИ 1,087–1,758, $p=0,008$. Отмечено негативное влияние относительного содержания NK-клеток (CD3-CD16+CD56+TIL) и NKT-клеток (CD3+CD16+CD56+TIL) на ОВ пациентов с метастатическим раком желудка (ОР 1,249, 95% ДИ 0,997–1,564, $p=0,053$ и ОР 1,127, 95% ДИ 1,025–1,239, $p=0,013$). В то же время увеличение процентного содержания инфильтрации опухолевой ткани лимфоцитами (CD45+CD14-TIL) и увеличение возраста больных (ОР 1,005, 95% ДИ 1,002–1,008, $p=0,003$ и ОР 1,098, 95% ДИ 1,031–1,170, $p=0,004$) – снижают показатель ВБП у пациентов с метастатическим раком желудка.

Выводы. Показатели локального иммунитета могут служить дополнительными прогностическими факторами при раке желудка.

ТРАНСАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЛАНЕ

Эгамбердиев Д.М., Якубов Ю.К., Туйев Х.Н., Рахимов С.С., Соипов Б.Б.

РСНПМЦОиР

Цель. Улучшить результаты лечения гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) развившейся на фоне цирроза печени, путем применения предоперационной химиоэмболизации печеночной артерии.

Материалы и методы. В исследование включены 11 больных, получавших лечение в отделении Гепатопанкреатобилиарной онкологии РСНПМЦОиР с 2017 по 2021 гг. Возраст больных

колебался от 35 до 65 лет, количество мужчин 9, женщин 2. Критериями отбора больных служило: поражение только одной доли, гипер- или умеренно васкулярный тип опухоли, опухоль размером больше 10 см, Child-Pugh A класс, отсутствие тромбоза воротной вены и печеночных вен. По классификации TNM у 7 зарегистрировано T3N0M0, и у 4 больных T3N1M0. Всем больным первым этапом произведена селективная либо суперселективная трансартериальная масляная химиоэмболизация печеночной артерии справа у 9 и слева у 2 больных. Целью химиоэмболизации являлось: уменьшение размера опухоли, усиление физиологической регенерации и улучшение функционального состояния противоположной доли печени из-за переборски артериального кровотока. В качестве эмульгированной смеси химиопрепарата использовали доксорубин 80-100 мг и липойдол 10-20 мл.

Результаты. Осложнения, связанные с методикой химиоэмболизации мы не наблюдали. Развился постэмболизационный синдром I-III степени, наблюдались у всех больных. Полного клинического эффекта не отмечено, частичный эффект с уменьшением размеров опухоли отмечался у 7 больных, стабилизация опухолевого процесса отмечалась у 4 больных. При контрольном УЗИ и КТ обнаружено физиологическое увеличение непораженной доли печени от 15 до 30 мм, в среднем 20 мм. Отмечалось улучшение уровня онкомаркера АФП: средняя величина до эмболизации была равна - 187,5 нг/мл, после - 119,87 нг/мл соответственно. Оперативное вмешательство произведено 8 больным спустя 4-8 недели после химиоэмболизации в объеме правосторонней и левосторонней гемигепатэктомии. В послеоперационном периоде у 3 больных развивались осложнения разного рода. Все осложнения были ликвидированы консервативным путем. Летальность не наблюдалась.

Выводы. Применение химиоэмболизации в предоперационном этапе при ГЦР, приводит к уменьшению объема и массы опухоли, усиление физиологической регенерации и улучшение функциональных показателей непораженной опухолью доли печени, что позволяет выполнить радикальные операции.

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ СОЗДАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА

Эшонов А.К., Тожибоев А.А., Мирзавалиев И.У.

НФ РСНПМЦОиР

Цель исследования. Предотвратить возможные функциональные осложнения после расширенной гастрэктомии, улучшить процесс реабилитации и качество жизни пациентов путем создания желудка заменяющего резервуара.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 22 пациентов раком желудка в стадии T3N1-2M0. Из них 18 пациентов составили основную группу где после расширенной гастрэктомии формировался резервуар из петель тонкого кишечника. Контрольную группу составили 4 пациентов. Где произведена расширенная гастрэктомия без формирования резервуара. Пациенты были в возрасте от 26 до 78 лет. Мужчин-15 (68,2%), женщин-7(31,8%). Экзофитная форма у 11 (50%) пациентов, эндофитная у 9 (40,9%) и инфильтративная форма у 2(9,1%) пациентов. Гистологически у 19(86,4%) пациентов выявлена аденокарцинома различной дифференцировки и у 3(16,6%) пациентов диффузная форма рака. У всех пациентов процесс локализовался в теле и проксимальном отделе желудка.

Создание резервуара включало в себя последовательное выполнение 4 анастомозов:

1. Эзофаго-резервуар анастомоз.
2. Энтеро-энтеро анастомоз бок в бок длиной 18 см.
3. Энтеро-энтерно анастомоз конец в конец.

Эффективность созданного резервуара в сравнительном аспекте изучалась по следующим критериям:

1. Частота встречаемости рефлюкс эзофагита и демпинг синдрома.
2. Частота встречаемости агастральных явлений.

3. Процесс ранней послеоперационной реабилитации и качество жизни пациентов по шкале Карновского.

Результаты. Изучение частоты встречаемости рефлюкс эзофагита и демпинг синдрома показали, что созданный резервуар практически полностью предотвращает возможность появления этих осложнений. В основной группе пациентов только у 3 (16,6%) пациентов наблюдался слабо выраженный рефлюкс эзофагит, а демпинг синдром не наблюдался ни у кого. А в контрольной группе пациентов у 1 (25%) пациента спустя месяц после операции встречался рефлюкс эзофагит различной степени тяжести. Встречаемость демпинг синдрома составила 2 (50%) пациентов.

Частота агастральных явлений в основной группе составила у 1 (5,5%) пациентов, а в контрольной группе у 28 (70%) пациентов.

Практически все пациенты основной группы за исключением 2 (11,1%) в течение 6 месяцев прибавили в весе от 4 до 11 кг, а пациенты контрольных групп в указанный срок за исключением 2 (50%) наоборот продолжали терять в весе от 4 до 6 кг.

Качество жизни пациентов по шкале Карновского в основной группе до лечения оценивали в 60%, после операции 80%, а в контрольной группе до операции 60%, после 70%.

Вывод. Созданный резервуар практически полностью предотвращает возможность функциональных осложнений и благодаря чему объективно и субъективно улучшается состояние пациентов.

Предложенный метод за счет отсутствия агастральных явлений приводит к усиленной ранней физической реабилитации и улучшает качество жизни пациентов.

КОМБИНИРОВАННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО И ВИРСУНГОВОГО ПРОТОКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д.М., Туйев Х.Н., Рахимов С.С., Соипов Б.Б.

РСНПМЦОиР

Цель исследования: улучшить результаты панкреатодуоденальной резекции (ПДР) путем внедрения комбинированного дренирования желчного и вирсунгового протоков.

Материалы и методы. В период с 2018 года по 2021 года 13 пациентам было выполнено операция ПДР с диагнозом злокачественных опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны в отделении Гепатопанкреатобилиарной онкологии РСНПМЦОиР МЗ РУз. У всех пациентов в реконструктивном этапе операции было выполнено комбинированное дренирование панкреатического и желчного протоков. Распределения больных по полу - мужчин-7, женщин-6. Возраст больных от 49 до 72 лет. При гистологическом исследовании у 15 больных обнаружили аденокарциному, а у 2 – нейроэндокринную опухоль. Этапы операции панкреатодуоденальной резекции производят по общепринятой методике. Для достижения внутреннего дренирования перед реконструктивным этапом операции один конец силиконового катетера боковыми отверстиями вводили на 3-5 см в проток культи поджелудочной железы, а другой конец длиной около 35 см оставляли в просвете кишечника через анастомоз. Миграцию катетера предотвращали с помощью фиксирующего шва, который прикреплял катетер к стенке панкреатического протока в область анастомоза с помощью одного рассасывающегося шва. Далее, одномоментно, в момент создания гепатикоэнтерального анастомоза, в просвет гепатикохоледоха установили одного конца полиэтиленового катетера или стента диаметром, соответствующим диаметру желчного протока, а второй – свободный, конец катетера выводят через созданный Браунский анастомоз в полость тонкого кишечника. Катетер устанавливают сроком на один месяц, после чего - удаляют эндоскопическим методом.

Результаты. В послеоперационном периоде кровотечение из культи поджелудочной железы и из зоны анастомоза развилось у 1 пациента, интраабдоминальная инфекция встречалась у 6 больных. При изучении спектра бактериологической природы посева дренажного выделения

почти у всех было обнаружено E.Coli. Смертельные случаи не наблюдались. Время пребывания в клинике в послеоперационном периоде составило 12 ± 2 дней. Выполнение декомпрессии Вирсунгового протока через силиконовый стент или катетер из панкреатоэнтероанастомоза в тонкий кишечник позволяет оттоку панкреатического сока направляться прямо в тонкий кишечник, сохраняя при этом в полном объеме 1,5-2 литра панкреатического сока, необходимого для пищеварения, дает возможность увеличить сроки (месяц) нахождения катетера в панкреатодуоденальной зоне с максимальной профилактикой несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза. Также, внутреннее расположение катетера позволяет снизить неприятные ощущения и неудобства у больного после панкреатодуоденальной резекции. Выполнение дренирования желчного протока через силиконовый стент или катетер из гепатикоэнтерального анастомоза в тонкий кишечник позволяет оттоку участвующей в пищеварении желчи в полном объеме (0,8-1,0 литра) попасть в тонкий кишечник, предупредить попадание в брюшную полость желчи, развитие перитонита и кровотечения.

Вывод. Одномоментное дренирование после ПДР не требует повторного вмешательства по установке катетера, позволяет через месяц малоинвазивным путем извлечь катетер из зоны гепатикоэнтерального анастомоза с максимальной профилактикой несостоятельности. Также, внутреннее расположение силиконового стента или полиэтиленового катетера не вызывает побочных эффектов, позволяет снизить внутрикишечное давление, неприятные ощущения и неудобства у больного после панкреатодуоденальной резекции. Способ позволяет существенно снизить риск несостоятельности панкреатоэнтерального и гепатикоэнтерального анастомозов, образования послеоперационных свищей, развитие перитонита и других послеоперационных осложнений.

ЖИГАР ҲАВФЛИ ЎСМАЛАРИДА ЛАБОРАТОР КЎРСАТГИЧЛАРНИ ЎРГАНИШ

Чориев Э.Б.

РИОваРИАТМ Бухоро филиали

Мақсад. РИО ва РИАТМ Бухоро филиали шароитида жигар ҳавфли ўсмаларида лаборатор кўрсаткичларни ўрганиш.

Материал ва метод. РИОваРИАТМ Бухоро филиалида 2019-2021 йилларда мурожаат қилган ва даволанган жигар ҳавфли ўсмаси билан беморлар сони 161 та бўлиб, шулардан 96(59,6%)та беморларда гепатоцеллюляр ҳавфли ўсма, 23(14,2%) беморда жигар ичи ўт йўллари ҳавфли ўсма, 35(21,7%)та беморда атипик хужайралар ҳулосасини берди. Булардан эркаклар 103(64%) та, аёллар 58(36%) та. Вирусли гепатит касаллиги билан 10-15 йил давомида даволаниб, назоратда бўлган беморлар сони 29(18%) тани ташкил қилди.

Натижалар. Текширув ҳулосаларига асосан умумий жигар ҳавфли ўсмаси билан касалланган беморлар клиник классификасия бўйича: II кас. бос. билан 27(16,7%)та бемор, III кас. бос. билан 80(49,6%)та бемор, IV кас. бос. билан 54(33,5%) та бемордан иборат бўлган. Умумий текширувлардан ўтган беморларда 41 (25,4%)та беморда Гепатит В, 24(14,9%)та беморда Гепатит С ва 5 (3,1%) та беморда комбинир гепатит В, С таҳлиллари мусбат натижалари аниқланган. 96 та гистологик тасдиқланган гепатоцеллюляр ўсма билан оғриган беморларнинг 55(57,2%)та беморда қон таҳлилларида вирусли гепатит мусбат натижа берди. Биохимиявий қон таҳлилидан 99(61,4%) та беморда ALT кўрсаткичи юқори, 119(74%) та беморда АСТ кўрсаткичи юқори ва 106 (65,8%) беморда билирубин кўрсаткичи юқорилиги кузатилди. Беморлар даволаш стандарти асосида комбинирланган ва комплекс даво муолажаларини қабул қилди.

Хулоса. Жигар ҳавфли ўсмасини диагностика, даволашда ва прогноз аҳамияти: вирусли гепатит таҳлили ва қондаги биохимиявий кўрсаткичларни динамикада аниқлаш катта аҳамиятга эга, бу гепатит таҳлиллари ва биохимиявий қон таҳлиллари ошмаган ҳолатларда касаллик кечиши ва даволашда нисбатан яхши кўрсаткичларга эришилди.

РАЗДЕЛ 5.**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ****ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО НЕСЕМИНОМНОГО ГЕРМИНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ**

Алоев Б.Б., Семенов С.А., Кофанов Е.Л., Ролевич А.И., Красный С.А., Поляков С.Л.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

Ведение. Лечение и прогнозирование исходов заболевания у пациентов, страдающих распространёнными формами герминогенного рака яичка, осуществляется в соответствии с прогностической классификацией Международной Объединенной Группы по Герминогенному Раку (IGCCCG). Целью исследования стала оценка выживаемости пациентов, страдающих распространёнными формами герминогенного рака яичка в Беларуси с использованием прогностической классификации IGCCCG.

Материал и методы. В исследование включались все пациенты, страдающие несеминомным герминогенным раком яичка в стадиях Па-Ш, которые получали лечение или консультативную помощь в двух центрах с 2010 по 2015 гг. включительно (n=67).

Вычислены показатели 5-летней общей выживаемости по методу Каплана-Мейера в зависимости от стадии, прогностической группы IGCCCG и гистологической принадлежности опухоли. Статистическая значимость различий оценена при помощи log-rank теста.

Результаты. В исследование вошло 67 пациентов от 14 до 54 лет (медиана возраста 29 лет). Медиана наблюдения за пациентами составила 69 мес. При этом гистологически чистая семинома наблюдалась у 3 (4%), а несеминомные/смешанные герминоклеточные опухоли у 64 (96%) пациентов. Пациентов Па, Пб, Пс и Ш стадий было 4 (6%), 19 (28%), 4 (6%) и 40 (60%), соответственно. Пациенты были разделены на две группы: в первой группе пациентам выполнялось хирургическое удаление остаточных опухолей (n = 50, 75%), во второй группе хирургического лечения не проводилось (n = 17, 25%). Всего пациентам с распространенным раком яичка выполнено 57 хирургических вмешательств, 5 (10%) пациентам выполнено два вмешательства и одному – три. Гистология удаленной ткани: некроз 34 (60%), тератома 14 (25%), жизнеспособный рак 9 (16%).

В группе хирургического лечения 5-летняя выживаемость до прогрессирования составила 91% против 57% в группе без хирургического лечения. Общая выживаемость в группе хирургического лечения составила 96% и против 82% в группе без хирургического лечения.

Выводы. Выполнение хирургического удаления остаточной опухоли после проведения химиотерапии первой линии у пациентов с распространенным несеминомным герминогенным раком яичка ассоциировано с существенным повышением 5-летней выживаемости до прогрессирования.

НАШ ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ КОНТИНЕНТНОГО МОЧЕВОГО РЕЗЕРВУАРА БЕЗ ДЕДУБУЛЯРИЗАЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

Тилляшайхов М.Н.¹, Бойко Е.В.¹, Юсупов Ш.Х.², Тилляшайхова Р.М.², Туйчиев А.П.¹, Рахматуллаев Б.Х.

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР²

Цель. Усовершенствование результатов радикальной цистэктомии у пациентов с инвазивным раком мочевого пузыря из сегмента толстой кишки континентального гетеротопического резервуара мочевого пузыря.

Материал и методы: мы изучали результаты лечения 80 больных с раком мочевого пузыря с радикальной цистэктомией в различных модификациях надпузырного отхождения мочипри клиническом обследовании в урологическом отделении РСНПМЦРиО.

Для выполнения радикальной цистэктомии гистологически подтвержденная стадия рака мочевого пузыря T₂-T₄ была принята в качестве критерия возраста до 75 лет, независимо от степени дифференцировки (G1-G3). Предыдущие хирургические операции (ТУР и др.), Химиотерапия и лучевая терапия были разрешены при обнаружении локальных метастазов в лимфатических узлах (N1-N2). Метод отведения мочи выбирается в зависимости от общего состояния пациента, состояния активности верхних мочевыводящих путей, локализации опухолевого процесса, функционального состояния кишечной системы. В благоприятных онкологических и клинических условиях один из наших вариантов континентального мочеиспускания был выполнен при аппендикостоме, разработанной нами, без детубуляризации (30 пациентов - 1 группа) или с детубуляризацией (50 пациентов - 2 группы) с возможностью контролируемого выделения из сегмента толстой кишки. Распределение пациентов первой группы по возрастному диапазону и полу было следующим: среди пациентов 13% (43,3%) по сравнению с женщинами, 17% (56,7%) мужчин, т.е. их соотношение составило 1,1: 1. Возрастной диапазон - от 21 до 78 лет, средний возраст пациентов - 55,3±1,4 года. Во второй группе пациентов выполнено формирование континентального мочевого резервуара с возможностью контролируемого отхождения из сегмента толстой кишки с развитием детубуляризации через развитую аппендикостому (50 пациентов - 2 группы). Толстокишечный мочевой резервуар бездетубуляризации достигает необходимой функциональной (472 + 46 мл) емкости при сохранении низкого резервуарного давления через 6 месяцев после операции, что обеспечивает адекватную степень континенции. Формирование толстокишечного мочевого резервуара обеспечивает 100%-ную нормализацию функциональных и биохимических результатов, а также социальную адаптацию больных по сравнению с другим вариантом континентного отведения мочи, при которой достигается лишь улучшение функции почек.

Выводы. Методом выбора реконструктивно – восстановительной операции у больных РМП является методика формирования самокатетеризируемого мочевого резервуара, которая является наилучшим решением косметических и психологических проблем у данной категории больных, что значительно повышает качество их жизни.

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО СЕРОЗНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ

Атаханова Н.Э., Алмурадова Д.М., Зияев Ш.В., Рихсходжаева Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Анализ результатов лечения пациенток с распространенным серозным раком яичников.

Материалы и методы. В анализ включена 51 пациентка с распространенным серозным раком яичников. В зависимости от вариантов лечения пациентки разделены на 2 группы: 23 (45,0%) женщины, которым проводилось хирургическое лечение с последующими курсами полихимиотерапии и 28 (55,0%) пациенток с изначально нерезектабельными опухолями, которым на первом этапе терапии проводили неоадьювантную полихимиотерапию, затем выполняли циторедуктивную операцию и адьювантную ПХТ. Использовали стандартные схемы ПХТ: карбоплатин АУС 5-6 и паклитаксел 175 мг/м².

Результаты. Продолжительность жизни пациенток, лечение которых начато с хирургического этапа, составила 0,450 (95% ДИ), а пациенток, получавший НПХТ составила 0,570 (95% ДИ). Неоадьювантная полихимиотерапия в лечении распространенного серозного рака яичников неоадьювантную ПХТ, затем промежуточную циторедукцию и курсы АПХТ – 0,256 (95% ДИ [0,167;0,392]) (p<0,0001). В группе исследуемых, лечение которых начиналось с хирургической операции, циторедукция в полном объеме выполнена в 17 (33,3%) случаях. В группе пациентов с НАПХТ с изначально неоперабельным распространенным раком яичников полная

промежуточная циторедуктивная операция выполнена в 6 (11,7%) случаев с пятилетней ОНВ 0,426 (95% ДИ ([0,206; 0,879])) и в 11(21,5%) – в объеме оптимальной циторедукции с пятилетней ОНВ 0,241 (95% ДИ ([0,126; 0,461])).

Выводы. Полное удаление макроскопической опухоли способствовало улучшению выживаемости пациенток с IIIС-IV стадиями заболевания вне зависимости от стратегии лечения. Использование курсов НПХТ позволило выполнить промежуточное хирургическое вмешательство в объеме полной циторедукции у каждой пятой пациентки с изначально неоперабельным распространенным раком яичников.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГРАНУЛЁЗОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ВЗРОСЛОГО ТИПА

Атаханова Н.Э., Турсунова Н.И., Яхяева В.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Цель работы – изучить особенности гранулезоклеточной опухоли яичников взрослого типа и определить его роль при прогнозе заболевания.

Материал и методы. В исследование включены 43 больных с гранулезоклеточной опухолью яичников взрослого типа с гистологической верификацией послеоперационного материала. Распределение больных по возрасту было по следующему: 6 больных 30-49 лет, 28 больных 50-69 лет, 9 больных выше 70 лет. 20 больных беспокоило позднее наступление менархе, 14 больных ациклические маточные кровотечения, 9 больных боли внизу живота и дисфункция яичников в анамнезе. Все больные были оперированы в объеме «Экстирпация матки с придатками со срочным гистологическим анализом и удаление большого сальника». Интраоперационно у 26 больных опухоль была инкапсулирована, без разрыва капсулы опухоли, не врастающая в стенку соседних органов. У 14 больных имело место нарушение целостности капсулы опухоли и метастатическое поражение большого сальника. У 3 больных опухоль характеризовалась местнораспространенным ростом. Все больные послеоперационном периоде получали адъювантные курсы полихимиотерапии по схеме ВЕР.

Результаты. Срок наблюдения больных составил 5 лет (2016-2021гг). Среди 43 больных с гранулезоклеточной опухолью взрослого типа рецидив заболевания наблюдалась у 9 больных (20,9%), в виде возврата болезни в культе влагалища. Метастатическое поражение печени выявлено у 2 больных (4,6%). Летальный исход наступил 4 больных (9,3%)(у 2 больных от основного заболевания, тогда как у 2 пациентов от других причин). Общая и безрецидивная выживаемость больных гранулезоклеточной опухолью взрослого типа составила $90,6 \pm 1,2$ и $65,1 \pm 3,4\%$. ($p < 0,05$).

Выводы. Из-за наличия гормональной активности и благодаря характерным клиническим симптомам опухоли этого гистотипа преимущественно выявляют на ранних стадиях процесса в 60–90% наблюдений. Гранулезоклеточные опухоли взрослого типа в большинстве случаев инкапсулированные образования, не врастающие в стенку соседних органов, медленно увеличивающиеся и поэтому доступные радикальному хирургическому лечению, в то время как разрыв капсулы опухоли, поражение париетальной и висцеральной брюшины, большого сальника считаются неблагоприятными прогностическими факторами влияющие на общую и безрецидивную выживаемость.

“PIPELLE” ҚУРИЛМАСИНИНГ КЮРЕТАЖГА НИСБАТАН АФЗАЛЛИК ВА ҚУЛАЙЛИКЛАРИ

Абдиназарова И.С., Атаханова Н.Э., Турсунова Н.И., Яхяева В.К., Сабирова С.А.

Ташкент тиббиёт академияси, РИО ва РИАТМ Тошкент шаҳар филиали

Тадқиқотнинг мақсади. Бачадон танаси саратони ва рак олди касалликларида, бачадон эндометрий қаватидан намуна олишда кюретаж ёрдамида диагностика қирма олишга нисбатан Pipelle қурилмасининг афзалликлари ва самарадорлигини аниқлаш.

Материал ва усуллар. РИОваРИАТМ ТШФ маслахат поликлиникасига 2021 йил январ ойидан август ойигача кўрсатмага кўра 35 аёлдан бачадон танаси эндометрий қаватидан намуна олинди. Аввало беморлардан ҳеч қандай оғриқ қолдирувчиларсиз ва бачадон бўйни цервикал каналини кенгайтирмасдан бир марталик “Pipelle”-урогенитал зонди ёрдамида биоматериал олинди. Сўнгра маҳаллий оғриқ қолдирувчи дори воситаларидан фойдаланиб, бачадон бўйни кенгайтирилгач кюретаж ёрдамида бачадон танасидан қирма олинди. Муолажа якуллангач беморларга сўровнома ўтказилди. Унда беморларда оғриқнинг бор ёки йўқлиги, оғриқнинг даражаси, аввал ҳам шундай муолажа қилинган ёки йўқлиги, нохуш ҳиссиётлар, юрак уриб кетиши, бош айланиши, қон кетиши бор ёки йўқлиги, туғмаган ёки цервикал каналда турли сабабларга кўра деформацияси бор, кюретка кириши имконсиз бўлган ҳолат бор ёки йўқлиги каби пунктлар ҳар икки усул учун келтирилган. Беморлар мустақил равишда сўровномани тўлдириб чиқишди.

Тадқиқот натижалари. 35 та бемордан 6 та (17%) беморда цервикал каналдан ўтиш имконсизлиги сабабли фақатгина “Pipelle” қурилмаси билан наъмуна олинди. 29 тасида (83%) 2та усулда ҳам гистологик намуна олинди. Беморлар томонидан тўлдирилган сўровнома таҳлил қилинганда 29 та бемор “Pipelle” қурилмаси ёрдамида намуна олинганда 29та (100%) беморнинг барчаси сўровномада оғриқсиз, тез бажариладиган ва ҳеч қандай хоҳуш ҳолатларсиз ўтадиган муолажа деб баҳолашган. Кюретаж ёрдамида намуна олинганда оғриқ ҳиссини 29 бемордан 25(86%)та бемор жуда оғриқли, 4(14%)таси эса чидаш мумкин даражада оғриқли дея баҳолашган. 10 та (34%) беморда юрак уриб кетиши ва кучли кўркүв, 1(3%)та беморда муолажадан кейин қон кетиши ҳолати бўлганлиги аниқланган.

Хулоса. Юқоридаги ўтказилган сўровнома таҳлилларига кўра “Pipelle” қурилмаси ёрдамида бачадон танаси эндометрийсидан биоматериал олиш, дигностик кюретаж ёрдамида қирма олишга нисбатан жуда қулай, тезкор ва оғриқсиз усул бўлиб, юқори сезувчанлик билан атипик ўсма хужайраларини аниқлай олиши, ҳатто туғруқ ўтказмаган ёки бошқа сабабларга кўра бачадон бўйни канали ёпиқ аёлларда ҳам гистологик намуна олиш имконини берадиган усул эканлиги тасдиқланди.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЖИДКОСТНОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ЦИТОЛОГИИ ПРИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Захирова Н.Н., Тиллашайхов М.Н., Нишанов Д.А., Адилходжаев А.А., Ахмедов О.М., Османова Э.З., Сайдахмедова В.А.
РСНПМЦОиР

Цель исследования: изучить диагностические возможности жидкостной цитологии и традиционного цитологического исследования при интраэпителиальных поражениях шейки матки.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Республиканской специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии 2019- 2021 гг. В когорту были включено 110 больных женщин с интраэпителиальным поражением шейки матки. Средний возраст участников составлял 38±3,9 лет и колебался от 25 до 55 лет.

Результаты. Процент неудовлетворительных мазков снизился с 13,6% до 1,9%. Уменьшились необоснованные кольпоскопические исследования при неудовлетворительном мазке с 25% до 0,5%. Также отмечено снижение общего количества мазков, при этом увеличилось количество мазков, свидетельствующих о дискариозе разной степени, что было обусловлено увеличением положительных прогностических ценностей при дискариозе средней степени тяжести и выше с 79,5% до 86,1%. Результат биопсии пациентов с легким дискариозом не показали снижения точности прогнозирования низкой степени. Незавершенные работы по первичному скринингу практически исчезли, и время отчетности значительно улучшилось.

Выводы. Внедрение жидкостной цитологии привело к улучшению показателей неудовлетворительного мазка, с существенными преимуществами для направлений на кольпоскопию и времени выполнения лабораторных работ. Частота диагностики дискариоза сохранялась, а положительная прогностическая ценность мазка дискариоза была улучшена.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ХОРИОКАРЦИНОМЫ

Захирова Н.Н., Маматова М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт, РСНПМЦОиР

Цель исследования: выявление прогностического биомаркера, указывающего на возможную злокачественную трансформацию пузырного заноса в хориокарциному.

Материалы и методы: были отобраны 75 пациенток с гестационной трофобластической болезнью (ГТБ) и разделены на 3 группы в равных количествах, исследуемых в них: 25 образцов пузырного заноса (ПЗ), 25 – инвазивного пузырного заноса (ИПЗ), 25 – хориокарциномы (ХК). В качестве контроля были выбраны 25 женщин с неразвивающейся беременностью (НБ). Образцы тканей ГТБ были получены в РСНПМЦОиР и его филиалах. Ткани контрольной группы были получены в гинекологическом отделении Андижанского областного перинатального центра. Все диагнозы были гистологически подтверждены. Образцы тканей были получены путем первичного выскабливания полости матки или методом трепан-биопсии. Возраст больных в наших исследованиях колебался от 16 до 55 лет, средний возраст составил 30,3 года, при ПЗ – 29,1 и ХК – 32,3 года. Для решения поставленной цели был использован метод иммуногистохимии (ИГХ).

Результаты. ИГХ исследование антигена CLIC1 у пациентов 1 группы с диагнозом ПЗ показало следующие результаты: из 25 пациентов, у 12 (48%) отмечалось отсутствие экспрессии, у 7 (28%) – слабое окрашивание, у 4 (16%) – умеренное окрашивание и у 2 пациентов (8%) выявилось сильное окрашивание клеток. На основании результатов ИГХ исследования ПЗ был сделан вывод, что из 25 пациенток у 2, соответственно 8%, есть высокий риск злокачественной трансформации.

Во 2 группе у 25 пациентов с ИПЗ результаты ИГХ исследования показали, что в 1 случае (4%) отмечалось отсутствие реактивности, в 3 (12%) – слабое окрашивание, в 9 (36%) – умеренное окрашивание и в 12 случаях (48%) – сильное окрашивание клеток. Результаты ИГХ исследования ИПЗ показали, что в 48% случаев отмечалась высокая экспрессия белка CLIC1 в ядрах цитотрофобластов.

Экспрессия белка CLIC1 при исследовании 3 группы из 25 пациентов с диагнозом ХК была выражена таким образом: в 1 случае (4%) отмечалось слабое окрашивание, в 2 (8%) – умеренное окрашивание, а в 22 образцах (88%) – сильное окрашивание ядер цитотрофобластов, отрицательный результат не наблюдался ни в одном случае.

ИГХ исследование антигена CLIC1 у пациентов контрольной группы с диагнозом НБ показало следующие результаты: у 18 (72 %) отмечалось отсутствие экспрессии, у 7 (28 %) слабое окрашивание. Умеренное и сильное окрашивание клеток не было обнаружено.

Выводы. Мы наблюдали более высокие уровни иммунореактивности CLIC1 в трофобластических клетках у пациенток с ГТН по сравнению с пациентками с ПЗ. В контрольной группе результат был отрицательным, что свидетельствует об отсутствии клеток с риском злокачественной трансформации. Уровень активности CLIC1 повышается в злокачественно-трансформированных клетках хориокарциномы и экспрессируется в ядре и цитоплазме трофобластических клеток. Таким образом, CLIC1 может служить прогностическим маркером, позволяющим на ранней стадии выявлять злокачественную трансформацию ПЗ.

ЖИДКОСТНАЯ ЦИТОЛОГИЯ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ P16 В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Захирова Н.Н., Тиллашайхов М.Н., Адилхужаев А.А., Ахмедов О.М., Нишанов Д.А., Османова Э.З., Сайдахмедова В.А.

РСНПМЦОиР

Актуальность. На сегодняшний день ни цервиковагинальная цитология, ни тестирование на ВПЧ не может дать полную и точную прогноз какие предраковые поражения будут прогрессировать в рак. В частности, серые зоны цервикальных цитологических диагнозов, таких как атипичные плоскоклеточные клетки неопределенного значения, атипичные плоскоклеточные клетки, не могут исключить плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени, а плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени не может исключить высокодифференцированное плоскоклеточное поражение. Плоскоклеточное внутриэпителиальное поражение высокой степени вызывают диагностические трудности.

Цель: определить дополнительные факторы прогноза цервикальной интраэпителиальной неоплазии 2+ степени (CIN2+) в резидуальных жидкостных цитологических образцах, путем изучения капсидного белка p16.

Материалы и методы. В Республиканском специализированном научно-практическом центре онкологии и радиологии за период 2019-2021 гг. было собрано в общей сложности 56 резидуальных жидкостных цитологических образцов из них 26 (46,3%) случаев классифицированных как плоскоклеточное внутриэпителиальное поражение низкой степени (ПВЭПНС), и 30 (53,7%) случаев классифицированных как плоскоклеточное внутриэпителиальное поражение высокой степени (ПВЭПВС). 38 (67,9%) из 56 случаев были подтверждены при гистологическом исследовании, а остальные 18 случаев наблюдались в течение 4-12 месяцев (в среднем 8 месяцев). Результаты гистопатологического исследования показали 12 случаев хронического цервицита, 8 случаев цервикальной интраэпителиальной неоплазии 1 степени (CIN1), 5 случаев цервикальной интраэпителиальной неоплазии 2 степени (CIN2) и 23 случая цервикальной интраэпителиальной неоплазии 3 степени (CIN3). Гистологически подтвержденный $\geq$ CIN2 считался как CIN2+; гистологически подтвержденный $\geq$ CIN3 считался как CIN3+.

Результаты. Положительный результат p16 был связан с гистологией CIN2+ ($P = 0,047$) и CIN3+ ($P = 0,002$). Положительный результат на ВПЧ высокого риска был связан с CIN2+, подтвержденным при последующем наблюдении ($P = 0,036$), и гистологией CIN2+. ($P = 0,037$). Чувствительность, специфичность, положительное прогностическое значение и отрицательное прогностическое значение для прогнозирования последующего наблюдения CIN2+ составили 76,2%, 51,4%, 48,5% и 78,3% соответственно для p16 и 66,7%, 67,7%, 54,5% и 77,8% соответственно для ВР-ВПЧ. Анализ регрессии показал, что результаты иммуноокрашивания капсидного белка p16 и теста ВПЧ, проведенные последовательно, правильно классифицировали 81,8% образцов (27/33) при прогнозировании гистологии CIN2+ в ПВЭПНС или ПВЭПВС. Для определения гистологии цервикальной интраэпителиальной неоплазии 3+ степени (CIN3+) в ПВЭПНС или ПВЭПВС, мы обнаружили, что результаты иммуноокрашивания p16 правильно классифицировали 78,8% (26/33) образцах.

Выводы. Методом жидкостной цитологии с изучением p16 было правильно классифицировано гистология CIN2+ и CIN3+ в 81,8% и 78,8% случаев соответственно. В заключение, комбинация иммуноокрашивания капсидного белка p16 и ДНК-анализа остаточного ВПЧ обеспечивает полезные объективные биомаркеры для прогнозирования CIN2+ в случаях, диагностированных как атипичные плоскоклеточные клетки неопределенного значения; Иммуноокрашивания p16 достаточно для предсказания CIN3+. Иммуноокрашивание p16 и тестирование ВПЧ с диагнозом ПВЭПНС или ПВЭПВС являются полезными объективными биомаркерами для прогнозирования CIN2+.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ АССОЦИИРОВАННОГО С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Захирова Н.Н., Исламова З.К.

РСНПМЦОиР, Андиганский государственный медицинский институт

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения ВПЧ ассоциированной патологии шейки матки, путем усовершенствования скрининговых исследований и алгоритма врачебных действий.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование и лечение 82,0 (%) женщин с заболеваниями ассоциированных с папилломавирусной инфекцией. Информативность цитологического исследования зависит от правильности забора мазка, квалификации цитолога.

Результаты. Использование цитощёток и цервикс-щёток, по сравнению с паролоновыми кубиками, повышает чувствительность до 68,7%, специфичность до 84,0% и прогностическую ценность до 90,0%. ВПЧ - тестирование по специфичности ($p < 0,001$) и прогностической ценности положительного результата ($p < 0,05$) уступает цитологическому методу. Низкие количественные нагрузки ВПЧ коррелируют с отсутствием цитологических изменений ($p < 0,001$), а высокие - с интраэпителиальными поражениями высокой степени. ($p < 0,01$). Эффективность действующего цитологического скрининга рака шейки матки на территории Андиганской области является низкой на протяжении ряда лет и составляет от 9% до 47,7%. Это обусловлено нарушением техники забора материала для цитологического исследования, загрязнённостью материала элементами воспаления (60-80%) и не зависит от методики окраски мазков. У пациенток с ВПЧ - ассоциированной патологией шейки матки выявляются дисбиотические и неспецифические воспалительные процессы влагалища и шейки матки (70,4%), инфекции передающиеся половым путём (63,3 %), лечение которых способствует элиминации ВПЧ. Применение иммуномодулирующих препаратов при комплексной терапии ВПЧ – ассоциированной патологией шейки матки, не влияет на результативность мероприятий у пациенток с цервикальными интраэпителиальными поражениями при наблюдении в течение года ($p > 0,05$), но при этом обеспечивает ускорение процессов элиминации папилломавирусной инфекции с оценкой результата в течение 6 месяцев.

Выводы. Таким образом, повышение квалификации врачей цитологов, усовершенствование алгоритма ранней диагностики и лечения больных с ВПЧ ассоциированными патологиями шейки матки с последующим мониторингом является основным критерием раннего выявления злокачественных опухолей шейки матки.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ АССОЦИИРОВАННОГО С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Захирова Н.Н., Исламова З.К.

РСНПМЦОиР, Андиганский государственный медицинский институт

Цель исследования: разработка диагностических критериев для своевременного выявления патологии шейки матки, усовершенствования скрининговых исследований и выработка алгоритма врачебных действий.

Материалы и методы: проведено комплексное обследование 450 женщин с различной патологией шейки матки, из которых 75 с патологией шейки матки ассоциированной с ВПЧ в возрасте от 30 до 55 лет, HSILy 4 женщины, LSIL y 15, ASCUS y 7 женщин. Критерием включения в исследование послужили: 1) наличие у женщин ВПЧ 16 и 18 типов по результатам ПЦР – диагностики, наличие клинических и кольпоскопических признаков папилломавирусной инфекции шейки матки.

Результаты. 35 женщин предъявляли жалобы на бели, зуд наружных половых органов или во влагалище, у 45 женщин были контактные кровянистые выделения, 10 женщин никаких жалоб

не предъявляли, но при гинекологическом осмотре выявлены остроконечные кондиломы в области вульвы (58,9%), на шейки матки (11,7%), а также сочетанные поражения (18,6%). При осмотре в зеркалах у 20 женщин выявлена эктопия шейки матки, у 6 визуально шейка матки была без патологии. По данным расширенной кольпоскопии у женщин был выявлен хронический цервицит, который проявлялся признаками КСК: эктопией с незавершенной зоной трансформации в сочетании с белым эпителием (24,3%); пунктацией у 13,5%; йод-негативными зонами - 67,6%, мозаикой - 10,8%; белым эпителием - 18,9%; лейкоплакией шейки матки - 10,8%. У 16 (45,2%) женщин присутствовали признаки папилломавирусной инфекции шейки матки в виде эндофитных кондилом, которые представляли участки нежного белого эпителия, расположенные за пределами зоны трансформации и выявлялись с помощью пробы с 3% уксусной кислотой и пробы Шиллера. По результатам ПЦР ВПЧ был выявлен у (78,4%), выявленные остроконечные кондиломы чаще всего ассоциировались с ВПЧ 6 или 11 типов, тогда как плоские кондиломы ассоциировались с ВПЧ 16 типа. При преинвазивном раке был выделен ВПЧ 16 типа, при дисплазии III степени выявлен ВПЧ 16 типа, а также ВПЧ 6, 11 и 18 типов.

Выводы. Таким образом, у женщин, инфицированных папилломавирусом наблюдается большой процент развития клинических форм заболевания. Женщинам в возрасте 30-55 лет в обязательном порядке следует проводить исследование с целью исключения ПВИ. План обследования должен включать ПЦР - диагностику ВПЧ. Проведение кольпоскопии и цитологического исследования обязательно во всех случаях наличия ПВИ.

ИТОГИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ ВПЧ ТЕСТИРОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Иноятова Н.М., Султамуратова М.М., Ахмедова М.П., Арифджанова Д.Б.

Министерство здравоохранения Республики Каракалпакстан

Цель исследования. Скрининговое обследование женщин в возрасте 30-55 лет ВПЧ тестированием.

Материалы и методы: Для проведения данного исследования отобраны 11 регионов РК. Критериями включения в исследование явилось следующее: женщины 30-55 лет, проживающие в Республике Узбекистан, не имеющие в анамнезе инвазивного рака шейки матки. Все женщины, участвующие в исследовании, подписывали информированное согласие. Критериями исключения явились: беременные; женщины в послеродовом периоде; женщины с аномальными кровотечениями из половых путей, после экстирпации матки; женщины с подозрением на инвазивный рак шейки матки. В тестирование включены 50000 женщин. Сбор мазка на вирус папилломы человека (ВПЧ) производился цитощеткой, которая помещалась в контейнер со специальной транспортной средой. Лабораторное тестирование на ВПЧ проводилось с использованием теста Xpert® HPV на оборудовании Cepheid. Всем ВПЧ положительным женщинам проводилась кольпоскопия или визуальный осмотр с 5% уксусной кислотой (ВУК).

Результаты. Тестирование на ВПЧ проведено у 48669 женщин пилотных районов. У 45374 женщин ВПЧ не обнаружен, тест отрицательный, что составляет 93,2%. Учитывая высокую прогностическую значимость отрицательного ВПЧ теста, женщинам следующий раунд скрининга рекомендован через 7 лет, а по рекомендации ВОЗ для стран с ограниченными ресурсами возможен через 10 лет. Положительный ВПЧ тест выявлен у 3295 женщин, что составило 6,8%. На следующем этапе была проведена медицинская сортировка ВПЧ положительных женщин с помощью кольпоскопии или ВУК. При обнаружении положительного ВУК или кольпоскопии, а также подозрения на рак пациентки направлялись в онкоцентр для взятия биопсии. По предварительным данным выявлено 9 женщин с инвазивным раком шейки матки, что составляет 0,3% и у 224 женщин выявлен CIN 2+, что составляет 6,8% из ВПЧ положительных женщин.

Выводы. Скрининг рака шейки матки с использованием ВПЧ тестирования является высокочувствительным методом и может быть рекомендован для общей популяции.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ТЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО РАКА

Каримова Ф.Н., Сангинов Дж.Р., Баротов З.З.

Таджикский государственный медицинский университет, Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗ, Республика Таджикистан
Пандемии Covid -19 в настоящее время является причиной глобального кризиса здравоохранения. Онкологические пациенты относятся к группе высокого риска заражения инфекционными заболеваниями вследствие иммунодефицитного состояния, вызванного основным заболеванием, и подвергаются высокому риску развития серьезных осложнений, вызванных вирусом.

Целью настоящего исследования является изучение влияния заболевания Covid -19 на течение заболевания у онкогинекологических больных.

Материалы и методы. согласно данным амбулаторных карт РОНЦ МЗ и СЗН РТ с периода 1 мая по 30 октября 2021 г было зарегистрировано 22 больные, с онкогинекологическим заболеванием инфицированными Covid -19. Из них 7 больных с раком шейки матки, 9 - с раком яичников, 3- с раком тела матки, 1 – раком вульвы, 2 – хориокарциномой матки. Возраст больных варьировал от 22 до 56 лет. Из них 16 больных были первичными, то есть с только выявленными заболеваниями.

Результаты. В связи с заболеванием Covid -19 всем больным было приостановлено лечение сроком от 2 недель до 1 месяца. По этой причине из 9 больных раком яичников у 2-х подготовленных к оперативному лечению на первом этапе отмечалась прогрессирование опухолевого процесса. Этим пациенткам и остальным больным раком яичника (7) решено было продолжить химиотерапию в связи с нарушением режима лечения. Клиническое проявление опухолевого процесса у больных с раком тела матки в процессе лечения Covid -19 существенно не изменились. Из 7 больных раком шейки матки 3 были после неоадьювантной химиотерапии и подготовлены к оперативному лечению. Этим пациенткам также после лечения Covid -19 в связи с мотивированным отклонением от протокола лечения, начато альтернативное лечение – лучевая терапия. У больных с хориокарциномой заболевших Covid -19 на фоне проводимой химиотерапии также был нарушен режим лечения. После перерыва в связи с заболеванием Covid -19, продолжено лечение основного заболевания на фоне прогрессии опухолевого процесса.

Выводы. Несмотря на пандемию, лечение онкологических пациентов необходимо продолжать, так как наличие опухолевого процесса не допускает задержки проведения терапии, оно требует тщательного контроля вне зависимости от обстоятельств.

ТРЕХМОДАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Карлыбаев А.О., Мукумова Д.И., Исмоилов Ж.Х., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский городской филиал РОСНПМЦОиР

Актуальность. На сегодняшний день золотым стандартом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (РМП) является радикальная цистэктомия (РЦЭ) с расширенной лимфодиссекцией однако этот подход ассоциирован с значительными техническими трудностями и осложнениями, снижением качества жизни. Органосохраняющее лечение может быть альтернативой для тщательно подобранных пациентов.

Цель исследования. Сравнить результаты хирургического лечения пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря, определить показания для выполнения органосохраняющего лечения.

Материалы и методы. Ретроспективно были проанализированы 140 больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (МИРМП) T2a-2bN0M0, G1-3 без признаков регионального

и отдаленного метастазирования, из них мужчин было 118 (84,3 %), женщин – 22 (15,7 %) (соотношение 5:1). Средний возраст составил 58 ± 9 лет. У всех пациентов морфологически установлен переходно-клеточный рак с разной степенью дифференцировки опухоли. В зависимости от варианта терапии пациенты были разделены на две группы. Основной группе, состоящей из 75 пациентов, была выполнена ТУР мочевого пузыря в период с 2011 по 2017 годы в Ташкентском Городском Филиале РСНПМЦОиР. Контрольной группе из 65 пациентов была выполнена радикальная цистэктомия в период с 2011 по 2017 гг. Мы сравнили 5-летнюю общую и скорректированную выживаемость пациентов с МИРМП после цистэктомии (n=65) с пациентами, которым была выполнена ТУР (n=75). Кроме того, мы изучили 75 случаев ТУР мочевого пузыря у пациентов с МИРМП (T2a-2bN0M0), определили закономерности количества, размеров, локализации опухолей, а также возраста пациентов, оценили их 5-летнюю выживаемость.

Результаты и обсуждение. Медиана выживаемости пациентов основной группы (n=75) составила 92,1+7,8 мес. (95% ДИ 76,8 – 107,4). Медиана выживаемости пациентов контрольной группы (n=65) составила 98,2+10,7 мес. (95% ДИ 77,1 - 119,2). Не выявлено достоверных различий наблюдаемой выживаемости больных, подвергнутых органосохраняющему лечению, по сравнению с пациентами, которым была выполнена цистэктомия. Одногодичная общая выживаемость больных основной группы составила 90,5%, контрольной – 79,7% ($p = 0.88$). 5 лет пережили 59,5% пациентов основной группы и 53,1% контрольной ($p = 0.88$). Скорректированная однолетняя выживаемость основной группы оказалась достоверно выше контрольной (87,5 и 53,6% соответственно) ($p < 0.001$). Скорректированная 5-летняя выживаемость составила 35 и 7,1% соответственно ($p < 0.001$). Самой частой локализацией рака мочевого пузыря в данном исследовании стала область дна (n=15, 20%) и левой стенки (n=15, 20%), вторыми по частоте стали опухоли задней стенки (n=12, 16%), а также новообразования треугольника Льюто (n=12, 16%). Реже всего опухоль встречалась на верхней стенке (n=1, 1.3%).

Выводы. Органосохраняющее лечение мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря может рассматриваться в качестве альтернативы радикальной цистэктомии для пациентов с высоким риском развития осложнений после радикальной цистэктомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Мадалиев А.А., Нишанов Д.А., Хамидов С.Ю., Умаров М.Х., Абдурахимов Ш.О.

РСНПМЦОиР

Цель работы – показать преимущества метода жидкостной цитологии в изучении клеточной структуры злокачественных опухолей яичников в асцитических жидкостях по сравнению с традиционными методами.

Материалы и методы. Проведено 180 цитологических исследований асцитической жидкости 145 больным в возрасте 16-70 лет, с подозрением на злокачественную опухоль яичников с помощью технологии жидкостной цитологии (CELLTRAZONE), а также 175 цитологических исследований асцитической жидкости 133 больным в возрасте 16-70 лет обычным методом.

Результаты: у 125 (69,4%) больных методом жидкостной цитологии подтвержден рак яичника, у 12 (6,7%) больных – мезотелиома брюшины, у 11 (6,1%) – аденокарцинома ЖКТ, у остальных 32 больных (17,8%) случаях атипические клетки не обнаружены.

У 45 (33,8%) больных методом обычной цитологии подтвержден рак яичника, у 2 (1,5%) больных – мезотелиома брюшины, у 7 (5,3%) – аденокарцинома ЖКТ, у остальных 79 (59,4%) - случаях атипические клетки не обнаружены.

Вывод. Вышеизложенные результаты подтверждают точность диагностики жидкостной цитологии и показывает необходимость использования данного метода в качестве «золотого стандарта» в диагностике онкологических заболеваний.

ГОРМОНАЛЬНО-AКТИВНЫЕ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКОВ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Мамаризаев Д.Ю., Джураев М.Д.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель. Выявить особенности ведения больных с гормонально-активными опухолями надпочечников при хирургическом лечении.

Материал и методы. В период с 2015 по 2021 г. в СФРСНПМЦОиР и РСНПМЦОиР на обследовании и лечении находились 59 пациентов с подтвержденным диагнозом гормонально-активными опухолями надпочечников. У всех больных лабораторно выявлено достоверное повышение уровня гормонов надпочечников. У 36 (61,01%) больных была диагностирована феохромоцитома, у 13 (22,03%) больных кортикостерома и у 10 (16,94%) больных альдостерома. У всех больных диагностирована артериальная гипертензия. Средний уровень гормонов метанефрина суточной мочи $1380,4 \pm 248,2$ мкг/сут; норметанефрин мочи $1194,6 \pm 148,5$ мкг/сут; кортизол крови $1089,1 \pm 135,6$ нмоль/л; альдостерон плазмы $345,6 \pm 28,5$ пг/мл. Топическая диагностика опухолей надпочечников и сопутствующих патологий выполнялась при помощи УЗИ и МСКТ позволивших окончательно установить диагноз. Больные были трудоспособного возраста от 18 до 69 лет. Средний возраст больных $45,8 \pm 5,1$ года. Мужчин 35 (59,32%), женщин 24 (40,68%). Правосторонняя 33 (55,93%), левосторонняя 26 (44,07%). Длительность анамнеза заболевания колебалась от 6 месяцев до 10 лет, в среднем составил $3,8 \pm 2,4$ года. Открытая операция была выполнена у 51 (86,44%) больного, у 8 (13,56%) больных лапароскопическая адреналэктомия.

Результаты. У всех больных основным симптомом заболевания была артериальная гипертензия. У всех пациентов имелось статистически достоверное повышение уровня гормонов крови и их метаболитов в моче.

Объем и продолжительность предоперационной подготовки проводилось индивидуально в зависимости от концентрации гормонов, продолжительности заболевания и сопутствующего заболевания, при этом ее длительность составила в среднем $6 \pm 1,8$ суток. Средняя продолжительность госпитализации пациентов в клинику составило $7,1 \pm 2,6$ дней. Всем больным был выполнен адреналэктомия. АД больных до операции колебалась от 140/90 до 315/178 мм.рт.ст. Первые сутки после операции АД стабилизировалась и колебалась от 90/60 до 160/99 мм.рт.ст. Продолжительность операции в среднем составила 45 ± 7 мин.

Заключение. По результатам исследования можем делать вывод, для стабилизации АД у больных с гормонально-активными опухолями надпочечников эффективным методом лечения является хирургия. После хирургического лечения у больных стабилизировалась АД и концентрация гормонов нормализовались.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОРТИКОСТЕРОМОЙ

Мамаризаев Д.Ю., Джураев М.Д.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель. Изучить особенности ведения больных с кортикостеромой при хирургических лечениях.

Материал и методы. В период с 2015 по 2021 г. в СФРСНПМЦОиР на обследовании и лечении находились 15 пациентов с кортикостеромой. Топическая диагностика опухолей надпочечников и сопутствующих патологий выполнялась при помощи УЗИ и МСКТ, позволивших окончательно установить диагноз. Больные были трудоспособного возраста от 18 до 60 лет. Средний возраст больных $40,1 \pm 3,6$ года. Мужчин 4 (26,67%), женщин 11 (73,33%). Правосторонняя 10 (60%), левосторонняя 5 (40%). Длительность анамнеза заболевания колебалась от 1 до 9 лет, в среднем составил $4 \pm 1,2$ года.

Определяли характер суточной секреции кортизола, исследовав концентрацию АКТГ и кортизола два раза в 7⁰⁰ и 23⁰⁰ часов в сутки

Результаты. У всех больных основным симптомом заболевания была артериальная гипертензия. У всех пациентов имелось статистически достоверное повышение уровня гормонов крови и их метаболитов в моче.

По результату исследования среднее показател кортизола свободного равнялось до операции $875,6 \pm 21,7$ и после операции $419,4 \pm 23,4$ соответственно. Диаметр образования варьировал от 3,1 до 12,5 см. В среднем составил $5,8 \pm 2,4$ см.

Объем предоперационной терапии был индивидуальным и зависел от уровня активности гормонов и сопутствующего заболевания, при этом ее длительность составила в среднем $4 \pm 2,5$ суток. Средняя продолжительность госпитализации пациентов в клинику составило $8,5 \pm 3,5$ дней. Всем больным был выполнен адреналэктомия. АД больных до операции от 140/90 до 229/118 мм.рт.ст. Первые сутки после операции от 110/70 до 135/85 мм.рт.ст. Продолжительность операции 40 ± 8 мин.

Заключение. Наши исследования показывает, что для ранней диагностики кортикостером, у больных продолжительной АГ и идиопатическим АД нужно определить концентрацию кортизола. После хирургического лечения у больных АД нормализовалась.

БУЙРАК ВА ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОНИ КЎПЛАБ ОСТЕОГЕН МЕТАСТАЗЛАРИДА 153SM-ОКСАБИФОР БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ГЕМАТОЛОГИК ТОКСИКЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Рахимов Н.М., Шаханова Ш.Ш.

Самарканд давлат тиббиёт институти

Мақсад. Буйрак ва простата беzi саратонининг кўплаб остеоген метастазларида 153SM-ОКСАБИФОР билан даволашнинг гематологик токсиклигини баҳолаш.

Материаллар ва методлар: мазкур текширувда Ўзбекистон Республикаси Онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази ва унинг Самарканд филиалида буйрак ва простата беzi саратони кўплаб остеоген метастазлари билан даволанаётган 64 нафар беморнинг текшириш ва даволаш натижалари ретроспектив таҳлил қилинди. Буйрак ва простата беzi саратони кўплаб остеоген метастазлари билан даволанаётган 64 нафар беморларга специфик ўсмага қарши терапия ва остеопротектив терапия золедрон кислотаси, деносумаб ва радиофармтерапия 153SM-ОКСАБИФОР билан ўтказилди.

Натижалар: 153Sm-ОКСАБИФОР билан даволанишнинг ноўя таъсиридан бири гематологик токсикликдир. Барча тригематологик профиллар (эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар) миқдори пасайган ($p \leq 0,05$). Лейкоцитлар ва тромбоцитлар сонининг камайишининг энг юқори кўрсаткичлари 1-даволанишдан кейин қайд этилган, аммо 3 ойдан кейин бу кўрсаткичлар нормал ҳолатга қайтди, бу эса уни суяк илигини ишлаб чиқариш функциясини камайтирувчи омил сифатида тасдиқлайди, шу билан бирга суяк илиги функциясини камайиши енгил ва вақтинчалик эди. Бизнинг ҳолатимизда токсик таъсирнинг аниқ белгилари йўқ эди. Беморларнинг кўпчилиги 1 ёки 2 даражали инфекция кузатилди. 153Sm-ОКСАБИФОР билан даволанишдан кейин 3 ой ичида қон кетиш кузатилмади.

Хулоса. Простата беzi саратони билан оғриган беморларда суяк оғригини йўқотиш учун Sm-ОКСАБИФОР терапияси самарали, хавфсиз ва яхши қабул қилинган. Оғриқсизлантирувчи таъсир бир вақтнинг ўзида беморнинг ҳаракатчанлигини яхшилаши ва аналгетикларнинг керакли дозасини камайитириш билан давом этди. 153Sm-ОКСАБИФОРни қўллашдан кейин гематологик токсиклик ўртача ва вақтинчалик бўлди.

ПСА-СКРИНИНГ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ: ВЛИЯНИЕ НА ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ (на примере Сурьхандаринской области, Узбекистан)

Сурхандарьинский филиал РСНПМЦОиР

Саломов М.С., Жумаев М.Ю.

Цель. Оценить влияние ПСА-скрининга на показатели выживаемости онкологических больных рака предстательной железы в Сурьхандаринской области за период 2015-2020 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных амбулаторных карт пациентов которые обращались по поводу жалоб нижних мочевых путей. Сформировано две группы пациентов, диагноз которым установлен в 2015– 2020 гг.: группа пациентов, выявленных при ПСА-скрининге (375чел.); группа пациентов, выявленных при других обстоятельствах, исключая ПСА-скрининг (784 чел.). В группах рассчитаны показатели кумулятивной скорректированной выживаемости, учитывающие случаи смерти онкологических больных по основному заболеванию. Расчет показателей выживаемости онкологических больных проводился динамическим методом на основе базы данных популяционного ракового регистра Сурьхандаринской области. В группах проведен сравнительный анализ показателей 1-, 3- и 5-летней кумулятивной скорректированной выживаемости. С использованием критерия Стьюдента определен уровень достоверности различий показателей выживаемости в исследуемых группах.

Результаты. Показатели кумулятивной скорректированной выживаемости в группе скрининга составили за 1-летний период – 89,1%, за 3-летний период – 76,3%, за 5-летний период – 56,6%. В группе контроля аналогичные показатели составили за 1-летний период – 75,0%, за 3-летний период – 61,4%, за 5-летний период – 47,6%. Показатели 1-, 3- и 5-летней выживаемости в группе скрининга превышают аналогичные показатели в группе контроля на 14,1; 15,7 и 27,4% соответственно ($p=0,01$). С увеличением периода наблюдения показатели выживаемости имеют тенденцию к снижению, а различия в показателях между группами увеличиваются.

Вывод. Проведение ПСА-скрининга обуславливает достоверное увеличение выживаемости онкологических больных раком предстательной железы. Популяционный раковый регистр является основой для проведения расчетов выживаемости онкологических больных по международным стандартам.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Салихова С.А., Акрамов А.Р., Аллазов Ф.Н.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель. Анализ данных цитологических исследований в выявлении заболеваний шейки матки в возрастном аспекте.

Материал и методы: Материалом для исследования послужили 21543 женщин в возрасте от 18 лет до 86 лет, средний возраст – 52 года, самостоятельно обратившиеся на осмотр в поликлинику СФ РСНПМЦОиР за период с 2019 по 2021 г.г. Всех обратившихся женщин разделили по возрастному аспекту на три группы: от 18 лет до 35 лет, от 36 лет до 55 лет и от 56 и старше. В настоящее время в СФ РСНПМЦОиР для выявления заболеваний шейки матки используются цитологические исследования с окраской Романовского-Гимза.

Результаты. Анализ показал, что из общего количества обратившихся, при гинекологическом осмотре женщин в возрасте от 18 до 35 лет составляло – 5386 (25%), возрасте от 36 до 55 лет – 12926 (60%) и возрасте от 56 лет и старше было – 3231 (15%) женщин. Выявленные патологии шейки матки: фоновые заболевания – 12914 (71,6 %) женщин, предраковые заболевания – 5388 (25%) и рак шейки матки – 716 (3,4%). Как видно, онкологическая патология составляет – 6104 (28,4%). При этом предраковые заболевания – 5388 (88,2%), подозрение на рак *in situ* – 154 (2,6%), подозрение на рак шейки матки – 562 (9,2%) у женщин. Анализ возрастного аспекта онкологической патологии у женщин показал, что предраковые заболевания в возрасте от 18 до 35 лет составляет – 2714 (50,3%), от 36 до 55 лет – 1770 (32,7%) и от 56 лет и старше у 904 (17%). Анализ *in situ* в возрасте от 18 до 35 лет составляет 57 (37%) женщин, от 36 до 55 лет – 71 (46%), от 56 лет и старше – 26 (17%). Подозрение на рак шейки матки у женщин в возрасте от 18 до 35 лет составляет 66 (11,7%), от 36 до 55 лет – 290 (51,6%) и 56 лет и старше – 206 (36,6%).

Вывод. Таким образом, анализ исследования показывает, что у женщин в более молодом возрасте чаще всего выявляются фоновые заболевания, в среднем возрасте предраковые заболевания и рак шейки матки.

PROSTATE CANCER: RELATIONSHIP BETWEEN VASCULAR DIAMETER, SHAPE AND DENSITY AND GLEASON

Salomov M.S., Jumaev M.Yu.

Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology
Surkhandarya branch

Background: Tumor growth requires expansion and development of vascular network. An increase in Gleason score is representative of an increase in tumor invasion and extent. In this study, the relationship between Gleason score and vascular characteristics of needle biopsy samples in prostate cancer patients has been evaluated.

Methods: We evaluated vascular characteristics including density of vessels: size and percentage of vessels with irregular shape in 43 cancer-positive samples obtained by prostate needle biopsy under ultrasound guide, and compared them to Gleason score.

Result: Gleason scores of 12 patients were < 5 ; Gleason scores of 14 patients were 7 and 17 patients had their Gleason score from 8 to 10. An increase in Gleason score was associated with increased vascular density ($p < 0.0001$), increased percentage of vessels with irregular shape ($P < 0.02$) and decreased average vascular diameter ($P < 0.015$), from which the relationship with vascular density was clearer and more evident.

Conclusion. Vascular morphological characteristics can be representative of angiogenic potential of prostate cancer which is required for tumor progression. As Gleason score can prognosticate the behavioral characteristics of prostate cancer in future, vascular characteristics may also be able to express tumor behavior. With Attention to vascular characteristics in biopsy samples and apart from Gleason score, we may also be able to divide patients into other subtypes in a way being helpful for the establishment of treatment plan.

INTERACTION OF CELLS AND FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF PROSTATE CANCER

Salomov M.S.

Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology
Surkhandarya branch

Purpose. To study adaptation to the new environment of the body and begin to proliferate prostate cancer cells.

Methods. The study showed that there are factors derived from bone marrow cells that are able to increase the growth and survival of prostate cancer cells, directly.

Evidence suggests that a more direct form of interaction, spontaneous cell fusion, occurs between prostate cancer cells themselves and other cell types. Strains of the human prostate cancer cell line PC-3 were created expressing either GFP or RFP, selective with various antibiotics. These cells were grown in direct contact to allow them to fuse: the fused cells were isolated and their growth in vitro and in vivo (intrabial injection) were compared with non-fused control strains. Exposure to retroviral infection with mouse leukemia virus (MLV) as a potential fusogen was also determined in vitro. The fused PC3 cells showed highly abnormal phenotypes and other properties compared to the parental clones. The fused PC3s produced significantly more clones in semi-solid agar assays and tumors grew more frequently and faster when injected into the tibia. That retroviral infection with MLV significantly increases the rate of fusion of prostate cancer cells. Research shows the ability of prostate cancer cells to fuse with other cell types and cell fusion occurs in some combinations.

Conclusion. The hypothesis of the study is that cell fusion occurs between prostate cancer cells themselves, and this increases the heterogeneity of the cancer cell population, creating highly

oncogenic strains of prostate cancer cells, and that retroviral infection promotes the formation of fused clones.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Тилляшайхов М.Н., Болтаев М.И., Бойко Е.В., Искандаров Ж.М.

РСНПМЦОиР, Бухарский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Лечение больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря с осложненным течением остается сложной медицинской проблемой. Выполнение радикальной цистэктомии, являющейся «золотым стандартом» лечения больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря, приводит к нарушению уродинамики у всех пациентов, которые в дальнейшем требуют проведения реабилитационных мероприятий по улучшению качества жизни больных. Несмотря на проводимое радикальное лечение, часть больных погибает в отдаленный период, как от прогрессирования опухолевого процесса, так и от последствий выполненных операций. Расширение возможностей для органосохраняющего лечения, оптимизация лечебного подхода у больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря выглядит привлекательным и требует дополнительного изучения.

Цель исследования. Оценить результаты органосохраняющего лечения больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря с осложненным течением.

Материал и методы. В основу работы были положены клинические наблюдения и результаты лечения 87 больных с мышечно-инвазивным переходно-клеточным раком мочевого пузыря T2-3N0M0G1-3 с осложненным течением (гематурия, анемия, УГН), находившихся на обследовании, лечении и последующем наблюдении в РСНПМЦОиР и в его Бухарском филиале в период 2013-2017 годы. Среди них мужчин было 77 (88,5%), женщин - 10 (11,5%). Средний возраст больных составил 56,5±0,5 года. Всем пациентам выполнена ТУР опухоли с проведением в послеоперационном периоде 4-х курсов системной полихимиотерапией по схеме GC. Оценивались общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость.

Результаты. Из общего количества пациентов 38 (43,6%) погиб от прогрессирования основного заболевания (появление рецидивов и метастазов) и осложнений. У 18 (20,6%) пациентов не отмечено признаков возврата заболевания. Все эти больные пережили 5-летний срок наблюдения без рецидива и метастазов опухоли. Наибольшее количество пациентов 27 (31,03%) имели признаки рецидива опухоли в различные сроки по завершению этапа комбинированного лечения, однако пережили 5-летний период наблюдения. Общая 5-летняя выживаемость составила 51,6%. В 4 (4,6%) случаях результаты противоопухолевого лечения оценить не удалось.

Заключение. При проведении органосохраняющего лечения у больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря с T2-3N0M0G1-3 стадией с осложненным течением заболевания общая 5-летняя выживаемость составила 51,6%, а безрецидивная – 20,6%.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА

Тилляшайхов М.Н., Юсупов Ш.Х., Тилляшайхова Р.М., Суллетбаев Н.Б.

РСНПМЦОиР, Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: изучить отдаленные результаты РПЭ с расширенной лимфодиссекцией у больных РПЖ группы высокого риска.

Материалы и методы. Проанализированы результаты РПЭ у 135 пациента, относящихся к группе высокого риска: клиническая стадия cT2c и выше, ПСА > 20, Глисон > 7. Средний возраст пациентов составил 62,7 ± 0,39 (ДИ95% 61,94– 63,47). Во всех случаях была выполнена расширенная лимфодиссекция. Для расчета выживаемости и факторного анализа использованы методы Каплана-Майера и Кокса. Метастазы в регионарные лимфоузлы (pN1)

выявлены у 18 (13,7%) больных. Наличие положительного хирургического края установлено в 38 (28,4%) случаев. Отдаленные результаты изучены у 77 пациентов (56,8%). Медиана времени наблюдения составила $26 \pm 1,3$ (ДИ95% 25,74–31,18) месяцев. Канцероспецифическая выживаемость составила 97,2%. Безрецидивная 5-летняя выживаемость составила 47,8% (медиана – 55 мес, (95% ДИ: 17,56–92,41). Медиана безрецидивной выживаемости у пациентов, не имеющих метастазов в регионарных лимфатических узлах, составила 55 мес (95% ДИ: 20,4–89,6), а у пациентов с наличием метастазов в регионарных лимфатических узлах – 19 мес (95% ДИ: 10,2–27,8). Медиана безрецидивной выживаемости у больных с отрицательным хирургическим краем составила 83 мес (95% ДИ: 39,8–126,2), с положительным хирургическим краем – 22 мес (95% ДИ: 8,7–35,3), (LogRanktest = 0,02). При проведении однофакторного анализа независимыми предикторами безрецидивной выживаемости явились: наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах (Exp(B) = 2,383; (95% ДИ: 1,24–4,56), $p = 0,009$) и положительный хирургический край (Exp(B) = 2,551; (95% ДИ: 1,38–4,69), $p = 0,003$).

Заключение. Радикальная простатэктомия у больных РПЖ группы высокого риска в настоящее время может быть использована как часть комбинированного лечения, а у части пациентов и как радикальный метод лечения с обнадеживающими онкологическими результатами. Значимыми предикторами безрецидивной выживаемости в этой группе пациентов являются наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и положительный хирургический край.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ БОКОВОЙ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ В ОБЪЕМЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Тилляшайхов М.Н., Юсупов Ш.Х., Тилляшайхова Р.М., Суллетбаев Н.Б.

РСНПМЦОиР, Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Оценить частоту расположения опухоли на боковой стенке мочевого пузыря для выбора оптимальной тактики обезболивания.

Материал и методы исследования. В период с 12.05.2019 по 12.05.2020 г. в отделении онкоурологии ТГФ РСНПМЦОиР, выполнено проспективное обсервационное исследование, включившее данные 156 пациентов, которым в связи с новообразованием была выполнена ТУР мочевого пузыря с удалением опухоли. Локализацию опухоли в мочевом пузыре определяли с помощью предоперационного ультразвукового исследования.

Операция ТУР мочевого пузыря в запланированном объеме выполнена 100% больных ($n = 156$). Частота локализации опухоли на боковой стенке мочевого пузыря составила 42% ($n = 66$). Наиболее часто опухоль располагалась на правой боковой стенке, а именно в 48% наблюдений ($n = 32$). Поражение левой боковой стенки составило 38% ($n = 25$). В 14% случаев ($n = 9$) опухолью были поражены как правая, так и левая боковая стенка мочевого пузыря.

Заключение. Поражение опухолью боковой стенки при новообразованиях мочевого пузыря встречается достаточно часто и может достигать 53%, согласно данных литературных источников. В нашем исследовании частота опухолевого поражения боковой стенки составила 42%. Это необходимо учитывать перед проведением анестезии при ТУР мочевого пузыря и выбирать тактику обезболивания, направленную на предупреждение рефлекса запирающего нерва.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЛИТАРНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

Тилляшайхов М.Н., Юсупов Ш.Х., Тилляшайхова Р.М., Суллетбаев Н.Б.

РСНПМЦОиР, Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: оценить результаты лечения больных с солитарными метастазами почечно-клеточного рака.

Материалы и методы: хирургическое лечение, 51 пациентов с солитарными метастазами почечно-клеточного рака, оперированные в РСНПМЦОиР ТГФ в 2015–2018 годах. Средний возраст больных составил 51,7 года (39–69 лет). Из 51 пациентов у 22 метастатическое поражение локализовалось в органах грудной клетки (легкие, грудная клетка), у 10 кости скелета, у 19 органы ЦНС. Гистологическая структура всех опухолей и метастазов была представлена почечно-клеточным раком. Степень дифференцировки наиболее часто была представлена умереннодифференцированная, около 71% случаев. **Результаты.** Анализируя проведенные хирургические вмешательства наиболее частым было резекция легкого (торакотомическая или торакоскопическая) выполненная у 21 пациентов, в 9 случаях костного метастазирования выполнялись резекции различных отделов костей со стабилизацией и протезированием костей и суставов. Наиболее раннее рецидивирование и прогрессирование процесса встречалось у пациентов с поражением ЦНС, с 3 месяца наблюдения. Для больных с поражением органов грудной клетки данный вид лечения показал себя наиболее эффективным, медиана безрецидивной выживаемости у них составила от $10,5 \pm 3$ месяца.

Выводы: метод хирургического лечения больных с солитарными метастазами почечно-клеточного рака оптимальный, так как позволяет добиться полной эрадикации опухоли, помогает отсрочить адъювантное лечение (таргетную терапию), т.е. оптимизировать клинический и экономический эффект, улучшить прогноз течения заболевания, эффективно купировать симптомы метастатического поражения, улучшает качество жизни пациентов. Однако пациенты с поражением ЦНС требуют более тщательной дифференциальной оценки при применении данного метода.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

Тилляшайхов М.Н.¹, Бойко Е.В.¹, Хасанов Ш.Т.¹, Тилляшайхова Р.М.², Туйчиев А.П.¹, Рахматуллаев Б.Х.¹

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР²

Цель. Улучшить качество жизни пациентов после радикальной цистэктомии у больных инвазивным раком мочевого пузыря путём усовершенствования континентного гетеротопического мочевого резервуара из сегмента толстой кишки.

Материал и методы. В проведенном клиническом исследовании нами изучены результаты лечения 186 пациентов инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии с надпузырным отведением мочи в различных модификациях выполненное в отделении урологии РСНПМЦОиР.

Возраст пациентов составил от 25 до 75 лет. У 73 больных деривация мочи осуществлена по типу уретерокутанеостомии (УКС). 27 больным выполнена операция Бриккера. 56 больным сформирован самакатетерируемый мочевой резервуар в нашей модификации из толстой кишки. 30 больным выполнена операция с формированием ортотопического мочевого пузыря по методу Studer. К недостаткам РЦЭ с УКС относятся постоянное использование мочевых дренажей в обеих подвздошных областях, провоцирующие хроническое инфицирование верхних мочевых путей, солевые отложения. При отведении подвздошного кондуита представляет неудобство постоянно мокнушая стома и требует от больных постоянного применения самоклеющихся мочеприемников. Операция с формированием толстокишечного мочевого резервуара из восходящего отдела толстой кишки выполненной без детубуляризации с аппендикостомией сокращает длительность операции, в последующем не вызывает повышение внутрирезервуарного давления, тем самым позволяет больному оставаться «сухим» и самостоятельно регулировать мочеотведение. Ортотопическое отведение мочи по Studer и Hautmann сохраняет высокое качество жизни, однако часть пациентов вынуждены пользоваться самакатетеризацией через уретру с целью опорожнения необладдера.

Выводы. Операции с созданием самокатетеризируемых мочевых резервуаров из толстой кишки и отведение мочи по Studer отвечают современным представлениям качества жизни и могут широко использоваться в хирургическом лечении РМП.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Тугизова Д.И., Каримова М.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования - изучение прогностических факторов рака шейки матки в сочетании с беременностью для оптимизации диагностики и лечения.

Материалы и методы исследования. Для изучения прогностических факторов рака шейки матки ассоциированное с беременностью нами было изучено истории болезни и амбулаторные карты 18 беременных женщин с РШМ, получившие лечение в СФРСНПМЦОиР с 2012-2016 годы. Средний возраст беременных составил 28 лет. Среди беременных 5-ро первородящие, 13 повторнородящие.

Результаты. Результаты лечения оценивались по пятилетней выживаемости. У 6 женщин, у которых РШМ диагностировано через 2-3 мес после родов решено провести химио-лучевую терапию по стандартной программе. Остальные 12 беременных были со сроком гестации после 22 нед, которые приняли решение отсрочить лечение до завершения беременности на 10-13 нед. Родоразрешение были путем кесаревого сечения. Через 4 нед. после родоразрешения больным было назначено от 4-х до 6 курсов полихимиотерапии по схеме PF (фторурацил 1.0гр. в/в №4, 1-4дней, Кемокарб 450 мг. в/в №1, 1-день) или по схеме TP (Паклитаксел 260мг. в/в №1, 1 день в течение 3 часа, Кемокарб 450 мг. в/в №1, 1 день). За время получения курса химиотерапии, после 4-го курса у троих больных с маточно-параметральным вариантом роста опухоли развился односторонний и через несколько время двухстороннее гидронефроз различной степени. Во всех случаях исход закончился с неблагоприятным прогнозом, из 18 больных только пятеро дожили до 3,5 года.

Выводы. В основном РШМ во время беременности выявляют у молодых женщин с нереализованным репродуктивным потенциалом. К факторам неблагоприятного прогноза при РШМ в сочетании с беременностью относится: стадия процесса, срок гестации более 22 недель, снижение дифференцировки и сосудистая инвазия опухоли, молодой возраст больной, некоторые национальные обычаи, маточный вариант распространения и объём первичной опухоли более 50 см³, наличие метастазов в тазовых и/или парааортальных лимфатических узлов. На поздних стадиях заболевания беременность может оказать отрицательное влияние на прогноз, из-за несвоевременного лечения.

ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОСТАТА СПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТИГЕН В ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ

Уморов М.Х., Хасанова Д.Ф., Туляганова Ш.Х., Мухаммеджанова С.Х.

РСНПМЦОиР

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из самых распространенных заболеваний у мужчин, которому с каждым годом уделяется все больше внимания. Актуальность проблемы совершенствования средств диагностики и лечения РПЖ определяется постоянным ростом количества случаев РПЖ и его часто рецидивирующем характером. Ежегодно в мире выявляется более 600 тысяч случаев РПЖ, что в структуре онкологических заболеваний мужчин составляет 9,2 % (14,3% - в развитых странах и 4,3 % - в развивающихся). К сожалению, у 80—90% больных РПЖ процесс является запущенным и лечение носит паллиативный характер.

Цель. Изучение прогностической ценности уровня ПСА при лечении рака предстательной железы, для диагностики эффективности проводимой терапии.

Материалы и методы. В исследование включены 40 больных, в возрасте от 44 до 82 лет с диагнозом рак предстательной железы, проходивших обследование и лечение в урологическом отделении РСНПМЦОиР. Диагноз у всех больных был установлен впервые и подтвержден гистологическим исследованием опухоли. Всем пациентам, одновременно с общепринятыми методами обследования, проводили определение содержания простатического антигена в сыворотке крови. Определение ПСА проводили до лечения, а также на этапах противоопухолевой терапии. Исследование ПСА в сыворотке крови осуществляли методом иммуноферментного анализа, с использованием тест-набора реагентов «ДС-ИФА-ПСА общий», научно-производственного объединения «Диагностические системы».

Результаты. До начала лечения, больные были разделены на три группы, в зависимости от содержания ПСА в сыворотке крови. В первую группу входили пациенты с содержанием ПСА до 10 нг/мл - 11 больных, что составляет 27,5%, во вторую - до 20 нг/мл, 9 пациентов (22,5%) и в группу более 20 нг/мл вошли 20 человек (50,0%).

У больных с благоприятным исходом лечения, уровень ПСА, в сыворотке крови, достоверно снижался. Динамический контроль ПСА у больных РПЖ позволяет оценить эффективность проводимого лечения и служить основанием прогнозирования клинического течения заболевания, позволяющим своевременно выявить больных с высоким риском прогрессирования заболевания.

РОЛЬ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПУХОЛЕВОГО МАРКЕРА СА 125 В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ

Хакимова Г.Ж., Валидова А.Ф

Андижанского филиала РСНПМЦОиР

Актуальность. Рак яичников является наиболее фатальным, сложным и самым дискутируемым заболеванием из всех злокачественных новообразований женской половой сферы. Эпидемиологические исследования показывают, что в последнее десятилетие отмечается стабильная тенденция роста заболеваемости этой патологией. В связи с бессимптомным течением процесса, объективными трудностями диагностики, низкой онкологической настороженностью врачей общего профиля злокачественные опухоли яичников в 60-70% случаев определяются в далеко зашедших стадиях, обуславливая летальность на первом году с момента установления диагноза 33% и общую 5-летнюю выживаемость не выше 35-40%, вызывая обоснованный пессимизм у исследователей.

Цель исследования. Определение роли в оценке эффективности опухолевого маркера СА 125. и ее влияния на результаты комбинированного лечения распространенного рака яичников.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты лечения 67 больных диссеминированными формами рака яичников (за период с 2018 по 2021 гг.). Всем больным провели обследование на содержание в крови у больных опухолевого маркера СА 125.

Результаты. Динамика показателей опухолевых маркеров во время лечения является наиболее точным методом, используемым для оценки эффективности терапии. Определение уровня СА 125 проводилось до лечения, в процессе полихимиотерапии (перед каждым курсом), после циторедуктивной операции (промежуточной или первичной), через 1 мес. после окончания первичного лечения, каждые 3 мес. во время мониторинга.

Уменьшение величины СА 125 на 50-75% и более от первоначальных цифр после предоперационной терапии является отражением высокой эффективности лечения, которая была подтверждена снижением маркера на 75% и более от начальной величины у 58,8% больных. На 50-75% маркер уменьшился у 17,6% пациенток. Снижение маркера меньше 50% в процессе неoadъювантной химиотерапии, являющееся менее благоприятным фактором, было отмечено в 8,8% случаев.

Вывод. При анализе влияния динамики опухолевого маркера в течение комбинированного лечения была подтверждена выявленная обратная связь между величиной онкофетального

антигена после окончания терапии и временем его стабилизации, являющегося отражением поведения опухолевого процесса и длительности безрецидивного промежутка.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТАШКЕНТСКОГО ГОРОДСКОГО ФИЛИАЛА РСНПМЦОиР РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Яхяева В.К., Беркинов А.А., Сабирова С.А.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Изучить оперативную деятельность отделения онкогинекологии ТГФ РСНПМЦОиР Республики Узбекистан.

Материалы и методы. Материалом данного исследования послужили все пролеченные больные в отделении онкогинекологии в 2020 г. в ТГФ РСНПМЦОиР и данные годового отчета онкогинекологического отделения.

Результаты и обсуждения. В 2020 г. в отделении онкогинекологии была пролечена 641 женщина. Большинство из указанных выше пациентов были с диагнозами: рак шейки матки 261 (40,2%), рак яичников – 120 (18,5%), рак тела матки – 79 (12,2%), рак вульвы – 15 (2,3%) и саркома матки – 9 (1,4%). В 2020 г. всего было проведено 475 оперативных вмешательств, что составило хирургическую активность 74,1%. в сравнении с 2012 г, когда было выполнено всего 273 оперативных вмешательств с оперативной активностью всего 55%. При этом темп прироста оперативных вмешательств в 2020 г. по сравнению с 2012 г. составил 42,5%. В отделении онкогинекологии в 2020 г. распределение удельного веса оперативных вмешательств был следующим: экстирпация матки с придатками – 42,3% (201 больной), экстирпация матки с придатками с оментэктомией 20,4% (97 больных), расширенная экстирпация матки с придатками – 17,3% (82 больных) и экзентерация органов малого таза – 3,2% (15 больных), что в сумме составляет 83,2% от всех проделанных операций. Стоит уточнить тот факт, что расширенных экстирпаций матки с придатками в отделении с 2012 г по 2020 г. увеличилось с 10 до 82, а абсолютный прирост этой операции с 2012 г составил 87%.

Выводы. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что оперативная активность в онкогинекологическом отделении ТГФ РСНПМЦОиР с годами имеет тенденцию к росту. Большинство оперативных вмешательств в отделении составляют экстирпация матки с придатками и расширенная экстирпация матки с придатками, причем количество последней с годами увеличилось значительно.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Шукуллаев А.Т., Мустафоев Т.К., Хайитов Ф.Э.

РСНПМЦОиР

Цель исследования. Изучить результаты комбинированном лечении при злокачественных герминогенных опухолей яичников детского и подросткового возраста.

Материалы и методы. В отделении детской онкологии РСНПМЦОиР с 2010 по 2021года находились на лечении 85 больных в возрасте до 18 лет с диагнозом злокачественная герминогенная опухоль яичников I–IV стадий. Из 85(100%) больных определена у 8 (9,4%) больных I стадия, у 42(49,4%) больных II стадия, у 26 (30,5%) больных III стадия и у 9 (10,5%) больных - IV стадия. Всем больными проведено комбинированное лечение. При I и II стадиях на первом этапе проводилась операция и на втором этапе адъювантнаяполихимиотерапия. При III и IV стадиях проводилась неоадъювантнаяполихимиотерапия + операция + адъювантная полихимиотерапия.

Результаты. В группе больных I и II стадия заболевания (50 (58,8%) больных) проводились хирургическая лечения и адъювантнойполихимиотерапии по схеме ВЕР, или VEP (от 6 до 8 курсов). В группе с больными III и IV стадий (35 (41,1%) больных) лечения начали с применения

неoadъювантполихимиотерапии (до 4 курсов) + операция + адъювантнаяполихимиотерапия по схеме ВЕР или VEP (от 4 до 6 курсов). Количество курсов ПХТ и объем операции определяли по степени распространенности опухоли процесса, степени агрессивности опухолевой клеток выявленных иммуногистохимическим исследованием (гена супрессор p53, онкопротеинbcl-2). В группе больных с I - II стадиям, получавших комбинированное лечение в период наблюдения составило от 12 до 36 месяцев, рецидивов и метастазов опухоли не обнаружено. В группе с III стадией заболевания, рецидивы опухоли выявлены у 4 (15,3%) больных и метастазы опухоли - у 2 (7,6%) больной. В группе больных с IV стадией, рецидивы опухоли выявлены у 3 (33,3%) больных и метастазы опухоли - у 2 (22,2%) больных.

Вывод. Таким образом, полученные результаты комбинированного лечения при правильном выборе тактики лечения со строгим учетом стадии заболевания улучшает показатели выживаемости и качество жизни больных злокачественными герминогенными опухолями яичников детского и подросткового возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Шукуллаев А.Т., Мустафаев Т.К., Хайитов Ф.Э., Нуриддинов К.Р.

РСНПМЦОиР

Герминогенные опухоли яичников детского и подросткового возраста относятся к редким новообразованиям, и по данным различных авторов составляют от 1% до 4% всех новообразований детского возраста.

Цель: изучить эффективность иммуногистохимических исследований в тактике лечения герминогенных опухолей яичников детского и подросткового возраста.

Материал и методы: под нашим наблюдением находились 30 больных со злокачественными герминогенными опухолями яичников. Возраст больных в среднем составлял 12,5 лет. Диагноз устанавливался с помощью стандартных, общепринятых методов исследования с определением опухолевых маркеров СА-125, АФП и ХГ. Всем больным после операции проводилось иммуногистохимическое исследование с применением антител на онкопротеин bcl-2 и ген- супрессор p53.

Результаты: из 30 (100%) больных у 8 (26,6%) отмечена высокая экспрессия онкопротеина bcl-2, у 10 (33,3%)- умеренно выраженная, у 12 (40%) - экспрессии не наблюдалось. Изучение гена-супрессора p53 показало, что у 9 (30%) больных отмечалась высокая экспрессия, у 14 (46,6%)- умеренно выраженная, у 7 (23,3%)- экспрессии не наблюдалось. Проведенные иммуногистохимические исследования показали, что в группе больных с высокой экспрессией p53 и bcl - 2 проводили агрессивный курс химиотерапии (от 6 до 8 курсов) по схеме VEP или ВЕР, а в группе, где отмечалась низкая экспрессия проводили более щадящий курс по схеме ВЕР или ЕР (от 4 до 6 курсов).

Выводы. Результаты иммуногистохимического исследования имеют не только диагностическую ценность, но и большое значение в выборе тактики лечения герминогенных опухолей яичников детского и подросткового возраста.

РАЗДЕЛ 6.**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ДРУГИХ. РАЗНОЕ В ОНКОЛОГИИ****РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСМОИДНОЙ ОПУХОЛИ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТУЛОВИЩА****Гафур-Ахунов М.А., Шарипов М.М., Косимов У.К., Болтабоев А.Т.****Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР, Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР****Цель исследования:** провести анализ результатов лечения больных с десмоидной опухолью мягких тканей конечностей и туловища**Материалы и методы:** проведен анализ методов лечения 31 пациента, которые находились в ТОФ и ТГФ РСНПМЦОиР с десмоидной опухолью в период с 2017 по 2022 гг. Возраст больных 19 - 68 лет, в среднем - 37,7 лет. Из 31 пациента мужчин было 10 (32,25%), женщин - 21 (67,74%). У всех больных диагноз был подтвержден гистологическим исследованием. В верхних конечностях опухоль локализовалась у 4 больных (12,9%), в нижних конечностях - у 15 (48,38%), в передней брюшной стенке - у 10 (32,2%), подлопаточной области - у 1 (3,22%), поясничной области - у 1 (3,22%). В 24 случаях опухоль была первичная, в 7 - рецидивная. Хирургическое лечение в объеме - широкое иссечение было проведено 27 пациентам, у 1 больного иссечение опухоли сочеталось с резекцией прилежащей кости и у 3 больных произведено иссечение десмоидной опухоли с аллопластикой передней брюшной стенки. 3 пациентам проведена химио- и таргетная терапия (Сорафениб) в адъювантном режиме, 4 - лучевая терапия в адъювантном режиме, 1 - проведено комплексное лечение.**Результаты:** больные прослежены от 6 месяцев до 3 лет. За это время у 8 больных (25,8%) выявлен рецидив опухоли. Из них 7 выполнена операция. Самая высокая частота рецидивов наблюдалась в группе больных, которые получали только хирургическое лечение. Послеоперационные осложнения и летальных исходов не наблюдалось.**Выводы:** использование в адъювантном режиме лучевой терапии, химио- и таргетной терапии у больных с десмоидной опухолью позволило снизить частоту рецидива. Использование технологии пластики операционных дефектов брюшной стенки с аллопластикой (композитной сетки) позволяет добиться хороших функциональных и косметических результатов.**ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕОАДЮВАНТНОЙ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ****Гафур-Ахунов М.А., Турсинов И.Т., Касимов У.К.****Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР****Цель исследования:** провести анализ эффективности препарата Деносумаб (Пролиа) и представить данные о патоморфологических изменениях при гигантоклеточной опухоли.**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 40 больных с гигантоклеточной опухолью (ГКО) костей. Мужчин было - 25 (62,5%), женщин - 15 (37,5%). Возраст больных колебался от 18 до 65 лет. Из 40 больных у 25 (62,5%) опухоль локализовалась в бедренной кости, у 7 (17,5%) в большеберцовой кости, у 4 (10 %) в плечевой кости, у 2 (5%) в костях кисти и стопы, у 1 (2,5 %) в лучевой и у 1 (2,5%) в локтевой костях.

При гистологическом исследовании из 40 больных у 8 (20%) выявлена злокачественная гигантоклеточная опухоль и у 32 (80%) доброкачественная.

Всем больным после установления диагноза проведена неoadъювантная таргетная терапия препаратом Пролиа (Деносумаб) по 120мг подкожно 1,8,15 и 22 дни лечения на фоне приема препаратов кальция. Через 21 день после окончания лечения больным произведена операция - эксхонлеация опухоли и цементапластика. После операции изучена степень патоморфоза, где основное внимание уделено на месте опухоли образования фиброза, склерозирования,

кальцинации и элиминации остеокластов и остеобластов. На основании изучения патоморфологической характеристики опухоли выделена слабая, умеренная и выраженная степень патоморфоза опухоли. Слабая степень патоморфоза характеризовалась наличием слабовыраженной экспрессии фиброзирования, склерозирования, кальцинации, элиминации остеокластов и остеобластов (+). При умеренновыраженной степени показатель патоморфологических изменений было больше и соответствовал (++). При выраженной степени показатель равнялся к (+++).

Результаты. В наших наблюдениях у 8 (20%) больных отмечена слабая степень, у 12 (30%) больных умеренновыраженная и у 20 (50%) выраженная степень патоморфоза.

Больные прослежены от 6 месяцев до 4 лет. За этот период наблюдения ни у одного больного рецидив опухоли не наблюдался. С учетом эффективности лечения более 50% больных получали деносумаб 120мг каждый 28 дней в течении 6 месяцев на фоне препаратов кальция.

Заключение: Проведенные исследования показывают, что применение препарата Пролиа (деносумаб) в комбинированном лечении гигантоклеточной опухоли позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Гафур-Ахунов М.А., Касимов У.К., Палванов О.М.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: в сравнительном аспекте провести анализ эффективности лечения больных гигантоклеточной опухолью трубчатых костей.

Материал и методы. В сравнительном аспекте проведена оценка эффективности лечения у 68 больных с гигантоклеточной опухолью (ГКО) трубчатых костей. Из 68 больных мужчин было 29 (42.6%), а женщин 39 (57.4%). Возраст больных колебался от 18 до 70 лет, большинство больных – 50 (73.5%) были в возрасте от 21 до 39 лет.

В большинстве случаев - 40 больных опухоль локализовалась в бедренной кости, у 12 - в большеберцовой кости, у 8 - в плечевой костях, реже в костях кисти – 6 больных, лучевой (1) в локтевой (1) костях.

Клинические проявления опухоли характеризовалось наличием опухоли у 68 больных, боли – 58 (85.2%), наличием опухоли+боли+нарушение функции конечности – 30 (44.1%). Патологический перелом отмечен у 6 (8.8%) больных.

Все больные обследованы комплексно с применением рентгенологического исследования, МСКТ, МРТ и морфологическое исследование (цитологическое, гистологическое).

При гистологическом исследовании у 89.7% больных выявлен доброкачественный вариант гигантоклеточной опухоли и у 11.3% злокачественный вариант.

В зависимости от методов лечения, больные были распределены на 3 группы: I группа (40 больных) – неoadъювантная таргетная терапия, операция и адъювантная терапия. II группа (16 больных) – операция и адъювантная таргетная терапия. III группа (12 больных) – операция.

Во всех группах произведена операция в объеме – экскохлеация опухоли и цементапластика. Таргетная химиотерапия в неoadъювантном и адъювантном режимах проведена с применением препарата Пролиа (Деносумаб) по 120мг подкожно 1, 8, 15 и 22 дни до операции и каждый 28 дней после операции в течении 6 месяцев. После операции проведена оценка эффективности неoadъювантной таргетной терапии и выявлено 3 степени патоморфоза: слабая, умеренная и выраженная.

Результаты. Больные прослежены от 6 месяцев до 5 лет. При анализе эффективности 3 методов установлено, что в I группе рецидив и метастазов опухоли не наблюдалось, во II группе только в одном случае (1.5%) выявлен рецидив опухоли и в III группе в 3 случае (4.5%) рецидив и в 1 случае (1.5%) метастазы опухоли.

Заключение. Проведенный сравнительный анализ эффективности лечения показал, что применение препарата Пролиа (деносумаб) в комбинированном лечении ГКО позволяет сократить частоту рецидива и метастазов опухоли, сохранить функциональное состояние конечности и улучшает качества жизни.

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОВОЛНЫ ДИАПАЗОНА СРЕДНЕЙ ЧАСТОТЫ

Гафур-Ахунов М.А.², Сабиров Д.Р.¹, Юсупова О.Ж.¹

Ташкентская медицинская академия, ЦРПКМР

Цель: Улучшение методов лечения злокачественных новообразований путем применения мультимодальной электромагнитной радиоволновой терапии.

Материал и методы: проведено анализ непосредственных результатов 54 больных, проходивших лечение в филиалах РСНПМЦОиР МЗ РУ, в период с 2019 г по 2022 гг. Под нашим наблюдением были 54 больных с различными нозологическими формами: рак молочной железы 37 больных, рак кожи 5 больных, рак легкого 3 больных, рак шейки матки 3 больных, саркома мягких тканей 2 больных, рак яичников 2 больных, рак желудка 1 больной и рак почки 1 больной. Большинство больных были с T2N1MO -30 больных, реже T4N2M1 выявлено у 9 больных, T1N0M0 у 8 больных, T3N2MO у 7 больных.

Принцип работы ЭМРВТ основан на воздействие переменным электромагнитным полем, радиоволнами диапазона средней частоты (350+15) КГц, длиной волны 909-857 метров что даёт противоопухолевый терапии. Больным проведено 2 курса терапии по 14 сеансов каждой от 45-60 минут ежедневно с 10-15 дневным интервалом.

Результаты и обсуждения. Оценка эффективности показала, что из 54 больных у 2 (4%) выявлен полный эффект, у 42 (78%) частичный и у 10 (18%) стабилизация опухолевого процесса. Ни в одном случае прогрессирование опухоли не выявлено. Проведенный курс мультимодального подхода продемонстрировал весьма хорошую, положительную динамику и был довольно легко перенесен пациентами. Определенные частоты при диапазоне 350 + 15 КГц, могут модулировать иммунную систему и повышать ее естественную способность бороться с опухолевыми клетками. Опухолевые клетки подверженные воздействию радиоволновой терапии защищает организм больного от образования и дальнейшего роста опухоли, активируя адаптивный противоопухолевый иммунитет. Для активации противоопухолевого адаптивного иммунитета можно использовать как физические, так и медикаментозные средства, которые усиливают цитотоксические реакции клеточного иммунного ответа. Нами изучены показатели клеточного и гуморального иммунитета.

Выводы. Клинические исследования демонстрируют, ЭМРВТ можно эффективно и безопасно использовать для лечения различных видов злокачественных опухолей на разных стадиях. Проведенное исследование показало, что электромагнитная радиоволновая терапия имеет место в лечении злокачественных опухолей.

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Гафур-Ахунов М.А., Касимов У.К.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Оценить эффективности неoadьювантной таргетной терапии в комбинированном лечении гигантоклеточной опухоли трубчатых костей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 40 больных с гигантоклеточной опухолью (ГКО) костей. Мужчин было - 25 (62,5%), женщин - 15 (37,5%). Возраст больных колебался от 18 до 65 лет. Из 40 больных у 25 (62,5%) опухоль локализовалась в бедренной кости, у 7 (17,5%) в большеберцовой кости, у 4 (10,0 %) в плечевой кости, у 2 (5%) в костях кисти и стопы,

у 1 (2,5 %) в лучевой и у 1 (2,5%) в локтевой костях. При гистологическом исследовании из 40 больных у 8 (20%) выявлена злокачественная гигантоклеточная опухоль и у 32 (80%) доброкачественная ГКО.

Всем 40 больным в предоперационном периоде проведена неоадьювантная таргетная терапия препаратом Пролиа (Деносумаб) по 120мг подкожно 1,8,15 и 22 дни лечения на фоне приема препаратов кальция. Через 21 день после окончания лечения больным произведена операция – экскохлеация опухоли и цементапластика. Через 4 недели после операции проведена адьювантная терапия с препаратом Пролиа (Деносумаб) по 120мг подкожно 1 раз в -28 дней на протяжении 6 месяцев на фоне препаратов кальция.

Результаты. После неоадьювантной терапии из 40 больных у 10 (25%) исчезла пальпируемая опухоль и исчезли боли, у 32 (80%) уменьшились размеры, у 30 (75%) уменьшились боли. В послеоперационном периоде изучен лечебный патоморфоз, где основное внимание уделено на образование фиброза, склерозирования, кальцинация и элиминации остеокластов и остеобластов на месте опухоли. Патоморфологическая оценка эффективности состояла из 3 степеней: слабая, умеренная и выраженная. При слабой степени отмечается невыраженное содержание фиброза, склероза, кальцинации, элиминации остеокластов и остеобластов. При умеренной степени в 2 раза увеличиваются вышеперечисленные изменения, а при выраженной степени в 3 раза.

При анализе патоморфологических изменений установлено, что из 40 больных у 7 (17,5%) отмечена слабая степень, у 13 (32,5%) – умеренная и у 20 (50%) выраженная. Все больные прослежены от 6 месяцев до 5 лет. За этот период наблюдения ни у одного больного рецидив опухоли не наблюдался.

Заключение. Результаты проведенного исследования показывают, что применение препарата Пролиа (деносумаб) в неоадьювантном и адьювантном режиме позволяет снизить частоту рецидива опухоли и улучшает качества жизни больных.

ИММУНОТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Гафур-Ахунов М.А., Балтабаев А.Т., Насиров С.К.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: оценить эффективность иммунотерапии в комбинированном лечении больных меланомой кожи II В -С стадии (T3b-4aN0M0).

Материалы и методы. В период с 2015 по 2019г. в условиях Ташкентского городского филиала РСНПМЦОиР 86 больным меланомой кожи были проведены различные методы лечения. Из них мужчин – 46,5% (40), женщин – 53,4% (46). Средний возраст больных составил – 56,8 лет. Локализация меланомы: в верхних конечностях -11,6% (10), на туловище – 46,5% (40), в нижних конечностях – 41,8% (36) больных. По стадии заболевания: I – 10,4% (9), II – 41,8% (36), III - 45,3% (39) и IV – 2,3% (2) больных. В исследование вошли 39 больных (45,3%) меланомой кожи IIВ-С стадии, которым проводилось лечение с применением оперативного вмешательства (широкое иссечение опухоли кожи) в комбинации с химиотерапией и иммунотерапией (Интерферон альфа 3 млн 3 р/нед) были исследованы.

Больные были разделены три группы. 13 больных (33,3%) были включены в первую группу, которым проводилась операция в сочетании с химиотерапией. Второй группе больных 30,7% (12) проводилась операция в комбинации с иммунотерапией. В третьей группе (14) было проведено хирургическое вмешательство в комбинации с химиотерапией и иммунотерапией.

Результаты. В первой группе до 1 года дожили – 2, до 3-х лет – 6, до 5 лет - 4 и 1 больной прожил более 5 лет. Во второй группе: до года дожили -1, до 3-х лет – 4, до 5 лет – 5 и более 5 лет прожили 2. В третьей группе: 21,4% (3) больных дожили до 3-х лет и 78,6% (11) более 5 лет.

Выводы. Результаты нашего исследования показали, что у больных меланомой кожи IIВ– IIС стадией которым проведена операция в сочетании с химио- и иммунотерапией получены наиболее высокие показатели выживаемости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАБДОМИОСАРКОМ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ РОНЦ

Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Хайталиева Н.Р

Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ

Актуальность. В структуре злокачественных новообразований у детей саркомы мягких тканей занимают 4-е место. Из различных морфологических вариантов сарком наиболее часто встречается рабдомиосаркома, на долю которой приходится 3-4% всех онкологических заболеваний у детей. Данное заболевание чаще диагностируют у детей до 7 лет. Наиболее чаще рабдомиосаркома локализуется в области головы и шеи (35%), в мочеполовой системе (25%), на конечностях (20%), смешанные локализации (20%). В ГУ РОНЦ детского отделения РТ за 2016-2020 гг было зарегистрировано 886 первично выявленных больных со злокачественными новообразованиями, из которых 12 больных с рабдомиосаркомой, что составляет 1,5% от всего количества больных.

Цель исследования: изучить результаты лечения рабдомиосарком в условиях детского отделения ГУ РОНЦ.

Материал и методы: За 2015-2020 годы зарегистрировано 12 первично выявленных больных с рабдомиосаркомой. Из них 8 (66,6%) мальчики, 4 (33,4%) девочки, возраст которых колебался от 1 до 12 лет. По возрасту дети распределились от 1-4 лет 8 (66,6%) больных, 4-8 лет 2 (16,6%) больных, с 8 лет и выше 2 (16,6%) детей. При поступлении в онкологический центр детям было проведено полное обследование согласно протоколам.

Результат исследования. Из 12 (100%) больных 4 (33,3%) детей с рабдомиосаркомой мочевого пузыря, 3 (25,0%) детей с рабдомиосаркомой влагалища, 2 (16,6%) с поражением орбиты, 1 (8,3%) ребенок с поражением пирамиды височной кости справа, 1 (8,3%) ребенок с поражением мягких тканей лопатки и 1 (8,3%) мальчик с рабдомиосаркомой яичка справа. По стадиям больные распределились следующим образом: 4 (33,3%) поступили со II стадией, 6 (50%) с III стадией, 2 (16,6%) детей с IV стадией. Результаты иммуногистохимического исследования: у 5 больных альвеолярная рабдомиосаркома. 7 больным иммуногистохимическое исследование не проводилось, диагноз выставлен на основе гистологического исследования: рабдомиосаркома G2. Родители 1 (12%) ребенка после биопсии и морфологического подтверждения диагноза категорически отказались от лечения, 11 (88%) больных детей получили комплексное лечение: неадиювантная ПХТ, операция и адиювантная ПХТ. Из них у 2 детей наблюдается ремиссия, у 6 больных после нарушения ритма лечения, наблюдался продолженный рост опухоли на фоне лечения. До настоящего времени 1 ребенок из этой группы больных продолжает получать лечение, 2 больных находятся на динамическом наблюдении в течении трех лет. Судьба 8 больных не известна и 1 больной ребенок погиб от генерализации процесса.

Вывод: Прогноз лечения данной патологии зависит от стадии заболевания на момент поступления больного. Анализ данного исследования показал, что большинство больных поступивших в отделение с 3-4 стадией (66,6%), 50% больных получили лечение с нарушением ритма. Исход лечения зависит от соблюдения больными протокола лечения без нарушения ритма лечения.

ДИАГНОСТИКА МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Нуриддинов Й.М. Хусейнзода З.Х., Назаров Ш.О., Мазхабов Дж.М., Салимов Ф.И.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан¹, ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан²

Цель исследования. Оптимизация диагностики местно-распространённых сарком мягких тканей.

Материал и методы. В основу исследования анализ клинических данных 20 больных с МСМТ находившихся на обследовании и лечении в ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ с 2015 по 2019 гг., в возрасте от 6 до 60 лет. Кроме стандартных общеклинических и лабораторных методов, в план обследования пациентов были включены: цифровая рентгенография очага поражения, при необходимости дополненная ангиографией, КТ/МРТ, морфологическая верификация инцизионного биоптата с иммуногистохимической характеристикой, а также определение в сыворотке крови молекулярно-биологических маркеров (p53, Ki-67, bcl-2, VEGF, EGFR).

Результаты. Рентгенографический метод позволил нам исключить костные неоплазмы и определить кальцификаты, характерные для синовиальной саркомы, а при дополнении ангиографией определить степень васкуляризации. С помощью КТ/МРТ удалось установить точный топический диагноз и взаимосвязь новообразования с близлежащими анатомическими структурами. Морфологическое исследование биоптата с последующей иммуногистохимической характеристикой было использовано с целью определения экспрессии опухолевых антител в гистологическом препарате, что позволило разработать оптимальный план лечения МРСМТ. В свою очередь оценка биологических маркеров, ответственных за опухолевую дифференцировку (p53, EGFR), пролиферативную активность (Ki-67), апоптоз (Bcl-2) и неоангиогенез (VEGF) на молекулярном уровне определить прогноз заболевания и резистентность опухоли к проведению специального лечения (химио-, лучевая терапия).

Выводы. Таким образом, применение современных методов диагностики МРСМТ позволяет идентифицировать не только молекулярно-биологические параметры опухоли, но выделить прогностические критерии, обеспечивая тем самым адекватный подход в лечебной тактике данной категории больных.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

Пирмаматов С.М., Рахимов Ж.Х., Турсунов Ш.С.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Выбор оптимального лечения доброкачественных опухолей костей у детей и взрослых.

Материал и методы. В исследование были включены 2 группы по 25 больных в каждой, которым проведено хирургическое лечение по поводу доброкачественных опухолей костей в Самаркандском филиале РСНПМЦОиР в период с 2014 по 2019 гг. I группа -дети в возрасте от 5 до 17 лет (17 мальчиков и 8 девочек), II группа – взрослые в возрасте от 18 до 25 лет (20 мужчин и 5 женщин). Всем пациентам первой группы была выполнена операция в объеме экскохлеации (кюретаж) опухоли с аутопластикой. Во второй группе: 9 больным (36%) выполнена экскохлеация опухоли с аутопластикой, 16 (64%) – с цементапластикой.

Результаты. В первой группе больных у 3 (12%) отмечен рецидив опухоли. Во второй группе у больных которым выполнена цементапластика рецидив не наблюдался, у 2-х (22,2%) из 9 больных с аутопластикой выявлен рецидив.

Вывод. Результат нашего исследования показал, что взрослым пациентам оптимальным методом замещения дефекта после экскохлеации доброкачественных опухолей костей является цементапластика, при котором не наблюдается рецидив опухоли. У детей и подростков цементапластика не применяется учитывая то, что при полимеризации костного цемента происходит экзотермическая реакция (нагревание до 83-85 °С) и имеется риск повреждения эпифизарной пластинки (зоны роста кости).

ЦЕМЕНТОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КОСТНЫХ ОПУХОЛЕЙ**Пирмаматов С.М., Рахимов Ж.Х., Турсунов Ш.С.****Самаркандский филиал РСНПМЦОиР****Цель исследования:** изучить эффективность цементирования в лечении опухолей костей конечности скелета.

Материал и методы. В Самаркандский филиал РСНПМЦОиР с 2005 года используется цементапластика в лечении опухолей костей скелета. Метод заключается в следующем, после эксскохлеации опухоли полость трижды обрабатывается 96° этиловым спиртом, сушится и заполняется медицинским антибиотикосодержащим цементом Gay-Gay (фирма Джонсон-Джонсон, США). В процессе затвердевания происходит нагревание цемента до 90° С, которое позволяет получить противоопухолевое воздействие на возможно оставшиеся в полости опухолевые клетки. По данной методике оперировано 46 больных в возрасте от 15 до 60 лет. Мужчин – 17, женщин – 29. Опухоль в 17 случаях локализовалась в бедренной, в 14 – большеберцовой, в 4 – плечевой, в 1- локтевой, в 2-лучевой, в 3-пяточной кости, в 4 – фаланги пальцев, метастатическое поражение тела позвонка-1. Рентгенологически у 21 больного (45,6%) выявлена ячеисто-трабекулярная, у 9 (19,5%) – литическая и у 16 (34,8%) – смешанная форма опухоли. Размер поражения кости в наибольшем измерении составил от 2 до 10 см, в большинстве случаев (31) более 5 см. У 36 больных было поражение от 1/3 до 1/2 полуокружности кости. Вовлечение в процесс суставной поверхности кости и патологический перелом являлись противопоказаниями к выполнению операции по данной методике. При гистологическом исследовании у 37 больных выявлена доброкачественная форма, у 7 – злокачественная форма ГКО, у 1 больного метастаз рака почки и у 1 больной метастаз рака щитовидной железы.

Результаты. Из 46 больных у 44 больных получены хорошие функциональные результаты. В 2 (4,3%) случаях наблюдался продолженный рост и у 4(8,7%) больных выявлен рецидив опухоли. В остальных случаях при сроках наблюдения от 2 месяцев до 4 лет не отмечено ни одного случая рецидива опухоли.

Заключение. Результаты проведенного исследования показывают, что органосохраняющее операции с применением медицинского цемента при опухолях костей скелета, является альтернативным методом эксскохлеации с аутопластикой и сегментарной резекции кости при хирургическом лечении, что позволяет получить хорошие функциональные результаты.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АГРЕССИВНЫХ ГЕАНГИОМ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ**Полатова Д.Ш., Савкин А.В., Алимов И.Р., Хамрокулов Б.Б., Казаков Ш.Д.****РСНПМЦОиР, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников****Цель исследования.** Анализ эффективности выбранного дифференцированного подхода при лечении гемангиом тел позвонков.

Материалы и методы. На результатах лечения 20 больных в условиях клинической базы РСНПМЦОиР и ЦРПКМР с ВПХ с 2020 года по 2021 год. Среди них, мужчин 12, женщин - 8. Возрастная категория больных варьировала от 22 до 60 лет. У всех больных агрессивные гемангиомы позвоночника ограничивались одним позвонком. Распространенность гемангиом в теле позвонка составляло не менее 30% от общего объема пораженного тела. Из них у 2 больных в шейном отделе позвоночника, у 7 в грудном отделе позвоночника (из них у 2 больных отмечалась деструкция задней стенки тела позвонка с ростом опухоли в спинномозговой канал), 11 больных в поясничном отделе позвоночника (из них у 1 больного отмечалась деструкция задней стенки позвонка и рост опухоли в спинномозговой канал). Клинически у 2 больных в шейном отделе позвоночника отмечалась локальная боль. Среди 7 больных с поражением грудных позвонков у 5 больных отмечалась локальная боль в области пораженного

позвонка с иррадиацией в переднюю стенку грудной клетки, у 2 больных помимо локальной боли, отмечался парез нижних конечностей. Среди 11 больных с деструкцией поясничных позвонков, у 6 больных отмечалась локальная боль, у 4 больных локальная боль с иррадиацией в переднюю стенку живота, у одного больного отмечалась односторонняя корешковая боль с парезом тиббиальной группы мышц. Всем больным проводилось одновременно МРТ и МСКТ исследование позвоночника.

Поражение задней стенки позвонка с наличием интраканального роста опухоли отмечалось у 3 больных (2 больных с поражением грудных позвонков, 1 больной с поражением поясничного позвонка), без интраканального роста 2 больных (1 больной с поражением грудного позвонка, 1 больной с поражением поясничного позвонка).

В послеоперационном периоде, из 20 оперированных больных, у 14 отмечается полный регресс клиничко-неврологических проявлений. У 5 больных отмечается периодически климатозависимая локальная боль в проекции поражения с меньшей болевой интенсивностью после операции. У одного больного с повреждением поясничного позвонка с интраканальным ростом, после операции отмечается сохранение пареза тиббиальной группы мышц с отсутствием корешковых болей. Признаков продолженного роста опухоли в динамике за период наблюдения у больных не отмечается.

Выводы. Эффективность хирургического лечения клиничко подтверждённых агрессивных гемангиом тел позвонков зависит от состояния поражённых структур тела позвонка и целостности его задней стенки. Выбор объема оперативного вмешательства должен осуществляться в соответствии с критериями оценки целостности стенок пораженного позвонка и наличия роста опухоли за его пределы.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРИНОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА С РОСТОМ ПО ТИПУ «ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ»

Полатова Д.Ш., Кариев Ш.М. Алимов И.Р., Хамрокулов Б.Б., Савкин А.В.

РСНПМЦОиР, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Цель исследования. Оценка эффективности хирургического лечения неврином шейного отдела спинного мозга с ростом по типу «песочных часов».

Материалы и методы. Материал основан на результатах лечения 9 больных с экстрадуральными невринами спинного мозга по типу «песочных часов» в условиях клиничкоской базы ЦРПКМР с 2016 года. Средний возраст пациентов 25 лет. Возраст 6 пациентов не превышал 30 лет. У всех больных по данным МРТ шейного отдела спинного мозга, опухоль располагалась в среднешейном отделе (VC3-VC5) с наличием роста ее в сторону спинномозгового канала, компремируя спинной мозг, а также экстраканально окутывала соответствующий рост в позвоночную артерию, окутывая или смещая ее в сторону. Неврологическая симптоматика проявлялась в типичности нейродефицита в зависимости от локализации и давности развития онкопроцесса. У всех больных одним из основных клиничкоских проявлений начала заболевания являлся различной степени монопарез в руке на стороне очага поражения. У двоих больных имела место клиника тетрасимптоматики. Из них у одной больной было нарушение функции тазовых органов. У 5 больных наблюдались изменения по типу Броун-Секаровского синдрома. Симптомов дефицита кровообращения в позвоночной артерии у 9 больных не было.

Нами внедрена методика двухэтапного лечения перечисленных больных.

Первый этап: ангиография пораженной позвоночной артерии с последующей её хронической эмболизацией. Во всех случаях проходимость позвоночной артерии была сохранена и благополучно произведена её эмболизация.

Второй этап: радикальное удаление объемного образования, проводился на 4-е и более сутки после эмболизации.

Результаты лечения. Во всех случаях опухоль была удалена тотально вместе с интраканальной и внеканальной частью. Гистологически, все опухоли были из группы неврином. Послеоперационный период протекал гладко, вестибулярных симптомов не наблюдалось. Отмечался некоторый регресс неврологической симптоматики. За период наблюдения, среди всех оперированных 11 больных рецидива опухоли не отмечается. У 5 больных отмечается полный регресс неврологической симптоматики, у 4 больных отмечается частичное выпадение функций соответствующей очагу поражения корешковой иннервации верхней конечности без грубых двигательных расстройств.

Выводы. Тактика хирургического лечения опухолей шейного отдела спинного мозга с ростом по типу «песочных часов», включающая предварительную эмболизацию пораженной позвоночной артерии, с последующим радикальным удалением объемного образования, снижает риск интраоперационных осложнений, а также дает возможность тотально удалить опухоль, проросшую в позвоночную артерию и окружающие ткани.

МАЛОТРАВМАТИЧНЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЗМАЦИТОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Полатова Д.Ш., Хамрокулов Б.Б., Алимов И.Р., Савкин А.В.

РСНПМЦОиР, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Цель исследования. Улучшение результатов лечения и качества жизни больных с вторичным остеопорозом позвоночника на фоне плазмацитомы путём восстановления опороспособности тел поражённых позвонков.

Материалы и методы. В клинической базе РСНПМЦОР и ЦРПКМР с 2017 года по поводу патологических переломов тел позвонков на фоне плазмацитом проведено 12 операций методом перкутанной вертебропластики (ПВП) у 8 больных. Из них мужчин было 5 (62.5%), женщин 3 (37.5%). Средний возраст пациентов составил 57 лет (от 48 до 66). Клинически по шкале боли VDS у 5 пациентов боль составляла 8-баллов, у 3 пациентов 6-баллов. Обследование пациентов основывалось на клиническом осмотре, включая подробный осмотр неврологического статуса, рентгенографическое исследование позвоночника в двух проекциях, КТ с 3D реконструкцией, МРТ - для исключения компрессии структур спинного мозга и/или корешков, общеклинические анализы и развернутая коагулограмма.

Всем больным, в предоперационном периоде проводился расчет дефицита минеральной плотности костной ткани поражённых позвонков с помощью созданной нами компьютерной программы и был вычислен объем костного цемента, необходимого для введения в поражённые позвонки.

По полученным результатам, больным проводилось оперативное лечение методом ПВП. ПВП была выполнена 3 больным одномоментно на двух уровнях, остальным 5 больным на одном уровне. При этом у 5 больных компрессионный перелом позвонка локализовался в поясничном отделе, у 3 больных в поясничном и нижнегрудном отделе позвоночника. Среднее количество введенного цемента составляло 5,25мл (от 4,5 до 6,0). При проведении вмешательств на грудном и поясничном отделах позвоночника преимущественно (у 6 больных) использовали транспедикулярный доступ, реже (у 2 больных) применяли заднебоковой доступ. В течение часа после процедуры соблюдался постельный режим, каждые 15 минут проводился осмотр, включая оценку витальных функций и неврологического статуса. В этот период костный цемент достигает 90% от своей максимальной жесткости. Через 1 час после процедуры пациенту разрешалось присесть в постели с помощью. Контрольное МСКТ пролеченного уровня проводилось в первые 3 суток после процедуры для визуализации протяженности импланта.

Результаты. После ПВП у 4 больных отмечено полное или значительное уменьшение болевого синдрома в течение 24 часов после процедуры (по шкале VDS 0 баллов). У остальных 4 больных заметное снижение боли начало проявляться на 3 сутки после процедуры, больные выписаны

со слабыми болевыми ощущениями (по шкале VDS 2-балла). Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было. Данная категория больных находилась на лечении в клинике от 3 до 5 дней. В последующем больные выписывались с рекомендациями реабилитационного лечения. За время наблюдения после операции, не отмечено ни одного коллапса позвонка после ПВП, болевой синдром полностью регрессировал.

Выводы. Применение метода перкутанной вертебропластики при лечении патологических переломов тел позвонков на фоне плазмацитом без нарушения функции спинного мозга обеспечивает раннее восстановление опороспособности поврежденного позвонка, быстрый регресс болевого синдрома и сокращает длительность нахождения пациентов в стационарных условиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Полатова Д.Ш.^{1,2}, Абдикаримов Х.Г.¹, Давлетов Р.Р.¹, Султонов Б.Б.¹, Савкин А.В.², Асамединов Н.К.², Нуржабов А.И.², Насиров С.К.³

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт², Ташкентская медицинская академия³

Цель: провести анализ результатов органосохранных операций при опухолях костей предплечья.

Материал и методы. В хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата РСНПМЦОиР МЗ РУз с 2007 по 2019 г. 75 пациентам с опухолями костей предплечья выполнены органосохранные операции. Мужчин - 32 (42,7 %), женщин - 43 (57,3 %), средний возраст – 27,6 лет. У 58 (77,3%) больных была поражена лучевая кость, у 17 (22,7%) – локтевая. Протяженность опухоли - 2–12 см, длина пострезекционного дефекта -4–15 см. Сегментарная резекция дистального отдела лучевой кости с эндопротезированием выполнена 14 больным, с аутопластикой – 21, экскохлеация с цементапластикой – 31.

Результаты. Из 75 больных у 12 (16%) наблюдались различные осложнения и наиболее чаще (38,1%) после сегментарной резекции с аутопластикой (лизис аутотрансплантата-4, перелом аутотрансплантата-2, инфицирование раны-2). После цементапластики у 1 больного наблюдался некроз краев раны, инфицирование – 2, у одного в последующем развился остеомиелит. В 1 случае у пациента после резекции проксимального отдела лучевой кости наблюдался парез лучевого нерва. В сроке наблюдения 8-16 месяцев у 4 больных выявлены метастазы в легких (остеосаркома-2, хондросаркома-1, ЗГКО-1). В 8 случаях наблюдался рецидив опухоли (после аутопластики-4, цементапластики-2, эндопротезирования-2).

Заключение. При гигантоклеточной опухоли без мягкотканного компонента, деструкции кортикального слоя не более половины окружности кости и отсутствии поражения суставной поверхности кости методом выбора является хирургическое лечение в объеме экскохлеации опухоли с цементапластикой. При ГКО с поражением более половины окружности кортикального слоя кости, состоявшимся патологическим переломом, разрушением суставной поверхности и при всех злокачественных опухолях показана сегментарная резекция с эндопротезированием.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Полатова Д.Ш.^{1,2}, Абдикаримов Х.Г.¹, Давлетов Р.Р.¹, Султонов Б.Б.¹, Савкин А.В.², Насиров С.К.³, Асамединов Н.К.², Нуржабов А.И.²

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт², Ташкентская медицинская академия³

Цель исследования: изучить результаты эндопротезирования плечевого сустава при опухолях проксимального отдела плечевой кости.

Материалы и методы. В хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата РСНПМЦОиР МЗ РУз в период с 2010 по 2021 гг. 52 больным выполнена сегментарная резекция проксимального отдела плечевой кости с замещением дефекта металлическим эндопротезом. Возраст больных колебался от 16 до 72 лет, в среднем составил – 36,6 лет. Рентгенография выполнена всем 52 больным. У 22 пациентов (42,3%) отмечено поражение проксимального эпиметафизарного отдела плечевой кости, у 12 (23,1%) метадиафизарного отдела и у 16 (30,8 %) тотальное поражение головки, метафиза и верхней трети диафиза плечевой кости. Протяженность поражения составляла от 7 до 13 см. Морфологическая структура опухоли: 22 (42,3%) - доброкачественная гигантоклеточная опухоль, 9 (17,3%) - злокачественная гигантоклеточная опухоль, 8 (15,4%) - остеосаркома, 5 (9,6%) - хондросаркома, 3 (5,8%) - фиброзная дисплазия, 1 (1,9%) - злокачественная гемангиоперицитомы, 1(1,9%) - метастазы аденокарциномы щитовидной железы, 1 (1,9%) - хондромиксоидная фиброма и 1 (1,9%) - хондромиксома. Протяженность дефекта после резекции - 8 - 15 см.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 2 (3,8%) больных наблюдались инфекционно-воспалительные осложнения. В отдаленном периоде у 3 (5,8%) больных развилась нестабильность ножки эндопротеза и у 2 (3,8%) больных произошел вывих головки эндопротеза. Рецидив опухоли у 2 (3,8%) больных (1 - остеосаркомой и 1 - хондросаркомой). В 5 (9,6%) случаях выявлены метастазы в легких (у 3 больных с остеосаркомой через 12, 16 и 18 месяцев после операции, у 1 - с ЗГКО через 10 месяцев, у 1 - хондросаркомой через 15 месяцев). Анатомо – функциональные результаты по шкале Enneking у 44 больных оценены как хорошие и у 8 - удовлетворительные.

Выводы. Операция в объеме радикальной резекции с соблюдением онкологических принципов и замещением дефекта эндопротезом - является методом выбора в лечении злокачественных опухолей проксимального отдела плечевой кости.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ МЕЛАНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ МЕЛАНОЦИТАРНЫМИ НЕВУСАМИ

Полатова Д.Ш.¹, Тагаев Ж.А.²

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт²

Введение: врожденные меланоцитарные невусы (ВМН) обнаруживаются у 1% новорожденных детей. Вероятность их преобразоваться в меланому составляет 6%. Меланома, образовавшаяся на фоне ВМН может отмечаться как у детей, так и у взрослых. Риск развития меланомы поверх ВМН колеблется от 2,6% до 20%. Необходим индивидуальный подход в лечении, но диагностические и прогностические критерии остаются спорными.

Цель: раннее выявление специфических элементов, указывающих на меланому в структурных компонентах ВМН с помощью дерматоскопического мониторинга. Дерматоскопическая картирование ВМН для возможности поиска специфических элементов и паттернов, которые могли бы стать концепцией раннего выявления малегнизации.

Материалы и методы: в исследование включены 118 дерматоскопических изображений, полученных с помощью дерматоскопов Heine 20T и FotoFinder s1000.

Результаты: были исследованы 118 (100%) пациентов с ВМН в течение 2 лет. В ходе исследования выявлены 19,5% (n=23) случаев ВМН с дерматоскопически измененными структурами, из них 6,7% (n=8) случаев были гистологически подтвержденными меланомами на ранних стадиях, по Кларку I. При этом у пациентов с дерматоскопическими изменениями 19,05% (n=23) клинически ABCD критерии оставались без особых изменений. Для исследования всех ВМН, привлеченных мониторингу было сделано дерматоскопическая карта.

Заключение: дерматоскопический мониторинг врождённых меланоцитарных невусов способствует раннему выявлению преобразования, что существенно повышает шансы на эффективность специфического лечения и благоприятный прогноз.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КРЕСТЦА

Полатова Д.Ш.^{1,2}, Абдикаримов Х.Г.¹, Давлетов Р.Р.¹, Султонов Б.Б.¹, Савкин А.В.², Асамединов Н.К.², Нуржабов А.И.², Насиров С.К.³

РСНПМЦОиР МЗ РУз¹, Ташкентский государственный стоматологический институт², Ташкентская медицинская академия³

Цель. Представить предварительные результаты хирургического лечения пациентов с опухолевым поражением крестца.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 17 больных с опухолями крестца, которым выполнены операции. Морфологическая верификация опухоли в 3-х случаях (17,6%) произведена путем открытой (ножевой) и в 14 (82,3%) трепанационной биопсии. При проведении трепан-биопсии нами использовано новое устройство собственной конструкции для биопсии опухолей костей. Выявлены следующие гистологические типы опухоли: 7 (41%) - гигантоклеточная опухоль, 3 (17%) - хондросаркома, 2 (11%) - нейрогенная саркома, 1 (5%) - хондрома, 3 (17%) - остеосаркома, 1 (5,8%) – невринома. С целью уменьшения интраоперационной кровопотери первым этапом выполнялась эмболизация «питающих» опухоль сосудов. 2 больным произведена гемирезекция крестца на уровне VS3-VS5, 1-резекция на уровне VS1-VS3 позвонков со стабилизацией ТПФ путем люмбо-пельвиофиксации, остальным 12 больным произведено субтотальное удаление крестца с уровня VS2 и 2 больным на уровне VS3.

Результаты. Средний объем интраоперационной кровопотери составил – 400 мл. Послеоперационные осложнения составили 34,6% (в 1 случае вторичное заживление раны, в 4 – временное нарушение функции органов малого таза), у одного больного с резекцией на уровне VS II учитывая длительную задержку мочеиспускания, была наложена перкутанная эпицистостома, которая после восстановления функции мочеиспускания была удалена. Продолженный рост опухоли отмечен у 1 больного (14,2%), рецидив у 4 (23,5%).

Выводы. Таким образом, хирургические вмешательства в различных объемах являются одним из основных этапов в комбинированном и комплексном лечении злокачественных опухолей крестца.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ САРКОМ КОСТЕЙ ТАЗА

Полатова Д.Ш.^{1,2}, Абдикаримов Х.Г.¹, Давлетов Р.Р.¹, Султонов Б.Б.¹, Савкин А.В.², Асамединов Н.К.², Нуржабов А.И.², Насиров С.К.³

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт², Ташкентская медицинская академия³

Цель. Улучшение результатов лечения сарком костей таза, посредством внедрения органосохранных операций.

Материалы и методы. В период с 1994 по 2019 год в РСНПМЦОиР МЗ РУз и НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина 69 пациентов проходили лечение с диагнозом саркома костей таза. В зависимости от способа оперативного вмешательства больные были разделены на 2 группы: I группа (n = 43) - произведены органосохранные операции, II группа (n = 26) - больные, перенесшие травматические операции. Проводится анализ послеоперационных осложнений, функциональных результатов, а также без рецидивной и общей выживаемости.

Результаты. в нашем исследовании функционально неудовлетворительные результаты наблюдались после калечащих операций, по сравнению с органосохранными. Также низкие показатели эмоциональной сферы наблюдались среди пациентов после калечащих операций. Это было обусловлено утратой двигательной активности и фантомными болями. Анализ показателя кумулятивной общей выживаемости показал удлинение выживаемости в I группе по сравнению со II группой (p=0.0035). Показатели 3- и 5-летней кумулятивной безрецидивной выживаемости составили 73% и 58% соответственно.

Выводы. В заключении мультимодальный, персональный подход к пациенту с учетом индивидуальных и анатомических особенностей, онкологический баланс и функциональность, стремление сэкономить может дать хорошие результаты. На сегодняшний день многие исследования охватывают внутренние органы, кровеносные сосуды и нервные пучки, и из-за их размера применение травматичных оперативных вмешательств разрешено только при нерезектабельных опухолевых процессах. В последние годы, визуализация предоперационных состояний, а современные мультимодальные схемы лечения позволяют использовать органосохраняющие операции.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕОПЛАЗИЙ В СОЧЕТАНИИ С РАКОМ КОЖИ

Солметова М.Н.¹, Гафур-Ахунов М.А.², Юлдашева Д.Ж.³

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница¹, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников², ТГФ РСНПМЦОиР³

Рак кожи одна из самых распространенных злокачественных патологий (Гай Г.П. и соавт, 2017 г.). В последние годы отмечается рост первично-множественных злокачественных неоплазий (ПМЗН). Однако в научной литературе даны описания лишь о единичных случаях сочетания рака кожи с ПМЗН (Сергеев Ю.Ю. и соавт., 2019 г.)

Цель: изучить чистоту встречаемости ПМЗН в сочетании с раком кожи

Материалы и методы: в исследование включены данные первичной регистр рака кожи по «КАНЦЕР-РЕГИСТР» г.Ташкента.

Результаты. В течении 2017-2021 гг и начала 2022 года, первично зарегистрировано 1346 случаев рака кожи. Из них в 171 случаях первично-множественный рак имело место различные сочетания рака кожи с другими злокачественными патологиями с различными временными интервалами. При этом рак кожи выступил «первым» в 138 случаях (10,2%), а средний интервал между возникновением первого и второго рака составил $4,15 \pm 1,8$ лет. При анализе сочетания «первого» рака кожи со «второй» ПМЗН, наибольшую частоту составили сочетания рака кожи при его метакронном проявлении – 54,3%, затем сочетание рака кожи с раком молочной железы – 5,8%. На третьем месте рак губы – 5,1%. Рак толстого кишечника, легкого, простаты встречались в 3,6% случаях. В 2,2% встречался рак пищевода и опухоли головного мозга; в 1,4% рак желудка, меланомы кожи, рак тела матки, почки, и метастазы без первично выявленного очага и миеломной болезни. В 0,7% случаев рак кожи сочетался с раком слюнной железы и нижней челюсти, раком тонкой и толстой кишки, раком печени и прямой кишки, раком полости носа и гортани, саркомой мягких тканей, раком яичников и влагалища, а также ретинобластомой глаза, лимфомой и хроническим лимфолейкозом.

Рак кожи выступал в качестве «второго» рака в 108 случаях, при медиане временного интервала $5,1 \pm 1,4$ лет, и наиболее часто в 69,4% случаев развивался в метакронном виде. При раке молочной железы выявлен - в 6,5% случаев, рак губы в 4,6% и простаты в 2,8%. В 1,9% случаев он встречался при раке прямой кишки, саркоме мягких тканей, раке тела матки и мочевого пузыря. В 0,9% случаев он встречался в более десятка злокачественных патологиях.

Заключение: исследование доказало, что рак кожи с высокой частотой участвует в формировании как синхронных, так и метакронных ПМЗН, что требует особого внимания при диспансерном наблюдении онкологических больных, после радикального лечения или в стадии полной ремиссии, на предмет развития второго злокачественного заболевания.

САРАТОН КАСАЛЛИГИНИ ТЎРТИНЧИ БОСҚИЧИ СКЕЛЕТ СУЯКЛАРГА МЕТАСТАЗЛАНГАНДА БИФОСФОНАТЕРАПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

Темиров О.О.¹, Ҳакимов Я.Ш.², Неъматов Ж.Б.²

РИОваРИАТМБухоро филиали

Мақсад. Тана суяклардаги оғриқ синдроми ва наркотик аналгетикларга бўлган эҳтиёжни камайтириш.

Материал ва метод. Вобкент туман шароитида 2018-2022 йилда 50 ёшдан ошган 12 та беморда: турли хил назалогия бўйича саратон касаллигини тўртинчи босқичи, тана суякларга метастазида Вобкент тумани КТМП кундузги бўлим шароитида бифосфонатерапия ўтказилди. Барча беморлар муолажадан олдинги комплекс текширувлардан (умумий лаборатор анализлар, УЗД, МРТ, МСКТ, ПЭТ-КТ, ЭФГДС, ва тана суяклари сцинтиграфия) ўтказилди. Даволаш хажми: ҳавфли ўсма касаллик билан оғриган беморларнинг назалогия бўйича аксарият қисми, сут бези, простата бези, ўпка, бачадан ва бачадан бўйни, юмшоқ тўқима ҳавфли ўсмаларида скелет суякларига метастази кузатилди, ўтказилган бифосфонатерапиядан кейинги даврда беморларни умумий аҳолини тез тикланиши ва яшаш сифатини яхшиланиши ҳамда оғриқ синдромини камайтишига эришилди. Хар бир даво муолажаси 28 кун танаффуздан кейин ўтказилади. Бифосфонатерапиядан кейин бемор профилактик калций припаратларини қабул қилади, асосан 50 ёшдан ошган 12 та бемордан фактига 2 (16,7%) та беморда бифосфонатерапиядан кейин оғриқ белгилари сустлашиб ва наркотик аналгетикларга бўлган кунлик эҳтиёж камайди, 4 (33,3%) та беморда эса оғриқ вақти-вақти билан безовта қилиб турганлиги сабаб нонаркотик аналгетиклар самара берди. 6(50%) та беморда эса бир йил ичида оғриқ белгилари тўлиқ бартараф бўлишига эришилди. Беморларни яшаш кўрсаткичи ўрганилганда: ўртача яшаш даври 1 йилдан 3 йилгачани ташкил қилади.

Хулоса. Бизни кузатув натижамиз ва хулосамизга кўра агар саратон касаллигини тўртинчи босқичи, скелет суякларига метастази билан асоратланганда: беморларни умумий аҳоли стабил бўлган ҳолатларда, беморларни ўртача яшаш даврини узайиши, яшаш сифатини яхшиланишини ва бундай ҳолатларда кимё ва нур терапияси самараси пастлигини ҳисобга олган ҳолда бифосфонатерапия самарадорлигини юқорилиги кўринади, шу сабабли бундай беморларда бифосфонатерапия усулини ўтказиш мақсадга мувофиқ.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ПРИМИНЕНИЕМ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ОПУХОЛЯХ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА

Турсунов Ш.С., Пирмаматов С.М., Рахимов Ж.Х.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Лечение остеогенных опухолей скелета сопряжено с определенными трудностями обусловленный: распространенностью опухолевого процесса, выполнением перевязки сосудов на нескольких уровнях, что затрудняет васкуляризацию зон пересадки остеотрансплантатов, наличием патогенной инфекции, перифокального воспаления (ПВ) и другими причинами, что предопределяет сложности хирургического лечения.

Цель работы. Разработка способа профилактики интра- и послеоперационных воспалительных осложнений костной трансплантации при лечении остеогенных опухолей скелета.

Материал и методы. Проведен анализ клинических данных 39 пациентов с первичными опухолями и опухолеподобными поражениями костей конечностей и лицевого скелета в возрасте от 5 до 70 лет, находившихся на лечении в Самаркандском филиале РСНПМЦОиР, университетской клинике ТГМУ им. Абу Али ибн Сино и больнице медико-санитарной части Аллюминиевого завода «Талко» г.Турсунзаде, в период с 1999 года по 2013 г. Всем больным проведено хирургическое лечение в объеме экскохлеации опухоли или сегментарной резекции кости. У всех больных образовавшиеся дефекты замещались ксенотрансплантатом (КК) из

ребра телят (консервированный в 0,5% растворе формалина с добавлением раствора флавоноидов и 4% гентамицина), при этом у 10 с ПВ процессами.

Результаты. У 28 пациентов отмечено первичное заживление раны. В одном случае (2,5%) у пациента отмечена реакция отторжения КК, который был удален и заживление послеоперационной раны происходило вторичным натяжением.

Выводы. Таким образом, предложенный способ является простым и доступным методом костной пластики, менее травматичен, позволяет получить хороший результат даже при ПВ процессе.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ И КРУПНЫХ СУСТАВОВ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ

Ухваркин А.П., Лазукин А.В., Шапошников А.А., Тепляков В.В., Степанова Н.В.

ФГБУ РНЦРР МЗ РФ, Москва, Россия

Цель работы. Оценить результаты комплексной реабилитации после онкоортопедического лечения.

Материалы и методы: в период с апреля 2015 по декабрь 2021 в отделении онкоортопедии 100 пациентам выполнено эндопротезирование длинных костей и суставов. Ранняя послеоперационная реабилитация проведена всем больным. В исследование включено 55 пациентов, среди которых 49% мужчин (n=27) и 51% женщин (n=28). Средний возраст составлял 46 лет (19-71). Объем опухоли варьировал от 24 до 1527 см³, что в среднем составило 331 см³. Патологические переломы имели быть у 11 пациентов, угроза патологического перелома у 12 пациентов. Критерий отбора являлся срок наблюдения ≥ 12 месяцев. Оценка качества жизни, функционального статуса до и после операции проводилась по шкалам MSTs, ECOG, VAS. Комплексная реабилитация проводилась посредством пререабилитации - психологическая подготовка пациента к лечению и его особенностям, обучение ходьбе со средствами дополнительной опоры при заболевании нижних конечностей, информирование об ограничениях до и после хирургического этапа лечения, обучение физическим упражнениям направленные на облегчение ранней активизации, в раннем послеоперационном периоде посредством механотерапии – разработка движений на аппаратах пассивного действия «Artromot», «Fisiotek», ранней активизации, адекватного обезболивания, физических упражнений направленные на восстановления тонуса мышц, в отдаленном периоде – прохождение реабилитации в специализированных реабилитационных центра.

Выводы. Реабилитация занимает важную роль у пациентов с эндопротезированием длинных костей и крупных суставов. Так, большой объем удаляемых тканей, протяженность резекции кости, наличие патологического перелома имеют большое влияние как на функциональный статус, так и на сроки восстановления, а также на социальную жизнь пациента. Также необходимо учитывать сроки и объем операции, так как гиперреабилитация в раннем послеоперационном периоде может привести к развитию осложнений и существенному снижению функциональных результатов. У пациентов с патологическими переломами после эндопротезирования удастся добиться значительного улучшения функционального статуса по сравнению с дооперационным, практически в 2 раза для нижних конечностей и в 1,5 раза – для верхней. Эндопротезирование в комплексе с адекватной реабилитацией позволяет 67% пациентам вернуться к работе и полноценной социальной жизни с умеренными ограничениями.

РАЗДЕЛ 7.**РАЗНОЕ В ОНКОЛОГИИ****РИО ва РИАТМ Тошкет вилояти филиалида паллиатив ёрдам бўлими 2018 – 2021 йиллардаги иш фаолияти таҳлили****Абдихакимов А.Н., Гафур-Ахунов М.А., Халматов Б.А.****РИО ва РИАТМ Тошкент вилоят филиали**

Кириш. Бугунги кунда «GLOBOCAN 2020» маълумотларига қараганда бир йилда дунё бўйича саратон хасталиги билан 10.0 млн. бемор вафот этган ва 19.3 млн. бемор онкологик хасталик билан ҳисобга олинган. Шунинг учун ҳам паллиатив ёрдам дунё бўйича ривожланиши ва унга эҳтиёж ҳам ошиб бориши. Ўзбекистон Республикаси Президентининг «2017–2021 йилларда онкология хизматини янада ривожлантириш ва аҳолига онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора – тадбирлари тўғрисида» қарорига биноан Вилоят онкология муассасалари тузилмасида паллиатив ёрдам бериш бўйича бўлимлар ташкил этиш қарорига асосланиб, 2018 йил 1 мартдан РИО ва РИАТМ Тошкент вилояти филиалида 20 ўринли «Паллиатив ёрдам» бўлими ташкил этилди.

Мақсад: РИО ва РИАТМ Тошкент вилояти филиали «Паллиатив ёрдам» бўлимида ўз вақтида беморларга самарали ёрдам кўрсатиши бўйича 2018 - 2021 йилларда қилинган ишларни таҳлилини амалга ошириш.

Материаллар ва усуллар. «Паллиатив ёрдам» бўлимида 2018 – 2021 йилларда 1554 та бемор ётиб даволанган. Булардан 2-босқич – 102 та (6,6%), 3-босқич – 126 та (8,1%), 4-босқич – 1326 та (85,3%) ни ташкил этган.

Натижалар. Мурожаатлар сони бўйича 1554 та бемор таҳлил қилинганда 54 та (3,5%) НПХТ, 28 та (1,8%) АПХТ, 580 та (37,3%) ППХТ, 291 та (18,7%) ППХТ+БисФТ, 266 та (17,1%), БисФТ ва 335 та (21,6%) симптоматик терапия ташкил этган. Оғриқ синдроми –70% беморларда бўлган. Юрак етишмовчилиги – 32% беморда, ўпка нафас етишмовчилиги – 27% да, буйрак етишмовчилиги – 11% да, жигар етишмовчилиги – 6% беморларда қайд қилинган. Оғриқ синдромини даволаш учун замонавий схемаларидан кенг фойдаланилган. Паллиатив мақсадда манипуляция ва дори воситаларидан кенг фойдаланилган. Баъзи кўп учрайдиган онкологик касалликларнинг даво самарадорлиги ўрганилди: тўлиқ самара кузатилмаган. Қисман самарали даволанган бемор ичида сут беги саратонида 58,7% колоректал саратонда 44,4%, ошқозон саратонида 42%, ўпка саратонида 34,4%ни ташкил қилинган. Касалликни стабилизацияси сут беги саратонида 21,3%, колоректал саратонда 23,8%, ошқозон саратонида 17,4%, ўпка саратонида 18,7%ни ташкил қилган. Касалликни авж олиши сут беги саратонида 20%, колоректал саратонда 31,8%, ошқозон саратонида 40,6%, ўпка саратонида 46,8% бўлган.

Хулоса. Паллиатив ёрдам бўлимида даволанган беморларни 93,4%ни 3 ва 4-босқичдаги беморлар ташкил этган бўлиб, уларда ҳаёт сифатини яхшилаш учун онкологик хизматнинг паллиатив ёрдами ривожлантиришда ва замонавий талабларга асосланган ҳолда оғриқни камайтириш мақсадида 54% ҳолатда (антидепрессантлар, гормонлар, антиконвульсантлар, маҳаллий анестетиклар, бензодиазепам, НСПВС, ненаркотик ва наркотик дори воситаларидан) фойдаланилди. Шулардан фойдаланилган ҳолатда наркотик дори воситасига эҳтиёжи 23% камайди.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ**Авазов Ж.Х., Сабилов А.И.****Хорезмский филиал РСНЦОиР**

Материалы и методы. Обследовано 65 человек (39 девочек и 26 мальчиков) в возрасте от 5 до 17 лет, которым выполнялись оперативные вмешательства на органах малого таза и нижних конечностях в условиях спинномозговой анестезии. Для оценки исходного вегетативного

статуса использовали анкету вегетативных показателей (Вейн, 2000), вегетативный индекс Кердо, анализ вариабельности ритма сердца. В зависимости от результатов исследований нами были выделены 3 группы пациентов: первая группа — симпатотоники (26 человек), вторая — ваготоники (18 человек), третья — эйтоники (21 человек). Все группы были сравнимы по возрасту, полу, характеру оперативного вмешательства. Интраоперационным проведением неинвазивного мониторинга гемодинамики определяли среднее артериальное давление (Адср.), частоту сердечных сокращений (ЧСС), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС), минутный объем кровообращения (МОК), ударный объем (УО). Результаты: В группе симпатотоников в ответ на развитие анестезии отмечалось снижение Адср. на 13,8% ($p < 0,05$), снижение ЧСС на 8,7% ($p < 0,05$), ОПСС снижалось на 17,3% ($p < 0,05$), при этом увеличивался УО на 21,5% ($p < 0,05$), и МОК — на 8,4% ($p < 0,05$); в группе эйтоников отмечалось снижение Адср. на 17,7% ($p < 0,05$), снижение ЧСС на 6,4%, ОПСС на 20,2% ($p < 0,05$), увеличение УО на 14,9% ($p < 0,05$), и МОК — на 5,4%. Данные изменения можно трактовать как компенсаторно-адаптивную реакцию на развитие симпатической блокады. В отличие от первых двух групп у ваготоников наблюдается снижение МОК на 8,1% ($p < 0,05$), на фоне снижения Адср. на 25,2% ($p < 0,05$), ЧСС на 12,8% ($p < 0,05$), ОПСС на 27,2% ($p < 0,05$), увеличения УО на 10,4% ($p < 0,05$). Анализ интраоперационной гемодинамики показал снижение Адср. на 30% и более по сравнению с исходными значениями у симпатотоников в 16% случаев, у эйтоников в 22% случаев. В группе ваготоников артериальная гипотензия отмечена в 38%, причем в 3 случаях для ее коррекции потребовалось применение симпатомиметиков. Брадикардия (снижение ЧСС ниже 60 ударов в мин) отмечалась в 5% случаев у симпатотоников, в 7% у эйтоников, и в 16% у ваготоников.

Выводы. Полученные результаты указывают влияние исходного вегетативного статуса на характер изменений гемодинамики при спинномозговой анестезии. Наиболее выраженные изменения гемодинамики в ответ на развитие спинномозговой анестезии происходят у ваготоников.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЕЗСОЗИФЕНА У КРЫС ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Авазов Ж.Х.¹, Сабиров А.И.¹, Собиров Э.Ж.²

Хорезмский филиал РСНПМЦОиР¹, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии²

Цель. Исследование противовоспалительной активности Мезсозифена у крыс препубертатного возраста.

Материалы и методы исследования. Экспериментальные исследования проведены на месячных крысах обоего пола массой тела 50-70 г. Все лабораторные животные участвующие в эксперименте до начала опыта имели здоровый вид и были активны. Воспалительный отек лапки у крыс моделировали путем субплантарного введения декстрана, которые широко используются для оценки противовоспалительной активности новых потенциальных лекарственных средств. Изучали профилактическое действие различных доз Мезсозифена (5, 10 и 25 мг/кг) сравнительно с Ибупрофеном (10, 25 и 50 мг/кг). Вышеуказанные препараты превентивно вводились внутривентрально с металлическим зондом за 1 часа до введения флоггена.

Результаты исследования и их обсуждения. Результаты проведенных экспериментальных исследований показали, что у крыс Декстран вызывает развитие отчетливого отека, степень которого превышает исходное на 144,0% через один час, без существенных изменений сохраняется в последующих четырех часов. Превентивное введение Ибупрофена в дозе 10 мг/кг вызвало некоторое (15,3-34,5%) подавление процесса экссудации у крыс. Увеличение дозы препарата в 2,5 раза приводило к существенному подавлению процесса экссудации. При этом ПВА препарата в указанные сроки эксперимента (через 1,2,3, и 4 часа) составляло 30,5-55,2%

соответственно. Подобный эффект, но более высокое противовоспалительное действие нами отмечено у препарата Мезсозифен. При этом значение ПВА составляла 40,3, 44,1, 47,6 и 55,2% соответственно. Под влиянием более высокой дозы Мезсозифена отмеченный эффект не претерпевал статистически значимых изменений по сравнению с предыдущей. Следовательно, Мезсозифен обладает ярко выраженной антифлогенной активностью и по своей эффективности превосходит Ибупрофен. Эффективной противовоспалительной дозой Мезсозифена у животных препубертатного возраста является 10 мл/кг, что в 2,5 раза меньше чем соответствующая доза Ибупрофена.

Вывод. Мезсозифен представляет собой смесь экстрактов лекарственных растений, проявляет отчетливое антиэкссудативное и антипролиферативное действие у животных препубертатного возраста

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АБСОЛЮТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙТРОФИЛОВ, ЛИМФОЦИТОВ И МОНОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕАКЦИЯМИ

Абдувахобов Ё.А., Юлдашев С.Т., Хожиматова Н.Е.

Ферганский областной филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Нарушение качественного состава лейкоцитов и особенно их количественных характеристик, в частности, абсолютного числа клеток в периферической крови, могут играть большую роль в развитии септических состояний (СВР) у онкологических больных.

Цель. Детальный анализ лейкоцитарной формулы для оценки прогностической значимости показателей крови.

Результат. Показатели клинического анализа крови контрольной группы без СВР на 7-11 день после оперативного вмешательства восстановились до референсных значений нормы. У больных с СВР сопровождалась лейкомоидной реакцией нейтрофильного типа. Количество лейкоцитов значительно превышало норму у большинства из них, с колебаниями в широких пределах от $1,0$ до $40,7 \cdot 10^9/\text{л}$, среднее значение составило $(17,2 \pm 1,9) \cdot 10^9/\text{л}$. В лейкоцитарной формуле отмечается как относительный, так и абсолютный нейтрофилёз во всех группах.

Заключение. Абсолютные показатели количества НФ, ЛФ и МЦ периферической крови могут являться прогностическими критериями клинического течения системных воспалительных заболеваний, наряду с другими информативными тестами.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ИСТОЧНИКОМ СВЕТА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 660 НМ

Адилходжаев А.А., Мусаева Ш.Н., Гильдиева М.С., Садиков Р.Р., Бойко Е.В.

РСНПМЦОиР

Введение. Фотодинамическая терапия (ФДТ) является одним из перспективных и развивающихся методов лечения различных опухолевых заболеваний и напрямую связана с разработкой установок, использующих излучение в спектральном диапазоне 600-660 нм. Оценка эффективности ФДТ связана с тем, что фотодинамический эффект протекает почти без внешних проявлений.

Цель. Создание модели *in vitro* с использованием опухолевого материала мочевого пузыря для воздействия лазерных технологий.

Материал. Для исследования был использован опухолевый материал мочевого пузыря 5 больных. Фотосенсибилизатор - 10% раствор 5-аминолевулиновая кислота.

Методы. Для создания модели *in vitro* были использованы опухолевые клетки мочевого пузыря 5 больных с диагнозом РМП T₁ N₀ M₀. В эксперименте использовались трансформированные клетки опухолевого материала больных РМП, инкубацию суспензии клеток проводили в течение 3 ч. с фотосенсибилизатором - 10% раствор 5-аминолевулиновая кислота при температуре 37 °С, затем облучали в течении 20 - 30 минут некогерентным

источником света с длиной волны 660 нм, после чего клетки наносили в толстой капле на предметное стекло, окрашивали равным объемом 0,1 % раствора трипанового синего. Для количественного учета цитотоксического действия, с помощью световой микроскопии под увеличением в 400 раз подсчитывали количество окрашенных (погибших) клеток.

Результаты. Анализ полученных результатов после воздействия устройства для фотодинамической терапии и фотосенсибилизатора- 10% раствор 5-аминолевулиновой кислота, показал наличие 79,0% погибших клеток (некроз) и 21% клеток с фенотипом апоптоза. Цитотоксический эффект составил 61,0%. Далее фотосенсибилизатор был использован в 2 концентрациях 20% и концентрированный. Анализ полученных результатов после воздействия лазерного облучения в сочетании с фотосенсибилизатором показал наличие 82% и 92% погибших клеток.

Обсуждение. Таким образом, цитотоксическая гибель опухолевых клеток мочевого пузыря была 82,0% и 92,0%. Использование фотосенсибилизатора в высокой концентрации усиливает цитотоксическую активность воздействия лазерной установки до 92%.

Выводы. Использование фиброволоконной оптики способной воздействовать на опухолевые клетки при раке мочевого пузыря совместно с концентрированным фотосенсибилизатором (5-аминолевулиновая кислота) показало наличие цитотоксической активности 92% .

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ГРУПП ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.

Актуальность. Раннее выявление злокачественных новообразований претерпевает ряд изменений: начата реализация программ диспансеризации определенных групп взрослого населения, проводится активная работа по повышению уровня подготовки врачей и медсестёр в системе непрерывного медицинского образования.

Цель. Улучшить раннее выявление РМЖ на уровне первичного звена здравоохранения путем подготовки специалистов по ультразвуковой диагностики.

Материал и методы. На основе анкетных опросников проведено изучение уровня онконастороженности врачей общей практики при проведении ультразвукового исследования (УЗИ) 1500 женщин, обратившихся за первичной помощью, а также проходивших диспансерный осмотр.

Получены данные по обучению онконастороженности 30 врачей на краткосрочных курсах (72 часа) Юнус-Абадского, Чиланзарского, Алмазарского районов г. Ташкента и Зангиатинского района Ташкентской области. Курс был организован при содействии кафедры УЗИ № 1, 2 ЦРПКМР МЗ РУз.

Результаты. Как показали результаты опросника, уровень знаний врачей о факторах риска рака молочной железы повысился, что позволило осуществить первичный скрининг женщин в возрасте 21-65 лет с выявлением факторов риска при заболеваниях молочной железы.

По результатам опроса у 74,3% женщин факторов риска не выявлено. С ними проведена беседа и даны рекомендации о прохождении контрольного анкетирования через 1 год. Среди анкетированных группа неопределенности составила 17,0%, а группа высокого риска – 10,7% пациентов. Пациенты для дальнейшей диагностики были направлены на осмотр к участковому врачу с проведением УЗИ. При этом у 17% пациентов выявлено подозрение на РМЖ, у 26,0% пациентов – другие патологии (кисты и фибромы). Со всеми пациентами проведена беседа и рекомендовано пройти повторное контрольное анкетирование через 1 год. Пациенты с подозрением на злокачественные новообразования молочной железы направлены на консультирование к онкомаммологу для решения вопросов дальнейшей тактики диагностики и лечения.

Выводы. Повышение уровня онконастороженности как населения, так и медработников первичного звена здравоохранения – одна из важнейших и приоритетных задач в рамках программ скрининга РМЖ. Это в последующем позволит достичь улучшения ранней диагностики патологии молочных желез.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ИСТОЧНИКОМ СВЕТА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 660 НМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Гильдиева М.С., Адилходжаев А.А., Мусаева Ш.Н., Садилов Р.Р., Бойко Е.В.
РСНПМЦОиР

Введение. Перспективным направлением лечения опухолей различной локализации является фотодинамическая терапия (ФДТ). Кроме того она связана с поиском новых более эффективных и доступных фотосенсибилизаторов, а также с пониманием процессов, лежащих в основе развития фотодинамического эффекта

Цель. Создание модели *in vitro* с использованием клеточных культур для изучения воздействия источником света с применением фиброволоконной оптики и фотосенсибилизатора.

Материал. Материалом служили изолированные клетки мышинной асцитной опухоли Эрлиха.

Методы. Изолированные клетки мышинной асцитной опухоли Эрлиха в течении 3 часов инкубировали с фотосенсибилизатором (5-аминолевулиновая кислота) при 37° С, затем облучали в течении 20 - 30 минут некогерентным источником света с длиной волны 660 нм. Для количественного учета цитотоксического действия, с помощью световой микроскопии при увеличении в 400 раз подсчитывали количество окрашенных раствором трипанового синего (погибших) клеток.

Результаты. Анализ показал, что в результате воздействия некогерентным источником света с длиной волны 660 нм и фотосенсибилизатора (5-аминолевулиновая кислота) в течении 3 часов на клетки опухоли Эрлиха наблюдалась слабая токсическая реакция как при воздействии только фотосенсибилизатора, так и только облучения (27,0 + 4,5% и 16,0 + 3,7% соответственно). При воздействии совместно фотосенсибилизатора и облучения светом цитотоксическое действие было 62,0 + 4,9%, в контроле 21,0 + 4,1% (p < 0.05). В результате воздействия некогерентным источником света с длиной волны 660 нм в течении 30 минут и фотосенсибилизатора (5-аминолевулиновая кислота) в течении 20 часов на клетки опухоли Эрлиха наблюдалась высокая цитотоксическая реакция (66,3% , в контроле 3,0 + 1,7%).

Обсуждение. Учитывая множество факторов, которые могут повлиять на процесс ФДТ, возникает необходимость выбора адекватных моделей для проведения экспериментов. Нами были использованы исследования ФДТ *in vitro*. Было использовано устройство для фотодинамической терапии. Действующим началом является спектр поглощения и возбуждения фотосенсибилизатора.

Выводы. В результате воздействия некогерентным источником света с длиной волны 660 нм и фотосенсибилизатора (5-аминолевулиновая кислота) на клетки асцитной опухоли Эрлиха наблюдалась высокая токсическая реакция (66,3% и 61,0% соответственно) в независимости от периода (3 и 20 часов) действия фотосенсибилизатора.

ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТА ДЭКОГЛИЦ НА ОПУХОЛЯХ КРЫС ПРИ РАЗНЫХ ПУТЯХ ВВЕДЕНИЯ В СРАВНЕНИИ С РЯДОМ ЦИТОСТАТИКОВ

Еникеева З.М., Агзамова Н.А., Зиявитденова С.С., Саидходжаева С.С.
РСНПМЦОиР

Цель работы. Оценка противоопухолевой активности нового препарата Дэкоглиц при разных путях введения на крысах с опухолевыми штаммами карциносаркома Уокера(КСУ), Саркома 45, опухоли Яичников(ОЯ) в сравнении с препаратом дэкоцин, из которого он получен, а

также с 5-фторурацилом, таксолом, этопозидом и доксирубицином, а также с пероральным препаратом кселода.

Материалы и методы. Изучение выполнено на 80 беспородных крысах с перевиваемыми опухолями КСУ, С-45 и ОЯ, которым вводили препараты внутривентриально на 4-5 день после перевивки опухоли 10-кратно, кроме того дэкоглиц вводили перорально. Оценку результатов проводили по стандартным критериям: торможение роста опухоли (ТРО), масса тела и селезенки животных. Достоверными считали различия при $p < 0,05$. **Результаты.** Противоопухолевая активность препарата дэкоглиц при пероральном введении на опухолевом штамме Саркома 45 была высокой – порядка 99/96% с уровнем ремиссий 20%, при внутривентриальном введении – 96/94%. Его эффект был выше действия кселоды на 25-13% и действия доксирубина на 31-18% при снижении уровня побочных эффектов. На опухоли ОЯ эффект дэкоглица при внутривентриальном введении был 89/76% с уровнем ремиссий 40%, при пероральном – 96/86% с уровнем ремиссий 60%. На опухоли КСУ эффект дэкоглица при внутривентриальном введении достигал 96/97% с уровнем ремиссий 40%, при пероральном – 98/97% с уровнем ремиссий 60%, его эффект был выше препаратов сравнения: дэкоцина на 23-28%, таксолола – на 7-11%, 5-фторурацила – на 15-18%, этопозиды – на 7-9%.

Заключение. Изучение нового препарата Дэкоглиц на 3-х опухолях крыс при внутривентриальном и пероральном применении выявило его высокую активность при пероральном введении, а также более выраженный эффект в сравнении с исходным Дэкоцином, кселодой, доксирубицином, таксолом, 5-фторурацилом и этопозидом при меньшем уровне побочных эффектов.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ПРЕПАРАТА КОЛХИЦИНОЛА-2 В РАЗНЫХ РЕЖИМАХ

Еникеева З.М., Салихов Ф.С., Камышов С.В., Агзамова Н.А., Ибрагимов А.А., Саидходжаева С.С., Холтураева Н.Р.

РСНПМЦОиР

В РСНПМЦОиРМЗ РУз ведутся разработки новых противоопухолевых препаратов, полученных модификацией трополоновых алкалоидов, и на основании скрининга этих веществ в NCI отбираются с наиболее высокой активностью. Так у препарата К-26, была высокая активность на панели рака почки. Однако К-26 плохо растворим в воде, в этой связи была получена водорастворимая соль этого препарата (К-26-в), названная колхицинол-2, токсичность и активность требовала изучения.

Цель работы. Оценка противоопухолевой активности нового препарата К-26-в на животных с опухолевыми штаммами Саркома 180(С-180), Солидная опухоль Эрлиха (СОЭ), Асцитная карцинома Эрлиха(АКЭ), Карциносаркома Уокера(КСУ), Саркома 45(С-45), Опухоль Яичников (ОЯ).

Материалы и методы: Изучение выполнено на беспородных мышках и крысах с вышеперечисленными перевиваемыми опухолями. К-26-в вводили в разных режимах на 2-14 день после перевивки опухоли 4, 5, 8 и 10-кратно в/б в разных дозах, в сравнении с известными цитостатиками. Оценку результатов проводили по стандартным критериям. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. К-26-в оказался высоко активным на 6-х опухолях: на С-180, СОЭ, КСУ, С-45 уровень ТРО в раннем периоде – 93-98% с регрессом опухолей. При изучении в позднем периоде ТРО на СОЭ – 95/94%, на С-45 – 83/87 при 4-х кратном введении и 60/69 – при 8-и кратном. На ОЯ ТРО равно 86/88%. УПЖ на АКЭ – 155%. Его действие было выше эффекта таксолола и равно эффекту этопозиды при снижении побочных эффектов на опухолях Саркома 180 и КСУ. Эффект К-26-в выше эффекта цисплатины, близок к действию циклофосфана на опухоли С-45, но с меньшим количеством побочных эффектов. При воздействии на развившиеся опухоли активность К-26-в практически не снижалась. Также было показано, что 4-х кратное

применение К-26-в оказывает более значительное действие, которое будет предлагаться для клинических испытаний.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ИММУНОХИМИЧЕСКОГО ТЕСТА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ В КАЛЕ В СКРИНИНГЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОЛИПОВ

Ерзинкян Ф.В., Красный С.А., Шипицина П.С.

РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова,

г. Минск, Беларусь

Цель работы: оценить диагностическую значимость Fecal immuochemical test (FIT - иммунохимический тест на скрытую кровь в кале) в выявлении доброкачественных полипов.

Материал и методы исследования: С 2014 по 2017 гг., объектом скрининга с использованием FIT являлись мужчины и женщины от 45 до 70 лет, средний возраст составил 62 года, без сопутствующей патологии. Исследованы 602 пациента, после проведения 2 – ух FIT, пациентам выполнялась контрольная видеколоноскопия (ВКС) под анестезией.

Выводы. Диагностическая чувствительность (ДЧ) FIT теста на скрытую кровь установлена крайне низкой и составила – 11,7%; Диагностическая специфичность (ДС) – 94,4%; Диагностическая эффективность (ДЭ) – 48,8%; Предсказательная ценность положительного результата (ПЦПР) – 72,2%; Предсказательная ценность отрицательного результата (ПЦОР) – 46,5%. Применение только FIT теста возможно при отказе пациента от инвазивных методов скрининга или невозможности организации проведения ВКС под анестезией.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ АКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ДЭКОГЛИЦ НА СОЛИДНОЙ ОПУХОЛИ ЭРЛИХА

Зиявитденова С.С., Еникеева З.М., Агзамова Н.А., Ибрагимов А.А., Абдихакимов А.Н.

РОНПМЦОиР, Ташкентский областной филиал РОНПМЦОиР

Перевиваемая солидная опухоль Эрлиха (СОЭ) получена из клеток рака молочной железы и выраженная активность препарата Дэкоглиц на этой опухоли предполагает направление применения нового препарата для этой локализации. В этой связи для сравнения были использованы такие препараты как кселода, таксол и этопозид, первое из которых в пероральной форме используется при лечении рака молочной железы.

Целью настоящего исследования было сравнение действия нового препарата Дэкоглиц на СОЭ с этопозидом и таксолом, а также с кселодой.

Материалы и методы. Изучение выполнено на беспородных мышках с СОЭ. Дэкоглиц вводили мышам в/б и перорально 10-кратно в сравнении с Дэкоцином, таксолом и этопозидом и с кселодой. Оценку результатов проводили по стандартным критериям: торможение роста опухоли (ТРО), масса тела и селезенки животных, уровень лейкоцитов. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. На мышках с СОЭ препарат Дэкоглиц в/б в дозе 40 мг/кг был активен на 97/90% (по объему/массе), дэкоглиц в дозе 20 мг/кг был активен на 72/79%, в то время как дэкоцин в дозе 15мг/кг вызвал торможение роста опухоли в 72/65 %, этопозид в дозе 15 мг/кг оказал активность в 83/75%, таксол в дозе 7,5 мг/кг проявил активность в 86/70%. Дэкоглиц в обеих дозах хорошо переносились животными, что проявлялось в отсутствие снижения массы селезенки и массы тела. При действии дэкоцина, этопозид и таксола снижались: масса тела и селезенки, уровень эритроцитов на 21-24% , уровень гемоглобина на 24-30% и количество лейкоцитов на 27-34% в сравнении с контролем. При пероральном введении Дэкоглиц в дозе 20 мг/кг был эффективен на 92/89%, препарат не вызвал снижения массы тела, масса селезенки была ниже в сравнении с контролем на 14 %, в дозе 40 мг/кг был активен на 90/89%, в то время как активность кселоды была -67/69%, при снижении массы тела на 5, 7% и селезенки на 14,7% .

Заключение. Дэкоглиц проявляет высокую эффективность в дозе 20 мг/кг при пероральном применении, вызывает менее значительные побочные эффекты и более эффективен в сравнении с другими цитостатиками.

ВОЗДЕЙСТВИЕ НОВОГО ПРЕПАРАТА ДЭКОГЛИЦ НА СИНТЕЗ ДНК/РНК РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕНЩИН И ОПУХОЛИ САРКОМЫ 180

Ибрагимов А.А., Зиявитденова С.С., Еникеева З.М., Агзамова Н.А., Абдихакимов А. Н. РОНПМЦОиР, Ташкентский областной филиал РОНПМЦОиР

В РСНПМЦОиР МЗ РУз создан новый малотоксичный противоопухолевый препарат Дэкоглиц на основе Дэкоцина и глициризиновой кислоты (ГК). Его активность на 6 штаммах перевивных опухолей была выше или близка к 90% и, в частности, на СОЭ (солидной опухоли Эрлиха), которая может рассматриваться как экспериментальная модель рака молочной железы.

Целью настоящей работы было изучение воздействия дэкоглица на синтез ДНК и РНК на опухолевых клетках молочной железы 4-х пациенток *in vitro* и сравнение с его воздействием на опухоль Саркому 180 (С-180) .

Методы. К суспензии клеток опухолей, в 96-луночных планшетах добавляли препараты в ТД мкг/мл и инкубировали 2ч, при 37°C и 5% CO₂ в CO₂ инкубаторе. Затем проводили выделение ДНК и РНК по методу Маниатис Т., 1984. Количественную оценку концентраций ДНК и РНК контрольных и опытных проб определяли спектрофотометрически при длине волны 260нм. По методу Самусенко А.В. изучали межнуклеосомную деградацию ДНК клеток опухолей после воздействия препаратов.

Результаты. Если на опухоли С- 180 препарат дэкоглиц после проведенного лечения 10-кратным введением препарата ингибирует синтез ДНК опухоли до 95,0% и синтез РНК опухоли - до 75,0%, то на опухолях рака молочной железы *in vitro* при суточном воздействии дэкоглиц ингибирует синтез ДНК на 52,9% и при воздействии через 3 суток увеличивается до 92%. Учитывая, что дэкоглиц проявляет противоопухолевую активность на Саркоме 180 не менее 90%, при этом его способность к подавлению синтеза ДНК 95% и РНК-65%, по аналогии следует ожидать высокой способности подавлять рост опухоли рака молочной железы этим препаратом, т.к. он подавляет синтез ДНК в этих опухолях на 92% и РНК на 70% . Также показана значительная способность дэкоглица осуществлять межнуклеосомную деградацию ДНК опухоли молочной железы.

Выводы. Исходя из полученных данных, следует ожидать высокой способности подавлять рост опухоли рака молочной железы этим препаратом, в этой связи препарат будет рекомендован для лечения этой локализации.

ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РАКЕ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Каримова Н.М., Исмаилова А.А., Нуриддинов К.Р., Абдухакимова М.И., Хайитова А.Т., Махкамова Ф.С., Курбонова М.А., Азизова Ш.А.

РСНПМЦОиР, Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель: изучение изменений клеточного иммунитета при раке носоглотки (РНГ) у детей и подростков.

Материалы и методы: нами были проанализированы истории болезни 140 больных со злокачественными опухолями носоглотки, возраст которых варьировал от 1 года до 18 лет. Принцип метода определения субпопуляций лимфоцитов заключался в присоединении эритроцитов человека, сенсibilизированных моноклональными антителами к поверхности лимфоцитов.

Результаты: исследование показало, что экспрессия CD38+ у больных РНГ детей и подростков составила 26,8±1,6%, а здоровых - 22±0,9% (p<0,05). В основной группе детей и подростков больных раком носоглотки экспрессия CD95+ составила 26,7±1,2%, а в норме - 20,6±0,49%.

Экспрессия активационного маркера CD25+ на лимфоцитах в группе больных РНГ детей была снижена по сравнению со значением контрольной группы ($p < 0,05$). Так, в группе контроля экспрессия CD25+ на лимфоцитах в среднем составила $22,4 \pm 1,2\%$, а в группе больных детей – $18,6 \pm 0,92\%$.

Вывод: Анализ по изучению экспрессии CD38+ и CD95 на лимфоцитах позволил выявить достоверное повышение этого маркера у детей больных РНГ в сравнении с данными здоровых детей ($p < 0,05$), в то время как CD25+ был снижен. Следовательно, рост экспрессии CD38+ маркеров активации свидетельствует о наличии неадекватной активации клеточного иммунитета.

ПОИСК НОВЫХ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРОВ В УСЛОВИЯХ МОДЕЛЬНОЙ КАНЦЕРОСИСТЕМЫ

Мусаева Ш.Н.¹, Гильдиева М.С.¹, Абдувалиев А.А.²

РСНПМЦО и Р¹, ТМА²

Введение. Поиск новых фотосенсибилизаторов является актуальной задачей для современной науки, а использование совместного гормонального и лазерного воздействия может привести к положительному эффекту при терапии злокачественных новообразований.

Цель. Изучение механизмов фотосенсибилизации эстрадиола и тестостерона с целью повышения эффективности противоопухолевой терапии.

Материал. Использовались экспериментальные опухолевые штаммы аденокарциномы тонкого кишечника АКАТОН и саркомы 180, мыши линии BALB/c, коммерческие препараты тестостерона и этинилэстрадиола. Для проведения фотодинамической терапии использовали красный лазер с излучением 680 нм, мощностью 250 мВт.

Методы. Определяли процент торможения роста опухоли, апоптозный индекс выражали в процентах по отношению к общему количеству подсчитанных клеток. На каждый случай вычисляли митотический индекс в 20-25 участках опухоли.

Результаты. Анализ полученных данных, показал, что наблюдалось значительное снижение опухолевого роста при применении эстрадиола в дозе 5,0 мг/кг и последующем облучении опухоли лазером с длиной волны 680 нм и мощностью 250 мВт. Торможение роста опухоли составило 63,30%. Было установлено, что воздействие красным лазером с длиной волны 680 нм приводит к конформационным изменениям молекул гормонов тестостерона и эстрадиола. После облучения раствора эстрадиола лазером в течении 5 мин спектрофотометрически регистрировалось появление новых пиков на спектрограмме в районе длин волн 218 нм, 222 нм и 281 нм.

Обсуждение. Учитывая однократное введение препарата эстрадиола и последующий значительный терапевтический эффект, можно сделать вывод о высокой эффективности проведенной фотодинамической терапии лазером. Совместное введение эстрадиола в дозе 10 мг/кг и тестостерона в дозе 10 мг/кг мышам линии BALB/c и последующее через 24 часа облучение лазером приводит к статистически достоверному увеличению количества полиплоидных лимфоидных клеток до $44,0 \pm 9,92\%$, что характеризует повышение иммунореактивности организма в условиях опухолевой гиперантигенизации и связано с увеличением интенсивности мегакариоцитопоза.

Выводы. Воздействие красным лазером с длиной волны 680 нм приводит к конформационным изменениям молекул гормонов тестостерона и эстрадиола. После облучения раствора эстрадиола лазером в течении 5 мин спектрофотометрически регистрировалось появление новых пиков на спектрограмме в районе длин волн 218 нм, 222 нм и 281 нм.

ЭСТРАДИОЛ ВА ТЕСТОСТЕРОН ГОРМОНЛАРИНИНГ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРЛИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ, ЎСМАГА ҚАРШИ ЭФФЕКТИВ ДАВОЛАШ МЕХАНИЗМЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Мусаева Ш.Н., Гильдиева М.С.

РИОваРИАТМ

Мақсад: стероид гормонлар ва фотодинамик лазер таъсири орқали ўсма хужайраларини пролиферациясини ингибирлаш.

Материал и услублар. 20-22 гр вазндаги тажриба зотсиз оқ сичқонлари, ўсмага қарши фаоллик саркома 180 тажриба сичқон штаммаларида ўрганилди. Штамма барча қонун қоидаларга амал қилган ҳолда юктирилди. Фотодинамик терапия учун 680 нм тўлқин узунлигидаги 250 мВт кучланишдаги қизил лазер қурилмасидан фойдаланилди.

Натижалар. Тажриба ҳайвонларига саркома 180 ўсма штаммаси юктирилиб 48 соатдан сўнг 4 гуруҳга бўлинди. I гуруҳ ҳайвонлари 10 мг/кг миқдорда бир маротаба *per os* шаклида эстрадиол қабул қилдилар, 24 соатдан кейин қизил лазер нури билан радиация манбаидан 10 см узоқликда нурлантирилди. II-гуруҳ ҳайвонлари ҳам 10 мг/кг миқдорда бир маротаба *per os* шаклида эстрадиол билан биргаликда шу миқдорда тестостерон қабул қилиб, 24 соатдан кейин қизил лазер нури билан радиация манбаидан 10 см узоқликда нурлантирилди. III гуруҳ ҳайвонлари қизил лазер нури билан радиация манбаидан 10 см узоқликда нурлантирилди. IV гуруҳ назорат гуруҳи бўлиб, ҳайвонлар физиологик эритма қабул қилдилар. Натижага кўра II гуруҳ ҳайвонларида, яъни 10 мг/кг миқдорда бир маротаба *per os* шаклида эстрадиол билан биргаликда 10 мг/кг миқдорда тестостерон инекция шаклида юборилганда ўсма хужайраларининг ингибирланиши назорат гуруҳларига нисбатан 75% ни ташкил этди. Саркома 180 ўсма хужайраларини 680 нм тўлқин узунлигидаги лазер қурилмаси билан гормонларнсиз нурлантирилганда (III гуруҳ), ўсма хужайраларининг ингибирланиши статик ишончли бўлмади. 10 мг/кг миқдорда бир маротаба *per os* шаклида эстрадиол қабул қилган ва лазер нури билан нурлантирилган гуруҳимизда (I гуруҳ) ҳам ўсманинг ингибирланишига статик жихатдан ишончли терапевтик таъсир кўрсатмади.

Хулоса. Муҳим терапевтик таъсирни ҳисобга олган ҳолда, бир маротаба эстрадиол препаратини тестостерон билан биргаликда лазер қурилмаси ёрдамида фотодинамик таъсир эттириш юқори эффектив натижани кўрсатганлигини хулоса қилишимиз мумкин.

КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМЫ И ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ И НЕВЫСОКИМ РИСКОМ РАННЕЙ СМЕРТИ ОТ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Нематов Ж.Б., Рахимов Б.А.

Бухарский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Сопоставление клинических симптомов и факторов риска у больных с высоким и невысоким риском ранней смерти от тромбоэмболии легочной артерии после обширных онкологических операций.

Материалы и методы исследования. Проанализировано течение заболевания у 13 пациента с ТЭЛА после обширных онкологических операций. Возраст колебался от 23 до 75 лет, средний возраст составил $48,3 \pm 8,1$ лет. Женщин было 6 (46,1%), мужчин 7 (53,9%) человек.

Результаты исследования. В результате закономерно установлено, что у больных высокого риска смерти достоверно чаще диагностировали шок или гипотонию с уровнем систолического артериального давления менее 90 мм рт. ст. Однако, этот показатель является критерием отбора тяжелых пациентов в эту группу, что делает невозможным оценку его значимости при сравнении. Нами установлено, что немалая часть пациентов, особенно умеренно-высокого риска ранней смерти, госпитализированных позднее первых суток заболевания, отмечали в анамнезе эпизоды слабости, головокружения, пре- и синкопального состояния, что могло быть обусловлено гипотонией, с последующей стабилизацией гемодинамических показателей.

Таким образом, если бы эти пациенты были госпитализированы в первые сутки заболевания, то вероятнее всего они были бы отнесены в группу высокого риска смерти. Это суждение косвенно подтверждается отсутствием статистически значимой разницы между группами высокого и умеренно-высокого рисков ТЭЛА ассоциированной смерти по такому симптому как наличие синкопального или пресинкопального состояния ($p=0,54$).

При анализе распространенности симптомов дыхательной недостаточности в сравниваемых группах, а именно наличие у больного тахипное более 20 раз в мин, гипоксемии с сатурацией менее 90%, статистически значимых различий между группами высокого и умеренного риска установлено не было ($p>0,05$), а при проведении корреляционного анализа была установлена умеренная корреляционная зависимость в группе высокого ($r=0,35$ и $r=0,34$ соответственно) и умеренно-высокого риска смерти ($r=0,42$ и $r=0,35$ соответственно).

Вывод. Таким образом, ни один из факторов риска не влияет ни на объем поражения сосудистого русла легких при ТЭЛА, ни на тяжесть состояния больного с этим заболеванием. Это суждение подтверждается результатами корреляционного анализа, при котором установлена только слабая корреляционная зависимость между всеми факторами риска и наличием ТЭЛА высокого и невысокого рисков смерти ($r<0,3$).

КОРРЕКЦИЯ ИММУНИТЕТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Очилов Х.Х., Рахимов Б.А.

Бухарский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Изучить эффекта иммунокоррекции с различными опухолями лёгких, желудка, кишечника, печени, простаты.

Материалы и методы исследования. Во всех случаях диагноз был установлен на основании клинических, рентгенологических и эндоскопических данных и подтвержден результатами гистологического исследования. Средний возраст больных составил 64 года. Обследуемый контингент был разделен на 4 группы: 1-я - пациенты, получавшие только хирургическое лечение; 2-я - больные с оперативным вмешательством, дополненным последующим курсом химиотерапии; 3-я - пациенты с сочетанием оперативного лечения с адъювантным курсом иммунокорректирующей терапии; 4-я - больные с комбинированным лечением - операция, химиотерапия, иммунотерапия.

Результаты исследования. Для коррекции функционирования иммунной системы использовались иммуномодуляторы - ронколейкин, виферон, реаферон. Исследованы следующие параметры иммунологического статуса, отражающие состояние факторов клеточного и гуморального иммунитета: определение абсолютного количества лимфоцитов, моноцитов, лейкоформулы, субпопуляций Т - и В - лимфоцитов, Т - хелперов и Т - цитотоксических лимфоцитов, хелперно - супрессорного соотношения, а также иммуноглобулинов М, G, А в сыворотке крови и функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов. Практически у всех наблюдавшихся больных отмечена исходная иммунодепрессия вследствие прогрессирования опухоли. Наблюдали лимфопению, достоверное снижение уровня Т - хелперов, увеличение Т - цитотоксических лимфоцитов, понижение иммунорегуляторного индекса. Уровень В - лимфоцитов имел тенденцию к снижению. Отмечено достоверное повышение в исходном состоянии уровней иммуноглобулинов G, А, в то время как концентрация иммуноглобулина М оставалась в пределах нормы. В послеоперационном периоде иммунодепрессия усугублялась. Одновременно происходило некоторое понижение концентрации IgA и IgG. Проведение курса иммунотерапии существенно изменило картину иммунограмм больных. В группе больных, получавших послеоперационный курс химиотерапии, отмечено существенное снижение уровня Т - лимфоцитов и тенденция к В - лимфопении.

Вывод. Используемые препараты (ронколейкин, виферон, реаферон) обладают противоопухолевым действием: восстанавливают функциональную активность Т-лимфоцитов,

подавленную продуктами метаболизма опухолевых клеток, проявляют иммунокоррегирующий и иммуностимулирующий эффекты. Иммунокоррекция позволяет снизить количество осложнений, связанных с послеоперационной иммунодепрессией и химиотерапией.

ОНКОГИНЕКОЛОГИК ОПЕРАЦИЯЛАРДА СПИНАЛ АНЕСТЕЗИЯНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Саматов Б.А.

РИОваРИАТМ Наманган филиали

Максад. Онкогинекологик операцияларда спинал ва умумий оғриқсизлантириш натижаларини қиёсий таққослаш.

Материал. Филиалда даволанган 224та онкогинекологик операцияларда спинал ва умумий анестезия қўлланилиб, беморларни 2 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳ беморларга (52та) стандарт бўйича премедикациядан сўнг умумий оғриқсизлантириш анестезияси берилди. 2-гуруҳдаги беморларга (172та) эса премедикациядан сўнг спинал анестезия усули қўлланилди. Бунда маҳаллий анестетикдан бупивакаин 0,5%-изобарик эритмаси (0,25-0,3мг/кг) юборилди. Маҳаллий анестетик таркибига адьювант сифатида операциядан кейинги оғриқларни пасайтириш учун наркотик анальгетиклардан морфин гидрохлорид 1%-3-5мкг/кг қўшилди (оғриқсизлантириш 72 соатгача).

Натижа. 1-гуруҳ беморларида амалиётдан кейинги даврда кучли оғриқлар пайдо бўлиши ВАШ шкаласи билан белгиланганда 6-7 баллни, беморларда амалиётдан кейинги даврда эрта активлаштириш қийин кечди, уларда амалиётдан кейинги даврда ичаклар парези кўпроқ кузатилди. 2-гуруҳдаги беморларда ВАШ шкаласи 1-2 баллни ташкил этди, беморларда эрта активизация енгил ва ичакларда парез 1-гуруҳга нисбатан кам кузатилди.

Хулоса: онкогинекологик амалиётларда спинал анестезияни қўлланилиши беморларда амалиётдан кейинги даврда оғриқ синдромини енгил бўлиши, эрта активлашиши, ичак парезларини нисбатан камроқ бўлиши, беморларда орал гидротацияни сақланиши ҳисобига сув-электролит дисбалансини камайишига олиб келади.

ФИТОТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ

Тилляшайхов М.Н., Юсупов Ш.Х., Тилляшайхова Р.М., Суллетбаев Н.Б.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Изучение клинико-фармакологического подхода к фитотерапии при онкологических заболеваниях.

Материалы и методы. Проводился анализ литературных данных по теме. Эффект фитотерапии обусловлен так называемыми действующими веществами, обладающими физиологической активностью. Их называют фитохимическими или фармакологически активными фитопрепаратами. Достаточно много информации относительно того, как лечить и предупредить множество болезней, включая раковые заболевания, при помощи простых, доступных, а также при помощи лекарственных растений, целительные возможности которых известны с давних времен. К ним относятся: чернушка посевная, настой кипрея, Силимарин на основе расторопши, имбирь, экстракт шалфея, корень солодки, листья артишока, ресвератрол винограда, березовая чага и др. Особенностью является их способность сдерживать рост злокачественных и доброкачественных новообразований, уничтожать зараженные клетки. Фитопрепараты обладают следующими преимуществами:

- низкая токсичность при достаточно высокой эффективности;
- широкий спектр терапевтического действия;
- комплексный органопротекторный эффект;
- минимальное количество побочных эффектов;
- относительная дешевизна по сравнению с синтетическими препаратами;
- возможность приготовления в домашних условиях.

Натуральные продукты растительного и другого природного происхождения являются отличным ресурсом для разработки альтернативных препаратов, в том числе и таргетной терапии. Целевые лекарственные средства, для воздействия на опухолевые белки, составляют основу таргетной медицины.

Вывод. Фитотерапия обладают низкой токсичностью при достаточно высокой эффективности, комплексный органопротекторный эффект, минимум побочных эффектов, относительная дешевизна по сравнению с синтетическими препаратами, возможность приготовления в домашних условиях. Фитотерапию следует применять как вспомогательный метод, повышающий эффективность и безопасность фармакотерапии и других методов лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБРАЗЦОВ ТКАНИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ И ОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н., Шомансурова Н.С., Гильдиева М.С.

РСНПМЦОиР

Целью исследования было раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний молочных желез.

Материал и методы. Для исследования тканей молочной железы была полученная при проведении процедуры терпан – биопсии. Диагностический этап обследования включал в себя проведение стандартного объема клинико-инструментальных методов исследования больных, гистологическое и иммуногистохимическое исследование опухолевой ткани молочной железы.

Результаты. В гистологических характеристиках материала пациенток с различными формами предопухолевых и опухолевых состояний молочных желез наблюдались специфические особенности. Фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ) узловая форма характеризовалась резко увеличенными правильно сформированными железистыми дольками. Внутрипротоковые пролифераты имели различную величину сосочков, криброзных структур и также солидных полей. В тканях, где наблюдали солидные поля, встречались клетки подверженные митозу, также в этих клетках и ядрах наблюдали умеренный полиморфизм. Гистологические препараты пациенток с диагнозом фиброаденомы, характеризовались разрастанием внутри дольковой соединительной ткани, чаще эти разрастания встречаются вокруг неизмененных протоков молочной железы. Эпителиальный компонент при периканкулярной фиброаденоме определяется в виде структур с умеренно выраженным клеточным и ядерным полиморфизмом. Строма характеризуется повышенным содержанием клеточных элементов с овальными и веретенообразными ядрами. При фиброаденомах отсутствуют кистозные образования, тканевый и клеточный атипизм, а также патологические митозы. У пациенток с диагнозом карцинома *in situ* на микропрепаратах просветы альвеол в опухолевой ткани были заполнены мономорфными крупными клетками. Фигуры митоза, некроз и угревидные структуры встречались часто.

Выводы. Можно предложить использовать наличие кист и микрокальцинатов, клеточный и ядерный атипизмы, а также патологические митозы, как гистологические критерии для ранней диагностики C-r *in situ*.

СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ IN VITRO ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИСТОЧНИКА СВЕТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИБРОВОЛОКОННОЙ ОПТИКИ И ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРА

Тилляшайхова Р.М., Адилходжаев А.А., Гильдиева М.С., Бойко Е.В., Мусаева Ш.Н.

РСНПМЦОиР

Фотодинамическая терапия (ФДТ) является одним из перспективных и развивающихся методов лечения различных опухолевых заболеваний.

Цель. Определение режима воздействия, при котором инициируется наилучший фотодинамический эффект.

Материал и методы. Исследование проводилось в РСНПМЦОиР. Материалом служили периферическая кровь здоровых добровольцев, клетки асцитной опухоли Эрлиха и клетки опухоли мочевого пузыря. Фотосенсибилизатор- 10% раствор 5-аминолевулиновая кислота. В качестве излучателя использован лазерный излучатель мощностью 250мВт со спектром излучения 600-650нм.

Для учета цитотоксического действия, обработанные клетки наносили в толстой капле на предметное стекло, окрашивали равным объемом 0,1 % раствора трипанового синего, с помощью световой микроскопии под увеличением в 400 раз подсчитывали количество окрашенных (погибших) клеток.

Результаты. Анализ полученных результатов после воздействия лазерного облучения в сочетании с фотосенсибилизатором показал наличие высокой цитотоксической активности. На культуре лимфоцитов добровольцев цитотоксическое действие было 56%, на клетках асцитной опухоли Эрлиха наблюдалось цитотоксическое действие до 62%. У больных раком мочевого пузыря гибель опухолевых клеток была 95,5% и 92,0%.

Выводы. Созданы модели *in vitro* с использованием культуры лимфоцитов, клеток экспериментальной опухоли и опухолевых клеток мочевого пузыря для изучения воздействия на них лазерных технологий.

ДИКЛОФЕНАК ПРЕПАРАТИНИНГ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИН ҚЎЛЛАНИЛИШНИНГ КЛИНИК АҲАМИЯТИ

Фазлиддинов С.З, Саломов М.С.

РИОваРИАТМ Сурхондарё филиали

Мақсад: РИО ва РИАТМ Сурхондарё филиалида эрта жаррохлик амалиётидан кейин адекват оғриқсизлантириш мақсадида диклофенак 2,5% - 3 мл қўллашнинг клиник моҳиятини ўрганиш хисобланади.

Материал: жаррохлик амалиётидан кейин реанимация бўлимида диклофенак 2,5 % - 3 мл ишлатилди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди. Беморлар 15-64 ёшгача, эркаклар 22 та, аёллар 65та. Оғриқсизлантиришда жаррохлик амалиётидан кейин 10 дақиқа ичида диклофенак периферик ва марказий оғриқсизлантириш мақсадида қўлланилди. $p=45$, $p_2=42$. Худди шундай патология ва жаррохлик амалиётлари билан стандарт ва марказий наркотик аналгетиклар билан олиб борилди. Жаррохлик амалиётлари даври ўртача 45-120 мин оралиғида бўлди. Беморларнинг умумий вазни 45-110 килограмм ўртача $70 \pm 2,5$. Оғриқ синдромларини текшириш учун визуал аналог шкаласи (ВАШ) остида текширилди. Оғриқ йўқ. Жаррохлик амалиётидан кейин оғриқсизлантириш адекват ва сифатли эканлигини беморнинг тинч ётишига қараб ва йўталганда кучсиз оғриқ бўлишига қараб белгиланди. Жаррохлик амалиётлари ва ундан сўнг марказий қон айланиш кўрсаткичлари текширилди. Артериал босим, томир уриши PsO_2 ва диурез назорат қилиб борилди.

Натижалар: кузатишлар давомида диклофенак препарати билан биргаликда марказий аналгетиклар 12%га кам ишлатилди ва гемодинамик ўзгаришлар кузатилмади.

Хулоса: жаррохлик амалиётлари ва наркоздан сўнг беморлар асосий гуруппага нисбатан узларини тезроқ тиклаб олишди, ўртача 3-4 соатдан кейин эрта актив холати кузатилди.

ВЛИЯНИЕ НА ИММУНИТЕТ НОВОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ПРЕПАРАТА КОЛХАМЕТИН (К-2)

Юлдашев Ж.А., Ибрагимов Ш.Н., Еникеева З.М., Хасанова Д., Умаров М.,

Мирахмедова Н.Н., Залялиева М.В.

РСНПМЦОиР

Вещество К-2, названное колхаметином, обладает высокой активностью *in vitro* на панели опухолей человека в Национальном институте рака США (NCI) и *in vivo* на ряде опухолей крыс и мышей, что позволяет предложить новый препарат для клинических испытаний.

Необходимо было изучить его влияния на иммунологические реакции организма, так как практически все противоопухолевые препараты, оказывают заметное иммуносупрессивное действие

Целью настоящей работы было изучение влияния на иммунитет нового противоопухолевого препарата колхаметин (К-2) после лечения им мышей с Саркомой 180.

Методы. Изучение выполнено на беспородных мышах с перевиваемыми опухолями. Препарат вводили мышам на 10 и 13 день после перевивки опухоли 5 и 10-кратно в/б в терапевтической дозе, изучения показателей иммунного статуса в системе *in vivo* проводили в циркулирующей крови и селезенке в день забоя согласно методическим рекомендациям Института иммунологии РФ и Института Иммунологии АН РУз (Залялиева М.В., Прохорова Р.С. 1999).

Результаты. После 10-кратного введения препарат К-2 вызывает ингибицию таких рецепторов: CD3⁺-лимфоцитов на 23%, CD4 и CD8 (хелперы, цитотоксические Т-лимфоциты) на 27 и 36%, CD16 (естественные киллерные клетки) на 39% и CD95 (рецепторы апоптоза) на 29% ($p < 0,05$). Эти результаты позволяют сделать вывод, что применение К-2 при 10-кратном применении вызывает подавления Т- и В-клеточного звена иммунитета. При 5-кратном введении препарата К-2 снижение CD3⁺-лимфоцитов в сравнении с контролем было 8%, CD4 – на 6% и CD8-на 9% меньше, но разница CD16 была на 6 % больше и уровень CD95 был на 35,2% выше, чем в контроле.

Выводы. Применение К-2 5-кратно вызывает менее выраженное подавление Т- и В-клеточного звена иммунитета, чем при 10-кратном введении, это послужило одним из оснований применять для клинических испытаний 5-кратное применение

ПРИНЦИПЫ НУТРИТИВНОГО ПИТАНИЯ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Шаханова Ш.Ш., Пирмаматов С.М., Абдурашидов Д.У.

СамМИ, СФ РНПМЦО и Р

Аннотация. Известно, что в период повышенных нагрузок и тяжелых заболеваний организм человека нуждается в дополнительной нутритивной поддержке. По данным Института питания, на госпитальном этапе лечения у больных выявляются выраженные нарушения статуса питания, в 20% случаев трактуемые как недоедание и истощение. В онкологии, особенно детской, проблема нарушения питания стоит наиболее остро, что определяется влиянием на организм опухолевого процесса и агрессивным воздействием современных методов лечения.

Материалы и методы. В результате хирургического вмешательства у детей нарушаются процессы пищеварения и всасывания. Нормальная работа желудочно-кишечного тракта после обширных хирургических вмешательств и химио-лучевой терапии у детей нарушается сильнее, чем у взрослых, приводя к снижению переваривающей способности, абсорбции и метаболизма вводимых нутриентов. Для организации энтерального питания необходимо знать основные патофизиологические изменения, происходящие в послеоперационном периоде.

Обсуждение. Перед лечащим врачом появляется проблема обеспечения ребенка всеми необходимыми питательными веществами с учетом происходящих в организме морфофункциональных и метаболических нарушений. В онкологии, особенно детской, проблема нарушения питания стоит наиболее остро, что определяется влиянием на организм опухолевого процесса и агрессивным воздействием современных методов лечения. Многочисленные отечественные и зарубежные исследования утверждают, что устранение питательной недостаточности существенно улучшает исходы лечения различной категории больных и пострадавших, снижает частоту и тяжесть послеоперационных осложнений и летальность, значительно сокращает сроки пребывания в стационаре и период реабилитации, повышает качество жизни больных с хроническими заболеваниями, уменьшает в 2 раза стоимость лечебно-диагностического процесса и на 15–30% — расход дорогостоящих препаратов. Нарушения питания этих больных сопровождаются серьезными изменениями

иммунного статуса. Риск развития питательной недостаточности значительно возрастает (50–80%) у больных, страдающих злокачественными опухолями.

Вывод. Прогресс фармакологического и иммунного питания, выражающийся в изготовлении, распространении и широком применении питательных смесей, наделенных не только адекватной калорийностью и основными нутриентами, но и сбалансированным спектром биологически активных субстратов, имеет для детской онкологии неоспоримое клиническое значение.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ В УСЛОВИЯХ КАШКАДАРЬНСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Шарипов А.Б., Абраев А.Х., Туланов Б.Т., Хамраев Б.Ж., Рахимов Ш.Ш., Салимов Э.Б., Мустафаев А.Б.

Кашкадарьинский филиал РСНПМЦОиР

Пандемия вируса COVID-19 абсолютно новый и очень масштабный вызов на систему здравоохранения и в том числе на борьбу с раком во всем мире, прямо или косвенно затрагивая все этапы оказания онкологической помощи. За это время мобилизации всей медицины страны, почти всех отраслях медицины наблюдался колоссальный дефицит ресурсов и ограничений на взаимоотношения пациент-врач. В связи с этим нашей целью явилось проанализировать течение онкологических заболеваний у больных в постковидном периоде, сравнить их с больными у которых в анамнезе отсутствовал COVID-19 и на основе этих данных выявить новые подходы ведения пациентов в условиях продолжающейся пандемии.

В исследование были включены в общей сложности 183 пациентов в возрасте от 25 до 70 лет проходившие комплексное обследование и лечение в условиях Кашкадарьинского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Кашкадарьинского филиала Республиканского Научного Центра Фтизиатрии и частной клиники г. Карши «BROS MED» с 2020 г. по 2022 г. Из них у 32 пациентов онкологическое заболевание было приобретено до начала пандемии, у 19 пациентов COVID-19 был выявлен во время обследования и лечения у 49 пациентов онкологический процесс был выявлен через 1-5 месяца после перенесения COVID-19, у 83 пациентов онкологический процесс был диагностирован через 6 и более месяцев после перенесения COVID-19. Из 183 проанализированных 41 пациента получали комплексное лечение по поводу рака груди, 58 пациентов проходили курсы химиотерапии по поводу различных видов лимфом, 2 пациентов лечились по поводу гепатоцеллюлярного рака, 11 пациентов с колоректальным раком, 5 пациентов с раком желудка, 9 пациентов с раком лёгких, 4 пациента с раком яичников, 24 пациента с раком тела и шейки матки, 1 пациент с рабдомиосаркомой, 19 пациентов с раком простаты, 7 пациентов с раком мочевого пузыря и 2 пациента с раком почек. Учитывая большое разнообразие и разброс клинических групп, нами был проведён ретроспективный анализ и корреляция данных больных и течения заболевания у больных с COVID-19 в анамнезе и без ковидного анамнеза.

Из проведённых исследований мы сделали выводы что COVID-19 в анамнезе прямо-пропорционально влиял на течение и исход почти во всех группах, сопутствовал прогрессированию заболевания, не смотря на проведение комплексной терапии, увеличивал срок обращения больных к специалистам и тем самым увеличивалось количество поздно-выявленных случаев онкологических заболеваний. Таким образом пациенты с перенесённым COVID-19 в анамнезе кроме стандартных критериев диагностики и лечения ещё и дополнительные и индивидуальные подходы в долгосрочной перспективе.

ВЫБОР СРЕДСТВ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА В ОНКОЛОГИИ

Шишло И.Ф., Красный С.А., Долгина Ю.Н.

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» Минздрава Республики Беларусь

Эмпирическая антибактериальная терапия (АБТ) послеоперационного перитонита (ПП) сопряжена с трудностями по преодолению резистентности микроорганизмов, в основном энтеробактерий, вырабатывающих β -лактамазы расширенного спектра (БЛРС).

Цель – дать общие рекомендации по выбору средств эмпирической терапии ПП энтеробактериальной этиологии у онкологических пациентов.

Материалы и методы. Изоляты условно-патогенных микроорганизмов, выделенные из внутрибрюшного экссудата, трахеобронхиального аспирата и крови от 230 пациентов (2007–2013 гг.) и трактованные как возбудители ПП и его осложнений.

Результаты. Среди грамотрицательных бактерий преобладали энтеробактерии – 71,2%. Большинство из них (59,2%) было представлено кишечной палочкой и клебсиеллой. Чувствительность *E. coli* к антибиотикам (110 изолятов): активность карбапенемов (имипенем, меропенем) 97,9–100%, пиперацillin/тазобактама 76,7%, амикацина 87,6%; активность цефалоспоринов (ЦС) III–IV поколений, фторхинолонов, иных аминогликозидов – не превышала 50%. Множественно-резистентных бактерий (МРБ) было 80%, продуцентов БЛРС – 39%, 2 (1,8%) карбапенем-резистентные (Кар-Р) изолята.

Чувствительность *K. pneumoniae* (59 изолятов): активность карбапенемов 92,3–95,6%, амикацина 58,2%; активность других антибиотиков не превышала 31%. Продуцентов БЛРС – 70%, Кар-Р клебсиелл – 6,8% (4 изолята). МРБ среди изолятов *K. pneumoniae* 86,4%, что выше ($p < 0,001$), чем среди *E. coli*. В когорте из 157 пациентов с ПП энтеробактериальной этиологии Кар-Р изоляты выделены у 10 человек – 6,4%, из них: *K. pneumoniae* – 4, *E. coli* и *E. cloacae* – по 2, *M. morganii* и *K. oxytoca* – по 1.

Вывод. Высокая доля продуцентов БЛРС (39% и 70%) и МРБ (80% и 86,4%) среди основных грамотрицательных возбудителей (*E. coli* и *K. pneumoniae*) ПП и экстраабдоминальных осложнений (пневмонии, бактериемии) не позволяет считать ЦС III–IV поколений надежными средствами эмпирической АБТ. На адекватность АБТ в режиме эмпирического лечения ПП энтеробактериальной этиологии можно рассчитывать от применения карбапенемов: Кар-Р изоляты бактерий выделены лишь у 6,4% пациентов.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Шишло И.Ф., Красный С.А., Долгина Ю.Н.

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» Минздрава Республики Беларусь

Вторичная нозокомиальная пневмония (НП) ухудшает исход послеоперационного перитонита (ПП). В этом контексте проведен анализ антибактериальной терапии (АБТ) легочной инфекции у онкологических пациентов с ПП.

Цель – определить возможности коррекции АБТ пневмонии у онкологических пациентов с ПП для улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. Качество АБТ пневмонии оценено у 68 пациентов ПП с бактериологически верифицированной легочной инфекцией. Критерием НП считалось выделение возбудителя из нижних дыхательных путей и/или крови в титре $>10^4$ КОЕ/мл. Анализ АБТ пневмонии рассмотрен в зависимости от вида приоритетного возбудителя. Применялись карбапенемы, цефалоспорины III–IV поколений, фторхинолоны и амикацин.

Результаты. У 32 (47,1%) пациентов терапия НП расценена как неадекватная. В целом при адекватной АБТ летальность – 33,3%, при неадекватной – 62,5% ($p = 0,016$). При НП энтеробактериальной этиологии все летальные исходы ассоциировались с перитонитом, хотя

и не во всех случаях АБТ была адекватной. В сравнении с энтеробактериальной НП чаще наблюдалась неадекватная АБТ пневмонии, вызванной ацинетобактером (63%; $p=0,005$) и стафилококком (83,3%; $p=0,01$). В итоге, из-за неадекватной АБТ пневмонии псевдомонадной, ацинетобактериальной и стафилококковой этиологии атрибутивная летальность составила 5,9%, 16,4% и 31,4% соответственно или 11,8% на всю когорту пациентов. Причина неадекватной АБТ в отношении лёгочной инфекции, вызванной неферментирующими бактериями (НФБ), особенно ацинетобактером – множественная лекарственная устойчивость бактерий и как результат летальность – 51,9%. Во всех случаях летального исхода ПП при вторичной НП стафилококковой этиологии АБТ легочной инфекции оказалась неадекватной из-за неперекрываемых MRSA и MRSE (летальность 66,7%).

Вывод. Неадекватная АБТ вторичной пневмонии ухудшает исход ПП, увеличивая летальность на 11,8%. Основная причина – резистентные легочные патогены такие, как НФБ и MRSA. Необходима коррекция АБТ по результатам бактериологических данных. При выделении оксациллин-резистентных стафилококков в качестве возбудителей пневмонии следует включить активное антимикробное средство против MRSA.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ОНКОЛОГИК ХИЗМАТИ ТИЗИМИДА ПАЛЛИАТИВ ДАВОЛАШ

Гафуров Р.Ш.

РИОваРИАТМ Хоразм филиали

Мақсад. Хоразм вилоятида онкологик беморларга паллиатив ёрдам ҳолатини ўрганиш хисобланади.

Материал ва усуллар. Хонқа туманида жойлашган регионлараро хоспис 50 стационар ўринга эга. Хоспис ходимлари беморларга симптоматик даво ва оғриқсизлантирувчи терапияни ўтказишади. Хосписда ўсмага қарши махсус паллиатив даво ўтказилмайди.

РИОваРИАТМ Хоразм филиалида 10 ўринли «Паллиатив ёрдам бўлими» бор ва IV клиник гуруҳдаги онкологик беморларга паллиатив даво ўтказилади. Бундай беморлар 14,7% (717 бемор) ни ташкил қилади. Бу беморларга махсус ўсмага қарши паллиатив даволаш ўтказилади.

Натижа. Паллиатив даволашнинг ҳар хил моделлари ишини таҳлилини шуни кўрсатадики, қаердаки клиник ёндашиш ва шифокор ишига эътибор бўлса, самара шунчалик юқори бўлади. Ҳа, бемор даволашдан ўтиб кетган, биров биз унинг ҳолатини енгиллаштириш учун барча чораларни кўришимиз керак, фақат парвариш ва кузатув билан чекланмасдан, барча даволаш усулларида фойдаланишимиз шарт. Асосий муаммо-қадрлар муаммоси. Бу масалада айниқса хосписда аҳвол оғир, негаки 50 ўринга 1 шифокор ставкаси бор.

Хулоса. Шундан кўриниб турибдики, паллиатив даволашни ривожлантириш масаласи долзарб хисобланади. Малакали тиббиёт ходимларини жалб қилган ҳолда тиббий-психологик таъминот билан бирга шифокорлик ва умумтиббий ўринларни кўпайтириш орқали комплекс ёндошишни тақоза қилади. Беморларга ёрдам кўрсатишда диний соҳа вакиллари ва кенг жамоатчиликни жалб қилиш зарур. Клиник қисмида нафақат ҳамшира қила оладиган ишлар, балки фаол махсус даволашни ҳам кўшиш керак. Юқоридагиларнинг барчасига амал қилган ҳолдагина биз юқори натижаларга эришишимиз мумкин.

РАЗДЕЛ 8.

ХИМИОТЕРАПИЯ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СХЕМЫ РИТУКСИМАБ+ABVD В ОТЛИЧИИ ОТ СТАНДАРТНОЙ СХЕМЫ ABVD ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА СМЕШАННО КЛЕТОЧНОГО ТИПА

Алмурадова Д.М., Исмоилов Ж.Х., Юсупов А.А., Қарлибаев А.О.

Ташкентская медицинская академия. Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Лимфома Ходжкина развивается как локальная трансформация клеток В-клеточной природы, приводящая к появлению патогномичных двухъядерных клеток Рид-Березовского-Штернберга. Самое главное в том, что в некоторых случаях эти клетки экспрессируют на клеточной поверхности специальные белки, рецепторы CD20 которые являются стимуляторами пролиферации клеток так самих В-лимфоцитов, так и клеток микроокружения В-лимфоцитов. Стоит учесть то что лимфома Ходжкина одна из не многих опухолевых заболеваний в которых численность клеток микроокружения в значительной степени больше чем самих опухолевых клеток. Этот белок послужил нам мишенью при поражении болезни. Используя моноклональные антитела, такие как Ритуксимаб (Мабтера) мы можем на прямую поражать опухолевые клетки и клетками его микроокружения тем самым уменьшая размер опухоли. Ритуксимаб связывается с антигеном CD20 на В-лимфоцитах и инициирует иммунологические реакции, опосредующие лизис В-клеток. Возможные механизмы клеточного лизиса включают комплемент-зависимую цитотоксичность, антитело-зависимую клеточную цитотоксичность и индукцию апоптоза.

Цель. Анализ непосредственной эффективности разных схем полихимиотерапии в лечении пациентов с лимфомой Ходжкина.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ были включены 66 пациентов наблюдавшихся в Ташкентском городском филиале РСНПМЦОиР МЗ РУз, в отделениях химиотерапии. Всем пациентам проведено определение экспрессии антиген CD20 в опухолевых клетках с использованием метода иммуногистохимического анализа, 22 из которых имели смешанно клеточный тип, в котором экспрессируется антиген CD20. Позитивная экспрессия наблюдалась у всех 22 (33,3%) исследуемых со смешанно клеточным типом. По уровню экспрессии антигена CD20 выделены следующие группы: отрицательная и позитивная экспрессия в опухолевых клетках. Далее эта группа разделилась на две группы: группа принимавшая полихимиотерапию с Ритуксимабом+ABVD (10 пациентов – 45%). И вторая группа, которая получала стандартную схему полихимиотерапии ABVD (12 пациентов – 54%).

Результаты. Спустя 12 месяцев у пациентов было проведено контрольное ПЭТ исследование. У всех больных под воздействием химиотерапии наблюдался регресс процесса, но у 4 (33%) пациентов из группы стандартной полихимиотерапии схемой ABVD были обнаружены остаточные активные очаги опухолевого процесса. У группы принимавшая схему Ритуксимаб+ABVD терапию при ПЭТ исследовании остаточные активные очаги не были определены, что расценивалась как полная ремиссия.

Выводы. Результаты нашего исследования показывают, что включение в линию стандартной терапии моноклональных антител типа Ритуксимаб в значительной степени улучшает качество жизни что доказывает увеличенная общая выживаемость и увеличенная безрецидивная выживаемость. Полученные результаты могут свидетельствовать о потенциальной целесообразности развития персонализированного подхода в лечении лимфом Ходжкина, в том числе с использованием лечения с направленным воздействием на антигенные структуры опухолевых клеток.

МАРКИРОВКА ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ ДО ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ТАШКЕНТСКОГО ГОРОДСКОГО ФИЛИАЛА РСНПМЦОиР

Алиева Д.Р., Шоюсупов Н.Р., Мадалимов А.К.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. В программе комбинированного лечения с применением неоадъювантной химиотерапии в последние годы возможность выполнения органосохраняющих операций при раке молочной железе оценивается как одно из прогрессивных направлений развития современной онкомамологии.

Цель исследования. Маркировка первичной опухоли и качественная оценка статуса регионарных лимфатических узлов является непрерывной целью современного мультидисциплинарного подхода в терапии рака молочной железы.

Материалы и методы. Нами были обследованы 5 больных с диагнозом рак молочной железы T1-2N0-2M0. Все больные прошли клиническое обследование: УЗИ молочных желез, маммография, МРТ всего тела, ПЭТ/КТ. Данных за отдаленные метастазирования не было. У всех больных диагноз был верифицирован гистологическим анализом. У 4 больных был установлен люминальный тип опухоли, у 1 больной тройной негативный тип опухоли. Возраст больных варьировал от 31 до 47 лет. У 1 больной опухоль располагалась в верхне-внутреннем квадранте, у 2 больных на границе верхних квадрантов, у 1 больной в верхне-наружном квадранте, у 1 больной на границе нижних квадрантов. Всем 5 больным до начала неоадъювантной химиотерапии под контролем УЗИ и маммографии были установлены S образные титановые клипсы. Все больные получили 6-8 курсов лекарственной терапии, была произведена оценка эффекта от проведенной терапии с помощью УЗИ и маммографии. У 3 больных был полный клинико-рентгенологический ответ на проведенное лечение, у 1 больной по данным УЗИ имел фиброзный очаг в зоне установки клипсов; у 1 больной имелся 30% остаточной опухоли. Больные прошли предоперационную маркировку под контролем УЗИ и маммографии. 4 больным произведена операция радикальная резекция молочной железы с одномоментным замещением дефекта торако-дорзальным лоскутом с клипированием ложа опухоли, 1 больной произведена операция радикальная резекция молочной железы с клипированием ложа опухоли. Интраоперационно были изучены края резекции: все края интактные.

Выводы. Маркировка первичной опухоли перед проведением предоперационной лекарственной терапии является необходимой для эффективного контроля опухолевого очага и планирования дальнейшего хирургического этапа.

МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ. ВОЗМОЖНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ахмадалиева Н.М., Ахмадалиев Х.М., Абдуллаева М.М.

Андижанский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Рак шейки матки относится к числу тех опухолей, у которых возможности дополнительного использования химиотерапевтических препаратов весьма ограничены, в силу известной незначительной их эффективности при этой патологии.

Цель исследования. Оценить возможности неоадъювантной химиотерапии неоперабельного рака шейки матки.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 28 пациенток с верифицированным диагнозом рака шейки матки с Пв – IIIв стадией (FIGO). Средний возраст составил 39,6 года. Пациенткам проведено 2-3 неоадъювантных курса химиотерапии. Внутривенная ПХТ по схеме: цисплатин 75 мг/м² + 5-фторурацил 1250 мг/м² + циклофосфан 600 мг/м² 1 день, системная: цисплатин 75 мг/м² 1 день + гемзар 800-1000 мг/м² 1,8 день.

Результаты исследования. По данным ультразвукового метода исследования прослежена динамика изменения объемов опухоли шейки матки и инфильтратов параметриев. При Па стадии произошло уменьшение размеров опухоли шейки матки на 56,8%. При Пв стадии опухоль в шейке уменьшилась на 78,2%, а инфильтраты в параметриях на 58,1%. При Ш стадии объем опухоли шейки матки уменьшился на 60,2%, объем инфильтратов в параметриях на 72,4%. Эффективность терапии оценивалась согласно критериям ECOG. У 50,0% больных (в/а ПХТ) и у 27,8% (в/в ПХТ) отмечена частичная регрессия. Стабилизация процесса отмечена у 35,7% и 61,1% пациенток соответственно.

Вывод. Применение химиотерапии в неоадъювантном режиме при раке шейки матки позволяет добиться высокой непосредственной эффективности и провести хирургическое лечение при ранее не операбельном процессе у большинства больных.

ПРИМЕНЕНИЕ ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫХ СХЕМ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ

Зияев Ш.В., Абдуллаева Г.Д., Шодмонова Д.С., Дьякина Д.Р., Курбанкулов У.М.
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Оценить эффективность использования еженедельных схем полихимиотерапии у больных с различными метастазами и другие органы для устранения метастатических симптомов, а также повышения качества жизни и улучшения результатов лечения.

Материал и методы. В основу исследования лежит ретроспективный и проспективный анализ 45 больных, с гистологическим верифицированным диагнозом рака различных первичных локализаций с различными метастазами за период с 2017 по 2021гг. По данным РСНПМЦОиР у 3 (7,4%) больных при первичном обращении имелись отдалённые метастазы, как единичные, так и множественные. У 42 (92,6%) пациентов в прошлом получавшие комбинированное или комплексное лечение, в период клинической ремиссии произошла диссеминация процесса в виде метастазирования. Исходя из проводимого метода лечения, больные параллельно получали полихимиотерапии третьей линии.

Результаты исследования. При изучении продолжительности жизни исследуемых больных выявлено, что более одного года прожили 69,5%, 12–36 мес - 17,4%, 36 мес. и более - 13,1% соответственно.

Выводы. Применение еженедельных схем полихимиотерапии в паллиативном лечении больных с различными метастазами, увеличивает продолжительность жизни и уменьшает болевой синдром, что в свою очередь влияет на качество жизни и является эффективным методом паллиативного лечения данной категории больных.

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЦИТОПЕНИИ АССОЦИИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

Исроилова Ф.А., Туйджанова Х.Х., Камышов С.В., Хушвакова С.У., Имамов О.А.
РСНПМЦОиР

Одним из частых гематологических осложнений ассоциированной химиотерапией (а-ХТ) является тромбоцитопения, которая увеличивает риск развития геморрагических осложнений, повышает потребность в трансфузии тромбоцитов и ограничивает дозы химиопрепаратов, что может повлиять на результаты лечения. При тяжелой тромбоцитопении переливание тромбоцитарной массы является основным методом лечения, однако оно сопровождается рядом осложнений, таких как аллоиммунизация, присоединение вторичных инфекций, и прочее, вплоть до выявления поздних осложнений (отсроченных). За последние десятилетия прошли клинические испытания ряда тромбопоэтических цитокинов и факторов роста, которые продемонстрировали умеренную активность и значительную токсичность, с ограниченным терапевтическим индексом. На сегодняшний день проведено множество

клинических исследований по применению рекомбинантного тромбозина человека (рчТП) на протяжении от 3 до 5 дней, при котором отмечается положительный эффект до курса ХТ, так как его действие несколько отсрочено во времени и достигается пик к 12 дню. Отмечено заметное возрастание уровня тромбоцитов при использовании рчТП до начала ХТ в 4 раза, который остается повышенным в 2 раза по окончании ХТ, что объясняет возможный механизм ответа.

Цель исследования явилось подобрать эффективную схему назначения рчТП для ранней профилактики тромбоцитопении а-ХТ.

Материалы и методы: В 2022 году в исследовании участвовали 9 пациентов отделения 1-химиотерапии, которые получали схемы ПХТ- гемцитабин, препараты платины, таксаны, антрациклины. Пациентам до начала ХТ проведено 2 дозы через день подкожно и 1 доза спустя сутки после ХТ. Применялся рчТП каждые 2 цикла ХТ, всего было 3 курса введения, соответствующие 6 циклам ХТ. Результаты контролировались общим анализом крови.

Выводы: результаты продемонстрировали полное отсутствие тромбоцитопении на протяжении 6 циклов ХТ при раннем использовании рчТП, не дожидаясь начала развития осложнения.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНХРОННЫХ И МЕТАХРОННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Израильбекова К.Ш., Камышов С.В., Имамов О.А., Туйджанова Х.Х., Хушвактова С.У., Исроилова Ф.Х., Алимова С.С., Ниёзова Ш.Х., Кобиллов Р.Ж.

РСНПМЦОиР

С предрасположенностью к развитию рака молочной железы (РМЖ) связано присутствие у таких больных мутаций в генах BRCA1 или BRCA2. Однако, имеется недостаточно данных об уровне таких мутаций при первично-множественных злокачественных опухолях (ПМЗО) молочной железы.

Целью нашего исследования явилось изучение молекулярно-генетических особенностей синхронных и метакхронных злокачественных опухолей молочной железы.

Материалы и методы. Обследованы 38 больных РМЖ с II-III клиническими стадиями, из которых синхронные опухоли встречались у 12 (31,6%) пациенток, среди них синхронный рак второй молочной железы обнаруживался у 9 (75,0%) из них, а рак яичника (РЯ) – у 3 (25,0%). Метахронные опухоли в сроки от 6 месяцев и выше, обнаруживались у 26 (68,4%) пациенток, среди них метакхронный рак второй молочной железы – у 14 (53,8%), рак тела матки – у 7 (26,9%) и РЯ – у 5 (19,2%) больных. Изучение мутаций в генах BRCA1/2 осуществлялось с помощью секвенирования на платформе Illumina MiSeq в образцах опухолей из парафинированных гистологических блоков.

Результаты. В группе с синхронными опухолями герминальные и соматические варианты в генах BRCA1/2 встречались у 5 из 12 (41,7%), в группе с метакхронными – у 17 из 26 (65,4%). В контрольной группе из 54 больных РМЖ без ПМЗО число герминальных и соматических мутаций составило 2 из 15 (13,3%). Преимущественно встречались варианты с повышенной частотой в популяции 5382insC, 4154del4, C61G. Нами была изучена взаимосвязь между наличием у больных РМЖ ближайших родственников с онкологическими заболеваниями женской репродуктивной системы и мутациями в генах BRCA1/2. Было показано, что более наиболее часто онкологические заболевания у ближайших родственников встречались в группе пациенток РМЖ с метакхронными опухолями – в 70,6% случаев, тогда как в группе с синхронными опухолями – в 60,0% и в половине случаев в группе больных РМЖ без ПМЗО.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о большей встречаемости герминальных и соматических мутаций в генах BRCA1/2 у больных РМЖ с метакхронными опухолями в сравнении с группой с синхронными опухолями и больными без ПМЗО, а также свидетельствуют о наследственном характере предрасположенности к данной онкопатологии.

ИЗУЧЕНИЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН

Израильбекова К.Ш., Камышов С.В., Имамов О.А., Туйджанова Х.Х., Хушвактова С.У.,
Исроилова Ф.Х., Алимова С.С., Ниёзова Ш.Х., Кобиллов Р.Ж.

РСНПМЦОиР

В последние годы во всём мире отмечается увеличение частоты первично-множественных злокачественных опухолей (ПМЗО) репродуктивной системы женщин у женщин. При этом, среди факторов, влияющих на развитие ПМЗО, многие исследователи выделяют накопление наследственной отягощенности.

Целью нашего исследования было изучение наследственных факторов развития ПМЗО женской репродуктивной системы у больных раком молочной железы (РМЖ).

Материалы и методы. Обследованы 38 больных РМЖ с II-III клиническими стадиями, из которых синхронные опухоли встречались у 12 (31,6%) пациенток, среди них синхронный рак второй молочной железы обнаруживался у 9 (75,0%) из них, а рак яичника (РЯ) – у 3 (25,0%). Метахронные опухоли в сроки от 6 месяцев и выше, обнаруживались у 26 (68,4%) пациенток, среди них метахронный рак второй молочной железы – у 14 (53,8%), рак тела матки – у 7 (26,9%) и РЯ – у 5 (19,2%) больных. С помощью анкетирования выявляли наличие онкологических заболеваний среди близких прямых и не прямых родственников больных путём составления родословных и генеалогического анализа.

Результаты. Составление родословной сопровождали краткой записью о каждом члене семьи с точной характеристикой его родства по отношению к пробанду. На основании полученных результатов были составлены родословные, позволяющие с той или иной степенью достоверности заподозрить или отвергнуть наследственную патологию. Анализ родословных показал, что в 18 (47,4%) из 38 семей у сибсов и родителей пробандов – больных с ПМЗО, был диагностирован рак различных локализаций. В качестве контроля проводили анкетирование у 54 женщин, имевших РМЖ в анамнезе в последние 5 лет анамнезе, но без ПМЗО. В контрольной группе рак различных локализаций у сибсов и родителей больных РМЖ встречался в 15 (27,8%) из 54 семей.

Выводы. У больных РМЖ с ПМЗО женской репродуктивной системы наследственная отягощенность онкопатологии существенно выше, чем у пациенток без ПМЗО, в связи с чем целесообразно у впервые обратившихся больных проведение анкетирования с целью выявления наследственной онкопатологии и рисков развития у них ПМЗО.

НЕХОДЖКИНСКИЕ ЛИМФОМЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ЧЕЛОВЕКА

Исроилова Ф.А., Туйджанова Х.Х., Камышов С.В., Хушвакова С.У., Имамов О.А.

РСНПМЦОиР

По результатам многочисленных научных работ, выполненных на изучении культивировании клеток, свидетельствуют о вирусной теории развития злокачественных новообразований (ЗНО), а также вирусная инфекция может повлиять на клеточный цикл раковых клеток, их апоптоз, на устойчивость к лекарственной терапии. Этио-патогенетически роли некоторых вирусов в происхождении ЗНО прочно установлены, в частности герпесвирусных инфекций человека (ГВЧ) при Неходжкинских лимфомах (НХЛ). Герпесвирусы-это пантропные лимфопролиферативные, нейрпатогенные, системные иммунодепрессанты, с выраженным онкопатентциалом, тенденцией к хронизации процесса и латентному инфицированию клеток. В их семейство включены: 8 видов, разделенных на 3 группы, 1-группа вирус простого герпеса 1 и 2 типа (ВПГ 1,2), вирус ветряной оспы (ВВО), 2ая-цитомегаловирус (ЦМВ), вирус герпеса человека 6 и 7 типа (ВГЧ-6,7), 3 ья- вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) и ВГЧ 8 типа.

Целью исследования является изучение и выявления подтипов ГВЧ у больных НХЛ при помощи метода ПЦР (полимеразная цепная реакция) и иммуногистохимического (ИГХ) исследования для определения гистологического подтипа.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 27 пациентов в 2019-2021 гг: 18 женщин (67%) и 9 мужчин (33%). Для выявления ВПГ-1, 2, ЦМВ, ВЭБ и ВВО инфекций была использована ПЦР-диагностика.

Результаты. У 27 пациентов при помощи ИГХ исследования были выявлены гистологические подтипы НХЛ: у 19 (70,4%) диффузно В-крупноклеточная лимфома (ДБККЛ), у 7 (25,9%) лимфоцитарная лимфома и у 1 (3,7%) фолликулярная лимфома. Практически все пациенты с ДБККЛ имели вирусоположительный случай: у 9 (47,4%) - ВЭБ, у 5 (26,3%) - ВПГ 1,2 типы, у 3 (15,8%) - ЦМВ и у 2 (10,5% пациентов) - ВВО. У пациентов которых была высокая степень инфицированности (с ВЭБ) течение болезни было агрессивным и резистентным к лекарственной терапии.

Выводы. По данным исследования ГВЧ ассоциированные НХЛ выявлены во всех случаях, при этом имеется статистическое значимое увеличение частоты встречаемости их при ДБККЛ и чаще ассоциирован ВЭБ. Полученные нами данные свидетельствует о том, что ГВЧ может играть важную роль в этио-патогенезе НХЛ, выборе лечения и эффективности, а также прогноза.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ВЫБОРЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Камышов С.В., Ниёзова Ш.Х., Имамов О.А., Туйджанова Х.Х., Хушвактова С.У., Исроилова Ф.Х., Алимова С.С., Израильбекова К.Ш., Кобилов Р.Ж.
РСНПМЦОиР

В различных исследованиях показано, что эффект от назначения больным колоректальным раком (КРР) ингибитора EGFR цетуксимаба был преимущественно ограничен группой больных с диким типом генов KRAS и BRAF. В то же время, добавление бевацизумаба к стандартной полихимиотерапии (ПХТ) увеличивало продолжительность жизни как у пациентов с диким, так и с мутантным геном BRAF.

Целью нашего исследования было изучение эффективности таргетной терапии у больных метастатическим КРР с мутациями в генах KRAS и BRAF.

Материалы и методы. В исследование были включены 35 больных КРР с метастазами в печень, проходивших обследование и лечение в РСНПМЦОиР МЗ РУз в период с 2017 по 2021 гг. Мужчин было 18 (51,4%), женщин 17 (48,6%). Средний возраст больных составил 62,3±4,9 года. Больные были разделены на 3 группы: 1) 15 (42,9%) – получавшие схемы ПХТ XELOX/FOLFOX4; 2) 12 (34,3%) – получавшие схемы XELOX/FOLFOX4+бевацизумаб; 3) 8 (22,9%) – получавшие схемы XELOX/FOLFOX4+цетуксимаб. Изучение мутаций в генах KRAS и BRAF осуществлялось с помощью секвенирования на платформе Illumina MiSeq в образцах биопсии опухолей из парафинированных гистологических блоков.

Результаты. Мутации в гене KRAS (2-ой экзон, 12 и 13 кодоны) встречались у 15 (42,9%) больных, в гене BRAF (V600E) – у 4 (11%), у остальных встречался дикий тип исследованных генов. В 1 группу вошли 7 пациентов с мутантным типом KRAS и 8 – с диким типом, во 2-ю (с бевацизумабом) – 8 пациентов с мутантным типом KRAS и 4 – с мутантным типом BRAF и в 3 группу с цетуксимабом включили 8 больных с диким типом KRAS. Медиана общей выживаемости (95% ДИ) в 1-ой группе составила 7,3 (6,2-8,6), во 2-ой – 11,4 (10,5-12,4) и в 3-й – 9,6 (8,8-10,7) месяцев. Медиана времени до прогрессирования (95% ДИ) по этим группам составила 4,8 (4,1-6,4), 6,8 (5,3-8,7) и 5,6 (4,1-7,2) месяцев соответственно.

Выводы. В нашем исследовании включение таргетных препаратов в схемы традиционной ПХТ заметно улучшили эффективность лечения больных метастатическим КРР. Наилучшие

результаты показала схема лечения, включающая схемы XELOX/FOLFOX4 +бевацизумаб у больных с мутантным типом генов KRAS и BRAF.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Камышов С.В., Израильбекова К.Ш., Имамов О.А., Туйджанова Х.Х., Хушвактова С.У., Исроилова Ф.Х., Алимова С.С., Ниёзова Ш.Х., Кобилов Р.Ж.
РСНПМЦОиР

В последние годы в мире наблюдается роста числа встречаемости первично-множественных злокачественных опухолей (ПМЗО) у больных раком молочной железы (РМЖ), что делает актуальным поиск факторов, способствующих развитию вторых опухолей в целях их ранней диагностики и формирования групп риска.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-морфологических и молекулярно-генетических факторов развития ПМЗО у больных РМЖ.

Материалы и методы. Исследованы различные клинико-морфологические и молекулярно-генетические факторы у 38 больных РМЖ с II-III клиническими стадиями, из которых синхронные опухоли встречались у 12 (31,6%) пациенток, среди них синхронный рак второй молочной железы обнаруживался у 9 (75,0%) из них, а рак яичника (РЯ) – у 3 (25,0%). Метакхронные опухоли в сроки от 6 месяцев и выше, обнаруживались у 26 (68,4%) пациенток, среди них метакхронный рак второй молочной железы – у 14 (53,8%), рак тела матки – у 7 (26,9%) и РЯ – у 5 (19,2%) больных.

Результаты. К значимым факторам из всех, рассмотренных в наших исследованиях, которые могут повлиять на развитие метакхронных опухолей у больных РМЖ, были отнесены: гистологическая форма опухоли инфильтративный протоковый рак; наличие анеуплоидных клеток в опухоли молочной железы с потерей хромосомного материала и индексом ДНК в пределах митотического цикла; низкая степень дифференцировки опухоли; одновременное повышение уровня нескольких из следующих онкомаркеров СА-125, СА-15-3, СА-19-9, а также АФП и РЭА; наличие злокачественных опухолей женской репродуктивной системы у ближайших родственниц; наличие герминальных и соматических мутаций в генах BRCA1/2 с вариантами 5382insC, 4154del4, C61G.

Выводы. Полученные результаты позволяют уточнить частоту встречаемости и разнообразие метакхронных злокачественных опухолей при РМЖ с учетом возраста, стадии заболевания, времени выявления, гистологического строения и плоидности опухоли, а также уровня опухолевых маркеров. Это позволит в дальнейшем разработать комплекс диагностических мероприятий для выявления среди больных РМЖ групп риска развития метакхронных опухолей с целью их дальнейшего мониторинга.

РЕЗУЛЬТАТЫ АДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА III -IV СТАДИИ

Кобилов Р.Ж.¹, Кобилов О.Р.²

Сурхандарьинский областной филиал РСНПМЦОиР¹, ТМА²

Цель: изучить эффективность и адъювантной полихимиотерапии (АПХТ) препаратами Переносимость доцетаксел, цисплатин, 5-фторурацил, лейковорин у больных раком желудка III-IV стадии.

Материалы и методы. В исследование включено 35 больных (23 мужчин и 12 женщин) в возрасте 37-69 лет (средний возраст – 50,6 лет), ECOG 0-1. 16 больных имели IIIA стадию заболевания, 14 больных III B, 5 больных IV стадию. Все больные получали химиотерапию по схеме: доцетаксел 75 мг/м² и цисплатин - 75 мг/м² в/в в 1-й день, 5-фторурацил 375 мг/м² + лейковорин 20 мг/м² 1-3 дни.

Запланированное количество курсов 6 с интервалом 21 день, В полном объеме лечение завершено у 26 больных, 6 больных получили 4 курса, 3 пациента 3 курса.

Результаты. Максимальный срок наблюдения после завершения лечения составил 20 месяцев. 20 больных находились под наблюдением до 6 месяцев, 4 больных до 12 месяцев, 3 больных до 20 месяцев. В связи с прогрессированием процесса 4 больных IV стадии и 1 больной III В стадии в настоящее время получают ПХТ 2-й линии. Наиболее частым видом токсичности химиотерапии была гематологическая. Лейкопения зарегистрирована на 73% курсов. Нейтропения II-IV степени составила 24,5 %, в том числе фебрильная нейтропения 2,1%. Негематологическая токсичность I- II ст. проявлялась тошнотой/рвотой в 61%, диареей в 32,2%, повышением креатинина 6,7%. У 7-х больных к окончанию лечения зафиксирована периферическая полинейропатия. Все нежелательные явления были прогнозируемы, обратимы и не нарушали сроков лечения. Для купирования гастроинтестинальной токсичности использовали антифметики, пробиотики, проводили коррекцию водно-электролитного баланса. Витаминотрофика применялась целью нейротоксичности.

Выводы. Анализ результатов адъювантной ТХТ препаратами доцетаксел, цисплатин, 5-фторурацил у больных раком желудка II-IV стадии со статусом об эффективности свидетельствуют комбинации, приемлемом уровне что позволяет рекомендовать ее для с предупреждения ECOG 0-1 изучаемой токсичности, дальнейшего изучения.

КОМБИНИРОВАННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Мухамедаминов Ш.К., Гафур-Ахунов М.А., Юсупова Д.Б.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель. Оценить эффективность использования различных комбинаций химиопрепаратов при лечении метастатического колоректального рака.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 80 больных МКРР в период с 2010 года по 2020 г. Получавшие лечение в ТОФРСНПМЦОиР. Если рассматривать популяцию пациентов с неоперабельным метастатическим раком толстой кишки, то на первом этапе выбор терапии определялся функциональным статусом больного. При тяжелом состоянии пациента ECOG 3 -15 больным проводилась симптоматическая терапия; при состоянии средней степени тяжести ECOG 2- 30 больным XELOX+ бевацизумаб, монотерапию анти-EGFR моноклональными антителами получили 5 больных при отсутствии мутации в генах RAS, больные с ECOG статусом 0-1 их было 35 больных составили наиболее спорную в выборе терапии группу.

Результаты исследования показали, что при диком типе гена KRAS добавление цетуксимаба к химиотерапии в первой линии было эффективнее бевацизумаба только при локализации первичной опухоли в левых отделах толстой кишки: медиана продолжительности жизни составила 36 мес. против 31,4 мес. Тогда как при поражении опухолью правых отделов роль цетуксимаба была не столь выражена: 16,7 мес. против 24,2 мес. в группе с бевацизумабом. Не отмечено зависимости между чувствительностью опухоли к тому или иному режиму химиотерапии (FOLFOX или FOLFIRI) и локализацией первичной опухоли. Появление новых предикторных маркеров, новых препаратов и комбинаций, а также длительный срок жизни пациентов усложняют выбор не только режима для первой линии лечения, но и наилучшей для пациента последовательности химиотерапии и таргетных агентов.

Выводы. В настоящее время выбор первой линии в первую очередь определяется функциональным статусом пациента, целью терапии и мутационными характеристиками опухоли. Также появляется все больше данных об оптимальной последовательности таргетной терапии у больных с диким типом генов RAS.

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РЕГИОНАРНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ниёзова Ш.Х., Камышов С.В., Имамов О.А., Туйджанова Х.Х., Хушвактова С.У., Исроилова Ф.Х., Алимова С.С., Израильбекова К.Ш., Кобилов Р.Ж.

РСНПМЦОиР

Метастатический колоректальный рак (КРР) представляет существенную проблему в онкологии. В различных исследованиях было показано, что проведение регионарной эндоваскулярной химиотерапии у данной категории больных сопровождается значительно большей частотой положительных ответов на химиотерапию, что ведет к повышению резектабельности метастазов.

Целью нашего исследования было изучение эффективности регионарной эндоваскулярной химиотерапии в лечении метастатического КРР.

Материалы и методы. У 84 больных с метастатическим КРР, проходивших обследование и лечение в РСНПМЦОиР МЗ РУз в период с 2015 по 2021 гг., был изучен клинический эффект режимов FOLFOX4 и CAPOX, из них 35 (41,7%) пациентов получали эндоваскулярную полихимиотерапию (ПХТ). Критериями включения больных в исследование были возраст - 18 лет и старше и морфологически подтвержденный диагноз КРР с метастатическим поражением печени и других органов. У 51 (60,7%) больных чаще всего встречались множественные метастазы в различных органах, у 18 (21,4%) – солитарные и лишь у 15 (17,9%) пациентов – единичные. Мужчин было 46 (54,7%), женщин – 38 (45,2%). Средний возраст мужчин составил 57,2±0,2 лет, женщин 65,4±0,4 лет.

Результаты. Регионарную эндоартериальную ПХТ проводили путём катетеризации нижнебрыжеечной или внутренней подвздошной артерии по Сельдингеру. Препараты вводились со скоростью 1,0 мл/час в течение 72 часов. Из 49 (58,3%) пациентов с обычным режимом ПХТ, полная регрессия процесса отмечалась у 8 (16,3%) больных, частичная – у 20 (40,8%), стабилизация процесса – у 11 (22,4%) и у 10 (20,4%) выявилось прогрессирование болезни. Из 35 больных с эндоваскулярным введением химиопрепаратов, полная регрессия процесса наблюдалась у 6 (17,1%) больных, частичная – у 17 (48,6%), стабилизация процесса – у 9 (25,7%) и у 3 (8,6%) пациентов отмечалось прогрессирование заболевания. При этом сочетание локализации метастатического поражения КРР в различных органах, в значительной степени ухудшало результаты лечения.

Выводы. Полученные результаты показывают определённые преимущества регионарной эндоартериальной ПХТ, в результате которой проявлялась наибольшая частота объективного ответа в виде полной и частичной регрессии опухолевого процесса.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИНГ ТАРҚАЛГАН БОСҚИЧЛАРИДА ПАЛЛИАТИВ КИМЁ ВА БИФОСФОНАТ ТЕРАПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

Нурманов Ш.Н., Ходжиев Д.Ш., Сабиров Р.О., Эгамов И.М.

РИО ва РИАТМ Хоразм филиали

Текширув мақсади. Хоразм вилояти шароитида сут беzi саратони ўпка ва скелет суяклари метастатик зарарланишида паллиатив полихимиотерапия ва бифосфонаттерапия ўтказиш орқали яшовчанлик кўрсаткичларини яхшилаш хисобланади. Сут безининг тарқалган босқичларида фақат симптоматик муолажалар ўтказилганда уларнинг 1 йиллик яшовчанлиги 10% ташкил қилиши мумкин. Шу беморларга ўз вақтида паллиатив химиотерапия ўтказиш натижаси уларнинг 1 йиллик яшовчанлигини 35-40% га оширишга ёрдам беради. Беморларнинг 60% дан ортиғида сезиларли ижобий таъсир кўрсатади.

Материал ва методлар. Текширув объекти сифатида РИО ва РИАТМ Хоразм филиали паллиатив ёрдам бўлимида 2020-2021 йилларда даволанган 28 нафар беморлар назорат остида бўлдилар. Беморларнинг ўртача ёши 41-55 ёш бўлиб, улардан 9 нафарида иккала ўпкада ва скелет суякларда метастаз, 11 нафарида фақат скелет суякларда метастазлар аниқланган.

Натижалар. Беморларнинг 5 нафарида даволаниш давомида ўпкаларда ва скелет суякларда метастатик зараланиши аниқланган бўлиб, ушбу беморларда касаллик илк аниқланган даврда стандарт бўйича 6-8 курс ПХТ АС схемада ва антрациклин+таксан схемаларида ўтказилган бўлса, 7 нафарида рецидив ва ўпкаларда, скелет суякларда метастаз аниқланган. Беморларнинг 6 нафарида касаллик III- босқичда; 7 нафарида II- босқичда, 3 нафарида IV-босқичда ҳисобга олинган. Барча беморларда нафас етишмаслиги, оғриқлар каби клиник белгилар кузатилди. Ташхислаш МРТ, МСКТ текширувига асосланиб амалга оширилди. Барча беморларда 6-8 курс ПХТ таксан + платина + золодрон кислотаси схемасида ўтказилди. Химиотерапия курси хар 21 кундан такрорланди. Химиотерапия токсиклиги ва гематологик асоратлар баҳоланди ва коррекция қилинди. Даво эффективлиги хар 4 курс ПХТдан кейин кўкрак қафаси ва суяклар МРТ, МСКТ текшируви орқали баҳолаб борилди. Даводан кейинги даврда дастлабки 1-йилда хар 3 ойда, кейинги йилларда хар 6 ойда 1 марта кўкрак қафаси ва скелет суяклари МРТ, МСКТ текшируви ўтказилиб, умумий яшовчанлик кўрсаткичлари баҳоланди.

Хулоса. 4 курс ПХТдан кейин ўтказилган МРТ текшируви натижалари шуни кўрсатадики, 30% (n=6) беморларда қисман регрессия; 20,8% (n=5) беморларда стабилизация кузатилди. 4 курс ПХТдан кейин ушбу кўрсаткичлар 1% (n=1) ва 99% (n=10)ни ташкил қилди. 6 курс ПХТдан кейин 72,7% (n=8) беморда тўлиқ регрессия, 27,3% (n=3) беморда қисман регрессия кузатилди. 27,3% (n=3) беморларда 8-курс даводан сўнг тўлиқ ререссияга эришилди. Умумий яшовчанлик кўрсаткичи 18-20 ойни, рецидивсиз яшовчанлик кўрсаткичи 7 ойни ташкил қилди.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Отченаш С.В., Шмак А.И., Котов А.А., Ерзинкян Ф.В., Мартынов Е.П., Шишло И.Ф., Медведева А.С., Брашевец М.С.

РНПЦ онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь

Цель работы. Разработать и внедрить комбинированный метод лечения, включающий применение периоперационной химиотерапии в оригинальном режиме с целью повышения эффективности лечения пациентов, страдающих резектабельным раком поджелудочной железы (РПЖ), снижения риска рецидива опухолевого процесса.

Материалы и методы. В исследовании участвуют пациенты, страдающие резектабельным РПЖ. Исследование является рандомизированным. Пациенты распределяются в 2 группы – основную и контрольную (1:1). Пациентам в основной группе проводится периоперационная химиотерапия - 4 последовательных курса полихимиотерапии (ПХТ) по схемам: FOLFIRINOX; FOLFIRI; FOLFOX6; Gem + Cis /Carb с интервалом между курсами 14 дней. После окончания последнего курса ПХТ через 2-3 недели выполняется хирургическое лечение. В адъювантном режиме пациентам проводится 4 последовательных курса ПХТ по схемам: FOLFIRINOX; FOLFIRI; FOLFOX6; Gem + Cis/Carb. В настоящее время в исследование в основную группу включены 8 пациентов, которым проведена предоперационная химиотерапия. Проведена оценка токсичности ПХТ согласно критериям Common Terminology Criteria. Побочные явления зарегистрированы у 75% пациентов – токсические эффекты 1-2 степени. Наиболее часто развивалась гематологическая и гастроинтестинальная токсичность. Токсические эффекты 3 и 4 степени не наблюдались. Побочные эффекты ПХТ были купированы назначением стандартных медикаментозных средств. Всем пациентам проведена ПХТ в полном объеме, редукция дозировок не требовалась.

Выводы. Представленный метод комбинированного лечения с применением периоперационной химиотерапии у пациентов, страдающих резектабельным РПЖ, характеризуется удовлетворительной переносимостью.

ПРИМЕНЕНИЕ ДОЦЕТАКСЕЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЯЗЫКА

Пулатов О.А., Акрамов А.Р., Иштурдиев Б.Ж., Абдухалилов М.М., Мусаев Б.Т
Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Изучить эффективность и токсичность комбинации доцетаксела, цисплатина, 5-фторурацила у больных местно-распространенным плоскоклеточным раком языка.

Материал и метод. Больные местно-распространенным плоскоклеточным раком языка III стадии получали 4 цикла индукционный полихимиотерапии (ПХТ). Больные распределены на 2 группы. I группа (10 больных) получала три цикла химиотерапии на индукционном этапе препаратами доцетаксел 75 мг/м² в первый день и цисплатин 100 мг/м² в/в капельным второй день, 5-фторурацил по 1000 мг/м² каждые 24 часа инфузионно в течение 1-4 дней. II группа (16 больных) получала химиотерапию теми же препаратами, но без доцетаксела.

Результаты. Лечение проведено 26 больным. Остаточные опухоли в регионарных лимфатических узлах и/или в зоне первичной опухоли обнаружены у 5 (33,4%) из них в I группе и 8 (50%) во II группе. Рецидивы заболевания выявлены у 4-х (40%) в I группе и у 4 (50%) во II группе.

Отдаленные метастазы - у 1 (6%) в I группе, 3 (18,7%) во II группе. Четырём больным I группы выполнены операции, 3 больным с остаточными опухолями, одному больному по поводу регионарного рецидива. Три лет и более среди всей изучаемой группы больных (26) прожили в I группе -59,9±10%, во II группе -13,8±12,5% соответственно. Поздние посттерапевтические осложнения выявлены только в группе с применением доцетаксела - изъязвление мягких тканей полости рта, остеонекроз.

Выводы. Результаты лечения свидетельствуют о высоких противоопухолевых возможностях доцетаксела (в сочетании с 5-Фторурацилом, цисплатином) в комбинированном лечении местно-распространенного плоскоклеточного рака языка.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ БЕВАЦИЗУМАБ + ИНТЕРФЕРОН А-2А У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

Тиляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Камышов С.В., Рахматуллаев Б.Х.
РСНПМЦОиР

Цель. Изучение эффективности комбинации бевацизумаба с ИФН α-2А у пациентов метастатическим почечно-клеточным раком в РСНПМЦОиР (Ташкент).

Материалы и методы. В исследование включены 36 пациента. Средний возраст – 54 года. Во всех случаях болезнь носила распространенный характер.

Результаты. У всех больных был гистологически верифицирован светлоклеточный вариант ПКР. У 16 (74%) пациентов диагноз морфологически подтвержден после нефрэктомии, в 6 случаях удаление первичного очага не выполнялось, а гистологический материал получен при пункционной биопсии опухоли почки. В 54% случаев диагностированы метастазы в легкие, в 24% – лимфогенное поражение, в 12% – метастазы в кости скелета и в 10% – метастазы других локализаций. Больным проводилась терапия – бевацизумаб 10 мг/кг внутривенно каждые 2 нед и ИФН α-2А в дозе от 3 до 9 млн МЕ подкожно 3 раза в нед. Контрольное обследование проводилось каждые 2–3 мес, включая спиральную компьютерную томографию грудной клетки, брюшной полости, малого таза с внутривенным контрастированием.

Выводы. Согласно полученным данным медиана времени до прогрессирования при использовании комбинации бевацизумаб + ИФН α-2А у больных диссеминированным ПКР с благоприятным и промежуточным прогнозом составляет 9 мес, ОВ – 22 мес. На эффективность данного вида лечения влияет локализация метастазов и объем поражения. Прогностически благоприятным является поражение легких, группу неблагоприятного прогноза составили больные с метастазами в кости, а также с обширным объемом поражения.

ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПАЗОПАНИБОМ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

Тиляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Камышов С.В., Рахматуллаев Б.Х.

РСНПМЦОиР

Цель. Изучить эффективность лечения таргетного препарата пазопаниба с определением воздействия на метастатические очаги различных локализаций.

Материалы и методы. В исследование учувствовали 15 пациентов с метастатическим ПКР. У 6 метастазы в легких, у 1 – в легких и головном мозге, у 2 – в легких и надпочечниках, у 1 – в надпочечнике и единственной почке, у 1 – в надпочечнике, у 1 – в поджелудочной железе и единственной почке, у 1 – в головном мозге, у 1 – в лимфатических узлах шеи и надключичной области, у 1 – в костях таза и правом бедре. Средний возраст составил 61,2 года. 13 пациентов после нефрэктомии, 2 пациентов без хирургического вмешательства. У всех оперированных пациентов выявлен светлоклеточный вариант ПКР. Все пациентам проводилось 3 и более курса терапии пазопанибом в суточной дозе 800 мг. Мониторинг наблюдения составил 12 мес. У всех 15 пациентов наблюдается ответ на лечение: полный ответ – у 1 пациента с метастазами в легких, частичный ответ – в 5 случаях, стабилизация – в 7. В 2 случаях отмечено прогрессирование метастатического очага в головном мозге. Проведено повторное хирургическое вмешательство. Из них в 1 случае время до прогрессирования - 18 мес, в другом – 8 мес. Время полного ответа – 6 мес, время стабилизации – 3 мес. Частичный ответ достигнут в период от 3 до 6 мес. В настоящее время все больные живы.

Выводы. Пазопаниб является препаратом выбора в таргетной терапии 1-й линии больных метастатическим ПКР. Препарат хорошо переносится и удобен в приеме в рамках амбулаторного режима. Пазопаниб показал высокую эффективность лечения метастатических очагов у всех пациентов, особенно при локализации в надпочечниках, легких, лимфатических узлах шейной и надключичной областей.

ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ СУНИТИНИБА У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

Тиляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Камышов С.В., Рахматуллаев Б.Х.

РСНПМЦОиР

Цель. Изучить эффективность лечения таргетного препарата сунитиниба с определением воздействия на метастатические очаги почечно-клеточного рака.

Материалы и методы. Сунитиниб – ингибитор тирозинкиназ в таблетированной форме. Воздействует на все виды рецепторов к PDGF и VEGF (VEGFRs, PDGFR-a, PDGFR-b, c-KIT и FLT-3), участвующих в процессе роста опухоли, патологическом ангиогенезе и метастазировании. Препарат был одобрен в Европе с 2007 года в качестве первой и второй линий терапии распространенного рака почки и в настоящее время рекомендован в качестве стандарта лечения больных с благоприятным и промежуточным прогнозом заболевания по критериям MSKCC. В РСНПМЦОиР МЗРУз было проведено лечение у 25 больных с распространенным почечно-клеточным раком, 18 из которых получали сунитиниб в качестве лекарственной терапии. У 3 (15%) больных распространенный процесс выявлен до хирургического этапа лечения, в связи с чем, операция носила циторедуктивный характер. 3 (15%) пациента получали дистанционную лучевую терапию по поводу болевого синдрома. Терапия проводилась в стандартном режиме: сунитиниб - 50 мг в сутки 1 раз в день. В связи с развитием нежелательных явлений (НЯ) доза сунитиниба была снижена до 25 мг/сут у 6 пациентов и до 12,5 мг/сут - у 2 пациентов. Мониторинг проводился каждые 30 дней. При применении сунитиниба в стандартном режиме было выявлено что, выживаемость без рецидивов у больных ПКР составила 12 месяцев, общая выживаемость 20 месяца. Эффективность от применения сунитинаба через 6 месяцев составил 68 %, а выживаемость - 100%, через 12 месяцев эффективность – 65%, выживаемость – 75%, через 24 месяца эффективность – 30, выживаемость – 60%.

Выводы. Применение сунитиниба у больных с ПКР увеличивает общую выживаемость без рецидивов. Терапии сунитинибом лучше в группе пациентов с единичными метастазами. Терапия сунитинибом редко осложняется развитием нежелательных явлений, требующих проведения специального лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО С МУТАЦИЕЙ ГЕНА EGFR В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Туменбаева Ж.С.¹, Абдурасулов Р.Р.²

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Республика Казахстан¹,
Онкологический центр Туркестанской области г. Шымкент, Республика Казахстан²

Цель исследования. Оценить эффективность таргетной терапии у пациентов НМРЛ с мутацией гена EGFR в Туркестанской области за последние 2 года (2019-2020 гг.).

Материалы и методы исследования. За указанный период в онкологическом центре нами изучалась эффективность таргетной терапии у 26 пациентов с немелкоклеточным раком легкого. В Казахский научный исследовательский институт онкологии и радиологии на молекулярно-генетическое исследование гена EGFR в 2019 году направлены 39 пациентов с морфологически подтвержденным НМРЛ, а в 2020 году направлены 50 пациентов. В ходе исследований в общей сложности у 26 пациентов с НМРЛ выявлены мутации гена EGFR, 10 из которых в 2019 году и еще 16 пациентов в 2020 году. Изучая анамнез заболевания у 26 пациентов с НМРЛ каждые 3 месяца проводились КТ органов грудной клетки, КТ грудного и поясничного отделов позвоночника, МРТ органов брюшной полости, МРТ головного мозга, контрольные анализы крови, мониторились общее состояние пациента и их жалобы.

Выводы. В результате у 26 пациентов с мутацией гена EGFR обнаружены: Ex19del - у 17 пациентов (65%), L858R – 5 пациентов (19%), Ex20Ins – 2 пациента (8%), T790M – 2 пациента (8%). В результате гистологических особенностей выявлено: у 22 пациентов (85%) – аденокарцинома, у 3 пациентов (11%) – недифференцированный рак легкого, у 1 пациента (4%) – эпидермоидный рак легкого. В результате исследований и оценивая эффективность 26 пациентов с немелкоклеточным раком легкого получавших таргетную терапию (афатиниб, эрлотиниб, гефитиниб, осимертиниб) в течение 2 лет (2019-2020 гг.) выявлено: 6 пациентов (23%) - частичный регресс, 17 пациентов (65%) - стабилизация процесса, 3 пациента (12%) - прогрессирование процесса.

Молекулярно-генетическом исследовании при немелкоклеточном раке легкого выявлено мутации EGFR у 26 пациентов. Из 26-ти пациентов получавших таргетную терапию у 17 пациентов (65%) отмечается стабилизация процесса более 12 месяцев. В заключении хотелось быть отметить, что молекулярно-генетическое исследование при НМРЛ, дало возможность обнаружить мутации EGFR и назначить таргетную терапию, тем самым улучшить их результаты лечения и качество жизни пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СХЕМЫ ВИНOREЛБИН + КАПЕЦИТАБИН В ЛЕЧЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМЫ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сагдуллаева С.Н., Алмурадова Д.М., Мукимова Д., Исмаилов Ж.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Наиболее агрессивным и непредсказуемым среди подтипов рака молочной железы является трижды негативный (ТНРМЖ), который обладает высокой пролиферативной активностью и большой скоростью роста, рано приводит к поражению внутренних органов, центральной нервной системы. При достижении полной морфологической регрессии (ПМР) опухоли в ходе проведения неoadъювантной химиотерапии (НПХТ) улучшается прогноз

заболевания и показатели выживаемости пациентов с ТНРМЖ. Однако до настоящего времени не определена наиболее эффективная схема терапии.

Цель. Анализ непосредственной эффективности новой схемы полихимиотерапии в неoadъювантном лечении пациентов, страдающих местно-распространенным трижды негативным РМЖ.

Материалы и методы. В исследование включено 56 пациентов с ТНРМЖ. Возраст пациентов варьировал от 35 до 64 лет. Распределение по стадиям опухолевого процесса: IIIб стадия – 29, IIIс стадия – 28. В неoadъювантном режиме проводилось шесть курсов по схеме: винорелбин – 30 мг/м² в/в в 1-й и 5-й дни, капецитабин – 750 мг/м² внутрь утром и вечером с 1-го по 14-й дни с интервалом между курсами в 21–28 дней. Через 21 день после завершения 3-го и 6-го курсов НПХТ выполнялось УЗИ молочных желез и регионарных зон с определением объема опухоли и размеров лимфатических узлов. Следующим этапом выполнялось хирургическое вмешательство.

Результаты. Мастэктомия была выполнена в 5 случаях, в 4 случаях выполнена двусторонняя подкожная мастэктомия с первичной маммопластикой. Послеоперационный период протекал без особенностей. ПМР опухоли достигнута у 5 пациентов (56%), частичная – у 3 (33%), стабилизация процесса – в 1 случае (11%). Прогрессирования опухолевого процесса не отмечено. Осложнениями в ходе проведения химиотерапии явились: лейкопения и нейтропения 3 степени (в 1 случае), что потребовало редукции доз препаратов, флеботромбоз глубоких вен нижних конечностей (у 2 пациентов после 3-го и 4-го курсов НПХТ), в связи с чем химиотерапия была прекращена.

Выводы. Проведенное исследование показало эффективность исследуемой схемы химиотерапии. Целесообразно продолжить исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НХЛ У ДЕТЕЙ ПО СХЕМЕ BFM NHL-90 В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Хайталиева Н.Р., Хусейнзода З.Х

Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ

Введение. Описан наш первый опыт внедрения эндолюмбальной химиотерапии в детском отделении ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ НХЛ. Все дети получали ПХТ согласно протоколам лечения BFM NHL-90. Внедрение этого метода позволило уменьшить риск возникновения одного из грозных осложнений НХЛ у детей как - лейкемизации оболочек головного мозга. Это позволило улучшить процент выживаемости больных детей с НХЛ в Республике Таджикистан.

Цель исследования: оценить результаты лечения НХЛ у детей в Республике Таджикистан по схеме BFM.

Материал и методы исследования. За период 01.03.2017 по 03.03.2018 гг. в детском отделении ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ на обследовании и лечении по схеме BFM NHL-90 находились 27 больных детей с диагнозом НХЛ. В возрастной категории от 6 месяцев до 16 лет, среди которых мальчики составили 17 (62,9%) наблюдений, девочки – 10 (37,1%). Пик заболеваемости приходился на 5-7 летнего возраста (59,2 %). По топической принадлежности первичная опухоль локализовалась в забрюшинном пространстве – 16 (59,2%) случаев, средостении - 5 (33,4%), лимфоузлы на шее и в подмышечной – 6 (22,2%) в связи с чем клиника в основном складывалась из жалоб на увеличение размеров живота, кашель, затруднение глотания, дыхания, одышку, а также слабость, потливость, субфебрильную температуру. В наше исследование было включено 27 больных детей, у которых диагноз НХЛ верифицирован и проведено исследования ИГХ-статуса. В процессе обследования у 2 больных детей после миелограммы выявлена бластная трансформация и больные дети переведены в гематологическое отделение.

Результаты исследования. Поражение костного мозга по данным миелограммы было диагностировано в 2 случаях, которые переведены в гематологическое отделение НМЦ МЗСЗН РТ (с диагнозом лейкоз). Всем больным после 4 курса было проведено КТ исследование, миелограмма, цитологическое исследование ликвора на бластные клетки. Во всех случаях проводили морфологическую верификацию диагноза. И только у двоих больных, выше указанных было тотальное поражение костного мозга бластными клетками до 92%.

При распределении по гистологическим вариантам превалировала: Т- клеточный вариант у 18 (32,7%) больных и В- клеточный у 9 (16,4%) больных. У 17/25 (100%) больных после проведения интратекальной химиотерапии была достигнута полная регрессия опухолевого процесса. Эти больные получили по 4 курса эндолюмбальной химиотерапии, 2 / 25 (23,5%) больным получившим ПХТ из-за отсутствия эффекта были проведены еще 2 курса ПХТ. У 2/25 (3,9%) больных в процессе лечения отмечалось прогрессия заболевания, в результате чего больные экзотировали. Полная регрессия заболевания после каждого курса: 17/25 случаев (68,0 %), частичный ответ 4/25 случаев (16,0 %) - стабилизация у 2/25 (8,0%) случаев, прогрессия опухоли у 2/25 (8,0%) случаев.

Заключение. Применение интратекальной химиотерапии снижает риск возникновения лейкемизации мозговых оболочек, что улучшает эффективность лечения, прогноз заболевания и качество жизни больных детей с НХЛ.

DISSEMINATSIYALASHGAN ME'DA SARATONI XIMIOTERAPIYASI

Xasanov D.SH., Mamadaliev M.M., Babaxanov A.T., Amanov I.M., Xakimov.T.A.

Andijon davlat tibbiyot instituti

RIORIATM Andijon filiaali

Mavzuni dolzarbli. Me'da saratoni davolash zamonaviy onkologiyani dolzarb muuommolaridan bulib qolmoqda. Xozirgi kunda me'da saratoni dunyoda xavfli o'smalar keltirib chiqaruvchi o'lim ko'rsatkichi bo'yicha o'pka saratonidan so'ng 2-o'rinni egallab turibdi. Maxsus davo o'tkazilmagan disseminatsiyalashgan me'da saratoni bilan bemorlar yashovchanlik medianasi 3-4 oyni tashkil qiladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki bu bemorlarda ximioterapiya yashovchanlik kursatkichini 3 oydan 10 oygacha ortiradi.

Tadqiqot maxsadi. Disseminatsiyalashgan me'da saratoni davo natijalarini yaxshilash.

Material va uslublar. Tadqiqot 2018-2021 yillarda RIORIATM Andijon filiali ximioterapiya bo'limida disseminatsiyalashgan me'da saratoni tashxisi bilan davolangan 44 nafar bemor kuzatuv natijalariga asoslangan. Bemorlar 2 guruxga bo'linib o'rganilgan, 1-gurux PF. sxemada, 2-guruxga DCF sxemada ximioterapiya o'tkazilgan.

Tadqiqot natijalari. Birinchi guruxda ximioterapiya PF: Sisplatin 75 mg/m² 1- kun, 5-ftoruratsil 1000 mg/m² 1-5 kunlar rejimi qo'lanilgan, davo kurs xar 4 haftada takrorlangan. Ikkinchi guruxda ximioterapiya DCF: Dotsetaksel 75 mg/m² 1-kun, Sisplatin 75 mg/m² 1-kun, 5-ftoruratsil 750 mg/m² 1-4 kunlar rejimi qo'lanilgan, davo kurslar xar 4 haftada takrorlangan. Davo samaradorligi xar 4 haftada klinik va ultratovush, endoskopik tekshiruvlar yordamida baxolangan. Davo samaradorligini taxlil qilishda birlamchi o'sma lokalizatsiyasi, gistologik turi, differensirovka darajasi, aloxida metastazlar mavjudligi, bemor yoshi, jinsi, xamrox kasalliklari e'tiborga olindi. O'tkazilgan davoga ob'ektiv javob 1-guruxda- 10,7%, 2-guruxda- 44,2%, jarayon stabilizatsiyasi 44,8%- 67,1%, xayot davomiyligi medianasi o'rtacha 8,5 oy, 12,2 oy, 1 yillik umumiy yashovchanlik 31,0% -46,1% birinchi va ikkinchi guruxda mos ravishda tashkil qilgan.

Xulosa. Disseminatsiyalashgan me'da saratonida DCF sxemada ximioterapiya xayot davomiyligi medianasi o'rtacha 3,7 oyga ortiradi va kasallik stabilizatsiya vaqtini 23,7%ga uzaytiradi.

РАЗДЕЛ 9.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Абдурасулов Р.Р.¹, Туменбаева Ж.С.²Онкологический Центр Туркестанской области г. Шымкент, Республика Казахстан¹,АО «Южно-Казахстанская Медицинская Академия», г.Шымкент, Республика Казахстан²

Цель исследования. Оценить частоту генетических мутаций генов EGFR, ALK, а так же определение экспрессии лиганда белка программируемой клеточной гибели (PD-L1) в опухоли, у пациентов с местно-распространенным и метастатическим НМРЛ в Туркестанской области Республики Казахстан за последние 3 года (2019-2021гг.).

Материалы и методы исследования. В исследование включены гистологические образцы опухоли 129 пациентов с морфологически подтвержденным местно-распространенным и метастатическим НМРЛ, у которых исследована мутация генов EGFR, 125 пациента с морфологически подтвержденным местно-распространенным и метастатическим НМРЛ для исследования транслокации гена ALK. Так же проведен анализ экспрессии PDL-1 статуса опухоли с гистологического материала 74 пациента с НМРЛ. Молекулярное тестирование проводилось в референс центре КазНИИОиР МЗ РК на архивном формалинфиксированном материале. Для исследования мутации гена EGFR из формалинфиксированной ткани ДНК выделяли с помощью наборов для выделения ДНК прибором Cobas z480, набор реактивов cobas EGFR Mutation Test v2. Тестирование перестроек гена ALK проводилось иммуногистохимическим методом (ИГХ). Уровень экспрессии PDL-1 так же проводился методом ИГХ. Оценка осуществлялась путем подсчета соотношения опухолевых клеток с позитивным окрашиванием мембраны к общему количеству опухолевых клеток (TPS – tumor proportion score), результат выражался в процентах от 0 до 100.

Выводы. В результате молекулярного секвенирования гистологического материала 129 пациентов, мутация гена EGFR обнаружены у 35 пациентов (27%). Из них: мутации экзона Ex19del гена EGFR - у 24 пациентов (68,5%), экзона L858R гена EGFR – 8 пациентов (22,8%), экзона Ex20Ins гена EGFR – 2 пациента (5,7%), комбинированные мутации экзонов Ex19del и L858R гена EGFR у 1 пациента (2,8%). В исследованных биологических материалах 125 пациентов с НМРЛ транслокация гена ALK обнаружены у 5 пациентов (6,45%). Уровень экспрессии PDL-1 на опухолевых образцах определен у 74 пациентов с НМРЛ. Из них отрицательный статус (уровень экспрессии 0-5%) отмечается у 45 пациентов (33,3%), слабо-позитивный статус (уровень экспрессии от 5 до 50%) у 15 пациентов (11,1%) и высоко-позитивный статус (уровень экспрессии более 50%) у 14 пациентов (10,36%).

ОШҚОЗОН САРАТОНИНИ ТАШХИСЛАШ МУРАККАБ БЎЛГАН ТУРЛАРИНИНГ ПАСПОРТЛАШ

Абдихакимов А.Н. Рузиева Н.А

РИОвАРИАТМ Тошкент вилоят филиали

Максад. Ошқозон саратонини ташхислаш мураккаб бўлган турларининг молекуляр генетикасини Ўзбекистон ва жаҳон тиббиётида ўрганилганлик даражасини тадқиқ этишдан иборат.

Материал ва методлар. Ошқозон саратони (ОС) дунёдаги энг кенг тарқалган саратон касаллиги бўлиб (7%), саратон касаллигидан ўлим сабаблари орасида учинчи (9%) ўринда туради. ОС ташхислаш мураккаб бўлган турлари деб икки ёки уч марта олинган эндоскопик биопсияда морфологик хулоса олинмаган турларига айтилади. Ушбу тезисда, ошқозон саратонини ташхислаш мураккаб бўлган турларининг молекуляр генетикаси ҳақида фикр ва мулоҳазалар юритилади. РИОРИАТМ ТВФ охириги 20 йил давомида ўзининг миқдори ва

таркиби бўйича ноёб бўлган 50 мингдан ортиқ турдаги ОС патоморфологик коллекцияси мавжуд. Вилоят филиалимизда 2020-2021 йиллар давомида ОС ташхислаш мураккаб бўлган турларидан 12 та беморда аниқланди. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, ОС молекуляр-генетик идентификациялаш муаммоси онкология учун ниҳоятда муҳимдир. Адабиётларда p53 оксилининг мутацияси, циклин Енинг экспрессияси, HER-2 генининг амплификацияси каби кўрсаткичлар кўпроқ ўтинқираган даражаларда кузатилиши келтирилган. Бошқа томондан, микросателит ностабиллик феномени (MSI) ва E-кадгериннинг мутацияси ёки йўқолиши ОС ташхислаш мураккаб бўлган диффуз турларини аввалдан айтиш усули бўлиши мумкин.

Хулоса: онкоморфологиянинг ютуқларини белгилашнинг энг самарали ва истиқболли тизими – бу ташхислаш қийин бўлган ўсмаларни паспортлаштириш ҳисобланади. Бундай маркерлар сифатида ДНК участкалари ишлатилиши мумкин. Бугунги кунда дунёда коллекция намуналарини генетик паспортлаштириш замонавий биотехнологиянинг долзарб вазифалардан бири бўлиб ҳисобланади.

ЛЕЧЕБНЫЙ ПАТОМОРФОЗ – ПРЕДИКТОР ОБЩЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Афанасьев С.Г., Добродеев А.Ю., Урмонов У.Б.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, Ташкентская медицинская академия

Цель. Изучить роль предоперационной химиотерапии (ХТ) на лечебный патоморфоз (ЛП) при лечении рака пищевода (РП) II–III стадии.

Материалы и методы. В торакоабдоминальном отделении НИИ онкологии ТНМЦ проведено лечение 70 больных РП II–III стадии. В группе контроля (n=35) проводилась только хирургическое лечение. В основной группе (n=35) использовалось комбинированное лечение: 2 курса предоперационной ХТ по схеме гемцитабин/цисплатин и радикальная операция. По основным прогностическим признакам исследуемые группы были сопоставимы (p>0,05). После завершения предоперационной ХТ в основной и контрольной группах во всех случаях выполнена операция по типу Льюиса (R0).

Результаты. Эффективность от приведённой предоперационной ХТ составила 47,0%. При этом полная регрессия – 2 (5,7%) и частичная – 18 (51,4%) случаев. В 12 (34,3%) случаях зафиксирована стабилизация, прогрессирование заболевания – у 3 (8,6%) больных. Переносимость ХТ гемцитабин/цисплатин была удовлетворительная. Значимых различий в частоте послеоперационных осложнений и летальности между группами не отмечено (p>0,05). После проведения предоперационной ХТ ЛП был изучен у всех (100%) больных основной группы. В результате предоперационной ХТ полная патоморфологическая регрессия первичной опухоли (IV степень) была достигнута у 2 (5,7%) больных, III степени отмечен у 9 (25,7%), II степени зафиксирован у 13 (37,1%) и I степени – у 11 (31,5%) больных.

Результаты исследования. ЛП были сопоставлены со структурой объективных ответов опухоли на предоперационную ХТ по данным спиральной компьютерной томографии. Было выявлено, что ЛП IV степени (n=2/5,7%) соответствовала полная (n=1/2,8%) и частичная (n=1/2,8%) регрессия опухоли, при III степени патоморфоза чаще регистрировались частичная (n=7/20%), полная (n=1/2,8%) регрессия и стабилизация (n=1/2,8%) опухолевого процесса. В большинстве случаев при патоморфозе II степени отмечались стабилизация (n=11/31,4%) и частичная регрессия (n=10/28,6%) опухоли, при I степени ЛП во всех случаях зафиксировано прогрессирование (n=3/8,6%) опухолевого процесса. Кроме того, в основной группе проведен анализ выживаемости в зависимости от степени лечебного патоморфоза. Установлено, что 2-летняя общая выживаемость при лечебном патоморфозе IV степени составила 100%, при III степени – 88,9%, при II степени – 81,8% и при I степени – 70%. Таким образом, при использовании комбинированного лечения общая 2-летняя выживаемость больных в основной группе составила 81,3%, и 51,5% в контрольной группе где проводилось только хирургическое лечение (p<0,05).

Заключение. Результаты свидетельствуют, что общая выживаемость больных РП при использовании предоперационного лечения находится в прямой зависимости от степени повреждения опухолевых клеток. В связи с этим рекомендуется при возможности применить комбинированное лечение при лечении РП II–III стадии для улучшения общей и выживаемости.

РАСШИРЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОПЦИИ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Джуманазаров Т.М., Тупицын Н.Н., Юсупбеков А.А.

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н.Блохина МЗ РФ¹, РСНПМЦОиР, Ташкент, Узбекистан²

Цель: улучшить эффективность диагностики больных с НМРЛ путём обнаружения диссеминированных опухолевых клеток (ДОК) в костном мозге (КМ).

Материалы и методы. Исследовали 62 образца костного мозга (путём стерильной пункции) больных с верифицированным диагнозом НМРЛ (2018-2019гг в отделении торакальной онкологии НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина): аденокарцинома (33), плоскоклеточный рак (27), другие виды (2). Методы: морфологический, многоцветная проточная цитометрия. Изучены ДОК, популяции лимфоцитов CD3, CD4, CD8, CD19/CD20, CD16, CD27. Следует отметить, при не инвазивном методе обследований (ПЭТ/КТ, сцинтиграфия костей скелета) данных за поражение костной ткани не выявлено.

Результаты. В костном мозге ДОК (ЕРСАМ+CD45-) были обнаружены у 43,5% пациентов с НМРЛ (в качестве порогового значения приняли 1 клетку на 10 млн миелокариоцитов). ДОК чаще наблюдались при более дифференцированных опухолях. Выявлено достоверное повышение уровня субпопуляций CD16+CD4-NK-клеток ($p=0,002$), CD27+CD3+T-клеток ($p=0,015$) при поражении костного мозга.

Выводы. Установлена, что у 43,5% больных НМРЛ в костном мозге выявлены ДОК, при этом их наличие установлено даже при локализованном опухолевом процессе. Более частое поражение костного мозга наблюдалось при высоко дифференцированных опухолях.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Мадалиев А.А., Нишанов Д.А.

РСНПМЦОиР

Цель: изучить и определить морфологические изменения, возникающие у пациентов с патологией Болезнь Крона (БК), способствующие прогрессии заболевания с развитием малигнизации процесса.

Материал и методы. На базе ретроспективного материала, полученного с согласия и разрешения клиники «Янги хаёт табобати» изучены истории болезни 68 пациентов, проходивших лечение в данной клинике. Проведено повторное изучение биопсийного и операционного архивного материала. В работе проведено изучение ультратонких гистологических срезов регионарных брыжеечных лимфатических узлов, полученных от пациентов с диагностированной БК, окраска стандартная - гематоксилином и эозином, для выявления компонентов соединительной ткани – по Ван-Гизону.

Полученные результаты и их обсуждение. Учитывая влияние иммунологических механизмов возникновения БК начало воспалительного процесса происходит в подслизистом слое, для которого характерным является наличие микроскопически очагов макрофагальной и лимфоцитарной инфильтрации, с реактивным фолликулярным лимфаденитом в лимфоузлах. На основе изученного материала в срезах лимфатических узлов при малом увеличении определялись микроскопические признаки лимфаденита: на фоне общих тканевых изменений, наличие гиперплазии капсулы и трабекул, которые были представлены разрыхлением соединительной ткани, а также утолщением участков из-за разрастания фиброзной соединительной ткани, характерной для поверхностных слоев. Трабекулы в середине узла не выявлялись, определено увеличение числа фолликулов, которое в среднем составило $72,20 \pm 32,15$.

Расположение фолликул было как в корковом, так и мозговом веществе лимфатических узлов. Определяли 3 варианта лимфатических узлов: фолликулы со светлыми герминативными центрами, которые делились на: эпителиоидноклеточные центры (малых размеров, и их поздние формы – гиперпластические, характеризующиеся крупными размерами, также определялись фолликулы без наличия светлых центров, которые располагались преимущественно под капсулой – на месте коркового вещества. В изучаемом материале со светлыми герминативными центрами определено в среднем $22,11 \pm 15,26$ фолликулов, $9,50 \pm 8,57$ и $18,56 \pm 8,23$ фолликулов соответственно. Соотношение фолликулов со светлым центром и без составило 1:1,27, следует отметить, что определялись фолликулы неправильной формы и разных размеров.

Заключение. Морфологическое изучение лимфатических узлов показывает и обосновывает их необходимость, при этом определяются фолликулы, различные как по своей структуре, так и по клеточному составу. При этом БК сопровождается развитием гиперплазии капсул и трабекул за счет увеличения массы соединительной ткани и активации иммунопролиферативных процессов в организме, требующих дальнейшего изучения.

THE INCIDENCE OF ONCOLOGIC DISEASES AMONG 397 PATIENTS WHO DIED FROM COVID-19

Nishanov D.A.¹, Madaliev A.A.¹, Odilov A.A.¹,

Khamidov S.Yu.¹, Abdurakhimov Sh.O.¹, Beknazarov Kh.J.²

RSSPMCOandR¹, Specialized Hospital for Treatment of Patients with COVID-19 Zangiota ², Tashkent region

Aims. To study the incidence of oncologic diseases among 397 patients who died from COVID-19.

Materials and methods. A retrospective analysis of medical histories and protocols of pathologic examination of 397 patients with a confirmed diagnosis of COVID-19 was carried out.

Results. Among 397 patients 48 malignant and 12 benign neoplasms were detected in 60 (15,11%) patients. Hematological neoplasms (22,9%) had myeloid (acute myeloblastic leukemia - 2, myelodysplastic syndrome - 1, chronic myeloid leukemia - 1) and lymphoid (chronic lymphocytic leukemia - 4, lymphomas - 3) genesis. In one case, chronic lymphocytic leukemia was associated with HIV infection. Lung tumors (12,5%) were represented by bronchogenic cancer in 4 cases, adenocarcinoma - 1, of unknown origin – 1. In addition, in 2 cases lung tumor was represented by metastases from tumors of the kidney (aT2N0M1) and cervix (aT4N1M1). Prostate, kidney and breast cancers accounted for 10,4% each. Colon tumors were detected in 6,2% of cases with lesions of the sigmoid and rectum. Cancers of the larynx, stomach, pancreas, bladder and uterus accounted for 4,2% each.

Benign tumors (20%) were represented by: prostate adenoma 58,3% (7/12), adrenal cortex adenoma 16,7% (2/12), uterine fibroids 16,7% (2/12) and follicular thyroid adenoma 8,3% (1/12). In 18,3% (11/60) of cases, a combination of neoplasms of various organs was noted.

The main causes of death of patients were: acute respiratory distress syndrome (ARDS) in 58,3% (35/60) of cases; pulmonary heart failure caused by thrombosis of blood vessels of different caliber, including three cases of pulmonary embolism, was 28,3% (17/60); cerebral edema - in 13,3% (8/60).

Conclusion. Hematological neoplasms and lung cancer predominate among patients with oncological diseases who died from COVID-19, which may be due to the immunosuppressive and hypercoagulable condition of patients.

IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDY OF HORMONE DEPENDENCE OF GLANDULAR HYPERPLASIA OF THE ENDOMETRIUM

Nishanov D.A.¹, Madaliev A.A.¹, Khamidov S.Yu.¹, Ishmuratov F.E.², Abdurakhimov Sh.O.¹, Odilov A.A.¹

¹RSSPMCOandR, Tashkent, RSSPMCOR, the Republic of Karakalpakstan branch²

Aims of the research is to study the expression of estrogen and progesterone receptors in glandular hyperplasia of the endometrium using the immunohistochemical (IHC) method.

Materials and methods. We examined 42 samples of biopsy material with glandular hyperplasia of the endometrium. The biopsy material was fixed in formalin and then embedded in paraffin. To determine the hormone dependence of cells, an IHC study was performed on paraffin sections. Heat-induced epitope retrieval has been performed in order to unmask the antigens. Endogenous peroxidase was inhibited with 1% hydrogen peroxide solution. Primary mouse monoclonal antibodies to estrogen receptor alpha (anti-ER α , clone 1D5) and to progesterone receptor (anti-PgR, clone PgR 636) manufactured by Dako in working dilution were used. To visualize the antigen-antibody complexes, the streptavidin-biotin peroxidase method was used via the Dako LSAB2 System-HRP detection system. The control of non-specific staining was carried out by replacing the primary antibodies with a 0.1% solution of bovine serum albumin, as well as excluding secondary antibodies. The results of the immunohistochemical reaction were detected in 10 fields of view of the microscope, 100 cells in each at x400 magnification. The expression of antigens after IHC staining was assessed by a semi-quantitative method as weak, moderate, and strong positive. In the sections, the nucleus of tumor cells is stained brown.

Results. The study revealed immunoreactivity to anti-ER α antibodies in 28/42 cases (66,6%). A positive reaction to antibodies against the progesterone receptor was detected in 18 out of 42 cases (42,8%).

Conclusion. Thus, studies have shown that estrogen has a greater effect on endometrial hyperplasia than progesterone. The study of the expression of estrogen and progesterone receptors in biopsy samples improves the effectiveness of long-term therapy and the choice of the subsequent correct treatment tactics for patients with glandular hyperplasia of the endometrium.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИПРОТОВОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Полатова Д.Ш.^{1,2}, Хакимов А.Т.², Каххаров А.Ж.², Азимова Э.²

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт²

Цель: изучить рецептурный статус опухолей при внутрипротоковом раке молочной железы.

Материалы и методы: нами были изучены 65 пациенток, проходивших обследование и лечение в условиях ТГФ РСНПМЦОиР с 2011 по 2015 годы. Возраст пациенток колебался от 40 до 78 лет и в среднем составил 49 $\pm$ 3,8. Была изучена экспрессия рецепторов эстрогена, прогестерона, HER2neu, Ki-67, p53 и CK 5/6.

Результаты. В нашем исследовании положительный эстрогенный и прогестероновый статус опухолей встречался в 67,7 и 46,2% пациенток соответственно. Экспрессия рецепторов эстрогена и прогестерона чаще всего коррелировала с высоко- и среднедифференцированным DCIS (P<0,01). HER2neu позитивные опухоли встречались в 32,3% случаев и чаще обнаруживалась при низкодифференцированном DCIS (P<0,05). Трижды негативный статус DCIS встречался в 7,7% случаях. Кроме того, все высокодифференцированные DCIS обладали p53-отрицательным статусом, в то время как около половины случаев мало или недифференцированных внутрипротоковых поражений характеризовались как p53-положительные (P<0,05). В 3х (4,6%) случаях низкодифференцированных DCIS наблюдалось окрашивание на цитокератин 5/6.

Выводы. Классификация внутрипротокового рака молочной железы с помощью иммуногистохимического исследования позволяет выделить идентичные группы люминальных и нелюминальных опухолей, которые могут в свою очередь быть дополнительно разделены, тем самым отражая гетерогенную природу DCIS. Таким образом, иммуногистохимическое исследование может помочь в объективизации вариаций в морфологической классификации внутрипротокового рака молочной железы.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОСАРКОМОЙ

Полатова Д.Ш.^{1,2}, Абдикаримов Х.Г.¹, Давлетов Р.Р.¹, Султонов Б.Б.¹, Савкин А.В.², Насиров С.К.³, Асамединов Н.К.², Нуржабов А.И.²

РСНПМЦОиР МЗ РУз¹, Ташкентский государственный стоматологический институт², Ташкентская медицинская академия³

Цель: изучить влияние генетического фенотипа опухоли на прогноз остеосаркомы. **Материал и методы.** В исследование был включен 221 пациент с остеогенной саркомой. Количество мужчин было 133, женщин - 88. Возраст пациентов от 1 года до 35 лет. Локализация опухоли следующая: у 102 больных опухоль находилась в бедренной кости, у 83 пациентов - в большеберцовой кости, у 16 пациентов - в малоберцовой кости, у 11 пациентов в лучевой кости, у 6 (2,7%) пациенты имели в подвздошной кости и в 5-дюймовой плечевой кости. Во всех случаях лечение проводилось согласно протоколу и стандарт лечения. Были изучены генетические маркеры опухолей (P53; Ki67; Bcl2, хромосомная aberrация) методом иммуногистохимии. Комбинация этих генов, таких как P53 + / Ki67 + / Bcl2 - и хромосомная aberrация более 5%, считается отрицательной комбинацией и комбинацией P53- / Ki67- / Bcl2 + и хромосомного aberrация менее 5% как положительный. Выживаемость пациентов изучалась по методу Каплана-Мейера в зависимости от по комбинации генетических маркеров.

Результаты. 3- и 5-летняя выживаемость пациентов с остеосаркомой, имевших положительную комбинацию генетических маркеры (40,0% и 0%) были ниже, чем у пациентов с отрицательными P53- / Ki67- / Bcl2 + и хромосомными aberrациями. <5% ($\pm 90,0 \pm 2,9\%$ и $40,0 \pm 4,2\%$) ($P < 0,05$). 3- и 5-летняя выживаемость без метастазов в неблагоприятных комбинация генов P53 + / Ki67 + / Bcl2 + и хромосомных aberrаций составила (> 5%) - $70,0 \pm 3,4\%$ и $10,0 \pm 3,2\%$, в то время как при положительном фенотипе - $90,0 \pm 3,4\%$ и $50,0 \pm 4,3\%$ ($< 0,05$). При анализе 3- и 5-летняя выживаемость без рецидивирования в негативном фенотипе составили - $60,0 \pm 4,9\%$ и $10,0 \pm 4\%$, тогда как в позитивном - $90,03 \pm 3,2\%$ и $50,0 \pm 4,2\%$ ($p < 0,05$).

Заключение. Исследование показало, что прогноз был неблагоприятным в отношении положительной экспрессии P53 + / Ki67 + и хромосомные aberrации более 5%. Тактику лечения остеосаркомы можно изменить комбинированием этих маркеров.

РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО СРОЧНОГО ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Рахмонова К.Э., Хамроев М.Ж., Хамроева М.Р., Хамидова Л.Х.

Бухарский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Гистологическое исследование – это основа лечения онкологических заболеваний, без которой немыслима современная онкология. Однако от 4 до 50% пациентам в мире ставят неправильный диагноз, на основании которого назначается неадекватное лечение по сообщениям ВОЗ.

Цель исследования. Анализировать результаты срочных патогистологических исследований, произведенных в отделение патологической анатомии РСНПМЦОиР Бухарского филиала при диагностике опухолей молочной железы, щитовидной и слюнной железы.

Материал и методы. Использовался – аппарат CRYOSTAT KD-2950. Для окраски ткани использовали гематаксилин-эозин, спирт 96%. Присланный материал обследуется макроскопически выявляют наиболее патологический участок, определяют консистенцию ткани, цвет, размеры и обследуются края резекции. В зависимости от размера готовится площадка для замораживания материала. Срезы тканей замораживаются под -35-40 градусами. После получения срезов ткань красится гематаксилин-эозином, далее интерпретируются результаты. Время исследования занимает в среднем 15-20 мин.

Результаты. За 2021 год из проведенных 203 срочных гистологических исследований образования молочной железы составили 105 (54,7%), щитовидной железы 68 (33,5), слюнной железы 30 (14,8%). По причине того, что опухоль может подвергаться криодеструкции в некоторых случаях сложно интерпретировать раковую опухоль, в таких случаях срочную гистологию сочетали с цитологическим исследованием материала. Чаще всего гистологически опухоль молочной железы была представлена инвазивной карциномой 26,6% (16), дольковый рак составил 13,3% (8), инфильтративная карцинома 23,3 % (14) случаев, карцинома in situ составила 10% (6). Доброкачественные образования молочной железы кистoadенома 20,1% (10), Филлоидная фиброаденома 24,4% (11), пролиферативная фиброаденома 35,5% (16), интраканаликулярная фиброаденома 15,7% (7), периканаликулярная фиброаденома 26,6%(12). Из опухолей щитовидной железы папиллярная карцинома 13,2% (9), фолликулярная карцинома 17,6 (12), аденома щитовидной железы 45,5 % (31), аденоматоидный зоб 23,5%(16). Опухоли слюнной железы в виде мономорфной аденомы 50% (15), аденокарцинома 13,3% (4) случаев.

Вывод. Таким образом, срочное интраоперационное гистологическое исследование является основным методом диагностики при котором можно определить гистоструктуру опухоли. При положительных результатах срочного гистологического исследования хирургическая тактика меняется в сторону радикального оперативного вмешательства.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПО ДАННЫМ «КАНЦЕР-РЕГИСТРА» г.ТАШКЕНТА

Солметова М.Н.¹, Гафур-Ахунов М.А.², Юлдашева Д.Ж.³

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница¹, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников², Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР³

Базальноклеточный рак кожи (БКРК) является наиболее распространенным раком во всем мире у светлокожих людей. Многолетние исследования показывают, что БКРК не является единым образованием, и что разные гистологические подтипы демонстрируют различное клиническое поведение и требуют дифференцированного подхода в лечебной тактике (Б.Д.Рааш и соавторы, 2006 г.Чехия).

Цель: оценить степень охвата гистотипированием случаев БКРК; отразить структуру БКРК в гистотипическом плане; увязать некоторые клинические параметры (локализация) с определенными гистологическими типами.

Материалы и методы: в исследование включены данные первичной регистрации рака кожи по «Канцер-Регистру» г.Ташкента за 2017-2022 гг. (1 квартал).

Результаты. В течении исследуемого промежутка времени первично зарегистрировано 1346 больных раком кожи, в подавляющем большинстве случаев установлен БКРК - 84,1% (n=1133). Хотя при БКРК достигнута полная морфологическая верификация, установление гистотипа было проведено только в 36,9% случаях. При рассмотрении группы гистотипированных (n=418) установлено преобладание солидного гистотипа 53,6%. Однако, довольно чувствительную часть составили агрессивные гистотипы БКРК: метатипический – 11,2% и морфеа – 9,1%, однако менее агрессивный – микронодулярный встречался редко – 2,6%. Пигментный вариант БКРК, трудно клинически отличить от меланомы, встречался в 4,3% случаев. Остальные гистотипы встречались относительно редко: рак Пинкуса – 0,2%, поверхностный – 4,8%, смешанный – 6,2%. Анализ по локализации опухоли установил, что подавляющее преобладание опухоли при всех гистотипах отмечено поражение кожи головы и в совокупности составил 90,1%. При анализе других локализаций, установлено преобладание морфеоподобного гистотипа – в 39,5% случаях данный гистотип был обнаружен в области туловища и конечностей, также пигментный – 22,2%, в то время как остальные гистотипы имели очень низкие показатели.

Заключение. Несмотря на то, что гистотипирование имеет важное прогностическое значение, на практике оно охватывает менее половины первичных случаев, при которых установлен чувствительно высокий процент агрессивных и дифференциально-диагностических сложных форм, что часто требующий особого подхода в формировании лечебной тактики.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИНЕКОМАСТИИ

Уморов М. Х., Нишанов Д.А., Мадалиев А. А., Хамидов С. Ю.
РСНПМЦОиР

Гинекомастия считают дисгормональный гиперпластический процесс, характеризующийся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительно-тканного компонентов. Встречается у 50-70% подростков и примерно у 70% мужчин в возрасте 50-69 лет.

Цель. Определить патоморфологические и иммуногистохимические характеристики различных форм гинекомастии.

Материалы и методы. Выполнен анализ операционного материала 28 больных мужчин с доброкачественной патологией грудных желез, находившихся на лечении в РСНПМЦОиР в период с 2010 по 2021 гг. Материал изучали с помощью световой микроскопии, а также с применением иммуногистохимических методы. Иммуногистохимическое исследование проводили на стандартной методике с применением следующей панели поликлональных антител: к рецепторам Эстерогена, к рецепторам Прогестерона и к Ki-67.

Результаты исследования. При непролиферативных формах гинекомастии незначительная экспрессия Ki-67 ($17,25 \pm 2,5$ %), а более чем 50% протоковых структур в эпителии выявлялась экспрессия ER. При исследовании маркеров пролиферативной форме ГМ установлено увеличение экспрессии Ki-67 ($24,7 \pm 3,5$ %), а уровень экспрессии ER незначительно увеличивается ($38,7 \pm 6$)%. При исследовании маркеров атипической внутрипротоковой форме ГМ определяется снижение показателей экспрессии Ki-67 ($13,4 \pm 8,4$)%, а экспрессия ER в части эпителиальных клеток внутрипротоковых пролифератов ($25,7 \pm 2,5$)%.

Заключение. Гинекомастии наблюдаемая у мужчин в пубертатном, постпубертатном периодах и в андропauзе. Таким образом, при ГМ установлена пролиферация ER+ клеток и увеличение доли клеток, одновременно экспрессирующих ER и фактор пролиферации Ki 67, особенно выражено это при пролиферативных формах гинекомастии.

БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИНИНГ ГИСТОЛОГИК ТУРЛАРИ БЎЙИЧА УЧРАШ ДАРАЖАСИНИ ЎРГАНИШ

Шарипов А.Б. Амриддинов А.У.

РИОваРИАТМ Қашқадарё филиали

Ишнинг максоди: РИОваРИАТМ Қашқадарё филиалида бачадон бўйни саратони билан касалланган беморларнинг гистологик турларинг учраш частотасини баҳолашдан иборат.

Материал ва усуллар: РИОваРИАТМ Қашқадарё филиалида 2019-2021 йилларда 321 нафар беморлар кўриқдан ўтказилган бўлиб, уларнинг 50,8%да хавфли ўсма касалликлари билан оғриган беморлардир. Ушбу гуруҳда биз бачадон бўйни саратони билан касалланган 106 нафар беморларлар ўрганилди.

Натижалар: 106 нафар беморларнинг гистологик турлари бўйича бачадон бўйни саратонинг куйдаги турлари аниқланди: 80 беморларда (83%) ясси хужайрали саратон, 8 нафар беморларда (7,7%) аденокарцинома, 4 нафар беморларда (3,6%) безли ясси хужайрали карцинома ва 6 нафар (5,7%) беморларда бачадон бўйни саратонинг бошқа турлари аниқланди.

Хулоса. Олинган маълумотларга кўра турли хил гистологик турлар орасида энг кўп ясси хужайрали саратон (83%) аниқланди ва ушбу саратон тури бачадон бўйни саратонлари орасида доминант эканлиги аниқланди.

THE ROLE OF STUDYING THE MOLECULAR GENETIC MARKERS OF THE CERVICAL CANCER FOR FORECASTING THE EFFECTIVENESS OF INTEGRATED TREATMENT

Qobilov O.R.¹, Ziyaev Sh.V.², Sagdullaeva S.M.², Rihsixodjaeva N.A.², Mannapova N.M.²

Tashkent medical academy¹, Tashkent city branch of RSSPMCOandR²

Topicality. Discoveries in cell biology and experimental oncology determined the development of a new branch of oncology. Many mechanisms of controlling cell division and apoptosis, maintaining genetic stability, signal transmission pathways from receptors to the nucleus, etc. became known. Currently, various genes, proteins and other compounds have been identified, which are considered as additional prognostic factors in patients with malignant tumors, including gynecological oncological diseases. They are designated as immunological and molecular biological markers.

The aim of the study. Studying the expression of molecular biological tumor markers in patients with cervical cancer, and their effect on the course of accompanying therapy.

Material and Methods. The greatest effect in increasing the 5-year survival of cervical cancer patients was exerted by the accompanying immunotherapy regimen, including extracorporeal immunopharmacotherapy (EIPHT) with plasmapheresis: this effect was manifested both at positive and negative levels considered by tumor markers.

Results and discussion. The analysis of the correlation of the level of tumor markers and 5-year survival of patients suggests that a positive level of p53, VEGF and Ki-67 in patients with cervical cancer, along with high proliferative activity of the tumor, can serve as the basis for this category of patients with accompanying immunotherapy with EIPHT, which can significantly increase the effectiveness of standard anti-tumor treatment regimens.

Conclusion. With a positive level of these ocomarkers, along with the high proliferative activity of the tumor, it is possible to recommend accompanying immunotherapy with EIFT with plasmapheresis.

MOLECULAR GENETIC MARKERS IN THE PROGNOSIS OF THE CLINICAL COURSE OF BREAST CANCER

Qobilov O.R.¹, Ziyaev Sh.V.², Sagdullaeva S.M.², Alimjanova D.M.², Rihsixodjaeva N.A.², Mannapova N.M.²

Tashkent medical academy¹, Tashkent city branch of RSSPMCOandR²

Topicality. The incidence of breast cancer (breast cancer), in recent years, has been steadily increasing. The histological form of the tumor is one of the traditional morphological factors for the prognosis of the clinical course of breast cancer. According to the WHO, the most common histological form of breast cancer is invasive ductal. It occurs in 59% of cases. The second most common breast cancer was the invasive lobular breast, which is 25%.

The aim of the study. Identification of the expression of molecular genetic markers and determination of their diagnostic significance for predicting the clinical course of breast cancer.

Material and methods. During the study, 42 patients of the Department of Mammology of the RSSPMCOR, who were diagnosed with stage 1-2 breast cancer, were included in the study group. All patients underwent a comprehensive examination in the center. To clarify the nature of the neoplasm of the mammary gland, a cor biopsy and histological examination were performed.

Results. In our study, estrogen receptors were detected in 53.5% of cases. Depending on the level of expression of ER, 3 groups of patients with different ER phenotypes of breast cancer were distinguished: ER-negative, ER-weakly positive and ER-positive. When comparing the REs selected by the expression level in the groups, it was found that metastatic lesion of the lymph nodes was significantly more often than single in the group of patients with ER-negative tumors, which was 59% compared to the group of patients with ER-positive tumors - 42%. The group of patients with ER weakly positive tumors did not differ from the other two groups in this indicator. The results of our study indicate that tumors with overexpression of the HER2neu oncoprotein have greater lymphogenous metastatic potential compared with tumors with negative HER2/neu.

Conclusions. Tumors with reduced PR expression are characterized not only by high expression of the HER2/neu oncoprotein, but also by an increased level of cell proliferative activity. The prognostic value of the content and level of expression (especially its decrease) in RP as a marker of an unfavorable prognosis and course of breast cancer is confirmed as a result of an integrated approach to this problem.

РАЗДЕЛ 10.

РАДИОЛОГИЯ.

РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ОБОРУДОВАНИЙ ДИСТАНЦИОННОЙ РАДИОТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Асатуллаев Б.Б., Абдужаппаров А.С., Зайнутдинов Н.О., Маматкулов И.Р., Хожаёров А.А.
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Ведущим методом лечения больных раком шейки матки в современных условиях является сочетанная лучевая терапия, как в самостоятельных радикальных программах, так и в качестве важного звена комбинированного и комплексного лечения более чем 80% больных данной локализации. Неуклонный рост запущенности злокачественных опухолей шейки матки, а также рост заболеваемости среди женщин молодого возраста диктуют необходимость разработки новых и совершенствования уже существующих методов сочетанного лучевого лечения.

Цель исследования. Улучшения непосредственных результатов лечения больных раком шейки матки путем внедрения современных оборудования и технологий на этапе дистанционной лучевой терапии при сочетанной лучевой терапии.

Материалы и методы. Данная работа основана на ретроспективном и проспективном анализе базы данных больных раком шейки матки, которым был проведен сочетанная лучевая терапия. Больные были разделены на две группы: исследуемая группа, 75 больных, которым в рамках дистанционного этапа лечения было выполнена 3D планирования объемов лучевого воздействия с использованием современных технологий лучевой терапии (IMRT и 3DCRT) и проведен курс ДЛТ (РОД 2 Гр, СОД 46 Гр) в комбинации с химиотерапией цисплатином 40 мг/м² введения один раз в неделю. В группу контроля было включено 80 больных, которым выполнена 2D планирования объемов лучевого воздействия. Курс ДЛТ проводилась в статистическом режиме на область малого таза с 4-х полей по методике Vox на кобальтовой установке с РОД 2 Гр до СОД 46 Гр в комбинации с химиотерапией. Всем пациенткам после окончания ДЛТ в промежутки от 1 до 6 недель проводили внутриволостную лучевую терапию. Основным оцениваемый показатель – степень тяжести ранних лучевых повреждений и частоту клинического ответа опухоли, развития местных рецидивов.

Результаты. В условиях отделения радиационной онкологии ТГФ РСНПМЦОиР в период с 2018 по 2021 гг. получили сочетанную лучевую терапию 155 пациенток. Промежуток между ДЛТ и ВПЛТ в исследуемой группе составила в среднем $13,9 \pm 0,5$ дней а в группе контроля $25,9 \pm 1$ дней, $p=0,0001$. Лучевые повреждение III и IV степени зарегистрирована у 5 (6,67%) больных в исследуемой группе и у 18 (22,5%) больных в группе контроля, $p=0,006$. Регресс опухоли оценивалась по критерии RECIST 1.1. Полная регрессия опухоли отмечалось у 84% больных в исследуемой группы и 72,5% в группе контроля, $p=0,067$. Частичная регрессия у 13,4% и 22,5% соответственно, $p=0,078$. Стабилизация у 1,3% и 3,75% соответственно, $p=0,66$. Прогрессия заболевания у 1,3% и 1,25% соответственно, $p=0,96$. Медиана времени без прогрессирования составила $21,4 \pm 5,4$ месяцев. В основной и в группе контроля зарегистрировано 4,2 и 3,8% рецидивов соответственно, $p=0,954$, OR=1,05 (95% ДИ от 0,21 до 5,22).

Выводы. Таким образом, благодаря современным технологиям и оборудованием лучевой терапии удалось статистически значимо ($p=0,0001$) уменьшить время между курсами ДЛТ и ВПЛТ. Ранние лучевые повреждения такие как лучевой ректит, цистит и эпителиит III и IV степени тяжести статистически значимо меньше наблюдалось в исследуемой группе 6,67% против 22,5% в группе контроля $p=0,006$.

ОПЫТ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ РИДИОХИРУРГИИ НА ЛИНЕЙНОМ УСКОРИТЕЛЕ ELEKTA INFINITY ПРИ МЕТАСТАЗАХ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ

Алимов Ж.М., Каримова Н.С., Цой М.А.

РСНПМЦОиР

Цель. Оценить эффективность и токсичность SRS, SRT у пациентов с метастазами в головной мозг.

Материалы и методы. Пролечено 6 пациентов с метастазами в головной мозг, в возрасте от 36 до 68 лет; мужчин – 1, женщин – 5, с жалобами неврологического дефицита. Критерии включения: подтвержденные метастазы в головной мозг по данным МРТ, количество очагов поражения не более 4, адекватный контроль первичного очага. Предлучевая подготовка: оконтуривание мишеней осуществлялось с помощью наложения изображений КТ-МРТ («image fusion»). Выбор дозы облучения и ограничения по критическим органам устанавливались по протоколам и рекомендациям NCCN v. 2020. План лечения считается приемлемым, если планируемый объем облучения более 95 % предписанной дозы.

Предписанная доза на очаг 12-16 Гр за 1-5 фракции, объем мишени составил 20-60 см³. Процедура проводилась на линейном ускорителе Elekta infinity с 4-мм многолепестковым коллиматором, оснащенным системой КТ с коническим пучком для визуального контроля. При облучении использовалась модулированная по объему аркусная радиотерапия (VMAT). Допустимые погрешности укладки пациента при линейном смещении до 1,0 мм, угол ротации до 0,1°. Продолжительность одного сеанса ЛТ составила – 8-20 минут.

Результаты. Пациенты перенесли запланированный курс лечения удовлетворительно, ранняя токсичность не превышала 2 степени: у 1 пациента – тошнота, не выявлено нарастания имеющегося неврологического дефицита или появления новых неврологических симптомов. Из 6 пациентов 5 живы, 5 продолжают наблюдение более 6 мес., 1 скончался от прогрессирования основного заболевания через 3 месяца после облучения.

Выводы. Методика SRS, SRT пациентами переносилась удовлетворительно, отмечено отсутствие клинически значимых токсических реакций, значительное сокращение сроков лечения пациентов. Ведется дальнейшая работа по оценке эффекта лечения, выработке критериев отбора пациентов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОБЛУЧЕНИЯ ПИГМЕНТНОГО ВОРСИНЧАТО-УЗЛОВОГО СИНОВИТА

Алимов Ж.М., Каримова Н.С., Цой М.А.

РСНПМЦОиР

Цель. Оценить эффективность послеоперационной лучевой терапии.

Материалы и методы. Пролечена 1 пациентка с ПВУС коленного сустава слева. Возраст – 29 лет. Критерии включения: наличие четырех подтвержденных рецидивов в анамнезе. Предлучевая подготовка: укладка и планирование пациентки было осуществлено на вакуумном матрасе с индексированной фиксацией. Оконтуривание мишени осуществлялось путем наложения изображений КТ-МРТ («image fusion»). План лечения считается приемлемым, если планируемый объем облучения получен свыше 95 % предписанной дозы. Разовую дозу выбрали 1.8 Гр. Предписанная доза на очаг эквивалентна 39,6 Гр за 1-5 фракции. Лечение проводилось на линейном ускорителе Elekta infinity, оснащенной системой КТ с коническим пучком для визуального контроля. При облучении использовалась конформная трехмерная радиотерапия (3D CRT). Допустимые погрешности укладки пациента – линейное смещение до 5 мм. Продолжительность одного сеанса ЛТ – 5 минут. После курса лечения было рекомендовано ограничить нагрузку на коленный сустав в течение 6 месяцев.

Результаты. Пациентка перенесла запланированный курс лечения удовлетворительно, отмечался сухой дерматит, боли уменьшились, подвижность коленного сустава сохранилась проведен контроль МРТ коленного сустава через 3-6-12 месяцев.

Выводы. Методику облучения коленного сустава при ПВУС после операции можно считать эффективным. Безрецидивный период составил 2,5 года.

ДИНАМИКА ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИЕ РАДИОЛОГИИ ТГФ РСНПМЦОиР

Алимова З.А., Маматкулов И.Р.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Лучевое лечение, важная составляющая комплексно-комбинированного лечения многих злокачественных нозологий (Линдберг 1971, Давыдов 2008), которое осуществляется в Республике Узбекистан в условиях государственных учреждений. В г. Ташкенте лучевое отделение существует со дня организации диспансера – с 1971 года, и обеспечивало классическую триаду лучевого воздействия: дистанционное, внутритопочное и близкофокусное. Дистанционный метод востребован как для облучения опухоли и регионарные зоны метастазирования, так и для паллиативного облучения рецидивов и метастатических очагов в костях скелета – проводился аппаратом ДТГ – Терабалт (2010 год, Чехия); внутритопочное лечение проводится аппаратом BEBIG (2012 год, Бельгия); близкофокусное лечение проводится двумя аппаратами РУМ-7, РЕНТГЕН-ТА (2071 год, Россия).

Цель: определить динамические сдвиги в объеме и качестве пролеченных больных с 2017 года по 2021 год.

Материалы и методы: сравнены данные Лучевого регистра ТГФ РСНПМЦОиР, за 2017 г и 2021 год. Если в 2017 году аппаратура работала в режиме перегрузки, то в 2021 году эксплуатация дистанционного оборудования снизилась на 44,7% и составив 1147 пролеченных.

Результаты. В 2017 году Ташкентский городской онкологический диспансер считался одним из главных республиканских центров лучевой терапии, на базе которого получило лучевое лечение 2-х тысяч человек (1961 пациент). В 2021 году процент иногородних онкологических больных, пролеченных на лучевом оборудовании, уменьшилось почти в 12 раз (169 пациентов) и снизился до 11,1%. Режим перегрузки не только вызвал частые сбои в работе оборудования и потере работы оборудования до 1200 рабочих часов лучевого лечения в 2017 году, но его последствие чувствовались и 5 лет спустя.

При анализе динамических изменений в нозологической структуры, установлено смена лидерства: так если в 2017 году первой нозологией в этом плане был рак шейки матки – 22,4% от всех пролеченных, то в 2021 году объем пролеченных снизился вдвое - 12,8%, и уступил первенство раку молочной железы (2017 г. – 21,1%, 2021 г. – 29,3%). В пятерку лидеров систематически входил рака кожи (16,7% и 15,0%) и тела матки (7,9% и 9,6%). Пятое место в структуре пролеченных периодически занимали злокачественные опухоли головы-шеи (7,1% и 7,2%) и головного мозга (4,9% и 9,3%).

Заключение: за 5 лет работа лучевого оборудования Ташгоронкоцентра максимально перенаправлена на нужды столичных пациентов, что уменьшило амортизационное давление, и уменьшение простоя оборудования. Снижение потока нерезидентных пациентов привело к соответствию структуры пролеченных больных к нуждам прописного населения.

ЗНАЧЕНИЯ ЭКСТРАМУРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ИНВАЗИИ НА МРТ ПРИ РПК В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Ахмедов Б.Р., Исламов Х.Д., Ярматов М.Б.

Ташкентская медицинская академия, РСНПМЦОиР

Цель работы. Экстрамуральная венозная инвазия (mrEMVI) как один из МРТ-предикт признак в диагностике, прогнозирования возможного местного и отдаленного рецидива после мультидисциплинарного лечения РПК в онкоколопроктологии.

Материалы и методы. Нами изучены МРТ-данные органов малого таза 68 пациентов от 30 до 80 лет, в период с 2019 по 2021гг. с РПК Т3-4N0-2M0-1, mrT2-4 EMVI(+/-). Всем пациентам

проводили исследования органов малого таза на МР-томографах GEOptimaMR450w, с индукцией магнитного поля 1,5 Тл, толщиной срезов 3-4мм, FOV 160-210 мм, matrix 256x256, TR>3,000, TE 80-100, протокол сканирования с основной диагностической последовательностью T2 FSE: Sag T2- ВИ Cor T2- ВИ Ax T2- ВИ Ax T1- ВИ, HRAxT2- ВИ короткая ось и длинная ось. В процессе работы определены критерии mrEMVI признаки: 1) Расширения калибров параректальных сосудов; 2) Наличие в просвете параректального сосуда ткани, сходной по сигнальным характеристикам с опухолью; 3) Прямая пенетрация стенки параректального сосуда опухолью. Наиболее специфичными признаками EMVI являлись: контактная пенетрация сосудистой стенки опухолевой тканью (чувствительность -83%, специфичность -100%); опухолевая ткань в просвете сосуда на T2-ВИ и DWI (чувствительность -91,6%, специфичность -94,2%). При комплексном использовании трёх выделенных критериев венозной инвазии диагностические показатели метода МРТ составили: чувствительность -82,9%, специфичность -88%, а точность 91%.

Вывод: При этом в группе EMVI(+) отмечено гематогенное метастазирование у 42 больных (60%), а в группе у 8 пациентов (17%), что явилось достоверно значимым фактором ($p<0,05$). При анализе данных 3 летней выживаемости с mrEMVI+ и mrEMVI- критериями прослеживались весомые различия исходов заболевания, соответствующей 43% при положительной и 78%. При оценке мпМРТ с вычислением mrEMVI(+) и mrEMVI(-) возможно прогнозировать рецидива процесса заболевания после мультидисциплинарного лечения РПК. Выявление mrEMVI(+) может рассматриваться как независимый неблагоприятный прогностический фактор возможного рецидива и отдаленного метастазирования опухоли, что необходимо учитывать при планировании лечения.

РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Бабажанова Н.З., Утемуратов Я.Ю., Толипов Р.Н., Остонова М.М.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель: изучить эффективности лучевой терапии при метастазах рака молочной железы.

Материал и методы: для изучения эффекта лучевой терапии у женщин костными метастазами рака молочной железы (РМЖ) была сформирована группа из 21 пациенток. Средний возраст больных в группе составил $49,2\pm 12,0$ лет (от 49 до 62 лет). Первично диагностирована I стадия РМЖ у 6 больных, II ст – у 6, III ст – у 9. Время, до метастазирования опухоли в кости, составляло $11,5\pm 12,0$ мес. Костные метастазы локализовались в позвонках у 8 больных, в костях тазобедренного сустава у 6, в костях таза у 4, в костях крестца у 2, на ребре у 1 больного. Гистологически у 3 больных диагностирован дольковый РМЖ, у 17 – протоковый и у 1 – другие формы. При проведении γ -терапии использовали одно- или двухпольные варианты фотонной терапии (1,2–6 Мэв). Различные отделы позвоночника чаще облучали с одного прямого заднего поля, любую половину таза – с переднего и заднего противоположащих полей, а крестец в случае изолированного его поражения – с двух боковых направлений под углом 45–50°. Применяли дозу облучения 20 Гр за 4 фракции по 5,0 Гр. Для оценки опухолевого ответа использовали рекомендации RECIST. Для анализа субъективного эффекта лечения использовали шкалу боли Watkins. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты: объективный эффект лечения оценивали в сроки 8, 12 и 20 нед. от начала лечения. Через 8 нед. полный ответ и прогрессирование не наблюдались. Частичный ответ отмечен (относительная частота (11–52,4%), больных и стабилизация (10–47,6%) больных через 8 нед. от начала лечения в равных долях. Через 12 нед. выявлены пациенты с прогрессированием заболевания 9,4%. Различие распределений частот для выборок в сроки 8 и 12 нед. статистически значимо ($p_1=0,001$). Также статистически значимо различия между сроками наблюдения в 8 и 20 нед. ($p_2=0,006$), когда доля прогрессирования увеличивается до 18,1%. Не выявлено статистически значимого различия между распределениями частот критериев

RECIST для сроков 12 и 20 нед. ($p=0,611$). Доля пациентов с улучшением показателей была равна 7,2%, с ухудшением – 25,3%. Обезболивающий эффект в целом был достигнут у 18 (85,7%) больных. После лечения субъективный эффект расценивали как полный, частичный или его отсутствие. В подгруппе со слабой болью ответ на лечение зарегистрирован у всех 5 больных, из них у 3 – полный и у 2-х – частичный. В подгруппе с умеренной болью полный эффект выявлен у 7 (63,6%) женщин, частичный эффект – у 3 (27,3%), отсутствие эффекта – у 1 (9,09%). В подгруппе с сильной болью полный эффект выявлен у 3 (60%) женщин, частичный – у 1 (20%), отсутствие эффекта – у 1 (20%) пациенток.

Выводы. Лучевая терапия является эффективным методом лечения костных метастазов РМЖ с болевым синдромом, значительно улучшает качества жизни пациенток за счет хорошего обезболивающего эффекта.

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ В ДЖИЗАКСКОМ ФИЛИАЛЕ РСНПМЦОИР

Газиев Л.Т., Саидов Э.М.

Джизакский филиал РСНПМЦОИР

Актуальность. Безусловно, новая инфекция COVID-19 не обошла стороной онкологических больных. В этот период особого внимания требуют пациенты из группы риска (пожилые люди), а также больные, которые получают лучевую терапию по поводу злокачественных образований. На данный момент насущным вопросом является, как быть со специализированным лечением больных? Лучевое лечение пациентов с опухолями головного мозга имеет свои особенности, которые зависят от гистологического типа новообразования и общего состояния больного после проведенного хирургического лечения. Если лечение во время пандемии

было начато, то нежелательно его прерывать и очень важно не увеличивать период прохождения терапии.

Цель. Предоставить информацию о возможности проведения лучевой терапии в режиме гипофракционирования у больных со злокачественными опухолями головного мозга в период пандемии в Джизакском филиале РСНПМЦОИР.

Материал и методы. В период пика пандемии в нашем филиале нами было проведено лучевое лечение 13 больным с опухолями головного мозга различных гистологических типов. Всем больным при поступлении в стационар проводились ПЦР-тест и МСКТ легких, которые не показали определенных изменений. У 2 больных из 13, при отрицательном результате теста на COVID-19, МСКТ-исследование легких указало на картину перенесенной бронхопневмонии вирусного генеза.

Результаты. В период пандемии мы, радиологи, были вынуждены изменить количество укладок, тем самым, усилить сопроводительную терапию и меры безопасности по предотвращению инфицирования больных COVID-19. Лучевая терапия больным проводилась в режиме гипофракционирования, в зависимости от биологической активности опухоли, учитывая риск внутрибольничного и внебольничного инфицирования COVID-19. При поступлении в стационар у исследованных больных отсутствовали симптомы вирусной инфекции COVID-19. Этим больным лучевая терапия проводилась независимо от результатов дополнительных обследований с усиленной сопроводительной терапией, как противоотечной, так и с целью повышения иммунитета. Всем 13 больным режим гипофракционирования лучевой терапии выполнялся по стандарту: 1. Глиобластома G-IV с 2,7 Гр до 40 Гр с ХТ при индексе Карновского 80%. При индексе Карновского 60% лучевое лечение в режиме от 5,0 Гр до 25 Гр без ХТ. При индексе Карновского 50% назначали только ХТ или поддерживающую терапию. 2. Менингиома G1. GII. При опухолях этого типа больным рекомендовали наблюдение или лучевую терапию в режиме 5 Гр.5 фракций.

Выводы. Принимая во внимание появление новых рекомендаций по лучевой терапии онкологических больных в условиях пандемии COVID-19, важно определить правильный подход к выбору лечения у больных злокачественными заболеваниями головного мозга в период пандемии и использовать модифицированные режимы лучевой терапии в этих непростых условиях для всей страны.

ЗНАЧЕНИЕ МРТ ПРИЗНАКА ЭКСТРАМУРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ИНВАЗИИ С МЕТАСТАЗИРОВАНИЕМ В ЛАТЕРАЛЬНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Исламов Х.Д., Ахмедов Б.Р., Ярмагов М.Б.

РСНПМЦОиР, Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: оценка корреляционной связи mrEMVI+ с риском метастазирования в латеральные лимфатические узлы (ЛЛ) для улучшения результатов диагностики рак прямой кишки (РПК) путём выявления неблагоприятных прогностических факторов латерального метастазирования как причина рецидива после оперативного лечения.

Материалы и методы. Всем пациентам проводили МРТ-исследования органов малого таза на МРТ-аппарате GEOptimaMR450w, с индукцией магнитного поля 1,5 Тл, толщиной срезов 3-4мм, FOV 160-210 мм, matrix 256x256, TR>3,000, TE 80-100, протокол сканирования с основной диагностической последовательностью T2 FSE: Sag T2- ВИ Cor T2- ВИ Ax T2- ВИ Ax T1- ВИ, HRAxT2- ВИ короткая ось и длинная ось. Критерии поражения лимфатических узлов на МРТ: 1) Форма: на T1, T2-взвешенных изображениях округлая форма - признак злокачественности, бобовидно-овоидной формы чаще всего обладают доброкачественностью; 2) Структура: неравномерная интенсивность структуры на T2, центральная повышенная интенсивность сигнала на T2-взвешенных изображениях и изо- или гипоинтенсивность сигнала при T1-взвешенных изображениях, DWI повышенной, ACD карта пониженной интенсивности сигнала; 3) Контуры: неровность контура лимфатического узла. Проведен анализ данных 66 пациентов, страдающих РПК, проходивших лечение в отделении колопроктологии от 30 до 80 лет, в период с 2019 по 2021гг. с РПК mrT3-4N0-3M0-1, mrEMVI(+/-). В нашем исследовании у 28 пациентов при диагностике mrEMVI+ наблюдалось 54% поражения ЛЛ, напротив при mrEMVI- у 38больных отмечалось 5,6% случаев mrN+.

Вывод. Встречаемость mrEMVI+ при N0 статусе в 14,9% случаев, а при N1 и N2 - 35,5 и 65,3%, соответственно. При наличии поражения латеральных лимфатических узлов, пятилетняя выживаемость при раке прямой кишки составляет не более 45%, тогда как отсутствие их поражения дает возможность говорить о 78% выживаемости и более. Метастатическое поражение ЛЛ встречается чаще при mrEMVI+, обратное наблюдается при отсутствии этого признака. Выявление mrEMVI(+) и изменения ЛЛ может рассматриваться как неблагоприятный прогностический фактор возможного лимфогенного метастазирования и локального рецидива опухоли, что необходимо учитывать при планировании оперативного лечения.

МЕТОДЫ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КРАНИОСПИНАЛЬНОМ ОБЛУЧЕНИИ ДЕТЕЙ

Ибрагимов Ш.Н.¹, Полвонов С.Р.², Мусаев Д.Б.¹, Каримов Ш.П.¹, Рашидова Л.Т.¹,

Хакназаров М.²

РСНПМЦОиР¹, Национальный университет Узбекистана имени Мирзо-Улугбека²

Актуальность: краниоспинальное облучение (КСО) является одним из технически сложных процессов при планировании и проведении лучевой терапии, методом лечения с помощью IMRT, у пациентов детского возраста.

Цель: Разработать технику КСО с трехуровневым изоцентром для облучения большого объема мишени сложной формы, учитывая равномерную дозу на стыках полей, максимальный охват опухолевого процесса и минимальную нагрузку на органы риска.

Материалы и методы. Для дозиметрической оценки были отобраны 10 пациентов, получавших лечение методом IMRT, рассчитанном на планирующей системе Monaco 5.11.03. КТ-изображения от макушки до копчика были получены на мультисрезовом КТ сканере [SOMATOM Definition AS](#) 20 с толщиной срезов 3 мм. С целью полного подведения дозы на весь запланированный объем за 1 сеанс были подобраны 3 изоцентра - A, B и C, координаты которых по осям x и z одинаковы. На изоцентр A, находящийся на уровне головного мозга подведены 7 полей (180 °, 135 °, 95 °, 50 °, 320 °, 280 ° и 220 °). На изоцентры B и C, расположенные на разных уровнях спинного мозга подобраны по 3 поля (180 °, 135 °, 225 °) на каждый изоцентр соответственно. Расстояние между изоцентрами составляет по 25 см и при этом обязательно учитывается, что сумма всех полей не должна превышать всю длину облучения в 80 см. Поля каждого изоцентра нахлестываются друг на друга на 2-3 см на уровнях стыков полей, что позволяет контролировать горячую или холодную зону на этих стыках. Размеры полей при этом одинаково фиксированные.

Результаты: диапазон индекса соответствия CI составил 0.81 (0,71–0,94). Средний индекс гетерогенности: 1,09 (1,03–1,011). Значительное снижение средних и максимальных доз наблюдалось в зрительных нервах, глазах, щитовидной железе, сердце, пищеводе и в почках.

Выводы. Технология IMRT позволяет получить лучший индекс соответствия (CI) и индекс гетерогенности (HI), также снижает сложность планирования и реализацию расчетного плана. Однако при этом из-за сложности укладки увеличивается риск ошибок у стыков полей, увеличивается время лечения детей, получающих наркоз перед облучением. Это все в дальнейшем требует разработать более оптимальные методы для точных расчетов КСО.

NUR TERAPIYASIDA IMPLANTLI BEMORLARDA DOZALAR TAQSIMOTI

Ibragimov.Sh.N.¹, Polvonov.S.R.², Karimov.Sh.P.¹, Musaev.D.B.¹, Haqnazarov M.²

Respublika Ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi¹, Mirzo Ulug'bek nomidagi O'zbekiston Milliy Universiteti²

Nur terapiyasi zarur bo'lgan bemorlarga dozani hisoblashning bir necha usullari va algoritmlari mavjud. Bu algoritmlar yordamida dozani hisoblashda muammo tug'diradigan tomonlari bor. Shu muammolardan biri nur berish sohasida implant mavjud bo'lgan bemorlarga doza hisoblashdir.

Maqsad. Nur terapiyasi zarur bo'lgan implantli bemorlarga nur berishda dozalar taqsimotini muvofiqlashtirish.

Material va metodlar. Bemorlarda dozalar taqsimotini (DT) hisoblash uchun PTV (Planning target volume) ning geterogenligini hisobga olishimiz va nisbiy elektron zichligini (ρ_{rel}) bilishimiz zarur.

Nisbiy elektron zichliklar suvning elektron zichligiga nisbatan olinadi, $\rho_{e,H_2O} = 3.34 \times 10^{23} (sm^3)^{-1}$.

Bu ishning tadqiqot ob'ekti Ti-6Al-4V, Ti-6Al-7Nb lardan tashkil topgan implantlar (son suyagi implanti). Ti-6Al-4V ning 90% Ti, 6% Al, 4% V lar tashkil qiladi. Ti-6Al-4V ning elektron zichligi

$\rho_{e,Ti-6Al-4V} \times 12.193 \times 10^{23} (sm^3)^{-1}$ va $\rho_{rel,Ti-6Al-4V} = 3.650$. Ti-6Al-7Nb ning 87% Ti, 6% Al, 7% Nb lar tashkil qiladi. Ti-6Al-7Nb ning elektron zichligi $\rho_{e,Ti-6Al-7Nb} \times 12.512 \times 10^{23} (sm^3)^{-1}$ va

$\rho_{rel,Ti-6Al-7Nb} = 3.746$.

Tadqiqot 6 MeV energiyali foton nurlari modelidan foydalangan holda Monaco dasturida 11 nafar bemor uchun DTni hisoblash orqali olib borildi. Taqiqotni amalga oshirish rejasi, bir martalik doza 7Gy va 1 fraksiyadan iborat, nur berish burchaklari 0° va 180° (bu reja davolash uchun qo'llanishga tavsiya etilmaydi). Dastlab PTV sohasidagi implantning ρ_{rel} lar hisobga olinmasdan ($V_{1,D95}$ p 80% V_{PTV}), keyin ρ_{rel} hisobga olinib ($V_{2,D95}$ p 72% V_{PTV}) DT hisoblandi. Natijalar shuni

ko'rsatdiki, implantlarning ρ_{rel} si hisobga olinganda DTning keskin o'zgarishi aniqlandi. Hisoblangan DT haqiqatdan bemorda bo'ladigan DT dan keskin farq qilishi kuzatildi. Implantning ρ_{rel} si hisobga olinmasa DTning xatoligi 10% dan katta bo'lishi aniqlandi.

Xulosa. Agar nur berilayotgan sohaning geterogenligi hisobga olinmasa bemor uchun hisoblangan doza noto'g'ri bo'ladi. Hisoblangan DT bilan bemorda bo'ladigan DT o'rtasida katta farq bo'ladi va PTV zarur bo'lgan dozani olmaydi.

РАДИОТЕРАПИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Исхаков Д.М., Цай Н.Р., Маматкулов И.Р., Хаитова Н.Х., Исламов Ф.С.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Цель: профилактика риска заражения онкологических больных вирусом SARS-CoV-2 посредством сокращения курса лучевой терапии методом гипофракционирования.

Материалы и методы: с введением карантинных мероприятий в Республике Узбекистан начиная с 23 марта 2020 года в целях уменьшения времени нахождения онкологических пациентов в условиях отделения лучевой терапии ТГФ РСНПМЦОиР, был принят новый протокол ведения пациентов по методу гипофракционирования, рекомендованный МАГАТЕ-ВОЗ, заключающийся в облучении укрупненными разовыми дозами 2,67 Гр, что позволяло сократить количество необходимых фракций от 16 до 20. За текущий период было пролечено 14 больных РМЖ. Средний возраст пациенток составил $47,6 \pm 6,62$ года. 6 (43%) пациенток, после радикальной мастэктомии, получили облучение на область послеоперационного рубца и на зоны регионарных лимфатических узлов $R_D=2,67$ Гр, 5 фракций в неделю ($n=16$ фракций) $CO_D=42,72$ Гр. В 8 (57%) случаях, после органосохранных операций, облучению были подвергнуты область молочной железы, послеоперационной рубец и зона регионарных лимфатических узлов $R_D=2,67$ Гр, 5 фракций в неделю ($n=15$ фракций), $CO_D=40,05$ Гр и доведение CO_D до 53,4 Гр на ложе опухоли облучением boost $R_D=2,67$ Гр, 5 фракций, $CO_D=13,35$ Гр, посредством методики IMRT на линейном ускорителе Elekta "Synergy" с использованием 3D планирования.

Результаты: имеются существенные доказательства в поддержку исключения лучевой терапии среди определенных подгрупп пациентов с раком молочной железы с благоприятным риском, а также сокращения или ускорения схем лечения среди других. Предложенная методика облучения позволила достичь не менее 95% изодозного распределения на не менее 95% объема опухоли ($p<0,05$). В связи с комформностью облучения, доза на органы риска не превышала предельно допустимое значения согласно протоколу QUANTEC. Оценка ранних лучевых реакций со стороны здоровых тканей не показало различий в их степени выраженности в сравнении с традиционной методикой облучения ($p<0,05$).

Выводы: применение метода гипофракционирования, у больных РМЖ, позволяет достигать радикальной дозы облучения без увеличения процента лучевых реакций, тем самым сокращая дни лучевой терапии, что является актуальным в условиях пандемии COVID-19.

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИПОЛОСТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НА АППАРАТЕ ФЛЕКСИТРОН В РАДИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ КАРАКАЛПАКСКОГО ФИЛИАЛА РСНПМЦОиР

Курбанов М.И., Махмутов М.А., Жолдасбаев А.М., Нурманова Т.Т.

Каракалпакский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. В отделении радиологии был приобретен внутриволостной аппарат лучевой терапии Флекситрон (2019г 18 ноября производства Нидерландия). После установки аппарате лечебная работа начата с декабря месяца 2020года.

Цель. За этот период в отделении радиологии была анализирована эффективность применения внутрисполостной лучевой терапии на аппарате Флекситрон у больных с диагнозом рак шейки матки, рак тела матки, рак влагалища и рак пищевода с 08.12.2020г по 19.04.2022г.

Материалы и методы. Анализ прогноза заболевания рака шейки матки позволила оценить эффективность внутрисполостной лучевой терапии и представляет большой интерес улучшения медианы выживаемости больных с раком шейки матки и снижения прогрессирования заболевания в более запущенных стадиях. За указанный период был с декабря 2020г. по апрель 2022г. в отделении Радиологии внутрисполостную лучевую терапию на аппарате Флекситрон получили лечение общий 365 больных из них 265 больных с диагнозом рак шейки матки с II-III стадиями заболевания получили РОД 5 Грей в неделю 2 фракции общий би и 7 фракции СОД экв 86-88 Грей. 35 больных с диагнозом рак тела матки II-III стадиями стадиями заболевания состояние после операции экстирпации матки с придатками получили РОД 5Грей в неделю 2 фракции общий 6 фракции СОД экв 77Грей. 45 с диагнозом Рак влагалища III стадиями заболевания получили РОД 5Грей 2фракции неделю 6 фракции СОД экв 85Грей. 11 с диагнозом Рак пищевода III стадиями заболевания РД 7 грей 1 фракция за неделю общий 3 фракции СОД экв 70Грей. 9 с диагнозом Рак прямой кишки II стадиями заболевания РД 5Грей 1 фракция за неделю общий 6 фракции СОД экв 88Грей.

Выводы. Применение внутрисполостной лучевой терапии на аппарате Флекситрон в радиологическом отделении Каракалпакского филиала Республиканского медицинского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии за указанный период осложнений лучевой терапии и рецидива заболевания не отмечалось.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕНОСИМОСТИ МЕТОДА НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Медведева А.С., Шмак А.И., Мартынов Е.П., Ерзинкян Ф.В., Котов А.А., Шишло И.Ф., Отченаш С.В., Брашевец М.С.

РНПЦ онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Определить переносимость предложенного метода НХЛТ с целью улучшения результатов лечения пациентов, страдающих резектабельным раком поджелудочной железы I-III стадий.

Материалы и методы. В исследование включены 96 пациентов с I-III стадиями РПЖ согласно критериям отбора, клинический статус ECOG 0-1. В указанной группе пациентам проводилось комплексное лечение: перед операцией дистанционная объемная (3D) конформная лучевая терапия разовой очаговой дозой (РОД) 4 Гр, суммарной очаговой дозой (СОД) 32 Гр на фоне перорального приема фторафура 1200 мг/сут. Хирургическое лечение выполнялось в течение 1-5 суток после завершения химиолучевой терапии.

Результаты. НХЛТ проведена всем пациентам в полном объеме в запланированные сроки. Токсичность оценивалась согласно Шкале токсичности CT CAE v5.0 за 2017г. Побочные эффекты отмечались у более чем 50% пациентов в исследованной группе. Побочные эффекты НХЛТ III степени токсичности зарегистрированы у 8 ($8,0 \pm 3,8\%$), в т.ч. тошнота и рвота у 5 ($4,5 \pm 3,5\%$), гематотоксичность у 4 ($4,2 \pm 2,6\%$) пациентов. IV степень токсичности не зарегистрирована. Летальных исходов, связанных с лечением, не было. Досрочное прекращение лечения наблюдалось у 36 ($36,9 \pm 3,3\%$) пациентов, причем из-за токсичности лечения у 13 ($13,4 \pm 2,1\%$).

Вывод: переносимость предложенного метода НХЛТ резектабельного РПЖ может считаться удовлетворительной.

ТЎҒРИ ИЧАК САРАТОНИДА АМАЛИЁТ ОЛДИ НУР ТЕРАПИЯ ЎТКАЗИЛГАНДАН КЕЙИНГИ КЛИНИК НАТИЖАЛАР

Носиров А.Р.

РИОВАРИАТМ НАМАНГАН ВИЛОЯТ ФИЛИАЛИ

Мақсад: тўғри ичак саратонида даво стандарти ҳисобланган амалиёт олд нур терапия усуллари таққослашдан иборат.

Материал ва даво услублари: РИОваРИАТМ Наманган вилоят филиалида 2016-2021 йилларда тўғри ичак саратони билан касалланган 24 нафар беморда амалиёт олд нур терапия ўтказилган, беморларни морфологик ҳулоса натижаси аденокарцинома бўлиб, саратонга клиник таъхис сТЗ-4N0-1M0 қўйилган ва ўсма резектабел деб ҳисобланган. 19-50 ёшлардаги беморларда АГАТ Р-1 аппаратида нур терапия ўтказилган ва натижалар ўрганилган.

Беморлар 2 гуруҳга ажратилган: 1-гуруҳ: 12 та бемор амалиёт олд нур терапия тўғри ичак, ўсмаси ва параректал клетчатка билан қамралган ҳолда РОД-5,0 Гр, СОД-25,0 Гр, 5 фракция/хафтасига; 2-гуруҳ: 12 та бемор амалиёт олд нур терапия тўғри ичак, ўсмаси ва параректал клетчатка билан қамралган ҳолда РОД-3,0 Гр, СОД-36,0 Гр, 5 фракция/хафтасига, ўтказилган.

Текширувлар натижалари: 1-гуруҳда: даволаш мобайнида назорат қон умумий таҳлили ўтказилганда қон кўрсаткичлари кескин камайиши 5 та (41,6 %), нурлантириш майдонларида турли даражада иккиламчи эпителилар юзага келиши 4 та (33,3 %), нур терапиядан кейинги иккиламчи цистит 1 та (8,3 %) беморда кузатилган, 2 та (16,6 %) бемор нур терапияни асоратсиз олган;

2-гуруҳда: даволаш мобайнида назорат қон умумий таҳлили ўтказилганда қон кўрсаткичлари кескин камайиши 1 та (8,3%), нурлантириш майдонларида иккиламчи эпителилар юзага келиши 1 та (8,3 %) беморда кузатилган, 10 та (83,4%) бемор нур терапияни асоратсиз олган.

Ҳулоса. Тўғри ичак саратони билан касалланган беморларда амалиёт олд нур терапия ўтказилганда РОД-5,0 Гр, СОД-25,0 Гр, 12 та (83,3 %) беморда, РОД-3,0 Гр, СОД-36,0 Гр эса 2 та (16,6 %) беморда турлича асоратлар кузатилган. Тўғри ичак саратони билан касалланган беморларда ўтказилган таҳлилларга асосан 2-гуруҳдаги беморларни 1-гуруҳдаги беморларга таққослаганда нур даводан кейинги асоратлар 6 марта камлиги аниқланди.

ҚИЗИЛЎНГАЧ САРАТОНИДА НУР ТЕРАПИЯСИ ЎТКАЗИЛИШИДА РАДИОПРОТЕКТОР СИФАТИДА ХИМИОТЕРАПИЯ ҚўЛЛАНИЛИШИ НАТИЖАЛАРИ

Носиров А.Р., Ҳамроқулов С.К.

РИОВАРИАТМ НАМАНГАН ВИЛОЯТ ФИЛИАЛИ

Мақсад: қизилўнгач саратонида нур терапияси ўтказилишида радиопротектор сифатида химиопрепаратлар қўллаб даволаш натижаларини яхшилаш.

Материал ва услублар: 2016 -2021 йилларда даволанган 86 нафар беморлар касаллик тарихлари таҳлил қилиниб, беморлар 2 гуруҳга ажратилган: 1-гуруҳ: нур терапия СОД-60 Гр + 2 курс ПХТ (Цисплатин 75 мг/м² в/и в 1-й кун + Фторурацил 1000 мг/м² в/и в 1-4-кунлар) олган 66 нафар (76,7 %) бемор; 2-гуруҳ: фақат Нур терапия СОД-60 Гр олган 20 нафар (23,3 %) бемор. Қизилўнгач саратони билан касалланган 86 нафар беморлар қуйидагича морфологик верификация қилинган эди: - ясси ҳужайрали рақ - 72 (83,7%) бемор, - аденокарцинома – 14 (16,3 %) бемор.

Натижалар: даволаш натижалари қуйидаги критерийлар асосида баҳоланди: бирламчи ўчоқ ўлчами кичрайиши (бирламчи ўчоқ ўлчами даво тугагандан сўнг 3 ой ўтиб баҳоланди) ва яшовчанлиги. Қизилўнгач рақи билан касалланган 86 нафар бемордан 2 курс ПХТ + Нур терапия ўтказилган 66 (100 %) нафар беморда қуйидаги натижалар кузатилди: 1. тўлиқ эффект -12 (18,2 %); 2. қисман эффект -28 (42,4 %); 3. стабилизация -25 (37,9 %); 4. прогрессия –1 (1,5%). Яшовчанлик:

1. 1 йилгача- 15 (22,8 %);

2. 3 йилгача -29 (43,9 %);
3. 3 йилдан ортиқ-22 (33,3 %).

Қизилўнғач раки билан касалланган 86 нафар бемордан фақат нур терапия олган 20 (100 %) нафар беморда қуйидаги натижалар кузатилди:

1. тўлиқ эффект - 2 (10,0 %);
2. қисман эффект - 2 (10,0 %);
3. стабилизация - 5 (25,0 %);
4. прогрессия – 11 (55,0 %).

Яшовчанлик:

1. 1 йилгача- 10 (50,0 %);
2. 3 йилгача - 6 (30,0 %);
3. 3 йилдан ортиқ - 4 (20,0 %).

Хулоса: Химио-нур терапия олган беморларда 3 йилгача ва 3 йилдан ортиқ бўлган яшовчанлик кўрсаткичлари фақат нур терапия олган беморларга нисбатан деярли 1,5 марта юқори эканлиги аниқланди.

ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Рашитова А.А., Каримова М.Ш., Амруллаева Д.А.

Бухарский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Целью данного исследования было исследование некоторых потенциальных факторов, которые могут повлиять на исход ЛТ при РГ.

Материалы и методы. Было исследовано влияние следующих факторов на исход ЛТ у пациентов с РГ: сокращение общего времени лечения (ОВЛ) за счет ускоренной лучевой терапии, уровень гемоглобина до радиотерапии, плотность микрососудов опухоли (ПМО), экспрессия маркера клеточной пролиферации Ki-67, экспрессия рецептора эпидермального фактора роста (EGFr) и гистопатологическая дифференцировка.

Анализ 20 пациентов с РГ, получавших первичную радикальную ЛТ в БФ РНПМЦОиР с 2020-2022 гг., показал, что укорочение ОВЛ с помощью гиперфракционированной ускоренной ЛТ было полезным для пациентов с раком голосовой щели стадии T2N0M0, давая локальные результаты и показатели местного контроля, сопоставимые с таковыми для опухолей стадии T1N0M0. Для пациентов с распространенным РГ не было обнаружено статистически значимой разницы в локальном или локорегиональном контроле между пациентами с опухолями T3 и T4, получавшими ускоренную ЛТ. Сохранность гортани у выживших пациентов составила 91%. Эти последние результаты показывают, что многие местнораспространенные опухоли T4 можно успешно лечить с помощью ЛТ, и что классификация T4 сама по себе не является достаточным критерием для отказа от проведения органосохранного лечения при помощи ЛТ. Несмотря на хорошие результаты локально-регионарного контроля, общая выживаемость была низкой. Независимо от стадии опухоли, около 30% пациентов умерли от интеркуррентных заболеваний, в основном от метастатического поражения отдаленных органов, сердечно-сосудистых заболеваний или пневмонии.

Результаты. Было обнаружено, что экспрессия ПМО, Ki-67 и EGFr, оцененная с помощью ИГХ в биоптатах опухоли до лечения, не влияла на исход лучевой терапии в этой серии пациентов с РГ, зато уровень гемоглобина до лучевой терапии является сильным независимым прогностическим фактором, при этом пациенты с более высоким уровнем гемоглобина имели значительно лучший локорегиональный контроль ($p = 0,010$), безрецидивную выживаемость ($p = 0,007$) и общую выживаемость ($p < 0,001$) по сравнению с больными с низким уровнем гемоглобина. При анализе подгрупп этого не наблюдалось у пациентов, получавших ускоренную ЛТ, что свидетельствует о том, что ускоренная ЛТ может в какой-то степени

компенсировать низкий уровень гемоглобина. Пациенты с высокодифференцированными опухолями имели значительно лучшую общую выживаемость по сравнению с пациентами со средне- или низкодифференцированными опухолями ($p = 0,003$). При анализе подгрупп это было значимо только у пациентов, получавших ускоренную ЛТ ($p = 0,010$).

Эти результаты показывают, что гистопатологическая дифференциация может быть использована в качестве инструмента для отбора пациентов с РГ для ускоренной лучевой терапии.

БРАХИТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ И ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Рахматов Д.Б., Эргашев А.Э., Тураев С.Р., Юнусов И.А., Рахимов Н.М.

Самаркандский областной филиал РСНПМЦОиР, Самаркандский государственный медицинский университет

Цель: изучить отделенные результаты брахитерапии в сочетании с дистанционной лучевой терапией (ДЛТ) в послеоперационном лечении рака шейки матки.

Методы. Мы ретроспективно проанализировали клинические данные 141 пациентов с послеоперационным раком шейки матки, получавших лучевую терапию в отделении лучевой терапии Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии с января 2018 г. по декабрь 2020 г. Среди них 73 (51,7%) пациентов получали послеоперационную ДЛТ, 68 (48,3%) получали ДЛТ плюс брахитерапию. Статистической разницы в клинических и патологических характеристиках между этими двумя группами не было. Дистанционная лучевая терапия проводилась на аппарате Терабалт-80 (производство Чехии) источник кобальт ^{60}Co . РОД 2 Грей, СОД 50 Грей, время фиксации 1,5-2 мин. Брахитерапии проведена на аппарате Флекситрон (произведена в Нидерландах), источник облучения ^{60}Co , разовая доза 5Грей 6 фракции или 7Грей 4 фракции (фиксация 15 минут), суммарная общая доза 28-30Грей. Для доставки дозы пользовались папplikатор Ring или Flecher. Анализ выживаемости проводился с использованием метода «моментального метода дожития».

Результаты. Медиана наблюдения составила 32 месяца (ДИ 25: 9–41 месяцев), а 2-летняя безрецидивная выживаемость составила 77%. Среди них у 38 пациентов (26,9%) были локальные или отдаленные рецидивы, у 29 (20,5%) - в малом тазу, у 6 (4,2%) - с метастазами в парааортальные, у 19 (13,4%) - с отдаленными метастазами (включая паховые лимфатические узлы) и 4 (2,8%) с местными и отдаленными рецидивами. Послеоперационная Бустерная ДЛТ не улучшала общую выживаемость среди исследованных субъектов $P = 0,99$ соответственно. Также это не уменьшило локальный рецидив в малом тазу $P = 0,56$. Анализ подгрупп показал, что усиление ДЛТ брахитерапией улучшило выживаемость у пациентов с объемной опухоли > 4 см, а также с глубокой стромальной инвазией $> 50\%$ стромальной инвазии, $P = 0,012$ получавших низкую дозу ДЛТ (≤ 45 Гр).

Выводы. Предложенная нами модель выбора для послеоперационной ДЛТ плюс брахитерапия. Усиление ДЛТ брахитерапией рассматривается в условиях послеоперационной лучевой терапии, и если у пациентов имелись по крайней мере два из следующих факторов: объемная масса, глубокая стромальная инвазия и низкая доза ДЛТ то включение брахитерапии увеличивает безрецидивную выживаемость.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ 4D ПЛАНИРОВАНИЯ СЕАНСА БРАХИТЕРАПИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Саидова К.А., Мансурова Г.Б., Рашидова Л.Т.

РСНПМЦОиР

По данным ВОЗ рак шейки матки (РШМ) остается одной из наиболее распространенных форм новообразований, занимая 7-е место среди всех злокачественных опухолей и 3-е место среди

рака у женщин - 9,8% (после рака молочной железы и рака толстой кишки). По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется 371000 новых случаев РШМ и ежегодно умирают от него 190000 женщин. В структуре онкологической заболеваемости репродуктивной системы женщин Республики Узбекистан рак шейки матки занимает 2-ое место после рака молочной железы. В 2019 году в Республике Узбекистан зарегистрировано 1863 случаев РШМ, а в 2020 году этот показатель составил 1642 случая.

В последние годы отмечено значительное увеличение частоты выявления различных форм у женщин молодого возраста (до 40 лет), у которых РШМ является основной причиной смертности среди всех злокачественных новообразований женской половой сферы, составляя 56,6% (2019 г.). Сочетанная лучевая терапия занимает приоритетное место в лечении РШМ во всем мире. Одним из составляющих компонентов лучевой терапии РШМ является внутрисполостная терапия, при которой источник излучения непосредственно подводится к опухоли, что дает возможность подвести высокую дозу облучения без повреждения окружающих здоровых тканей.

Цель исследования: разработать методику 4D планирования сеанса брахитерапии.

Материалы и методы. Нами разработана методика 4D планирования брахитерапии, которую мы применяли больным в III стадии, имеющим инфильтрацию в параректальную и паравезикальную клетчатки. Все больные получили первым этапом курс дистанционной лучевой терапии до СОД 46-48 Гр, методикой «box», но после лечения у некоторых пациенток инфильтрация клетчатки сохранялась. Для проведения курса брахитерапии использовался аппарат FLEXITRON высокой мощности дозы с источником Co-60 с планирующей системой ONCENTRA. Всем больным планировался стандартный курс брахитерапии РОД 5,0 Гр до СОД 30 Гр 2 раза в неделю. Нашей задачей при проведении сеанса являлось тщательное планирование лечения с целью снизить лучевую нагрузку на мочевой пузырь и прямую кишку, учитывая полученную дозу от дистанционной лучевой терапии. Каждый сеанс пациентке проводилась МСКТ топометрия малого таза с установленным аппликатором и с последующим планированием дозы на остаточную опухоль, учитывая при этом дозную нагрузку на критические органы при каждом сеансе брахитерапии.

Результаты. Таким образом, проведение 4D планирования при брахитерапии позволило довести суммарную очаговую дозу на остаточную опухоль до предельно допустимой дозы, учитывая при каждой укладке лучевую нагрузку на критические органы. В результате за весь курс сочетанной лучевой терапии была достигнута полная регрессия опухоли и при этом сохранены пределы доз на мочевой пузырь и прямую кишку.

СРАВНЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ РАЗОВЫХ ДОЗ БРАХИТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Саидова К.А., Мансурова Г.Б., Чен Е.Е.

РСНПМЦОиР

Рак шейки матки (РШМ) остается одной из наиболее распространенных форм новообразований среди рака у женщин, после рака молочной железы и рака толстой кишки. Лучевая терапия занимает приоритетное место в лечении РШМ как в России, так и за рубежом. За последние 20 лет радиотерапевтическое оборудование для контактной лучевой терапии совершенствовалось, и на сегодняшний день имеются аппараты с различными конструктивными особенностями, мощностью, типами радионуклидов, такими как цезий, иридий, кобальт, калифорний, которые широко используются в мире и позволяют подводить оптимальные дозы к ограниченному объему ткани за предельно короткое время в условиях полной радиационной безопасности медицинского персонала и больных. Все это позволяет подводить более высокие разовые дозы непосредственно к первичному очагу.

Цель. Сравнение результатов применения различных разовых доз брахитерапии при лечении местнораспространенного РШМ и изучение их осложнений.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили клинические результаты использования различных методик внутриволостного этапа сочетанной лучевой терапии местнораспространенного РШМ с применением: Ir-192 на гамма-терапевтическом аппарате Gamma-Med высокой мощности дозы.

За 2010-2015 год в отделении лучевой терапии было пролечено 607 больных с диагнозом рака шейки матки. Из них 528 больных получили радикальный курс сочетано - лучевой терапии в условиях РОНЦ, 234 больным проведен только курс брахитерапии, так как ДТТ этим больным была проведена в условиях местных диспансеров.

Клинический материал был разделен на 2 группы в зависимости от применяемого внутриволостного компонента сочетанной ЛТ.

1 группе больных была проведена брахитерапия в режиме РОД- 7,5 Гр 1 раз в неделю до СОД- 30 Гр .

11 группе больных – РОД- 5 Гр 2 раза в неделю до СОД- 30 Гр.

В нашем исследовании применялись стандартные методики дистанционной телегамма-терапии на аппаратах ТераТрон и АГАТ-Р. На первом этапе проводилось облучение малого таза и зон регионарного метастазирования ротационным или статическим способом до СОД в тт. А и В - 20-30 Гр, и в дни, свободные от внутриволостной лучевой терапии, продолжалась дистанционная гамма-терапия.

Результаты исследования. У больных 1 группы наблюдались интоксикация, за счет некроза опухоли, постлучевые циститы и снижение показателей крови.

У больных 2 группы, которым проводилась брахитерапия в режиме РОД- 5 Гр наблюдалась быстрая регрессия опухоли, меньше была интоксикация, постлучевые циститы не наблюдались. В дальнейшем рецидивы в этой группе не наблюдались.

Выводы. Таким образом, применение РОД- 5 Гр в брахитерапии рака шейки матки является наиболее предпочтительным и рациональным в лучевом лечении.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ И ХИМИЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ С ТЕМОЗОЛОМИДОМ ВЫСОКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА Утемуратов Я.Ю., Мухамедаминов Ш.К., Остановов М.М., Талипов Р.Н., Бабажанова Н.З. Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Актуальность проблемы: опухоли ЦНС составляют 2% от общего количества опухолевых заболеваний человека. По данным межконтинентального ракового регистра, объединяющего данные из 86 раковых регистров 5 континентов, заболеваемость первичными опухолями головного мозга (включая менингиомы) составляет 6-19 случаев на 100 тысяч мужского и 4-18 случаев на 100 тысяч женского населения. Прогноз излечения и выживаемость при первичных опухолях головного мозга напрямую зависят от возраста пациента, его общего состояния, стадии, локализации, а также гистологического типа опухоли и других факторов. Пятилетняя выживаемость варьирует от 66% для молодого возраста (от новорожденности до 19 лет) до 5% для пожилых (75 лет и старше).

Результаты исследования: проведено ретроспективный анализ результатов обследования и лучевого лечения 59 пациента в возрасте от 20-67 лет с клиническим статусом по шкале Карновского более 60%. Всем больным после проведенного хирургического лечения установлен морфологический тип опухоли. Среди них: астроцитомы G2 у 16 пациента (27,1%), анапластическая астроцитомы G3 у 12 (20,3%), менингиома G2 -10 (16,9%), глиобластома G4 -5 (8,5%), анапластическая олигодендроглиомы G3 -4 (20,3%), анапластическая менингиома G3 -6 (10,1%), олигодендроглиомы G2 -3 (5,1%), медуллобластома G4 -2 (3,4%), олигоастроцитомы G2 у 1 (1,7%). В послеоперационном периоде в рамках комбинированного и комплексного лечения пациенты получили курс ЛТ в суммарной очаговой дозе эквивалентной 52-60 Гр (пациенты с G-3-4), пациенты с диагнозом астроцитомы, олигодендроглиомы, менингиомы получили 50-54 Гр (G-1-2). Лечение проводилось на гамма-терапевтической установке «Терабалт». В процессе

проведения ЛТ пациенты с Grade -3-4 принимали препарат Темозоломид в дозе 75мг/м² внутрь, 5 дней в неделю за 1 час до проведения сеанса ЛТ.

Выводы: таким образом, в основе современных подходов к лечению пациентов с высокозлокачественными опухолями головного мозга лежит комплексное лечение: радикальная хирургическое вмешательство с последующей лучевой или химио-лучевой терапией.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ И ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ С ТЕМОЗОЛОМИДОМ ВЫСОКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА Утемуратов Я.Ю., Мухамедаминов Ш.К., Остановова М.М., Талипов Р.Н., Бабажанова Н.З. Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Актуальность проблемы: опухоли ЦНС составляют 2% от общего количества опухолевых заболеваний человека. По данным межконтинентального ракового регистра, объединяющего данные из 86 раковых регистров 5 континентов, заболеваемость первичными опухолями головного мозга (включая менингиомы) составляет 6-19 случаев на 100 тысяч мужского и 4-18 случаев на 100 тысяч женского населения. Прогноз излечения и выживаемость при первичных опухолях головного мозга напрямую зависят от возраста пациента, его общего состояния, стадии, локализации, а также гистологического типа опухоли и других факторов. Пятилетняя выживаемость варьирует от 66% для молодого возраста (от новорожденности до 19 лет) до 5% для пожилых (75 лет и старше).

Результаты исследования: проведено ретроспективный анализ результатов обследования и лучевого лечения 59 пациента в возрасте от 20-67 лет с клиническим статусом по шкале Карновского более 60%. Всем больным после проведенного хирургического лечения установлен морфологический тип опухоли. Среди них: астроцитомы G2 у 16 пациента (27,1%), анапластическая астроцитома G3 у 12 (20,3%), менингиома G2 -10 (16,9%), глиобластома G4 -5 (8,5%), анапластическая олигодендроглиома G3 -4 (20,3%), анапластическая менингиома G3 -6 (10,1%), олигодендроглиома G2 -3 (5,1%), медуллобластома G4 -2 (3,4%), олигоастроцитомы G2 у 1 (1,7%). В послеоперационном периоде в рамках комбинированного и комплексного лечения пациенты получили курс ЛТ в суммарной очаговой дозе эквивалентной 52-60 Гр (пациенты с G-3-4), пациенты с диагнозом астроцитомы, олигодендроглиомы, менингиомы получили 50-54 Гр (G-1-2). Лечение проводилось на гамма-терапевтической установке «Терабалт». В процессе проведения ЛТ пациенты с Grade -3-4 принимали препарат Темозоломид в дозе 75мг/м² внутрь, 5 дней в неделю за 1 час до проведения сеанса ЛТ.

Выводы: таким образом, в основе современных подходов к лечению пациентов с высокозлокачественными опухолями головного мозга лежит комплексное лечение: радикальная хирургическое вмешательство с последующей лучевой или химио-лучевой терапией.

СОВРЕМЕННАЯ ДИНАМИКА ОБЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Шукуров Д.Ш., Рашидова А.А.
Бухарский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Основной вклад в медицинское облучение пациентов вносят высокодозные методы диагностики и лечения. Вследствие этого увеличиваются радиационные нагрузки на персонал.

Цель. Изучение и анализ современной динамики профессионального облучения медицинского персонала.

Материал и методы. В работе использованы сравнительно-оценочный и аналитический методы для изучения статистических данных Бухарского онкологического центра. Полученные результаты обработаны статистически.

Результаты. Установлено, что в Бухарском онкологическом филиале, численность медицинского персонала, использующего источники ионизирующего излучения в профессиональной деятельности, составляла 35% в 2012 г., в 2020 – 80%. Количество медицинского персонала, подверженного облучению, с 2014 по 2020 г. увеличилось на 75%. Численность врачей радиологов в 2012 г. составляла 4 чел., в 2018 г. – 7 чел. Количество работников увеличилось на 75%. Количество специалистов, занимающихся медицинский физикой в 2012 г. составляло 1 чел., в 2016г. – 2 чел., в 2020 г. – 4 чел. Их численность стала выше на 50%. Полученные данные свидетельствуют об увеличении числа медицинского персонала, работающего с источниками ионизирующего излучения.

В 2020 году численность персонала Бухарский области, использующего источники ионизирующего излучения в профессиональной деятельности, и лиц, работающих в зоне эвакуации, составила 25 человек. На медицинский персонал приходится 18 чел. (72%). Из них врачи-радиологи 7 чел, медицинские физики 4 чел. Средний медицинский персонал (именно работающие с источниками ионизирующего излучения) 7 чел и др 7 человека.

Выводы. В последние годы в Бухарской области характерен рост персонала, работающего с источниками ионизирующего излучения. Среди персонала особенно заметно увеличение количества медицинских физиков. Средние значения годовой эффективной дозы облучения персонала снижаются. Следует также отметить, необходимость приобретения нашему филиалу новой аппаратуры и замены радионуклидных аппаратов со сроком эксплуатации свыше 10 лет.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗАХ

Шукуров З.У., Эргашев Н.Р.

Бухарский филиал РСНПМЦОиР

Цель. Изучить эффективность различных лучевых фракций при костных метастазах.

Материал и методы. Пролечено 94 больных, которым проведено облучение костных метастазов. Возраст 43-65 лет. Метастазы рака предстательной железы-29,8% (28 больных), молочной железы-25,5% (24 человека), мочевого пузыря 19,1 % (18 человек), почки-11,7% легкого (11 человек), легкого 9,6% или 9 человек. В 19% сочетались костные и паренхиматозные метастазы. В 43% случаев метастазы определялись в позвоночнике особенно это чаще отмечалось у женщин и при раке молочной железы. Соотношение женщин и мужчин составило: мужчин-39 (41,5%), женщин-55 (58,5). Диагноз метастатическое поражение костей установлен на основании рентгенологических исследований и компьютерной томографии. Лечение проводилось на аппаратах "ТЕРАБАЛБТ". Использовались средние (34%) -с разовой дозой 3Гр и крупные (66%) -с разовой дозой 5Гр, фракции.

Результаты. При крупном фракционировании у 81% больных с сильными и нетерпимыми болями, уменьшение болевого синдрома было отмечено уже после первых сеансов, либо к моменту окончания лучевого лечения. При средних фракциях у 15% больных за время нахождения в стационаре интенсивность болевого синдрома не изменилась. У 2% больных лучевая терапия не была завершена в связи с усилением болевого синдрома, и еще 2% больных в связи с лейкопенией.

Заключение. Противоболевой эффект от лучевой терапии наиболее выражен при подведении дозы СОД 33-35Гр, что можно достичь крупным фракционированием по 5 Гр (СОД 20 Гр).

ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Чен Е.Е., Мансурова Г.Б.

РСНПМЦОиР

Среди многочисленных злокачественных новообразований значительное место занимает рак прямой кишки, ему принадлежит 4-6% всех онкозаболеваний. По данным всемирной

организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется 510 000 новых случаев рака толстой кишки, из которых рак прямой кишки составляет не меньше 30-40%. За 2020 год в Республике Узбекистан зарегистрировано 695 впервые выявленных случаев рака прямой кишки. Смертность составила 15,5 % случаев. В Узбекистане опухоли прямой кишки в 80% случаев имеют местно-распространенный характер. Основной задачей для эффективной терапии пациентов с данным видом заболевания является максимальное уменьшение размеров первоначальной опухоли. Для решения этого вопроса применяются различные схемы лучевой терапии в сочетании с курсом таблетированной химиотерапии Капецитабином.

Цель: оценить эффективность различных вариантов лучевой терапии местно-распространенных опухолей прямой кишки.

Материалы и методы. Нами было пролечено 60 больных с местно-распространенными опухолями прямой кишки после проведения 2х курсов полихимиотерапии. Все больные были разделены на две группы. Первой группе больных (43 пациента) был проведен курс ДЛТ СОД = 54Гр состоящий из двух этапов, на первом этапе облучение всего малого таза с захватом параректальной клетчатки и зон л/оттока до СОД=46Гр, на втором этапе уменьшение полей облучения до локального до СОД=54Гр на фоне приема таблетированной химиотерапии Капецитабин. Второй группе больных (17) был проведен на первом этапе курс ДЛТ на весь малый таз до СОД=46Гр на фоне приема таблетированной химиотерапии Капецитабин, далее курс брахитерапии СОД 15-20Гр, до общей суммарной дозы на зону образования до СОД=60Гр. ДЛТ проводилась в режиме 3D на весь малый таз. Брахитерапия проводилась пациентам в режиме 4D, то есть с проведением МСКТ-топометрии, контуринга и планирования при каждой укладке пациента.

Результаты. При обоих режимах проведения лучевой терапии наблюдались идентичные результаты. Регрессия первичной опухоли от 60 до 100%. В случае проведения первого варианта лечения после 46Гр у пациентов были отмечены ожидаемые лучевые реакции в виде лучевого энтерита, лучевого цистита, прогрессирование хронических заболеваний таких как геморрой и паропроктит, что привело к ухудшению общего состояния пациентов и в некоторых случаях необходимости прерывания терапии. У пациентов получавших терапию по второму варианту ожидаемых лучевых осложнений возникало меньше.

Выводы. Таким образом, пациенты получающие терапию по второму варианту лечения переносили терапию с меньшим количеством ожидаемых лучевых осложнений.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ПИЩЕВОДА ВНУТРИПОЛОСТНОЙ БРАХИТЕРАПИЕЙ

Эргашев А.Э., Юнусов И.А., Тураев С.Р., Гуломов Ш.Р., Рахимов Н.М.

Самаркандский областной филиал РСНПМЦОиР, Самаркандский государственный медицинский университет

Лечение дисфагии вследствие рака пищевода является сложной задачей, ждущего свое решение. Брахитерапия была предложена в качестве альтернативы установке внутри пищевода стента.

Цель: изучить отдаленные результаты лечения внутриместной брахитерапией (ВМП) после сопутствующей химиолучевой терапии рака пищевода в отношении выживаемости интервала без дисфагии (ВИБД).

Материалы и методы. В исследовании ретроспективно проанализированы записи 23 пациентов с неметастатической карциномой пищевода, получавших радикальную химиолучевую терапию с последующей ВМП в период с 2020 по 2021 год. Был оценен ВИБД и проанализированы факторы, которые могут на них влиять.

Показанием явился рак средней трети пищевода 3 стадий, длиной опухолевого поражения до 7 см, через 3 недели после дистанционного облучения СОД 48-50 Грей. Объем площади облучения составил при брахитерапии отходя от опухоли по 2 см дистальнее и проксимальнее от опухоли. Дистанционная лучевая терапия проводилась на аппарате Терабалт-80

(производство Чехии) источник кобальт ^{60}Co ВТ. ВПБ проведена на аппарате Флекситрон (произведена в Нидерландах), источник облучения ^{60}Co , разовая доза 5Грей (фиксация 12-15 минут), суммарная общая доза 15Грей. Для доставки дозы пользовались пищеводным аппликаторным зондом Nucletron диаметром 6.8.10 мм. Средний возраст при поступлении составил 60 лет (диапазон: 47-90 лет). У всех больных был плоскоклеточный рак

Полученные результаты. Через 3 мес после лечения показатель ВИБД составил 86,9% [95% ДИ: 76,0–93,3%]; через 6 мес — 67,2% [95% ДИ: 56,1–76,7%]; через 9 мес — 47,4% [95% ДИ: 38,5–56,5%]; через 12 мес — 37,6% [95% ДИ: 30,0–45,9%]; и, наконец, через 16 мес — 29,4% [95% ДИ: 21,6–38,7%]. Неоднородность между исследованиями была высокой при оценке через 6 и 12 месяцев; Частота тяжелых нежелательных явлений составила 22,6% (95% ДИ 19,4–26,3). Основными нежелательными явлениями явилось стеноз, связанный с брахитерапией (12,2%), и развитие свища (8,3%). После лечения медиана БСВ составила 12,7 мес (диапазон: 0–27 мес). У 14 больных (60,8%) наблюдался локальный контроль над заболеванием, а у 1 (4,3%) по завершении лечения была резидуальная болезнь. У шести (26,1%) при последующем наблюдении был доказан локальный рецидив. При статистическом анализе только расположение опухоли было прогностически значимым, при этом опухоли в нижней трети имели худшие результаты. Другими вероятными предикторами неблагоприятного исхода были большой объем ($> 40 \text{ см}^3$), длина опухоли ($> 6 \text{ см}$) и эксцентричное расположение. Статистический анализ показал, что общая доза облучения и количество фракций являются единственными положительно влияющими факторами.

Заключение. Усиление лечения ВПБ после сопутствующей химиолучевой терапии хорошо переносится и потенциально улучшает исходы. Это может быть полезно для отдельных пациентов с карциномой пищевода. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить его роль в окончательном лечении. Брахитерапия является высокоэффективным и относительно безопасным методом лечения, поэтому ее недостаточное использование уже не оправдано. Дальнейшие исследования должны изучить оптимальную дозу облучения и количество фракций, способных достичь самых высоких показателей эффективности ВПБ.

РАЗДЕЛ 11.**ДИАГНОСТИКА.****ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ БИОПСИИ ПОД КОНТРОЛЕМ МАММОГРАФИИ С ТОМОСИНТЕЗОМ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА БАЗЕ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ****Абдукаримов У.Г., Pendharkar D., Ихтиярова Г.А.****Бухарский филиал РСНПМЦОиР**

Актуальность. Рак молочной железы является важной медицинской в то же время социальной проблемой в связи с неуклонным ростом количества таких пациентов. В структуре заболеваемости рак молочной железы в Республике Узбекистан занимает лидирующее первое место а по смертности 2 место. Выявление рака молочной железы на ранней стадии является первостепенной задачей скрининговой маммографии. Современная морфологическая верификация опухоли даёт возможность выбрать правильную тактику введения пациенток.

Цели и задачи исследования. Оценить точность и эффективность стереотаксической биопсии в ранней диагностике рака молочной железы в Бухарской области.

Материалы и методы. В условиях Бухарского филиала онкологического центра за отчетный период через кабинет маммоскрининга прошло 2396 женщин с подозрением на РМЖ. 40 пациенткам с целью верификации диагноза была проведена стереотаксическая биопсия под маммографическим контролем. Для проведения стереотаксической биопсии под контролем цифровой маммографии с томосинтезом мы используем аппарат фирмы “Fujifilm” Япония. Первым этапом исследуемую молочную железу укладывают под аппарат маммографии, делают снимки, визуализируют намеченную опухоль далее информацию передают в систему автоматического управления биопсийной иглой, намечая курсором зону интереса. Для выполнения биопсии мы используем иглу диаметром 14 Г длиной иглы 10 см. Одноразовую стерильную иглы вставляют в аппарат перед проведением процедуры. После «выстрелов» образцы тканей извлекают из так называемой ложечки иглы и помещают на предметное стекло и отправляют на гистологическое исследование. В среднем за одну процедуру получают 7- 8 образцов биоптатов. После завершения биопсии рану обрабатывают антисептическим раствором и накладывают асептический пластырь

Результаты. Из взятых биоптатов у 4 (10%) больных обнаружены пролиферация эпителиальных клеток. У 20 (50%) больных выявлен рак молочной железы. Гистологически опухоль была представлена в 6 случаях внутрипротоковой в 4 инвазивной и у 3 пациенток опухоль была представлена скirrosной карциномой. У 16 больных (40%) биопсийный материал был малоинформативным или фон препарата составляли единичные атипические клетки, что послужило причиной для повторно взятия биопсии трепан иглой под контролем УЗИ или секторальной резекции молочной железы.

Выводы: Использование цифровой маммографии с томосинтезом для диагностики ранних форм рака молочной железы показал свою эффективность. Проведение стереотаксической биопсии этой категории больных позволяет своевременно верифицировать опухоль и подобрать правильную тактику лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВМЕЩЕНИЯ КТ, МРТ, ПЭТ-КТ ИЗОБРАЖЕНИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**Алимов Ж.М, Каримова Н.С., Ярмагов М.Б., Цой М.А.****РСНПМЦОиР**

Цель: анализ использования совмещения КТ, МРТ, ПЭТ-КТ изображений при опухолях головы и шеи при подготовке больных к лучевой терапии.

Материалы и методы: в радиотерапевтическом отделении РСНПМЦОиР в 2018-2019 году проходили предлучевую подготовку 40 пациентов с опухолями головы и шеи. На первом этапе все пациенты были оперированы или получали курсы полихимиотерапии в отделении опухолей головы и шеи при РСНПМЦОиР и других филиалах центра. Всем пациентам проведена верификация диагноза. Среди 32 пациентов в 80% – случаях зарегистрирован плоскоклеточный канцер, у 8 в 20% случаев лимфоэпителиома и карциноид. В исследуемой группе было 24 женщины, 16 мужчин. Средний возраст пациентов 36 лет (от 14 до 67). Все пациенты проходили подготовку к лучевой терапии на компьютерном томографе SOMATOM Definition Siemens с лазерной системой позиционирования, с последующей передачей данных на планирующую систему MONACO. Оконтуривание критических структур и органов мишеней проводилось на станции MONACO при совмещении изображений КТ, МРТ и ПЭТ-КТ с помощью программы Images Fusion. Результаты при оценке полученных изображений на компьютерном томографе у 34 пациентов (85%) выявлены только приблизительные контуры опухоли и ложа опухоли, без визуализации остаточного объема образования. В 15 случаях (37,5%) были выявлены признаки остаточной опухоли, но без четких границ. Только в 4 случаях, что составило (10 %), можно было оконтурить по данным КТ границы остаточной опухоли. При совмещении изображений КТ и МРТ (Philips Ingenia и GE Brivo 355) у 28 пациентов была внесена четкость границ остаточной опухоли (GTV) и лимфатических узлов (GTV Ln), что составило 70%. У одного пациента, которому было проведено ПЭТ-КТ (GE 128 Discovery MI) с фиксирующей маской (2,5 %) полностью совпал объем оконтуривания. В 30 случаях из 40 были скорректированы границы. В 3 случаях (7,5%) были выявлены метаболически активные лимфатические узлы, которые не были определены на КТ и МРТ, в связи с чем было перепланирование объемов лечения.

Выводы: 1. МРТ наиболее информативный метод визуализации, позволяющий оценить радикальность удаления опухоли, реактивные послеоперационные изменения, но не позволяет адекватно оценить пораженные лимфатические узлы. 2. Совмещение КТ, МР и ПЭТ-КТ изображений головы и шеи необходимо для точного контурирования мишени, а также органов риска; адекватного планирования объема облучения выявленных метаболически активных лимфатических узлов. 3. Для пациентов с данной локализацией опухолей, по мнению авторов статьи, наиболее оптимальным подходом на стадии предлучевой подготовки с целью адекватного планирования объемов облучения необходимо проведение диагностической процедуры ПЭТ-КТ с фиксирующей маской, индивидуально сформированной для пациента.

ЭНДОМЕТРИАЛЬНАЯ СТРОМАЛЬНАЯ САРКОМА ОБРАЗОВАНИЕМ СУБСЕРОЗНЫХ МАСС С ЭКСТРАОРДИНАРНЫМ ПОГЛОЩЕНИЕМ ФТОРДЕЗОКСИГЛЮКОЗЫ ПРИ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Алмухаммедова Б.Г.¹, Нишанов Д.А.², Яхяева В.К.¹, Сабинова С.А.¹

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР¹, РСНПМЦОиР²

Актуальность. Эндометриальная стромальная саркома (ЭСС) низкой степени злокачественности представляет собой редкое мезенхимальное новообразование, недавно выявленное как содержащее перестройку JAZFI-SUZ12. Типичный ESS JAZFI-SUZ12 медленно растет, при котором высокое поглощение фтордезоксиглюкозы (ФДГ) по данным позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и субсерозные образования довольно необычны.

Материал и методы: 72-летняя женщина жаловалась на недержание мочи. Тазовый магнитный резонанс визуализация показала поражения матки, состоящие из (1) образования размером 9х8х7 см, выступающего из правой передней стенки, (2) образования размером 45 см, прикрепленного к правой задней стенке, и (3) интрамурального образования размером 65 см на дне. ФДГ-ПЭТ продемонстрировала максимальное стандартизированное значение поглощения 13,28, ограниченное двумя подсерозными образованиями (1 и 2), в отличие от

отсутствия поглощения интрамуральным образованием (3). У нее была диагностирована саркома матки высокой степени злокачественности в сочетании с лейомиомой, и она подверглась тотальной гистерэктомии, с двусторонней сальпингоофорэктомией и тазовой лимфаденэктомией. В удаленной матке было три опухоли: две в правой передней и правой задней субсерозной оболочке соответственно, а оставшиеся в фундальном миометрии. в которых не были обнаружены ни крутлоклеточный компонент, ни плеоморфизм, ни высокая митотическая активность. Иммуноокрашивание ядерного циклина D1 выявило 50% неопластических клеток в двух субсерозных опухолях (182), тогда как <1% положительных клеток в интрамуральном компоненте (3). Полимеразная цепная реакция с обратной транскриптазой показала электрофоретические полосы одинакового размера, указывающие на слияние генов JAZF1-SUZ12, характерное для трех опухолей матки, и фокальное распространение опухоли во внематочную вену. Больной жив без признаков рецидива через 14 мес после операции.

Выводы: патологоанатомы и клиницисты не должны исключать возможность JAZF1-SUZ12 ESS даже если субсерозные массы демонстрируют экстраординарное поглощение ФДГ на ПЭТ. Молекулярный анализ полезен для диагностического подтверждения JAZFI-SUZ12 ESS со сложной картиной роста.

КОРРЕЛЯЦИЯ МРТ ПРИЗНАКА ЭКСТРАМУРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ИНВАЗИИ С МЕТАСТАЗИРОВАНИЕМ В ЛАТЕРАЛЬНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ахмедов Б.Р., Исламов Х.Д., Ярматов М.Б.

РСНПМЦОиР

Поражение латеральных лимфатических узлов при раке прямой кишки (РПК) является одним из неблагоприятных факторов прогноза. По данным некоторых авторов, при наличии поражения регионарных лимфатических узлов, пятилетняя выживаемость при РПК составляет не более 45%, тогда как отсутствие их поражения дает возможность говорить о 70% выживаемости и более. Метастазирование по восходящему пути встречается в 87% наблюдений, нисходящему – 1-2%, по латеральному пути лимфооттока встречается в 11% случаев. Латеральные лимфоузлы ответственны за местные рецидивы заболевания после лечения, и сложилось представление о том, что локальные рецидивы в 56,8% случаев возникают из лимфатических узлов латеральной локализации.

Цель исследования - оценка корреляционной связи mrEMVI+ с риском метастазирования в латеральные лимфатические узлы (ЛЛ) для улучшения результатов диагностики РПК путём выявления неблагоприятных прогностических факторов латерального метастазирования как причина рецидива после оперативного лечения.

Материалы и методы. Всем пациентам проводили МРТ-исследования органов малого таза на МРТ-аппарате GEOptimaMR450w, с индукцией магнитного поля 1,5 Тл, толщиной срезов 3-4мм, протокол сканирования с основной диагностической последовательностью T2 FSE: Sag T2-ВИ Cor T2- ВИ Ax T2- ВИ Ax T1- ВИ, HRAxT2- ВИ короткая ось и длинная ось. Критерии поражения лимфатических узлов на МРТ: 1) Форма: на T1, T2-взвешенных изображениях округлая форма-признак злокачественности, бобовидно-овоидной формы чаще всего обладают доброкачественностью; 2) Структура: неравномерная интенсивность структуры на T2, центральная повышенная интенсивность сигнала на T2-взвешенных изображениях и изо- или гипоинтенсивность сигнала при T1-взвешенных изображениях, DWI повышенной, ACD карта пониженной интенсивности сигнала; 3) Контуры: неровность контура лимфатического узла.

Проведен анализ данных 66 пациентов, страдающих РПК, проходивших лечение в отделении колопроктологии от 30 до 80 лет, в период с 2019 по 2021гг. с РПК mrT3-4N0-3M0-1, mrEMVI(+/-). В нашем исследовании у 28 пациентов при диагностике mrEMVI+ наблюдалось 54%

поражения ЛЛ, напротив при mrEMVI- у 38больных отмечалось 5,6% случаев mrN+.Встречаемость mrEMVI+при N0 статусе в 14,9% случаев, а при N1 и N2 — 35,5 и 65,3%, соответственно.

Вывод. Метастатическое поражение ЛЛ встречается чаще при mrEMVI+, обратное наблюдается при отсутствии этого признака. Выявление mrEMVI(+) и изменения ЛЛ может рассматриваться как неблагоприятный прогностический фактор возможного лимфогенного метастазирования и локального рецидива опухоли, что необходимо учитывать при планировании оперативного лечения.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОПУХОЛЕЙ ВУЛЬВЫ

Ахмадалиева Н.М., Ахмадалиев Х.М., Абдуллаева М.М.

Андижанский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Сонографические характеристики опухоли вульвы (характер новообразования, локализация, протяженность, форма роста, инвазия и степень распространения) являются дополнительными критериями для выбора оптимальной тактики лечения.

Цель исследования. Изучить ультразвуковые семиотические признаки опухолей вульвы, влияющие на прогноз заболевания.

Материал и методы. В исследование включено 64 больные с опухолевой патологией вульвы, из них доброкачественные опухоли встречались в 9,4% наблюдениях (средний возраст $46,5 \pm 5,5$ года); злокачественные новообразования в 90,6% случаях (средний возраст $69 \pm 4,8$ лет). Доброкачественные заболевания вульвы были представлены: узловым фиброматозом - 1; атипической липомой - 2; фиброэпителиальным полипом -1; гидроденомой или кистой-2. Злокачественные новообразования вульвы: плоскоклеточный рак- 56; аденокарцинома – 8. Во всех случаях визуально определялось опухолевое образование в области вульвы от 1,5 см до 12см, измененные паховые лимфатические узлы описаны у 18 больных. Морфологическая степень инвазии до 5мм обнаружена у – 19 женщин, более 5 мм у 39 пациенток.

Результаты. Анализ ультразвуковых и морфологических заключений для оценки местного распространения опухоли показал, что при доброкачественной патологии диагноз не вызывал сомнений. Сонография только констатировала протяженность и оценивала состояние лимфатических узлов, которые не визуализировались. Для злокачественных опухолей основополагающими критериями были: наличие инвазии, локализация, протяженность, состояние регионарных лимфатических узлов. Так опухоль локализовалась в области больших половых губ – 27 (46,5%); в области клитора и уретры – 18 (31,1%); промежности (задняя спайка и область ануса) -9 (15,5%); в преддверии влагалища или с переходом на вагину - 4 (6,9%). При ультразвуковом исследовании предположение о метастатическом поражении регионарных л/у высказано в 43,1% случаях, а при морфологическом исследовании в 48,3%, совпадение – 89,3%. Признаки метастатического поражения клинически не увеличенных паховых ЛУ обнаружены у 7 женщин, в последствии, диагноз подтвержден у 6 из них.

Выводы. Чувствительность УЗД при диагностике регионарных метастазов в пахово-бедренных лимфатических узлах- 96%, в подвздошных – 64,5%.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ВЛАГАЛИЩА

Ахмадалиев Х.М., Абдуллаева М.М.

Андижанский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Опухоли влагалища - гетерогенная группа опухолей, различных по морфологическому строению, клиническим проявлениям и прогнозу, встречающихся от 1 до 15 случаев на 100 тыс. женского населения в зависимости от возраста.

Цель исследования: Изучить дифференциально – диагностические возможности ультразвуковой диагностики (УЗД) для опухолей влагалища с целью правильного выбора оптимального лечения.

Материал и методы исследования: В исследование включено 71 больные с опухолевой патологией влагалища, из них доброкачественные опухоли встречались в 13(18%) наблюдениях; первичные злокачественные новообразования – у 21(29,2%) больной; метастатическое поражение влагалища выявлено у 38(52,8%) больных. Средний возраст женщин с доброкачественной патологией влагалища $-44 \pm 3,4$ года; в то время как для рака влагалища $-58 \pm 2,1$ лет; для метастатических опухолей $-49 \pm 4,2$ лет. Первичные доброкачественные заболевания влагалища были представлены: мезодермальный полип - 2; узловой эндометриоз - 1; лейомиома - 2; послеоперационный веретенчатый узелок - 4; кисты и липомы – 4. Морфология первичных злокачественных опухолей соответствовала: плоскоклеточному раку – 9; адено-карциноме-5; лейомиосаркоме или рабдомиосаркоме -7. Метастатические опухоли были представлены: плоскоклеточным раком из шейки матки – 3; серозным раком яичников - 8; аденокарциномой из желудка, молочной железы, ободочной кишки или тела матки - 16, хорионкарцинома - 6; меланома -3; лейомиосаркома -2. Форма роста опухолей влагалища: язвенная – 7; экзофитная – 24; инфильтративная -15; смешанная – 28. Комбинированная терапия (операция и дистанционная лучевая терапия) была приоритетным методом лечения злокачественных новообразований. При эхографии визуализировались образования размером: до 2 см – 8; 2-4 см – 15; более 4 см – 49.

Результаты: Анализ ультразвуковых и морфологических заключений показал, что диагнозы доброкачественного новообразования, злокачественного или метастатического совпали - у 63 больных, что составило – 87,5%. При этом были выявлены наиболее типичные ультразвуковые характеристики. Например, преимущественная локализация доброкачественных опухолей - нижняя и средняя треть вагины (76,9%), а злокачественных – верхняя треть – 62% ($p < 0,05$). Для метастатических опухолей и рака влагалища была характерна неправильная форма новообразования – 67,5%, а для доброкачественных опухолей, наоборот, - правильная форма описана в 76,9% случаях ($p < 0,05$). Гиперэхогенная структура отмечена в 53,8% при доброкачественной патологии, а метастазы или рак влагалища чаще давали гипоэхогенный сигнал -62,4% ($p < 0,05$) и характеризовались повышенной периферической и центральной васкуляризацией - 53,7%. Достоверных отличий в характеристике кровотока в зависимости от размеров опухоли нами не выявлено. Форма границы почти всегда правильно определялась при УЗД, а выявление нечеткости, “размытости или прерывистости линии” свидетельствовало об инвазии или инфильтрации, что визуализировалось у 55,3% больных с метастатической опухолью и в 31% случаев при раке влагалища. Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов было обнаружено у 16,3% больных, отдаленные метастазы – у 20%.

Заключение: Несмотря на вариабельность ультразвуковой картины, которая зависела от гистогенетической принадлежности опухоли, метод позволяет достоверно определить характер новообразования, протяженность, форму роста, инвазию и инфильтрацию параметриев, а также степень распространения опухоли.

SONIC PICTURE OF TUMORS OF THE VULVA

Ahmadaliev N.M., Ahmadaliev Kh.M., Abdullaeva M.M.

Andijan branch RSSPMCOandR

Relevance: Sonographic characteristics of the vulvar tumor (nature of the neoplasm, localization, extent, form of growth, invasion and extent of spread) are additional criteria for choosing the optimal treatment tactics.

Purpose of the study: To study the ultrasound semiotic signs of vulva tumors that affect the prognosis of the disease.

Material and Methods: The study included 64 patients with tumor pathology of the vulva, of which benign tumors occurred in 9.4% of cases (mean age 46.5 ± 5.5 years); malignant neoplasms in 90.6% of cases (mean age 69 ± 4.8 years). Benign diseases of the vulva were represented by: nodular fibromatosis - 1; atypical lipoma - 2; fibroepithelial polyp -1; hydrodenoma or cyst-2. Malignant neoplasms of the

vulva: squamous cell carcinoma - 56; adenocarcinoma - 8. In all cases, a tumor formation in the vulva region from 1.5 cm to 12 cm was visually determined, altered inguinal lymph nodes were described in 18 patients. The morphological degree of invasion up to 5 mm was found in 19 women, more than 5 mm in 39 patients.

Results: Analysis of ultrasound and morphological findings to assess the local spread of the tumor showed that in case of benign pathology, the diagnosis was not in doubt. Sonography only ascertained the extent and assessed the condition of the lymph nodes, which were not visualized. For malignant tumors, the fundamental criteria were: the presence of invasion, localization, extent, condition of regional lymph nodes. So the tumor was localized in the region of the labia majora - 27 (46.5%); in the area of the clitoris and urethra - 18 (31.1%); perineum (posterior commissure and anus) - 9 (15.5%); on the eve of the vagina or with the transition to the vagina - 4 (6.9%). In ultrasound examination, the suggestion of a metastatic lesion of regional lymph nodes was expressed in 43.1% of cases, and in morphological examination in 48.3%, the coincidence was 89.3%. Signs of metastatic lesions of clinically non-enlarged inguinal lymph nodes were found in 7 women, later the diagnosis was confirmed in 6 of them.

Conclusions: The sensitivity of ultrasound in the diagnosis of regional metastases in the inguinal-femoral lymph nodes is 96%, in the iliac - 64.5%.

ЦЕННОСТЬ ПРИЗНАКА ЭКСТРАМУРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ИНВАЗИИ НА МРТ ПРИ РПК В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Ахмедов Б.Р., Исламов Х.Д., Ярматов М.Б.

РСНПМЦОиР

Актуальность. Рак прямой кишки (РПК) является одной из ведущих проблем онкологии, что подтверждается высокими показателями заболеваемости и смертности населения по данным Всемирной организации здравоохранения. Современные подходы к лечению рака прямой кишки диктуют необходимость персонализированного подхода в назначении определенной комбинации лечения и ее коррекции с учетом мультипараметрических МРТ (мпМРТ) предикт критериев возможного риска в возникновении рецидивов.

Цель работы. Экстрамуральная венозная инвазия (mrEMVI) как один из МРТ-предиктпризнак в диагностике, прогнозирования возможного местного и отдаленного рецидива после мультидисциплинарного лечения РПК в онкоколопроктологии.

Материалы и методы. Нами изучены МРТ-данные органов малого таза 68 пациентов от 30 до 80 лет, в период с 2019 по 2021гг. с РПК T3-4N0-2M0-1, mrT2-4 EMVI (+/-). Всем пациентам проводили исследования органов малого таза на МР-томографах GEOptimaMR450w, с индукцией магнитного поля 1,5 Тл, толщиной срезов 3-4мм, протокол сканирования с основной диагностической последовательностью T2 FSE: Sag T2- ВИ Cor T2- ВИ Ax T2- ВИ Ax T1- ВИ, HRAxT2- ВИ короткая ось и длинная ось. В процессе работы определены критерии mrEMVI признаки 1) Расширения калибров параректальных сосудов, 2) Наличие в просвете параректального сосуда ткани, сходной по сигнальным характеристикам с опухолью, 3) Прямая пенетрация стенки параректального сосуда опухолью. Наиболее специфичными признаками EMVI являлись: контактная пенетрация сосудистой стенки опухолевой тканью (чувствительность -83%, специфичность -100%), опухолевая ткань в просвете сосуда на T2-ВИ и DWI (чувствительность -91,6%, специфичность -94,2%). При комплексном использовании трёх выделенных критериев венозной инвазии диагностические показатели метода МРТ составили: чувствительность -92,9%, специфичность -100%.

При этом в группе EMVI(+) отмечено гематогенное метастазирование у 42 больных (60%), а в группе у 8 пациентов (17%), что явилось достоверно значимым фактором ($p < 0,05$). При анализе данных 3 летней выживаемости с mrEMVI- и mrEMVI + критериями прослеживались весомые различия исходов заболевания.

Вывод. При оценке мпМРТ с вычислением mrEMVI(+) и mrEMVI(-) возможно прогнозировать рецидива процесса заболевания после мультидисциплинарного лечения РПК. Выявление mrEMVI(+) может рассматриваться как независимый неблагоприятный прогностический фактор возможного рецидива и отдаленного метастазирования опухоли, что необходимо учитывать при планировании лечения.

МРТ ПРЕДИКТ ПРИЗНАКИ РПК В ПРЕДВАРИТЕЛЬНОМ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ДИНАМИКИ И РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ахмедов Б.Р., Исламов Х.Д., Ярматов М.Б.

РСНПМЦОиР

Актуальность. Рак прямой кишки (РПК) является одной из ведущих проблем онкологии, что подтверждается высокими показателями заболеваемости и смертности населения по данным Всемирной организации здравоохранения. Современные подходы к лечению рака прямой кишки диктуют необходимость персонализированного подхода в назначении определенной комбинации лечения и ее коррекции с учетом мультипараметрических МРТ (мпМРТ) предикт критериев возможного риска возникновения рецидивов.

Цель работы. Повысить информативность мпМРТ предикт признаков в оценке прогноза, течения и исхода рака прямой кишки после мультидисциплинарного лечения, улучшение диагностики и формирование групп признаков, дающих возможность прогнозировать динамику и исход после полноценного лечения РПК в онкоколопроктологии.

Материалы и методы. Нами изучены МРТ-данные органов малого таза 68 пациентов от 30 до 80 лет, в период с 2019 по 2021 гг. с РПК mrT3(CRM+/-), EMVI(+/-) T4N0-2M0. Всем пациентам проводили МРТ органов малого таза до и после лечения различными методами, а также, МРТ органов брюшинного пространства и брюшной полости, МСКТ органов грудной клетки. По данным МРТ определены: mrTNM классификация, CRM, EMVI признаки, подтвержденные гистологической верификацией. Всем пациентам проводились МРТ исследования до и после комбинированного и комплексного лечения, уточнялось развитие определенных признаков, а именно - объем опухоли, интрамуральная протяженность, глубина инвазии и EMVI для оценки корреляционной связи с неблагоприятным течением и исходом патологического процесса. При этом в группе EMVI(+) отмечено гематогенное метастазирование у 32 больных (27,4%), а в группе у 12 пациентов (4,4%), что явилось достоверно значимым фактором ($p < 0,05$). При анализе данных 3 летней выживаемости с mrEMVI- и mrEMVI + критериями прослеживалось весомое различие исхода заболевания.

Вывод. При оценке мпМРТ предварительно, в динамическом контроле и после лечения заболевания с вычислением mrEMVI(+) и mrEMVI(-) возможно прогнозировать течение заболевания. Выявление mrEMVI(+) может рассматриваться как независимый неблагоприятный фактор прогноза, что необходимо учитывать при планировании лечения.

РОЛЬ ТРУЗИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бойко Н.В.¹, Худайбердиева Д.А.¹, Нишанова Ю.Х.²

РСНПМЦОиР¹, Ташкентская медицинская академия²

Актуальность. Высокая распространенность рака предстательной железы диктует необходимость дальнейшего усовершенствования ранней диагностики и повышения эффективности диагностических мероприятий, так как прогноз этой патологии зависит от стадии распространенности при диагностировании.

Цель: повысить информативность прицельной биопсии с использованием эластографии сдвиговой волной (ЭСВ) в диагностике РПЖ.

Материал и методы: обследовано 38 пациентов с подозрением на РПЖ (повышенный уровень общего простатспецифического антигена (ПСА) сыворотки крови, подозрительные результаты

пальцевого ректального исследования (ПРИ) и (или) подозрительные результаты трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) ПЖ). Мультипараметрическое ТРУЗИ ПЖ на аппарате Aixplorer (SupersonicImagine, Франция) с высокочастотным внутриволокнистым датчиком в диапазоне частот 3–12 МГц с ЭСВ и трансректальная пункционная биопсия ПЖ из 12 точек под контролем ТРУЗИ + прицельная биопсия из гипоехогенных и (или) жестких очагов (значения модуля Юнга >35 кПа по WFUMB 2017).

Выводы: по результатам морфологического исследования у 17 (44,74%) пациентов выявлен РПЖ. По данным системной биопсии морфологическая прогностическая группа 1 (ISUP 2014) была выявлена у 17 (44,74%) пациентов, 2 – у 11 (28,95%), 3 – у 3 (7,89%), 4 – у 6 (15,79%), 5 – у 1 (2,63%). Прицельная биопсия позволила у 2 (5,26%) пациентов повысить морфологическую прогностическую группу: у 2 пациентов сумма Глисона была изменена с 6 на 7 (3 + 4) (ISUP 1 на ISUP 2), у 2 – с 6 на 7 (4 + 3) (ISUP 1 на ISUP 3). По данным системной биопсии перинеуральная инвазия была выявлена в 9 (23,68%) случаях. Использование прицельной биопсии позволило дополнительно выявить перинеуральную инвазию еще у 1 (2,63%) пациента с РПЖ. Оценка клинической значимости РПЖ по критериям Эпштейна (2019) по результатам системной биопсии констатировала клинически значимый РПЖ у 27 (71,05%) пациентов. Прицельная биопсия позволила перевести в группу клинически значимого РПЖ дополнительно 4 (10,53%) пациентов.

ЭСВ позволяет уменьшить количество пробных пункций, повысить информативность прицельной биопсии и улучшить диагностику клинически значимого РПЖ и перинеуральной инвазии.

ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гагиев А.Т., Темиров Ш., Кобилев Б.З., Саидов Э.М.

Джизакский филиал РСНПМЦОиР

Введение. При раке молочной железы (РМЖ) определен мультимодальный подход, включающий МСК томографию молочной железы (МСКТ), особенно когда рассматривается консервативное хирургическое вмешательство, поскольку это наиболее чувствительный метод выявления дополнительных очагов заболевания.

Цель исследования. Улучшение ранней диагностики РМЖ.

Материал и методы исследования. Данные маммографии (МГ), УЗИ и МСКТ сравнивали с морфологической картиной как «золотым стандартом». Всем пациенткам выполняли гистологическое исследование выявленных образований.

Обследовано 70 женщин, в возрасте от 21 до 56 лет. Средний возраст пациенток составил 39 лет. В наших исследованиях у 21 (%) женщин были родственники, которые имели РМЖ по материнской линии - из них у 2 пациенток мать страдала двусторонним РМЖ.

Результаты исследования. Всего нами выявлено 6 (8,6%) фиброаденом, 25 (35,7 %) случаев РМЖ, из которых 2 (8,0%) – внутрипротоковый рак, 9 (36,0%) – инфильтративно-дольковый рак, у 14 (56,0%) – инфильтративно-протоковый рак. При клиническом обследовании в 10 из 25 случаев РМЖ выявлен не был. При МГ признаки РМЖ выявлено у 16 (64,0%) из 25 больных. Основной причиной ложноотрицательных результатов явилась высокая рентгенологическая плотность МЖ у 7 (77,8%) пациенток, что объясняется преобладанием в этой группе молодых женщин до 40 лет. Из 9 неопределенных РМЖ при МГ, в 7 случаев РМЖ был диагностирован при МСКТ. При УЗИ выявлено 19 (76,0%) из 25 РМЖ. Ложноотрицательные результаты УЗИ были в 1 (4,0 %) случаях при ВПР и в 5 (20,0%) случаях при малых размерах выявленных образований, их глубокой локализации и большом объеме МЖ. Ложноположительные результаты при УЗИ встретились в 3 случаях при гиперваскуляризированных фиброаденомах и в 1 случае

при железистой дольке. При МСКТ РМЖ выявлено у 23 (92,0%) из 25; ВПР были диагностированы в обоих случаях. Кроме того, в 3 (12,0 %) случаях при МСКТ выявлено РМЖ у женщин без клинических симптомов при отрицательных результатах МГ и/или УЗИ (у одной пациентки МГ не проводилась из-за наличия импланта, что повышает роль МСКТ у женщин с эндопротезированием). Данные образования имели маленькие размеры - до 1,1 см. Таким образом, чувствительность МГ, УЗИ и МСКТ составила 64%, 76% и 92 % соответственно, специфичность – 92%, 90% и 94 % соответственно. МСКТ позволила не только обнаружить большее число случаев РМЖ (внутрипротокового рака) по сравнению с МГ и УЗИ, но и диагностировать РМЖ при клинически и рентгенологически скрытых образованиях. В связи с низкой эффективностью стандартных методов обследования (МГ и УЗИ) возникла необходимость включения дополнительного метода, позволяющего объективно характеризовать изменения в ткани МЖ.

Заключение. МСКТ показал высокую чувствительность в выявлении раннего РМЖ, независимо от возраста пациенток. Наше исследование, как и многие другие, подтверждает целесообразность использования комплексного подхода в диагностике наследственного РМЖ с применением МСКТ наряду с МГ и УЗИ.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Кулиев А.А., Уразов Н.С., Меликулов А.Х.

Самаркандский филиал РСНПМЦОиР, Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Улучшить результат диагностики объёмных образований печени.

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы результаты ПЭТ-КТ исследований пациентов за один год. У 67 из них были выявлены объёмные образования печени, женщин было 36 (53,73 %), мужчин – 31 (46,26 %). Средний возраст пациентов составил 60 ± 18 лет. До проведения ПЭТ-КТ пациентам выполнялось предварительное клинко-инструментальное обследование: рентгенография, УЗИ, МСКТ, МРТ. Исследование выполнялось единый диагностический комплекс ПЭТ-КТ GE 128 DiscoveryMIDR- гибридный сканер с увеличенным полем обзора TrueV.

ПЭТ-данные оценивались визуально с учетом интенсивности накопления РФП по цветовым шкалам и полуколичественным методом с определением SUVmax. Основные характеристики патологических очагов включали: локализацию, размеры, соотношение с соседними структурами, наличие и интенсивность гиперметаболизма РФП.

Результаты исследования. Из 67 пациентов у 40 (59,70 %) на момент исследования имелся гистологически верифицированный онкологический диагноз. Среди основных онкологических заболеваний преобладали: колоректальный рак (13 пациента) и злокачественные новообразования молочной железы (8 пациентов). Несколько реже встречались злокачественные новообразования желудка (7 пациент), злокачественные лимфомы (3 пациента). В меньшем количестве случаев встречались злокачественные новообразования предстательной железы (3 пациентов), злокачественные новообразования почки (1 пациентов). У наименьшего числа пациентов основным заболеванием являлись гепатоцеллюлярный рак (как первичный), поджелудочной железы и пищевода (по 4 пациентов), щитовидной железы (1 пациента).

По данным ПЭТ-КТ метаболитически активные образования были выявлены у 36 пациента. Из них у 33 пациентов было выявлено метастатическое поражение печени.

У 2 пациентов было выявлено сочетание метаболитически активных и метаболитически неактивных образований: кисты (у 2 пациентов) – метаболитически не активные объёмные образования с чёткими ровными контурами, жидкостной плотности, не накапливающие контрастное вещество ни в одну из фаз контрастирования.

У остальных 31 пациентов образования в печени не имели ПЭТ-признаков гиперметаболизма 18F-ФДГ. Однако у 13 из этих пациентов был выставлен диагноз метастатического поражения печени: у 9 из них метастатическое поражение печени было выявлено ранее и стало метаболически неактивным на фоне успешно проведенной химиотерапии «полный метаболический ответ». У 1 пациента были выставлены кисты печени, у 8 – гемангиомы, у 6 – участки фокального жирового гепатоза печени, у 3 – биллиарные кисты.

Заключение. Таким образом, позитронно-эмиссионная томография оказалась высокоэффективным методом в выявлении метастазов в печень и дифференциальной диагностике их от доброкачественных очаговых образований. ПЭТ позволяет выявить внепеченочные метастазы, тем самым изменяя стадию заболевания и позволяя скорректировать проводимую терапию и тактику хирургического вмешательства.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ

Ташкентская медицинская академия

Зулпиかりев Д.Д.

Хронические гепатиты, особенно вирусной этиологии, рассматриваются ВОЗ как серьезная проблема общественного здравоохранения, что обусловлено их глобальным распространением, длительным течением, неблагоприятными последствиями. В связи с этим актуальным остается вопрос своевременной диагностики хронических гепатитов как основы адекватной терапии. Согласно расчетным данным ВОЗ, в мире инфицировано 500 млн человек это 10% всего населения планеты, к тому же насчитывается около 100 млн носителей вируса гепатита С. Необходимо отметить, что в Узбекистане среди всей инфекционной патологии вирусные гепатиты наносят наибольший экономический ущерб, а по суммарному экономическому ущербу уступают только гриппу и ОРЗ. Хронический гепатит представляет традиционно трудную, актуальную, глобальную проблему не только у детей, но и у взрослых.

Цель исследования. Определение диагностической ценности ультразвукового исследования в выявлении хронических гепатитов, а также изучить возможность ультразвуковой оценки активности и стадии процесса.

Материал и методы. Для проведения исследования были сформированы 3 группы.

В первую группу (здоровые – ЗД) вошли профессиональные спортсмены возрастом 16-30 лет, ведущие здоровый образ жизни, рационально питающиеся, не имеющие клинико-лабораторных проявлений каких-либо заболеваний (за исключением последствий травм опорно-двигательного аппарата) и сведений о болезнях печени в анамнезе – 20 человек.

Во вторую группу (пациенты без заболеваний печени – БЗП) вошло 80 пациентов возрастом 22-57 лет, обратившихся по поводу патологии молочной железы, щитовидной железы, опорно-двигательного аппарата, либо для профилактического осмотра. На момент обследования у пациентов отсутствовали острые заболевания либо обострение хронических, не было клинико-лабораторных данных за патологию печени и сведений о перенесенном гепатите.

В третью группу (больные хроническим гепатитом – БХГ) – вошло 86 больных хроническим гепатитом возрастом 18-68 года, из которых у 49 – выявлен вирусный гепатит С, 29 – вирусный гепатит В, 3 – токсический, 6 – аутоиммунный гепатит, не имеющих клинико-лабораторных данных за цирроз печени.

Всем пациентам выполнено УЗИ печени по стандартным методикам на сканерах HDI 5000, Logic 3 в ТМА 3 клинике. Оценивали частоту выявления признаков, наиболее характерных (по данным литературы) для хронического гепатита: гепатомегалия, повышение или понижение эхогенности паренхимы, наличие включений, неоднородность структуры, а также случаев эхографически нормальной печени.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ позволил сделать следующие заключения. Как показывают полученные данные, только у 29,6% пациентов с подтвержденным

хроническим гепатитом присутствовали его эхографические признаки, т.е. высок уровень ложноотрицательных результатов, что обуславливает низкие показатели чувствительности (29,6%) и ОПЦ (50,0%). Таким образом, невыявление при УЗИ эхографических признаков хронического гепатита не свидетельствует об его отсутствии, и не может служить причиной отказа от дальнейшего обследования.

С другой стороны, эхографические признаки, упоминаемые в литературе как типичные для хронического гепатита, могут иметь место и при отсутствии такового. Так, даже у молодых здоровых людей наблюдались изменения эхогенности печени в 2 (11,2%) случаях, у пациентов же группы БЗП описываемые признаки имели место в 8 (10,5%) случаях, причем наиболее распространенным из них явилось изменение эхогенности паренхимы печени (10,5%). Таким образом, выявление эхопризнаков, описываемых в литературе как типичные для хронического гепатита, не является свидетельством его наличия. В то же время специфичность УЗИ в выявлении хронического гепатита составила 72,3 %, а ППЦ - 47,7%.т.е. значения данных показателей позволяют считать выявление описываемых эхопризнаков показанием к комплексному клиничко-лабораторному обследованию для выявления возможной патологии печени, в частности, к выполнению трепанбиопсии печени под ультразвуковым контролем. Наиболее чувствительным эхопризнаком при хроническом гепатите является наличие включений, наиболее специфичным – неоднородность структуры.

Таким образом, наиболее чувствительным к наличию или отсутствию хронического гепатита и его степени и стадии является такой эхопризнак, как неоднородность структуры. Наличие и стадия фиброза достоверно не влияют на частоту проявления каждого из изучаемых признаков, однако частота отсутствия эхографических изменений печени достоверно ниже у здоровых людей, чем и при гепатите с тяжелым фиброзом и исходом в цирроз. Полученные данные свидетельствуют о недостаточной диагностической ценности УЗИ в выявлении хронического гепатита, установлении его стадии и активности. Однако данный метод может использоваться на начальных этапах диагностического процесса.

Выводы.

1. Чувствительность УЗИ в выявлении хронического гепатита составляет 29,6%, положительная предсказывающая ценность – 44,7%, что не позволяет утверждать об отсутствии заболевания у пациентов при не выявлении эхографической симптоматики.
2. Специфичность УЗИ в выявлении хронического гепатита составляет 71,3%, отрицательная предсказывающая ценность – 50,0%, что доказывает необходимость комплексного обследования, в частности, выполнения биопсии печени пациентам при выявлении изменений эхографической картины печени.
3. Ультразвуковое исследование печени не является достаточным для диагностики хронического гепатита, оценки его стадии и активности но, вследствие своей неинвазивности, безвредности и доступности, может быть полезно в установлении показаний к дальнейшему обследованию.

THE ROLE OF MSCT-CISTERNOFISTULOGRAPHY TO DETECT OF NASAL LIQUORRHEA

Ilkhamov D., Ismailova M.Kh.

Tashkent medical academy, RSSPMCOandR

Nasal liquorrhea is the leak of cerebrospinal fluid into the nasal cavity due to congenital, traumatic, non-traumatic causes leading to the formation of defects of the dura mater and bones of the base of skull. The rarity of this pathology and the similarity of the clinical picture with other ENT diseases leads to incorrect diagnosis, inappropriate treatment, which in turn can cause the development of local meningoencephalitis, brain abscesses and other dangerous complications. The success of the surgical treatment depends on the accuracy in location of the liquor fistula. Despite the widespread use of high-tech radiological research methods, it is not always possible to visualize the fistula.

The aim of the research is to study the possibilities of MDCT- cisternofistulography in the diagnosis of nasal liquorrhea.

Research methods. To determine the efficiency of MDCT-cisternofistulography, 26 patients - from 14 to 61 years of age - were examined, who were on inpatient treatment at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Centre of Neurosurgery from 2016 to 2019. The research was conducted on a spiral CT scanner MX16^{EVO}CT ("Philips", The Netherlands). Contrast substance Unigexol-350 was injected endolumbally at the rate of 0.3 ml per 1 kg of body weight. The scanning was performed in an axial plane with a 1 mm thick cut. Multiplanar reconstructions and image enhancement filters were used to identify and study in detail the liquor fistula.

Results of the research. Single fistulas were found in all cases. In 18 (69.2%) cases the liquor fistula was localized in the projection of the anterior cranial fossa, parasagittally. In 5 (19.2%) cases the defects of the inner wall of the frontal sinus were visualized. In 1 case, the contrasted liquor flowed into the cavity of the frontal sinus cyst through the defect of its posterior wall. In 3 cases, the liquor fistula was visualized in the projection of the sella turcica's floor. In 1 case, an irregularly shaped bulky mass was visualized in the pineal area of the brain, with a concurrent marked enlargement of the lateral and third ventricles of the brain. The presence of liquor fistula in the projection of the anterior cranial fossa in the case described above was considered as compensation for intracranial hypertension. In 1 case, a bone defect was detected in the projection of a cribriform plate of the ethmoid bone on the right, 10x12 mm in size, with the presence of meningoencephalocele. In 6 cases there were severe traumatic brain injuries in the anamnesis. In 4 cases, the subjects linked the occurrence of nasal liquorrhea with previous colds. In 8 cases, the occurrence of nasal liquorrhea was spontaneous. In 1 case, the nasal liquorrhea occurred after transnasal-transsphenoidal removal of the bulky mass in the chiasm-sellar region. In the other two cases of nasal liquorrhea with liquor fistula in the projection of the sella turcica's floor, there was a tumor destruction of the latter. In all patients, the diagnosis was confirmed during the surgical intervention. The tactics to the choice of approach during a surgical intervention depended on the localization of the liquor fistula. At localization of the liquor fistula in the projection of the sella turcica's floor, surgical intervention was performed by transnasal-transsphenoidal approach. Liquor fistulas, which were located in the projection of the anterior cranial fossa, were removed by cranial bifrontal approach or frontal craniotomy on the lesion side.

Conclusions of the research. MDCT-cisternofistulography is a highly accurate method of research in the diagnosis of nasal liquorrhea. Accurate localization of liquor fistula allows us to determine the optimal approach in the surgical intervention. Visualization possibility of liquor spaces allows to prognose changes in liquorodynamics after the treatment of nasal liquorrhea and choose the right tactics of surgical treatment.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Исмаилова М.Х.¹, Таирова М. И.¹, Хаитбаева М. Р.¹, Журавлев И. И.²

Ташкентская медицинская академия¹, РСНПМЦОиР²

Цель исследования. Целью настоящего исследования является оптимизация современных принципов комплексной ультразвуковой диагностики доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты УЗИ эхографии и доплерографии 70 пациентов (с различными новообразованиями яичников) проходивших обследование и лечение в РСНПМЦОиР за период с 2019 по 2021 год.

Результаты исследования. Контрольную группу составили 25 практически здоровых женщин, из них 12 женщинам проведено доплеровское картирование маточных и яичниковых артерий, и 10 – выявление концентрации онкомаркеров СА – 125 в крови.

В основу обследования входили методы клинического и лабораторного исследований: биохимические анализы крови, сонографическое исследование органов малого таза, ЦДК и определение концентрации онкомаркера СА-125 в крови. В-режим. Максимальные размеры опухоли колебались от 35 до 350 мм. Следует выделить, что нами не установлено прямой

зависимости размера опухолевого образования от стадии процесса. При оценке эхо структуры все опухоли яичников были разделены на 3 типа строения: I тип – кистозный; II тип – кистозно-солидный; III тип – солидный.

Обсуждение. Сравнительный анализ толщины перегородок при злокачественных и доброкачественных опухолях не установил каких-либо существенных различий. Наиболее значимым дифференциально-диагностическим признаком следует считать характер включений. Как правило, для злокачественных опухолей характерны множественные нелинейные включения, причем их количество достаточно большое (> 5).

Изучение гемодинамических показателей опухолевого кровотока проводилось с помощью спектральной доплерографии. При этом показатели кровотока регистрировались в 93,3 % случаев.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о высокой информативности ультразвукового исследования органов малого таза в двухмерном режиме, цветового доплеровского картирования сосудов органов гениталий, определения онкомаркеров в диагностике доброкачественных новообразований яичников. Определение онкомаркеров СА-125 в крови у женщин с наличием опухолевых образований яичников должно входить в обязательный мониторинг обследования в гинекологическом стационаре с целью уточнения возможности малигнизации образований.

DIAGNOSTIC ASPECTS OF BREAST CANCER BY MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Ismailova M.Kh., Ochilova S., Khaydarova G.B.

Tashkent medical academy, RSSPMC OandR

Actuality. Over the past 10 years, there has been a marked increase in the use of magnetic resonance imaging (MRI) of the breast. Numerous studies have confirmed the improvement in cancer detection, diagnosis and assessment of response to therapy with breast MRI compared to mammography and ultrasound. Advances in technology, targeted work on optimal scanning protocols, appropriate clinical applications and image interpretation are needed. Both potential benefits and harms need to be assessed in order to optimize the use of this imaging technique in individual cases.

Aim. Evaluation of the sensitivity of magnetic resonance imaging in the diagnosis of breast cancer when used after mammography and ultrasound examination of the mammary glands.

Methods. The study group included 42 patients with non-palpable mammary gland masses, in whom mammography and ultrasound examination were performed and changes in the mammary gland were revealed. Magnetic resonance imaging was performed on a Philips device with a magnetic field power of 1.5 Tesla.

Results. The most frequently non-palpable lesions were diagnosed in the age group 48-63 years (63.0%), somewhat less often in the age group 34-47 years (24.9%), in patients in the age group 64-70 years old at 12.1%. All non-palpable breast tumors detected for the first time were subjected to morphological verification. With the complex use of mammography, sonography, magnetic resonance imaging and biopsy data, the diagnosis was established in 100% of patients. Magnetic resonance imaging with contrast enhancement did not reveal the dependence of sensitivity, specificity and accuracy on the density of breast tissue.

Conclusion. Magnetic resonance imaging is a highly sensitive diagnostic method for detecting changes detected by X-ray mammography and ultrasound examination of the mammary glands.

TUXUMDON SARATONI TARQALGANLIGINI ANIQLASHDA ULTRATOVUSH

TEKSHIRUVINING AHAMIYATI

Ismailova M.X., Saparova N.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Aktuallik. Tuxumdon saratoni – ayollar orasida yomon sifatli o'smalardan o'lim ko'rsatkichi bo'yicha beshinchi o'rinda va ayollar jinsiy organlari yomon sifatli o'smalaridan o'lim ko'rsatkichi bo'yicha esa yana ham yetakchi bo'lib hisoblanadi. Butun dunyoda yil davomida tuxumdon saratoni bilan

kasallanganlar soni 204 000 nitash kiletadi, bundan o'lim ko'rsatkichi esa 125 000 bemorni tashkil etadi. UTTning tibbiyotda ishonchli ma'lumotlar qo'lga kiritilishi, noinvazivligi, havf sizligi va ko'p marotaba qo'llanilishim koniyatiga ega ekanligi ushbu usulni keng tarqalishiga olib keldi. Biroq, shu kungacha ultratovush tekshiruvining imkoniyatlari tuxumdon saratonini erta skrinigida qo'llanilishida va davo choralari samaradorligini aniqlashda yetarli darajada o'rganilmagan.

Maqsad. Tuxumdon saratoni kasalligining tarqalganligini aniqlanishida ultratovush tekshiruvi samaradorligini aniqlash.

Material va metodlar. Tadqiqotga tuxumdon saratoniga xos simptomlarga ega bo'lmagan, yosh chegarasi 21 yosh va undan katta bo'lgan, ammo oilaviy anamnezida tuxumdon saratoni aniqlangan bemorlar tanlab olindi. Bemorlar 2 tomonlama ovarioektomiya o'tkazmagani va boshqa xavfli o'smali kasalliklar bilan og'rimagan muhim kriteriyalardan biri bo'ldi. Tadqiqot 7 oy davomida Respublika Ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy Onkologiya va radiologiya markazida olib borilib, bu davr davomida jami 50 ta bemor ushbu klinika bazasida tekshirilishi rejalashtirildi. Transvaginal ultratovush va CA-125 onkomarkerlarini qonda aniqlandi, hamda ushbu ko'rsatkichy uqori bo'lganda morfologik tekshiruvlar o'tkazildi.

Natijalar. Tadqiqotlar 7 oy davomida xavf guruhiga ajratib olingan bemorlar qayta tekshiruvlardan o'tkazildi. Bemorlar orasida tekshiruvlar natijasida ultratovush tekshiruvi yordamida bemorlarning 50 tasida hosila aniqlangani, ular orasida 12(24%) ta bemorda qonda CA-125 oshganligi, morfologik tekshiruvlar esa yakuniy ravishda faqat 49 (98%) ta bemorda tuxumdon saratoni, 29(58%) ta bemorda ikkala tuhumdonda, 20(40%) ta bemorda faqat bitta tuhumdonda va bitta bemorda tuhumdon havisiz o'smasi aniqlandi. Tuxumdon o'smasining xavflilik belgilari bo'lib papillyar o'simtalar borligi, o'sma devoring notekisligi, o'sma strukturasida qalinto'siqlarning borligi, o'smada yuqori exogenlikdagi materiallar borligi, qorin bo'shligida erkin suyuqlik xisoblandi.

Xulosa. Ultratovush tekshiruvi yordamida bemorlar orasida tuxumdon saratoniga erta tashxis qo'yish, qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazilishiga yo'l ochib berish aniqlandi.

RADIOLOGY OF SYNONASAL CANCER ON COMPUTERIZED TOMOGRAPHY

Ismailova M.H, Khaydarova G.B.

Tashkent medical academy, RSSPMCO and R

Introduction. Imaging techniques are obtained primarily to determine the incidence of a tumor and its staging. The effect of the histological form on the spread of the spontaneous cancer is not clearly understood.

The aim. To explore the computerized tomographic (CT) characteristics of various histological forms of synonasal cancer.

Materials and methods. The available data of preoperative multislices computerized tomography of 86 patients with synonasal cancer were localized in the nasal cavity-13 and in paranasal sinuses-63. The histological confirmation of the squamous cell carcinoma were in 65 patients, undifferentiated cancer in 21 patients. In five patient there was confirmed II and stage, in 81 patients - III and IVth stages of the disease was diagnosed.

Results. Squamous cell carcinoma and undifferentiated forms of synonasal cancer showed isodense irregular masses and heterogeneous structure. There were no differences in the average size of the images visualized on CT scans. The involvement of adjacent bones in the form of lysis was detected in all 20 patients (95% with undifferentiated cancer) in 55 of 65 patients with squamous cell sinonasal cancer (84,6%). Involvement in the form of bone erosions in 6 patients, whereas in the form of sclerosis and thickening of the bone in 3 patients, and the form of lysis in 52. Soft-tissue spread with undifferentiated cancer was more common. The defeat of soft tissue structures in the skull base and involvement of the nasopharynx was observed with undifferentiated cancer many times more often than with squamous cell carcinoma (13,4-28% and 6,5-18,7%, respectively).

Conclusion. By CT analyze, undifferentiated cancer of nasal cavity and paranasal sinuses recognizes itself with a tendency to more widespread involvement of adjacent structures and hence to a more aggressive course.

РОЛЬ УЗИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕВЫХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Исмаилова М.Х.¹, Ходжамова Г.А.¹, Зайниддинов А.А.¹, Нишанова Ю.Х.¹, Журавлев И.И.²
Ташкентская медицинская академия¹, РСНПМЦОиР²

Цель исследования. Определить роль УЗИ с применением дополнительных методик в диагностике и характеристике опухолевых и опухолеподобных образований мягких тканей для уточнения показаний к оперативному лечению.

Материал и методы. В РСНПМЦОиР в отделении общей онкологии обследовано 404 больных с различными образованиями мягких тканей. Среди них мужчин было 255, женщин – 149. Средний возраст больных – 39±3,2 лет (от 20 до 75 лет). УЗИ проводили на диагностическом аппарате «Toshiba Aplio 500» с режимом эластографии и цветного доплеровского картирования. С помощью линейным датчиком (5–7,5 МГц).

Результаты и обсуждение. Злокачественные опухоли выявили у 8 пациентов (2%). Доброкачественные опухоли определены у 178 пациентов (44%), Опухолоподобные образования выявлены у 218 (54%) пациентов. Ультразвуковыми признаками большинства злокачественных опухолей мягких тканей были: большие размеры, неровные или размытые границы, неоднородность эхоструктуры, «ложная» капсула, интенсивное кровоснабжение, высокая плотность при эластографии. При УЗИ в В-режиме злокачественный ангиофиброматоз (n=3) и фибросаркома (n=2) мягких тканей характеризовались типичными признаками злокачественности (узловые образования с бугристыми контурами, неравномерно неоднородной эхоструктуры, с плотными междолевыми перегородками). При оценке эластичности тканей образований в большинстве случаев злокачественные опухоли были более плотные и в меньшей степени подвергались деформации в отличие от доброкачественных образований и прилежащих неизмененных тканей. Дополнительные данные о кровоснабжении внутренней структуры опухолей и окружающих их тканей получали при проведении доплерографии (ЦДК).

Чувствительность, специфичность и точность УЗИ (В-режим) 80%, 85% и 91%, при доплерографии 83 86 и 90, при эластографии 90 87 и 93% соответственно.

Выводы: В ультразвуковой диагностике опухолей и опухолеподобных образований следует использовать все доступные методики и оценивать их в комплексе. Методика эластографии вносит дополнительную информацию в комплекс дифференциально диагностических ультразвуковых признаков. Пункционную биопсию следует считать неотъемлемой частью ультразвуковой диагностики. Полноценное проведение УЗИ позволило прооперировать 91% пациентов, что подтверждает перспективность концепции технологий при лечении опухолей мягких тканей.

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВА ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ПОСТЛУЧЕВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Исмаилова М.Х.¹, Нишанова Ю.Х.¹, Ходжамова Г.А.¹, Худайбердиева Д.А.².
Ташкентская медицинская академия¹, РСНПМЦОиР²

Цель. Изучить особенности кровотока, используя МР-перфузию в планировании и мониторинге лучевой терапии глиом головного мозга для прогноза вероятности рецидива.

Материал и методы. Обследованы 124 пациента в отсроченный послеоперационный период, из них 30 в срок от 4 до 6 месяцев после проведения курса лучевой терапии. Также обследовано 30 пациентов в отсроченный послеоперационный период и после проведенной лучевой

терапии сроком более 6 месяцев. Все пациенты были разделены на группы: первая группа (Grade II) составила 39 пациентов, вторая (Grade III)-56, третья (Grade IV)-29. Исследования проводились на МРТ 1,5 Тл. При проведении МР-перфузии определялись следующие показатели: - объем мозгового кровотока (cerebral blood volume-CBV); - среднее время прохождения контрастного вещества (mean transit time - МТТ); - скорость мозгового кровотока (cerebral blood flow-CBF); - время до пика (time to peak-ТТР).

Выводы: В отсроченный послеоперационный период (перед лучевой терапией, в среднем 29 дней после операции) в группе Grade II, накопление контрастного вещества отмечалось у 4 (10,3%) пациентов с признаками гиперперфузии, в остальных 35 (89,7%) случаях - накопление контраста и изменение показателей перфузии не выявлялись. В группах Grade III-IV накопление контрастного вещества отсутствовало в 57 (49,5%) случаях, в 51 (44,3%) накопление контрастного вещества носило слабоинтенсивный неоднородный характер, в 7 (6,2%) - интенсивный однородный характер. В зонах накопления контрастного вещества отмечались признаки гиперперфузии в виде увеличения CBV и CBF, увеличение МТТ в меньшей степени, ТТР не изменен. Установлено, что накопление контрастного вещества в отсроченный послеоперационный период (перед лучевой терапией) более характерно для групп Grade III-IV. Показатели перфузии в этих группах более высокие, чем в группе Grade II. Кроме того, в группе более интенсивным накоплением КВ, показатели перфузии были более высокими. После лучевой терапии было обследовано 60 пациентов (Grade III-IV): 30 - в период от 4 и более месяцев, 34 - в период свыше 6 месяцев после лучевой терапии. Показатели перфузии (rCBV, rCBF) в зоне рецидива были увеличены в 1,5 и 2 раза. Таким образом, показателем рецидива заболевания явилось повышение CBV на $103 \pm 36\%$, CBF на $51 \pm 33,5\%$, МТТ на $28 \pm 31,6\%$, укорочения ТТР на $19 \pm 17,4\%$ ($p < 0,05$), а при наличии некроза, соответственно, снижаются от 92 до 81% и от 92 до 67%.

МАММОГРАФИЯ И УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Махмудова Г.Ф.¹, Абдуллаева С. Х.²

Бухарский государственный медицинский институт¹, Бухарский филиал РСНПМЦОиР²

Введение. Проблема заболеваний молочных желез (рак молочной железы) остается актуальной не только в Узбекистане, но и во всем мире, так как распространенность как доброкачественных, так и злокачественных поражений МЖ повсеместно растет. В последнее время многие авторы отмечают, что происходит омоложение контингента больных раком молочной железы. В связи с этим 30% женщин с выявленными опухолями приходится на возраст до 40 лет, когда чаще всего выявляют доброкачественные пролиферативные заболевания молочной железы. Ряд исследователей считает, что наибольшие трудности в диагностике рака молочной железы связаны с наличием выраженных форм фиброзно-кистозная мастопатия.

Цель: сравнить диагностическую эффективность цифровой маммографии и УЗИ в раннем выявлении рака молочной железы, развившегося на фоне диффузных и узловых доброкачественных пролиферативных образований.

Материал и методы. В исследование включены 160 женщин в возрасте 35-60 лет (средний возраст - $43,0 \pm 0,21$ года) с различными доброкачественными пролиферативными заболеваниями молочной железы. Первую группу составили 85 женщин с узловыми формами мастопатии, вторую - 75 пациенток с диффузными формами с преобладанием кистозного компонента. Всем пациенткам проводили клиническое обследование, маммографию, сонографию, морфологическое исследование биопсии ткани молочной железы. Ультразвуковое исследование проводили на 5-8-й день менструального цикла (при его регулярности) на аппарате SonoScapeP50 в режиме реального времени линейным датчиком с частотой 11 МГц. Маммографию выполняли на аппарате Phillips UC Mammodiagnost в двух проекциях. Все объемные образования были пунктированы под доплерографическим контролем с

последующим морфологическим подтверждением. В сравнительном аспекте изучена чувствительность маммографии и сонографии в выявлении фиброаденом и мастопатии.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что семиотика рака молочной железы на фоне мастопатии и алгоритмы диагностики немногочисленны и порой противоречивы. Как показали наши исследования, выраженная фоновая патология молочных желез не только значительно ухудшает визуализацию патологических процессов и их интерпретацию, но и создает дополнительные трудности в получении информативного материала для морфологического исследования. Ультразвуковой метод исследования высокоэффективен в диагностике рака молочной железы, развившегося из эпителия выстилки кисты, обладает высокой чувствительностью и специфичностью.

ПРИМЕНЕНИЙ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО МЕТОДА РЕНТГЕНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Ососков А.В., Матюсупов Х.М., Исмаилова М.Х.

РСНПМЦОиР, ТМА

Актуальность. Опухоли аноректальной зоны при котором злокачественная опухоль образуется из эпителиальной ткани нижнего отдела прямой кишки. Патологию выявляют преимущественно у лиц старше 60 лет, причем у женщин в 7 раз чаще, чем у мужчин. Около 80% злокачественных опухолей ануса представлены плоскоклеточным раком, до 15% — аденокарциномами, развивающимися из железистой ткани. Вопросы, связанные с диагностикой и лечением аноректальных опухолей, остаются весьма актуальными в современной онкологии. Хотя протяжённость анального канала всего 4-5 см, однако около 80% всех проктологических заболеваний локализуется в зоне анального канала. Это указывает на актуальность проблемы и поиск более эффективных методов диагностики.

Цель. Усовершенствовать рентгенологический метод диагностики заболеваний аноректальной зоны.

Материалы и методы. Мы разработали новую рентгенологическую методику исследования пациентов с заболеваниями аноректальной зоны (аноректография). Провели оценку эффективности новой рентгенологической методики исследования аноректальной зоны в сравнении с другими методами лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ). Нами было обследовано 210 больных с заболеваниями аноректальной зоны с 2019 -2021 гг. Для выполнения аноректографии были использованы универсальные obturators для введения контрастных веществ, представляющий собой запатентованное (А.В. Ососков; патент №FAP 00293) конусообразное устройство одноразового применения в стерильной упаковке, имеющий 4 размера.

Результаты. Все больные были разделены на следующие группы: основная – это пациенты, обследованные с применением новой методики, т.е. аноректографии. Которые, в свою очередь, разделены: 1-подгруппа -65 пациентов с опухолями аноректальной зоны. 2-подгруппа -40 пациентов с другими заболеваниями аноректальной зоны. Все пациенты с опухолями аноректальной зоны, обследованные с применением традиционных рентгенологических методик, т. е. ирригоскопии и усовершенствованного метода аноректографии.

Выводы. Внедрение новой рентгенологической методики обследования пациентов с заболеваниями аноректальной зоны позволит улучшить качество исследования этой категории больных, уменьшить болевой фактор при их проведении, снизить риск различных осложнений.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ВНУТРИВЕННЫМ КОНТРАСТОМ У БОЛЬНЫХ С ОБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Охунжонов З.Б., Хайдарова Г.Б.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшить диагностику определения послеоперационных осложнений и остаточных масс образования головного мозга с методом компьютерной томографии с внутривенным контрастом.

Материалы и методы исследования. Обследовались 60 пациентов с ранними послеоперационными осложнениями и остаточными массами с 2020 по 2021 г в Республиканской научной центре нейрохирургии. Всем пациентам была проведена МСКТ головного мозга с внутривенным контрастированием.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде основными осложнениями были гематома, отек, инфильтративные изменения. Эти изменения обнаружались соответственно в 18,5%, 17,8%, 4% случаях. При МСКТ головного мозга с внутривенным контрастированием, контрастное вещество накапливается в виде глыбок и узелков в глубине зоны оперативного вмешательства. Эти изменения встречались в 16,4% случаях.

Вывод. МСКТ диагностика головного мозга с внутривенным контрастированием улучшает выявления ранних послеоперационных осложнений и остаточных масс образований.

MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF BREAST CANCER

Ochilova S.I., Khaydarova G.B.

Tashkent medical academy

Aim. Evaluation of the sensitivity of magnetic resonance imaging in the diagnosis of breast cancer when used after mammography and ultrasound examination of the mammary glands.

Methods. The study group included 42 patients with non-palpable mammary gland masses, in whom mammography and ultrasound examination were performed and changes in the mammary gland were revealed. Magnetic resonance imaging was performed on a Philips device with a magnetic field power of 1.5 Tesla.

Results. The most frequently non-palpable lesions were diagnosed in the age group 48-63 years (63,0%), somewhat less often in the age group 34-47 years (24,9%), in patients in the age group 64-70 years old at 12.1%. All non-palpable breast tumors detected for the first time were subjected to morphological verification. With the complex use of mammography, sonography, magnetic resonance imaging and biopsy data, the diagnosis was established in 100% of patients. Magnetic resonance imaging with contrast enhancement did not reveal the dependence of sensitivity, specificity and accuracy on the density of breast tissue.

Conclusion. Magnetic resonance imaging is a highly sensitive diagnostic method for detecting changes detected by X-ray mammography and ultrasound examination of the mammary glands.

МАММОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВНУТРИПРОТОКОВОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Полатова Д.Ш.^{1,2}, Хакимов А.Т.², Каххаров А.Ж.², Азимова Э.²

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт²

Цель: изучить частоту и характер маммографических признаков внутрипротокового рака молочной железы.

Материалы и методы: нами были изучены 65 пациенток, проходивших обследование и лечение в условиях ТГФ РСНПМЦОиР с 2011 по 2015 годы. Возраст пациенток колебался от 40 до 78 лет и в среднем составил $49 \pm 3,8$. Всем пациенткам проводилось маммографическое исследование в стандартных проекциях. Во всех случаях подозрительные участки на маммографиях были подвергнуты дальнейшей гистологической верификации.

Результаты: наиболее распространенным признаком при внутрипротоковом раке молочной железы являлось наличие микрокальцинатов и имело место быть у 47 (72,3%) пациенток. При этом, протоковая кальцификация встречалась в 23 (35,4%) случаев, в то время как TDLU-центрическая кальцификация наблюдалась у 24 (36,9%) пациенток. Мелкие плеоморфные или мелкие линейно-ветвящиеся кальцинаты отмечались в случаях высокодифференцированной DCIS. Кроме того, была обнаружена значительная связь между тонкими плеоморфными или тонкими линейно-ветвящимися кальцификациями и некрозом. При этом в 10 (15,4%) случаях на маммографии визуализировалось наличие опухоли без микрокальцинатов. При гистологическом исследовании было выявлено, что большинство опухолей без микрокальцинатов являлись низкодифференцированными. Нарушение архитектоники наблюдалось в 9 (13,8%) случаях.

Выводы: наиболее частым маммографическим признаком внутрипротокового рака молочной железы является наличие микрокальцинатов, за которыми следуют наличие опухоли, а также нарушение архитектоники. Отсутствие микрокальцинатов при наличии опухоли часто свидетельствует о низкодифференцированном внутрипротоковом раке, в то время как их наличие о высокодифференцированном характере поражения.

РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В МОНИТОРИНГЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ САРКОМАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Полатова Д.Ш.^{1,2}, Абдикаримов Х.Г.¹, Давлетов Р.Р.¹, Султонов Б.Б.¹, Савкин А.В.², Асамединов Н.К.², Нуржабов А.И.², Насиров С.К.³

РСНПМЦОиР¹, Ташкентский государственный стоматологический институт², Ташкентская медицинская академия³

Цель. Оценит лучевых методов диагностики при саркомах мягких тканей

Материал и методы. В условиях отделения опорно-двигательного аппарата РСНПМЦОиР МЗ РУз в период с 2016 по 2020 гг. проходили лечение 215 больных с саркомами мягких тканей. 103 (48,1%) поступили с первичной опухолью 112 (51,9%) поступили с рецидивной опухолью. Из 215 больных 33 (15,6%) выполнено различного характера реконструктивно – пластические операции с сохранением конечностей. Всем больным проводили лучевые методы диагностики как МРТ, МСКТ-ангиографией, ПЭТ-КТ, УЗДГ.

Результаты. Авторы обсуждают общие подходы к визуализации для пациентов с новообразованиями мягких тканей, фундаментальные принципы, присущие визуализации опухолей, и конкретные применения новых методов визуализации. Магнитно-резонансная томография стала предпочтительным методом для оценки опухолей мягких тканей, но она ограничена в демонстрации характера кальцификации мягких тканей. Компьютерная томография является лучшим методом для оценки костной архитектуры и для пациентов, которые не могут быть оценены с помощью МРТ. ПЭТ помогает визуализировать метаболические процессы, а ультразвуковое исследование позволяет отличить кистозные образования от солидных. Магнитно-резонансная ангиография точно выявляет артериальное и венозное кровоснабжение сосудистых опухолей.

Выводы. Современные методы визуализации предоставляют многочисленные неинвазивные методы диагностики и определения стадии подозрения на саркому мягких тканей.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ РЕНТГЕНОВСКОЙ МАММОГРАФИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Раззакова Н.П., Шаюсупов Н.Р., Ишанходжаева Д.С.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Рентгеновская маммография широко применяется при клиническом обследовании молочных желез и является основным методом при скрининге рака молочной железы.

Цель исследования: провести сравнительную оценку диагностических возможностей РМ и УЗИ при не пальпируемых формах РМЖ на основании комплексного клинко-инструментального обследования.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ данных 24 женщин с подозрением на РМЖ выявленных при МГ исследовании. У всех пациенток при физикальном обследовании узловых образований не было выявлено. Из 24 женщин при РМ очаговые патологические образования были обнаружены у всех обследуемых. Подозрение на злокачественное образование выявлено в 20 (83,3%) случаях, в то время как на УЗИ у 18 (75%) пациенток. В 4 (16,7%) случаях на РМ выявлены признаки доброкачественного образования, у 6 (25%) пациенток доброкачественное образование при УЗИ.

Совпадение результатов сравниваемых методов при подозрении на злокачественное образование составило 75 %. Окончательный клинический диагноз был подтвержден гистологически. По результатам гистологии РМЖ на МГ был подтвержден в 18 (90%) случаях, на УЗИ РМЖ подтвержден у 16 (88%) случаев.

Выводы: РМ и УЗИ, взаимно дополняя друг друга дают объективную информацию и возможность верифицировать очаговые образования МЖ на этапе не инвазивного обследования (в стадии T₀₋₁) Нужно отметить при «плотной» железе чувствительность РМ значительно снижается, а также в 6% случаев могут встречаться Рентген негативные опухоли. При жировой инволюции молочных желез снижается чувствительность УЗИ. В диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований молочных желез РМ и УЗИ не имеют решающих преимуществ одно перед другим, а наоборот данные методы исследования дополняют друг друга, в связи с чем у пациенток после 35-40 лет РМ и УЗИ являются основным методом исследования и должны назначать параллельно.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Сейтмуратова А.Т., Хайдарова Г.Б.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Исследовать возможности компьютерной томографии в диагностике хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы исследования. На большом клиническом материале (50 больных) был проведен анализ эффективности компьютерной томографии в диагностике хронической обструктивной болезни легких. Разработан диагностический КТ-симптомокомплекс, который будет предназначен для своевременного выявления ХОБЛ. Объектом для исследования были данные больных, госпитализированных по поводу обострения ХОБЛ различной степени тяжести, установленной при выписке из стационара с помощью заключительной спирометрии.

Результаты исследования. При анализе КТ исследования в фазе выдоха практически у половины обследованных больных были выявлены участки повышенной воздушности легочной ткани. Также определялись расширение и деформация сегментарных и субсегментарных бронхов и утолщение их стенок. У 10% больных отмечалось наличие крупных воздушных полостей с видимыми стенками (буллезная эмфизема). Также в результате исследования был установлен симптом патологии бронхиол- симптом «дерева в почках». Остальные КТ-признаки присущие ХОБЛ различались выраженностью тех или иных проявлений в зависимости от степени тяжести заболевания.

Вывод: компьютерная томография позволяет детально изучить структуру легочной ткани и состояние мелких бронхов в зависимости от степени тяжести заболевания. При использовании КТ частота выявления диагностических признаков ХОБЛ значительно выше по сравнению со стандартной рентгенографией, что свидетельствует о необходимости более широкого применения КТ для своевременного выявления и диагностики ХОБЛ.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Туклиев Р.Р., Гафуров Э.Р.

Кашкадарьинский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Улучшение диагностики РПЖ с использованием УЗИ с применением цветового доплеровского картирования и исследования в режиме энергетического доплера.

Материал и методы исследования. В Кашкадарьинский филиал РСНПМЦОиР был проведен анализ основных статистических показателей, характеризующих диагностические возможности трансректальной доплерографии, в том числе в сравнении с обычным ТРУЗИ. В исследование было включено 125 больных. Критериями включения в исследование являлись следующие параметры: возраст пациентов 35–80 лет, показатели ПСА крови в референтных значениях 4–10 нг/мл, сумма баллов IPSS – 0–19. В 2 группы были распределены 125 человек: 1-й группе больных выполнялось обычное трансректальное УЗИ, 2-й группе – трансректальное исследование с доплерографией.

Результаты исследования. В ходе проведенного ТРУЗИ гипоехогенные элементы выявлены у 13,3% пациентов с РПЖ и у 20% - с аденомой простаты; гиперэхогенная структура определялась у 33,3% больных с РПЖ и у 13,3% с АПЖ. Очаговые образования смешанной эхогенности - в 13,3% и 6,7% случаях соответственно.

УЗ-картина РПЖ зависела от локализации опухолевого узла. Источниками РПЖ, как известно, являются клетки периферической зоны, транзиторных и центральной зон. Злокачественные образования в большинстве случаев имели неправильную форму, пониженную эхогенность, нечеткие неровные контуры, неоднородную структуру, часто с мелкими кальцинатами, с неравномерно повышенной васкуляризацией. У 112 пациентов с диагнозом РПЖ наблюдалась асимметричность ПЖ из-за локализации опухоли в периферической зоне 1 из долей. В 8 случаях РПЖ образования были расположены в центральной и транзиторных зонах железы. У 16 пациентов злокачественные образования были локализованы в аденоматозных узлах транзиторных зон ПЖ. В 4 случаях РПЖ была диффузно-неоднородно изменена вся ткань ПЖ, с нарушением архитектоники и хаотичным расположением сосудов, при этом у одного из пациентов отмечался инвазивный рост опухоли ПЖ в заднюю стенку МП.

Выводы. Таким образом, многовариантное УЗИ ПЖ, а также разработка технологий, дифференцирующих качество изображения патологических структур, мало отличимых от здоровых тканей, может заметно повысить выявляемость мелкоочаговых изменений при опухолях ПЖ.

ТРУЗИ с картированием внутриорганных кровотоков является высокоинформативным методом диагностики РПЖ и ДГПЖ. Сложность диагностики заболеваний ПЖ заключается в часто встречающихся случаях сочетанных поражений органов различными нозологическими формами, такими как рак, ДГПЖ и хронический простатит.

РОЛЬ ЦИФРОВОЙ МАММОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Хасанов Д.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить роль цифровой маммографии в диагностике новообразований молочной железы.

Цифровые маммографы относительно недавно появились в отечественной медицинской практике. Наш опыт применения цифрового маммографа SenographeDS General Electric (USA) в сравнении с аналоговым маммографом Mammomat UC Philips показал несомненное преимущество технологии цифровой маммографии. Во-первых, цезиевый (Csi) детектор дает возможность получения качественного изображения как неизменных тканей, так и микрокальцинатов и новообразований. Рак молочной железы – наиболее часто встречающийся

тип злокачественной опухоли у современных женщин. Рентгеновская маммография – реально существующий метод ранней диагностики доклинического рака молочной железы. Ранними рентгенологическими признаками рака молочной железы служат сгруппированные микрокальцинаты, асимметрия и перестройка структуры. Только рентгеновская маммография в состоянии получить изображение сгруппированных микрокальцинатов величиной 50-200 микрон. Цифровая маммография позволила шагнуть на качественно новый уровень диагностики. С ее помощью (TissueEqualization, PremiumView, FineView) изображение стало более контрастным, улучшилась визуализация патологических образований и в особенности микрокальцинатов.

Материал и методы исследования: Нами было исследовано на цифровом маммографе Senographe DS фирмы GeneralElectric (USA) 50 пациенток как бессимптомных, так и предъявляющих различные жалобы (на боли, уплотнения). У 21 пациенток при применении САД выделялась область изменений в одной либо двух проекциях.

Результаты: У 10 женщин из 50 были выявлены сгруппированные микрокальцинаты. Рентгенологическая картина трактовалась как крайне подозрительная на рак. У 4 из них верифицирован рак молочной железы. У остальных 4-х гистологически были обнаружены следующие изменения: пролиферативная форма фиброзно-кистозной мастопатии – 2, пролиферативная ФКМ с формированием внутрипротоковых папиллом – 1, склерозирующий аденоз – 1. Во всех этих наблюдениях САД точно “обводил” зону микрокальцинатов. В случаях асимметрии плотности, перестройки структуры САД также идентифицировал зону интереса. НЕ было проблем с идентификацией узловых образований в виде различной формы тени (как доброкачественного, так и злокачественного характера). В небольшом проценте наблюдений САД выделял “зону повышенного внимания” только в одной проекции и при прицельной маммографии вопрос о патологическом очаге снимался, так как участок полностью изменял свои характеристики.

Вывод: Computer assisted diagnosis цифровых маммограмм улучшает выявление и интерпретацию микрокальцинатов и других структурных изменений. Он позволяет повысить точность диагностики и уменьшить число напрасных операций. Это практически автоматизированное “двойное” чтение маммограмм.

EVALUATION OF RENAL CELL CARCINOMA BY CT

Usmonova Z.I., Ismailova M.X., Khaydarova G.B.

Tashkent medical academy, RSSPMCO and R

Purpose. The purpose of our study was to differentiate subtypes of renal cell carcinoma on helical CT scans.

Materials and methods. We reviewed CT scans of four subtypes of renal cell carcinoma: 36 conventional (clear cell), 9 papillary, 6 chromophobe, and 2 collecting duct. We compared patient age and sex; tumor size; degree and pattern (homogeneous, heterogeneous, predominantly peripheral) of enhancement; presence or absence of calcification; and tumor-spreading patterns including perinephric change, venous invasion, and lymphadenopathy in four subtypes.

Results. Conventional renal carcinoma showed stronger enhancement than the other subtypes 106 ± 48 H in the corticomedullary phase and 62 ± 25 H in the excretory phase. The sensitivity and specificity for differentiating conventional renal carcinoma from the other subtypes were 79% and 92% when 84 H was used as the cutoff value in the corticomedullary phase and 81% and 93% when 44 H was used as the cutoff value in the excretory phase. Conventional (74%), papillary (65%), and collecting duct (97%) renal carcinomas tended to show heterogeneous or predominantly peripheral enhancement, whereas chromophobe renal carcinoma (69%) usually showed homogeneous enhancement. Calcification was more common in papillary (28%) and chromophobe (32%) renal carcinoma than in conventional renal carcinoma (8%). Perinephric change and venous invasion were not noted in chromophobe renal carcinoma, whereas both were common in collecting duct renal carcinoma.

Conclusion. For the differentiation of the subtypes of renal cell carcinoma, degree of enhancement is the most valuable parameter; enhancement pattern, the presence or absence of calcification, and tumor-spreading patterns can serve supplemental roles in the identification of the subtype of renal cell carcinoma.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Хайдарова Г.Б.

Ташкентская медицинская академия

Целью исследования явилось определение распространенности и связи между клиническими признаками, симптомами и компьютерно-томографическими (КТ) проявлениями остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

Материалы и методы: В исследование включено 56 пациентов с остеоартрозом ВНЧС, в т.ч. 25 односторонним и 31 двусторонним поражением, всего 87 суставов с дегенеративными изменениями. Клинически наблюдалось значительное ограничение движения нижней челюсти и жевательной эффективности. А также значительное увеличение суставных звуков и общих жалоб на боль.

Результаты как показаны данные КТ наиболее частыми костными изменениями были эрозии суставных поверхностей мыщелков (70 суставов, 81%), остеофиты (73 сустава, 87%), затем их сглаживание (67 сустава, 77%), гипоплазии (24 сустава, 27.6%), склероз (6 сустава, 6.8%) и субхондральные кисты (4 сустава, 4.6%).

Сглаживание суставного возвышения и пневматизация наблюдались в пяти суставах. У тридцати одного пациента была двусторонняя дегенерация. У 25 – односторонняя дегенерация. Гипермобильность обнаружена в 37 дегенеративных суставах. Жевательная эффективность отрицательно коррелировала как со степенью сглаживания мыщелков так и склерозом, а общие жалобы на боли положительно коррелировали со сглаживанием мыщелков.

Заключение. Выявляемое при КТ кондулярная эрозия, сплющивание, остеофиты вместе с болью, шумом в суставе, ограничением движения челюстей и ухудшением движения жевания были характерными признаками остеоартроза ВНЧС. Обнаружена корреляция между костными изменениями и выраженностью клинических признаков и симптомов ВНЧС. КТ мощной диагностический инструмент для диагностики артроза ВНЧС.

TO'G'RI ICHAK SARATONI DIAGNOSTIKASI VA REZEKTABELLIGINI BAXOLASHGA KOMPLEKS YONDASHUV

Xasanov D.SH., Mamadaliev M.M., Ibragimov O.S., Hakimov T.A.

Andijon davlat tibbiyot instituti, RIORIATM Andijon filiali

Mavzuni dolzarbligi. Hozirgi kunda to'g'ri ichak saratonida o'smaning tarqalish darajasini baholash zamonaviy onkologiya dolzarb vazifasidir. Bu butun dunyoda, shu jumladan mamlakatimizda ham yo'g'on ichak saratoni bilan kasallanish va o'lim darajasining intensiv o'sishi bilan tushuntiriladi. Kolorektal saraton onkopatologiyani 11,4% ni tashkil qilib, ularning 55%ga to'g'ri ichak saratoniga to'g'ri keladi. Optimal davolash taktikasini tanlash va kasallikning prognozi o'smaning joylashishiga, jarayonning tarqalish darajasiga, mahalliy xamda uzoq metastazlarning mavjudligiga bog'liq. So'nggi o'n yillikda to'g'ri ichak saratoni tashxisi uchun kompleks ultratovush va MRT tekshiruvi keng qo'llanilmoqda. Bu tekshiruv usullari to'g'ri ichak saraton diagnostikasida o'sma maxalliy tarqalganlik xolati, regionar limfa tugunlari va boshqa a'zolarida metastatik o'zgarishlar xolatini to'liq aniqlash imkonini beruvchi usullar hisoblanadi.

Tadqiqot maxsadi. To'g'ri ichak saratoni rezektabelligini baholashda ultratovush tekshiruvi va magnit-rezonans tomografiya imkoniyatlarini o'rganish.

Material va uslublar. Tadqiqot 2019-2021 yillarda RIORIATM Andijon filiali 4-jarroxlik bo'limida to'g'ri ichak saratoni tashxisi bilan davolangan 54 nafar bemor kuzatuv natijalariga asoslangan.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқотга оlingan bemorlarda to'g'ri ichak bo'shliq ichu ltratrovush tekshiruvi o'sma hajmi T mezonga ko'ra, sezuvchanlik 88,1%, spetsifiklik - 94,0%, umumiy aniqlik - 93,8% ni tashkil etdi. Mazkur kasallikda trans abdominal ultratrovush tekshiruvi regional limfa tugunlar metastatik zararlanishi N mezonga ko'ra sezuvchanlik, spetsifiklik va aniqlikmos ravishda 55,7%, 79,8% va 74,2%, boshqa a'zolar metastatikzarar lanishi M mezoniga ko'ra - 85,7%, 94,1% va 94,6% ni tashkil qildi. Kompleks ultratrovush tekshiruvi to'g'ri ichak devoriga invaziyachuqurligini baholashda (93,8%), neoplazma bosqichini aniqlashda (93,5%) yuqori informatsiya berishi kuzatildi. To'g'ri ichak saratonida MRT tekshiruvi o'sma jarayonining maxalliy tarqalish xolatini aniqlashda (96,9%), regional limfa tugunlarida metastazlarni aniqlashda (94,6%) yuqori diagnostik aniqlikka ega ekanligi aniqlandi.

Xulosa. Tadқиқот natiжалari to'g'ri ichak saratonining lokal-regionar tarqalishini baholashda o'smaning joylashuvi va jarayon bosqichiga qarab jarayon rezektabelligini aniqlash da MRT va kompleks ultratrovush tekshiruvi imkoni yuqoriligini ko'rsatadi.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Хайдарова Г.Б.

Ташкентская медицинская академия

Цель. Целью этого исследования были оценка диагностической мощности магнитно-резонансной томографии (МРТ) для остеомиелита нижней челюсти путем сравнения с традиционными методами и установление практических диагностических критериев МРТ в отношении лечения и клинического результата. Несмотря на обширное количество научных исследований данной патологии, количество больных не становится меньше, они занимают весомую долю среди случаев госпитализации, составляя до 10% от общего количества больных в стационарах челюстно-лицевого направления.

Материалы и методы: у 55 пациентов с клиническим подозрением на остеомиелит нижней челюсти интенсивность сигнала (SI) оценивалась на изображениях T1-взвешенного/ короткого T1-инверсионного восстановления (STIR).

Результаты. У 47 пациентов был окончательно диагностирован остеомиелит на основании патологических исследований или клинического течения. Для острой или подострой стадии положительно ассоциированными проявлениями были низкий SI на T1-взвешенном изображении и обширный высокий или фокусный высокий SI на STIR-изображении. Для хронической стадии появление низкого SI на T1-взвешенных изображениях и изображениях STIR следует добавить к таковым для острой или подострой стадии. Эти данные подтверждают принятые в настоящее время диагностические критерии визуализации, основанные на костных изменениях для выявления остеомиелита.

Заключение: это исследование подтверждает, что T1-взвешенные изображения / STIR-изображения полезны для выявления остеомиелита нижней челюсти.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИ ВА САРАТОН ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШДА УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВИНИНГ АҲАМИЯТИ

Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Сут беzi саратони бошқа ҳавфли ўсма касалликлари билан таққосланганда аёллар ўлимига энг кўп олиб келувчи сабаблардан бири ҳисобланиб, сўнгги ўн йилда республика онкологик касалликлар структурасида биринчи ўринни эгаллаб келаётганкең тарқалган ҳавфли ўсма саналади. Сут беzi саратони ва саратон олди касалликларини диагностикасида ультратовуш текшируви без тўқимаси ҳолати, регионар лимфатугунлари ўзгаришлар ҳолатини тўлиқ аниқлаш имконини берувчи усул ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади. Сут беzi саратони ва саратон олди касалликларини эрта ташхислашда ультратовуш текшируви имкониятларини ўрганиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот 2019-2021 йилларда Андижон шаҳри ва Андижон туманида истиқомат қилувчи 30-40 ёш аёллар орасида олиб борилган профилактик кўрув давомидасут безлари ультратовуш текширувинатижаларинитаҳлил қилишга асосланган.

Тадақиқот натижалари. Андижон шаҳрида профилактик кўрув давомидасут безлари ультратовуш текширувиданўтган жами 1116 нафар аёлдақуйидаги натижалар кўрилди: соғлом аёллар 535 (49,7%), фиброз-кистоз мастопатия 163 (14,6%), фиброз мастопатия 140 (12,5%), тугунли мастопатия 64 (5,7%), диффуз мастопатия 30 (2,68%), сут беи кистоз зарарланиши 95 (8,51%), фиброаденома 13 (1,16%), Минц касаллиги 13 (1,16%) ва ҳавфли ўсмага гумон 11 (0,98%). Галактоцеле, атерома ва липома каби бошқа касалликлар 2(0,26%) ва 1 (0,089%) нафар аёлда аниқланган. Андижон туманида жами 1065 нафар аёлдан 530 нафарида (49,8%) сут безидатурли патологик ҳолатлараниқланган, 130 нафар (12,2%) фиброз мастопатия, 153 нафар (14,3%) фиброз-кистоз мастопатия ва 54 нафари (5%) тугунли мастопатия, қолган касалликлар мос равишда озроқ фоизларда учради. Иккала ҳудудда ҳам олинган натижаларга кўра, текширилган аёлларнинг 50 фоизидасут беида турли патологик ҳолатлари аниқланди.

Хулоса: тадақиқот натижалари сут беи саратони ва саратон олди касалликларини эрта таххислашда ультратовуш текшируви имкони юқорилигини кўрсатади.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Худайбердиева Д.А., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Рахматуллаев Б.Х.

РСНПМЦОиР

Цель исследования: оптимизировать раннюю диагностику рака предстательной железы (РПЖ) путем оценки чувствительности, специфичности и точности применяемых лучевых методов диагностики.

Материалы и методы. Материалом исследования послужила группа мужчин в количестве 156 мужчин, обследованных в период с 2020 по 2021 гг., находящихся на лечении в урологическом отделении Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии. Основную группу составили 120 человек (76,9%) и 36 человек (23,1%) – контрольную. Основную массу обследованных больных основной группы составили мужчины в среднем – 40 (33,33%) и пожилom возрасте – 54 человека (45,00%).

В основной и контрольной группах нами выполнено трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) ПЖ (с доплерографическим и компрессионным эластографическим усилением), МРТ органов малого таза, и прицельная биопсия с гистологической верификацией процесса. Основную массу – 54,17% составили больные с РПЖ, а сочетание РПЖ+ДГПЖ (доброкачественная гиперплазия предстательной железы) – 24,17%, что обусловлено преобладающим возрастом обследованных лиц, именно на этих пациентах проводилось изучение возможностей методов исследования в диагностике РПЖ.

Выводы. - лучевые методы диагностики не являются альтернативными, а дополняют друг друга. При этом требуется обязательная гистологическая дифференцировка опухолей ПЖ и стадии их инвазии.

- ТРУЗИ предоставляет достоверную и ценную диагностическую информацию о паренхиме простаты, что применяется не только при РПЖ, но и при других патологиях ПЖ учитывая очень высокое качество изображения и детальность визуализации структур железы, окружающих органов и тканей, и позволяет провести прицельную биопсию из определенной зоны простаты.

- комплексный диагностический подход при высокой чувствительности (94,2%) существенно увеличивает специфичность (90,9%) и точность (91,4%). Это дает возможность точнее направлять пациентов на биопсию ПЖ и снизить частоту ее отрицательных ответов.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Худайбердиева Д.А., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Хашимов Р.А., Рахматуллаев Б.Х.
РСНПМЦОиР

Цель исследования: улучшение результатов диагностики рака предстательной железы

Материалы и методы. Материалом исследования послужила группа мужчин в количестве 156 мужчин, обследованных в период с 2020 по 2021 гг., проходившие обследование у уролога РСНПМЦО и РМЗРУз. Основную группу составили 120 человек (76,9%) и 36 человек (23,1%) – контрольную. Основную массу обследованных больных основной группы составили мужчины в среднем – 40 (33,33%) и пожилым возрасте – 54 человека (45,00%).

В основной и контрольной группах нами выполнено пальцевое ректальное исследование (ПРИ), определен уровень ПСА в сыворотке крови, проведено ТРУЗИ ПЖ (с ЭДК и компрессионным эластографическим усилением) и МРТ органов малого таза, за основу диагностики нами принята прицельная биопсия с гистологической верификацией процесса. Основную массу – 54,17% составили больные с РПЖ, а сочетание РПЖ+ДГПЖ (доброкачественная гиперплазия предстательной железы) – 24,17%, что обусловлено преобладающим возрастом обследованных лиц, именно на этих пациентах проводилось изучение возможностей методов исследования в диагностике РПЖ.

Выводы. ПРИ является лишь одним из сугубо субъективных методов исследования ПЖ, целиком и полностью зависящий от опыта врача, проводящего исследования и может являться лишь отправной точкой для дальнейшего исследования больного.

Определение ПСА крови является достаточно эффективным маркером при диагностике РПЖ в скрининговом обследовании в возрастной группе до 60 лет, позволяющим заподозрить РПЖ при уровнях общего ПСА крови в пределах «серой зоны», т.е. при уровне ПСА от 4 до 10 нг/мл. Комплексный диагностический подход (ПСА>4нг/мл+ ПРИ+ ТРУЗИ) при высокой чувствительности (94,2%) существенно увеличивает специфичность (83,9%) и точность (78,4%). Это дает возможность точнее направлять пациентов на биопсию ПЖ и снизить частоту ее отрицательных ответов.

Окончательная диагностика РПЖ по праву остается за трансректальной мультифокальной биопсией ПЖ под контролем ТРУЗИ с чувствительностью 86,1%, специфичностью – 98,3%, и точностью – 99,4%.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Худайбердиева Д.А., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Хашимов Р.А., Рахматуллаев Б.Х.
РСНПМЦОиР

Цель исследования: оценить диагностическую информативность трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) с компрессионной эластографией в ранней диагностике рака предстательной железы.

Материалы и методы. Представлены результаты обследования 120 мужчин, находившихся на лечении в отделении онкоурологии РСНПМЦОиР МЗ РУз с 2020 по 2021 гг. В основную группу вошли 120 (76,9%) мужчин в возрасте от 39 до 78 лет, средний возраст пациентов был 47,6±3,84 года. В нашем исследовании мы выделили 2 группы, ранняя стадия РПЖ T≤2 – 65 (1 группа) пациентов и T≥2 – 55 пациентов (2 группа). Всем пациентам с направительным диагнозом «рак предстательной железы» (РПЖ) до проведения специфического обследования нами проведено ПРИ (пальцевое ректальное исследование) простаты и полностью исключена какая-либо инфекционная патология мочевых путей и простаты с применением бактериоскопии и ИФА. При отрицательных результатах предварительного обследования нами выполнено комплексное исследование ПЖ, включающее определение общей и свободной фракции ПСА и их соотношения, ТРУЗИ (с доплерографическим и компрессионным эластографическим (ЭГ) усилением), МРТ органов малого таза, и прицельная биопсия с гистологической

верификацией процесса. Применяли аппарат TASHIBO APLIO 500с конвексным трансабдоминальным датчиком 3,5 МГц и ТРУЗИ в В-режиме с УЗА и соноэластографии с эндоректальным датчиком с частотой 3,5-8 МГц.

Выводы. Применение комплекса «ТРУЗИ+УЗА+ЭГ» имеет специфичность диагностики РПЖ 78,25% ($p<0,001$), точность – 78,83% ($p<0,001$), предсказуемость положительного теста – 62,24% ($p<0,001$), а чувствительность для стадий $T\leq 2$ – 72,74% ($p<0,02$).

Эластография играет огромную роль в дифференциации РПЖ от воспалительных заболеваний простаты, так для РПЖ в 88% случаях характерен III и IV типы эластограмм ($p>0,05$), что не позволяет достоверно дифференцировать РПЖ с аденоматозными изменениями паренхимы простаты. РПЖ в 68% обладает большой жесткостью ткани – IV тип эластограммы ($p<0,002$). Ультразвуковая эластография и ангиография при подозрении на РПЖ необходимы в составе диагностического комплекса.

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЗ ПЕРСТНЕВИДНО-КЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ ЖЕЛУДКА, РОЛЬ ГИБРИДНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОФЭКТ/КТ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Шевченко С.А., Тарасов Н.И., Дризнер Е.А., Борзунов И.В.

ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» г. Екатеринбург

Цель исследования: Описать редкий клинический случай метастатического поражения молочной железы из перстневидно-клеточной карциномы у пациентки с клинической картиной диффузной формы рака правой молочной железы, оценить возможности гибридного метода - однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с рентгеновской компьютерной томографией (ОФЭКТ/КТ) в мультимодальной диагностике.

Материал и методы исследования: Пациентка 67 лет, перенесшая в 2017 году субтотальную дистальную резекцию желудка по Ру с лимфодиссекцией Д2 по поводу злокачественного новообразования тела желудка /pT2/pN1/G3/R0/ стадия IIА, 5 курсов адъювантной полихимиотерапии, в июне 2020 года обратилась с жалобами на отек верхней конечности, воспаление молочной железы. По результатам маммографии четко дополнительных образований обнаружено не было. При УЗИ на фоне умеренно выраженной фиброзной ткани был выявлен лимфоцитарный отек ткани правой молочной железы. По результатам МРТ в правой молочной железе наряду с утолщением дермы выявлялись множественные участки накопления контрастного вещества без четких контуров.

При проведении ОФЭКТ/КТ был обнаружен интрадермальный очаг с патологическим повышенным накоплением РФП, индекс «очаг/фон» составил 2.3. В регионарных лимфоузлах значимого накопления РФП не обнаружилось (индекс «очаг/фон» 1.4). Пациентке была выполнена диагностическая секторальная резекция правой молочной железы. При гистологическом исследовании верифицирован рак молочной железы с перстневидноклеточной дифференцировкой, диффузным характером роста, лимфоваскулярной и перинеуральной инвазией. ИГХ - вторичный очаг перстневидноклеточной аденокарциномы желудка: экспрессия цитокератинов 7 и 20, ER, PR-0. Her2/neu – отрицательный Ki67 - 90%.

Выводы: в диагностике редких форм метастатического поражения молочной железы необходимо особенно принимать во внимание совокупность всех данных обследования (клинических, радиологических и лабораторных). Мультимодальный и междисциплинарный подход к диагностике позволяет принять наиболее правильное решение в плане тактики дальнейшего лечения.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ АССОЦИАЦИИ ОНКОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА