АОУЗ
АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ

ISSN 2181-9092
www.jaouz.uz

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ АССОЦИАЦИИ ОНКОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

XIX Республиканская научно-практическая конференция на тему:

«Современные технологии в диагностике и лечении опухолей».

Дата: **19-20 мая 2023 года**
Место проведения: **г. Хива**

ОГЛАВЛЕНИЕ

Тилляшайхов М.Н., Имамов О.А., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Собиржонова З.М.
Совершенствование онкологической помощи в регионах Республики Узбекистан: результаты проведенных мероприятий 31

Тилляшайхов М.Н., Имамов О.А., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Собиржонова З.М.
Онкологическая служба в Республике Узбекистан: оказание высококвалифицированной медицинской помощи населению в регионах 31

Тилляшайхов М.Н., Имамов О.А., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Собиржонова З.М.
Пути повышения онкологической грамотности населения и онконастороженности врачей Республики Узбекистан 32

Тилляшайхов М.Н., Имамов О.А., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Собиржонова З.М.
Организация мер по улучшению онкологической помощи в регионах Республики Узбекистан 32

Тилляшайхов М.Н., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Имамов О.А., Сабирджанова З.Р.
Состояние онкологической службы в Республике Узбекистан 33

Тилляшайхов М.Н., Джанклич С.М., Ибрагимов Ш.Н., Имамов О.А., Сабирджанова З.Р., Сейтшаева В.С., Хуснуддинов Н.З., Юнусов С.С.
Популяционный анализ заболеваемости рака желудка в Республике Узбекистан 33

Тилляшайхов М.Н., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Имамов О.А., Сейтшаева В.С., Сабирджанова З.Р.
Динамика основных статистических показателей стационарной помощи в онкологической службе 34

Тилляшайхов М.Н., Джанклич С.М., Ибрагимов Ш.Н., Имамов О.А., Сейтшаева В.С., Сабирджанова З.Р.
Анализ онкологической помощи детям в Узбекистане 35

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М.
Қовуқ саратони: Ўзбекистон Республикасида 2021 йилги онкоэпидемиологик вазият 35

Тилляшайхов М.Н., Юсупбеков А.А., Расулов А.Э., Мадиёров Б.Т., Усманов Б.Б., Имамов О.А., Джуманазаров Т.М.
Анализ заболеваемости раком легкого в Республике Узбекистан 36

Тилляшайхов М.Н., Имамов О.А., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Собиржонова З.М.
Способ повышения квалификации врачей на местах путем осуществления регулярных выездов в регионы 36

Абдукаримов У.Г., Саидов Г.Н., Ососков А.В., Ширинов М.М.
Итоги первого раунда маммографического скрининга на базе пилотного проекта в Бухарской области 37

Абдихакимов А.Н., Гофур-Охунов М.А., Хабибуллаев Ш.З., Турдибеков Ш.М.
Тошкент вилоятида ўпка саратони билан касалланиш (2017-2021й.) 38

Абдуллаева У.Б., Саидов Н.Т., Алимова М.Ф.
Первый опыт маммографического скрининга в г. Ташкент 38

Атаханова Н.Э., Кобилов О.Р., Эркинова Ч.О., Зияев Ш.В., Сагдуллаева С.Н., Рисхиходжаева Н.А.
Половое и возрастное распределение пациентов с диффузной В-крупноклеточной лимфомой с экстранодальными поражениями 39

Alimkhodzhaeva L.T., Norbekova M.Kh.
Clinical and epidemiological features of dishormonal diseases and breast cancer in men in the aral sea region 39

Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.
Организационные подходы по ранней диагностике рака молочной железы 40

Беркинов А.А., Яхяева В.К., Сабирова С.А.
Распространенность рака шейки матки в городе Ташкенте 41

Вахабов О.У., Абдикаримов М.Г., Косимов У.К.
Заболеваемость и результаты лечения рака почки по Ташкентской области 41

Джураев М.Д., Юлдашева Д.Ж., Мадалимов А.К., Саидов Н.Т.
Роль интеграция в эффективном проведении скрининга рака молочной железы в первичном медицинском звене 42

Захирова Н.Н., Тилляшайхов М.Н., Нишанов Д.А., Ахмедов О.М., Отажонов М.М., Сайдахмедова В.А., Османова Э.З., Некова Г.О.
Распространенность впч в экологически неблагоприятных районах Республики Каракалпакистан 43

Исакова Ш.И.
Эпидемиологическая картина злокачественных образований шейки матки (2022) на примере Андижанской области 43

Казакова З.А., Палванов Т.М.
Сут бези саратонида узоқлашган метастазларини Хоразм вилояти х удудида ўрганилиши 44

Кошкина Т.А., Умарова Д.М., Набиева Д.У.
Показатели заболеваемости раком эндометрия по Ташкентской области 44

Мамадалиева Я.С., Ганиев А.А., Кошкина Т.А, Умарова Д.М.
Заболеваемость злокачественных новообразований яичников больных Ташкентской области 45

Мамадалиева Я.С., Ганиев А.А., Жураев Р.К., Гулмирзаева З.Р.
Динамика заболеваемости и смертности рака шейки матки в Ташкентской области 45

Мамадалиева Я.С., Ганиев А.А., Жураев Р.К., Гулмирзаева З.Р.
Результаты профилактических осмотров в Ташкентской области 46

Матязова Ф.Р.
Маммографияскрининг текшируви натижалари (Хоразм вилояти мисолида) 46

Насриддинов Ш.Б.
Использование специальных анкет для выявления ранних форм злокачественных новообразований прямой кишки 47

Набиева Д.У., Мамадалиева Я.С., Кошкина Т.А.
Показатели заболеваемости органов гениталий в Ташкентской области 47

Одилов К.К., Саидов Г.Н, Дустов Ш.Х, Абдукаримов У.Г
Анализ частоты заболеваемости и смертности высокоагрессивных форм сарком мягких тканей в Бухарской области 48

Полатова Д.Ш., Гафур-Ахунова К.М., Мирзамухамедов Х.К.
Анализ основных показателей рака молочной железы в Ташкентской области 48

Polatova D.Sh., Ibragimova D.A., Khamidullaeva O.O.
Incidence study of non-melanoma malignant skin cancer in the republic of Uzbekistan 49

Рахматов Б.Б., Гафур-Ахунов М.А., Бекмирзаев С.Р.
Навоий вилоятида ўпка саратони билан касалланиш ва профилактик кўрикда аниқланиш кўрсаткичи динамикаси 49

Сабирджанова З.Р., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Сейтшаева В.С.
Анализ основных статистических показателей рака молочной железы в Узбекистане 50

Сабирджанова З.Р., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Сейтшаева В.С.
Распространенность рака эндометрия в Узбекистане 50

Сабирджанова З.Р., Джанклич С.М., Сейшаева В.С.
Рак репродуктивных органов в Узбекистане 51

Салахутдинова М.З.
Распространенность рака кожи по данным регистра Ташкентской области 52

Сотволдиев К.Х., Урманбаева Д.А., Абдурасулов Х.
Анализ эпидемиологических и статистических показателей раковых заболеваний молочной железы в Андижанской области 52

Султонкулова М.К., Джалолова Ф.М., Хафизова Р.Р., Абдумаликова Ш.М., Иминова Б.Э.
Роль скрининга в диагностике минимальных опухолей молочных желез 53

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М.
Ўзбекистон Республикасида қовуқ саратони бирламчи аниқланганларда 2020-2021 йилларда даволаш турлари кўрсаткичлари 54

Турсинов И.Т., Абдиразаков И.А.
Анализ нозологической структуры опухолей щитовидной железы в Ташкентской области за 10 лет (2012-2021 гг. по данным ТОФ РСНПМЦОИР) 54

Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Сотволдиев К.Х.
Пути оптимизации скрининговой программы для ранней диагностики и профилактики раковых заболеваний молочной железы 55

Хакимова Г.А., Курбанов Б.М.
Частота встречаемости люминального типа рака молочной железы в Хорезмской области 55

Хакимова Г.Ж., Абдурасулов Х.Х.
Результаты проведенной работы по интеграции первичного звена здравоохранения в Андижанской области 56

Халиков Н.Х., Бозарова Л.М., Ахмедова У.Р.
Заболеваемость раком молочной железы в Наманганской области за период 2018-2022 гг. (статистический анализ) 57

Холиков С.К., Сайфуллаева Ё.С., Рузимов Б.Й., Вохисова У.А.
Результаты маммоскрининнга у женщин в возрасте от 45 лет до 65 лет в Наманганской области 57

Ходжамова З.
Запущенность колоректального рака и ее причины в Андижанской области 58

Ўринов Э. Ю., Гайнутдинов А.А., Байитов О.И.
Динамика заболеваемости и смертности от рака молочной железы в Навоийской области за 2012–2022 гг. 58

Эргашева М.Э., Исакова З.М., Алибоева М.Д., Маъруфова Х.С.
Онкологик касалликлар ичида репродуктив система касалликлари билан касалланиш динамикасини баҳолаш 59

Юсупбеков А.А., Хайруддинов Р.В., Усманов Б.Б., Расулов А.Э., Джураев Э.Э., Мадияров Б.Т., Чернышова Т.В., Туйчиев О.Д., Алмарданов Р.Б., Хакимов Я.Ш.
Метаанализ результатов хирургического лечения рака грудного отдела пищевода в Республике Узбекистан 59

Юсупбеков А.А., Расулов А.Э., Усманов Б.Б., Мадияров Б.Т.
Тенденция рака легкого в Узбекистане: проблемы и векторы противораковой борьбы 60

Yuldashev B.S., Xadjimuratova M.X.
Orol bo'yi xududida yashovchi ayollarda sut bezi fibroz-kistoz kasalligining klinik morfologik xarakteristikasi 61

РАЗДЕЛ 2.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Абдихакимов А.Н., Хабибулаев Ш.З.
Реконструкция дефектов головы и шеи после операций по поводу рака 62

Абдурахимов О.Н., Нигмонов.О.О., Маликов М.А., Худойбердиев М.Т.
Применение кожного-перемещенного лоскута для реконструктивно-пластических операций при злокачественных новообразованиях кожи области лица 62

Абдурахимов О.Н., Маликов М.А., Худойбердиев М.Т., Нигмонов О.О.
Хирургическое лечение бисфосфонатных некрозов челюстей 63

Абдурахимов О.Н., Нажмуддинова Н.Ш., Маликов М.А., Нигмонов О.О., Худойбердиев М.Т.
Эндоларингеальные лазерные операции при раке гортани 64

Алтиев Ф.Ф. Жумаев А.У. Дустов Ш.Х.
Метастазы фолликулярного рака щитовидной железы в подмышечные лимфатические узлы считаются регионарными или отдаленными метастазами? (случай из практики) 64

Ахмедиев М.М.[1], Кадырбеков Р.Т.[1], Ким А.А.[2], Кулабдуллаев Г.А.[2] Кадырбеков Н.Р.[1,2]
Хирургическое лечение супратенториальных анапластических астроцитом головного мозга и его результаты (клинико-экспериментальное исследование) 65

Ашрапов Ж.Р., Асадуллаев У.М.
Результаты лечения глиом головного мозга у детей 66

Баротов З.З., Абдумуминов А.А.
Оценка качество жизни больных с плоскоклеточным раком органов полости рта 66

Бекмирзаев Р.М., Боймирзаев А.Д., Мирзарахимов З.Ю.
Қалқонсимон без ўсмаларида операция вақтида тезкор морфологик текширувнинг аҳамияти 67

Бекмирзаев Р.М., Хасанов А.И., Нишонбоев Л.С., Сулаймонов Д.А. Каримов А. Абдусаидов Х.О.
Фарғона вилоятида қалқонсимон без ўсмаларини морфологик структураси бўйича тахлили 67

Бекмирзаев Р.М., Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С., Абдусаидов Х.О.
Юз-жағ соҳа саркомаларини даволашда ўсма хажмини аҳамиятини ўрганиш 68

Бекмирзаев Р.М., Хасанов А.И., Нишонбоев Л.С., Шукуров З.И., Абдусаидов Х.О.
Фарғона вилоятида қалқонсимон без ўсмаларини тахлили 68
Ганиев А.А., Исломов Ф.З., Талипов Р.Н.

Комплексное лечение при опухолях головного мозга разных морфологических структур 68

Жумаев А.У., Алтиев Ф.Ф.
Реконструкция послеоперационного дефекта пекторальным лоскутом в хирургическом лечении местно-распространенного рака полости рта 69

Жумаев А.У., Дустов Ш.Х., Тухтаев Ш.Ф.
Микрохирургический способ пластики дефектов языка при злокачественных опухолях в условиях Бухарской онкологической службы 70

Зайниддинов С.С., Турдиев С.М., Саломов М.С.
Бош мия саратони билан даволанган беморларнинг оптимал даво усулини танлаш ва радиомодификатор самарадорлигини баҳолаш 70

Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков К.Б., Хакимов М.Н.
Применение новых технологий в лечении опухолей головного мозга 71

Исаков Б.М., Ташланов Ф.Н., Хакимов М.Н., Исаков К.Б., Мамадалиев А.Б.
К вопросу хирургического лечения больных с опухолями головного мозга 72

Ибрагимов З.Н., Маматова М.Ш., Киличова Д.Р.
Бош миянинг рецидив глиом ўсмаларида комплекс ва комбинир даво натижалари 72

Косимова М.
Непосредственные результаты комбинированного лечения местно-распространенного рака полости рта 73

Каримов А.Р., Додобаев А.А.
Злокачественные опухоли носоглотки: прогностические факторы роста и методы ранней диагностики 73

Кариев Г.М., Хакимов М.Н., Ташланов Ф.Н.
Хирургическое лечение супратенториальных опухолей головного мозга с дислокационным синдромом 74

Муродов Ю.Ж., Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.
Сравнительная эффективность комбинированного, комплексного и модифицированного комплексного лечения астроцитом головного мозга 74

Нишонбоев Л.С., Хасанов А.И., Шукуров З.И., Бекмирзаев Р.М.
Парафаренгиальные опухоли в больших размерах и их хирургическое лечение 75

Полвонов А.Ч., Примов М.М., Рузиев М.А.
Подходы к лечению рака околоушной слюнной железы 76

Примкулов Б.К., Хасанов Ак.И., Нишонбоев Л.С., Юсупбеков А.А., Рахимов Ж.Х., Нурбек Н.
Течение рака слизистой оболочки полости рта в зависимости от использования табачного изделия в регионах Республики Узбекистан 76

Примкулов Б.К., Сулаймонов Д.А., Каримов О.М., Каримов А.Р., Назиржонов Д.
Проблемы диагностики и лечения опухолей слюнных желёз 77

Рахматуллаева Д.Т.
Дифференциальная диагностика лимфоидных образований орбиты 77

Рахматуллаева Д.Т., Убайдуллаев У.Э., Чугунова Г.М., Тургунов Ш.Ш., Усмонов Р.Х.
Непосредственные результаты лечения распространенного рака кожи век методом брахитерапии 78

Раджапов А.А.
Орол бўйи ҳудудида қалқонсимон без саротони диагностикасида суюқлик цитологиясини аҳамияти 78

Сулайманов Д.А., Примқулов Б.Қ., Каримов О.М., Тожибоев Д.Р., Назиржонов Д.Х.
Тил саратонини II-босқичида қўшма даво натижаларини ўрганиш 79

Хакимов М.Н., Кариев Г.М., Ташланов Ф.Н.
Осложнения хирургического лечения супратенториальных опухолей головного мозга с дислокационным синдромом 79

Хасилбеков Н.Х., Ахмедиев М.М., Бурнашев М.И., Бобоев Ж.И., Жолдасбаев А.А.
Хирургическое лечение гамартомы гипоталамуса с геластическими приступами 80

Хатамов Ш.Н., Алиева Д.А., Палванов А.Ч.
Хирургический метод лечения рака гортани и его возможности 80

Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С., Хафизова Д.А., Абдусаидов Х.О.
Ошибки в диагностике и лечении рака щитовидной железы и улучшение хирургического лечения 81

Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С., Юсупбеков А.А.
Одномоментные реконструктивно пластические операции при опухолях лица 82

Хасанов У.С., Махаматжанова Ш.А., Юсупбеков А.А.
Предраковые заболевания гортани: клинико-лабораторные и морфологические особенности 83

Худойбердиев М.Т, Абдурахимов О.Н., Маликов М.А., Нигмонов О.О.
Тил саратони T3N0-1M0 босқичида даволаш натижаларини ўрганиш 83

Усманов Р.Х., Рахматуллаева Д.Т., Турғунов Ш.Ш.
Ретинобластома касаллигини ташхисотида комплекс радиодиагностика усулларининг аҳамияти 84

Усманов Р.Х., Гильдиева М.С., Билалов Э.Н., Рахматуллаева Д.Т., Тургунов Ш.Ш., Чугунова Г.М.
Цитогенетические изменения и их роль в ранней диагностике ретинобластомы 84

Эгамбердиев С.К., Холтоев У.Т., Ганиев А.А., Нигматов Ж.К.
Непосредственные результаты комплексного лечения рака ротоглотки 85

Эгамбердиев С.К., Ганиев А.А., Холтоев У.Т., Нигматов Ж.К., Останова М.М.
Непосредственные результаты химиолучевой терапии назофарингеального рака в Ташкентской области 86

Эшкувватов Г.Э.
Методика прогнозирования интраоперационной кровопотери при хирургическом удалении менингиом головного мозга 86

Шукуров З.И., Бекмирзаев Р.М., Хасанов А.И., Нишонбоев Л.С., Абдусаидов Х.О.
Юз-жағ саркомаларини эрта босқичларда аниқланишида аҳоли тиббий маданиятини ва тиббиёт ходимларини онкоэхтиётқорлиги даражасини аҳамияти 87

Раздел 3.
Диагностика и лечение онкологических заболеваний органов грудной клетки и молочной железы

Абдурахмонова Ж.
Анализ риска развития онкологических заболеваний молочных желез 88

Abdullayeva N.E., Atajanov M.X., G'afurov R.Sh.
Sut bezi saratoni sababli radikal mastektomiya o'tkazilgan ayollarda shaxsiyatni o'rganih natijalari 88

Абдукаримов У.Г., Саидов Г.Н., Ширинов М.М., Ососков А.В.
Предварительные результаты внедрения технологии 3d стереотаксической биопсии опухолей молочных желез 89

Абдихакимов А.Н., Мирзамухамедов Х.К., Турдибеков Ш.М.
Целесообразность сцинтиграфического исследования костей скелета при раке молочной железы 89

Авезмуратова Г.А., Ахмедова С.М., Пулатов Д.А.
Клинико морфологические изменение рака молочной железы при иммуногистохимическом типу 90

Авезмуратова Г.А., Пулатов Д.А.
Изучения отдаленного постлечебного патоморфоза и степени злокачественности при раке молочной железы 90

Алимов А.К., Жуманиязов М.М.
Оценка эффективности различных методов лечения у больных с местнораспространенным раком молочной железы 91

Алимходжаева Л.Т., Нишанов Д.А., Бозарова Л.М., Зиеведенова С.С.
Клиническая значимость изменений рецепторного статуса в опухолях добавочной доли молочной железы 91

Alimhodjayeva L.T., Mirzayeva M., Zakirova L.T.
The relationship between obesity and breast cancer sybtypes 92

Alimkhodzhaeva L.T., Norbekova M.Kh.
Metastatic breast cancer in men 93

Алимходжаева Л.Т., Мирзаева М.
Оценка эффективности химиотерапии при редком гистологическом формы раке молочной железы на фоне метаболического синдрома у женщин 94

Аллаяров О.М., Джалолова Ф.М.
Аёллар репродуктив аьзоларининг сут бези ўсма касалликлари ривожланишига таъсири 94

Аллаяров О.М., Джалолова Ф.М., Абдурасулов Х.
Эффективность таргетной терапии HER2/NEU позитивного рака молочной железы 95

Аминжонов Р.М., Бобоев Ш.Р.
Оценка эффективности методов лечение местно-распространенного рака молочной железы 95

Atakhanov N.E., Almuradova D.M., Ziyaev Sh.V., Sagdullaeva S.N., Khamidov H., Sadullaeva N.
Efficiency and toxicity of the intensified platinum-containing regimen in primary breast cancer with a triple negative phenotype 96

Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.
Ультразвуковой компонент профилактического осмотра рака молочный железы на уровне первичного звене здравоохронения 96

Бобоев Ш.Р., Аминжонов Р.М.
Сут бези саратони диагностикасида онкомаркёрларнинг аҳамияти 97

Гафур-Ахунов М.А., Мирзамухаммедов Х.К., Авезмуратова Г.А., Эгамбердиев Г.М.
Результаты противоопухолевого лечения больных с метастатическим трижды негативным раком молочной железы 97

Джураев М.Д., Узаков С.М., Кутлумуратов А.Б.
К вопросу о связи риска постмастэктомической лимфедемы с сопутствующей сосудистой патологией 98

Жумабоев А.Т., Аллаяров О.М., Хусанов В.С.
Сут бези ўсма касалликларини жаррохлик усули билан даволашда бир вақтли ва кечиктирилган сўрғич ареола комплексини тиклаш 98

Жумабоев А.Т., Мамарасулова Д.З.
Сут бези саратонида бажарилган реконструктив ва маммопластика ташрихиларини самарадорлиги 99

Жумабоев А.Т., Ишанчаева Н.Қ.
Сут бези саратонига шубха килинган беморларда тарепан биопсия диагностикаси 100

Жумабоев А.Т.
Сут бези ўсма касалликларини жаррохлик усули билан даволашда липосакция ва липофилингни кўлланиши 100

Жумабоев А.Т., Мамарасулова Д.З., Аллаяров О.М., Сотволдиев К.Х.
Органосохраняющая хирургия рака молочной железы с одномоментной пластикой 101

Жуманиязов М.М.
Влияние объема операции на отдаленные результаты лечения больных раком молочной железы 102

Закирова Л.Т., Алимходжаева Л.Т., Нигманова Н.А, Махмудова Н.Э., Косимов Д.А., Шомансурова Н.С., Халимов Ж.Ж.
Значение молекулярно-биологических маркеров в диагностике и лечении рака молочной железы 103

Закирова Л.Т., Алимходжаева Л.Т., Нигманова Н.А, Махмудова Н.Э., Косимов Д.А., Шомансурова Н.С., Халимов Ж.Ж.
Генетические изменения ВКДНК при раке молочной железы 103

Закирова Л.Т., Алимходжаева Л.Т., Нигманова Н.А., Махмудова Н.Э., Косимов Д.А., Шомансурова Н.С., Халимов Ж.Ж.
Роль метилирования генов-супрессоров в ранней диагностике и оценке эффективности лечения онкологических больных 104

Зиявиденова С.С., Тухтабоева М.Т.
Результаты онколастических операций при раке внутренних квадрантов молочной железы 104

Исроилжонов С., Хомидова Т.Э., Каримов А.Р.
Сут бези раколди касалликларида аёл гормонларининг аҳамияти 105

Ишанходжаева Д.С., Раззакова Н.П., Шаюсупов Н.Р.
Онкопластические резекции при раке молочной железы опыт 105

Ишанчаева Н.
Оценка отдаленных результатов лечения рака Педжета молочной железы 106

Ишанчаева Н.
Результаты органосохраняющего лечения рака молочной железы 106

Ishanchaeva N.
Assess long-term results of treatment breast cancer 107

Каримов А.Р., Хомидова Т.Э.
Иммунофенотипическое профилирование злокачественных новообразований молочной железы 107

Karimova M.N., Rakhmonov K.A., Rabimova M.N., Eshturdiev B.Dj.
Features of the course of breast cancer in elderly and senile women 108

Кутлумуратов А.Б., Узаков С.М., Джураев М.Д.
К вопросу о токсическом поражении печени и риске постмастэктомической лимфедемы у больных раком молочной железы 108

Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А., Оллоёров О.М.
Анализ факторов риска больных с предраковыми заболеваниями молочной железы в условиях 109

Матниязов М.К., Тожиддинов О.А., Саъдуллаев Ю.А., Ибрагимов З.Н.
Сут бези саратонида узоқлашган метастазлар жойлашуви 110

Матниязов М.К., Палванов Т.М., Юсупова Д.А., Аллаберганова Х.М.
Сут бези саратонида 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 110

Макиева К.Б.
Молекулярно-генетические особенности рака молочной железы у женщин Кыргызской национальности 111

Мамаризаев Д.Ю., Джураев М.Д.
К вопросу о ранней диагностике рака молочной железы 111

Набижонова Г.Х., Сотволдиев К.Х., Ишанчаева Н.К.
Сут бези хавфли ўсма касаллигини олдини олиш ва илк босқичларида аниқлаш чора тадбирлари 112

Отажанов Д.М. Жуманиязов М.М.
Особенности течения и лечения рака молочной железы у пожилых >65 лет 113

Рахмонов К.А., Каримова М.Н., Нурмамедова И.Г., Мажидов Ш.
Редукционная маммопластика у женщин с выраженной гипертрофии молочных желез с использованием т - образного разреза (клинический случай) 113

Рузметов Ш.М., Хайитбаев Б.М., Сапарбаев А.И., Хакимова Г.А.
Особенности диагностики злокачественных и доброкачественных заболеваний молочной железы на фоне воспаления 114

Сайидов И.З.
Рак молочной железы: анализ и возможности использования сывороточного уровня кальциферола в качестве прогностического критерия метастазирования с первично установленным диагнозом у женщин местного этноса 115

Талипов О.А., Шоюсупов Н.Р., Миррахимов Ф.Х., Рябчиков Д.А., Урмонов У.Б.
Изучение метилирования 10 генов микрорнк при раке молочной железы 115

Талипов О.А., Шоюсупов Н.Р., Миррахимов Ф.Х., Рябчиков Д.А.
Метилирования генов микроРНК в различных подтипах рака молочной железы 116
Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж., Юлдашходжаева Н.Б.
Микроокружение опухоли и степень дифференцировки при раке молочной железы 116

Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж., Юлдашходжаева Н.Б.
Молекулярно-биологические подтипы рака молочной железы и микроокружение опухоли 117

Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж. Юлдашходжаева Н.Б.
Роль экспрессии рецепторов микроокружения опухоли на течение и прогноз рака молочной железы 117

Тилляшайхов М.Н., Алимходжаева Л.Т., Шомансурова Н.С.
Изучение экспресси пролиферативной активности белка ki-67 у больных с узловой формой фиброзно-кистозной мастопатией 117

Тилляшайхов М.Н., Ходжаев А.В., Алимходжаева Л.Т., Шомансурова Н.С.
Выбор тактики лечения патологических процессов в молочной железе в зависимости рецепторов эстрогенов и прогестерона 118

Уринов Э.Ю., Ҳасанов К.С., Нурмаматов Ш.Н.
Особенности течения рака молочной железы у женщин пожилого и старческого возраста 118

Уморов М.Х., Нишанов Д. А., Нишанова Ю.Х.
Клинико-морфологические и молекулярно-биологические особенности гинекомастии у мужчин 119

Усмонова Ш.Т., Шаюсупов Н.Р., Турдиева Г.Х.
Локальные рецидивы в области после операционного рубца при раке молочной железы 120

Узаков С.М.
К вопросу об эффективности лимфовенозного анастомоза в профилактике постмастэктомической лимфедемы больных раком молочной железы на популяционном уровне 120

Усмонова Ш.Т., Шаюсупов Н.Р., Аминова М.П.
Случай из практики. Ювенильная фиброаденома молочной железы 121

Урманбаева Д.А., Оллоёров О.М., Расулова Д.К.
Сут бези саратонини келтириб чиқарувчи омиллар 121

Урманбаева Д.А., Расулова Д.К.
Сут бези саратони ва саратон олди касалликлари хавф омилларини ўрганиш йўли билан эрта босқичларда ташхислашда инновацон услублар 122

Хасанова Д.Ф., Уморов М.Х., Нигманова Н.А., Туляганова Ш.Х.
Прогностическое ценность сочетанного использования опухолевых маркеров для диагностики и оценки эффективности лечения рака молочной железы 123

Шарипов А.Б., Рахматов У.А., Набиев Н.П., Хидиров С.Н., Мавлонов Р.Н., Зиядуллаева Г.Ю.
“Яшил йўлак” давлат дастури бўйича сут бези саратонини эрта диагностикасининг аҳамияти 123

Юлдашев Н.Ж., Урунбаев С.Д., Умиров А.А., Рузиматов Ш.Н.
Реконструкция объем замещающей TDL пластикой в хирургическом лечении больных ранним раком молочной железы 124

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

Абдихакимов А. Н., Касымов А.А., Палванов А.М., Худайкулов А.Т.
Максимально дистально субтотальная резекция желудка 126

Абдихакимов А.Н., Поликарпов С.А., Благовестнов Д.А., Касымов А.А., Муталов Х.И., Эргашев Ш.К.
Первично-множественные злокачественные опухоли у больных раком желудка 126

Адилходжаев А.А., Бахадырханов М.М., Хожанязов Ш.Р., Ризаев О.
Первый опыт роботической герниопластики при паховой грыже 127

Адилходжаев А.А., Гулямов О.М., Бахадырханов М.М., Аюбов Б.А., Хожанязов Ш.Р.
Первый опыт роботической фундпликации по дору при параэзофагеальной грыже 127

Babadjanov A.B., Ulmasov F.G., Urazov N.S., Quliev A.A.
Ko'ks oralig'i o'smalarni tashxislashda KT bo'yicha transtorakal biopsiya 128

Гафур-АхуновМ.А., Галдиев М.К.
Первично-множественный рак желудка; методы диагностики и лечения 128

Газиев Л.Т., Қобилов Б.З., Хаитов Д.Х.
Результаты комплексного лечения рака прямой кишки дистальных локализаций с тотальной мезоректумэктомией 129

Галдиев М.К., Мухамедаминов Ш.К., Гафур-Ахунов М.А.
Ошқозон-ичак тизими бирламчи-кўплаб хавфли ўсмаларида даволаш натижалари 130

Газиев Л.Т., Алмурадова Д.М., Юсупов А.А., Эркинова Ч.О., Холиддинов Х.Ш.
Мультидисциплинарная комиссия при лечении рака прямой кишки 130

Гончаров А.Л., Чичерина М.А.
Роботическая или лапароскопическая тотальная мезоректумэктомия у пациентов больных раком прямой кишки 131

Гуламов О.М., Махсудов М.Т., Ахмедов Г.К.
Комплексное лечение предраковых осложнений ГЭРБ 131

Джураев М.Д., Меликулов А.Х., Улмасов Ф.Ғ., Давронов Б.А., Кулиев А.А.
Результаты хирургического лечения метастазированноного рака желудка в печень 132

Джуманазаров Т.М., Юсупбеков А.А., Расулов А.Э., Хайруддинов Р.В., Чернышева Т.В., Жураев Э.Э., Мадиёров Б.Т., Усманов Б.Б., Туйчиев О.Д.
Результаты расширенно-комбинированных операций при раке легкого 132

Джураев Э.Э., Юсупбеков А.А., Хайруддинов Р.В., Расулов А.Э., Мадиёров Б.Т., Усманов Б.Б., Джуманазаров Т.М., Туйчиев О.Д., Хакимов Я.Ш.
Клинико-морфологические аспекты интрамуральных метастазов при раке грудного отдела пищевода 133

Джураев М.Д., Худаяров С.С., Туйев Х.Н., Бабаев А.К.
Гастропанкреатоспленэктомии при местно-распространенном раке желудка 134

Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Худаяров С.С.
Результаты верхней левой эвисцерации при местно-распространенном раке желудка 134

Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Худаяров С.С.
Способ улучшения функциональных результатов гастрэктомии 135

Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Казимов Б.Б., Турсунов О.М.
Сравнительное исследование биоптата эндобилиарного зажима с использованием чрескожной чреспеченочной холангиостомической трубки 135

Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Турсунов О.М., Меликулов А.Х., Кулиев А.А., Казимов Б.Б.
Результаты чрескожного дренирования в лечения непаразитарных кист 136

Джураев М.Д., Меликулов А.Х., Улмасов Ф.Ғ., Давронов Б.А. Уразов Н.С.
Непосредственные результаты расширенной комбинированной гастрэктомии при прорастании опухоли в хвост поджелудочной железы 137

Juraev M.D., Ulmasov F.G., Kazimov B. B., Tursunov O.M.
Perkutan transgepatik xolangiostom nay yordamida endobiliar qisqich biopsiya namunasini qiyosiy o'rganish 137

Ибрагимов О. С., Маматкулов О.А.
Трансторакальная толстоигольная биопсия опухолей средостения под контролем ультразвукового исследования 138

Исламов Х.Д., Матниязова Ш.Я., Кораходжаев Б.Ш., Израильбекова К.Ш.
Оценка выживаемости при применении химио-таргетной терапия у больных с метастазами колоректального рака в печень 139

Исламов Х.Д., Матниязова Ш.Я., Кораходжаев Б.Ш., Хакимов А.А.
Наш опыт хирургического лечения колоректального рака в Республике Узбекистан 140

Исламов Х.Д., Матниязова Ш.Я., Тен Я.В., Зияев Я.Ф. Хакимов А.А.
Хирургическое лечение рака прямой кишки с инвазией в органы гениталий у женщин 140

Камышов С.В., Исламов Х.Д., Ниёзова Ш.Х.
Исследование результатов диагностики и таргетной терапии больных колоректальным раком с метастазами в печени 141

Карабаев Б.Р. Турдибеков Ш.М.
Современные возможности МРТ в оценке эффективности неоадъювантной химиолучевой терапии у больных раком прямой кишки 141

Насриддинов Ш.Б.
Оценка результатов местного применение препарата месалазин при восстановлении культи прямой кишки при язвенном колите 142

Насриддинов Ш.Б.
Малоинвазивный способ применения лимфотропной терапии при язвенном колите 142

Максимкулов Ж.М.
Ближайщие результаты мультисегментарной резекции печени при билобарных опухолевых поражениях 143

Парпиева Н.Н., Адилходжаев А.А., Рискиев А.А., Муминова З.А., Абдусаматов А.А.
Миниинвазивные технологии в диагностике абдоминального туберкулеза 143

Парпиева Н.Н., Адилходжаев А.А., Рискиев А.А., Муминова З.А., Абдусаматов А.А.
Миниинвазивные технологии диагностики поражений плевры 144

Примкулов Б.К., Абдихакимов А.Н., Сулайманов Д.А.
Результаты послеоперационной гипертермической интраперитонеальной химиоперфузии при распространёных формах злокачественных опухолях брюшной полости 145

Рахманова Н.С.
Гигантская мезенхимальная гамартома легкого 145

Рузметов Ш.М., Атажанов О.Б.
Пункционная аспирационная биопсия в диагностике метастазов в надключичные лимфатические узлы при раке легкого 146

Сафаров М.А., Тойгонбеков А.К.
Пути оптимизации паллиативного лечения рака пищевода 146

Сайдуллаев С.Т., Эргашев Н.К., Усаров М.З.
Повышение эффективности лечения местно-распространенного рака пищевода 147

Тилляшайхов М.Н., Исламов Х.Д., Матниязова Ш.Я., Кораходжаев Б.Ш.
Послеоперационные исходы у пожилых людей после операции 147

Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Рахимов О.А., Ахмедов О.М., Тен Я.В., Хуснуддинов Н.З., Уразыметов А.Д.
Технические особенности лапароскопический гастрэктомии при раке желудка 148

Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Тен Я.В, Рахимов О.А., Исламов Х.Д., Ахмедов О.М., Зияев Я.Ф.
Роль молекулярно-биологического маркера CDKN-2a в ранней диагностике рака толстой кишки 149

Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Рахимов О.А., Тен Я.В., Ахмедов О.М.
Непосредственные результаты правосторонней гемиколэктомии с тотальной мезоколонэктомией и D3 лимфодиссекцией при лечении рака правой половины ободочной кишки 149

Туланов Б.Т., Гафуров Э.Р., Туқлиев Р.Р., Раззоқов У.С.
Маҳаллий тарқалган тўғри ичак саратонинг неоадъювант даволашда интеграциялашган симультан буст кимё-нур терапияси 150

Тулаев А.Р., Тухтаев Ш.З.
Эффективность наложения коло-ректальных анастомозов применением высоко технологичных вмешательств при раке прямой кишки 151

Урунбаев С.Д., Умиров А.А., Юлдашев Н.Ж., Рузиматов Ш.Н.
Результаты дифференцированного подхода при хирургическом лечении осложнённого рака ободочной кишки 151

Урунбаев С.Д., Умиров А.А., Юлдашев Н.Ж., Рузиматов Ш.Н.
Выбор метода и тактики лечения осложненного рака толстой кишки 152

Урмонов У.Б., Афанасьев С.Г., Добродеев А.Ю.
Комбинированное лечение рака пищевода II-III стадии 152

Уринов Э.Ю., Нуров Р.Р.
Результаты эффективности методов лечения больных с раком легких 153

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 153

Хасанова Д.Ф., Уморов М.Х., Мухаммаджонова С.Х.
Определение концентрация онкомаркёров в сыворотке крови здоровых лиц и раком печени 154

Ходжиев Д.Ш., Султанзада Н.Д., Худойбергенов Ш.О.
Опыт хирургического лечения при раке печени в условиях частной хирургии 155

Эргашев Ш.К., Абдихакимов А.Н., Касымов А.А., Муталов Х.И.
Опыт применения реконструкции двойного тракта «DOUBLE-TRACT» после субтотальной проксимальной резекции желудка 155

Эшонхўжаев У.Х., Тожибоев А.А., Эшонов А. К.
Периферик ўпка ўсмалари ва медиастинал ўсмаларни ташхислашдаш кт назорати остида траепан игна ёрдамида трансторакал трепан биопсия олиш 156

Эшонов А.К., Тожибоев А.А., Хамракулов С.Қ., Носиров А.Р., Шерматов Н.А.
Қизилўнгач саратони билан касалланган иноперал беморларда даво ўтказилиш натижалари 156

Эгамов И.М., Ибрагимов З.Н., Маматова М.Ш., Киличова Д.Р.
Тўғри ичак саратонида капецитабин билан бирга нуртерапиянинг самарадорлигини баҳолаш 157

Юсупбеков А.А., Расулов А.Э., Мадиёров Б.Т., Усманов Б.Б., Джуманазаров Т.М.
Результаты хирургических вмешательств при немелкоклеточном раке легкого 158

Юсупбеков А.А., Нишанов Д.А., Расулов А.Э., Мадиёров Б.Т., Усманов Б.Б., Джуманазаров Т.М.
Молекулярно-генетическое обоснование персонифицированной терапии немелкоклеточного рака легкого 158

Юсупбеков А.А., Хакимов Я.Ш., Саидов Ғ.Н.
Бухоро вилоятида кардиоэзофагеал соҳа саратонининг жаррохлик даволаш натижалари 159

Юсупбеков А.А., Усманов Б.Б., Хамидов Х.Х.
Helicobacter pylori ассоциированный рак пищевода и кардиоэзофагеальной зоны 159

Юсупбеков А.А., Туйчиев О.Д., Исмаилова Ж.А., Усманов Б.Б.
Диагностика Helicobacter pylori ассциированного рака пищевода 160

Юсупбеков А.А., Саидов Ғ.Н., Хакимов Я.Ш.
Бухоро вилоятида кардиоэзофагеал соҳа саратонининг тарқалиши ва хирургик даволаш бевосита натижалари 160

Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д.М., Туйев Х.Н., Соипов Б.Б., Боймуродов Х.Д.
Анализ непосредственных результатов хирургического лечения опухолей гепатопанкреатобилиарной зоны 161

Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д., Туйев Х.Н.
Изучение результатов хирургического лечения злокачественных опухолей гепатопанкреатобилиарной зоны 161

Якубов Ю.К., Туйев Х.Н., Сагдуллаев А.М.
Анализ результатов лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза 162

Қобилов Б.З., Абдужаппаров С.Б., Хаитов Д.Х., Болтаев А.Б., Якубов А.Ж.
Первично-множественный колоректальный рак: клинико-морфологические особенности 163

РАЗДЕЛ 5.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Абдухакимов А.Н., Салахутдинова М.З., Шукурова М.А.
Оптимизация лекарственного лечения инфантильных гемангиом детей населения Ташкентской области 164

Агзамов И.М., Улитин А.Ю., Агзамов М.К., Кривошеева В.В.
Особенности диагностики и лечения первичных опухолей головного мозга у детей 164

Азимова Г.М., Сайдуллаев С.Т., Алиева М.У., Уринбоев Н.М.
Особенности менструальной и репродуктивной функций у женщин раком эндометрия с нарушением метаболизма 165

Ахмедова Т.А., Васихов Ш.А.
Анализ степени патоморфологического регресса опухоли при неоадъювантном режиме химиолучевой терапии рака шейки матки IIB стадии 165

Ахмадалиева Н.М.
Особенности прогрессирования опухолевого процесса у больных раком тела матки 166

Бахадырханов М.М.,
Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Аюбов Б.А., Назаров Д.А., Нуриддинов Х.З.
Оценка безопасности и эффективности комбинированного дренирования верхних мочевых путей и мочевого пузыря при лапароскопическом уретерцистонеоанастомозе 167

Бахадырханов М.М., Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Аюбов Б.А., Назаров Д.А., Нуриддинов Х.З.
Оценка комбинированного дренирования верхних мочевых путей и мочевого пузыря как эффективного и безопасного метода при лапароскопическом у ретерцистонеоанастомозе 168

Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Азимов А.А.
Оценка сроков выживаемости в терапевтическом лечении локализованного метастатического почечно-клеточного рака 169

Жуманиёзов Х.И., Хакимова Г.Г., Саидов Х.Х., Валиев С.Э.
Клинический случай экстраренального опухолья Вильмса у детей 169

Мамажонов Х.И., Никогосян С.О., Атаханова Н.Э., Яхяева В.К.
Результаты хирургического лечения с системной лимфаденэктомией у больных раком яичников III–IV стадии 170

Норматова Ф.Р.
Оптимизация лечения больных с местнораспространенным раком шейки матки 171

Zakhirova N., Tillyashaykhov M., Nishanov D., Islamov Kh., Saydakhmedova V., Osmanova E., Otajonov M.
Frequency of hpv detection in the Republic of Karakalpakstan 171

Ортикова Х.У., Толибова Н.У., Орифова Ф.М.
Значение клеточного иммунного ответа для раннего прогнозирования рецидива рак шейки матки 172

Рашитова А.А., Хамраев М.Ж., Максудова Н.Б.
Определение PDL1 при местно-распространенном раке шейки матки 172

Набиева Д.У., Мамадалиева Я.С., Кошкина Т.А.
Значение и особенности цитокинов у больных раком яичников 173

Захирова Н.Н., Нишанов Д.А., Сайдахмедова В.А., Османова Э.З., Тен Я.В., Зияев Я.Ф., Евмененко А., Джанклич С.М.
Ранняя диагностика рака шейки матки: кольпоскопия на основе искусственного интеллекта 173

Жуманиёзов Х.И., Джураев М.Д., Саидов Х.Х., Валиев С.Э.
Наш опыт применение «коллапана» при лечении доброкачественных опухолей костей у детей 174

Zakhirova N., Tillyashaykhov M., Akhmedov O., Osmanova E., Saydakhmedova V., Otajonov M., Mamatova M., Islamova Z.
Pilot screening of cervical cancer HPV testing In the Republic of Karakalpakstan 174

Исаков Б.М., Исаков К.Б.
Стратегия в лечении опухолей головного мозга у детей 175

Качмазов А.А., Перепечин Д.В., Пеньков П.Л., Сивков А.В., Алексеев Б.Я., Аполихин О.И., Каприн А.Д.
Способ сочетанного лечения недержания мочи и эректильной дисфункции у больных после радикальной простатэктомии 175

Косимова М.
Лечение детей с опухолями семейства саркомы юинга костей таза 176

Mamadaliyeva Y.S., Umarova D. M.
Tuxumdonlar o`smalarida o`sma markerlari va ultratovush ko`rsatgichlarining qiyosiy tahlili 176

Мамаризаев Д. Ю., Джураев М.Д., Холмуродов У.Х.
Ведение больных с гормонально-активными опухолями надпочечников при симультанных операциях 177

Набиева Д.У., Мамадалиева Я.С., Кошкина Т.А.
Молекулярно-генетические и иммунологические маркеры в диагностике рака яичников 177

Normatova F.R.
Comparative evaluation of surgical and combined treatment methods in patients with stage IB uterine body cancer 178

Palvanov T.M., Otajanov A.M., Qurbanov D.B.
Moyak o'smasi rivojlanishiga sabab bo'luvchi endogen xavf omillarini o'rganish natijalari 178

Palvanov T.M., Otajanov A.M., Qurbanov D.B.
Buyrak saratonida bajarilgan radikal transabdominal nefrektomiya amaliyoti natijalari 179

Palvanov T.M., Otajanov A.M., Qurbanov D.B.
Prostata bezi disseminirlangan saratoni bilan kasallangan bemorlarda o'tkazilgan gormonoterapiya natijalari 179

Рахимов Н.М., Шаханова Ш.Ш.
Буйрак ва простата бези саратони кўплаб остеоген метастазларида 153sm-оксабифор билан даволашнинг гематологик токсиклигини баҳолаш 180

Saidakbarov I.S., Abdurasulov I.M., Alijonov X.S.
Clinical signes of prostate cancer 180

Саломов М.С., Юсупов Ш.Х.
Простата бези саратони беморларда тўлиқ ва нотўлиқ андроген блокадани метморфин билан биргаликда даволаш хусусиятлари 181
Таджибаева Ю.Т., Мамадалиева Я.С., Кошкина Т.А., Ганиев А.А.
Динамика заболеваемости и смертности злокачественных новообразований женской репродуктивной системы Ташкентской области 181

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Камышов С.В., Рахматуллаев Б.Х.
Влияние морфометрических параметров перитуморзной зоны на выживаемость 182

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Гаипов Д.А., Азимов А.А.
Обоснование органосохраняющих операций единственной почки с контрольным ее стентированием 182

Тилляшайхов.М.Н, Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т. Азимов А.А.
Результатов различных методов лечения гормонорезистентного рака предстательной железы по динамике изменения псa 183

Тилляшайхов М.Н., Искандаров Ж.М., Бойко Е.В., Юсупов Ш.Х., Болтаев М.И.
Непосредственные результаты лечения первичного гормонорефрактерного рака предстательной железы 183

Тилляшайхов М.Н., Искандаров Ж.М., Бойко Е.В., Юсупов Ш.Х., Болтаев М.И.
Отдаленные результаты лечения больных с первичной и вторичной гормонорефрактерного рака предстательной железы 184

Тилляшайхова Р.М., Туйчиев А.
Трансуретральнай резекция при раке мочевого пузыря 184

Тилляшайхов М.Н., Джураев М.Д., Бойко Е.В., Юсупов Ш.Х., Тилляшайхова Р.М., Суллетбаев Н.Б., Дю А.В., Алимов Ж.У., Урмонов У.Б.
Эффективность комбинированной терапии в лечении рака предстательной железы 185

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т.
Онкологический исход и предикторы выживаемости после выполнения лапароскопической радикальной цистэктомии при раке мочевого пузыря 185

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Рахматуллаев Б.Х.
Внедрение малоинвазивных видеоассистированных операций в лечении рака почки 186

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Азимов А.А.
Наш десятилетний опыт в радикальной хирургии рака почки 187

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Азимов А.А.
Иммунно-терапия и осложнения в лечении метастатического почечно-клеточного рака 187

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Гаипов Д.А.
Наш опыт в хирургическом лечении опухолевого тромба нижней полой вены и правого предсердия при раке почки 188

Тилляшайхов М.Н., Джураев М.Д., Бойко Е.В., Юсупов Ш.Х., Тилляшайхова Р.М., Суллетбаев Н.Б., Дю А.В., Алимов Ж.У., Урмонов У.Б.
Влияние диаметра иглы на выявляемость РПЖ при трансректальной биопсии предстательной железы 188

Тилляшайхова Р.М.
Выбор метода эндоуретрального лечения мышечно неинвазивного рака мочевого пузыря 189

Тилляшайхов М.Н., Джураев М.Д., Тилляшайхова Р.М., Суллетбаев Н.Б. Туйчиев А.
Лечение больных немышечно инвазивном раке мочевого пузыря с высоким риском рецидива 189

Токтоналиева А.Н., Султангазиева Б.Б., Макиева К.Б., Макимбетов Э.К.
Возможности фотодинамической терапии предопухолевых заболеваний шейки матки 190
Tugizova D.I., Orifova F.M., Karimova M.N., Ortikova H.U.
Prognosis factors for cervical cancer in pregnant women 190

Тукаева Н.Р., Алижонов Х.С., Шерматов И.И.
Роль кольпоскопии с биопсией в скрининге рака шейки матки 191

Уринов Э.Ю. Хасанов К.С., Нурмаматов Ш.Н.
Особенности течения рака молочной железы у женщин пожилого и старческого возраста 191

Умарзода С.Г., Носирова Ф.Т.
Прогностические факторы при раке яичников 192

Хасанов Д.Ш., Мамадалиев М.М., Аманов И.М., Исаев З.Н.
Простата бези саратонини эрта диагностикаси 192

Хакимов Г.А., Ташметов М.Н., Яхяева В.К., Сабирова С.А.
Комбинированные лечения местно-распространённых форм рака шейки матки 193

Хакимова Г.Ж., Валидова А.Ф., ГарумовВ.Г, Валидова М.Р.
Результаты эндоваскулярной химиоэмболизации при местнораспространенном раке шейки матки в Андижанской области 193

Хакимова Г.Ж., Валидова А.Ф., Валидова М.Р.
Отдаленные результаты циторедуктивных операций у больных раком яичников IIIC и IV ст. 194

Ergashev I.O’, Xaitov D.X.
Bachadon bo’yni saratoni maxalliy tarqalgan fo’rmasida davolanish natijalari 194

Ergashev I.O’., Xaitov D.X.
O'smalarida, o’sma kapsulasining yorilishi kasallik prognoziga tasiri 195

Эргашев Н.Р., Шукуров З.У.
Лечение рецидивов рака вульвы: проблемы и перспективы 195

Шарипов А.Б., Набиев Н.П., Рахматов У.А., Мавлонов Р.Н.
Тухумдонлар ўсмаси: жаррохлик амалётидан олиндинги оптимал ташхислаш 196

Ўринов Э.Ю., Гайнутдинов А.А., Бойитов О.И., Нуров Р.Р., Эшмурадов Ў.М.
Асоратланган простата бези ракларида икки томонлама орхоэктомия амалиётини аҳамияти ва кўрсатгичлари 196

Қорабоев И.З., Мухиддинов М.М.
Бачадон бўйни саратонини даволашда кимё-нур давосининг тутган ўрни 197

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

Абдуллаева Л.Ш., Полатова Д.Ш., Ходжибекова Ю.М.
Хондромиксоидная фиброма нижней челюсти: МСКТ случай из практик 198

Абдуллаева Л.Ш., Ходжибекова Ю.М.
Магнитно-резонансная томография рака нижней челюсти - возможность обнаружения разрушения кости 198

Abdullaeva L.SH., Polatova D.SH., Xodjibekova Y.M.
The role of multispiral computed tomography in the diagnosis of ameloblastoma 199

Abdurasulov I.M., Shermatov I.I., Ikromov I.I.
The role of percutaneous computer tomography guided spinal lesion biopsy 199

Абдуллаева С.Х, Атабаева Д.О.
Иммуногистохимические исследования при выборе адьювантной химиотерапии рака молочной железы 200

Абдихакимов А.Н., Тухтабоева М.Т.
Исследование метилированияпромоторной области генов SFRP1 ИSFRP2 у больных раком молочной железы в Узбекистане 200

Абилов П.М.
Исследование эффективности применения нового комбинированного препарата на развитие и исход новой коронавирусной инфекцией, вызванной Covid-19 201

Авазов Ж.Х., Сабиров А.И.
Динамика внутричерепного давления при абдоминальных операциях у детей 201

Авазов Ж.Х., Сабиров А.И.
Принципы анестезии при злокачественных опухолях на плече 202

Авазов Ж.Х., Сабиров А.И., Отажонов О.Б.
Катетеризация подмышечной вены в качестве центрального венозного доступа у онкологических больных 203

Агзамов И.М., Улитин А.Ю., Агзамов М.К., Кривошеева В.В.
Особенности диагностики и лечения первичных опухолей головного мозга у детей 203

Алимходжаева Л.Т., Халимов Ж.Ж., Ходжаев А.В., Зияведенова С.С.
Морфогенез и патоморфологическое значение поражений регионарных лимфатических узлов при раке молочной железы 204

Асатуллаев Б.Б., Абдужаппаров А.С., Зайнутдинов Н.О., Маматкулов И.Р., Хожаёров А.А.
Роль современных оборудований дистанционной радиотерапии при сочетанной лучевой терапии у больных раком шейки матки 205

Атаханова Н.Э., Яхяева В.К., Турсунова Н.И.
Роль предоперационной лучевой терапии при раке тела матки 205

Атаханова Н.Э., Кобилов О.Р., Эркинова Ч.О., Зияев Ш.В.[2], Сагдуллаева С.Н., Алимжанова Д.М.
Ультразвуковое исследование в диагностике диффузной В-крупноклеточной лимфомой с экстранодальными поражениями 206

Atakhanova N.E., Almuradova D.M., Ziyaev SH.V., Riksikhodjaeva N.A., Erkinova CH.
The role of androgen receptors in the prognosis of triple-negative breast cancer 206

Атаханова Н.Э., Газиев Л.Т, Алмурадова Д.М., Юсупов А.А., Хамидов Х.Х., Солиев Ф.А.
Роль компьютерной томографии в стадировании рака ободочной кишки 207

Атаханова Н.Э., Алмурадова Д.М., Курбанова С.Б.
Изучение клинической течение и генетическая расположенность трижды негативного рака молочной железы 208

Атаханова Н.Э., Кобилов О.Р., Эркинова Ч.О., Зияев Ш.В., Сагдуллаева С.Н., Маннапова Н.М.
Анализ клинического течения диффузной В-крупноклеточной лимфомой с экстранодальными поражениями 209

Ахмедова М.М., Якубова Д.С., Хошимов Б.М.
Морфологическая верификация доброкачественных новообразований молочной железы 209

Ахмедов Б.Р., Исмаилова М.Х., Хусанбоева Д.Д., Зульпикариев Д.Д.
МРТ признаки рака прямой кишки в прогнозировании динамики и риска возникновения рецидивов после комплексного лечения 210
Ahmadalieva N.M.
MRI data on the volume of the tumor and its distribution to the uterine body 210

Ахмедов Б.Р., Исламов Х.Д., Ярматов М.Б.
Прогнозирование отдаленных метастазов в динамике при раке прямой кишки на основании оценки состояния экстрамуральной венозной структуры при магнитно-резонансной томографии 211

Ахралов Ш.Ф., Турдиев Ф.Э., Ортикбаева Ш.О., Юлдашев Т.А.
Роль ультразвуковой диагностики объемных процессов печени 211

Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С., Мирзамухамедов Х.К.
Ультразвуковое исследование в диагностики патологии молочных желез на уровне первичного звена здравоохранения 212

Бабаханов А.Т., Хасанов Д.Ш.
Возможности пункционной биопсии поджелудочной железы под контролем ультразвукового исследования 212

Bozarova L.M., Xoshimov O'.S., Bekmuradov B.I.
RIO VA RIATM hamangan filiali mammalogiya bo'limida 2018-2022 yillar davomida o'tkazilgan amaliyotlarni morfologik strukturasini taxlili 213

Выпова Н.Л., Еникеева З.М., Салихов Ф.С., Агзамова Н.А., Камышов С.В.
Доклиничекое изучение острой и хронической токсичности препарата «колхицинол-2» (К-26-в) 213

Выпова Н.Л., Абрекова Н.Н., Еникеева З. М., Зиявиденова С.С., Нишанов Д.А.
Изучение хронической токсичности противоопухолевого препарата «Дэкоглиц» 214

Газиев Л.Т., Темиров Ш.К.
Возможности и роль предоперационной ультразвуковой диагностики интралюминальной опухолевой инвазии почечной и нижней полой вены при раке почки 215

Ганиев А.А., Ёлдашева Г.А., Нигматов Ж.К.
Лучевая диагностика при злокачественном новообразовании носоглотки 215

Гафур-Ахунов М.А., Касимов У.К., Шарипов М.М.
Сравнительная оценка методов лечения гигантоклеточной опухоли трубчатых костей 216

Гафуров Э.Р., Раззоқов У.С., Туланов Б.Т., Туқлиев Р.Р.
Бош мия солид метастазларининг мультифракцион режимида дистанцион нур терапиясининг рандомизацияланган текширув натижалари 217

Газиев Л.Т., Саидов Э.М., Хасанова Ш.Ш., Ибрагимов Д.С.
Особенности тройной негативного рака молочной железы в джизакской области 217

Газиев Л.Т., Саидов Э.М., Хасанова Ш.Ш., Ибрагимов Д.С.
Сравнительные особенности экспрессии рецепторов стероидных гормонов и белка HER2/NEU в синхронных метастазах рака молочной железы в лимфатических узлах 218

Газиев Л.Т., Хасанова Ш.Ш.
Лечения различных форм дисгормональных гиперпластических процессов молочных желез 219

Гильдиева М.С., Мусаева Ш.Н., Файзиев Ф.Ш.
Изучение иммунного статуса у интактных животных и у животных с имплантированными опухолями 220
Гильдиева М.С.
Показатели перекисного окисления липидов у животных с опухолевым процессом при воздействии экотоксикантов 220

Голотюк М.А., Борзунов И.В.
Определение герминальных мутаций в генах BRCA1/2, CHEK2, PALB2 у лиц с отягощенным семейным онкологическим диагнозом в свердловской области 221

Zokirov N.T.
Umurtqa pog'onasidagi gemodinamika o'zgarishlarining o'ziga xos xususiyatlari. Anesteziya RIO VA RIATM FVF 221

Зайнутдинов Н.О., Абдужаппаров А.С., Асатуллаев Б.Б.
Гипофракционированный метод радиотерапии онкологических больных в условиях пандемии 222

Зайырбекова Н.А., Макиева К.Б., Султангазиева Б.Б.
Ультразвуковой томосинтез в диагностике заболеваний молочных желез 222

Ибрагимов З.Н., Маматова М.Ш., Киличова Д.Р., Матякубов Т.Х.
Результаты лучевой терапии в лечении локализованного рака гортани 223

Ибрагимов А.А., Еникеева З.М., Агзамова Н.А.
Оценка новых противоопухолевых препаратов к-50, к-60 и к-61 в сравнении с этопозидом в преодолении лекарственной устойчивости на модели саркомы 180 223

Израильбекова К.Ш.
Возможности ПЭТ/КТ в диагностике распространенного рака молочной железы 224

Izrailbekova K.Sh.
Possibilities of PET/CT in the diagnosis of common breast cancer 225

Исакова Ш.И.
Магнитно-резонансная томография в выявлении постлучевых изменений органов малого таза 225

Ismailova M.Kh., Nishanova Y. X., Alisherova M.A.
The role of magnet resonance imaging for diagnosis breast cancer 226

Ismailova M.X., Xayitboyeva M.R., Tairova M.I.
Ultratovush tekshiruvining tuxumdon saratoni tarqalganligini aniqlashda ahamiyati 226

Исмаилова М.Х., Таирова М. И., Хаитбаева М. Р., Журавлев И. И.
Роль ультразвукового исследования в диагностике новообразований яичников 227

Исмаилова М.Х., Матюсупов Х.М., Валиев Ю.Ю., Хакбердиев Ж.Ч.
Роль усовершенствованного метода рентгенографии при исследовании заболеваний аноректальной зоны 228

Ишанкулова Д.Х., Азимов Ш.Ш.
Fetus in fetu: клинический случай из онкологической практики 228

Еникеева З.М., Ибрагимов А.А., Салихов Ф.С., Камышов С.В.
Изучение нового препарата К-26- на ряде опухолей 229

Еникеева З.М., Агзамова Н.А., Зиявитденова С.С., Саидходжаева С.С., Холтураева Н.Р., Абдихакимов А.Н.
Эффект препарата дэкоглиц на опухолях крыс при внутрибрюшинном и пероральном применении 229

Еникеева З.М., Юлдашев Ж.А., Агзамова Н.А., Ибрагимов Ш.Н.
Изучение нового препарата колхаметина на ряде опухолевых линиях мышей 230

Каприн А.Д., Алексеев Б.Я., Аполихин О.И., Сивков А.В., Ощепков В.Н., Корякин А.В.
Низкодозная I125 брахитерапии рака предстательной железы: 5-летняя выживаемость и метод прогнозирования вероятности рецидива 231

Каримова Ф.Н., Доутова Л.Р.
Клиническая оценка лечебного патоморфоза после неоадьювантной химиотерапии у больных раком шейки матки 231

Каримова М.Ш., Амруллаева Д.А.
Сочетанная радиотерапия больных раком пищевода 232

Каримов О.М., Тожибоев Д.Р.
Суяк ҳавфли ўсма касалликларини даволашдаги яқин натижалар 232

Каримова Ф.Н., Махмудова Х.Х.
Молекулярно-биологические факторы прогноза (экспрессия биологических маркеров p53 и ki67) рака яичников 233

Каримов А.Р., Боратов У.А., Хасдамова Д.Ё.
Эндоскопия усули билан олинган материалларни гистологик тахлиллари натижалари 234

Kaluta T.Y., Ulitin I.V., Barulina M.A., Velikanova M.G., Korolev A.Y., Rahimov N.M., ShakhanovaSh. Sh., Fedonnikov A.S.
Detection of bone metastasis using the neural network for scintigraphic image analysis 234

Kosimova M.
The treatment of children with ewing's sarcomas of the pelvic bones 235

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Бабаджанов К.Б.
Иммунологические аспекты рака желудка у коренных жителей Хорезма 235

Кодиров М.К., Тешабоева О.А., Ахмедов Э.А.
Эффективность цитологической диагностики метастазов молочной железы в регионарные лимфатические узлы 236

Кулакова А.С., Бенцион Д.Л., Ветров В.А., Борзунов И.В.
Системная а-радиотерапия RA223 у пациентов с МКРРПЖ. опыт ГАУЗ СО «СООД» 236

Косимов И.Х.
Диклофенак препаратининг жаррохлик амалиётидан кейин қўлланилишининг клиник аҳамияти 237

Косимова М.
В онкологиилечение детей с опухолями семейства саркомы Юинга костей таза 237

Мамадалиева Я.М., Хушназаров Х.Х., Шамансурова Н.Х.
Применение современных ультразвуковых технологий в дифференциальной диагностике очаговых образований предстательной железы 238

Мансурова Ш.Н.
Возможности ультразвукового исследования при различной патологии молочных желез 238

Мансурова Ш.Н.
Результаты лучевой диагностики и лечения рака молочной железы 239

Матрасулов Р.С., Нишанов Д.А., Палванов Т.М., Курбанов Д.Б.
Экспрессия маркера ki-67 при нефробластомах у детей 239

Матрасулов Р.С., Нишанов Д.А., Палванов Т.М., Курбанов Д.Б.
Болалар нефробластомасида кі-67 маркерининг экспрессияси 240

Мансурова Г.Б., Саидова К.А., Чен Е.Е.
Применения различных методик лучевой терапии у больных с глиобластомами в послеоперационном периоде 241

Мансурова Г.Б., Чен Е.Е., Саидова К.А.
Опыт применения сочетанной лучевой терапии в лечении больных местно-распространенного рака прямой кишки 241

Мансурова Г.Б., Саидова К.А., Исламов Х.Ж., Чен Е.Е., Рашидова Л.Т.
Оценка тяжести лучевых реакций при различных режимах проведения лучевой терапии местно-распространенного рака прямой кишки 242

Маматкулов И.Р., Кувватов Ж.Т., Маматисаев А.А., Арсланова Ш.Б. Азизов Б.Б.
Повторная лучевая терапия рецидивирующего рака головы и шеи 243

Мусаева Ш.Н.
Гормонал хусусиятга эга таббий моддаларнинг ўсмага қарши фаоллигини аниқлаш 243

Муродов Ю.Ж., Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.
Динамика неврологических симптомов после химиолучевого лечения астроцитом головного мозга 244

Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А. А.
Экспрессия ki-67 и p53 как прогностический маркер раннего послеоперационного рецидива рака головки поджелудочной железы 244

Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А.А.
Прогностическое влияние пролиферативного индекса ki-67 при резектабельных аденокарциномах протоков поджелудочной железы 245

Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А.А.
Иммуногистохимическое исследование экспрессии белков bcl-2 и p53 при карциномах поджелудочной железы 245

Нишанов Д.А., Матрасулов Р.С., Авезов А.У., Айтимова Г.Ю., Урунбаева Н.А.
Диагностическое значение BCL 2 при нефробластоме у детей 246

Нишанов Д.А., Матрасулов Р.С., Авезов А.У., Айтимова Г.Ю. Урунбаева Н.А.
Маркер стратификации риска (p53) опухоли Вильмса 247

Нишанов Д.А., Мансурова Г.Б., Саидова К.А., Чен Е.Е.
Определение чувствительности генерализованных форм рака шейки матки к химиолучеваой терапии с использованием метода иммуногистохимии 247

Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А.А.
Иммуноокрашивание ki-67 при раке поджелудочной железы и хроническом активном панкреатите 248

Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А.А.
Прогностическое влияние пролиферативного индекса ki-67 при резектабельных аденокарцинома протоков поджелудочной железы 249

Нишанов Д.А., Турсинов И.Т., Рузиева Н.А.
К вопросу клинико-морфологических характеристик рака желудка 249

Нишанов Д.А., Расулов Р.А., Бекназаров Х.Ж., Мадалиев А.А.
Марказий нерв системаси астроцитомаларининг патоморфологик ва иммуногистокимёвий хусусиятларини баҳолаш 250

Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А.А.
Актуальность трепанационной биопсии в дифференциальной патоморфологической диагностике новообразований поджелудочной железы 250

Normuminov O.X., Yuldashev R.R.
Breast cancer pathomorphosis remains an actual problem for both clinicians and morphologists 251

Палванов А.Ч., Хатамов Ш.Н., Алиева Д.А.
Особенности морфологической диагностики опухолей слюнных желез 251

Полатова Д.Ш., Ибрагимова Д.А., Хамидуллаева О.О.
Номеланом тери хавфли ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичини Ўзбекистон республикаси микёсида ўрганиш натижалари 252

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 лечения осложнений органосохраных оперативных вмешательств у больных с опухолевым поражением трубчатых костей предплечья 252

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 органосохраннных операций при саркомах мягких тканях 253

Полатова Д.Ш., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Султонов Б.Б., Савкин А.В., Насиров С.К., Асамединов Н.К., Нуржабов А.И.
Эндопротезирование плечевого сустава при опухолях проксимального отдела плечевой кости 253

Полатова Д.Ш., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Султонов Б.Б., Савкин А.В., Асамединов Н.К., Нуржабов А.И., Насиров С.К.
Лучевые методы диагностики в мониторинге эффективности сосудистых операций при саркомах мягких тканей 254

Полатова Д.Ш., Мадаминов А.Ю., Бобомуродов Б.Ш.
Молекулярно-биологическая характеристика плоскоклеточной карциномы ротоглотки 254

Полатова Дж.Ш., Юсупбеков Ах.А.
Эффективность интраоперационного мониторинга возвратных гортанных нервов при хирургических вмешательствах 255

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, прогноз 255

Рахимов Б.А, Нематов Ж.Б
Обоснованность применения опиоидных анальгетиков на этапе операции больных с онкологическими заболеваниями толстой кишки 256

Раззакова Н.П., Шаюсупов Н.Р., Ишанходжаева Д.С.
Сравнительный анализ диагностической ценности рентгеновской маммографии и ультразвукового исследования при ранней диагностике рака молочной железы 256

Саидова К.А., Мансурова Г.Б., Туйджанова Х.Х., Чен Е.Е.
Применения химиолучевой терапии в лечение рака шейки матки 257

Салихов Ф.С., Еникеева З.М., Камышов С.В.
Доклиничекое изучение элементов токсикологии препарата «Колхицинол-2» (К-26-в) 257

Салихов Ф.С., Камышов С.В., Еникеева З.М.
Изучение эффективности препарата к-26-в при разных путях введения 258

Salomov M.S., Yusupov Sh.X.
Effectiveness of brachytherapy for prostate cancer 258

Саитназаров Д.П., Мамадалиева Я.С., Пулатова И.З.
Преимущество и недостатки ультразвуковой диагностики и МСКТ при определении причин дистального холестаза 259

Султонова Л.Ж., Салихов Ф.С.
Ўткир нурланишда лаборатория ҳайвонлари жигари ва ингичка ичагидаги морфологик ўзгаришлар динамикаси тавсифи 260

Султонкулова М.К., Джалолова Ф.М., Сотволдиев К.Х., Абдумаликова Ш., Ибрагимова М.
Результаты лечения гигантомастии на фоне пролактиномы гипофиза 260

Тилляшайхов М.Н., Саломов М.С.
Простата бези саратонини эрта ташхислаш учун трансректал ультратовуш текширувини клиник аҳамияти 261

Тилляшайхов М.Н., Тилляшайхова Р.М., Газиев Л.Т.
Мультиградационный анализ почечно-клеточного рака в зависимости от клинико-морфологических и молекулярно-биологических факторов прогноза 262

Тилляшайхов М.Н., Алмухамедова Б.Г., Ташметов М.Н., Сабирова С.А.
Комбинированное и комплексное лечение при разных гистологических формах сарком матки 262

Тилляшайхов М.Н., Нишанов Д.А., Алмухамедова Б.Г.
Изучение ассоциативной связи между экспрессией гена ki-67 с результатами комбинированного и комплексного лечения при саркомах матки 263

Temirov O.O., Teshayev Sh.J., Khakimov Ya.SH., Odilov Q.K.
Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalari bilan polipragmaziyada qizilo'ngachning morfologik xususiyatlari 264

Tojiboev A.A.
Results of surgical treatment of giant-cell tumor of tubular bones 264

Тогаев Ж.Ф
Интраоперационное облучение (ИОЛТ) в комлексной лечении сарком костей 265

Тургунов Ш.
Амбулаторное лечение базальноклеточного рака кожи 265

Турдалиев Б.Б., Якубова Д.С.
Диагностика протоковой карциномы in situ 266

Usmonova Z.I., Ismailova M.X., Shixov Y.A.
Evaluation of renal cell carcinoma by CT 266

Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Абдурасулов Х.
Роль ультразвукового маммоскрининга при ранней диагностики и профилактики рака молочной железы в условиях Андижанской области 267

Умарова У.А., Бекимбетов К.Н., Манашова А.Р., Султанова Л.Р.
Ультразвуковые аспекты скрининговых исследований гиперпластических процессов эндометрия 267

Усманов Р.Х., Гильдиева М.С., Билалов Э.Н., Рахматуллаева Д.Т., Тургунов Ш.Ш., Чугунова Г.М.
Биохимические изменения в крови больных с ретинобластомой 268

Фозилова Г.Х., Юнусов И.А., Эргашев А.Э.
Особенности использования лучевой терапии у больных с раком шейки матки 268

Хайитбоев Х.Х.
Уч карра салбий сут бези саратони бўлган беморларда pd-l1 ва ki 67 пролиферация индекси клинико-патологик параметрларининг корреляцияси 269

Халматов Б.А., Гафур-Ахунов М.А.
Паллиатив оғриқсизлантириш мақсадида пролонгациялашган эпидурал опиат - аналгезияни қўллаш 269

Халилова М.М.
Сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей у больных с поздними лучевыми осложнениями и без поздних осложнений лучевой терапии 270

Khojibekov M. X., Ismailova M.H, Khaydarova G.B.
Detection of synonasal cancer on computed tomography 271

Хожиматов К. Ё.
Онкогинекологик операцияларда спинал анестезияни қўлланилиши 271

Эгамов И.М., Рузметов Ш.
Магнитно-резонансная томография, компьютерная томография и УЗИ в диагностике гинекологических злокачественных новообразований 271

Эргашев Н.Х., Гулматов С.Ш.
Лечение больных со злокачественными новообразованиями и постковидным осложнениями, возникшие в раннем послеоперационном периоде 272

Эргашев Х.О., Эргашев Н.Х.
Анестезиологическое пособие при фиброколоноскопии 273

Юлдашев Ж.А., Ибрагимов Ш.Н., Шаханова Ш.Ш., Пирмаматов С.М., Мухаммадиев У.Л.
Влияние на иммунитет нового противоопухолевого препарата колхаметин (к-2) 273

Юсупбеков А.А., Исмаилова Ж.А., Усманов Б.Б., Юсупбеков Ах.А., Туйчиев О.Д.
Встречаемость Helicobacter pylori у пациентов с предраковыми заболеваниями верхнего этажа пищеварительного тракта в Узбекистане 274

Юсупбеков А.А., Усманов Б.Б., Расулов А.Э., Джураев Э.Э., Мадияров Б.Т., Туйчиев О.Д., Хакимов Я.Ш.
Перманентная анальгетическая инфузия в коррекции послеоперационной боли у пациентов раком пищевода и кардиоэзофагеальной зоны 274

Юсупалиева Г.А., Ахмедов Э.А., Абзалова М.Я.
Возможности комплексной эхографии в диагностике нефробластомы у детей 275

Юсупова Д.Б., Акбарова Ф.А.
Исследование молекулярно-генетического профиля опухолей у пациентов с первично-диссеминированным раком молочной железы 276

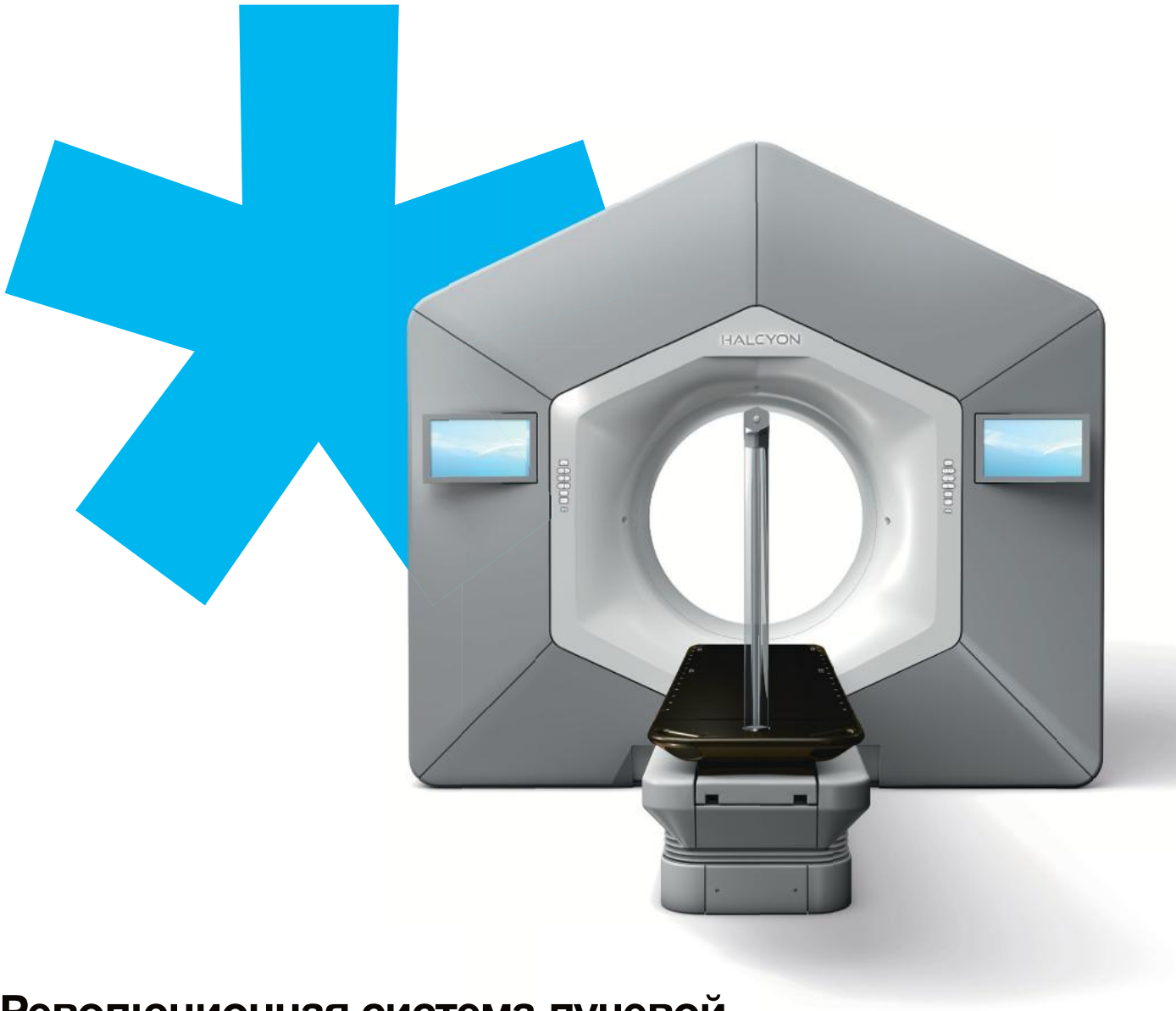
Шарипов М.М., Гафур-Ахунов М.А., Вахабов О.У., Косимов У.К., Абдикаримов М.Г.
Результаты комбинированного лечения агрессивного фиброматоза конечностей и туловища 276

Шарипов М.С., Алимов Б.М.
Замещение послеоперационных обширных дефектов кожи конечностей свободными кожными лоскутами 277

Шарипова М.Л., Хусейнзода З.Х., СангиновД.Р.
Значение цитологических и гистологических исследований в диагностике РМЖ 277

Ширинов М.М., Рамазонов Р.Р.
Роль мультиспиральной компьютерной томографии в оценке распространенности опухолевой инвазии при раке желудка 278

Шейхова Х.К.
Клинико-морфологическая характеристика женщин с аномальными маточными кровотечениями в перименопаузальном периоде 278



* Революционная система лучевой терапии, способная изменить мир.

Система лучевой терапии Halcyon™ призвана изменить взгляды мирового сообщества на борьбу с раком. Интуитивно понятные рабочие процессы, высокоточная терапия с применением средств кВ- и МВ-визуализации, а также меньшая продолжительность лечебного сеанса — достоинства системы Halcyon, воплощающие в реальность мечту о более качественном лечении большего числа пациентов. Нас ждут новые победы в борьбе с онкологическими заболеваниями.

Для получения дополнительной информации о нашей инновационной разработке посетите веб-сайт Varian.com/Halcyon

Лучевая терапия может вызывать побочные эффекты и показана не при всех видах онкологических заболеваний.

© Varian Medical Systems, Inc. 2020 г.; Varian и Varian Medical Systems являются зарегистрированными торговыми знаками компании Varian Medical Systems, Inc.
Halcyon является торговым знаком компании Varian Medical Systems, Inc.

varian | HALCYON™

Мощный импульс для вашего развития

Расширьте границы возможностей в борьбе с онкологическими заболеваниями вместе с системой TrueBeam

Высокотехнологичное оборудование для лечения онкологических заболеваний стало еще эффективнее. Новые возможности системы TrueBeam® — визуализация мягких тканей, высокоточная стереотаксическая радиохирургия и усовершенствованные методы контроля позиционирования и движений пациента — обеспечивают проведение лечения в строгом соответствии с планом. Используйте преимущества высокоточной радиотерапии в наиболее сложных случаях вашей практики не только сейчас, но и в будущем.

Узнайте о новых возможностях системы TrueBeam на сайте: Varian.com/TrueBeam

Лучевая терапия может вызывать побочные эффекты и показана не при всех видах онкологических заболеваний. Дополнительную информацию вы можете получить на нашем сайте www.varian.com/safety

© Varian Medical Systems, Inc., 2018-2022 г. Varian, Varian Medical Systems и TrueBeam являются зарегистрированными торговыми знаками компании Varian Medical Systems, Inc.

varian
A Siemens Healthineers Company | trueBEAM®

Таргетная терапия рака молочной железы теперь доступна в Узбекистане

Предпочтителен для лечения РМЖ при сверхэкспрессии гена HER2/Neu

Современный подход к лечению рака молочной железы HR+, HER2−

100 mg Tablet

1 раз / день

(с -5 по -1 день и со 2 по 6)/цикла

Таргетная терапия при тромбоцитопении, возникшей на фоне химиотерапии

BEACON® Medicare Limited

Caring Global Patients

(Global Marketing Partner of BEACON Pharmaceuticals Limited)

+998 97 734 25 10

Таргетная терапия рака лёгких теперь доступна в Узбекистане

Эрлоникс

Эффективное лечение НМРЛ в виде таблеток

Афаникс

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

Тагрикс

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

Кризоникс

Выбор терапии в лечении рака лёгкого с ALK- положительной мутацией

Алециникс

Первая линия терапии местно-распространенного или метастатического НМРЛ с ALK-положительной мутацией Вторая линия при прогрессии на фоне лечения кризотинибом или при его непереносимости.

Бриганикс

Ингибитор второго поколения с двойной активностью против ALK-мутации, EGFR, HER-1.

BEACON
Curing Global Patients

+998 97 734 25 10

РАЗДЕЛ 1.
ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И КАНЦЕР РЕГИСТРА

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Тилляшайхов М.Н., Имамов О.А., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Собиржонова З.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: улучшение онкологической помощи в регионах республики путем осуществления регулярных выездов групп высококвалифицированных специалистов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР).

Материалы и методы: в РСНПМЦОиР были организованы 10 рабочих группы для выездов в регионы республики, включающие в себя по 3 высококвалифицированных врача. Был разработан детальный график целевых выездов с указанием даты и названия района, также был сформированпланвсех мероприятий на местах (лекции, мастер классы, треннинги, консултации, операции) с уточнением целей и задач для каждого специалиста из рабочей группы. В течение года ежемесячно каждая группа совершала 3-х дневный выезд в каждый регион, согласно утвержденному графику.

Результаты: за последние 5 лет было совершено 1248 выездов в регионы, из них: в 2017 году было осуществлено 332 выезда, в 2018 году – 346, в 2019 году – 472 и 2021 году – 98 выездов. В 2020 году выездов не было в связи с мировой глобальной пандемией COVID-19. Количество специалистов, выезжавших в отдаленные регионы страны, в 2017 году составило 358; в 2018 году – 733, в 2019 году – 1189 и в 2021 году - 155. Всего за прошедший период было организовано 2675 лекций и мастер классов. В проводимых лекциях и мастер-классах в 2017 году участвовали 9889 региональных специалистов, в 2018 году – 12286, в 2019 году – 12530 и в 2021 году - 3821. Во время выездов за последние 5 лет 35687 пациентам была оказана специализированная медицинская помощь: в 2017 году – 6670, в 2018 году – 9092, в 2018 году – 17335 и в 2021 году - 2590. Из них, 23193 больным была оказана квалифицированная помощь в амбулаторных условиях и 12489 пациентам – в условиях стационара.

Заключение: исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что за последние 5 лет по утвержденному графику было совершено более 1200 выездов спеицалистов из РСНПМЦОиР, 2675 лекций и мастер-классов и более 35 000 пациентам оказана специализированная помощь. Ежегодно отмечалось увеличение количества выездов и осмотренных больных. Из-за транспортных ограничений, в связи с пандемией COVID-19, в 2021 году количество выездов и осмотренных больных снизилось.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН: ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РЕГИОНАХ

Тилляшайхов М.Н., Имамов О.А., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Собиржонова З.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: совершенствование онкологической помощи населению в регионах республики путем осуществления регулярных выездов групп высококвалифицированных специалистов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР) и оказание специализированной помощи.

Материалы и методы: материалами и методами данного исследования явились 10 рабочих группы для выездов в регионы республики, включающие в себя по 3 высококвалифицированных врача изРСНПМЦОиР, детальный график целевых выездов с указанием даты и названия района и планвсех мероприятий на местах с уточнением целей и задач для каждого специалиста из рабочей группы.

Материалы и методы: начиная с 2017 года по 2021 год включительно было выполнено 1248 выездов в регионы. Была оказана специализированная медицинская помощь 35687 пациентам. Из них, 23193 (64,9%) больным помощь оказана в амбулаторных условиях,

12489 (34,9%) пациентам – в условиях стационара. Всего за прошедший период специалистами рабочих групп было выполнено575 хирургических вмешательств, из них: в 2017 году – 218 (37,9%), в 2018 году – 169 (29,4%), в 2019 году – 138 (24,0%) и в 2021 году – 50 (8,7%). Из всех выполненных операций высокотехнологичных было 215 (37,4%): в 2017 году – 82 (38,1), в 2018 году – 68 (31,6%), в 2019 году – 46 (21,4%) и в 2021 году – 19 (8,8%). Стоит отметить, что если в 2016 году количество посещений в консультативную поликлинику РСНПМЦОиР было 58188, то уже в 2017 году посещений стало 54796, в 2018 году – до 44609, в 2020 году – до 43677 и в 2021 году –49620. То есть за последние 5 лет количество посещений в амбулаторную поликлинику РСНПМЦОиР снизилось на 17,3%.

Выводы: в заключении следует отметить, что в республике ежегодно наблюдалось увеличение количества выездов специалистов РСНПМЦОиР и осмотренных ими больных. Более того было выполнено 575 оперативных вмешательств, из которых почти 40% были высокотехнологичными. В свою очередь все вышеуказанные мероприятия привели к снижению наплыва больных (на 17% за последние 5 лет) в амбулаторную поликлинику РСНПМЦОиР.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТИ ВРАЧЕЙ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Тилляшайхов М.Н., Имамов О.А., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Собиржонова З.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: организация мероприятий для совершенствования онкологической помощи населению в регионах республики путем осуществления регулярных выездов групп высококвалифицированных специалистов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР).

Материалы и методы: для совершенствования знаний врачей, осведомленности населения, доступности специализированной помощи на местах были организованы 10 рабочих групп из РСНПМЦОиР для выездов в регионы республики, включающие в себя по 3 высококвалифицированных врача.

Результаты: начиная с 2017 года ежемесячно каждая группа совершала 3-х дневный выезд в каждый регион, согласно утвержденному плану. В первый и второй день выезда врачи выездной группы организовывали лекции, мастер классы и треннинги как для врачей, так и для всего населения. Всего за прошедший период было организовано2675 лекций и мастер классов в регионах республики. Более того специалисты РСНПМЦОиР выступали в региональных средствах массовой информации, где особую роль отводили пропаганде здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактике онкологических заболеваний. Всего в средствах массовой информации было осуществлено 773 выступления, из них: по телевидению – 284 (36,7%), по радио – 47 (6,1%), в газетах и журналах – 214 (27,7%) и на сайтах в интернет источниках-228 (29,5%).

Выводы: регулярные выездов групп высококвалифицированных специалистов в регионы Республики Узбекистан способствует в первую очередь хорошей осведомленностью населения в области онкологии, а также повышению онкологической настороженности врачей первичного звена.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕР ПО УЛУЧШЕНИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Тилляшайхов М.Н., Имамов О.А., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Собиржонова З.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: организация мероприятий для совершенствования онкологической помощи населению в регионах республики путем осуществления регулярных выездов групп высококвалифицированных специалистов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР).

Материалы и методы: для повышения знаний врачей общей практики и врачей других специальностей в области онкологии, повышения онкологической настороженности населения, улучшения мер профилактики и ранней выявляемости, доступности специализированной

помощи на местах были организованы 10 рабочих группы для выездов в регионы республики, включающие в себя по 3 высококвалифицированных врача из РСНПМЦОиР.
Результаты: начиная с 2017 года в РСНПМЦОиР были созданы 10 выездных групп, состоящих из 3-х высококвалифицированных специалистов. Был разработан детальный график целевых выездов с указанием даты и названия района, также был сформирован план всех мероприятий на местах с уточнением целей и задач для каждого специалиста из рабочей группы. Для своевременного и эффективного исполнения поставленных задач, вся необходимая информация по выездам была изложена на брошурах, которые были разосланы во все областные Хокимияты, районные/городские медицинские объединения республики, и соответственно во все филиалы РСНПМЦОиР. В течение года ежемесячно каждая группа совершала 3-х дневный выезд в каждый регион, согласно утвержденному графику. В первый и второй день выезда врачи выездной группы организовывали лекции, "мастер классы" и консультации пациентов в областных филиалах РСНПМЦОиР, а третий день был посвящён работе в районах, включая отдаленные сельские врачебные пункты, где также проводились треннинги для врачей общей практики и консультации пациентов. Более того специалисты РСНПМЦОиР выступали в региональных средствах массовой информации, где особую роль отводили пропаганде здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактике онкологических заболеваний.
Выводы: организация регулярных выездов групп высококвалифицированных специалистов в регионы Республики Узбекистан способствует в первую очередь расширению знаний населения в области онкологии, а также повышению онкологической настороженности врачей первичного звена.

СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Тилляшайхов М.Н., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Имамов О.А., Сабирджанова З.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Провести анализ основных статистических показателей деятельности онкологической службы в Республике Узбекистан.
Материалы и методы. Сбор информации осуществлялся из государственной отчетной формы №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями». Расчет основных статистических показателей производился согласно численности населения государственного комитета статистики Республики Узбекистан.
Результаты и обсуждения. В 2022 году по Республике зарегистрировано 26367 (25578 в 2021 году) больных с впервые выявленными онкологическими заболеваниями, с показателем заболеваемости 73,2 (74,0 в 2021 году) на 100 тыс. населения. Следует отметить, что из года в год эти цифры имеют тенденцию к неуклонному росту. Среди впервые выявленных больных онкологическими заболеваниями 49,1 % (44,3 % в 2021 году) устанавливаются на ранних I-II стадиях. На конец 2022 года в структуре заболеваемости лидирующие позиции занимают следующие нозологии: злокачественные новообразования молочной железы (16,7%), желудка (7,7%), шейки матки (7,0%). На конец 2022 года в Узбекистане на учете состояло118471(113168 в 2021 году) онкологических больных. Основной контингент больных составляли ЗН молочной железы (20,0%), шейки матки (8,4%) и новообразования кожи, кроме меланомы (7,3%). Число умерших в 2022году от злокачественных новообразований из состоящих на учете в онкологических учреждениях составило 13888 (14503 в 2021 году), что соответствует показателю смертности 38,6 (42,0 в 2021 году) на 100 тыс. населения.
Выводы. Исходя из вышеуказанной статистической информации, следует сделать вывод, что в Узбекистане контингент больных и количество смертных случаев от злокачественных новообразований растет, однако по ряду показателей организация деятельности онкологической службы нуждается еще в совершенствовании.

ПОПУЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Тилляшайхов М.Н., Джанклич С.М., Ибрагимов Ш.Н., Имамов О.А., Сабирджанова З.Р., Сейтшаева В.С., Хуснуддинов Н.З., Юнусов С.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. По данным Globocan 2020 года рак желудка занимает 5-е место по заболеваемости.

В Республике Узбекистан рак желудка занимает второе место среди всех онкологических заболеваний и первое место среди мужского населения. Таким образом, оставаясь одной из частых патологий и проблем общественного здравоохранения как во всем мире, так и в Узбекистане.

Цель исследования. Проанализировать тенденцию заболеваемости рака желудка на популяционном уровне в Республике Узбекистан.

Материалы и методы. Для анализа данных использовались основные статистические показатели по Республике за период 2015-2019 гг. («Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями»).

Результаты. В 2015 году по Республике было выявлено 1826 новых случаев рака желудка, а в 2019 году наблюдалось увеличение новых случаев - 1895. Прирост по сравнению с 2015 годом составил 3,6%. В 2015 и 2019 годах показатель заболеваемости на 100000 населения составил 5,8. При этом самый высокий уровень заболеваемости на 100 000 населения в 2015 году наблюдался в г. Ташкенте, Кашкадарьинской области и Республике Каракалпакстан с показателями 10,7; 7,6 и 6,8 на 100 000 населения соответственно, а самые низкие в Навоийской (3,7), Самаркандской (3,9) и Наманганской (4,2) областях. По сравнению с 2019 г. наибольшая заболеваемость была в г. Ташкенте, Республике Каракалпакстан и Ташкентской области с показателями 10,1; 8,5 и 7,5 соответственно, а самый низкий - в Сырдарьинской (3,6), Навоийской (3,8) и Наманганской (4,1) областях. К сожалению, у 55-60% больных в нашей Республике рак желудка диагностируются в запущенных III-IV стадиях. По статистическим данным, 18-25% из них - пациенты с IV стадией, когда паллиативная химиотерапия или симптоматическая терапия является приоритетным методом лечения. Не более 38% составляют пациенты с III стадией, где еще есть возможность спасти или продлить жизнь пациента на несколько лет.

Выводы. Исходя из вышеизложенного видно, что наблюдается тенденция роста заболеваемости рака желудка по регионам. Более того, это еще раз доказывает, что рак желудка является одной из самых неблагоприятных злокачественных опухолей в Узбекистане, и лечение этих опухолей, особенно при запущенных стадиях, остается актуальной проблемой.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

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

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Проанализировать основные статистические показатели коечного фонда онкологической службы в Республике Узбекистан за период 2018-2022.

Материалы и методы. В тезисе проанализированы данные о коечном фонде стационаров онкологической службы, содержащиеся в государственных статистическихформах2-SSV «Отчет деятельности стационара» и форме 3-SSV «Отчет деятельности лечебно-профилактических учреждений».

Результаты и обсуждения. За период исследования число онкологических коек увеличилось с 2303 до 2388, то есть за последние 5 лет прирост коечного фонда республики составил 3,3%, за счет Джизаксого, Навоийского, Сырдарьинского, г.Ташкента и Ферганского филиала Республиканского специализированного медицинского центра онкологии и радиологии. Увеличение коечного фонда произошло за счет приобретения и установки аппаратов лучевой терапии в каждом филиале РСНПМЦОиР, а также за счет создания паллиативных отделений. За период 2018-2022 гг число пролеченных больных в онкологической службе увеличилось с 102 468 до 131 487, то есть увеличилось на 28,3%. Среднегодовая занятость койки (работа койки) в 2018 году составляла 331,9 дней, а в 2022 году 324,5 дней. Стоит отметить, что работа койки за год в Бухарском, Хорезмском, Сурхандарьинском, Кокандском и Сырдарьинском филиале превышала 365 дней, что говорит о нехватке коечного фонда в этих филиалах. За последние 5 лет средняя длительность пребывания больного в онкологическом стационаре снизилось с 7,0 до 5,9 дней. Оборот больничной койки в онкологической службе республики вырос 44,5 до 55,1, то есть одна онкологическая койка за последние 5 лет стала обсуживать на 23,8% больше больных.

Выводы. Исходя из проведённого анализа, следует сделать вывод, что в Узбекистане коечный фонд онкологической службы увеличился за последние 5 лет. За исследуемый период число

пролеченных больных в онкологической службе значительно увеличилось. Также отмечается положительная тенденция к снижению показателя средней длительности пребывания на онкологической койке. При этом работа койки в году за последние 5 лет незначительно снизилась.

АНАЛИЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УЗБЕКИСТАНЕ

Тилляшайхов М.Н., Джанклич С.М., Ибрагимов Ш.Н., Имамов О.А., Сейтшаева В.С., Сабирджанова З.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Провести анализ основных статистических показателей онкологической помощи среди детей в возрасте от 0 до 17 лет в Республике Узбекистан.

Материалы и методы. Материалом исследования явились статистические данные о злокачественных новообразованиях (ЗН) в Узбекистане согласно принятой государственной отчетной форме – «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями».

Результаты и обсуждения. В 2022 году количество впервые взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте от 0-17 лет составило 881 (2021 г - 873). В структуре онкологических заболеваний у детей ведущие позиции занимали: ЗН головного и спинного мозга (21,8%), лимфомы (17,6%), гемобластозы (11,9%), костей и суставов (7,8%) и ЗН почек (6,2%), что в сумме составляет 72,5% от всех ЗН у детей. Показатели распределения больных в возрасте 0-17 лет по стадиям опухолевого процесса: I-IIстадии 49,7% (2021 г- 38,4%), III стадия 19,3 % (2021 г -18,9%), IV стадия - 4,9 (2021 г - 3,2%). Высокий удельный вес больных с неустановленной стадией заболевания у детей от 0-17 лет (26,1%), обусловлен тем, что более 30% ЗН среди детского возраста приходятся на гемобластозы и опухоли головного мозга. Под диспансерным наблюдением в онкологических учреждениях в 2022 году находилось 4907(2021 г - 4614) детей в возрасте от 0-17 лет. В 2022 году среди детей было зарегистрировано 330 (2021 г - 341) смертных случаев от ЗН. Основными причинами смертных случаев у детей со ЗН явились: ЗН головного и спинного мозга (22,7%), гемобластозы (10,6%), ЗН костей и суставов (10,3%), лимфомы (8,2%), почек (8,2%), печени (7,3%) и соединительной и других мягких тканей (7,3%), что в сумме составило почти 75 % от всех смертных случаев среди детей.

Выводы. Проведенный анализ показал, что число новых случаев ЗН среди детей ежегодно растет. В структуре онкологических заболеваний среди детей лидирующие позиции занимают ЗН головного и спинного мозга, лимфомы и гемобластозы, в то же время в структуре онкологической смертности ведущие места занимают ЗН головного мозга, гемобластозы и ЗН костей и суставов. На диспансерном учете к концу 2022 года состояло 4907 детей с ЗН.

ҚОВУҚ САРАТОНИ: ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА 2021 ЙИЛГИ ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИК ВАЗИЯТ

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М.
Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази

Долзарблиги. Янги маълумотларга кўра, 2020 йилда бутун дунё бўйлаб 573278 киши қовуқ саратони билан касалланди, бу эса қовуқ саратонини дунёдаги энг кўп ташхис қўйилган 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 170 000 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 курашиш муаммосини актуаллигини кўрсатади.

Тадқиқот мақсади: Ўзбекистон Республикасида 2021 йил ичида қовуқ саратони бўйича касалланиш ва ўлим кўрсаткичларнини 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 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, 2021 йил давомида Республикамиз ҳудудида ҚС билан 538 (1,5%) ҳолат аниқланган, бу давр давомида барча онкологик касалликлар билан биринчи бор касалланиш сони эса 21976 ни ташкил этади. Касаллинниш 1,5, профилактик кўрикда 11,5 % аниқланган, морфологик 96,7% тасдикланган, 5 йиллик яшаш курсаткичи 38,1%, 2021 йил Республикамизда қовуқ хавфли ўсмаларидан 263 бемор вафот этган.
Хулоса: юқоридагилардан келиб чиқиб, Ўзбекистон Республикасида қовуқ саратони билан касалланиш 1,5ни, ўлим даражаси эса 100 000 аҳолига 0,7ни 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.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЛЕГКОГО В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Тилляшайхов М.Н.[1,2], Юсупбеков А.А.[1], Расулов А.Э.[1], Мадиёров Б.Т.[1,2], Усманов Б.Б.[1,2], Имамов О.А.[1,2], Джуманазаров Т.М.[1]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз[1], Ташкентский педиатрический медицинский институт[2]

Цель исследования: оценка частоты распространенности рака легкого в структуре онкологической заболеваемости населения Республики Узбекистана, на основании данных канцер-регистра.
Материалы и методы: рак легкого (РЛ) занимает одно из лидирующих позиций среди злокачественных новообразований, диагностируемых в Узбекистане, так в 2021 году зарегистрировано 1574 новых случаев, что составило 4,6 на 100 тыс. населения, в то время как количество больных состоящих на учете к концу года составило 2752 (8,0 на 100 тыс.).
Результаты. Смертность от РЛ на первом году от момента постановки диагноза составило 3,4 на 100 тыс. населения, составив 1175 абс. числа. Число больных с диагностированным РЛ росло с 2015 по 2021 г., что возможно связано с ростом количества заболевших, так и улучшением методов диагностики. Удельный вес больных с морфологически подтвержденным диагнозом РЛ достигает в среднем 81,1%, что конечно же, нельзя признать удовлетворительным результатом, но стоит отметить рост данного показателя по сравнению с 2015годом (70%). Морфологический тип опухоли у больных коррелирует по полу, статуса курения: аденокарцинома чаще наблюдается у некурящих (59%), в то время как плоскоклеточный РЛ чаще встречается у мужчин со значительным стажем курения. Распределение больных по стадиям заболевания: I – 1,1%; II – 18,6%; III – 35,0%; IV–39,5%. В 5,8% случаев стадия остается неуточненной. Годичная летальность составило 42%, что является одним из высоких показателей смертности среди злокачественных новообразований. Абсолютное количество больных, закончивших лечение зарегистрированных в 2021 году, составило 700 (44,5% от впервые выявленных), 874 (55,5% от впервые выявленных) продолжают лечение. Распределение по видам проведенного лечения: комбинированная терапия проведена у 17,1%, комплексное у 2,6%, только лишь лекарственное противоопухолевая терапия у 65,7%, лучевую терапию получили 0,7%, радикальное хирургическое вмешательство выполнено в 4,8%, из них процент высокотехнологических вмешательств составило 6,1%, паллиативное 2,6% случаев.
Выводы: рак легкого занимает лидирующие позиции по частоте возникновения и смертности среди злокачественных новообразований. Число больных с впервые выявленным раком легкого неуклонно повышается, при этом в подавляющем большинстве случаев заболевания выявляется на 3-4 стадии.

СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ НА МЕСТАХ ПУТЕМ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ РЕГУЛЯРНЫХ ВЫЕЗДОВ В РЕГИОНЫ

Тилляшайхов М.Н., Имамов О.А., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Собиржонова З.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Повышение квалификации специалистов онкологов путем стажировки их в ведущих клиниках мира, обмен опытом с ведущими иностранными специалистами,

проведение регулярных выездов мобильных групп высококвалифицированных специалистов в регионы страны.
Материалы и методы. Согласно Постановлению Правительства Республики Узбекистан, начиная с 2017 года государством выделяются материальные средства в достаточном количестве для повышения квалификации и обмена опытом специалистов как по всей республике, так и зарубежом.
Результаты: за последние 5 лет в условиях Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР) повысили квалификацию317 специалистов из различных регионов республики. Из них в 2017 году 130 (41,0%) специалистов, в 2018 году – 86 (27,1%), в 2019 году – 53 (16,7%) и в 2021 году – 48 (15,1%) специалистов. Для обмена опыта и проведения мастер – классов из ведущих иностранных клиник были приглашены 181 высококвалифицированный специалист, а именно 55 (304%), 66 (36,5%) и 60 (33,1%) специалистов в 2017, 2018 и 2019 гг. соответственно. Более того стоит отметить, что 148 молодых специалистов онкологических учреждений республики прошли курсы повышения квалификации в ведущих медицинских учреждениях дальнего зарубежья. Из нихв 2017 году 41 (27,7%) специалистов, в 2018 году – 55 (37,2%), в 2019 году – 40 (27,0%) и в 2021 году – 12 (8,1%).
Выводы: в результате проведенных работ по повышению квалификации врачей и обмену опытом, за последние несколько лет в онкологической службе по всей республике внедрены и широко используются современные и высокотехнологичные методы диагностики и лечения, включая иммуногистохимические методы диагностики, малоинвазивные оперативные вмешательства, методы лучевой терапии (в том числе стереотаксическая лучевая терапия), иммунотерапия, таргетная терапия и современные режимы эффективной химиотерапии.

ИТОГИ ПЕРВОГО РАУНДА МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НА БАЗЕ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдукаримов У.Г., Саидов Г.Н., Ососков А.В., Ширинов М.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние десятилетия в Узбекистане, как и во всем мире, отмечается рост онкологических заболеваний. В этой структуре весьма высокой является доля заболевших женщин с запущенными формами РМЖ. Проблема ранней диагностики РМЖ нашла отражение в пилотном проекте реализуемой в бухарской области по поручению главы государства. Основным методическим подходом в ранней диагностике РМЖ является маммографический скрининг, который должен проводиться повсеместно и быть общедоступным
Цель исследования: провести анализ 2-летних результатов скрининга РМЖ на современном этапе и дать оценку внедрения метода и формы оказания специализированной онкомаммологической помощи женскому населению.
Материалы и методы: проанализированы двухлетние данные 143127 маммографических исследований молочных желез, проведенных в Бухарской области. Результаты исследуемых групп BI RADS 0–2, (или 4, 5), выполненного на основе заключений специалистов РСНПМЦ ОиР.
Результаты. В группу BI RADS 1 вошли 70131 (49 %) женщин без патологических изменений. Группу BI-RADS 2 с доброкачественными изменениями составили 60246 (42%) этим женщинам рекомендовано следующий этап скрининга через 2 года. Группу BI-RADS 4 составили 5202 (3,6%) 911 женщинам с категорией BI-RADS 5 рекомендовано до обследования в кабинете маммоскрининга Бухарского филиала РСНПМЦ ОиР с целью гистологической верификации. Из 911 с категорией BI-RADS 5 злокачественность процесса подтверждена у 330 женщин (36%) случаях. При этом в 45 наблюдениях максимальный размер опухоли составил 1,5см и менее. 23 женщин (2,5%) не обратились по различным причинам, в 12 1,3 % случаев получен отказ от дальнейшего до обследования.
Выводы: маммологический скрининг остается необходимым технологическим процессом для диагностики ранних форм РМЖ с частотой выявления от 52,2% до 62,1% заболеваний. Разработка стандартизации маммографического скрининга – эффективная программа улучшения диагностики ранних форм РМЖ. Программа скрининга в возрастном интервале пациенток 45–65 лет отражает увеличение частоты ранних и локальных форм РМЖ в 24% случаев у лиц пожилого возраста.

ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИДА ЎПКА САРАТОНИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ (2017-2021й.)

Абдихакимов А.Н.[1], Гофур-Охунов М.А.[2], Хабибуллаев Ш.З.[1], Турдибеков Ш.М.[3]
БГОваКИМ[1], ТХКМРМ[2], РИО ва РИАТМ ТВФ[3]

Муаммони долзарблиги. Бугунги кунда онкологик касалликлар бутун жаҳон тиббиётида долзарб муаммолардан ҳисобланади. Хусусан, ўпка саратони билан йилига 2,2 млн. киши касалланади ва 1,8 млн. киши вафот этади. Касалланиш кўрсаткичи бўйича 2-ўринда, ўлим кўрсаткичи бўйича 1-ўринни эгаллайди. Беморлар ўлимига асосий сабаб касалликни кеч босқичда аниқланишидир. Тошкент вилоятида аҳолининг ўпка саратони билан касалланиши ортиб бормоқда. Шу сабабли Тошкент вилоятида ўпка саратони билан касалланишни беморларни ёшлари кесимида охирги 5 йиллик маълумотлар ўрганилди.

Мақсад. Ўпка саратонини Тошкент вилоятида беморларни ёши бўйича касалланиш кўрсаткичларини аниқлаш ва профилактик тиббий кўрикларни йўналишини белгилаш.

Материал ва услублар. Тошкент вилоятида 2017-2021 йилларда ўпка саратони аниқланган беморлар ўрганиб чиқилди. Вилоятда охирги 5 йил давомида 1097 нафар беморда ўпка саратони аниқланган. Шулардан 59,1% (648 бемор) кечикиб, яъни IV босқичда аниқланган. 2017 йилда 225 бемор, яъни ҳар 100000 аҳолига 7,8, 2018 йилда 7,9 ни, 2019 йилда 7,8 ни, 2020 йилда 5,8 ни, 2021 йилда 8,2 беморга тўғри келган. Беш йил давомида аниқланган 1097 бемордан 699 нафари 51-70 ёш оралиғидаги беморлар бўлиб, 63,72%ни ташкил қилган. Эркаклар ва аёллар касалланиши 833 ва 264 нафарни ташкил қилган.

Натижа ва муҳокама. Юқоридаги кўрсаткичлардан кўриниб турганидек 2017 йилдан 2021 йилгача аҳоли ўртасида ўпка саратони билан касалланиш ўсиб борган ва ҳар 100000 аҳолига 8,2ни ташкил қилган. Беморларни ёши бўйича 51-70 ёш оралиғида касалланишнинг учраши энг кўп – 63,72%ни ташкил қилган. 19-50 ёш оралиғида 11,7%, 70 ёшдан катталарда 24,58%. 0-18 ёшлиларда умуман ўпка саратони аниқланмаган. Кечикиб аниқланган беморларнинг 79% 51-70 ёш оралиғига тўғри келган. Эркакларда аёлларга нисбатан касалланиш кўрсаткичи 3,1 баробарга юқори, 75,9% ва 24,1% ҳолатда аниқланган.

Хулоса. Юқоридаги натижаларга, касалланиш ҳамда кечки босқичларда аниқланишлар йилдан йилга ошиб бораётганлигига асосланиб, профилактик тиббий кўрикларда аҳолини тўлиқ қамраб олишга эришишни, аниқланган касалликнинг 60%дан кўпроғи 51-70 ёш оралиғига тўғри келишини эътиборга олган ҳолда, флюорография, кўкрак қафаси R-графияси текширувларини 51-70 ёш гуруҳида йилига 2 марта, 70 ёшдан катталарда ҳар йили, 19-50 ёшда 2 йилда бир марта ўтказишни мақсадга мувофиқ деб биламиз.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В Г. ТАШКЕНТ

Абдуллаева У.Б., Саидов Н.Т., Алимова М.Ф.
Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Целью исследования выявление эффективности маммографического скрининга в ранней диагностике образований молочной железы согласно международной шкале оценки BI-RADS.

Материалы и методы. Впериод с февраля по март 2023 г. было проведено маммографическое скрининговое исследование 1402женщин в четырех районах города Ташкента в возрасте 45-65 лет. Скрининг осуществлялся при помощи двух мобильных маммографов (Digital Mobile Mammography Complex AMULETINNOVALITY (FDRMS-3500), TOSHIBA). Женщинам исследование молочных желез проводилось в двух стандартных проекциях: кранио-каудальная и косая латеральная. Маммографические исследования были оценены путем тщательного двух- и трехэтапного визуального анализа по шкале BI-RADS.

Результаты. Выявленные изменения распределились следующим образом: BI-RADS0 – 103(7,3 %), BI-RADS1–411 (29,3 %), BI-RADS2–782 (55,8 %), BI-RADS4–92 (6,6 %), BI-RADS5 –14 (1 %) женщин. При этом согласно установке, головного ридинг центра BI-RADS3 исключили из системы оценки. В подозрительную группу отнеслись женщины, оцененные BI-RADS 0, IV и V. Их количество составило 209. Среди них на конец марта 2023 г., 7 случая клинически подтвердились (осмотр маммолога и УЗИ), в том числе гистологически доказано 3 случая злокачественного образования молочных желез.

Выводы. Маммографический скрининг в условиях города Ташкента позволил масштабировать охват группы риска, выявить новые достоверные случаи злокачественного поражения молочных желез и расширить группу лиц, нуждающихся в динамическом наблюдении для профилактики онкозаболеваний.

ПОЛОВОЕ И ВОЗРАСТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИФФУЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМОЙ С ЭКСТРАНОДАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Атаханова Н.Э.[1], Кобилов О.Р.[1], Эркинова Ч.О.[1], Зияев Ш.В.[2], Сагдуллаева С.Н.[2], Рисхиходжаева Н.А.[2]

Ташкентская медицинская академия[1], Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР[2]

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения диффузной в-крупноклеточной лимфомой с экстранодальными поражениями.

Материалыиметоды:висследованиебылиключены81больных,диффузнойВ-крупноклеточной лимфомой с экстранодальными поражениями, находившиеся на обследовании и лечении с 2015 по 2021 г. включительно. Как известно диффузная В – клеточная лимфома в основном встречаются у людей старшего возраста, что в свою очередь является неблагоприятным фактором, влияющий на прогноз заболевания. Так как, возрастное нарушение метаболических процессов, сопутствующие хронические соматические патологии часто негативно влияет на течение болезни.

Результаты. В нашем исследовании, средний возраст больных составил 60,7 ± 7,5 лет.

Пациенты с диффузной В – клеточной лимфомой с экстранодальными поражениями (ДВКЛ – ЭП) среди мужского пола составило 43 больных, женского 38, т.е. встречалась одинаковой частотой, что соответствовал мировым данным распределения болезни среди мужского и женского пола. Наибольшее количество больных, независимо от пола, были в возрастном пределе с 50 по 70 лет. Риск возникновения ДВКЛ – ЭП нарастает с возрастом. Если больные до 50 лет с данной формой лимфомы составили всего 8,6%, то старше 50 лет 91,4%, с пиком заболеваемости в возрастной группе от 60 до 69 лет 40,7%.

Выводы: в нашем исследовании, средний возраст больных составил 60,7 ± 7,5 лет. Мужчин было 43 больных, женщин 38. Наибольшее количество больных, независимо от пола, были в возрастном пределе с 50 по 70 лет, что составило 91,4%, с пиком заболеваемости в возрастной группе от 60 до 69 лет 40,7%.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF DISHORMONAL DISEASES AND BREAST CANCER IN MEN IN THE ARAL SEA REGION

Alimkhodzhaeva L.T.[1], Norbekova M.Kh.[2]

Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology[1], Tashkent medical academy[2]

Aim of the study. To study the features of the spread of diseases of the mammary glands in men living in various landscape zones of the Aral Sea region, and to establish the relationship between morbidity rates, microelement composition of the blood, and the level of sex hormones.

Material and methods. We have examined in dynamics 342 men with dyshormonal hyperplasia and breast cancer aged 12 to 80 years and older, of which 130 with diffuse form of gynecomastia, 114 with nodular, 76 with mixed, 15 with breast cancer and 7 people with other pathologies. Groups were formed with their maximum homogeneity. The studied clinical groups consisted of the indigenous alien population living in the Aral Sea region for at least 10 years. The control group included 50 men of the corresponding age groups living in the Aral Sea region for at least 20-30 years, who, after a preventive examination, were found to be practically healthy. Determination of microelement analysis of blood of patients with dyshormonal diseases of the mammary glands and breast cancer was carried out by the method of atomic absorption spectrophotometry. Determination of the hormonal profile of peripheral blood was carried out on the basis of the laboratory of radioisotope diagnostic methods. 295 samples analyzed. The technique of the atomic absorption method for determining the elements consisted in the decomposition of the analyzed sample, spraying the resulting 41 solution in an air-acetylene flame or in a flame of a mixture of nitrous oxide and acetylene, depending on the element being determined, measuring the atomic absorption of resonance radiation by neutral atoms of the elements being determined formed in the process sample atomization. When determining calcium and magnesium, a 1% solution of lanthanum was introduced into the test solution to neutralize the effect of elements interfering with the analysis. Calculations were performed according to the third category of accuracy, for which its margin is measured by the formula: 1<Z.

Conclusion. The results of studies by atomic absorption spectrophotometry - the maximum amount of the trace element zinc (559,8 + 39,1 μg/g) and manganese (5.54 + 0.06 μg/g) was found in the peripheral blood of patients with diffuse form of gynecomastia. They also had the minimum content of cobalt

(9,88 + 0,39 μg/g) and copper (63,17 + 3,16 μg/g). The significance of the difference in the content of zinc between the control group is defined as the minimum t = 0.5, and manganese t = 3,1 as the largest. For patients with the nodular variant of gynecomastia, we noted the opposite pattern. The microelements of cobalt (20,98 + 0,84 μg/g, t = 17,3), copper (79,54 + 3,98 μg/g, t = 3,0), strontium (15, 90 + 0,79 μg/g, t = 6,6), lead (47,20 + 15,10 μg/g, t = 1,3) and cadmium (25,20 + 6,05 μg/g, t = 2.1). Comparison of the primary incidence with the geochemical situation in the three zones of the Aral Sea region revealed the following pattern: an increase in the content of copper and cobalt occurs in parallel with an increase in the incidence of gynecomastia and breast cancer in the direction from north to south. In the same direction, the concentration of zinc and manganese decreases. In addition, in the transitional and southern provinces of the Aral Sea region, an increased content of toxic elements (strontium, lead, cadmium) was noted. Thus, the features of the violation of hormonal and mineral homeostasis in men that we have identified are closely related to the characteristics of the microelement composition of the environment, the latter, in turn, affect the various incidence of dyshormonal hyperplasia and breast cancer in the Aral Sea region. Therefore, in order to form high-risk groups for the development of dishormonal diseases and breast cancer in men of the Aral Sea region, along with genetic and modifying factors, it is necessary to take into account the microelement composition of the environment.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ПО РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз.

Актуальность темы: ранняя диагностика рака молочной железы (РМЖ) и её организация на уровне первичного звена здравоохранения является актуальной. Проблема РМЖ остается злободневной, в связи с увеличением заболеваемости и смертности. РМЖ в структуре всех ЗН мирового сообщества занимает первые места, при этом порядка 75-85% женщин репродуктивного возраста имеют доброкачественные заболевания молочных желез. Это обуславливает поиск решения проблем с вопросов ранней диагностики фоновых и доброкачественных заболеваний МЖ, а также повышение качества маммологической службы Республики, обеспечивающую охрану здоровья женщины.

Цель настоящего исследования - повышение качества работы профилактических специализированных маммологических кабинетов, на уровне первичного звена здравоохранения, деятельность которых должна включать проведение ранней диагностики и лечения доброкачественных и фоновых заболеваний молочных желез.

Методы исследования. У 7551 обратившихся пациентов проведён сбор анкетных данных, которым после самообследования и выявления опухолевых узлов выполнено УЗИ МЖ. Проведены стандартные неинвазивные методы обследования, включающие рентгеновскую маммография, УЗИ молочных желез, МР-маммография), а также инвазивные (ТАПБ под контролем УЗИ с цитологическим исследованием, трепан (core)-биопсией под контролем УЗИ, гистологическим и последующим ИГХ исследованием). Комплекс и выбор методов обследования подбирался индивидуально в зависимости от возраста, гормонального статуса и имеющейся сопутствующей патологии.

Результаты. На основании изучения данные УЗИ из 7551 женщин у 741 (9,8%) выявлены различного рода заболевания молочных желез (МЖ) с наличием определённых признаков выявляемой патологии, отличающихся друг от друга, что имело определённое диагностическое значение: у 511 (6,8%) выявлена фиброзно-кистозная мастопатия (диффузная форма – 485 и узловая форма - 26), у 55 (0,72%) – хронический мастит, у 59 (5,3%) - фиброаденома МЖ, у 18 (0,24%) – кистоаденома молочных желёз, у 3 (0,03%) - внутрипротоковая папиллома, у 15 (0,19%) - липома молочной железы и у 80 (1,05%) - рак молочной железы (Таблица №2).

Кроме того, при обследовании у 124 (1,6%) женщин выявлены кистозные образования в яичниках, у 60 (0,7%) - эндометриоз, у 52 (0,6%) - дисфункция яичников и у 24 (0,3%) - аденома щитовидной железы.После определения образований в МЖ у лиц старше 37 лет проведено дальнейшее обследование с применением маммографии, ультрасоноэластографии и морфологических исследований (цитологическое, гистологическое, ИГХ) после пункционной или трепан-биопсии.

Выводы. Выполнение данной последовательности поэтапно, с последующей морфологической верификацией позволит точно установить диагноз РМЖ. Правильная организация эффективных действий первичного звена здравоохранения, когда имеются все современные методы диагностики позволяет установить точный диагноз и начать своевременное лечение.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ

Беркинов А.А., Яхяева В.К., Сабирова С.А.
Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Цель исследования. Провести анализ основных статистических показателей при раке шейки матки в городе Ташкенте.

Материал и методы. Для анализа состояния бремени рака шейки матки были собраны данные о заболеваемости, возрастной разбивке и стадиях рака шейки матки из официального статистического отчетагорода Ташкента за 2018-2022 годы.

Результаты. В структуре общей онкологической заболеваемости города Ташкентав 2018 году рак шейки матки (РШМ) занимал 5 место, составляя 5,0% от всех впервые выявленных злокачественных новообразований (ЗН), а среди женского населения - 2 место (8,2% от всех впервые выявленных ЗН среди женщин). В свою очередь в 2022 году в общей структуре онкологической заболеваемости РШМ занимал уже 3 место, составляя 6,2% от всех первичных ЗН, а среди женского населения также 2 место (10,0% от всех впервые выявленных ЗН среди женщин). Анализ количества случаев РШМ за последние 5 лет показал, чтов городе Ташкенте за это время было зарегистрировано 1 327 (6,3%) новых случаев РШМ из 20 973 всех новых случаев ЗН. Показатель заболеваемости имел тенденцию к увеличению с 6,3 в 2018 г. до 9,3 в 2022 г. на 100 тыс. населения. За период 2018-2022 гг. возрастная категория больных РШМ распределилась следующим образом: до 14 лет - 0 (0%), в возрасте 15-17 лет - 0 (0%), от 18 до 44 лет. лет - 302 (22,8%), 45-64 года - 776 (58,5%), 65 лет и старше - 249 (18,8%). За последние 5 лет в городе Ташкенте 24,8% и 6,3% случаев РШМ были зарегистрированы на III и IV стадиях заболевания, и лишь12,8% случаев РШМ были зарегистрированы на I стадии. За исследуемый период456 (4,6% от всех смертных случаев от ЗН) пациенток умерло от РШМ, при этом показатель смертности составил 3,3 в 2018 году и 2,8 в 2022 году на 100 тыс. населения.

Выводы. Исходя из вышеизложенного в структуре онкологической заболеваемости среди женщин в городе Ташкенте РШМ занимает 2 место. Заболеваемость РШМ имеет тенденцию к увеличению за последние 5 лет. В городе Ташкенте чаще заболевают данной патологией женщины в возрасте 45-65 лет (58,5%). За последние 5 лет удельный вес женщин с III-IV стадией РШМ остается достаточно высоким (более 30%).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ ПО ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Вахабов О.У., Абдикаримов М.Г., Косимов У.К.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. 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 гг. 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.

Результаты. 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 гг. 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 РСНПМЦОиР 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 лимфаузлах, у 1 – в костях скелета, у 2 – в легких, у 8 – в забрюшинных лимфаузлах, у 1 – в лимфаузлах 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.

РОЛЬ ИНТЕГРАЦИЯ В ЭФФЕКТИВНОМ ПРОВЕДЕНИИ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕРВИЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЗВЕНЕ

Джураев М.Д., Юлдашева Д.Ж., Мадалимов А.К., Саидов Н.Т.

Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Актуальность. Нами разработано оптимальную тактику для достаточного охвата женского населения, с обязательным соблюдением рекомендованного возрастного диапазона, обеспечением оптимального качества и координирования всех услуг, входящих в программу скрининга, от набора участников до наблюдения и лечения женщин с выявленным субклиническим раковым процессом.

Цель: определить эффективность новой методологии формирования целевых групп женского населения.

Материалы и методы: сравнены результаты скрининга 1-х кварталов прошлого и нынешнего годов (2022 и 2023 гг.); материалы по скринингу молочной железы за 2022 год предоставлены кураторскими группами врачей ТГФ РСНПМЦОиР, за 2023 год – семейными поликлиниками Конечный результат получен по факту регистрации раннего рака в Канцер-регистре г.Ташкента.

Результат: в течении нескольких последних лет начато внедрение клинического скрининга рака молочной железы, без ведущей роли ТГФ РСНПМЦОиР. За 3 месяца 2022 года всего было охвачено скринингом молочной железы – 3593, из которых 60% клинически маммологической патологии не было определено, у 26,4% выявлено фоновое заболевание, в 2,4% доброкачественные патологии, 3,2% предраковые. В 6,8% установлен суспициозный процесс, и в 0,1% (7 случаев) установлен ранний раковый процесс. В 2023 году была применена новая стратегия ведения скрининга, при котором он разделен на 3 этапа: первый - общий – проводится врачами первичного звена среди женского населения установленного возрастного интервала, под непосредственным контролем кураторов ТГФ РСНПМЦОиР; второй - целевой – женщины с установленными клинически маммологическими патологиями проходят маммографическое исследование, как в условиях ТГФ РСНПМЦОиР, так и на местах выездной маммографической бригадой – врачами-рентгенологами ТГФ РСНПМЦОиР; окончательное исследование проходило в кабинете маммолога поликлиники ТГФ РСНПМЦОиР. В результате охват женского населения увеличился почти в 4 раза – 21574 женщины, фоновые, предраковые и суспициозные процессы составили 7,5%. Ранние раки были зарегистрированы более чем в 2 раза больше чем за тот же период прошлого года – 15 случаев рака молочной железы 1 стадии.

Выводы: интеграция онкологической службы и первичного звена позволила модифицировано подойти к формированию потока женщин для целевого маммоскрининга и в 2 раза увеличить эффективность выявления раннего рака молочной железы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВПЧ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКИСТАН

Захирова Н.Н., Тилляшайхов М.Н., Нишанов Д.А., Ахмедов О.М., Отажонов М.М., Сайдахмедова В.А., Османова Э.З., Некова Г.О.
Республиканский специализированный научно-практический центр онкологии и радиологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан

Цель. Выявление ВПЧ-позитивных женщин в Приаральских районах Республики Каракалпакстан и г. Чирчик Ташкентской области.

Материал и методы: в исследование включено 48788 женщин в возрасте 30-55 лет. Проект одобрен Министерством здравоохранения Республики, охватывающий 10 районов, преимущественно приаральских: Ходжейлийский, Канлыкульский, Шуманайский, Чимбайский, Караузякский, Кунградский, Кегейлийский, Муйнак, Бузатау, Нукусский район. Xpert HPV Assay - это качественный диагностический тест in vitro для обнаружения области E6/E7 геномной ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) с высоким онкогенным риском в образцах пациентов. Анализ проводили на системе Cepheid Gene Xpert. Тест Xpert HPV идентифицировал типы ВПЧ 16 и ВПЧ 18/45 в двух отдельных каналах, также наличии 11 других типов вирусов высокого риска (31, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 66) и 68) как совокупный результат.

Результаты. Из числа обследованных женщин ВПЧ выявлен у 3304 (6,8%), ВПЧ-негативных женщин было 45484 (93,2%). Распределение по типам ВПЧ: среди ВПЧ-положительных женщин ВПЧ 16 - 28%; ВПЧ 18,45-7,6%; ВПЧ 31,33,35,52-23,9%; ВПЧ 51-11,6%; ВПЧ 39,56,66-18,4%; смешанные формы - 10,2%. Ошибочные тесты составили 2,9%. Возраст ВПЧ-позитивных женщин составлял 35-45 лет.

Выводы: в исследуемых регионах чаще всего выявлялись ВПЧ 16,31,33,35,52 типы, что следует учитывать при разработке национальной программы скрининга в стране. Также, учитывая возрастную распространенность ВПЧ, можно рассмотреть для целевой группы скрининг рака шейки матки женщин в возрасте 35 и 45 лет, что более приемлемо в экономическом плане для развивающейся страны.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ (2022) НА ПРИМЕРЕ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Исакова Ш.И.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования – изучение уровня диагностики рака шейки матки в Андижанской области.

Материалы и методы. Анализ 100 карт амбулаторных больных за 2022 год, прошедших через РСНПМЦОиР АФ.

Результаты. Средний возраст больных – 45,6 года. 26% пациенток в возрасте менопаузы, 74% женщины репродуктивного возраста. 58% пациенток работают, 29% не работают по своему желанию, 6% не работают вследствие наступления пенсионного возраста, 7% не работают по инвалидности. 38% пациенток в акушерском анамнезе имели хотя бы 1 беременность, 65% – хотя бы 1 аборт, 57% – хотя бы 1 естественные роды. Клиническую картину заболевания можно охарактеризовать: в 99% случаев основная жалоба данных пациенток – боль внизу живота. В 63% случаев к ней присоединились жалобы на кровянистые выделения из половых путей; в 31% случаев – водянистые выделения, в 6% случаев были жалобы на кровянистые и водянистые выделения одновременно. 28% пациенток регулярно проходили осмотр у гинеколога, 72% пациенток отмечают, что были на осмотрах нерегулярно; из них не были 3 года на осмотре у гинеколога – 58%, не были на осмотре 3-6 лет – 31%, не были на осмотре более 6 лет – 11% пациенток. Инфекции, передающиеся половым путем, отметили в анамнезе 8% пациенток. Отягощенную наследственность (рак шейки матки у ближайших кровных родственников) отметили 4% пациенток. Клинический диагноз (с морфологическим подтверждением) был поставлен на I стадии в 14% случаев, на II – В 20%, на III – в 61% случаев, на IV – 2% случаев. Был поставлен диагноз ВПЧ – ассоциированный рак шейки матки только в 38% случаев, то есть только в 38% был найден вирус папилломы человека. В 82% случаев пациенткам ранее был выставлен диагноз эрозия шейки матки и рекомендован осмотр с проведением цитологического исследования каждые полгода.

Выводы. Средний возраст больных – 45,6 года. 26% пациенток в возрасте менопаузы, 74% – женщины репродуктивного возраста. Все женщины имели отягощенный акушерско –

гинекологический анамнез. Большая часть не проходила плановых осмотров у врача–гинеколога. В основном диагноз ставится на III стадии, лишь в малой доле случаев был найден ВПЧ, что свидетельствует о гиподиагностике рака шейки матки на ранних этапах.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИДА УЗОҚЛАШГАН МЕТАСТАЗЛАРИНИ ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ХУДУДИДА ЎРГАНИЛИШИ

Казакова З.А., Палванов Т.М.
РИОваРИАТМ Хоразм филиали

Муаммонинг долзарблиги. Хозирги кунда аёлларда сут бези саратони билан касалланиш кўрсаткичи юқорилигича қолмоқда. Сут бези саратонида узоқлашган метастазлар хозирги кунда энг долзарб муоммолардан бири хисобланади.

Ишдан мақсад: Сут бези саратонида касаллик босқичларида узоқлашган метастазларни ёшга боғликлик холатини Хоразм вилояти шароитида ўрганиш.

Материал ва методлар. Сут бези саратонида узоқлашган метастазларда 150 нафар бемор ўрганилди. 58 %(n=87) беморда чап сут бези саратони узоқлашган метастазлар аниқланди. Ёшга боғлиқ холда 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: II б босқич 27.3% III бос 19,3%. IIa16,7%. IIIa 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 ва 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 ортик аъзода 44% беморда учрайди. 1-ўринда склет суякларда 20% ва ўпкада учраши 16%-35,3%. Переферик лимфа тугунларда 8%-26%, жигарда 45-8%.

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 муаммолар халигача ўрганилмоқда.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ ПОТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Кошкина Т.А., Умарова Д.М., Набиева Д.У.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: провести анализ основных показателей рака эндометрия по Ташкентской области.

Материал и методы: для проведения анализа эффективности работы онкологической службы Ташкентской области при раке эндометрия был использован статический отчёт регионов Ташкентской области по форме №7 (SSV 7) за последние 5 лет (2017-2021гг). При этом проведен анализ основных показателейстатистики.

Результаты: по данным проведенного статистического анализа за последние 3 года в Ташкентской области отмечен рост заболеваемости раком эндометрия (РЭ). Если в 2020 году по области зарегистрировано 63 больных,2021 84 больных, в 2021 году их количество выросло до 82. Интенсивный показатель заболеваемости составил 2,1, 2,8 и 2,7 на 100 тыс. населения соответственно. Регулярное проведение в области широкомасштабных профилактических осмотров среди населения в течении 5 лет не значительно повысили (0,3%) выявляемость этой патологии. Показатели выявления больных на ранних стадиях РЭ в среднем составляет 862%. За этот период увеличилось число выявленных больных с запущенными стадиями РЭ. Если в 2020 году удельный вес больных с III-IV стадией составил 11,1%, то в 2022 году показатель был равен13,4%. Анализ показателей смертности за эти периоды остаются стабильными, что составляет 1,3 на 100 тыс. населения. В динамике отмечается значительное повышение показателей 5-летней выживаемости с 52,17% до 55,9% в 2022 году.

Выводы: проведённый статистический анализ показал, что среди населения Ташкентской области наблюдается увеличение показателей заболеваемости, стабилизации показателей смертности, а также повышения показателей 5-летней выживаемости больных раком эндометрия.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ БОЛЬНЫХ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Мамадалиева Я.С., Ганиев А.А., Кошкина Т.А, Умарова Д.М.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: анализ показателей заболеваемости, смертности, профилактических осмотров, одногодичной летальности и 5-летней выживаемости рака яичников в Ташкентской области.

Материалы и методы: анализ показателей проведен на основании данных ежегодного статистического отчета региональных онкологических кабинетов Ташкентской области по форме ССВ №7. Кроме того, изучены данные ежегодного статистического отчета представленные организационно-методическим отделом Ташкентского областного филиала РСНПМЦОР, изучены показатели заболеваемости, смертности, профилактических осмотров, стадии опухоли, 1 годичная летальность и 5- летняя выживаемость рака яичников по Ташкентской области.

Результаты: За последние 5 лет в Ташкентской области отмечен рост заболеваемости больных РЯ. Если в 2017 году по области зарегистрировано 93 больных раком яичников, то в 2021 году их количество выросло до 117 больных. Интенсивный показатель заболеваемости составил3,3в 2021 году (2,9 на 100 тыс. населения). Выявление больных на I-II стадиях заболевания в 2017 году составило- 51,6%, а в 2021 году отмечается незначительное снижение показателя до 42,7%. В динамике увеличилось количество запущенных форм - III и IV стадий РЯ (48,3% и57,2% соответственно). Анализ показателей смертности в 2017 году равнялся 2,1 на 100тыс.населения, а в 2021 году увеличился незначительно и составил 2,4. Одногодичная летальность увеличилась с 0,7% до 14,3%. Однако показатели5-летней выживаемости изменились незначительно и составили 47,0% в 46,3% соответственно.

Выводы: проведенный анализ показал увеличение показателей заболеваемости и смертности, а также запущенных форм РЯ и снижение 5-летней выживаемости больных РЯ по Ташкентской области.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Мамадалиева Я.С., Ганиев А.А., Жураев Р.К., Гулмирзаева З.Р.
ЦРПКМР, Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить показатели заболеваемости и смертности рака шейки матки в Ташкентской области.

Материал и методы исследования: на основании изучения статистических отчетов по форме SSV № 7 в регионах Ташкентской области за последние 10 лет проведен анализ показателей заболеваемости и смертности рака шейки матки. Информации для публикации получены от статуправления и оргметод отдела. Ташкентского областного филиала РСНПМЦОР согласно, отчетов районных и городских онкологов с 2012 года по 2022 годы.

Результаты: в 2012 году в Ташкентской области впервые у 1780 больных выявлен рак шейки матки, показатель на 100тыс. населения составил-4,6, а смертность соответствовал-3,2. В динамике показатель заболеваемости и смертности увеличивался и в 2013 году соответствовал -5,1 и 3,5 на 100 тыс. населения. В 2017 году отмечено некоторое снижение показателя заболеваемости до 4,2, а смертности до 3,4 на 100 тыс. населения. Начиная с 2018 года отмечен резкий рост заболеваемости на 100 тыс. населения до 5,4, а смертность составила-4,3. В 2022 году отмечен резкий рост показателя заболеваемости до 6,2, а показатель смертности несколько снизился и составил -3,8 на 100 тыс. населения.

Рост показателей заболеваемости рака шейки матки в Ташкентской области не только отразилось в абсолютных числах от 124 (2012г) до 181 (2022г), но и на 100 тыс населения от 4,6 до 6,2. Соответственно смертность увеличилась, но это было незначительное от 3,2 до 3,8 на 100 тыс. населения.

Выводы: проведенный статистический анализ показателей заболеваемости и смертности рака шейки матки в Ташкентской области показывает, что рак шейки матки имеет тенденцию к росту, но смертность имеет относительно стабильные показатели в динамике. Проведение скрининга и организация кабинетов «Онконазорат» в регионах области даст возможность ранней диагностики РШМ и снижение заболеваемости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Мамадалиева Я.С., Ганиев А.А., Жураев Р.К., Гулмирзаева З.Р.
ЦРПКМР, Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: провести анализ заболеваемости рака шейки матки выявленных при профилактических осмотрах в Ташкентской области.

Материал и методы: Изучены результаты профилактических осмотров, при которых выявлены злокачественные заболевания шейки матки в Ташкентской области. В период с 2012 по 2022гг. 1612 больных с раком шейки матки. Наибольшее количество больных было диагностирована в 2022году, что составило 181 больных. Показатель заболеваемости составил 6,2 на 100 тыс. населения.

Результаты: В 2012 году в Ташкентской области диагностировано 124 больных раком шейки матки, из них только у 31,4% пациентов при профилактическом осмотре. В последующие годы (2013,2014гг.) показатели профилактических осмотров снизились до 26,1%, а начиная с 2016 года эти показатели стали несколько увеличиваться и составили -36,1%, в 2017 г-39,8%. По всей Республики проводится широкомасштабная целенаправленная работа по скринингу рака шейки матки. В 2022 году во всех регионах области организована комната «Онконазорат», предназначенная проведению кольпоскопии и гинекологического осмотра всех женщин в возрасте до 25 лет. При необходимости проводится цитологическое или гистологическое исследование. С этим связано увеличение показателей профилактических осмотров в 2022г. до 47,0%.

Выводы: результаты проведенного анализа показывают, что профилактические осмотры во всех регионах Ташкентской области проводятся целенаправленно, и это часто отражается в показателях раннего выявления. Правильная организация профилактических осмотров дают возможность ранней диагностики рака шейки матки, что снизит показатели заболеваемости и улучшение показателей выживаемости больных.

МАММОГРАФИЯСКРИНИНГ ТЕКШИРУВИ НАТИЖАЛАРИ (ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА)

Матязова Ф.Р.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги. Сут бези саратони дунёдаги аёллар орасида энг кенг тарқалган саратон бўлиб, у саратон касаллигининг 16 фоизини ташкил қилади. Шимолий Америкада сут бези саратони билан касалланиш 100000 аёлга 99,4 ни ташкил қилади. ЖССТ экспертларининг маълумотларига кўра, дунёда ҳар йили 800 мингдан 1 миллионгача янги сут бези саратони ҳолатлари қайд этилади. Аёлларда саратон касаллигидан вафот этганлар сони бўйича саратоннинг бу тури иккинчи ўринда туради. Касаллик АҚШ ва Ғарбий Европада энг юқори бўлиб, Ўзбекистонда сут бези саратони билан касалланишнинг доимий ўсиш тенденцияси кузатилмоқда. Сут бези саратонида (СБС) маммография текширувини ўтказиш сут бези саратонини эрта ташхислашни таъминлашга асосланган усуллардан бири хисобланади.

Мақсади. Маммография текширув усулини қўллаган ҳолда сут бези саратонининг маммоскринингини ўтказилишини Хоразм вилоятида эрта босқичларда ташхислашни ташкиллаштириш.

Материаллар ва усуллар: 2022 йил январ ойида Хоразм вилоятида ташкил этилган маммография скринингининг натижалари олинди. Тадқиқотда 40 ёшдан 65 ёшгача бўлган 301 202 аёллар мақсадли гуруҳлар олинди. Текширув 11 та туман ва 2 та шаҳар аҳолиси аёллари ўртасида ўтказилди. Маммография текшируви билан аёллар ўртасида сут бези саратони келиб чиқишини баҳолаш BI-RADS даражасини аниқлаш билан ўтказилди.

Натижалар: Хоразм вилоятида 2022 йил январ ойидан сентябр ойигача 40151 нафар аёллар маммографик скрининг текширувидан ўтказилди. Бу мақсадли гуруҳдаги аёлларнинг 15%ни ташкил этади. Шулардан BI-RADS5 1% аёлда аниқланди. Ушбу аёллардан 401(1%) тасида BI-RADS5 аниқланган бўлиб бу малигнизацияланиш жараёни бошланганлигини билдиради. 2051(5,1%) та аёлда эса BI-RADS4 аниқланган бу малигнизацияга шубҳани билдирса 36 577 (91,1%) аёлларда BI-RADS1 ва 2 аниқланган бўлиб бу аёллар кейинги босқич текширувлардан ўтиши керак.

Хулосалар: Хоразм вилоятидаги тажриба лойиҳаси билан боғлиқ вазиятни ўрганиб чиқиб, маммографик скринингни ташкил этиш режалаштирилган маммоскрининг алгоритми бўйича олиб борилаётганини, бундан ташқари аёлларнинг давомати ҳам анчагина яхши эканлигини хулоса қилиш мумкин.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ АНКЕТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Насриддинов Ш.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак прямой кишки составляет 20-25% всех злокачественных опухолей ЖКТ, а по темпам прироста заболеваемости вышел на 1-е место в большинстве развитых стран. Несмотря на визуальную форму очень высок процент выявления больных в запущенной стадии (60-65%). Основная причина такого явления заключается в том, что эти больные вначале обращаются к хирургам территориальной поликлиники с патологией прямой кишки, кровотечениями, где, по нашим данным, в 85% случаев этим больным не проводится даже пальцевое исследование прямой кишки.

Целью данного исследования являлось своевременное выявление образований прямой кишки с целью проведения специализированного лечения.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось среди населения Семейной поликлиники №1 города Андижан. Всего анкетировано 153 человек. Возраст анкетированных колебался от 58 до 73 лет.

Результаты исследования и их обсуждение: проанализировав результаты анкет, мы обнаружили у 16 (10,4%) опрошенных признаки рака прямой кишки (запоры, сменяющиеся поносами, примесь крови и слизи на кале, боль во время дефекации). После клинической, лабораторно-инструментальных обследований из них у10 (6,5%) обследованных был диагностирован трещина заднего прохода, у 4 (2,6%) обследованных был диагностирован геморрой и у 2-х (12,5%) был диагностирован рак прямой кишки.

Выводы: таким образом, использование специальных анкет-вопросников среди лиц в возрасте старше 55 лет позволяет выявить лиц с возможным раком прямой кишки на ранних стадиях; снизить или предотвратить случаи запущенных форм заболевания.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Набиева Д.У., Мамадалиева Я.С., Кошкина Т.А.
Ташкенский областной филиал РСНПМЦОиР Ташкент, Узбекистан

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 распространённости 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 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 иIV 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 динамикеотмечается 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.

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

Одилов К.К., Саидов Г.Н, Дустов Ш.Х, Абдукаримов У.Г
Бухарский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии МЗ РУз.

Актуальность. 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. Высокоагрессывные саркомы мягких тканей подразделяются на следующие клинико-морфологические варианты: 1) плеоморфная саркома; 2) ангиосаркома; 3) синовиальная саркома; 4) миогенные саркомы (рабдомиосаркома, лейомиосаркома); 5) злокачественнаяфиброзная 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 №7SSV 7 за 2017-2019 й.

Результаты: по данным статического отчета Бухарской области установлено, что в год регистрируется от 28 (2016) до 36 (2021) больных с высокоагрессывным 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%(2016 г) 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.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Полатова Д.Ш., Гафур-Ахунова К.М., Мирзамухамедов Х.К.

Цель исследования. Провести анализ основных онкологических показателей рака молочной железы.

Материал и методы исследования. В Ташкентской области отмечается положительный сдвиг в работе онкологов по ранней диагностики, по профилактике нами на основании изучения материалов ежегодного статистического отчета региональных онкологов Ташкентской области по форме №7, а также данные организационно-методического отдела Ташкентского областного филиала РСНПМЦОР проведен анализосновных онкологических показателей рака молочной железы в Ташкентской области.

Результаты обсуждения. В Ташкентской области отмечается положительный сдвиг в работе онкологов по ранние диагностики по профилактике и улучшение 5-летней выживаемости. В Ташкентской области из года в год увеличивается количество больных раком молочной железы. Если в 2017 году выявлено 323 больных, что соответствовало -11,5% на 100 тысяч населения, в последующие годы показатели были стабильными и в 2022 году выявлено - 433 больных, показатель заболеваемости составил -14,5%. Аналогичный рост показателя при профилактических осмотрах наблюдалось в 2017-42,2% и в 2022 году -51,3%. Ранняя диагностика рака молочной железы за последней 5 лет резко улучшалась, если в 2017 году она соответствовала

-12,6% (I стадия) и 48,3% (II стадия), то в2022 году, практический не снизалось и составила -11,1% и 49,2%. В 2021 году это показатель был высокий и соответствовал -12,7% и 51,6%. Показатель смертности в 2022 году на 100 тысяч населения значительно увеличился -7.9% по сравнению с 2017 годом – 6,3%. Аналогичным образом незначительно повысился показатель 1 годичной летальности. Если в 2017 году 1 годичная летальность был равен -7,4%, то с 2021 года начался рост показателя -11,7%, а в 2022 году составил -9,2% Показатель 5-летней выживаемости рака молочной железы в Ташкентской области значительно улучшился. В 2017 году 5-летняя выживаемость рака молочной железы составила-49,5%, то в 2018 году у величалась до 52,5%, в 2020 году составила до 60,7%. Это значительный показатель благодаря улучшения профилактических осмотров, ранней диагностики и работы кабинетов «Онко-назарот» в районах области.

Выводы: за последние годы в Ташкентской области значительно улучшилось ранняя диагностика, результаты лечения больных раком молочной железы и вследствие этого улучшилось показатель 5- летней выживаемости.

INCIDENCE STUDY OF NON-MELANOMA MALIGNANT SKIN CANCER IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Polatova D.Sh., Ibragimova D.A., Khamidullaeva O.O.
RSSPMCOandR

Objectives. To study and analyze the incidence of non-melanoma malignant skin cancer in the Republic of Uzbekistan.

Materials and design. In this study, incidence of primary disease with non-melanoma malignant skin cancer were examined based on statistical data from the report form №7 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan for 2017–2021. Male to female incidence ratio was 1.3:1.

Results. In the Republic, the incidence rate of non-melanoma skin cancer per 100,000 population was 3.7 in 2017, 3.3 in 2018, 3.2 in 2019, 2.4 in 2020, 2.9 in 2021 g. In absolute terms, it increased to 1198 in 2017, 1086 in 2018, 1074 in 2019, 807 in 2020 and 1010 in 2021. When studying the stages of the disease, the frequency of detecting late stages (III and IV) was 22.2% in 2017, 15.5% in 2018, 19.7% in 2019, 22.8% in 2020, 20.9% in 2021. The five-year survival rate was 50.5% in 2017, 47.3% in 2018, 49.2% in 2019, 48.6% in 2020 and 51. 8% in 2021.

Conclusions. Based on statistical data, it can be said that the incidence of non-melanoma skin cancer in Uzbekistan is decreasing year by year. It is evident that the incidence rate in 2017 decreased by 21.6% (per 100,000 population) by 2021. The rate of detection of late stages has decreased from 22.2% to 20.9%, which can be considered a result of systematic preventive check-ups. The five-year survival rate of patients with non-melanoma malignant skin cancer is partially increased (from 50.5% to 51.8%), which is proportional to the heterogeneity of the disease and, therefore, the complexity of the treatment method.

НАВОИЙ ВИЛОЯТИДА ЎПКА САРАТОНИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ВА ПРОФИЛАКТИК КЎРИКДА АНИҚЛАНИШ КЎРСАТКИЧИ ДИНАМИКАСИ

Рахматов Б.Б., Гафур-Ахунов М.А., Бекмирзаев С.Р.
РИОваРИАТМ НВФ

Тадқиқот мақсади: Навоий вилоятида ўпка саратони билан касалланиш ва профилактик кўрикда аниқланиш кўрсаткичларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: 2011–2020 йилларда Навоий вилоятида ССВ №7-шаклидаги статистик ҳисоботларни ўрганиш асосида ўпка саратони билан касалланиш ва 5 йиллик яшаш кўрсаткичларини таҳлил қилинди. Нашр қилинаётган маълумотлар статистика бошқармаси ва ташкилий услубий бўлимдан олинган, РИО ва РИАТМ НВФ туман ва шаҳар онкологларининг 2011–2020 йиллардаги ҳисоботларига мувофиқ.

Натижалар: Навоий вилоятида 2011–2020 йиллар давомида ўпка саратони билан касалланиш кўрсаткичида ўсиш тенденцияси кузатилмоқда. Хусусан ўпка саратони билан касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига 2011 йилда - 6,1 (54 киши), 2012 йилда - 6,55 (58 киши), 2013 йилда - 5,0 (45 киши), 2014 йилда - 5,73 (52 киши), 2015 йилда- 7,8 (72 киши), 2016 йилда - 7,87 (73 киши), 2017 йилда - 7,4 (70 киши), 2018 йилда - 7,33 (71 киши), 2019 йилда - 8,4 (82 киши), 2020 йилда - 8,5га (86 киши) тенглиги аниқланди. 2011 йилдан 2020 йилгача ўпка саратони билан касалланиш кўрсаткичи мунтазам кўтарилиб, яъни 100 минг аҳолига касалланиш кўрсаткичи– 6,1дан 8,4га ўсганлигини кўриш мумкин.

Навоий вилоятида 2011– 2020 йиллар давомида профилактик кўрик вақтида ўпка саратони

ташхиси аниқланганлиги кўрсаткичи 2011 йилда - 20% (5 киши), 2012 йилда - 32,7% (19 киши), 2013 йилда - 18,2% (4 киши), 2014 йилда - 20% (4 киши), 2015 йилда - 52% (13 киши), 2016 йилда - 50% (13 киши), 2017 йилда - 16,2% (5 киши), 2018 йилда - 20% (5 киши), 2019 йилда - 20% (7 киши), 2020 йилда - 5,9% (2 киши) тенглиги аниқланди. Ўпка саратони профилактик кўрик вақтида ташҳисланганлиги қоникарли даражада эмаслигини кўрсатмоқда, яъни ушбу кўрсаткич 2011 йилда - 20%, 2015 йилда - 52%дан, 2020 йилда - 5,9%гача тушганлигини кўриш мумкин. Буни касалликни эрта аниқлаш учун профилактик кўрикларни кўпайтириш зарурати борлигини кўриш мумкин.

Хулоса: статистик тахлиллар шуни кўрсатдики, Навоий вилоятида ўпка саратони билан касалланиш кўрсаткичи ўсиш тенденциясига эга экалигини ва профилактик кўрик вақтида аниқланиш кўрсаткичи динамикада пасайганлигини кўриш мумкин. Вилоят худудларида, айниқса саноат ривожланган, экологик беқарор худудлари онкологларини касалликни скрининг қилиш ва профилактик кўриклар ўтказиш зарур. Бу ўз навбатида касалликни эрта ташҳислаш, тўлиқ даво курсини ўтказиш ва ўпка саратони ташхиси билан 5 йиллик яшаш кўрсаткичини яхшилашга имкон беради.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Сабирджанова З.Р., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Сейтшаева В.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) является важной социально-экономической проблемой для Узбекистана. Ежегодно регистрируется прирост числа заболевших РМЖ женщин, в том числе среди молодых. Занимая 1 место в структуре злокачественных заболеваний, РМЖД является одной из основных причин смертности и инвалидизации трудоспособного населения.

Цель исследования. Провести анализ показателей заболеваемости и смертности при РМЖ в Республике за 2020-2022 года.

Материал и методы. Данными для анализа послужили статистические показатели, взятые из формы 7 «Сведения о заболевании злокачественными новообразованиями» за 2020-2022 года.

Результаты исследования и их обсуждение. За период 2020-2022 годов число больных РМЖ впервые взятых на учет составило 11807 со средним показателем заболеваемости 11,3 на 100 000 населения. Из них: в 2020г. выявлено 3317 больные, сельские жители – 1714, показатель заболеваемости 9,8; в 2021г. – 4121 больных, сельские жительницы – 2285, показатель заболеваемости – 12,0; в 2022г. – 4369 больных, сельские жители – 2585, показатель заболеваемости – 12,2. В возрасте от 30-54 лет в 2020г. было выявлено 1739 больных РМЖ, в 2021г. –2092 больных и в 2022г. – 1417. Больные РМЖ 11 стадии в 2020г. составили 53,5%, в 2021г. – 51,8% и в 2022г. – 56,0%. При этом, несмотря на доступную визуализацию органа остается высоким процент больных РМЖ 3-4 стадии: в 2020г. -34,4%, в 2021г. – 32,8% и в 2022г. – 31,8%. Показатель смертности с 2020 года по 2022 год снизился с 6,7 до 5,0 на 100 000 населения. 5-летняя выживаемость при РМЖ в 2020-2022 годах составила 45,1, 45,1 и 47,6 соответственно.

Выводы. Проведенный анализ основных показателей при РМЖ показал, что заболевание имеет тенденцию к росту и занимает ведущее место в структуре онкозаболеваемости в Узбекистане. Внедрение скрининговых программ по всей Республике улучшит раннюю диагностику РМЖ, что позволит проводить своевременное лечение и улучшить качество, продолжительность жизни и снизить инвалидизацию населения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Сабирджанова З.Р., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., Сейтшаева В.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Рак эндометрия (РЭ) – это злокачественная опухоль, которая развивается из клеток внутреннего слоя матки. Несмотря на то, что уровень заболеваемости РЭ в Центральной Азии ниже, чем в экономически развитых странах, в Узбекистане наблюдается его постепенный рост, и РЭ занимает второе место после рака шейки матки. Дальнейшее изучение всех причин РЭ у женщин в Узбекистане является важной проблемой, несмотря на эффективность стандартных методов лечения.

Цель исследования. Анализ динамики заболеваемости и смертности от РЭ в Узбекистане за последние 3 года.
Материалы и методы. Статистические показатели для анализадинамики РЭ в Узбекистане взяты из формы 7 «Сведения о заболеваемости злокачественными образованиями» за 2020-2022 годы.
Результаты и обсуждения. Анализ данных о заболеваемости РЭ за 2020-2022 годы показал, что было выявлено 609 (1,8), 789 (2,3) и 850 (2,4) больных соответственно. Возраст больных варьировал от 18 до 80 лет. В 2020 году в группе от 18 до 35 лет было выявлено 16 больных, в группе от 36 до 50 лет – 111 больных, от 51 до 65 лет – 324 больных и старше 65 лет – 158 больных. Больные с 1 стадией составили 35,8%, 11 стадией – 41.7%, 111 стадией – 11,3% и 1У стадией – 4,4%. В 2020 году сельские жители составили 568 больных. 5-летняя выживаемость составила 48,7%. Смертность составила 0,8 (274). В 2021 г. в группе от 18 до 35 лет было выявлено 20 больных, в группе от 36 до 50 лет – 145 больных, в группе от 51-65 лет – 412 и старше 65 лет – 212 больных. 400 больных – жители села. Больные по стадиям распределялись следующим образом:1стадия – 31,8%, 11стадия – 43,3%, 111 стадия 16,9% и 1У стадия 4,8%. Смертность – 1,8 (304), а 5-летняя выживаемость – 48,0%. В 2022г. в группе от 18 до 35 лет было выявлено 12 больных, в группе от 35 до 50 лет – 188 больных, в группе от 51 до 65 лет – 451 больная, а в группе старше 65 лет – 198 больных. Жители села составили 426 больных. Распределение по стадиям было следующим: 1 стадия – 42,5% больных, 11 стадия – 42,2%, 111стадия – 12,1% и 1У стадия – 3,5%. Смертность составила 0,9 (331). 5-летняя выживаемость – 46,4%.
Выводы. Заболеваемость РЭ в Узбекистане имеет тенденцию к росту, что требует от первичного звена более внимательного изучения причин маточного кровотечения в фертильном и менопаузальном возрасте, соблюдение женщинами здорового образа жизни. Своевременная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия значительно снизит количество женщин с риском развития РЭ.

РАК РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ В УЗБЕКИСТАНЕ
Сабирджанова З.Р., Джанклич С.М., Сейшаева В.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, г.Ташкент, Узбекистан
Актуальность. Злокачественные опухоли репродуктивной системы (ЗОРС) являются наиболее частыми в структуре онкологической заболеваемости женщин. Рак может развиться в любой части женских репродуктивных органов - вульва, влагалище, шейка матки, матка, яичники и фаллопиевые трубы. В странах Центральной Азии заболеваемость ЗОРС ниже, чем в Европе и США, однако в Узбекистане отмечается постепенный рост заболеваемости ею среди женщин. Причинами роста является увеличение числа женщин, страдающих ожирением, эндокринопатиями, вирусоносительством, бесплодием и т.д. Дальнейшее изучение всех факторов, вызывающих ЗОРС среди жительниц Республики остается важной проблемой.
Цель исследования. Изучение тенденций заболеваемости и смертности ЗОРС в Республике Узбекистан в 2022 г.
Материалы и методы исследования. Данными для анализа послужили статистические показатели, взятые из формы 7 «Сведения о заболевании злокачественными новообразованиями» за 2022 год.
Результаты и обсуждения. Проанализированные данные ЗОРС за 2022г. показали, что в Республике было выявлено 3897больных, из них рак шейки матки (РШМ)1832, рак яичников (РЯ) 1028, рак тела матки (РТМ) 850, трофобластическая болезнь (ТБ) 76, рак вульвы (РВ) 93 и рак влагалища (РВл) 38 случаев. Сельские жительницы - 1915 больных (49,1%). Возраст больных варьировал от 4 лет и старше 80. Пик заболеваемости ЗОРС приходился на возраст 55-59 лет (367 случаев). Наибольшее количество больных ЗОРС составили больные с РШМ, РТМ и РЯ, большинство которых было диагностировано воII стадии заболевания, 53,7%, 42,2% и 39,8% соответственно. Показатель смертности оставался высоким у больных РШМ 1,7(969) и РЯ – 1,4 (493), а у больных РТМ составил 0,9 (331). 5-летняя выживаемость составила 42,4% (4205) у больных РТМ, 46,4% (2533) у больных РШМ и 40,7% (1946) у больных РЯ.
Выводы. Заболеваемость РШМ в Республике Узбекистан в 2022 году занимает второе место в структуре как общей онкозаболеваемости, так и заболеваемости среди женщин после рака молочной железы. Проведение скрининговых программ, широкий охват профилактическими осмотрами всех слоев женского населения, пропаганда здорового образа жизни, своевременная

диагностика и лечение заболеваний репродуктивных органов значительно снизит количество женщин в группах риска на ЗОРС.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА КОЖИ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Салахутдинова М.З.

Ташкентский областной филиал республиканского научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Цель. В этническом и возрастном аспекте анализировать распространённости рака кожи в Ташкентской области.

Материалы и методы. По данным статических отчётов в Ташкентской областина 2022 год (население 2,9 млн.) регистрированы 2555 больных с злокачественными новообразованиями 2,5 на 100000, из них 73 больных раком кожи, что составляет в среднем 23,7 на душу 100 000 населения. В структуре онкологических заболеваний занимает 6 – место. В компьютерной базе онкологических больныхКанцер-Регистр в Ташкентской области всего регистрировано 1040 больных с раком кожи (первая дата регистрациизаболевания – 1986 год), из них с первично-множественным поражением в сочетании с другими локализациями в метахронном порядке – 26 больных. Живы на сегодняшний день – 874 (из них живут более 5 лет – 93,5%), 74 больных выбыли по причине переезда, 12 – умерли в течении 2022 года. Приретроспективноманализе данныхумерших от рака кожи установлено 5-летняя выживаемость оказалась на довольно высоком уровне. 849 больных прожили более 5 лет. При анализе 10 летних данных 2012–2022 гг. установлено, что в динамике в течение 10 лет имеет место увеличение в 7.5 раз всех показателей заболеваемости, смертности и болезненности. По всем показателям преобладают женщины-примерное соотношение мужчин и женшин-6:4. При анализе возрастной структуры данные частично коррелируют с мировыми, заболеваемость наблюдается в возрастной группе до-14лет-1 (1,36%), 24 лет-1 (1,36%), 40-44-3 (4,10%), от 45-49лет-6 (8,21%), 50-54лет-4 (5,47%), 55-59лет–5 (6,84%), 60-64лет-15(20,5%), 65-69 лет-(13,6%), 70-74лет-11 (15%), 75-79лет-4 (5,47%), 80 и более80лет-13 (17.8%) всех первичных больных, При анализе национального состава с корреляцией количество населения четко просматривается влияние этнического фактора: из 1040 зарегистрированных больныхузбеки -(63% от всего населения Ташкентской области) – 655 человек,русские– 178 (17,1% от всего населения), татары – 32 (3,07%), украинцев–9 (0,8%), армян-6 (0,5%), евреев–7 (0,67%),казах-150 (14,42%), корейцы- 3 (0,28%).

Результаты. Анализ данных регистра Ташкентскойобласти показал, что в развитие рака кожи существенное значение имеет этнические особенности среди больных с раком кожи, превалировали контингент больныхс европеоидной национальностью по сравнениюс коренными населениями. Отмечены достоверно гендерные различия–женщины заболевали больше, чем мужчины, на фоне относительно стабильных показателей поражаемости раком кожи населения Ташкентской области в целом.

Выводы. Высокие цифры заболеваемости, на фоне стабилизации основных показателей поражаемости раком кожи населения Ташкентской области, болезненность, с преобладанием поражения населения европейской национальности, требуют дальнейшей разработки современных подходов в деле ранней диагностики рака кожи и её облигатных предраковых форм.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ И СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Сотволдиев К.Х., Урманбаева Д.А., Абдурасулов Х.

Андижанской филиал Республиканского специализированного научно практического медицинского центра онкологии и радиологии, Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Рак молочной железы (РМЖ) является одной из актуальных медико-социальных проблем современной онкологии за счет распространенности и психологических аспектов, связанных с проблемами социальной адаптации. В мире ежегодно регистрируется более 1,3 млн. случаев заболевания. Данная форма опухоли относится к тем ракам, среди которых в последние десятилетия сохраняются тенденции роста показателей заболеваемости как в развитых (1,0-2,0% в год), так и в развивающихся. Рак молочной железы является одной из основных локализаций среди злокачественных опухолей у женщин региона,

а показатели заболеваемости и смертности, тенденцию к росту.
Цель исследования. На основе онкоэпидемиологических исследований обосновать мероприятия по профилактике и ранней диагностике рака молочной железы среди женского населения Андижанской области.
Материалы и методы. При изучении эпидемиологических и статистических данных по РМЖ служили отчетные формы и амбулаторные карты учетных больных, которые находились на диспансерном учете с 2016 по 2018год. За 2010 - 2017 гг. в регионе было зарегистрировано 1130 женщин впервые в жизни с установленным диагнозом РМЖ.
Результаты исследования и их обсуждение. На территории Андижанской области с 2017 по 2022 г. зарегистрировано 1130 случаев РМЖ. Абсолютное число заболевших в 2013 г. в 1,5 раза больше, чем в 2010 г. Удельный вес РМЖ в структуре онкозаболеваемости женской популяции вырос с 18,1 до 19,7%. В наибольшей степени негативные последствия РМЖ актуальны для женщин трудоспособного возраста. В возрасте до 55 лет удельный вес заболевания в структуре онкопатологии составляет 24,8%, т.е. каждая четвертая злокачественная опухоль, обнаруженная у женщин этого возраста, является опухолью молочной железы.
Выводы. Рак молочной железы занимает 1-е место (19,7%) в структуре онкологической заболеваемости женского населения. Стандартизованный показатель заболеваемости составляет 42,0±0,5, интенсивный - 62,1±0,6%ооо. Среднегодовой темп прироста заболеваемости с 2010 по 2017 г. (2,0%) выше. Прирост связан в большей мере с увеличением риска заболеть (24,6%) и изменениями возрастной структуры населения (11,7%). К 2022 г. прогнозируется рост заболеваемости в 1,2 раза. На уровень заболеваемости РМЖ в женской популяции оказывают влияние медико-демографические факторы: продолжительность жизни (22,9%), рождаемость в фертильном возрасте (19,4%), миграция (18,0%), смертность в трудоспособном возрасте (14,6%) и разводимость (7,4%).

РОЛЬ СКРИНИНГА В ДИАГНОСТИКЕ МИНИМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Султонкулова М.К., Джалолова Ф.М., Хафизова Р.Р., Абдумаликова Ш.М., Иминова Б.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: повышение эффективности скрининговых исследований в выявлении ранних форм опухолевых патологий молочной железы.
Материалы и методы: по скрининговой программе обследовано 1520 женщин в возрасте 35 лет и старше. Всем обследуемым женщинам произведена маммография (Маммограф DM 158), ультразвуковая сонография (SonoScapeC30), цитологическое исследование мазков при наличии выделений из сосков, окрашивание мазков по Романовскому-Гимзе.
Из выявленных женщин с изменениями в молочной железе, составлена группа повышенного риска, которая подлежит к дальнейшему исследованию и специализированному лечению, направлена к маммологу. При выявлении патологии молочных желез произведена биопсия с последующим гистологическим исследованием препарата.
Результаты: по анализу материала обследованных в скрининге 1520 женщин: у 210 (13,8%) выявлено патологические выделения из сосков, в виде молозивоподобного, серо-коричневого цвета; у 92 (6%) женщин - кровянистые выделения. При маммографии: у 38(2,5%) женщин обнаружены макрокальцинаты (от 600 до 1500 мкм), у 18 (1,9 %) женщин обнаружены микрокальцинаты (50-600 мкм) на фоне доброкачественной патологии. При ультртазвуковой сонографии: у 212 (13,9%) женщин выявлены внутрипртоковые включения от 0.3 до 1.2 см, которым произведено оперативное удаление минимальных опухолей с последующим гистологическим исследованием. Выявлено: у 190 (12.5%) случаях внутрипротоковые папилломы, в 82 (5,4%) случаях канцер in situ и внутрипротоковые карциномы.
Выводы: полученные нами результаты показывают диагностическую ценность скрининговой программы в ранней диагностике минимальных опухолей молочных желез без клинической манифестации. При обследовании женщин требуется обратить внимание на минимальные признаки изменения со стороны молочной железы.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ҚОВУҚ САРАТОНИ БИРЛАМЧИ АНИҚЛАНГАНЛАРДА 2020-2021 ЙИЛЛАРДА ДАВОЛАШ ТУРЛАРИ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Джанклич С.М., Туйчиев А.П., Тиллашайхова Р.М.
Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази

Мақсад: Ўзбекистон Республикасида 2020-2021 йиллар ичида қовуқ саратонини бирламчи аниқланган беморларда даволаш турлари бўйича таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар: Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази филиаллари томонидан тақдим этиладиган Республикамиздаги қовуқ саратони ҳақидаги барча статистик маълумотлар қайд этилган Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан қабул қилинган 7SSV «Хавфли 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 Республикамиз 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% комлекс даво олган. Республикамиз ҳудудида 2021 йил қовуқ саратони бирламчи аниқланганлардан 359 бемор даво муолажаларини олган, улардан 25.6% да радикал операция, 10.6 % да паллиатив операция, 8.9 % юқори технологик операция ўтказилган. 359 та бемордан 2.1% бемор фақат нур терапияси, фақат 11,0 % консерватив терапия, 35.77 % қўшма даво, 6.1% комлекс даво олган.

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

АНАЛИЗ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ (2012-2021 гг. ПО ДАННЫМ ТОФ РСНПМЦОиР)

Турсинов И.Т., Абдиразаков И.А.
Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии МЗ РУз

Актуальность. Рост тиреоидной патологии в целом определяет неослабевающий интерес специалистов к заболеваниям этого органа.Проблема опухолей щитовидной железы весьма злободневна. В большинстве мира заболеваемость раком щитовидной железы ежегодно возрастает на 4%. Рак щитовидной железы встречается у лиц в любом возрасте, болеют даже дети и подростки. Подъем заболеваемости на возрасте 40-50 лет. Рост частоты патологии щитовидной железы во многих регионах Узбекистана обусловливает актуальность изучения региональных структурных особенностей данного органа и клинико-морфологических особенностей доброкачественных и злокачественных опухолей.

Цель исследования. Изучить нозологическую структуру опухолей щитовидной железы по архивным материалам ТОФ РСНПМЦОиР (Ташкентского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии МЗ РУз) за 10 лет (2012-2021 гг.) с учетом возраста и пола.

Материалы и методы исследования. Изучали 312образцов оперативно-удаленных тканей ЩЖ с опухолевыми процессами у пациентов от 20 до 80 лет, из архивных материалов (мокрый архив, парафиновые блоки и гистологические препараты) ТОФ РСНП МЗ РУз, за период с 2012. по 2021 гг. Гистологическая верификация новообразований ЩЖ проводилась согласно Международной классификации ОЩЖ ВОЗ, 2017 г.

Результаты исследования. Из 312 случаев опухоли щитовидной железы были выявлены доброкачественные новообразования (аденомы) в 190 (60,8%) случаях, из них у женщин149 (79%), максимальное число в возрастной группе 30-39 лет, умужчин 41 (21%), максимальное число в возрастной группе 40-49 и 60-69 лет. Злокачественные опухоли 122 (39,1%) случаях, из них у женщин 74%, максимальное число в возрастной группе 50-59 лет, у мужчин 26%, максимальное число в возрастных группах 40-49 и 60-69 лет. Из 122 случаев злокачественных

опухолей папиллярный рак 50%, фолликулярный рак 40%, недифференцированный рак 10%.
Выводы:1. Из 312 архивных случаев щитовидной железы доброкачественные опухоли составили 190(60.8%), злокачественные опухоли -у 122 (39.1%).
2. Наиболее часто доброкачественные опухоли выявлены у женщин 79%, чем у мужчин 21%.
3. Злокачественные опухоли также обнаружены у женщин 74%, чем у мужчин 26%.
4. Из 122 случаев злокачественных опухолей папиллярный рак 50%, фолликулярный рак 40%, недифференцированный рак 10%.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Сотволдиев К.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Согласно данным ВОЗ и Европейской ассоциации, рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологических заболеваний. Однако нехватка финансовых ресурсов для внедрения данной программы в практику в странах с низкой и средней доходностью не значит, что надо сидеть сложа руки на обнаружение заболевания среди населения. По этой же причине, необходимы разработка и применение практической программы на основе современных УЗИ по мере возможности в классе вышеприведенных стран.
Цель исследования - усовершенствованиеобнаружения на ранних стадияхрака молочной железы путем применения мер массовой профилактики.
Материалы и методы. На территориях города Андижана и Андижанского района нашей области в течение 2018-2020 годов, методом случайного отбора прошла осмотр всего 2181 женщина путём комплексных мероприятий так, как УЗИ, анкетирования, маммографии по показаниям, ведение работ патронажными медсестрами по программе раннего обнаружения патологии молочной железы. Данная практика также повлияла на окончательные результаты года. Проведен анализ показателей заболеваемости раком молочной железы в 2018-2020 годах.
Результаты исследования. Согласно полученным результатам, в 2018 году в Андижанской области поставлены всего 304 диагноза первичного РМЖ, из них 50 женщин приходятся на территорию города Андижана, 30 - на Андижанский район. Анализ структуры этапов городских больных следующий: I-этап не обнаружен; II-этап-14; III-этап – 29; IV-этап – 7. Также среди больных районной территории в этом году I-этап не обнаружен, II-этап-6; III-этап – 19; IV-этап – 5 случаев. В течение 2020 года в Андижанской области обнаружены всего 311 первичных РМЖ, в городе Андижане - 67, в Андижанском районе - 21. Структура этапов городских больных следующая: I-этап-5; II-этап-35; III-этап – 24; IV-этап – 3. Среди больных районной территории в 2019 году зарегистрированы: I-этап—2; II-этап—12; III-этап – 5; IV-этап - 2 женщины.
Выводы. Ведение работ патронажными медсестрами по программе раннего обнаружения патологии молочной железы привели к правильному пониманию населением цели запланированных профилактических осмотров и резкому улучшению охвата женщин профилактическими осмотрами. Анализ ПО показал наличие различных патологий молочной железы всего у 581 (50,3%) из 1116 женщин в городе Андижане. В Андижанском районе этот показатель составил всего 530 (49,8%) женщин из 1065. Почти 25 % заболеваний приходились на фиброзно-кистозную мастопатию, фиброзную мастопатию. Значительный рост показателя заболеваемости РМЖ среди населения области в течение 2018-2020 годов можно объяснить эффективность ПО, повышением медицинской культуры населения, увеличением обращение к врачу. Профилактические осмотры и скрининговые практики, проведенные в городе Андижане и Андижанском районе, привели к увеличению контингента больных на 25-30% на ранних этапах, уменьшению числа больных на поздних этапах.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЛЮМИНАЛЬНОГО ТИПА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Хакимова Г.А., Курбанов Б.М.
Хорезмский филиал РСНПМЦОиР, г.Ургенч, Узбекистан

Актуальность. Рак молочной железы стабильно занимает первое местов структуреонкологической заболеваемости у женщинкак в мире, так и в Узбекистане. Рак молочной железы – это группа заболеваний, большую часть которых составляет люминальный или гормонопозитивный рак молочной железы.
Цель исследования. Определить количественное соотношение типов рака молочной железы в

Хорезмской области для определения дальнейшей тактики лечения.
Материалы и методы. В исследование включены 146 пациеток, у которыхпосле трепан-биопсии диагностирован рак молочной железыв период с 2021 по 2023 годы. Больные были поделены на 2 группы. В первую группу (69) включены пациентки, которым далее было проведено иммуногистохимическое исследование препаратов. Все иисследования впервые проводились исключительно в условиях филиала. Вторую группу (77) составили пациентки без иммуногистохимического анализа. Возраст пациенток варьировал следующим образом: от 30 до 40 лет – 36(24,6%); 41-50 лет –52(35,6%); 51-60 лет – 37(25,3%); 61-80 лет – 21(14,3%), и в среднем составил 48,2 года. В первой группе экспрессия эстрогенов составила: 20-40% - 33, 41-60% - 24, 61-100% - 12. Таким образом, ER-позитивными оказалось 52,2% больных, что приблизительно к цифрам зарубежных авторов. Результаты экспрессии PR следущие: 20-40% - 27, 41-60% - 33, 61-100% - 9. Значение Ki-67 менялось следующим образом: 10-20% - 17; 21-40% - 6; 41-60% - 9; 61-90% - 4. HER-2new: отрицательный – 39(56,5%); 1 балл – 16(23,2%); 2 балла – 12(17,4%); 3 балла–2(2,9%). Таким образом, у более чем половины пациентов выявлен гормонопозитивный рак молочной железы. В результате, больным из первой группы с люминальным типом А, в зависимости от стадии, было в неодаъювантном режиме была проведена гормонотерапия, либо произведено оперативное вмешательство в различных объёмах. Всем больные из второй группы в неоадъювантном режиме получили химиотерапию, гормонотерапия не проводилась.
Выводы. Внедрение иммуногистохимического метода диагностики в Хорезмской области выявило, что наиболее часто встречающимся типом рака молочной железы является люминальный тип А, характеризующийся высокой экспрессией эстрогенов. Это позволило существенно снизить количество больных, подвергнутых необоснованной неоадъювантной химиотерапии. Благодаря этому уменьшились сроки лечения и улучшилась эффективность использованных методов терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОЙ РАБОТЫ ПО ИНТЕГРАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хакимова Г.Ж., Абдурасулов Х.Х.
РСНПМЦОиР АФ, город Андижан

Актуальность. Основным компонентом в системе противоопухолевых мероприятий является совершенствование организации активного выявления больных на уровне первичного звена, что позволит значительно чаще регистрировать онкопатологию на ранних стадиях, а оно имеет огромное значение для эффективного лечения и снижения смертности.
Материал и методы. В Андижанской области и ранее проводилась работа по повышению онконастороженности врачей первичного звена, но с 2022 года с целью повышения роли первичного звена здравоохранения в решении региональных проблем онкологии разработан и внедрён в практику план интеграции учреждений первичной медицинской службы.
Результаты. В 2022 году по сравнению с 2017 годом 20 раз увеличилось количество проведенных обучающих семинаров, тренингов и мастер-классов для районкологов и ВОП по тематике современные методы ранней диагностики, лечения и диспансеризации онкологических больных. На местной базе организованы и проведены курсы повышения квалификации районкологов, врачей с базовым медицинским образованием и среднего медицинского персонала для работы в первичном звене здравоохранения. Восполнены вакантные должности районкологов до 90% и проведена работа по усовершенствованию кураторской работы с финансовым стимулированием специалистов за счет внебюджетных средств. В частности, в 2022 году число мероприятий, проводимых среди населения, как тематические семинары о факторах риска онкопатологии, выступление в средствах массовой информации, просветительская работа в семьях по вопросам здорового образа жизни и питания увеличилось до 7 раз. В практику медицинских учреждений первичного звена внедрён маммографический и цитологический скрининг с целью ранней диагностики предраковых и раковых заболеваний молочных желёз и шейки матки. В результате существенно возросло число больных направленных из первичного звена в Андижанский филиал онкологического центра от 105 случаев в 2014году до 741 в 2022году (24.2%), увеличилось число больных выявленных на I стадии заболевания с 0,6% в 2017 году до 7% в 2022году. В то же время количество больных с запущенными стадиями заболеваний в 2022г по сравнению с 2017 годом снизилось на 10%.
Выводы. Таким образом, работа по интеграции первичного звена онкологической службы в Андижанской области несомненно, имеет важное значение, а ее результаты позволяют надеяться

в дальнейшем на увеличение контингента больных выявленных на ранних стадиях заболеваний, увеличение 5-летней выживаемости и улучшение качества жизни больных.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2018-2022 ГГ. (СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Халиков Н.Х., Бозарова Л.М., Ахмедова У.Р.
Наманганский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Цель исследования: изучить динамику заболеваемости раком молочной железы в Наманганской области.

Материалы и методы: Проанализированы статические данные Наманганской области и изучена динамика заболеваемости РМЖ за 5 лет (2018-2022 гг.). 2018 гг. взятые на «Д» учет 187 больных, I-II ст. -115, III ст.- 60, IV ст. - 12. 2019гг взятые на «Д» учет 212 больных, I-II ст. -163, III ст.- 39, IV ст.- 10. 2020гг взятые на «Д» учет 182 больных, I-II ст. -111, III ст. - 42, IV ст. - 29. 2021гг взятые на «Д» учет 272 больных I-IIст -182, III ст- 63, IV ст- 27. 2022гг взятые на «Д» учет 267 больных I-II ст. -212, III ст. - 44, IV ст. - 11. Всего взятые на «Д» учет 1120 больных, I-II ст. -783, III ст.- 248, IV ст.- 89.

Результаты: За период наблюдения на диспансерный учет было взято 1120 больных РМЖ. Из них: со стадией I-II было 783 женщин, III -248, IV-89 пациенток. Установлено, что РМЖ наиболее часто развивается у лиц возрастной группы 40-60 года. В результате анализа проведенного лечения пациенток РМЖ установлено, что основным видом лечения явился комплексный-1000(89.2%) случаев, комбинированный-100(8.9%), только химия терапия -8(0.71%), и только хирургический метод проведен 12(1%) пациенткам. Таким образом, проведенный статистический анализ показал, что заболеваемость в нашей области за последние 5 лет увеличивается, так как 2018 году взята на учет составляла-187, а в 2022 году-267 больных, а основными видами лечения являются: комплексный и комбинированный.

Выводы:

1. В связи с запуском в 2022году мобильного маммографического оборудования достигнуто выявление рака молочной железы на ранних стадиях.
2. Заболеваемость в нашей области за последние 5 лет увеличивается.
3. РМЖ наиболее часто развивается у лиц возрастной группы 40-60 года.
4. Основными видами лечения являются комплексный и комбинированный.

РЕЗУЛЬТАТЫ МАММОСКРИНИННГА У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ ОТ 45 ЛЕТ ДО 65 ЛЕТ В НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Холиков С.К., Сайфуллаева Ё.С., Рузимов Б.Й., Вохисова У.А.
Наманганский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Проблема рака молочной железы является одной из наиболее актуальных в современной онкологии, так как это заболевание является самым распространенным среди женской популяции. По разным данным, в зависимости от экономического статуса и состояния развития медицины в целом, от 30до 40 процентов при поступлении имеют уже распространенные формы заболевания. Одной из причин высокой смертности от рака молочной железы (РМЖ) является позднее выявление этих опухолей. В отсутствии скрининнга 30-40% случаев заболевания диагностируется уже в III-IV стадии.

Цель исследования. Профилактика и активное выявление в ранних стадиях рака молочной железы.

Материалы и методы исследования: в 2020 году разработана государственная программа по скринингу рака молочной железы. Проведены массовые профилактические осмотры женщин в возрасте от 45 лет до 65 лет, во всех областях Республики с участием маммологов. Все врачи были обеспечены методическими рекомендациями по скринингу рака молочной железы.

Результаты исследования: анализ результатов обследования показал, что в 2020 году было исследовано 639 женщин. Из них у 129 женщин диагностировали фиброзно-кистозную мастопатию, у 29 женщин при обращении к маммологу выявлено рак молочной железы. В результате маммоскрининнга, у 17 (58%) женщин диагностировано рак молочной железы. В 2021 году обследованных женщин составило 1197, из них у 420 женщин выявлено фиброзно-кистозная мастопатия, а у 34 женщин диагностировали рак молочной железы, из них 8 случаев при маммоскрининнги. В 2022 году всего было обследовано 3600 женщин, из них 990 женщин с диагнозом фиброзно-кистозная мастопатия, у 231 женщин рак молочной железы. При

направлении больных женщин на обследование врачами по месту жительства было выявлено 177 случаев с диагнозом рака молочной железы. По результатам маммоскрининнга у 54 (23%) рак молочной железы.

Выводы: таким образом, внедрение скрининговых программ на 60% улучшил ситуацию по контролю с злокачественными новообразованиями, а также проводить своевременное специфическое лечение больных РМЖ, что в свою очередь будет способствовать сохранению здоровья женщин и улучшению качества их жизни. Доступность, простота, неинвазивность и информативность этих программ является экономически эффективным методом диагностики рака молочной железы (РМЖ).

ЗАПУЩЕННОСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА И ЕЕ ПРИЧИНЫ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ходжамова З.
РСНПМЦОиР АФ

Актуальность. Заболеваемость колоректальным раком за последние годы значительно выросла в мире и в Узбекистане, в частности. Причин возникновения данной патологии много, как много и предрасполагающих факторов, способствующих росту заболеваемости. Одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей в экономически развитых странах мира является колоректальный рак. Термин «колоректальный рак» (рак толстой кишки) используется для определения опухолей ободочной и прямой кишки. Анатомически толстая кишка разделяется на слепую кишку с червеобразным отростком, восходящую ободочную кишку, поперечную ободочную кишку, нисходящую ободочную кишку, сигмовидную кишку и прямую кишку. Прямая кишка оканчивается анальным каналом.

Цель исследования: изучить запущенность колоректального рака и ее причины в отдельно взятом в Андижанской области.

Материалы и методы. Использованы протоколы формы № 027-2/У, амбулаторные карты и истории болезни 1774 больных запущенными формами колоректального рака за 2018-2022гг.

Результаты. Запущенность изучена у 909 больных раком прямой кишки: 422 (46,5%) мужчин и 487 (53,5%) женщин и у 865 больных раком ободочной кишки: 356 (41,2%) мужчин, 509 (58,8%) женщин. Повозрастная структура запущенности рака прямой кишки: больные до 45 лет составили 3,6%, с 45 до 59 лет - 21,4%, больные 60 лет и старше - 74,8%. Главной причиной запущенности было несвоевременное обращение больных (51,8%). У 25,9% пациентов имело место скрытое течение заболевания. Отказались от обследования 7,5% больных. Ятрогенные причины (неполное обследование, ошибка в диагностике) выявлены у 14,8%. Повозрастная структура запущенности рака ободочной кишки: до 45 лет было 5,7% больных, с 45 до 59 лет - 20,6%, 60 лет и старше -73,7% больных. На скрытое течение заболевания пришлось 47,5% случаев запущенного рака ободочной кишки, на несвоевременное обращение больных - 42,3%. Отказались от обследования 3,4%, неполное обследование и ошибка в диагностике имели место у 6,8% больных. Городские жители с запущенными формами рака прямой кишки составили 65,1%, рака ободочной кишки -70,6%.

Выводы. Лица 60 лет и старше составляли 75% при раке прямой кишки и 73,7 % при раке ободочной кишки. Основными причинами запущенности колоректального рака являются несвоевременное обращение больных и скрытое течение заболевания.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАВОИЙСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2012–2022 гг.

Ўринов Э. Ю., Гайнутдинов А.А., Байитов О.И.
Республиканский специализированный научно-практический центр онкологии и радиологии Навоийский областной филиал

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) в структуре онкологической заболеваемости женского населения экономически развитых стран мира устойчиво занимает первое ранговое место. В Узбекистане так же имеет значимое место. В Навоийской области в 2012 году, по данным обращаемости, у 68 женщин установлен рак молочной железы, что составило 15,7% среди других ЗО всего населения.

Материалы и методы: произведен статистический анализ заболеваемости и смертности от рака молочной железы по данным организационно-методического отдела РСНПЦО и Р НОФ за 2012–2022 гг. Изучены статистические данные 1062 женщин, взятых на учет по поводу

рака молочной железы в период с 2012 по 2022 гг.
Результаты и обсуждения: статистический анализ за 2012–2022 годы показал, что заболеваемость раком молочной железы в Навоийской области также имеет тенденцию к значительному росту. Если в 2012 году впервые было выявлено 68 женщин с этой патологией, то в 2022 году установлено 160 случаев, что сравнительно больше в 2,5 раза. Соответственно отмечается увеличение показателей смертности женщин от этой патологии. Изучение динамики смертности населения женщин от рака молочной железы показало, что в 2012 году умерло 28 больных, а в 2022 году умерло 34 больных. Известно, что РМЖ – это болезнь менопаузального и постменопаузального периода. До 30 лет заболевают РМЖ не более 1,9% пациенток. Изучение возрастных данных больных РМЖ показало, что в возрасте 19–34летзаболели всего 60женщин. С 35до 44лет229 женщин, далее частота заболеваемости в возрастах 45–54лет резко возрастает около 353 женщин, что составило 33,2% случаев. Пик заболеваемости 353РМЖ приходится на возраст45-54 лет, что составило 33,2%. Начиная с 65 лет, частота заболеваемости раком молочной железы постепенно угасает. Анализ распространенности опухолевого процесса показал, что 52% больных при обращении имели I–II стадии, только 29% имели III–IV стадий процесса, что не соответствует действительности. Это свидетельствует о том, что онкологи на местах и врачи общей лечебной сети не всегда различают II стадию от II клинической группы, куда входят больные с III–IV стадией процесса.
Выводы: заболеваемость и смертность от рака молочной железы в Навоийской области из года в год растет. Наиболее часто рак молочной железы встречается в возрасте 45-55лет. Пик заболеваемости приходится на возраст 45-60 лет.

ОНКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ИЧИДА РЕПРОДУКТИВ СИСТЕМА КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДИНАМИКАСИНИ БАҲОЛАШ
Эргашева М.Э., Исакова З.М., Алибоева М.Д., Маъруфова Х.С.
РИОваРИАТМ Наманган филиали
Тақиқот мақсади: репродуктив органларда онкология касалликлар билан касалланишни ўсиб бораётганлиги бутун дунё бўйича долзарб муаммо бўлиб ҳисобланади. Шу сабабли ишимизнинг мақсади репродуктив онкологик касалликлар билан касалланиш динамикасини Наманган вилояти миқёсида ўрганишдир.
Материал ва усуллар: репродуктив онкологик касалликдан хусусан сут бези саратони (СБС), бачадон бўйни саратони (ББС) ва тухумдонлар саратони (ТС) билан касалланишни 2020-2022 йиллар давомида РИОваРИАТМ НФ ва туман онологлари кўрувида бирламчи аниқланиб рўйхатга олинган беморлар асосида кўриб чиқилди.
Натижа ва мухокама: 2019 йилда Наманган вилояти бўйича СБС билан 212 та, ББС билан 187та ҳамда ТС билан эса 39 нафар беморлар рўйхатга олинган. 2020 йил давомида СБС билан касалланиш кўрсаткичи 12,8%, ББС 10,4% га ошган ва ТС эса 2,8% га ошганлиги маълум бўлган. 2021 йил давомида бу кўрсаткичлар СБС 14,8%; ББС 10,5%; ТС 3,2% га ошганлиги аниқланди. 2022 йил давомида бу кўрсаткичлар СБС 13,3% камайганлиги; ТС 4,1% га ошганлиги ва ББС 10,1 % га камайганлиги аниқланди. 2022 йил давомида СБС билан касалланиш кўрсаткичи 1,5%камайганлиги, ББС 0,1% га камайган ва ТС эса 1,1% га ошганлиги статистик маълумотларда маълум бўлди.
Хулоса: статистик маълумотларга асосланиб шуни айтиш мумкинки, репродуктив касалликларнинг кескин ошиб бориши хусусан СБС 13,3% (2022й), ББС 10,1% (2022й) камайганлиги, ТС 4,1% (2022 й.) га ошиб бораётганлиги ушбу онкологик касалликларга олиб келаётган омилларнинг ҳамон ўз таъсирини кўрсатаётганлиги ва шу билан биргаликда ўтказилаётган скрининг текширувлар ҳамда профилактик кўрувларнинг натижаси деб қараш мумкин.

МЕТААНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН
Юсупбеков А.А., Хайруддинов Р.В., Усманов Б.Б., Расулов А.Э., Джураев Э.Э., Мадияров Б.Т., Чернышова Т.В., Туйчиев О.Д., Алмарданов Р.Б., Хакимов Я.Ш.
РСНПМЦОиР МЗ РУз
Цель. Сравнительный метаанализ результатов хирургического лечения у больных раком грудного отдела пищевода за последний 22 года.
Материалы и методы. За период с 2001 до декабря 2021 года в отделении торакальной

онкохирургии РСНПМЦОиРМЗ РУз было радикально прооперировано 745 больных с раком грудного отдела пищевода. Мужчинбыло 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 выполненаТХЭ с анастомозом на шеи, а с 2012 по 2022 года 381 пациенту выполнено ТТЭ (операция Lewis). Кроме того, за исследуемый период 3-х зональная операция McKeown былавыполнено 75 пациентам. Из 745 пациентоврак верхнегрудного отдела был диагностирован у 75 (10,1%) больных, средне грудного отдела пищевода был диагностирован у 225 (30,2%) больных, рак нижнегрудного отделапищевода 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%), послеоперационноекровотечение 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 McKeownявляется 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 показатель операбельности среди больных с тяжелой сопутствующей патологией и функциональными дефицитами сердечно-сосудистой и дыхательных систем.

ТЕНДЕНЦИЯ РАКА ЛЕГКОГО В УЗБЕКИСТАНЕ: ПРОБЛЕМЫ И ВЕКТОРЫ ПРОТИВОРАКОВОЙ БОРЬБЫ

Юсупбеков А.А., Расулов А.Э., Усманов Б.Б., Мадияров Б.Т.
РСНПМЦОиР, Узбекистан

Цель: Изучить динамику развития основных показателей рака легкого в Узбекистане и выявить путы их эффективной профилактики.

Материал и методы: Учитывая многобразие предрасполагающих факторов рака легкого (РЛ), для изучения динамику развития рака легкого изучали госпитальную статистику всех онкологических учреждений за последние 20 лет. Анализ показал, что за последние 20 лет РЛ впервые выявлено у 23347 пациентов. Мужчин было 62,3%, женщин 37,7%. До 2010 года широко использовались в основном рентологические, эндоскопические и морфологические методы исследования, а 2011 года стали широко применять радиологические методы диагностики и иммуногистохимические методы исследования.

Результаты. В 2000 году РЛ впервые был установлен у 1143 больных, а к 2019 году – у 1569. Прирост заболеваемости составило 37,3%. Ежегодный уровень роста заболеваемости до 2010 года составил в среднем 3,5%, но с 2016 этот показатель составляет до 7,4%. Следует отметить, что несмотря на двухкратное увеличение ежегодной заболеваемости, структура РЛ по стадиям существенно не менялся. За 20 лет частота выявления IIIстадии варьировал в пределах 43,9-47,5%, а IV – до 36,9%. Следовательно, остается низким показатель хирургической активности при РЛ в Узбекистане, составляя лишь 8,6%. Наряду с увеличением заболеваемости отмечался рост показателя смертности от РЛ – с 1021 случаев в 2000 году до 1182 в 2019г. Показатель роста на 15,7%.

Выводы. Таким образом, за последние 20 лет отмечается стабильный рост заболеваемости РЛ и смертности от него. Применение современных медицинских технологий (МСКТ и ПЭТ-

КТ) способствует к повышению показателя выявляемости. При этим сохраняются низкие показатели ранней диагностики и хирургической активности. Все это диктуетнеобходимость развития дальнейшей борьбы против РЛ в следующих направлениях:
1. Пропаганда здорового образа жизни;
2. Улучшение ранней выявляемости;
3. Повсеместное соблюдение стандартов диагностики и лечения, в частности с широким применением молекулярно-генетических методов исследования и таргетной терапии.

OROL BO'YI XUDUDIDA YASHOVCHI AYOLLARDA SUT BEZI FIBROZ-KISTOZ KASALLIGINING KLINIK MORFOLOGIK XARAKTERISTIKASI

Yuldashev B.S., Xadjimuratova M.X.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Ishning maqsadi. Orolbo'yi xududidagi ayollardagi sut bezi fibroz-kistoz kasallikning disgormonal statusga bog'liqligini, morfoloogik xususiyatlarini o'rganish, ularning rivojlanishiga ta'sir qiladigan faktorlarni aniqlash

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

Natijalar: RIOvaRIATM Xorazm filiali poliklinika bo'limiga murojat qilgan jami 393 ta ayollarning ambulator kartalari taxlil qilindi, shulardan 178 (45,24%) tafibroz-kistozmastopatiya (FKM), 120(30,53%) tafibroadenoma (FA), 32 (8,12%)ta tugunli yoki fibroz mastopatiya(FM), 7(1,78%) taste tonekroz, 20(5%) tapapilloma, 14(3,5%) ta kistoz mastopatiya(KM), 14(3,5%) lipoma, 8 (2%) duktoektoziya kasalliklari aniqlandi.

Bemorlarni yosh jixatdan ajratadigan bo'lsak, 18-44 yoshgacha 283 (72%) tabemor, 45-59 yoshgacha 71(18%) tabemor, 60-74 yoshgacha 28 (7%) tabemor, 75-90 yoshgacha 11(2,7%) tabemor 90 yoshdanyuqo ribo'lganbemorlarkuzatilmadi. Tekshirilgan ayollardagi rak oldi kasalliklarining malignizatsiyalanish darajasi va muddatlarini tahlil qilinganda, bemorlarning 47 (umumiy bemorlarga nisbatan 39% nitashkil etadi.) nafarida yaxshi sifatli o'smalar xususan FKK va FA yomon sifatli o'smaga ya'ni saratonga aylangan. 5 nafarida canser in situ topilgan. Bu ko'rsatkichlar shuni ko'rsatadiki, bemorlardagi gormonal fonning buzilishi hujayralar proliferatsiyasini oshishiga va ularning atipik hujayraga aylanishiga sababchi bo'lishi mumkin.

Bemorlarning gistologik tahlillarini o'rganganimizda 5(4,2%) nafar bemorda cancer in situ, 19 (15,8%) nafarda inzaviz karsinoma, 14 (11,6%) nafarda proliferativ FA, 18 (15%) nafarida intrakanalikulyar FA, 19 (15,8%) nafarida perikanalikulyar FA, 2 (1,6%)nafarda filloid FA, 26 (21,6%) nafarida infiltrativ mastopatiya, 1(0,8%) ta adenokarsinoma, 1 (0,8%) tasida psevdosarkamatoz, 4 (3,3%) tasida stetanekroz, 1 (0,8%) tasida polimorf karsinoma, 1 (0,8%) tasida massiv FA, 8 (7,5%) tasida neproliferativ mastopatiya, 1 (0,8%) tasida fibroz to'qima giperplaziyasi kuzatildi.

Xulosa: ayollardagi rak oldi jarayonlarini, proliferatsiyalanish mexanizmlarini, gormonalstatusga, yoshgabog'liqligini (engko'pyoshlarda 18-44 yosh-72% xolatda), yaxshi sifatli o'smalarning malignizatsiyalanish darajasini o'rganish, sut bezi saratonini erta aniqlash dava oldini olishda muhim ahamiyatga ega xisoblanadi va poliklinika, birlamchi tibbiy xizmat zvenolarida onkologik extiyotkorlikni kuchaytirish yosh ayollar o'rtasida kasallikning keng tarqalish holatlarining oldini olish uchun xizmat qilgan bo'lar edi.

РАЗДЕЛ 2.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА

Абдихакимов А.Н., Хабибулаев Ш.З.
Центр детской гематологии, онкологии и клинической иммунологии МЗ РУз, г. Ташкент

Актуальность: плоскоклеточный рак является наиболее часто встречающейся и агрессивной злокачественной опухолью органов головы и шеи и локализуется в основном на коже, а также на слизистой оболочке верхних дыхательных и пищеварительных путей. Вопросы лечения плоскоклеточного рака, локализующегося в области головы и шеи, остаются актуальными и до настоящего времени полностью нерешенными. При местно-распространенном плоскоклеточном раке органов головы и шеи выполняются комбинированные или расширенно-комбинированные операции, подразумевающие удаление двух и более органов или анатомических областей, а также иссечение шейной клетчатки. Радикальное абластичное удаление злокачественных опухолей головы и шеи приводит к образованию больших дефектов, что наряду с косметическими изменениями, зачастую становится причиной нарушения таких жизненно важных функций организма, как дыхание, жевание, глотание и речь.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения рака области головы и шеи посредством разработки реконструкции послеоперационных дефектов, с учетом распространенности патологического процесса, его локализации и анатомических особенностей восстанавливаемой зоны.

Материал и методы: 200 больных плоскоклеточным раком области головы и шеи в возрасте от 27 до 91 года, которым проведено комбинированное или комплексное лечение с операцией на первом или завершающем этапах. Выполнены различные по объему и характеру хирургические вмешательства с одномоментной реконструкцией образовавшегося дефекта тканей кожно-фасциальными или кожно-мышечными лоскутами на ножке. Использовали сложные кожно-жировые, кожно-фасциальные и кожно-мышечные артериализированные лоскуты на ножке с осевым строением кровообращения. Всего задействовано 228 различных по строению лоскутов. Из них кожно-жировых или кожно-фасциальных лоскутов было 130 (57,03%), кожно-мышечных лоскутов использовано 83 (36,4%) и свободных расщепленных кожных лоскутов – 14 (6,1%).

Выводы: 1. Разработана унифицированная рабочая клиническая классификация дефектов на голове и шее: все дефекты разделены на 4 группы в зависимости от характера дефекта.

2. Осложнения реконструктивно-восстановительных операций имели место в 17,3% случаев и носили гнойно-некротический характер, особенно во 2 и 3 группах дефектов.

3. Хорошие и удовлетворительные функциональные и косметические результаты отмечены в 95,1 и 85,5% случаев соответственно. Неудовлетворительные результаты имели место у 14,5% пациентов и только в 4,9% потребовалось дополнительное хирургическое вмешательство.

4. Показатели общей 3-х и 5-летней выживаемости составили 62,5 и 53,2% соответственно. Более низкие уровни выживаемости отмечены у пациентов с опухолями слизистой полости рта и ротоглотки (3-летняя – 38,8%; 5-летняя – 34,9%; p=0,004), характеризующихся высокой агрессивностью клинического течения.

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

Абдурахимов О.Н., Нигмонов.О.О., Маликов М.А., Худойбердиев М.Т.
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР МЗ РУз.

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 случаях не представляется возможность 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 формировавшихся после хирургических лечений злокачественных опухолей. Реконструктивные операции кожным лоскутом на ножке взятыми из лобной части лица проведена 47 больным с дефектами латеральной части носа, крыльев и спинки носа. Из них 19 больных (40,4%) с дефектом после операций по поводу удаления рецидивирующей базалиомы, 28 больных (59,6%) с дефектом, оставленным после разреза по Веберу-Фергюсону после удаления опухоли верхнечелюстной области. Размер дефекта в основном был от 1 до 4 см. 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.
Заключение. У 44 больных (93,6%) заживление ран первичное. У двоих больных наблюдался частичный, незначительный краевой некроз. 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. Кроме этого, хороший косметический эффект даёт и то что кожа лба имеет складки, которые могут поспособствовать для достижения желаемого эстетического результата при закрытии дефектов складчатых частей носа.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БИСФОСФОНАТНЫХ НЕКРОЗОВ ЧЕЛЮСТЕЙ
Абдурахимов О.Н., Маликов М.А., Худойбердиев М.Т., Нигмонов О.О.
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР МЗ РУз.
Актуальность. 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 орофациальной 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 тягостно переносится пациентами.
Цель. Улучшение результатов хирургического лечения остеонекрозов челюстей развившихся после бисфосфонатной терапии. Внедрение в практику профилактику развития остеонекрозов.
Материалы и методы. В нашей работе мы проанализировали результаты хирургического лечения пациентов с остеонекрозом челюстей в развившихся после бисфосфонатной терапии.
Результаты. 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. Пациентам выполнены операции в обьеме; 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 44 больных (93,6%) заживление ран первичное. У двоих (2.3%) больных наблюдался частичный, незначительный краевой некроз. Кроме этого, практически у всех больных были получены желаемые функциональные и эстетические результаты.

ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Абдурахимов О.Н.[1], Нажмуддинова Н.Ш.[2], Маликов М.А.[1], Нигмонов О.О.[1], Худойбердиев М.Т.[1]

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР МЗ РУз[1], РСНПМЦП МЗ РУз[2]

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 раком гортани T2N0M0 диагноз установлен на основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, МСКТ, ларингоскопии и по данным гистологических исследований. Возраст больных составлял от 32 до 78 лет. Анализированы результаты комбинированного лечения 32 больных, которым первым этапом произведена эндоларингеальная лазерная резекция гортани с помощью хирургического микроскопа с последующим проведением ТГТ СОД 40-50 Гр. Из 32 больных 29 пациентов мужчины и 3 пациента женского пола. 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 изучений 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 эндохирургичесим 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.

МЕТАСТАЗЫ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОДМЫШЕЧНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ СЧИТАЮТСЯ РЕГИОНАРНЫМИ ИЛИ ОТДАЛЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ? (Случай из практики)

Алтиев Ф.Ф. Жумаев А.У. Дустов Ш.Х.

Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии МЗ РУз., г.Бухара

Актуальность. При раке щитовидной железы метастазы в подмышечные лимфатические узлы встречаются крайне редко. В литературе описаны несколько предположений метастазирования рака щитовидной железы в подмышечные лимфатические узлы. Одна из гипотез подмышечных метастазов при раке щитовидной железы связана с физиологическим оттоком лимфы через лимфатические пути шеи и подмышечной области через яремно-подключичную впадину, другой версией можно объяснить ретроградным дренажом. Давление яремно-подключичной впадины блокирует лимфатический отток, в связи, с чем лимфа, проходя поперечную шейную цепь, достигает подмышечных узлов. Причиной препятствия, которая может вызвать это давление, могут быть опухоль, метастазы в шейные лимфатические узлы, послеоперационный фиброз или пост радиотерапевтический фиброз.

Цель исследования. Описать 2 случая из практики больных с раком щитовидной железы с метастазами в подмышечные лимфатические узлы.

Материал и методы исследования. В отделение опухолей головы и шеи Бухарского филиала РСНПМЦОиР было пролечено двое пациентов с диагнозом фолликулярный рак щитовидной железы с метастазами в подмышечные лимфатические узлы. У обоих больных при обследовании обнаружено метастазы в лимфатические узлы подмышечной области справа. Интересность случая в том, что, у обоих пациентов характерные для щитовидной железы шейные, препаратрахеальные, пре- параларингеальные и верхние медиастинальные лимфатические узлы не увеличены и не поражены. 1-й клинический пример: больная К.С., 1950 года рождения, диагноз: рак правой доли щитовидной железы, метастаз в подмышечные лимфатические узлы. Больной в июле месяце 2013 года было произведено хирургическое

лечение в объеме тотальная тиреоидэктомия, с лимфаденэктомией подмышечных лимфа узлов справа. Гистология: фолликулярный рак щитовидной железы. В лимфатических узлах метастаз. 2-й клинический пример: больная Г.Ф., 1940 г.р. Диагноз: Рак правой доли щитовидной железы. Метастаз в лимфатические узлы правой подмышечной области. Больная в марте месяце 2020 года госпитализирована и произведено хирургическое лечение в объеме тиреоидэктомия с подмышечной лимфаденэктомией справа. Гистология: фолликулярный рак щитовидной железы. В лимфатических узлах метастаз.

Результаты исследования. У обоих пациентов послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Первая больная наблюдается у онколога 3 лет, без признаков рецидива и метастаза. Второй пациентке через месяц после операции проведено контрольное обследование, при котором прогресса заболевания не обнаружено, в данный момент получает заместительную терапию левотироксином натрия.

Вывод: метастазы в лимфатические узлы в подмышечную область рака щитовидной железы являются редким случаем. Хирургическое лечение остается основным методом лечения этой категории больных. Для классификации больных раком щитовидной железы с метастазами в лимфатические узлы подмышечной области в системе TNM не включено. Возникает вопрос: метастаз в подмышечные лимфатические узлы рака щитовидной железы числятся в группе регионарных метастазов или отделенных? В литературе мы не смогли найти ответ на этот вопрос.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКИХ АСТРОЦИТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Ахмедиев М.М.[1], Кадырбеков Р.Т.[1], Ким А.А.[2], Кулабдуллаев Г.А.[2] Кадырбеков Н.Р.[1,2]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии[1] МЗ РУз, Институт ядерной физики Академии наук Республики Узбекистан[2]

Актуальность. При хирургическом лечении анапластических астроцитом, во многих случаях применяется субтотальное удаление опухоли в виду их локализации в функционально значимых зонах головного мозга, при котором часть опухоли остается нетронутой и подлежит дальнейшему комбинированному лечению.

Цель исследования. Изучение результатов комплексного лечения анапластических астроцитом человека путем клинико-нейробиологических сопоставлений, на основе разработанных экспериментальных модельных объектов опухоли in vitro.

Материалы и методы. В исследование включены 68 пациентов с гистологически подтвержденным диагнозом анапластической астроцитомы супратенториальной локализации (Grade III по классификации ВОЗ), которые были прооперированы в период с 2018 по 2022 годы. После стандартной нейрохирургической операции удаленные фрагменты опухоли были облучены в лаборатории Института ядерной физики, далее изучены патоморфологом.

Результаты. Судорожный синдром чаще встречался у пациентов с впервые выявленной анапластической астроцитомой, что составило 22 случая (32,4%), а в рецидивной группе– 5 (7,35%) больных; зрительные нарушения в первой группе развились в 3 (4,4%), во второй – в 2 (2,9%) случаях, и общее состояние по шкале Карновского 60 баллов 16 (23,6%), 70 баллов 50 (73,5%) и 80 баллов 2 (2,9%) больных, соответственно. Нами было показано, что ткани анапластических астроцитом без некроза могут сохраняться в условиях инкубации in vitro в физ. растворе с 5% глюкозой в течение 24 часов при температуре 4°С без развития некроза. При наличии некротических явлений в опухолевой ткани в условиях инкубации in vitro в физ. растворе с 5% глюкозой в течение 24 часов при температуре 4°С некроз развивается достаточно медленно. После гамма-облучения тканей опухолей и дальнейшей инкубации in vitro наблюдалось появление некроза ткани различной степени (№IAP 06855).

Выводы. Наша модель анапластической астроцитомы может применяться для исследования эффективности разных терапевтических воздействий и, в том числе, для доклинической оценки планируемого комбинированного лечения. Коррекция плана лучевой терапии позволит сократить нагрузку на здоровые мозговые ткани, в том числе критические структуры и, возможно, снизить риск развития постлучевых осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЛИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Ашрапов Ж.Р., Асадуллаев У.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии МЗРУз.

Актуальность. Основой лечения опухолей головного мозга является хирургические вмешательства, применение которых направлены на максимально возможное удаление опухолевой ткани в пределах обоснованных границ. И дальнейшей проведение лучевой и химиотерапии.

Цель исследование: повышение эффективность лечение и изучение качества жизни с опухолями головного мозга детского возраста.

Материалы и методы: в республиканском научном центре проведен анализ 102 больных, находившихся на лечении в течение 2015-2020 гг. Возраст детей с опухолями головного мозга составлял от 2-15 лет. Мальчиков – 55(53,9%), девочек – 47(46%).

Результаты и обсуждение: в группе больных, у которых отмечен рецидив/процедив новообразования тотально удаление опухоли отмечено в 21(20,5%) из 39 случаев, субтотальное 11(10,7%) из 31, не известно 5(4,8%) из 11. Таким образом, повторный рост опухоли отмечался чаще при неполном удалении бластоматозной ткани. По гистоструктуре: астроцитомы – 60(58,8%), глиобластомы – 11(10,7%), эпендимомы – 15(14,7%), краниофаренгиомы – 9(8%), олигодендроглиома – 7(6%) случаев. Больные разделены на доброкачественные – 48(47%), злокачественные – 54(52,9%). По злокачественности: у – 29(28,4%) больных I-II степени анаплазии, у –25(24,5%) больных III- IV степень анаплазии. По объему опухоли: меньше 30 см3 - 47(46%) больных, больше 30 см3 – 55(53,9%) больных.

Выводы: всем пациентам с опухолями III и IV степени анаплазии после операции проводилось адьювантная терапия. У больных со злокачественными опухолями продолжительность жизни зависит от адьювантной терапии и от объема удаленной опухоли.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

Баротов З.З., Абдумуминов А.А.
Государственное учреждение «Республиканский Онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель. Оценка оперативных вмешательств адекватного объёма и функционального характера, которые обеспечивают реабилитацию пациентов и улучшение качество жизни.

Материалы и методы. В период с 2016-2018 гг. в отделение обшей онкологии ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ, где профилируются больные с онкопатологией головы и шеи, по поводу рака органов полости рта госпитализированы 46 больных и из них 20 прооперированы, которые входят в основную группу исследования и 26 больных в контрольную. Для исследования воспользовались дополнительные методы исследование (ороскопия, риноларингофиброскопия, УЗИ, СКТ) для локорегионалного контроля. Для оценки КЖ использовали русскоязычные версии опросников EORTC QLQ-C30 и QLQ-H&N35, данные которых переносили на стандартную шкалу от 0 до 100. Статистическую обработку провели в программе SPSS версии 22.0 (IBM, SPSS Statistics for Windows, США) с применением непараметрического критерия Вилкоксона для связанных выборок. Статистически значимыми признавали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст 55-76 лет. Больные контрольной группы на первом этапе лечения получили химиолучевую терапию с адъювантной и, или неоадъювантной целью. Стадия опухоли соответствовало Т3, Т4. Объем операций включал иссечение первичной опухоли и клетчатки шеи, а также реконструкция дефекта кожно-фасциальным и кожно-мышечными лоскутами на ножке с осевым кровообращением. В реконструкции дефектов использовали «островковые» кожно-мышечно-фасциальные лоскуты на большой грудной мышце (5), грудино-подъязычные (2), реже дельтопекторальные (1). Осложнение: оростома 2 случая, краевой некроз лоскута 1 случай в основной группе.

Выводы. Использование различных вариантов замещения послеоперационных дефектов у больных опухолевой патологией органов головы и шеи позволяет добиться излечения пациента, его функциональной и косметической реабилитации, а также восстановления дооперационной социальной активности. Разработка новых реконструктивных методов, оперативных подходов у больных с 3-4 стадией опухоли дала возможность существенно улучшит КЖ больных этой категории.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ЎСМАЛАРИДА ОПЕРАЦИЯ ВАҚТИДА ТЕЗКОР МОРФОЛОГИК ТЕКШИРУВНИНГ АҲАМИЯТИ

Бекмирзаев Р.М., Боймирзаев А.Д., Мирзарахимов З.Ю.
РИОваРИАТМ Наманган филиали

Ишнинг мақсади: қалқонсимон без ўсмаларида операция жараёнида тезкор морфологик текширувлар ўтқазиб операция хажмини белгилаш.

Материал ва усуллар. РИОваРИАТМ Наманган филиалида 2021-2022 йилларда хирургик даволанган 12 нафар бемор тахлил килинди. Хирургик даводан аввал барча беморлардан цитологик текширув мақсадида пункцион биопсия олинган. Шундан 2 беморларда цитологик текширувда хавфли ўсма хужайралари аниқланган, 2 беморларда эса саратонга шубха қилинган. Операция жараёни давомида 6 нафар беморда экспресс цитология текшируви бажарилган. Қолган беморларда ўсма хажмининг катта бўлганлиги ёки иккала бўлакда ҳам кўплаб тугунли хосилалар бўлганлиги сабабли экспресс цитология ўтқазилмасдан тиреоидэктомия бажарилган. Экспресс цитология бажарилган 2 беморда хавфли ўсма хужайралари аниқланган.

Натижа: операциядан аввал бажарилган цитологик текширувда 2 та хавфли ўсма хужайралари аниқланган беморларда экспресс цитологиясиз тиреоидэктомия амалиёти бажарилган. Операциядан кейинги 2 та беморнинг гистологик хулосаларида хам саратон касаллиги тасдиқланган. Хавфли ўсмага гумон қилинган 2 беморда операция жараёни давомида экспресс цитология бажарилди. Уларнинг бирида хавфли ўсма аниқланмаганлиги сабабли гемитиреоидэктомия амалиёти бажарилди ва гистологик хулосада фолликуляр аденома аниқланган. 2 чи беморда эса хавфли ўсма жараёни аниқланганлиги сабабли ва регионар лимфа тугунларда метастазга шубха бўлганлиги сабабли тиреоидэктомия бажарилди. Операция жараёнида экспресс цитология бажарилган 6 нафар бемордан 2 тасида цитологик хулосада хавфли ўсма хужайралари аниқланган. Гистологик текширувда 6 нафар бемордан 2 нафарида саратон аниқланди.

Хулоса: қалқонсимон без саратонида бажариладиган операциянинг хажмини аниқлашда, операциядан олдинги ёки операция жараёнида бажарилган цитологик текширувнинг натижалари катта аҳамиятга эга бўлди. Бунда хавфли хужайралар аниқланганда тиреоидэктомия операцияси бажарилади ва операциядан кейинги гистологияда ҳам папилляр ва фоликулляр саратон аниқланса радиойодабляция ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади. Бунинг учун филиалда цитология хизматини яхшилаш ва операция жараёнида экспресс гистологияни йўлга қўйиш мақсадга мувофиқ бўлади.

ФАРҒОНА ВИЛОЯТИДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ЎСМАЛАРИНИ МОРФОЛОГИК СТРУКТУРАСИ БЎЙИЧА ТАХЛИЛИ

Бекмирзаев Р.М., Хасанов А.И., Нишонбоев Л.С., Сулаймонов Д.А. Каримов А. Абдусаидов Х.О.
РИОваРИАТМ, РИОваРИАТМ Фарғона филиали

Тадқиқот мақсади: қалқонсимон без ўсмаларини морфологик тузилишини ўрганиш.

Материал ва усуллар. РИОваРИАТМ Фарғона филиалида 2018-2019 йилларда 63 та қалқонсимон без саратони билан хирургик даволанган беморлар ўрганилди. Беморларни ёши бўйича 17-71 ёш ташкил этди. Ўртача 47 ёш. Эркаклар 13 (21%), аёллар 50 (79%). Морфологик структураси бўйича: 63 та беморлардан 26 (41%) тасида саратон аниқланган бўлиб улардан: Фолликуляр саратон-14(53,8%) та, папилляр саратон-9(34,6%) та, дифференциаллашмаган саратон- 1(3,8%) та, медулляр тури-2(7,6%) та. Қолган 37(59%) та беморларда фолликуляр аденома ташкил этди. Барча беморларда турли хажмдаги хирургик даво бажарилди.

Натижа: морфологик структураси бўйича адабиётларда папилляр саратон-65%, фолликуляр саратон-20%, медулляр тури-10%, анапластик тури-5% ташкил этиши келтирилган. Адабиётларда овкат таркибида йод юқори бўлган жойларда папилляр рак, аксинча йод миқдори паст бўлган жойларда фолликуляр рак учраши ўрганилган. Бизни текширишлардаги беморлар йод миқдори паст бўлган худуда яшашгани учун шунақа натижалар олинган деб ўйлаймиз.

Хулоса. Бизнинг тахлилимизда қалқонсимон без ўсмаларининг фолликуляр тури кўп учраши аниқланди. Ўсманинг фолликуляр турини кўп учраши бу йод етишмовчилиги омили хисобига бўлишидадир.

ЮЗ-ЖАҒ СОҲА САРКОМАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЎСМА ХАЖМИНИ АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ

Бекмирзаев Р.М., Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С., Абдусаидов Х.О.
РИОваРИАТМ

Тадқиқот мақсади: юз-жағ соҳаси саркомаларида ўсманинг хажмини ўрганиш.

Материал ва усуллар: РОИМ бош-бўйин ўсмалари бўлимида 2000-2016 йилларда бош-бўйин ноэпителиал ўсмалари билан даволанган 171 та беморлар ўрганилди. Бундан аёллар 71 та. Эркаклар 100 та ташкил этади. Беморларнинг бирламчи мурожаат қилган вақтидаги ўсма хажмини ўртачаси хисобланди. Юз-жағ соҳасида ўсманинг анатомик жойлашиши бўйича кўриб чиқилди. Бурун бўшлиғида 17 та бемор, ўсма хажми ўртача 6.2 см, Ғалвирсимон бўшлиқда 11 та бемор, 4,9 см, Юқори жағ суяги ва бўшлиғи 81 та. 5.8 см. Пастки жағда 51/5.8. Тилда 5/2,5, ва юз-юмшоқ тўқималарида 10 та беморларда 4,4см ташкил этди. Саркомаларда TNM системаси бўйича 5 смгача бўлган ўсмалар Т1, 5 см дан катта бўлган ўсмалар Т2 а-б га бўлинади. Бурун бўшлиғи, юқори жағда ва пастки жағда ўсманинг ўртача хажми 5 см дан юқори бўлганлиги аниқланди.

Натижа: юз-жағ соҳасида 5 см дан катта бўлган ўсмалар бошқа орган ва аъзоларга кўра махаллий тарқалган ўсма хисобланади. Беморларни 60% юқориси ўсмани махаллий тарқалган босқичларида мурожаат қилганликлари аниқланади. Бундай ўсмаларда хирургик даводан сўнг юз соҳасида сезиларли эстетик нуқсонлар, функционал бузилишлар: гапириш, чайнаш, ютиш, кўриш каби ҳаёт учун мухим функциялар бузилишига сабаб бўлади.

Хулоса: беморларни ўз вақтида касалликни эрта босқичларида мурожаат этишини таъминлаш ва беморларни самарали даволашга эришиш учун қуйидагиларни амалга ошириш лозим. Ахоли ўртасида тиббий маданиятни ошириш. Бошқа соҳа мутахассисларини онкоэхтиётқорлигини ошириш. Ахоли ўртасида профилактик кўрикларни йўлга қўйиш.

ФАРҒОНА ВИЛОЯТИДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ЎСМАЛАРИНИ ТАХЛИЛИ

Бекмирзаев Р.М., Хасанов А.И., Нишонбоев Л.С., Шукуров З.И., Абдусаидов Х.О.
РИОваРИАТМ, РИОваРИАТМ Фарғона филиали

Тадқиқот мақсади: қалқонсимон без ўсмалари билан даволанган беморларни ўрганиш.

Материал ва усуллар. РИОваРИАТМ Фарғона филиалида 2018-2019 йилларда 63 та қалқонсимон без ўсмалари билан хирургик даволанган беморлар ўрганилди. Беморларни ёши бўйича 17-71 ёш ташкил этди. Ўртача 47 ёш. 63та бемордан эркаклар 13 (21%), аёллар 50 (79%) тани ташкил қилди. Ёши бўйича 20 ёшгача 1 та беморда саратон аниқланган. 21-30 ёш беморлар сони 11 нафар, бундан саратон аниқланганлар сони 3 (27%) та. 31-40 ёшда 8 та бемор, улардан 3 (37,5%) тасида саратон. 41-50 ёшда 10 тага 3 (30%) тасида саратон, 51-60 ёшда 20 тага 10 (50%) та, 61-70ёш 12 тага 6 (50%)та, 71 ёшдан катта бемор 1 тани ташкил этган ва унда фолликуляр аденома аниқланган.

Натижа: барча беморларда турли хажмдаги (гемитиреоидэктомия, субтотал резекция, тиреоидэктомия) хирургик даво бажарилди. Юқоридаги тахлилларда келтирилганидек аёллар сони 79% ни ташкил этди. Беморлар ёши бўйича 50 ёшдан юқори бўлган беморларда касаллик кўп учраши кузатилган. Беморларнинг 50% ни 51-70 ёшларга тўғри келмоқда. қалқонсимон безни УТТ текширувини ўтқазиш орқали касалликни аниқлаш ва даволашга эришилди.

Хулоса: юқоридаги тахлиллардан шуни хулоса қилиш мумкинки 50 ёшдан катта аёлларда қалқонсимон без саратони учраши эҳтимоллиги юқори бўлганлиги аниқланди. Фарғона вилоятида 50 ёшдан юқори бўлган ахолини қалқонсимон безни УТТ текширувини ўтқазиш орқали касалликни барвақт аниқлаш ва ўз вақтида даволашга эришиш мумкин.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗНЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СТРУКТУР

Ганиев А.А., Исломов Ф.З., Талипов Р.Н.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель. Провести анализ пролеченных больных с опухолями головного мозга за период с 2018 гг. и 2022гг.

Материал и методы. По нашим данным в Ташкентской области за период с 2018 по 2022 год заболеваемость опухолями головного мозга составила 13,4 на 100 000 населения. За 4 года была выявлена тенденция к увеличению числа заболевших от 5,9 до 7,0 на 100 000 среди мужчин и от 4,1 до 5,2 на 100 000 среди женщин. Из 128 больных у 21(16,4 %) морфологически было

глиобластомама, у 23(17,9 %) астроцитомама и т.д. Общий принцип лечения пациентов со злокачественными опухолями головного мозга – комплексное воздействие, включающее в себя хирургическое пособие, лучевую терапию, химиотерапию, иммунотерапию. Для определения адекватности лучевой терапии при применении разных суммарных доз были проведены исследования Brain Tumor Study Group протоколы BTSG 66 01, 6901, 7201., СОД 60 Гр является на сегодняшний день стандартом лучевой терапии при лечении глиальных опухолей головного мозга, что и применялось в ТОФ РСНПМЦОиР. По протоколу, разработанному Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), у 23 больных со злокачественными анапластическая астроцитома к курсу послеоперационной лучевой терапии добавлялся темозаламид + авастин. Продолжительность жизни составила в среднем 13 месяцев. Средняя продолжительность жизни 21 пациентов с глиобластомой составила 48 недель. При этом следует отметить, что последовательное химиолучевое лечение по сравнению с одновременным является менее эффективным. Пациентам лучевая терапия проводилась в режиме обычного фракционирования до СОД 60 Гр. и назначался темодал в дозе 75 мг/м2 7 дней в неделю, но не более 40 дней (всего в среднем 5400±620 мг за курс). Далее с интервалом в 28 дней пациент получал не более 6 циклов адъювантной химиотерапии в соответствии со стандартной 5 дневной схемой (150 мг/м2 в день до суммарной дозы 1250 мг). Медиана выживаемости при одновременной химиолучевой терапии составила 14,6 мес. по сравнению с 12,1 мес. в группе лучевого лечения. При этом лучевая терапия является настолько мощным фактором эрадикации опухоли, что при комбинированном воздействии, в отличие от использования одного темодала, даже изменение метаболизма глюкозы (определяемое при ПЭТ) не является прогностическим фактором. Несколько больных получили на фоне лучевой терапии авастин. Кроме того, препарат авастин может снижать частоту радионекроза головного мозга. Медиана выживаемости при добавлении Авастина к лучевой терапии составила 16,6 мес.

Выводы. Сравнение результатов лечения опухолей головного мозга высокой степени злокачественности показал, что средняя продолжительность жизни пациентов, получивших полный курс химиолучевой терапии при глиобластоме, оказалась достоверно выше по сравнению с больными, получившими только одно хирургическое лечение, либо дополненное химиотерапией, особенно при использовании темозоламида и авастина.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕФЕКТА ПЕКТОРАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОЛОСТИ РТА

Жумаев А.У., Алтиев Ф.Ф.

Бухарский филиал Республиканского специализированного научно практического медицинского центра онкологии и радиологии

Введение: важным вопросом по окончании резекционного этапа операции является выбор материала для реконструкции. В хирургии опухолей головы и шеи выделяют 3 основных варианта реконструктивного материала:1) местные ткани; 2) перемещенные лоскуты на сосудистой ножке; 3) реваскуляризированные лоскуты, использованные при помощи микрохирургии. В этой связи становится актуальным использование для реконструкции дефекта тех тканей, которые имеют адекватное кровоснабжение и достаточны по площади и объему. Кожномышечный лоскут с включением большой грудной мышцы является оптимальным материалом, позволяющим реконструировать дефекты большого объема.

Материал и методы: в основу данной работы положены клинические наблюдения за 35 больным местнораспространенным и рецидивным орофарингеальным раком, которым было проведено хирургическое лечение в Бухарском филиале Республиканского специализированного научно практического медицинского центра онкологии и радиологии в период с 2015 по 2022 г. нами использованы только ротированные васкуляризируемые кожно-мышечные лоскуты с осевым сосудистым рисунком на основе большой грудной мышцы, как наиболее надежный в отношении кровоснабжения лоскута материал для реконструкции. Кровоснабжение этих лоскутов не страдает при проведении ЛТ, которая предшествует операции, так как основание ножки ротируемого лоскута и сам лоскут не попадают в зону предшествовавшего облучения.

Результаты. У всех больных реконструктивный этап операции сопровождался с использованием перемещенного пекторального лоскута. Среди 35 больных мужчин было 31 (88,5%), женщин – 4(11,5%). Всего использовано кожномышечных – 34 (97,1%), мышечных пекторальных лоскутов – 1(2,9%). Такое деление связано не только с использованием кожной площадки на мышечной ножке лоскута для реконструкции эпителиальной выстилки, но и с возможностью восполнения

мягкотканного дефекта при отсутствии дефицита покровных тканей при раке полости рта. При этом пекторальный лоскута был использовань при раке языка у 9 (25,7%) больных, дно полости рта у 4(11,5%) и нижней челюсты у 22 (62,8 %) больных.

Выводы: ротированные перемещенные кожномышечные и мышечные лоскуты с осевым сосудистым рисунком на основе большой грудной мышцы можно использовать как наиболее надежный в отношении кровоснабжения лоскута пластический материал. Поэтому одномоментная реконструкция дефекта не только спасает жизнь больного, но и способствует его функциональной реабилитации.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ ЯЗЫКА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ В УСЛОВИЯХ БУХАРСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Жумаев А.У., Дустов Ш.Х., Тухтаев Ш.Ф.

Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии МЗ РУз., г.Бухара.

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

Материал и методы: в отделении опухолей головы шеи Бухарского областного (2015-2022гг.) филиала РСНПМЦОиР МЗ РУз выполнено хирургическое лечение у 15 больных с злокачественными опухолями языка и ныжней губы с использованием реконструктивно-микрохирургической пластики языка с реиннервированным, кожно-фасциальным лучевым лоскутом из предплечья. Возраст больных составил от 28 до 69 лет, старше 6 (54,5%) больных были старше 50 лет, 5 (45,5) больных младше 50 лет. Мужчин было 7 (63,6%), а женщин 6 (54,4%). По распространенности опухолевого процесса у 5 (45,5 %) больных выявлено T1-2N0M0, у 3 (27,2 %) больных-T1-2N1M0 и у 3 (27,3%) больных T3N1-2M0. У всех больных гистологическая структура опухоли представлено плоскоклеточным раком языка. Больным проведено комплексное лечение. На первом этапе было проведено 2-4 курса полихимиотерапии по схеме: TPF Доцетаксель 75 мг/м2, Цисплатин 75 мг/м2, Фторурацил 1000мг/м2 (96 часовая инфузия) или PF Цисплатин 75 мг/м2, фторурацил 1000мг/м2 (96 часовая инфузия) или химиолучевая терапия. После регрессии опухоли на втором этапе произведено хирургическое лечение. Всем больным с диагнозом - рак боковой поверхности и передней части языка было преизведино гемиглоссэктомия, передный резекция языка, шейная лимфодисекция и микрохирургическая пластика языка с реиннервированным, кожно-фасциальным лучевым лоскутом из предплечья.

Результаты: результаты исследования показывают, что у 3 пациентов (27,2%) в реконструктированном лоскуте наблюдался некроз и у 1 (10%) пациента выявлен рецидив опухолы. Восстановление функций органов полости рта, после произведенной операции составило месяца. После удаления назогастрально зонда, больные были переведены на питание естественным путем с жидкой пищей.

Вывод. Хирургическое лечение и реконструкция после операционных дефектов языка при злокачественных опухолях создает благоприятные условия для медицинской и социальной реабилитации сложной группы больных с улучшением качества жизни, снижает частоту рецидива опухоли.

БОШ МИЯ САРАТОНИ БИЛАН ДАВОЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ОПТИМАЛ ДАВО УСУЛИНИ ТАНЛАШ ВА РАДИОМОДИФИКАТОР САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Зайниддинов С.С., Турдиев С.М., Саломов М.С.

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Сурхандарё филиали

Мавзунинг долзарблиги. Бош мия саратони барча онкологик касалликларнинг 10% гача қисмини ташкил этади ва ушбу хасталикларнинг 5% гача ўлим сабаби хисобланади. Аксарият беморлар касалликнинг иккиламчи белгилари пайдо бўлганида чуқурлаштирилган кўрикдан ўтади ва махсус даво учун кеч мурожаат қилади ҳамда бемор ҳаётига хавф солувчи асоратлар билан жаррохлик амалиёти ўтказилиб, мутахассис тавсияси билан кейинги махсус даво учун мурожаат қилади.

Тадқиқотнинг мақсади: бош мия саратони билан даволанган беморларнинг оптимал даво усулини танлаш ва самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот объекти ва методлари: РИО ва РИАТМ Сурхондарё филиали “радиология”

бўлимида 2022 йил давомида бош мия саратони ташхиси билан "Терабалть 80" аппаратида ДГНТ қабул қилган 39 та беморда даволашнинг самарадорлиги кузатилди. Шундан эркаклар 23 та (59%), аёллар 16 та (41%). Беморларнинг ёши 20 дан 66 ёшгача, шундан касалланиш ўртача хисобда 43 ёш хисобланади. Беморларнинг касалланиши ўсманинг гистолик турига кўра астроцитомалар 19та (48.7%), олигодендроглиомалар 4та (10.2%), глиобластомалар 5 та (12,8%), гипофиз аденомаси 3 та (7,7%) ва бошқа бош мия хавфсиз ўсмалари 8 та (20,5%) ни ташкил қилади.

Барча беморлар ташхиси гистология хулосаси асосида тасдиқланган. Барча беморларда ДГНТ муолажаси ўтказилган. Шундан глиобластома билан даволанган 5та (12,8%) бемордан 1таси (20%) Темозоламид қабул қилишни рад этган, қолган беморларда радиомодификатор сифатида Темозоламид тегишли миқдорда хамрох даво фонида қўлланилган.

Натижа: РИО ва РИАТМ СФ "радиология" бўлимида 2022 йил давомида кузатув ва мурожаатларни инобатга олиб глиобластома билан даволанган 5та бемордан 1 тасида (20%) муолажани тўлиқ қабул қилмаганлиги сабабли рецидив белгилари кузатилган. 39 та бемордан 1тасида (2,56%) нейроген саркома билан, олигодендроглиома билан 1та (2,56%), 1та (2,56%) анапластик менингиома билан жаррохлик муолажаси ва реоперация + ДГНТ муолажаси ўтказилган. Жаррохлик муолажаси асоратлари устунлиги бўйича кузатувдаги беморлардан симптоматик эпилепсия 11 та (28%), иккиламчи окклюзион гидроцефалия 4 та (10,2%), гемипарез ва гемиплегия 4 та (10,2%), юз нерви неврити 1та (3,9%), миопия 2та (7,8%) қисман сақланиб қолди.

Хулоса: темозоламид қабул қилмаган беморда рецидив белгилари кузатилган, ва аксинча темозоламид қабул қилган беморларда рецидив белгилари кузатилмаган.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков К.Б., Хакимов М.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вопросы хирургического лечения глиальных опухолей являются одной из актуальных проблем современной нейрохирургии. Биологические свойства опухолей определяют лечебную тактику и способы хирургического лечения данной категории больных. С введением в практическую медицину новых технологий в настоящее время проводится комплексное лечение, включающее хирургические способы удаления опухолей с последующей химио и рентгено-лучевой терапией.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения глиальных опухолей полушарий головного мозга.

Материал и методы. В нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП проведено обследование и хирургическое лечение 45 больных с глиальными опухолями полушарий головного мозга. Возраст больных от 25 до 65 лет. Среди обследованных больных мужчин – 19 (42,2 %), женщин – 26 (57,7 %) больных. В дооперационном периоде всем больным проведено МСКТ и МРТ исследование головного мозга. В стационар 31 (65,9 %) больной поступили в состоянии компенсации, 11 (23,4 %) больных в состоянии субкомпенсации и 3 (6,3 %) больных декомпенсации. По виду радикальности проведенных оперативных вмешательств: полное тотальное удаление опухоли проведено – 27 (57,4 %) больных, субтотальное удаление – 16 (34,0 %) и биопсия – 2 (4,2 %) больных. В дооперационном периоде с целью уменьшения отека головного мозга проводили дегидратационную терапию.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде у 53,7 % больных отмечен регресс неврологической симптоматики. Результаты лечения показали, что состояние больных до операции (стадия компенсации) оказывает значительное влияние на течение послеоперационного перида. Хорошие клинические результаты получены у 34 (72,3 %) больных, удовлетворительные у 9 (19,1 %) и неудовлетворительные у 2 (4,2 %).

Выводы. 1. Исход хирургического лечения больных с опухолями головного мозга зависит от стадии течения заболевания (компенсация, субкомпенсация и декомпенсация).

2. Глубина расположения и гистологическое строение опухоли так же оказывают значительное влияние на дальнейшее течение заболевания.

3. Целесообразным является применение высокотехнологического оборудования и микрохирургического инструментария.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Исаков Б.М., Ташланов Ф.Н., Хакимов М.Н., Исаков К.Б., Мамадалиев А.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным ВОЗ и IARC (The International Agency for Research on Cancer), в 2018 г. в мире было зарегистрировано 12,4 млн. новых случаев злокачественных новообразований и 7,6 млн. случаев смертельных исходов, связанных с этой патологией, а общее количество людей с диагностированными злокачественными новообразованиями составило 28 млн. человек.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения опухолей головного мозга.

Материал и методы исследования. В нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП было проведено обследование и хирургическое лечение 65 больных с первичными опухолями головного мозга. Возраст больных от 25 до 65 лет. Среди обследованных больных мужчин – 29 (44,6 %), женщин – 36 (55,4 %) больных.

До операции больным проведено дегидратационная терапия в целях уменьшения отека и внутричерепного давления. После проведенного обследования больных произведено их хирургическое лечение.

По виду проведенного оперативного лечения больные разделены на 2 группы:

1. Костно-резекционная трепанация черепа с удалением опухоли головного мозга – 42 (64,6 %) больных.
2. Костно пластическая трепанация черепа с удалением опухоли – 23 (35,4 %) больных.

В зависимости от степени удаления опухоли: полное удаление – 47 (72,3 %) больных, частичное удаление опухоли – 15 (23,0 %) больных и взятие биопсийного материала – 3 (4,6 %) больных, что было связано с глубинным расположением и инфильтративным ростом опухоли. Во время проведения оперативного вмешательства во всех случаях были использованы микрохирургическая техника и операционный микроскоп. Интероперационно в 5 (7,6 %) случаях использовали УЗИ с целью определения расположения опухоли.

Результаты. По результатам проведенного хирургического лечения хорошие результаты (полный регресс неврологической симптоматики) получен у 37 (56,9 %) больных, удовлетворительный результат (частичное сохранение неврологических симптомов) у 25 (38,4 %) больных и неудовлетворительный результат (ухудшение неврологического дефицита) у 2 (3,1 %) и летальный исход наблюдался у 1 (1,5 %) больного.

Выводы. Больные с опухолями головного мозга должны лечится в специализированных нейрохирургических стационарах. Раннее проведение оперативных вмешательств дают возможность получения хороших и удовлетворительных результатов.

БОШ МИЯНИНГ РЕЦИДИВ ГЛИОМ ЎСМАЛАРИДА КОМПЛЕКС ВА КОМБИНИР ДАВО НАТИЖАЛАРИ

Ибрагимов З.Н., Маматова М.Ш., Киличова Д.Р.
РИОваРИАТМ Хоразм филиали

Долзарблиги. Бош мия глиомалари - бу мия хужайраларидан ўсадиган интрацеребрал ўсмалардир. Глиомаларга астроцитомалар, олигодендроглиомалар, нейроцитомалар, эпендимома ва бошқалар киради. Ушбу ўсмаларнинг ўзига хос хусусияти инфильтрацион ўсишдир, яъни уларнинг аниқ чегаралари йўқ.

Тадқиқот мақсади. Рецидивланган бош мия хавфли глиом ўсмаларида даво турини тўғри танлаш ва юқори натижаларга эришиш.

Материал ва усуллари. РИО ва РИАТМ Хоразм филиалининг 2021йилдан 2023 йилгача рецидивланган бош мия хавфли глиом ўсмаси билан даволанган 28 бемор ўрганилди. Эркаклар ва аёллар нисбати (12 аёл ва 16 эркак). Ўртача ёши 48 ёш. 11 беморда глиобластоманинг (ГБ) қайталаниши кузатилган. 17 нафар беморда анапластик астроцитома (АА) бор эди. Беморларнинг 8 тасида қайта оператив даво қилинган ва барчасига тўлиқ нуртерапияси ўтказилган. 11 та беморга фақат химиатерапия темазоломид ва таргет препарат бевацизумаб қилинган. 9 та беморда қайта оператив даво, химиотерапия (темазоламид ва бевацизумаб) ва тўлиқ нур терапия кунлик доза 2-2,25 Гр гача, умумий доза 45-60Гр гача ўтказилган.

Натижалар. Ўртача умумий яшовчанлик қайта жаррохлик амалиёти ва нур терапия ўтказилган беморларда 13 ойни ташқил қилди. Фақат химиотерапия ва таргет препарат ўтказилган беморларнинг яшовчанлиги 11 ой, қайта жаррохлик амалиёти, химиотерапия (темазоломид

ва бевацизумаб) билан бирга нуртерапия олган беморларнинг яшовчанлиги 24 ойдан ошган. Бу албатта ёш жихатдан хам ўз ўрнига эга яъни ёши катта беморларда қайталанган ўсма билан яшовчанлик кам бўлган.
Хулоса. Олинган натижаларни хулоса қилганимизда кўп компонентли даво тури яъни оператив даво, химиатерапия, нур терапия қилинган беморларда юқори яшовчанлик кўрсаткичли натижага эришилди.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОЛОСТИ РТА

Косимова М.
РСНПМЦОиР АФ

Актуальность. Рак полости рта в десятке самых распространенных злокачественных опухолей. У 30-57% пациентов диагноз впервые устанавливается при III-IV стадии заболевания. Анатомические и функциональные особенности полости рта формируют неблагоприятные условия для лечения пациентов данной категории. В тоже время злокачественные опухоли полости рта являются чувствительными для лучевой терапии, что позволяет использовать их как модель при отработке разных способов и видов лучевого воздействия. При местно распространенных злокачественных опухолях полости рта применяется комбинированное лечение, включающее лучевую терапию с последующей операцией.
Цель. Анализ комбинированного лечения 24 пациентов с местнораспространным раком полости рта.
Материалы и методы. Средний возраст пациентов 56±5,7 лет. Длительность наблюдения от 2 до 27 мес. У всех был плоскоклеточный рак. Первый этап комбинированного лечения – дистанционная гамматерапия, СОД после первого этапа от 30 до 44 Гр. У 17 (70,84%) пациентов ДГТ проводилась на фоне радиомодификации цисплатин 40 мг/м2 1 раз в неделю. Через 3-4 недели выполняли операцию. Учитывая распространенность опухолевого процесса, всем больным выполняли шейную лимфодиссекцию, объем которого зависело от локализации опухоли, распространенности метастатического процесса.
Результаты. После первого этапа лечения осложнений не было. Лучевые реакции 1-2 степени отмечены у 21 (87,5%), они были преходящими и не лимитировали сроки операции. После предоперационного курса ДГТ резорбции опухоли не было в 1 (4,17%) случае. После операции осложнения зафиксированы у 3 (12,5%) пациентов. После проведенного лечения за время наблюдения продолженного роста или рецидива не было. Из 24 пациентов после комбинированного лечения умерло 2 (8,34) больных, причиной смерти стала сердечнососудистая недостаточность.
Выводы. Лечение пациентов с местнораспространенными злокачественными опухолями полости рта является трудной задачей. Оптимальный способ – комбинированная терапия.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ НОСОГЛОТКИ: ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РОСТА И МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Каримов А.Р., Додобаев А.А.
Ферганского областного филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Целью данного исследования является исследование факторов риска злокачественных опухолей носоглотки. В связи с этим возникает необходимость интенсивного изучения роли различных прогностических факторов в развитии злокачественных новообразований и методов ранней диагностики.
Материал и методы: обследовано 47 пациентов, обратившихся в клинику ФОФ РСНПМЦОиР за период 2020-2022гг. Из них 31 мужчин и 16 женщин в возрасте от 17 до 78 лет (средний возраст - 47 лет) с установленным диагнозом рак носоглотки. **Результаты:** на основании мониторинга было установлено, что мужчины старше 57 лет чаще всего страдают этой патологией, при этом 41(89%) пациентов являлись курильщиками с более чем 20-летним стажем, и курили более 15 сигарет в день. Изучение анамнестических данных выявило высокую частоту хронических воспалительных процессов верхних дыхательных путей у 84% пациентов. При изучении профессиональной принадлежности выяснилось, что 27,6% (13 человек) имели контакт с выхлопными газами дизельных двигателей (водителей крупногабаритные машины). Из других специальностей механиков было 21,3% (10 человек), электросварщиков 8,5% (4 человека),

химиков 17%, (8 человек), которые имели контакт с различными канцерогенными агентами. 12 из опрошенных пациентов (25,5%) страдали рецидивирующим полипозом, папилломатозом верхних дыхательных путей, что впоследствии привело к злокачественному новообразованию и причиной развития злокачественных новообразований носоглотки. У 8 пациентов рак гортани развился на фоне этой патологии, но не без влияния других факторов, упомянутых выше. Материалы для биопсии были получены с использованием фибробронхоскопа «Pentax» FB-IBV, Япония. Были проведены гистологические исследования материалов биопсии (окрашивание H&E, микроскоп Olympus, Япония). У 18 (38,3%) пациентов была подтверждена лимфоэпителиальная (недифференцированная) карцинома, у 22 (46,8%) пациентов был плоскоклеточный рак, у 7 (14,9%) пациентов аденокарцинома.

Выводы: согласно исследованию, можно сделать выводы о следующих факторах риска развития рака носоглотки: курение (89%), мужчины (97,2%), возраст старше 45 лет, профессиональная опасность (73,6%), назофарингеальный папилломатоз (4,5%).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

Кариев Г.М.[1], Хакимов М.Н.[2], Ташланов Ф.Н.[3]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан[1], Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан[2], Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Андижан, Узбекистан[3]

Актуальность. Дислокацию мозга могут вызвать все опухоли независимо от размеров, гистологии и степени злокачественности. При этом основным методом ликвидации данного осложнения является хирургический.

Цель: изучить результаты хирургического лечения больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации с дислокационным синдромом.

Материал и методы: исследованы результаты хирургического лечения 49 больных с клиническими и компьютерно-томографическими признаками дислокации мозга которые находились в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период 2016-2018 гг. Общее состояние больных оценивалось по Шкале Карновского, неврологический дефицит по шкале NANO, анализ выживаемости по методу Каплана-Майера в трех месячном катамнезе.

Результаты: тотальное удаление опухоли проводилось в 79,6% случаях (39 больных), частичное удаление опухоли – 18,4% (9 больных), декомпрессия проводилась у 1 больного (2%). Среднее значение Индекса Карновского у выживших больных был через 3 месяца после операции был выше на 7,75±5,002% чем при поступлении (p=0,002). У 6 (12,2%) больных наблюдался летальный исход. Медиана срока смертельного исхода составила 37 суток (ДИ: 0,0-92,4). Прогрессия неврологического дефицита наблюдался у 8,2% больных, стабильность – у 24,5% больных, регрессия у 51,0% больных.

Выводы: хирургическое вмешательство является эффективным методом лечения больных супратенториальными опухолями головного мозга с дислокационным синдромом. Необходимо разработать показания к операциям различающиеся по объему вмешательства (тотальное, частичное удаление и декомпрессия).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО, КОМПЛЕКСНОГО И МОДИФИЦИРОВАННОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АСТРОЦИТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

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

Бухарский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: в сравнительном аспекте проведен анализ результатов лечения астроцитом головного мозга после комбинированного, комплексного и модифицированного комплексного лечения.

Материал и методы исследования: в наших наблюдениях проведен анализ 192 больных с диагнозом астроцитоме головного мозга, которые обследовались и лечились в Бухарском областном филиале РСНПМЦОР МЗ РУз с 2014 г. по 2021 г.

Результаты. Из 192 больных мужчин было – 103 (53,6%), а женщин – 89 (46,4%). Возраст больных колебался от 9 до 77 лет, средний возраст составил - 36,6 лет. Из 192 больных у 88 больных проведено

комбинированное лечение с применением хирургического вмешательства и лучевой терапии (I группа), через 1 мес. после заживления послеоперационной раны всем больным проведена лучевая терапия РОД 2 Гр, СОД 60 Гр. II -лечебную группу, составили 70 больных, которым проведено комплексное лечение: операция + лучевая терапия + химиотерапия, через 1 месяц после операции всем больным проведена лучевая терапия РОД 2 Гр, СОД 60 Гр в комбинации с монохимиотерапией с препаратом Темодал 100 мг 1 таб. внутрь, за 1 час до начало лучевой терапии. После окончания лучевой терапии через 3 недели больным проведена химиотерапия с препаратом Темодал -175 мг/м2 (250 мг) в течение 5 дней внутрь. Лечение проведено от 3 до 10 курсов. III-лечебную группу, составило 34 больных, пролеченные по схеме: операция + мультифракционная химиолучевая терапия + монохимиотерапия. После выполнения операции через 1 мес. проведена лучевая терапия в режиме мультифракционирования по 1,5 Гр 2 раза в день (через 6 часов) суточная доза, составляла 3 Гр, лечение проведено на фоне химиотерапии с препаратом Темодал по 100 мг, внутрь за 1 час до начала 1 сеанса лучевой терапии. Суммарная очаговая доза лучевой терапии составила 60 Гр. После окончания лучевой терапии в сроки наблюдения через 21 день начата химиотерапия с препаратом Темодал -175мг/м2 (250 мг) в день, в течение 5 дней, проведено от 3 до 10 курсов химиотерапии.
Все 192 больных прослежены в сроки наблюдения от 12 мес. до 96 мес. В эти сроки наблюдения проведен анализ эффективности лечения в различных лечебных группах с учетом показатели рецидива, продолженного роста, прогрессирования опухолевого процесса и выживаемости больных.
Выводы: результаты послеоперационной лучевой терапии в комбинированном лечении астроцитома головного мозга показали, что показатели 3-летней и 5-летней выживаемости составили -67,0% и 58,4% соответственно. При этом медиана выживаемости составила -49 месяцев. Частота рецидивов составила-40,9 %, с продолженного роста -17,0%. Анализ результатов лечения показал, что частота рецидивов после комплексного лечения составила - 37,1%, а продолженного роста – 4,3%. Показатели 3-х и 5-летней выживаемости -75,6% и 66,7% соответственно, а медиане выживаемости - 56 мес. После модифицированного комплексного лечения частота рецидивов составила – 37,1%. Показатели 3- и 5- летней выживаемости были выше, чем другие лечебные группы и составили 94,1% и 73,5%, а медиана выживаемости составила – 59мес.

ПАРАФАРЕНГИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ В БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

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

Цель: улучшение результатов хирургического лечения опухолей парафаренгиальной области.
Материалы и методы: в отделение опухолей головы и шеи РСНПМЦОиР в период с 2018 по 2023 год получили хирургическое лечения 15 пациентов с диагнозом опухоль парафарингеальной области. При этом 8 (53,3%) пациентов – были мужского пола, а 7 (46,7%) – женского пола. Возраст пациентов было от 20 до 66 лет, средний возраст - 42 года. По расположению опухоли у 8 пациентов опухоль обнаружена справа и у 7 пациента слева. Всем больным проведено УЗИ, МСКТ с ангиографией и гистологическое исследование. При обследовании выяснялось, что больше 60% случаев парафоренгиальные опухоли имели больших размеров.
Результаты: всем 15 больным было проведено хирургическое лечение. Из хирургических доступов было сделано доступ с подчелюстной области. При этом разрез произведено 2-3 см ниже параллельно по краям нижней челюсти. Больше 77% случаев в начале операции проводили перевязку наружной сонной артерии и её ветвей, а также и для хорошего доступа удаляли подчелюстную слюнную железу. Такие подготовки в начале операции обеспечивали профилактику интер и послеоперационного кровотечения и хороший обзор операционного поля, который в свою очередь позволяла радикально удалять даже опухоли больших размеров. При этом размеры опухолей доходило до 10х7х5 см. Этот размер опухоли считается большим для парофаренгиальной области. Во-время изучение послеоперационного материала гистологически из 15 пациентов, у 3 установлен рак. Из них у 2 пациента установлена аденокарцинома, и у одного мукоэпидермоидный рак. В свою очередь эти больные получили комбинированную лечению. У остальных 12 пациентов определено плеоморфная аденома (доброкачественный) слюнных желез.
Выводы: парафаренгиальные опухоли исходили из слюнных желёз, и гистологически имели в основном плеоморфную аденому. У мужчин среднего возраста опухоли парафаренгиальной области встречается чаще и основным методом лечения является хирургическое лечение.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАКА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Полвонов А.Ч., Примов М.М., Рузиев М.А.
Кашкадарьинский филиал РСНПМЦОиР

Цель: оптимизировать тактику лечения злокачественных опухолей околоушной слюнной железы.

Материалы и методы: в Кашкадарьинском филиале РСНПМЦ ОиР с 2011г. по 2022г. проводилось лечение 25 больных с мукоэпидермоидным раком, цистаденоидной карциномой и аденокарциномой околоушной слюнной железы. Предоперационная лучевая терапия в плане комбинированного лечения проводилась 11 больным, в 12 случаев проводилось до и после операции, в 2 случаях проведено только оперативное лечение. Было выполнено 13 субтотальных резекций, 10 паротидэктомий с сохранением лицевого нерва и 2 паротидэктомий без сохранения лицевого нерва. У 8 больных данные операции дополнялись фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи. Из 25 больных метастазы в лимфатические узлы шеи были диагностированы в 4 случаях (16%). Парез лицевого нерва до операции наблюдался у 5 больных (20%).

Результаты: проанализирована 5-ти 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 облечении 77,1% и 58,3% соответственно. 5-летняя выживаемость после выполнения субтотальной резекции околоушной слюнной железы при первой стадии заболевания составила 92,8%, второй - 88,2%, при третьей - 63,6%, четвертой - 0%. 10 летняя выживаемость соответственно 92,8%, 63,6%, 27,2%, 0%. 5-летняя выживаемость после выполнения паротидэктомии с сохранением лицевого нерва при первой стадии болезни составила 100%, второй - 89,5%, третьей – 72.4%, четвертой - 44,4%. 10-летняя выживаемость соответственно 66,6%, 63,1%, 62,5%, 0%.

Заключение: оптимальной тактикой лечения рака околоушной слюнной железы является комбинированный метод с послеоперационной лучевой терапией. При Т3 и Т4 (размер опухоли более 4,0см), минимальным объемом операции является паротидэктомия с сохранением лицевого нерва, а при вовлечении лицевого нерва в опухоль паротидэктомия без сохранения последнего.

ТЕЧЕНИЕ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ВЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАБАЧНОГО ИЗДЕЛИЯ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Примкулов Б.К.[2], Хасанов Ак.И.[1], Нишонбоев Л.С.[1], Юсупбеков А.А.[1], Рахимов Ж.Х.[3], Нурбек Н.[1]
РСНПМЦОиР[1], Ферганский филиал РСНПМЦОиР[2], Самаркандский филиал РСНПМЦОиР[3]

Цель: по Республики Узбекистан в зависимости от региона изготовителя и использования насвая изучить клинические течения рака слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы: в трех онкологических учреждениях республики РСНПМЦОиР, Ферганском филиале РСНПМЦОиР и Самаркандском филиале РСНПМЦОиР в период 2019-2021гг. было проведено обследование, и лечение 278 больных, из которых мужчины было-161(57,9%), женщины 117(42,1%). Возраст больных варьировал от 18 до 71 лет. Из анамнеза было выявлено что все больные систематически употребляли насвая путём закладывания под язык или под нижнюю губу в течение нескольких лет. Среди обследованных больных распространенность рака языка была - у 94(33,8%), рака слизистой альвеолярного отростка нижней и верхней челюсти-у 81(29,1%), рака слизистой дна полости рта- у 39(14,0%), рака твердого и мягкого нёба-у 23(8,3%)больных, и у 41(14,7%) больных обнаружено рак слизистой щеки. У 95 % случаев обнаружена гистологически плоскоклеточный. У больных мы также изучали степень дифференцировки клеток опухоли G3 и G4.

Результаты. Причиной возникновения рака слизистой оболочки полости рта из 278 больных у 75% больных были связаны с долгосрочным потреблением насвая. Приизучение распространенности рака полости рта по регионам больше всего больные были из Кашкадарьинской области, затем в Самаркандской области. Это по видимо было связано с большим количеством добавление гашеной известьи в состав насвая, который является канцерогенным. Кроме того, в данных областях у больных больше всего обнаружена гистологически низкодифференцированные опухоли G3 и G4 по сравнению с другими регионами. Это в свою очередь затруднило течение лечение у этих больных в связи с высокой степенью злокачественности опухолевой клетки. Кроме того употребление насвая вызывало у больных никотиновую зависимость и частое употребление вызывало также психическую зависимость. Всем пациентам в зависимости от

стадии опухоли проведена хирургическое или комбинированное, или комплексное лечение.
Выводы. В регионах, где в состав насвая было добавлено больше известьи, который является канцерогенным, количество больных тоже было больше по сравнению с другими регионами. Гистологически в данной категории больных больше всего обнаружена низкодифференцированные опухоли G3 и G4 по сравнению с другими регионами. Употребление насвая вызывает никотиновую и психическую зависимость.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

Примкулов Б.К., Сулаймонов Д.А., Каримов О.М., Каримов А.Р., Назиржонов Д.
Ферганский областной филиал РСНПМЦОиР, Фергана, Узбекистан

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 2019-2022гг. в РСНПМЦОиР Ферганском 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 вмешательства в объёме паротидэктомии и у 9 больных проведена: энуклеация ОСЖ. После энуклеации в 2 случаях наблюдался рецидив опухоли. В связи с чем для радикального удаление 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 исследование проводится только после удаления опухоли. Для радикального удаление опухоли при ОСЖ целесообразно проведение паротидэктомии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОРБИТЫ

Рахматуллаева Д.Т.
РСНПМЦОиР

Цель исследования: на основе клинических методов исследования и морфологических сопоставлений разработать критерии дифференциальной диагностики лимфоидных образований органа зрения.
Материалы и методы: для проведения данного исследования набраны больные с опухолями орбиты, обратившиеся в центр для обследования за последние 2 года (2021-2022гг). Всего обследовано 65 больных, из них 43 женского и 22 мужского пола, возрастная категория варьировала от 19 до 68 года. По локализации опухоли разделили на 3 группы: подконъюнктивального расположения опухоли 6 больных, ретробульбарного расположения 11 больных и с поражением слезной железы 48 больных.
Результаты. В 1 группе больных у 5 гистологически подтверждена неходжкинская лимфома, у 1 больного лимфопролиферативный процесс; во 2 группе из 11 больных 7 с неходжкинской лимфомой, 2 с лимфопролиферативным процессом, у 2 больных определена ангиолимфома; в 3 группе из 48 больных у 29 определена аденолимфома слезной железы, у 19 больных выставлен диагноз неходжкинская лимфома. При получении гистологического ответа ноходжкинской лимфомы, проведен ИГХ анализ опухоли и ПЭТ исследование больного. Из подтвержденных неходжкинских лимфом у 11 (35,5%) больных обнаружена первичная локальная экстранодальная В клеточная лимфома.
Выводы: для практической онкологии большие трудности представляет дифференциальная диагностика между лимфомой и доброкачественной лимфоидной опухоли органа зрения. Исследование показало, что клинически при подконъюнктивальном расположении опухоли применение УЗДГ иМРТ орбиты дают наиболее информативные заключения, при ретробульбарном расположении опухоли более информативны УЗДГ и МСКТ, при поражении слезной железы проведение соноэластография с УЗДГ и МСКТ даёт врачу возможность

определения тактики лечения. Проведение ИГХ позволяет проводить этиотропное лечение своевременно, ПЭТ КТ даёт возможность для первичного стадирования процесса.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРАСТРАНЕННОГО РАКА КОЖИ ВЕК МЕТОДОМ БРАХИТЕРАПИИ

Рахматуллаева Д.Т., Убайдуллаев У.Э., Чугунова Г.М., Тургунов Ш.Ш., Усмонов Р.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Цель исследования: разработка органосохраняющих методов лучевой терапии при раке кожи век III стадии.

Материалы и методы: для проведения органосохранных операций нами были отобраны больные с раком кожи века III стадии за 3 месяца 2023года, с расположением опухоли на верхнем веке с тотальным поражением всей тольшины века 1 больной (на единственном зрячем глазу), 3 больных с расположением опухоли на нижнем веке, с распространением на наружную, внутреннюю спайку век, на верхнее веко и нижний конъюнктивальный свод. 2 больных женского пола, 2 мужского, возрастная категория варьировала от 39 до 75 года. Метод лечения - интерстициальная многоканальная брахитерапия, производимая на аппарате Flexitron (источником облучения - кобальт 60) с помощью пластиковых интерстициальных проводников диаметром 6f. Лечение проведено РОД 5Гр, до СОД 40~48Гр (экв), исходя от гистологического заключения.

Обсуждение клинического материала: все больные в течении исследуемых месяцев находятся под активным динамическим наблюдением. Непосредственный результат лечения - через 4 недели после окончания облучения у 2 больных на месте опухоли отмечен грубый послелучевой рубец, у 1 больной опухоль уменьшена 10 кратно, в дальнейшем произведена криодеструкция опухоли, у 1 пациента произведена иссечение остаточной опухоли на нижнем веке, гистологически подтвержден патоморфоз IIIст. Анатомию и функцию века удалось сохранить у 3 пациентов. Зрение удалось сохранить у всех пациентов. При динамическом наблюдении у всех 9 больных метастазы не обнаружены.

Выводы: несмотря, что метод брахитерапии в онкоофтальмологической практике является новым и краткий срок наблюдения, исследование показало, что проведенный метод брахитерапии тся разрабатывать и внедрять в практику.

ОРОЛ БЎЙИ ҲУДУДИДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ САРОТОНИ ДИАГНОСТИКАСИДА СУЮҚЛИК ЦИТОЛОГИЯСИНИ АҲАМИЯТИ

Раджапов А.А.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзуни долзарблиги. Сўнги пайтларда Қалқонсимон без саратони (ҚҚС) бошқа аъзолар саратонига қараганда кўпроқ ўсиши кузатилмоқда. (Каприн А.Д., 2018). Адабиётларга кўра, қалқонсимон без карциномаларининг пайдо бўлиши тананинг морфологик ва функционал хусусиятлари ва атроф-муҳит омиллари билан бевосита боғлиқ. Операциядан олдин ҚҚСда мумкин бўлган морфологик текшириш усули - бу фақат цитологик текширишдир. Нозик игнали аспирацион биопсияси (НАБ) асосида бу иш амалга ошади. Яхши ва ёмон сифатли ўсмалар дифференциал диагностикасида 30% да ва баъзи маълумотларга кўра, 42% ҳолларда диагностик хатоликлар учраши ва бу ҳужайраларнинг морфологик хусусиятларини баҳолашда аниқ мезонларнинг етишмаслиги сабабли морфолог учун қийин вазифа туғдиради.

Илмий ишнинг мақсади: қалқонсимон без ўсма касалликларни ташхислашда суюқ цитология технологиядан фойдаланиш, анъанавий ва суюқ цитология усуллари диагностика аҳамиятини баҳолашдир.

Тадқиқотнинг материали ва усуллари: Хоразм вилояти Урганч шахрида жойлашган "MICRO DIAGNOSTIKA" Х/К да мавжуд Жанубий Кореяда ишлаб чиқарилган HURO PATH суюқлик цитологияси аппаратидан фойдаланиб, 2020 -2022 йил оралиғида 102 та бемордан НАБ ёрдамида 52 таси суюқ цитология (СЦ) ва 50 таси анъанавий цитология усулида текширилди. 93 таси операция қилинган бўлиб, гистологик текширишда 35 тасида фолликуляр коллоид зоб, 16 тасида токсик коллоид зоб, 7 та Сурункали тиреоидит, 4 аутоиммун тиреоидит, 9 та фолликуляр аденома, анапластик саратон 2 та, медуляр карцинома 2, фолликуло-папилляр карцинома 4, Фолликуляр карцинома 6, папилляр карцинома 7 та, кам дифференцирланган карцинома 1 та ҳолатда аниқланган.

Тадқиқот натижалари: олинган натижалар The Bethesda System 2017 классификацияси орқали баҳоланди. Бунда Bethesda I СЦ да 6 ҳолатда, анъанавий усулда 4 ҳолатда, Bethesda II СЦ да 23,

анъанавий усулда 20, Bethesda III СЦ да 12, анъанавий усулда 20, қўйилди. Bethesda IV СЦ да 8, анъанавий усулда 5, Bethesda V СЦ да 2, анъанавий усулда 1, Bethesda VI СЦ да 1 та, анъанавий усулда 0. Хавфли ўсма диагнози қўйишда суюқ цитология усули юқори кўрсаткичларга эга эканлиги аниқланди, анъанавий усулга нисбатан ўсимта жараёнлари аниқлаш ўзига хослиги ва аниқлиги, анъанавий цитология усулидан юқори сезувчанлик ставкаларига эгалиги белгиланди (75% ва 60%). Анъанавий цитологик текширувнинг диагностик аниқлиги 68%, суюқда эса 75%, анъанавий ва суюқлик цитологиясини биргаликда ишлатиши - 85%. Суюқ цитология усули цитологик хусусиятлари анъанавий билан таққослашда қуйидагиларни ҳисобга олиш керак: хатоларни олдини олиш, ўсимта ҳосилалар учун кам коллоид, диагностик фон элементлари сонининг камайиши; яхши ўсмалари - кичик ҳужайра регистри, хавфли ўсмалар учун фолликуляр ҳужайраларнинг катта қатламларининг қисман парчаланиши, ўзгариш хроматин ядроларининг хусусиятларида нуклеолалар, ядро жўяклари аниқроқ кўринади, инвагинатлар камроқ учрайди

Хулосалар: суюқ цитология усули ЖССТ олтин стандартига киргизилган бўлиб, суюқ цитология усулини қўллаш ноинформатив материалларни, артифактларни 2,5 марта кам учрашига, аниқлик кўрсаткичнинг ошишига сабаб бўлади. Шунинг учун суюқлик цитологиясини фақат бачадон бўйни саратон касаллигини аниқлашда эмас, балки қалқансимон без ва бошқа аъзо хавфли ўсма касалликларини аниқлашда қўлланилиши мақсадга мувофиқ бўлар эди.

ТИЛ САРАТОНИНИ II БОСҚИЧИДА ҚЎШМА ДАВО НАТИЖАЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Сулайманов Д.А., Примқулов Б.Қ., Каримов О.М., Тожибоев Д.Р., Назиржонов Д.Х.
РИОваРИАТМ Фарғона вилоят филиали

Мавзунинг мақсади. Тил саратонининг 2- босқичида даволаш натижаларини ўрганиш.

Материал ва методлар. Ушбу изланишда Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий маркази Фарғона вилоят филиали бош бўйин ўсма касалликлари бўлимида тил саратонинг 2-босқичида 2020-2022 йилларда даволанган 21 та бемор ўрганиш учун ажратиб олинди. Барча беморларда бирламчи ўсма Т2 символига тўғри келади. Регионар лимфа тугунлар да метастаз 21 та беморда аниқланди, шуларда N1 символи бўйича 15 та бемор, N2 символи бўйича 6 та бемор. Барча беморларга операциядан олдин 4 курс полихимиотерапия (PF, FOLP, TP ва, DCFсхемада) ва нур терапия 46-62 Гр (62 ГрАсосий ўсма ўчоғига, 46 Гр регионар лимфа тугунларига) ўтказилди.

Натижалар. Ўтказилган химионур даво тахлил қилинганда бирламчи ўсма ва регионар метастазларда 21 та бемордан 13(61,9%) тасида ўсманинг қисман регрессияси, 7та (33,3%) беморда ўсма стабилизацияси, ва 1та (4,7%) беморда ўсма прогрессияси кузатилди. Беморларнинг 20 тасида хирургик даво бажарилди. 1 та беморда ўсма прогрессияси кузатилганлиги сабабли оператив даво ўтказилмади. Шулардан 13 та беморда тил гемирезекцияси, 5 та беморда тил гемирезекцияси+бир тарафлама функционал лимфодиссекция операцияси ва 2 та беморда тил резекцияси+икки тарафлама функционал лимфодиссекция амалиётлари бажарилди. Ўтказилган копмлекс даводан кейин 1 йиллик рецидивсиз яшаш кўрсатгичи 18(85,7 %) ни ташкил қилди. 2 та (9,5%) беморда 1 йил давомида ўсма рецидиви аниқланди. 1 та (3,1%) беморда комплекс даводан кейин ўсма прогрессияси кузатилди.

Хулоса. Ўтказилган текширув хулосаси шуни кўрсатади тил саратонининг II босқичида беморларни фақат консерватив йўл билан тўлиқ тузатиш имкони йўқ. Тил саратонинг II босқичида копмлекс даво ўтказиш билангина даволаш натижарларини рецидивсиз яшаш кўрсатгичини ошириш мумкин.

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

Хакимов М.Н.[1], Кариев Г.М.[2], Ташланов Ф.Н.[3]
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан[1], Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан[2], Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Андижан, Узбекистан[3].

Вопросы выбора тактики хирургического лечения супратенториальных опухолей головного мозга с дислокационным синдромом являются одной из актуальных проблем современной нейрохирургии.

Цель: изучить осложнения хирургического лечения больных по поводу супратенториальных опухолей головного мозга с дислокационным синдромом.

Материал и методы: исследованы осложнения хирургического лечения 49 больных с

клиническими и компьютерно-томографическими признаками дислокации мозга, которые находились в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период 2016-2018 гг.

Результаты: тотальное удаление опухоли проводилось в 79,6% случаях (39 больных), частичное удаление опухоли – 18,4% (9 больных), декомпрессия проводилась у 1 больного (2%). У 6 больных развился постоперационный отёк который усугублял дислокацию мозга и общее состояние больного. В 4 случаях наблюдался интраоперационный отёк, в данных случаях с целью декомпрессии дополнительно расширяли трепанационное окно путём резекции кости, и удаления костного лоскута. В 2 случаях наблюдалось кровоизлияние в ложе удаленной опухоли. Данным больным проводилась повторная операция.

Выводы: применение высокотехнологического оборудования и микрохирургического инструментария позволяют снизить осложнения при хирургических вмешательствах, но в случаях развития дислокационного синдрома осложнения могут быть связаны с тяжестью состояния больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАМАРТОМЫ ГИПОТАЛАМУСА С ГЕЛАСТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ

Хасилбеков Н.Х., Ахмедиев М.М., Бурнашев М.И., Бобоев Ж.И., Жолдасбаев А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, город Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования: изучить результат и катамнез хирургического лечения гамартомы гипоталамуса.

Материалы и методы. Прооперированы 2-больных с гамартомой гипоталамуса с геластическими приступами. 1-й случай: в течении 4-х лет ребенок наблюдался у нейрохирургов и невропатологов. Больной в 12 лет умственно отсталый, с 2-х летного возраста беспокоили приступы судорог в виде насильственного смеха с частотой 2-3 раза в сутки. Появились правосторонние Джексоновские судорожные припадки и приступы 2-х сторонней анопсии. Психические поведенческие реакции в виде приступов неконтролируемых движений до усталости, частотой 1 раз в день. Больной получал противосудорожные препараты в виде моно- и политерапии, без особого эффекта.

2-случай: девочка 10 лет с гамартомой гипоталамуса. С рождения беспокоят геластические приступы, в день 4-5 раз. Лечилась у эпилептологов, установлен прием 2-х групп противосудорожных препаратов. У больной в последнее время появились генерализованные приступы с потерей сознания.

Результаты и их обсуждение. В 1-ом случае больному была произведена операция: Птериональная краниотомия с удалением гамартомы гипоталамуса. После операции больной без неврологического дефицита. Через 2 года после оперативного лечения на контрольной ЭЭГ эпилептиформных изменений не выявлено. Отмечается улучшение психического статуса, больной самостоятельно пьёт, запоминает стихотворения и решает поставленные задачи. В послеоперационном периоде в течении полтора года у больного приступов судорог не отмечалось. Во 2-ом случае девочке произведено удаление гамартомы гипоталамуса транскаллёзным доступом. Послеоперационном периоде в течении 4-х месяцев наблюдения у больной приступов судорог нет.

Выводы. Таким образом, хирургическое удаление даёт возможность избавиться от приступов судорог, улучшить психическое состояние в ближайшем послеоперационном периоде и улучшить качество жизни. Хирургия эпилепсии гамартом гипоталамуса в нашей ограниченной серии наблюдений выявило эффективность проведенного лечения.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ И ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ

Хатамов Ш.Н., Алиева Д.А., Палванов А.Ч.

Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Самаркандский государственный медицинский университет, Кашкадарьинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Введение. Хирургический метод является обязательным компонентом радикального лечения рака гортани (РГ). Разработано усовершенствование глоточного шва при проведении ларингэктомии для снижения частоты послеоперационных осложнений и других последствий,

связанных с его несостоятельностью.
Цель - разработка техники и усовершенствование пластики глотки и пищевода после ларингэктомии с сохранением физиологической формы и объема глотки, верхнего отдела пищевода, без возможных образований фаринго-эзофагальных свищей, стом и сужений просвета глотки.
Материалы и методы. Среди пациентов с РГ (n=216) выполнены следующие виды оперативных вмешательств: экстирпация гортани – 95 (43,9%), комбинированная экстирпация - 98 (45,4%), расширенно-комбинированная экстирпация – 23 (10,7%). Выполнение экстирпация гортани проведено в связи с рецидивом или продолженным ростом опухоли после ЛТ у 5 (2,3%), на 1-м этапе лечения – 80 (37,0%), после предоперационной ЛТ (40-50 Гр) – 106 (49,07%), соотношение мужчин к женщинам составило 1/31, средний возраст - 69,8 ± 1,23 лет.
Результаты. Согласно проведённому хирургическому вмешательству, удаление назогастрального зонда проведено на 10–14 сутки, с полным восстановлением питания. восстановленого через естественные пути без подбора консистенции пищи.
Выводы. Благодаря использованной методике пластики глотки и пищевода после ларингэктомии с формированием неоглотки позволило снизить число образования кожно-фарингеальных свищей, эзофаго- и фарингостом до 3,5%, что предопределило развитие дисфагий, дивертикулов, стенозов, а также улучшило показатели выживаемости с сохранением качества жизни пациентов, что позволяет судить об эффективности данного способа хирургического лечения при раке гортани.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И УЛУЧШЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С., Хафизова Д.А., Абдусаидов Х.О.
РСНПМЦОиР, Ташкент, Узбекистан

Введение. Трудность радикального хирургического лечения рака щитовидной железы (РЩЖ) обусловлена тем, что больных оперируют в различных лечебных учреждениях нередко с первоначальным диагнозом «аденома» или «зоб». При этом не проводятся стандартные методы обследования больного такие как: гормональные, сканирование щитовидной железы (ЩЖ), УЗИ шеи и ЩЖ, а также УЗИ с обязательным проведением тонкоигольной аспирационной биопсии – ТАБ или трепан биопсия. Поэтому нередко о диагнозе РЩЖ хирург узнает только после получения планового гистологического исследования, когда больной уже выписан из клиники. Здесь и возникает вопрос о необходимости повторной операции.
Цель работы: улучшение диагностики и хирургического лечения рака щитовидной железы.
Материалы и методы: в период с 2019 по 2022 годы в отделении хирургии опухолей головы и шеи РСНПМЦОиР пролечены 203 больных с раком щитовидной железы. Заболеваемость обнаружена у 60(29,5%) мужчин и у 143(70,5%) женщин. Средний возраст этих больных - 44 года. При определении стадии выявлено, что у 5 (2,4%) пациентов обнаружена с I стадия, II – у 63 (31,0%), III – у 82 (40,4%), и IV – у 53 (26,1%) пациентов. Из 203 больных при морфологическом исследование выявлено что, у 126(62,0%) больных обнаружена папиллярная карцинома, у 57(28,0%) фолликулярная карцинома, у 6(2,9%) медуллярная карцинома и у 14(6,9%) анопластическая карцинома. Из 203 больных у 23(11,3%) больных, которым были проведены операции в других учреждениях, в нашем центре были проведены повторные операции. Больным кроме стандартных методов диагностики применяли ПЭТ/КТ.
Результаты: из современных методов диагностики большое значение имело применение ПЭТ-КТ, который помог при определении стадии заболевания, выявления возможного рецидива болезни, а также для выявления первичного очага опухоли более чем у 12 больных и при обнаружении отдаленных метастазах. При изучении объема операций из 203 пациентов у 183 (90,1%) проведена тотальная тиреоидэктомия, у 6(2,9%) субтотальная резекция, а у 14(6,9%) проводилась геми-тиреоидэктомия с удалением перешейки. У большинства больных проведена комбинированные операции, одновременно с операцией на щитовидной железе проводилась латеральная и центральная лимфодиссекция у 97 (55,7%) и у 16(7,7%) больных проведена билатеральноя лимфодиссекция. У 3 (1,3%) больных в связи с прорастанием опухоли в трахею одномоментно 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 (1,0%) больных была произведена лимфодиссекция, тиреоидэктомия и стернотомия с удалением опухоли из средостения.

У 23(11,3%) больных были проведены повторные операции, которые ранее были оперированы в различных учреждениях с нарушением принципов радикализма: энуклеация опухоли, интрафасциальная резекция, удаление одного из метастазов в лимфоузлах шеи. В свою очередь при выполнении повторных хирургических вмешательств, были сложности с рубцовыми изменениями в послеоперационной зоне, увеличение объёма оперативного вмешательства, проведение дополнительных методов лечения и увеличение количества осложнений.
Проведение комбинированных операций при местнораспространенных злокачественных опухолей щитовидной железы обеспечивает радикальность лечения. При изучении послеоперационных осложнений выявлено: односторонний парез (парез возвратного нерва) голосовой связки у 14(6,8%) пациентов, двухсторонний парез голосовой связки у-3(1,5%), гипопаратиреоз у 17(8,4%), и кровотечение во время операции у 1(0,5%) пациентов. Послеоперационная летальность отмечена у 1(0,5%) пациентов.
Выводы: своевременное проведение стандартных методов диагностики позволяет установить правильный диагноз, который в свою очередь повышает качество лечения. При местно распространенном и метастатическом раке щитовидной железы проведение комбинированных операций обеспечивают радикальность лечения. Наиболее значимой критерией, позволяющей прогнозировать развитие рецидива является инвазия капсулы железы.

ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЛИЦА

Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С., Юсупбеков А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан

Введение. После удаления опухолей лица образуются различные косметические и функциональные дефекты, это очень отрицательно сказывается на больных женского пола. Проведение одномоментного реконструктивно пластических операций устраняет косметические и функциональные нарушения лица.
Цель: улучшение реконструктивно пластических операций при опухолях лица.
Материалы и методы: в период с 2021 по 2022 годы в РСНПМЦОиР в отделении хирургии опухолей головы и шеи пролечены 37 пациентов с опухолями кожи лица. При этом мужчин было 20(54,0%), а женщин 17(46,0%). Возраст больных был от 15 до 88 лет. Средний возраст этих пациентов – 55,8 года. При определении стадии выявлено, что у 3 (8,1%) пациентов обнаружена с I стадия, II – у 18 (48,6%) пациентов, и III – у 14(37,8%) пациентов. Из 37 больных при морфологическом исследовании выявлено что, у 18(48,6%) пациентов обнаружен плоскоклеточный рак, у 13(35,1%) базальноклеточный рак, у 3(8,1%) меланома и у 1(2,7%) саркома мягких тканей лица. Кроме того, у 2(5,4%) больных обнаружена доброкачественная опухоль. Всем больным проведён хирургический метод лечения, удаление опухоли с одномоментной пластикой местными тканями.
Результаты: из 37 больных у 8(21,6%) опухоль удалена из кожи и мягких тканей щеки, у 8(21,6%) опухоль удалена из нижней губы, у 7(18,9%) опухоль удалена из кожи и хряша носа, у 4 (10,8%) из верхней губы и у 3(8,1%) из носогубной складки, а у остальных 7(18,9%) больных опухоль удалена из различных частей лица. При опухолях щеки в основном после удаления опухоли использовали двухлеписковый лоскут, реконструкцию дефектов нижней губы проводили лоскутом по Karapandzic, а при дефектах крыла носа проводили реконструкцию носогубным лоскутом. В остальных случаях для реконструкции послеоперационных дефектов использовали различные лоскуты в зависимости от локализации опухоли.Проведение одномоментной реконструктивно пластических операций после удаления опухолей обеспечивало хороший косметический эффект лица. При изучении послеоперационных осложнений выявлена несостоятельность швов раны в размере 2 см, у 1 больного, который был связан с натяжением краев раны. В последствии рана зажила рубцеванием.
Выводы: после удаления опухолей правильный подбор лоскута и проведение реконструктивно пластических операций обеспечивает лучший косметический эффект лица.

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Хасанов У.С., Махаматжанова Ш.А., Юсупбеков А.А.
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Актуальность. Аспекты диагностики, клинического течения и лечения запущенных стадий рака гортани достаточно изучены. Что касается предраковых заболеваний гортани (ПРЗГ) и раннего рака гортани, то в этой проблеме остается много спорных, нерешенных вопросов. Возникновение предраковых заболеваний в гортани тесно связано с развитием хронических воспалительных процессов, индуцированных и поддерживаемых комплексным воздействием патогенной микрофлоры и повреждающих факторов внешней среды.

Цель: изучение особенностей клинико-лабораторных и морфологических показателей при предраковых заболеваниях гортани.

Материал и методы: объектом исследования являлись 53 пациента с различными ПРЗГ, обратившихся в клинику ТМА №3 и AKFA medline за период 2016-2022гг. Мужчин было-37 (69,8%), женщин-16 (30,2%). Средний возраст составил 43,2±0,3 лет. Предметами исследования были показатели клинического симптомокомплеска, общего и иммунологического анализа крови и цитологических исследований. Период постлечебного мониторинга составлял 6-8 месяцев.

Результаты и обсуждения: анализ проведенной нами исследования показал, что частота встречаемости ПРЗГ имеет гендерную зависемость во всех возрастных группах. При этом, в зависимости от морфологической формы ПРЗГ, характеризуется клиническое проявление охриплости (77,9%), наличие болевого дискомфорта в горле (35,3%) и першения (29,3%). Визуально проявления воспалительно-инфильтративного процесса имело место у 83,2% пациентов. Морфологически у 56% пациентов были обнаружены папилломы гортани, у 21%-лейкокератоз, у 1.7% - посттравмвтическое рефректорное повреждение голосовых связок, у остальной факультативной формы ПВГ. Цитологически ни в одной случае не была выявлена атипия ларингоэпителия. Однако, у 8 из 27 пациентов с папилломатозом и у 3 из 19 с лейкокератозом имело место ларингоэпителиальная неоплазия (CIN-3). Всем пациентом была проведена термо или лазерная аббляция.

При контрольном исследовании через 6-8мес, у 45 наблюдавшихся пациентов в 3 (6,7%) случаях обнаружился рецидив папилломы, и в 2 (3,4%) случаях рецидив лейкокератоза. При анализе лабораторных показателей, отмечаеся сдвиг лейкоформулы влево на фоне общих нормальных величин СОЭ и ЛИИ. Однако, при иммунологическом анализе наблюдается увеличение СД4 и ИРИ, что свидетильствует о наличии воспалительного поцесса в организме. Данные изменения иммунного статуса оказались наиболее характерными для лейкокератоза.

Выводы. Таким образом, анализ показал наличие специфических клинико-лабораторных и морфологических показателей при ПРЗГ. При этом, эти изменения оказались более выраженными при облигатной форме ПРЗГ. Клиническиеп проявления ПРЗГ имеют зависимость от морфологического фенотипа заболевания и при определённой степени выражается изменением иммунного статуса организма.

ТИЛ САРАТОНИ T3N0-1M0 БОСҚИЧИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Худойбердиев М.Т, Абдурахимов О.Н., Маликов М.А., Нигмонов О.О.
Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Тошкент шаҳар филиали

Мавзунинг мақсади. Тил саратонинг T3N0-1M0 босқичида даволаш натижаларини ўрганиш.

Материал ва методлар. Ушбу изланишда Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Тошкент шаҳар филиали бош бўйин ўсма касалликлари хирургик бўлимида тил саратонинг 3 босқичида 2017-2022 йилларда даволанган 38 та бемор ўрганиш учун ажратиб олинди. Барча беморларда бирламчи ўсма T3 символига тўғри келади. Регионар лимфа тугунларда метастаз 23 та беморда аниқланди, шуларда N1 символи бўйича 18 та бемор, N2 символи бўйича 5 та бемор. Барча беморларга операциядан олдин 3 курс полихимиотерапия (PF, TP ва TPF схемада) ўтказилган. 20 та беморда операциядан олдин ва 18 та беморда операциядан кейин нур терапия (40-56 Гр) ўтказилган.

Натижа: ўтказилган полихимиотерапия натижаси тахлил қилинганда бирламчи ўсма ва регионар метастазларда 38 та бемордан 30 (78.9%) тасида ўсманинг қисман регрессияси (50%-85 % гача), 7 та (18.4%) беморда ўсма стабилизацияси, ва 1 та (2,6%) беморда ўсма

прогрессияси кузатилди. Барча беморларга хирургик даво бажарилди. Шулардан 10 та беморда тил гемирезекцияси, 19 та беморда тил гемирезекцияси + бир тарафлама функционал лимфодиссекция операцияси ва 9 та беморда тил резекцияси + икки тарафлама функционал лимфодиссекция амалиётлари бажарилди. Нур терапиядан олдин ўтказилган операцияларда жарохатнинг бирламчи битиши, операциядан кейинги асоратлар кузатилмади. Операцидан кейинги косметик натижалар яхшироқ бўлди. Ўтказилган копмлекс даводан кейин 3 йиллик рецидивсиз яшаш кўрсатгичи 76.3 % (29) ни ташкил қилди. 8 та (21.0%) беморда 3 йил давомида ўсма рецидиви аниқланди. 1 та (2.6%) беморда комплекс даводан кейин ўсма прогрессияси кузатилди.

Хулоса: ўтказилган текширув хулосаси шуни кўрсатади тил саратонинг III босқичида беморларни фақат консерватив йўл билан тўлиқ тузатиш имкони йўқ. Тил саратонинг III босқичида копмлекс даво ўтказиш билангина даволаш натижарларини рецидивсиз яшаш кўрсатгичини ошириш мумкин. Хирургик давони нур терапиядан олдин бажариш радикал хирургик давони (асосан реконструктив пластик операциялар) бажаришда енгиллик туғдиради, операциядан кейинги косметик натижалар яхшиланади.

РЕТИНОБЛАСТОМА КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИСОТИДА КОМПЛЕКС РАДИОДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

Усманов Р.Х., Рахматуллаева Д.Т., Турғунов Ш.Ш.
Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази

Ишнинг мақсади. Ретинобластоманинг зарурий радиодиагностик комплекс текшириш усулларидан олинган натижаларни кўриш, уларни солиштириш ва ўсмани консерватив даволаш жараёнидаги натижаларни динамикада кузатиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. 2022-2023 йил биринчи чораги давомида бизни кузатувимиз остида 55 бемор бола (32 тасида монолатераль, 23 тасида билатерал) ҳаётининг дастлабки ойларида ретинобластома ташхиси қўйилган (20та ўғил бола, 35та қиз бола, 34та 1 ёшгача, 12та 1-3 ёшгача, 6таси 3-5 ёш оралиғида ва 5 ёшдан катта 3та бемор). Барча беморларда касаллик кўзда "оқиш ялтираш" билан намоён бўлган. Беморларда қуйидаги текширувлар УТТ, бош мия ва орбита МРТ ва МСКТси ўтказилди.

Натижалар. Комплекс консерватив даво муолажалардан сўнг УТТда олинган натижалар динамикаси қуйидагича бўлди: консерватив давогача бўлган даврда асосан ўсма ўлчамлари 14.0±0.4х8.0±0.3х6.0±0.3мм, 2ойдан сўнг ўсма ўлчамлари деярли икки бараварга қисқаргани аниқланади 7.5±0.4х4.5±0.3х3.0±0.3мм, кейинги 3 ой давомида ўсма хажми 4.0±0.2х2.0±0.1х2.5±0.2мм ни ташкил этди, кейинги кузатувлар давомида ўсма ўлчамларида сезиларли ўзгаришлар аниқланмади, яъни ўсма ўлчамлари 3-4 ойлик кимётерапия курсларидан сўнг стабилизациялангани аниқланди. Ўсма контурлари нисбатан аниқ, эхогенлиги юқориланганлиги ўсманинг кальцинатланганлиги аниқланди. МРТ текширувидан олинган натижаларда ҳам худди шу динамикада ўзгаришлар аниқланди, кўрув нервида ўзгаришлар аниқланмади нерв қалинлиги 0.48±0.02см гачалиги аниқланди. Бўйин лимфа тугунлари ўлчами 1.2х0.8см гача, қулоқ атрофидаги лимфа тугунларида эса икки томонлама 0.4х0.5мм дан катта бўлмаган холатда аниқланди.

Хулоса. Ретинобластомани бирламчи ташхислашда ва консерватив даво ўтказиш жараёнида ўсма ўлчамларини динамик кузатишда ультратовуш текшируви юқори информатив усул хисобланади. Ультратовуш текширувида аниқланган ижобий натижалар сифатида ўсма ўлчамлари камайиши, эхогенлигини ортиши, кальцинатлар миқдорининг кўпайиши ва ўсма контурларининг нисбатан аниқ холати хисобланади. МРТ текшируви эса орбита ретробульбар соҳа холати бошнинг юмшоқ тўқима ва суякларини баҳолашда, ҳамда ўсманинг қон билан таъминланиши (контраст билан) даво жараёнларида хосиладаги моддалар алмашинувининг интенсивлиги пасайганлиги аниқлашда яхши ёрдам беради.

ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ИХ РОЛЬ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕТИНОБЛАСТОМЫ

Усманов Р.Х., Гильдиева М.С., Билалов Э.Н., Рахматуллаева Д.Т., Тургунов Ш.Ш., Чугунова Г.М.
РСНПМЦОиР

Цель: изучение возможности ранней диагностики больных с ретинобластомой и прогнозирование риска ее развития среди здоровых родственников первой степени родства.

Материал и методы. Обследовано 403 ребенка в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Из них первично обратившихся больных с диагнозом «ретинобластома» было 88, остальные 315—больные, пролеченные в разное время и пришедшие на мониторинг. Проведено культивирование периферической крови 88 больным и 78 сибсам (кровные родственники, родители, бабушки, дедушки, братья, сестры). Кроме того, культивирование крови провели у 48 повторно обратившихся больных после лечения.
Результаты: после комплексного обследования 88 первичных больных у 73 из них диагноз «Ретинобластома» была подтверждена, у 15 обнаружены другие заболевания глаза. С диагнозом «подозрение на ретинобластому» они были взяты под динамический контроль, им проводились офтальмоскопия с расширенным зрачком и УЗИ глаз — 1 раз в 3 месяца в условиях консультативной поликлиники РСНПМЦОиР. Среди 73 больных мальчиков было 38, девочек - 35. Из них у 58 была односторонняя, у 15—двусторонняя Рб. Частота специфических аберраций хромосом, таких как делеция 13 пары хромосом (13q-), у больных с РБ составила 16,7% (34/ 204), у сибсов этих больных — 5,1% (9/178). У больных с РБ после лечения частота специфических аберраций хромосом (13q-) составила 11,7% (7/60). Остальная часть выявленных аберраций как у больных РБ (83,3%), так и у сибсов (82,8%) носила неспецииический характер, что расценивается как хромосомная нестабильность.
Выводы. Результаты проведенных исследований выявили высокий уровень хромосомных аберраций у больных с Рб (11.2% по сравнению с 1.2% у здоровых). У сибсов больных с Рб выявлено достоверное повышение уровня хромосомных аберраций (4.6%; P<0,05), что способствует своевременному выявлению первичных признаков рака и проведению эффективных мер лечения и профилактики.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА РОТОГЛОТКИ

Эгамбердиев С.К., Холтоев У.Т., Ганиев А.А., Нигматов Ж.К.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Ротоглотка представляет собой анатомически сложную область и несмотря на визуальную локализацию делает её труднодоступной к осмотру. По вышеуказанной причине до 80% больных раком ротоглотки поступают в специализированные онкологические учреждения с местнораспространённой формой заболевания и у 70% из них имеются регионарные и у 10% возможно и отдалённые метастазы. Среди гистологических форм преобладает плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки, реже железистый рак из малых слюнных желёз и ещё реже лимфома. Высокочувствительность рака ротоглотки к лекарственному и лучевому воздействию, а также запущенность опухолевого процесса и сложность хирургического доступа сделали химиолучевое лечение методом выбора для больных этой локализации. Несмотря на появление новых схем и режимов лекарственной терапии и совершенствование методов лучевой терапии, у части больных в дальнейшем наблюдается остаточная опухоль или рецидив заболевания. Все это привело к тому, что в современной научной литературе участились наблюдение результатов хирургического лечения местно-распространенного рака слизистой ротоглотки.
Материалы и методы. За период с 2015-2022 гг в отделении «Опухоли головы и шеи» ТОФРСНПМЦОиР проходили стационарное лечение 28 пациентов по поводу рака ротоглотки. Из них 8 пациентам на первом этапе выполнены хирургические вмешательства по поводу рака небной миндалины распространенностью до Т3, с последующей ХЛТ в адъювантном режиме. Остальным 20 пациентам проводилась неоадъювантная ПХТ до 4-х курсов с 3-х недельным интервалом, а на втором этапе проведена лучевая терапия по радикальной программе в СОД 60-66Гр.
Результаты. В результате у 3 пациентов с отсутствием регионарных метастазов наблюдалась полная клиническая регрессия. У 10 пациентов достигнут частичный эффект с остаточной опухолью на первичном очаге и в регионарных лимфатических узлах. У 7 пациентов наблюдалось прогрессирование опухолевого процесса на фоне ХЛТ.
Пациентам (10) с частичным эффектом проведены расширенно-комбинированные хирургические вмешательства. Для замещения дефекта оро-фарингеальной зоны был использован кожно-мышечный лоскут на БГМ с кожным островком. Первичное заживление послеоперационной раны наблюдалось у 8 оперированных. У двух больных послеоперационный период осложнился образованием оро-фарингеального свища, которые ликвидированы консервативным путём в течении 4-8 недель.

Выводы. Таким образом, исходя из вышеизложенного следует отметить, что при строгих показаниях хирургическое лечение как важный этап в комплексном лечении местнораспространённого рака ротоглотки оправдан, а использование кожно-мышечного лоскута с включением БГМ лоскута с кожным островком (при отсутствии микрохирургической техники) для замещения дефекта этой зоны способствует улучшению непосредственных и функциональных результатов у данной категории больных.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОГО РАКА В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Эгамбердиев С.К.[1], Ганиев А.А.[2], Холтоев У.Т.[2], Нигматов Ж.К.[2], Останова М.М.[2]
РЦРПКМП[1], Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР[2]

Актуальность. Среди всех злокачевсвтенных новообразований головы и шеи рак носоглотки (РН) составляет 2%. За период с 2019г. по 2022г. в Республики Узбекистан зарегистрирвана 661 новых случаев.

Материалы и методы: в Ташкентском областном филиале РСНПМЦОиР с 2019 по 2022 года 32 больным назофарингеальным раком проведена комплексная терапия. Возраст больных варьировал от 21 года до 63 лет. Распространённость процесса составлял T2-3N1-2M0, что соответвовал III стадии заболевния. У всех пациентов морфологически подтверждена носоглоточная форма плоскоклеточного рака. На первом этапе специального лечения больным проведена 2-4 курса полихимиотерапия (ПХТ) с платиносоодержащими схемами I-II линии. Курс дистанционной терапии (ТГТ до СОД 60 Гр.) пациенты получали по 2 этапа лечения.

Результаты: после проведения оценки эффективности консервативных методов лечения, при этом выявлено, что у 3х пациентов выявлен полный лечебный эффект первичного очага и регионарных лимфатических узлов. У 7 пациентов наблюдался полный регресс, только первичного очага в носоглотке. Этим больным произведены операции-лимфодиссекция шейной клетчатки с лимфатическими узлами.Из 8 пациентов у которых установлен частичный эффект первичного очага более 75%, 4-больным произведено эндоскопическое иссечение остаточной опухоли свода носоглотки и лимфадиссекция шейной области на стороне поражения. У 8 пациентов после химиолучевого лечения состояние оценивалось как стабилизация. У остальных 6 пациентов наблюдалось прогрессирования заболевания, несмотря на проведения курса адъювантной химиотерапии.

Выводы. Химиолучевое лечение назофарингального рака является основным методом, и эндоскопическое иссечение опухоли свода носоглотки является методом выбора, при частичной регрессии первичного очага после химиолучевой терапии.

МЕТОДИКА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ МЕНИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Эшкувватов Г.Э.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии

Актуальность: применение предоперационной эмболизации значительно снижает интраоперационную кровопотерю при удалении менингиом. Однако, до сих пор не определены точные показания и противопоказания к данной методике.

Цель: определение показаний к предоперационной эмболизации путем корреляции между данными МРТ/МСКТ и интраоперационной кровопотери.

Материалы и методы: проведен ретроспективный и сравнительный анализ 46 пациентов, перенесших хирургическую резекцию внутричерепной менингиомы с 2020 г. по конец 2022 г. Были исследованы предоперационные МРТ и МСКТ данные пациентов, указывающих на гиперваскулярность менингиом (локализация, объем опухоли, инвазивный рост, дуральный хвост, перифокальный отек, вовлечение костей, кальцификация, вовлечение крупных сосудов). Мы использовали логистическую регрессию для определения корреляции между предоперационными данными визуализации и интраоперационной кровопотерей. Общая кровопотеря в среднем составила 594±61. Изучение анализа кровопотери в зависимости от локализации показало, что наибольшая кровопотеря приходится на парасагиттальные опухоли, но объем кровопотери достоверно не отличалась (p=0,654) между локализациями. Объем кровопотери был больше при больших опухолях в 2 раза, чем при средних и малых размерах (p=<0,01). Инвазивный рост опухоли и перифокальный отек также являются значимыми

факторами кровопотери (p=<0,01). Наличие дурального хвоста также увеличивает кровопотерю (p=0,02). Поражение костей (эрозия, гиперостоз) является наиболее значимым фактором, влияющим на объем кровопотери (p=0,001). Достоверной статистической разницы в отношении объема кровопотери при поражении сосудов (p=0,51) и кальцификации опухоли (p=0,07) не было. С помощью бинарной логистической регрессии нами была создана математическая модель прогнозирования интраоперационной кровопотери, которая включала два фактора - инвазивный рост и поражение кости.

Выводы: данное исследование четко показывает связь между предоперационными данными МРТ/МСКТ и интраоперационной кровопотерей, что может быть полезно для прогнозирования массивного кровотечения во время операции.

ЮЗ-ЖАҒ САРКОМАЛАРИНИ ЭРТА БОСҚИЧЛАРДА АНИҚЛАНИШИДА АҲОЛИ ТИББИЙ МАДАНИЯТИНИ ВА ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИ ОНКОЭХТИЁТКОРЛИГИ ДАРАЖАСИНИ АҲАМИЯТИ

Шукуров З.И., Бекмирзаев Р.М., Хасанов А.И., Нишонбоев Л.С., Абдусаидов Х.О.
РИОваРИАТМ

Ишнинг мақсади: юз-жағ саркомаларини кеч босқичларда аниқланиш сабабларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. РИОваРИАТМ бош-бўйин ўсмалари бўлимида 2010-2016 йиллар давомида юз-жағ соҳаси саркомалари билан даволанган 74 та беморлар ўрганилди. Эркаклар 43(58%)та, аёллар 31(42%)та. РИОваРИАТМга 52(70,3%)та бирламчи, 22(29,7%) та беморлар рецидив билан мурожаат қилган. Рецидив билан мурожаат қилган беморлар яшаш жойида вилоят онкология диспансери ва бошқа (ЛОР, стоматолог, юз-жағ жаррохи, нервпатолог) мутахассисларда даволанган. Касалликнинг клиник белгилари пайдо бўлгандан сўнг 23(31%) та беморлар махаллий онкологга мурожаат этган. Беморларни махаллий онкологга мурожаати ўртача 6 ойни ташкил этган (беморларни мурожаати 15 кундан 60 ойгача). РИОваРИАТМга ўртача 9 ойни ташкил этган. Беморларнинг 39(52,7%) таси дастлаб бошқа соҳа шифокорларига ЛОР, стоматолог, юз-жағ жаррохи, нервопатолог, терапевт, табиб, хусусий шифохоналарга мурожат этишган ва консерватив даво муолажалари бажарилган. Улардан 22(29,7%) тасида ЛОР, стоматолог, юз-жағ жаррохи томонидан жаррохлик йўли билан даволанган.

Натижа: беморларни махаллий онкологга мурожаати ўртача 6 ой, РИОваРИАТМ га ўртача 9 ойни ташкил этган. Бу вақт давомида ўсма беморни безовта қилмаган ва баъзи 52,7% беморлар бошқа соҳа шифокорларига мурожаат қилган ва самарасиз даволанган. 29,7% беморларда эса бошқа мутахассислар томонидан жаррохлик амалиётлари бажарилган. Бирламчи мурожаат қилган беморларда ўсмани ўртача хажми 5,3х5,5 см ни ташкил этган. 76% беморларда ўсма махаллий тарқалган кўринишда бўлган.

Хулоса: ўсмани барвақт аниқлаш ва самарали даволаш мақсадида ахолини тиббий маданиятини ошириш ва бошқа соҳа мутахассисларини онко эхтиётқорлигини ошириш мақсадга мувофиқ.

РАЗДЕЛ 3.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

АНАЛИЗ РИСКА РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Абдурахмонова Ж.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время проблема онкологических процессов остро стоит не только в Узбекистане, но и во всем мире. Всемирная организация здравоохранения, проводя ежегодный анализ, уточняет, что рак молочных желез является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний, от которого умирают женщины. Однако если патологический процесс обнаружен на ранней стадии, вероятность полного излечения составляет более 90%.

Цель исследования – оценка информативности анкеты, разработанной на кафедре онкологии АГМИ Задачи: 1. Провести анкетирование женщин возрастной группы (от 40 до 51 года). 2. Провести маммографическое исследование у пациенток с высоким риском развития заболевания. 3. Сделать вывод об эффективности работы данной анкеты.

Методы исследования. Методом случайной выборки было обследовано 30 женщин данной возрастной группы. Исследование проводилось методом анкетирования, результаты которого указывали на степень риска по развитию онкологических процессов молочной железы.

Результаты: 25 женщин (83%) в анкетировании набрали ниже 1 балла, что соответствует низкому риску развития заболеваний молочных желез; 3 женщины (10%) набрали выше 9 баллов, что соответствует высокому риску развития патологического процесса, основными факторами явились: более трех абортов в анамнезе, нерегулярный прием контрацептивов. У двух женщин с высоким риском была выявлена фиброаденома молочной железы, рекомендовано оперативное лечение. Результаты маммографии третьей женщины оглашены нам не были; 2 женщины (7%) набрали 3 и 4 балла, что соответствует интервалу диагностической неопределенности. Им было рекомендовано пройти внеочередное обследование.

Выводы. Таким образом, представленная анкета, разработанная на кафедре онкологии АГМИ, является весьма информативной. Анкетирование позволяет выявить женщин с высоким риском развития заболеваний молочной железы и рекомендовать им пройти внеочередное обследование.

SUT BEZI SARATONI SABABLI RADIKAL MASTEKTOMIYA O'TKAZILGAN AYOLLARDA SHAXSIYATNI O'RGANIH NATIJALARI

Abdullayeva N.E., Atajanov M.X., G'afurov R.Sh.
RIO va RIATM Xorazm filiali

Dolzarbligi. O'sma kasalliklarini tashxislash va davolash usullari zamonaviylashishi, profolaktik chora tadbirlarning kuchaytirilishi va ayniqsa sut bezi saratoni erta tashxislash maqsadida o'tkazilayotgan profilaktik ko'riklarga qaramasdan bemorlar hayot sifati muammoligicha qolmoqda. Radikal mastektomiya o'tkazilgan bemorlarda sodir bo'luvchi bir qancha psixologik buzilishlarni inobatga olgan xolda, bemorlarni reabilitatsiya qilishda faqatgina ayol fizik tiklanishini emas balki uning psixosotsiologik holatini ham nazarda tutgan xolda multimodal yondashish tavsuya qilinadi.

Maqsad. Radikal mastektomiya o'tkazilgan bemorlar psixologik o'zgarishlarini o'rganish.

Material va usullar. Tekshiruv ob'ekti sifatida sut bezi saratoni II-IIIB bosqichidagi, radikal mastektomiya o'tkazilgan 32 nafar bemor tekshirildi. Bemorlar o'rtacha yoshi 45+7.5, operatsiya o'tkazilish muddati 6 oydan 3 yilgacha. Bemor shaxsiyatini o'rganuvchi, 5 ta fundamental tamoyil (neyrotizim, ekstraversiya, kelishuvga moyillik, vijdon, ochiqlik tajribasi)ga asoslangan "Big five" savolnomasidan foydalanildi.

Tekshiruv natijalari. Ushbu savolnoma shkalsiga bo'yicha neyrotizm, ekstraversiya, ochiqlik tajribasi tamoyillari ko'rsatkichlarida normadan og'ish kuzatildi. Ekstraversiya shkalasi bo'yicha aniqlangan past ko'rsatkichlar bemorda ishonchsizlik, o'z muammolariga e'tiborsizlik, agressivlikdan darak beradi.

Ochiqlik tajribasi tamoyili ko'rsatkichlari pasayishi esa hushyorlik va idrok pasayishi va shu jumladan o'tkazilishi zarur bo'lgan davo va reabilitatsiya chora tadbirlariga qiziqishi kamayishini ifodalaydi.

So'ngi tamoyil neyrotizim shkalasi ko'rsatkichlari sezilarli yuqori bo'ldi. Bu esa ayolning hayotdan qoniqish hissi pastligi, ruhiy havfsirash, ta'sirchanlik va salbiy emotsiyalarga moyilligini bildiradi.

Xulosalar. Radikal mastektomiya o'tkazilgan ayollardagi psixoemosional buzilishlar bemor hayotiga

havf soluvchi o'tkir omil bo'lmasada, psixologik reabilitasiya o'tkazish bemor hayot sifatini yaxshilashga imkon yaratadi. Bu esa o'z navbatida ayol organizmidagi o'zgarishlarni adekvat baholashiga yordam beradi va kelgusida yashovchanlik ko'rsatkichlariga ijobiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ 3D СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ БИОПСИИ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Абдукаримов У.Г., Саидов Г.Н., Ширинов М.М., Ососков А.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

Поиск новых технологий рентгеновского исследования в ранней и дифференциальной диагностике, повышающих диагностическую информативность – актуальная проблема и непрекращающийся процесс.

Цель исследования: изучение предварительных результатов стреотаксической биопсии в диагностике узловых новообразований молочной железы.

Материал и методы: проанализированы предварительные результаты пилотного проекта цифрового маммографического исследования. 62 пациенткам с узловыми новообразованиями молочных желез средний возраст 49 лет (возрастной диапазон 45-65 года). У всех пациенток, включенных в исследование, проводилось гистологическое исследование (6 – прооперированы, у 56 пациенток выполнена стереотаксическая биопсия под контролем цифровой маммографии с томосинтезем. По данным морфологического исследования пациентки были разделены на две группы: первая группа – 47 пациенток с диагнозом РМЖ, вторая группу – 15 пациенток с доброкачественными узловыми образованиями молочных желез.

Результаты: В 2 из 62 случаев (3,2%) биопсия была отменена из-за отсутствия визуализации рентген изменений, по причине которых была рекомендована секторальная резекция молочной железы. Во всех остальных 60 случаях было получено достаточное количество гистологического материала: минимум 3 образца тканей длиной 1.5- 2.0 см, диаметром 0,2-0,3 см. Все 60 биопсий были выполнены корректно, что подтверждается контрольными постбиопсийными изображениями, и подтверждены гистологически на биопсийном материале. Из 60 биопсий у 42 пациенток было выявлено злокачественные новообразования что составило (70%), чаще всего опухоль была представлена инфильтрирующей инвазивной карциномой у 32 (76%) пациенток в 5 (12%) дольковый рак молочной железы и еще 5 (12%) случаев гистологически был верифицирован медулярный рак молочной железы. У 18 (30%) пациенток доброкачественные изменения тканей молочной железы.

Выводы: внедрение технологии 3D стереотаксической биопсии молочной железы под контролем цифровой маммографии с томосинтезом это безопасный и высокоэффективный метод, позволяющий выявить и верифицировать рак молочной железы и другие новообразования с высоким риском, не диагностируемые другими методами визуализации.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ СЦИНТИГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдихакимов А.Н., Мирзамухамедов Х.К., Турдибеков Ш.М.

Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Сегодня в мире по данным ВОЗ и Европейской ассоциации онкологов рак молочной железы (РМЖ) занимает 1-е место в структуре онкологической заболеваемости, несмотря на огромные успехи в диагностике и лечении данной онкопатологии. В Узбекистане среди ЗНО РМЖ также занимает 1-е место, являясь одной из главных причин инвалидизации женского населения. За последние годы достигнут определенный успех в лечении больных раком молочной железы (РМЖ), в основном за счет выявления ранних стадий заболевания. В связи с появлением клинических признаков метастазов в кости в срок от 6 до 12 месяцев, возникает необходимость в строгом отборе пациенток, подлежащих оперативному лечению.

Материал и методы. Проведено статистическое исследование у 31 больной после радикальных мастэктомий с жалобами на боли в различных участках костей скелета. Пациентки были подвергнуты сцинтиграфическому исследованию, у всех в различные периоды заболевания обнаружены метатстазы в костях.

Результаты. Были получены следующие данные: с I стадией заболевания зарегистрирован 1 случай метастазов костей скелета, выявленный методом сцинтиграфии спустя 17 лет после хирургического лечения, IIа-11 пациенток, из них у 3- метастазы проявились через 6месяцев после оперативного лечения, у 5-через 12 месяцев, у 3-через 18месяцев, со IIб стадией заболевания выявлено 7 больных, метастатический процесс у 4 обнаружен через 3 месяца после операции, у 4-через 8 месяцев. Пациентки с IIIа стадией было выявлено 5 человек, у 2-через 3 месяца, у 3-через 4 месяца после оперативного лечения обнаружены метастазы в кости. С IIIб (7 пациенток) у 6 больных метастазы обнаружены через 2 месяца после радикальных операций, у 1- через 1 месяц.

Таким образом, исходя из проведенного статистического исследования, больным сустановленным диагнозом рака молочной железы II и III стадии в плане комплексного обследования в предоперационном периоде необходимо проводить радиоизотопное исследование костей независимо от клинических симптоматики.

КЛИНИКО МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОМ ТИПУ

Авезмуратова Г.А., Ахмедова С.М., Пулатов Д.А.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Опухоли низкой степени злокачественности характеризуются относительно благоприятным прогнозом, большей продолжительностью жизни и, как правило, требуют менее агрессивного лечения (Переводчикова Н.И., Стенина М.Б., 2014).

Цель исследования. Провести анализ степени злокачественности и иммуногистохимического типа при раке молочной железы (РМЖ).

Материал и методы исследования. В исследовании вошли 78 пациенток раком молочной железы (РМЖ) обследованные в Ташкентском областном филиале РСНПМЦОиР. РМЖ установлен на основании морфологического и иммуногистохимического (ИГХ) исследования с использованием маркеров: ER, PR, c- erbB Her2/neu, Ki - 67. При морфологическом исследовании изучали степень злокачественности опухоли. Возраст пациентов варьировал от 24 до 64 лет (средний возраст – 43,5±4,13 год).

Результаты. Из 78 больных у 23 (29,5%) больных выявлен Grade - 3. При иммунофенотип опухоли соответствовал тройному - негативному типу; у 30 (38,5%) больных выевлен Grade – 2 который, соответствовал Люминальный типу В (Her2/neu – отрицательной); у 15(19,2%) больных Grade – 2 который соответствовал Люминальный типу В (Her2/neu – положительный) типу; 5(6,4%)больные опухоли соответствует инвазивному протоковому с -ra Grade-1. По данным ИГХ Нелюминальный тип Her2/neu положительный; у 5(6,4%) больных опухоль соответствовала иммунофенотипически протоковому раку молочной железы Grade- 1- Люминальный тип А

Заключение. Проведенный анализ показывает если степень злокачественности высокая (G3) - соответсвовала тройной негативным агрессивного типа, (G2) -более агрессивного типа Люминальный тип В (Her2/neu + и -) типу, (G1)-сотвтесвует более благоприятный типу - Люминальный тип А и Нелюминальный тип Her2/neu положительный. Эти данные говорят о том, что, если степень злокачественности будет высокой (G2 и G3) следует начать химиотерапию с таксан+платино содержащими схемами.

ИЗУЧЕНИЯ ОТДАЛЕННОГО ПОСТЛЕЧЕБНОГО ПАТОМОРФОЗА И СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Авезмуратова Г.А., Пулатов Д.А.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР, г.Ташкент

Актуальность. Опухоли низкой степени злокачественности характеризуются относительно благоприятным прогнозом, большей продолжительностью жизни и, как правило, требуют менее агрессивного лечения (Переводчикова Н.И., Стенина М.Б., 2014).

Цель исследования. Изучение степени злокачественности и постлечебного патоморфоза при раке молочной железы (РМЖ).

Материал и методы исследования. В исследование вошли 27 пациенток с РМЖ T2-4N1-2M0, которые получали неоадъювантную химиотерапию. Диагноз РМЖ установлен на основании рентгенологического и морфологического, ПЭТ КТ, ИГХ обследований. Возраст пациентов варьировал от 36 до 63 лет (средний возраст – 43,5±4,13 год). Все больные получали полихимиотерапию по стандарту CMF, CAF, FAC. Оценка эффективности противоопухолевого

лечения проводилась по шкале RECIST(2009).
Результаты. Из 27 больных, получавших неоадъювантную химиотерапию, у 2 (7,4%) больных с IV степенью патоморфоза и степенью злокачественности G1 метастазы появились после 36 месяцев (у одного) и злокачественности G3 после 3 месяца (у одного); у 11 (40,7%) больных с III степенью патоморфоза и степенью злокачественности G2 метастазы появились на фоне лечения (n=6), со степенью злокачественности G3 метастазы появились после 3 (n=2), 7 (n=2) и степенью злокачественности G1 36 (n=1) месяцев. У 11 (40,7%) пациенток с II степенью постлечебного патоморфоза со степенью злокачественности G1 метастазы появились после 24 месяца (n=3), у остальных со степенью злокачественности G2 (n=6) и G3 (n=2) метастазы появились на фоне лечения. У 3 (11,1%) больных с I степенью лечебного патоморфоза со степенью злокачественности G1 (n=1) и G2 (n=3) метастазы диагностированы после 24 месяцев.
Заключение. В итоге, если степень злокачественности высокая (G2 и G3), несмотря на постлечебный патоморфоз III и IV степени, отдаленные метастазы появляются раньше, чем при степени злокачественности G1 и при I, II степени патоморфоза. Эти данные говорят о том, что, если степень злокачественности будет высокой (G2 и G3) следует продолжать химиотерапию в адъювантном режиме независимо от лечебного патоморфоза.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Алимов А.К., Жуманиязов М.М.
Хорезмский филиал РСНПМЦОиР. г Ургенч. Узбекистан

Актуальность. На сегодняшний день отмечается рост заболеваемости местнораспространенного рака молочной железы (МРМЖ) среди больных РМЖ, чему, несомненно, способствуют поздняя диагностика, а также отсутствие онкологической настороженности врачей ВОП.
Цель. Изучить наиболее эффективный метод лечения больных МРМЖ в Хорезмском филиале РСНПМЦОиР в период с 2018-2020 годы.
Материалы и методы. В исследование включены 48 женщин, наблюдавшихся в Хорезмском филиале РСНПМЦО и Р в период с 2018-2020 гг.
Результаты. Все пациентки в зависимости от подхода к методу лечения были разделены на три группы. В первую группу были включены больные МРМЖ, которым до оперативного вмешательства была проведена лучевая и неоадъювантная химиотерапия (23 наблюдений 47,9%). Во вторую группу были включены женщины, которым до оперативного вмешательства была проведена только неоадъювантная химиотерапия (17 наблюдений 35,4%). Третью группу составили женщины, которым из-за невозможности проведения неоадъювантной химиотерапии (кровотечение и распад опухоли) было сразу проведено оперативное вмешательство (8 наблюдений 16,6%). После проведения всем трем группам комплексного лечения, проводилось тщательное наблюдение и обследование в течение года, которое показало следующие результаты: у женщин, которые были включены в первую и вторую группу, за этот период рецидивов и отдаленных метастазов не наблюдалось. При наблюдении за третьей группой женщин, у 50% были обнаружены рецидивы заболевания и у 25% отдаленные метастазы.
Выводы. Таким образом, у женщин с местнораспространенным раком молочной железы (T3-4N1-2M0), наиболее эффективным подходом к лечению является проведение до оперативного вмешательства неоадъювантной химиотерапии и по возможности лучевой терапии. В результате чего улучшаются отдаленные результаты лечения и снижается смертность в течении 5 лет.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА В ОПУХОЛЯХ ДОБАВОЧНОЙ ДОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алимходжаева Л.Т., Нишанов Д.А., Бозарова Л.М., Зиеведенова С.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Целью нашего исследования явилась разработка новых критериев дифференциального диагноза вариантов интраэпителиальнои неоплазии добавочной доли молочной железы на основе применения комплексного морфологического метода исследования с применением оптимальной панели маркеров для улучшения качества диагностики и оценки риска развития инвазивного рака.
Методы исследования. В основу нашего исследования мы взяли результаты ретроспективного обследования 182 пациенток, проходивших лечение в нашем центре РСНПМЦОиР с 2010 по

2020 годы с раком добавочной доли молочной железы. По результатам морфологического исследования больные были разделены на 4 группы.

Результаты. В первую группу вошли 62 пациентки (34,1 %) с дисплазией. Вторую группу составила 71 пациентка (39,0 %) с протоковой карциномой in situ. В третью группу были включены 28 женщин (15,4 %) с дольковой карциномой in situ. В четвертую группу вошла 21 пациентка (11,5 %) с началом инвазии. Средний возраст больных, включенных в исследование, составлял 56,4 года (20 - 75 лет). 75 (41,2 %) пациенток находились в менопаузе, 107 (58,8 %) - в репродуктивном периоде.

Выводы. По полученным нами данным, экспрессия рецепторов к эстрогенам определялась при тяжелой дисплазии, в группе внутридолькового и высокодифференцированного внутрипротокового рака добавочной доли молочной железы, соответственно в 98%, 93% и 95%>случаев. В группах больных с низкодифференцированным протоковым раком in situ и микроинвазивным раком добавочной доли молочной железы, количество образцов с экспрессией ER было значительно ниже (45% и 47,6%) (p = 0.0006). В группе внутрипротокового рака добавочной доли молочной железы, отмечалась четкая зависимость этого показателя от степени дифференцировки ядер, показатель снижался в зависимости от нарастания клеточной анаплазии (соответственно 98%, 76%, 36%). Частота экспрессии прогестероновых рецепторов имела сходный характер. Так, чаще всего экспрессия PR определялась у женщин с тяжелой дисплазиеи, внутридольковым и высокодифференцированным внутрипротоковым раком добавочной доли молочной железы (82%, 89% и 79%). У пациенток с низкодифференцированным протоковым раком in situ и раком с микроинвазией в добавочной доле, количество случаев с экспрессией PR было существенно меньше (27% и 38%). При этом, как и в случаях с экспрессией эстрогеновых рецепторов, этот показатель снижался в зависимости от снижения степени дифференцировки клеток (соответственно 80%, 40%, 14%). Проведение статистического анализа подтвердило, что экспрессия обоих типов рецепторов достоверно чаще (p 0,0005) обнаруживалась у больных с морфологически более высокодифференцированными предраковыми поражениями добавочных долей молочной железы (дисплазиями, внутридольковым раком и внутрипротоковом раке с высокой степенью дифференцировки), чем у пациенток с низкодифференцированными неоплазиями (протоковой карциномой in situ с низкой дифференцировкой и раком in situ с микроинвазией. По результатам нашего исследования, для тяжелой дисплазии характерна пролиферация мономорфных клеток с незначительным укрупнением и полиморфизмом ядер при отсутствии патологических митозов, некроз также отсутствует. Важным дифференциально-диагностическим признаком является сохранение поляризации ядер по отношению к базальной мембране. Также большое значение имеет и количество структур, вовлеченных в патологический процесс, так как для диспластических изменений ДДМЖ характерно поражение не более одной или двух структур до 2мм в диаметре каждая. Было определено, что наряду с обычным гистологическим исследованием при проведении дифференциальной диагностики очень эффективно использование иммуногистохимического исследования, особенно исследование экспрессии ER/PR.

THE RELATIONSHIP BETWEEN OBESITY AND BREAST CANCER SYBTYPES

Alimhodjayeva L.T., Mirzayeva M., Zakirova L.T.

Republic specialized scientific practice center oncology and radiology

Introduction. Obesity is a major public health problem, mainly developed countries. It has been associated with cancer risk and mortality. In obese adipose tissue produces free fatty acid and different hormone as metobolic and endocrine organ. Such as leptin, adiponectin, adipokin, tumor necrosis factor α (TNF- α) and other, which participate tumorogenic process. The relationship obesity and premenopausal intrinsic breast cancer subtypes is not completely elucidated. Our researcher work about obesity in premenopausal obese women as a risk factor for specific breast cancer sybtypes and evaluated obesity affects the risk breast cancer sybtypes in postmenopausal and premenopausal women.

Materials and methods. This retrospective study was conducted from 2017 till August 2022 in Tashkent, Republic specialized scientific practice center oncology and radiology. Each woman's body mass index was estimated according to WHO criteries.Youngest patient was 30 and oldest 68 years old, average – 48. Patients devided into two group according to menopausal status of women: first group involved 30 women, who were postmenopausal status and second consist of 26 premenopausal. Material in breast cancer tissue from every woman have been tested immunohistochemical(IHCH)

analyze. ER, PR, HER/2 and Ki-67 oncomarkers were evaluated.
Result. Distribution of immunohistochemical sybtypes were studied in pre-and postmenopausal women according to BMI subgroup. In postmenopausal group Lyuminal A sybtype more frequent obese patient than overweight and normal-weighted. Triple-negative histologic type more frequent in obese premenopausal women compared to postmenopausal and BMI<30kg/m2 premenopausal. For premenopausal group, patients with BMI ≥30kg/m2 had ER and PR negative tumors compared with normal-weighted patient. Treatment characteristics.All of patients accepted neoadyuvant chemotherapy (AC –doxorubisin+cyclophosphan and TP- paclitaxel + carboplatin) 6 or 8 course. Total of 34 patient underwent surgery. 5 of them were opereted with breast conserving surgery, other with radical mastectomy on method Madden. Among BMI groups, no significant difference in relation to chemotherapy and surgery was found between pre- and postmenopausal patient. But premenopausal obese patients appered to receive less hormonal therapy compared to postmenopausal obese patients(p<0,001).
Conclusion. Obesity has been reported to be an adverse factor of survival BC patients, our research work indicated that higher BMI was found the independent predictor of BC mortality. Finally, there may be other risk factors for each immunohistochemical subtype independent of menopausal period and BMI.

METASTATIC BREAST CANCER IN MEN
Alimkhodzhaeva L.T.[1], Norbekova M.Kh.[2]
Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology[1], Tashkent Medical Academy[2]
Aim: Optimization of diagnostic and therapeutic measures with the assessment of prognostic factors in metastatic breast cancer in men.
Materials and research methods. To study the results of treatment of metastatic breast cancer (MBC) in the Republic of Uzbekistan covers the period from 2010 to 2020 (10 years), 103 patients with newly diagnosed breast cancer with metastases.
Results. The largest group consisted of patients with breast cancer with metastases in the age group of 41-50 years (31%) and 51-60 years (27.3%). There were slightly fewer patients with breast cancer at the age of 61-70 years (19.6%) and even fewer in the elderly - 79 patients (7.6%). The most common histological forms of the primary tumor were lobular (41%) and ductal (30%) types of cancer. In 13.5% of cases, the histological structure of the tumor was represented by an undifferentiated form, due in some cases to therapeutic pathomorphosis.
Conclusion. The size of neoplasms ranged from 0 to 5 cm or more. One-year survival of patients with MBC differed depending on the size of the primary tumor. Between groups of patients with sizes from 2 to 5 cm and more than 5 cm, the overall 5-year survival was not statistically significantly different (35% and 28%, respectively). It is noticeable that the 5-year survival rate of patients with metastatic breast cancer with tumors less than 2 cm was 66.9%, while with tumors more than 5 cm it was only 28.8% (P<0.001). The upper outer quadrant, as well as the central part of the mammary gland, were statistically significantly more often (34.2 ± 4.87 and 46.1 ± 4.7 cases, respectively) affected by the tumor compared with the lower outer (5.7 ± 1.69), upper inner (7.5 ± 2.28) and lower inner (2.3 ± 0.94) quadrants. According to our study, the bones were already affected at the initial admission in 24.0% of cases. In 8 cases it was the spine, in 7 - the ribs and 4 - the ilium. Osteolytic lesions were noted in 5 patients. In two cases it was difficult to determine the type of lesion radiographically. Thus, 64.2% of patients survived 5 years or more, which was statistically significantly higher than with combined and combined methods (P<0.05, t=2.l). The main histological forms of breast cancer were lobular and ductal variants of the tumor, which together accounted for 71% of the forms.
Thus, in the treatment of metastatic breast cancer, it is necessary to provide adequate local treatment of the primary focus, control of metastatic regional and distant ones, which prevents further spread of the tumor process and leads to an increase in survival and improvement in the quality of life of patients. When choosing a method of treatment, it is necessary to take into account the localization of the metastasis, the age and general condition of the patient, her menstrual status, the presence of concomitant diseases, previous treatment for primary breast cancer. Important prognostic factors are the number of metastatic regional lymph nodes, the histological structure of the tumor, and the treatment methods used.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РЕДКОМ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ФОРМЫ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН

Алимходжаева Л.Т., Мирзаева М.
РСНПМЦОиР

Введение. Рак молочной железы является самым распространённых онкологическим заболеванием среди женщин во всем мире. Это заболевание классифицируют по-разному: гистологически, молекулярно, функционально, по TNM-классификации и др. По гистологической классификации 70-80% случаев составляют инвазивный протоковый рак. По данным различной литературы, частота редких гистологических форм составляет 4-25%. Метаболический синдром является не только одним из факторов риска, ведущих к РМЖ, но его сосуществование с раком имеет важное значение для оценки исхода заболевания. Также эффективность химиотерапии, проводимой при РМЖ, напрямую зависит от гистологического типа опухоли и сопутствующих заболеваний. Они являются важными факторами, участвующими в механизмах развития и прогрессирования опухоли.

Цель. Изучение зависимости химиотерапии от гистологического типа опухоли при раке молочной железы с метаболическим синдромом.

Материал и методы. С целью проведения данного исследования ретроспективно изучен анамнез 12 женщин, находившихся на лечении с диагнозом метаболический синдром и рак молочной железы в Ташкентском городском филиале Республиканского специализированного онкологического и радиологического медицинского центра в 2013-2017 гг. В этой группе больных выявлены редкие гистологические формы РМЖ. В качестве контрольной группы были взяты 10 пациенток, страдающих метаболическим синдромом и хронической обструктивной болезнью легких, леченных инвазивным раком молочной железы или дольковыми гистологическими формами опухоли. ИМТ (индекс массы тела) пациентов рассчитывали в соответствии с классификацией, рекомендованной ВОЗ.

Результаты. По результатам обследования редкими гистологическими формами рака у отобранных больных являются: муциноз (41,66%), скирроз (33,33%), тубулярный (16,6%), папиллярный (8,33%). У всех больных было ожирение (I - 25%, II - 41,66%, III - 33,33%), у 5 - ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз (41,66%); Гипертоническая болезнь (66,66%) и осложненный сахарный диабет (8,33%) выявлены у 8 больного. Всем их выполнена радикальная мастэктомия, 41,66% больных получили 2-5 курсов неоадъювантной химиотерапии. По результатам гистологического исследования после операции постлечебныйпатоморфоз оценивался по шкале Г. А. Лавникова: 3-я степень у 2 больных, 2-я степень у 1 больного, 1-я степень у 2. Эти изменения прямо пропорциональны количеству проведенных курсов химиотерапии независимо от гистологического типа опухоли у больных ($p \leq 0{,}001$). Изменения в лимфатических узлах: реактивная гиперплазия у 5 больных, реактивный лимфаденит у 6, метастатические изменения у 1. Гиперпластические процессы и метастатические изменения в лимфатических узлах расценивались как связанные с сопутствующего метаболического синдрома и высоким уровнем ИМТ у больных ($p \leq 0{,}005$).

Заключение. Редкие гистологические формы рака молочной железы имеют лучший прогноз, чем протоковые и дольковые гистологические формы. При этих гистологических формах развитие заболевания на фоне метаболического синдрома чаще наблюдается у больных, не получавших нПХТ, гиперплазии лимфатических узлов и у получавших мтс. Эффект химиотерапии не зависит от ожирения и других сопутствующих заболеваний ($p \leq 0{,}001$). Пятилетняя выживаемость больных составляет 66,66% ($p \leq 0{,}005$). Учитывая, что редкие гистологические формы рака молочной железы имеют относительно хороший прогноз, подбор относительно менее агрессивных схем нПХТ и АПХТ у таких больных и органосохраняющие операции при опухолях небольших размеров служат улучшению качества жизни больных.

АЁЛЛАР РЕПРОДУКТИВ АЬЗОЛАРИНИНГ СУТ БЕЗИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИ РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ

Аллаяров О.М., Джалолова Ф.М.
РИОваРИАТМ АФ, АДТИ

Тадқиқот мақсади: бачадон экстирпацияси ташрихини сут бези ўсма касалликлари ривожланишига таъсирини аниқлаш.

Материал ва методлари: РИОваРИАТМ АФ шароитида 60 нафар 40-50 ёшгача бўлган, сут

безида ўсма касалликлари ташхиси куйилган аёллар танлаб олинди. Ушбу бемор аёлларнинг касаллик тарихи тиббий хужжатлари буйича ретроспектив тахлил ўтказилди.
Тадқиқот методлари: беморлар клиник-лаборатор текширувлари, сут бези пальпацияси. Ультратовуш текширув хулосалари, маммография (кўрсатмага кўра), цитологик текширувлар, трепан биопсия хулосалари, ташрих 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 ташрихи ўтказилган 35 та бемор аёллар, улардан 8 таси бачадон ортиклари сакланган аёлларни ташкил этди. Ушбу гурухдаги барча аёлларга сут безида хирургик даво муолажари ва ташрих препаратлари гистологик текшируви ўтказилди.1-гурухда қуйидаги гистологик хулосалар олинди: 7 та беморда-фиброаденома, 12 та беморда-тугунли пролиферацияланувчи мастопатиялар, 2 та беморад-сут йўллари папилломаси, 4 та беморда-сут бези раки аниқланди.2-гурухда қуйидаги гистологик хулосалар олинди: 4 та беморда-фиброаденома, 15 та беморда-тугунли пролиферацияланувчи мастопатиялар, 3 та беморад-сут йўллари папилломаси, 5 та беморда-сут бези раки аниқланди.

Юқорида олинган тахлил натижаларига кўра хулоса қилиш мумкинки, бачадон олиб ташланганда гипоталамо-гипофизар-тухумдон системасидаги гормонлар сут безларига таьсир этади ва пролиферация жараёнлари жадаллашувига олиб келади. Гормонал таьсирлар натижасида сут безларининг доимий морфофункционал структурасининг ўзгариб туриши, сут безлари эпителийсининг юқори сезувчанлиги сут безларида бир қатор ўсма касалликлари ривожланишига олиб келади.
Хулосалар: бачадон экстерпацияси ортиқларисиз ташрихи ўтказилган аёллар сут бези раки ривожланиши хавф гурухига киритилади.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ HER2/NEU ПОЗИТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аллаяров О.М., Джалолова Ф.М., Абдурасулов Х.
АГМИ, РСНПМЦОиР АФ

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- FAC+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. ($P \leq 0,05$).
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.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аминжонов Р.М., Бобоев Ш.Р.
Ферганский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: оценить эффективность различных методов и выбор оптимального подхода в лечении МРРМЖ.
Материалы и методы исследования: в исследование включены 90 пациенток МРРМЖ в возрасте от 28 до 74 лет, получившим лечение в отделении опухолей молочной железы в период с 2017по 2021 год.
Результаты. Пациентки были разделены на 3 группы: первая - 30 больных, первым этапом проводилось 4 курса предоперационной ПХТ по схеме CAF с последующим радикальным оперативным вмешательством в различных модификациях с последующей химиолучевой терапией. Вторая группа - 30 пациенток, первым этапом проводились 4 курса предоперационной

ПХТ по схеме Кселода + Доксорубицин с последующим радикальным оперативным вмешательством в различных модификациях с последующей химиолучевой терапией. В третью группу вошли 30 больных, которым первым этапом была произведена простая мастэктомия с последующей химиолучевой терапией.

Выводы: 1. Проведение неоадъювантной ПХТ, радикальной мастэктомии и адъювантной химиолучевой терапии у больных местнораспространенным раком молочной железы, позволяет достигнуть одногодичной безрецидивной у 87,5% и у 73,6%, безметастатической выживаемости по сравнению с больными, которым проводилась простая мастэктомия и адъювантная химиолучевая терапия – 71% и 53,6% соответственно

2. Проведение предоперационной ПХТ по схеме Доксорубицин + Кселода в составе комплексной терапии МРРМЖ, улучшает одногодичную безрецидивную выживаемость до 92,1%, безметастатическую - до 79,1% по сравнению с группой пациенток, получивших ПХТ по схеме CAF – 84,4% и 64,5% соответственно.

EFFICIENCY AND TOXICITY OF THE INTENSIFIED PLATINUM-CONTAINING REGIMEN IN PRIMARY BREAST CANCER WITH A TRIPLE NEGATIVE PHENOTYPE

Atakhanov N.E., Almuradova D.M., Ziyaev Sh.V., Sagdullaeva S.N., Khamidov H., Sadullaeva N.
Tashkent medical academy. Tashkent city branch of Republican specialized scientific practical medical center of oncology and radiology, Uzbekistan, Tashkent

The aim of the study was to evaluate the effectiveness and toxicity of the combination of cisplatin, doxorubicin and paclitaxel in patients with early breast cancer triple negative phenotype in preoperative mode.

Materials and methods. To solve the problems of the study, we analyzed the data of 41 patients with breast cancer (T1–2N0–1M0) who received treatment in the Tashkent City branch of the Republican specialized scientific practical medical center of Oncology and Radiology from 2015 to 2018y. Patients received treatment according to the scheme: cisplatin 30 mg / m2 in / in the cap., doxorubicin 25 mg/ m2 IV drip, paclitaxel 100 mg/m2 in/in the cap weekly 8 injections with GCSF support in dose of 5 mcg/ kg from 2 to 4 days.

Results. The frequency of development of objective effects during the whole group was 38/40 (95.0%): complete regressions - 12/40 (30.0%) partial regressions - 26 /40 (65.0%), stabilization - 2/40 (5.0%). Out of 40 operated patients in 26/40 (65.0%) achieved complete pathomorphological regression. 2-year relapse-free survival - 89.4%. 2-year overall survival- 95.1 %.

Conclusions. Due to the lack of effectiveness of standard approaches in drug treatment of breast cancer triple negative phenotype, it seems extremely urgent to search for intensive regimens of neoadjuvant chemotherapy. Despite the relatively high toxicity of the combination of cisplatin, doxorubicin, paclitaxel, its high efficacy has been proven in patients with early breast cancer triple negative breast cancer.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОМПОНЕНТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА РАКА МОЛОЧНЫЙ ЖЕЛЕЗЫ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРОНЕНИЯ

Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.
Городская клиническая больница им. Ибн Сино, ГУЗ, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз г. Ташкента, Республика Узбекистан

Актуальность темы: Рак молочной железы относится к на более часто встречавшейся формы злокачественных новообразований. По данного GLOBOCAN в 2021 году. Зарегистрировано более 2.3 млн. больных рака молочной железы (РМЖ). За последние 20 лет РМЖ занимает первая место в структуры онкологии в Республике Узбекистан выявление РМЖ в ранней стадии остается одним из ним важных проблем клинической онкологии.

Материалы и методы: на уровне первичного звена здравоохранения г.Ташкента (ЦП Алмазарского, Шайхантахурского и Чиланзарского районов) и Ташкентской области СП СВП Зангиатинского и Ташкентского районов обследовано 7551 женского населения в возрасте от 19 до 79 лет целенаправленно ультразвуковым исследованиям молочных желез. Все специалисты по ультразвуковой диагностике были обучении по исследованию молочных желез. Исследования молочных желез проводилось на аппарате фырмы «MINDRAY DC» с частотой 7 Мг. Исследования проводилось однократно, при выявлении патологии в молочных железа дона соответствующие рекомендации

Результаты. Из 7551 обследованных женщин, обследованных на уровне первичного звена

здравоохранение у 80 (1.1%) выявлен рак молочной железы. Из 80 больных у 42 (52,5%) выявлено рак молочный железы локализовался справа и у 38 (47,5%) слева.
При этом степень распространения опухоли TisNoMo выявлено у 3 больных (3,75%), TisNoMo у 29 (36,25%), T2 N1 M0 –у 29 (36,25%) и одном случае выявлено T3 N0 M0. При дальнейшем гистологическом исследовании у 63 (78,75%) выявлен инфильтративный рак у 1 (1,25%) не инфильтративный рак, у 1 (1,25%) не дифференцированный рак, у 1 (1,25%) неходжкинская лимфома, у 1(1,25%) капиллярный рак, у 1 (1,25%) плоскоклеточная рак у 1 (1,25%) аденокарцинома у, 1 (1,25%) фибросеркома, у 3 (3,75 %) внутрыпртоковый рак, у 4 (5,0%) Цистоаденокарцинома и у3 (3,75%) рак insitu. Из 80 больных у 16 (20%) выявлено органы сохраняющая операции в объемы радикальный резекции и 36 (45%) операция по Маддену. Остальные больные продолжает химиотерапевтическое лечение.
Заключение. Проведанный анализ показывает, что профилактический осмотр с применением УЗИ на уровне первичного звена здравоохранение у 75.25% больных выявит рак молочных железы в ранних стадиях (I-II) и 20% больных выполнят органы сохраняет лечение.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИ ДИАГНОСТИКАСИДА ОНКОМАРКЁРЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Бобоев Ш.Р., Аминжонов Р.М.
Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Фарғона вилоят филиали

Мақсад: сут бези саратонини (СБС) ташҳислашда маҳсус онкомаркёрларнинг аҳамиятини аниқлаш.
Материал ва услублар: мазкур текширишда 2018-2022 йил давомида давомида РИО ва РИАТМ Фарғона вилояти филиалида стационар шароитидаги 62 нафар онкомаркёрларга текширилган беморларда таҳлил олиб борилди. Улар 19 ёшдан 75 ёшгача бўлган беморлар бўлиб, уларнинг ўртача ёши 51,2±08 ни ташкил этади.
Натижа: текшириш давомида СБС билан касалланган беморларни TNM таснифи бўйича 5та гуруҳга бўлинди ва уларни маҳсус онкомаркёрларга текширилди ҳамда натижаси таҳлил қилинди. Унга кўра, T2N0M0 таснифли та 11(17,8%) беморларда онкомаркёрлар: СА 15-3 71±05 ЕД/мл; РЭА 19±03 нг/мл; СА 125 52,5±06 ЕД/мл га тенг. T3N0M0 таснифли 17та (27,4%) беморларда онкомаркёрлар: СА 15-3 92±05 ЕД/мл; РЭА 21±09 нг/мл; СА 125 69±05 ЕД/мл га тенг. T3N1M0 таснифли 10та (16,1%) беморларда онкомаркёрлар: СА 15-3 110±04 ЕД/мл; РЭА 32±07 нг/мл; СА 125 87,4±03 ЕД/мл га тенг. T4N1M0 таснифли 13та (21%) беморларда онкомаркёрлар: СА 15-3 245±04 ЕД/мл; РЭА 92±07 нг/мл; СА 125 160±03 ЕД/мл га тенг. T4N3M1 таснифли 11та (17,7%) беморларда онкомаркёрлар: СА 15-3 301±04 ЕД/мл; РЭА 183±07 нг/мл; СА 125 171±03 ЕД/мл га тенг.
Хулоса: TNM таснифи бўйича, ўсма катталашган сари регионар лимфа тугунларга ва секин аста узоқдаги аъзоларга метастаз бериши билан қонда онкомаркёрлар кўрсаткичи таборо ўсиб бораверади. Эрта босқичларида (T2N0M0; T3N0M0) эса онкомаркёрлар максимал 1-2 баробаригача ошганлиги аниқланди. Кечки босқичларида (T4N1M0, T4N3M1) аксинча ўсманинг тарқалиб кетганлиги туфайли юқори кўрсаткичларда яъни 7-10 баробаригача ошганлиги қайд қилинган.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гафур-Ахунов М.А., Мирзамухаммедов Х.К., Авезмуратова Г.А., Эгамбердиев Г.М.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР, г.Ташкент

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+Cysplatin. 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–у3 (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.

К ВОПРОСУ О СВЯЗИ РИСКА ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОЙ ЛИМФЕДЕМЫ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Джураев М.Д.[1], Узаков С.М.[2], Кутлумуратов А.Б.[1]

Ташкентский[1] и Самаркандский[2] филиалы Республиканского специализированного медицинского научно-практического центра онкологии и радиологии Минздрава Республики Узбекистан

Введение. Радикальная мастэктомия (РМЭ) часто ведет к вторичной лимфедеме (ВЛ), отчасти связанной с сопутствующей сосудистой патологией (ССП).

Цель. Оценить влияние РМЭ с лимфовенозным анастомозом (“РМЭ+ЛВА”) на 5-летнее дожитие больных РМЖ, его течение, риск развития ВЛ и связь риска с клиникой атеросклероза, ишемической болезни сердца, коронаросклероза, стенокардии, сосудистых заболеваний головного мозга, нейроциркуляторной дистонии и гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы. Ретроспективно исследовали больных РМЖ II кл. гр., выявленных в Самаркандской области в 2017-2020 гг. и леченных РМЭ и 4-6 курсами пред- и послеоперационной полихимиотерапии и радиотерапии. Случайным отбором составили три группы больных - I (70 женщин с I-IIIA стадией РМЖ, оперированные по схеме “РМЭ+ЛВА”), II (120 больных, леченных по схеме “РМЭ без ЛВА”, из них 92 с I-IIIA ст. заболевания вошли в подгруппу IIа, и 28 с IIIB-IIIC-IV ст. или метахронным РМЖ - IIб) и III (44 больных, леченных “РМЭ без ЛВА” с развившимися за период наблюдения (ПН, 01.01.2017-01.07.2022) признаками ВЛ). Перед операцией уточняли наличие признаков ССП.

Результаты. За ПН умерло 22 больных: 15 (12,5%) в II (11 – в IIа, 12,0%, 4 – в IIб, 14,3%) и 7 (10,0%) - в группе I ($p>0.05$). Кумулятивная вероятность 5-летнего дожития после РМЭ составила в группе I - 90,0%, II - 87,4, причем в IIа - 88,0%, IIб - 85,2% ($p>0.05$ во всех парах сравнения). В I за ПН удаленные метастаз выявлены у 7 больных (10,0%, CI95%=3,0÷17,0), случаев без осложнения и рецидивы 40 (57,1, 45,5÷68,7), признаки ВЛ не наблюдали ни у одного больного (1,4, 0,0÷5,4); не явились на контроль - 11 (15,7, 7,2÷24,2). В IIа соответственно у 9 (9,8, 3,7÷15,8), 44 (47,8, 37,6÷58,0), 16 (17,4, 9,6÷25,1) и 20 (21,7, 13,3÷30,2). В IIб – у 7 (25,0, 9,0÷41,0), 11 (39,3, 21,2÷57,4), 2 (7,10, 0,0÷19,1) и 4 (14,3, 1,3÷27,2). Более частыми были признаки ГБ в I, II (причем в IIа и IIб), чем в III ($p<0,05$). По частоте остальных нозологий ССП групповые различия недостоверны ($p>0.05$).

Заключение. РМЭ+ЛВА эффективно снижает риск ВЛ, не влияя на течение РМЖ, 5-летнее дожитие. Риск ВЛ непосредственно не зависит от наличия у больных явлений ССП, но, возможно, он связан с факторами, препятствующими ГБ.

СУТ БЕЗИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА БИР ВАҚТЛИ ВА КЕЧИКТИРИЛГАН СЎРҒИЧ АРЕОЛА КОМПЛЕКСИНИ ТИКЛАШ

Жумабоев А.Т., Аллаяров О.М., Хусанов В.С.

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий – амалий тиббиёт маркази Андижон филиали

Долзарблиги. Сут безида бажарилган ташрихларда сўрғич ареола комплекси (САК) ни сақлаб колишни иложи йўқлиги жаррохлар олдига уни қайта тиклаш муаммосини қўяди. Хосила сут бези марказида жойлашганда жаррохлик амалиёти бажарилиб, САК олиб ташланиши аъзо

сақловчи ташрихлардан сўнг ҳам камчилик туғдиради.
Кейинги йилларда САКни тиклашнинг қатор косметик усуллари ишлаб чиқилиб, сут бези касалликларини даволашда амалиётига тадбиқ қилинди (Pezner, Patterson et al. 1985; Daer 1987; Klaf, Lyuis1993; Macmillan 2005.). Илмий изланишлар туфайли САКни тиклаш амалиёти АВОД шароитида 2014-2015 йилларда режалаштирилди.
Изланишнинг мақсади. Сут бези саратонида бажарилаётган ташрихларда сўрғич ареола комплексини тиклаш оркали беморлар косметик кўринишини яхшилаш.
Ишнинг вазифаси. Сут бези саратони туфайли бажарилаётлан ташрихларда бир вақтли ва кечиктирилган сўрғич ареола комплексини тиклаш косметик усулларини қўллаш оркали сут бези табиий кўринишини сақлаб колиш.
Материал ва услублар. РИО ва РИАТМ Андижон вилояти филиалида сут бези саратони билан оғриган беморлардан 5 нафарида сўрғич ареола комплексини тиклаш ташрихи бажарилди.
Натижалар. Беморларнинг ўртача ёши 34±10 ёш. 3 нафар беморда ТДЛ пластикаси (2 нафар) ва маммопалатика (1 нафар) амалиётлари билан бир вақтда САК тиклаш амалиёти бажарилди. 2 нафар беморда ТДЛ пластикасидан сўнг кечиктирилган САК тиклаш амалиёти бажарилди. Ташрихдан сўнг беморларда косметик эффект 100% бўлгани, беморлар рухиятидаги турғунлик, соғайишга ишончни юқори бўлганлиги кузатилди.
Хулоса: САК ни ТДЛ пластикаси ва маммопластика билан бир вақтли тиклаш амалиёти кечиктириб тиклашга нисбатан кулай бажарилди, кайта ташрих бажарилишини олди олинди. Сут бези косметик холати тикланиши беморлар рухияти ва ҳаёт сифати яхшиланди.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИДА БАЖАРИЛГАН РЕКОНСТРУКТИВ ВА МАММОПЛАСТИКА ТАШРИХИЛАРИНИ САМАРАДОРЛИГИ

Жумабоев А.Т., Мамарасулова Д.З.
Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий – амалий тиббиёт маркази Андижон филиали

Долзарблиги. Сут бези саратони билан оғрувчанлик кундан кунга кўпайиб, ёшариб бормоқда. Аёлларни айни ёш, репродуктив даврида бу касаллик билан оғриши ачинарли холатдир. Сут безида бажарилган ташрихлар ва улардан юзага келган асоратлар натижасида беморларни ҳаётга бўлган қизиқишининг пасайиши, ўзини ногирон, камситилгандек хис қилиши, рухий эмоционал дискамфорт ва хаттоки оилаларнинг бузилиб кетиши юзага келмоқда (Герасименко В.Н.в.б., 1980; Sacks N. в.б., 1993).
Тадқиқот мақсади: сут бези саратонида бажариладиган ташрихлар билан маммопластика ва реконстукция ташрихларини қўллаб самарадорлигини аниқлаш.
Материал ва услублар: РИО ва РИАТМ АФда 2012-2017 йилларда сут бези саратони (T1-2N0-2M0 босқичларида) билан 38(100%) нафар беморда I) реконструктив ташрихлар бажарилди. А) ТДЛ пластика 32(84,2%); Б) ТРАМ пластикаси 4(10,5%); В) РМЭ + бир вақтни ўзида эндопротез пластикаси 2(5,2%) нафарни ташкил қилди. II) Сут бези саратони (T1N0M0 босқичида) I-босқичида 63(100%) нафар беморларда маммопластика ташрихлари бажарилди. А) Хосила сут бези турли квадрантларида жойлашганда квадрантэктомия + лимфодисекция + редукцион маммопластика 33(52,3%); Б) Хосила сут бези ташқи юқори квадрантида жойлашганда квадрантэктомия + лимфодисекция + редукцион маммопластика 12(19%); В) Хосила турли квадрантларда жойлашганда квадрантэктомия + интрамаммар чултоқ пластикаси 8(12,6%); Г) Хосила сут бези марказида жойлашганда марказий квадрантэктомия + сурғич ареола комплексини тиклаш ташрихи 4(6,3%)нафарни ташкил қилди. Беморларнинг ўртача ёши 36±6 ёш.
Натижалар: I) Маммопалстика ташрихидан сўнг қупол чандиқ, деформация, асимметрия, САК ретракцияси, репозицияси ва рухий холатнинг ёмонлашуви каби асоратларнинг олди олинди. 3-йил ичида рецидив жарохатланиш 2(3,1%) ни, mts жарохатланиш 1(2,6%) ни ташкил этди. II) Реконструктив ташрихлардан сўнг жарохатни иккиламчи битиши 1(1,6%) ни, жарохат четининг енгил даражадаги некрози 4(6,3%) ни, Чўлтоқ атрофияси 1(1,6%) ни, қўллардаги ўткинчи лимфостаз 4 (6,3%) ни, қўпол чандиқ 1(1,58%) ни, Ассимметрия 5(8%) ни, Рухий холатнинг ёмонлашуви 1(1,6%) ни, 3-йил ичида рецидив жарохатланиш 2(4,6%) ни, 3-йил ичида метастаз жарохатланиш 4(6,3%) ни ташкил этди.
Хулосалар: 1) Сут бези саратонида бажариладиган радикал мастэктомия ва аъзо сакловчи квадрантэктомия ташрихлари билан маммопластика ва реконитуктив ташрихлар бирга қўлланилиб радикализм ва онкологик давога эришилди. 2) Ташрихдан сўнг беморлар эстетик холатининг юқори даражада эканлиги ҳаёт сифатини яхшиланишига олиб келди.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИГА ШУБХА КИЛИНГАН БЕМОРЛАРДА ТАРЕПАН БИОПСИЯ ДИАГНОСТИКАСИ

Жумабоев А.Т., Ишанчаева Н.Қ.
Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий – амалий тиббиёт маркази Андижон филиали

Долзарблиги. Сут бези ўсма касалликлари диагностиккасида биопсия асосий ўринни эгаллайди. Тиббиётда тўғри ташхис қўйиш касалликни даволашга биринчи қадам хисобланса, онкологияда даволашга биринчи кадам бу биопсия текширувига асосланиб тўғри ташхис қўйишдир. Хозирда ривожланган онкология шифохоналарида қуйидаги биопсия турлари қўлланилади: Ингичка игнали УЗИ назоратидаги биопсия, вакумли аспирацион трепан биопсия, инсцизион биопсия (Хосиладан кичик кесма олиб гистологик текширув), эксцизион биопсия (Хосилани бутунича олиб текширув), стреотаксик трепан биопсия (Стериатоксик илмокчани 1-2мм ва ундан катта хажмдаги хосилаларни рентген кузатувида жойлаштириб, илмокча ташки учи йуналишида кесма килиб хосилани бутинича олиб текшириш), трепан биопсия (Трепан игна ёрдамида хосиладан бир неча кесма олиниб текширув). Сут бези ўсмалари диагностикасида трепан биопсия мухим роль ўйнайди. Илмий изланишлар туфайли сут бези ўсмалари диагностикасида трепан биопсия асосий стандарт усулига қўшилган.

Ишнинг мақсади. Сут бези ўсмалари диагностикасида трепан биопсияни қўллаш оркали яхши ёки ёмон сифатли ўсмаларни аниқлаш, сут бези саратони гистологик верификациясини аниқлаб кейинги даво тактикаксини танлашга имкон яратлиши. Сут бези ракининг бошланғич даврида аниклаш.

Ишнинг вазифаси. Сут бези ракига шубха қилинган беморларда трепан биопсия диагностикаси амбулатор шароитда махаллий оғриксизлантириш йўли билан ўтказилиши. Гистологик верификацияни аниқлаб, даволаш тактикасини танлаш. Сут бези саратони билан оғриган беморлар касаллик босқичларини аниклаб соғломлаштириш ишларини қулайлаштириш. Ўтказилган текширувлардан олис натижаларни тахлил қилиш.

Материал ва услублар. РИО ва РИАТМ АФ да 2013-15 йиллари сут бези ракига шубха қилинган беморларнинг 218 нафарида трепан биопсия поликлиника шароитида махаллий оғриқсизлантириш йўли билан ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши 36±14 ёш.

Мухокама ва натижалар. Текширувда беморлардан 20(9,2%) нафарида яхши сифатли ўсма, 186(85,3) нафарида сут бези раки аниқланди. 12(5,5%) нафар беморда трепан биопсия ёрдамида сут бези раки диагностикаси имкони бўлмади. 186 (85,3%) нафар сут бези раки аниқланган беморлардан 17(9,1%) нафарида I- босқич, 36(19,3%) нафарида II a босқич, 56(30,1%) нафарида II b босқич, 77(41,3%) нафарида III босқич аниқланди. Сут бези раки билан оғриган 186(100%) нафар бемордан 79(42,4%) нафарида «Внутрипротоковая карцинома». 67(36%) нафарида «Инфильтрирующая карцинома». 40(21,5%) нафар беморда «скиррозний карцинома» гистологик верификациялари аниқланди.

Хулоса: 1.Сут бези ракига шубха килинган 186 нафар беморда гистологик верификация аниқланиб, стандартга асосан даволаш тактикаси белгиланди.

2.Трепан биопсиянинг диагностик имконияти 94,5% ни ташкил килди, бу трепан биопсиянинг мухим диагностик усул эканлигини, онкодиспансер шароитида доимий йўлга қўйилиши шартлигини билдиради.

3.Беморларнинг 107(57,5%) нафарида сут бези саратонининг бошланғич босқичларида I – 17(9,1%), II a 35 (18,8%), II b 56 (30,1%) III 78 (42%) аниқланди.

СУТ БЕЗИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА ЛИПОСАКЦИЯ ВА ЛИПОФИЛИНГНИ КЎЛЛАНИШИ

Жумабоев А.Т.
Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий – амалий тиббиёт маркази Андижон филиали

Долзарблиги. Аёлларда учрайдиган сут бези деффектлари, ташрихдан кейинги деформациялар, асимметриялар, семириб корин, бел, думба ва сон соҳасида ёғ тўқимасини йиғилиши аёл рухиятига салбий таъсир кўрсатиб, аёл кайфиятининг доимий бузилишига, ўз жуфти олдида жисмоний нуқсонлилик хисси ривожланишига, хиссий, жинсий ва рухий зўриқишлар пайдо бўлишига олиб келади. Семизлик туфайли аёлларда дискомфорт, харакатнинг чекланиши, терининг доимий ишқаланиш, травма олиши, терлаши туфайли трофик ўзгаришлар, индурациялар ва иккиламчи инфекция ривожланишига шароит яратилади. Эстетик

жаррохликнинг ривожланиши, тананинг турли қисмларидаги ортиқча ёғни олиб ташлаш, олинган ёғни танадаги деффект соҳасига кўчириб ўтқазиш имконини берди. Онкология шароитида сут бези ўсмаларини олиб ташлангандан сўнг пайдо бўладиган деффектларни тўлдиришда липосакция ва липофилингни қўлланиши аньанавий жаррохликка косметик ёндошиш имкониятини бермоқда. Илмий изланишлар натижасида сут бези ташрихдан кейинги деффектни бартараф этишда ёғ тўқимасини кўчириб ўтқазилишини даволаш усулига қўшиб олиб бориши АВОД шароитида режалаштирилди.

Ишнинг мақсади. Сут бези рак олди касалликлари ва раки туфайли қилинаётган ташрихларда пайдо бўладиган деффектни ёғ тўқимасини кўчириб ўтказиш билан тўлдириб сут безини катталаштириш ва контурларини яхшилаш. Бемор косметик кўринишини табиий холатига якинлаштириш ва ҳаёти сифатини яхшилаш.

Ишнинг вазифаси. Сут безидаги деффект ва асимметрияларни тўғрилашда ёғ тўқимаси корин, бел, думба ва сон соҳаси тери ости хусусий ёғ катламидан ажратиб олиб сут бези табиий кўринишини сақлаб қолиш. Ўтказилган ташрихларнинг олис натижаларни тахлил этиш.

Материал ва услублар. РИО ва РИАТМ АФ да сут бези ўсмалари билан жаррохлик амалиёти бажарилиб сут безларида деффект, деформация ва ассиметрия юзага келган 5 нафарида бемор танлаб олиниб липофилинг юборилиб, эстетик жаррохлик амалиёти ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши 36±6 ёш. Сут бези рак олди касалликлари билан 3 нафар, раки билан огриган (I-босқич-1; IIа-босқич-1) 2 нафар бемор танлаб олинди.

Мухокама ва натижалар. Ташрих уч этапда бажарилди. Этап-1 ёғни тананинг керакли (қорин олд девори, бел, сон икки ёни, думба) соҳасидан ажратиб олинди. Бунинг учун махсус игна ёрдамида тери ости ёғ катламидан ёғ сўриб олинди. Ёғ тўқимаси керакли миқдордан кўра кўпроқ ажратиб олинди. Сабаби ёғ тўқимасига махсус ишловдан сўнг камаяди. Тери ости ёғ катлами сўриб олинган (липосакция қилинган) соҳа кичрайиб, эстетик холати яхшиланади ва бемор семизликдан халос бўлади. Этап-2 ажратиб олинган ёғ тўқимасига ишлов бериб, деффект соҳасига ўтқазишга тайёрланди. Бир марталик шприцларга ажартиб олинган ёғ тўқимаси центрафугага жойлаштирилиб 4 минут давомида айлантирилиб олинди. Хосил бўлган остики суюқ қон қисми ва устки ёғ эмулсия қисми тўкиб ташланиб ўрта соф ёғ тўқимаси (липофилинг) қисми ажратиб олинди. Этап-3 ажратиб олинган липофилингни сут бези керакли жойига деффектини тўлдириш, катталаштириш, контурларини яхшилаш мақсадида юборилди. Ёғ тўқимаси инъекцион тарзида юборилгани учун ташрихдан кейинги чандиклар кузатилмади. Ташрихдан кейин кузатилиши мумкин бўлган: Дискомфорт, шиш, гематома, харакатнинг шу соҳада чекланиши каби асоратлар кузатилмади. Ташрих хажмига кўра беморларда 5-10 кун ичида ишга яроқсиз холатда бўлиши, 1 ойга қадар спорт билан шуғулана олмаслиги кузатилди. Юборилган липофилинг 3-4 ойдан сўнг кузатилганда 50-80% гача яшовчан холатда аниқланди. Яшаб қолган ёғ тўқимаси доимий хисобланади. Косметик эффект 90-100% бўлди, беморлар психологиясидаги турғунлиги, соғайишга ишончи юқори бўлди.

Хулоса: 1. Сут бези ўсмаларида бажарилган ташрихлардан сўнг юзага келган деффектни липофилинг билан катталаштириб контурлари нормал холатга келди.

2. Юборилган ёғ тўқимасининг 50-80% гача яшовчанлиги аниқланди.

3. Беморлар косметик холати ва ҳаёт сифатини 90-100% гача яхшилади.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯХИРУРГИЯРАКАМОЛОЧНОЙЖЕЛЕЗЫСОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ

Жумабоев А.Т., Мамарасулова Д.З., Аллаяров О.М., Сотволдиев К.Х.
Андижанский филиал РСНПМЦОИР

Введение. Органосохраняющая хирургия в лечении рака молочной железы (РМЖ) с последующей лучевой терапией, наряду с мастэктомией, доказала свою эффективность и безопасность. Однако простое иссечение опухоли приводит к значительным деформациям. Концепция онкопластической хирургии – метод, использующий подходы пластической хирургии, позволяющий широко удалять опухоль исходя из принципов редукционной маммопластики или мастопексии без образования грубых деформаций молочной железы, что улучшает качество жизни пациенток.

Материалы и методы. Представлен опыт органосохраняющих операций на базе Маммологического отделения АФ РЦНЦОИР, организованного согласно критериев EUSOMA. План лечения формировался согласно международным стандартам (NCCN, ESMO) на междисциплинарной онкологической конференции. Учитывались пожелания самой

пациентки. Доступы и иссечения паренхимы планировались с учетом принципов мастопексии или редукционной маммопластики. При удалении более 25% объема железы, дефект закрывался перемещенным лоскутом. У всех больных исследовался край резекции. Применялось цитологическое исследование краев резекции удаленного препарата. При клинических признаках поражения регионарных лимфатических узлов выполнялась аксиллярная лимфодиссекция 1–2 уровней. При их отсутствии – биопсия сторожевого лимфоузла.

Результаты. С 2013 по 2015 оперировано 35 пациенток, выполнено 35 операций. Средний возраст составил 53 года. Средний вес удаленного препарата составил 300 г (60–1034 г), средний размер 1,5 (0,8–2,1) см. 35 (100%) – с аксиллярной лимфодиссекцией. У 5 (14,2%) пациенток закрытие дефекта проведено с использованием ротации крупных паренхиматозных лоскутов, редукционной маммопластики, мастопексии и перемещенных лоскутов. У 25(71,4%) пациенток выполнены одномоментные симметризирующие операции. Осложнения наблюдались у 2 (5,7%) пациенток. У 0 (0%) обнаружена опухоль в крае резекции. Прослежены отдаленные результаты лечения у 30 (85,7%) пациенток. Средний срок наблюдения составил 17,5 (5–30) месяцев. Местные рецидивы возникли у 1 (2,8%), метастазы – у 1 (2,8%) больных, из них умерло 1 (2,8%) больных.

Выводы. Применение онкопластической хирургии при лечении рака молочной железы с одномоментной пластикой в условиях Онкологического диспансера является оптимальным в комплексном лечении РМЖ, позволяет обеспечить радикализм онкологического лечения без ущерба для эстетического вида молочной железы и улучшить качество жизни пациенток.

ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жуманиязов М.М.

Хорезмский филиал РСНПМЦО и Р. г Ургенч, Узбекистан

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) по показателям заболеваемости и смертности занимает ведущие позиции среди всех злокачественных новообразований. Основным методом лечения ранних стадий рака молочной железы по-прежнему является хирургическое вмешательство. Максимальный местный контроль обеспечивает мастэктомия (МЭ). Однако в последние десятилетия при определенных показаниях все чаще применяются различные варианты органосохраняющих операций (ОСО). Нами изучены факторы, влияющие на риск рецидива РМЖ при сохранных операциях.

Материалы и методы. Исследование проводилось отделениях онкогинекологии и маммологии Хорезмском филиале РСНПМЦО и Р. В работу включено 107 пациентов с I-II стадиями РМЖ, находившихся на лечении в период с 2013 г. по 2017 г. Основную часть составили больные, подвергавшиеся сохранным операциям – 88, в контрольную группу вошли больные, которым была выполнена радикальная МЭ. Средний возраст больных в обеих группах на момент постановки диагноза составил 54 года. Проанализированы клинические и морфологические факторы, потенциально способные оказать влияние на риск развития рецидива.

Результаты. Частота возникновения изолированных местных рецидивов при первично-операбельном РМЖ после радикальных МЭ составляет 3,8%, после ОСО - 7,0%. Общая 5-летняя и 10-летняя выживаемость при ОСО составила 96,4 и 83,4% соответственно, безрецидивная - 94,6 и 83,1%. Общая 5- и 10-летняя выживаемость в контрольной группе после МЭ составила 96,2 и 86,4% соответственно, безрецидивная — 96,2 и 86,2%. При однофакторном анализе неблагоприятный прогноз в отношении риска местно-регионарного рецидива (МРР) зарегистрирован при: уменьшении ширины резекции ($p<0,001$), наличии обширного внутрипротокового компонента ($p<0,001$), поражении регионарных лимфатических узлов ($p<0,01$), отсутствии адъювантной лучевой терапии ($p<0,05$). Также на возникновение МРР влияли биологический подтип опухоли: наибольшая частота МРР при трижды-негативном (48%) и HER2 позитивном подтипах опухоли, наименьшая при Люминальном А (19%) подтипе ($p<0,01$).

Выводы. Объём оперативного вмешательства при РМЖ существенно не влияет на общую выживаемость больных, однако частота местных рецидивов выше при сохранных операциях, поэтому объем операции и вариант адъювантного лечения (лучевая и системная терапия) необходимо планировать с учетом факторов риска МРР.

ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Закирова Л.Т., Алимходжаева Л.Т., Нигманова Н.А, Махмудова Н.Э., Косимов Д.А., Шомансурова Н.С., Халимов Ж.Ж.
РСНПМЦОиР МЗРУз, г.Ташкент

Актуальность: в последнее время в перечень критериев прогноза включен ряд молекулярных маркеров опухолевых клеток.

Цель исследования: изучить роль внеклеточной ДНК и гиперметилирования ДНК в плазме крови как маркера диагностики рака молочной железы.

Методы исследования: при выполнении исследований были использованы образцы ДНК, полученные из лейкоцитов периферической крови больных, страдающих РМЖ (20 больных). Кровь онкологических больных получали в отделении маммологии Республиканского онкологического научного центра МЗ РУз. В качестве контроля использованы ДНК лейкоцитов периферической крови здоровых доноров (15 доноров).

Результаты: анализ вкДНК может помочь решению следующих задач лабораторной медицины – скрининга, диагностики, мониторинга и прогноза. Для скрининга можно использовать определение уровня вкДНК. В области диагностики наилучших результатов можно достигнуть, используя тесты на обнаружение специфических опухолевых маркеров в молекулах вкДНК. Оценка содержания вкДНК может помочь в прогнозе течения заболевания и в мониторинге эффективности лечения. При РМЖ активность ДНК-метилтрансферазы повышается на 58%, по сравнению с нормой. Анализ метилирования ДНК имеет ряд преимуществ перед детекцией мутаций при выявлении клеток рака. Во-первых, частота аномального метилирования CpG-островков генов - супрессоров значительно превышают частоты структурных повреждений тех же генов при канцерогенезе. Во-вторых, анализ метилирования ДНК технически прост и в большинстве случаев сводится к ПЦР с одной парой праймеров. Внеклеточная ДНК (вкДНК) может служить маркером прогноза развития предопухолевых изменений, ранней диагностики и прогнозирования клинического течения рака молочной железы, которую можно было бы детектировать в биологических жидкостях организма, для создания методов малоинвазивной диагностики.

Выводы. Определение молекулярных маркеров позволяет, выделить группу пациентов с повышенным риском страдающих, ранним РМЖ. Также, значение молекулярных маркеров может использоваться для разработки новых современных препаратов, действующие как «мишень» на эти молекулы. Молекулярно-биологические маркеры, определяемые в опухолевой ткани, дают возможность охарактеризовать опухоль в отношении: чувствительности к гормонотерапии и таргетной терапии, а также склонности к инвазии и метастазированию.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВКДНК ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Закирова Л.Т., Алимходжаева Л.Т., Нигманова Н.А, Махмудова Н.Э., Косимов Д.А., Шомансурова Н.С., Халимов Ж.Ж.
РСНПМЦОиР МЗРУз, г.Ташкент

Актуальность: в настоящее время проводится все большее число исследований, которые демонстрируют возможность использования вкДНК в качестве маркера при различных видах онкопатологии, включая диагностику, прогноз и мониторинг. Анализ вкДНК дает возможность обнаружить развитие приобретенной резистентности, с последующим прогнозированием рецидивов и исходов заболевания.

Цель исследования: изучить связь между изменениями концентрации вкДНК от клинико-морфологического и рецепторного статусов больных при раке молочной железы.

Материал и методы исследования: в данном исследовании проведено изучение молекулярно-биологические и генетические исследования маркеров, которое проведено на 80 больных женщин с первичным РМЖ, стадии T1-4N0-3M0, получившие лечение в отделении онкомаммологииРСНПМЦОиР МЗ РУз, в возрасте 23-45лет. В качестве контроля использованы ДНК из плазмы/сыворотки периферической крови здоровых женщин.

Результаты: достоверные изменения концентрации вкДНК отмечались в возрастных периодах 25-30 лет и 31-35 лет, что составило 249,3 и 261,2 нг/мл, соответственно. Изучение рецепторного статуса показало достоверную связь концентрации вкДНК с пациентами РМЖ молодого возраста при (RE-/RP+)-144,8 и (RE-/RP) -193,4нг/мл. По гистологическому типу опухоли наибольшая концентрация вкДНК отмечалась при инвазивно-протоковом раке – 192,3 нг/мл,

что касается стадии достоверно высокие значения отмечались при IIb и IIIa стадии – 173,5 и 228,7 нг/мл, соответственно. Статусы Her2/neu и Ki-67 были следующими, при отрицательном Her2/neu концентрация значимо увеличивалась и составила 234,3 нг/мл, а для Ki-67 достоверное увеличение показателей согласовывалось с рецепторным статусом (RE+/RP-) – 212,4 нг/мл и (RE-/RP-) – 236,8 нг/мл.

Выводы. Изучение статуса Her2/neu показало увеличение вкДНК при его отрицательных значениях, что также больше всего проявляется среди пациенток до 35 лет, объясняя агрессивность поведения опухоли при РМЖ молодого возраста. Изменение Ki-67 показало значимые изменения уровней вкДНК и связь при (RE+/RP-), а также (RE-/RP-), что говорит о высокой пролиферативной активности и высвобождении вкДНК, что и обуславливает высокую злокачественность, рецидивирование и быстрое метастазирование процесса.

РОЛЬ МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ-СУПРЕССОРОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Закирова Л.Т., Алимходжаева Л.Т., Нигманова Н.А., Махмудова Н.Э., Косимов Д.А., Шомансурова Н.С., Халимов Ж.Ж.
РСНПМЦОиР МЗРУз, г.Ташкент

Актуальность: определение степени метилирования генов–супрессоров опухолевого роста может служить ранним маркером агрессивности опухолевого процесса и применяться для прогноза течения заболевания, эффективности лечения и выработки правильной стратегии при лечении различных онкологических заболеваниях.

Цель исследования: определить анализ гиперметилирования промоторных областей гена RARβ2 у больных с РМЖ молодого возраста.

Материалы и методы исследования: в данной работе проведен анализ гиперметилирования промоторных областей гена RARβ2 у больных с РМЖ молодого возраста. Для определения метилирования был использован метилчувствительной полимеразной цепная реакция (МЧ-ПЦР), который основан на использовании рестрикционных эндонуклеаз, чувствительных и нечувствительных к метилированию остатков цитозина.

Результаты: обнаружение негидролизованных рестриктазой HpaII участков, содержащих метилциозин в промоторной области, является характерным признаком РМЖ. У несколько пациентов метилирование гена RARβ2 отсутствует, а у других пациентов выявляются негидролизованные участки, содержащие метилцитозин, фрагменты промоторной области этого гена, что позволяет судить об отсутствии или слабом эффекте проводимой терапии. Исходя из проведенного нами исследования и отоброжения в гене RARβ2 участки аномального метилированияпромоторных районов, можно сделать вывод о высокой агрессивности заболевания у молодых женщин. Выявление зоны гиперметилирования, можно пользовать как маркер в прогнозе РМЖ, который дает возможность оценивать об эффективности или неэффективности проведенной терапии у пациентов молодого возраста РМЖ. При отсутствии метилирования происходит гидролиз ДНК в сайтах узнавания HpaII на электрофореграмме можно видеть отсутствие ПЦР-продукта. Если у здоровых женщин на электрофореграмме возникают фрагменты негидролизованной ДНК, то можно судить о том, что пациент имеет риск развития РМЖ или начальную стадию процесса.

Выводы. Таким образом, аномальное метилирование CpG-островков в промотной области гена-супрессора RARβ2 может служить маркером ранней диагностики опухоли, прогноза течения заболевания, ответа на специалную терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОНКОЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ВНУТРЕННИХ КВАДРАНТОВ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Зиявиденова С.С., Тухтабоева М.Т.
ТОФРСНПМЦОиР, Ташкент

Цель исследования: изучить возможности выполнения пластических операций при раке молочной железы с локализацией опухоли во внутренних квадрантах.

Материалы и методы: онкопластическая резекция молочной железы -классическая органосохраняющая операция, при которой удаляют до 1/3 ткани молочной железы с опухолевым узлом и регионарным лимфатическими узлами. Для реконструкции объема молочной железы используют собственные ткани молочной железы с транслокацией лоскутов, методика Z лоскут при расположении опухоли в верхнем внутреннем квадранте, а также,

выполнялись операции типа Мастредукции при расположении опухоли в нижних внутренних квадрантах.
Результаты: в ТОФРСНПМЦОиР в период с 2019 по 2022 г 22 больным РМЖ выполнены онкопластические операции, 16 - радикальная резекция Z лоскутом, 6 -радикальная резекция типа мастредукции с лимфадиссекцией. Средний возраст больных 49,6 лет. Начальные стадии РМЖ составили 30,7%, местно-распростра-ненные 69.3%. В 90% проведено комбинированное лечение, только в 10% хирургическое лечение.
Время до проведения лучевой терапии и лекарственного лечения пластические операции не удлиняют. Косметические результаты после органосохраняющих операций с Z пластикой в 90% отличный, данный метод позволяет сохранить симметричность обеих молочных желез без дополнительного хирургической реконструкции второй здоровой молочной железы. Косметические результаты типа Мастредукции у всех пациенток отмечаются как хороший. Ранние послеоперационные осложнения диагностированы у 4,1%, при данном методе наблюдается явная асимметрия со здоровой грудью, и желательно провести мастредукцию здоровой груди для достижения симметрии и максимального косметического эффекта.
Выводы: радикальная резекция молочной железы при раке с одномоментной реконструкцией является радикальной операцией и улучшает качество жизни больных. С помощью разных методов реконструкции в 91,4% случаев достигают отличных и хороших косметических результатов.

СУТ БЕЗИ РАКОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИДА АЁЛ ГОРМОНЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ
Исроилжонов С.[2], Хомидова Т.Э.[1], Каримов А.Р.[1]
РИОваРИАТМ Фарғона вилоят филиали[1], Фарғона давлат университети[2]
Мақсад. Сут бези рак олди касалликларида аёл гормонларини аҳамиятини аниклаш ва солиштириш.
Материал ва услублар. Мазкур текширувда Фарғона худудидаги 2021-2022 йилларда фиброаденома, мастопатиялар ва бошка рак олди холатлари билан 30 нафар мурожаат қилган бемор аёлларда эстеродиол, прогестерон, ФСГ, пролактин гормонларининг кон плазмасида микдорини иммунофермент усулида (ИФА анализатор Mindray MR-96) текширилди.
Тадқиқотлар натижасида қуйидагилар аниқланди. Прогестерон гормони: 2 (6,6%)-нормадан юқори, 17 (56,6%) – нормада, 11 (36,6%) да – нормадан паст. Эстеродиол гормони: 2 (6,6%) – нормадан паст, 16 (53,3%) – нормада, 11 (36,6%) – нормадан юқори. ФСГ – 7 (23,3%) – нормадан паст, 23 (76,6%) – нормада. Пролактин гормони: 10 (33%) – нормадан юқори, 20 (77%) – норма. Гормонал дисбаланси аниқланган бемор аёллар маммолог кўриги ва назорати буюрилган.
Хулоса. Сут бези касалликларда аёлларда эстеродиол, прогестерон, ФСГ, пролактин гормонларини аниклаш раколди касалликларни саратонга ўтишини олдини олишда, эрта аниқлашда аҳамиятга эга.

ОНКОПЛАСТИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПЫТ ТАШКЕНТСКОГО ГОРОДСКОГО ФИЛИАЛА РСНПМЦОиР МЗ РУз.
Ишанходжаева Д.С., Раззакова Н.П., Шаюсупов Н.Р.
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР МЗ РУз.
Цель исследования: хирургический метод является-основным в комплексном лечении рака молочной железы (РМЖ). Он за последние пол века перетерпел существенные изменения. Онкопластические операции – относительно новый вариант органосохраняющего хирургического лечения РМЖ, идея которого заключается в объединении принципов онкологической и пластической хирургии с целью получения 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.
Материалом и методом объекта исследования 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 1 пациентки диагностирован первично-множественный синхронный РМЖ. У всех была изучена гистологическая и иммуногистохимическая картина опухоли.
Результаты. У48% пациенток опухоль была локализована в верхне-наружном квадранте, у 32% – в верхне-внутреннем, на границе верхних квадрантов-8%, 12%-центральное локализация. Неоадьювантную полихимиотерапию по схеме 4AC+4D получили все пациентки. Частичный

регресс опухоли отмечался у 64% больных, полный регресс у 36%. Обязательном моментом являлось гистологическое изучение 5 краев резекции и клипирование ложа опухоли (для дальнейшего проведения ДТГТ). Выполнены 14 РР с использованием ТДЛ лоскута, онкопластические резекции с использование 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. Таковы что, 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. Эти цели могут быть достигнуты выполнением онкопластических и реконструктивных операций на МЖ.

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПЕДЖЕТА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ишанчаева Н.
АФ РСНПМЦОиР

Актуальность. Рак Педжета молочной железы (РПМЖ) - разновидность рака молочной железы, проявляющаяся экземоподобным поражением соска. Частота РПМЖ составляет 1 – 2% случаев в структуре рака молочной железы. Преобладающий возраст 40 – 75 лет.

Цель исследования: оценить отдаленные результаты лечения РПМЖ.

Материалы и методы. В РСНПМЦОиР АФ с 2011 по 2022 г.г. получили комплексное лечение по поводу РПМЖ 71 пациентка – первая группа. Tis рак Педжета у 46 (64,8%) больных, I - II А ст. – у 17 (23,9%), II Б – III А ст. у 8 (11,3%). Группа сравнения (вторая), 64 больных, получивших комплексное лечение по поводу рака молочной железы Tis у 11 (17,2%) больных, I - II А ст. – у 49 (76,5%), II Б – III А ст. у 4 (6,3%). Частота рака Педжета составила 1,4%. Средний возраст больных в первой группе - 54,7, во второй – 58,6 года. Овариально-менструальная функция была сохранена – у 39 (54,9%) больных первой группы, во второй группе у 33 (51,6%). В менопаузе различного срока находились 32 (45,1%) больных первой группы, 31 (48,4%) второй группы. В первой группе выполнены операции: мастэктомия по Маддену – у 68 (95,7%), мастэктомия по Пейти – у 3 (4,3%) больных. Во второй группе выполнено: мастэктомия по Маддену – у 47 (73,4%) больных, мастэктомия по Пейти – у 3 (4,7%), радикальная резекция – у 14 (21,9%). В послеоперационном периоде больным обеих групп проведена лучевая терапия, адъювантные курсы лекарственной терапии (химио-, гормонотерапия) проведены согласно общепринятым рекомендациям.

Результаты: у 7 (9,9%) больных первой группы метастазирование возникло до 3 лет наблюдения, у 9 (12,7%) до 5 лет. Во второй группе пациенток – у 8 (12,5%) до 3 лет, у 14 (21,9%) до 5 лет. Рецидив в зоне операции возник – у 3 (4,2%) пациенток первой группы до 3 лет, у 5 (7,0%) до 5 лет. Во второй группе – у 5 (7,8%) пациенток до 3 лет и у 9 (14,1%) до 5 лет. От генерализации процесса умерло в первой группе 6 (8,5%) больных до 3 лет, 11 (15,4%) до 5 лет. Во второй группе умерло больных: 7 (10,9%) до 3 лет, 11 (17,2%) до 5 лет.

Выводы: таким образом, общая и безрецидивная выживаемость при РПМЖ не отличается от среднестатистических показателей рака молочной железы, так как все известные на сегодняшний день факторы, влияющие на прогноз при типичных морфологических вариантах рака молочной железы, в той или иной степени имеют значение и для РПМЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ишанчаева Н.
АФ РСНПМЦОиР

Цель исследования: оценить результаты органосохраняющего лечения рака молочной железы (РМЖ).

Материалы и методы: изучены результаты органосохраняющего лечения 96 женщин с I -II стадиями РМЖ. Стандартная схема органосохраняющего лечения включала органосохраняющую операцию, послеоперационное облучение всей молочной железы до 46-50Гр. 23 женщинам проведено дополнительное облучение послеоперационного рубца. Медиана возраста составила 50 лет. Выделены возрастные подгруппы до 45 лет (33 жен.) и после 45 лет (63 жен.).

Результаты: средние сроки наблюдения составили 38 месяцев. Локо-регионарные рецидивы отмечены в 7 случаях, в том числе у трех больных в области послеоперационного рубца.
4-х летняя безрецидивная выживаемость составила 89%. Отдаленные метастазы диагностированы у 12 (13%) больных. 4-х летняя выживаемость без признаков заболевания составила 78%. Частота рецидивов составила 12% и 5%, частота отдаленных метастазов – 15% и 11%, 4-х летняя безрецидивная выживаемость составила 82% и 93% в возрастных группах до 45 лет и старше, соответственно, p=0,18. Из 23 женщин, получивших облучение ложа опухоли, рецидив в послеоперационном рубце диагностирован в одном случае. Из 73 женщин без дополнительного облучения послеоперационного рубца рецидив диагностирован в двух случаях.
Выводы: полученные результаты свидетельствуют о высоком локальном контроле органосохраняющего лечения рака молочной железа I и II стадии. Результаты лечения хуже у женщин до 45 лет. Не установлено зависимости между локо-регионарными рецидивами и дополнительным облучением послеоперационного рубца. В связи с увеличением риска поздних лучевых осложнений необходимо дальнейшее исследование для уточнения показаний дополнительному облучению.

ASSESS LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT BREAST CANCER

Ishanchaeva N.
The Andijan branch of the Republican specialized scientific-practical medical center for oncology and radiology, Andijan city

Relevance. Paget's cancer of the breast (PCMC) is a type of breast cancer that manifests itself as an eczema-like lesion of the nipple. The frequency of PC is 1 - 2% of cases in the structure of breast cancer. The predominant age is 40 - 75 years.
The purpose of the study. To evaluate the long-term results of the treatment of prostate cancer.
Materials and methods. At the Andijan branch of the republican specialized scientific-practical medical center for oncology and radiology from 2011 to 2022 71 patients received complex treatment for breast cancer - the first group. Tis Paget's cancer in 46 (64.8%) patients, I - II A st. - in 17 (23.9%), II B - III A st. in 8 (11.3%). Comparison group (second), 64 patients who received complex treatment for breast cancer Tis in 11 (17.2%) patients, I - II A st. - in 49 (76.5%), II B - III A st. in 4 (6.3%). The incidence of Paget's cancer was 1.4%. The average age of patients in the first group was 54.7, in the second - 58.6 years. The ovarian-menstrual function was preserved in 39 (54.9%) patients of the first group, in the second group in 33 (51.6%). 32 (45.1%) patients of the first group, 31 (48.4%) of the second group were in menopause of various periods. In the first group, operations were performed: mastectomy according to Madden - in 68 (95.7%) patients, mastectomy according to Pati - in 3 (4.3%) patients. In the second group, Madden mastectomy was performed in 47 (73.4%) patients, Pati mastectomy in 3 (4.7%) patients, and radical resection in 14 (21.9 %) patients. In the postoperative period, patients of both groups underwent radiation therapy, adjuvant courses of drug therapy (chemo- , hormone therapy) were carried out according to generally accepted recommendations.
Results: In 7 (9.9%) patients of the first group, metastasis occurred before 3 years of observation, in 9 (12.7%) - up to 5 years. In the second group of patients - in 8 (12.5%) up to 3 years, in 14 (21.9%) up to 5 years. A recurrence in the surgical area occurred in 3 (4.2%) patients of the first group under 3 years old, in 5 (7.0%) patients under 5 years old. In the second group - in 5 (7.8%) patients up to 3 years and in 9 (14.1%) up to 5 years. In the first group, 6 (8.5%) patients under 3 years of age and 11 (15.4%) patients under 5 years of age died from the generalization of the process. In the second group, patients died: 7 (10.9%) under 3 years old, 11 (17.2%) under 5 years old.
Conclusions: Thus, the overall and relapse-free survival in breast cancer does not differ from the average statistical indicators of breast cancer, since all currently known factors affecting the prognosis in typical morphological variants of breast cancer, to one degree or another, are also important for breast cancer.

ИММУНОФЕНОТИПИЧЕСКОЕ ПРОФИЛИРОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каримов А.Р., Хомидова Т.Э.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Ферганский областной филиал

Цель работы: Анализ патоморфологических исследований больных раком молочной железы.
Цель: провести анализ результатов иммуногистохимических исследований рака молочной

железы в патоморфологической лаборатории ФОФ РСНПМЦОиР в 2022-2023 гг.
Материалы и методы: в 2022-2023 гг. было проведено патоморфологическое и иммуногистохимическое исследование 138 больным раком молочной железы в клинике ФОФ РСНПМЦОиР. Из 138 больных была обнаружена у 27 (19,5%) люминальный А тип, у 43 (31,2%) люминальный В Her2 негативный, у 9(6,5%) люминальный В Her2 позитивный, у 12 (8,7%) Her2 позитивный (люминальный) тип, у 47(34,1%) трижды негативный тип.
Выводы: по результатам иммуногистохимических исследований 138 больных, видно, что основная доля иммунофенотипических вариантов РМЖ приходится на трижды негативный и люминальный А.

FEATURES OF THE COURSE OF BREAST CANCER IN ELDERLY AND SENILE WOMEN
Karimova M.N., Rakhmonov K.A., Rabimova M.N., Eshturdiev B.Dj.
Samarkand state medical institute, Samarkand branch of the Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology
Relevance. Breast cancer ranks first in the structure of cancer incidence in women. More than half of new cases of breast cancer are diagnosed in women over 65, which reflects the demographic peculiarity of our time in the growth of the absolute number of elderly and senile people in the general structure of the population, as well as in the increase in the average life expectancy of women.
Purpose of the work: To optimize the results of breast cancer treatment in elderly (over 65 years old) patients, taking into account the somatic status and clinical, morphological and biological characteristics of the disease.
Materials and research methods: The study used retro and prospective data, and also analyzed case histories, outpatient records of patients registered at the SBRSSPMCOandR, for the period from 2014 to 2017. The study included 80 patients with breast cancer (BC) over 65 years old, the oldest patient at the time of treatment was 80 years old. Of these, 60 patients underwent IHC (immunohistochemical study and determined the molecular biological subtype).
Results. Taking into account the criteria and objectives of this study, 60 patients were included who received treatment in the mammology department from 2014 to 2017. All patients were divided into age groups 65-70 years old, 70-75 years old and 75 years old and older. Studied 5-year overall and disease-free survival. The survival rate in patients 65-70 years old is expectedly better than in other age groups and reaches 89.9%. In the group of 70-75 years old 71.9% and in the group 75 and older years 67%. Among all elderly patients included in the study, stage II of the disease predominantly occurs - 50% and stage III in 40%, which indicates the drawbacks of the introduction of widespread early diagnosis (screening) and the lack of oncological alertness in elderly patients. Stage I occurred in only 10%.
Conclusions. Thus, studying the features of the course of breast cancer in old age, we came to the following conclusions: Prescribing adjuvant chemotherapy in the treatment of luminal A biological subtype does not improve the indicators of general and relapse-free survival versus hormone therapy. Sequential prescription of chemotherapy and hormone therapy in the treatment of Luminal B subtype in the elderly significantly improves the performance of 5-year-olds in comparison with hormone therapy alone - 68% versus 41%. The best survival rates were achieved in patients with radical interventions (mastectomy or organ-preserving operations) with lymph node dissection. In the group of patients without lymphadenectomy, not a single patient survived the 5-year line.

К ВОПРОСУ О ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ И РИСКЕ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОЙ ЛИМФЕДЕМЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Кутлумуратов А.Б.[1], Узаков С.М.[2], Джураев М.Д.[1]
Ташкентский[1] и Самаркандский[2] филиалы Республиканского специализированного медицинского научно-практического центра онкологии и радиологии Минздрава Республики Узбекистан
Введение. Полихимиотерапию (ПХТ) рака молочной железы (РМЖ) часто проводят перед радикальной мастэктомией (РМЭ), но она сопряжена с токсическим повреждением печени (ТПП). РМЭ часто осложняется развитием вторичной лимфедемы (ВЛ).
Цель. Сравнить влияние РМЭ с одномоментным наложением лимфовенозного анастомоза (РМЭ+ЛВА) на связь риска развития ВЛ с наличием у б-х к моменту операции (по данным клинических, инструментальных и лабораторных исследований) признаков сопутствующей

сосудистой патологии (ССП), хронических заболеваний тела матки, шейки матки и яичников (ЗТШЯ), и сонографических признаков ТПП.
Материалы и методы. Ретроспективно, среди б-х РМЖ II кл. гр., выявленных в Самаркандской области в 2017-2020 гг., подвергнутых РМЭ, случайным отбором составили выборку из трех групп - I - 70 б-х, оперированных по схеме "РМЭ+ЛВА"; II - 102 б-х без признаков ВЛ, леченных по схеме "РМЭ без ЛВА"; III - 44 б-х с признаками ВЛ, леченных по схеме "РМЭ без ЛВА". Б-е обследовались терапевтом и гинекологом, получали стандартные ПХТ и радиотерапию. Среди этих 216 б-х из 180 б-х, чьи органы брюшной полости обследованы УЗИ, составили три группы: А (36 б-х с признаками ВЛ, леченных "РМЭ без ЛВА"), В (79 б-х без ВЛ, леченных "РМЭ без ЛВА") и С (65 б-х без ВЛ, леченных "РМЭ+ЛВА").
Результаты. В группе I не наблюдали ни одного случая ВЛ за период наблюдения (01.01.2017-01.07.2022); признаки ССП обнаружены у 32 б-х (45,7%); в II признаки ССП у 57 (55,9%), в III – у 23 (52,3%). Групповые различия статистически недостоверны (p>0.05). Признаки ЗТШЯ обнаружены в группе А у 19 б-х (52,8%), в В – у 39 (49,4%), в С - у 15 (23,1%); А и В отличались от С достоверно (p<0,05), А отличалась от В недостоверно (p>0,05). В А и Б ЗТШЯ встречались чаще, чем в С (p<0,05). Сонографические признаки ТПП в А обнаружены у 10 б-х (27,8%), в В - у 26 (32,9%), в С - у 26 (40,0%); парные различия достоверны (p<0,05).
Заключение. Сонографические признаки ТПП могут иметь значение для прогноза ВЛ после обычной РМЭ. РМЭ+ЛВА эффективно предотвращает ВЛ на фоне сонографических признаков ТПП перед операцией. Возможно, ЗТШЯ связаны с риском ВЛ после РМЭ. Необходимы дальнейшие исследования.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЬНЫХ С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА РСНПМЦ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ

Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А., Оллоёров О.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность: в настоящее время, несмотря на раннюю диагностику, профилактику и значительные успехи в лечении рака молочной железы (РМЖ), по причине высокого уровня смертности, инвалидности и колоссального экономического ущерба, РМЖ остается одной из самых актуальных проблем Всемирной организации здравоохренения. РМЖ является одним из самых опасных и широко распространённых болезней, занимающих лидирующее место в структуре смертности среди населения нашей планеты. Согласно данным Международного агентства по изучению рака (IARS-International agency for research of cancer) совместно с Всемирной организацией здравоохренения, «рак молочной железы (РМЖ) является наиболее часто встречаемым заболеванием среди представителей обоих полов во всём мире и занимает среди причин смертности второе место в общей онкоструктуре после рака лёгких и первое место в онкоструктуре женских репродуктивных органов». Если взглянуть на данные онкологической базы мирового здравоохранения и GLOBOCAN за 2018 год, "В 2018 году выявлены 2,1 млн случаев заболевания с РМЖ по всему миру. Среди общих причин смертности среди женской популяции занимал пятое (627 000 смертей в 2018 году, 6,6 %), а в общей онкоструктуре– первое место (15 % в 2018 году)". "В 2020 году зарегистрированы 2,2 млн случаев, за период своей жизни, каждая двенадцатая женщина заболевает РМЖ, в текущем году 685 000 скончались из-за этого заболевания".
Материалы и методы. Изучены результаты обследования 236 женщин с предраковыми заболеваниями молочной железы.
Результаты и обсуждения. Средний возраст женщин с предраковыми заболеваниями молочной железы в основной группе составил 39,56+1,04 лет в контрольной- 39,19+1,22 лет. В основной группе M/m36, в контрольной M/m-35, что >2 и соответствует высокой степени статистической достоверности средних величии с вероятностью более чем 99,7%.
Предраковые заболевания молочной железы встречаются в любом возрасте, но чаще в возрасте от 18 до 55 лет, в репродуктивном и пременопаузальном периодах. Среди обследованных нами женщин наибольшая частота заболеваний молочной железы шейки наблюдалась у пациенток в возрасте от 25 до 55 лет.
Анализ жалоб показал, что 32 женщины основной группы и 35 женщин контрольной группы не предъявляли жалоб. Боли разного характера в области молочной железы перед менструального

цикла 40 женщин основной группы и 27 женщин контрольной группы. На выделения из сосков молочных желёз жаловалось 29 женщины основной группы и 24 контрольной группы. На уплотнение молочных желёз, 24 женщин основной группы и 25 контрольной.
Выводы. При изучении анамнеза пациенток в основной и контрольной группах наблюдались следующие факторы риска: ожирение, анализировалось наличие гинекологических и эндокринологических заболеваний, умеренные и чрезмерные нарушения секреторной, менструальной, половой и репродуктивной функций, так как НМОЦ, наличие множественных абортов, неправильное грудное вскармливание и др.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИДА УЗОҚЛАШГАН МЕТАСТАЗЛАР ЖОЙЛАШУВИ
Матниязов М.К., Тожиддинов О.А., Саъдуллаев Ю.А., Ибрагимов З.Н.
РИОваРИАТМ Хоразм филиали, Урганч ш.
Муаммони долзарблиги. Аёлларда учрайдиган онкологик касалликлар орасида сут бези саратони (СБС) билан касалланиш юқорилигача қолмоқда.Сут бези саратонида энг кўп ўлимга олиб келадиган сабаблардан бири узоқлашган метастазлардир. Бу беморни ёшига, унинг қайси аъзода жойлашишига, сонига, катталигига боғлиқ бўлиб даво муолажалари ўтказишда муаммолар келтириб чиқаради.
Мақсад: сут бези саратони билан касалланган беморларда узоқлашган метастазларни беморни ёшига ва кайси аъзода жойлашувини, сонини ва катталигини ўрганишдан иборат.
Материал ва услублар: РИОваРИАТМ Хоразм филиалида 2020-2022 йилларда бирламчи аниқланган СБС билан касалланган 563 беморларни амбулатор карталари ретроспектив ўрганиш натижасида 21-30 ёшлар ўртасида 3 бемор узоқлашган метастаз учрамаган. 31-40 ёшлар ўртасида 117 бемор бўлиб, шундан 19 тасида метастазлар аниқланган, бу 16,2%ни ташкил қилади. 41-50 ёшлар ўртасида 242 бемор аниқланган, 49 беморда метастаз аниқланган - 20,2 94, 51-60 ёшлар ўртасида 158 бемор, шундан 35 беморда метастаз аниқланган -22,2 % ташкил қилган бўлса, 61-70 ёшлар ўртасида 48та бемор аниқланиб, 9 та беморда метастазлар бўлиб - 18,7 % ташкил қилади. Метастазлар жойлашуви асосан периферик лимфа тугунларда 35% бўлиб, битта лимфа тугундан то конгломерат 3-5 смгача кўпроқ учраган, ўпкаларда 26% бўлиб, 2-3 тадан 7-8 тагача 1-4.5 смгача катталикда метастатик ўчоклар кўпроқ учраганлиги аниқланган бўлса, скелет суякларида (умртақларда, ковурғаларда, туш, ўмров суягида кўпроқ) 2394 бўлиб, 1-тадан 5-6 тагача 1 см дан патологик синишгача тана скелет суякларида кўп учраган, жигарда 7 % бўлиб, 1 -3 гача кўп учраган ва бошка аьзоларда 10 % аниқланган .
Натижалар: Хоразм вилоятида охирги 3 йилда СБС билан касалланган беморларни 1-4 босқичларида ўртача 19,3 % ида метастазлар аниқланган бўлиб, энг кўп 4150 ва 51-60 ёшлар оралиғига тўғри келган. Тана аъзоларидан асосан ўпкаларда, скелет суякларида, периф лимфа тугунларда кўпроқ метастатик зарарланиш кузатилган.
Хулосалар: Хоразм вилоятида охирги 3 йилда онкологик ёрдамни ривожлантириш Давлат дастурини қабул қилиниши СБС билан касалланган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш даражаси яхшиланиб, метастазларни кўпроқ аниқлаш имконини берган.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИДА 5 ЙИЛЛИК ЯШОВЧАНЛИК КЎРСАТКИЧИ
Матниязов М.К., Палванов Т.М., Юсупова Д.А., Аллаберганова Х.М.
РИОваРИАТМ Хоразм филиали, Урганч ш.
Муаммони долзарблиги: аёлларда учрайдиган онкологик касалликлар орасида сут бези саратони (СБС) дунё микёсида бўлгани каби Ўзбекистонда хам етакчи ўринни эгаллайди ва ўсишда давом этмокда. Республикамизда СБС билан 23651 бемор назоратда бўлиб, 2022 йилда бирламчи 4407 бемор аниқланган, 40% бемор 5 йил ва ундан кўпроқ яшайди.
Мақсад: Сут бези саратони билан касалланган беморларни 5 йиллик яшовчанлигини ўрганиш.
Материал ва усуллар: Хоразм вилоятида СБС касалланган беморларни 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичларни ўрганиш мақсадида РИОваРИАТМ Хоразм филиали ташкилий-услубий хона Хавфли ўсма касалликлари хақида маьлумот 7 давлат хисобот шаклидан олинди.
Натижалар: РИОваРИАТМ Хоразм филиалида 2020 йилда бирламчи сут бези саратони билан 149 бемор аниқланган бўлиб, назоратда 1002 бемор бўлган (бу кўрсаткич пандемия сабабли бироз паст) 5 йиллик яшовчанлик 45,7%ни ташкил килин бўлса, 2021 йилда 202та бемор бирламчи аниқланиб, назоратда 1103 та бемор 5 йиллик яшовчанлик 48,4%, 2022 йилда бирламчи 212 бемор аниқланиб, назоратда 1210 бемор бўлган 5 йиллик яшовчанлик 50294 ташкил қилган. Хоразм вилоятида охирги 3 йилда СБС билан касалланган беморлар 5 йиллик яшовчанлик

кўрсаткичи ўртача 48,1% бўлиб, карийб 50 фоизга ошган.
Хулоса: 2017 йилдаги 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасида онкологик ёрдамни ривожлантириш давлат дастурини қабул қилиниши СБС билан касалланган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш даражаси йилдан-йилга яхшиланиб, 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи ошишига имкон берди.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН КЫРГЫЗСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Макиева К.Б.
Кыргызско-российский славянский университет, г. Бишкек, Кыргызстан

Введение. Ежегодно в мире регистрируется более 1 миллиона случаев рака молочной железы (РМЖ). Учитывая высокую разнородность заболевания, результаты лечения и прогноз, к сожалению, остаются неудовлетворительными. Изучение молекулярно-генетических аспектов РМЖ в разных этнических группах позволяет выработать персонифицированное лечение.
Цель – изучить молекулярно-генетические аспекты РМЖ у женщин кыргызской национальности.
Материал и методы. Были определены спектр полиморфизмов XRCC1, MDM2, TP53 на выборке 117 пациентов с диагнозом РМЖ на базе НЦОГ МЗ КР. В этой группе идентифицировано 28 пациентов (23,9%) - носителей патогенетического полиморфизма в одном из генов.
Результаты исследования. Установлено, что частота встречаемости аллелей и генотипов полиморфного локуса Arg399Gln гена XRCC1 у больных РМЖ и контрольной группы значимо различаются. Гетерозиготный генотип Arg399Gln и аллель 399Gln гена XRCC1 статистически достоверно чаще встречались у женщин с РМЖ по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). При оценке соотношения шансов развития РМЖ выявлено, что гетерозиготный генотип Arg399Gln [OR=2,77 (1,6 (M,80); p=0,0010] и аллель 399Gln [OR=l,57 (1,05-2,35); p=0,034] являются маркерами повышенного риска развития РМЖ, а аллель Arg399 является протективным [OR=0,64 (0,42-0,95); p=0,034). Полиморфный локус Arg72Pro гена TP53 в отдельности не ассоциирован с РМЖ, однако его гетерозиготный вариант (Arg72Pro) в комбинации с гетерозиготным генотипом Arg399Gln гена XRCC1 повышает риск развития РМЖ почти в четыре раза [OR=3,98 (1,57-10,09); p=0,0059]. Данный факт, возможно, обусловлен аддитивным эффектом гетерозиготных генотипов Arg399Gln гена XRCC1 и Arg72Pro гена P53 на нарушение процессов репарации ДНК и апоптоза. Комбинация гетерозиготного генотипа T309G гена MDM2 с гетерозиготным генотипом Arg399Gln гена XRCC1 повышает риск развития РМЖ в три раза [OR=3,0 (1,18-7,56); p=0,034], что позволяет данную комбинацию гаплотипов считать генетическим риск-фактором развития РМЖ у женщин кыргызской популяции.
При анализе распределения комбинаций генотипов генов XRCC1/P53/MDM2 у женщин с РМЖ и в контрольной группе было выявлено, что из возможных 27 сочетаний, комбинация гетерозиготных генотипов Arg399Gln/Arg72Pro/T309G генов XRCC1/P53/MDM2 у больных РМЖ встречалась статистически значимо чаще по сравнению с контролем ($\chi 2=5,04$; p=0,025) и повышала риск развития РМЖ более чем в 6 раз [OR=6,40(1,18-34,63); p=0,025]. Следовательно, есть основание полагать, что комбинации неблагоприятных генотипов нескольких генов-кандидатов могут существенно повышать риск развития РМЖ.
Выводы. Разработана структурная схема алгоритма первичной и уточняющей диагностики наследственного характера злокачественной патологии молочных желез. Найденные впервые полиморфизмы в популяции кыргызских женщин имеют фундаментальное значение для развития онкогенетики в Кыргызстане

К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мамаризаев Д.Ю., Джураев М.Д.
Самаркандский государственный медицинский университет

Цель: Выявить причины поздней диагностики и улучшить результаты раннего выявления рака молочной.
Материал и методы. Нами была изучена истории болезни 320 больных раком молочной железы, находившейся на лечении в Самаркандском филиале РСНПМЦОиР. Возраст больных колебался от 20 до 70 лет. Основной контингент больных (62,7%) составляли женщины от 30 до 50 лет. Чаще заболевали женщины, занимающиеся умственным трудом (61,1%), и несколько реже физическим трудом (12,9%). При изучении историй болезни выявлено совпадения диагноза направляющего лечебного учреждения с диагнозом стационара у (59,8%) больных.

Результаты. Учитывая важность профилактического направления, с целью санитарно просветительских работ в 2019 году была выпущена "памятка" для населения в которой изложена методика самодиагностики рака молочных желез. Методичке самодиагностики настоятельно пропагандируется онкологами на выездных онкологических семинарах, в лекциях и беседах с населением области. Как свидетельствуют данные исследования, 89,8% больных сами при различных обстоятельствах обнаружили у себя опухоль в молочной железе, у 6,9% женщин новообразования в молочной железе выявлены во время профилактических медицинских осмотров и у 4,3% больных опухоль молочной железы нашли врачи (не онкологи) на приемах в поликлинике. Гиподиагностика рака молочных желез при I стадии заболевания отмечена у 9,9% больных, при IIа – у 10,5%, при IIб – у 4,8%, при IIIа – у 2,5%, больных, при IIIб-IIIв и IV не было. Как видно, гиподиагностика рака молочных желез наблюдалась почти при всех стадиях заболевания, но большинство (3/4) диагностических ошибок приходится на I и IIа стадии. Это объясняется определенными трудностями дифференциальной диагностики рака молочных желез и локализованных форм дисгормональных гиперплазий. Клиническое проявление рака молочной железы весьма вариабельно и разнообразно. У всех больных клинический диагноз был подтвержден после цитологического и трепан биопсии, а у 6 больных диагноз рака молочной железы был установлен после секторальной резекции после результата гистолога. Трудности и ошибки в диагностике рака молочных желез вызваны с одной стороны недостаточной онкологической настороженностью врача общей лечебной сети, с другой определенной атипичностью клинических проявлений патологии. Как свидетельствует результат исследования, более чем у половины больных (17,3%) из 2 группы, в которой допущена гипердиагностика рака молочных желез, она отметалась при локализации процесса в верхненаружных квадрантах, где чаще и развивается злокачественный процесс.

Заключение. В целях снижения гиподиагностике рака молочных желез, кроме обычных организационных мероприятий, направленных на повышение онкологической настороженности у врачей общей лечебной сети необходимо в крупных поликлиниках открывать специальные маммологические кабинеты. Гиподиагностика рака молочных желез отмечается почти в 10 раз чаще, чем гипердиагностика.

СУТ БЕЗИ ХАВФЛИ ЎСМА КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ИЛК БОСҚИЧЛАРИДА АНИҚЛАШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ

Набижонова Г.Х., Сотволдиев К.Х., Ишанчаева Н.К.
РИОваРИАТМ Андижон филиали

Долзарблиги. Сут бези хавфли ўсма касаллиги ҳозирги кунда дунё бўйича ўсма касаллар ичида биринчи ўринда туради. Бу касаллик билан беморлар кечки босқичда мурожат қилиб келаётганликлари онкологияда энг катта муаммолардан биридир. Сут бези хавфли ўсма касаллиги эртанги босқичларда беморларда клиник симптомларсиз кечиши туфайли аёллар кечиктириб мурожат қилмоқда. Бундай ҳолатларни олдини олиш мақсадида РИО ва РИАТМ АФ ходимлари бош директор буйруғига асосан йилнинг хар ойида жадвал асосида 2 та туманларга аҳоли ўртасида тиббий кўрик ташкил қилинди.

Ишнинг мақсади. Аҳоли ўртасида сут бези хавфли ўсма касаллигини олдини олиш ва касалликни эртанги босқичларида аниқлаш ва ўтказилган текширувлардан олис натижаларни таҳлил қилиш.

Ишнинг вазифаси. Туманларда аёллар орасида сут безини профилактик пальпациясини ўткизилиши. Пальпация хулосасига кўра шубха қилинган беморларни стандарт диагностик текширувларга йўналтириш ва соғломлаштиришни қулайлаштириш.

Мухокама ва натижалар. РИО ва РИАТМ АФ маммолог қабулига бирламчи тиббий кўрикдан кейин муро-жат қилиб 360 та бемор келди. Беморлар ўртача ёши 37-21 ёш. 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 бези хавфли ўсма касаллиги аниқланди. 96 (26,6%) 3 курс консерватив кузатув давоси, 76(21.1%) беморларга гормонал текширувга юборилди, 43(11%) беморлар оператив даво, 72(20.0%) беморлар туман онкологи назоратида бўлиш, 43(11,9%) беморларга 6 ойда кўрув тавсия қилинди.

Хулоса.

1. Мурожат қилиб келган 360 нафар беморлардан 27 (7,5%) беморларда сут бези хавфли 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 кўрикларни ташкиллаштириш орқали сут бези хавфли ўсма касаллигини эртанги босқичларда ва касалликни олдини олиш энг муҳим усул эканлиги ҳамда РИОва РИАТМ АФда доимий қўлланилиши шартлигини билдиради.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОЖИЛЫХ >65 ЛЕТ

Отажанов Д.М. Жуманиязов М.М.
Хорезмский филиал РСНПМЦО и Р. г Ургенч. Узбекистан

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 пациенток >65 лет, исходя из предполагаемой продолжительности жизни и биологического подтипа.

Материалы и методы. В работе представлены результаты лечения 130 женщин >65 лет. Больные стратифицированы по биологическому подтипу опухоли, возрасту, оперативному пособию, виду адьювантной и неоадьювантной 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 88 пациенток выполнена мастэктомия, 37- органосохраняющие операции, 5- паллиатив мастэктомия. В 51 случаях выполнена биопсия сигнального лимфоузла (15 операций расширены до полной подмышечной лимфодиссекции). В 116 случаях назначена химиотерапия, включая 45 неоадьювантных, 178-лучевая терапия, 97-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 >65лет.

РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА У ЖЕНЩИН С ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРТРОФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Т - ОБРАЗНОГО РАЗРЕЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Рахмонов К.А., Каримова М.Н., Нурмамедова И.Г., Мажидов Ш.
Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Самаркандский государственный медицинский институт

Материалы и методы: 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 периареолярной деэпидермизации кожного лоскута и резекция

латериального блока тканей.
5 - этап. Хирургические 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 мамопластики зажили с первичным натяжением, швы сняты на 8 - е сутки после операции.
Выводы. Таким образом, применение редукционной маммопластика при выраженной гипертрофии молочной железы с использованием Т-образного разреза имеет высокое эститеческие и психологические значение. Применение данного метода обеспечивает уменьшение объема молочной железы, и тем самым изменяет форму молочной железы и одновременно устраняет различные степени птоза.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ВОСПАЛЕНИЯ

Рузметов Ш.М., Хайитбаев Б.М., Сапарбаев А.И., Хакимова Г.А.
Хорезмский филиал РСНПМЦОиР

Цель. Анализ результатов диагностики злокачественных и доброкачественных заболеваний молочной железы на фоне воспаления.
Материалы и методы. Ретроспективный анализ комплексной диагностики у 340 женщин с воспалительными изменениями груди в возрасте от 20 до 78 лет. Выполняли рентгеновскую маммографию (РМГ) в краниокаудальной и медиалатеральной проекциях. УЗИ проводили сканерами с линейными датчиками с частотой от 7,5 до 14 МГц. Изучали локальный кровоток путем цветного допплеровского картирования. Результаты РМГ и УЗИ анализировали по категориям BIRADS. Морфологический материал получали путем трепана биопсии.
Результаты. Локализация процесса справа выявлена у 37% женщин, слева – у 60%, двусторонняя – у 3 %. При осмотре и пальпации воспалительные изменения МЖ обнаружили у 195 женщин. Согласно BIRADS, рентгенологические находки были распределены: В0 – 19,1%, В1 – 18,8%, В2 – 16,8%, В3 – 15,4%, В4 – 16,7%, В5 – 13,2%. Ложноположительные результаты составили 7 случаев выраженного локального склероза стромы, рентгенографически имитировавшего раковые узлы, а ложноотрицательные – 2, обусловленных острым воспалением, которое маскировало раковый процесс. УЗИ выявило узловые (50,8%) и диффузные (49,2%) изменения груди. Для узловых форм рака МЖ (РМЖ) были присущи пониженная эхогенность, неправильная форма, нечеткие границы и неоднородная внутренняя структура. Дополнительными дифференциальными признаками были флотация внутреннего содержимого (35 кисты и абсцессов) и интранодулярная васкуляризация (15 случаев РМЖ). Симптом «мостовой» наблюдали в 13 % случаев. Протоки и их патологию удалось визуализировать у 31 % женщин. Диаметр протоков составлял от 0,1 до 1,3 см. Внутрипротоковые образования обнаружены в 5 случаях, дуктэктазия при гнойном галактофорите – в 39. В результате УЗИ относительно РМЖ установлен 1 ложноположительный результат из-за хронического воспаления с формированием абсцесса и 2 ложноотрицательных, которые были представлены диффузным отеком и протоковой карциномой малых размеров. Цитологический диагноз РМЖ установлен в 23 случаях, патогистологический диагноз подтверждено в 26 (7,6%) случаях. Признаки эпителиально-мезенхимальной трансформации присутствовали как в паренхиме, так и в строме опухолей. Воспалительная клеточная инфильтрация была заметной только на периферии. Состав инфильтрата был смешанным, преимущественно лимфогистиоцитарным, с примесью плазмоцитов и полиморфноядерных лейкоцитов.
Заключение. РМЖ на фоне воспалительных изменений груди встречался у 7,6 % женщин. Клинические проявления у этой группы больных не являлись специфическими, а точность маммографического и ультразвукового методов диагностики РМЖ на фоне воспаления составила 88 и 90%. Относительно псевдоотрицательных результатов, маммография преобладает над ультразвуком в случаях острого воспаления. Морфологическая верификация злокачественных и доброкачественных заболеваний молочной железы является обязательным этапом комплексной диагностики и проводится путем трепан-биопсии с предварительным цитологическим исследованием мазков-отпечатков, а затем и с гистологическим анализом биоптатов.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: АНАЛИЗ И ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ КАЛЬЦИФЕРОЛА В КАЧЕСТВЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ С ПЕРВИЧНО УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ У ЖЕНЩИН МЕСТНОГО ЭТНОСА

Сайидов И.З.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Целью исследования было определять сывороточной концентрации кальциферола у женщин узбекской национальности с первично диагностированным раком молочной железы для прогнозирования течения и метастазирования опухолевого процесса.

Материал и методы. В исследование были включены 40 пациенток с первично установленным диагнозом РМЖ находившихся на стационарном лечении в Ташкентском Областном филиале РСНПМЦОиР с учетом возраста и стадии заболевания. Все пациентки являлись этническими узбечками в возрасте с 35 до 77 лет. У всех пациенток являлось IV тип кожи по шкале Фицпаркера. У всех пациенток была взята кровь из периферической вены для определения концентрации кальциферола.

Результаты. Средний возраст пациенток, включенных в исследование, составил 54.8 лет. Средняя концентрация кальциферола составила 20.82 нг/мл. По стадиям у 26 пациенток была II стадия, у 13 пациенток III стадия и у одной пациентки была установлена I стадия заболевания. У пациенток с II и III стадиями болезни средняя концентрация кальциферола составила 23.74 и 14.86 нг/ мл соответственно. У пациентки I стадией средняя концентрация кальциферола составила 22.3 нг/мл.

Заключение. Исследование показало, несмотря на высокую инсоляцию в Узбекистане, у женщин узбекской национальности с первично установленным диагнозом РМЖ в крови определяется низкая концентрация кальциферола. Уже проведенные исследования установили, что пациентки с высокой концентрацией этого вещества в крови имеют гораздо более высокие шансы на выживание при развитии рака груди. Значительно меньшие шансы на выздоровление были отмечены у женщин с низким содержанием витамина D в периферической крови. В связи с чем, рекомендуется определение концентрации кальциферола у женщин с первично установленным диагнозом для прогнозирования о течении и метастазировании онкологического процесса.

ИЗУЧЕНИЕ МЕТИЛИРОВАНИЯ 10 ГЕНОВ МИКРОРНК ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Талипов О.А., Шоюсупов Н.Р., Миррахимов Ф.Х., Рябчиков Д.А., Урмонов У.Б.
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР МЗ РУз, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России

Цель исследования: изучение метилирования генов miR-203a, -375, -124a-1/2/3, -137, -127, -125b-1, -130b, -107 при раке молочной железы.

Материалы и методы: в исследование включены 70 больных с верифицированным диагнозом рака молочной железы (РМЖ), в возрасте от 40 до 60 лет. Методом бисульфитной конверсии ДНК с последующей метил-специфичной полимеразной цепной реакцией определено изменение статуса метилирования 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 неизмененной 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 генов miR-203a, -375, -124a-1/2/3, -137, -127, -125b-1, -130b, -107 в дальнейшем помогут в разработке современных подходов в диагностике, лечении и прогнозировании рака молочной железы.

МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ МИКРОРНК В РАЗЛИЧНЫХ ПОДТИПАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Талипов О.А., Шоюсупов Н.Р., Миррахимов Ф.Х., Рябчиков Д.А.
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР МЗ РУз, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России

Цель исследования: 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 рака молочной железы (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 (miR-107, -124a-1/2/3, -125b-1, -127, -130b, -137, -203a, -375) в парных образах опухолевой и гистологически неизмененной 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 неизмененной тканью молочной железы. Показаны достоверные различия в частоте метилирования генов микроРНК miR-124a-1, miR-375 и miR-127 в опухоли и гистологически неизмененной 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. При трижды-негативном подтипе метилирование miR-125b-1 в опухолевой ткани наблюдалось в большинстве образцов (70% (n=7), p=0,0075), и отсутствовало в гистологически неизмененной ткани.

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 люминальном В подтипа отмечен высокий процент метилирования 6 miR.

МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛИ И СТЕПЕНЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж., Юлдашходжаева Н.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель: изучить взаимосвязь между микроокружением опухоли и степенью дифференцировки при раке молочной железы, а также их влияние на прогноз.

Материалы и методы. Для улучшения диагностики и лечения рака молочной железы путем изучения микроокружения опухоли, его влияния на течение и прогноз нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и лечение в университетской больнице INKHA (Южная Корея) (362 больных) и в УТС РСПМКОР МЗ РУз (95 больных).

Результаты. При корреляционном анализе связи между характеристиками опухоли показатели стромальной зоны имели резкое различие у больных в зависимости от дифференцировки опухоли. При дифференциации опухоли, соответствующей G1 (142 больных), по сравнению с опухолями G3 (129 больных) достоверно реже встречались как общие, так и патологические митозы ($\chi 2=6,91$, $p<0,001$), при этом количество сосудов было более чем в 5 раз больше. меньше при высокодифференцированном раке молочной железы и составили всего 17,4% от низкодифференцированного ($\chi 2=3,98$, $p<0,01$).

Выводы. Анализ связи опухолевой дифференцировки с содержанием таких клеточных компонентов крови, как лимфоциты, макрофаги и гранулоциты, показывает хорошо выраженную, статистически значимую, отрицательно направленную корреляцию.
между дифференцировкой опухоли и этих клеточных комплексов в зоне опухолевой инфильтрации и парараракового воспаления, что свидетельствует об общей картине клеточной

инфильтрации микроокружения и исходе опухолевого заболевания ($\chi 2=4,28$, $p<0,001$, $Rk=-0,302$), при $p<0,001$).

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДТИПЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛИ

Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж., Юлдашходжаева Н.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель: изучить взаимосвязь между микроокружением опухоли и молекулярно-биологическими подтипами рака молочной железы, а также их влияние на прогноз.

Материалы и методы. Для улучшения диагностики и лечения рака молочной железы путем изучения микроокружения опухоли, его влияния на течение и прогноз нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и лечение в университетской больнице INKHA (Южная Корея) (362 больных) и в УТС РСПМКОР МЗ РУз (95 больных).

Результаты. Патологический митоз имел тесную положительную корреляцию с типом опухоли. При базальноподобном и Клодиновом типах рака они составили 3 балла, при гиперэкспрессии Her-2 neu 2 балла, при люминальных опухолях 1 балл ($\chi 2=4,29$, $p<0,01$, $Rk=+0,402$, $p< 0,001$).

Заключение. Анализ корреляционного анализа показал взаимосвязь между экспрессией рецепторов рака молочной железы и микроокружением опухоли, а также их влияние на прогноз заболевания.

РОЛЬ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ НА ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж. Юлдашходжаева Н.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель: изучить взаимосвязь между экспрессией рецепторов микроокружения опухоли и молекулярно-биологическими подтипами рака молочной железы, а также их влияние на прогноз.

Материалы и методы. Для улучшения диагностики и лечения рака молочной железы путем изучения микроокружения опухоли, его влияния на течение и прогноз нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и лечение в университетской больнице INKHA (Южная Корея) (362 больных) и в УТС РСПМКОР МЗ РУз (95 больных).

Результаты. PD-1, PD-L1, EGFR, а также CK5/6 в люминальных опухолях имели более низкие значения, чем при тройных негативных формах рака молочной железы. При люминальном типе A - PD-1 = 30 %, PD-L1 - 17,7 %, EGFR - 5,9 % и CK5/6 - 3,3 %, тогда как при тройных негативных формах рака эти показатели составляли 61,7 %, 39,8 % и 53,4 %. соответственно.

Заключение. Анализ данных показал, что существует сильная корреляция между экспрессией вышеуказанных маркеров с молекулярно-биологическими подтипами рака молочной железы.

ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ БЕЛКА Ki-67 У БОЛЬНЫХ С УЗЛОВОЙ ФОРМОЙ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИЕЙ

Тилляшайхов М.Н., Алимходжаева Л.Т., Шомансурова Н.С.
РСНПМЦОиР МзРУз

Цель исследования: изучение экспрессии Ki-67 в образцах ткани молочной железы у больных с фиброзной мастопатией узловой формы.

Материалы и методы: на первом этапе ретроспективных исследований были использованы архивные материалы 32 пациенток с узловой формой фиброзной мастопатией.

Результаты: при фиброзной мастопатии узловой форме высокий уровень пролиферативной активности Ki-67 наблюдали у 4 пациенток (12,5%), умеренная экспрессия белка Ki – 67 наблюдали у 23 пациенток (71,8%). высокая и умеренная экспрессия антигена Ki 67, являющегося маркером пролиферации и экспрессирующегося практически во всех фазах митотического цикла и отражающий величину пролиферативного пула, еще раз доказывает преобладание пролиферативных процессах при фиброзно кистозной мастопатии узловой форме.

Выводы: пациентки с фиброзной мастопатией узловой формой при высоком уровне Ki-67 входят

в группу риска, так как у них наблюдается высокая вероятность опухолевой трансформации, и таким пациенткам необходимо активное наблюдение у врача маммолога и проведение оперативного лечения т.е удаление патологического очага.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОГЕСТЕРОНА

Тилляшайхов М.Н., Ходжаев А.В., Алимходжаева Л.Т., Шомансурова Н.С.

Цель исследования: определение уровня рецепторов эстрогена (ЭР) и прогестерона (ПР) в ткани молочной железы больных с предопухолевыми и опухолевыми образованиями молочной железы.

Материалы и методы: в работе изучены результаты диагностики и лечения 90 пациенток с предопухолевыми и опухолевыми заболеваниями молочных желез с учетом молекулярно-генетических и биологических аспектов.

Фиброзно - кистозная мастопатия узловая форма встречалась у 35,6% пациенток – I группа. II группу составили пациентки с диагнозом фиброаденома – 34,1% пациенток. В III группу были включены пациентки с диагнозом С-г in situ -33,3% больных.

Результаты. При исследовании ЭР и ПР получили следующие даные Фиброаденома n-28 РЭ пол, РП пол -6/21,4%; РЭ пол., РП отр -6/21,4% ; РЭ отр, РП пол -8/28,6%; РЭ отр, РП отр -8/28,6%. Фиброзная мастопатия узловая форма n-32 РЭ пол, РП пол -10/31,25%; РЭ пол., РП отр -13/40,6%; РЭ отр, РП пол -6/18,75%; РЭ отр, РП отр -3/9,4%. С-г in situ n-30 РЭ пол, РП пол -9/30,0%; РЭ пол., РП отр -13/40,6%9/30,0%; РЭ отр, РП пол -6/20,0%;РЭ отр, РП отр -6/20,0%. Таким образом положительная экспрессия РЭ наблюдалась чаще всего у женщин при фиброзной мастопатии узловой формы и с С-г in situ (71,85% и 60,0% соответственно). Положительная экспрессия РП выявлена у 50% женщин со всеми формами патологии МЖ (фиброаденомой, с фиброзной мастопатией узловой формы и у женщин с С-г in situ). Отрицательная экспрессия обоих маркеров РЭ- и РП- реже встречалась при фиброзной мастопатии узловой формы у 9,4% женщин по сравнению с женщинами, имеющими фиброаденому и С-г in situ (28,6% и 20,0% соответственно). На практике, наиболее часто возникают сложности при дифференциальной диагностике между фиброзной мастопатией узловой формы и карциномой in situ. Необходимость проведения диагностики диктуется, прежде всего, тем, что каждый из этих патологических процессов предусматривает различные подходы к лечению и определяет прогноз течения заболевания. Ведущую роль в этом играет, безусловно ИГХ исследование патологической ткани молочной железы. Рецепторы к эстрогену и прогестерону (ER и PR), имеют большое значение в онкогенезе и опухолевой прогрессии. В нашей работе оценка экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону у обследуемых женщин показала, что наибольшими были значения данного показателя при фиброзной мастопатии узловой форме. Вследствие воздействия гормона эстрогена на ткань МЖ происходит увеличение пролиферативной активности в эпителиоцитах МЖ и таким образов высокая экспрессия РЭ при фиброзной мастопатии узловой форме и С-г in situ является важным признаком озлокачествления опухоли или малигнизации патологической ткани.

Выводы: пациентки с фиброзной мастопатией узловой формой при высоком уровне ER и PR, и входят в группу риска, так как у них наблюдается высокая вероятность опухолевой трансформации, и им целесообразно проведение оперативного лечения т.е удаление патологического очага.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Уринов Э.Ю., Ҳасанов К.С., Нурмаматов Ш.Н.

Наваинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

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 временив 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 учётом 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 2013 по 2018 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 2013 по 2018г. 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 включённых 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 без рецидивной 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.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОМАСТИИ У МУЖЧИН

Уморов М.Х.[1], Нишанов Д. А.[1], Нишанова Ю.Х.[2]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии[1], Ташкентская медицинская академия[2]

Цель исследования: клинико-морфологическое и иммуногистохимическое исследование гинекомастии у мужчин.
Материалы и методы: изучено 25 наблюдений ГМ у мужчин в возрасте 16-72 года (средний 42,3 года) Изучен операционный материал с широкой вырезкой и исследованием различных отделов образований. Использованы моноклональные антитела Ki-67, p-53, рецепторы эстрогенов ER.
Результаты и их обсуждение: установлено преимущественно одностороннее поражение грудной железы (20 наблюдений: левая - 15, правая - 5), двустороннее поражение наблюдалось в 5 случаях (4 - синхронное, 1 - метахронное). Иммуногистохимическим исследованием установлена незначительная экспрессия Ki-67 (18,53±1,87%) и p-53 (14,28±1,12%), незначительная выраженность апоптоза (31, 28±8,22%).
При иммуногистохимическом исследовании в пролиферативных эпителиальных структурах ГМ выявляется повышение экспрессии Ki-67 (27,55±8,31%) и p-53 (18,43±3,72%), высокая активность апоптоза (49,75±6,34%).
ГМ с очагами атипической внутрипротоковой пролиферации характеризуется наличием в протоках и кистах микрососочков, солидных структур с мономорфными нетиповыми клетками с овальным или округлым ядром. При таком варианте ГМ при иммуногистохимическом исследовании определяется некоторое снижение показателей экспрессии Ki-67 (15,41±2,77%) и p-53 (12,28±2,21%) и значительное снижение показателей апоптотической активности (13,37±2,89%).
Экспрессии-эстрогеновых рецепторов при ГМ установлено постоянство ее высокого уровня без существенных различий в эпителии непролиферативного, пролиферативного, атипического вариантов (29,25±3,51%, 31,29±5,07%, 32,59±5,87% соответственно). **Заключение.** Таким образом, морфологическая характеристика и особенности морфогенетических и молекулярно биологических потенций позволяют отнести ГМ у мужчин к группе факультативного риска опухолевой трансформации, определяющей тактику обследования, лечения, решение вопросов прогноза.

ЛОКАЛЬНЫЕ РЕЦИДИВЫ В ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Усмонова Ш.Т., Шаюсупов Н.Р., Турдиева Г.Х.

Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Цель исследования: изучение лимфатической жидкости из дренажей у 13 пациентов с диагнозом: рак молочной железы для определения дальнейшее возможные проявление локальных рецидивов.

Материал и методы. Проводилась цитологическое исследования лимфатических жидкости на 2-3 сутки после радикальных операций, окрашенных мазков по Романовскому-Гимзе. 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 пациенка, 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, опреативное 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.

Результаты: в периоде наблюдения у пациентки 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. У других пациентов в течение 4 лет рецидивирования в области после операционного рубца не наблюдалось.

Выводы: таким образом можно корректировать прогностическое значение сроков возможных возникновений локальных рецидивов у больных раком молочной железы.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИМФОВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОЙ ЛИМФЕДЕМЫ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ

Узаков С.М.

Самаркандский филиал Республиканского специализированного медицинского научно-практического центра онкологии и радиологии Минздрава Республики Узбекистан

Введение. Радикальная мастэктомия по Маддену (РМЭ) часто ведет к вторичной лимфедеме (ВЛ). Одномоментное наложение лимфовенозного анастомоза (РМЭ+ЛВА) считается методом хирургической профилактики ВЛ позволяющий сохранить качество жизни пациентов после РМЭ.

Цель. Оценить эффект на популяционном уровне операции РМЭ+ЛВА на 5-летнее дожитие, течение РМЖ и риск развития ВЛ по сравнению с обычной РМЭ (на модели Самаркандской области).

Материалы и методы. Ретроспективно исследовали больных РМЖ II кл. гр., выявленных в Самаркандской области в 2017-2020 гг. и леченных РМЭ и 4-6 курсами пред- и послеоперационной полихимиотерапии и радиотерапии. Случайным отбором из числа всех больных этой категории составили три группы - I (70 больных с I-IIIA стадией РМЖ, оперированные по схеме РМЭ+ЛВА), II (120 б-х, леченных по схеме РМЭ без ЛВА; из них 92 с I-IIIA ст. - подгруппа IIа, 28 с IIIB-IIIC-IV ст. или метахронным РМЖ - IIб). Контрольный период исследования (КП) - 01.01.2017-01.07.2022.

Результаты. По области за 2017-2020 гг. впервые выявлено 2179 больных РМЖ женщин, из которых 1078 подверглись РМЭ (49,5%). В гр. I, где за КП признаки ВЛ не наблюдали ни у одного больного, вероятность ВЛ составила 1,4% (CI95=0,0÷5,4%); в гр. II - 15,0% (12,8÷17,2%); причем в IIа - 17,4 (9,6÷25,1), в IIб – 7,10 (0,0÷19,1). Отмечено, что РМЭ+ЛВА достоверно не влияло на течение РМЖ и 5-летнее дожитие больных ($p>0.05$). Среднее снижение риска ВЛ после РМЭ+ЛВА было почти 11-кратным (15/1,4=10,7). После обычной РМЭ ожидаемое число ВЛ составила 1078*0,15=162 больных против 15 после РМЭ+ЛВА. То есть 147 больных РМЖ из 162 (90,7%)

находящихся в риске ВЛ после обычной РМЭ были обречены в течении последующих 5 лет на ВЛ. При перерасчете на верхний предел доверительного интервала риска (5,4%) мы получаем 17,2/5,3=3,2-кратное преимущество РМЭ+ЛВА по сравнению с обычной РМЭ.
Заключение: РМЭ+ЛВА позволяет достоверно улучшить качество жизни больных РМЖ после РМЭ, снижая затраты, связанные с поддерживающим лечением после РМЭ, по меньшей мере в первые пять лет после операции при всех показаниях к РМЭ. Освобожденное врачебное время и средства можно направить на улучшение показателей деятельности онкомаммологической службы региона на популяционном уровне.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. ЮВЕНИЛЬНАЯ ФИБРОАДЕНОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Усмонова Ш.Т., Шаюсупов Н.Р., Аминова М.П.
Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт

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 увиличелась в объеме в течение 2 недель. Заболевание ни счем не связывает. Локальный статус: молочные железы ассиметричные за счет образование в правой молочной железе. Кожа правой молочной железы гиперемирована, натяжена, 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 выявляно 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-Энуклеция опухоли правой молочной железы.
Результаты: сразу после операции гиперемии кожи исчезло, натяжение кожи разрешилась. После операционная плановая микроскопия: ювенильная филлоидная фиброаденома. На 5-е сутки после операции. Молочные железы приблизились к симметрии, равновеликие Больная осталось в динамическом наблюдении.
Выводы. Таким образом выставлено окончательный диагноз, и оказано высокоспециализированная помощь. В течение 1 года редидивов не наблюдалось.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ОМИЛЛАР

Урманбаева Д.А., Оллоёров О.М., Расулова Д.К.
Андижон давлат тиббиёт институти, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази Андижон филиали

Муаммонинг долзарблиги: хозирда сут бези саратони аёлларда учрайдиган касалликлар орасида биринчи ўринда туради. Унинг келиб чиқишида бир неча асосий омиллар мавжуд бўлиб, жумладан, бачадон ва тухумдонлар яллиғланиши, бўқоқ касаллиги, жигар хасталиклари, носоғлом турмуш тарзи (ичиш, чекиш, гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш, камҳаракатлилик, нотўғри овқатланиш каби) сабаб бўлади. Бу ҳайз жараёнларининг бузилиши, кўп аборт қилдириш, жинсий фаолиятнинг издан чиқиши, қаттиқ сиқилиш ҳамда стрессга тушиш ҳолатларидир.
Изланиш мақсади: аёлларда сут бези саратонини олдини олиш ва ушбу хасталикка чалинганларда яшаб кетиш эҳтимоллигини ошириш чора – тадбирларини ишлаб чиқишдан иборат.
Текшириш материаллари ва усуллари: биз ўз олдимизга қўйган мақсадимизни амалга ошириш учун Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказига сут бези саратони хасталиги билан мурожаат қилиб келган бемор аёллардан 60 нафарини ажратиб олдик. Улар 2022 – 2023 йиллар орасида марказга мурожаат қилиб келганлар ҳисобланишади.
Изланишдан олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: текширувга олган беморларимизда

сут бези саратони ривожланишидаги хавф омилларини қуйидаги учта асосий гуруҳга бўлдик: Унга кўра, аёл организмининг репродуктив (кўпайиш) фаолияти билан боғлиқ омиллар (хайз, жинсий, фарзанд кўриш, лактация фаолиятлари); аёллар жинсий аъзоларининг ҳамроҳ касалликлари ушбу касалликнинг ривожланишида муҳим омил бўлади; шунингдек, генетик омиллар (ота ва она авлодларида хавфли ўсмалар, айниқса сут бези саратони билан оғриган инсонларнинг бўлганлиги) ҳамда аёл организмининг бошқа ҳамроҳ касалликлари, яъни организм эндокрин – модда алмашинуви ҳолатларини бузилишига олиб келувчи патологик жараёнлардан иборат бўлди. Текширган беморларимиздаги ушбу хавф омилларидан, аёлларда хайз кўриш 12 ёшдан эрта кузатилиши, ёки аксинча, хайз циклининг кеч тўхташи, яъни менопауза кузатилиши ҳам (55 ёшдан сўнг), ушбу касаллик билан хасталаниш эҳтимолининг икки баробар ортишига сабаб бўлар экан. Шунингдек, жинсий ҳаётнинг кеч бошланиши, биринчи фарзандни 35 ёшдан кейин кўриш, кўп сунъий абортлар (айниқса биринчи ҳомиладорликни), сут безларида мастит бўлиши каби омиллар ушбу касаллик билан оғриш эҳтимолининг ортишига олиб келиши текширувларимиздан маълум бўлди.

Илмий изланишга текширув мақсадида олинган аёлларда, жинсий аъзоларнинг касалликлари, масалан сурункали яллиғланишлар, тухумдон кистаси, бачадон миомаси, эндометриоз каби касалликлар хам хавф омилларини юзага келтириши маълум бўлди.

Илмий изланишларимиз кўрсатишича, ушбу касалликнинг ривожланишида керагидан ортиқ вазн, психоэмоционал тоқатсизлик, жисмоний фаолликнинг пастлиги, носоғлом ҳаёт тарзини кечириш, зарарли одатлар, яъни тамаки чекиш, алькоголь истеъмол қилиш ҳолатлари ҳам сут бези касаллиги ривожланишиг олиб келиши маълум бўлди.

Хулосалар: бу касалликка чалинган беморни ташхислаш ва даволашда ҳар бирига индивидуал ёндашилади. Аввало, уларнинг руҳий қуввати сусайишига йўл қўймасликка жиддий қаралади. Чунки хавфли ўсма ташхиси ҳақида эшитиш – бу энди ҳаммаси тугади дегани эмас! Аксинча, умид ва ишонч, ҳаётга бўлган муҳаббат кучли бўлса, дард ҳам ортга чекина бошлайди.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИ ВА САРАТОН ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ЎРГАНИШ ЙЎЛИ БИЛАН ЭРТА БОСҚИЧЛАРДА ТАШХИСЛАШДА ИННОВАЦОН УСЛУБЛАР

Урманбаева Д.А., Расулова Д.К.
Андижон вилояти онкология диспансери, Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Ушбу қизиқарли тадқиқот усули ўтказиш мобайнида сут безини эрта аниқлаш пилот дастури асосида ўқитилган патронаж ҳамшираларёрдамида “Сут бези саратонига қарши барчамиз курашайлик” шиори остида тадбирлар уюштирилди, Андижон тумани ва Андижон шаҳрида истиқомат қилувчи аёллар орасида махсус анкета сўровномалари ўтказилди ва таҳлил қилинди. Таҳлил натижасига кўра, аёллар хавф гуруҳларига ажратилиб, келгусида амалга оширилиши лозим бўлган профилактик тадбирлар танлаб олинди.

Долзарблиги: сут бези саратони (СБС) дан ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришнинг асосий усули – аҳоли орасида таълим дастурлари сифатини ошириш ва режалаштирилган тадбир мақсадлари тўғрисида хабардор қилишдир. Ушбу ҳасталикка нисбатан узоқ йиллик скрининг дастурлар тажрибасига эга қатор давлатларда ҳукумат, нодавлат ташкилотлар, соғлиқни сақлаш ташкилотлари вакиллари, шунингдек, онкологларнинг доимий эътиборида бўлади.

Материал ва услублар. Биз ва етакчи маммологлар томонидан биз яшаётган иқлим, аҳоли зичлиги ва Фарғона водийси иқлими шароитида келтириб чиқарувчи омилларни инобатга олган ҳолда Гейл модели модификациясига асос солинди ва анкета яратилиб кенг кўламда фойдаланилди. Тадқиқот олдига қўйилган вазифаларни бажариш учун “Сут бези саратонига қарши барчамиз курашайлик” шиори остида паронаж ҳамшираларва бирламчи бўғин ходимлари орасида семинарлар ташкил қилинди, тасодифий танлов асосида 2181 нафар (1116 нафар Андижон шаҳар,1065 та Андижон тумани) аёллардан анкета маълумотлари олинди ва ўрганилди, паронажамшираларёрдамида анкета маълумотларига асосланган ҳолда сут бези саратон олди ва саратон патологиясини аниқлаш мақсадида текширувга жалб қилинди.

Натижалар: тадқиқотга жалб қилинган беморларда сезиларли хавф омиллари кузатилган. Уларнинг кўпларида менархенинг эрта бошланиши аниқланган: 44,0% беморда – биринчи хайз кўриш 12-13 ёшда, 11,6% беморда –12 ёшдан эрта кузатилган. Жуда оз (5,4%) беморда 20 ёшгача биринчи туғруқ бўлган. Шунинг учун 20-24 ёшда 41,1% беморда биринчи туғруқ, 25-29 ёшда – 24,1% беморда, 30 ва ундан катта ёшда – 13,1% беморда биринчи туғруқ кузатилган бўлса, 12,2% бемор туғмаган. СБС касаллиги билан касалланган 28% беморда қариндошликнинг

биринчи даражасидаги қариндошлик, 3% беморда эса иккинчи ва учинчи даражадаги қариндошлик аниқланган. 22% беморда СБС ни олиб ташлаш учун диагностик пункция/биопсия талаб қилинувчи сут безларида тугунли ўсмалар аниқланган. Асосан сут безлари ўсмалари фиброаденома (ФА) ва оқим ичи папиллома (ОИП) кўринишида бўлади. 2,7% ҳолатдаги биопсиясида атипик гиперплазия ташхиси қўйилган. Гейл модели билан мосликда 5 йил мобайнидаги СБС ривожланиш ҳавфи СБС персонал анамнезисиз 180 нафар беморнинг 179 нафари учун ҳавф ҳисобланган. Гейл модели бўйича СБС ривожланишининг юқори ҳавфи 109(60,9%) беморда аниқланди.

Хулоса: патронаж ҳамшираларсут безипатологиясини эрта аниқлаш дастури бўйича иш олиб бориши, ахолини режалаштирилган профилактик кўриклар мақсадини тўғри тушунишига ва профилактик кўрикларга аёллар қамрови кескин яхшиланишига олиб келди.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЦЕННОСТЬ СОЧЕТАННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хасанова Д.Ф., Уморов М.Х., Нигманова Н.А., Туляганова Ш.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент

Во многих странах мира рак молочной железы (РМЖ) является ведущей онкопатологии женщин. Результаты лечения в значительной степени определяются стадией развития опухоли. Поэтому, с целью расширения возможностей диагностики новообразований и оценки эффективности проведенного лечения, в последнее время широко разрабатываются методы иммунологического определения в крови опухоль-ассоциированных антигенов. Высоко специфического маркера для РМЖ, в настоящее время, не найдено. Однако в онкологических учреждениях для целей мониторинга используются тесты на РЭА, ТПА, СА 15-3, АФП и др.

Целью настоящей работы было изучение возможностей использования определения онкомаркеров (ОМ) в сыворотке крови онкологических больных в качестве критериев, пригодных для объективного мониторинга комплексной терапии рака молочной железы.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили данные 32 больных раком молочной железы, в возрасте от 27 до 55 лет, находившихся на лечении в клинике (правильное название вашего института в данный момент). Из этих больных 17 пациентов наблюдались в динамическом режиме, т.е. исследования проводились на этапах комплексной противоопухолевой терапии. У всех больных диагноз верифицирован морфологически и гистологически. Контрольную группу составляли 24 практически здоровых женщин.

Определение онкомаркеров осуществлялись при помощи коммерческих наборов фирмы «Хема». Взятие крови проводжили утром, натощак, до начала лечения, а затем на этапах комплексной терапии.

Результаты. Изучение сывороточного уровня РЭА И СА 15-3 у пациентов при поступлении показало, что повышенный уровень ОМ наблюдается у 23 обследованных (71,9%). После проведённого лечения, у 10 (58,8%) из 17 обследованных, наблюдалось снижение указанных онкомаркеров. У 3 (17,7%) пациентов наблюдалось постоянное повышение ОМ, несмотря на проведенное лечение. И у 4 (23,5%) обследованных, сывороточный уровень онкомаркеров оставался без изменений.

Содержание АФП, превосходящее значение у здоровых лиц, отмечено у 3 больных. Метастатическое поражение печени у этих больных, было заподозрено на основании повышения уровня АФП и в дальнейшем подтверждено, в процессе лечения, ультразвуковым исследованием.

Заключение. Исходя из изложенного, можно заключить, что динамическое определение уровня РЭА, СА 15-3 и АФП позволяет судить о характере терапевтического эффекта лечения рака молочной железы и наличия метастазов в печень.

“ЯШИЛ ЙЎЛАК” ДАВЛАТ ДАСТУРИ БЎЙИЧА СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИНИНГ АҲАМИЯТИ

Шарипов А.Б., Рахматов У.А., Набиев Н.П., Хидиров С.Н., Мавлонов Р.Н., Зиядуллаева Г.Ю.
РИО ва РИАТМ Қашқадарё филиали

Мақсад: сут безисаратонини эрта босқичларда аниқлаш, орган сақловчи жаррохлик амалиётларини кўпайтириш ва беморларни ҳаёт сифатини яхшилаш. Қашқадарё вилояти ахолиси орасида онкоэхтиётқорликни ва тиббий маъданиятни ошириш.

Материал ва методлар: дастур ишга тушгандан кейин 3 ой давомида 8 та врач онколог, маммолог, гинеколог, рентгенолог ва УТТ мутахассислари билан 12 та тиббий кўрикда 3000 дан ортиқ аёл текширилди. Кўрик вақтида 2333 беморда тавсия бўйича УТТ ва мобил маммография аппарати ёрдамида қўшимча текширувлар ўтқазилди. Текширувга борилган ҳар бир худудда сут бези саратонини ва ўсма касалликларини эрта аниқлаш бўйича лекциялар ўқилди, телеведеня ва ижтимоий тармоқлар орқали чиқишлар қилинди. Ҳар бир текширувга келган аёл сут безини муляжда ва ўзида мустақил текшириш ўргатилди.
Натижалар: текширувлар давомида 2333 та бемор маммография ва УТТ текшируви натижалари BI RADS 0 – 5 (0,2%), BI RADS 1 - 129(5,5%), BI RADS 2 -547(23,5%), BI RADS 3 -1495(64,1%), BI RADS 4 -147(6,3%), BI RADS 5 – 10(0,4%). Чуқурлаштирилган текширувдан ўтқазилган 157 та (6,7%) беморда рак олди жараёни аниқланди. Цито ва гистологик текширувлардан кейин 114 та (72,6%) беморда тугунли мастопатия, 43 та (27,3%) беморда I-II босқичдаги сут бези саратони аниқланди. Ҳозирда беморларга режали жаррохлик ва нур-химиятерапия муолажалар ўтқазилмоқда.
Хулоса: натижалар шуни кўрсатиб турибдики "Яшил йўлак" давлат дастури бўйича ташкил этилган тиббий кўриклар аҳоли орасида сут бези саратонини эрта аниқлашда ва даволашда ўз самарасини кўрсатмоқда.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ОБЪЕМ ЗАМЕЩАЮЩЕЙ TDL ПЛАСТИКОЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАННИМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Юлдашев Н.Ж., Урунбаев С.Д., Умиров А.А., Рузиматов Ш.Н.
Сырдарьинский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: изучение результатов и роли реконструкции объёмзамещающей TDL пластикой в комплексном лечении больных с ранними стадиями рака молочной железы.
Материалы и методы исследования: в период 2015-2022 гг. в хирургическом отделении Сирдарьинского филиала РСНПМЦОиР внедрены в практику и проведены 98 пациентам реконструктивно-пластические операции объем замещающим TDL –лоскутом при комплексном лечении рака молочной железы ранней стадии T1-2N0M0. Все 98 больных до проведения реконструктивно пластических операций (РПО) получали для данной стадии заболевания стандартное неодъювантное химиолучевое и хирургическое лечение. Восстановление молочной железы выполнялось по осознанному желанию пациентки.
В контрольной группе 123 больным проведено лечение без РПО. Возраст женщин был от 25 до 55 лет в основной группе и от 25 - 55 лет в контрольной. Опухоль в основном располагалась в верхне-наружном квадранте, как правой так и левой молочной железы. Размер узлового рака в 84,2% случаях был от 2 до 5см. Метастатическое поражение регионарных лимфоузлов отмечено у 31,3% больных. Наиболее часто в изучаемых группах встречалась II А стадия процесса, при этом T2N0M0 – у 68,4%, T2N1M0 – у 21,3%, T1N1M0 – у 7,1%, T1N0M0 – у 3,2% пациенток. В обеих группах преобладал инфильтративный протоковый рак (68,2%). Выбор способа пластики молочной железы зависел от вида основной операции. Операцией выбора при хирургическом лечении ранних стадий рака молочной железы явилась органосохраняющие операции. При опухоли малых размеров на фоне большой молочной железы с локализацией в наружных квадрантах, больным проводилось неоадьювантная полихимиотерапия унифицированными схемами, при положительном эффекте осуществлялась радикальная резекция по Блохину. Показанием к аутотрансплантации являлась необходимость замещения дефектов молочной железы в условиях дефицита местного пластического материала. Всем больным в основной группе после радикальной резекции по Блохину – провели реконструктивно-пластическую операцию с использованием кожно-мышечного лоскута на широкие мышцы спины - объемзамещающую TDL – пластику.
Результаты исследования: недостаточность кровообращения в лоскуте и, как следствие, краевой некроз отмечалось у 6 больных (5,1%), в данных случаях проводилось иссечение некротизированных тканей с наложением вторичных швов, что снизило косметический эффект. Развитие отдаленных послеоперационных рецидивов наблюдали у 2 больной (3,1%) в сроки от 2,5 лет. Летальных исходов не наблюдали. Для определения качества жизни оперированных женщин использовали опросник Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36) (Ware J.E., Sherbourne C.D., 1992). Полученные при анкетировании оценки свидетельствуют о более высокой степени реабилитации и улучшении качества жизни больных после проведения РПО в сравнении с органосохраняющими операциями без РПО.
Заключение: полученные данные свидетельствуют о безопасности РПО TDL-лоскутом у

больных с ранними стадиями рака молочной железы, выполнение их позволяет расширить объем резецируемых тканей с целью повышения онкологического радикализма и приводит к повышению качества их жизни, при этом не происходит увеличения частоты рецидивов и уменьшения продолжительности жизни, что позволяет рекомендовать использование данной методики с целью реабилитации пациенток после радикального лечения.

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

МАКСИМАЛЬНО ДИСТАЛЬНО СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА

Абдихакимов А. Н., Касымов А.А., Палванов А.М., Худайкулов А.Т.
Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Актуальность. Основным методом лечения рака желудка (РЖ) остается хирургический, обеспечивающий удаление опухоли с окружающей клетчаткой и группой лимфоузлов зон возможного метастазирования.

Материалы и методы. Гастрэктомия одна из наиболее часто выполняемых объемов операции, однако она может сочетаться с послеоперационными осложнениями, агаст-ральным синдромом, рефлюксом тонкокишечного содержимого, низкими показателями качество жизни. Эти осложнения особенно ярко манифестируется при проведении адювантной полихимиотерапии. Все выше изложенное способствует к поиску более функциональных объемов операции без вреда онкологическому радикализму. Дистальные резекции желудка в нашей клинике выполняется по второму способу Бильрота с объязательной укрыванием линию швов киль культи желудка приводящей петлей.

Результаты. При распространении опухоли до верхнего края нижнего трети тела желудка в 38 случаях мы выполнили так называемую «максимальную» дистальную субтотальную резекцию желудка (1/5 - 1/6 часть желудка) с оставлением небольшую культю ближе ко дну в виде «лепестка». При этом линия резекция проходила с кардии по малой кривизне к верхнему полюсу селезенки, при этом сохраняется один или два коротких сосуда желудка. Послеоперационные результаты показывают сохранности онкологических принципов оперирования первичного очага опухоли.

Выводы. При применении этого метода снижается риск несостоятельности анастомозов, сохраняется участия культи желудка с сохранением в определенной степени функции резервуара, вероятность появление рефлюкс эзофагита практически сводится к нулю, качество жизни больных улучшится.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Абдихакимов А.Н.[1], Поликарпов С.А.[2], Благовестнов Д.А.[2], Касымов А.А.[1], Муталов Х.И.[1,2], Эргашев Ш.К.[1]
ТОФ РСНПМЦОиР, Минздрава Узбекистана, Ташкент, ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Москва

Цель исследования: определить частоту встречаемости и распределения вторых первично-множественных злокачественных опухолей у больных раком желудка.

Материал и методы. Проанализированы 2392 больных с первичным раком желудка (ОКД № 1 ДЗ г. Москвы за период 2004-2018гг. наблюдалось 1874) (в 2012 – 2020 годах в ТОФ РСНПМЦОиР наблюдалось 518). Из них 288 пациентов имели первично-множественные злокачественные опухоли при раке желудка (ПМЗО) (12,0%).

Результаты: среди пациентов с ПМЗО при раке желудка мужчин было 158 (54,9%), женщин – 130 (45,1%). Максимальный возраст больных – 80 лет, минимальный – 44 года, средний – 64,3±0,7 лет. Две злокачественные опухоли были у 261 больных, 3 – у 24, 4 – у 3 больных. Всего у 288 больных выявлено 606 злокачественных новообразований. Метахронные полинеоплазии отмечены у 204 (70,8%), синхронные злокачественные опухоли 84 (29,2%) больных. Вторые злокачественные опухоли у больных раком желудка распределились следующим образом: колоректальный рак – 65 (22,6%), рак кожи – 32 (11,1%), рак молочной железы – 28 (9,7%), злокачественные опухоли женских половых органов – 24 (8,3%), рак предстательной железы – 21 (7,3%), рак гортани – 18 (6,2%), меланома кожи - 18 (6,2%), рак легкого – 16 (5,5%), рак почки – 15 (5,2%), системные заболевания крови – 14 (4,9%), рак мочевого пузыря – 12 (4,2%), рак пищевода – 9 (3,1%), рак щитовидной железы – 8 (2,8%), рак челюстно-лицевой области – 8 (2,8%), другие локализации – 18 (16,2%).

Выводы. Первично-множественные злокачественные опухоли с поражением желудка составляют значительную долю этой категории больных – 12,0%. Частота встречаемости вторых опухолей при ПМЗО в общем совпадает с аналогичными показателями в популяции.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РОБОТИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ

Адилходжаев А.А., Бахадырханов М.М., Хожанязов Ш.Р., Ризаев О.
«Шох интернейшнл хоспитал», Ташкент, Узбекистан

Материал и методы. Впервые в Узбекистане в частном госпитале «Шох интернейшнл хоспитал» 3 апреля 2023 года выполнена роботическая герниопластика при левосторонней вправимой косой паховой грыже, пациенту 65 лет.

Операционная бригада: оператор, два ассистента, анестезиолог, операционная сестра. Операционная бригада имеет сертификат международного образца выполнения роботических операций. Операции выполнены под общим обезболиванием, роботическая система Revo-I. Лапароскопический роботический инструментарий 8 и 12 мм диаметром и длиной® 430 мм, с использованием адаптированной 3 D видеосистемы Carl Storz (Германия). Положение Тренделенбурга на операционном столе. После общей анестезией в параумбликальной области методом Хассона введена оптика, отступя 8 см латеральной на уровне пупка введены рабочие троакары с рабочими инструментами для диссекции тканей. В левом мезогатрии дополнительно введен 8 мм троакар для ассистента. Докинг выполнен в течении 18 минут. Выполнена ревизия брюшной полости. В левой паховой области в проекции поверхностного пахового кольца имеется грыжевой мешок, вскрыта париетальная брюшина. Выполнено выделение грыжевого мешка из окружающих тканей выделены элементы левого семенного канатика от париетальной брюшины, надкостница лонного сочленения и левого крыла подвздошной кости. Наложен сетчатый имплантат 15 на 12 см фирмы Covidien с фиксацией последнего в области надкостниц лона и гребня подвздошной кости герниостеплером Absorbtack фирмы Covidien. Целостность брюшины восстановлено ушиванием непрерывной нитьб V-Lock 3.0. В забрюшинное пространство дренировано серез контрапертуру. Выполнен андокинг. Наложены швы на кожу.

Результаты: интраоперационная кровопотеря составила 5 мл, длительность операции составила 124 мин включая докинг и андокинг. Активизация пациента в первые сутки после операции. Дренаж из забрюшинного пространства удален на 1 сутки. Пациент выписан на 3 сутки после операции. Контрольный осмотр через месяц, патологии не выявил.

Заключение: роботическая герниопластика демонстрируют относительную безопасность; Технически относительно сложны, требуют специфических навыков и дорогостоящего оборудования; Использование роботических этапов снижает травматичность операции, что способствует ранней активизации больных и уменьшает продолжительность послеоперационного периода.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РОБОТИЧЕСКОЙ ФУНДПЛИКАЦИИ ПО ДОРУ ПРИ ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

Адилходжаев А.А., Гулямов О.М., Бахадырханов М.М., Аюбов Б.А., Хожанязов Ш.Р.
«Шох интернейшнл хоспитал», Ташкент, Узбекистан

Материал и методы. Впервые в Узбекистане в частном госпитале «Шох интернейшнл хоспитал» 13 февраля 2023 года выполнена Роботическая операция Дора при ГЭРБ. Параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (2 тип), пациенту 73 лет.

Операционная бригада: оператор, два ассистента, анестезиолог, операционная сестра. Операционная бригада имеет сертификат международного образца выполнения роботических операций. Операции выполнены под общим обезболиванием, роботическая система Revo-I. Лапароскопический роботический инструментарий 8 и 12 мм диаметром и длиной® 430 мм, с использованием адаптированной 3 D видеосистемы Carl Storz (Германия). Положение Вофлера на операционном столе. После общей анестезией в параумбликальной области методом Хассона введена оптика, отступя 8 см латеральной на уровне пупка введены рабочие троакары с рабочими инструментами для диссекции тканей. Докинг в течении 40 мин. При ревизии пищеводное отверстие диаметром 5*5 см с пролабированием практически всей кардии желудка – параэзофагеальная грыжа. Выделена большая кривизна с коагуляцией коротких желудочных ветвей. С техническими сложностями выделен желудок, низведен в брюшную полость. Выполнена задняя крурорафия нитью Этибон 3,0, с дополнительной верхней крурорафией. Проходимость отверстия до 0,5 см. Далее выполнена операция Дора: фундо-круро-эзофаго рафия. Двумя узловыми швами Нитью Этибон 3,0. Гемостаз. Кровотечения нет. Дренирование малой кривизны желудка. Выполнен андокинг. Наложены швы на кожу.

Результаты: интраоперационная кровопотеря составила 20 мл, длительность операции составила 184 мин включая докинг и андокинг. Активизация пациента в первые сутки после

операции. Дренаж удален на 2 сутки. Пациент выписан на 3 сутки после операции. Контрольный осмотр через месяц, патологии не выявил.
Заключение: роботическая фундопликация демонстрируют относительную безопасность; Технически относительно сложны, требуют специфических навыков и дорогостоящего оборудования; Использование роботических этапов снижает травматичность операции, что способствует ранней активизации больных и уменьшает продолжительность послеоперационного периода.

KO'KS ORALIG'I O'SMALARNI TASHXISLASHDA KT BO'YICHA TRANSTORAKAL BIOPSIYA
Babadjanov A.B., Ulmasov F.G., Urazov N.S., Quliev A.A.
Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand filiali.
Ko'ks oralig'i o'smalarining klinik diagnostikasi juda qiyin. Yakuniy tashxisni faqat morfologik tekshirishdan so'ng o'rnatish mumkin.
Materiallar va usullar: 2010-2013 yillar davomida RIOvaRIATM Samarqand filiali torakoabdominal jarrohlik bo'limida KT nazorati ostida gistologik tekshirish maqsadida 136 nafar bemorga transtorakal kesmali biopsiya o'tkazildi. Yoshi 2 yoshdan 82 yoshgacha (o'rtacha 42 yosh).
Natijalar. O'simtaning o'lchami 25 tasida 3 dan 4 sm gacha, 38 tasida 5 dan 7 sm gacha, 73 ta holatda 7 sm dan katta bo'lgan. 92% hollarda o'sma oldingi yuqori ko'ks oralig'ida joylashgan. Kichik o'smalar uchun KT nazoratida transtorakal kesmali biopsiya o'tkazildi. Kesmali biopsiya BARD 18G ignalari yordamida amalga oshirildi, igna kirish chuqurligi 22 mm. Patologik sohani proektsiyalashda pastki qovurg'aning yuqori qirrasi bo'ylab igna plevra pardasigacha kiritilgan, igna harakat yo'nalishi tanlangan, shundan so'ng igna o'smaning o'rtasigacha kiritilgan. Mumkin bo'lgan asoratlar rentgen va ultratovush tekshiruvi asosida amalga oshirildi. Quyidagi gistologik variantlar aniqlandi: timomalar - 86, yaxshi sifatli o'smalar - 12, limfomalar - 21, neyroblastomalar - 6, sarkomalar - 9. 2 ta holatda olingan material natija bermadi. 2 holatda asorat kuzatildi: pnevmotoraks - 1, qovurg'alararo arteriyadan qon ketish - 1. Asoratlar konservativ usulda bartaraf etildi.
Xulosa: transtorakal kesimli biopsiyasi informatsion va minimal invaziv usul bo'lib, morfologik tekshirishni amalga oshirish, keyingi davolash taktikasini tanlash va differentsial tashxis qo'yish imkonini beradi.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ РАК ЖЕЛУДКА; МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ГафурАхуновМ.А.[1], Галдиев М.К.[2]
ЦРПКМР МЗ РУз.[1], БФ РСНПМЦОиР[2]
Цель исследования. Провести анализы эффективности методов лечения первично-множественные опухоли желудочно-кишечного тракта (ПМЗО ЖКТ).
Материалы и методы исследования. Материалом нашего сообщения является 22 больных с ПМЗОями желудка, которые находились на лечение в РСНПМЦОиР и его Бухарском областном филиале с 2010 по 2022 годы. Из 22 больных 11 (50%) были мужского пола, а 11 (50%) женского. Возраст больных колебался от 30 до 79 лет, в среднем составил -56,4 лет. Большинства больных были (36,4 %) были в возрасте от 60 до 69 лет.
Результаты. Продолжительности анамнеза зависела от характера ПМЗО и составила от 2 месяцев до 204 месяцев, в среднем составил - 28,8 месяцев. По международной классификации все больные распределены на 3 группы 1-Синхронные опухоли ЖКТ (11 больных); 2-Метахронные опухоли ЖКТ (8 больных); 3-группа - метахронно-синхронные опухоли ЖКТ (3 больных). Использованы следующие диагностические методы исследования: клинико-биохимические анализы мочи и крови, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, рентгенологическое исследование, фиброэзофагогастродуаденоскопия, фиброколоноскопия, ректоскопия с взятием биопсии, морфологическое исследование (цитологическое и гистологическое), МРТ, МСКТ органов брюшной полости и грудной клетки. Все больные с ПМЗО ЖКТ имели первичное или вторичное поражение желудка. При анализе локализации опухоли при синхронном поражения из 11 больных у 3 отмечено поражение восходящего отдела толстой кишки, а у 3 левостороннее поражение, у 1 с поражением сигмы и у 1 с поражением прямой кишки и у 2 больных с поражением поперечно - ободочной кишки. Метахронный ПМЗО ЖКТ имели 8 больных, отмечено поражение тело желудка – у 2, проксимального отдела желудка – у 1, кардиоэзофегального отдела – у 3, дистальный отдел желудка – у 2 больных. Метахронно-

синхронное поражение желудок отмечено у 3 больных. У 1 больного отмечено поражение тело желудка и у 2 - дистальный отдел желудка.
При синхронном поражении ЖКТ выполнено следующие виды операции: Гастрэктомия + правосторонная гемиколэктомия выполнена у 2 больных, субтотальная дистальная резекция желудка + резекция сигмовидной кишки-1, субтотальная проксимальная желудка + экстирпация прямой кишки – 1, субтотальная дистальная резекция желудка + резекция поперечно-ободочной кишки – 1. У 5 больный из-за отказа больных или сопутствующие болезни не удалось провести оперативное вмешательства. У 8 больных с метахронным поражений ПМЗО ЖКТ выполнены следующие операции: у 1 больного проведена гастрэктомия + правосторонняя гемиколэктомия, у 1 гастрэктомия + левосторонное гемиколэктомия, у 1 гастрэктомия + брюшинно-анальная резекция прямой кишки, у 2 - субтотальная дистальная резекция желудка + передняя резекция прямой кишки. Метахронно-синхронное поражений ПМЗО ЖКТ отмечено у 3 больних. Из них субтотальная дистальная резекция желудка + правосторонное гемиколэктомия выполнена у 1 больной, гастрэктомия + левосторонняя гемиколэктомия – у 1 больной, субтотальная дистальная резекция желудка + резекция поперечно-ободочной кишки – у 1 больной.
Выводы. ПРИ ПМЗО ЖКТ с поражением желудка из 22 больных у 15 (68,2%) больных проведено радикальной операции. При первично-множественной злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта с поражением желудка в 68,2% случаев удалось выполнять радикальные операции и провести комбинированное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ДИСТАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ С ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЕЙ

Газиев Л.Т., Қобилов Б.З., Хаитов Д.Х.
Джизакский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность. Неоднозначные функциональные и онкологические результаты комплексного лечения рака прямой кишки дистальных локализаций требуют дальнейшего сравнения и оптимизации подходов к лечению в различных клинических ситуациях.
Цель. Оценка функциональных результатов выполнения тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ) в рамках комбинированного лечения средне- и нижнеампулярного рака прямой кишки, анализ отдаленных онкологических результатов в сравнении с контрольной группой.
Материал и методы. В исследование включены 2 группы больных: основная группа – 32 больных раком средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки, которым проведен предоперационный курс ДЛТ до СОД=50–54 Гр на фоне радиомодификации капецитабин с последующей ТМЭ в соответствии с анатомическими ориентирами и выделением прямой кишки в мезоректальном слое, контрольная группа – 26 пациентов – группа исторического контроля, которым проведен предоперационный курс ДЛТ с последующим выполнением вмешательства «старым» способом (с применением так называемого приема лодочка), т. е. выделением прямой кишки без учета мезоректального слоя.
Результаты. Частота дисфункции мочевого пузыря в послеоперационном периоде в группе тотальной мезоректумэктомии составила 52 случая (63,4%), через год после лечения – 13 случаев (15,8%). Частота неудовлетворительной функции замыкательного аппарата по шкале Wexner (11–20 баллов) составила в послеоперационном периоде 7 случаев (8,5%), через год после лечения – 2 случая (2,4%). Частота локального рецидивирования в основной группе составила 7,3%, в контрольной 13,7%. Общая 5-летняя выживаемость в основной группе составила 83,5%, в контрольной группе 61,8%. Различия статистически достоверны (p=0,0029). Безрецидивная выживаемость в основной группе составила 92,3%, в контрольной группе 75%. Различия статистически достоверны (p=0,002).
Выводы. Комбинированное лечение рака прямой кишки с ТМЭ обеспечивает достоверное уменьшение частоты локальных рецидивов, а также увеличение показателей общей и безрецидивной выживаемости. Функциональные результаты лечения через год после лечения удовлетворительные (дисфункция мочевого пузыря 15,8%, неудовлетворительная функция держания кала и газов 2,4%).

ОШҚОЗОН-ИЧАК ТИЗИМИ БИРЛАМЧИ-КЎПЛАБ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Галдиев М.К., Мухамедаминов Ш.К., Гафур-Ахунов М.А.
РИОРИАТМ БВМ, ТХКМРМ

Тадқиқот мақсади. Бирламчи-кўплаб йўғон ичак хавфли ўсмаларида даволаш натижаларининг тахлили.

Тадқиқот материали ва услублари. РИОРИАТМ БВМ да 2015-2021 йилларда бирламчи-кўплаб ошқозон-ичак тизими аъзоларини хавфли ўсмаларини даволаш натижалари келтирилган. Шу давр мобайнида 60 та беморда юқорида кўрсатилган ташхис билан даво ўтказилган. 60 та бемордан 30 таси (50%) эркаклар ва 30 таси (50%) аёллар бўлган. Беморларнинг ёши 31 дан 79 ёшгача бўлиб, ўртача 56 ёшни ташкил қилган. 60 та бирламчи кўплаб ўсмадан 1 та беморда меъда саратони бўлиб, қолган 59 таси–йўғон ичакнинг турли бўлимларида жойлашгандир. Аъзоларни зарарланиши бўйича тўғри ичакни зарарланиши (12), кўндаланг чамбар ичак (19), тушувчи чамбар ичак (10), сигмасимон ичак (9), кўтарилувчи чамбар ичак (9), йўғон ичакни ректосигмоид қисми (1), зарарланиши билан ифодаланган бўлса, фақатгина 2 та беморда анал каналини зарарланиши аниқланган. Иккиламчи ва учламчи ўсмалар 60 та беморда 114 аъзоларни хавфли ўсмалар билан зарарланиши аниқланган. Иккиламчи ва учламчи ўсмалар орасида аксарият ҳолатда тўғри ичакни зарарланиши (28), сигмасимон ичакни (21), йўғон ичакни ректосигмоид қисмини (17), кўтарилувчи чамбар ичакни (16) зараланиши кузатилган. Фақатгина 2 та беморда ингичка ичакни ва 14 та беморда меъдани иккиламчи зараланиши кузатилган.

Натижалар. Синхрон бирламчи кўплаб ўсмаларда 33 та бемордан 2 тасида (6,2%) жаррохлик усули қўлланилган бўлса, 12 тасида (36,4%) – комбинирлашган ва 12 тасида (36,4%) комплекс даво усули ўтказилган.

Метахрон бирламчи-кўплаб ўсмаларда 27 бемордан 2 тасида (7,4%)-жаррохлик усули, 22 тасида (81,4%)-комбинирлашган ва 3 тасида (11,1%)да-комплекс даво усули ўтказилган.

Хулоса. Синхрон бирламчи-кўплаб ўсмаларида комбинирлашган ва комплекс даво муоложаларидан кейин яшаш медианасининг кўрсаткичи 48 ойни ташкил қилган. Метахрон бирламчи кўплаб ўсмаларида эса бу курсаткич 120 ойдан иборат бўлган. Кузатувларимиз натижасида йўғон ичакни бирламчи-кўплаб синхрон ўсмаларида метахрон ўсмага нисбатан метастазларни пайдо бўлиши 2 баробар кўп учраган.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОМИССИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Газиев Л.Т., Алмурадова Д.М., Юсупов А.А., Эркинова Ч.О., Холиддинов Х.Ш.
ТГФ РСНПМЦОиР РУз, Ташкентская медицинская академия

Цель. Показать целесообразность создания в онкологических учреждениях мультидисциплинарые комиссии для оптимизации планирования комплексного лечения Рака прямой кишки и анального канала.

Материалы и методы. В нашем учреждении с 2015 г. работает мультидисциплинарная комиссия (МДК), в состав которой входят хирург, радиолог, химиотерапевт и ретгенолог отделения МРТ. Рассмотрено 389 случаев рака прямой кишки (РПК) и рака анального канала (РАК); кратность посещений составляло от 1 до 6 раз. Пациентам выполняли МРТ таза на аппарате GE Optima 1.5 Tesla с контрастированием при первичной диагностике и через 4–5 недель после завершения неоадъювантной химиолучевой терапии (ХЛТ) При первом исследовании оценивали глубину прорастания опухоли стенки кишки и фасции и поражение лимфатических узлов (Л.У.), расстояние от анального отверстия до нижней границы опухоли, протяженность опухоли. При повторном исследовании определяли степень регресса опухоли и пораженных Л.У, после чего планировалось оперативное лечение, либо продолжение ХЛТ. В дальнейшем МРТ входит в стандарт наблюдения за пациентами. Результаты лечения сравнивались с данными 432 пациентов в период до создания МДК и внедрения МРТ.

Результаты. Важно, что средний срок начала ХЛТ составил 12 дней после заседания МДК. Одновременно пациенты (76%) начинали принимать кселоду или фторафур. В контрольной группе ЛТ в среднем начиналось через 21 день, а число пациентов, получавших радиосенсибилизаторы, составляло 27%. При оценке результатов ХЛТ основной группы полный регресс опухоли составил 8% при РПК и 31% при РАК, частичный регресс в 64% при РПК и 57% при РАК, стабилизация в 21% при РПК и в 10% при РАК, прогрессирование в 7% при РПК и 2% при РАК. В период до внедрения МРТ и создания МДК этих данных не было. При повторных

МДК решается вопрос о тактике, возможности выполнения операции и её виде.
Заключение. Работа МДК при лечении РПК и РАК позволяет правильно стадировать процесс, быстрее назначать ХЛТ, по ее завершении оценивать эффективность неоадъювантной терапии и планировать оперативное лечение или продолжение ХЛТ.

РОБОТИЧЕСКАЯ ИЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Гончаров А.Л., Чичерина М.А.
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации

Цель: провести сравнительный анализ периоперационных результатов пациентов больных раком прямой кишки, подвергшихся хирургическому этапу лечения с применением лапароскопических или роботических технологий.
Материалы и методы: в исследуемую группу были включены 101 пациент с гистологически верифицированной аденокарциномой прямой кишки, локализованной в среднем и нижнеампулярном отделе. Всем пациентам выполнена низкая передняя резекция прямой кишки в объеме тотальной мезоректумэктомии с формированием колоректального или колоанального анастомоза. 62 (61,4%) пациентам выполнены роботические операции с применением установки DaVinciSi (рТМЭ) и 39 (38,6%) пациентам - лапароскопические операции (лТМЭ). Средняя высота расположения опухоли от зубчатой линии в группе рТМЭсоставила 4,9±2 см, в группе лТМЭ 6±1,9 (p=0.003). В группе роботических операций было 45 (73%) пациентов, а в группе лапароскопических операций 16 (41%) после неоадъювантной ХЛТ (p=0.001).
Результаты: среднее время операции составило в группе роботических 265±53мин, лапароскопических 253±51мин, кровопотеря в группе рТМЭ – 60,8 (5-150) мл, в группе лТМЭ – 66,4 (10-200) мл. Во всех случаях формировалась коло (51,5%) или илеостома (34,6%). В 14 (13,9%) случаях стома была сформирована на дооперационном этапе. Конверсий в группе лТМЭ было 2 (5,1%), в группе рТМЭ – 1 (1,6%). Редокинг потребовался в 16 (25,8%) случаях. Послеоперационный койко-день в группе роботических операций – 9±3,4, лапароскопических операций – 8,6±2,9. Послеоперационные осложнения были выявлены у 16 (25,8%) в группе роботических операций и у 10 (25,6%) пациентов в группе лапароскопических операций. Качество мезоректумэктомии было сходным в обеих группах (Grade3 в 87% рТМЭ и 92% лТМЭ). Дистальный клиренс в группе роботических операций составил 2,6±3 см, в группе лапароскопических 2,5±1,9 см. Положительный циркулярный край резекции (R1) отмечен при выполнении роботических операций у 1 (1,6%) пациента, а в группе лапароскопических операций все операции были R0.
Выводы: результаты роботических технологий и лапароскопических операций сопоставимы. При выборе оперативного доступа у пациентов с более низким раком прямой кишки и после неоадьювантного лечения предпочтение отдавалось DaVinci.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДРАКОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ

Гуламов О.М., Махсудов М.Т., Ахмедов Г.К.
ГУ “РСНПМЦХ им.акад. В.Вахидова”, Ташкент, Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Цель исследования: определить эффективность комплексного лечения предраковых осложнений ГЭРБ.
Материалы и методы. Проанализированы результаты исследования 32 больных с осложненными формами ГЭРБ. Исследованию подверглись пациенты обратившийся в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» и в Самаркандской ГМО. Возраст пациентов составило от 25 до 80 л. Преобладали пациенты женского пола: женщин – 21 (65,6%), мужчины – 11 (34,4%).
Всем пациентам с подозрением на предраковые осложнения ГЭРБ слизистой оболочки пищевода проводилось стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе эндоскопические методы в обычном режиме и в узкоспектральном режиме (режим-NBI) на эндоскопе CV-170 фирмы Olympus.
Результаты. При обследовании у большинства больных диагностировано эрозивные изменения слизистой оболочки пищевода. У 10 (31,3%) пациентов было подозрение на пищевод Барретта (ПБ). У всех пациентов взято биопсийные материалы на гистологическое исследование. ПБ без дисплазии обнаружили в 3 случаях из 28 исследованных участков. В режиме NBI в 21 наблюдениях (65,6%) выявили ворсинчатую/извилистую структуру слизистой оболочки пищевода и в 11

(35,4%) — плоский тип слизистой оболочки без определенной структуры ямок или складок.
Все больные с пищеводом Барретта (n=10) с подозрением на новообразования пищевода направлены на дополнительные исследования и лечению. Аденокарцинома выявлено у 2 (6,2%) больных. Пациентам проведена следующие операции: у 2 пациентов с аденокарциномой с переходом на кардиальную часть желудка – проксимальная резекция желудка с резекция абдоминального отдела пищевода и формированием эзофагогастроанастомоза конец в бок.
Выводы: эндоскопический метод с NBI режимом является более информативным методом. При рефлюкс-эзофагитах I-IV степени можно применить комплексное лечение с использованием лазера. А у пациентов с аденокарциномой пищевода нужно провести расширенную субтотальную проксимальную резекцию желудка или гастрэктомию с лимфадиссекцией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗИРОВАННОНОГО РАКА ЖЕЛУДКА В ПЕЧЕНЬ

Джураев М.Д.[1], Меликулов А.Х.[2], Улмасов Ф.Ғ.[2], Давронов Б.А.[2], Кулиев А.А.[2]
Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно практического медицинского центра онкологии и радиологии[1], Самаркандский филиал республиканского специализированного научно практического медицинского центра онкологии и радиологии[2]

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения метастазированного рака желудка в печень.
Материал и методы: нами за период с 2014 года по 2022 года изучены результаты хирургического лечения рака желудка с метастазированием в печень у 51 больных в отделении Торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РСНПМЦОиР. Пациенты были разделены на две группы: в основную группу, включены пациенты n=28 (54,9%) которым одномоментно произведено удаление желудка с резекций метастатических узлов печени. Во второй контрольной группе n=23 (45,1%) пациенты которым учитывая общее состояние больных, наличия осложнения (кровотечения, стеноз, дисфагия) произведена гастрэктомия или резекция желудка без удаления метастатических узлов печени. В зависимости от локализации и гистологический структуре опухоли 22 (43,1%) пациентом была выполнения дистальная субтотальная резекция желудка и 29 (56,9%) больных гастрэктомии. Основной группа большую часть оперированных больных составили мужчины – 18 (64,2%). При распределении больных по возрасту, основную массу составили лица 35-70 лет. Диагноз рак желудка установлен на основе клинико-рентгенологии, морфологических данных с использованием современных методов лучевой диагностики (МСКТ, МРТ, ПЭТ КТ) и лапароскопических данных. Все оперированные больные соответствовали стадиям T3-4aN0-2M1(hepar).
Результаты: согласно полученным данным метастатическое поражение левой доли выявлено у 9 (32%) и правой доли у 12 (43%) больных, а у 7 (25%) х больных билобарное поражение. Метастазы поражения одного сегмента у 5 (17,9%) х больных, которым произведена анатомическая резекция печени. У 13 (46,4%) х больных поражения двух сегмента, произведена бисегментэктомия. У 10 (35,7%) х больных поражения три сегментов, произведена бисегментэктомия. Всем пациентам в послеоперационном этапе произведена адъювантная химиотерапия по схеме (FOLFOX). В основной группе одногодичная выживаемость составила 60,7%, трёхлетняя выживаемость 17,6%, а пятилетней выживаемость 10,7%. В контрольной группе одногодичная выживаемость составила 45,6%.
Выводы: при раке желудка с метастазами в печени, если поражение не боли 3 х сегментов целесообразно одномоментно проведение резекции печени. Так как, данный объём операция не ухудшает непосредственные результаты и по сравнению с контрольной группой.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗИРОВАННОНОГО РАКА ЖЕЛУДКА В ПЕЧЕНЬ

Джураев М.Д.[1], Улмасов Ф.Ғ.[2], Уразов Н.С.[1], Меликулов А.Х.[2], Кулиев А.А.[2] Давронов Б.А.[2]
Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно практического медицинского центра онкологии и радиологии[1], Самаркандский государственный медицинский университет [2]

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения метастазиров рака желудка в печень.
Материал и методы: за период с 2015 года по 2021 года нами изучены результаты

хирургического лечения рака желудка с метастазированием в печень у 51 больного в отделении Торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РСНПМЦОиР. Пациенты были разделены на две группы: в основную группу, включены пациенты n=28 (54,9%) которым одномоментно произведено удаление желудка с резекцией метастатических узлов печени. Во второй контрольной группе n=23 (45,1%) пациенты которым учитывая общее состояние, наличия осложнений (кровотечения, стеноз, дисфагия) произведена гастрэктомия или резекция желудка без удаления метастатических узлов печени. В зависимости от локализации и гистологической структуры опухоли 22 (43,1%) пациентам была выполнена дистальная субтотальная резекция желудка и 29 (56,9%) больным гастрэктомии. Основную группу составили мужчины – 18 (64,2%). При распределении больных по возрасту, основную массу составили лица от 35 - до 70 лет. По гистологической структуре опухоли – аденокарцинома различной дифференциации наблюдалась у 21 (75%), скиррозный рак у 4 (14,3%), перстневидно клеточный рак у 3 (10,7%) больных. Диагноз рак желудка установлен на основе клинико-рентгенологических, морфологических данных с использованием современных методов лучевой диагностики (МСКТ, МРТ, ПЭТ КТ) и лапароскопических данных. Все оперированные больные соответствовали стадиям T3-4aN0-2M1(hepar).

Результаты: согласно полученным данным метастатическое поражение левой доли выявлено у 9 (32%) а правой доли у 12 (43%) больных, а 7 (25%) больных билобарное поражение. Метастатическое поражения одного сегмента у 5 (17,9%), которым была произведена анатомическая резекция печени. У 13 (46,4%) больных с поражением двух сегментов, произведена бисегментэктомия. У 10 (35,7%) с поражением трех сегментов - бисегментэктомия. Всем пациентам в послеоперационном этапе произведена адъювантная химиотерапия по схеме (FOLFOX). В основной группе одногодичная выживаемость составила 60,7%, трёхлетняя выживаемость 17,6%, а пятилетней выживаемость 10,7%. В контрольной группе одногодичная выживаемость составила 45,6%.

Вывод: при раке желудка с метастазами в печень если поражено не более 3 х сегментов целесообразно проведение одномоментно резекции печени. Так как, данный объём операция не ухудшает непосредственные результаты и по сравнению с контрольной группой достоверно увеличивает трёхлетнюю выживаемость до 17,9%.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННО-КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

Джуманазаров Т.М., Юсупбеков А.А., Расулов А.Э., Хайруддинов Р.В., Чернышева Т.В., Жураев Э.Э., Мадиёров Б.Т., Усманов Б.Б., Туйчиев О.Д.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, г.Ташкент

Цель: изучить результаты хирургического лечения при расширенно-комбинированных операциях рака лёгкого.

Материал и методы: в клинике РСНПМЦОиР за период 2000-2022 гг. пролечено 13267 больных раком легкого. В отделении торакальной онкологии с 2000 по 2022 гг. выполнено 1194 операций на лёгком, из них 667 диагностических и 527 расширенно-комбинированные (пульмонэктомия 243, лобэктомия 186 и билобэктомия 37). Среди них центральный рак у 373 (70,7%) и периферический рак 154 (29,3) больных. Возраст больных колебался от 29 до 74 лет. По объём оперативных вмешательств: расширенно - комбинированная пульмонэктомия – 111 (45,7%). Из них: с резекцией предсердия – 7 (6%) больных, резекция верхней полой вены – 3 (3%), резекция перикарда – 43 (39%), диафрагмы – 9 (8%), плевры – 15 (13,%), рёбер – 6 (5,5%), бифуркации трахеи – 3 (3%). Расширенно - комбинированная лоб (63 (33,9%) - и билобэктомии – 4 (10,8%). Из них: резекция рёбер – 9 (13,4%), диафрагмы – 11 (16,4%), париетальной плевры – 15 (22,3%), резекция бронха – 4 (6%) и легочной артерии -2 (3%). По морфологическому типу распределение было следующим: плоскоклеточный рак (62,6%), аденокарцинома (31,3%), другие формы (6,1%). Во всех случаях произведено широкая медиастинальная лимфодиссекция. Частота послеоперационных осложнений при пульмонэктомии составила 30%, послеоперационная летальность во всех 3-х группах – 14 (5,7 %) больных.

Выводы: при радикальном хирургическом лечении, путём достижения удовлетворительных непосредственных и отдаленных результатов является выполнение комбинированных операций, и в обязательном порядке выполнение расширенной медиастинальной лимфодиссекции.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫИНТРАМУРАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ ПРИ РАКЕ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Джураев Э.Э., Юсупбеков А.А., Хайруддинов Р.В., Расулов А.Э., Мадиёров Б.Т., Усманов Б.Б., Джуманазаров Т.М., Туйчиев О.Д., Хакимов Я.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Цель: изучение в ретроспективном аспекте частоту встречаемости и клинико-морфологических аспектовинтрамурального метастазирования плоскоклеточного рака пищевода.

Материалы и методы: ретроспективно проанализированы медицинские записи 1083 пациентов, перенесших эзофагэктомию в период с 2001 г. по 2021 г. Пациентам, была проведена эзофагогастродуоденоскопия с биопсией, компьютерная томография (КТ) грудной клетки и брюшной полости с пероральным контрастированием, бронхоскопия и с 2018 года позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой (ПЭТ/КТ) для определения предоперационной стадии.

Результаты: у 59 пациентов (37 мужчин, 22 женщин) был выявлен интрамуральный метастаз. У 59,32% пациентов (35 случаев) в этом исследовании были ИМ на проксимальной стороне, у 28,8% — на стороне желудка (17 случаев) и у 11,8% — на обеих сторонах (7 случаев). ИМ на проксимальной стороне располагались от основной опухоли на расстоянии от 0,5 до 8,4 см (среднее = 4,2±0,2 см), а на желудочной стороне находились на расстоянии от 0,5 до 6,8 см (среднее = 3,4±0,1 см).

Выводы: рецидивирующее и, возможно, персистирующее заболевание является одним из главных проблем в хирургическом лечении рака пищевода. В свете этого важно иметь широкие края резекции, а также неоадъювантное и адъювантное лечение для контроля местного и системного процесса заболевания при лечении рака пищевода.

ГАСТРОПАНКРЕАТОСПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Джураев М.Д., Худаяров С.С., Туйев Х.Н., Бабаев А.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения местно-распространенного рака желудка путем применения расширенно-комбинированной операции.

Материал и методы: в период с 2015 по 2017 г.г. в отделении абдоминальной хирургии РОНЦ 178 больным раком желудка с прорастанием в различные части поджелудочной железы произведены расширенно-комбинированные вмешательства. В зависимости от объема операции больные разделены на 2 группы:

1 группа – n=112 – произведена расширенная гастропанкреатоспленэктомия.

2 группа – n=66 – расширенная гастрэктомия с плоскостной резекцией прорастающих участков поджелудочной железы.

Показаниями к гастропанкреатоспленэктомии служило более глубокое прорастание опухоли в паренхиму поджелудочной железы и инфильтрация селезеночной артерии. Для плоскостной резекции, поверхностное прорастание в локальные участки размером до 3 см, без инфильтрации селезеночной артерии.

Морфологическиболеечемв88%случаевывыявленанизко-дифференцированнаяаденокарцинома и в 12% случаях умеренно-дифференцированная и высоко-дифференцированная аденокарцинома. В 1 группе 102 (91,1%) больным выполнена гемипанкреатэктомия, в 10 (8,9%) случаях дистальная субтотальная резекция и в 2 случаях резекция хвоста поджелудочной железы. Во 2 группе всем больным произведена плоскостная резекция поджелудочной железы и в 22 случаях ложе подвергали криодеструкции.

Результаты: послеоперационные осложнения в 1 группе составили 15,2%, экссудативный плеврит у 9 больных, свищ культи поджелудочной железы у 2, и панкреатит у 3 больных, лимфорея - 1 и длительное геморрагическое выделение у 1 больного, ОССН – 1. Умер 1 больной от инфаркта миокарда. Во 2 группе послеоперационные осложнения составили 13,6%. Плеврит у 5 больных, панкреатит у 3, и длительная лимфорея у 1 больного. Летальных исходов в обеих группах не было. 3-летняя выживаемость в 1 группе составила36,2+0,33%, во 2 группе 30,3+0,4%. 5-летняя соответственно 26,2+0,4% и 19,1+0,3%. Рецидив культи поджелудочной железы в 1 группе составил 10,7% больных, а во 2 группе 28,2%.

Выводы: при раке желудка с прорастанием в поджелудочную железу более радикальным и перспективным является гастропанкреатоспленэктомия, которая по сравнению с плоскостной резекцией, достоверно снижает частоту рецидивирования и улучшает 3 и 5-летнюю выживаемость.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЕРХНЕЙ ЛЕВОЙ ЭВИСЦЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Худаяров С.С.
РСНПМЦОиР МЗ РУз

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения при местно-распространенном раке желудка.

Материалы и методы: в отделении абдоминальной хирургии РОНЦ за период с 2008 по 2017 г. 18 больным по поводу инфильтративного рака желудка, тотальное поражение с прорастанием в левую долю печени, ворота селезенки, хвост и тело поджелудочной железы, левой надпочечник, и поперечно-ободочную кишку произведена эвисцерация верхнего левого квадранта брюшной полости. Возраст больных колебался от 18 до 64 лет. Мужчин – 12, женщин – 6.

Распространенность рака желудка была установлена на основании комплексных данных с использованием компьютерной томографии и диагностической лапароскопии. Гистологически у 14 (77,8%) больных обнаружена аденокарцинома преимущественно низкой дифференцировки, а у 4 (22,2%) больных диффузный тип поражения.

В удаленный комплекс входила желудок, левой доли печени, поперечно ободочная кишка, корпорокаудальная часть поджелудочной железы, селезенка, левой надпочечник и в 4 случаях левая почка.

Контрольную группу составили 20 больных, где за этот период из-за отказа от операции, проводилась системная химиотерапия.

Результаты: Послеоперационные осложнения развились у 8 больных. Из них у 4 больных экссудативный плеврит, у 1 больного развился поздний свищ коло-коло анастомоза, у 2 больных клинически проявился послеоперационный панкреатит и у 1 больного тромбоэмболия легочной артерии, которая закончилась летальным исходом.

Все осложнения за исключением последнего были ликвидированы консервативным путем. Умер 1 больной. Послеоперационная летальность составила 5,5%. Одногодичная выживаемость составила 68,8. Трехлетняя выживаемость составила 22,2%, пятилетняя 11,1%. Средняя продолжительность жизни составила 18,4 +_ 03мес.

А в 20 больных контрольной группы. СПЖ составила 6,8+0,4 мес.

Выводы. При местно-распространенном раке желудка с прорастанием в соседние структуры эвисцерация верхнего левого квадранта брюшной полости, избавляет больных от осложнений, связанных с прогрессированием процесса и достоверно увеличивает отдаленные 1-3 и 5-летнюю выживаемость по сравнение с контрольной

СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ГАСТРЭКТОМИИ

Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Худаяров С.С.
РСНПМЦОиР МЗ РУз

Цель исследования: Улучшить функциональные результаты гастрэктомии при раке желудка путем создания желудказамещающего резервуара.

Материал и методы: в отделении абдоминальной хирургии РОНЦ в период с 2012 по 2017 г.г. 135 больным раком желудка T3-4aN1-2M0 произведена стандартно-радикальная гастрэктомия с формированием желудказамещающего резервуара.

Контрольную группу составили 142 больных раком желудка T34aN1-2M0, которым произведена стандартно-радикальная гастрэктомия без формирования резервуара. Возраст больных колебался от 13 до 72 лет. Для формирования резервуара после завершения резекционного этапа отступя 1—12 см от Трейцевой связки резецируется петля тонкого кишечника на расстоянии 40 см, на сосудистой ножке, посередине которого формируется эзофагоеюноанастомоз, на конце приводящей петли формируют дуоденоеюноанастомоз. Конец приводящей петли ушивают наглухо и между отводящей и приводящей петлей длиной 14-16 см формируется резервуар. Резецированные концы тонкой кишки анастомозируют конец в конец.

Эффективность созданного резервуара изучалась нами по следующим критериям:

Непосредственные результаты.

Частота возникновения рефлюкс эзофагита.
Частота возникновения Демпинг синдрома.
Частота возникновения агастральной анемии.
Функциональная активность и качество жизни больных.
Изменение массы тела.
Результаты: послеоперационные осложнения в сравниваемой группе составили 12,0%, а в контрольной группе 11,0%. Летальность в обеих группах не наблюдалась. Рефлюкс эзофагит в основной группе наблюдался у 1,6% (2 больных) пациентов слабовыраженной интенсивности, а в контрольной группе она составила 78,1% (142 больных), Демпинг синдром соответственно 0% и 29,7% (54 больных). Агастральная анемия 9,6% (12 больных) и 42,3% (77 больных).
Функциональная активность по шкале Карновского в основной группе оценена 88,4%, а в контрольной группе 74,5%.
Больные основной группы от 2 до 1 года прибавили вес в среднем 5,8 кг, а в контрольной группе отмечалась потеря массы в среднем 3,2 кг.
Выводы: оригинальным способом, улучшающим функциональные результаты после гастрэктомии, является создание желудказамещающего резервуара, который за счет компенсации функции желудка и включения в систему пищеварения 12-перстной кишки предотвращает возможные функциональные осложнения, улучшает физическую активность и качество жизни.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПТАТА ЭНДОБИЛИАРНОГО ЗАЖИМА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЧРЕСКОЖНОЙ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКИ

Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Казимов Б.Б., Турсунов О.М.
Самаркандский филиал РСНПМЦОиР, Республика Узбекистан

Цель работы: Сравнительное исследование уровня точности биопсии эндобилиарного зажима с использованием чрескожно-печеночной холангиостомической трубки.
Материалы и методы исследования: Обследовано 17 пациентов с 2021 по 2023 год. Процедуры биопсии для взятия проб проксимального желчного протока во-время чрескожной холангиостомической холангиопанкреатографии (ЧХПГ) могут быть технически сложными. Введение биопсийных щипцов в желчные протоки — непростая задача и может привести к неприятным последствиям. Кроме того, могут возникнуть трудности с управлением и позиционированием зажимов во время целевого отбора проб в определенной области. Больной Ш. 71-летняя женщина. Из-за желтухи, вызванной стриктурой проксимального отдела желчных протоков, выявленной на компьютерной томографии брюшной полости, была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия и ЧПХГ. При рентгеноскопии в проксимальном отделе желчного протока обнаружен овоидный дефект наполнения диаметром 26 мм. После чрескожной чреспеченочной холангиостомии с баллонированием желчевыводящих путей была предпринята попытка биопсии ткани с использованием обычных щипцов диаметром 1,8 мм и вместимостью 2,5 мм 3 чашки (биопсийные щипцы Optimos®, Medical). Однако процедура биопсии может быть технически сложной при введении щипцов для биопсии в желчный проток, особенно если биопсия нацелена на боковую стенку протока. Поэтому мы прикрепили силиконовую трубку к проксимальной части биопсийных щипцов. Силиконовая трубка представляет собой изготовленный вручную прототип с отверстием для зажима, позволяющим легко провести проводник и зажимы в желчный проток. С помощью этого биопсийного щипца легко и успешно выполнялся целевой забор центральной области образования.
Результаты: При маломощном микроскопическом исследовании на фоне некротического дебриса обнаружен фрагмент высокодифференцированной аденокарциномы. Было показано, что опухолевая масса, полученная с помощью чрескожной чреспеченочной холангиостомической холангиопанкреатографии (ЧЧХГ), лучше подходит для получения достаточного количества образцов ткани для гистологической диагностики.
Заключение. Установлено, что уровень точности биопсии эндобилиарного зажима с использованием чрескожно-печеночной холангиостомической трубки высокий при взятии желчных протоков.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ

Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Турсунов О.М., Меликулов А.Х., Кулиев А.А., Казимов Б.Б.
Самаркандский филиал РСНПМЦОиР, Республики Узбекистан

Цель исследования. Оценить результаты применения чрескожных пункционных вмешательств под контролем УЗИ в лечении непаразитарных кист печени.

Материалы и методы. За период с 2021 по 2023 гг. наблюдалось 11 больных в возрасте 28-66 лет с непаразитарными кистами печени. Чрескожное пункционное лечение предусматривало аспирацию содержимого и склеротизацию кист печени. При УЗИ определяли место для оптимальной пункции полостного образования. Под местной анестезией через разрез кожи, используя пункционный датчик или датчик с пункционной насадкой, свободным рабочим концом иглы проводили пункцию кисты и аспирацию небольшого количества ее содержимого. После рентгеноскопического (водорастворимый контраст) и ультразвукового исследования производили аспирацию всего содержимого кисты и вводили склерозирующий препарат (96% этиловый спирт) в объеме 1 /3 аспирированного содержимого с экспозицией 20 мин. Склеротерапию выполняли при кистах диаметром не более 5 см. У больных, имевших кисты большего диаметра, выполняли их дренирование без склеротерапии.

Результаты. Показаниями для применения метода были солитарные и множественные кисты печени, проявляющиеся болями в области печени, а при бессимптомном течении — кисты диаметром 5 см или более 5 см с прогрессирующим ростом. Противопоказаниями являлись разрыв кисты, кровотечение в полость кисты, опухоли, выраженные нарушения свертывающей системы крови. Из 11 больных с непаразитарными кистами печени 6 (54%) больным произведено чрескожное пункционное лечение (дренирование, склеротерапия). Средний диаметр кисты был 5,7±0,7 см. Лапароскопическое иссечение кист выполнено 1 больным. Динамическое наблюдение осуществлялось 4 (38%) больным из-за малых размеров кист. Цель склеротерапии - асептический некроз эпителиальной выстилки кисты для постепенной облитерации ее полости. При небольших кистах (диаметр 3-4 см) было достаточно однократной пункции и экспозиции склерозанта в течение 10 мин. При кистах большего диаметра выполняли наружное дренирование с использованием устройства для дренирования полостных образований. Эту же методику применяли в лечении гигантских кист печени (15-20 см и более) у двух больных, что позволило избежать травматичных «открытых» операций. Длительность дренирования кист составила 3-6 сут. У всех 7 больных были получены хорошие результаты. У 2 больных полость кисты при контрольном УЗИ не определялась, а у 2 - объем кисты уменьшился до 1 /3 от исходного объема.

Заключение. Простота и малоинвазивность чрескожного пункционного метода лечения непаразитарных кист печени позволяет считать его альтернативой оперативному вмешательству, что особенно важно у больных с высоким операционным риском. Применение метода дает возможность сократить длительность стационарного периода лечения этой группы больных.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПРИ ПРОРАСТАНИИ ОПУХОЛИ В ХВОСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Джураев М.Д.[1], Меликулов А.Х.[2], Улмасов Ф.Г.[2], Давронов Б.А.[2]
Уразов Н.С.[2]
Ташкендский городской филиал Республиканского специализированного научно практического медицинского центра онкологии и радиологии[1], Самаркандский филиал республиканского специализированного научно практического медицинского центра онкологии и радиологии[2]

Цель исследования: оценить непосредственные результаты расширенной комбинированной гастрэктомии при прорастании опухоли в хвост поджелудочной железы.

Материал и методы: нами изучены результаты хирургического лечения местнораспространенного рака желудка у 36 больных, подвергшихся комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией, за период с сентября 2017 года по декабь месяца 2022 года в отделении Торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РСНПМЦОиР. Большую часть оперированных больных составили мужчины – 25 (69,4%). При распределении больных по возрасту, основную массу составили лица 40-70 лет. По гистологической структуре опухоли – аденокарцинома различной дифференциации была у 28 (77,7 %), скиррозный рак у 4 (11,1%), перстневидно клеточный рак у 4 (11,1 %) больных. Все

больные в дооперационном периоде прошли обследование согласно стандарту диагностики. По локализации опухоли в желудке у 26 (72,2%) больных первичная опухоль локализовалась в теле и проксимальном отделе желудка с прорастанием в хвостовую часть поджелудочной железы, а у 10 (27,8%) больных тотальное поражение желудка с прорастанием частично в тело и хвостовую часть поджелудочной железы. Все прооперированные больные соответствовали по стадиям T4bN0-2M0. У всех больных в динамике отмечалось желудочное кровотечении различной интенсивности, стенозом и дисфагия III-IV стадия было показанием к проведению оперативного вмешательства без проведения неадъювантной химиотерапии.

Результаты: Количество послеоперационных осложнений после комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатоэктомией со спленэктомией наблюдалось у 4 х (11,1%) больных. Из хирургических осложнений у 1 (2,7%) больного развился панкреатический свищ, который закрылся самостоятельно в течение 4 х недель. Терапевтические осложнение были представлены в виде тромбоэмболии у 1 (2,7%) больного, бронхопневмонии и нарушения сердечного ритма у 2 х (5,6%) больных. Всего терапевтические осложнения развился у 3 (8,3%) больных. В последней обеих случаях осложнения были ликвидированы консервативным лечением. Так, после комбинированной гастрэктомии с дистальной гемипанкреатэктомией со спленэктомией из-за тромбоэмболий легочной артерии умер 1 (2,7%) больной. Послеоперационная летальность составила 2,7%.

Вывод: комбинированная гастрэктомия с дистальной гемипакреатэктомией со спленэктомией обеспечивает радикальности хирургического лечения, при прорастании опухоли в хвост поджелудочной железы достоверно улучшает непосредственные результаты и предотвращает осложнение связанные с развитием опухоли, а также улучшает качества жизни пациентов.

PERKUTAN TRANSGEPATIK XOLANGIOSTOM NAY YORDAMIDA ENDOBILIAR QISQICH BIOPSIYA NAMUNASINI QIYOSIY O'RGANISH

Juraev M.D., Ulmasov F.G., Kazimov B. B., Tursunov O.M.

Respublika ixtisoslashgan onkologiya va radiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi Samarqand filiali, Uzbekiston

Ishni maqsadi. Teri-jigar orqali xolangiostom nay yordamida endobiliar qisqich biopsiya namunasini aniqlik darajasini qiyosiy o'rganish.

Tekshiruv uslublari: 2021 yildan 2023 yilgacha 17 ta bemorda o'rganildi. 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'liga 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 kampyuter 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'liga 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'liga 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 differensiallangan 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.

Xulosa. Teri-jigar orqali xolangiostom nay yordamida endobiliar qisqich biopsiya namunasini aniqlik darajasi o't yo'llari bujlanib olinganda yuqori darajada bo'lishi aniqlandi.

ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ ТОЛСТОИГОЛЬНАЯ БИОПСИЯ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ибрагимов О. С., Маматкулов О.А.
РСНПМЦОиР Андижанский филиал

Актуальность. Опухоли средостения представляют широкий спектр различных нозологических единиц и встречаются в любом возрасте. Различают врожденные и приобретенные новообразования, которые могут исходить не только из тканей средостения, но и вовлекать их при патологических процессах в легких или отдаленных метастазах при злокачественных тновообразованиях различных локализаций. Несмотря на относительно редкую распространенность, частота встречаемости опухолей средостения за последние 50 лет увеличивается. Наиболее щадящим, минимально инвазивным методом является трансторакальная толстоигольная биопсия под контролем ультразвуковой навигации, однако диагностическая ценность метода, чувствительность и специфичность варьируют в широком диапазоне при различных формах опухолей средостения и зависят от опыта учреждения.

Материал и методы: Анждижанском филиале РСНПМЦОиР в период с 2018 по 2022 г. выполнено 34 трансторакальных толстоигольных биопсий (20 женщин, 14 мужчины) с первично опухолевым и метастатическим поражением средостения. Средний возраст составил 46 лет (от 16 до 78 лет).

Результаты. Наиболее часто опухоль локализовалась в переднем средостении, биопсия образования, расположенного в данной области, выполнена в 28 случаев. В 6 случаях наибольший компонент опухоли определялся в правой плевральной полости, в 2 случаях-в левой, в 3 случаях объект исследования располагался в заднем средостении по паравертебральной линии, в 1 случае выполнена биопсия паратрахеальных лимфатических узлов у больного с лимфогранулематозом. Выполнено 19 стандартных, 15 мультифокальных биопсии.

Заключение: трансторакальная толстоигольная биопсия опухоли средостения под ультразвуковой навигацией-безопасный и надежный метод морфологической верификации, характеризующийся высокой диагностической точностью. Общая эффективность методики составляет 82,7%. При наличии зоны некроза опухоли применение мультифокальной биопсии повышает информативность биопсийного материала. В группе пациентов с подозрением на лимфопролиферативное заболевание, осложненным течением опухолевого процесса, в случае неинформативности первой попытки трансторакальной биопсии показана открытая биопсия опухоли.

ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ХИМИО-ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Исламов Х.Д., Матниязова Ш.Я., Кораходжаев Б.Ш., Израильбекова К.Ш.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент

Актуальность. Лечение колоректального метастатического рака печени – сложная и актуальная проблема. В настоящее время лечение злокачественных новообразований в печени представляет собой сложную многофакторную терапию, включающую, помимо резекции печени, использование рентгенохирургических технологий, локальных методов опухолевой деструкции, а также применение таргетной терапии. 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.

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 76 пациентов с колоректальным раком: 56 мужчин и 20 женщин, средний возраст которых составлял 57,8 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 (26 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 (50 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% (20), во второй группе, получившей только схему XELOX – 71,1% (35) (t=0,5). Нежелательные явления 1–2 степени в первой группе наблюдались у 71,4% (19), 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.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Исламов Х.Д., Матниязова Ш.Я., Кораходжаев Б.Ш., Хакимов А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан

Ведение: колоректальный рак является четвертым по распространенности раком среди мужского и женского населения. Хирургическое лечение колоректального рака основано на резекции опухоли и удалении связанных лимфатических узлов.

Цель: представить данные пятилетнего ретроспективного исследования хирургического лечения колоректального рака в Республиканском специализированном научно практическом центре онкологии и радиологии.

Материалы и методы: с 2017 по 2022 гг. была проведено ретроспективное пятилетнее клиническое испытание. Были изучены пациенты с колоректальным раком, подвергшихся хирургическому лечению в клинике Республиканском специализированном научно практическом центре онкологии и радиологии

Результаты: в период 2015-2020 гг. в клинику было госпитализировано n = 8 172 пациента, из которых n = 732 прошли хирургическое лечение колоректального рака. 82,80% оперировались по плановой программе. 17,20% составили экстренные. 51,09% составляли пациенты мужского пола и 48,36% - пациенты женского пола. 97,20% выполнено открытой техникой. 2,10% оперированы минимально инвазивной процедурой. Наиболее распространенным типом опухоли толстой кишки была аденокарцинома- 91% разной степени злокачественности.

Выводы: для снижения заболеваемости необходимы более эффективная профилактика и раннее выявление, что в конечном итоге приводит к более эффективному лечению и увеличению выживаемости пациентов раком толстой и прямой кишки. Оперативные хирургические принципы должны быть адаптированы к современным тенденциям, малоинвазивным процедурам (лапароскопическая хирургия, роботизированная хирургия).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ИНВАЗИЕЙ В ОРГАНЫ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Исламов Х.Д., Матниязова Ш.Я., Тен Я.В., Зияев Я.Ф. Хакимов А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз

Ежегодно в мире регистрируется около 1 млн. вновь заболевших больных колоректальным раком, из них более половины умирает. Доля пациентов с местно-распространенными формами РПК остается крайне высокой и достигает 70%. Из них у 10-31% опухоли прорастают в смежные органы (заднюю стенку влагалища, матку, яичники, предстательную железу, семенные пузырьки, заднюю стенку мочевого пузыря). При этом отмечается увеличение числа больных с

распространением процесса в органы репродуктивной системы у женщин.
Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения местно-распространенного рака прямой кишки с инвазией в органы гениталий у женщин.
Материалы и методы: проведен анализ результатов диагностики и лечения 134 пациенток, больных РПК с прорастанием в органы женской репродуктивной системы, в период с 2015 по 2019 годы. Пациенты были распределены на две группы: I (основная) группа – 64 больных, которым выполнялось одномоментное хирургическое вмешательство на прямой кишке и комбинированное органосохранное хирургическое лечение репродуктивной системы. II (контрольная) группа – 70 пациенток, которым выполнялось одномоментное хирургическое вмешательство на прямой кишке и хирургическое лечение репродуктивной системы в стандартном объеме. Средний возраст составил 47,2 года. У всех больных гистологически была верифицирована аденокарцинома прямой кишки.
Результаты: у 56,0% пациенток РПК распространялся во влагалище, у 18,6% наблюдалась инвазия опухолевого процесса в придатки матки, у 13,4% больных была диагностирована инвазия опухоли непосредственно в матку и у 11,9% пациенток РПК инвазировал сразу несколько органов женской репродуктивной системы. Послеоперационные осложнения гнойно-воспалительного характера возникли у 18,8% больных в основной группе и у 17,1% – в контрольной группе. Летальность в основной группе наблюдалась в 3,1% случаях и в контрольной группе – в 4,3% случаях. 5-летняя выживаемость в изучаемых группах больных составила 46,5% и 47,8% соответственно.
Выводы: при комбинированных хирургических вмешательствах в ряде случаев позволяют сохранить гормональный статус женщины, что положительно сказывается на качестве их жизни, поэтому целесообразность их выполнения, на наш взгляд, не вызывает сомнений.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ

Камышов С.В., Исламов Х.Д., Ниёзова Ш.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ Республики Узбекистан, г. Ташкент

Среди всех пациентов больных раком прямой или ободочной кишки у четверти на момент диагноза выявляются метастазы в печень. В процессе наблюдения, после проведенного лечения по поводу рака толстой кишки, в течение 5 лет у 30-50% больных появятся метастазы в печень.
Вопрос полного обследования играет ключевую роль в определении тактики лечения пациента с целью его излечения или максимального продления жизни.
Цель: изучение результатов диагностики и таргетной терапии больных колоректальным раком (КРР) с метастатическим поражением печени.
Материалы и методы: в исследование были включены 75 больных метастатическим КРР, из них 39 (52,0%) мужчин и 36 (48,0%) женщин, со средним возрастом 62,3±4,9 лет, с гистологически верифицированной аденокарциномой прямой и ободочной кишки.
Результаты: в диагностике метастатического поражения печени были использованы ультразвуковые методы, включая трансректальную сонографию, а также компьютерную томографию (КТ). Наиболее часто встречались множественные метастазы печени (92,0%), затем – билобарные (81,3%). Монолобулярные метастазы были диагностированы у 14,7% пациентов, единичные – у 10,7% пациентов и солитарные – у 2,7% больных КРР. При лечении больных КРР с первоначально резектабельными метастазами в печени, включение таргетных препаратов в схемы традиционной ХТ, заметно улучшало эффективность лечения этой категории пациентов.
Выводы. Сочетание методов ультразвукового исследования с КТ позволяет наиболее точно определять характеристики метастатического поражения печени у больных КРР. Показано, что наилучшие результаты предоперационной химиотерапии показала схема XELOX/FOLFOX4, включающая использование таргетного препарата бевацизумаба.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Карабаев Б.Р. Турдибеков Ш.М.
Ташкенсткий областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Актуальность. Дооперационная оценка эффективности НХЛТ важна для прогноза и

выбора оптимальной тактики последующего хирургического лечения больных РПК. **Цель.** Изучить диагностическую эффективность различных вариантов МРТ оценки ответа опухоли на НХЛТ при РПК с выделением ответивших (О) и не ответивших (НО) пациентов. **Материалы и методы**. Оценка ответа опухоли на НХЛТ по данным МРТ проведена 124 больным РПК, получившим комбинированное лечение в ТОФ РСНП МЦОиР: у 95 больных – по системе mrTRG для Т2-ВИ высокого разрешения; у 30 больных – mrTRG+ДВИ. Пациентов считали О - при mrTRG 1 и 2, и при отсутствии участков ограничения диффузии на ДВИ. У 64 пациентов ретроспективно выполнен текстурный анализ (ТА) Т2-ВИ методом матрицы GLCM: 42 пациента обучающей и 20 – тестовой выборки. Оценку операционных препаратов проводили в соответствии со шкалой патоморфоза по Лушникову: О – считали пациентов с патоморфозом 3 и 4 степени, НО – 1 и 2.
Результаты. Показатели чувствительности, специфичности, прогностичности положительного и отрицательного результатов составили на основу mrTRG 75%, 60%, 70%, 67%, для mrTRG+ДВИ 87%, 87%, 87%, 87%, для ТА в обучающей выборке 95%, 83%, 82%, 95% и в контрольной выборке 83%, 90%, 91%, 82%. Общая точность диагностики, определяемая площадью под ROC-кривой, составила для mrTRG 0,68, для mrTRG+ДВИ – 0,9, для ТА – 0,94 в обучающей выборке и 0,92 в контрольной выборке. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, диагностическая эффективность МРТ в оценке ответа опухоли на НХЛТ при РПК может быть повышена при дополнительном использовании ДВИ и радиохимической оценки Т2-ВИ изображений.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МЕСАЛАЗИН ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Насриддинов Ш.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Распространенность неспецифического язвенного колита (НЯК) по данным ВОЗ составляет 50-80 человек на 100 000 населения. Наибольшее число случаев приходится на возраст 20-40 лет. Проблема состоит в том, что консервативное лечение лишь на время помогает снизить признаки болезни и часто, после окончания курса лечения происходят рецидивы заболевания.
Несмотря на то, что оперативное лечение – колопроктэктомия позволяет радикально справиться с заболеванием. Одним из недостатков данного метода лечения является последующая необходимость на протяжении всей жизни пользоваться калоприемником. А сфинктер сохраняющие операции дают частый рецидив и могут даже привести к злокачественным новообразованиям прямой кишки.
Целью данного исследования являлось улучшение результатов оперативного лечения язвенного колита.
Материал и методы исследования. Исследование проводилось среди пациентов отделения проктологии клиники АГМИ. Всего проведено терапия у 30 больных. Возраст пациентов колебался от 20 до 45 лет.
Результаты исследования и их обсуждение. Проанализированы результаты применения препарата Месалазин после сфинктер сохраняющих операций мы обнаружили у 26 (86,6%) больных безрецидивный период составлял от 5 до 8 месяцев, у 2х (6,6%) 9 месяцев, еще 2х (6,6%) 4 месяцев. А в контрольной группе, которые получали традиционное лечение, этот показатель составляет от 2х до 6 месяцев.
Выводы: таким образом, местное использование препарата Месалазин у пациентов с НЯК после сфинктер сохраняющих операций значительно удлиняет безрецидивный период, а также приводит к ускорению заживления язв на слизистой оболочке культи прямой кишки.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Насриддинов Ш.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Распространенность неспецифического язвенного колита (НЯК) по данным ВОЗ составляет 50-80 человек на 100 000 населения. Наибольшее число случаев приходится на возраст 20-40 лет. Наивысшее показатели смертности отмечаются в течение первого года болезни вследствие случаев крайне тяжелого молниеносного течения заболевания и частых рецидивов болезни.
Целью данного исследования оценить эффективность лимфатической терапии в профилактике осложнении при НЯК.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось среди пациентов отделения проктологии клиники АГМИ у 20 больных. Возраст пациентов колебался от 15 до 43 лет. Больные были разделены на 2 идентичные группы, в одном из них проводилась традиционная во втором лимфотропное введение препаратов.
Результаты исследования и их обсуждение. Сравнив результаты традиционного лечения и нового метода введения препаратов для лимфотропной терапии, мы обнаружили что у пациентов основной группы симптомы болезни (изъязвление, кровотечение, боли) уменьшились на 4-5 сутки, а в контрольной группе положительный результат выявлен только на 10-13 сутки от начала терапии. В долгосрочном периоде безрецидивный период в основной группе составляет более 9 месяцев, а в контрольной группе 4-6 месяца.
Выводы. Таким образом, проведение лимфотропной терапии по методу субмукозного введения препаратов снижает проявление болезни, удлиняет безрецидивный период, отличается малотавматичностью и высокой эффективностью.

БЛИЖАЙЩИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МУЛЬТИСЕГМЕНТАРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ БИЛОБАРНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Максимкулов Ж.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Цель. Изучить результаты МСРП при билабарных опухолевых поражениях.
Материал и методы. За период 2018-2022 гг. в РСНПМЦОиР РУз. МСРП выполнена у 17 больных. Из них у 14 верифицирован диагноз гепатоцеллюлярный, у 2 холангиоцеллюлярный рак, у 1 метастатический, ранее оперированного больного по поводу рака толстого кишечника.
Результаты. Из 17 оперированных у 7 больных были поражены и резецированы I, IV, V,VI VIII сегменты сохранением II, III и VII сегментов печени. У 5 больных были поражены и резецированы I, IV, VI, VII, VIII сегменты, с сохранением II, III и V сегментов, у 2 - были поражены и резецированы I, II, V, VI,VII, сегменты с сохранением III, IV и VIII сегменты, у 3 - были поражены и резецированы I, II, III, VII, VIII сегменты с сохранением V, VI и IV сегменты. В послеоперационном периоде печеночная недостаточность (ПН) в различной степени наблюдалась у 15 из 16 больных, которые выражались в виде проявления небольшой желтушности, асцита, плеврита энцефалопатии, панкреатита с отклонением функциональных показателей в клинико-биохимических анализов. Только у 1 больного признаки ПН не было. Из 15 больных I степени ПН по Чайлд-Пью наблюдалась у 3 больных, II степени – у 11, III степени - у 2 больных, из них 1 больная умерла от печеночной комы. У другого больного ПН была ликвидирована с интенсивной консервативной терапией. Период клинической адаптации у этих больных наступила в течение 5-8 недель, которая несколько удлинена, чем при расширенной резекции. Нормализация показателей клинико-биохимических анализов крови, а также увеличение масса и объема печени, подтверждалась трехмерным измерением на УЗДГ и МСКТ брюшной полости.
Заключение: изучение ближайших результатов МСРП показало, о целесообразности выполнения такого масштаба резекции печени, несмотря на относительно высокий процент осложнений, по сравнения расширенных резекций, так как послеоперационная летальность не превышает 16%, что сравнимо с летальностью гемигепатэктомией. Для изучения эффективности и отдаленные результаты МСРП целесообразно продолжать данного исследования.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Парпиева Н.Н., Адилходжаев А.А., Рискиев А.А., Муминова З.А., Абдусаматов А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз.

Актуальность: в структуре клинических форм туберкулеза как легочных, так и внелегочных локализаций у половины больных туберкулезом диагностируют запущенные формы заболевания, каждый второй-четвертый пациент становится инвалидом, что свидетельствует о крайне неудовлетворительном его выявлении и лечении (Germa Firke, 2018).
Цель: определить роль видеолапароскопии (ВЛ) в диагностике и лечении абдоминальных (АТ) форм туберкулеза.
Материалы и методы: с 2018 по 2021 годы в отделения диагностики и внелегочного туберкулеза центра фтизиатрии и пульмонологии с подозрением на туберкулез плевры, лечиось 51

больных. Показания и противопоказания к ВЛ вмешательствам (ВЛВ) были: Подозрение на АТ; Асцит не ясной этиологии и невозможность исключения ПГ по данным неинвазивных методов диагностики; Невозможность исключить / или подтвердить АТ или опухолевые поражения органов БП; Планирование выполнения лечебных манипуляций по поводу АТ. Противопоказания: Перенесенные ранее открытые операции на органах брюшной полости; Серьезные отклонения в деятельности сердечной или дыхательной системы; Поздние сроки беременности. ВЛВ выполнялись на эндовидеостойке фирмы Karl Storz (Германия) с набором инструментария для диагностических манипуляций;

Результаты. Во всех случаях производился забор биоптата: париетальная брюшина, лимфоузлы из брыжейки тонкого или толстого кишечника для гистологической верификации природы заболевания. При необходимости диагностический этап сопровождался лечебными манипуляциями: лапароскопической санацией брюшной полости, лапароскопическим адгезиолизисом, дренированием брюшной полости. Анализ морфологических результатов исследований после лапароскопических вмешательств позволил в 71 (84,5%) наблюдениях не только подтвердить диагноз абдоминальный туберкулез, но и сделать заключение о генерализованной форме спец. процесса. В 3 (3,5%) случае был установлен диагноз мезотелиомы брюшной полости, у 3 (3,5%) больных верифицирован генитальный туберкулез, а 9 (10,7%) исключен спец. процесс органов брюшной полости и пациенты были выписаны в профильные стационары

Выводы: видеотлапароскопия при подозрении на АТ позволяет значительно ускорить диагностический поиск, сэкономить время и улучшить непосредственные результаты лечения. Применение ВТС позволяет избежать “напрасных” лапаротомий, снизить риск возникновения фатальных последствий.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЙ ПЛЕВРЫ

Парпиева Н.Н., Адилходжаев А.А., Рискиев А.А., Муминова З.А., Абдусаматов А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз.

Актуальность: повсеместно регистрируются рост заболеваемости туберкулезом как легочных, так и внелегочных локализаций, и смертности от него. Ухудшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу, кроме прочих факторов, способствуют его позднее выявление, наличие сопутствующей соматической патологии (Арямкина О.Л., 2018; Р.Т. Меджидов, 2017).

Цель: определить роль видеоторакоскопии в диагностике и лечении туберкулеза плевры.

Материалы и методы: с 2018 по 2021 годы в отделения диагностики и внелегочного туберкулеза Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии с подозрением на туберкулез плевры, лечиось 223 больных.

Результаты. Показания и противопоказания к видеоторакоскопическим вмешательствам (ВТВ) были: Экссудативные плевриты неясной этиологии. С целью дифференциальной диагностики туберкулезного и нетуберкулезного поражения плевры. В выборе способа хирургического лечения при туберкулезном поражении плевры и легких. Противопоказания: гнойные образования и скоплений в области грудной клетки; тяжелое состояния пациента; ОНМК; Геморрагический диатез, коагулопатии; декомпенсированные хронические заболевания ССС; Острые легочно-сердечной недостаточности. ВТВ выполнялись на эндовидеостойке фирмы Karl Storz (Германия) с набором инструментария для диагностических манипуляций; ВТС справа выполнена в 54%, слева – 37%, ВТС с обеих сторон выполнена 7%. Окончательный диагноз после диагностической торакоскопии позволил в 223 случаях установить: Туберкулезный плеврит – 81 (36,3%), Мезотелиома плевры – 46 (20%), Неспецифический плеврит – 50 (22%), Аденокарцинома – 29 (13%), Саркоидоз – 9 (4%), Тимома - 1 (0,5%); БАР – 6 (2,7%); Гамартома – 1 (0,5%) случаях, тем самым исключить торакотомий.

Выводы: видеоторакоскопия при подозрении на туберкулезное поражение плевры позволяет значительно ускорить диагностический поиск, сэкономить время и улучшить непосредственные результаты лечения. Применение ВТС позволяет избежать “напрасных” торакотомии, снизить риск возникновения фатальных последствий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ ПРИ РАСПРАСТРАНЁНЫХ ФОРМАХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Примкулов Б.К.[1], Абдихакимов А.Н.[2], Сулайманов Д.А.[1]
Ферганский областной филиал РСНПМЦОиР[1], Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР[2]

Цель исследования: оценка результатов послеоперационной гипертермической интраперитонеальной химиотерапии (ГИХ) у пациентов с распространенными опухолями органов брюшной полости.

Материал и методы: в РСНПМЦОиР ФОФ у 23 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 пациентов распространенным раком желудка, 1-мезотелиома брюшной полости, 22-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 подаётся 200мл 0,5% раствора новокаина для анестезии, после чего подаётся изотонический раствор NaCl объёмом от 1,5 до 2,5л с медленным повышением температуры с 38 до 470С. При достижении температуры 45-470 С в изотонический раствор NaCl добавляется цисплатин 100мг/м2. Длительность процедуры до 60 минут. После подачи всего объёма 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 23 больных в одном случае транзиторная почечной недостаточность, в семи парез кишечника, которые корригированы 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 470С 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.

ГИГАНТСКАЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНАЯ ГАМАРТОМА ЛЕГКОГО

Рахманова Н.С.
Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

Актуальность. Мезенхимальная гамартома легкого (МГП) редкая доброкачественная опухоль с доказанной малигнизацией в ряде случаев в злокачественную. Первичные новообразования легких в педиатрической практике встречаются редко и составляют около 4% всех бронхолегочнқх опухолей (1). Более 80% случаев заболевания зафиксированы у детей младше 2 лет (2). Этиология заболевания не известна, но описаны случаи, связанные с синдромом Беквита-Видеманна, бронхиальной атрезией, омфалоцеле, миеломенингоцеле, дефектом 19-1 хромосомы (3). Обычно опухоль достигает значительных размеров и главным клиническим симптомом является увеличение грудной клетки.

Цель исследования. Изучить клинико-морфологическое и хирургического лечения гигантской мезенхимальной гамартомы легкого у ребенка 9 мес.

Материалы и методы исследования. Проведены общие анализы крови, мочи и кала, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, анализ крови на альфафетопротеин. Повышенное содержание альфафетопротеина в крови больной доказывает наличие гамартомной опухоли (3). При инструментальных исследованиях, в частности при торакальном УЗИ выявлено значительное увеличение правой грудной клетки с максимальными размерами по правой среднеключичной линии до 9,3х13,6 см. Все правое легкое занимало гетерогенное образование, с жидкостным компонентом в центральных отделах размерами 6,2х4,3 см. На обзорной рентгенограмме грудной клетки тень гамартомы больших размеров, оттесняет сердце налево.

Результаты патогистологического исследования. При гистологическом исследовании отмечалось наличие аномальных тканей в виде мезенхимальной гамартомы, которая представлена мелкими бронхиолами ва альвеолярной ткани, расширенными сосудами,

окруженными рыхлой мезенхимальной и соединительной тканью разной степени зрелости. Кровеносные сосуды представлены в основном расширенными венозными сосудами, местами с кровоизлиянием в окружности. В толще рыхлой соединительной ткани имеются большое количество кистозных образований, отдельные из них изнутри покрыты призматическим эпителием, другие без покровного эпителия. Мезенхима состоит из звездчатых клеток, лежащих в рыхлом матриксе с миксаматозом, среди них определяется мелкие сосуды и очаги экстрамедуллярного кроветворения. По ходу бронхов определяется также разрастание рыхлой миксаматозной соединительной ткани, богатой тонкостенными сосудами. На основании вышеописанных данных был поставлен патологоанатомический диагноз: Основное заболевание: Гигантская мезенхимальная гамартома легкого. Осложнения основного заболевания: Атрофия и деструкция правого легкого, дыхательная недостаточность, общее венозное полнокровие внутренних органов и паренхиматозная дистрофия. Отек левого легкого.

Выводы. Опухоль была представлена картиной мезенхимальной гамартомы в виде прослоек рыхлой соединительной ткани различной степени зрелости, оплетающей в виде муфт хаотично расположенные кровеносные и лимфатические сосуды. МГЛ опухоль, склонная к рецидивированию и малигнизации. В литературе встречаются немногочисленные ссылки на попытки проведения химиотерапии. Единственный радикальный способ лечения данной патологии является хирургический, выполнение расширенных резекций опухоли. Данное клинико-морфологическое наблюдение иллюстрирует возможности радикального хирургического лечения обширных опухолевых поражений легких.

ПУНКЦИОННАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАЗОВ В НАДКЛЮЧИЧНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

Рузметов Ш.М., Атажанов О.Б.
Хорезмский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования. Рак легкого с метастазами в надключичные лимфатические узлы (РЛМН) есть неоперабельный процесс. Избавить больных от бесполезной операции является важной клинической задачей. Для определения частоты определения РЛМН с помощью ультразвукового исследования и тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) предпринято настоящее исследование.

Материалы и методы. Все ультразвуковые исследования выполнялись одним врачом с помощью высокочастотного датчика переменной частоты 5–12 мГц. Сканирование в допплеровских режимах не проводились. Сканирование проводилось от уровня каротидной бифуркации до стерноключичной области с наклоном датчика латерально и книзу от ключично-акромиального соединения. Результаты. У 50 больных произведены ТАБ тех лимфатических узлов, которые имели округлую форму с гипоэхогенностью в области гилуса и размерами не менее 5 мм. У 20 больных (40%) размеры надключичных узлов были увеличены настолько, что они были доступны пальпации. РЛМН гистологически подтверждены у 14 больных (28%). РЛМН определялись у тех больных, у которых выявлялись увеличенные ЛУ средостения и верхние паратрахеальные на компьютерной томографии. В 3 случаях с помощью ТАБ увеличена стадия процесса с IIIA до IIIB. Не выявлено никакой зависимости между РЛМН и состоянием первичного очага в легком (категория Т). У 2 больных, у которых до ТАБ первичный очаг не был установлен, РЛМН был подтвержден с помощью ТАБ.

Выводы. ТАБ с ультразвуковым контролем является безопасным, необременительным для больных методом, который документирует наличие неоперабельной стадии N3. У больных РЛМН при этом нет необходимости применения дальнейших дорогостоящих процедур для выбора тактики лечения.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

Сафаров М.А., Тойгонбеков А.К.
Национальный центр онкологии и гематологии МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. Злокачественные новообразования пищевода и желудка входят в пятерку наиболее распространенных видов рака во всем мире. Запущенные формы данных локализаций являются основной причиной развития опухолевого стеноза верхних отделов пищеварительного тракта, клинически проявляющегося дисфагией.

Цель исследования – оптимизация лечения неоперабельного рака пищевода путем использования само расширяющихся металлических стентов (СРМС).

Материал и методы. С 2017 по 2020 гг. в диагностическом отделении Национального центра онкологии и гематологии Минздрава Кыргызской Республики было проведено стентирование 56 больным раком пищевода и проксимального отдела желудка. Возраст больных колебался от 56 до 73 лет, средний возраст составил 62,4 ± 3,3 лет. Пациентов мужского пола было больше (40), чем женщин (16), что составило 71,4% и 38,6%, соответственно. Упругая и в то же время гибкая конструкция СРМС позволяет использовать их даже при наличии существенной извитости сужения. Для определения локализации и протяженности стриктуры вначале выполнялась эзофагография. Примерно 60% длины стента располагали над серединой стриктуры, чтобы уменьшить риск возможной его миграции.
Результаты. Основным клиническим симптомом при РП была дисфагия различной степени выраженности. В 75% случаев 3-я степень дисфагии, в 20% случаев встречалась 3-я степень дисфагии, а в 5% случаев – четвертая степень. Из 14 больных с третьей и четвертой стадией опухолевого процесса 12 случаях купирование симптомов привело к первой стадии дисфагии (p=0,001). У 5 (8,9%) больных в последующем отмечается рецидивирующая дисфагия, вследствие разрастания опухолевой ткани в просвет стента. У 2 (3,5%) больных отмечается миграция стента. Наиболее частым осложнением при стентировании в 11,0% явилось кровотечение. В двух случаях отмечалось такое грозное осложнение, как перфорация пищевода. Впоследствии данные осложнения были устранены.
Выводы. После стентирования пищевода больные в течение длительного времени могли иметь возможность к естественному питанию, что значительно повышало качество их жизни.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПИЩЕВОДА

Сайдуллаев С.Т., Эргашев Н.К., Усаров М.З.
АФ РСНПМЦОиР, г. Андижан

Цель исследования: повышение эффективности лечения местно-распространенного рака пищевода (РП) путем совершенствования методик предоперационной химиолучевой терапии.
Материалы и методы: способ лечения применен 10 пациентам с потенциально операбельным РП. Мужчин было 6 (60,0%), женщин – 4 (40,0%). Средний возраст пациентов составил 53,8 +_1,2 лет. В одном случае гистологическая форма опухоли представлена аденокарциномой пищевода, во всех остальных – плоскоклеточным вариантом рака (90,0%). В предоперационном периоде всем пациентам исследуемой группы проводился курс неоадъювантной химиотерапии по схеме: гемцитабин 1000 мг/м2, в/в, 1,8 дни + цисплатин 75 мг/м2, в/в, 1-й день; через 21 день курс химиолучевой терапии: гемцитабин 1000 мг/м2, в/в, 1,8 дни + цисплатин 75 мг/м2, в/в, 1-й день в сочетании с конформной лучевой терапией СОД-50Гр, РОД-2,5 Гр, 5 фракций в неделю. Через 3 недели после окончания химиолучевой терапии выполнялось оперативное лечение в объеме субтотальной резекции пищевода с расширенной двухзональной лимфодиссекцией.
Результаты: общий объективный эффект на фоне проводимого лечения достигнут в 60,0% случаях (6 больных), из них у 2 (20,0%) пациентов достигнута полная регрессия опухоли, частичная резорбция отмечена у 4 (40,0%) больных. При морфологическом изучении послеоперационного материала лечебный патоморфоз II степени отмечен у 6 (60,0%) пациентов, в четырех случаях (40,0%) достигнут патоморфоз III-IV степени. Лейкопения II-III степени наблюдалась в 50,0% случаях, корригирована в стационарных условиях. Постлучевые реакции в виде постлучевых дерматитов наблюдались у 4 (40,0%) больных и постлучевой эзофагит в 30,0% случаях. Послеоперационная летальность составила 10,0%.
Выводы: предварительные результаты исследования показали клиническую эффективность предлагаемого режима предоперационной химиолучевой терапии у больных плоскоклеточным РП, обладающей выраженной противоопухолевой активностью и не сопровождающейся увеличением лимитирующей токсичности.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ИСХОДЫ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Тилляшайхов М.Н., Исламов Х.Д., Матниязова Ш.Я., Кораходжаев Б.Ш.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность темы: несмотря на распространенность колоректального рака у пожилых людей, посвященных хирургическим исходам у этих пациентов, не проводилось.
Цель: сравнить послеоперационные результаты операций по поводу колоректального рака у

лиц в возрасте 80 лет и старше с результатами у лиц моложе 80 лет.
Материал и методы: было проведено ретроспективное исследование взрослых, которым проводились хирургические резекции в нашем центре по поводу колоректального рака, диагностированного в период с января 2017 года по декабрь 2022 года. Были изучены демографические данные пациентов, демографические характеристики опухоли, оперативные данные и послеоперационные исходы.
Результаты: из 652 пациентов 112 были в возрасте 80 лет и старше. Мужчин было 42, женщин 70. Пациенты пожилого возраста с большей вероятностью были женского пола (P = 0,02), обратились в неотложную хирургическую помощь или после другого обследования, а не в результате скрининга (P = 0,02), имели более частые формы рака (P = 0,009) и реже получали неоадъювантную терапию (P = 0,016). Несмотря на это, их результаты были сопоставимы с результатами пациентов моложе 80 лет с точки зрения продолжительности пребывания (P = 0,21) и частоты осложнений, включая смертность (P = 0,67).
Заключение. При соответствующем отборе и ведении пациентов пожилые пациенты могут достичь послеоперационных результатов, сопоставимых с их более молодыми коллегами.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Рахимов О.А., Ахмедов О.М., Тен Я.В., Хуснуддинов Н.З., Уразыметов А.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Эффективность использования современного медицинского оборудования и инсттрументов в онкологии, включая лапороскопических, не вызывает смнения.
Материал и методы. Проведен анализ 34 лапароско пических гастрэктомий (ЛГЭ), выполненных в отделении эндовизуальной онкохирургии РСНПМЦОиР, в период 2020-2023 гг. Всем больным была выполнена лапароскопическая гастрэктомия с D2 лимфодиссекцией, мужчин было 18, женщин 16, (средний возраст 44±5,4 лет). Гисто- логически верифицированна аденокарцинома. Стадия заболевания cT1b-T3 cN0-N1. Локализация: опухоли дистальнее кардии и проксимальнее пилорического жома. Все операции выполнены одной хирургической бригадой. Операции выполнены под общим обезболиванием, стандартные лапароскопический инструментарий 5-10 мм диаметром и длиной 330 мм, эндоскопические инструменты фирмы Carl Storz (Германия) с использованием одноименной эндовидеостойки. Для диссекции и коагуляции тканей применялся энергетическая система Ligasure. Для механического соединения тканей использовался линейный сшивающий аппарат EndoGia 60 мм технологии Tri Stapler фирмы Covidien (США), и глубиной кассеты 3,8 мм, для наложения езофагоею- ноанастомоза использованы линейные сшивающие аппараты. Внутрибрюшное давление выдерживали на уровне 14-15 мм.вд.ст. Стандартно выполнялась мобилизация по большой и малой кривизне желудка с лимфодис- секцией I, II, III, IV, V, VI, VII, VIIIa, IX, XI, XII, а групп лимфатических узлов. Реконструкцию выполняли сле- дующим образом: всем больным наложен эзофагоею-ноанастомоз 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 линейные сшивающий аппарат, формировались внутренняя и передняя губа анастомоза, далее перпен-дикулярно для пересечения желудка и кишки наклады- вался линейный сшивающий аппарат, обычно достаточно 2 кассет, тем самым наложение анастомоза завершалось, межкишечный Y образный анастомоз на расстоянии 40 см от ЭЕА накладывался открыто.
Результаты: интраоперационная кровопотеря составила 80-90 мл, длительность операции составила 360±38,2 мин. Интраоперационные осложнения наблюдались в 2 (6,3%) случаях - 1. Вскрытие левой плевральной полости (дренирование ПП в послеоперационном периоде), 2. Кровотечение из левой желудочной артерии после ее ненадежного клиппирования (конверсия). Послеоперационные осложнения составили n=4 (13,2%): 1. Несостоятельность ЭЮА и культи ДПК – 1 (3,2%) (консервативное ведение), Экссудативный плеврит 3 (10%) (пункции плевральной полости). В одном (3,1%) случае был летальный исход, вследствие массивной тромбоэмболии легочной артерии. Других специфических осложнений не было. Средний кой- ко-день составил 6,4±1,1 день. В отдаленном послеоперационном периоде показал: в 2 (6,3%) случаях – рецидив заболевания через 8 (11 месяцев) и 18 (24 месяца) месяцев после операции.
Заключение: радикальные лапароскопические операции в хирургии рака желудка

демонстрируют относительную безопасность; 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.

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

Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Тен Я.В, Рахимов О.А., Исламов Х.Д., Ахмедов О.М., Зияев Я.Ф.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: в настоящем исследовании изучается 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 изучается клинико-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 РСНПМЦОиР МЗ РУз. совместно с лабараторией биологии Центра высоких технологии у 30 пациентов за период 2017-2022г. 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 наличие и уровень метилирования гена CDKN2A. Материалом для выделения ДНК служила сыворотка, полученная из венозной крови и биопсийный материал опухоли. После конверсии ДНК проводили метилспецефичную 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 наличие 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 может быть эффективным методом в ранней диагностике рака толстой кишки. Данный метод диагностики требует проведения более глубокого исследования, основанного на изучении большего числа наблюдений.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ С ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОКОЛОНЭКТОМИЕЙ И D3 ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Тилляшайхов М.Н., Адилходжаев А.А., Рахимов О.А., Тен Я.В., Ахмедов О.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Ташкент, Узбекистан

Цель исследования - оценка результатов нового метода тотальной мезоколонэктомии (СМЕ) с высокой перевязкой сосудов (D3 лимфодиссекция) при раке правой половины ободочной кишки. Проанализированы риски и преимущества предложенной методики, а также роль лапароскопического способа выполнения вмешательства.

Материал и методы. В анализ включены данные 38 больных раком правой половины ободочной кишки со стадией TNM I—III (средний возраст 59 лет), которые были радикально оперированы в период с октября 2020 г. до декабря 2021 г. в отделении эндовизуальной

онкохирургии РСНПМЦОиР МЗ РУз. Проведен анализ безопасности вмешательства, темпа послеоперационного восстановления, основных хирургических осложнений.

Результаты. Ни одного летального исхода не отмечено. Частота конверсии при лапароскопическом доступе 1 (4,5%) из 22. Лапаротомным доступом произведено 17 (43,6%) вмешательств. Медиана продолжительности операции при лапароскопическом доступе 180 (130-260) мин и при лапаротомном доступе - 120 (90-280) мин, p=0,0056. Медиана интраоперационной кровопотери при лапароскопическом доступе 50 (50-300) мл, при открытом доступе 300 (30-500) мл (p=0,0001). Продолжительность лимфореи после выполнения D3 лимфодиссекции, время до полного восстановления перистальтики, время до начала приема жидкой пищи и время до начала приема твердой пищи составляют соответственно 5,1±2,4, 1,3±0,5, 1,26±0,4 и 3,2±0,7 дней. Медиана количества удаленных лимфоузлов для каждого пациента составила 35,7 (6-68). При этом медиана пораженных метастазами лимфоузлов составила 1,9 (0-16). Медиана количества удаленных центральных лимфоузлов составила 10,3 (0-24). Метастазами не были поражены ни один из лимфоузлов центральной группы.

Выводы. Правосторонняя мезоколонэктомия с D3 лимфаденэктомией при раке правой половины ободочной кишки является технически безопасной, а лапароскопический вариант доступа обеспечивает достижение всех преимуществ миниинвазивной хирургии и превосходные непосредственные результаты лечения. Предварительные данные демонстрируют отсутствие метастазов в апикальные лимфоузлы при раке правой половины ободочной кишки. Необходимо изучение отдаленных результатов для оценки онкологических исходов при использовании этой хирургической концепции.

МАҲАЛЛИЙ ТАРҚАЛГАН ТЎҒРИ ИЧАК САРАТОНИНГ НЕОАДЪЮВАНТ ДАВОЛАШДА ИНТЕГРАЦИЯЛАШГАН СИМУЛЬТАН БУСТ КИМЁ-НУР ТЕРАПИЯСИ

Туланов Б.Т., Гафуров Э.Р., Туқлиев Р.Р., Раззоқов У.С.
РИОваРИАТМ Қашқадарё филиали, Қарши шахри

Мақсад. Маҳаллий тарқалган тўғри ичак саратонинг интеграциялашган симультан бустдан фойдаланган ҳолда неоадъювант кимё-нур терапияси билан даволашнинг бевосита натижаларини баҳолаш.

Материаллар ва методлар: 2021 йил июн ойидан 2023 йил феврал ойигача РИОваРИАТМ Қашқадарё филиали шароитида комплекс даволаш доирасида дастурга фторпиримидинларни (Капецитабин 825мг/м2) киритиш билан маҳаллий тарқалган тўғри ичак саратони билан оғриган 20 та беморда кимё-нур терапияси билан даволаш ўтказилди. Барча беморлар қорин бушлиғи ва чаноқ аъзолари МРТ текшируви, ректоскопия, кукрак қафаси рентгеноскопия ва лаборатор тахлиллардан ўтказилган. Беморларга муолажалар TERABALT 80 Co60 ионли дистанцион гамматерапия аппаратида ўтказилди. Режалаштирилган PTV46 (РОД 2.0 Гр, СОД 46 Гр) ҳажмдаги нурланишга регионар лимфа тугунлари зоналари кирган. Бунда PTV 54 (РОД 2,0 Гр, СОД 54 Гр) интеграцияланган буст майдонига бирламчи ўсма субклиник тарқалиш зонаси билан қамраб олинган.

Даволашнинг бевосита натижалари ректоскопия ва чаноқ аъзолари МРТ текшируви ёрдамида баҳоланди. Токсик таъсирни баҳолаш учун EORTC / RTOG шкаласи ишлатилган.

Натижалар. Интеграциялашган симультан буст методикаси ёрдамида неоадъювант кимё-нур давосининг бевосита натижаларини баҳолашда бир вақтнинг ўзида 20 нафар беморларнинг барчасида назорат ректоскопияси текшируви даврида ўсманинг даво самарадорлиги динамикада ижобий деб баҳоланган.

Назорат МРТ текширувида 11 (55%) бемор ижобий динамикага эга бўлган. Қолган 9 (45%) нафар беморда нурланиш майдонида тўқима шиши ривожланиши туфайли динамикани баҳолашда қийинчиликлар юзага келди. Неоадъювант даволашнинг токсиклигини баҳолашда қуйидаги натижалар қайд этилди: нурланишдан кейинги дерматит 1-даражадан ошмади, ошқозон-ичак трактининг пастки қисмида 1-даража нурланиш реакциялари 6 (30%) нафар беморларда, 2-даражадаги нурланиш 14 (70%) да, уро-генитал тизими томонидан нурланиш реакциялари 1-даражали токсикликдан ошмади, 1-даражали гематологик токсиклик 10 (50%) нафар беморда, 2-даражали 3 (15%) нафарда қайд этилди. Жарроҳлик амалиёти 6-8 ҳафта ичида амалга оширилди. Патологогистологик материал маълумотлари таҳлил қилинди. Даводан кейинги патоморфоз: 4-даража 1 беморда (5%), 3- даража 2 (10%) нафар, 2-даража эса 4 (20%) нафар ва 1-даражали 13 нафар беморда (65%) аниқланган.

Хулоса. Маҳаллий тарқалган тўғри ичак саратонининг неоадъювант кимё-нур терапияси таркибидаги интеграциялашган симультан буст нурланишли даволашнинг замонавий

ва самарали методикаси бўлиб хизмат қилади. Бунда радиацион хажм оптималлашади, неъоадювант даво курси қисқаради, ўтказилаётган даволашнинг вақти ва токсиклиги камаяди.

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

Тулаев А.Р., Тухтаев Ш.З.
Бухарский филиал РСНПМЦОиР

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

Цель исследования: являлось изучение эффективности наложения анастомозов традиционными путями и современными циркулярно-сшивающими аппаратами ETICON фирмы Джонсон и Джонсон.

Материалы и методы: в 2022 году в отделении 2-хирургии Бухарский филиал РСНПМЦОиР было прооперировано 22 больных с раком прямой кишки. Их них 8 больным был наложен анастомоз традиционными путём (вручную), 8 больным современными циркулярно-сшивающими аппаратами ETICON фирмы Джонсон и Джонсон, и 6 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 1(0.8%) случаях, 1 случаев делалась релапоротомия, последующей колостомой.Методом ранней диагностика несостоятельности коло-ректальных анастомозов служил метод разработанный в отделении колопроктологии РСНПМЦОиР Мз РУз. Во II группе больных несостоятельность коло-ректалных анастомозов не наблюдалось. Больные выписывались в удовлетворительном состоянии на 7-8 сутки.

Выводы: 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Урунбаев С.Д., Умиров А.А., Юлдашев Н.Ж., Рузиматов Ш.Н.
РСНПМЦОиР Сырдарьинский филиал

Цель исследования: изучить результаты лечения осложненного рака ободочной кишки, выработав дифференцированный подход к выбору хирургической тактики при данной патологии.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением было 118 пациентов с раком ободочной кишки пролеченных за 2019 – 2022 г.г. в Сырдарьинском Филиале РСНПМЦОиР. Из них 82 (69,5%) больных составили лица старше шестидесяти лет. Наиболее частым осложнением рака ободочной кишки была толстокишечная непроходимость у 100 больных (84,7%). При непроходимости кишечника опухоль располагалась в сигмовидной кишке у 78 (66%), селезеночном угле ободочной кишки у 9 (7,5%), в нисходящей ободочной кишке у 9 (7,5%) и в поперечно-ободочной кишке у 4 (3,4%) пациента.

Результаты исследования: с признаками перитонита оперировано 41 (35%) больных, из них у 95% причиной воспаление брюшины стала кишечная непроходимость. В стационар с признаками кишечного кровотечения и анемией поступило 31 (26,2%). Оперировано 112 пациентов (95%). Выполнены следующие операции: типа Гартмана с формирование концевой колостомы - у 62 (52,5%), левосторонняя гемиколэктомия с терминальной трансверзостомой - 6 (5%) резекция сигмовидной кишки с формированием первичного анастомоза - 3 (2,5%), резекция поперечно-ободочной кишки с формированием первичного анастомоза - 3 (2,5%), правосторонняя гемиколэктомия с первичным соустьем - 9 (7,6%), правосторонняя гемиколэктомия с илеостомой - 3 (2,5%), различные виды колостомии - 26 (23,2%) болным. Противопоказаниями к формированию первичного анастомоза было: резкая дилятация приводящего отдела толстой кишки в два и более раза со значительным расширением тонкой

кишки, наличие распространённого гнойного перитонита, тяжёлые метаболические сдвиги в анализах крови с выраженными нарушениями белкового и водно-электролитного баланса, расположение опухоли в прямой кишке, наличие множественных отдалённых метастазов или канцероматоза брюшины. В 95% случаев операция завершалась зондовой декомпрессией тонкой кишки.

Заключение: в результате дифференцированного подхода при хирургическом лечении осложненного рака ободочной кишки позволило 91 (81,3%) пациентам провести радикальную операцию с формированием различних стом и у 21 (18,8%) пациентам проведена реконструктивная операция с наложением кишечных анастомозов, что позволило улучшить непосредственные и отдаленные результаты, и уменьшить общую летальность при этой патологии с 24 до 17%, а у пожилых пациентов - с 46 до 35%.

ВЫБОР МЕТОДА И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Урунбаев С.Д., Умиров А.А., Юлдашев Н.Ж., Рузиматов Ш.Н.
РСНПМЦОиР Сырдарьинский филиал

Цель исследования: определения метода и тактики лечения для выполнения первично-восстановительных операций у больных осложненным раком толстой кишки.

Материал и методы исследования: в период с 2018 г по 2022 г в РСНПМЦОиР Сырдарьинском филиале в отделении хирургии пролечено 118 больных рака толстой кишки (РТК). Всем пациентам был проведен комплекс стандартных диагностических мероприятий до установления диагноза «Cancer» (рентгеноскопия, УЗИ, колоноскопия, ректоскопия, ирригография - скопия, КТ, МРТ, цитология, гистология, ПЭТ). У всех 118 пациентов РТК наблюдались осложнения различного характера: кишечная непроходимость – 84 (71,2%), воспалительные осложнения – 27 (22,8 %), прорастание опухоли в соседние органы с образованием свища - 9 (7,6%), анемия – 38 (32,2%). Для лечения больных осложненного РТК использованы разработанные в клинике способы операций, новые инструменты и устройства. У пациентов с кишечной непроходимостью, производили эвакуацию кишечного содержимого на операционном столе в оригинальный операционный калоприемник, что позволило избежать инфицирования брюшной полости. При наличии воспалительных осложнений раком толстой кишки применяли эндолимфатическую антибиотикотерапию. При выполнении первично-восстановительных операций использовался дупликатурный межкишечный анастомоз, либо операция с низведением ободочной кишки на промежность.

Результаты исследования: резектабельность составила у 90 (77%). Первично-восстановительные хирургические вмешательства выполнены у 96 (81 %) больных ОРТК, в том числе при частичной кишечной непроходимости – у 103 (87 %). Двухэтапные операции выполнены у 11 (9,3%) пациентов. Частота послеоперационных осложнений после первично-восстановительных операций составила - 24 (20,3%) и летальность - 10 (8,4%). А при двухэтапных операциях осложнения – 38 (32%), летальность – 24 (20,3%). Годовая выживаемость после первично-восстановительных операций составила – 100 (84,7%) после двухэтапных – 84 (71,1%).

Заключение: выбор метода лечения с использование разработанной в клинике тактики лечения больных ОРТК позволяет выполнить первично-восстановительные операции в большинстве случаев с удовлетворительными непосредственными и отдаленными результатами.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА II-III СТАДИИ

Урмонов У.Б., Афанасьев С.Г., Добродеев А.Ю.
Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Минздрава РУз.

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±1,1 мес против 18,1±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 значимо увеличить 2-летнюю безрецидивную и общую выживаемость относительно больных, перенесших только хирургическое лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЛЕГКИХ

Уринов Э.Ю., Нуров Р.Р.
Навоинский областной филиал Республиканского специализированного научно-практический медицинский центр онкологии и радологии

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 брохоскопия+ПХТ. 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. Эти методы лечения иногда могут привести к исчезновению метастатического рака легких.
Результаты и их обсуждения. В наших исследованиях у 15 больных произведено операция+ПХТ (1-группа); 16 больным через кожное трепанбиопсия+ПХТ (2-группа); 5 больным брохоскопия+ПХТ (3-группа); Схемы ПХТ терапии: 12 больним по схеме ЕР; 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.
Выводы: 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.

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 Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Минздрава РУз.

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±18,5%, после гастрэктомии – 34,8±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±42,8%, при отсутствии клеток опухоли – 69,8±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.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИЯ ОНКОМАРКЁРОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И РАКОМ ПЕЧЕНИ

Хасанова Д.Ф., Уморов М.Х., Мухаммаджонова С.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент

Целю настоящей работы: определение концентрация ОМ в сыворотке крови здоровых лиц и больных раком печени.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе представлены результаты исследования содержания РЭА, АФП и щелочной фосфатазы в сыворотке крови 268 больных раком печени. Кровь для определения онкомаркеров у онкологических больных брали натощак до и на этапах лечения. Содержание РЭА, АФП в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом, помощи коммерческих наборов фирмы «Хема».

Результаты. Результаты определения концентрации АФП у практически здоровых лиц, колеблись от 0 до 7,3 нг/мл, что в среднем для контрольной группы составляло 1,8 ± 0,3 нг/мл. Все упомянутые выше лица прошли полное амбулаторное обследование, при котором у них не выявлено каких-либо патологических отклонений в состоянии здоровья, поэтому эти значения мы приняли за норму.

Определение уровня АФП у больных раком печени показало, что у 179 (66,7%) из 268 АФП выше 320 нг/мл и колеблется в диапазоне от 15 до 320 нг/мл, что в среднем составило 297,7±12,2 нг/мл и достоверно отличается от показателей у доноров.

Содержание РЭА в сыворотке крови, показало, что у 44% (118) обследованных концентрация РЭА в сыворотке крови определялась до 10,0 нг/мл, у 34% (91) - от 10 до 40,0 нг/ мл, и только у 22% (59) обследованных концентрация РЭА превышала 40 нг/мл.

У 41,1% больных уровень щелочной фосфатазы превышал норму (до 7 МЕ) и находился в диапазоне от 10 до 30 МЕ, причем в 8,4% обследованных уровень ЩФ достигал значительных концентраций до 70 МЕ.

Заключение: таким образом полученные данные содержания концентрация РЭА, АФП, ЩФ в сыворотке крови онкологических больных, можно использовать, как дополнительный метод для ранней диагностики, мониторинга и скрининга больных раком печени.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ

Ходжиев Д.Ш., Султанзада Н.Д., Худойбергенов Ш.О.
Частная клиника «Бахтли Оила» г. Ургенч, Узбекистан

Цель: анализ хирургического лечения в частной клинике «Бахтли Оила» у больных с разными формами рака печени.

Материалы и методы. В отделении хирургии, за период 2019-2022 гг. проведено 26 оперативных вмешательств по поводу различной очаговой патологии печени. Все оперированные, предварительно верифицировланы первичной биопсией. Операция в различных объемах резекции выполнена 24 больным (резектабельность 96%).

Высокие показатели резектабельности опухолей печени, связано с расширением показаний к операции, отработкой техники выполнения различного объема резекции печени, улучшение качества комплексной визуализирующей оценки опухолей печени, внедрением ИОУЗИ, а также приобретение и использование высокотехнологичных электрохирургических инструментов (т.к. биполярный коягулятор, аппарат «LigaSure», ультразвуковой скальпель Ultracision).

Результаты: при изучении истории болезни за период до 2022 года было установлено что, экономные резекции печени(ЭРП) выполнено 3 больным, обширные резекции печени (ОРП)- 21, 1 больному выполнена перевязка правой печеночной артерии с тумором правой доли печени, а также 1 больному выполнена рентгенэндоваскулярная химиоэболизация правой печеночной артерии. Правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) произведена 11, левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ)- 6, расширенная правтостороняя -3, расширенная левосторонняя-1. 10 пациентов имели большое опухолевое поражение печени, превышающее в диаметре 9-12см. У остальных больных размер поражения от 5-8 см. У 18 больных имел место гепатоцеллюлярный рак, у 3- ангиосаркома, у 5- злокачественный карциноид печени. Цирроз печени(3) и фоновые дистрофические изменения(2) паренхимы печени отмечены у 5 больных. Послеоперационная летальность была у 1 больного (4%). Причиной смерти послужила нарастающая послеоперационная печеночная недостаточность у больных с фоновым циррозом печени и массивной интраоперационной кровопотерей более 2,5 л. Перезекции органа в отдаленном 3 летнем периоде больным не производились. Отдаленная годичная выживаемость из 10 прослеженных больных составила 6, 2 годичная – 3, 3 годичная -1.

Заключение. Возможности и целесообразность активной хирургической тактики в лечении первичного злокачественного поражения печени в пользу ОРП несомненна. Тяжелые «фоновые» изменения печени, конфликт с магистральными сосудистыми структурами не является сдерживающим фактором в оказании больным радикального объема хирургического вмешательства.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ДВОЙНОГО ТРАКТА «DOUBLE-TRACT» ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Эргашев Ш.К., Абдихакимов А.Н., Касымов А.А., Муталов Х.И.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР МЗРУз

Актуальность: показано что частота и выраженность постгастрорезекционных осложнении зависит от метода резекции желудка и способа формирования желудочно-кишечного анастомоза. Частота послеоперационных осложнений после резекционных вмешательств на желудке обладает значительной вариабельность от 4% до 27%, а после операционная летальность согласно мировым сведениям варьирует от 1,1% до 16%.

Цель исследования: использовать способы реконструкции верхних отделов ЖКТ с помощью изоперистальтической антирефлюксной тонкокишечной вставки между пищеводом и культей желудка.

Материал и методы: изучены результаты операций, которые были проведены за 2020-2022гг в отделении Торако-абдоминальной хирургии ТОФ РСНПМЦОиР

Результаты: за исследуемый период в отделении Торако-абдоминальной хирургии ТОФ РСНПМЦОиР произведено 242 резектабельных операции на желудке, 14% (n-34) из них выполнены в объеме «чрезбрюшинная субтотальная проксимальная резекция желудка» с диагнозом аденокарцинома проксимального отдела желудка и пищеводно-желудочного соединения. Эти больные были разделены на две группы. В I-группе 59% (n-20) пациентам были сформированы эзофаго-гастроанастомозы, во II-группе 41% (n-14) пациентам произведено реконструкция двойного тракта «double tract». 5 из них женского пола, 9 мужского пола. Средний возраст 64

года (минимальный 55, максимальный 74). За период наблюдения существенных различий в продолжительности операции, интраоперационной кровопотере, послеоперационном пребывании в стационаре, ранних осложнениях (свищ анастомоза и кровотечение анастомоза) не было. Однако у больных II-группы поздние осложнения (постгастрэктомический гастрит, рефлюкс-эзофагит, резкое потеря веса и стеноз анастомоза, изменения гематологических параметров) не наблюдались. Следуя этими показателями, данный метод реконструкции доказывает свое преимущество.

Выводы: наш опыт применение реконструкции двойного тракта «double tract» показал достаточно доказательств того, что улучшает послеоперационный нутрициионный статус без ущерба для безопасности пациентов, обеспечивая при этом те же хирургические характеристики у пожилых пациентов.

ПЕРИФЕРИК ЎПКА ЎСМАЛАРИ ВА МЕДИАСТИНАЛ ЎСМАЛАРНИ ТАШХИСЛАШДАШ КТ НАЗОРАТИ ОСТИДА ТРАЕПАН ИГНА ЁРДАМИДА ТРАНСТОРАКАЛ ТРЕПАН БИОПСИЯ ОЛИШ

Эшонхўжаев У.Х., Тожибоев А.А., Эшонов А. К.
РИОваРИАТМ Наманган филиали

Долзарблиги: периферик ўпка ўсамалари ва медиастинал ўсмаларни марфологик текшириш долзарб муаммо хисобланиб, КТ назорати остида трансторакал трепан биопсия олиш усули билан ҳал қилиш мумкин.

Ишнинг мақсади: КТ назорати остида трансторакал трепан биопсия олиш самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар: 2019 йилдан 2023 йилгача РИОваРИАТМ НФда периферик ўпка саратони ва ёмон сифатли ўсмаларига шубха бўлган медиастинал ўсмаларини марфологик тасдиклаш учун 200 нафар беморда КТ назорати остида трансторакал трепан биопсия олинди. КТ назорати остида трансторакал транпан биопсия олиш учун кўрсатма диаметри камида 1 см.ли медиастинал ва периферик ўпка ўсмалари хисобланади.

Натижалар. 200 та бемордан 180 та (90%) беморда КТ назорати остида трансторакал трепан биопсия олишга эришилди. 20 та (10%) беморда трепан биопсия олиш имконияти бўлмади. Усулнинг чекловлари ўсма ўлчамининг кичиклиги, ўсманинг кўкрак қафасидан узокда жойлашуви, беморни холати, пункци килинадиган жойда қон-томирлар мавжудлиги хисобланади. 126 та (70%) беморда ёмон сифатли ўсма ташхиси қўйилди. 96 та (76,2%) беморда ўпка периферик саратони, 30 та (37,8) беморда медиастинал ёмон сифатли ўсмалари аниқланди. 96 та ўпка саратонидан 25 та беморда (23,75%) ўпкани ясси хужайрали саратони, 17 та (17,7%) беморда ўпкани майда хужайрали саратони, 20 та (20,8%) беморда аденокарцинома аниқланди. 54 та бемордан 3 та (5,5%) яхши сифатли ўсма касаллиги, 5 та (9,2%) беморда ноонкологик касаллик аниқланди (ноонкологик касалликлар ўпка некрози, лимфаденит, ўпка абцесси) ва 46 та беморда инвазив диагностика усули керак бўлди.

Хулоса: КТ назорати остида трансторакал трепан биопсия олиш периферик ўпка саратони ва ёмон сифатли медиастинал ўсмаларни аниқлашда кам инвазив ва юқори самарадор (70%) усул хисобланади.

ҚИЗИЛЎНГАЧ САРАТОНИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ИНОПЕРАЛ БЕМОРЛАРДА ДАВО ЎТКАЗИЛИШ НАТИЖАЛАРИ

Эшонов А.К., Тожибоев А.А., Хамракулов С.Қ., Носиров А.Р., Шерматов Н.А.
РИОваРИАТМ Наманган вилояти филиали

Мақсад: қизилўнгач саратони билан касалланган иноперал беморларда даво турларини таққослаш ва даво натижаларини яхшилаш.

Материал ва услублар: 2021-2023 йилларда 26 нафар иноперабел беморлар касаллик тарихи тахлил қилиниб, беморлар 2 гурухга ажратилди. 1-гурух: ТГТ (РОД-2 Гр, СОД-50,0 Гр, 5 фракция/хафтасига) ва 2 курс ПХТ (Цисплатин 75 мг/м2 в/и 1-кун, Фторурацил 1000 мг/м2 в/и 1-4-кунлари) олган 14 нафар (53,8%) беморлар; 2-гурух: ТГТ (РОД-2 Гр, СОД-50,0 Гр, 5 фракция/хафтасига) ва Брахитерапия (РОД-3 Гр, СОД-18,0 Гр, 2 фракция/хафтасига) олган 12 нафар (46,2 %) беморлар. Қизилўнгач саратони билан касалланган 26 нафар беморлар қуйидагича морфологик верификация қилинган: ясси хужайрали канцер 16 нафар (61,5 %) бемор, аденокарцинома 10 нафар (38,5%) бемор.

Натижалар. Даволаш натижалари: қуйидаги критерийлар билан баҳоланди: бирламчи ўчоқ

кичрайиши (бирламчи ўчоқ ўлчами даво тугагандан сўнг 3 ой ўтиб баҳоланди) ва яшовчанлиги. Қизилўнгач саратони билан касалланган 26 нафар бемордан ТГТ ва 2 курс ПХТ ўтказилган 15 (100 %) нафар беморда қуйидаги натижалар кузатилди:
1. Тўлиқ эффект - 3 (20,0 %);
2. Қисман эффект - 6 (40,0 %);
3. Стабилизация – 4 (26,6 %);
4. Прогрессия – 2 (13,4 %).
Яшовчанлик:
1. 1 йилгача – 4 (26,6%);
2. 3 йилгача – 9 (60,0 %);
3. 5 йилгача – 2 (13,4 %).
Қизилўнгач саратони билан касалланган 26 нафар бемордан ТГТ ва Брахитерапия ўтказилган 11 (100 %) нафар беморда қуйидаги натижалар кузатилди:
1. Тўлиқ эффект - 1 (9,0 %);
2. Қисман эффект - 3 (27,6 %);
3. Стабилизация – 6 (54,4%);
4. Прогрессия – 1 (9,0 %).
Яшовчанлик:
1. 1 йилгача – 6 (54,4 %);
2. 3 йилгача – 4 (36,6 %);
3. 5 йилгача – 1 (9,0 %).
Хулоса: кимё-нур даво олган беморларда 3 йилгача ва 3 йилдан ортиқ бўлган яшовчанлик кўрсаткичлари қўшма нур даво олган беморларга нисбатан деярли 1,5 марта ортиқ эканлиги аниқланди.

ТЎҒРИ ИЧАК САРАТОНИДА КАПЕЦИТАБИН БИЛАН БИРГА НУРТЕРАПИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Эгамов И.М., Ибрагимов З.Н., Маматова М.Ш., Киличова Д.Р.
РИО ва РИАТМ Хоразм филиали

Мавзунинг долзарблиги: бутун дунёда тўғри ичак саратони билан касалланиш сони йилдан йилга ортиб бормоқда. 2020 йилда бутун дунё бўйича касалланиш 10%, ўлим кўрсаткичи 9,4% ни ташкил қилади. Хоразм вилоятида касалланиш 2020 йилда 3,5% ни ташкил қилади. Эрта ташхис қўйиш ва кейинги муваффақиятли даволаш учун скрининг дастурлари йўлга қўйилган ва замонавий даволаш усуллари стандартлари ишлаб чиқилган.
Мақсад ва вазифа. РИОваРИАТМ Хоразм филиалининг 2022 йилдан 2023 йилгача даволанган T2-4N0-3M0 тўғри ичак саратонида нуртерапия билан бирга Капецитабин қабул қилган беморларда даво натижасини баҳолаш.
Материал ва усуллари. РИОваРИАТМ Хоразм филиалининг 2022 йилдан 2023 йилгача даволанган T2-4N0-3M0 тўғри ичак саратонида нуртерапия билан бирга радиомодификатор сифатида фойдаланилган химиопрепарат Капецитабин қабул қилган 8 нафар бемор ва фақат нуртерапияси олган 14 нафар беморлар даво натижалари ўрганилди. Беморларга тўлиқ нур терапия кунлик доза 1,8-2,0 Гргача, умумий доза 45-60 Гргача ўтказилган.
Олинган натижалар. Тўғри ичак саратонининг T2-4N0-3M0 босқичларидаги беморларнинг 8 нафарига нуртерапияни Капецитабин билан бирга ва 14 нафар бемор фақат нуртерапияси ўтказилган беморларни даво натижалари солиштириб кўрилганда оператив даводан кейин қуйидагича натижага эришилган. Капецитабин билан бирга нуртерапияси ўтказилган беморларда ўсма рецидиви бир йил давомида умуман кузатилмаган. Фақат нуртерапия олган беморларнинг 5(35,7%)нафарида 6 ойдан кейин ўсма рецидиви кузатилган. Ушбу беморларнинг барчаси неоадювант нур терапияси олган. Бундан кўринадики нуртерапиянинг самарадорлигини ошириш мақсадида модификатор сифатида нуртерапияни Капецитабин билан бирга ўтказиш яхши натижа беради ва беморларнинг яшовчанлигини оширади, бундан ташқари тўғри ичакдаги кучли оғриқларнинг пасайишига хам ёрдам беради.
Хулоса. Ушбу тадқиқот натижалари тўғри ичак саратони касаллигига чалинган беморларнинг умр кўриш давомийлигини ошириш учун ва нур терапиянинг тасирини янада кучайтириш мақсадида қўллаш мақсадга мувофиқдир. Бу билан беморларнинг яшовчанлик кўрсаткичини оширишимиз мумкин. Бундан ташқари кучли оғриқ синдроми бўлган беморларда нуртерапияни Капецитабин билан қўллаш тасирида оғриқларни сезиларли даражада камайтирган.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Юсупбеков А.А.[1], Расулов А.Э.[1], Мадиёров Б.Т.[1,2], Усманов Б.Б.[1,2], Джуманазаров Т.М.[1]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз[1], Ташкентский педиатрический медицинский институт[2]

Цель: анализ результатов оперативных вмешательств немелкоклеточного рака легкого.

Материалы и методы: в 2021 году зарегистрировано 1574 новых случаев рак легкого (РЛ), что составило 4,6 на 100 тыс населения. Смертность от РЛ на первом году от момента постановки диагноза составило 3,4 на 100 тыс населения, составив 1175 абс. числа.

Результаты. Удельный вес больных с морфологически подтвержденным диагнозом РЛ достигает в среднем 81,1%. Распределение больных по стадиям заболевания: I – 1,1%; II – 18,6%; III – 35,0%; IV – 39,5%. В 5,8% случаев стадия остается неуточненной. Годичная летальность составило 42%. Радикальное хирургическое вмешательство выполнено в 4,8%, из них процент высокотехнологических вмешательств составило 6,1%, паллиативное 2,6% случаев. За последние 5 лет в отделение торакальной онкохирургии выполнено 238 (100%) оперативных вмешательств при РЛ. Процент радикальных вмешательств составил 35,3% (84 больных), диагностических вмешательств 64,7% (154 случая). Из них, расширенные и расширенно-комбинированные пневмонэктомии выполнены у 14 больных (16,66%), лобэктомии у 27 (32,14%), билобэктомии в 8 (9,52%), VATS ассистированное прецезионное удаление опухоли у 35 (41,66%) пациентов. Количество трахеобронхопластических и ангиопластических операция за последние 5 лет составило 12. Частота осложнений после бронхо-ангиоплатических операций составило 9%. Комбинированное лечение при 2 стадии начинали с хирургического пособия, а при 3А стадии проводили неоадъювантную ПХТ (4 цикла) с последующим оперативным вмешательством, и адъювантной терапией. Частота послеоперационных осложнений: сердечно-сосудистая недостаточность 5,1%; внутриплевральное кровотечение 2,9%; нарушение бронхиальной проходимости, пневмония 5,9%; тромбоэмболия 2,5%; бронхиальный свищ с эмпиемой плевры 5,1%; нагноение послеоперационной раны 3,4%; ранняя послеоперационная летальность 5,9%.

Выводы: хирургический пособие немелкоклеточного рака легкого, как компонент комбинированного лечения является один из основных методов. Объем вмешательства определяется стадией процесса, уровнем поражения регионарных лимфатических узлов, гистологической структурой опухоли, функциональным состоянием пациента.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Юсупбеков А.А.[1], Нишанов Д.А.[1], Расулов А.Э.[1], Мадиёров Б.Т.[1,2], Усманов Б.Б.[1,2], Джуманазаров Т.М.[1]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз[1], Ташкентский педиатрический медицинский институт[2]

Цель: повышение эффективности комплексного лечения рака легкого путем разработки нового подхода с учетом молекулярного профилирования пациента.

Материалы и методы: в 2021 году зарегистрировано 1574 новых случаев рака легкого (РЛ), 4,6 на 100 тыс населения. Смертность от РЛ на первом году от момента постановки диагноза составило 3,4 на 100 тыс населения, составив 1175 абс. числа. В 75% случаев РЛ диагностируется в III-IV стадии, при годичной летальности 42%.

Результаты. Одной из главных проблем, по-прежнему требующей решения, является гематогенное метастазирование опухолей, одним из проявлений которого является обнаружение диссеминированных опухолевых клеток (ДОК) в костном мозгу. Минимальные размеры опухоли не исключают метастатического распространения опухолевых клеток, которые оседая в отдаленных органах, таких как КМ, могут приводить к прогрессированию болезни даже спустя годы ремиссии. Этот процесс до сих пор является малоизученным аспектом биологии рака, но при этом остается самой частой причиной смертей больных злокачественными новообразованиями. Установлена взаимосвязь ДОК с клинико-морфологическими характеристиками НМРЛ: размером первичной опухоли, степенью дифференцировки, статусом лимфатических узлов. Прогностическое значение имеет популяции CD8+ CD28+Т-клеток и CD8 +CD28- Т-клеток, отмечается увеличение содержания популяции CD4+CD25+ у больных НМРЛ.

Врамкахзапланированногонаучногоприкладногогранта,спомощьюметодамногопараметровой проточной цитометрии, планируется изучение диссеминированных опухолевых клеток в

костном мозге, субпопуляций костномозговых лимфоцитов больных НМРЛ. Определение ДОК в КМ позволяет более точно оценивать степень распространенности опухолевого процесса у больных НМРЛ, выявляя ранний процесс гематогенной диссеминации опухоли. Это может служить основанием для рассмотрения вопроса о дополнительном лекарственном лечении у этой категории больных.

Выводы: путем сравнительного анализа традиционной и персонифицированной терапии, будет доказана социально-экономическая эффективность разработанного метода, основанной на исключении необоснованной лекарственной терапии и улучшении качества жизни.

БУХОРО ВИЛОЯТИДА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛ СОҲА САРАТОНИНИНГ ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Юсупбеков А.А., Хакимов Я.Ш., Саидов Ғ.Н.
РИОваРИАТМ Бухоро филиали

Мақсад: кардиоэзофагеал соҳа саратонини (КЭС) жаррохлик усулида даволаш натижаларини ўрганиш.

Материал ва услублар: РИОваРИАТМ Бухоро филиалида 2019-йилдан 2022-йилгача КЭС билан жами 90 нафар бемор аниқланган. Шу беморларнинг 40 нафарига жаррохлик даво ҳамда 50 нафарига кимё-нур давоси ўтказилган. Хирургик даво ўтказилган 40 та беморларнинг 25 таси эркак, 15 таси аёлларни ташкил этган. Беморларнинг ўртача ёши 60,5±2,1 ни ташкил қилган. Ўсманинг босқичи бўйича тахлил қилинганда 12 таси II, 30 таси III ва 5 таси IV босқични ташкил қилган. Siewert таснифи бўйича I типда 12 та, II типда 15 та ва III типда 17 та беморларга хирургик амалиёт бажарилган. I тип аниқланган 5 та беморга Льюис операцияси, 10 та беморга Гарлок-Осава операцияси, II тип билан аниқланган, 10 та беморга Гарлок операцияси, III тип билан 10 та беморга кенгайтирилган гастрэктомия. Дисфагия III даража бўлган 5 та беморга симптоматик операция гастростомия бажарилган.

Натижалар: жаррохлик амалиётидан кейинги асоратлар 7 та беморда кузатилган. 3 та бемор кузатилган асоратлардан сўнг вафот этган. Хирургик асоратлар Clavien Dindo таснифи асосида баҳоланди. Классификация бўйича 4 та беморда IIIA синфга кирувчи, 2 та беморда V синфга кирувчи асоратлар кузатилган. Терапевтик асоратлардан 1 та беморда ўпка артерияси тромбоэмболияси туфайли ўлим кузатилган.

Хулоса: ўтказилган метанализ натижасида аниқланган 90 та бемордан 40 тасига жаррохлик даво бажарилган. Siewert таснифи бўйича ўсмани жойлашган жойига қараб I типда Льюис, II типда Гарлок-Осава. III типда кенгайтирилган гастрэктомия радикал жаррохлик амалиётлари 35 та беморга бажарилган. Бундан ташқари IV босқич аниқланган 5 та беморга дисфгия асоратини бартараф қилиш мақсадида гастростомия амалиёти бажарилган. Операциядан кейинги асоратлар 10 та беморда кузатилган. 3 та бемор кузтилган асоратлардан сўнг вафот этган.

HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАННЫЙ РАК ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Юсупбеков А.А., Усманов Б.Б., Хамидов Х.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкентская медицинская академия Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Helicobacter pylori-ассоциированные патологии относятся к «новым» инфекциям, поражающим органы верхнего этажа желудочно-кишечного тракта. При раке пищевода и кардиоэзофагеальной зоны Helicobacter pylori контаминация встречается в 83% случаях.

Цель исследования: изучить Helicobacter pylori контаминации и эффективность эрадикационной терапии при раке пищевода и кардиоэзофагеальной зоны.

Материалы и методы: в исследование включено 153 больных с раком пищевода и кардиоэзофагеальной зоны проходивших лечение в РСНПМЦОиР. в период с 2019 по 2021гг. Возростная группа пациентов состовляля от 30 лет до 78 лет (средний возраст 52,4±2,8 лет). 108 (70,5%) пациентов находилась в возрасте до 65 лет и 45(29 %) пациенты – старше 65 лет. Мужчины- 96 (62.8%), Женщины- 57 (37.2%)

Результаты исследования и их обсуждения: пациентам с нерезистентными к кларитромицину H. pylori штаммами проведена квадротерапия по схеме эрадикации (28 больных в изучаемой группе): рабепразол по 20 мг 2 раза в день, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день, кларитромицин

по 500 мг 2 раза в день, висмута трикалия децитрат 120 мг по 2 таблетке в день. Пациенты с верифицированным резистентным к кларитромицину получали вторую схему терапии, (20 больных в изучаемой группе): рабепразол по 20 мг 2 раза в день, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день, нифуратель по 400 мг 2 раза в день, висмута трикалия децитрат 120 мг по 2 таблетки в день. Данная схема лечения позволило уменьшить выраженный диспептический синдром у 113(73,8%) пациентов, у 133 (86,9%) пациентов убрать болевой синдром, что обеспечивает благоприятное течение специальной противоопухольной терапии.

Выводы: учитывая результаты исследования проведение антихеликобактерной терапии является целесообразным, так как, способствует улучшению медицинской реабилитации пациентов;

ДИАГНОСТИКА HELICOBACTER PYLORI АССЦИИРОВАННОГО РАКА ПИЩЕВОДА

Юсупбеков А.А., Туйчиев О.Д., Исмаилова Ж.А., Усманов Б.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Актуальность. H. Pylori среди больных с раком пищевода (РП) составляетот 36% (Аденокарцинома пищевода) до 50% (Плоскоклеточный рак пищевода). Персистенция агрессивного факультативного микроорганизма существенно влияет на качество жизни больных с РП, ослабленных в ходе лечения основного недуга. Следовательно, целью нашего исследования явилась определить более информативный и доступный метод выявления H. Pylori среди больных с РП.

Материалы и методы: объектами исследования явились 153 больных раком пищевода, у которых выявлен разлисные степени обсемененности H. Pyloriявились. ДлявыявленияH. Pyloriy больных с РП, использовали 4 наиболее распространенные методы: дыхательный уреазный тест смеченным С14, инвазивный CLO–тест (изучение эндоскопически взятого материала), серологический тест (ИФА анализ сыворотки), ПЦР тест (Определение маркерного гена ureC штамма 16 в сыворотки).

Результаты: дыхательный уреазный тест смеченным С14 выявил у 149 (97,3%) больных из 153 больных, инвазивным CLO–тестом выявлен 140 (91,5%) больных, серологическийтест был положительным у 146 (95,4%) больных иПЦРтестопределил маркерного гена ureCу 127 (83,0%) больных.

Выводы: таким образом можно заключить, что дыхательный тест является наиболее специфичным, простым в использовании и требует наименьше временеми для получения результата. Таким образом, уреазный дыхательный тест является оптимальным для диагностики H. Pylori у больных с РП.Однако при генетическом анализе штамма H. Pylori, чувствительность была высока при Real time PCR исследовании.

БУХОРО ВИЛОЯТИДА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛ СОҲА САРАТОНИНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ БЕВОСИТА НАТИЖАЛАРИ

Юсупбеков А.А., Саидов Ғ.Н., Хакимов Я.Ш.
РИОваРИАТМ Бухоро филиали

Мақсад: кардиоэзофагеал соҳа саратони (КЭС) диагностикаси ва даволашда бевосита натижаларини такомиллаштириш.

Материал ва услублар: РИОваРИАТМ Бухоро филиалида 2018-йилдан 2022-йилгача КЭС билан жами 83 нафар бемор аниқланган. Шу беморларнинг 37 (44,6%) нафарига хирургик даво ҳамда 46 (55,4%) нафарига кимё-нур давоси ўтказилган. Хирургик даво ўтказилган. 37 та беморларнинг 28 таси (75,7%) эркак, 9 таси (24,3%) аёлларни ташкил этган. Беморларнинг ўртача ёши 60,5±2,1 ни ташкил қилган. Ўсманинг босқичи бўйича тахлил қилинганда 10 таси (27%) II, 25 таси (67,6%) III ва 2 таси (5,4%) IV босқични ташкил қилган. Siewert таснифи бўйича I типда 10 та (27%), II типда 12 та (32,5%) ва III типда 15 та (40,5%) беморларга хирургик амалиёт бажарилган. I тип аниқланган 2 та (5,4%) беморга Льюис операцияси, 7 та (19%) беморга Гарлок-Осава операцияси, II тип билан аниқланган 7 та (19%) беморга Гарлок-Осава, 3 та (8%) беморга Гарлок операцияси, III тип билан 8 та (21,6%) беморга кенгайтирилган гастрэктомия, 6 та (16,2%) беморга Гарлок операцияси бажарилган. Дисфагия III даража бўлган 4 та (10,8%) беморга симптоматик операция гастрастомия бажарилган.

Натижалар: операциядан кейинги асоратлар 4 та (10,8%) беморда кузатилган. 2 (5,4%) та бемор кузатилган асоратлардан сўнг вафот этган. Хирургик асоратлар Clavien Dindo

таснифи асосида баҳоланди. Классификация бўйича 3 та (8,1%) беморда IIIA синфга кирувчи, 1 та (2,7%) беморда V синфга кирувчи асоратлар кузатилган. Терапевтик асоратлардан 1 та беморда ўпка артерияси тромбоэмболияси туфайли ўлим кузатилган.
Хулоса: ўтказилган метанализ натижасида аниқланган 83 та бемордан 37 (44,6%) тасига хирургик даво бажарилган. Siewert таснифи бўйича ўсмани жойлашган жойига қараб I типда Льюис, II типда Гарлок-Осава. III типда кенгайтирилган гастрэктомия радикал жаррохлик амалиётлари 33 та беморга бажарилган. Бундан ташқари IV босқич аниқланган 4 та беморга дисфгия асоратини бартараф қилиш мақсадида гастрастомия амалиёти бажарилган. Операциядан кейинги асоратлар 4 та (10,8%) беморда кузатилган. 2 (5,4%) та бемор кузтилган асоратлардан сўнг вафот этган.

АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д.М., Туйев Х.Н., Соипов Б.Б., Боймуродов Х.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: проанализировать непосредственные результаты различных методов панкреатодегистивных анастомозов после панкреатодуоденальной резекции (ПДР).
Материалы и методы: материалом данного исследования послужили 80 больных с раком гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ), пролеченные в отделении опухолей гепатопанкреатобилиарной зоны Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Республики Узбекистан. В зависимости от проведенных операций, больные были распределены в 3 группы: 1-группа – 40 (50%) больных, которым была выполнена операция гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР), панкреато-гастро анастомоз, 2-группа - 30 (37,5%) больных, которым была выполнена операция пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ПДР) и 3-группа - 10 (12,5%) больных, подвергшихся ГПДР с наложением панкреатоеюноанастомоза по типу Блумгарта. Методику по типу Блумгарта применяли у пациентов с мягкой тканью поджелудочной железы, который считается менее благополучной для анастомозирования. По результатам клинико-инструментальных методов обследования, рак Фатерова соска был выявлен у 39 (48,75%) больных, рак головки поджелудочной железы - у 30 (37,5%), рак различных отделов 12 перстней кишки - у 8 (10%) и рак печени, рак восходящий кишки и рак дистального конца холедоха отмечались по 1 (по 1,25%) случаю соответственно.
Результаты: было отмечено, что минимальная продолжительность операции в 1-й и во 2-й группе оказалась 310 минут, а в 3-й группе 285 минут. Послеоперационный панкреатический свищ отмечался у 8 (20%) больных из 1-й группы, у 7 (23,3%) больных со 2-й и у 2 (20%) больных из 3-й группы. Несостоятельность билиодигестивного анастомоза зафиксировано у 2 (6,7%) больных только во 2-й группе. Аррозивное кровотечение из зоны операции отмечено у 2 (5%) больных в 1-й группе и 1 (3,3%) во 2-группе. Замедленное опорожнение желудка наблюдался в 1-й группе у 5 (12,5%), во 2-й у 13 (43,3%) и в 3-й 3 (30%) больных. Послеоперационная летальность в 1-й группе составила 5% (2 больных), во 2-й группе – 6,7% (2 больных) и в последней группе летальных исходов не было.
Выводы: анализ непосредственных результатов показывает, что не одна методика панкреатодегистивного анастомозов не превосходит по меньшему количеству клинически значимого послеоперационного панкреатического свища. Но при сравнении других осложнений методика по типу Блумгарта имеет некоторое превосходство, которое характеризуется быстро выполнимым и менее трудоемким анастомозом.

ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д., Туйев Х.Н.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель работы: изучить результаты хирургического лечения различных методов панкреатодегистивных анастомозов после панкреатодуоденальной резекции (ПДР).
Материалыиметоды:внашемисследованиябыло92больныхсраком гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ), которые проходили лечение в отделении опухолей гепатопанкреатобилиарной

зоны. Больные были распределены в 3 группы: в I группу включили 22 больных, которым провели операцию гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР), панкреато-гастро анастомоз. Во II группу вошло 30 больных, которым была выполнена операция пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ППДР). В III группу включили 40 больных. Им провели ГПДР с наложением панкреатоеюноанастомоза по типу Блумгарта. По результатам клинико-инструментальных методов обследования, рак Фатерова соска был выявлен у 39 больных, рак головки поджелудочной железы - у 30, рак различных отделов 12 перстней кишки - у 8 и рак печени, рак восходящий кишки и рак дистального конца холедоха отмечались по 1 случаю соответственно.

Результаты. Наибольшая продолжительность операции в I и во II группе оказалась по 5 ч 10 минут, а в 3-й группе 4 ч 20 минут. Послеоперационный панкреатический свищ отмечался у 10 больных из I группы, у 8 больных из II и у 5 больных из III группы. Несостоятельность билиодигестивного анастомоза зафиксировано у 3 больных только во II группе. Аррозивное кровотечение из зоны операции отмечено у 4 больных в I группе и 2 во II группе. Замедленное опорожнение желудка наблюдался в I группе у 7, во II - у 15 и в III 5 больных. Послеоперационная летальность в I и во II группе составила по 3 больных, и в III группе летальных исходов не было.

Заключение. Изучение результатов хирургического лечения показывает, что при сравнении с другими осложнениями методика по типу Блумгарта имеет наибольшее превосходство, которое характеризуется технически быстро выполнимым и более надежным анастомозом.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Якубов Ю.К., Туйев Х.Н., Сагдуллаев А.М.

Республиканский центр экстренной медицинской помощи, РСНПМЦОиР

Цель работы. Изучение лечения больных с механической желтухой, осложненной печеночной недостаточностью при злокачественных заболеваниях гепатодуаденальной зоны.

Материалы и методы исследования. За 2022 год в РСНПМЦОиР пролечено 139 больных с механической желтухой опухолевого генеза. Мужчин было 62 (48%), женщин- 70 (62%). В возрастном аспекте 16 (14,2%) больных были в возрасте 19-44 лет, 40 больных (30,5%) в возрасте 45-59 лет, 46 (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. Тумор головки поджелудочной железы было у 79 (60,3%) пациентов, тумор желчного пузыря и средней трети холедоха у 4 (3%), тумор ворот печени у 23 (18,1%), тумор большого дуоденального сосочка у 25 (19,5%) пациентов. Всем больных на высоте механической желтухи были выполнены миниинвазивные рентген эндо билиарные вмешательства. При этом диагностическое ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) было выполнено 16 (12,4%) больным, РПХГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) было выполнено 28 (21,1%) больным, РПХГ со стентированием холедоха было выполнено 49 (36,9%) больным, чрескожнаячреспеченочная холангиостомия выполнена 38 (29,5%) больным.

Результаты. 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 7 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 следующие операции: Наложение обходного холецистоэнтероанастомоза, гастроэнтероанастомоза, ЭЭА по Брауну 6 больным. Наложение обходного холецистоэнтероанастомоза и ЭЭА по Брауну 4 больным. Расширенная гастропанкреатодуоденальная резекция 2 больным. У 2 больных после операции отмечается развитие послеоперационного панкреатита, больные умерли.

Летальность составила - 4 (3,3%), послеоперационная летальность - 3 (6,4%). Причина летальности в одном случае развитие гнойного холангита с образованием печеночных абсцессов, сепсиса. В 2х случаях послеоперационный панкреатит.

Выводы. 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 радикальные и паллиативные вмешательства.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: КЛИНИКО МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Қобилов Б.З., Абдужаппаров С.Б., Хаитов Д.Х., Болтаев А.Б., Якубов А.Ж.
Джизакский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность проблемы колоректального рака обусловлена как ростом заболеваемости, так и увеличением числа первично-множественных опухолей. Несмотря на проводимые исследования, многие аспекты феномена первичной множественности опухолей толстой и прямой кишки остаются открытым.

Цель исследования: изучить некоторые особенности первично-множественного колоректального рака. Методы исследования. Из больных колоректальным раком T2-4N0-2M0-1, подвергшихся оперативному лечению в клинике Джизакский филиал РСНПМЦОиР за последние 5 лет, случаи первично-множественного рака составили 6,01% (187 пациентов), которые и послужили объектом исследования. Проведен анализ клинических, биологических, морфологических особенностей синхронных и метахронных опухолей.

Результаты. Первично-множественный колоректальный рак с локализацией опухолей только в толстой и прямой кишке составил 53,33% от всего первично-множественного рака. В этой группе преобладал синхронный рак (23,75%) с локализацией опухоли в сигмовидной (52,25%) и прямой кишке (66,75%). При метахронном раке интервал между первой и последующей опухолью у женщин был в 2 раза больше, чем у мужчин (8,31 и 4,46 года соответственно). Метахронные опухоли у женщин преимущественно локализовались в правой половине ободочной кишки (54,25%) и прямой кишке (51%). У мужчин – в прямой и сигмовидной кишке (по 52,71%). Если колоректальный рак выявлялся одновременно с опухолями других органов, то средний возраст больных (67,08 лет) был на 4,22 года больше, чем при выявлении синхронного колоректального рака, а женщины при выявлении опухолей на 7 лет моложе мужчин. Синхронные колоректальные опухоли у женщин чаще сочетались с раком молочной железы, у мужчин – с раком почки. Метахронная колоректальная опухоль у мужчин выявлялась в среднем через 4,4 года, чаще после лечения рака желудка (54,1%). У женщин колоректальная опухоль выявлялась через 5,67 лет, преимущественно после лечения опухолей гениталий (74,17%). Все первично-множественные колоректальные опухоли представлены в основном местно-распространенными G2 аденокарциномами.

Выводы. Выявленные особенности первично-множественных колоректальных опухолей возможно учитывать в программах как первичной диагностики, так и диспансерного наблюдения после лечения больных со злокачественными опухолями, что позволит улучшить раннее выявление и результаты лечения онкологических больных.

РАЗДЕЛ 5.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ ДЕТЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдухакимов А.Н., Салахутдинова М.З., Шукурова М.А.
Ташкентский областной филиал республиканского научно практического медицинского центра онкологии и радиологии

Цель: проанализировать результаты лекарственными методами лечения детей до 3 года жизни с инфантильными гемангиомами.

Материалы и методы. Работа основывается на полученные результаты проведенного лечения детей с ИГ в лечебно-диагностическом учреждении (Ташкентский областной филиал Республиканского научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии). 89 детей в период с января 2021 по декабрь 2022г. Средний возраст детей составил 3,6±8,4месяцев 2 месяцев до 3 года. Из них девочки 57(64,04%), мальчики 32(35,95). У 33(37%) детей ИГ располагалась в голове и шее, у 29(32,58%) на грудной клетке и передней брюшной стенке, на конечностях 16(17,9%), на коже промежности 3(3,37%), множественные ИГ у 8(8,9%) детей.

Результаты. Детям использовали системного введения пропранолола начиная с дозы 1мг/кг/сут, с последующими увеличениями дозы до 3мг/сут [19,20]. Перед каждыми увеличениями дозы соблюдена интервал 10-15 дней. Перед использованием пропранолола все дети консультированы у детского кардиолога. Контроль динамических изменений и функции сердца мониторирована с применением аускультации, экг и эхокг. После получения клинического эффекта дозу уменьшили по схеме ¼ часть дозы 1 раз в неделю для уменьшения риска развития синдрома отмены. У пациентов визуально оценена изменения ИГ (изменения цвета, уменьшения размера, уровень возвышения на коже, плотность)

Выводы. У 61 (68,5 %) детей с ИГ терапия с РР была завершена в течение 6 мес. Эффективность от лечения, в виде выраженного регресса сосудистого образования достигнут у 66(74,15 %) из 89 пациентов. У 28 (31,4 %) из 89 детей лечение препаратом РР было продолжено свыше 6 мес. Первые симптомы улучшения отмечались от 2-го до 20-го дня от начала приема препарата РР у 81 пациентов, что составило 91,01 %.

Результаты применения препарата РР в качестве современного средства системной фармакотерапии ИГ продемонстрировали его высокую эффективность и безопасность.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Агзамов И.М.[1], Улитин А.Ю.[2], Агзамов М.К.[3], Кривошеева В.В.[4]
ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь[1], СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург[2], Самаркандский медицинский университет, г. Самарканд, Республика Узбекистан[3], ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь[4]

Цель. Изучить результаты диагностики и лечения у детей с первичными опухолями головного мозга в Самаркандской области.

Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ результатов диагностики и лечения 129 детей с ПОГМ в возрасте от 1 месяца до 18 лет в период с 2004 по 2013 гг. В исследование были включены только дети, жители г. Самарканда и области. Мальчиков было 73, девочек – 56. Диагностика опухолей головного мозга проводилась на основании жалоб, анамнеза, данных неврологического и клинического обследования, результатов компьютерной или магнитно-резонансной томографии.

Результаты. В период с 2004 по 2008 гг. было выявлено 44 (34,1%) случая с ПОГМ, в период с 2009 по 2013 гг. – 85 (65,9%) случаев. В возрасте до 5 лет – 31 (24,1%) случай, 6-10 лет – 32 (24,8%), 11-15 лет – 39 (30,2%) и в возрасте от 16 до 18 – 27 (20,9%) случая. По локализации супратенториальные ПОГМ выявлены в 38% случаев (49 пациентов), субтенториальные – в 53,5% случаев (69 пациентов), хиазмально-селлярное расположение было выявлено – в 8,5% (11) случаях. Опухоли ствола мозга выявлены в 20 случаях, что составило 30% от общего числа с субтенториальной локализацией. Общее состояние при поступлении у 56 детей оценивалось как среднетяжелое, у 57 – тяжёлое и у 16 детей как крайне тяжёлое. Функциональное состояние по ШК составило: 90 баллов – у 24 (18,6%) детей, 80 балов - у 39 (30,2%), 70 баллов – у 16 (12,4%), 60 баллов – у 16 (12,4%) и менее 50

балов - у 34 (26,4%) детей. Оперировано 107 детей, что составило 83%. Остальные 22 пациента не были оперированы по различным причинам: тяжесть состояния, глубокое расположение новообразования, отказ родителей от операции.

Выводы. Из 39 оперированных детей с супратенториальным расположением опухоли головного мозга умерло – 4 (10,3%) детей; из 60 детей с субтенториальным расположением – умерло 8 (13,3%). Общая летальность составила 13,1%. При выписке функциональный статус у оперированных больных по шкале Карновского составил: 90 баллов – у 31 (33,3%) пациента, 80 баллов – у 9 (9,7%); 70 баллов – у 41 (44,1%); 60 баллов – у 3 (3,2%) детей; менее 50 баллов было выявлено у 9 (9,7%) детей.

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ С НАРУШЕНИЕМ МЕТАБОЛИЗМА

Азимова Г.М., Сайдуллаев С.Т., Алиева М.У., Уринбоев Н.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель: выявление особенностей менструальной функции больных раком эндометрия с нарушенным метаболическим синдромом.

Материалы и методы: материалом для изучения методов обследования явились амбулаторные карты, ультразвуковые исследования, истории болезни, результаты гистологических и цитологических исследований, данные исследования крови на онкомаркеры. В общей сложности были обработаны данные обследований 100 больных раком эндометрия, пролеченных в отделении гинекологии АФ РСНПМЦОиР.

Результаты: в исследуемых группах было выявлено, что в среднем менархе отмечалось достоверно раньше в группах пациенток с метаболическим синдромом (основ и контр). Продолжительность менструального цикла в среднем была идентична в исследуемых группах. Нарушения менструального цикла наблюдались у 95% больных РЭ с нарушенным МС и значительно реже у пациенток контрольной группы 47 соответственно, $p < 0,05$, Нарушения овариально-менструального цикла имели разнообразный характер: от недостаточности лютеиновой фазы до вторичной аменореи. В структуре нарушений менструальной функции преобладали дисфункциональные маточные кровотечения: у 52% пациенток основной группы и 39% - у больных контрольной группы. Статистически значимо реже в группах пациенток с метаболическим синдромом наблюдалась вторичная аменорея (9% и 4%) и дисменорея (6%и 7%), в отличие от больных контрольной группы ($p < 0,05$). Длительность нарушений менструального цикла значительно отличалась у больных РЭ с метаболическим синдромом, по сравнению с группами больных РЭ без метаболического синдрома.

Вывод: таким образом, при анализе характера менструальной функции было выявлено, что у подавляющего числа больных основной подгруппы имелись нарушения овариально-менструального цикла в виде дисфункциональные маточных кровотечений, которые были более продолжительными по времени, чем в группе больных без метаболических нарушений. Период менопаузы и, соответственно, продолжительность менструальной функции были несколько больше у больных с метаболическим синдромом, чем в контрольной группе.

АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО РЕГРЕССА ОПУХОЛИ ПРИ НЕОАДЪЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ IIB СТАДИИ

Ахмедова Т.А., Васихов Ш.А.
ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗН РТ, Таджикистан
Научный руководитель-д.м.н. профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «ТГМУ имени Абу Али Ибн Сино» Умарзода С.Г.

Цель. Оценка степени лечебного патоморфоза опухоли после неоадъювантной химиолучевой терапии для выявления наиболее эффективного метода лечения.

Материал и методы. Изучены клинико-морфологические данные 80 больных раком шейки матки, обследованных и леченных в ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ с 2015-2022 гг. Критерием включения больных в исследование явилось IIB (FIGO) стадия заболевания, по морфологический структуре-плоскоклеточный рак. Средний возраст женщин составил 48,9 лет. Плоскоклеточный рак с ороговением установлен у 15 (18,75%), у 65(81,25%) плоскоклеточный неороговевающий рак. По степени дифференцировки опухоли: высокодифференцированная-15 (18,75%), умереннодифференцированная-58 (72,5%) и низкодифференцированная - 7(8,75%). В плане

комплексного обследования были использованы общеклинические методы, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, МРТ органов малого таза, рентгенография грудной клетки, цитологическое и морфологическое исследования. По методам неоадъювантного режима терапии больные распределились на 4 группы: Iгр- 6 больных (3-компонентная ПХТ (цисплатин- 50мг/м2 в/в капельно 1 день; доксорубицин- 50мг в/в струйно; 5-фторурацил- по 500 мг/м2 в/в струйно 1-3 дни)); IIгр. -18 больных (3-компонентная ПХТ и ТГТ-30 Гр); III-49 больных (2-компонентная ПХТ (карбоплатинAUC 6 в/в капельно 1 день, паклитаксел 175мг/м2 в/в капельно 1 раз в 3 недели)); IV-7 (2-компонентная ПХТ и ТГТ-30Гр).

Результаты. В I группе пациентов проведено в среднем 3 курса неоадъювантной химиотерапии, степень лечебного патоморфоза у 4 (66,6%)больных соответствовала 2 степени и у 2 (33,3%) 1 степени. Во II группе в среднем проведено 3 курса химиотерапии с ТГТ (30 Гр). Степень лечебного патоморфоза соответствовала у 1(5,5%) пациентке 1 степени, у 9 (50 %) 2 степени, 7 (38,8%) 3 степени и у 1(5,5%) 4 степени патоморфоза. III группа пациентов получила в среднем 3 курса химиотерапии, степень патоморфоза в этой группе соответствовала у 10 (20,4%) 1 степени, у 21(42,8%) 2 степени, 15 (30,6%) 3 степени и у 3 (6,12%) 4 степени. А в IV группе пациенты получили 2 курса ПХТ+ТГТ (30 Гр), степень лечебного патоморфоза опухоли соответствовала у 1 (14,2%) пациента 1 степени, у 2 (28,5%) 2 степени и 4 (57%) 3 степени лечебного патоморфоза. В каждой группе коэффициенты эффективности составили: в Iгр - 54%, II- 85%, III- 83% иIV- 96%.

Выводы. Результаты проведенного исследования подтверждают эффективность неоадъювантных методов лечения при местнораспространенном раке шейки матки IIB стадии. Наибольшая степень лечебного патоморфоза регресса опухоли была достигнута при неоадъвантном режиме 2 курсов ПХТ по схеме паклитаксел+ карбоплатин и ТГТ (30 Гр), что следует учитывать при планировании лечения данной категории больных.

ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ

Ахмадалиева Н.М.
Андижанский филиал РСНПМЦОиР

Цель: Изучение особенностей метастазирования у больных раком тела матки (РТМ) I стадии (FIGO, 1988) после хирургического и комбинированного лечения в зависимости от прогностических групп риска.

Материал и методы: с 1994 по 2003 гг. хирургическое (n=155) и комбинированное (n=66) лечение проведено у 221 пациентки РТМ I стадии. Средний возраст пациенток составил 57,1±3,3г. В рамках I стадии выделены три группы прогностического риска в отношении возникновения рецидива заболевания: низкий (50 больных), промежуточный (66) и высокий (104).

Результаты: рецидивы и метастазы возникли у 21 (9,5%) из 220 пациенток. Медиана наблюдения - 60±24,5мес. Локорегионарный рецидив диагностирован у 5 (2,3%) больных, отдаленные метастазы - у 15 (6,8%), смешанный рецидив - у 1 (0,5%) больной. Частота рецидива заболевания в группе низкого, промежуточного и высокого риска составила 0%, 6,1%, 16,3%, соответственно. Характер прогрессирования в зависимости от групп риска был различным. У больных промежуточного риска частота локорегионарных рецидивов превалировала над отдаленными метастазами (4,5% против 1,5%, соответственно), тогда как в группе высокого риска доля больных с генерализацией процесса в 4,6 раза превышала таковую по сравнению с местными рецидивами (13,5% и 2,9%, соответственно). В 80% случаев (12/15) диагностирован гематогенный путь распространения опухоли (в кости, легкие, печень). Следует отметить, что темпы клинической реализации отдаленных метастазов значительно опережали развитие местных рецидивов. Так, в группе высокого риска у 8 (72,7%) из 11 больных с прогрессированием в первые 2 года наблюдались отдаленные метастазы и только у 3 (27,3%) локорегионарные рецидивы. Анализ частоты и структуры рецидивов заболевания в различных группах риска показал, что пациентки с промежуточным прогнозом наиболее подвергнуты местному рецидиву. Напротив, больные с плохим прогнозом имеют высокий риск отдаленного метастазирования.

Выводы: выявленное нами преобладание гематогенного характера метастазирования у больных РТМ с высоким риском при Т1 диктуют необходимость включения в программу мониторинга радиоизотопное исследование костей, компьютерной томографии органов грудной клетки, печени.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ УРЕТЕРЦИСТОНЕОАНАСТОМОЗЕ

Бахадырханов М.М.[1], Мухтаров Ш.Т.[1], Акилов Ф.А.[2], Аюбов Б.А.[1], Назаров Д.А.[1], Нуриддинов Х.З.[1]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии, Ташкент, Узбекистан[1], Ташкентская медицинская академия, кафедра урологии, Ташкент, Узбекистан[2]

Введение. Лапароскопический уретерцистонеоанастомоз (УЦНА) является эффективным методом лечения стриктур мочеточника. Однако, стандартное использование мочеточникового стента для дренирования верхних мочевых путей и интубации мочеточника связано с высокой частотой послеоперационных осложнений. Нами был разработан специальный метод комбинации дренирования верхних мочевых путей и мочевого пузыря, который применяется во-время лапароскопического УЦНА в качестве альтернативного метода дренирования верхних мочевых путей и интубации мочеточника.

Цель. Основная цель исследования заключается в оценке эффективности и безопасности метода комбинированного дренирования верхних мочевых путей и мочевого пузыря после выполнения лапароскопического уретероцистонеоанастомоза (УЦНА).

Материалы и методы. На симуляционных устройствах нами была разработана методика проведения лапароскопического уретероцистонеоанастомоза с использованием комбинации дренирования мочевого пузыря и мочеточника вместо установки мочеточниковых стентов. Всего было проведено 40 операций на больных со стриктурами нижней трети мочеточника. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от метода дренирования верхних мочевых путей и интубации мочеточника (группа А - стентирование или группа Б - комбинация дренирования верхних мочевых путей и мочевого пузыря). Для оценки эффективности и безопасности разработанной техники был проведен сравнительный анализ результатов оперативного лечения между этими двумя группами. Показатели, такие как продолжительность операций, интра- и постоперационные осложнения, выраженность послеоперационной боли и дозы примененных анальгетиков, были проанализированы с помощью различных методов статистического анализа. Результаты показали, что не было статистически значимой разницы между двумя группами по исходным характеристикам. Эти данные потребуют дальнейшего исследования, но предварительные результаты указывают на возможность использования этой техники для лечения ряда заболеваний верхних мочевых путей.

Результаты. Всем 40 больным проведены лапароскопические УЦНА с разработанным нами методом комбинации дренирования верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Средняя продолжительность операции с установкой мочеточникового стента в группе А составила 103,3 ± 12,3 минут (M±δ), в то время как при использовании новой техники комбинированного дренирования мочевого пузыря и мочеточника в группе Б с учетом дополнительного времени, необходимого для подготовки катетера Фолея и установки мочеточникового катетера в мочеточник, средняя длительность операции составила 122,1 ± 14,0 минут (M±δ). Однако, статистически значимой разницы в длительности операции между группами не обнаружено. После проведения сравнительного анализа между группами не было обнаружено статистически значимых различий в частоте послеоперационных осложнений ($p>0,05$). После выполнения лапароскопического уретероцистонеоанастомоза (УЦНА) все пациенты были на динамическом наблюдении в течение года для выявления рецидивов заболевания. У единственного пациента (2,5%) из общей выборки был выявлен рецидив заболевания, что позволяет сделать вывод о достаточно высокой эффективности лапароскопического УЦНА в 97,5% случаев.

Выводы. В данном исследовании нами было предложено новое сочетание дренирования мочевого пузыря и мочеточника, которое показало безопасность и отсутствие различий в интенсивности боли после операции. Благодаря снижению инвазивности процедуры и сокращению продолжительности постоянства уретрального катетера у большинства пациентов, лапароскопический УЦНА с использованием новой техники комбинации дренирования мочевого пузыря и мочеточника может стать альтернативой мочеточниковому стенту. Несмотря на то, что среди больных в исследовании встретились осложнения, они были успешно купированы консервативными методами и не оказали значительного влияния на результаты. Подводя итоги, лапароскопический УЦНА с использованием новой техники комбинации дренирования мочевого пузыря и мочеточника, является эффективным и безопасным методом

лечения, обладающим высокими показателями эффективности и соответствует современным тенденциям урологической хирургии.

ОЦЕНКА КОМБИНИРОВАННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ КАК ЭФФЕКТИВНОГО И БЕЗОПАСНОГО МЕТОДА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ УРЕТЕРЦИСТОНЕОАНАСТОМОЗЕ

Бахадырханов М.М.[1], Мухтаров Ш.Т.[1], Акилов Ф.А.[2], Аюбов Б.А.[1], Назаров Д.А.[1], Нуриддинов Х.З.[1]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии, Ташкент, Узбекистан[1], Ташкентская медицинская академия, кафедра урологии, Ташкент, Узбекистан[2]

Введение. Лапароскопический уретерцистонеоанастомоз (УЦНА) является эффективным методом лечения стриктур мочеточника, но стандартное использование мочеточникового стента для дренирования верхних мочевых путей и интубации мочеточника может приводить к высокой частоте послеоперационных осложнений. Для уменьшения риска таких осложнений мы разработали специальный метод комбинированного дренирования верхних мочевых путей и мочевого пузыря, который применяется в лапароскопическом УЦНА в качестве альтернативы стандартному методу дренирования верхних мочевых путей и интубации мочеточника.

Цель. Главная цель данного исследования состоит в том, чтобы оценить эффективность и безопасность метода комбинированного дренирования верхних мочевых путей и мочевого пузыря после выполнения лапароскопического уретероцистонеоанастомоза (УЦНА).

Материалы и методы. Мы разработали методику лапароскопического уретероцистонеоанастомоза с использованием комбинации дренирования мочевого пузыря и мочеточника, вместо стандартного метода установки мочеточниковых стентов. На симуляционных устройствах было проведено 40 операций на пациентах со стриктурами нижней трети мочеточника. Пациенты были разделены на две группы (по 20 больных) в зависимости от метода дренирования верхних мочевых путей и интубации мочеточника. Для оценки эффективности и безопасности этой техники был проведен сравнительный анализ результатов оперативного лечения между группами. Были проанализированы различные показатели, такие как продолжительность операции, послеоперационные осложнения, интенсивность боли после операции и примененные дозы анальгетиков. Анализ исходных характеристик больных с помощью различных методов статистического анализа показал, что не было значимой разницы между двумя группами. Полученные результаты говорят в пользу возможности использования этой методики при лечении стриктур мочеточника.

Результаты. Мы провели лапароскопический уретероцистонеоанастомоз с использованием комбинированного дренирования мочевого пузыря и мочеточника у всех 40 пациентов. В среднем продолжительность операции в группе А с использованием мочеточниковых стентов составила 103,3±12,3 минуты, а в группе Б с использованием новой техники, которая включала подготовку катетера Фолея и установку мочеточникового катетера, продолжительность была 122,1±14,0 минуты. Однако статистически значимой разницы между группами не было. После проведения сравнительного анализа между группами, мы не обнаружили статистически значимых различий в частоте послеоперационных осложнений. Все пациенты проходили динамическое наблюдение в течение года после лапароскопического УЦНА для выявления рецидивов заболевания. Рецидив заболевания был выявлен только у одного пациента (2,5%) из общей выборки, что говорит о достаточно высокой эффективности лапароскопического УЦНА в 97,5% случаев.

Выводы. Комбинированное дренирование мочевого пузыря и мочеточника показало безопасность и эффективность. Благодаря тому, что новый метод уменьшает инвазивность процедуры и уменьшает продолжительность дренирования уретральным катетером у большинства пациентов, лапароскопический УЦНА с использованием новой техники комбинации дренирования мочевого пузыря и мочеточника является альтернативой мочеточниковому стенту. Несмотря на то, что некоторые пациенты в исследовании столкнулись с осложнениями, они были успешно решены консервативными методами и не повлияли на итоговые результаты. Выводя итоги, новый метод лапароскопического УЦНА с использованием сочетания дренирования мочевого пузыря и мочеточника является эффективным и безопасным методом лечения, который имеет высокие показатели эффективности и соответствует современным тенденциям урологической хирургии.

ОЦЕНКА СРОКОВ ВЫЖИВАЕМОСТИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Азимов А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Анализировать показатели выживаемости больных ПКР в зависимости от локализации метастазов.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ кумулятивной доли выживших 95 больных ПКР с метастазами в различные ткани и органы, которым после хирургического лечения, проводилась иммуно-таргетноая терапия в условиях РСНПМЦОиР за последний 5летний период. Гендерное соотношение было практически одинаковым. Средний возраст для женщин составлял 56,0±1,02 лет, для мужчин - 61,0±2,47 лет. Во всех случаях выполнена верификация онкопроцесса. Метастазирование только в легкие наблюдалось у 51 больного (53,68±4,07%), в другие органы – у 44 (46,32±4,07%).

Результаты. Среднее время дожития у пациентов с метастазами только в легкие составляло 39,5±2,17 месяцев, медиана равнялась 35,0±1,45 месяцев. Цензурированная смертность у этих больных составила 60,8%. Доля пациентов, достигших 3-х летний рубеж, составила 66,67±4,84%, 5-ти летний рубеж - 15,69±3,73%.

Среднее время дожития у пациентов с метастазами в другие органы составляло 37,9±3,69 месяцев, медиана равнялась 30,0±3,96 месяцев. Цензурированная смертность у этих больных составила 84,1%. Доля пациентов, достигших 3-х летний рубеж, составила 43,18±5,08%, 5-ти летний рубеж - 11,36±3,26%.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ кумулятивной выживаемости больных метастатическим ПКР показал, что метастазирование только в легкие демонстрирует лучшие результаты независимо от проведенного лечения, чем у пациентов с верифицированными метастазами в других органах. Среднее время дожития у больных с метастазами только в легкие на 2 месяцев больше, медиана – на 5 месяцев больше, цензурированная смертность на 24,0% ниже, а доля пациентов, достигших 3-х летний рубеж на 23,0% выше, 5-ти летний рубеж - на 4,0% выше. Можно констатировать, что у пациентов с метастатическим процессом только в легких шанс прожить дольше убедительно выше, если сравнивать с больными, у которых метастазы верифицированы в другой или сочетанных локализациях.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКСТРАРЕНАЛЬНОГО ОПУХОЛЬЯ ВИЛЬМСА У ДЕТЕЙ

Жуманиёзов Х.И., Хакимова Г.Г., Саидов Х.Х., Валиев С.Э.

Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель: Мы представляем случай 10-летнего мальчика с увеличенным в объеме, ассиметричным животом. Патоморфологический диагноз опухоли: внепочечная опухоль Вильмса (ВПОВ). Пациенту выполнена высокотехнологическая операция с точки зрения онкохирургии и восстановительной хирургии. Выживаемость после установки диагноза – 12 мес.

Материалы и методы: больной М. 2010 г.р. с января 2020г. отмечал боли в животе, увеличение живота в объеме. Выполнено: МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием: в проекции правой почки определяется образование округлой формы, размерами 11х11х15 см, негомогенное за счет гипотензивных участков и локальной зоны кальцинации, с четкими и ровными контурами. Отмечается вовлеченность правой почечной вены и нижней полой вены. По данным гистологического заключения выполненной трепанбиопсии опухоли: Нефробластома высокой степени злокачественности. Получил 3 курсов предоперационной химиотерапии с препаратами Винкристин, Актиномицин, Доксорубицин. На фоне проведенных 3-х курсов полихимиотерапии терапии получен частичный эффект. При ревизии: опухоль ограничено смещаемая, сдавливает и оттесняет органы брюшной полости влево. Правая почка оттеснена вверх. Правый мочеточник сдавлен и оттеснен влево, над брюшной аортой. Произвести адекватную ревизию, направленную на оценку состояния стенок нижней полой вены (НПВ) и брюшной аорты технически не представляется возможным. Опухоль мобилизована и иссечена. Во время иссечения образования установлено инвазия опухоли в стенки НПВ. В связи с этим, решено произвести радикальное удаление опухоли с тотальной резекцией нижней полой вены на протяжении 18 см, где проксимальный конец НПВ ниже печеночных вен на 2,5 см, дистальный конец - на уровне развилки брюшной аорты. Препарат удалён. Пациенту выполнено

протезирование нижней полой вены с пластикой левой почечной вены с использованием протеза Uni-Graft, B/Braun – Aesculap (Германия) по технологии двойного велюра с пропиткой рассасывающимся модифицированным желатином.

Вывод: в послеоперационном периоде пациент чувствовал себя хорошо и лечился в соответствии с протоколом опухоли Вильмса с промежуточным риском (стадия III). После 6-го курса ХТ выполнена позитронно-эмиссионная томография/КТ всего тела, данных за остаточную опухоль не получено. Продолжительность ремиссии составляет 16 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С СИСТЕМНОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ III–IV СТАДИИ

Мамажонов Х.И., Никогосян С.О., Атаханова Н.Э., Яхяева В.К.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан, НМИЦ онкологи им. Н.Н. Блохина, г. Москва, РФ

Цель. Прогноз заболевания в зависимости от наличия метастазов в забрюшинных лимфатических узлах, с системной лимфаденэктомии после циторедуктивной операциях у больных РЯ III–IV стадий, используя классификацию D. Querleu 2008 г.

Материал и методы. В исследование включены 272 (100%) больных с раком яичников (РЯ) III–IV стадий, которым были выполнены хирургические вмешательства в различном объеме в отделении хирургических методов лечения №8 (онкогинекологии) в отделении онкогинекологии НИИ клинической онкологии им. академика РАН и РАМН Н.Н. Трапезникова ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России в период с 2008 по 2017 гг. Системная лимфаденэктомия была выполнена у 43 (15,8%). Остальным 229 проведены циторедуктивная и диагностическая лимфаденэктомии, либо только стандартный объем операции без лимфаденэктомии. Медиана возраста больных составила 51 год (от 21 до 73 лет) в исследуемой группе и 55 лет (от 23 до 75 лет) в группе сравнения. Различий между исследуемыми группами не отмечено (p=0,221). Также не различалась медиана индекса массы тела (ИМТ) - 25 кг/м2 (17–57 кг/м2) и 26 кг/м2 (19–56 кг/м2), p=0,278.

Результаты. Медиана наблюдения в исследуемых группах составила 33,9 мес. (от 1 до 114,4 мес). 11 из 272 (4%) больных не удалось проследить в течение первого года наблюдения. За указанный срок наблюдения рецидив или прогрессирование заболевания развились у 173 пациенток: у 25 (58,1%) в группе больных с системной лимфаденэктомией и у 148 (64,6%) в группе без системной лимфаденэктомии (p=0,718). На первом этапе мы сравнили 3-летнюю ОВ и БРВ больных с системной лимфаденэктомией с таковыми у пациенток, которым не выполнялась системная лимфаденэктомия.В общей группе частота развития рецидива РЯ III–IV стадии в забрюшинных лимфатических узлах после комбинированного первичного лечения составила 15,4% (n=42). У 6 (14%) больных были отмечены метастазы в парааортальных лимфатических узлах после системной лимфаденэктомии I–II уровня, а у 36 (15,7%) - в подвздошных и/или парааортальных лимфатических узлах в группе больных без системной лимфаденэктомии (p=0,489). При этом только у 10 (3,7%) пациенток рецидив в забрюшинных лимфоузлах был единственным проявлением заболевания: у 1 (2,3%) больной в исследуемой и у 9 (3,9%) - в группе сравнения (p=1,0). Среди пациенток, которым была выполнена полная циторедукция и системная лимфаденэктомия всех четырех уровней (n=28), изолированные метастазы в забрюшинных лимфатических узлах не отмечены.

Выводы. Исследование показало, что 3-летняя ОВ составила 82,6% в группе больных с системной лимфаденэктомией и 75,7% у пациенток без системной лимфаденэктомии (p=0,306). Достоверных различий в исследуемых группах не выявлено. Показатель 3-летней БРВ составил 26,2% в группе больных с системной лимфаденэктомией и 38,4% в группе пациенток без системной лимфаденэктомии (p=0,858). Применение классификации D. Querleu et all., 2008 г. позволяет отчетливо определить частоту метастатического поражения во всех четырех уровнях забрюшинных лимфатических узлов при РЯ III–IV стадий, систематизировать объем расширенных операций и определить прогноз заболевания в зависимости от уровня и варианта лимфаденэктомии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Норматова Ф.Р.
Андижанский филиал РСНПМЦОиР

Цель исследования: оптимизация лечения больных с местнораспространенным раком шейки матки на основании изучения историй болезни пациенток с метастазами в тазовые лимфатические узлы.

Материал и методы: в АФ РСНПМЦОиР за период с 2017 по 2022 годы получали комплексное лечение 88 человек с местнораспространенным раком шейки матки. У этих больных опухоль изначально была нерезектабельной и выходила за пределы шейки матки, инфильтрируя параметрии и/или влагалище. Всем больным до хирургического лечения проводилось неоадьювантная полихимиотерапия, после регресса опухоли больным выполнялось хирургическое лечение в объеме операции Вертгейма. Последним этапом комплексного лечения проводилась послеоперационная лучевая терапия. У всех больных оценивалось число пораженных лимфатических узлов, степень замещения лимфоидной ткани и наличие перинодулярного роста опухоли. Больных с метастатическим поражением лимфатических узлов выявлено 19 человек, что составило 21,5% случаев.

Результаты: одногодичная выживаемость у больных с метастатическим поражением лимфатических узлов составила 94,7% случаев, умерла одна больная с метастазами в 3 лимфатических узлах с тотальным замещением структуры лимфатических узлов и перинодулярным ростом. Трехлетняя выживаемость составила 68,5% наблюдений. Пятилетний срок пережили 13 пациенток. Девять человек живы с метастазом в одном лимфатическом узле. Из них у одной больной был перинодулярный рост опухоли, у двух - метастазы в краевые синусы и у оставшихся - частичное замещение лимфоидной ткани. В четырёх случаях было поражение 2 лимфатических узлов.

Выводы: Прогноз заболевания у больных местнораспространённым раком шейки матки, получивших комплексное лечение, существенно ухудшается при поражении 3-х и более регионарных лимфатических узлов.

FREQUENCY OF HPV DETECTION IN THE REPUBLIC OF KARAKALPAKSTAN

Zakhirova N., Tillyashaykhov M., Nishanov D., Islamov Kh., Saydakhmedova V., Osmanova E., Otajonov M.
Republican specialized scientific and practical center of oncology and radiology, Tashkent, Uzbekistan

Background: Identification of HPV-positive women in the Aral regions of the Republic of Karakalpakstan and the city of Chirchik, Tashkent region.

Methods: The study included 48,788 women aged 30-55 years.The project was approved by the Ministry of Health of the Republic, covering 10 districts, mainly near the Aral Sea: Khojeyli, Kanlykul, Shumanay, Chimbay, Karauzyak, Kungrad, Kegeili, Muynak, Buzatau, Nukus district. The Xpert HPV Assay is a qualitative in vitro diagnostic test for the detection of the E6/E7 region of high oncogenic risk human papillomavirus (HPV) genomic DNA in patient specimens. The analysis was performed on a Cepheid Gene Xpert system. The Xpert HPV test specifically identified HPV 16 and HPV 18/45 types in two separate detection channels and reported the presence of 11 other high risk virus types (31, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 66 and 68) as a combined result.

Results. Of these, HPV was detected in 3304 (6.8%) women, HPV-negative women were 45.484 (93.2%). Distribution by HPV types: among HPV-positive women HPV 16 - 28%; HPV 18.45-7.6%; HPV 31.33.35.52-23.9%; HPV 51-11.6%; HPV 39.56.66-18.4%; mixed forms - 10.2%. Erroneous tests were 2.9%. The age of HPV positive women was 35-45 years.

Conclusion: In the studied regions, HPV types 16,31,33,35,52 were most often detected, which should be taken into account when developing the country's national screening program. Also, given the age-specific prevalence of HPV, may be considered for the target group of cervical cancer screening of women aged 35 and 45 years, which is more acceptable for a developing country.

ЗНАЧЕНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА ДЛЯ РАННЕГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЦИДИВА РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Ортикова Х.У., Толибова Н.У., Орифова Ф.М.
Самаркандский филиал РСНПМЦОиР

Цель. Изучить возможные различия в первичном клеточном иммунном ответе между раком шейки матки с рецидивом и без него.

Материалы и методы. Мы провели ретроспективное исследование у 57 больных с диагнозом раком шейки матки со стадией T1бNxMo-T2бNxMo, которые получали комплексное лечение в РСНПМЦОиР и его Самаркандском филиале за период 2010-2017 гг. Больные были разделены на 2 группы сравнения: 1-группа с рецидивом n=31 (54.3%), 2 группа без рецидива n=26 (45.6%). Средний возраст составил 46,4 ± 5,53 года. Базовая информация была получена из следующих источников: данные объективного статуса на момент обследования и лечения, анализа амбулаторных карт, историй болезни, операционного журнала, архивных данных и основным исследованием былиданные патоморфологической лаборатории. Данные динамических наблюдений, опроса больных, запросов в онкологические диспансеры и онкологические кабинеты. Иммуногистохимическое исследование (ИГХ) операционного материала проводилось на серийных парафиновых срезах в лаборатория: ООО «PremiumDiagnostics. Используемые первичные антитела (DAKO) были мышиные моноклональные антитела против человека; CD3 - это пан-Т-клетка маркер, CD20 экспрессируется на зрелых В-клетках. ИГХ проводили методом проточной цитофлюориметрии на анализаторе Becton Dickinson. Индекс вычисляли по формуле CD3+/CD20+. Результаты выражали в процентах от общего числа лимфоцитов. Для проведения статистического анализа применялся пакет прикладного программного обеспечения Statistica 8.0 (StatSoft, США) и SPSS Statistics 17.0 (США). Статистически значимыми считали результаты, при которых значение $p<0,05$.

Результаты. При плановом гистологическом исследовании биопсийногопрепарата.Мы обнаружили прямую корреляцию между числом CD20 + макрофагов и числом CD3 + Т-клеток (S = 0,57; p = 0,0001) или количеством CD20 +В-клетки (S = 0,51; p = 0,0001), особенно между числом CD3 + Т-клеток и количеством CD20 + В-клеток (S = 0,71; p = 0,0001). РШМ без рецидива у 26больныхCD3 маркербыл выявлен с низким лимфоидным инфильтратом-8 (30,8%) и интенсивным лимфоидным инфильтратом -4(15,3%). У тех же больных CD20 с низким лимфоидным инфильтратом-9(34%)и интенсивным лимфоидным инфильтратом -4(19,2%). С рецидивом РШМ у 31 больных проведены эти же исследования, CD3 маркер был выявлен с низким лимфоидным инфильтратом 16(51.6%) и интенсивным лимфоидным инфильтратом -2 (6.4%). У тех же больных при исследовании CD20 с низким лимфоидным инфильтратом 12 (38,1) и интенсивным лимфоидным инфильтратом 1 (3,2%). Пациенты с рецидивом РШМ, обычно имели низкую плотность иммунных клеток, присутствующие в биоптатах.

Выводы. Таким образом, различия клеточного иммунитета играют значительную роль, так у больных без рецидива заболевания наблюдалось повышенная клеточная плотность СД3 и СД20. Следует отметить, что самый сильный предсказатель прогноза - количество клеток CD3 + на мм2, количество CD3 + Т-лимфоцитов инфильтрирующих опухолевую ткань повышает выживаемость как для стадия IB шейки матки, так и для стадии II B.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ PDL1 ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Рашитова А.А., Хамраев М.Ж., Максудова Н.Б.
Бухарский филиал РСНМПЦОиР

Цель.Оценка результатов эффективности химиолучевой терапии при местно-распространенном раке шейки матки с учетом экспрессии PDL1.

Материал и методы. Было проведено иммуногистохимическое исследование биопсийного материала на определение экспрессии PDL1. В исследование было включено 20 больных с местно-распространенном раком шейки матки (МРРШМ) стадии T2b-T3a, все больные завершили курс химиолучевой терапии. Период наблюдения - 1 год

Результаты. Из двадцати (20) больных, у 8 (40%) PDL 1 позитивный рак, 12 (60%) PDL 1 негативный рак. Из этих 8 больных с PDL1 позитивным РШМ у 6 (75%) наблюдался прогресс заболевания после завершения курса химиолучевой; с PDL 1 негативным РШМ прогресс заболевания наблюдался у 3 (25%) больных.

Учитывая небольшое к настоящему времени количество наблюдений, однако, данное исследование продемонстрировало что химиолучевая терапия, у PDL1 позитивной группы больных не является достаточно эффективной и не привела к полному и стойкому результату

лечения, в то время как, PDL1 негативная группа больных имеет тенденцию к более благоприятному прогнозу результатов химиолучевой терапии.
Выводы. Определение экспрессии PDL1 при МРРШМ является перспективным направлением в прогнозировании эффективности химиолучевой терапии и требует дальнейшего тщательного изучения.

ЗНАЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ
Набиева Д.У., Мамадалиева Я.С., Кошкина Т.А.
ТОФ РСНПМЦОиР
Цель: Изучить значение и особенности провоспалительных и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-1β, ФНО-α, ИЛ-2, ИЛ-6) при раке яичников.
Материалы и методы. Комплексные клинико-инструментальные, лабораторные методы исследования проведены у 56 больных РЯ. В группу контроля вошли 27 практически здоровых женщин. Методом ИФА были изучены показатели интерлейкинов (ИЛ-1β, ФНО-α, ИЛ-2, ИЛ-6) у больных РЯ и в группе контроля. У всех больных диагноз РЯ верифицирован морфологически.
Результаты. Проведенные исследования показали, что среднее значение ИЛ-6 в группе больных РЯ был в 3,2 раза повышен, чем в группе здоровых. Такой высокий уровень ИЛ-6 у данной группы больных указывает на повышенный онкогенный потенциал. ИЛ-2 являясь ростовым фактором Т-лимфоцитов был повышен в 2,5 раза ($p<0,05$), а ФНО-α превышал в 2,49 раз по сравнению с данными контрольной группы.
Анализ содержания ИЛ - 1β в сыворотке периферической крови больных РЯ не выявил достоверной разницы с контрольной группой, хотя среднее значение ИЛ - 1β было повышено в 1,2 раза. Соотношение ИЛ-1β/ИЛ-6: ФНО-α/ИЛ-6:ИЛ-2/ИЛ-6 у здоровых был равен 2,1:2,11:1,45, а у больных раком яичников это соотношение составило 0,61:0,92:0,70, а после лечения – 0,78:1:1,2. Полученные данные указывают на значительное повышение противовоспалительных цитокинов по сравнению с провоспалительными, что указывает на подавление иммунной системы у больных РЯ особенно на уровне клеточного звена иммунитета, что требует подключения иммунотерапии в комплексном лечение больных РЯ.
Выводы. Наши исследования показали, что высокие уровни провоспалительных цитокинов при РЯ могут служить в качестве агрессивности течения заболевания и по ним возможно проводить диагностику, оценку эффективности лечения и прогнозировать течение заболевания.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: КОЛЬПОСКОПИЯ НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА
Захирова Н.Н., Нишанов Д.А., Сайдахмедова В.А., Османова Э.З., Тен Я.В.,
Зияев Я.Ф., Евмененко А., Джанклич С.М.
Республиканский специализированный научно-практический центр онкологии и радиологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан
Цель: Раннее выявление предраковых заболеваний и рака шейки матки с помощью искусственного интеллекта AIDOT.
Материал и методы. В исследование были включены 200 женщин в возрасте от 28 до 54 лет (средний возраст 42,6±3,2 года). Кольпоскопию проводили с использованием искусственного интеллекта AIDOT. Преимущества метода: простота выполнения, минимальная подготовка больного, портативность аппарата, быстрота получения результата (30-60 секунд).
Результаты: у 118 пациенток с патологией шейки матки выполнена биопсия с последующим патоморфологическим исследованием, 82 женщины без патологии шейки матки рекомендованы к дальнейшему наблюдению. В 92 (78,0±3,8%) случаях результаты кольпоскопии и патоморфологического исследования были идентичными. Ложноположительный результат отмечен в 10 (8,5%) случаях, ложноотрицательный - в 16 (13,6%). Так, чувствительность AIDOT в выявлении ЦИН и рака шейки матки составила 67,9%, специфичность — 87,5%. Способность метода предсказать наличие заболевания при положительном результате составляет 68,7%, отсутствие патологии при отрицательном результате теста позволяет предсказать правильный результат в 81,4%.
Заключение. Кольпоскопия на основе искусственного интеллекта AIDOT при раннем выявлении рака шейки матки и как метод сортировки при скрининге рака шейки матки может служить альтернативой традиционной кольпоскопии.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ «КОЛЛАПАНА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Жуманиёзов Х.И., Джураев М.Д., Саидов Х.Х., Валиев С.Э.
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: разработка оптимальных методов хирургического лечения доброкачественных опухолей костей с последующим заполнением костного дефекта с помощью остеопластических препаратов.

Материалы и методы исследования: по вышеуказанной методике прооперированно n=23 больных с различной локализацией патологического процесса: мальчики – 15 (65,2%) пациентов, девочки – 8 (34,8%) пациенток. По локализации: бедренная кость - 5 (21,7%) случаев, большеберцовая кость – 12 (52,2%) случаев, плечевая кость – 3 (13%) случаев, пяточная кость – 2 (8,7%) случаев, малоберцовая кость – 1 (4,4%) случаев.

Результаты лечения: данный метод позволил получить полное восстановление костного дефекта у 87% больных. В одном случаи после операции результат патогистологического исследования дала остеогенную саркому и в связи, с чем начата спец. терапия. В двух случаях было рецидив заболевание. Отдаленный срок наблюдения - 6 лет. Имплантация коллапана не увеличивает объем оперативного вмешательства и не усложняет его, не требует дополнительного инструментария, и может применяться в комбинации с другими методами (мышечная пластика, чрескостный вне очагового остеосинтеза).

Выводы: итак, по результатам исследования видно, что применение комбинации остеопластических материалов для заполнения костных дефектов, образовавших после операции намного эффективнее по сравнению с традиционной методикой. Полученные положительные результаты применения остеопластических материалов были обоснованы клинической симптоматикой пролеченных пациентов, проведенными после лечения рентгенологическими и МРТ исследованиями. Таким образом, простота и доступность метода позволяет внедрить его в любых профильных лечебных учреждениях при комплексном лечении ФД, и костных кист с целью подавления, и профилактики инфекционных осложнений, замещения костных дефектов и стимуляции репаративного остеогенеза.

PILOT SCREENING OF CERVICAL CANCER HPV TESTING IN THE REPUBLIC OF KARAKALPAKISTAN

Zakhirova N., Tillyashaykhov M., Akhmedov O., Osmanova E., Saydakhmedova V., Otajonov M., Mamatova M., Islamova Z.
Republican specialized scientific and practical center of oncology and radiology Tashkent, Uzbekistan, Andijan state medical institute

Background. Detection of HPV associated precancerous diseases of the cervix and cervical cancer in ecologically unfavorable regions of the Republic of Karakalpakstan.

Methods. The first UNFPA-WHO pilot project on HPV-based cervical cancer screening is underway with funding from the Government of Japan, technical assistance from WHO, IARC and UNFPA, and some support from the French Embassy. The pilot screening project was approved by the Ministry of Health of the Republic, covering 10 districts, mainly near the Aral Sea: Khojeyli, Kanlykul, Shumanay, Chimbay, Karauzyak, Kungrad, Kegeili, Muynak, Buzatau, Nukus district. The age of women is 30-55, the number of women is 50,000 (100%).

Results. Interim analysis: from August to October 2021, 17,662 (35%) were tested,915 (5.6%) of which HPV positive, 15,908 (90.1%)- HPV negative By randomization 1/1, a triage of VIA was performed - 438 (37.9%) / colposcopy - 364 (47.8%), invalid and erroneous tests - 0.4%, by the end of the project 32,338 (65%) should be tested. 92 (10%) referred to oncologist, pathological conclusion: CIN I - 5 (0.5%), CIN II - 14 (1.5%), CIN III - 6 (0.7%), Cancer in situ - 6 (0.7%).

Conclusion. The completion of the pilot screening is scheduled for late February 2022. Upon successful completion of the project, a national cervical cancer-screening program will be developed.

СТРАТЕГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Исаков Б.М., Исаков К.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. До 95% случаев опухолей центральной нервной системы (ЦНС) у детей – это опухоли головного мозга. Тактику лечения определяет их гистологический вариант. При возможности опухоли удаляют (хирургическая резекция); важный метод лечения у детей старше 3 лет – лучевая

терапия; у маленьких детей большую роль в лечении опухолей ЦНС играет химиотерапия, которая позволяет отложить лучевую терапию или уменьшить ее дозу, а в отдельных случаях исключить ее вообще.
Цель. Изучить эффективность различных способов лечения опухолей головного мозга у детей.
Материал и методы. Первым этапом лечения опухолей ЦНС является хирургическая резекция опухоли, цель которой – максимальное удаление опухоли, уточнение гистологического варианта и уменьшение неврологических симптомов. При невозможности удаления опухоли выполняют биопсию опухоли и уточняют ее гистологический вариант. Сегодня лучевая терапия (ЛТ) является очень важным методом лечения опухолей ЦНС у детей. Существующие концепции облучения дают возможность подобрать правильный объем ЛТ индивидуально для каждого ребенка. Стандартом ЛТ опухолей мозга у детей является 3 D-конформное облучение. Возможные побочные эффекты ЛТ включают: отклонения в развитии, неврологические расстройства, ухудшение слуха, замедление роста, дисфункцию гипофиза и щитовидной железы, психосоциальные проблемы, а также возрастающее количество случаев вторичных опухолей. В связи с этим очевидно, что стратегию лечения следует выбирать так, чтобы отложить или уменьшить дозу облучения, а также ограничить объем ЛТ, особенно если речь идет о маленьких пациентах.
Выводы. Причиной неблагоприятного прогноза при хирургическом лечении являются прежде всего диффузная инвазия опухолевых клеток в окружающие ткани мозга, что ограничивает эффективность хирургического удаления новообразования. Современная терапевтическая стратегия основана на хирургическом удалении опухоли в максимальном объеме с последующей локальной лучевой терапии и применением химиотерапии.

СПОСОБ СОЧЕТАННОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Качмазов А.А.[1], Перепечин Д.В.[1], Пеньков П.Л.[1], Сивков А.В.[1], Алексеев Б.Я.[2], Аполихин О.И.[1], Каприн А.Д.[2]
НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва[1], ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва[2]

Введение. Осложнениями операций на нижних мочевых путях, которые резко снижают качество жизни, являются недержание мочи и эректильная дисфункция, что приводит к ухудшению функциональных результатов лечения, снижению качества жизни и показателей реабилитации пациентов.
Цель исследования: улучшение качества жизни больных за счет применения оригинального способа сочетанного лечения недержания мочи и эректильной дисфункции.
Материалы и методы. Разработан оригинальный способ сочетанного лечения недержания мочи и эректильной дисфункции (Патент на изобретение РФ № RU (11) 2 774 025(13) C2), в ходе которого проводили имплантацию полуригидного фаллопротеза и, далее, через 8 недель имплантацию регулируемого мужского слинга. По данной методике в НИИ урологии в 2020-23гг. пролечено 8 пациентов 49-67 лет. Причиной недержания мочи средней степени тяжести и выраженной эректильной дисфункции была проведенная ранее радикальная простатэктомия.
Результаты. Интраоперационных осложнений не было. Продолжительность операций: 1 этап (имплантация фаллопротеза): 55-85 мин.; 2 этап (имплантация мужского слинга): 30-55 мин. Кровопотеря минимальная. Во всех случаях у пациентов восстановилось удержание мочи. Эректильную функцию все пациенты оценили, как удовлетворительную. Отдаленных осложнений за время наблюдения не было.
Выводы. Использование предложенного способа позволило осуществить коррекцию недержания мочи и эректильной дисфункции у пациентов после радикальной простатэктомии, в результате чего улучшить качество жизни, показатели удержания мочи и эректильной функции.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ СЕМЕЙСТВА САРКОМЫ ЮИНГА КОСТЕЙ ТАЗА

Косимова М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Андижанский филиал

Цель исследования: оценить результаты лечения детей и подростков с опухолями саркомы Юинга костей таза.

Материал и методы: в РСНПМЦОиР Аф получали лечение и находились под наблюдением с 2010 по 2022 год 58 детей и подростков, средний возраст которых составил 11,24±2,6 лет (26 мальчиков, 32 девочки) с ОССЮ костей таза. Гистологически, саркома Юинга была верифицирована в 46 случаях, у 12 пациентов была выявлена PNET. Наиболее часто поражалась подвздошная кость - 26 случаев. Более 1 кости таза было поражено у 23 детей. Локализованный процесс отмечался у 41 пациента, 17 детей были с отдаленными метастазами: в легкие –7 случаев, кости – 4, комбинированное поражение было диагностировано у 6 детей. Анализируемая группа пациентов была разделена на сопоставимые группу исторического контроля (КГ) - 30 пациентов и основную группу собственных наблюдений (ОГ) - 28 пациентов. Схема лечения пациентов КГ включала: 8 альтернирующих курсов ПХТ (VACP) препаратами винкристин 1,5мг/м2, циклофосфамид 1200 мг/м2, цисплатин 100мг/м2 и лучевую терапию (ЛТ) на первичный очаг в СОД=57 Гр. В ОГ на этапе индукции проводились 5 альтернирующих курсов ПХТ (VAC;) препаратами винкристин 1,5мг/м2циклофосфамид 4,2 г/м2 и этопозид - 500 мг/м2.
Результаты: непосредственная эффективность индуктивного этапа составила 33,3% в КГ и 96,5% в ОГ. При анализе 5-летней безрецидивной выживаемости (БРВ) было выявлено, что 5-летняя БРВ пациентов КГ (n=30) составила 13,3±6,2%, пациентов ОГ (n=28) - 69,8±9,5%, p=0,0001. При локализованном процессе: 5-летняя БРВ пациентов КГ (n=23) составила 17,3±7,9%, пациентов ОГ (n=18) - 81,2±9,7%, p=0,0001.
Выводы: рациональной стратегией лечения детей с ОССЮ костей таза является многокомпонентная риск – адаптированная инновационная программа комплексного лечения, включающая: ПХТ с применением интенсивных альтернирующих курсов препаратами VAC на этапе индукции и лучевую терапию на этапе локального контроля.

TUXUMDONLAR O`SMALARIDA O`SMA MARKERLARI VA ULTRATOVUSH KO`RSATGICHLARINING QIYOSIY TAHLILI
Mamadaliyeva Y.S., Umarova D. M.
TXKMPM, RIOvaRIATM Toshkent viloyati filiali
Maqsad. Tuxumdonlarning turli xil o`sma kasalliklarida onkomarkerlar va ultratovush tekshiruvining ko`rsatgichlarini qiyosiy tahlilini o`tkazish.
Material va usullar: Tadqiqotga material sifatida 2019-2022-yillar davomidaRIOvaRIATM Toshkent viloyati filiali onkoginekologiya bo`limida tuxumdon o`smalari tashxisi bilan davolangan bemorlarning klinik labarator ko`rsatgichlari asos qilib olingan. Tadqiqotni o`tkazishda instrumental va labarator diagnostika, patogistalogik usullar va onkomarkerlardan foydalanildi.
Natijalar: 2019-2022- yillar davomida RIOvaRIATM TVF da tuxumdonlar saratoniga gumon tashxisi bilan davolangan 46 nafar bemorlarning onkomarkerlar (CA-125, HE4, ROMMindeksi) va ultratovush ko`rsatgichlari tahlil qilindi. Tekshirilgan bemorlarning yoshi 33-77 gacha (o`rtachayoshi 53±1) tashkil etdi.
Dispanserda tuxumdon saratoniga gumon bilan yotqizilgan bemorlarninig barchasiga klinik-laborator, ultratovush, onkomarker tekshiruvlari otkazildi. Barcha bemorlarga xirurgik da`vo otkazilgan. 46 nafar bemorlarning 32 (69,5%) da tuxumdon saratoniga gumon bilan etqizilgan, 14 (30,5%) tuxumdon kistomaci tashhici quyilgan.
Bemorlarning 62.5% nafarida tuxumdon saratoni va 37.5% nafarida tuxumdon kistomasi tashxisi patomorfologik tasdiqlangan. Tuxumdon saratoni gistologik tekshiruvi tasdiklangan bemorlarda CA-125 onkomarkeri miqdori 2.4ME dan 264ME birlik diapazonida bo`lib, o`rtacha – 111.4 ME ni tashkil etdi. Tuxumdon kistomalarida CA-125 onkomarkeri miqdori 1.45ME dan 65.4ME birlikkacha bo`lgan diapazonni, o`rtacha – 35,4ME ni tashkil etdi.
Xulosalar. Tekshiruv natijasi shuni korsatadiki, tuxumdon saratonida ultratovushning informativligi-70%, onkomarkerlarning informativligi-45% tashkil etdi.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫМИ ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ
Мамаризаев Д. Ю., Джураев М.Д., Холмуродов У.Х.
Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Самарканд, Узбекистан
Цель работы: Изучить особенности ведения больных с гормонально-активными опухолями надпочечников при симультанных операциях для улучшения результаты хирургического лечения.
Материал и методы: в период с 2015 по 2022 г. в СФРСНПМЦОиР на обследовании и лечении

находились 68 пациентов с гормонально-активными новообразованиями надпочечников, у 25 из которых были диагностированы различные сопутствующие хирургические заболевания, требующие оперативного лечения. В качестве контрольной группы были взяты 26 пациентов с новообразованиями надпочечников, которым была выполнена только тотальная адреналэктомия. Топическая диагностика опухолей надпочечников и сопутствующих патологий выполнялась при помощи УЗИ и МСКТ, позволивших окончательно установить диагноз.

Результаты: основным клиническим признаком при всех формах новообразований надпочечников явилась артериальная гипертензия. Средний возраст основной группы составил 52,8±3,3 лет. Средний возраст контрольной группы составил 50,7±4,3 лет. Объем предоперационной терапии был индивидуальным и зависел от нозологической формы опухоли надпочечника и сопутствующего хирургического заболевания, при этом ее длительность у пациентов основной группы составила в среднем 10,2±2,3 (M±m) суток, а у пациентов контрольной группы 8,1±1,9 (M±m) суток. Во всех случаях были использован открытие хирургические доступ лапаротомия. Средний размеры удаленных образований составил 74,4±6,2 мм. Средняя продолжительность операции составила 70±8 мин; средний объем кровопотери составил 170±10 мл. После операции больные могли себя обслуживать и находиться в свободном режиме через 2-3 дня. Средняя продолжительность госпитализации пациентов основной группы в клинике составило 11,4±2,6 (M±m) дней, а контрольной 12,7±3,5 (M±m) дней. При наблюдении у пациентов данных за рецидив заболевания и летальных исходов не наблюдалось.

Выводы: мы считаем у пациентов с гормонально активными опухолями надпочечников при сочетанных хирургических заболеваниях других органов, целесообразно проводить их одновременную хирургическую коррекцию, так как это не приводит к достоверному увеличению числа осложнений и смертности.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЯИЧНИКОВ

Набиева Д.У., Мамадалиева Я.С., Кошкина Т.А.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель. Улучшение диагностики и мониторинга в процессе лечения больных РЯ с помощью молекулярно-генетических и иммунологических маркеров направленных на разработку мероприятий по ранней диагностике, оптимизации лечения и профилактике рецидивов и метастазов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 102 больных с диагнозом РЯ, в возрасте 20-70 лет. Стадия опухолевого процесса РЯ оценивалась соответственно международной классификации TNM ВОЗ (1998). Из 102 больных РЯ у 18(17,6%) установлена T1N0M0, у 16 (15,7%) T2N0M0, у 68 (66,7%)-T3N0M0.

Результаты исследования. Из 102 пациенток РЯ было обнаружено, что 8 пациенток имеют гетерозиготную мутацию BRCA1 5382insC (8,0%), а также 2 пациентки имеют гетерозиготную мутации NBS1657del5 (2,0%). Мутации BRCA1 300T>G, BRCA2 6174delT и CHEK2_IVS2+1G>A не были выявлены ни в одном из проанализированных случаев. Среднее значение ИЛ-6 в группе больных РЯ был в 3,2 раза повышен, чем в группе здоровых. Высокий уровень ИЛ-6 у данной группы указывает на повышенный онкогенный потенциал. ИЛ-2 являясь ростовым фактором Т-лимфоцитов был повышен в 2,5 раза ($p<0,05$), а ФНО-α превышал в 2,49 раз по сравнению с данными контрольной группы. Анализ содержания ИЛ-1β в сыворотке крови больных РЯ не выявил достоверной разницы с контрольной группой, хотя среднее значение ИЛ-1β было повышено в 1,2 раза. Соотношение ИЛ-1β/ИЛ-6:ФНО-α/ИЛ-6:ИЛ-2/ИЛ-6 у здоровых был равен 2,1:2,11:1,45, у больных РЯ соотношение составило 0,61:0,92:0,70, после лечения–0,78:1:1,2.

Выводы. Показатели мутации 5382insC гена BRCA1, также интерлейкинов могут служить в улучшении диагностики, эффективности лечения РЯ и прогнозирования прогрессирования заболевания.

COMPARATIVE EVALUATION OF SURGICAL AND COMBINED TREATMENT METHODS IN PATIENTS WITH STAGE IB UTERINE BODY CANCER

Normatova F.R.
Andijan branch of the Republican specialized scientific-practical medical center for oncology and radiology

Relevance. The surgical method is traditionally the basis for the treatment of patients with RTM. Surgical interventions are performed both in the early and late stages of the disease. The high frequency

of stage I–II RTM explains the fact that surgical treatment is performed in the vast majority of patients with this malignant tumor. With the improvement of surgical technique, anesthesia, preoperative preparation and postoperative management, there are fewer and fewer patients with RTM for whom surgery is contraindicated due to concomitant diseases. Only 13% of patients with RTM in the early stages do not undergo surgery due to severe concomitant diseases.
Purpose of the study. To evaluate the results of surgical and combined treatment of patients with stage IB uterine body cancer (RTC).
Material and methods. The study included 163 patients with RTM stage IB: 33 performed extirpation of the uterus with appendages, 130 underwent combined therapy. The latter consisted of (68 patients) from a course of external beam radiation therapy in doses of 40 Gy. The effectiveness of treatment was assessed by overall and relapse-free survival, calculated according to interval survival tables.
Results: The fate of the patients was followed up for 5 years. Overall observed survival after surgical treatment was 56.5±9.1%, disease-free survival was 46.4±9.2%.
Conclusions. The use of combined treatment in patients with RTM stage IV allows compared with surgery in the amount of extirpation of the uterus with appendages to statistically significantly increase the overall observed and relapse-free survival (p <0.001).

MOYAK O‘SMASI RIVOJLANISHIGA SABAB BO‘LUVCHI ENDOGEN XAVF OMILLARINI O‘RGANISH NATIJALARI
Palvanov T.M., Otajanov A.M., Qurbanov D.B.
RIOvaRIATM XF
Moyak o‘smasi rivojlanishining etiopatogenezi bugungi kunda butun dunyo onkologlari uchun yetarlicha o‘rganilmagan vazifa bo‘lib qolmoqda. Shu munosabat bilan moyak o‘smasi rivojlanishi uchun endogen xavf omillari muammosi dolzarbdir. Zamonaviy adabiyotlarga ko‘ra, moyak o‘smalarining rivojlanishida quyidagi omillar katta axamiyatga ega : endokrin omil-estrogenlarning gipersekretsiyasi;- homiladorlik paytida yoki toksikozlarda uzoq vaqt davomida estrogen preparatlarini qo‘llash; irsiy omil-qarindoshlarda (ota yoki aka-ukalar) xavfli o‘smalar kuzatilishi o‘g‘il bolalarda moyak saratoni xavfini 2-4 dan 8-10 gacha oshiradi; moyak atrofiyasini keltirib chiqaradigan omillar - kriptorxizm, kimyoviy preparatlar, shikastlanishlar, turli yuqumli kasalliklar (virusli parotit, virusli orxit). Kriptorxizm aniqlangan bemorlarda moyak saratoni rivojlanish xavfi taxminan 5 barobar ortadi.
Maqsad: Arxiv materiallarini o‘rganish va tahlil qilish orqali moyak o‘smasi rivojlanishida endogen omillarning ta’sirini o‘rganish.
Material va usullar: Biz 2020 - yildan 2022 - yilgacha bo‘lgan davrda RIOvaRIATM X/F da davolangan 29 bemorning anamnestik ma’lumotlarini o‘rgandik. Bemorlarning o‘rtacha yoshi 32,5 yoshni tashkil yetdi. Eng yuqori kasallanish 21-30 yosh guruhidagi bemorlarda (31,5%), 61 yoshdan 70 yoshgacha bo‘lgan guruhda kamroq - 1 (3,4%) moyak saratoni holatlarida aniqlandi. Bemorlarning anamnezini o‘rganishda moyak travmasi 5 ta(17,2%) bemorlarda aniqlangan. 7 (24,1%) hollarda homiladorlikning ikkinchi trimestridagi bemorlarning onalarida NYaQV dan foydalanish. 2 nafar(6,9%) bemorda moyak kriptorxizmi bo‘lgan va ular jarrohlik yo‘li bilan davolashga harakat qilishgan, lekin natija muvaffaqiyatsiz chiqqan. 1 (3,4%) bemorda rivojlanishning boshqa anomaliyalari kuzatildi. Qarindoshlar orasida onkopatologiyalar aniqlangan bemorlar 1 (3,4%) nafarnini tashkil etdi. Shu bilan birga, 1 bemorning moyak saratoni bilan kasallangan otasi, yana 1 kishining ukasi bor yedi. 1 bemorda boshqa organlarning onkologik kasalliklari qayd etilgan. O‘rganilgan guruhda 21 nafar qishloq aholisi (72,4%) va 8 nafar shahar aholisi (27,6%) bor yedi.
Xulosa. Shunday qilib, moyak shishi rivojlanishi bilan homiladorlik paytida shamollash va turli xil dori-darmonlarni qo‘llash va bu organning shikastlanishi bizning tadqiqotlarimiz ko‘rsatganidek, unchalik muhim xavf omili yemas. Qishloq aholisida ko‘proq kasallanish aniqlandi.

BUYRAK SARATONIDA BAJARILGAN RADIKAL TRANSABDOMINAL NEFREKTOMIYA AMALIYOTI NATIJALARI
Palvanov T.M., Otajanov A.M., Qurbanov D.B.
RIOvaRIATM Xorazm filiali
Maqsad: Buyrak saratonining turli xil tarqalish darajalarida transabdominal nefrektomiyaning samaradorligini o’rganish.
Material va usullar: Tadqiqotda RIO va RIATM Xorazm filialida 2021-2022 yillar davomida yotib davolangan bemorlar o’rganildi. Bemorlarning yoshi 29 yoshdan 76 yoshgacha bo’lgan va o’rtacha yosh 52 ni tashkil etgan. Operatsiyadan oldingi tekshiruv sifatida bemorlar ultratovush tekshiruvi,

MSKT, ekskretor urografiyadan o'tdilar.
Baholandi: O'simta hajmi, uning lokalizatsiyasi, atrofidagi to'qimalar va kosacha jom tizimi bilan munosabati. Bu o'simta jarayonining bosqichi va tarqalishini aniqlashga imkon berdi. Keng qamrovli tekshiruv natijasida T1N0M0 bosqichi 1 (1,9%) bemorda, T2N0M0 bosqichi 28 (53,8%) nafar bemorlarda, T3N0M0 bosqichi 16 (30,8%) bemorlarda va T4N0M0 bosqichi 3 (5,7 %) nafar bemorlarda aniqlandi. Barcha bemorlar transabdominal yondashuv bilan kengaytirilgan nefrektomiya qilindi. Limfa tugunlari zararlangan holatlarda limfadissektsiya parakaval va intraaortakaval bajarildi. Bemorlarning 2 (3,8%) nafarida o'simta jarayoni bilan qo'shni organlarning shikastlanishi aniqlandi. Bunday hollarda kombinirlangan operatsiyalar amalga oshirildi, ya'ni 2 nafar bemorda nefradrenalektomiya amaliyoti bajarildi. T1 bosqichidagi 1 nafar bemorda buyrak rezektsiya qilindi.
Natijalar: Barcha bemorlar 2022 yil dekabrigacha kuzatildi. 1 bemor o'pka emboliyasidan vafot etdi. Qolgan bemorlarda bugungi kunda retsidiv, metastaz va progressiya kuzatilmagan.
Xulosa: Yuqorida aytib o'tilganlarni hisobga olgan holda, biz T3, T4 bosqichidagi buyrak saratonining mahalliy rivojlangan shakllarida kengaytirilgan nefrektomiya eng maqbul davolash usuli hisoblanadi degan xulosaga keldik.

PROSTATA BEZI DISSEMINIRLANGAN SARATONI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA O'TKAZILGAN GORMONOTERAPIYA NATIJALARI
Palvanov T.M., Otajanov A.M., Qurbanov D.B.
RIOvaRIATM Xorazm filiali
Maqsad: prostata bezi disseminirlangan saratoni bilan kasallangan bemorlarda gormonoterapiya samaradorligini o'rganish
Material va usullar. Tadqiqotda RIO va RIATM Xorazm filialida 2021 -2022 yillar davomida davolangan 48 nafar bemorlarda o'rganildi. Bemorlarning yoshi 48 yoshdan 76 yoshgacha bo'lgan va o'rtacha yosh 52 ni tashkil etgan. Birlamchi va qayta tekshiruv sifatida bemorlar transrekta lultratovush tekshiruvi, qonda PSA tahlili, MSKT o'tdilar.
Baholandi: o'simta hajmi, uning lokalizatsiyasi va atrofidagi to'qimalar bilan munosabati. Bu o'simta jarayonining bosqichi va tarqalishini aniqlashga imkon berdi. Keng qamrovli tekshiruv natijasida T3aN1M0 bosqichi 20 (41,67%) bemorda, T3bN1M0 bosqichi 21 (43,75%) nafar bemorlarda, T3bN1M1 bosqichi 4(8,33%) bemorlarda va T4N1M1 bosqichi 3 (6.25%) nafar bemorlarda aniqlandi. Barcha bemorlarga gormonoterapiya Androcurdepo (siproteronasetat) 300 mg va Zoladex (goserelin) 3,6 mg o'tkazildi. Skelet suyaklarid ametastaz aniqlangan va compression sinishla rkuzatilgan bemorlarda qo'shimcha ravishda bifosfanatterapiya zoledron kislotasi 4mg 5,0 ml va denosumab 60 mg o'tkazildi. Bemorlarning 2 (4,17%) nafarida prostate bezining kastratsion-rezistent turi aniqlandi. Bunday hollarda ximioterapiya dotsetaksel 75 mg/m2 3 haftada 1 marta bilan kombinatsiyada prednizolon 10 mg/sut. Muolajalari o'tkazildi.
Natijalar: Barcha bemorlar 2022 yil dekabrigacha kuzatildi. 1 bemor poliorgan yetishmovchilikdan vafot etdi.Qolgan bemorlarda bugungi kunda retsidiv, metastaz va progressiya kuzatilmagan.
Xulosa: yuqorida aytib o'tilganlarni hisobga olgan holda, biz prostate bezining disseminirlangan saratonida gormonoterapiya maqbul davolash usuli hisoblanadi degan xulosaga keldik.

БУЙРАК ВА ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОНИ КЎПЛАБ ОСТЕОГЕН МЕТАСТАЗЛАРИДА 153SM-ОКСАБИФОР БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ГЕМАТОЛОГИК ТОКСИКЛИГИНИ БАҲОЛАШ
Рахимов Н.М., Шаханова Ш.Ш.
Самарканд давлат тиббиёт университети
Буйрак ва простата бези саратонининг кўплаб остеоген метастазларида 153SM-ОКСАБИФОР билан даволашнинг гематологик токсиклигини баҳолаш.
Материал ва методлар: мазкур текширувда Ўзбекистон Республикаси Онкология ва Радиология Илимий амалий тиббиет маркази ва унинг Самарканд филиалида буйрак ва простата бези саратони кўплаб остеоген метастазлари билан даволанаетган 64 нафар беморнинг текшириш ва даволаш натижалари ретроспектив тахлил килинди. буйрак ва простата бези саратони кўплаб остеоген метастазлари билан даволанаетган 64 нафар беморларга специфик ўсмага қарши терапия ва остеопротектив терапия Золедрон кислотаси, Деносумаб ва радиофармтерапия 153SM-ОКСАБИФОР билан ўтказилди.
Натижалар: 153Sm-ОКСАБИФОР билан даволанишнинг ножўя таъсиридан бири гематологик токсикликдир. Барча тригематологик профиллар (эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар)

миқдори пасайган (p≤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 бези саратони билан оғриган беморларда суяк оғриғини йўқотиш учун Sm-ОКСАБИФОР терапияси самарали, хавфсиз ва яхши қабул қилинган. Оғриқсизлантирувчи таъсир бир вақтнинг ўзида беморнинг ҳаракатчанлигини яхшилаши ва аналгетикларнинг керакли дозасини камайтириш билан давом этди. 153Sm-ОКСАБИФОРни қўллашдан кейин гематологик токсиклик ўртача ва вақтинчалик бўлди.

CLINICAL SIGNES OF PROSTATE CANCER

Saidakbarov I.S., Abdurasulov I.M., Alijonov X.S.
Kokand branch of RSSPMCOandR

Introduction: prostate cancer is one of the most placards of malignant neoplasms of men. Annually in the world are detected over 400 000 cases of prostate cancer; in a number of countries it takes in the structure of the oncological diseases 2-E or 3-E place after cancer lighter and stomach cancer (in Europe in 2004, the incidence of cancer of the prostate gland was 214 cases on the 100,000 men, resulting in prostate cancer was 2 among the major causes of death from cancer in men, ahead of the cancer of the lighter and colorectalic cancer.Aim of study: Explore the clinic and diagnostics of prostate cancer.

Materials and methods: For epidemical statistic analysis will be used the information given from Republic Center of Medical Statistics, National scientific center of oncology and Tashkent city oncology dispenser. Patients' disease-properties will be presented on the base of analysis under 40 being enrolled patients with prostate cancer. In the investigation it is going to be used modern diagnostic methods, such as US with Doppler's regimen, Multi-slice CT, MRI, PSA and testosterone analysis.

Results: Clinical signs do not have the characteristic only for this disease symptoms. The harmfulness of the is to hold more frequent sexual intercourses at night, obstruction of sexual intercourses first night and then the day, a sense of incomplete emptying of the bladder, raises the number of Residual urine. These symptoms are so similar to the picture of hypertrophy and bph prostate cancer, also affecting men in projecting old-age that in the initial phase of the cancer to distinguish these diseases is almost impossible. Only in the future when the cancer appears haematuria and join the pain due to the germination tumor bladder and fiber pelvis. In parallel with growing kachexia (monasteries weight loss). Phase I: clinical manifestations no, the diagnosis set accidentally when morphology study remote male sterility. Phase II: violations of sexual intercourses and other signs of illness is NO; if the robber perspiration study become deactivated Phase III: frequent urinating, haematuria, other symptoms; the tumor more than twelve years seed bubbles, the base of the bladder and the side walls of the pelvis; biopsy confirms the diagnosis; half of the cases are metastases in chronic metritis and postperitoneallymph nodes. Phase IV: increasingly tumor large in size with the expressed disuricaldisorders; the main characteristic sign of this stage - the presence of metastases in bone and other bodies. In the blood sera in 70% of cases detected a high level of acid phosphatase.

Conclusion: The cancer of the prostate forecast increasingly unfavorable because of the lateness of the identification and the early emergence of multiple metastases. Unfortunately approximately 90% crayfish prostate cancer are identified in the III - IV stage. The Radical after prostectomy, held in the early stage of lung cancer in patients under the age of 70 provides the 10-15-year survival. In general after the treatment of 5-year survival when I-II stage is 85%, III stage -50%, IV stage - 20%.

ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОНИ БЕМОРЛАРДА ТЎЛИҚ ВА НОТЎЛИҚ АНДРОГЕН БЛОКАДАНИ МЕТМОРФИН БИЛАН БИРГАЛИКДА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Саломов М.С.[1], Юсупов Ш.Х.[2]
Республика ихтисослаштрилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Сурхондарё филиали[1], Республика ихтисослаштрилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Тошкент шахри филиали[2]

Текширув услублари ва материаллари. Тадқиқотда простата бези саратони билан оғриган 14 бемор, неоплазма аниқланганда ўртача ёши 65,5±2,5 йил, T2N3M0 дан T4N3M0 (асосан T3N1Mx) гача ўзгариб турадиган босқич ва 6,07±1,55 mm/l даражасида бошланғич гликемия бўлган 14 бемор аниқлаб олинди. 6 беморга орхиэктомия амалаиёти бажарилди. (1 та холатда кейинги

гормонал терапиясиз), 6 нафари гонадотропин-релизинг гормони агонистлари, (ГнРГА) (асосан Zoladex) ва 4 нафари антиадрогенлар билан, 3 нафари эса алохида яъни орхиэктомия амалиётисиз ёки ГнРГА олган холда. Барча беморлар ташхис қўйилган пайтдан бошлаб ўртача 15,3±6,5 ой ўтгач, эндокринолог тавсияси асосида метморфинни қабул қила бошлади (17,3±1,5 ой давомида сиофор 1,5 г / кун).

Тадқиқот натижалари. Мунтазам клиник ва клиник-инструментал текширувлардан ташқари, тана масса индекиси (ТМИ), липид фракциялари глюкоза, қон инсулини, тестостерон ва простата махсус антигени (ПСА) даражаси ва инсулин қаршилиги индекси (HOMA) хам ўрганилди. Кузатув натижасида бир беморда касалликнинг ривожланиши қайд этилган. 6 та холатда ТМИ кўтарилишини тўхтатишга ёки унинг пасайишига эришилди. Метморфин қабул қилган беморларда барча лабаратор текширув параметрлари ва орхиэктомия қилинган беморларда қонда ПСА ни кескин пасайиши юқори тендеция сифатида қараш мумкин (бигуанид тайинлашдан олдин 3,49±1,16 нг/мл ва курс охирида 1,39±0,43 нг/мл).

Хулоса. Беморларнинг кўпчилигида метаболик параметрларда сезиларли ўзгаришларнинг бўлмаганлиги шундан далолатки, метморфин истеъмол қилиш, диета ва жисмоний фаолият бўйича тавсиялар билан коррекция қилиш мақсадга мувофиқ бўлиб, иккинчи томондан тўгридан-тўғри дори ПСА ни камайтиришда воситачилик қилиш имкониятидан далолат беради. Гормонал ва метаболик параметрлар, ушбу препаратнинг ПСА ишлаб чиқаручи ўсимта хужайраларига таъсирини тўлиқ ўрганиш, бу етарли даражада танланган таққослаш гурухини жалб қилган холда қўшимча ўрганишни талаб қилади.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Таджибаева Ю.Т., Мамадалиева Я.С., Кошкина Т.А., Ганиев А.А.
ЦРПКМР, Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР

Цель. Изучить показатели заболеваемости и смертности злокачественных новообразований женской репродуктивной системы в Ташкентской области.

Материал и методы. На основании изучения статистических отчетов по форме SSV № 7 в регионах Ташкентской области за последние 3 года проведен анализ показателей заболеваемости и смертности злокачественных новообразований органов гениталий. Информации для публикации получены от статистического управления и организационно методического отдела Ташкентского областного филиала РСНПМЦОР согласно отчетам районных и городских онкологов с 2020 года по 2022 годы.

Результаты: в 2020 году в Ташкентской области рак шейки матки выявлен у 165 больных, показатель заболеваемости на 100тыс. населения составил - 5,6, а смертности составил 4,5. Рак яичников в этом году выявлен у 91больных, заболеваемость и смертность составили 3,1 и 2,0 соответственно.Рак тела матки выявлено у 63 больных, заболеваемость составила 2,1, смертность 1,3. В 2021 году абсолютный показатель больных с раком шейки матки (РШМ) было 164, а показатели заболеваемости и смертности составили 5,5 и 3,4 на 100 тыс.населения соответственно. Рак яичников (РЯ) в 2021 году выявлено у 117 больных (3,9 и 2,4). Рак тела матки (РТМ) в 2021 году выявлено у 84 больных, заболеваемость составила 2,8, смертность 1,2. В 2022году впервые выявленные больные с РШМ были 181 и заболеваемость составила 6,0, а смертность 3,7 на 100тыс. населения. Рак яичников в 2022 году выявлен у 132 больных, заболеваемость 4,4, а смертность 2,0. Рак тела матки диагностирован у 82 больных, заболеваемость составила 2,7, смертность 1,3 на 100тыс.населения

Выводы: проведенный статистический анализ показателей заболеваемости и смертности органов гениталий в Ташкентской области показал, что несмотря на тенденцию роста показателей заболеваемости РШМ, РЯ и РТМ, показатели смертности остаются относительно стабильными при РЯ и РТМ, а при РШМ показатели смертности снизились.

ВЛИЯНИЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПЕРИТУМОРЗНОЙ ЗОНЫ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Камышов С.В., Рахматуллаев Б.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗРУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Улучшить результаты лечения ПКР путём изучения патоморфологических параметров перитуморозной зоны с последующим выбором тактики хирургического лечения.

Материалы и методы. Был изучен хирургический материал 54 пациентов, болеющих раком почки. Среди них мужчин 33 (61,3 %), а женщин 21 (38,7 %). Средний возраст пациентов был 59,2 ± 1,6 лет. По клиническим стадиям опухоли группировали на I стадию (T1N0M0) - 28 наблюдения (51,1 %) и II стадии (T2N0M0) – 26 наблюдение (40,9 %). По гистологическому строению был представлен светлоклеточный тип. Степень злокачественности клеток опухоли оценивали по Fuhrman S.A.

Результаты. Результаты проведенного нами исследования показали, что морфология соединительной ткани ПЗ зависела от биологических свойств опухоли. В опухолях высокой степени злокачественности G3, G4 (I группа), в отличие от раков низкой злокачественности G1, G2 (II группа), ПЗ характеризовалась выраженным склерозом, эластозом, значительной шириной, активностью миофибробластов и плотностью распределения тучных клеток (ТК). Ширина ПЗ коррелировала со стадией опухоли (r = 0,56), наличием регионарных и отдаленных метастазов (r = 0,64), наличием инвазии в псевдокапсулу (r = 0,52), плотностью сосудов в ПЗ (r = 0,38), плоидностью опухоли (r = 0,70) и активностью AgNOR клеток опухоли (r = 0,74). Обнаружены корреляционные взаимосвязи между активностью соединительной ткани ПЗ и важнейшими прогностическими клинико-натомическими параметрами опухолей.

Выводы. Патоморфология и морфометрия соединительной ткани перитуморозной зоны рака почки была взаимосвязана со степенью злокачественности опухоли, а изученные параметры соединительной ткани ПЗ могут быть использованы в качестве дополнительных критериев при выборе объема операции и прогноза при раке почки.

ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ С КОНТРОЛЬНЫМ ЕЕ СТЕНТИРОВАНИЕМ

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Гаипов Д.А., Азимов А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить результаты органосохранного хирургического лечения опухолей единственной почки с контрольным ее стентированием.

Материалы и методы: за период 2015-2021 гг. в РСНПМЦОиР пролечены 28 пациентов с образованием единственной почки. У 11и (39%) пациентов ранее выполнена нефрэктомия (НЭ) по поводу неонкологической патологии. У 5-х в сроки ≥ 5лет НЭ по поводу почечно-клеточного рака (ПКР). 1 пациент НЭ по поводу рака верхних мочевых путей (ВМП), через 6 лет повторное поражение лоханки противоположной единственной почки. У 5и б-х – врожденное сморщивание и множественные кисты одной из почек. У 6х при обследовании диагностированы образования липоматозного характера обеих почек с полным поражением одной из почек. Этим пациентам после резекции менее пораженной почки, вторым этапом выполнена НЭ полностью пораженной противоположной почки. Всем пациентам выполнена резекция единственной почки пораженной опухолевым процессом.

Результаты. У 19(68%) пациентов размеры образований достигали ≥6 см, с небольшой остаточной здоровой паренхимой. У таких пациентов резекция почки выполнялась без пережатия почечной артерии. У 9 б-х образования были <5см, из них у 4х опухоль локализовалась интрапаренхиматозно, что усложняло хирургические манипуляции в ране и повышало риск интраоперационного кровотечения. Во всех случаях отмечена инфильтрация чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки. В дооперационный период, пациентам установлен мочеточниково-лоханочный стент. У 2-х пациентов в течении 10 дней отмечалось повышение температуры тела до 38-390С. 15-и пациентам установлен мочеточниковый стент с выводом его через уретру, что явилось удобным в контроле за отделяемой мочой, возможности санации. У 1 пациента после операции на протяжении 12 месяцев показатели мочевины крови сохранялись до 10-12 ммоль/л, с удовлетворительным общим состоянием пациент принимал поддерживающую нефрологическую терапию. Перевод пациентов на гемодиализ в период наблюдения до 3х лет не отмечено.

Выводы. Опыт хирургического лечения опухолевого поражения единственной почки, с риском развития у больных почечной недостаточности диктует необходимость адекватного дренирования мочевых путей. Возможность контролировать отток мочи по мочеточниковому катетеру снижает риск послеоперационных осложнений этой категории больных.

РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДИНАМИКЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПСА

Тилляшайхов.М.Н, Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т. Азимов А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Сравнение результатов различных методов лечения по динамике изменения ПСА.

Материалы и методы. Изучены результаты пролеченных в РСНПМЦОиР, больных гормонорезистентной формы РПЖ. В исследование включены 50 пациентов с ГР РПЖ, принимавшие специфическое лечение препаратом абиратерона 1000мг.в сутки per os или химиотерапию по схеме: доцетаксел100 мг/м2 в/в капельно с интервалом между курсами между курсами в 3 недели. Средний возраст составил 68 лет (55-82). Все пациенты ранее принимали терапию по схеме максимальной андрогенной блокады.

Результаты. У 29 пациентов, которым назначен в последующем абиратерон, среднее время до развития гормонорезистентного состояния составило 37 месяцев (11-87 месяцев). Средний уровень сывороточного ПСА на момент начала лечения абиратероном составлял 33,1 нг/мл (от 6,4 нг/мл до 190,0 нг/мл). При анализе непосредственных результатов лечения было установлено, что прогрессирование по уровню концентрации сывороточного ПСА в течение 4 недель отмечено у 16 пациентов (55,2%). Ремиссия в течение 1 месяца отмечена у 4 пациентов (13,8%), ремиссия в течение 2 месяцев – у 3 (10,3%). Более 4 месяцев нами наблюдалось 6 пациентов (20,7%), у которых отмечено снижение концентрации сывороточного ПСА более чем на 50%. Химиотерапию по вышеописанной схеме проводили 23 пациентам. Хирургическая кастрация в анамнезе проведена 13 пациентам, медикаментозная кастрация была у 10 пациентов. Среднее время до развития гормональной резистентности составило 25 месяцев (6-72). Средний уровень сывороточного ПСА на момент начала химиотерапии составлял 97,4 нг/мл (от 4,3 нг/мл до 279,8 нг/мл). При ежемесячном анализе ПСА на фоне химиотерапии было установлено, что прогрессирование по ПСА через 4 недели после окончания 1-ого курса химиотерапии наблюдали у 12 пациентов (52,2%). Ремиссия в течение 1 месяца отмечена у 8 пациентов (34,8%), ремиссия в течение 2 месяцев – у 1 (4,3%). Более 4 месяцев длительность снижения ПСА наблюдали у 2 пациентов (8,7%). Снижение ПСА более чем на 50% зафиксировано у 4 пациентов (17,4%).

Выводы. Применяя в лечении ГР РПЖ абиратерон в дозе 1000мг. в день или доцетаксел 100мг/м2, возможно добиться биохимической стабилизации процесса практически в одинаковом проценте случаев (45% и 48% соответственно). Однако более продолжительную стабилизацию по лабораторным показателям нами отмечено при использовании абиратерона (20,7% против 8,7%).

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГОРМОНОРЕФРАКТЕРНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н.[1], Искандаров Ж.М.[2], Бойко Е.В.[1], Юсупов Ш.Х.[3], Болтаев М.И.[2]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии[1], Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии[2], Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно- практического медицинского центра онкологии и радиологии[3]

Цель: изучить непосредственные результаты лечения первично-рефрактерного рака предстательной железы

Материалы и методы: исследовательская работа имел ретроспективный характер. Наше исследование было основано на клиническом материале больных гормонорезистентным раком предстательной железы (ГРРПЖ) находившихся в онкоурологическом отделении РСНПМЦОиР, под наблюдением с 2008 по 2021 года. 8 (34,7%) больным было проведено циспростатэктомия в сочетании гормонотерапией или полихимиотерапией и 15 (62.1%) больным сочетании лучевую терапию с гормональной и/или химиотерапией. Общее количество больных было 23, средний возраст составил 62,3±5,9 лет. Непосредственные результаты лечения оценивалась по модифицированной методике оценки (Брюссель 1979 г.). Если по классической методике для оценки непосредственного результата основным параметром был изменение размера опухоли, при модификации мы учитывали кроме уменьшения объема опухоли, который был изучен объективными методами исследования, и «биохимическую» ремиссию и субъективную оценку больной по шкале I-PSS. Нам было интересно, какая методика более приемлема для лечения

первичного гормонально резистентного рака. В связи, с чем мы рассчитывали при какой методике имеется наибольшее количество положительного результата/

Результаты: в связи с тем, что лечение проводили длительно в течении нескольких месяцев и в процессе лечения, в зависимости от текущих результатов лечения, тактика по необходимости менялась и большинства больных в процессе курации получали комбинированное лечение. Полный эффект от радикальной цистпростатэктомии составил 66,7%, частичный эффект 33,3%; после химиотерапии частичный эффект отмечен 75%, стабилизация процесса 25%; при комбинированной терапии полный эффект имело место у 50%, частичный эффект 31,3%, стабилизация процесса 6,3%, прогресс болезни 12,5%.

Вывод: таким образом, наиболее эффективным методом лечения при ГРРПЖ при отсутствии противопоказаний является ЦПЭ. Проведение только лучевого или лекарственного лечения является недостаточным для получения положительных результатов.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ГОРМОНОРЕФРАКТЕРНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н.[1], Искандаров Ж.М.[2], Бойко Е.В.[1], Юсупов Ш.Х.[3], Болтаев М.И.[2]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии[1], Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии[2], Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно- практического медицинского центра онкологии и радиологии[3]

Цель: изучить отдаленные результаты лечения больных с первичной и вторичной гормонорефрактерного рака предстательной железы.

Материалы и методы: в исследование вошли больные, которые лечились в отделении онкоурологии Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии Р.Узс ГРРПЖ, находившиеся под нашим наблюдением с 2008 по 2021 гг. Если некоторые больные находились под нашим наблюдением 10 и более лет, сроки наблюдения части больных не превышает 1-3 лет, что препятствует фактической констатации истинных отдаленных результатов лечения. В связи, с чем с помощью специальных статистических методов мы рассчитывали (на основании уже имеющихся данных) вероятность дожития до «события». Под понятием события мы взяли начало дальнейшей прогрессии опухолевого процесса. Объем лечения составил: цистпростатэктомия и гормонотерапия n=9(10.6%) цистпростатэктомияя и полихимиотерапия n=13(15.3%), лучевая терапия и полихимиотерапиян=19(22.3%), лучевая терапия+гормонотерапия n=13(15.3%), полихимиотерапия и гормонотерапия n=30(35.3%)

Реузльтаты. Обобщенный показатель медианы срока дожития у наблюдаемыми нами больных составил 3,9±1,1 лет, а пятилетняя выживаемость до «события» составила 55 больных (49,1%). При первичном гормонорефрактерном раке полный эффект состави 7(13.5%), частичный эффект 2(6,5%). При вторичном гормонорефрактерном раке полный эффект 29(55,8%), частичный эффект 13(41,9%), стабилизация 5(31,3%). при оценке непосредственного результата лечения, больные с прогрессии, не имели шанса прожить до события. При полном непосредственном эффекте проведенного лечения шансы дожить 5 лет и более имели 69,3% больных, при частичном эффекте 48,4%, при длительной стабилизации 31,3% ($p<0,05$).

Выводы: больные с первичной нечувствительности опухоли имели наихудшие результаты. Так как первично нечувствительные гормональной терапии опухоли в основном состояли заранее агрессивных клонов опухоли. Так как, независимо от непосредственного эффекта лечения разные больные имеют различные отдаленные результаты, что заставило нас продолжить поиски

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЙ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Тилляшайхова Р.М., Туйчиев А.

Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практический центр онкологии и радиологии МЗ Республики Узбекистан, г Ташкент

Введение. Золотым стандартом лечения больных не мышечно инвазивным РМП является ТУР опухоли. Однако частота возникновения рецидивов после ТУР крайне высока (50–90%, в среднем 80%). Возможность прогрессирования через 5 лет колеблется от 7 до 40%.

Материалы и методы: на базе урологического отделения РСНПЦОиУ ТГФ выполнено 51 ТУР м.п. среди оперированных больных 21 мужчины, 30 женщин. Возраст пациентов от 35 до 80 лет. Стандартное предоперационное обследование включало УЗИ, экскретор урографию, рентген легких, цистоскопию с биопсией опухоли. Полифокальный рост опухоли выявлен у 7 пациентов.

Первичная опухоль отмечена у 39 больных. Из 12 пациентов 5 обратились по поводу рецидива после ТУРм.п., 7 после открытой резекции м.п. все больные, имевшие полифокальный рост и оперированные по поводу рецидивов, имели тяжелую сопутствующую патологию, возраст >70 лет. После объяснения возможных вариантов терапии все пациенты выбрали эндоскопическое лечение.

Результаты: всем выполнено ТУР опухоли с абластической обработки прилежащий тканей. В п/о периоде М.п. дренировался на 1-2 дня. При гистологическом исследовании выявлен переходно-клеточный рак различной степени дифференцировки. Высоко дифференцированный - у 26, умеренно дифференцированный – у 17, низкодифференцированный – у 8 пациентов. У 10 пациентов п/о патоморфологическое исследование показало более низкую степень злокачественности. У 5 перевод с G1 на G2 и у 5 G2 на G3. У 3 больных выявлена инвазия в мышечной слой- T2a. катетер фаллея удалился на 1-2 сутки п/о. У 1 больного в ходе операции наступила внебрюшинная перфорация стенки М.П. Осложнения распознаны в ходе операции. М.п. дренирован катетером фаллея на срок до 5 дней. В п/о периоде антибактериальная терапия. Летальных исходов не было.

Выводы: ТУР м.п. является методом выбора для радикального лечения поверхностного рака в сочетании в внутри пузырным методами профилактики, помогает при определении глубины поражения и степени дифференцировки опухоли с целью стадирование процесса и определения дальнейшей тактики лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н.[1], Джураев М.Д.[2], Бойко Е.В.[1], Юсупов Ш.Х.[2], Тилляшайхова Р.М.[2], Суллетбаев Н.Б.[2], Дю А.В.[2], Алимов Ж.У.[3], Урмонов У.Б.[2]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии[1], Ташкентский городской филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, город Ташкент[2], Самаркандский медицинский университет[3]

Цель: Оценить результаты комбинированного лечения (гормонотерапия + лучевая терапия) у больных раком предстательной железы (РПЖ).

Материалы и методы: в условиях РСНПМЦОИР ТГФ за период с 2014 по 2019 года было зарегистрировано 331 больных РПЖ, из них на долю локализованного РПЖ I - II стадии приходилось 71,8%, метастатический РПЖ - у 7,8% больных, у остальных – III стадия. Средний возраст пациентов составил 68 лет. Основная группа – 238 пациентов (71,9%) получала радикальную лучевую терапию в сочетании с гормонотерапией. Лучевая терапия в самостоятельном варианте применялась у 37 пациентов (11.2%), у 16 % (53 больных) - в качестве паллиативного лечения. Из 93 пациентов с локализованным РПЖ проведено оперативное лечение у 21 больных (22,58%), симптоматическая терапия у – 5 (5,37%).

Результаты: за 5 лет наблюдения умерли 119 больных. Прогрессирование рака предстательной железы послужило непосредственной причиной смерти у 61 человек. От причин, не связанных с РПЖ, умерли 58 (51%). При I стадии выживаемость составила – 90,7%, при II стадии – 84,1%, при III – 52,4%, и при IV стадии процесса – 21,8%.

Выводы: анализированные показатели свидетельствуют о достаточно высокой эффективности проводимого лечения и последующего наблюдения при своевременной диагностике рака. В последние годы отмечено повышение 5-летней скорректированной выживаемости на 20% по сравнению с предыдущими годами. Выявленная положительная тенденция свидетельствует об эффективности внедренных в последние годы новых скрининговых программ, современных методик лучевой терапии, а также лечебных препаратов (флутамид, золадекс, касодекс, бусерелин), мало влияющих на сердечно-сосудистую систему и хорошо переносимых больными.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ИСХОД И ПРЕДИКТОРЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗРУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Целью исследования является определение исхода и предикторов выживаемости ЛРЦ в обзоре с открытой методикой.

Материалы и методы. С 2019 года в отделении урологии РСНПМЦОиР параллельно с открытой радикальной цистэктомии (ОРЦ) внедрена методика ЛРЦ. Средний возраст пациентов составлял 63 года (диапозон от 41 до 76лет). Средний индекс массы тела пациентов предполагаемым ЛРЦ равнялся 20,9 (18,25–24,9). У пациентов на ОРЦ – 27,9 (24,9-34,9). Аналогично открытой операции, при ЛРЦ, первым этапом выполнялась подвздошно-обтураторная лимфодессекция. Параллельно с обеих сторон с помощью ультразвукового скальпеля (Гармоник) пересекали основные сосудистые ветви мочевого пузыря. После лигирования и пересечения мочеточников (момент оповещался анестезиологом) выполнялась отсепаровка семявыносящих протоков и семенных пузырьков кпереди. После мобилизации предстательной железы выполнялось пересечение уретры с пересечением катетера Фолея во избежание выпадения его головки из мочевого пузыря. Выделенный комплекс тканей помещался в специальный контейнер с извлечением его в момент окончания операции.

Результаты. У женщин объем операции расширялся в связи с удалением тела матки, проксимальной части влагалища и придатков по стандартной методике аналогично открытой операции с извлечением общего блока с мочевым пузырем и уретрой через дефект влагалища. В нашей практике отведение мочи лапароскопическим методом выполнялось примерно в равных случаях методом формирования уретерокутанеостомии (УКС) с обеих сторон и аппаратного формирования илеум-кондуита по методике Брикера. Отличием являлось формирование мочеточникого-кишечного анастомоза. В случаях ЛРЦ формирование мочеточникого-кишечного анастомоза выполнялась классическим способом «конец в бок». При открытых операциях нами выполняется формирование уретероилеоанастомоаз по методике Wallece (общей площадкой).

Выводы. В настоящее время ЛРЦ остается технически сложной операцией, которая требует высокого уровня эндоскопических навыков. Данный доступ позволяет ускорить восстановление пациента, уменьшить продолжительность госпитализации, при этом не увеличивает количество осложнений и не ухудшает онкологические результаты.

ВНЕДРЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Рахматуллаев Б.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан.

Цель. Внедрение малоинвазивных видеоассистированных операций в лечении опухолевых заболеваний почек.

Материалы и методы. В урологическом отделении РСНПМЦОиР за период 2018-2021гг. лапароскопических операций на почке выполнено 247 пациентам. Из них на ранних стадиях нефрэктомий и резекций почки выполнена у 197 б-х. В 9 случаях в связи с локализацией опухолевого узла в верхнеполюсном сегменте и его размером объем вмешательства расширен до радикальной нефрадреналэктомии. Все нефрэктомии выполнялись чрезбрюшинным доступом. В 3 случаях, учитывая размеры опухоли до 5 см, локализацию по задней поверхности почки, без признаков инфильтрации в чашечно-лоханочную систему и капсулу почки, лапароскопическая резекция выполнена забрюшинным доступом и без ишемии органа. Из 247 пациентов 51,67±4,08% составили мужчины, 49,33±4,08% - женщины. Средний возраст для мужчин составлял 56,0±1,02 лет, для женщин - 61,0±2,47 лет. Все пациенты обследованы в объеме стандартных клинико- лабораторных исследований, включая обязательную оценку функции почек.

Результаты. У 7 пациентов была выполнена паллиативная лапароскопическая нефрэктомия, по жизненным показаниям. Продолжительность лап. нефрэктомии составляет от 43 до 85 мин, продолжительность резекции почки – от 65 до 120 мин. Послеоперационные осложнения отмечались у 7 пациентов (все они разрешились).

Выводы. Таким образом, лапароскопические операции при локализованном раке почки в объёме резекции органа или радикальной нефрэктомии являются малоинвазивными и эффективным методом лечения ПКР. Радикализм оперативного пособия, короткий период пребывания в стационаре и время реабилитации пациента, уменьшение применения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, косметический эффект – все это позволяет судить о несомненных преимуществах лапароскопической хирургии в лечении почечно-клеточного рака.

НАШ ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ В РАДИКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ РАКА ПОЧКИ

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Азимов А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить результаты лечения органосохраняющего лечения рака почки.

Материалы и методы. Всего за период с 2013-2023гг. в РСНПМЦОиР стационарно пролечено 318 пациентов с локальными опухолями почки. Из них 202(63,5%) пациентам выполнена РНЭ, 116(36,9%) — резекция почки. Средний возраст составил 55,7 лет. (диапазон от 26 до 81 года). При выполнении нефронсберегающего оперативного вмешательства внебрюшинный доступ применен у 15 (13%) пациентов, трансперитонеальная методика выполнена у 101 (87%). У 78 (67%) пациентов органосохраняющее лечение выполнено по элективным показаниям, у 38 (33%) — по императивным. У 4х пациентов по данным УЗИ/МСКТ опухолевый узел располагался интрапаренхиматозно, и имел размеры более 4х см. Эти пациенты имели абсолютные показания к органосохраняющему лечению, в связи с наличием патологии противоположной почки. У всех пациентов зона резекции выполнялась с отступом макроскопически неизмененной паренхимы 3-5мм.от опухолевой ткани. С целью снижения интраоперационной кровопотери в 34 случаях выполнялась временная тепловая ишемизация органа путем пережатия почечной артерии без пережатия почечной вены, холодовой ишемии за отмеченный период не выполнялось. Среднее время ишемии составило 16 мин. Максимальное время 22 минуты.

Результаты. За период наблюдения отмечено несколько осложнений после нефронсберегающих операций. К ранним послеоперационным осложнениям мы относили те, которые развивались в сроки до 30 дней после операции. В ходе патоморфологического исследования биоматериала, полученного при органосохраняющих операциях, помимо определения гистологического подтипа и степени G, оценивали состояние опухолевой псевдокапсулы. Отсутствие инвазии псевдокапсулы опухолевого узла отмечено в 58 (50%) случаях, начальная инвазия псевдокапсулы - в 51 (44%), инвазия с пенетрацией псевдокапсулы в 7 (6%) случаях. При этом у всех больных морфологически подтвержден отрицательный хирургический край. Послеоперационной летальности не отмечено

Выводы. В связи с широким применением и совершенствованием методов лучевой диагностики все чаще выявляются опухоли малых размеров. При правильно расцененных показаниях к органосохраняющим операциям, этот вид вмешательств характеризуется низкой частотой послеоперационных осложнений и рецидивов.

ИММУННО-ТЕРАПИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Азимов А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить возможные побочные эффекты и частоту проявления ряда препаратов иммуно-таргетной терапии у пациентов с метастатическим почечно-клеточным раком (мПКР).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения в период 2018 по 2022/08 гг. 95 пациентов с диагнозом ПКР с отдаленными метастазами в различные ткани и органы. 50,67±4,08% составили мужчины, 49,33±4,08% - женщины. У всех пациентов гистологически верифицирован рак почки. После выполнения паллиативной нефрэктомии, все пациенты принимали иммуно-таргетную терапию. Пациенты были распределены на три группы принимавших различные группы препаратов. 1я группа 25 пациентов принимали препараты группы ингибиторов тирозинкиназ (ИТК), 2я группа 30 б-х - комбинацию препаратов блокатора фактор роста (VEGF) с цитокинами, 3я группа 40 б-х – монотерапия цитокинами. Перечень всех препаратов рекомендованы в общемировой клинической практике в лечении рака почки, а также разрешены к применению в медицинской практике Республики Узбекистан.

Результаты. Наиболее частым побочным проявлением вследствие лекарственной терапии у больных ПКР была слабость, изменение вкуса пищи, болезненность во рту/горле, тошнота/рвота, потеря аппетита, боли в желудке. Чаще побочные эффекты наблюдались у пациентов из группы 3– у 77,5±3,41%. В группе 1 побочные эффекты проявлялись у 36,0±3,92% пациентов, при этом проявление этих симптомов наиболее часто возникало в период от 1-го 3-х месяцев, а свыше 1 года переносимость препарата была хорошей, без побочных эффектов. В группе 2 - у 26,67±3,61% пациентов, также, как и в группе 1, проявление этих симптомов наиболее

часто возникало в период от 1-го 3-х месяцев, а свыше 1 года переносимость препаратов была хорошей. В этом случае, также, как и при анализе изменений в соматическом статусе под действием фармакотерапии, в группе 1 частота побочных симптомов была наименьшей из всех исследованных групп. Наибольшая частота отмены фармакотерапии происходила у пациентов из группы 3 (n=40) – в 17,5±3,1% случаев, во 2й же группе необходимость отмены препарата возникала только у 6,67±2,04% пациентов.

Выводы. Таким образом, комбинация цитокинов с блокаторами фактора сосудистого роста в иммуно-таргетной терапии мПКР показывает лучшие результаты в плане снижения частоты проявления побочной симптоматики, чем назначение только цитокинов в монорежиме.

НАШ ОПЫТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Гаипов Д.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных раком почки с опухолевым тромбозом нижней полой вены (НПВ) и правого предсердия.

Материалы и методы. За 2004-2022/08 гг в РСНПМЦОиР РУз выполнено 1158 нефрэктомий, из них 181 (15,6%) нефрэктомии с тромбэктомией. У 89 (49,2%) больных опухолевый тромб определялся в каваренальном сегменте НПВ, у 37 (20,4%) тромбоз – в подпеченочном сегменте, у 32 (17,6%) - в ретропеченочном отделе. У 23х (12,7%) пациентов тромб располагался в правом предсердии. У всех пациентов выполнялось УЗИ органов брюшной полости, почек, сердца, допплерография интересующих сосудов, КТ легких. Последние три года такой категории больным для выявления отдаленных метастазов выполнялась ПЭТ. Для определения уровня тромба проводилась МРТ и КТ с 3D реконструкцией. После проведенной дооперационной подготовки у всех пациентов показатели лаб.анализов соответствовали норме. У 37 (20,4%) пациентов диагностирован (N+). У 14 (7,7%) обнаружены единичные отдаленные метастазы, которым в последующем выполнена метастазэктомия с назначением иммуно-таргетной терапией.

Результаты. Всем пациентам выполнена радикальная нефрэктомия с тромбэктомией из НПВ и предсердия. Во всех случаях первым этапом выполнялась расширенная лимфадиссекция НПВ и брюшной аорты на уровне от диафрагмы до бифуркации последних. В случаях тромбоза подпеченочного сегмента НПВ и выше, операция начиналась с мобилизацией правой почки, не зависимо от стороны пораженной почки. При поддиафрагмальных тромбах после перевязки мелких печеночных вен, и пережатии над уровнем тромба верхних и нижних отделов НПВ, вены противоположной почки, выполнялась резекция НПВ с извлечением тромботических масс. У 31 пациента с признаками инвазии в сосуд, НПВ резецирована с ушиванием ее дефекта. Из них в 2 случаях из-за полной инвазии участка НПВ выполнена резекция сегмента магистраля с наложением анастомоза конец в конец. И в 2х случаях - субтотальная кавэктомия. Средняя продолжительность 5,7 часов.

Выводы. Объем операции при интролюминальной опухоли зависит от уровня распространения опухолевого тромба. Радикальная нефрэтомия с полным удалением опухолевых масс из НПВ и правого предсердия показывает хорошие результаты локального контроля местно-распространенных форм рака почки.

ВЛИЯНИЕ ДИАМЕТРА ИГЛЫ НА ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ РПЖ ПРИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н.[1], Джураев М.Д.[2], Бойко Е.В.[1], Юсупов Ш.Х.[2], Тилляшайхова Р.М.[2], Суллетбаев Н.Б.[2], Дю А.В.[2], Алимов Ж.У.[3], Урмонов У.Б.[2]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии[1], Ташкентский городской филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии[2], город Ташкент, Самаркандский медицинский университет[3]

Цель: Оценить частоту выявления рака предстательной железы (РПЖ) и определить возникновение осложнений в зависимости от диаметра биопсийных игл 18 и 16 G.

Материалы и методы. В Ташкентском городском филиале РСНПМЦОИР проведено исследование, включающее 54 пациента. Пациенты были разделены на 2 группы. Средний показатель возраста больных составил 65 лет. Средний объём предстательной железы (ПЖ)

41,1 см3, а общий уровень ПСА в крови – 12,6 нг/мл. Всем больным трансректальная биопсия проводилась по стандартной методике. Количество пациентов входящие в первую группу составило 29(53,7%), им была проведена биопсия ПЖ под контролем TRUS иглой диаметром 18G/1,20 мм, а во второй группе 25 (46,29%) пациентов– иглой 16G/1,65 мм. Проведен статистический анализ выявляемости положительных результатов биопсии, показателя числа Глисона, частоты осложнений согласно классификации хирургических осложнений Clavien–Dindo.

Результаты. Возраст пациентов, объем ПЖ, общий ПСА в крови, распределение баллов по шкале Глисона и число введении игл были аналогичны в двух группах. В первой группе РПЖ был выявлен в 11 (20,37%) случаях, а во второй группе РПЖ выявлен в 19 (35,18%) случаях, атипичная мелкоацинарная пролиферация (АМП) выявлена у 4 и 7 пациентов соответственно. При статистическом анализе значимых различий между двумя группами не выявлено. Частота ректальных (3,87% против 5,1%) и уретральных кровотечений (15,68 % против 13,87 %), по классификации Clavien–Dindo (9 случаев I степени против 14; II и более степени отсутствовали в обеих группах).

Выводы. Проанализировав данные частоты выявления РПЖ, последнее увеличивается с увеличением диаметра иглы, проводимой для биопсии предстательной железы, без какого-либо увеличения числа осложнений. Но все же при использовании биопсийной иглы 18G процент осложнений меньше.

ВЫБОР МЕТОДА ЭНДОУРЭТРАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЫШЕЧНО НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Тилляшайхова Р.М.

Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практический центр онкологии и радиологии МЗ Республики Узбекистан, г Ташкент

Цель: анализ непосредственных результатов биполярный ТУР мышечно- неинвазивного РМП, а 0,9% растворе NaCl и сопоставление полученных результатов с эталонным методом – монополярный ТУР.

Материалы и методы: в нашей клиники проведено одноцентровое рандомизированное когортное клиническое исследование, в котором приняли участие 100 больных мышечно-неинвазивным (Ta, T1, Tis) РМП. Из них у 28 пациентов (основная группа ОГ), применены биполярное технологии эндоуретрального удаление опухоли МП в 0,9% растворе NaCl (UES – 40 Surg. Master Olympus), а 72 больных (группа клинического сравнения, ГКС) оперированы с помощью эталонного метода – монополярный ТУР (Atocan, 350, Karl storz). Сравнение групп по количественным и качественным признакам проведен с использованием соответствующего непараметрического метода (критерий согласия Колмогорова-Смирнова) и метода сравнения групп по качественному бинарному признаку (анализ таблиц 2x2). При проверке гипотез использовался 5% уровень значимости.

Результаты. Из 100 оперированных больных хирургические осложнения возникли в 15 случаях, из них 5 случаях- интероперационные, в 7 и 3 случаях возникли осложнения соответственно раннего и позднего п/о периода. После операции зарегистрирован 1 летальный исход в ГКС. Различия по числу пациентов с хирургическими осложнениями в ОГ у 8 и в ГКС у 14 были статистически значимы (95% ДИ -0,08, -0,001). В частности, статистически значимые различия выявлены между группами по признаку ранних осложнений (ОГ 4 больных и ГКС – 8 пациентов при95% ДИ -0,08, -0,02).

Вывод: в качестве основных преимуществ биполярный ТУР в 0,9% растворе NaCl, используемой в эндоуретральный лечении мышечно-инвазивного РМП, перед монополярный ТУР для большинства пациентов можно ожидать сокращения продолжительности оперативного вмешательства, частоты хирургических осложнений, сроков п/о катетеризации МП и количества койко- дней.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕМЫШЕЧНО ИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РЕЦИДИВА.

Тилляшайхов М.Н., Джураев М.Д., Тилляшайхова Р.М., Суллетбаев Н.Б. Туйчиев А.

Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практический центр онкологии и радиологии МЗ Республики Узбекистан, г Ташкент

Цель: определение эффективности различных видов лечения больных немышечно-инвазивным РМП с высоким риском рецидива и прогрессирования.

Материалы и методы: В исследование включено 65 больных с высоким риском рецидива и прогрессирования, в возрасте 32-75 лет (средний возраст 59 года). Медиана наблюдения 56 мес. У всех пациентов, включенных в исследование, был папиллярный уротелиальный рак высокой степени дифференцировки (High grade). Из них у 5 (7,7%) больных выявлен CIS. В зависимости от видов лечения все пациенты разделены на группы. 1 группа пациентов – пациенты (n = 25: 38,5%), которым проводили комбинированное лечение с адювантной внутрипузырьной вакцины БЦЖ. 2 группа- больные (n = 17. 26,2%), получавшие комбинированное лечение с адювантной внутрипузырьной ХТ. 3 группа- пациенты (n = 17. 26,2%), которым выполнена РЦЭ. 4 группа-пациенты (n = 6. 9,1%), пациентам проведен радикальный курс ДЛТ. При органосохраняющей тактики лечения (10-17 баллов для рецидива и 7-13- для прогрессирования) на первом этапе проводилась полная ТУР опухоли, в случаях отсутствия мышечного слоя в удаленном препарате-повторная ТУР через 4-6 нед. Индукционный курс адювантной внутрипузырной иммунотерапии вакциной БЦЖ начинали через 2 нед. после операции 2 курсами поддерживающей терапии и перерывом между курсами длительностью 4 нед. В случаях противопоказаний к иммунотерапии проводилась внутрипузырная ХТ митомицином С в разовой дозе 40 мг. В лучаях определения 14-23 баллов для риска прогрессирования больным предлагалась РЦЭ с2-х сторонним УКС. При наличи противопоказаний к оперативному вмешательству или отказа пациента от предложенной операции проводилась радикальный курс ДЛТ.
Результаты: после внутрипузырный иммунотерапии из 2 больных у 1(50%), получавшего только индукционный курс, аозник рецидив заболевания. Из пациентов, закончивших только 1 курс поддержтвающей иммунотерапии, у 2 (33.3%) из 6 выявлен рецидив заболевания наступили соответственно у 5 (29,4%) из 17, 1 (50%) и 2 (100%) их 2 больных. **Выводы.** После ранней РЦЭ у 1(12,5%) из 8 выявлено прогрессия заболевания. У 2 (33,3%) из 6 больных после ДЛТ в различные сроки наблюдения выявлен неинвазивный рецидив опухоли, которая в последующим удалена.

ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Токтоналиева А.Н., Султангазиева Б.Б., Макиева К.Б., Макимбетов Э.К.
Кыргызско-российский славянский университет, г. Бишкек, Кыргызстан

Цель – изучить возможность проведения ФДТ при предопухолевых заболеваниях шейки матки.
Материал и методы. Проведено обследование и лечение 89 (100%) женщин с предраковыми и начальными формами рака шейки матки, которые распределены следующим образом: дисплазия 1-3 степени (n=32), лейкоплакия (n=16), эктопия (n=2), эрозия (n=18), псевдоэрозия (n=4), рак на месте (n=1), крауроз вульвы (n=9), лейкоплакия + дисплазия (n=3), кондиломатоз (n=1). Возраст пациенток варьировал от 19 до 68 лет (средний возраст составил 40,2 ± 0,4 лет). Максимальное количество больных приходилось на возрастную группу от 25 до 39 лет (средний возраст в этой группе составил –31,3 ±0,3 лет). Использованы общепринятые методы биостатистики.
Результаты. В целом эффективность ФДТ была у 72 пациенток и составила 80,8%. Анализ отдаленных результатов через 6 месяцев после ФДТ показал отсутствие рубцовой ткани на шейке матки у всех пациенток. Рецидив заболевания был отмечен в 4 случаях, что составило 4,5%. Бактериологическое исследование у данных пациенток выявило 3-4 степень чистоты влагалища. У пациенток с дисплазиями через 6 месяцев после ФДТ патология не была обнаружена. Более чем у 90% больных ФДТ уменьшала лейкоцитарную инфильтрацию эктоцервикса, ускоряла репаративные процессы и позволяла существенно снизить частоту осложнений и рецидивов.
Выводы. Фотодинамическая терапия предопухолевых заболеваний шейки матки является высокоэффективным и перспективным методом лечения. ФДТ является достаточно радикальным методом лечения эктопии, эктропиона, лейкоплакии, эндометриоза и дисплазии шейки матки.

PROGNOSIS FACTORS FOR CERVICAL CANCER IN PREGNANT WOMEN

Tugizova D.I., Orifova F.M., Karimova M.N., Ortikova H.U.
Samarkand state medical institute, Samarkand branch of the republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology

Background. The aim of the study is to study the prognostic factors of cervical cancer in combination with pregnancy to optimize diagnosis and treatment.
Materials and methods. To study the prognostic factors of cervical cancer associated with pregnancy, we studied the case histories and outpatient records of 18 pregnant women with cervical cancer who

received treatment at the SBRSSPMCOandR from 2012 to 2016. The average age of pregnant women was 28 years. Among pregnant women, 5 are primiparous, 13 are multiparous.
Results. Treatment outcomes were assessed based on five-year survival rates. In 6 women with cervical cancer diagnosed 2-3 months after childbirth, it was decided to undergo chemoradiation therapy according to the standard program. The remaining 12 pregnant women were after 22 weeks of gestation, who decided to postpone treatment until the end of pregnancy by 10-13 weeks. Delivery was by caesarean section. After 4 weeks after delivery, patients were prescribed from 4 to 6 courses of chemotherapy according to the PF scheme (fluorouracil 1.0g. i.v. # 4, 1-4 days, Chemocarb 450 mg. i.v. # 1, 1-day) or according to the TR scheme (Paclitaxel 260 mg IV No. 1, 1 day for 3 hours, Chemocarb 450 mg IV No. 1,1 day). During the course of chemotherapy, after the 4th course, three patients with uterine-parametric variant of tumor growth developed unilateral and after a few time bilateral hydronephrosis of varying degrees. In all cases, the outcome ended with a poor prognosis; out of 18 patients, only five survived to 3.5 years.
Conclusions. Basically, cervical cancer during pregnancy is detected in young women with unrealized reproductive potential. The factor of an unfavorable prognosis in cervical cancer in combination with pregnancy includes: stages of the process, gestational age more than 22 weeks, decreased differentiation and vascular invasion of the tumor, young age of the patient, some national customs, bilateral lesion of the parametrium, uterine variant of spread and the volume of the primary tumor more 50 cm^3, the presence of metastases in the pelvic and / or para-aortic lymph nodes.In the later stages of the disease, pregnancy can have a negative impact on the prognosis, due to delayed treatment.

РОЛЬ КОЛЬПОСКОПИИ С БИОПСИЕЙ В СКРИНИНГЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Тукаева Н.Р., Алижонов Х.С., Шерматов И.И.
Кокандский филиал РСНПМЦОиР

Цель: Изучение значения кольпоскопии с прицельной биопсией в скрининге рака шейки матки.
Материалы и методы. Исследования проводились в Кокандском филиале РСНПМЦОиР среди 63 (100%) женщин. Всем пациенткам с подозрением на инвазивные поражения шейки матки была выполнена кольпоскопия с визуальным осмотром, уксусной пробой (3% уксусный раствор) и пробой Шиллера (раствор Люголя). Биопсия была взята у всех пациенток. Возраст женщин колебался от 35-66 лет.
Результаты. При кольпоскопии: у 38 (60,3%) женщин было выявлено признаки дисплазии низкой степени, у 19 (30,1%) дисплазии высокой степени, и 6 (9,5%) инвазивного рака. При гистопатологическом исследовании: CINI – 32 (50,8%), CINII-III – 27 (42,8%), и 3 (4,8%) карциномы insitu или инвазивная карцинома.
Заключение: таким обоазом, рассмотренные диагностические методы имеют некоторые ограничения по отдельности, но комбинация этих методов, наиболее информативна и точна в оценке состояния шейки матки.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Уринов Э.Ю. Хасанов К.С., Нурмаматов Ш.Н.
Навоинский филиал РСНПМЦОиР

Цель. Оптимизировать результаты лечения РМЖ у пожилых (старше 65 лет) больных, с учётом соматического статуса и клинико-морфологических и биологических особенностей заболевания.
Материалы и методы. В исследовании использовались ретро и проспективные данные, проанализированы истории болезней, амбулаторные карты больных находящихся на учете в Навоинском филиале РСНПМЦОиР, за период с 2013 по 2018 гг с I, II и III стадией заболевания. Все больные были распределены по возрастным группам 65-70 лет, 70-75 и 75 и старше лет. Из них 60 больным проведено ИГХ (иммуногистохимическое исследование).
Результаты. 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 включённых в исследование пожилых пациентов преимущественновстречается 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: назначение адьювантной 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.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

Умарзода С.Г., Носирова Ф.Т.
ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абу Али ибн Сино», ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗН РТ

Цель исследования. Изучить факторы прогноза, влияющие на исход и выживаемость больных РЯ.

Материал и методы. 238 (100%) больных с морфологически подтвержденным диагнозом РЯ, получивших лечение за 2010-2018гг. в ГУ "Республиканский онкологический научный центр" МЗСЗН РТ.

Результаты. Группу высокого риска прогрессирования заболевания составили -147 (64,2%) больных, группу промежуточного риска – 59 (25,8%) и низкого риска - 23 (10,04%). На исход лечения и выживаемость оказывали неблагоприятное влияние такие факторы, как возраст> 60 лет, III –IVстадия РЯ, оценка общего состояния в 2-3 балла, асцит до лечения, нерадикальные операции в анамнезе, серозная аденокарцинома, низкая степень дифференцировки опухоли, наличие инвазии в капсулу, разрыв капсулы опухоли, распространение на соседние структуры, динамика снижения онкомаркера СА-125 в процессе неоадъювантной ПХТ, нарушение режима и незавершенность лечения. Показатели 5летней кумулятивной выживаемости больных РЯ составили 25%, что гораздо ниже по сравнению с данными других стран.

Заключение. При планировании комбинированного и комплексного лечения больных РЯ необходим индивидуальный подход с учетом неблагоприятных прогностических факторов, а также групп риска по прогрессированию заболевания.

ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОНИНИ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ

Хасанов Д.Ш., Мамадалиев М.М., Аманов И.М., Исаев З.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти, РИОРИАТМ Андижон филиали

Тадқиқотнинг мақсади. Простата бези саратони эрта аниқлаш учун текширув усуллари аҳамиятини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот простата бези саратони га шубха қилиниб, РИОРИАТМ Андижон филиали мурожат қилган 40 ёшдан 78 ёшгача бўлган 35 нафар эркакни кузатувига асосланган. Беморлар комплекс текширилди. ПСА стандарт усул бўйича простата бези секрециясини клиник ва бактериологик текширувдан сўнг ва агар керак бўлса, сурункали простатитни комплекс даволаш курсини ўтказгандан сўнг амалга оширилди. Ултратовуш текширув, трансректал ултратовуш текширув билан амалга оширилди. Ташхисни морфологик верификацияси учун простата пункцион биопсияси ўтказилди.

Натижалар. Қон плазмасининг умумий ПСА даражаси 7 дан 58,6 нг/мл гача бўлган. Барча беморларда простата бези ректал текширишда ПБСга хос бўлган ўзгаришларни аниқлади. Простата бези трансректал УТТда, простата безининг периферик зонасида унинг капсуласининг яхлитлигини бузилмаган холда гипо - ва гиперэхоген фокуслар аниқланди. Допплер текширувда простата безининг зарарланган соҳасида диффуз гиперваскуляризацияси қайд этилди. Бирламчи простата биопсияси учун кўрсатма мезонлари қуйидагилар бўлди: безда инфильтрат ёки тугун, ректал текширувда простата консистенциясининг нотекислиги, УТТда гипо-ёки гиперэхоген фокус, умумий ПСА даражасининг 4 нг/мл дан ошиши. Беморлар 24 нафарида (68,6%) простата бези саратони тасдиқланди. Простата бези қайта биопсияси учун кўрсатмалар: простата ҳажми 65 мл гача бўлган холда бирламчи биопсиянинг манфий натижаси, умумий ПСА даражасининг 4нг/мл дан юқорилиги, трансректал УТТда малигнизация белгиларини аниқлаши. 11 (31,4%) нафар беморда натижалар простата бези саратони га мос келди.

Хулоса. Простата бези саратони ни даволашнинг муваффақияти ректал текширув, ПСА, трансректал УТТ ва простата бези биопсияси усуллари ёрдамида ўсма жараёнини эрта аниқлаш ҳисобланади. ПСА даражасининг ошиши билан трансректал УТТда бездаги ўзгариш, ректал текширувда простата безида ўзгариши бўлмаса ҳам, простата бези биопсиясини ўтказиш учун кўрсатма ҳисобланади.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Хакимов Г.А., Ташметов М.Н., Яхяева В.К., Сабирова С.А.
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель. Оценить роль неоадьювантной полихимиотерапии в сочетании с хирургическим компонентом как прогностического фактора при местно-распространенном раке шейки матки с учетом гистологической структуры первичной опухоли на основании изучения последний 5 –летних результатов комбинированного лечения.

Материалы и методы: за период с января 2014 г. по декабрь 2019 г. было проведено ретроспективное исследование на базе Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР. Материалом для исследования послужили результаты наблюдений за 34 (100%) больными с диагнозом: РШМ IIB-IIIB стадиями заболевания, получившие 4 курс НПХТ по схеме карбоплатин с паклитакселем. В соответствии с целью исследования все больные были разделены в зависимости от варианта гистологического строения опухоли на две группы. Первую составили пациентки с плоскоклеточным раком шейки матки (ПлРШМ) 20 (58,8%) человек. Вторую – 14 (41,2%) больные с железисто-плоскоклеточным раком (ЖПлРШМ) и аденокарциномой шейки матки (АКШМ), данные два гистологических типа с учетом наличия железистого компонента были условно объединены в одну группу. Всем больным на первом этапе было проведено 4 курса химиотерапии на основе препаратов платины и таксаны. При полной или частичной резорбции опухоли и исчезновении инфильтратов в параметриях, выполнялось хирургическое лечение в объеме расширенной экстирпация матки с придатками (модификация Вертгейма-Мейгса).

Результаты исследования: При оценке сроков возникновения рецидивов можно заключить, что при аденогенных формах более чем у половины пациенток –54,2% рецидивы наблюдались на сроке до 3 лет, при ПлРШМ (58%). После 5 лет при ПлРШМ на сроке после 5 лет наиболее часто возникают метастазы в забрюшинные, паховые лимфатические узлы, реже в легкие и печень в отличии от аденогенных формах при которых наиболее часто возникают метастазы в паренхиматозные органы и кости на сроке до 3 лет.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что среди анализируемых гистологических вариантов РШМ больные отличались со статистической достоверностью по возрасту- при аденогенных формах преобладали пациентки от 50 лет и старше, при ПлРШМ преобладал более молодой возраст от 30до 45 лет, что по- видимому связано с гормональными изменениями. Наиболее благоприятным течением характеризуется плоскоклеточный рак шейки матки показатели общей выживаемости в данной группе пациенток были на всем сроке наблюдения выше, чем в группах с АКШМ и ЖПлРШМ. Таким образом, можно сделать вывод, что аденогенные формы рака шейки матки должны рассматриваться как наиболее агрессивные опухоли с неблагоприятным прогнозом, по сравнению с ПлРШМ, течение которого в целом носит более благоприятный прогноз.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хакимова Г.Ж., Валидова А.Ф., ГарумовВ.Г, Валидова М.Р.
Андижанский филиал РСНПМЦОиР

Цель. Оценка эффективности эндоваскулярной химиоэмболизации при местнораспространенном раке шейки матки в Андижанской области.

Материалы и методы: в исследование включены 12 (100%) пациенток с местнораспространенным раком шейки матки (МРРШМ), проходивших лечение в АФ РСНПМЦОиР с снтября2022 г.12 пациентам была проведена селективная ХЭМА с использованием Циклофосфана 75мг/м2, карбоплатина AUC 4 IB–IIIB стадий: 4(32,7%) со стадией Ib2a по FIGO (T1b2aN0M0), 4 (36,7%) со стадией IIb (T2bN0M0), 4 (30,6%) со стадией IIIab (T1bN1V0, T2aN1M0, T2bN1M0, T3bN0M0, T3bN1M0). Средний возраст пациенток - 45,8 года. Средний объем шейки матки до лечения составил 88,3 см3. Преобладали больные с экзофитными формами роста опухоли (44%), смешанная форма роста опухоли имела место у 24% пациенток и эндофитная форма - у 32%.

Комплексное обследование включало магнитнорезонансную томографию органов малого таза с внутривенным контрастированием, ультразвуковое 3Dисследование органов малого таза, определение уровня онкомаркера SCC, цистоскопию и ректороманоскопию/колоноскопию. У всех пациенток была проведена оценка гемодинамических показателей внутриопухолевого

кровотока и кровотока в маточных и яичниковых артериях до начала лечения и на 7й, 14й, 21й день после ХЭМА.
Результаты. Установлено значительное уменьшение объема опухоли после ХЭМА — он составил от 16 см3 до 63 см3, в среднем — 36,6 см3. Наибольшее снижение объема (на 76,3%) отмечено у пациенток с экзофитными формами заболевания. Выявлено существенное уменьшение количества внутриопухолевых сосудов и скорости кровотока, повышение индекса резистентности. После 2х курсов ХЭМА 2 (16,6%) пациенткам, у которых отсутствовала инфильтрация параметральной клетчатки и объем опухоли уменьшился на 50% и более, было проведено хирургическое лечение в объеме расширенной экстирпации матки с придатками/без придатков. У 3(25%) участниц продолжено проведение неоадъювантной полихимиотерапии — 2 курса в таксаноплатиновом режиме с интервалом 21 день. У 7 (58,3%) больных с остаточной параметральной инфильтрацией или уменьшением объема опухоли шейки матки менее чем на 50% был проведен курс сочетанной лучевой терапии.
Выводы. Включение в комплексное лечение больных МРРШМ селективной ХЭМА позволит улучшить результаты лечения пациенток, в особенности экзофитной формой роста опухоли, сопровождающейся кровотечением. **TUXUMDON GERMINOGEN**

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ IIIC и IV СТ.
Хакимова Г.Ж., Валидова А.Ф., Валидова М.Р.
Андижаснкий филиал РСНПМЦОиР
Цель. Оценить отдаленные результаты выполнения максимальных циторедуктивных операций у больных ракомяичников (РЯ) IIIC и IV ст.
Материалы и методы. В АФ РСНПМЦОиР с 2019г. по 2022 г. оперированы 66 (100%) первичных больных РЯ IIIC и IV ст. Пациентки разделены на две группы. Основная (n=39) - больные, которым выполнены максимальные циторедуктивные операции (гистерэктомия II типа с придатками с или без иссечения брюшины малого таза, резекция большого сальника. Контрольная (n=27) - больные, которым выполнены «стандартные» объемы хирургического лечения (гистерэктомия I типа или надвлагалищная ампутация матки с придатками и экстирпация или резекциябольшого сальника). В обеих группах морфологически превалировала серозная аденокарцинома (89,7% и 85,2%, p=0). РЯ в IIIC стадии восновной группе диагностировали у 23 (59,0%), в контрольной - у 16(59,3%) пациенток.
Результаты. Неоадъювантная ХТ (3 цикла) проведена у 48,7%и 62,9% пациенток основной и контрольной групп соответственно(p=0,8). Все пациентки получили минимум 6 циклов ХТ. В основной группе всем пациенткам выполнены оптимальные циторедуктивные операции (ЦО) (причем 15 (38,5%) пациенткам операция выполнена в объеме R0); в контрольной - 17(62,9%) пациенткам выполнены оптимальные, а 10 (37,1%) – субоптимальные ЦО. Медиана наблюдения составила 37,2 и 68,5месяцев в соответствующих группах. Медиана времени до прогрессирования заболевания в основной группе составила 42,2 мес., в контрольной – 12,9 мес. (p=0,0001). Медиана общей выживаемости в основной группе – 58,8 мес., в контрольной – 22,7 мес. (p=0,0004).
Выводы. Выполнение максимальных циторедуктивных операций сопровождается увеличением времени до прогрессирования и медианы выживаемости больных раком яичников IIIC и IV ст.

BACHADON BO'YNI SARATONI MAXALLIY TARQALGAN FO'RMASIDA DAVOLANISH NATIJALARI
Ergashev I.O', Xaitov D.X.
RIOvaRIATM Jizzax filiali
Maqsad. Mahalliy tarqalgan bachadon bo'yni saratoni III bosqichi bo'lgan bemorlarda adyuvant kimyoterapiyani o'tkazish orqali kombinatsiyalangan davolash natijalarini baholash. (T1-2N1M0)
Materiallar va usullar: tadqiqot guruhi 2017 yildan 2021 yilgacha bo'lgan davrda yordamchi kimyoterapiya bilan birgalikda kombinirlashgan davolanishdan o'tgan mahalliy tarqalgan bachadon bo'yni saratoni III bosqichli 60 bemorni o'z ichiga oldi. Taqqoslash guruhiga 2015 yildan 2018 yilgacha bo'lgan davrda bir xil kombinirlashgan davolanishni olgan, ammo yordamchi kimyoterapiya qo'shilmagan 33 bemor kiritilgan. Asosiy guruhda (n=60) standart kombinatsiyalangan davolash tugagandan so'ng yana uchta sisplatin bilan monoxemoterapiya kursi qabul qilgan. Bemorlarning hayot sifatiga deyarli sezilarli ta'sir ko'rsatmadi. Preparatning kuchli toksikligi ham aniqlanmagan.
Natijalar: asosiy guruhda bemorlarning 27 foizida (n=16) retsidiv kuzatildi. Taqqoslash guruhida - 45% (n=15). Ikkala guruhdagi mahalliy retsidivlarning chastotasi deyarli bir xil bo'ldi. Shu bilan

birga, yordamchi kimyoterapiya olmagan bemorlarda o'pka, jigar va para-aorta limfa tugunlariga uzoq metastazlar sezilarli darajada ko'proq namoyon bo'ldi. Bu fakt shuni ko'rsatadiki, birlamchi davolanish vaqtida dastlabki tekshiruv vaqtida tashxis qo'yilmagan uzoq metastazlar allaqachon mavjud edi. Tizimli kimyoterapiya bilan standart kombinirlashgan davolash qo'shilishi, aftidan, o'sma mikrometastazlariga ta'sir qilish imkonini berdi.
Xulosa: yordamchi kimyoterapiyadan foydalanish mahalliy tarqalgan bachadon bo'yni saratoni III bosqichi bo'lgan bemorlarning umumiy va kasalliksiz omon qolishini statistik jihatdan sezilarli darajada oshiradi.

O'SMALARIDA, O'SMA KAPSULASINING YORILISHI KASALLIK PROGNOZIGA TASIRI
Ergashev I.O'., Xaitov D.X.
RIOvaRIATM Jizzax filiali
Mavzuning dolzarbligi. Tuxumdon germinogen o'smalarini davolash jarayonida xirurgik aralashuvlarda ko'pincha o'simta kapsulasining yorilishi xolati tashxisi kuzatilinadi. Quyidagi ish o'sma kapsulasi yaxlitligining buzilishi kasallik kechishiga ta'sirini baholashga bag'ishlangan.
Materiallar va usullar. Tuxumdonlarning jinsiy hujayrali o'smalari bo'lgan qizlarning 50 ta holati tahlili o'tkazildi. Tuxumdon o'smalari bo'lgan qiz bolalarning o'rtacha yoshi 10,08 ± 0,58 ni tashkil etdi. O'simtaning o'rtacha hajmi 15,78 ± 3,05 sm. Tuxumdonlarning germinogen o'smalari bo'lgan bemorlarning asosiy shikoyati bo'lib o'g'riq sindromi kuzatildi. O'tkir og'riq sindromining kuzatilishi tuxumdon germinogen o'smalari bo'lgan 50 bemorning 17 tasida (34. 0%) shoshilinch operatsiyalar qilishga olib keldi. tuxumdon germinogen o'smalari 50 tadan 17 (34%), aralash germinogen o'smalar 16 bemordan 5 (31,25%). Sariq xalta o'smasi, embrion karsinoma va xoriokarsinoma 46,43% dan 77,78% gacha bo'lgan hollarda shoshilinch jarrohlik aralashuviga olib keladigan asoratlar bilan birga keladi.
Natijalar. O'tkir og'riq sindromining sabablari tuxumdon o'simtasining oyoqchasining buralishi yoki o'simta kapsulasining yorilishi sabab bo'ldi. Tuxumdon o'simtasining oyoqchasining buralishi ko'pincha disgerminoma va yetilmagan teratoma bilan og'rigan bemorlarda sodir bo'lgan va o'simta kapsulasining yorilishi bilan birga kechgan. Sariq xalta o'simtasi, embrion karsinoma, xoriokarsinoma yoki tuxumdonning germinogen o'smasi bilan og'rigan bemorlarda o'simta kapsulasi tuxumdon o'simtasining poyasi buralmagan holda yorilib ketgan. Shoshilinch operatsiya qilingan bemorlarda sarig'i qop o'smasi, embrion tuxumdon karsinomasi, 100% hollarda o'simta kapsulasining yorilishi qayd etilgan. Rejali operatsiyalar protokollarini o'rganayotganda, o'simta kapsulasining yorilishi ham rejali jarrohlik aralashuvlar paytida qayd etilganligi aniqlandi. Tuxumdonlarning germinogen o'smalari bo'lgan 12 (24,80%) bemorda o'simta kapsulasining yorilishi aniqlangan, ulardan shoshilinch jarrohlik aralashuvlar paytida tuxumdonlarning germinogen o'smalari bo'lgan 50 nafar bemorning 8 tasida (16%) kapsulaning yorilishi kuzatilgan. Rejali jarrohlik amaliyotida 4 (8%) holatda o'simta yorilishi aniqlangan. FIGO tasnifidan farqli o'laroq bolalar onkologlari tasnifiga ko'ra (POG/CCG), tuxumdon germinogen o'smasi kasallik bosqichiga ta'sir qiladi. FIGO tasnifiga ko'ra, tuxumdon germinogen o'smalari bilan og'rigan bemorlarning 66,86 foizi kasallikning I bosqichiga ega bo'lib, ularning 29,58 foizida o'simta kapsulasi yorilishi kuzatilgan. Bolalar onkologlarining tasnifiga ko'ra, qorin bo'shlig'ida o'simta hujayralarining mavjudligi bu jarayonni kasallikning III bosqichi deb hisoblash imkonini beradi. FIGO tasnifi bo'yicha I bosqichli bemorlarning deyarli yarmi bolalarda tuxumdon germinogen o'smalari tasnifiga ko'ra III bosqichga o'tadi. Ixtisoslashgan muassasada davolangan III bosqich kasalligi bo'lgan bemorlarda o'simta kapsulasi yorilishining kasallik prognozga ta'siri tahlil qilindi. Bemorlarning ushbu guruhida davolanish natijalarida statistik jihatdan sezilarli farq aniqlandi: 10 yillik omon qolish darajasi 89,79% va 79,59%; 15 yoshlilar mos ravishda 85,83% va 79,59%. Shunday qilib, o'simta kapsulasining yorilishi mavjudligi kasallikning III bosqichi bo'lgan bemorlarda prognozni sezilarli darajada yomonlashtiradi.
Xulosa. Tuxumdon germinogen O'simlaridao'simta kapsulasining yorilishi davolash natijalarini va kasallik kechishini yomonlashishiga olib keladi.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ РАКА ВУЛЬВЫ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
Эргашев Н.Р., Шукуров З.У.
Бухарский филиал РСНПМЦОиР
Цель. Изучение результатов лечения больных раком вульвы 1-2 стадий.
Материалы и методы: в онкогинекологическом отделении проведено 60 больных с рецидивом плоскоклеточного рака вульвы после комбинированного лечения 2005-2015 годах. Средный возраст 54,8 лет. Рецидивы (49 случаев) возникли в течение 5 лет наблюдения после первичного лечения, у 11 больных после указанного срока. Регионарные рецидивы и метастазы возникли у

11 больных, а местные у 52 пациенток (в 3 случаях была их комбинация). Применялись три вида методов лечения: Операция + адъювантная терапия (О+АТ); Криодеструкция + регионарная химиотерапия (К+РХТ); Химиотерапия + Лучевая терапия (ХТ+ЛТ).
Результаты лечения: I группу составили 34 больных, в схему лечения которых обязательно входил хирургический этап (О+АТ); II группа - 8 больных с паллиативным вариантом лечения по схему К+РХТ; III группу составили 18 больных с вариантом лечения ХТ+ЛТ. При выборе метода лечения учитывали размеры опухоли, локализацию, форму роста, наличие распада и др., однако основным критерием была ее резектабельность. В прогностическом плане представленные группы не сопоставимы. Очевидно, перспективность групп изменяется в порядке убывания от I к III группе. Показатель 5-летный выживаемости больных после лечения рецидива в I группе составил 71,4%, II-41,7%, III-31,7%. Межгрупповые различия статические не достоверны из-за малочисленности групп.
Выводы: лечение рецидивов рака вульвы представляет собой сложную задачу и требует для ее решения индивидуального подхода, применения комбинации различных методов специализированного лечения.

ТУХУМДОНЛАР ЎСМАСИ: ЖАРРОХЛИК АМАЛЁТИДАН ОЛИНДИНГИ ОПТИМАЛ ТАШХИСЛАШ

Шарипов А.Б., Набиев Н.П., Рахматов У.А., Мавлонов Р.Н.
РИОваРИАТМ Қашқадарё филиали

Мақсад. Тухумдонлар ўсмалари ҳамда ўсимтасимон хосиласи бўлган беморларни жаррохлик амалётидан олдинги тайёргарликни оптималлаштириш.
Материал ва усуллар. 2022-йилнинг август ойидан 2022-йилнинг декабр ойигача РИОваРИАТМ Қашқадарё филиали АРСЎК бўлимида тухумдонлар ўсмаси va ўсмасимон хосилалалар бўйича жаррохлик амалёти ўтказилган 60 нафар аёлларинг анамнезлари ўрганилди (беморларнинг барчасида бирламчи хирургик даво ўтказилган). Статистик малумотларни қайта ишлаш учун Статистик 6 дастуридан фойдаланилди.
Натижалар. 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган аёллар 63,7% ташкил этади. Аксарият аёлларда тухумдон ўсмалари яхши сифатли бўлиб чиқди: Сероз цистоаденома 25 та беморда (41,6%), сероз кистома – 21та (35%), эндометриод киста – 6 та (10%), фолликуляр киста -2 та (3,3%) чегараланган кистома 2 та (3.3%), муциноз кистома 2 та (3,3%), дисгермингиома (хавфли ўсма) 1 та (1,7%). Дермоид киста 1 та (1,7%). Хосилаларнинг пайдо бўлиш муддати беморлар анамнезидан 1 ойдан 8 йилгача муддатни ташкил этади. Тухумдонлар хажмли хосилаларини ултратовуш текшируви маълумотлари, оператив олинган хажмли хосилалар гистологик текширув хулосаси билан солиштирилди; эндометрий ва эндоцервикснинг ултратовуш текшируви малумотлари; бачадон танаси ва бўйнидан олинган қириндиларни гистологик текшируви малумотлари; қорин бўшлиғидаги эркин суюқликдан олинган пункцион материалнинг цитологик текшируви малумотлари ўрганиб чиқилди. Тадқиқотнинг ултратовуш усули тухумдонлар ўсмасини ташхислашда юқори малумотга эга бўлиб, бу бир қатор тухумдон ўсмаларининг тузилишини юқори аниқлик билан ташхислаш имконини беради (эндометроид кисталар ишончли ташхиснинг тахминан 62,5%, дермоид кисталар ишончли ташхиснинг 76,5% гача). Катта эҳтимоллик билан кичик тос аъзоларининг ултратовуш текшируви эндометрий патологиясини истисно қилиш мумкин, бу эса эндометрий холати тўғрисидаги ултратовуш текшируви хулосасининг мувофиқлиги ва бизнинг тадқиқотимизда ўтказилган қириндиларнингтистологик текшируви хулосаси билан тасдиқланган.
Хулоса. Тухумдонлар ўсмалари ва ўсимтасимон хосилалари бўлган беморларини операциядан олдинги тайёргарликни оптималлаштириш операциядан олдинги текширув муддатини қисқартиради, барча керакли текширувлар амбулатория шароитида ўтказилиши ташхис сифатини бузмасдан шифохонада диагностика манипуляцияси учун давлат харажатларини камайтиради.

АСОРАТЛАНГАН ПРОСТАТА БЕЗИ РАКЛАРИДА ИККИ ТОМОНЛАМА ОРХОЭКТОМИЯ АМАЛИЁТИНИ АҲАМИЯТИ ВА КЎРСАТГИЧЛАРИ

Ўринов Э.Ю., Гайнутдинов А.А., Бойитов О.И., Нуров Р.Р., Эшмурадов Ў.М.
Республика ихтисослаштирилган онкология и радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Навоий вилоят филиали

Мақсад: простата бези ракларида асоратланган босқичида (тана склетига, умуртқаларга, ўпкаларга МТС зарарланиши) андроген агрессиясини блоклаш ва камайтириш.

Материали ва усуллари: одатда икки томонлама орхоэктомия амалиёти 55 ёшгача бўлган эркакларда простата бези раки эрта босқичларида ПСА кўрсаттичи 15-35нг бўлган ҳолатда амалга оширилади.2018-2022 йиллар давомида РИОваРИАТМНВФ хирургия бўлимида 34та бемор Простата бези раки (МРТ, МСКТ-ўсма ҳажми 4,5-6,5 смни ташкил этади,сийдик қопи бўшлиғига ўсиш билан, core-биопсия гистологик тасдиқланган) асоратланган босқичи (Макрогематурия, сийдик тутилиши, қисман ичак тутилиши, ичакдан қон кетиш, тана склетига, умуртқаларга, ўпкаларга мтс зарарланиши каби асоратлар) 46-80ёш. Мазкур беморларга барчасига икки томонлама орхоэктомия амалиёти бажарилган. 4 та (11,7%) ҳолатда бел умуртқалари метастатик зарарланиши туфайли патологик синиш, қисман пастки параплегия икки томонлама орхоэктомия, гармонтерапия, бифосфанаттерапия туфайли параплегия ҳолати бартараф этилиши кузатилди. 2та ҳолатда цистпростэктомия амалиёти бажарилган. 2та (0,3%) ҳолатда кичик чаноқ бўшлиғи эвестирацияси, икки томонлама УКС, бир оғизли сигмастома қўйиш амалиёти бажарилган. Жумладан мазкур беморлар амалиёт олди даврида гармонтерапия, бифосфанаттерапия даволарини олган. 8та (23,5%) ҳолатда турли қўшимча асоратлари туфайли вафот этиши кузатилди (тромбоэмболия, миокард инфаркти, инсулть). 10 та (29,4%) ҳолатда гармонтерапия воситаларига нисбатан резистентлик кузатилган.
Натижа: Мазкур беморларда мавжуд асоратлар икки томонлама орхоэктомия амалиётидан сўнг клиник ва инструментал текширишлардан сўнг касаллик ремиссияси кузатилди 1,5-2 йил. МРТ, МСКТ-ўсма ҳажми 2,5-3,5 смни ташкил этади. МСКТ-суяк метастатик зарарланиши кальцинацияланган. Беморларда сийиши табиий йўлга ўтиши (Сийдик катетери олиб ташланди 24 та ҳолатда).
Хулоса: простата бези раки мавжуд 80 ёшгача бўлган беморларда Икки томонлама орхоэктомия амалиёти амалга оширилиши мақсадга мувафиқ (ПСА-15-45 нг тенг бўлган ҳолатда). Орхоэктомия Миниинвазив амалиёт ҳисобланади. Беморлар яшовчанлиг кўрсатгичи ошади. Дизурик муаммолар бартараф этилади. Бемор ҳаёт сифати ва рухияти яхшиланади.

БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИНИ ДАВОЛАШДА КИМЁ-НУР ДАВОСИНИНГ ТУТГАН ЎРНИ

Қорабоев И.З., Мухиддинов М.М.
РИОваРИАТМ Фарғона вилояти филиали

Мақсад: махаллий тарқалган бачадон бўйни саратонини даволашда нур даво ва кимё-нур давонингсамарадорлиги таққослаш.
Материал ва услублар: Мазкур текширишда Фарғона вилояти худудидаги 2019-2022 йиллар давомида даволанган, ўсма ўлчами 5см дан кичик бўлган беморлар (T2bN0M0, T3N0M0) ва чаноқ лимфа тугунларига матастаз (T2bN1M0) берган 34 нафар беморларда таҳлил олиб борилди. Уларнинг ўртача ёши 50,2±08 ни ташкил этади.Беморлар 2 гурухга бўлинди: 1-гуруҳ 19 та ва 2-гуруҳ 15 та беморларни ташкил этиб, ушбу беморларга кичик чаноқ хусусан бачадон бўйни соҳаси ва регионар лимфа тугунларига дистанцион нур терапияси ва брахитерапия ўтказилди. Иккинчи гуруҳ беморлар эса ҳар хафта нур терапия фонида монокимё даво, хусусан цисплатин 40 мг/м2 қабул қилишган. Стандарт қўшма нур терапия 2 та босқичдан иборат бўлиб, 1- босқичида «TERABALT» дистанцион нур терапия аппаратида 2та қисмга: А-нуқта бачадон бўйни соҳасига ва В-нуқта метастаз берган регионар лимфа тугунлар соҳасигаҳар куни РОД 2Гр дан жами СОД 46-48 Гр, ҳамда 2-босқичида брахитерапия РОД 5Гр дан хафтасига 2 марта, СОД 30Гр нур терапия якунида жами А нуқтага 76 Гр, В нуқтага 30 Гр қабул қилган. БеморларнуртерапияниРеспублика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Наманган вилояти филиали ва ТошШОД да стоционар шароитида қабул қилган.
Натижалар. Юқорида ўтказилган даво муолажаларидан сўнг, хар икки гуруҳ объектив эффекти баҳоланди ва унга кўра фақат нур терапия қабул қилган гуруҳда 18% (тўлиқ регрессия-6%, қисман регрессия -13%), химионур терапия қабул қилган гуруҳда эса 37% (тўлиқ регрессия-16%, қисман регрессия -22%)ни ташкил этди. Нур терапиядан кейинги кузатиладиган нур реакциялари кўрсаткичларига кўра, 1-гуруҳ беморларда ректит 8%, цистит 7% ва 2-гуруҳ беморларда эса ректит 6%, цистит 4% ва бироз лейкопения кузатилди.
Хулоса: хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, махаллий тарқалган бачадон бўйни саратонини даволашда нур терапия билан бир вақтда цисплатин билан монохимиотерапияни ўтказилиши нафақат даво эффективлигини 2 баробарга ошишини балки, нур терапиядан кейинги асоратларнинг камлиги билан хам афзаллигини исботлади.

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

ХОНДРОМИКСОИДНАЯ ФИБРОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: МСКТ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Абдуллаева Л.Ш., Полатова Д.Ш., Ходжибекова Ю.М.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Хондромиксоидная фиброма - редкие доброкачественные опухоли хрящевого происхождения. Хотя хонодромиксоидная фиброма челюсти встречается крайне редко, обычно поражаются передняя часть нижней челюсти. Хондромиксоидная фиброма – это безболезненная, медленно растущая опухоль, вызывающая разрушение и отслоение зубов. На рентгенограмме опухоль выглядит как кистоподобное образование, при этом некоторые из них имеют склеротический характер. Границы обычно плохо очерчены. Нерегулярные кальцификации могут визуализироваться, и тогда это уже носит название - остеохондрома.

Материалы и методы. Случай из практики: пациент с резецированной и гистологически подтвержденной хондромиксоидной фибромой нижней челюсти. 67-летняя женщина поступила в клинику Ташкентского государственного стоматологического института с отеком и затрудненным дыханием. При МСКТ исследование было выявлено огромное образование мягких тканей нижней челюсти. Клинико-патологические и рентгенологические особенности исследовали также с помощью магнитно резонансной томографии (МРТ).

Обсуждение и заключение. Хондромиксоидная фиброма (ХМФ) - редкая доброкачественная хрящевая опухоль, часто встречающаяся в метафизах проксимального отдела большеберцовой кости, проксимального и дистального отделов бедра и мелких костей стопы. Дифференциальный диагноз широк и включает простую или аневризмальную костную кисту, гигантоклеточную опухоль, неоссифицирующую фиброму, фиброзную дисплазию, энхондрому, хондробластому, эозинофильную гранулему и фиброзный кортикальный дефект. Наш случай демонстрирует редкое явление в нижней челюсти: При диагностике внутричерепной хондроцитарной опухоли важно отличить ее от энхондромы и хондросаркомы. МРТ обеспечивает детальную оценку объемных образований мягких тканей черепно-лицевой области, в то время как МСКТ предлагает превосходный анализ вовлечения костных структур. Настоящий случай подчеркивает важность МРТ в диагностике новообразований мягких тканей в челюстно-лицевой области.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ - ВОЗМОЖНОСТЬ ОБНАРУЖЕНИЯ РАЗРУШЕНИЯ КОСТИ

Абдуллаева Л.Ш., Ходжибекова Ю.М.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Целью данного исследования была оценка выявляемости костной деструкции рака нижней челюсти с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) с использованием 14 случаев плоскоклеточного рака нижней челюсти. Выявляемость костной деструкции, включая степень распространения на соседние мягкие ткани, оценивалась и сравнивалась с клинической картиной, компьютерной томографией (КТ) и обычными рентгеновскими снимками. МРТ могла показать разрушение кости каждой костной части почти так же, как и КТ, но дифференциация между простыми костными дефектами, расширением кости и разрушением кости на МРТ была затруднена. Характер костной деструкции альвеол, выявляемый при обычных рентгенологических исследованиях, не поддается оценке ни при КТ, ни при МРТ. Инфильтрация мягких тканей опухоли более четко выявлялась на МРТ по сравнению с КТ и обычными рентгенограммами.

Материалы и методы. Объектами исследования были 14 пациентов с плоскоклеточным раком нижнечелюстной области, включая нижнечелюстную десну, альвеолярную кость нижней челюсти. Классификация TNM карциномы полости рта использовалась для оценки стадии опухоли, но в обширных случаях, особенно при опухоли T4, было трудно клинически определить.

Результаты. В 12 случаях бугристость нижней челюсти демонстрировалась высокой интенсивностью сигнала на T1-взвешенных изображениях. Сигнальная пустота кортикальной пластинки выявлена в 9 случаях в области бугристости (75,0%), в 11 случаях в области щечных моляров (91,7%), в 5 случаях в области моляров (41,7%).

Заключение. Клиническая оценка, включая определение стадии рака нижней челюсти, независимо от того, распространяется ли опухоль на антральный отдел, без диагностической визуализации затруднена. Как только опухоль проникла в антральный отдел, расширение опухоли невозможно визуализировать напрямую. Кроме того, в обширных случаях трудно определить, происходит ли опухоль из десневой или антральной слизистой оболочки, что влияет на стадирование опухоли. В дополнение к традиционным рентгенологическим исследованиям мы обычно использовали МРТ и КТ.

THE ROLE OF MULTISPIRAL COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF AMELOBLASTOMA

Abdullaeva L.SH., Polatova D.SH., Xodjibekova Y.M.
Tashkent state dental institute, Uzbekistan

Abstract. Benign odontogenic tumors of epithelial origin are a group of diseases that, due to the variety of clinical course, pathomorphological features and various treatment options, are of great interest to clinicians. Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor with an aggressive clinical course, which is formed from an odontogenic epithelium in a mature fibrous stroma devoid of odontogenic ectomesenchyma.

The purpose of the study: to study the MSCT semiotics of ameloblastoma.

Materials and method. We examined 20 patients with ameloblastoma. The age of the patients was 20-33 (2±1.2). Among them, 12 patients were women, 8 patients were men. Multispiral computed tomography (MSCT) was performed in spiral mode on the Somatom Emotion 64 device (Siemens, Germany). MSCT with contrast was performed after a native study with the introduction of a contrast agent (nonionic contrast agent Unigexol (2 ml/ kg Unigexol 350 mg iodine/ml, Unique Pharmaceutical Laboratories, India) with subsequent scanning.

Results. At MSCT, small tumors were detected in 8 patients (40%) characterized only by marginal contrast enhancement, in 12 patients (60%) - large volumetric formations spreading beyond the bone, containing a solid component that moderately accumulates contrast, and low-density cystic areas. All 20 patients (100%) had no spread beyond the bone. MSCT in the bone window: 8 patients (40%) had a singlechamber, the remaining 12 patients (60%) had a multi-chamber volumetric formation with scalloped edges. The type of "bubbles" was visualized in 7 patients (35%), but this was not a pathognomonic sign of ameloblastoma. Also in our study, 3 patients (15%) had a connection with an uncut molar, 5 (25%) had resorption of the nearest
teeth. In 10 cases (50%) - pronounced thinning of the cortical layer of the lower, in 2 patients (10%) - the upper jaw. An osteolytic focus of low density without matrix mineralization was also observed in 4 (20%) cases.

Conclusion. The analysis of computerized tomography data allows: 1. to state the presence of a voluminous formation, 2. to determine its prevalence, 3. to characterize the boundaries and shadows, 4. to control postoperative changes. There are characteristics that make it possible to obtain information about the stage of development of pathology, its prevalence and to choose an adequate treatment strategy, including surgical one. Moreover, contrast-enhanced MSCT makes it possible to visualize focal mural nodes better accumulating contrast: it also makes it possible to assess the relative location of bone and tumor.

THE ROLE OF PERCUTANEOUS COMPUTER TOMOGRAPHY GUIDED SPINAL LESION BIOPSY

Abdurasulov I.M., Shermatov I.I., Ikromov I.I.
Kokand branch of RSSPMCOandR

Background: computer tomography guided spinal lesion biopsy has a great importance to evaluate the correct diagnosis and to identify the tissue nature. Spinal anatomy complex with many important vital structures. Open spinal lesion biopsy can be performed under the general anesthesia. And of course, it is uncomfortable for patients. CT-guided spinal biopsy can be performed under the local anesthesia.

Material and methods: we performed CT-guided percutaneous spinal lesion biopsy in three patients. All the cases performed under the local anesthesia and without complication. To perform CT-guided biopsy we used 18-G core biopsy needle and 17-G chiba needle.

Results: in all patients identified metastasis spinal bone and this histopathology conclusions helped to evaluate diagnosis.

Conclusion: CT-guided percutaneous biopsy is safty and an effective method to evaluate diagnosis.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВЫБОРЕ АДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдуллаева С.Х, Атабаева Д.О.

Бухарский филиал Республиканского специализированного научно- практического медицинского центра онкологии и радиологии

Цель исследования: данные литературы последних лет показывают, что в качестве прогностического фактора в комплексном лечении рака молочной железы важную роль играет определение гиперэкспрессии импликации рецептора эпидермального фактора роста HER-2/neu. что свидетельствует о неблагоприятном прогнозе течения заболевания. В связи с этим показано применение химиотерапии вместо высокоэффективной терапии Герцептином в качестве гуманизированного моноклинного антитела к HER-2\neu.

Материалы методы: у больных операбельным раком молочной железы в послеоперационном периоде после гистологической верификации определяли рецепторы эстрогенов (ЭР), рецепторы прогестерона PR и рецепторы эпидормального фактора роста HER-2\neu.

Результаты и обсуждения: проанализированы результаты иммуногистохимического анализа 132 больных раком молочной железы. Возраст больных колебался от 30 до 46 лет, у 92 (70%) пациенток диагностирована I-II стадия, а у 40 (30%) - III стадия заболевания у 44 женщин из 132 больных раком молочной железы. положительный ответ был у 64, из них у 32 - слабоположительный (+), у 24 - умеренно положительный (++), у 8 - положительный (+++). Отрицательный ответ был у 58 больных женщин. 8 женщин с HER-2 neu получали лечение Герцептином в комбинации с другими химиотерапевтическими препаратами.

Выводы: таким образом, выбор адъювантной химио-гормонотерапии осуществляется с учетом стадии заболевания, наличия или отсутствия метастатических регионарных лимфатических узлов, рецепторного статуса ЭР и PR и HER-2\neu, степени злокачественности, возраста и менструального статуса больных.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТИЛИРОВАНИЯПРОМОТОРНОЙ ОБЛАСТИ ГЕНОВ SFRP1 ИSFRP2 У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Абдихакимов А.Н., Тухтабоева М.Т.

ТОФРСНПМЦОиР, Центр высоких технологий, Ташкент

Рак молочной железы в настоящее время является наиболее часто встречающимся злокачественным новообразованием среди женщин, с ежегодно увеличивающимися показателями заболеваемости. В Узбекистане показатель заболеваемости составляет 11%.

Одним из молекулярных предикторов риска развития РМЖ является феномен гиперметилирования. Обнаружение взаимосвязи между феноменом гиперметилирования и риском возникновения опухоли приведет к созданию новых методов выявления предрасположенности к РМЖ, что позволит осуществлять профилактический контроль и своевременно диагностировать возникновение опухоли на ранних стадиях ее развития. Под метилированием понимают обратимую химическую модификацию структуры ДНК путем присоединения метильной группы к цитозину в составе CpG-динуклеотида.Гены SFRP1 и 2относятся к генам-супрессорам опухолей из-за потери экспрессии при различных раковых заболеваниях человека, что в основном связано с эпигенетической инактивацией посредством метилирования ДНК.

Целью нашего исследования было изучить профиль метилирования генов SFRP1 иSFRP2 у больных раком молочной железы в Узбекистане.

Материалы и методы. Были собраны образцы крови и биопсийных материалов для определения метилирования генов SPFR1 и 2 у 50 больных раком молочной железы. Выделенная ДНК была подвергнута бисульфитной обработке для дальнейшего проведения метилчувствительной ПЦР в режиме реального времени.

Результаты. Были изучены две разновидности метилирования геновSFRP1 и 2. Следует отметить что, встречается одиночное и парное метилирование этих генов одновременно.

В группе больных РМЖ изучение этого феномена показало, что одиночное метилирование встречается у 68% больных (у 34 из 50-ти пациентов), тогда как парное (одновременное) метилирование этих двух изучаемых генов выявлено у 8% (у 4 из 50-ти) пациентов.Раздельное изучение «одиночного метилирования» у вышеуказанных 34 больных РМЖ показало, что у 23 пациентов (46%) выявлено одиночное метилирование гена SFRP1, тогда как, одиночное метилирование генаSFRP 2 установлено у 11 пациентов (22%).

Выводы.У больных с РМЖ имеет место как одиночное, так и парноеметилирование изучаемых генов; вероятнее всего драйвером развития патологии молочной железы является ген SFRP1 (наибольшая частота метилирования в обеих группах- 46% и 24%); метилирование второго гена SFRP2 или «парное метилирование» двух этих генов является следующими этапами развития канцерогенеза.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА НА РАЗВИТИЕ И ИСХОД НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ COVID-19

Абилов П.М.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19), высококонтагиозное вирусное заболевание, вызванное тяжелым острым респираторным синдромом коронавирусом 2 (SARS-CoV-2), оказало разрушительное воздействие на мировую демографию, вызвав более 6 миллионов смертей во всем мире по состоянию на март 2022 г это самый серьезный глобальный кризис в области здравоохранения со времен пандемии гриппа 1918 г.

Цель исследования. Провести двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование влияния нового препарата на основе G. Lucidum и Alkhadai на развитие и исход коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели были проанализированы результаты лечения 50 пациентов с коронавирусной инфекцией, вызванной COVID-19. Все пациенты были разделены на группы: 1-я группа - больные коронавирусной инфекцией с подтвержденным положительным ПЦР-тестом, получавшие ивермектин в дозе 300 мг от массы тела (n=15), 2-я группа - больные коронавирусной инфекцией, получавшие байкалин в в дозе 500 мг (n=15), 3-я группа - больные коронавирусной инфекцией, получавшие лечение молнупиравиром 25 мг/кг массы тела (n=15), 4-я группа - больные коронавирусной инфекцией, получавшие новый препарат на основе G. Lucidum и черный тмин (n=15).

Результаты исследования. После заражения крыс экспериментальным штаммом коронавирусной инфекции SARS-Cov-2 была проведена ПЦР-диагностика для подтверждения наличия вируса. При проведении ПЦР-диагностики в крови крыс на 5-6 сутки обнаружено 110 копий/мл, что свидетельствует о высоком уровне вируса в дыхательных путях. Уровень обнаружения вирусной РНК составил 95%. При физикальном обследовании дыхательных путей с помощью зонда было установлено, что почти у 100% крыс обнаруживаются отек и гиперемия слизистой оболочки дыхательных путей. Также при пальпации у 90% крыс выявляли увеличение и утолщение лимфатических узлов. Гепатомегалия и спленомегалия также обнаружены у 90% крыс. Также при медицинском осмотре у всех животных (100 %) обнаружено снижение аппетита. Подопытные животные были вялыми, практически не реагировали на смену дня и ночи. При исследовании конъюнктивы глаз лабораторных животных обнаруживают отек и гиперемию слизистой оболочки. При биохимическом анализе крови выявлено повышение креатинина на 35%, которое у 80% зараженных животных составило 71,5±1,4 ммоль/л. Электролиты (K+, Na+, Cl-) повышены на 40% (4,9±0,23, 198,0±2,6, 150,0±3,7 ммоль/л). У 90 % подопытных животных наблюдалось повышение АСТ на 45 % и составило 68 ЕД/л. У 92 % подопытных животных наблюдалось повышение АЛТ на 25 % и составило 46 ЕД/л. У 90 % животных наблюдалось повышение общего билирубина на 45 % и составило 30 ЕД/л. Содержание D-димера увеличилось у всех животных (100%) и составило 350 нг/л (N<250 нг/л).

Выводы. Таким образом, применение нового препарата на основе Ganoderma Lucidum и Alkhadai при лечении коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19, оправдано, так как за счет аминокислотного комплекса не происходит избыточного накопления ангиотензина II, что приводит к нормализации биохимических и гистологических показателей.

ДИНАМИКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Авазов Ж.Х., Сабиров А.И.
Хорезмский филиал РСНПМЦОиР

Повышение внутричерепного давления у детей часто встречается в хирургической практике, что может значительно усложнять течение периоперационного периода (ПОП) абдоминальных операций (АО), увеличивая риск развития осложнений, длительность восстановления после

операции, ухудшая исход заболевания.
Цель исследования: определить влияние комбинированной анестезии на основе севофлюрана (КАС) в сравнении с анестезией пропофола на внутричерепное давление и мозговое перфузионное давление по данным офтальмодинамометрии центральной вены сетчатки в периоперационный период (ПП) АО у детей.
Материалы и методы: Обследовано 14 (1-14 лет) детей, которым в плановым порядке выполнялись распространённые оперативные вмешательства на органах брюшной полости (дивертикул Меккеля, кишечной непроходимости (КН), некротический язвенный энтероколит (НЯЭ). Внутричерепное давление (ВД) определяли неинвазимным способом, измеряя давление центральной вены сетчатки (ДЦВС) аппаратом (ЭО-2), мозговое перфузионное давление (МПД) определяли по формуле (МПД=САД-ВМД)
Результаты и обсуждение: При проведении тотальной внутривенной анестезии (ТВА) в подгруппе с нормальным ВД достоверного изменения данного показателя зафексировано не было, в подгруппе с внутричерепной гипертензией (ВГ) наблюдалось постепенное снижение данного показателя, к концу анестезии ВД снизилось до границы нормы (с исходных 16 до 9мм.рт.ст. к концу операции). При проведении КАС в подгруппе с нормальным ВД также достоверного изменения не отмечено, в подгруппе с ВГ увеличение к концу анестезии составило 60% по сравнению с исходным значением (с 15 до 24мм.рт.ст.) Значения САД до начала анестезии были достоверно выше в подгруппах с исходной ВГ, его динамика на этапах исследования характеризовалась снижением после индукции анестезии на 9% и 10% в подгруппах с нормальным ВД и на 23%и 24% в подгруппах с повышенным ВД. При анализе МПД в подгруппах с нормальным ВД отмечалось умеренное его снижение до 20% независимо от метода анестезии.
Выводы: у детей с ВГ проведение КАС приводит к дальнейшему увеличению ВД и снижению МПД, что связано созначительным увеличением времени послеоперационного восстановления сознания. ТВА на основе пропофола и фентанила обеспечивает стабильность мозговой гемодинамики и является методом выбора у пациентов с повышенным ВД.

ПРИНЦИПЫ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ НА ПЛЕЧЕ
Авазов Ж.Х., Сабиров А.И.
Хорезмский филиал РСНПМЦОиР
Цель работы. Выявить основные принципы анестезии при злокачественных опухолях на плечевом суставе
Материал и методы. Проведен анализ 34 больных, оперированных на плечевом суставе, выполненных в Хорезмском филиалеРСНПМЦОиР за период 2022-2023гг. На онкологические операции допускались пациенты I - III кл. по ASA, с индексом массы тела менее 30, с гипертонической болезнью I - II ст., при отсутствии в анамнезе цереброваскулярных заболеваний и декомпенсированного сахарного диабета.
Результаты. Анализ полученных результатов позволил выявить пять основных принципов анестезии при онкологических операциях на плечевом суставе. 1. Анестезия. В подавляющем большинстве случаев использовалась сочетанная анестезия - блокада плечевого сплетения межлестничным доступом и выключеним сознания путем ингаляции севорана или внутривенным введением пропофола. В качестве местного анестетика использовали 10-20 мл 0,75% раствора ропивакаина. В случаях интубации трахеи в индукции однократно использовали 100 мкг фентанила и 4 мг ардуана. В течение операции повторное введение миорелаксантов не требовалось. ИВЛ осуществляли с использованием вспомогательных режимов. Блокада плечевого сплетения позволила во время операции отказаться от наркотических аналгетиков и миорелаксантов, что обеспечивало плавное течение анестезии и быстрое пробуждение пациента. 2. Положение на столе. Для выполнения операции использовали два положения пациента: на боку с латеральным вытягиванием плеча и «пляжного кресла». Отсутствие рисков ортостатической гипотензии и возможность доступа к голове пациента делают это положение более выгодными для анестезиолога. Для предупреждения повреждения, шейный отдел позвоночника жестко фиксировали шейным воротником в функционально выгодном положении. При измерении АД в положении «пляжного кресла» делали поправку минус 20 мм.рт.ст. от показаний монитора. 3. Визуализация операционного поля. Это проблема решается введением до 15 мг/кг транексамовой кислоты и нитратов для снижения артериального давления на 25%-30% от исходного. 4. Инфузионная терапия. В среднем, объем инфузии на операции не

превышал 500 мл 0.9% раствора NaCl.
Выводы. Реализация выявленных принципов позволит обеспечить качественную анестезию при онкологическиях операциях на плечевом суставе.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПОДМЫШЕЧНОЙ ВЕНЫ В КАЧЕСТВЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Авазов Ж.Х., Сабиров А.И., Отажонов О.Б.
Хорезмский филиал РСНПМЦОиР

Цель задачи. Определение частоты успешности и непосредственных осложнений при центральной катетеризации через подмышечную вену.
Материалы и методы. В простое проспективное исследование, проводившееся с 11.2022 по 03.2023 г., включено 15 пациентов, нуждавшихся в катетеризации центральной вены. Двум пациентам катетеризация проводилась многократно. Медиана возраста составила 45 (от 35 до 65) лет; мужчин было 8, женщин – 7. Все катетеризации проводились по методу Сельдингера. В исследовании использованы катетеры однопросветные, порт-системы компании PHSMedicalGmbh (Германия). Для визуализации катетеризируемых сосудов использовали ультразвуковой аппарат.Для процесса имплантации в онлайн режиме использовался набор С – PortStandardF6.6 + Introducer (Германия), в состав которого входил стерильный чехол, стерильный гель и набор направляющих для пункционных игл. Все катетеризации, включенные в исследование, осуществлялись одним врачом, имеющего достаточный опыт катетеризаций вен как под ультразвуковым контролем, так и по анатомическим ориентирам.
Результаты. Пункцию подмышечной вены проводили либо после предварительной ультразвуковой визуализации (20 попыток), либо под непосредственным ультразвуковым контролем (15 попыток). Подмышечную вену удалось пунктировать во всех случаях (15 попыток) у всех 15 пациентов. Катетеризация центральной вены подмышечным доступом была успешной в 15 случаях из 15 (100% успешных катетеризаций). Катетеры были установлены в 15 случаях стандард порт-системы. Во всех случаях успешной катетеризации подмышечной вены сосудистый доступ обеспечивался либо через яремную (11), либо через подключичную (4) вену.
Выводы. Выбор подмышечной вены для формирования центрального венозного доступа характеризуется высокой частотой успешной катетеризации (94%), низкой частотой (менее 6%) и простым контролем непосредственных осложнений. Катетеризация подмышечной вены под ультразвуковым контролем является хорошей альтернативой другим методам формирования сосудистого доступа у пациентов с высоким риском тяжелых геморрагических осложнений и, при соблюдении методики катетеризации, никогда не приводит к ранению легкого и крупных нервов.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Агзамов И.М.[1], Улитин А.Ю.[2], Агзамов М.К.[3], Кривошеева В.В.[4]
ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь[1], СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург[2], Самаркандский медицинский университет, г. Самарканд, Республика Узбекистан[3], ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь[4]

Введение. Опухоли головного мозга являются наиболее частой формой злокачественных новообразований в детском возрасте, показатели заболеваемости которых неуклонно растут. Отсутствие ранней диагностики, ошибочная трактовка наблюдаемых симптомов, запоздалое обращение к специалистам все эти факторы имеют решающее значение в отношении исхода заболевания.
Цель исследования. Изучить результаты диагностики и лечения у детей с первичными опухолями головного мозга в Самаркандской области.
Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ результатов диагностики и лечения 129 детей с ПОГМ в возрасте от 1 месяца до 18 лет в период с 2004 по 2013 гг. В исследование были включены только дети, жители г. Самарканда и области. Мальчиков было 73, девочек – 56. Диагностика опухолей головного мозга проводилась на основании жалоб, анамнеза, данных неврологического и клинического обследования, результатов компьютерной или магнитно-резонансной томографии.
Результаты и их обсуждения. В период с 2004 по 2008 гг. было выявлено 44 (34,1%) случая с ПОГМ, в период с 2009 по 2013 гг. – 85 (65,9%) случаев. В возрасте до 5 лет – 31 (24,1%) случай, 6-10

лет – 32 (24,8%), 11-15 лет – 39 (30,2%) и в возрасте от 16 до 18 – 27 (20,9%) случая. По локализации супратенториальные ПОГМ выявлены в 38% случаев (49 пациентов), субтенториальные – в 53,5% случаев (69 пациентов), хиазмально-селлярное расположение было выявлено – в 8,5% (11) случаях. Опухоли ствола мозга выявлены в 20 случаях, что составило 30% от общего числа с субтенториальной локализацией. Общее состояние при поступлении у 56 детей оценивалось как средне-тяжелое, у 57 – тяжёлое и у 16 детей как крайне тяжёлое. Функциональное состояние по ШК составило: 90 баллов – у 24 (18,6%) детей, 80 балов - у 39 (30,2%), 70 баллов – у 16 (12,4%), 60 баллов – у 16 (12,4%) и менее 50 балов - у 34 (26,4%) детей. Оперировано 107 детей, что составило 83%. Остальные 22 пациента не были оперированы по различным причинам: тяжесть состояния, глубокое расположение новообразования, отказ родителей от операции. Из 39 оперированных детей с супратенториальным расположением опухоли головного мозга умерло – 4 (10,3%) детей; из 60 детей с субтенториальным расположением – умерло 8 (13,3%). Общая летальность составила 13,1%. При выписке функциональный статус у оперированных больных по шкале Карновского составил: 90 баллов – у 31 (33,3%) пациента, 80 баллов – у 9 (9,7%); 70 баллов – у 41 (44,1%); 60 баллов – у 3 (3,2%) детей; менее 50 баллов было выявлено у 9 (9,7%) детей.

Выводы. Увеличение числа больных детей с ПОГМ по годам исследования связано, на наш взгляд, как с ростом заболеваемости данной патологии, так и с улучшением методов нейровизуализации головного мозга (увеличение числа МСКТ и МРТ в Республике), что повысило возможности диагностики опухолей центральной нервной системы. Низкие показатели функционального состояния при поступлении, менее 50 баллов по ШК, (26,4% случаев), высокие цифры летальности (13,1%), говорят о имеющихся недостатках, связанных не только с поздней госпитализацией, но, также, и с низкой настороженностью специалистов на этапе первичного врачебного звена. Немаловажным является и недостаточная информированность родителей, об онкологических заболеваниях в детском возрасте.

МОРФОГЕНЕЗ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алимходжаева Л.Т., Халимов Ж.Ж., Ходжаев А.В., Зияведенова С.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР)

Цель. Улучшения диагностики и прогнозирования метастатического рака молочной железы в регионарных ЛУ на ранних этапах его развития, путем изучения особенностей метастазирования РМЖ в регионарные ЛУ, характера роста и развития метастазов опухоли, морфологии и морфогенеза реактивных процессов в лимфоидных образованиях.

Методы и материалы исследований. Материал ретроспективных исследований охватывает 158 наблюдений больных РМЖ в основном ранних стадий (T2 No-i Mo), прошедших лечение в РСНПМЦОиР в течение последних 12 лет (2000-2022 гг.). Для проведения данного исследования запланировано проведение морфологического и иммуногистохимического исследований (ER, PR, HER2 neu, Ki 67). Первая (I) группа включает 59 наблюдений и отличается наличием неинвазивных форм РМЖ. -Во II группе (46 случаев) регистрировались опухоли с началом инвазии.

Для 28 наблюдений III группы было свойственно преобладание инвазивных карцином. -В IV группе (19 случаев) только инвазивные раки с поздними метастазами в регионарных лимфоузлах.

Результаты. Метастатическому поражению, по нашим данным, было подвергнуто 17,8% исследованных регионарных ЛУ. Чаще других метастазы определялись в подмышечной группе лимфоузлов - 21,7%. Это в 1,6 раза больше, чем в подлопаточной и подключичной областях. Преобладание метастазов в подмышечной группе может быть объяснено преимущественной локализацией первичного ракового узла в верхне-наружном квадранте молочной железы (57,8%). Анатомически более близкие к ней подмышечные ЛУ, на которые приходится до 75% лимфооттока, являются первыми барьерами на пути дальнейшей диссеминации опухоли. Поэтому реактивные процессы и морфогенез метастазов в них выражены более ярко, по сравнению с подлопаточными и подключичными лимфроузлами. Пораженные метастазами ЛУ по своим размерам не отличаются от интактных, о чем имеются указания и литературе. В связи с этим необходим тщательный поиск в операционном материале всех лимфоидных образований. Канцероматозная ткань может встречаться и в едва видимых ЛУ.

Выводы. Так, на нашем материале, размеры 64,4% лимфоузлов с метастазами не превышали 1,0-1,3 см в длину. С другой стороны, крупные лимфоидные образования, достигающие 2,5-3,0

см, иногда сливающиеся в конгломераты, оказывались увеличенными лишь за счет жировой метаплазии значительной части органа.

РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ 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.
РСНПМЦОиР ТГФ

Цель исследования. Улучшения непосредственных результатов лечения больных раком шейки матки путем внедрения современных оборудований 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 проведён сочетанная лучевая терапия. Больные были разделены на две группы: исследуемая группа, 75 больных, которым в рамках дистанционного этапа лечения было выполнена 3D планирования объёмов 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 объёмов лучевого воздействия. Курс ДЛТ проводилась в статистическом режиме на область малого таза с 4-х полей по методике Box 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 внутриполостную лучевую терапию. Основной оцениваемый показатель – степень тяжести ранних лучевых повреждений и частоту клинического ответа опухоли, развития местных рецидивов.

Результаты. В условиях отделение радиационной онкологи 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±0,5 дней, а в группе контроля 25,9±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±5,4 месяцев. В основной и в группе контроля зарегистрировано 4,2 и 3,8% рецидивов соответственно, p=0,954, ОР=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 эпителит III и IV степени тяжести статистически значимо меньше наблюдалось в исследуемой группе 6,67% против 22,5% в группе контроля p=0,006.

РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ

Атаханова Н.Э.[1], Яхяева В.К.[2], Турсунова Н.И.[1]
Ташкентская медицинская академия[1], Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно практического медицинского центра онкологии и радиологии[2]

Во всем мире увеличивается показатель заболеваемости рака эндометрия среди женщин репродуктивного возраста и в менопаузе.В настоящее время показатель заболеваемости раком эндометрия составляет 19,5 на 100000 женского населения, за последние 30 лет заболеваемость раком тела матки (РТМ) возросла в три раза. В развитых странах это самая частая злокачественная опухоль женских половых органов.

Целью исследования является улучшение результатов лечения рака тела матки у больных путем разработки дифференцированного подхода в комбинированном лечении.

Материалы и методы. В исследования были включено 105 больных с диагнозом «Рак тела матки I стадии», больные были разделены на 2 группы: I - основная группа состоит из 60 больных получившие предоперационную брахитерапию (СОД=16-20Гр). Во II - контрольнуюгруппу входили 45 пациентов которые после кюретажа полости матки сразу же оперировались в объеме экстирпация матки с придатками и в плановым порядке получали сочетанную лучевую

терапию: от ДГТ СОД =44Гр, от брахитерапии СОД = 20Гр. Все биологические материалы, полученные при выскабливании полости матки и в результате операции в обеих группах подвергались иммуногистохимескому исследованию. Иммуногистохимическим методом изучались мутантный ген p53 и ген апаптоза bcl-2.

Результаты. При снижении экспрессии мутантного гена p53 после лучевой терапии у больных с низкодифференцированной эндометриоидной аденокарциномой общая и безрецидивная трехлетняя выживаемость была 69,7 ± 7,2 и 68,8 ± 7,4%, когда как при сохранении положительного статуса p53 эти показатели снизились до 66,5 ± 9,5 и 64,9 ± 7,3% (p <0,01). Статистически значимое снижение как общей, так и безрецидивной выживаемости отмечено у больных у которых не изменилась экспрессия гена bcl-2 после брахитерапии не зависимо от гистологического типа. При первичном обращении больных во время верификации заболевания помимо гистологического типа и степени дифференцировки рекомендуем уточнять и экспрессию генов p53 и bcl-2.

Выводы. При высокой экспрессии генов и в сочетании их с редкими формами РТМ, как серозно – папиллярная аденокарцинома, железисто – плоскоклеточная карцинома и при низкой дифференцировке эндометриоидной аденокарциномы лечение следует начать с предоперационной лучевой терапии.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ДИФФУЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМОЙ С ЭКСТРАНОДАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Атаханова Н.Э.[1], Кобилов О.Р.[1], Эркинова Ч.О.[1], Зияев Ш.В.[2], Сагдуллаева С.Н.[2], Алимжанова Д.М.[2]

Ташкентская медицинская академия[1], Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР[2]

Цель исследования: определение роли УЗИ в диагностике диффузной В-крупноклеточной лимфомой с экстранодальными поражениями.

Материалы и методы: в исследование были включены 81 больных, диффузной В-крупноклеточной лимфомой с экстранодальными поражениями, находившиеся на обследовании и лечении с 2015 по 2021 г. включительно. В исследование проводили УЗИ сканирование органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства, наружные и внутренние регионарные лимфатические коллекторы.

Результаты. С помощью УЗИ было констатировано наличие опухолевого поражения у 74 больных (91,4%). С помощью данного метода нам удалось визуализировать в некоторых случаях поражение легких, средостения, яичка, молочных желез и регионарные зоны лимфатических узлов. При поражении легких в пяти случаях на ультразвуковом сканировании были обнаружены у двух больных прямые (наличие плотного опухолевого узла) и у трех больных косвенные (наличие участка ателектаза, жидкость в плевральной полости) признаки болезни. С помощью УЗИ было констатирована наличие опухолевого поражения у 74 больных (91,4%). Из 81 больных у 37 (45,7%) наблюдались как экстранодальные, так и нодальные поражения с вовлечением подмышечных, паховых, забрюшинных, шейных и др. лимфатических узлов. В 44 (54,3%) случаях был диагностирован только экстранодальные опухолевые узлы.

Вывод: ультразвуковое исследование является достаточно эффективным методом диагностики опухолевых поражений органов и систем, который можно с успехом использовать как в первичной диагностике, так и в процессе лечения для мониторинга эффективности проводимых лечебных мероприятий ДВККЛ с экстранодальным поражением.

THE ROLE OF ANDROGEN RECEPTORS IN THE PROGNOSIS OF TRIPLE-NEGATIVE BREAST CANCER

Atakhanova N.E., Almuradova D.M., Ziyaev SH.V., Riksikhodjaeva N.A., Erkinova CH.

Tashkent medical academy, Tashkent city branch of Republican specialized scientific practical medical center of oncology and radiology, Uzbekistan, Tashkent

Relevance. Determining the level of androgen receptors in the tumor in patients with breast cancer is a very relevant and promising direction in studying the prognosis of the disease and finding new additional approaches to the endocrine therapy of breast cancer.

Purpose of the study. To evaluate the role of androgen receptor (AR) expression on the prognosis of triple-negative breast cancer.

Materials and research methods. The study included 126 patients with TNBC, who received treatment in the Tashkent City branch of the Republican specialized scientific practical medical center of Oncology and Radiology from 2016 to 2019y. Operational and biopsy material was subjected to

standard morphological and immunohistochemical evaluation. Clone AR441 was used to determine AR in breast tissue.

Results. In patients in the study groups, the distribution of patients was as follows: in 61 (48.4%) - positive expression of AR (+) was found, in 65 (51.6%) - AR (-) negative. The histological grade of malignancy in AR(-) was higher than in patients with AR(+) tumors. Evaluation of the degree of breast cancer depending on AR status showed that with AR (-) the largest number of patients had G -3-78.5%, and with AR(+) G -2-70.5% (r =0.13; p >0.05) stages of the disease. An analysis of the level of presence or absence of AR depending on menstrual status showed that the majority of patients with AR (-) menstruated - 35.4% or were in perimenopause - 32.3%, which cannot be said with AR (+) status, in which a large some patients were menopausal–47.5% (r = 0.03; p>0.05). The distribution of patients according to the stages of the tumor process depending on AR showed that with AR (+) status, the bulk of patients were in stages IIb - IIIa, which amounted to 29.2% and 20.0%, respectively. With AR (-) status, the largest number of patients had stage IIIb - 34.4% (r = 0.13; p>0.05). According to the histological forms of breast cancer in AR(-), as well as AR(+), the largest number of patients had invasive ductal cancer, which amounted to 66.2% and 67.2%, respectively. With AR (-), lobular cancer had a significant advantage, which occurred in 16.9% of cases, and with AR (+) medullary cancer was relatively common – 18.0% (r = -0.09; p>0.05).

Conclusions. In this regard, it can be said that the presence and detection of androgen receptors (AR) by TN breast cells during IHC-expression opens up prospects for the development of targeted therapy for this type, taking into account the presence or absence of androgen receptors.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В СТАДИРОВАНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Атаханова Н.Э., Газиев Л.Т, Алмурадова Д.М., Юсупов А.А., Хамидов Х.Х., Солиев Ф.А.,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии РУз, ТГФ РСНПМЦОиРРУз, Ташкентская медицинская академия

Цель. Определить диагностическую эффективность компьютерной томографии (КТ) в дооперационном стадировании рака ободочной кишки по Международной классификации TNM.

Материалы и методы. В анализ были включены КТ-данные 121 больного (мужчин – 48, женщин – 73) с гистологически верифицированным диагнозом рака ободочной кишки в возрасте от 29 до 88 лет (средний возраст 64,0Ѓ}10,4 лет). Локализация опухолей в правой и левой половинах ободочной кишки была приблизительно одинаковая (50,4% и 49,6%, соответственно). КТ была выполнена на мультисрезовых компьютерных томографах SomatomEmotion 6 и SensationOpen (Siemens). Подготовка больных к КТ включала в себя пероральное контрастирование кишечника 2% водорастворимым контрастным веществом (Ультравист или Урографин), принятым по 200 мл за 12 часов, 3 часа и 30 минут до исследования. КТ выполняли с внутривенным введением контрастного вещества. Все больные были радикально прооперированы, и данные КТ сопоставлялись с результатами морфологического исследования. Для вычисления достоверно значимых различий групп мы применяли критерий χ-квадрат. Диагностическую эффективность КТ вычисляли по операционным характеристикам (чувствительность, специфичность) и вспомогательным критериям (точность, прогностичность положительного и отрицательного результатов).

Результаты. При определении категории Т на КТ-изображениях мы анализировали структуру опухоли, состояние наружного контура кишки и окружающей клетчатки в области опухолевого поражения, измеряли денситометрическую плотность клетчатки в нативную фазу исследования, оценивали наличие изображения жировой прослойки между опухолью и прилежащими структурами, признаки опухолевой инвазии в соседние органы. КТ ограничена в визуализациислоев стенки кишки, поэтому дифференцировать опухоли категорий Т 1 и Т 2, т. е. прорастающие в слизистый и мышечный слои, не представляется возможным. Поэтому мы объединили эти категории в одну (Т 1–2) и отнесли к ней опухоли, ограниченные стенкой кишки. К категории Т 3 – опухоли, прорастающие всю толщу стенки кишки и распространяющиеся в окружающую клетку, к категории Т 4 – прорастающие висцеральную брюшину и/или в соседние органы и структуры. На основании полученных данных были определены КТ-симптомокомплексы для различных категорий Т. Для категории Т 1–2 характерны: однородная структура опухоли (p<0,001), четкий наружный контур (p<0,05) и неизмененная параколическая клетчатка в зоне поражения (денситометрическая плотность < –97,4 ед.Н), наличиеизображения

жировой клетчатки между опухолью и соседними органами. Для категории Т 3: неоднородная структураопухоли (p<0,001) с нечетким наружным контуром кишки(p<0,05), уплотнение окружающей клетчатки (денситометрическая плотность > –59,4 ед.Н). Для категории Т 4: всепризнаки, характерные для категории Т 3, а также отсутствиеизображения жировой прослойки между опухолью и прилежащими органами, инвазивный рост опухоли в соседниеорганы/структуры. Сопоставив данные КТ и данные морфологического исследования удаленного препарата кишки при оценке внеорганного роста опухоли (категории Т 3-Т 4), мы получилиследующие показателидиагностической информативностиКТ: чувствительность 93,6%, специфичность 81,5%, точность90,9%, прогностичность положительного ответа 94,6%,отрицательного 78,6%.КТ-оценку категории N мы проводили с учетом анатомических особенностей лимфооттока от ободочной кишки, который происходит по 4 лимфоколлекторам (эпиколические, параколические, промежуточные и основные лимфоузлы). Далее мы определили КТ-критерии для диагностики метастатически пораженных лимфатических узлов у больных раком ободочной кишки: наличие в одном из лимфоколлекторов более трех узлов размерами от 5 до 10 мм по короткой оси; единичный узел более 10 мм по короткой оси; наличие конгломерата лимфоузлов. В результате у 35 из 121 больного (28,9%) по КТ было диагностировано метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. При сопоставлении КТ-данных с данными морфологического исследования чувствительность КТ в определении категорий N 1-N 2 составила 77,8%, специфичность - 91,8%, точность - 87,6%, прогностичность положительного результата - 80,0%, отрицательного -90,7%.

Заключение. У больных раком ободочной кишки целесообразность проведения оперативного лечения, определение адекватного объема вмешательства и хирургического метода (лапароскопия, лапаротомия), необходимость назначения неоадъювантного лечения и возможность применения адъювантной химиотерапии зависят от выявления или исключения на дооперационном этапе внекишечного роста опухоли, метастатически пораженных регионарных лимфатических узлов, отдаленных метастазов. Для решения этих чрезвычайно важных клинических задачцелесообразно использовать широко распространеннуюи доступную компьютерную томографию как метод, обладающий достаточно высокими показателями диагностическойэффективности.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕЧЕНИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ РАСПОЛОЖЕННОСТЬ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Атаханова Н.Э., Алмурадова Д.М., Курбанова С.Б.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место по частоте злокачественных новообразований среди женщин. Порядка 15–20% случаев рака молочной железы составляет трижды негативный (ТНРМЖ) подтип (ЭР/ПР/HER2 – отрицательный), характеризующийся сравнительно высокой частотой прогрессирования и смертности. Решение о выборе схемы противоопухолевого лечения должно быть индивидуализированным и принимать во внимание профиль токсичности, предыдущее лечение, предпочтения пациента.

Целью данного исследования было изучение особенностей генетической расположенностьи и клинического течения тройного негативного РМЖ.

Материал и методы. В данном исследовании проведен анализ данных гистологического, иммуногистохимического исследования (определение рецепторов эстрогена и прогестерона, белка HER2/neu, Ki67, BRCA1) и клинических характеристик опухолей пациентки с клиническим диагнозом РМЖ, у которых отмечалось отсутствие экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона и белка HER2/neu.

Результаты. Средней возраст больных этой группы составил 44,7±2,3 года. По клиническим стадиям пациенты распределились следующим образом: IIa стадия отмечена у 31%, IIb – у 12,5%, IIIa – у 12,5%, IIIB – у 31%, IV (воспалительный рак) – у 18,5%. По гистологическому типу преобладали инвазивная неспецифического карцинома (67,7%) и низкая степень дифференцировки G3 (63,6%). В данной группе пациентов высокий уровень экспрессии BRCA1 (78%), Ki67 (индекс пролиферации ≥20% – 85,8%). У всех пациентов с тройным негативным РМЖ было проведено оперативное лечение в объеме радикальной мастэктамии (89,5%) и широкой секторальной резекции молочной железы (10,5%), в зависимости от локализации опухоли и метастазов в подмышечные лимфатические узлы. Метастазы в подмышечных лимфатических узлах наблюдаются у 85% больных. Пациентам была проведена химиотерапия в адъювантном

режиме по схеме: AC (25,5%), FAC (27,5%), TA (27,5%), TC (29,5%), От все наблюдаемые пациенты 3-е умерли. Тем не менее в 43,4% случаев тройного негативного РМЖ были отмечены рецидивы заболевания в течение 1 года.
Выводы. У больных с тройным негативным РМЖ наблюдается повышенная экспрессия BRCA1, Ki67, что может являться дополнительным маркером агрессии тройного негативного РМЖ.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМОЙ С ЭКСТРАНОДАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Атаханова Н.Э.[1], Кобилов О.Р.[1], Эркинова Ч.О.[1], Зияев Ш.В.[2], Сагдуллаева С.Н.[2], Маннапова Н.М.[2]
Ташкентская медицинская академия[1], Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР[2]

Цель исследования: изучение клинического течения диффузной В-крупноклеточной лимфомы с экстранодальными поражениями, основанное на клинические симптомы у пациентов.
Материалыиметоды:висследованиебылиключены81больных,диффузнойВ-крупноклеточной лимфомой с экстранодальными поражениями, находившиеся на обследовании и лечении с 2015 по 2021 г. включительно. Обследование начинали с опроса и осмотра больных. Основной жалобой больных были наличие уплотнения, появления увеличенных узлов, в различных участках тела. Боли в тех или иных органах. При опросе больных более детализировано изучали общие (В) признаки патологии - один или более из следующих симптомов: лихорадка выше 38◎ С не менее трех дней подряд без признаков воспаления, ночные профузные потоотделения, похудание на 10% массы тела за последнее 6 месяцев.
Результаты: наиболее часто больные жаловались на уплотнения и наличия увеличенных узлов в шее, в паховой области, в подмышечной впадине (58%). 39,5% больных предъявляли жалобы на боли в области печени (7,4%), в костях скелета (4,9%), головные боли (16%). 9 больных хотя и предъявляли боли в теле, но не смогли охарактеризовать точную локализацию и характер болей. Общая слабость и потеря аппетита наблюдалась у 54,3% и 50,6% больных соответственно. Потеря аппетита характеризовалась полным отсутствием желания принятия пищи у 7 (17,1%) из 41 больных, а у остальных выражалась быстрым насыщением (17/41,5%), у стольких же (41,5%) отсутствием желания есть того или иного компонента (продукта) пищи.
Выводы: симптомы свойственные В – признаку предъявили 46 больных (56,8%), из них 9 (11,1%) больных предъявили жалобы только на один признак, остальные 37 (45,7%) на два и более признаков.
Из 81 больных диффузной В – клеточной лимфомой с экстранодальными поражениями, у 35 (43,2%) была А стадия, и у 46 (56,8%) В стадия лимфомы.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ахмедова М.М., Якубова Д.С., Хошимов Б.М
Кокандский филиал РСНПМЦОиР

Рак молочной железы (РМЖ) - одно из самых распространенных в мире онкологических заболеваний у женщин. Смертность от РМЖ достигает 20% от общей онкологической летальности в женской популяции. В последние годы в Республике Узбекистан РМЖ также является наиболее частым и агрессивным видом новообразования у женщин с четкой тенденцией к неуклонному росту заболеваемости и находится на первом месте среди онкологических заболеваний. На сегодняшний день, остается актуальной проблема диагностики доброкачественных изменений в молочной железе и переход их в злокачественный.
Цель исследования: проанализировать результаты морфологической верификации доброкачественных новообразований молочных желез.
Материалы и методы: нами проанализированы результаты обследования 123 женщин, в связи с выявленным доброкачественных новообразований молочных желез. Возраст больных составило от 15 до 50 лет. Изучение осуществляли на гистологических срезах, полученных биопсиях: фиксировали 10% -ным забуферный формалином и затем подвергали парафиновой проводке. В последующем проводили морфологической верификации.
Результаты исследования: С-ч in situ молочной железы установлен у 9 (7,3%), у 8 (6,5%) пролиферативная мастопатия, у 18 (14,6%) больных внутрипротоковая папиллома, у 7 (5,6%) филлоидная фиброаденома, у 20 (16,2%) интроканаликулярная фиброаденома, у 30 (24%) периканаликуляная фиброаденома, а у 20 (16,2%) больных установлен фиброзно-кистозная

мастопатия, лейкоцитарно-воспалительная инфильтрация 3(2,4%), цистаденома 1(0,81%), аденоматоз 1(0,81%).
Заключение: таким образом, проведение морфологической верификации доброкачественных новообразований молочных желез дало возможность выявить РМЖ у 4 (3,2%), на уровне с-ч in situ и у 4 (7,3%) больных выявлено фактории риска РМЖ из 123 обследованных пациенток.

МРТ ПРИЗНАКИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ДИНАМИКИ И РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ахмедов Б.Р., Исмаилова М.Х., Хусанбоева Д.Д., Зульпикариев Д.Д.
Ташкентская медицинская академия

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 2021гг. с РПК mrT3(CRM+/-), EMVI(+/-) T4N0-2M0. Всем пациентам проводили МРТ органов малого таза до и после лечения различными методами, а также, МРТ органов забрюшинного пространства и брюшной полости, МСКТ органов грудной клетки. По данным МРТ определены: mrTNM классификация, CRM, EMVI признаки, подтверждённые гистологической верификацией. Всем пациентам проводились МРТ исследования до и после комбинированного и комплексного лечения, уточнялось развитие определённых 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.

MRI DATA ON THE VOLUME OF THE TUMOR AND ITS DISTRIBUTION TO THE UTERINE BODY

Ahmadalieva N.M.
The Andijan branch of the Republican specialized scientific-practical medical center for oncology and radiology, Andijan city

The aim of the study was to study the prognostic significance of the tumor volume, its spread to the body of the uterus, the presence of enlarged pelvic and para-aortic lymph nodes according to MRI before the start of radiation treatment for cervical cancer.
Materials and methods. The study included 39 patients with locally advanced cervical cancer (squamous cell carcinoma - 36, adenocarcinoma - 3) aged 21 - 68 years (median 44 years).
Results. Before the start of treatment, MRI of the pelvis was used to determine the volume of the tumor, its transition to the body of the uterus, the presence of enlarged pelvic and retroperitoneal lymph nodes. After the end of radiation therapy according to the standard method, the patients were observed for 8-24 months. A relapse-free course was established in 24 patients (group I); prolongation of the process in the pelvic area - in 6 patients (group II) and relapse - in 9 patients (group III). According to these groups, the mean tumor volume ±95% CI was 36±14 cm3, 59±26 cm3, 48±28 cm3; 12 (50%), 5 (83%) and 6 (67%) patients had spread of the tumor to the body of the uterus; enlargement of pelvic and retroperitoneal lymph nodes - 6 (25%), 5 (83%) and 6 (67%) patients. Statistically significant differences ($p = 0.003$) between groups I and II + III were identified by the presence of enlarged lymph nodes. The incidence of uterine body damage was higher in groups II + III, but the difference was not

statistically significant (p = 0.35). There was a trend towards more frequent continued tumor growth in patients with a large volume of the primary tumor.
Conclusion. Thus, an increase in pelvic and para-aortic lymph nodes, tumor volume, its spread to the body of the uterus according to MRI data can be used as predictors of the effectiveness of radiation treatment for cervical cancer.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ В ДИНАМИКЕ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЭКСТРАМУРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ СТРУКТУРЫ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Ахмедов Б.Р., Исламов Х.Д., Ярматов М.Б.
Ташкентская медицинская академия, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Актуальность: рак прямой кишки (РПК) является одной из ведущих проблем онкологии, что подтверждается высокими показателями заболеваемости и смертности населения по данным Всемирной организации здравоохранения.
Цель работы: повышение эффективности МРТ диагностического метода с помощью формирования групп предикт признаков, предоставляющие возможности прогнозировать динамику и исхода после различных способов лечения РПК в колопроктологии. Нами изучен МРТ малого таза взрослых пациентов возрасте от 30 лет до 80 лет, в период 2019–2022 годах с РПК mrT3(CRM+/-), T4N0-2M1-2. Всем пациентам проводили МРТ малого таза до и после лечения различными методами, забрюшинного пространства и брюшной полости, МСКТ органов грудной клетки.
Материалы и методы: по данным МРТ определены: mr TNM классификация, CRM, EMVI признаки, подтверждённые гистологической верификацией. Всем пациентам проводилось МРТ исследования малого таза, брюшной полости и малого таза, МСКТ органов грудной клетки до и после лечения для выявления и корреляционной связи экстрамуральной венозной инвазии EMVI и отдаленных метастазов. Уточнение удельного веса mrEMVI признака в прогнозе неблагоприятного течения и исхода РПК. При этом в группе EMVI(+) отмечено гематогенное метастазирование у 17 больных (27,4%), а в группе EMVI(-) у 2-х пациентов (2,74%), что явилось достоверно значимым фактором (p<0,05). При анализе данных 3 летней выживаемости с mrEMVI- и mrEMVI+признаками прослеживались весомые различия исхода заболевания и наблюдалось снижение показателя выживаемости при диагностике mrEMVI+.
Выводы: Выявление EMVI(+) может рассматриваться как независимый неблагоприятный фактор прогноза, что необходимо учитывать при планировании тактики лечения.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЪЕМНЫХ ПРОЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Ахралов Ш.Ф., Турдиев Ф.Э., Ортикбаева Ш.О., Юлдашев Т.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы. Определить значение ультразвукового метода исследования в диагностике и тактике лечения больных с объемными образованиями печени.
Материалы и методы. Обследовано 30 больных. В зависимости от процесса поражения больные были распределены на 2 группы – с доброкачественными образованиями - 15 (50,0%) и злокачественными образованиями – 15 (50,0%). Исследования проводились на ультразвуковом диагностическом приборе «Aplio 500» с использованием конвексных датчиков частотой 3,5 – 5,0 МГц.
Результаты. При проведении исследования было выявлено, что доброкачественные образования определялись у 20 больных (66%), с преобладанием мальчиков 13 (66%). Из них гемангиома выявлена у 12 больных (60%), которая характеризовалась четкими, округлыми контурами; очаговая узловая гиперплазия у 5 больных (25%), которые характеризовалась округлыми гиперэхогенными узлами; аденома печени у 3 больных (15%), которая характеризовалась наличием тонкой соединительной капсулой. Злокачественные образования определись у 10 больных (34%). Из них гепатоцеллюлярный рак печени у 6 больных (60%), который характеризовался неправильной округлой формой с неровными, нечеткими контурами; а холангиоцеллюлярный рак печени у 4 больных (40%), который визуализировался по ходу желчных протоков с нечеткими, неровными контурами.
Выводы. Представленная семиотика нарушений показателей печеночных объемных процессов и их взаимосвязи с клиническими данными, эхоструктурными изменениями в исследуемых органах доказывает, что ультразвуковая диагностика играет не маловажную роль в выявлении доброкачественных и злокачественных процессов в печени. Что указывают о высокой клинико-

диагностической и прогностической значимости комплексного ультразвукового исследования и тактики дальнейшего лечения.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С., Мирзамухамедов Х.К.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз.

Актуальность темы: в Узбекистане рак молочной железы занимает лидирующие позиции среди всех злокачественных опухолей – 11,2 случаев на 100 000 населения. На конец 2019 года, удельный вес рака молочной железы в структуре онкологических заболеваний в Республике Узбекистан составляет 19,4% среди пациентов, состоявших на учете (Тилляшайхов М.Н., и совет 2020). В последние годы большое внимание уделяется ранней диагностики рака и выявления и своевременное лечения предопухолевых заболеваний молочных желез на уровне первичного звена здравоохранения. Это достигается чаще путем самообследования и ультразвукового исследования молочных желез.

Цель исследования: путем внедрения в клиническую практику самообследования молочный железы и ультразвукового исследования (УЗИ) улучшить диагностику предопухолевых заболеваний и рака молочный железы на уровне первичного звена здравоохранения

Материал и методы исследования. На уровне первичного звена здравоохранения в поликлиниках города Ташкента (ЦП Шайхантахурского, Юнус-Абадского, Чиланзарского и Алмазарского районов) и в СВП Ташкентской области (в Зангиотинском и Ташкентском районах) проведено ультразвуковое исследование молочных желез у женского населения. По общепринятой программе и после составления опросника, обследовано 7551 женщин в возрасте от 18 до 96 лет, средний возраст составил – 60 лет.

С целью проведения ультразвукового исследования молочных желез использован аппарат фирмы «MINDRAYDS 60-64» (цветной допплер) с обеспечением линейного датчика с рабочей частотой 2-7.5 МГц., глубина сканирования составила до 2,5 см. Изображение по ширине оказалось на несколько сантиметров больше размеров датчика. Ультразвуковые признаки различных патологии молочных желез были разными, и они отличались друг от друга.

Результаты: на основании изучения данные УЗИ осмотрены 7551 женщин, из них у 973 (12,8%) выявлены различного рода заболеваний в молочных железах и каждая патология по данным УЗИ имела свои признаки, которые отличаются друг от друга и это имело диагностическое значение. У 384 (39,4%) выявлена диффузная мастопатия, у 344(35,3%) - фиброзно – кистозная мастопатия, у 60 (6,4%) - мастит, у 52(5,3 %) - фиброаденома молочной железы, у 59 (4,0 %) - образования в протоках молочной железы и у 94 (9,6%) - опухолевидные образования. При тщательном обследовании из 973 (12,8%) больных у 80 (1,0%) выявлен рак молочной железы. Среди больных раком молочной железы, у 3 (3,75%) выявлена 0 стадия, у 29 (36,25%) выявлена 1 стадия и у 29 (36,25%) - 2 стадия. Диагноз верифицирован гистологическим исследованием и в дальнейшем проведено лечение в онкологическом учреждении согласно стандарту диагностики и лечения.

Заключение: проведение ультразвукового исследования молочной железы на уровне первичного звена здравоохранения является обязательным методом исследования, которое позволяет выявить не только предопухолевые заболевания, но и рак молочной железы.

ВОЗМОЖНОСТИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Бабаханов А.Т., Хасанов Д.Ш.
Андижанский филиал РСНПМЦОиР, Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак поджелудочной железы - распространенное злокачественное заболевание, которое поражает важный орган человека, отвечающий за выделение необходимых ферментов. Своевременная морфологическая верификация диагноза при выявлении новообразований поджелудочной железы весьма актуальна в онкологической практике. Представляется опыт выполнения пункционных биопсий поджелудочной железы с взятием материала на цитологическое и гистологическое исследование.

Цель. Оценка возможности тонкоигольной аспирационной биопсии поджелудочной железы под контролем ультразвуковой исследования.

Материалы и методы. Проанализированы 36 пункций под контролем УЗИ, выполненные за 3 года с 2019 по 2022 гг. Среди пациентов было 20 мужчин и 16 женщин в возрасте от 24 до 74 лет. Манипуляция проводилась под местной анестезией в асептических условиях, при этом использовалась тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) с последующим цитологическим и гистологическим исследованием материала. Доступ осуществлялся через переднюю брюшную стенку в 7 случаях – трансгастральный, в 29 – прямой к образованию. ТАБ выполнялись иглой для спинальной анестезии с мандреном 22 G.
Результаты. При выполнении ТАБ в 3 (8,3%) случаях из 36 был получен не информативный материал. В 33 (92,7%) случаях материал признан информативным для цитологического и гистологического исследования. Таким образом, морфологическое исследование оказалось возможным в 33 (92.7%) из 36 случаев. При этом у 12 пациентов были диагностированы доброкачественные образования, у 19 процесс был определен как злокачественный, у 2 больного при цитологическом исследовании было высказано подозрение на рак. Результаты цитологического исследования удалось сопоставить с данными гистологии у 16 больных. Правильно определить характер процесса как доброкачественный или злокачественный при цитологическом исследовании материала оказалось возможным у 30 (89,3%) пациентов. У 3 больных были даны ошибочно отрицательные цитологические заключения, в связи со скудностью клеточного состава. Информативность цитологического метода составила 89,3%, чувствительность – 88,9%, специфичность – 90,9%. Определить гистологическую форму опухоли при цитологическом исследовании материала поджелудочной железы удалось в 87,5 % случаев. Постпункционная гематома небольших размеров была выявлена у 6 пациентов. Других осложнений не наблюдалось. При трансгастральной пункции устанавливался трансназальный желудочный зонд на 3–4 часа, для контроля за желудочным содержимым.
Выводы. При проведении пункционных биопсий поджелудочной железы материал, полученный для морфологического исследования, был признан информативным в 92,7% случаев. Определить характер процесса как доброкачественный или злокачественный при цитологическом исследовании материала оказалось возможным в 87,3% случаев. Чувствительность метода – 88,9%, специфичность – 90,9%.

RIO VA RIATM HAMANGAN FILIALI MAMMALOGIYA BO'LIMIDA 2018-2022 YILLAR DAVOMIDA O'TKAZILGAN AMALIYOTLARNI MORFOLOGIK STRUKTURASINI TAXLILI
Bozarova L.M., Xoshimov O'.S., Bekmuradov B.I.
RIOvaRIATM Hamangan filiali
Material. RIOvaRIATM Hamangan filiali mammalogiya bo'limida 2018-2022 yillar mobaynida jami 937 ta operatsiya o'tkazilgan. Shulardan 698 ta (74.5%) radikal mastektomiya, 239 tasi (25.5%) sut bezi keng sektoral rezeksiyasi ekspres tsitalogiy bilan operatsiyasi o'tkazildi. Radikal mastektomiya 100% xolatlarda saraton kasalligi, keng sektoral rezeksiyasi esa xavfsiz o'smalarda bajarildi.
Natijalar. RIOvaRIATM Hamangan filiali mammalogiya bo'limida jarroxlik usuli bilan davolangan 937 nafar bemorlar gistologik xulosasiпф ko'ra, Infiltratsiyalanib o'suvchi adenokartsinoma - 669 ta (95.84%), Infiltratsiyalanmay o'suvchi adenokartsinoma -13 (1.9%)
Pedjet kasalligi -9 ta (1.3%), Boshqa turdagi o'sma xujayralar 7 ta (1%).
Gistologik strukturasi bo'yicha infiltratsiyalanib o'suvchi adenokartsinoma aniqlangan14 nafar (2%) bemorda ikkinchi sut beziga, 9 (1.3%) nafar bemorda o'pkaga, 18 (2.6%) nafarida jigarga asosiy kasallikni metastazlari kuzatilgan. Pedjet kasalligi aniqlangan bemorlardan ikkinchi sut beziga metastaz kuzatilmagan.
Xulosa: 1. Sut bezi saratoni bilan og'rigan bemorlarda gistologik strukturasi bo'yicha eng ko'p 669 ta (95.84%)xolatda infiltrativ adenokartsinoma turi uchraydi.
2. Yuqori bo'lgan 5 yillik yashash ko'rsatkichi Pedjet kasalligida kuzatilgan.
3. Yashash ko'rsatkichi eng kam kuzatilgan turi ko'rkam xujayrali saraton bo'ldi.

ДОКЛИНИЧЕКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРЕПАРАТА «КОЛХИЦИНОЛ-2» (К-26-в)
Выпова Н.Л., Еникеева З.М., Салихов Ф.С., Агзамова Н.А., Камышов С.В.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз
Цель работы. Оценка безопасности нового препарата К-26-в при изучении элементов острой и хронической токсичности.

Материалы и методы: острую токсичность изучали на 30 беспородных мышах и 25 крысах. Изучение хронической токсичности выполнено на 40 крысах при 15 -кратном в/б введении в дозах 4, 8 и 16 мг/кг. Об изменениях процесса свертывания под действием препаратов судили по записям тромбоэластограмм, проведенным на тромбоэластографе Тромб-2. Изучение кумуляции было проведено по методу Lim'a. При тесте «открытое поле» оценивали влияние на ЦНС и ПМС. Конъюнктивальная проба была поставлена на 12 кроликах, которым в левый глаз закапывали 0,1мл 0,5 и 5 % раствора препарата. Местно-раздражающее действие препарата было изучено на 12 крысах, которым на два выстриженных участка спины с левой стороны наносили по 0,5мл растворов К-26-в 2-х концентрациях (0,5 и 5 %) в течение 10 дней. Достоверными считали различия при $p<0,05$.

Результаты. Доклиническое исследование общей токсикологии препарата «колхицинол-2» показало, что он относится к IV классу малотоксичных соединений. При многократном внутрибрюшинном введении крысам не оказывает влияния на поведение и динамику веса животных, не оказывает токсического действия на состав периферической крови, функцию почек и печени. Наблюдается замедление процесса свертывания крови у крыс в дозах 8 и 16 мг/кг в течение всего периода исследования. Через 1 месяц восстановительного периода все эти показатели изменялись в пределах физиологической нормы. В результате проведенного патоморфологического исследования внутренних органов крыс показано, что терапевтическая доза хорошо переносится животными и оказывает слабое токсичное действие на функции жизненно важных органов и систем. Выявлено, что препарат К-26-обладает незначительным кумулятивным действием, не обладает раздражающим действием на конъюнктиву глаза кролика и не вызывает раздражения, покраснения, отека или других видимых изменений на коже. В тесте «открытое поле», К-26-в не оказывал существенного влияния на вегетативные реакции организма.

Выводы. Выше перечисленные данные позволяют сделать вывод о том, что препарат К-26-в не оказывает выраженного токсического действия на организм животных.

ИЗУЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ПРЕПАРАТА «ДЭКОГЛИЦ»

Выпова Н.Л., Абрекова Н.Н., Еникеева З. М., Зиявиденова С.С., Нишанов Д.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз

Новый препарат дэкоглиц, полученный на основе дэкоцина и глициризиновой кислоты оказался в 2,6 раз менее токсичен, чем дэкоцин, а по своей противоопухолевой активности его эффект превышает действие дэкоцина, а также ряда известных цитостатиков.

Целью настоящего исследования было изучение хронической токсичности препарата «Дэкоглиц» для оценки его безопасности и изучение его влияния на нервную и сердечно-сосудистую системы экспериментальных животных.

Материал и методы исследования. Исследование хронической токсичности препарата Дэкоглиц проведено на 40 крысах при пероральном введении в дозах 13, 26 и 68 мг/кг в течение 30 дней. Контрольные животные получали дистиллированную воду. Также использовано 120 мышей и 18 кроликов для изучения снотворного и судорожного действия, а также влияния препарата на уровень артериального давления.

Результаты. Показано, что при 30-дневном пероральном введении крысам препарат не оказывает влияния на поведение и динамику веса животных, не оказывает токсического действия на состав периферической крови, функцию почек, но увеличивает в печени АлАт, однако через 1 месяц восстановительного периода все эти показатели изменялись в пределах физиологической нормы. Патоморфологическое исследование внутренних органов крыс показало, что при применении доз 13 и 26 мг/кг не проявляется токсичность при влиянии на внутренние паренхиматозные органы. Дэкоглиц в дозах 26 и 52 мг/кг при совместном использовании с успокоительными и снотворными средствами не вызывает антагонистического действия к средствам данной группы. Аналогично, с судорожными нейромедиаторами, доза Дэкоглица 26 мг/кг привела к сокращению судорог на 10-20%, в дозе 56 мг/кг препарат не влиял на возбуждающие процессы центральной нервной системы, препарат не вызывает даже незначительного патологического воздействия на уровень артериального давления.

Выводы. Все выше перечисленные данные позволяют сделать вывод о том, что препарат в терапевтической и двойной дозах не оказывает токсического действия на организм животных и, в частности, на нервную и сердечно-сосудистую системы животных.

ВОЗМОЖНОСТИ И РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНТРАЛЮМИНАЛЬНОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИИ ПОЧЕЧНОЙ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

Газиев Л.Т., Темиров Ш.К.
Джизакский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Джизак, Узбекистан

Актуальность. Известной особенностью рака почки является относительно частое, по сравнению с другими опухолями, его распространение по венозным коллекторам как по пути наименьшего сопротивления инвазивному росту. Термин “интралюминальная инвазия» обозначает распространение опухоли по просвету сосуда без обязательного прорастания сосудистой стенки. Эти обстоятельства налагают особую ответственность на врача ультразвуковой диагностики в предоперационной оценке распространенности опухолевого тромбоза для определения анатомического доступа и выработки рациональной тактики хирургического вмешательства.

Цель исследования. Изучение эффективности ультразвуковой диагностики для определения интралюминальной опухолевой инвазии рака почки.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование проводилось на аппаратах «SonoScope» S 22 (Китай). Сканирование проводилось конвексными и линейными датчиками с частотой 5, 7,5 МГц по методике стандартного серошкального сканирования. При этом использовали режимы тканевой гармоники и допплерографии. Во время исследования пациенты лежали на спине и/или на левом боку.

Результаты. При исследовании в В-режиме в просвете НПВ определялись изоэхогенные или гипер эхогенности массы, распространявшиеся из синусных структур почки по почечной вене, частичного окклюзивного или неокклюзивного характера, с наличием псевдофлотирующего (т.е. с единственной точкой фиксации) компонента или без него. У больных астенического и нормостенического телосложения можно было выполнить компрессионную пробу с полным или частичным отсутствием сдавления просвета НПВ. В ряде случаев определялось расширение просвета НПВ в проекции тромба. При использовании цветового допплеровского картирования (ЦДК) отмечался дефект заполнения на картограмме при неокклюзивных тромбозах и отсутствие прокрашивания просвета вены при окклюзивном поражении. В редких случаях при использовании режима ЦДК была возможна визуализация мелких кровеносных сосудов в тромботических массах. Однако чаще всего зафиксировать этот феномен не удается, вероятно, в результате аномального характера ангиогенеза в опухолевой ткани.

Спектральный анализ допплеровской кривой мы применяли, чтобы в сомнительных случаях отличить окклюзивный тромбоз от неокклюзивного: при выполнении дыхательной пробы при неокклюзивном тромбозе отмечалась синхронизация кровотока ниже уровня поражения с актом дыхания и его отсутствие при окклюзии. Анализ скоростных параметров не проводился из-за неинформативности данных, так как венозный кровоток очень лабилен и амплитуда его зависит от большого числа неспецифических факторов.

Выводы. Ультразвуковой метод является высокоинформативным, малоинвазивным и относительно дешевым в диагностике интралюминальной инвазии рака почки. В ряде случаев требуется дополнить обследование магнитно-резонансной томографией или ангиографией. Относительным недостатком УЗИ является зависимость результатов от квалификации врача и класса используемой аппаратуры.

ЛУЧЕВАЯДИАГНОСТИКА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ НОВООБРАЗОВАНИИ НОСОГЛОТКИ

Ганиев А.А., Ёлдашева Г.А., Нигматов Ж.К.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР МЗРУз

По данным клинических рекомендаций Европейского общества медицинской онкологии (ESMO) за 2020 г., заболеваемость носоглотки составляет 1,1 случая на 100 тысяч человек в год. По европейским данным, ежегодно регистрируется до 4 760 новых случаев. В России, по данным, приведенным в клиническом руководстве А.И. Пачеса, в 2013 г. с диагнозом злокачественного образования носоглотки на учет было поставлено 611 человек. За 2017 -2021г. В стенах Ташкентского областного филиала РСНПМЦоР и в частной клинике MEDION компьютерная и магнитно-резонансная томографии были проведены 752 пациентам с онкопатологией орофарингеальной области, из них у 78 (10.3 %) выявлена опухоль носоглотки: 12 пациентам ранее

лечение не проводилось, 66 больные проходили повторное исследование для оценки эффекта лечения. Для обследования данных пациентов было проведено 41 МСКТ (все с внутривенным контрастированием), 12 МРТ и у 25пациентов было проведено и МСКТ, и МРТ. МРТ и случаи, требующие проведения двух исследований (МСКТ и МРТ), встречались только у пациентов, проходящих повторные исследования для исключения или подтверждения остаточной опухоли или рецидива. Только 9 пациентам (кому проводилась МРТ) потребовалось введение контрастного препарата. В Ташкентской областном филиале РСНПМЦоР принята следующая тактика обследования лучевыми методами пациентов с предварительным диагнозом опухоль носоглотки: при первичном обращении выполняется МСКТ с внутривенным усилением; при подозрении на наличие интракраниального распространения проводится МРТ с внутривенным усилением; при контрольном обследовании после проведенного лечения также выполняется МСКТ с внутривенным усилением; при неоднозначной динамике и, особенно, при расхождении с данными фиброларингоскопии, которая обязательно проводится перед лучевыми методами исследования, рекомендовано проведение МРТ с введением контрастного препарата и использованием DWI последовательности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Гафур-Ахунов М.А., Касимов У.К., Шарипов М.М.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент, Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

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%). Возрасть больных колебался от 18 до 70 лет, большинство больных – 50 (73.5%) были в возрасте от 21 до 39лет.

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 – неоадъювантная таргентная терапия, операция и адъювантная терапия. II группа – операция и адъювантная таргетная терапия. III группа – операция.

Во всех группах произведена операция в объеме – эксхохлеация опухоли и цементопластика. Таргентная химиотерапия в неоадъювантном 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 неоадъювантной 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 матастазов 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 качество жизны.

БОШ МИЯ СОЛИД МЕТАСТАЗЛАРИНИНГ МУЛЬТИФРАКЦИОН РЕЖИМИДА ДИСТАНЦИОН НУР ТЕРАПИЯСИНИНГ РАНДОМИЗАЦИЯЛАНГАН ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

Гафуров Э.Р., Раззоқов У.С., Туланов Б.Т., Туқлиев Р.Р.
РИОваРИАТМ Қашқадарё филиали Қарши шахри

Мақсад. Мустақил даволаш усули сифатида мультифракцион режимида бош мия солид метастазларининг дистанцион нур терапиясининг маҳаллий назорати ва токсиклигидаги фарқни аниқлаш.

Материал ва методлар. РИОваРИАТМ Қашқадарё филиали радиотерапия бўлимида стандарт фракцион режимда ва мультифракцион режимда қуйидаги дозага тенг режими ҳисоблаб чиқилди: бош мияга CTV тотал 20 та фракция 2 Гр.дан СОД = 40 Гр (1- тадқиқот гуруҳи); бош мияга 20 та фракция CTV тотал 2 Грдан СОД = 40 Гр + CTV локал 3 Грдан СОД = 60 Гр (2- тадқиқот гуруҳи) гача; ва бош мия катта метастазлари учун стереотаксик нурланиш терапиясининг самарадорлиги ва токсиклигини баҳолаш учун рандомизацияланган тадқиқот ўтказилмоқда. Иккала гурух беморларга радиомодификатор сифатида Темозоламид 10ммг Текширув натижалари бош мия метастатик ўсмалари гистологик верификацияланган, максимал диаметри 20 дан 60 мм гача бўлган ўчоқлари бўлган беморларни ўз ичига олади.

Текширув натижалари 2021 йил июн ойидан ҳозирги кунгача 20 бемор максимал диаметри 20 дан 60 мм гача (Me=33 мм) текширувга киритилди. Улардан 13 нафари аёллар ва 7 нафари эркаклар, ўртача ёши 52 ёш (29- 72). Бирламчи ўчоққа тегишлилиги бўйича: 4- кўкрак саратони, 3- ўпка саратони, 2- колоректал саратон, 3- меланома; 1- буйрак саратони; 3 – тухумдонлар саратони 4 - бошқалар. Муолажа даврида Карновский индекси барча беморларда баҳоланди ва мос равишда 8 кишида- 80 балл, 6 кишида- 70 балл ва 6 кишида 60 баллни ташкил этди. Нурланган ўчоқлар ҳажмининг медианаси 8,36 см3 (3,8–46,29 см3)ни, 1- гуруҳда- 7,58 см3; 2- гуруҳда- 8,83 см3, 3- гуруҳда- 9,41 см3ни ташкил этди, гуруҳлар ўртасида фарқ аниқланмади, p=0,25.

Натижалар. Беморлар 1 ойдан 20 ойгача (Me= 8,8 ой) кузатилган, 1 ва 2 гуруҳларда ўртача кузатув медианаси мос равишда 2,5 ва 10,97 ой.

Барча гуруҳлар учун ўртача умумий яшовчанлик медианаси 12,3 ойни ташкил этди 12 ойлик умумий омон қолиш 51%, 24 ойлик- 36%. 1, 2 ва 3- тадқиқот гуруҳларида ўртача умумий омон қолиш мос рвишда 5,3ни (95% ДИ: 7,6- 22,2), 15.5 (95% ДИ: 9,05- 22,2) ва 23,3 ой (95% ДИ: 10,3- 42,5), p=0,01. Метастатик усманинг локал назорати МРТ маълумотлари бўйича контрастнинг кучайиши ва СКТ перфузияси билан баҳоланди. Бутун кузатув гуруҳида 12 ва 20 ойларда маҳаллий рецидивсиз яшовчанлик 66,4 ва 43% ни ташкил этди. 12 ойда тадқиқотнинг 1 ва 2 гуруҳларида-; 50,3 ва 84,3%, p=0,07. Симптоматик нурланиш некрози кўринишидаги нурланиш жароҳатлари 20,6% ҳолларда қайд этилган бўлиб, улар 2- 3 даражали нейротоксиклик билан бирга келган. 1 ва 2 текширув гуруҳларида нурланиш некрозисиз 12 ойлик яшовчанлик даражаси мос равишда 60,3 ва 87,4%ни ташкил этди, p=0,029.

Хулоса. Миядаги катта метастазларнинг мультифракцияон режимида дистанцион нур терапияси метастазларнинг инопробел локализация ҳолатида даволашнинг мақбул топилган мустақил усули ҳисобланади. Дастлабки ҳисоб- китобларга кўра, СОДнинг нисбатан қисқароқ режими нисбатан кўпроқ токсик. Тадқиқотнинг 1- гуруҳида (рандомизация пайтида беморларни танлашдаги хатони ҳисобга олган ҳолда) кузатув вақтининг етарли эмаслиги сабабли локал назорати самарадорлигидаги фарқларни баҳолаш қийин.

ОСОБЕННОСТИ ТРОЙНОЙ НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ

Газиев Л.Т., Саидов Э.М., Хасанова Ш.Ш., Ибрагимов Д.С.
Джизакский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Джизак, Узбекистан

За последнее десятилетие рак молочной железы прочно занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований у женщин в Республике Узбекистан. Заболеваемость РМЖ в Джизакской области в 2022 году составляет 12,7 случаев на 100 тыс. население. На долю тройной негативный рак молочной железы (ТНРМЖ) приходится 20-30 % всех случаев РМЖ. Эта форма рака чаще встречается у молодых женщин. Рак молочной железы с тройным негативным фенотипом является агрессивной формой и характеризуется высокими ежегодными показателями заболеваемости и смертности.

Цель исследования. Изучение этнических особенностей трижды негативного рака молочной железы среди женщин, проживающих на территории Джизакской области.
Материалы и методы. В исследование были включены 250 больных раком молочной железы, из которых в 61 (24,4%) случае был зарегистрирован тройной негативный подтип опухоли. Все больные тройной негативным раком молочной железы были разделены на 2 группы: 1 группа n=46 (75,4%) - больные этнически коренной народности (узбечки), 2 группа n=15 (24,6%) - больные некоренных народностей.
Результаты. Среди пациенток 1 группы средний возраст составил 48,4±12 лет, 2 группы - 52,4±10,6 лет. При изучении степени дифференцировки рака молочной железы (G): у больных 1 группы G1-1,7%, G2-53,3%, G3-45%. У пациенток 2 группы данные показатели составили: G1-9,6%, G2-32,7%, G3-57,7%. При проведении иммуногистохимического анализа опухоли у больных 1 группы среднее значение индекса Ki 67 составило 60%, у больных 2 группы - 55,6%. По распространенности рака молочной железы среди больных 1 группы: I A ст. составили 15%, II A ст. - 32,6%, II B ст. -16,3%, III A ст. - 14%, III B ст. - 16,3%, III C ст. - 2,3%, IV ст. - 3,5%. Среди пациенток 2 группы рак молочной железы: I A ст. составили - 8%, II A ст. - 42,7%, II B ст. - 26,6%, IIIA ст. - 6,7%, III B ст. - 9,3%, III C ст. - 6,7%.
Выводы. Частота встречаемости тройной негативного рака молочной железы на территории Джизакской области несколько выше, чем среди европейских и русских женщин. Женщины коренного этноса страдают данным подтипом рака молочной железы чаще, чем пациентки других народностей. Возраст заболевших в среднем до 50 лет и на 4 года моложе, чем среди пациенток некоренного этноса. Опухоль, среди заболевших тройной негативным раком молочной железы у больных коренной народности более чем в 50% случаев характеризуется местнораспространенной и диссеменированой формой заболевания. Отмечена редкая частота высокодифференцированного рака молочной железы и высокие показатели индекса пролиферативной активности в опухолевой клетке Ki67 среди пациенток коренного этноса.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ И БЕЛКА HER2/NEU В СИНХРОННЫХ МЕТАСТАЗАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ

Газиев Л.Т., Саидов Э.М., Хасанова Ш.Ш., Ибрагимов Д.С.
Джизакский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Джизак, Узбекистан

В мире рак молочной железы (РМЖ) занимает 1-е место среди всех онкологических заболеваний у женщин. В 2022 году рак молочной железы был выявлен более чем у двух миллионов женщин. В Узбекистане – это также наиболее частое онкологическое заболевание среди женщин. По данным онкоцентра РУз в 2022 году, он составляет 9,8 случаев. В Джизакской области заболеваемость РМЖ составляет 12,7 случаев. За последние десять лет заболеваемость резко выросла. Рост отмечается за счет выявления заболевания на ранних стадиях.
Цель исследования. Сравнительное исследование рецепторного и Her2/neu статуса первичных карцином молочной железы и их синхронных метастазов в лимфатических узлах.
Материалы и методы. Исследован материал 127 первичных карцином молочной железы и их синхронных метастазов в подмышечных лимфоузлах. По стандартным протоколам выполнено иммуногистохимическое исследование экспрессии рецепторов эстрогенов (ЭР), прогестерона (ПР) и Her2/neu. Оценка рецепторного статуса проведена по шкале Allred, экспрессии Her2/neu по % клеток с позитивной мембранной реакцией в соответствии с современными рекомендациями. Проведена статистическая обработка данных.
Результаты. В общей выборке без учета уровня экспрессии ЭР+ первичные опухоли составили 72,4%, ПР+ 60,7%. Рецептор-позитивные метастазы со статистически недостоверными отличиями выявлены с меньшей частотой: ЭР+ - 69,3%, ПР+ - 58,2%. ЭР негативные метастазы при рецептор-позитивных первичных опухолях составили 16,3%, ПР негативные метастазы - в 18,2%. При условной градации уровней экспрессии на 3 категории: низкий (3-4 балла по Allred), средний (5-6 баллов), высокий (7-8 баллов) выявлено следующее. При рецептор-негативных первичных опухолях такой же статус метастазов был выявлен в 68,6%, в 25,7% он был позитивным на низком уровне, в 5,7% - средним. При низком уровне экспрессии ЭР в первичной опухоли рецептор-позитивные метастазы составили 76,9%, при среднем - 76,5%, при высоком - 96,9%. Сходной была картина ПР-статуса. Частота ПР-позитивных метастазов коррелировалась с рецепторным статусом первичной опухоли, составив 65,4, 88,6 и 93,8% соответственно при низком, среднем и

высоком уровнях экспрессии ПР в первичных опухолях. Her2/neu статус в метастазах ожидаемо практически не изменялся. В 66,7% при гиперэкспресии в первичной опухоли сохранился 3+ статус, в 33,7% результат изменился на 2+. При первичных опухолях, относящихся по молекулярно-генетической клпссификации к люминальному типу А, в 9,1% диагностированы метастазы с тройным негативным иммунофенотипом.

Выводы. Полученные результаты дают основания для постановки вопроса о необходимости иммунофенотипирования не только первичной опухоли, но и метастазов в регионарных лимфоузлах, представляющих собой наиболее агрессивный клон опухолевых клеток, на который должна быть направлена адъювантная терапия. Исследование хотя бы части пораженных лимфоузлов в первую очередь целесообразно при рецептор-негативном статусе первичной опухоли.

ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Газиев Л.Т., Хасанова Ш.Ш.

Джизакский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Джизак, Узбекистан

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 дисгормональная дисплазия, или 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 30 лет и у 60% в возрасте 40 и более лет, притом, что половину всех клинических случаев составляют различные варианты диффузной ФКБ. Мастопатия - это дисгормональный гиперпластический процесс, характеризующийся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов. Основная роль в возникновении ФКБ отводится дисгормональным 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 370 пациенток с различными формами мастопатией. Среди клинико-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 и после еды в течение 1-3 месяца.

Результаты: у 278 (75,1%) в процессе лечения было отмечено явное субъективное улучшение состояния в виде уменьшения нагрубания молочных желез и исчезновения болевого синдрома. Клинические данные в 70% случаев были подтверждены результатами обследований (рентгеномаммография + УЗИ). Отсутствие субъективного и объективного эффекта отмечено только у 19 (5,1%) пациенток, а отрицательная динамика не наблюдалась. Среди 46 больных кистозной формой мастопатии у 39 (84,7%) отметили явное клиническое улучшение, в 7 (15,3%) случаях стойкого эффекта не отмечено. Высокую эффективность продемонстрировал препарат при лечении мастодинии. Из 89 больных с выраженным болевым синдромом в процессе лечение полный эффект зарегистрирован у 86 (96,5%). Помимо высокой эффективности препарата отличается удобством использования, что немаловажно для современных женщин. Препарат характеризуются хорошей переносимостью.

Выводы. Таким образом, препарат Мамоламин проявил выраженное лечебное действие у больных 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.

ИЗУЧЕНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У ИНТАКТНЫХ ЖИВОТНЫХ И У ЖИВОТНЫХ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Гильдиева М.С.[1], Мусаева Ш.Н.[1], Файзиев Ф.Ш.[2]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии[1], Ташкентская медицинская академия[2]

Цель исследования изучение иммунного статуса в эксперименте у интактных животных с разным генотипом и у животных с имплантированными опухолями.

Материал и методы. В эксперименте были использованы белые мыши линий BALB/c, C57Bl/6 и беспородные, а также опухолевые штаммы АКАТОЛ, меланома В-16, саркома-180. Выделение лимфоцитов проводили с помощью градиента плотности фикола-верографина с удельной плотностью 1,077. Определение пула циркулирующих Т- и В-лимфоцитов, регуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов (Т-хелперов/индукторов и Т-супрессоров/киллеров) и натуральных киллеров (НК) определяли методом иммунологического фенотипирования (ИФТ) с помощью моноклональных антител к поверхностным рецепторам определяемых клеток (г. Москва, Институт иммунологии).

Результаты. Анализ выявил, что некоторые показатели иммунного статуса отличаются у животных с разным генотипом. Клеток с фенотипом СД3+ и СД4+ меньше у беспородных мышей, СД8+ больше у BALB/c в связи с этим ниже у них же иммунорегуляторный индекс (ИРИ). Фагоцитарная активность нейтрофилов (ФАН) выше у мышей линии C57Bl/6 и у них же выше процентное содержание СД20+.

У мышей линии BALB/c с имплантированной опухолью АКАТОЛ по сравнению с интактными животными общее количество лейкоцитов, ФАН, СД3+, СД4+, ИРИ было на 50% меньше, а клеток с фенотипом СД8+, СД20+, СД95+ на 50% выше. У мышей линии C57Bl/6 с меланомой В-16, также, как и у животных линии BALB/c наблюдается некоторое снижение общего количества лейкоцитов и лимфоцитов, ФАН, СД4+, ИРИ и повышение СД8+, СД20+ и особенно СД16+ (в 3,5 раза). У беспородных мышей с имплантированной опухолью саркома-180, наблюдаются те же изменения, как и у линейных животных лишь с незначительным увеличение общего количества лейкоцитов.

Выводы. Независимо от генотипа организма и опухоли мы наблюдали аналогичные изменения иммунного статуса с небольшими отличиями. Полученные данные можно использовать для создания модельной тест-системы, чтобы определять коррекцию иммунного статуса при опухолевой прогрессии.

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ЖИВОТНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМ ПРОЦЕССОМ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭКОТОКСИКАНТОВ

Гильдиева М.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Целью данного исследования было изучение показателей (ПОЛ и АОЗ) в сыворотке крови экспериментальных животных-опухоленосителей при воздействии экотоксикантов, в частности нитрата натрия.

Материал и методы. Использовали белых беспородных мышей с имплантированной опухолью саркома 180 для определения воздействия экотоксикантов, загрязняющих воду и почву (нитраты), на показатели перекисного окисления липидов. Активность СОД плазмы определяли по методу снижения скорости восстановления нитросинего тетразолия в присутствии НАДН и феназинметасульфата. Уровень ДК оценивали по отношению интенсивности поглощения изопропанольных экстрактов при длинах волн 215, 220 и 232 нм. Измерение оптической плотности проводили на спектрофотометре СФ-34.

Результаты. У животных-опухоленосителей было отмечено значительное увеличение показателей продуктов ПОЛ – диеновые конъюгаты (ДК) и малоновый диальдегид (МДА) на 87,5% и на 130,6% относительно показателей интактных мышей. В то же время, у животных с перевивным штаммом саркома-180 наблюдается заметное снижение показателей ферментов системы антиоксидантной защиты. Так, уровень супероксиддисмутазы (СОД) снизился на 65,4% относительно интактного контроля, глутатионпероксидазы (ГП) – на 44,6%, глутатионредуктазы (ГР) – на 75,0% и каталазы – на 71,7% относительно показателей группы интактных животных. В данной группе животных наблюдалось увеличение накопления продуктов ПОЛ по сравнению с группой животных без воздействия нитрата натрия. Так уровень ДК составил 115,6% относительно интактного контроля, а МДА – 164,8%. Также отмечалось более выраженное

снижение уровня ферментов АОЗ – СОД (-73,3%) и каталазы (-92,4%), что свидетельствует о способности нитрата натрия не только увеличивать процессы ПОЛ при опухолевом росте, но и изменять активность некоторых ферментов, участвующих в утилизации гидроперекисей.
Выводы. Анализ полученных данных показал наличие глубоких нарушений у животных-опухоленосителей, которые выражаются в усилении свободнорадикальных процессов в организме и снижением потенциала системы антиоксидантных ферментов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕРМИНАЛЬНЫХ МУТАЦИЙ В ГЕНАХ BRCA1/2, CHEK2, PALB2 У ЛИЦ С ОТЯГОЩЕННЫМ СЕМЕЙНЫМ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Голотюк М.А.[1,2], Борзунов И.В.[1,2]
ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», 620036, г Екатеринбург, Россия[1], ГАУЗ СО «Институт медицинских клеточных технологий», 620026, г. Екатеринбург, Россия[2]

Цель исследования. Выявить носителей герминальных мутаций в генах BRCA1/2, CHEK2, PALB2 среди лиц с отягощенным семейным онкологическим анамнезом. Оценить спектр и частоту выявленных мутаций.
Материалы и методы. В исследовании участвовали 693 жителя Свердловской области. Критерием включения было наличие родственников 1-3 степени родства с установленным диагнозом онкологического заболевания. Молекулярно-генетической анализ включал выделение ДНК из периферической крови и анализ методом PCR-RT с детекцией кривых плавления. Детектировались 11 распространенных мутаций в генах BRCA1/2, 4 мутации в гене CHEK2 и 1 мутация в гене PALB2 (спектр мутаций согласно используемой тест-системе «HRR-скрининг», ТестГен, Россия).
Выводы. Мутации были обнаружены у 76 (11%) человек. Спектр мутаций был следующим: 33 (4,8%) мутации c.5266dupC в гене BRCA1, 2 (0,29%) мутации c.4035delA в гене BRCA1, 1 (0,14%) мутация c.181T>G в гене BRCA1, 39 (6,33%) мутаций c.470T>C в гене CHEK2, 1 (0,14%) мутация c.444+1G>A в гене CHEK2. Не было обнаружено ни одной мутации в гене PALB2. В 2 случаях мутация c.470T>C была обнаружена у лиц с мутацией c.5266dupC в гене BRCA1. Все носители мутаций, кроме одного, были женщины. В совокупности было отмечено 75 случаев рака в семейной истории всех носителей дефектного гена BRCA1 и 56 эпизодов рака в семьях носителей мутации в гене CHEK2. Чаще всего в семейном анамнезе встречался рак молочной железы (44,3%), а также рак яичников (7,6%), предстательной железы (4,6%). Средний возраст постановки онкологического диагноза у родственников носителей мутации в гене BRCA1 составил 38,6 лет, у носителей CHEK2 – 55 лет.
Выявление носителей герминальных мутаций в генах гомологичной репарации крайне важно для профилактики развития онкологических заболеваний, а также дальнейшей тактики лечения пациентов с наследственным раком.

UMURTQA POG'ONASIDAGI GEMODINAMIKA O'ZGARISHLARINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI. ANESTEZIYA

RIO va RIATM FVF
Zokirov N.T.

Material va usullar. 5 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan 65 kishi (39 qiz va 26 o'g'il) tekshirildi tos a'zolari va pastki qismida operatsiya qilingan yillar orqa miya behushligi ostida oyoq-qo'llar.
Dastlabki vegetativ holatni baholash uchun vegetativ ko'rsatkichlar so'rovnomasi ishlatilgan (Vayne, 2000), vegetativ ko'rsatkich Kerdo, yurak urish tezligining o'zgaruvchanligini tahlil qilish. Tadqiqot natijalari asosida biz bemorlarning 3 guruhini aniqladik: birinchi guruh - simpatotoniklar (26 kishi), ikkinchisi - vagotonika (18 kishi), uchinchisi - eytonika (21 kishi). Barcha guruhlar jihatidan solishtirish mumkin edi yoshi, jinsi, jarrohlikning tabiati. Operatsiya ichidagi o'tkazish gemodinamikaning invaziv bo'lmagan monitoringi, o'rtacha arterial bosim aniqlandi (APm.), yurak urish tezligi (HR), umumiy periferik qarshilik tomirlar (OPSS), qon aylanishining daqiqali hajmi (MOV), zarba hajmi (SV).
Natijalar: Simpatik guruhda anesteziya rivojlanishiga javoban qon bosimining pasayishi kuzatildi. 13,8% ga ($p < 0,05$), yurak tezligining 8,7% ga pasayishi ($p < 0,05$), TPVR 17,3% ga kamaydi ($p < 0,05$), esa SV 21,5% ga ($p < 0,05$) va BV 8,4% ga oshdi ($p < 0,05$); atonik guruhda qon bosimining pasayishi qayd etilgan. 17,7% ga ($p < 0,05$), yurak urish tezligining 6,4% ga pasayishi, VR 20,2% ga ($p < 0,05$), SV ning 14,9% ga o'sishi ($p < 0,05$) va BV 5,4% ga. Ushbu o'zgarishlarni quyidagicha izohlash mumkin simpatik blokadaning rivojlanishiga kompensatsion-adaptiv reaktsiya. Undan farqli o'laroq vagotonika

bo'yicha dastlabki ikki guruh, fonida XOQ 8,1% ga (p <0,05) pasayish kuzatiladi, qon bosimining pasayishi. 25,2% ga (p <0,05), yurak urish tezligi 12,8% ga (p <0,05), VR 27,2% ga (p <0,05), ortadi SV 10,4% ga (p <0,05). Operatsiya ichidagi gemodinamikani tahlil qilish qon bosimining pasayishini ko'rsatdi. 16% hollarda simpatik bemorlarda boshlang'ich ko'rsatkichlarga nisbatan 30% yoki undan ko'p, 22% hollarda atonika. Vagotoniklar guruhida arterial gipotenziya 38% da qayd etilgan, bundan tashqari, 3 ta holatda, uni tuzatish simpatomimetiklarni qo'llashni talab qildi.
Simpatik bemorlarda 5% hollarda bradikardiya (yurak urish tezligining daqiqada 60 zarbadan kamayishi) kuzatilgan. eytonikada 7%, vagotonikada 16%.
Xulosa. Olingan natijalar boshlang'ich vegetativ holatning ta'sirini ko'rsatadi o'murtqa behushlik paytida gemodinamik o'zgarishlarning tabiati. Eng aniq ifodalangan yilda orqa miya anesteziyasi rivojlanishiga javoban gemodinamikada o'zgarishlar sodir bo'ladi vagotonika.

ГИПОФРАКЦИОНИРОВАННЫЙ МЕТОД РАДИОТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Зайнутдинов Н.О., Абдужаппаров А.С., Асатуллаев Б.Б.
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР

Цель: профилактика риска заражения вирусом SARS-CoV-2 больных раком молочной железы (РМЖ) 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 МАГАТЭ-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 23 больных РМЖ. Средний возраст пациенток составил 47,6±6,62 года. 10 (43,5%) пациенток, после радикальной мастэктомии, получили облучение на область послеоперационного рубца и на зоны регионарных лимфатических узлов РД=2,67 Гр, 5 фракций в неделю (n=16 фракций) СОД=42,72 Гр. В 13 (56,5%) случаях, после органосохранных операций, облучению были подвергнуты область молочной железы, послеоперационной рубец и зона регионарных лимфатических узлов РД=2,67 Гр, 5 фракций в неделю (n=15 фракций), СОД=40,05 Гр и доведение СОД до 53,4 Гр на ложе опухоли облучением boost РД=2,67 Гр, 5 фракций, СОД=13,35 Гр, посредством методики IMRT на линейном ускорителе Elekta "Synergy" с использованием 3 D 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 комфортностью 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.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОСИНТЕЗ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Зайырбекова Н.А., Макиева К.Б., Султангазиева Б.Б.
Национальный центр онкологии и гематологии МЗ КР, КРСУ

Актуальность. В КР по последним статистическим данным (2020г.) РМЖ занимает стойкое первое место в структуре онкологической заболеваемости, составляя 18,5 %. Стойкий рост заболеваемости и смертности от рака молочной железы требует совершенствования и оптимизации имеющихся методов ранней диагностики и лечения, а также внедрению новых. Так как РМЖ является крайне многоликим онкологическим заболеванием, диагностика должна быть комплексной и включать в себяклинические, лабораторные, лучевые и методики интервенционной радиологии в зависимости от возраста и клинической картины.
Метод исследования. Одним из новых методов ранней диагностики заболеваний молочных желез в Кыргызской Республике является ультразвуковой томосинтез. На сегодняшний день

ультразвуковой томосинтез в мировой практике активно применяется и является объектом многочисленных дискуссий, вызывая к себе огромный интерес. В Кыргызской Республике конце 2020-года появился аппарат SiemensAcusonS 2000 ABVS (Automated Breasts Volume Scanning).Ультразвуковой томосинтез – это новый высокоинформативный метод диагностики, выполняющий послойное объёмное изображение молочных желез. Чувствительность, специфичность и общая точность томосинтеза в диагностике рака молочной железы составляет до 99%. Добавление методики томосинтеза в алгоритм обследования пациенток с непальпируемыми образованиями молочных желез позволяет расширить стандартные методы обследования (маммография, ультразвуковое исследование) и повысить значения основных диагностических показателей.

Результаты. Преимущество автоматического способа сканирования молочных желез состоит в том, что это оператор-независимый, объективный метод диагностики, в отличие от достаточно субъективного ультразвукового исследования молочных желез в двумерном режиме, также что нет лучевой нагрузки. При данном методе исследования визуализируются не только непальпируемые образования в трехмерном режиме, но и микрокальцинаты, что очень важно в ранней диагностике рака молочной железы, особенно мультифокального, также важную роль играет тот факт, что данный метод исследования является методом выбора при плотной молочной железе.

Выводы. Таким образом, в проведении ультразвукового томосинтеза влияние человеческого фактора сведено к минимуму. Визуализация трехмерного изображения более информативна, сравнительно двумерной.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ГОРТАНИ

Ибрагимов З.Н., Маматова М.Ш., Киличова Д.Р., Матякубов Т.Х.

Республиканский специализированееый научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Хоразмский филиал

Цели и задачи. Оценить отдаленные результаты применения конформной лучевой терапии при комбинированном лечении локализованного рака гортани.

Материалы и методы. Взяты для изучения 98 пациенты получившие химиолучевое лечение с 2020 по 2023гг. на базе Хорезмского филиала РСНПМЦОиР. Первую группу составили пациенты после химиотерапии и лучевой терапией-63 (64,3%) с раком гортани. Вторая группа 35(35,7%) пациентов – получившие только химиотерапевтическое лечение. Средний возраст составил в 1-й группе 55,7 +-1, во 2 группе 56,2+-1 (p>0,05). Из 98 больных анализируемых пациентов, соотношение мужчин и женщин, составило, в 1-й группе 33:1, во 2 группе 11:1. С 1-й стадией в 1 группе было пролечено 32(50,8%) пациента, во 2-й группе-21(60%). Со 2-й стадией в 1 группе 31 (49,2%), во 2 группе 14 (40%). В 1 группе с G1 31(49,2%), 2 группе 19 (54,3%), пациентов. С G2 1 группа 29 (46,1%), 2 группе 14 (40%). G3 в 1 группе 3 (4,7%), 2-2 (5,7%). Дистанционная лучевая терапия была проведена пациентам из 1-й группы. Суммарные очаговые дозы лучевой терапии составили от 40 до 70 Гр, в среднем 57 Гр.

Результаты. Местный рецидив возник в 1-й группе 0(0%), во 2 группе 6 (17,1%) (p=0,03). Время до прогрессии составило 5-29 месяцев в обеих группах. Летальный исход во 2-й группе 2 (5,7%). Среднее время до прогрессирования 16,6 месяцев.

Общая 3 летняя выживаемость составила: для 1-й группы 96%, для 2 группы 62,9%. Общая выживаемость p=0,04. Безрецидивная 3 летняя выживаемость-89% для 1-й, 64,3% для 2 группы.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что проведение лучевой терапии после химиотерапии при раке гортани позволяет значимо улучшить безрецидивную и общую выживаемость по сравнению с группой, где проводилось только химиотерапевтическое лечение.

ОЦЕНКА НОВЫХ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ К-50, К-60 И К-61 В СРАВНЕНИИ С ЭТОПОЗИДОМ В ПРЕОДОЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ НА МОДЕЛИ САРКОМЫ 180

Ибрагимов А.А.[1,2], Еникеева З.М.[1], Агзамова Н.А.[1]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии[1] МЗ РУз, Ташкент, Ташкентский научно- исследовательский институт вакцин и сывороток[2]

Введение. В современной онкологии молекулярно-генетические исследования являются неотъемлемой частью диагностики злокачественных новообразований и выбора лечебной тактики. Применение новых лекарственных средств - «таргетных» препаратов, действующих

непосредственно на молекулярную мишень в опухолевой клетке, требует обязательной идентификации на лекарственную устойчивость (ЛУ), определяющих эффективность химиотерапии рака.

Цель исследования. Изучить механизмы противоопухолевой активности производных колхицина К-50, К-60 и К-61 на биологические мишени, обуславливающие ЛУ опухоли к цитостатику.

Задачи исследования. Воздействия ТД (мкг/кг), К-50 (40), К-60 (70), К-61 (18) и этопозида (15) на рост опухоли, синтез ДНК/РНК, активность топоизомеразы II (Topo2), экспрессию генов MDR2 и p53. Материалы и методы. При выполнении настоящей работы использовали биохимические и молекулярно биологические методы, ОТ-ПЦР. Результаты. In vivo, на модели Саркомы 180 К-50, К-60, К-61 и этопозид соответственно: ингибировали – рост опухоли на 94, 76, 81 и 90%; синтез ДНК/РНК на 60/70, 75/65, 80/70 и 65/54%; активность Topo-2 на 54, 60, 70 и 55%; экспрессию MDR2 на 82, 85, 88 и 62%;

и повышали экспрессию p53 на 75, 75, 80 и 55%.

Выводы. Высокая противоопухолевая активность К-50, К-60, К-61 подтверждается высоким ингибированием синтеза ДНК/РНК и их модулирующим воздействием на гены биологических мишеней обуславливающие ЛУ в опухолях.

ВОЗМОЖНОСТИ ПЭТ/КТ В ДИАГНОСТИКЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Израильбекова К.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Ташкент

Актуальность. Данные публикуемой научной литературы свидетельствуют о том, что на протяжении последних 40 лет заболеваемость раком молочной железы (РМЖ) в большинстве стран постоянно увеличивается – риск заболеть РМЖ в течение жизни существует для каждой девятой женщины. При этом у 61% больных с впервые выявленным РМЖ имеется локализованная первичная опухоль, 5-летняя выживаемость при этом составляет 98,6%. Однако, приблизительно у 30% пациенток с впервые выявленным РМЖ, отмечают распространение опухоли в регионарные лимфатические узлы, 5-летняя выживаемость этой группы больных составляет 84,4%, а 5% больных с впервые выявленным РМЖ имеют метастатическую форму РМЖ с 5-летней выживаемостью 24,3%. В связи с этим резко возросла потребность в наиболее эффективных методах ранней диагностики и точной оценки распространенности опухолевого процесса.

Цель исследования. Анализ роли и возможностей использования ПЭТ/КТ в комплексе лечебно-диагностических мероприятий при распространенном раке молочной железы.

Материалы и методы исследования. Материалами для исследования послужили данные медицинских документов и результаты ПЭТ/КТ исследования 102-х пациенток с раком молочной железы, стадии I-III, проходивших обследование в Центре ядерной медицины «New live medical» в г. Ташкенте за 2018-2019 гг.

Результаты. Проанализировав полученные данные и сопоставив их с результатами других авторов, мы установили, что диагностическое значение SUV для метастазов рака молочной железы составляет от 1,5 до 3,0. Для рака молочной железы этот показатель характерен более 2,0. Показатель SUV>3,0 в первичной опухоли до начала лечения свидетельствует о неблагоприятном прогнозе в отношении выживаемости. Допустимая погрешность колебания SUV в процессе лечения не превышает 25% от исходной величины.

Выводы. 1. ПЭТ с 18F-FDG в режиме «Wholebody» является эффективным методом диагностики РМЖ.

2. Результаты ПЭТ имеют существенное значение для выбора правильной лечебной тактики у больных РМЖ.

3. Среди первичных больных ПЭТ/КТ особенно информативна при прогностически неблагоприятных отечно-инфильтративных формах РМЖ.

4. Использование ПЭТ/КТ при сомнительных результатах других методов диагностической визуализации позволяет наиболее полно реализовать ее диагностические преимущества.

5. Повышение эффективности диагностики заболевания с помощью модификаций ПЭТ/КТ будет способствовать проведению персонализированного лечения больных.

6. Внедрение в клиническую практику интегрированных систем ПЭТ/КТ позволяет не только повысить точность диагноза, но и более точно определять стадии РМЖ.

POSSIBILITIES OF PET/CT IN THE DIAGNOSIS OF COMMON BREAST CANCER

Izrailbekova K.Sh.
Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent

Topicality. The data of published scientific literature indicate that over the past 40 years, the incidence of breast cancer (breast cancer) in most countries has been constantly increasing - the risk of developing breast cancer during life exists for every ninth woman [1; 2; 3]. At the same time, 61% of patients with newly diagnosed breast cancer have a localized primary tumor, and 5-year survival is 98.6%. However, in approximately 30% of patients with newly diagnosed breast cancer, the tumor spread to regional lymph nodes, the 5-year survival rate of this group of patients is 84.4%, and 5% of patients with newly diagnosed breast cancer have a metastatic form of breast cancer with 5-year survival 24.3% [4, 5]. In connection with this, the need for the most effective methods of early diagnosis and accurate assessment of the prevalence of the tumor process has sharply increased.

The purpose of the study: Analysis of the role and possibilities of using PET in a complex of diagnostic and treatment measures for advanced breast cancer.

Materials and research methods. The materials for the study were the data of medical documents and the results of PET/CT study of 102 patients with breast cancer, stage I-III, who were examined at the New Live medical Center for Nuclear Medicine in Tashkent for 2018-2019.

Results Analyzing the obtained data and comparing them with the results of other authors, we found that the diagnostic value of SUV for breast cancer metastases is from 1.5 to 3.0. For breast cancer, more than 2.0 characterize this indicator. SUV> 3.0 in the primary tumor before treatment indicates an unfavorable prognosis for survival. The permissible error in the fluctuation of the SUV during treatment does not exceed 25% of the initial value.

Conclusion.

1. PET/CT with 18F-FDG in the "Wholebody" mode is an effective diagnostic method for breast cancer.
2. The results of PET/CT are essential for choosing the right treatment tactics in patients with breast cancer.
3. Among primary patients, PET is especially informative in prognostically unfavorable edematous-infiltrative forms of breast cancer.
4. The use of PET/CT in case of doubtful results of other diagnostic imaging methods allows to fully realizing its diagnostic advantages.
5. Improving the effectiveness of diagnosis of the disease using modifications of the PET will contribute to the personalized treatment of patients.
6. The introduction into clinical practice of integrated PET/CT systems allows not only to increase the accuracy of the diagnosis, but also to more accurately determine the stages of breast cancer.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПОСТЛУЧЕВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Исакова Ш.И.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Актуальность. Рак шейки матки в большинстве стран мира занимает одно из ведущих мест в заболеваемости злокачественными заболеваниями женской половой сферы. Данная проблема затрагивает наиболее активную часть женского населения. На современном этапе развития медицины лучевая терапия в различных ее модификациях является одним из ведущих методов лечения злокачественных новообразований органов малого таза, в том числе у больных раком шейки матки. Несмотря на высокую эффективность (в большинстве случаев, при отсутствии метастазов, лучевая терапия позволяет добиться полного или частичного регресса опухоли), а иногда и отсутствие альтернативных методов лечения неопластического процесса, на настоящий момент крайне актуальна проблема негативных последствий лучевой терапии.

Цель. Оценить возможности магнитно-резонансной томографии в выявлении постлучевых изменений органов малого таза.

Материалы и методы. Проведено открытое проспективное нерандомизированное исследование 57 историй болезни пациенток с опухолями шейки матки, проходивших обследование и лечение в РСНПМЦОиРАф с января 2020 г. по сентябрь 2022 г. Всем обследованным пациенткам перед проведением лучевой терапии, а в последующем – после проведения лучевой терапии была выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) в трех плоскостях, с получением Т1 и Т2 взвешенных изображений (ВИ).

Результаты исследования. Всего было обследовано 57 пациенток с опухолями шейки матки.

В описании магнитно-резонансной томографии при первичном МР-исследовании оценивалось наличие опухоли шейки матки, ее размеры и структура, а также наличие инвазии в параметрий. Образования шейки матки чаще всего определялись в виде зоны патологического МР сигнала гиперинтенсивного по Т2 ВИ. Степень инвазии неопластического процесса в параметрий оценивалось по наличию опухоли в проекции параметрия, наличию нечеткости контуров шейки матки, неоднородности структуры параметрия. Кроме того, оценивалось наличие увеличенных в размерах регионарных лимфатических узлов. В ходе магнитно-резонансной томографии после проведения лучевой терапии (как дистанционной, так и в ряде случаев комбинированной с выполнением внутриполостной лучевой терапии) в первую очередь оценивались размеры опухоли шейки матки, как первичный ответ неопластического процесса на лучевое лечение. Во всех 57 случаях отмечалась значительная положительная МР-динамика в виде уменьшения размеров опухолевого процесса шейки матки. Кроме того, во всех случаях мы наблюдали МР-признаки отека подкожной жировой клетчатки и пресакральных отделов малого таза. Кроме того, у всех 57 пациенток наблюдались признаки постлучевого цистита различной степени выраженности, а у 22 пациенток – признаки постлучевого ректита.

Заключение. Проведенный анализ историй болезни пациенток с опухолями шейки матки, находившихся на лечении в РСНПМЦОиРАф свидетельствует о необходимости усиления мер по выявлению постлучевых изменений у данной категории и своевременно приступить к лечению постлучевых осложнений, в чем может оказать значительную помощь выполнение магнитно-резонансной томографии.

THE ROLE OF MAGNET RESONANCE IMAGING FOR DIAGNOSIS BREAST CANCER

Ismailova M.Kh., Nishanova Y. X., Alisherova M.A.
Tashkent medical academy

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.

ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINING TUXUMDON SARATONI TARQALGANLIGINI ANIQLASHDA AHAMIYATI

Ismailova M.X., Xayitboyeva M.R., Tairova M.I.
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Dolzarbligi. 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 ni tashkil etadi, bundan o'lim ko'rsatkichi esa 125 000 bemorni tashkil etadi. UTT ning tibbiyotda ishonchli ma'lumotlar qo'lga kiritilishi, noinvazivligi, havfsizligi va ko'p marotaba qo'llanilish imkoniyatiga ega ekanligi ushbu usulni keng tarqalishiga olib keldi. Biroq, shu kungacha ultratovush tekshiruvining imkoniyatlari tuxumdon saratonini erta skriningida qo'llanilishida va davo choralarini samaradorligini aniqlashda yetarli darajada o'rganilmagan.

Maqsad. Tuxumdon saratoni kasalligining tarqalganligini aniqlanishida ultratovush tekshiruvi samaradorligin ianiqlash.
Material va metodlar. Tadqiqotga tuxumdon saratoni ga 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'rimagani 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'rsatkich yuqori bo'lganda morfologik tekshiruvlari 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 havsiz o'smasi aniqlandi. Tuxumdon o'smasining xavflilik belgilari bo'lib papillyar o'simtalar borligi, o'sma devoring notekisligi, o'sma strukturasida qalin to'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.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Исмаилова М.Х.[1], Таирова М. И.[1], Хаитбаева М. Р.[1], Журавлев И. И.[2]
Ташкентская медицинская академия[1], Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз[2]

Введение: злокачественные новообразования яичников являются одной из самых сложных медико-социальных проблем современного мира. По данным Международной ассоциации по изучению рака, в мире наблюдается увеличение заболеваемости злокачественными новообразованиями с 10 млн в год и в настоящее время до 15 млн к 2020 г. В то же время число умерших от злокачественных образований также возрастет от 6 до 9 млн в год. В структуре онкологических заболеваний женского населения рак яичников занимает третье место и составляет 4,9 на 100000 населения соответственно, уступая раку молочной железы и раку шейки матки.
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 допплерографии 70 пациентов (с различными новообразованиями яичников) проходивших обследование и лечение в РСНПМЦОиР за период с 2019 по 2021 годы.
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 допплеровского картирования сосудов органов гениталий, определения онкомаркеров в диагностике доброкачественных новообразовании 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.

РОЛЬ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО МЕТОДА РЕНТГЕНОГРАФИИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Исмаилова М.Х., Матюсупов Х.М., Валиев Ю.Ю., Хакбердиев Ж.Ч.
Ташкентская медицинская академия

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 обтураторы 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.

FETUS IN FETU: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Ишанкулова Д.Х., Азимов Ш.Ш.
Бухарский филиал Республиканского специализированного научно- практического медицинского центра онкологии и радиологии

Эмбрион в эмбрионе (fetus in fetu): внутриутробная аномалия развития близнецов. Возникает в результате вхождения одного плода в другого (при условии наличия общей плаценты). Такой близнец всегда является анэнцефальным (не обладает собственным мозгом) и не имеет никаких шансов на выживание даже при наличии некоторых сформировавшихся внутренних органов. Близнец-паразит (лат. ischiopagus, ишиопаг) - чрезвычайно редкий биологический феномен, который происходит, когда зародыш одного близнеца поглощает менее развитого. Это происходит на ранних этапах эмбрионального развития: предельный случай тератомы. Близнец-паразит может существовать в организме «хозяина» многие годы. Тело близнеца-паразита недоразвито и полностью или частично находится в организме второго близнеца. По мнению некоторых врачей, близнец-паразит является одной из форм сращивания сиамских близнецов. Однако в этом случае один близнец присоединен к организму другого и зависит от него.

Со времени первого задокументированного случая примерно в 1800 году, в мире зарегистрировано менее 200 сообщений об аномалии «fetus in fetu». Как правило, у недоразвитого эмбриона

имеется позвоночник, конечности и несколько органов, однако отсутствует череп и мозг. Плод существует как паразит, питаясь от кровеносной системы внутри близнеца-«хозяина».
Клинический случай из практики: 20- февраля 2023 года в 1-хирургическое отделение Бухарского филиала РСНПМЦОиР поступил 3 месячный младенец с увеличенным животом размером с дыню. При комплексном обследование: УЗИ брюшной полости - под печеночные области визуализируется солидно-кистозное образование размером 128х98х86мм. МРТ брюшной полости показало, что в животе у малыша находится образование размером 148х106х75мм, по структуре напоминающее жировую ткань. 9- марта 2023 года проведена операция, в объеме – средне-нижнее-срединная лапаротомия, ревизия, удаление «близнеца-паразита» из брюшной полости. Макроскопически: извлеченный плод размером 25х20см, весом 720 грамм, мужского пола, с недоразвитыми верхними и нижними конечностями и отсутствием черепа. Маленькая пациентка удовлетворительно перенесла операцию, после операционный период протекал без осложнений, выписана из клиники под наблюдением педиатра и детского хирурга по месту жительства.
Выводы: Своевременное скрининговое исследование плода, это залог здорового общества.

ИЗУЧЕНИЕ НОВОГО ПРЕПАРАТА К-26- НА РЯДЕ ОПУХОЛЕЙ

Еникеева З.М.[1], Ибрагимов А.А. [2], Салихов Ф.С.[1], Камышов С.В.[1]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР)[1], Ташкентский научно исследовательский институт вакцин и сывороток[2], Ташкент

Введение. Митозтормозящее действие колхицина, основанное на блокаде тубулиновых микротрубочек, известно уже почти 100 лет. В настоящее время уделяется большое внимание разработке новых производных колхицина, которые имеют лучший профиль токсичности и высокий терапевтический эффект. Скрининг in vitro в NCI USA показал высокую цитотоксическую активность у препарата К-26. Однако К-26 плохо растворим в воде, в этой связи была получена водорастворимая соль этого препарата (К-26-в), токсичность и активность который требует изучения.
Цель работы. Оценка противоопухолевой активности нового препарата К-26-на животных с опухолевыми штаммами
Материалы и методы: изучение выполнено на беспородных мышах с перевиваемыми опухолями С-180, СОЭ и АКЭ и на беспородных крысах с опухолями КСУ, С-45 и ОЯ. К-26-вводили мышам и крысам на 3-й день после перевивки опухоли 5 и 8-кратно в/б в разных дозах, в сравнении с таксолом, этопозидом и исходным К-26. Оценку результатов проводили по стандартным критериям: торможение роста опухоли (ТРО), масса тела и селезенки животных. Достоверными считали различия при $p<0,05$.
Результаты. К-26-оказался малотоксичным для мышей, $ЛД_{50}$=350 мг/кг и высоко активным на 6-х опухолях: на С-180, СОЭ, КСУ, С-45 уровень ТРО в раннем периодн =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 таксола и равно эффекту этопозида при снижении побочных эффектов на опухолях Саркома 180 и КСУ. Эффект К-26-в выше эффекта цисплатина.ю близок к действию циклофосфана на опухоли С-45, но с меньшим количеством побочных эффектов.
Заключение. Изучение нового препарата К-26-в на животных с 6-ю опухолями выявило его высокую активность в при воздействии в раннем периоде, превышающую или близкую к 90%. При воздействии на развившиеся опухоли активность К-26-в практически не снижалась. Также было показано, что 4-х кратное применение К-26-оказывает более значительное действие, которое будет предлагаться для клинических испытаний.

ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТА ДЭКОГЛИЦ НА ОПУХОЛЯХ КРЫС ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ И ПЕРОРАЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ

Еникеева З.М., Агзамова Н.А., Зиявитденова С.С., Саидходжаева С.С., Холтураева Н.Р., Абдихакимов А.Н.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз

Глицирризиновая кислота (ГК) используется как солюбилизатор при создании малодозных, малотоксичных лекарственных средств. На основе ранее разработанного производного колхицина Дэкоцина и ГК получен новый водорастворимый супрамолекулярный комплекс,

названный Дэкоглиц.
Цель работы. Оценка противоопухолевой активности нового препарата Дэкоглиц 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 и этопозидом, а также с пероральныи препаратом кселода.
Материалы и методы: изучение выполнено на 68 беспородных крысах с перевиваемыми опухолями КСУ, С-45 и ОЯ, которым вводили препараты внутрибрюшинно 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 на опухолевом штамме Саркома 45 была высокой –порядка 98/96% с уровнем ремиссий 80%. Его эффект был выше действия дэкоцина на 28-24% при снижении уровня побочных эффектов. 5- фторурацилом и этопозид вызвали эффект в 76-78%, однако при гибели животных, большей в случае с 5- фторурацилом. На опухоли ОЯ эффект дэкоглица при внутрибрюшинном введении достигал 89/76% с уровнем ремиссий 40%, при пероральном-96/86% с уровнем ремиссий 60%. На опухоли КСУ эффект дэкоглица при внутрибрюшинном 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%, таксола –на 7-11%,5 фторурацила-на 15-18, этопозида –на 7-9%,
Заключение. Изучение нового препарата Дэкоглиц на 3-х опухолях крыс при внутрибрюшинном и пероральном применении выявило его более высокую активность в сравнении с исходным Дэкоцином, 5-фторурацилом, таксолом, этопозидом и кселодой при меньшем уровне побочных эффектов.

ИЗУЧЕНИЕ НОВОГО ПРЕПАРАТА КОЛХАМЕТИНА НА РЯДЕ ОПУХОЛЕВЫХ ЛИНИЯХ МЫШЕЙ

Еникеева З.М., Юлдашев Ж.А., Агзамова Н.А., Ибрагимов Ш.Н.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз

Введение. Основанием для изучения нового препарата колхаметин (К–2), являющимся аминокислотным производным алкалоида колхамина, послужило ранее выявленная его высокая цитотоксическая активность на 60 линиях опухоли человека in vitro в NCI USA.
Цель работы. Оценка противоопухолевой активности нового препарата колхаметина (К-2) на 5-ти перевивных опухолевых штаммах мышей в сравнении с контролем, колхамином и рядом цитостатиков.
Материалы и методы: изучение выполнено на 116 беспородных мышах с перевиваемыми опухолями С-180, СОЭ и АКЭ, на 50 мышах линии BALB/c АКАТОН и АКАТОЛ. К-2 вводили мышам на 3, 4, 5 и 10 день после перевивки опухоли 5, 8 и 10-кратно в/б в разных дозах, в сравнении с рядом цитостатиков. Оценку результатов проводили по стандартным критериям: торможение роста опухоли (ТРО), масса тела и селезенки животных, уровень лейкоцитов. В опыте с АКЭ определяется средняя продолжительность жизни (СПЖ, дни) Достоверными считали различия при p<0,05. **Результаты.** К-2 обладает низкой токсичностью с ЛД50 890мг/кг на мышах и высоко активен на опухолях мышей: на С-180 ТРО 99/90%, у колхамина-16/18%: при 5-кратном введении К-2 на С-180 был активен на 96/92%, из препаратов сравнения наибольшую активность проявил циклофосфамид - 100%, однако при 50% гибели животных, доксирубицин был активен на 93/90%, но при его действии 37% животных пало. Винкристин вызвал ТРО 82/86%, также наблюдалась гибель 37% животных. На штамме АКАТОН у К-2 активность 76/75%, Колхамин был активен на 22/24%, на АКАТОЛе у К-2 активность была 100/98% при этом 83,3% опухолей регрессировало, таксол в дозе 12 мг/кг оказал активность в 85/76%, отмечено 33,3% регресса опухолей. Этопозид был активнен на 82/89% при 33,3% регресса. На штамме АКЭ активность К-2 была наиболее высокая в дозе 100 мг/кг - 107,4 % УПЖ, у колхамина УПЖ равно 22%, у винкристина-36,4% по сравнению с контрольной группой. На СОЭ К-2 в МПД вызвал торможение роста опухоли в 91/77%, у таксола - торможение роста опухоли 97/85%, а у этопозида -99/93%. На развившихся опухолях активность К-2 практически не снижалась. **Выводы.** Изучение К-2 как при 10, а лучше при 5-и кратном применении выявило его высокую активность как в раннем периоде, а также при воздействии на развившиеся опухоли близкую к 90%.

НИЗКОДОЗНАЯ I125 БРАХИТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: 5-ЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ И МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ РЕЦИДИВА

Каприн А.Д., Алексеев Б.Я., Аполихин О.И., Сивков А.В., Ощепков В.Н., Корякин А.В.
НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Цель исследования. Оценка пятилетних результатов низкодозной брахитерапии рака предстательной железы микроисточниками I125 и разработка математической модели прогнозирования безрецидивной выживаемости.

Материалы и методы: в период с 2000 по 2015г в НИИ урологии были прооперированы 380 мужчин с раком предстательной железы T1-T3a, для исследования были отобраны 123 пациента, отвечающие следующим критериям: стадия заболевания T1-T2c, низкий или промежуточный риск прогрессирования заболевания (по критериям D`Amico), со сроком наблюдения 5 и более лет, а также с выполненным на 30е сутки постимплантационным дозиметрическим анализом (ПДА) для оценки очаговой дозы. ПДА проводили на основании данных компьютерной томографии органов малого таза. По результатам ПДА пациенты были разделены на 2 группы, в первой группе показатель D90 составил 140 и более Грей, во второй группе - менее 140 Грей. Средний уровень ПСА на дооперационном этапе был равен 7,3±2,4 и 8,1±2,5 для первой и второй групп соответственно. У 30 (50,8%) пациентов 1-ой группы и у 28 (45,9%) во 2-ой –была диагностирована стадия T1c, стадия T2 обнаружена у32 (51,6%) больных 1-ой группы и 33 (44,1%) во 2-ой. При брахитерапии использовались микроисточники 125I, доза облучения – 120-160 Грей.

Результаты: безрецидивная выживаемость за 5 лет после проведения брахитерапии в группе больных, получивших дозу облучения D90 ≥140 Гр, была достоверно выше, чем в группе больных с дозой облучения <140 Гр: 90,3% и 77,1% соответственно. Показатель 5-летней безрецидивной выживаемости в первой группе составил: при стадии T1 93,3%, а при стадии T2 – 87,5%. Во второй группе 5-летняя безрецидивная выживаемость при стадии T1 достигнута у 82,1% пациентов, при стадии T2 – у 72,7%. Оценка осложнений лучевого лечения показала, что в раннем периоде наиболее часто встречалась дизурия, которая в 1 группе отмечена у 34 (58,6%) больных, во 2 группе – у 25 (42,4%). У большинства пациентов не было выявлено клинически значимых реакций со стороны прямой кишки. На основании регрессионного анализа были выделены основные факторы прогноза: уровень ПСА до операции; объём предстательной железы; градация по Глисону; послеоперационные параметры - D90 (Гр) и V100 (%). Была построена математическая модель индивидуального прогнозирования ожидаемой безрецидивной выживаемости, с точностью модели 0,882 и полнотой модели 0,789.

Заключение: интерстициальная лучевая терапия с использованием источников 125I является эффективным методом лечения локализованного рака предстательной железы, с хорошими результатами специфической выживаемости и биохимического контроля заболевания. Оценка качества имплантации является важным этапом брахитерапии. Выполнение контрольного КТ на 30е сутки позволяет с применением математической модели спрогнозировать дальнейшее течение заболевания, эффективность лечения и вероятность осложнений. Биохимический контроль лучше у пациентов с более высокими показателями очаговой дозы, хотя частота дизурии у этих пациентов также выше.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПАТОМОРФОЗА ПОСЛЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Каримова Ф.Н., Доутова Л.Р.
Таджикский государственный медицинский университет им Абуали ибни Сино
Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗ РТ

Улучшение показателей выживаемости и качества жизни больных местно-распространенным раком шейки матки (МРРШМ) связываются большинством исследователей с расширением показаний к многокомпонентному лечению, с включением в программы лечения химиотерапии.

Целью настоящего исследования является улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных МРРШМ

Материалы и методы. В исследование включены 71 больные раком шейки матки IIb стадии. Средний возраст пациенток составил 47,7 лет. Диагноз МРРШМ у всех больных подтвержден морфологически. Преобладающим гистологическим типом опухолей был плоскоклеточный

неороговевающий рак у 60 (84,5%) женщин, плоскоклеточный ороговевающий - у 4 (5,6%), железистый рак - у 7 (9,9%) пациенток.
В зависимости от схемы НАПХТ больные были разделены на 2 подгруппы:
- больные IIа группы (n=42) получили неоадъювантную полихимиотерапию (НАПХТ) по схеме PF (цислатин/ фторурацил). Больные IIб группы (n=29) получили неоадъювантную полихимиотерапию в комбинации паклитаксел / карбоплатин. Все больные получили от 2 до 4 курсов химиотерпии.
Результаты и обсуждения. Степень лечебного патоморфоза первичной опухоли и ее метастазов в лимфатические узлы таза оценена на основании гистологического исследования операционных препаратов у всех оперированных больных, подвергнутых комплексному лечению. Эффективность комбинации паклитаксел/карбоплатин неоадъвантной полихимиотерапии у больных МРРШМ выше воздействия НАПХТ на метастазы местно-распространенного рака шейки матки, эффективность воздействия на регионарные лимфатические узлы составила 75,0%, умеренный патоморфоз отмечен в 50%, в 25% наблюдений отмечен слабый патоморфоз, не выявлено признаков патоморфоза в 1 их 4 случаев. Эффективность воздействия на первичную опухоль и регионарные лимфоузлы НАПХТ в комбинации Паклитаксел/ карбоплатин составила 90% (слабый патоморфоз составил 30%, умеренный у 60%). В случае проведения НАПХТ по схеме PF эффективность воздействия на первичную опухоль составила 75 (умеренный в 50% и слабый -25%) и на регионаргые лимфоузлы -70%.
Выводы. Таким образом, проведенное патоморфологическое исследование операционного материала доказало преимущество применения в качестве неоадъвантной терапии МРРШМ комбинации паклитаксел/карбоплатин.

СОЧЕТАННАЯ РАДИОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА
Каримова М.Ш., Амруллаева Д.А.
РСНПМЦОиР Бухарский филиал
Показатели трехлетней выживаемости больных раком пищевода (РП) после радикального курса лучевой терапии (ЛТ) в среднем не превышают 20-25%. Высокая смертность при этой патологии в основном обусловлена продолженным ростом или развитием рецидивов в результате неизлеченности первичного очага. Как показывает многолетний опыт, в среднем у 80-90% больных РП в ближайшие 2 года после ЛТ развиваются регионарные рецидивы, лечение которых весьма проблематично. По пытки повышения суммарной очаговой дозы (СОД) путем дистанционного облучения несут риск увеличения числа тяжёлых осложнений. Одним из путей реального улучшения результатов ЛТ при РП является внедрение в клиническую практикубрахитерапии с высокой мощностью дозы (HDR) - метода внутриполостной ЛТ, значительно повышающего СОД в опухоли, и, соответственно, вероятность локального излечения.
Задачи исследования. Анализ результатов сочетанной ЛТ больных РП, разработка показаний к использованию брахитерапии, ее эффективность, осложнения.
Материал и методы. Проанализированы результаты сочетанной ЛТ у 11 больных РП с гистологический верифицированным диагнозом и стадиями процесса T2-3N0-2M0-1. На первом этапе проводилась дистанционная ЛТ до СОД ≥40Гр., после достижения той или другой степени реканализации пищевода осуществлялось 2-3 сеанса брахитерапии на аппарате «Flexitron» в разовой очаговой дозе 5,0 Гр.
Результаты. Учитывая небольшое к настоящему времени количество наблюдений, отмечалась тенденция к улучшению результатов скорости и степени редукции синдрома дисфагии еще до полного завершения курса облучения. На этапах дальнейшего наблюдения у 6 пациентов клинически и инструментально выявлена полная регрессия опухоли, у 3-х – частичная, у 2-х – стабилизация процесса. Т.о., в 82,2% случаев лечение было эффективным (p ≥0,05). За период наблюдения (1,2 года) тяжелых осложнений, в частности, перфорация пищевода, не наблюдались.
Выводы. Сочетанная ЛТ больных РП является перспективным направлением, которое требует дальнейшего более глубокого изучения.

СУЯК ҲАВФЛИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДАГИ ЯҚИН НАТИЖАЛАР
Каримов О.М., Тожибоев Д.Р.
РИОваРИАТМ Фарғона вилоят филиали
Мақсад: 2019-2022 йил мобайнида суяк ҳавфли ўсма касалликларини комбинирлашган даводан кейин беморларда яшовчанлик кўрсаткичларини аниқлаш.

Материал ва методлар: 2019-2022 йил мобайнида филиалда суяк ҳавфли ўсма касалликлари ва асоратлари билан 22 та бемор назоратга олинган бўлиб, булардан 7 (36%) аёллар ва 15 (64%) эркаклар ташкил қилди. 18 ёшгача бўлган беморлар - 9(41%) нафар бўлиб, 19-45 ёшгача бўлган беморлар-10(45%) нафарни ташкил қилди. 45-64 ёшгача бўлган беморлар-3(14%) нафар. Морфологик структураси бўйича қуйидагилардан иборат бўлиб: остеосаркома- 73% ни, ходросаркома -9% ни, Юинг саркомаси - 18% холларда аниқланади. TNM системаси бўйича тахсимланганда - T2N0M0 билан 16 (73%) нафар беморда аниқланган бўлса, T2N1M0 билан 2 (9%) нафар бемор ҳамда T2N0M1 4 (18%) нафар беморда аниқланди.
Учраши бўйича: Елка суяклари проксимал қисмида- 4 (18%) нафар беморларда, диафизар қисмида-1 (5%) нафар беморда. Сон суяклари проксимал қисмида- 5 (22%) нафар беморда, дистал қисмида-8 (36%) нафар беморларда. Катта болдир суяклари проксимал қисмида-3 (14%) нафар беморларда, дистал қисмида-1 (5%) нафар беморларда.
Даволашда: комбинирлашган (Хирургик даво+ПХТ (CAP схемасида)) 2 (9%) нафар беморда. Комбинирлашган даво (Хирургик даво+ 4 курс ПХТ (CAP схемасида) + Хирургик даво+ 4 курс ПХТ (Ифосфамид + Месна + Этопозид)) 12(55%) нафар беморда. Комбинирлашган даво ((CAP схемасида) ПХТ+Хирургик даво+ПХТ (GemTax схемасида)) 8 (36%) нафар беморга ўтказилди.
Бажарилган жаррохлик амалиёт хажмига кўра: Кўракларо елка ампутацияси-1 (5%) беморда, елка юқори проксимал соҳа ампутацияларида 2(9%), сон ампутацияларида-17 (77%) нафар беморда, болдир юқори проксимал соҳа ампутацияларида 2(9%) нафар беморда оператив амалиёт ўтказилди.
Натижа. Кузатувга олинган беморларда ўтказилган комбинирлашган даво ўтказилганидан кейин 6 (27%) нафар беморда ўпкага метастаз, 1 (5%) нафар беморда ўпкага ва бош мияга метастаз кузатилди. 2019-2022 йил мобайнида кузатувга олинган беморлардан 5(22%) нафар сида ўлим кузатилди. Эркаклар орасида 2 (40%) нафар, аёлларда 3 (60%) нафар ни ташкил қилади.

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА (ЭКСПРЕССИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ P53 И KI67) РАКА ЯИЧНИКОВ

Каримова Ф.Н., Махмудова Х.Х.
Таджикский государственный медицинский университет им Абу али ибни Сино
Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗ РТ

Рак яичников является одной из наиболее частых форм злокачественных новообразований женских половых органов, а его лечение остается важной проблемой клинической онкологии. Прогноз заболевания зависит не только от стадии и стратегии противоопухолевого лечения, но и ряда молекулярных факторов, определяющих биологические свойства рака яичников.
Материалы и методы исследования.В наше исследование было включено 18 больных серозной, гранулезоклеточной, эндометриоидной и муцинозной цистаденокарциномой яичников II –III стадий. Проанализирован прогноз заболевания в зависимости от клинических и молекулярных (изучена экспрессия белков p53, Ki67факторов. Возраст исследованных нами больных колебался от 28 до 58 лет.
Результаты и обсуждения.Экспрессия Кл-67 была установлена во всех исследованных нами образцах независимо от гистологической структуры опухоли. Его содержание было выше в клетках серозной цистаденокарциномы (51,2%), в клетках эндометриоидной (10,2%), муцинозной цистаденокарциномы (11,5%), гранулезоклеточной опухоли (12,2%). Также было было выявлено, что высокая степень экспрессии белка Ki-67 коррелирует с возрастом больных серозной цистаденокарциномой. С стадии заболевания серозного рака пропорционально увеличивалось содержание белка Ki-67. При наличии миомы экспрессия белка также достоверно повышалась. Маркер Ki-67 выявлен во всех образцах. Высокий индекс Ki-67 в ткани опухоли сопряжен с неблагоприятным прогнозом у больных раком яичников II-III стадий. Эта зависимость более наглядно проявляется у больных серозной цистаденокарциномой яичников. В этой связи маркер Ki-67 может рассматриваться в качестве молекулярного фактора прогноза рака яичников начальных стадий.
Проведенные молекулярные исследования показали, что экспрессия мутантного белка p53 имела место во всех наблюдениях серозного рака. У 2 больных с эндометриоидным раком яичников и в 3 случаях муцинозного рака яичников. Показано, что этот белок чаще всего экспрессируется клетками рака яичников умеренной и низкой степени дифференцировки.
Выводы. При анализе взаимосвязи маркеров и отдаленных результатов лечения обнаружили,

что экспрессия белков p53 и Ki67 имеет важное прогностическое значение при раке яичников. Определение экспрессии белков p53, Ki67 может нести полезную информацию о биологическом поведении опухоли уже на ранних стадиях рака яичниеов

ЭНДОСКОПИЯ УСУЛИ БИЛАН ОЛИНГАН МАТЕРИАЛЛАРНИ ГИСТОЛОГИК ТАХЛИЛЛАРИ НАТИЖАЛАРИ

Каримов А.Р., Боратов У.А., Хасдамова Д.Ё.
РИОваРИАТМ Фарғона филлиали

Мақсад: РИОваРИАТМ Фарғона филиали поликлиникасига мурожаат қилган беморлардан эндоскопия йўли билан олинган материаларнинг бирламчи патоморфологик тадқиқот натижаларини ўтказиш.

Материал ва усуллар: РИОваРИАТМ Фарғона филлиалида 2022 йилда мурожат қилган 2407 нафар беморлардан патоморфологик текширув ўтказиш учун биопсия материаллари олинди, булардан 467 нафар беморлардан эндоскопия усули билан биопсион материаллар олиниб бирламчи патоморфологик тадқиқот ўтказилди.

Натижалар: 467 нафар беморлардан эндоскопия усули билан биопсион материалларда патологик тадқиқот ўтказилганда қуйидагилар аниқланди: 68 та қизилўнгачдан олинган материаллардан 57 (12.2%) та хавфли ўсмалар, 173 та ошқозондан олинган материаллардан материаллардан 68 (14.6 %)та хавфли ўсмалар; 97та йўғон ичакдан олинган материаллардан 61 (13 %) хавфли ўсмалар, 13та хиқилдоқдан олинган материалларда 5 (1.1%)хавфли ўсмалар; 101 та бронх ва ўпкалардан олинган материаллардан 72 (15.4%) хавфли ўсмалар, 6 сийдик пуфагидан олинган материаллардан 3 (0.6%) хавфли ўсмалар аниқланди.

Хулоса. Натижалар шуни кўрсатадики эндоскопия йўли билан олинган биопсион материалларда патоморфологик текширувлар штказиш хавфли ўсмаларни эрта ва аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

DETECTION OF BONE METASTASIS USING THE NEURAL NETWORK FOR SCINTIGRAPHIC IMAGE ANALYSIS

Kaluta T.Y.[1], Ulitin I.V.[1], Barulina M.A.[1], Velikanova M.G.[1], Korolev A.Y.[1], Rahimov N.M.[2], ShakhanovaSh.Sh.[2], Fedonnikov A.S.[1]
Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, Saratov, ul. B. Kazachia, 112, Russia[1], Samarkand state medical university[2]

Introduction. Currently, neural networks are being widely implemented for the diagnosis of various diseases, including cancer of various localization and stage. The vast majority of such solutions use supervised or unsupervised convolutional neural networks, which need a great amount of training data. So, the aim of this work is to check the possibility of using this neural network for scintigraphy image segmentation.

Materials and methods. The training dataset consisted of scintigraphic images of patients with various types of cancer and various metastasis appearances. Scintigraphy images were obtained during clinical research which was carried out in Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, Russian Federation. The inclusion criteria was the presence of kidney or prostate cancer with metabone metastases. Data contained information on 57 patients, 54 men and 3 women, 17 patients have prostate cancer (about 30%), and patients with another type or combination of types of cancer account for 40 (70%). Patient data were in DICOM format. Raw scintigraphic images were taken as input data for STEGO. As a result, good low-resolution images 246x246px were obtained, which almost ideally divide the input pre-scaled scintigraphic image into segments. The STEGO algorithm, first time described in by scientists from MIT's Computer Science and Artificial Intelligence Laboratory (CSAIL), Microsoft, and Cornell University, was applied to the dataset. As it was stated, STEGO can jointly discover and segment objects without any human labels at all, down to the pixel. The input to the STEGO is an image. The STEGO retrieves the global image information by pooling spatial data. The neural network is made up of a frozen backbone that serves as a source of learning feedback, and as an input to the segmentation head for predicting distilled features. Thus, STEGO looks quite promising for medical image analysis

Results. The possibility and efficiency of using the unsupervised algorithm STEGO for scintigraphic image analysis were studied. It was shown, cluster predictions of the STEGO algorithm look almost uniformly coloured, so the cluster prediction algorithm works not good enough for the scintigraphic images analysis. Whereas, the linear probe predictions of the STEGO algorithm look more promising

for the further analysis, but the quality of images segmentation highly depends on the original colour scheme of the initial images. Two metrics were used for quality checking. Since the calculated metrics are not good enough, the use of the STEGO algorithm for scintigraphic image analysis is not possible, or requires the development of a special methodology for this.

THE TREATMENT OF CHILDREN WITH EWING'S SARCOMAS OF THE PELVIC BONES

Kosimova M.
The Andijan branch of the Republican specialized scientific-practical medical center of oncology and radiology

Purpose of the study: To evaluate the results of treatment of children and adolescents with tumors of Ewing's sarcoma of the pelvic bones.

Material and methods: In the Andijan branch of the Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center for Oncology and Radiology from 2010 to 2022, 58 children and adolescents, whose average age was 11.24±2.6 years (26 boys, 32 girls) with pelvic OSSS, received treatment and were under observation. Histologically, Ewing's sarcoma was verified in 46 cases, PNET was detected in 12 patients. The ilium was most often affected - 26 cases. More than 1 pelvic bone was affected in 23 children. A localized process was noted in 41 patients, 17 children had distant metastases: in the lungs - 7 cases, bones - 4, a combined lesion was diagnosed in 6 children. The analyzed group of patients was divided into a comparable historical control group (CG) - 30 patients and the main group of own observations (CG) - 28 patients. The treatment regimen for CG patients included: 8 alternating courses of PCT (VACP) with vincristine 1.5 mg/m 2, cyclophosphamide 1200 mg/m 2 , cisplatin 100 mg/m 2 and radiation therapy (RT) to the primary focus in SOD=57 Gy. In the MG at the stage of induction, 5 alternating courses of PCT (VAC) were performed with vincristine 1.5 mg/m 2, cyclophosphamide 4.2 g/m 2 and etoposide 500 mg/m 2 .

Results: The direct efficiency of the inductive stage was 33.3% in the CG and 96.5% in the OG. When analyzing the 5-year relapse-free survival (RFS), it was found that the 5-year RFS of CG patients (n=30) was 13.3±6.2%, of MG patients (n=28) - 69.8±9.5 %, p=0.0001. With a localized process: 5-year DFS in CG patients (n=23) was 17.3±7.9%, in MG patients (n=18) - 81.2±9.7%, p=0.0001.

Conclusions: A rational strategy for the treatment of children with OSSS of the pelvic bones is a multicomponent risk - an adapted innovative program of complex treatment, including: PCT with the use of intensive alternating courses with VAC drugs at the induction stage and radiation therapy at the stage of local control.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ЖЕЛУДКА У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ХОРЕЗМА

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Бабаджанов К.Б.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель работы – анализ иммунного статуса больных раком желудка до и после хирургического лечения.

Материал и методы: обследованы 38 больных (28 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 34 до 70 лет, находившихся под наблюдением в Хорезмском онкологическом диспансере с диагностированным раком желудка (РЖ). Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц.

Результаты и их обсуждение: иммунологические исследования больных РЖ до операции выявили снижение количества общих лимфоцитов до 576+24 кл/мкл, Т-хелперов до 22,1+0,58%, ИРИ до 1,30+0,02, фагоцитарной активности нейтрофилов до 38,6+0,59%, но с увеличением процента В-лимфоцитов и натуральных киллеров (соответственно до 24,9+0,62 и 19,7+0,48% против 14,4+0,68 и 10,0+0,47% в контроле). Такой неспецифический Т-клеточный дефицит с нарушением процесса иммунорегуляции и естественных факторов защиты является типичным для онкологических больных.

При исследовании иммунологических показателей в РТМЛ регистрировалось снижение Кон А-индуцированной продукции ФУМ-Л и ФСМ-Л, что свидетельствует о подавлении функциональной активности Т-клеточного иммунитета. Реакция лимфоцитов на туберкулин и АгС в ряде случаев была отрицательной, что свидетельствует о состоянии ареактивности иммунной системы. Однако при низкой индуцированной продукции ФУМ-Л в сыворотке крови больных определялась повышенная активность спонтанных цитокинов с ФУМ.

Исследование функциональных показателей в РТМЛ, показало, что продукция ФСМ-Л (противовоспалительный цитокин) после операции возросла при сниженном ФУМ-Л

(провоспалительный цитокин). Вместе с тем наблюдалось повышение частоты сенсибилизации к АгС и туберкулину соответственно до 85 и 41% против 40 и 30% случаев до операции, что свидетельствует о некотором повышении иммунологической реактивности после операции.
Выводы: наиболее информативными иммунологическими показателями являются определение количества Т-лимфоцитов (относительное и абсолютное), фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН), определение реакции лимфоцитов на туберкулин и АгС, активности спонтанных цитокинов в сыворотке (сФУМ и сФСМ) в РТМЛ, что методически и экономически вполне доступно.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

Кодиров М.К., Тешабоева О.А., Ахмедов Э.А.
Ферганский филиал РСНПМЦОиР

Актуальность: наличие метастозов в регионарных лимфатических – один из важнейших параметров, определяюших тактику лечения пациенток с РМЖ (рак молочной железа). ТАБ (тонкоигольная аспирационная биопсия) с цитологическим исследованием малоинвазивный метод, которий может, наряду с гистологическим исследованием, исползоваться для повышения точности стадирования РМЖ.
Материалы и методы: проведён анализ результатов цитологических исследований лимфатических узлов, выполненных в лаборатории цитологии Ферганской ООД было произведено 150 исследований у 130 пациентов. В 110 случаях материал для исследования был получен с помощью ТАБ (тонкоигольная аспирационная биопсия), в 40 исследовали отпечатки сигналных лимфатических узлов во время операции. Было проведено сопоставление данных цитологического исследования биопсионного и/или операционного мателиала в 108 наблюдениях. На основании полученных данных рассчитаны основные показатели эффективности цитологического исследования региональных лимфатических узлов при РМЖ.
Результаты: при ТАБ (тонкоигольная аспирационная биопсия) лимфатических узлов в 43 наблюдениях из 50 устоновлено их метастатическое поражение, что во всех случаях подтверждено вгистологическом исследовании. В трёх наблюдениях опухолевые клетки не были обнаружены, и в гистологическом материале метастаз также отсутствовал. У одной пациентки цитологически был устоновлен диагноз – метастаз злокачественной опухоли. В трёх случаях материал ТАБ (тонкоигольная аспирационная биопсия) оказался неинформативным. Чувствительность цитологического исследования составила 100%.
Срочное исследование отпечатков сигнальных лимфатических узлов было исследовано 58 лимфатических узлов. В 38 случаях цитологически выявлен метастаз РМЖ (рак молочной железа), что что подтверждено гистологическим исследованием. В 20 случаев ни цитологически, ни гистологически опухолевые клетки не были найдены. Чувствительность цитологического исследования составила 100%, специфически – 100%.
Выводы: таким образом, дооперационное цитологическое исследование материала ТАБ (тонкоигольная аспирационная биопсия) регионарных лимфатических узлов и интраоперационное исследование мазков – отпечатков сигнальных лимфвтических узлов имеет высокую чувствительность и может использоваться для повышения точности стадирования РМЖ. В дальнейшим планируем исследование замороженных срезов и иммуногистохимических методов.

СИСТЕМНАЯ α-РАДИОТЕРАПИЯ RA223 У ПАЦИЕНТОВ С мКРРПЖ. ОПЫТ ГАУЗ СО «СООД»

Кулакова А.С., Бенцион Д.Л., Ветров В.А., Борзунов И.В.
ГАУЗ СО «СООД» г. Екатеринбург

Введение: кастрационно-резистентный рак предстательной железы (КРРПЖ) в 90% случаев характеризуется появлением костных метастазов. Развитие костных метастазов нередко ассоциировано с выраженным болевым синдромом, патологическими переломами, что ухудшает качество жизни пациентов и приводит к снижению общей выживаемости. На сегодня существует несколько терапевтических опцийпри мКРРПЖ: ХТ, ИАС, системная альфа-радиотерапия.
Цель исследования: оценить эффективность и безопасность применения Ra223 у пациентов с мКРРПЖ.

Материалы и методы: с августа 2019г. по декабрь 2022г.в ГАУЗ СО «СООД» пролечено 212 пациентов с мКРРПЖ, проведено898 введений. В данный анализ включены 153 пациента, получивших от 1 до 6 инъекций Ra223.
Возраст пациентов составил от 48 до 87 лет (медиана 68лет). Объективный статус по шкале ECOGбыл 0-1 у134пациентов (87,6%). Большинство пациентов имели более 6 костных метастазов – 148 (96,7%). По исходному уровню щелочной фосфатазы (ЩФ), пациенты распределились следующим образом: у 117 (76,5%) ее уровень составлял <220 ЕД/л, у 36 (23,5%) ≥220 Ед/л.
Пациенты получали Ra-223 в различные линии терапии при мКРРПЖ: в первую – 35пациентов (22,9%), во вторую – 74 (48,4%), в третью – 33 (21,6%), в четвертую – 8 (5,2%), в пятую– 1,9 (6%).
Пациенты были разделены на две группы. Первая группа- пациенты, получившие 1-4 введения -35 пациентов (22,9%). Вторая группа-пациенты, получившие 5-6 введений-118 пациентов (77,1%).
Мы оценивали показатель контроля заболевания в обеих группах по данным радиологических исследований (остеосцинтиграфии, ПЭТ-КТ с GA-PSMA68). Безопасность определялась с помощью сообщений о нежелательных явлениях.
Результаты: в группе пациентов, получивших 1-4 введения, показатель контроля заболевания составил 42,9% (28,6%-стабилизация, 14,3%-положительная динамика, 57,1%-отрицательная динамика). В группе пациентов, получивших 5-6 введений, показатель контроля заболевания составил 67,8% (41,5%-стабилизация, 26,3%-положительная динамика, 32,2%-отрицательная динамика).
Нежелательные явления 3 степенибыли отмечены у 10 (6,5%) пациентов. Анемия 3 степени – 5 (3,25%) пациентов, лейкопения 3 степени – 4 (2,6%) пациента, нейтропения 3 степени – 1 (0,65%) пациент.
Летальность составила 49,7 % (n=76). В группе 1-4 введения за время наблюдения умерло более половины пациентов- 25 (77,1%), в группе 5-6 введений - 49 (41,5%).
Выводы: Ra223 показал эффективность в отношении контроля заболевания у пациентов с мКРРПЖ. Максимальный эффект от терапии наблюдался у пациентов, получивших 5 и более введений. При этом отмечалась хорошая переносимость препарата.

ДИКЛОФЕНАК ПРЕПАРАТИНИНГ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИН ҚЎЛЛАНИЛИШИНИНГ КЛИНИК АҲАМИЯТИ

Косимов И.Х.
РИОваРИАТМ Фарғона вилоят филиалаи

Мақсад: РИОваРИАТМ ФВФ эрта жаррохлик амалиётидан кейин адекват оғриқсизлантириш мақсадида диклофенак 2,5% - 3 мл қўллашнинг клиник мохиятини ўрганиш хисобланади.
Материал ва усуллар: жаррохлик амалиётидан кейин реанимация бўлимида диклофенак 2,5% - 3 мл ишлатилди. Беморлар 2 гурухга 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, p2=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 ± 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 PsO2 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 ўзларини тезроқ тиклаб олишди, ўртача 3-4 соатдан кейин эрта актив холати кузатилди.

В ОНКОЛОГИИЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ СЕМЕЙСТВА САРКОМЫ ЮИНГА КОСТЕЙ ТАЗА

Косимова М.
РСНПМЦОиР АФ, г. Андижан

Цель исследования: оценить результаты лечения детей и подростков с опухолями саркомы Юинга костей таза.

Материал и методы: в РСНПМЦОиР АФ получали лечение и находились под наблюдением с 2010 по 2022 год 58 детей и подростков, средний возраст которых составил 11,24±2,6 лет (26 мальчиков, 32 девочки) с ОССЮ костей таза. Гистологически, саркома Юинга была верифицирована в 46 случаях, у 12 пациентов была выявлена PNET. Наиболее часто поражалась подвздошная кость - 26 случаев. Более 1 кости таза было поражено у 23 детей. Локализованный процесс отмечался у 41 пациента, 17 детей были с отдаленными метастазами: в легкие –7 случаев, кости – 4, комбинированное поражение было диагностировано у 6 детей. Анализируемая группа пациентов была разделена на сопоставимые группу исторического контроля (КГ) - 30 пациентов и основную группу собственных наблюдений (ОГ) - 28 пациентов. Схема лечения пациентов КГ включала: 8 альтернирующих курсов ПХТ (VACP) препаратами винкристин 1,5мг/м2, циклофосфамид 1200 мг/м2, цисплатин 100мг/м2 и лучевую терапию (ЛТ) на первичный очаг в СОД=57 Гр. В ОГ на этапе индукции проводились 5 альтернирующих курсов ПХТ (VAC;) препаратами винкристин 1,5мг/м2циклофосфамид 4,2 г/м2 и этопозид - 500 мг/м2.
Результаты: непосредственная эффективность индуктивного этапа составила 33,3% в КГ и 96,5% в ОГ. При анализе 5-летней безрецидивной выживаемости (БРВ) было выявлено, что 5-летняя БРВ пациентов КГ (n=30) составила 13,3±6,2%, пациентов ОГ (n=28) - 69,8±9,5%, p=0,0001. При локализованном процессе: 5-летняя БРВ пациентов КГ (n=23) составила 17,3±7,9%, пациентов ОГ (n=18) - 81,2±9,7%, p=0,0001.
Выводы: рациональной стратегией лечения детей с ОССЮ костей таза является многокомпонентная риск – адаптированная инновационная программа комплексного лечения, включающая: ПХТ с применением интенсивных альтернирующих курсов препаратами VAC на этапе индукции и лучевую терапию на этапе локального контроля.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мамадалиева Я.М., Хушназаров Х.Х., Шамансурова Н.Х.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Цель исследования. Улучшение ранней и уточняющий дифференциальной диагностики РПЖ с применением современной технологии ультразвуковой эластографии.
Материалы и методы. Трансректальное ультразвуковое исследование с применением методики компрессионной эластографии было проведено 112 больным, которые были разделены на 2 группы. В 1-ю группу были включены 72 больных, из них - 26 больных с РПЖ (средний объем ПЖ 76,9±26,4см3, средний уровень ПСА 18,9±14,8нг/мл) и 46 больных с доброкачественными заболеваниями ПЖ (средний объем ПЖ 61,8±21,6см^3, средний уровень ПСА 2,6±3,4нг/мл). Во 2-ю группубыли включены 40 больных с подозрением на РПЖ (средний объем ПЖ 78,9± 31,8см^3, средний уровень ПСА 17,2±12,6нг/мл).
Результаты. Согласно эластографическому картированию, нами выделены 5 основных типа изображений: 1-й тип – гомогенное картирование зеленым цветом, 2-й тип – сочетание зеленых и красных цветовых фрагментов, 3-й тип – гетерогенное окрашивание зелёным, желтым и синим цветом, 4-й тип – гетерогенное окрашивание зелёным и синим цветом, 5-й тип – однородное картирование оттенками синего. При РПЖ достоверно чаще были получены 4-й и 5-й типы эластограмм, соответствующих повышенной плотности ткани ПЖ ($p<0,05$).
Выводы.Таким образом, включение современной технологии компрессионной эластографии в диагностический комплекс позволило достоверно повысить специфичность традиционного ТРУЗИ в диагностике РПЖ с 74,8% до 87,7% ($p<0,001$), точность с 71,2% до 89,1% ($p<0,001$), предсказуемость положительного теста с 61,9 до 74,3% ($p<0,001$), а также чувствительность для стадии Т2 с 75,9% до 87,6% ($p<0,02$).

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Мансурова Ш.Н.
Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

Цель исследования. С целью ранней диагностики различной патологии молочной железы изучить возможности ультразвукового исследования на этапах скрининга.
Материал и методы исследования. Нами проведено обследование молочных желез у 57 женщин в возрасте 22-65 лет методом УЗИ.

Результаты исследований. Анализ результатов ультразвукового исследования показал, что у 25 женщин быливыявлены доброкачественные опухоли, у 15 – кисты, у 12 – дисгормональные гиперплазии и у 5 подозрения на рак молочной железы. Все пациентки были направлены к онкологу для уточнения диагноза, в результате чего, анализ полученного материала после проведения гистологического исследования позволил установить у 5 женщин рак молочнойжелезы, у 22 – доброкачественные опухоли, у 14 – кисты и у 12 – дисгормональные гиперплазии. Всем пациенткам с доброкачественной патологией молочных желез было рекомендовано диспансерное наблюдение у онколога.
Вывод. Анализ проведенных исследований позволил установить, что ультразвуковой метод исследования является одним из основных методов ранней диагностики различной патологии молочных желез и в особенности рака молочной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мансурова Ш.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующее место по заболеваемости и смертности средиженского населения и четко прослеживается тенденция ежегодного прироста больных данной патологией.
Целью данной работы было оценить эффективность маммографического обследования и диагностики РМЖ наосновании изменения показателей стадийности и снижения смертности от данного заболевания.
Результаты исследования. В 2022 гг. было проведено маммографическое обследование 350 пациентов с диагнозом РМЖ в РИОРИАТМ АФ. Динамика стадийности у всех пациентов с первые выявленным РМЖ в 2021 гг был I-II ст. в пределах 60%, IV в пределах 9-10%. Динамика стадийности у женщин, охваченных маммографической диагностикой изменилась: I-II ст. с 64,2% в 2022г. до 68,7%. После проведенного обследования при подозрении на РМЖ все пациентки консультируются в областном онкологическом диспансере. При наличии показаний компьютерная им проводится дообследование: ультразвуковая диагностика, магнитно-резонансная, томография, позитронно-эмиссионная томография, пункционная биопсия.
Выводы. Применение маммографического обследования повышает выявление РМЖ на ранних стадиях. Организация и применение стандартов диагностики и лечения, несмотря на рост заболеваемости РМЖ, позволило добиться снижения смертности на 13%.

ЭКСПРЕССИЯ МАРКЕРА KI-67 ПРИ НЕФРОБЛАСТОМАХ У ДЕТЕЙ

Матрасулов Р.С.[2], Нишанов Д.А.[1], Палванов Т.М.[3], Курбанов Д.Б.[3]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии[1], Ташкентская медицинская академия[2], Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологи Хорезмский филиал[3]

Актуальность. За последние десятилетия онкологическая служба шагнула далеко вперед, мы стали свидетелями беспрецедентных изменений и значительных достижений в лечении злокачественных опухолей как среди взрослого населения, так и среди детей и подростков.
Цели исследования – исследование и анализ уровня пролиферативной активности Ki-67 в первичной опухолевой ткани у пациентов детского и подросткового возраста с эмбриональными опухолями (такими как нефробластома), а также в опухолевой ткани после проведенного химиотерапевтического лечения, оценка его в качестве прогностического фактора.
Материалы и методы исследования. Настоящее исследование было проведено на образцах опухолевой ткани до начала специального противоопухолевого лечения и после проведения первого этапа – неоадъювантного полихимиотерапевтического лечения. Все пациенты, включенные в исследование, проходили лечение в РСНПМЦ ОиР в отделении детской онкологии с 2012 г. по 2022 г.
Результатыисследованияиихобсуждение.Привыполненииоценкиуровняпролиферативной активности Ki-67 в опухолевой ткани нефробластомы (n=82) до начала специального лечения и в зависимости от распространенности опухолевого процесса было выявлено, что при распространенности опухолевого процесса уровень T3 Ki-67 был выше на 34,2% (53,0%±6,1%), в отличие от уровня Ki-67 при T2 (44,5%±4,2%), также было установлено повышение уровня Ki-67 в ткани опухоли у пациентов с метастатическим поражением лимфатических узлов (на

39%) и при отдаленном метастазировании (на 21,2%). Достоверно установлено, что отмечалось снижение уровня пролиферативной активности Ki-67 в опухолевой ткани в зависимости от первоначального размера опухолевого узла после проведенного специального лечения: при T2 он составлял 16,02%±2,3% (p=0,0221), а при T3 составил 42,5%±5,01% (p=0,0015). Меньшее влияние на значение уровня экспрессии Ki-67 после проведенного лечения оказывало наличие метастатического поражения близлежащих лимфатических узлов, что составило при N0 35,3%±4,1% (p=0,0024), при N1 56,4%±6,42% (p=0,0021). Разнонаправленное значение имело изменение Ki-67 в остаточной опухолевой ткани при наличии отдаленного метастатического поражения, где его уровень составлял 84,3%±6,2% (p=0,0013), что на 25% выше, чем до начала специального лечения, когда при отсутствии метастатического поражения отмечено снижение уровня Ki-67 на 35% (20,22%±1,6% (p=0,0019)). При оценке уровня пролиферативной активности Ki-67 в ткани опухоли, представленной нефробластомой, до начала специального лечения и в зависимости от распространенности опухолевого процесса было выявлено следующее: при распространенности опухолевого процесса T3 уровень составил 52,5%±4,5%, что ниже, чем уровень при T2 (81,2%±7,7% (p=0,0002)), более чем на 40%, однако по сравнению с уровнем T1 (42,4%±3,4%) уровень T3 не имел достоверных отличий и был ниже уровня T2 на более 30%.

Выводы. В результате проведенного ИГХ-исследования нами было установлено, что изменение уровня экспрессии Ki-67 при нефробластоме в ткани первичной опухоли соответствовало размерам опухолевого узла, а также стадии опухолевого процесса.

Таким образом, нами была подтверждена возможность применения в рутинном ИГХ-исследовании Ki-67 в качестве непосредственного маркера, характеризующего отдаленный прогноз опухолевого процесса.

БОЛАЛАР НЕФРОБЛАСТОМАСИДА KI-67 МАРКЕРИНИНГ ЭКСПРЕССИЯСИ

Матрасулов Р.С.[2], Нишанов Д.А.[1], Палванов Т.М.[3], Курбанов Д.Б.[3]

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази[1], Ташкент тиббиёт академияси[2], Республика ихтисослаштирилган Онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Хоразм филиали[3]

Мавзунинг долзарблиги. Сўнгги ўн йилликларда онкология хизмати анча олдинга қадам ташлади, биз катталар ва болалар ҳамда ўсмирлар орасида хавфли ўсмаларни даволашда мисли кўрилмаган ўзгаришлар ва муҳим ютуқларга гувоҳ бўлдик.

Тадқиқотнинг мақсади нефробластома каби эмбрионал ўсмалари бўлган болалар ва ўсмирлардаги бирламчи ўсма тўқималарида, шунингдек, кимётерапия билан даволашдан кейин ўсма тўқималарида Ki–67 нинг пролифератив фаоллик даражасини ўрганиш, таҳлил қилиш ва уни прогностик омил сифатида баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Ушбу тадқиқот ўсмага қарши махсус даволаш бошланишидан олдин ва биринчи босқичдан кейин неадювант поликимётерапевтик даволаш бошланишидан олдин ўсма тўқималарининг намуналарида ўтказилди. Тадқиқотга танланган барча беморлар 2012 йилдан 2022 йилгача Республика ихтисослаштирилган Радиология ва Онкология илмий-амалий тиббиёт марказининг болалар онкологияси бўлимида даволанган.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокама қилиш. Махсус даволаш бошланишидан олдин ва ўсма жараёнининг тарқалишига қараб нефробластома (n=82) ўсма тўқимасида Ki-67 нинг пролифератив фаоллик даражасини баҳолашда T3 даражадаги ўсма жараёнининг тарқалиши билан Ki -67 34,2% (53,0 ± 6,1%)га, T2 даражасида Ki -67 (44,5 ± 4,2%)га юқори бўлганлиги, шунингдек лимфа тугунларининг метастатик жароҳатланиши (39%) ва узоқ метастазлари(21,2%) бўлган беморлар ўсма тўқималарида Ki -67 миқдорининг ошганлиги аниқланди.

Махсус даволашдан кейин ўсма тугунининг дастлабки ҳажмига нисбатан ўсма тўқималарида Ki -67 нинг пролифератив фаоллиги даражасининг пасайиши ишончли тарзда аниқланди: T2 да у 16,02%±2,3% (p=0,0221)ни, T3 да эса 42,5%±5,01% (p=0,0015)ни ташкил қилди. Яқин атрофдаги лимфа тугунларининг метастатик шикастланишининг мавжудлиги даволанишдан кейин Ki -67 экспрессион даражасининг қийматига камроқ таъсир кўрсатиб, N0 да 35,3%±4,1% (p=0,0024)ни, N1 да 56,4%±6,42% (p=0,0021)ни ташкил қилди. Узоқ метастатик жараён мавжуд бўлганда қолдиқ ўсма тўқимасида Ki -67 нинг ўзгариши кўп йўналишли аҳамиятга эга бўлиб, бу махсус даволаш бошланишидан 25% юқори, метастатик жараён бўлмаса, Ki -67 даражасининг пасайиши 35% га қайд этилган(20,22%±1,6% (p=0,0019)). Нефробластома билан ифодаланган ўсимта тўқимасида Ki -67 нинг пролифератив фаоллик даражасини баҳолашда, махсус даволаш бошланишидан олдин ва ўсимта жараёнининг тарқалишига қараб, қуйидагилар аниқланди: T3 даражаси ўсма

жараёнининг тарқалишида 52,5%±4,5%ни ташкил қилиб, T2 даражасидан паст бўлганлигини (81,2%±7,7% (p=0,0002)), 40%дан ортиқ, бироқ, T1 даражаси билан таққослаганда (42,4% 3,4%), T3 даражаси сезиларли фарқларга эга эмас ва T2 даражасидан 30% дан паст эди.
Хулоса қилиб айтганда, ўтказилган ИГХ ўрганиш натижасида, биз бирламчи ўсма тўқимасида нефробластома Ki -67 миқдорининг ўзгариши бирламчи ўсма тўқималарида ўсма жараёни босқичига шунингдек ўсма тугунининг ҳажмига мос деб топилди. Шундай қилиб, биз Ki -67 ни мунтазам ИГХ тадқиқотида ўсимта жараёнининг узоқ муддатли прогнозини тавсифловчи бевосита маркер сифатида қўллаш имкониятини тасдиқладик.

ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГЛИОБЛАСТОМАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Мансурова Г.Б., Саидова К.А., Чен Е.Е.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Во всем мире в последние годы отмечается значительный рост частоты первичных глиальных опухолей головного мозга (ПГОМ), в особенности их злокачественных форм, среди которых доминируют злокачественные глиальные опухоли - мультиформные глиобластомы и анапластические астроцитомы (Кобяков Г. Л., 2019; Сафонова И. А. и соавт., 2018;) Проблема лечения больных со злокачественными глиальными опухолями остается в значительной степени нерешенной, а результаты - малоутешительными. Лучевая терапия обоснованно претендует на одно из ведущих мест в комбинированном лечении.
Цель исследования: разработка методов комбинированного лечения глиобластомы и обоснование роли лучевого компонента в ее лечении имеет большое значение в увеличении продолжительности и качества жизни больных.
Материалы и методы: в нашем центре в условиях отделения лучевой терапии в период с 2016 по 2022получали курс послеоперационной лучевой терапии 132 больных с диагнозом глиобластома. Всем больным до облучения выполнена нерадикальная операция с субтотальным удалением опухоли головного мозга. Гистологически диагноз глиобластома верифицирован у 100 % больных. Все больные были поделены на 3 группы. 1-й группе больных (38 больных) облучение проводилось в традиционном режиме РОД- 2,0 Гр до СОД-40 Гр на весь головной мозг, а затем локально на послеоперационное ложе до СОД 60 Гр на аппарате «Teratron-780E». 2-й группе больных (54 больных) облучение проводилось на линейном ускорителе «ELECTAINFINITY» с использованием мультилифколлиматора для надежной защиты окружающих здоровых тканей, а также 40 больным облучение проводилось на фоне химиопрепарата Темозоламид. Препарат Темозоламид назначался за 1 час до начало лучевой терапии в дозе 100мг или же 250мг в неделю 2 раза в дни проведения лучевой терапии. Всем группам больных облучение проводилось на фоне дегидратационной терапии с применением кортикостероидов и осмотических диуретиков.
Результаты и обсуждение: установлено, что применения всех этих методик не повлияло на увеличение продолжительности жизни больных. Однако применение методики с химиопрепаратом Темозоламид позволяло уменьшить лучевые осложнения, улучшить на более ранних стадиях неврологический статус больных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Мансурова Г.Б., Чен Е.Е., Саидова К.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

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 65 больных с местно-распространенными опухолями прямой кишки после проведения 2х курсов полихимиотерапии. Все больные были разделены на две группы. Первой группе больных (45 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 (20)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.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Мансурова Г.Б., Саидова К.А., Исламов Х.Ж., Чен Е.Е., Рашидова Л.Т.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

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%. 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 тяжесть развития лучевых осложнений при различных вариантах лучевой терапии местно-распространенных опухолей прямой кишки.
Материалы и методы: нами было пролечено 150 больных с местно-распространенными опухолями прямой кишки после проведения 2х курсов полихимиотерапии. Все больные были разделены на две группы. Первой группе больных (121 пациент) 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=44Гр, на втором этапе уменьшение полей облучения до локального до СОД=54Гр на фоне приема таблетированной химиотерапии Капецитабин. Второй группе больных (29) был проведен на первом этапе курс ДЛТ на весь малый таз до СОД=44Гр 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. В каждой группе проведена оценка ранних лучевых осложнений, эффективность терапии осложнений, оценка лучевых осложнений в отдаленном периоде.
Результаты: При обоих режимах проведения лучевой терапии наблюдались идентичные результаты. Регрессия первичной опухоли от 60 до 100%. В случае проведения первого варианта лечения после 44Гр 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, лучшая переносимость курса лечения.
Выводы: Таким образом, пациенты получающие терапию по второму варианту лечения переносили терапию с меньшим количеством ожидаемых лучевых осложнений.

ПОВТОРНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ
Маматкулов И.Р., Кувватов Ж.Т., Маматисаев А.А., Арсланова Ш.Б. Азизов Б.Б.
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР
Актуальность. Рецидивы рака головы и шеи развиваются по данным различных источников у 15-50% больных после радикального лечения. Хирургический метод лечения рецидива является основным методом лечения, однако не все пациенты подходят для спасительной операции. В связи с этим проведение повторной радиотерапии становится актуальной в современной онкологии.
Цель: оценка эффективности повторной лучевой терапии у пациентов с рецидивами рака головы и шеи при использовании различных режимов фракционирования.
Материал и методы: в исследование включены 32 пациентов с рецидивами рака головы и шеи, ранее получившие курс лучевой терапии на аппарате Cobalt 60 или линейном ускорителе с энергией 6 МВ, в плане комплексного лечения с 2016 по 2022гг. Интервал времени с момента первичного облучения составил от 6 до 38 месяцев.Дозовые предписания колебались от 1,8-2,0 Гр за фракцию, суммарно 40-60 Гр при обычном фракционировании и при гипофракционированииот 3,0-4,0Гр до/30-40Гр, соответственно. В контрольной группе (n=17) случаев было использовано классическое фракционирование 1,8-2,0 Гр, исследуемой (n=15) - гипофракционирование 3,0-4,0 Гр. В обеих группах средняя кумулятивная доза составила -110 Гр (диапазон 80–121 Гр). При выборе режима фракционирование учитывалось состояние пациента по шкале Карновского и ECOG, размеры и локализация опухоли. Контурирование объемов облучения формировались на МСКТ срезах, распротраненность процесса с использованием ПЭТ-КТ и МРТ. Повторная радиотерапия проводилась на ускорителе ELEKTA Synergy (системой планирования MONACO 5.11UK. Crawley) по методике IMRT, с применением IGRT.
Результаты: клиническая оценка эффективности лечения показала, что полный регресс опухоли при классическом фракционировании выявлену 7 пациентов (41%) и у 8 (53%) при гипофракционировании; Частичная регрессия зарегистрирована у 5 (29%) и 7 (46%) пациентов, соответственно. Прогрессирование наблюдалось -у 4 (23%) и 3 (20%). Частота ранней токсичности (лучевого мукозита I–II ст., лучевого дерматита I–II ст.) составила 85% и 62% пациентов. Частота поздней токсичности 3 и 4 степени (Мукозит III-IV степени, ксеростомия, дисфагия и тризм) наблюдалось у –2 (11%) и только в контрольной группе.
Заключение: режим гипофракционирования при лучевой терапии с модулированной интенсивностью(IMRT), рецидивирующем раке головы и шеи является хорошо переносимым видом лечения, обеспечивающим высокие показатели локального контроля с сохранением удовлетворительного качества жизни.

ГОРМОНАЛ ХУСУСИЯТГА ЭГА ТАББИЙ МОДДАЛАРНИНГ ЎСМАГА ҚАРШИ ФАОЛЛИГИНИ АНИҚЛАШ
Мусаева Ш.Н.
Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази
Мақсад: Кўкрак саратони безининг хавфли шаклларини эстроген терапиясида, in vivo шароитида сут бези саратонинг резистент формаларини самарали терапиясида эстрадиол таъсири ўсма ҳужайраларининг апоптотик сенсибилизация имкониятлари тасдиқлаш.
Материал и услублар. 20-22 г вазндаги тажриба BALB/c зотли оқ сичқонлари, ўсмага қарши фаоллик АКАТОН тажриба сичқон штаммаларида ўрганилди. Штамма барча қонун қоидаларга амал қилган ҳолда юқтирилди.
Натижалар: биз эстрадиол ва тестостероннинг ингичка ичак аденокарциномаси ҳужайраларида in vivo шароитида апоптознинг индукцияси таъсири бўйича тадқиқотлар ўтказдик. Эркак BALB/c сичқонларида тестостерон ўсма ҳужайраларининг ўсишини 35,25% га ингибирлади. Эстрадиолни 5 мг/кг миқдорда қўллаш ўсма ҳужайраларини 89,68% ингибирланишига олиб келди, эстрадиол ва тестостеронни биргаликда қўллаш ўсмага қарши юқори фаолликни

кўрсатди – 83.45%. BALB/c зотли урғочи сичқонлар текширилганда барча гормонлар саратонга қарши юқори фаолликни кўрсатди: 5 мг/кг дозадаги тестостерон АКАТОН ўсма ҳужайраларини ўсишини 91.36 % ингибирлади, эстрадиол эса 93.04% га, эстрадиол ва тестостеронни биргаликда қўллаганимизда 90.16% га ўсманинг ўсиши ингибирланди. Тестостерон ва эстрадиолни биргаликда қўллаш эркак сичқонларга имплантация қилинган АКАТОН ўсма ҳужайраларини, назорат гуруҳига нисбатан 92.11% га ингибирланиши кузатилди, урғочи сичқонларда эса 97.92% кўрсаткични кўрсатди.

Хулоса. Шундай қилиб BALB/c зотли эркак ва урғочи сичқонларида ўсмага қарши фаоллик эстрадиол ва эстрадиол ва тестостеронни биргаликда қўллаган гуруҳларимизда кузатилди. Ўтказилган тадқиқотлар хавфли неоплазмаларни даволашда стероид гормонларидан фойдаланиш имкониятини янада чуқурроқ ўрганиш мақсадга мувофиқлигини кўрсатади.

ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПОСЛЕ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ АСТРОЦИТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

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

Цель исследования: изучить динамику неврологических симптомы после химиолучевой терапии с учётом у больных астроцитом головного мозга.

Материалы и методы исследования: в исследование включены 192 пациентов с диагнозом астроцитомы головного мозга, которые обследовались и лечились в Бухарском областном филиале РСНПМЦО и Р МЗ РУз. с 2014 г по 2021 гг. Из 192 больных мужчин было -103 (53,6%), а женщин - 89 (46,4%). Возраст больных колебался от 9 до 77 лет, средний возраст составил - 36,6 лет.

Результаты. Из 192 больных у 183 (95,3%) выявлена общемозговая симптоматика и у 9 (4,7%) отмечено бессимптомное течение заболевания. Из 192 больных у 142 (74%) выявлена очаговая симптоматика и у 50 (26,0%) очаговых симптомов не выявлено. Из 192 больных у 135 (70,3%) заболевание началось с появления головных болей, у 34 (17,7%) - судороги, у 10 (5,3%) - головокружения, у 5 (2,6%) было нарушение зрения, у 3 (1,6%) - нарушение движения, у 2 (1,0%) - понижение памяти, у 2 (1,0%) –тошнота и у 1 (0,5%) – рвота. При рассмотрении клинических симптомов установлено, что общемозговая симптоматика среди больных различных лечебных групп была одинаково и колебалась от 91,2% до 98,6%. Очаговые симптоматики наименьше степени были выражены в группе больных комбинированного лечения (70%), чем в комплексном лечении и модифицированного комплексного лечения (76,5% и 77,1%) соответственно. Судороги были выраженными в группе больных модифицированного комплексного лечения - 29,4%, чем комбинированного -14,8% и комплексного лечения -15,7%.

Анализ динамики неврологических симптомов до и после лечения показал, что после комплексного лечение гемиплегия, нарушения ориентации, гемипарез, моторная афазия как исчезли значительно уменьшались гемипарез, нарушение памяти зрения, мозжечковая атаксия. После модифицированного комплексного лечения отмечено исчезновения нистагма, моторной афазии, нарушения зрения, гемипареза и судороги. снижение симптомов нарушения ориентации, мозжечковой атаксии и гемипареза. Это позволило многим больным начать лечение своевременно.

Выводы: анализ динамики неврологических симптомов показал, что из 26 симптомов, только у 3 симптомов отмечено изменения в положительную сторону, это при наличии гемипареза с 12,5% в 10,3% и при судороге. Из 21,6% и 20,5% при мозжечковой атаксии с 20,5% - 15,9% снижения показателя.

ЭКСПРЕССИЯ KI-67 И P53 КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РЕЦИДИВА РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Нишанов Д.А.[1], Ибрагимов Ж.М.[2], Мадалиев А. А.[1]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г Ташкент[1], Частная клиника "New life medical" г.Ташкент[2]

Цель: данное исследование было проведено для оценки клинической значимости экспрессии Ki-67 и p53 у пациентов с раком головки поджелудочной железы.

Методы: в период с мая 2018г. по апрель 2022 г. иммуногистохимическое окрашивание на Ki-67 и p53 было выполнено у 34 пациентов с раком головки поджелудочной железы (гистологическая

форма - протоковая аденокарцинома). Всем 34 пациентам была выполнена панкреато-дуоденальная резекция в клинике РСНПМЦОиР города Ташкента. Были проанализированы клинические и патоморфологические характеристики относительно экспрессии p53.
Полученные результаты: 30 (88,2%) и 21 (61,7%) из 34 случаев рака головки поджелудочной железы показали положительную экспрессию Ki-67 и p53 соответственно. У пациентов, экспрессирующих Ki-67 и p53, чаще наблюдались рецидивы опухоли в течение 1 года после хирургической резекции (P = 0,003 и P = 0,030 соответственно). Однако корреляции между экспрессией Ki-67 и p53 обнаружено не было. Экспрессия Ki-67 коррелировала со степенью патологии, метастазами в лимфатические узлы и клинической стадией (P <0,05). Важно отметить, что Ki-67 был независимым прогностическим фактором послеоперационного рецидива в течение 1 года как при однофакторном, так и при многопараметрическом анализе (отношение шансов 27,219; 95% доверительный интервал 1,403–528,135; P = 0,029).
Заключение: экспрессия Ki-67 и p53 достоверно связана с ранним послеоперационным рецидивом в течение 1 года после хирургической резекции при раке головки поджелудочной железы. В частности, Ki-67 был независимым прогностическим фактором послеоперационного рецидива в течение 1 года. Таким образом, иммуногистохимическое окрашивание на Ki-67 и p53 может применяться в качестве прогностического маркера раннего послеоперационного рецидива рака головки поджелудочной железы.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ПРОЛИФЕРАТИВНОГО ИНДЕКСА KI-67 ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ АДЕНОКАРЦИНОМАХ ПРОТОКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Нишанов Д.А.[1], Ибрагимов Ж.М.[2], Мадалиев А.А.[1]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г Ташкент[1], Частная клиника "New life medical" г.Ташкент[2]

Актуальность: аденокарцинома протоков поджелудочной железы (PDAC) представляет собой агрессивное заболевание, характеризующееся сложными биологическими особенностями и неблагоприятным прогнозом. Прогностическая стратификация PDAC поможет улучшить ведение пациентов. Цель этого исследования состояла в том, чтобы проанализировать экспрессию Ki-67 в отношении прогноза, в когорте пациентов с PDAC, перенесших хирургическое лечение.
Методы: пациенты, перенесшие резекцию поджелудочной железы в период с августа 2018г. по октябрь 2022г. по поводу PDAC. В РСНПМЦОиР центрах были рассмотрены ретроспективно. Пациенты с метастатическим или местно-распространенным заболеванием, получившие неоадъювантную химиотерапию, пациенты с PDAC, возникающим из внутрипротокового папиллярно-муцинозного новообразования и новообразования с отсутствующими данными были исключены. Клинические и патологические данные были получены и проанализированы. Экспрессию Ki-67 оценивали с помощью иммуногистохимических методов, и пациенты были разделены на три подгруппы.
Результаты. Критериям отбора соответствовали в общей сложности 170 пациентов. Выражение Ki-67 10 процентов или меньше, 11–50 процентов и более 50 процентов достоверно коррелировали с результатами DFS и DSS (P = 0·016 и P = 0·002 соответственно). Индекс Ki-67 был независимым предиктором плохой безрецидивной выживаемости (отношение рисков (HR) 0·52, 95 процентов Ki67 от 0,29 до 0,91; P= 0,022) и DSS (HR 0,53 от 0,31 до 0,91; P = 0,022). При этом индекс Ki-67 сильно коррелирует со степенью опухоли (P <0·001). Пациенты с PDAC, классифицированным как опухоль G3 с индекс Ki-67 выше 50% имел плохие результаты выживаемости по сравнению с другими пациентами (P<0·001 для как DFS, так и DSS).
Заключение. Индекс Ki-67 может быть полезен для прогнозирования выживаемости пациентов с PDAC. Дальше для подтверждения этих результатов необходимо исследование в более крупных когортах.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ БЕЛКОВ BCL-2 И P53 ПРИ КАРЦИНОМАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Нишанов Д.А.[1], Ибрагимов Ж.М.[2], Мадалиев А.А.[1]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г Ташкент[1], Частная клиника "New Life Medical" г. Ташкент[2].

В поисках клинически значимых прогностических, иммуногистохимических маркеров опухолей

поджелудочной железы проведены различные исследования в небольшой когорте больных. Только в нескольких статьях изучалась взаимосвязь между экспрессией bcl-2 и клиническими данными или экспрессией bcl-2 и экспрессией p53 при карциномах поджелудочной железы.
Методы: мы исследовали экспрессию белка bcl-2 и белка p53 с помощью иммуногистохимических методов.
Результаты: иммуноокрашивание на bcl-2 было положительным в 16 (20%) из 81 случая карциномы поджелудочной железы. Не было выявлено значимых корреляций между экспрессией bcl-2 и возрастом, полом, регионом отбора проб или клинической стадией пациентов. Белок Bcl-2 чаще выявляли в карциномах поджелудочной железы с гистологически высокой степенью злокачественности (III степень - 31%, II степень - 14%, I степень - 0%); однако не было существенной разницы в прогнозе между пациентами с экспрессией белка bcl-2 и без нее. Иммуноокрашивание на белок p53 было положительным в 45 (56%) из 81 случая карциномы поджелудочной железы. Не было никакой существенной корреляции между экспрессией белка bcl-2 и экспрессией белка p53.
Заключение: Bcl-2 часто выявляли в карциномах поджелудочной железы с высокой степенью злокачественности, хотя значимой корреляции между экспрессией bcl-2 и прогнозом не было.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ BCL 2 ПРИ НЕФРОБЛАСТОМЕ У ДЕТЕЙ

Нишанов Д.А.[1], Матрасулов Р.С.[2], Авезов А.У.[3], Айтимова Г.Ю.[3], Урунбаева Н.А.[3]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии[1], Ташкентская медицинская академия[2], Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии[3]

Актуальность. Нефробластома - эмбриональная опухоль высокозлокачественная, происходящая из развивающихся тканей почек. Болезнь-более распространенное злокачественное новообразование мочеполового тракта у детей. Наиболее часто встречается в возрасте до 5 лет с одинаковой частотой у мальчиков и девочек, связь между возрастом матери и вероятностью родить ребенка с нефробластомой Вильмса, часто сочетается с врожденными аномалиями.
Целью исследования является исследовать роль и значение мутации BCL 2 в клетках нефробластомы.
Материалы и методы исследования. Всего в наше исследование было изучено экспрессия маркера BCL 2 в клетках нефробластомы у 82 пациента с различными молекулярно-биологическими подтипами с помощью иммуногистохимического метода. Иммуногистохимическое исследование проводили на срезах с парафиновых блоков опухолей, предназначенных для стандартного морфологического исследования.
Результаты исследования и их обсуждение. Из 82 пациентов у 38 (46,3%) был определен эпителиальный подтип, у 21 (25,6 %) – мезенхимальным подтип, у 23 – смешенный (28,1 %). В каждом из исследованных случаев отмечалось положительное окрашивание антителами к BCL 2 инфильтрирующих опухоль, что являлось для нас внутренним положительным контролем. Среднее содержание опухолевых клеток, положительных по экспрессии BCL 2, в опухолях с эпителиальным подтипом составило 82,8 ± 7,8 %, где разброс находился в пределах от 60 % до 95 %. При мезенхимальном подтипе среднее содержание BCL 2 положительных опухолевых клеток составило 72,5 ± 2,7 %, где разброс находился от 60 % до 84 % клеток. Экспрессия BCL 2 отмечена в 61,9% случаев соответственно, у половины больных количество опухолевых клеток, окрашенных антителами к BCL 2, не превышало 30 %, у оставшихся больных в среднем составило 70 %. Обнаружены некоторые различия и в интенсивности окрашивания цитоплазмы опухолевых клеток в зависимости от молекулярного подтипа нефробластомы. Так, при эпителиальном подтипе, как правило, цитоплазма имела яркую или среднюю интенсивность окрашивания, при мезенхимальном подтипе у 12 из 21 позитивных случаев имели среднюю интенсивность окрашивания, у 4 – слабую и у 5 – цитоплазма была ярко окрашена антителами к BCL 2, при смешенном одинаково часто была отмечена интенсивность окрашивания слабая и средняя.
Выводы. Таким образом, проведенное исследование экспрессии BCL 2 выявило закономерность снижения частоты позитивных случаев окрашивания цитоплазмы опухолевых клеток с изменением рецепторного статуса опухоли, а именно, снижение в несколько раз числа позитивных случаев при эпителиальных и смешенных подтипах нефробластомы. Проведенное исследование подтвердило различие в уровне экспрессии рецепторов белков, участвующих в процессе апоптоза BCL 2. Пациенты с дополнительными копиями генов BCL 2 могут иметь

тенденцию к неблагоприятному прогнозу, а обнаружение дополнительных копий BCL 2 может заслуживать большего внимания.

МАРКЕР СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА(p53) ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА

Нишанов Д.А.[1], Матрасулов Р.С.[2], Авезов А.У.[3], Айтимова Г.Ю.[3], Урунбаева Н.А.[3]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии[1], Ташкентская медицинская академия[2], Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии[3]

Актуальность. В структуре злокачественных опухолей у детей нефробластома занимает 4-е место, уступая гемобластозам, новообразованиям ЦНС и саркомам мягких тканей. Частота её составляет от 0,4 до 1 на 10 тыс. живорожденных детей. Чаще всего нефробластома встречается у детей в возрасте от 2 до 5 лет, редко у новорожденных. Короткий период, во время которого все индуцирующие факторы приводят к развитию и манифестации нефробластомы, и ассоциация данной неоплазмы с определенной аномалией формируют основу для понимания процессов, индуцирующих злокачественные опухоли почек у детей.

Цель: исследовать роль и значение мутации p53 в опухолях Вильмса.

Материалы и методы исследования. Для исследования мы включили детей в возрасте от 9 месяцев до 16 лет на момент постановки диагноза первичной опухоли почки из Детской отделений РСНПМЦ ОиР, которые получали 4 недели предоперационной химиотерапии.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 82 пациентов у 38 (46,3%) был определен эпителиальный подтип, у 21 (25,6 %) – мезенхимальным подтип, у 23 – смешенный (28,1 %). Проведенное исследование выявило, что практически одинаково часто гиперэкспрессия p53 наблюдалась при эпителиальных подтипах нефробластомах и несколько снижается при мезенхимальным. Накопление p53 при смешенным подтипе встречалось в 2 раза реже, чем при эпителиальном, и в 2,5 раза и 1,1 раза реже, чем при мезенхимальным нефробластомах, соответственно. А при эпителиальном разброс клеток по экспрессии данного маркера находился в пределах от 50 % ядер опухолевых клеток до 90 %, в среднем составив 76,8 ± 7,7 %. У половины больных процент позитивных клеток превысил уровень, но не вышел за пределы 30 %. У другой половины практически все опухолевые клетки имели ядерное окрашивание антителами к p53. Из 38 случаев эпителиалных у 21 (55,3%) имели мутации p53, из 21 случаев мезен-химальных у 11 (52,4 %) имели мутации p53, из 10 случаев, смешенных у 10 (52,4 %) имели мутации p53. Опухоли с мутациями имели повышенный риск рецидива как первое событие (p = 0,03, отношение рисков 3,89; 95% доверительный интервал (CI)) по сравнению с опухолями без аномалий p53. Эти опухоли показали нарушение регуляции генов, связанных с биологическими процессами клеточного цикла и репарации ДНК. При эпителиальном подтипе отмечено высокое содержание p53.

Выводы: это исследование предоставляет доказательства того, что анализ мутаций p53 улучшает стратификацию риска при нефробластомы. Это требует проверки в независимой когорте перед клиническим использованием в качестве биомаркера. Эти данные подтверждают ключевую роль потери p53 в развитии анаплазии при опухолья Вильмса и подтверждают ее значительное клиническое значение у пациентов с остаточной анапластической опухолью после операции. Это говорит о том, что модификации текущих критериев, которые также учитывают объем анаплазии и документирование аберраций p53, могут лучше отражать риск рецидива и смерти и позволяют оптимизировать терапевтическую стратификацию.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ К ХИМИОЛУЧЕВАОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ИММУНОГИСТОХИМИИ.

Нишанов Д.А., Мансурова Г.Б., Саидова К.А., Чен Е.Е.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

Актуальность работы. В структуре онкологической заболеваемости репродуктивной системы женщин Республики Узбекистан рак шейки матки занимает 2-ое место после рака молочной железы. В Республике Узбекистан за 2021 год зарегистрировано 1012 больных раком шейки матки. Из них больные генерализованной формы (т. е. 11-1V стадии составили больше половины). «Золотым стандартом» лечения этих больных является химиолучевая терапия. Однако не всегда удается достигнуть желаемого результата. Несмотря на полученную пациентами химио-лучевую

терапию, сохраняются все признаки заболевания, сохраняются объемы образования. В мире в связи с развитием ИГХ методов исследования стало возможным определять эффективность тактики лечения и прогнозов исходов заболевания после проведения курса СЛТ у больных местнораспространненым РШМ.

Цель исследования: определить использование значения молекулярно- генетических маркеров для планирования, лечения и прогнозирования результатов лучевой терапии рака шейки матки.

Материалы и методы: нами применялась методика ИГХ- исследования и интерпретации биопсийного материала больных раком шейки матки. Было проведено исследование 10 больных раком шейки матки находящихся на лечении в отделении радиотерапии РСНПМЦОиР. Все исследования проведены в условиях отделения патоморфологии РСНПМЦОиР. У всех больных исследовались маркеры p53, Esterogen receptor, Progesteron receptor и Ki 67. Эти исследования проводились до начала лечения. При интерпретации полученных результатов нами определялась тактика лечения больных и оправданность применения химиотерапии в лечении. Было выявлено то, что при высокой экспрессии Ki 67, P53 говорит о неблагоприятном течении заболевания. Всем больным с высокими показателями Ki67, P53 плановая сочетанная лучевая терапия была дополнена МХТ- препаратом – цисплатин в качестве радиомодификатора. В случае высоких показателей Esterogen receptor, Progesteron receptor после оканчания полного курса сочетанной лучевой терапии больным было рекомендовано получить 6 курсов гормонотерапии с последующим активным наблюдением пациентов.

Результаты: Внедрение в практику широкого применения ИГХ - исследования в диагностике рака шейки матки позволит оптимизировать выбор адекватного лечения, определить объем лечения, сократить сроки лечения, а также повысить эффективность химиолучевой терапии и снизить число осложнений и рецидивов у больных местно- распространенным раком шейки матки. На данном этапе исследования продолжаются.

ИММУНООКРАШИВАНИЕ KI-67 ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ХРОНИЧЕСКОМ АКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Нишанов Д.А.[1], Ибрагимов Ж.М.[2], Мадалиев А.А.[1]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г Тошкент[1], Частная клиника "New life medical" г. Тошкент[2]

Было показано, что ПЭТ с 18F-ФДГ полезна для выявления и определения стадии рака поджелудочной железы. Однако до сих пор неясно, зависит ли поглощение ФДГ от пролиферативной активности. Цель этого проспективного исследования состояла в том, чтобы оценить возможную корреляцию между поглощением ФДГ и пролиферативной активностью в доброкачественных и злокачественных опухолях поджелудочной железы.

Материал и методы. В нашу серию вошли 23 пациента с раком поджелудочной железы и 9 пациентов с хроническим активным панкреатитом (ХП). ПЭТ с ФДГ выполняли в течение 2 недель до операции, и рассчитывали стандартизированные значения поглощения (SUV) для доброкачественных и злокачественных опухолей поджелудочной железы. Пациенты были отобраны, когда присутствовало фокальное повышенное поглощение ФДГ в ранее известных опухолях поджелудочной железы. Фракция пролиферации измерялась в образцах тканей с использованием анти-Ki-67-антитела MIB-1. Компьютерную систему визуализации использовали для количественного определения иммуноокрашивания ядер Ki-67.

Результаты. Рак поджелудочной железы показал, как интенсивное ядерное окрашивание Ki-67 (39% +/- 16%), так и высокое поглощение ФДГ (SUV = 3,6 +/- 1,6). Однако достоверной корреляции между поглощением ФДГ in vivo и иммунореактивностью Ki-67 обнаружено не было (P = 0,65). Напротив, окрашивание ядер Ki-67 было значительно ниже (3,8% +/- 2,7%, P <0,05) при ВП, тогда как поглощение ФДГ было в том же диапазоне, что и при раке поджелудочной железы (SUV = 3,5 +/- 1,8)

Заключение: поглощение ФДГ не коррелирует с пролиферативной активностью при раке поджелудочной железы. Пролиферативная активность была в 10 раз выше при злокачественных опухолях поджелудочной железы, чем при доброкачественных опухолях, ассоциированных с ВП, тогда как поглощение ФДГ in vivo достоверно не отличалось.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ПРОЛИФЕРАТИВНОГО ИНДЕКСА KI-67 ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ АДЕНОКАРЦИНОМА ПРОТОКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Нишанов Д.А.[1], Ибрагимов Ж.М.[2], Мадалиев А.А.[1]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г Тошкент[1], Частная клиника "New life medical" г. Тошкент[2]

Актуальность: аденокарцинома протоков поджелудочной железы (PDAC) представляет собой агрессивное заболевание, характеризующееся сложными биологическими особенностями и неблагоприятным прогнозом. Прогностическая стратификация PDAC поможет улучшить ведение пациентов. Цель этого исследования состояла в том, чтобы проанализировать экспрессию Ki-67 в отношении прогноза. В когорте пациентов с PDAC, перенесших хирургическое лечение.

Материал и методы: пациенты, перенесшие резекцию поджелудочной железы в период с августа 2018 г. по октябрь 2022 г. по поводу PDAC. В РСНПМЦОиР центрах были рассмотрены ретроспективно. Пациенты с метастатическим или местно-распространенным заболеванием, получившие неоадъювантную химиотерапию, пациенты с PDAC, возникающим из внутрипротокового папиллярно-муцинозное новообразование и новообразования с отсутствующими данными были исключены. Клинические и патологические данные были получены и проанализированы. Экспрессию Ki-67 оценивали с помощью иммуногистохимии. и пациенты были разделены на три подгруппы. Анализы выживаемости были выполнены для безрецидивных (DFS) и результаты выживаемости, специфичные для заболевания (DSS), в соответствии с экспрессией Ki-67 и классификацией опухоли.

Результаты. Критериям отбора соответствовали в общей сложности 170 пациентов. Выражение Ki-67 10 процентов или меньше, 11–50 процентов и более 50 процентов достоверно коррелировали с результатами DFS и DSS (P = 0·016 и P = 0·002 соответственно). Индекс Ki-67 был независимым предиктором плохой безрецидивной выживаемости (отношение рисков (HR) 0·52, 95 процентов к.и. от 0·29 до 0·91; P = 0·022) и DSS (HR 0·53, от 0·31 до 0·91; P = 0·022). При этом индекс Ки-67 сильно коррелирует со степенью опухоли (P <0·001). Пациенты с PDAC, классифицированным как опухоль G3 с Индекс Ki-67 выше 50% имел плохие результаты выживаемости по сравнению с другими пациентами (P<0·001 для как DFS, так и DSS).

Заключение. Индекс Ki-67 может быть полезен для прогнозирования выживаемости пациентов с PDAC. Дальше для подтверждения этих результатов необходимо исследование в более крупных когортах.

К ВОПРОСУ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК РАКА ЖЕЛУДКА

Нишанов Д.А.[1], Турсинов И.Т.[2], Рузиева Н.А.[3]

РСНПМЦОиР[1], РСНПМЦОиР ТОФ[2,3]

Актуальность темы: патология рака желудка, несмотря на устойчивое снижение заболеваемости, повышение техники оперативных вмешательств и внедрение системы профилактических мер остается одними из сложных проблем современной онкологии.

Цель работы. На основе литературных данных изучить клинико-морфологические характеристики рака желудка.

Материалы и методы исследования. Были обработаны литературные источники, а также произведен анализ клинико-морфологических проявлений рака желудка и его лечение.

Результаты исследования: основываясь на многочисленных исследованиях было установлено, что в молодом возрасте чаще встречается рак желудка диффузного типа, который отличается худшим прогнозом, который связан с более злокачественным потенциалом опухоли быстрым течением, ранним метастазированием и плохой выявляемостью на ранних стадиях.

Если раньше рак желудка считался уделом пожилого контингента населения, то в последние десятилетия наметилась тенденция к омоложению что еще больше придает остроту проблеме. Несмотря на профилактические мероприятия по выявлению рака желудка, и некоторое снижение заболеваемости, показатель летальности не уменьшился. Рак желудка занимает третье место среди причин смерти от злокачественных новообразований в мире. Обычно морфологических диагностика рака желудка не представляет сложности, но бывают случаи трудные для морфологической верификации. Прежде всего, ранний рак желудка является одним из трудно диагностируемых ситуаций, в связи с тем, что обычно он долгое время протекает бессимптомно. Поэтому, более 40% всех случаев рака желудка диагностируют уже на поздней IV стадии, когда опухоль распространилась за пределы стенок желудка.

Вывод: суммируя все выше изложенное следует отметить, что прогноз при раке желудка зависит от стадии заболевания: 5-летняя выживаемость больных составляет 25-30%, однако этот показатель после оперативного лечения достигает 95%, что дает понять о тенденции роста такой патологии во всем мире.

МАРКАЗИЙ НЕРВ СИСТЕМАСИ АСТРОЦИТОМАЛАРИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ВА ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ХУСУСИЯТЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Нишанов Д.А., Расулов Р.А., Бекназаров Х.Ж., Мадалиев А.А.
Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия илмий амалий тиббиёт маркази, РИОваРИАТМ, Ўзбекистон, Тошкент

Тадқиқот мақсади: марказий нерв системаси астроцитомаларининг патоморфологик турларини ва иммуногистокимёвий хусусиятларини Ki67 маркёри оркали пролифератив фаоллигини баҳолаш.

Тадқиқот объекти ва усуллари: 2016-2020 йиллар оралиғида РИНИАТМ да 971 беморда астроцитома касаллигининг патоморфологик турларини ретроспектив тахлили олиб борилди, шулардан 150 нафарида ўсма ҳужайрасидаги ядродаги пролифератив активликни аниқлаш учун Ki67 маркёри орқали иммуногистокимёвий реакция қўйилди.

Натижалар: беморларнинг ёши 1 ёшдан 70 ёшгача, шулардан эркаклар -315 (32.4%) та, аёллар – 656 (67.5%) та, шунинг дек 20 ёшгача бўлганлар -95 (9.7%) та ни ташкил этган. Юқорида келтирилган беморларнинг барчасида нейрожаррохлик амалиёти ўтказилган. Астроцитомаларнинг топографо- анатомик жойлашуви бўйича қарайдиган бўлсак. Бош мия ярим шарида 674 холат (69,4%), шундан - ўнг бош мия ярим шарида жойлашган астроцитомалар 340 (35%) та, чап бош мия ярим шарида жойлашган астроцитомалар 334 (34,3%) та. Беморлардан олинган операцион ва биопсион намуналар патоморфологик ва иммуногистокимёвий тахлил қилинди. ЖЖСТнинг 2007 йилдаги МНС ўсмаларининг классификацияси (G-I-II-III) ўсманинг хавфлилик гардациялари бўйича тахлил қилинди. Энг кўп аниқланган анапластик астроцитома 553 (57%) та, фибрилляр астроцитома 201(20,7%) та, диффуз астроцитомалар – 60 (6,2%) та, пилоцитар астроцитома - 51 (5,2) та, протоплазматикастроцитома – 33 (3,4%) та, гемистоцитар астроцитома – 29 (3%) та, пиломиксоид астроцитома – 16 (1,7%) та, субэпендимар гигант хужайрали астроцитома – 14 (1,4%) та, племорф ксантоастроцитома – 14 (1.4%) та турлари аниқланди. Иммуногистокимёвий тахлилда 150 та беморда, (G-I-II-III) ўсманинг хавфлилик гардациялари бўйича Ki67 маркёри G-I турдаги астроцитомаларда 2% дан ортиқроқ, G-II турдаги астроцитомаларда 5-6%, G-III турдаги анапластик астроцитомаларда 9-10% холатда ўсма ҳужайрасида пролифератив активлик аниқланди.

Хулоса: хулоса қилиб айтиш мумкинки астроцитома касаллиги аёлларга нисбатдан кўпроқ эркакларда учраши, топографо-анатомик жойлашуви бўйича бош миянинг ўнг ярим шарида кўпроқ аниқланган бўлса, хавфлилик градацияси бўйича G-II-III ўсмаларининг улуши устунлик қилмоқда, ядродаги пролифератив активлик даражаси G-III анапластик астроцитомада қолган астроцитомаларга қараганда фиоз нисбати юқорилиги аниқланди. Юқоридаги патоморфологик ва иммуногистокимёвий тахиллардан келиб чиқиб анапластик астроцитоманинг қолган астроцитомаларга нисбатдан рецидивланиши юқорилигини хулоса қилиш мумкин.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТРЕПАНАЦИОННОЙ БИОПСИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г Тошкент

Цель исследования: значение внедрения в клинико-диагностическую практику трепанационной биопсии для патоморфологической верификации опухолей поджелудочной железы.

Материалы и методы: В исследование РСНПМЦОиР отделение в поликлинике участвовало 105 больных с клинически диагностированным образованием опухолей поджелудочной железы. Всем пациентам выполнялись традиционные диагностические исследования (УЗИ, КТ, МРТ). На основании полученных результатов оптимизирован лечебно-диагностический алгоритм новообразований опухолей поджелудочной железы.

Результаты: установление патогистологической верификации после выполнения

трепанационной биопсии. Поставлен патоморфологический диагноз: добракачественная опухоль (аденома, ацинарная аденома, киста поджелудочной) – 10 (9,5%), нейроэндокринный канцер (злокачественные карциноид) - 32 (21.3%), аденокарцинома- 45 (42-8 %), ацинарный рак - 7 (4.6 %), цистаденокарцинома - 6 (5.7 %), плосколеточный канцер - 2 (1.9 %), недифференцированный канцер-1 (0.9 %) и другие опухолей-2 (1.9%). После патоморфологической верификации предварительный клинический диагноз не изменен 103(98 %) пациентам.
Выводы: Применение трепанационной биопсии для постановки точного диагноза с помощью патоморфологической верификации новообразований опухолей поджелудочной железы позволяет оптимизировать лечебно-диагностический алгоритм и улучшение результатов лечения.

BREAST CANCER PATHOMORPHOSIS REMAINS AN ACTUAL PROBLEM FOR BOTH CLINICIANS AND MORPHOLOGISTS

Normuminov O.X., Yuldashev R.R.
Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology Surkhandarya branch

Background: Assessment of the morphological signs of the treatment pathomorphosis of breast cancer.
Material and methods: Studied 88 breast cancers (BC) after radiation and drug treatment. The material was examined with a wide notch of the central and peripheral parts of the tumor, background, lymph nodes using histological, histochemical, immunohistochemical methods. The age of the patients was from 30 to 75 years (mean 55.6 years).
Research results. Histological examination of breast cancer pathomorphosis revealed degenerative changes in cells and nuclei of varying severity. Almost complete disappearance of the tumor (11.7%) is characterized by severe fibrosis and hyalinosis, small clusters or single ugly cells surrounded by cells of other bodies, lymphocytes. Severe pathomorphosis (38.3%) is characterized by a violation of the histological structure of the tumor, fibrosis, necrosis, dystrophic changes (CI) of a part of tumor cells. With a moderately pronounced pathomorphosis (31.2%), the tumor structure is preserved for a considerable extent, there are small foci of necrosis, CI of some tumor cells. Weakly expressed pathomorphosis is determined by the preservation of the tumor structure and small foci of dystrophic altered cancer epithelial cells. In 8.8% of cases, no signs of pathomorphosis were detected, in 2 cases (0.2%) after treatment, an increase in breast cancer was noted. Examination of lymph nodes in 37.5% of cases revealed isolated tumor cells and breast cancer micrometastases (<0.2 cm). Breast cancer metastases 0.2-2 cm were found in 50.3% of cases,> 2 cm - in 13%. No correlation was found between the severity of breast cancer changes and metastatic lesions.
Conclusion. The morphological examination did not reveal any signs specific to the therapeutic pathomorphosis. Actually, after radiation and drug treatment. They have no fundamental differences. The severity of the therapeutic pathomorphism of breast cancer as a criterion for the effectiveness of the treatment is in need of further study.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Палванов А.Ч., Хатамов Ш.Н., Алиева Д.А.
Кашкадарьинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Самаркандский государственный медицинский университет

Цель - изучить и провести обобщение наблюдений различных опухолей околоушной слюнной железы (ОСЖ) для определения частоты встречаемости, гистологических вариантов, особенностей клинико-морфологического течения, локализаций, а также определения наиболее эффективных методов диагностики и лечения.
Материал и методы. Проведено изучение историй болезни, амбулаторных карт пациентов (n=112) с опухолями слюнных желез (СЖ), а также (n=58) пациентов с воспалительными заболеваниями и кистами. Изучение морфологических особенностей показало, что аденолимфомы определены - у 2,5%, мукоэпидермоидные опухоли – у 15,2%, ацинозноклеточные – 2,8%, цистаденоидные - 5,8%, аденокарциномы – 6,9%, недифференцированный рак – 1,4%.
Результаты. Изучение клинических особенностей показало, что «смешанные» опухоли ОСЖ выявлены у 40,1%, с локализацией в позадичелюстной области и 12,3% – в нижнем

полюсе железы. Хирургические вмешательства в объёме резекцию железы (РЖ) проведены у пациентов с опухолями до 2 см, а при больших размерах - субтотальная резекция. При этом если локализация опухоли располагалась в поверхностной части спереди от ушной раковины выполнены - субтотальная РЖ (72%), при больших объёмах - паротидэктомия (6,8%), с сохранением ветвей n.facialis. Отдаленные результаты лечения показали, что при «смешанных» опухолях ОСЖ рецидива не отмечали, а при сроках более 2-х лет – у 57.6% пациентов, более 3 лет – у 31,2%, а в сроки 5-10 лет – у 41,2%. Благодаря ранней диагностике и морфологическим различиям с подбором точного объёма тперации всем пациента была с охранена целостность n.facialis.

Выводы. Точная морфологическая верификация и выбор соответствующего комплексного подхода к лечению ОСЖ определяет получение эффективных результатов лечения с увеличением времени безрецидивного периода, выживаемости и обеспечения качества жизни больных.

НОМЕЛАНОМ ТЕРИ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ КЎРСАТКИЧИНИ ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ МИКЁСИДА ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Полатова Д.Ш.[1,2], Ибрагимова Д.А. [1,2], Хамидуллаева О.О.[2]

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази[1], Тошкент давлат стоматология институти[2]

Мақсад. Номеланом тери хавфли ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичини Ўзбекистон Республикаси микёсида ўрганиш ва тахлил қилиш.

Материал ва услублар. Мазкур тадқиқотда 2017-2021 йиллар давомида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг онкологик касалликларни рўйхатга олиш – 7SSV хисобот шакли статистик маълумотлари асосида номеланом тери хавфли ўсмалари билан бирламчи касалланиш холатлари ўрганиб чиқилди. Касалланиш буйича эркак ва аёллар ўртасидаги нисбат 1,3:1 ни ташкил этган.

Натижа. Республикада номеланом тери хавфли ўсмалари билан интенсив касалланиш кўрсаткичи 100 минг ахолига 2017 йилда 3,7 ни, 2018 йилда 3,3 ни, 2019 йилда 3,2 ни, 2020 йилда 2,4 ни ва 2021 йилда эса бу кўрсаткич 2,9 ни ташкил этган. Абсолют сон жихатдан кўрилганда 2017 йилда 1198 ни, 2018 йилда 1086 ни, 2019 йилда 1074 ни, 2020 йилда 807 тадан ва 2021 йилда эса бу кўрсаткич 1010 тани ташкил этган. Касаллик босқичларига кўра ўрганиб чиқилганда, кечки босқичларда (III ва IV) аниқланиш кўрсаткичи 2017 йилда 22,2%, 2018 йилда 15.5%, 2019 йилда 19.7%, 2020 йилда 22,8% ва 2021 йилда эса бу кўрсаткич 20.9% ни ташкил этган. Беш йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 2017 йилда 50,5%, 2018 йилда 47,3%, 2019 йилда 49,2%, 2020 йилда 48,6% ва 2021 йилда эса бу кўрсаткич 51,8% ни ташкил этди.

Хулоса. Статистик маълумотларга асосланиб, Ўзбекистонда номеланом тери хавфли ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичи йилдан-йилга камаймоқда: 2017 йилги касалланиш кўрсаткичини 2021 йилга келиб 21,6% га камайганлигини кўриш мумкин. Кечки босқичларда аниқланиш кўрсаткичи 22,2% дан 20.9% га камайганлигини тизимли профилактик кўрикларини йўлга қўйилганлигининг натижасидир. Номеланом тери хавфли ўсмалари билан касалланган беморларнинг беш йиллик яшовчанлик кўрсаткичини қисман (50,5% дан 51,8%) ошганлиги, ушбу касалликнинг гетерогенлиги ва шу сабабли даволаш усулининг мураккаблиги билан ифодаланади.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОРГАНОСОХРАНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Полатова Д.Ш.[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 РУз[1], Ташкентский государственный стоматологический институт[2], Ташкентская медицинская академия[3]

Цель: проанализировать частоту возникновения послеоперационных осложнений и их лечение при опухолях трубчатых костей предплечья.

Материал и методы. В хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата РСНПМЦОиР МЗ РУз с 2007 по 2022 г. находились на обследовании и лечении 75 пациентов - 32 (42,7 %) мужчины и 43 (57,3 %) женщины. Средний возраст больных составил 31 год. У 58 (77,3 %) из 75 больных отмечено поражение лучевой кости, у 17 (22,7 %) – локтевой кости. В большинстве

случаев опухоль локализовалась в дистальном отделе лучевой кости. Протяженность поражения - 3–15 см. Всем больным выполнены органосохранные операции.
Результаты. В послеоперационном периоде у 17 (22,7 %) появились разлиичного рода осложнения. После сегментарной резекции с аутопластикой (38,1 %) и сегментарной резекции (21,4 %), а также после экскохлеации с цементоплатикой (16,1 %). После сегментарной резекции с аутопластикой у 8 (38,1%). У 2 (9,5 %) больных на 14–16 мес был выявлен рецидив гигантоклеточной опухоли. После экскохлеации опухоли с цементопластикой у 5 (16,1 %) из 31 пациента наблюдались следующие осложнения: у 1 (3,2 %) – некроз кожи, у 2 (6,4 %) – свищ и у 2 (6,4 %) – остеомиелит. Локальный рецидив выявлен у 6 (19,4 %) больных гигантоклеточной опухолью. После сегментарной резекции костей предплечья у 3 (21,4 %) из 14 больных наблюдались следующие осложнения: у 1 (7,1%) – некроз кожи, у 1 (7,1 %) – нагноение раны и у 1 (7,1%) – повреждение лучевого нерва.
Выводы. При гигантоклеточной опухоли костей предплечья при отсутствии мягкотканного компонента, обширной деструкции кортикального слоя и перехода опухоли на суставную поверхность кости методом выбора является хирургическое лечение в объеме экскохлеации с цементопластикой. В случае доброкачественных опухолях костей предплечья с наличием мягкотканного компонента и поражении суставной поверхности кости оптимальным методом является сегментарная резекция кости с замещением дефекта эндопротезом. При злокачественных опухолях (остеосаркоме, низко дифференцированной хондросаркоме) показано комбинированное лечение с применением неоадъювантной и адъювантной химиотерапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ САРКОМАХ МЯГКИХ ТКАНЯХ
Полатова Д.Ш.[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 РУз[1], Ташкентский государственный стоматологический институт[2], Ташкентская медицинская академия[3]
Цель: изучить ближайшие результаты органосохраняющих операций при опухолях мягких тканей конечностей с реконструкцией магистральных сосудов.
Материал и методы. В отделении опорно-двигательного аппарата РСНПМЦОиР МЗ РУз в период с 2016 по 2022 гг. проходили лечение 215 больных с саркомами мягких тканей. 103 (48,1%) были с первичной опухолью и 112 (51,9%) с рецидивами. Из 215 больных 33 (15,6%) выполнены органосохранные операции с реконструктивной пластикой сосудов.
Результаты. Заболеваемость преобладает у лиц с 21 до 40 лет, самый низкий показатель у лиц от 61 и старше. По полу превалируют мужчины. Частым клиническим симптомом являлась боль и ограничение функции конечности, соответственно 47 и 16%. По локализации чаще опухолевый процесс поражал нижние конечности. С целью реконструкции и восстановления сегмента сосудов в 24 случаях был использована аутовена (v. safena mag.) и в 9 аллотрансплантант. При операции на верхних конечностях у 9 больных использована аутотрансплантация и у 2 - аллотрансплантация. При опухолях нижних конечностей в 15 случаях использована аутотрансплантация и в 7 - аллотранстлантация. Из осложнений в послеоперационном периоде имело место некроз краев раны, вторичное заживление раны, также ранний лимфостаз.
Выводы. Современная тенденция комплексного мультидисциплинарного подхода в лечении, позволяет расширить показания к органосохранным операциям при саркомах мягких тканей. Реконструктивные вмешательства на магистральных сосудах конечностей повышают резектабельность процесса и обеспечивают радикальность хирургического вмешательства.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
Полатова Д.Ш.[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 РУз[1], Ташкентский государственный стоматологический институт[2], Ташкентская медицинская академия[3]
Цель исследования: изучить результаты эндопротезирования плечевого сустава при опухолях проксимального отдела плечевой кости.
Материалы и методы. В хирургическом отделении опухолей опорно–двигательного аппарата РСНПМЦО МЗ РУз с 2010 по 2022 гг. находились на лечении 52 больных с опухолями

проксимального отдела плечевой кости. Возраст больных колебался от 16 до 72 лет, в среднем составил – 36,6 лет. Рентгенография выполнена всем 52 больным. Из 52 у 22 (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 структуры 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 гемангиоперицитома, 1 (1,9%) - метастазы аденокарциномы щитовидный железы, 1 (1,9%) - хондромиксоидная фиброма и 1 (1,9%) - хондромиксома. Всем больным произведена - сегментарная резекция проксимального отдела плечевой кости с замещением дефекта металлическим эндопротезом. Протяженность резекции составила 8 - 15 см.

Результаты. В различные сроки у 2 (3,8%) больных наблюдалась нестабильность ножки эндопротеза и у 2 (3,8%) больных вывих головки эндопротеза. Инфекционно-воспалительные осложнения наблюдались у 3 (5,8%) больных. После реконструктивных вмешательств у 2 (3,8%) больных выявлен локальный рецидив (1 больного с остеогенной саркомой и 1 - при хондросаркоме). У 5 (9,6%) случаях выявлены метастазы в легких (у 2 больных с остеогенной саркомой через 12 месяцев, у 2 с ЗГКО через 10 месяцев, у 1 хондросаркомой через 15 месяцев). Анатомо – функциональные результаты по шкале Enneking показали, что у 11 больных оценены как отличное, у 33 - как хорошее и у 8- удовлетворительное.

Выводы. Хирургическое лечение в объёме радикальной резекция с соблюдением онкологических принципов с замещением дефекта эндопротезом, является методом выбора при злокачественных опухолях проксимального отдела плечевой кости.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В МОНИТОРИНГЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ САРКОМАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Полатова Д.Ш.[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 РУз[1], Ташкентский государственный стоматологический институт[2], Ташкентская медицинская академия[3]

Цель. Оценить значение лучевых методов диагностики при саркомах мягких тканей.

Материал и методы. В условиях отделения заболеваний опорно-двигательного аппарата РСНПМЦОиР МЗ РУз в период с 2016 по 2022 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 - у 33 (15,6%) выполнено различного характера реконструктивно – пластические операции с сохранением конечностей. Всем больным проводили лучевые методы диагностики – такие как МРТ, МСКТ с 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 при подозрении на саркому мягких тканей.

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ РОТОГЛОТКИ

Полатова Д.Ш., Мадаминов А.Ю., Бобомуродов Б.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан

Введение. Вирус папилломы человека (ВПЧ) привел к резкому росту заболеваемости плоскоклеточной карциномы ротоглотки (ПККР) в последние десятилетия XX века. Помимо персистенции ВПЧ, участие белков PD-L1 и p53 в инициации и прогрессировании ПККР

обеспечивает формировании их дополнительными биомаркерами при прогнозировании клинических исходов заболевания.
Методы и методы. В исследование были включены 62 пациента с ПККР T1-4N0-3M0 (7-е издание, AJCC) пролеченных в 2015-2020 годах в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии и в Ташкентском и Самаркандском городских филиалах. Всем пациентам был проведен ИГХ анализ на наличие экспрессии белка p16INK4a, PD-L1 и p53 в образцах опухолевой ткани фиксированных формалином и залитых в парафин.
Результаты. По результатам оценки выявлено, что повышенная экспрессия косвенного маркера ВПЧ p16INK4a, низкие и средние уровни экспрессии рецептора PD-L1, положительная регуляция дикого типа p53 связаны с благоприятными исходами у пациентов с ПККР. Отрицательный ВПЧ статус, высокие и очень высокие уровни экспрессии PD-L1, потеря функции дикого типа p53 с повышенной регуляции мутантного типа p53 приводит к ухудшению клинических исходов заболевания.
Заключение. Положительный ВПЧ статус не всегда является надежным предиктором при стратификации риска развития опухоли для пациентов ПККР. Таким образом, оценка экспрессии опухолевого супрессора белка p53 помогает определить биологию раковых клеток у пациентов с ПККР и чувствительности к проводимую терапию, а путем изучения регуляции белка PD-L1 можно предполагать противоопухолевую иммунную регуляцию у этих пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ВОЗВРАТНЫХ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Полатова Дж.Ш.[1], Юсупбеков Ах.А.[2]
Ташкентский стоматологический институт, Ташкентская медицинская академия

Наиболее часто повреждаемыми структурами в ходе операций при раке щитовидной железы являются возвратные гортанные нервы и паращитовидные железы. Именно возможность сохранение функциональности данных структур во многом определяет эффективность непосредственных и отдалённых результатов операций.
Цель: оценка эффективности интраоперационного нейромониторинга возвратных гортанных нервов (ВГН) у пациентов раком щитовидной железы.
Материалы и методы: в отделении опухолей головы и шеи и микрохирургии МНИОИ им Герцена 2021-2022гг. выполнено 117 операций по поводу рака щитовидной железы (РЩЖ).
Результаты. Использовался интраоперационный мониторинг (ИОМН) нервов при непременным визуальным контролем диссекций, центральных и боковых шейных лимфаденэктомиях (БШЛАЭ). При этом задачей ИОМН было подтверждение, что выделенные структуры являются возвратными гортанными нервами и на момент завершения операций их функция сохранена. Вследствие ИОМН одностороннее повреждение ВГН при тиреоидэктомии снизилось до 1,0%, 2-х сторонне –до 0,5%. Всего у оперированных больных РЩЖ парез мышц гортани выявлен в 1,8% наблюдений. Для выполнения лимфоаденэктомии оптимальной точкой поиска и защиты нервов является верхняя треть грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.
Выводы: результаты внедрения ИОМН в практику онкохирургии щитовидной железы существенно снижает частоту повреждений ВГН, следовательно, способствует значительному снижению послеоперационных парезов мышц гортани и шеи.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОСАРКОМОЙ, ПРОГНОЗ

Полатова Д.Ш.[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 РУз[1], Ташкентский государственный стоматологический институт[2], Ташкентская медицинская академия[3]

Цель: изучить влияние генетического фенотипа опухоли на прогноз остеосаркомы.
Материал и методы. В исследование был включен 221 пациент с остеосаркомой. Мужчин было 133, женщин - 88. Возраст пациентов от 1 года до 35 лет. Локализация опухоли следующая: у 102 больных опухоль находился 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%) - в подвздошной кости и в 5 - плечевой кости. Во всех случаях лечение проводилось согласно протоколу и стандарту лечения. Были изучены генетические маркеры опухолей P53, Ki67, BcL2 и хромосомная аберрация. Комбинация этих генов, таких как P53 + / Ki67 + / Bcl2- и хромосомная

аберрация более 5%, считается отрицательной комбинацией и комбинацией P53- / Ki67- / Bcl2 + и хромосомного аберрация менее 5% как положительный. Выживаемость пациентов изучалась по методу Каплана-Мейера в зависимости от комбинации генетических маркеров.

Результаты. 3-х и 5-летняя выживаемость пациентов с остеосаркомой, имевших положительную комбинацию генетических маркеров (40,0% и 0%) были ниже, чем у пациентов с отрицательными P53- / Ri67- / Bcl2 + и хромосомными аберрациями (<5%) 90,0±2,9% и 40,0 ± 4,2%) (P <0,05). 3- и 5-летняя выживаемость без метастазов в неблагоприятных комбинациях генов P53 + / Ri67 + / Bcl2 + и хромосомных аберраций (>5%) составила - 70,0 ± 3,4% и 10,0 ± 3,2%, в то время как при положительном фенотипе - 90,0 ± 3,4% и 50,0 ± 4,3% (<0,05). 3-х и 5-летняя без рецидивной выживаемости при негативном фенотипе составили - 60,0 ± 4,9% и 10,0 ±4%, тогда как в позитивном - 90,03 ± 3,2% и 50,0 ± 4,2% (p <0,05).

Заключение. Исследование показало, что прогноз был неблагоприятным при положительной экспрессии P53 + / Ki67 + и хромосомной аберрации более 5%.

ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ НА ЭТАПЕ ОПЕРАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Рахимов Б.А, Нематов Ж.Б

Бухарский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Концепция ускоренной реабилитации пациентов после хирургических операций подразумевает, что пациент в послеоперационном периоде должен быть максимально быстро активизирован, не испытывая при этом боли, тошноты или пищеварительного дискомфорта. интраоперационно используются довольно большие дозы анальгетиков, побочные эффекты которого (обстипация, тошнота, сонливость) хорошо известны. В настоящем исследовании мы попытались уменьшить интраоперационную дозу анальгетиков при операциях на толстом кишечнике с целью более ранней реабилитации пациентов.

Цель. Отобразить обоснованность применения опиоидных анальгетиков на этапе хирургического лечения больных с заболеваниями толстого кишечника.

Материал и методы. Трамадол применялся на всех этапах общей анестезии и послеоперационного обезболивания в качестве единственного аналгетического компонента при обширных абдоминальных онкологических операциях у 26 больных в возрасте 28-68 лет (в среднем 58,08±1,01 года). Для премедикации трамадол использовали внутримышечно в дозе 0,032±0,003 мг/кг, в сочетании с диазепамом (0,153±0,005 мг/кг) и атропином (0,01 мг/кг). Доза трамадола для вводного наркоза составила 0,072±0,003 мг/кг (100-250 мг), а с учетом премедикации - 0,4 мг/кг. На этапе седации перед интубацией трахеи применяли мидазолам (0,27±0,015 мг/кг).

Результаты. Интубация трахеи на фоне миорелаксации дитилином не сопровождалась существенными сдвигами показателей системы кровообращения: ЧСС после интубации 83,9±2,66 в минуту, перед интубацией 81,8±2,28 в минуту (p>0,05), АД систолическое 138,6±3,9 и 133,6±4,53 мм рт. ст., АД диастолическое 86,8±2,60 и 83,8±2,52 мм рт. ст. соответственно (p>0,05). Вместе с тем на этапе окончания операции было выявлено закономерное увеличение дефицита оснований в крови по сравнению с исходным: с 3,34±0,65 до 6,03±0,64 (p0,05), т. е. развивался компенсированный метаболический ацидоз.

Вывод. Трамадол является мощным опиатным аналгетиком со смешанным механизмом действия, обладающим для анестезиологии свойствами как средство премедикации, общей анестезии и послеоперационного обезболивания.

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 Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Цель исследования: провести сравнительную оценку диагностических возможностей рентгеновской маммографии и ультразвукового исследования при не пальпируемых формах рака молочной железы.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ данных 24 женщин с подозрением на рак молочной железы выявленных при маммографическом исследовании. У всех пациенток

пальпаторно узловых образований не было выявлено. Из 24 женщин при рентгеновской маммографии очаговые патологические образования были обнаружены у всех обследуемых.
Результаты. Подозрение на злокачественное образование выявлено в 20 (83,3%) случаях, в то время как на ультразвуковом исследовании у 18(75%) пациенток. В 4 (16,7%)случаях нарентгеновской маммографии выявлены признаки доброкачественного образование, у 6(25%) пациенток доброкачественное образование при ультразвуковом исследовании. Совпадение результатов сравниваемых методов при подозрении на злокачественное образование составило 75 %. Окончательный клинический диагноз был подтвержден гистологически. По результатам гистологии рак молочной железы на маммографии был подтвержден в 18 (90%) случаев, на ультразвуковом исследованиирака молочной железы подтверждён у16 (88%) случаев.
Выводы: рентгеновская маммография и ультразвуковое исследования, взаимно дополняя друг друга дают объективную информацию и возможность верифицировать очаговые образования молочных желез на этапе не инвазивного обследования (в стадии Т0-1) Нужно отметить, что при «плотной» молочной железе чувствительность рентгеновской маммографии значительно снижается, а также в 6% случаев могут встречаться рентген негативные опухоли. При жировой инволюции молочных желез снижается чувствительность ультразвуковых исследований. В связи с чем у пациенток после 35-40 лет рентгеновской маммографии и ультразвуковом исследовании являются основным методом исследования и должны назначать параллельно.

ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Саидова К.А., Мансурова Г.Б., Туйджанова Х.Х., Чен Е.Е.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, г. Ташкент
Основную роль в лечении больных раком шейки матки (РШМ) играют хирургическое вмешательство и лучевая терапия. Хирургическое лечение является основным на ранних стадиях заболевания (IA–IB), в то время как лучевая терапия, сама по себе или в сочетании с оперативным вмешательством, широко используются при лечении местно-распространенного РШМ (IB2-IVA). 5-летняя выживаемость при использовании лучевой терапии достигает 65% и варьирует от 15% до 80% в зависимости от степени распространения опухолевого процесса. Прогрессирование процесса в области малого таза является наиболее частой причиной смерти больных распространенным РШМ.
Для улучшения результатов лучевой терапии с целью радиомодификации мы применяли химиопрепарат Цисплатин, который обладает высокой эффективностью в монорежиме, подавляет восстановление сублетальных повреждений, потенцирует действие лучевой терапии.
Материалы и методы. Материалом исследования составили 55 больных местнораспространенным РШМ. Из них 25 больным проводили лучевую терапию без радиомодификаторов- 1 группа, а 30 – проводили лучевую терапию на фоне Цисплатина - 11 группа.
Больным назначался лучевая терапия на весь малый таз: РОД-2Гр 5 раз в неделью до СОД-46-48Гр, на 6-день вводился Цисплатин 50 мг в/в до СУД-200мг, затем после 2-х недельного перерыва проводился курс брахитерапии: РОД-5Гр до СОД-30-35Гр.
Результаты: у больных в первой группе наблюдались интоксикация, снижение показателей крови и медленная регрессия опухоли.
У больных во второй группе наблюдалась быстрая регрессия опухоли, менее выраженная интоксикация, хорошая переносимость препарата, а также улучшает качество жизни больных. В дальнейшем рецидивы в этой группе практически не наблюдались.
Работа по исследованию данного материала продолжается и представляет собой перспективное направление в поиске прогностических факторов эффективного лечения рака шейки матки.
Выводы: таким образом, применение Цисплатин как радиомодификатор при лучевой терапии помогает быстрой регрессии опухоли, обладает низкой токсичностью и улучшает показатели безрецидивной выживаемости.

ДОКЛИНИЧЕКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ТОКСИКОЛОГИИ ПРЕПАРАТА «КОЛХИЦИНОЛ-2» (К-26-в)
Салихов Ф.С., Еникеева З.М., Камышов С.В
РСНПМЦОиР, Бухарский филиал РСНПМЦОиР МЗ РУз
Показано, что новый препарат колхицинол-2 (К-26-в) в 90 раз менее токсичен, чем колхицин, его противоопухолевая активность на 6 опухолей животных оказалась выше, чем активность

как исходного колхицина, так и таксола, этопозида и винкристина и ряд других цитостатиков, при этом его побочные эффекты были ниже, что указывают на перспективы этого вещества для успешного применения в клинике.

Цель работы. установление характера и выраженности повреждающего действия препарата К-26-в на организм экспериментальных животных и оценка таких его свойств, как кумуляция, местно-раздражающее действие, конъюнктивальная проба, тест «открытое поле»

Материалы и методы: изучение кумуляции «Колхицинола-2» было проведено по методу Lim'a. При тесте «открытое поле» оценивали влияние на ЦНС и ПМС. Конъюнктивальная проба была поставлена на 12 кроликах, которым в левый глаз закапывали 0,1мл 0,5 и 5 % раствора препарата, во второй глаз (контрольный) вводили 0,1 мл дистиллированной воды. Местно-раздражающее действие препарата «Колхицинол-2» было изучено на 12 крысах, которым в течение 10 дней на два выстриженных участка спины с левой стороны наносили по 0,5мл растворов «Колхицинола-2» в 2-х концентрациях (0,5 и 5 %).

Результаты. Выявлено, что препарат К-26-обладает незначительным кумулятивным действием, в 0,1 и 1,0 % концентрациях не обладает раздражающим действием на конъюнктиву глаза кролика и не вызывает раздражения, покраснения, отека или других видимых изменений на коже и действие К-26-оценивается в 0 баллов. В тесте «открытое поле», К-26-в увеличивал горизонтальную и вертикальную двигательную активность крыс, не оказывал существенного влияния на вегетативные реакции организма

Заключение. Все выше перечисленные данные позволяют сделать вывод о том, что препарат К-26-в не оказывает выраженного токсического действия на организм животных.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА К-26-В ПРИ РАЗНЫХ ПУТЯХ ВВЕДЕНИЯ

Салихов Ф.С., Камышов С.В., Еникеева З.М.

РСНПМЦОиР, Бухарский филиал РСНПМЦОиР МЗ РУз

В РСНПМЦОиР МЗ РУз разрабатываются новые перспективные вещества на основе трополоновых алкалоидов, из них у К-26-в- производного алкалоида колхицина, выявлена высокая активность при исследованиях на животных с такими опухолевыми штаммами, как Саркома S 180, Солидная опухоль Эрлиха, Саркома 45, Карциносаркома Уокера и опухоль яичников при разном количестве введений в раннее и поздние сроки после инокуляции. Изучалась также активность этого препарата в сравнении с таксолом, этопозидом, которая была выше или на уровне препаратов сравнения, при снижении побочных эффектов. Однако для дальнейшего применения препарата необходимо выяснить лучший путь его введения, что является необходимым для дальнейшего продвижения препарата в клинику.

Целью настоящего исследования является изучение противоопухолевой активности препарата К-26-в на Солидной опухоли Эрлиха при разных путях 10-кратного введения, для выявления оптимального пути введения препарата.

Материалы и методы: изучение выполнено на 26 беспородных мышах с перевиваемой опухолью СОЭ. К-26-в вводили мышам на 6-й день после перевивки опухоли 10-кратно в/б, в/м, в/в и подкожно в дозе 32мг/кг. 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 К-26-в на опухолевом штамме Солидная опухоль Эрлиха была высокой в дозе 32мг/кг: препарат проявил значительную противоопухолевую активность; при подкожном-98/97%, внутримышечном - 93/93% и, стандартным для изучения противоопухолевой активности, внутрибрюшинном введении - 88/87% (по объему и массе опухоли. При внутривенном введении получен также высокий результат подавления роста опухолей -82/83%.

Заключение. Исходя из полученных результатов, наиболее предпочтительный способ применения препарата К-26-в - внутримышечное или подкожное введение, которые рекомендованы для клинических испытаний препарата.

EFFECTIVENESS OF BRACHYTHERAPY FOR PROSTATE CANCER

Salomov M.S.[1], Yusupov Sh.X. [2]

Republican specialized scientific and practical medical centerof oncology and radiology Surkhandarya branch[1], Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology of Tashkent city[2]

Introduction. Over the past 5 years, the number of patients with PCa in our country has increased, in particular, in 2015 - 372, in 2016 - 443, in 2019 the number of patients reached 483 (an increase of 23%).

There is also an increase in the incidence, which in 2015 amounted to 1.2 patients per 100 thousand of the population, in 2019 this figure was 1.5. (Tillyashaikhov M.N. et al., 2020).
Materials and methods. From January 2015 to December 2020, 41 patients with acinar adenocarcinoma of the prostate were treated (I-16; II-25). The mean age of the patients was ± 67.2 years. V gland did not exceed 55 cm3, Gleason index ≤ 7, PSA 0–40 ng/ml, maximum urination flow not less than 15 ml per second. All patients received combined radiation treatment. At the first stage, a brachytherapy session was performed on the GammaMed (Ir192) apparatus. The technology of brachytherapy for prostate cancer consists of a number of stages. At the first stage, using transrectal ultrasound scanning, a number of transverse sections of the prostate were obtained to assess the volume of exposure. Next, needles were implanted using a template grid.
The needles were inserted through the skin of the perineum in a closed manner under spinal anesthesia. At the second stage, dosimetric planning of dose distribution was performed using the modern three-dimensional planning system Brachytherapy Planning. To assess the dose distribution within the target volume, the parameters of the dose-volume histogram were evaluated: prostate gland D90% more than 10.5 Gr, urethra V70 less than 5%, rectum V80 less than 1 cm3, bladder V80 less than 2 cm3. Thethirdstageistheirradiationsession.
After that, a course of conformal SOD radiation therapy was carried out for the entire volume of the small pelvis with the inclusion of zones of the regional lymphatic collector 40 Gr, followed by a similar session of brachytherapy. The planning of high dose rate brachytherapy in real time has made it possible to perform brachytherapy of prostate cancer in 3D imaging mode with maximum accuracy
Results. There were no complications during the brachytherapy session. In the immediate post-implantation period, 4% of patients had hematuria, which was cured by conservative hemostatic therapy. The immediate results of treatment were assessed every 3 months after treatment: the PSA level after 5 months decreased and remained at the level of 0–4 ng/ml. During the observation period, all patients are alive, without signs of biochemical recurrence, progression.
Conclusion. Brachytherapy is a highly effective treatment for prostate cancer. The advantage of this method lies in the possibility of delivering maximum doses directly to the tumor focus, while minimizing the impact on critical organs and tissues.

ПРЕИМУЩЕСТВО И НЕДОСТАТКИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ И МСКТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРИЧИН ДИСТАЛЬНОГО ХОЛЕСТАЗА

Саитназаров Д.П., Мамадалиева Я.С., Пулатова И.З.
ЦРПКМР

Цель исследования: являлось сопоставление ролей УЗИ и МСКТ при выявлении причин дистального холестаза.
Материалы и методы: в исследуемую группу вошли 63 больных в возрасте от 38 до 72лет с механической желтухой. Все больные предъявили жалобу на остро возникшую желтуху. Из них 21(33%) больных в анамнезе имели желчнокаменную болезнь. Всем больным было произведена УЗИ и МСКТ при поступлении без предварительной подготовки. УЗИ проводилось на аппарате TOSHIBA Xario 200. Япония. SonoscapeS-22 И PhilipsClearVue 350 с использованием конвексных датчиков с частотой 2,5-5МГц. И ЭГДФС с предварительной подготовкой.
Результаты: УЗИ и МСКТ у пациентов с желтухой проводилось без предварительной подготовки. Было выявлено на УЗИ: 2(3,1%) больным поставлено заключение Синдром Мириззи. 44(69,2%) больным образования головки поджелудочной железы. 17(26,9%) больным образование панкреато-дуоденальной зоны.
На МСКТ 49(77,7%) больным образования головки поджелудочной железы. 10(15,8%) больным образования большого дуоденального соска. 4(6,3%) больным желчнокаменная болезнь. У 23(36,5%) больных на ЭГДФС выявлено сдавление извне 12 п.к. и у 3 больных образования большого дуоденального соска. 55(87,3%) больным проведено оперативное вмешательство в объемах: 32(50,7%) больным ЧЧХС (чрезкожно-чрезпеченочная холангиостомия), 23(36,5) больным холецисто-энтероанастомоз, и 2(3,1%) плоскостная резекция поджелудочной железы.62(3,1%) больных были отправлены для хирургического лечения в другие хирургические учреждения. После операции были установлены диагнозы:4(6,3%) больным опухоль БДС (большого дуоденального соска), 51(80,9%) больным опухоль головки поджелудочной железы.
Выводы: точность УЗИ при определении уровня опухолей панкреато-дуоденальной зоны превышает точность МСКТ. Применение нескольких видов высокотехнологических методов диагностики повышает точность диагностики опухолей этой зоны. Это имеет очень весомое место при определении тактики лечения этой категории больных.

ЎТКИР НУРЛАНИШДА ЛАБОРАТОРИЯ ҲАЙВОНЛАРИ ЖИГАРИ ВА ИНГИЧКА ИЧАГИДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР ДИНАМИКАСИ ТАВСИФИ

Султонова Л.Ж., Салихов Ф.С.
Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Бухоро филиали

Тадқиқотнинг мақсади: ўткир нурланишда лаборатория ҳайвонлари жигари ва ингичка ичагидаги морфологик ўзгаришларнинг биокоррекция ҳолатидаги динамикасини тавсифлашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: экспериментал тадқиқотлар учун оқ зотсиз каламушлар танланди ва улар қуйидаги гуруҳларга бўлинди: 1-гуруҳ - стандарт виварий рационида бўлган, 5 Грей миқдорида бир марталик ўткир нурланиш олган, биокоррекция қилинмаган оқ зотсиз каламушлар (n=15);
2-гуруҳ - 5 Грей миқдорида бир марталик ўткир нурланиш олган, стандарт виварий рационига биокоррекция сифатида "Lactopropolis-AWL" биологик фаол қўшимчаси қўшилган оқ зотсиз каламушлар (n=15);
3-гуруҳ - стандарт виварий рационида бўлган, ўткир нурланиш олмаган интакт оқ зотсиз каламушлар (n=30).

Хулосалар: 1. Ўткир нурланишдан олдин "Lactopropolis-AWL" биологик фаол қўшимчаси қабул қилган оқ зотсиз каламушлар жигари гистологик кўриниши ўрганилганда, уларнинг кўпчилигида жигар тўқимаси, капсуласи бир хил қалинликда эканлиги, субкапсуляр гепатоцитларда репаратив регенерация яққол тасвирлангани аниқланди. Марказий веналар атрофида синусоидал бўшлиқлар кенгайгани нисбатан кам миқдорда (26,7%, n=4) аниқланди. 2. Ўткир нурланишдан олдин биопрепарат қабул қилмаган (1-гуруҳ) лаборатория ҳайвонлари билан қиёслаш мақсадида 2-гуруҳ ҳайвонлар жигари морфологик хусусиятларидан қуйидаги ўзгаришлар учраш интенсивлиги камайган: гепатоцитлар атрофида "капилляризация жараёни" (60,0%), аксарият гепатоцитлар ядроси гиперхромли (60,0%), репаратив регенарация жараёни кучайган (93,3%), синусоидал бўшлиқлар гепатоцитлар атрофида бир хил кенгликда (66,7%) бўлиб, гепатоцитларда некрозга учраган соҳада синусоидал бўшлиқлар кенгайиши (53,3%) кузатилган. 3. Ўткир нурланишдан кейин лаборатория ҳайвонлари жигарида сезиларли морфологик ўзгаришлар кузатилиб, олдиндан биокоррекция ўтказилган 2-гуруҳда морфологик ўзгаришлар интенсивлиги паст бўлди. Демак, "Lactopropolis-AWL" биологик фаол қўшимчаси биопрепаратнинг самараси борлигидан далолат беради.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОМАСТИИ НА ФОНЕ ПРОЛАКТИНОМЫ ГИПОФИЗА

Султонкулова М.К., Джалолова Ф.М., Сотволдиев К.Х., Абдумаликова Ш., Ибрагимова М.
Андижанский государственный медицинский институт.

Клиническое наблюдение.

Цель исследования: оценить течения пролактиномы гипофиза на фоне присутствия и отсутствия органов мишеней.

Материалы и методы исследования: проведен анализ течения пролактиномы гипофиза осложненной гигантомастией до и после удаления молочной железы, в разные периоды жизни больной.

Проблемам гормональной регуляции процессов развития репродуктивных органов женской половой сферы посвящены множество научных трудов различных отраслей медицинской науки.

Молочные железы – это тот орган который является мишенью для действия множества гормонов внутренней секреции, в том числе гипофиза.

Раньше нами было сообщено о судьбе 13 летней девочки, которая после перенесенной травмы головы, болела пролактиномой гипофиза, осложненной гигантомастией.

Приводим наш пример: больная Н.Н. 1991 г.р. находилась под наблюдением онколога с марта 2003 г. Диагноз: Пролактинома гипофиза, осл.- гигантомастия.Больная находилась на лечение в НИИ эндокринологии РУз, где после комплексных исследований выявлено изменение в области турецкого седла и повышение уровня пролактина в крови. Было проведено в течение одного года консервативное лечение, от которого эффекта не наблюдалось. От удаления пролактиномы гипофиза родители категорически отказались из-за боязни осложнений. Молочные железы были увеличены до 60х40х40 см., плотно-эластической консистенции, дольчатые, покрыты стриями кожи и мокнущими эрозивными поверхностями. Соски сглажены, превращены в эрозивные язвы. Под расписку родителей в марте 2003 года были проведены ампутации обеих

молочных желез по 12 кг каждой, при весе больной 38 кг. Гистология № 9830-35: Ткань молочной железы с выраженным склерозом каждой. За больной в течение 20 лет проведено наблюдение. Рост и развитие пациентки в послеоперационном периоде восстановилась быстро. В 16 лет начало менструировать. Не отставала в учебе. По окончании школы поступила в медицинское училище, по окончании которого начала работать медицинской сестрой в поликлинике по месту жительства. Периодически отмечает понижение зрения в ОД до 0.5 диоптрий. После комплексных исследований в январе 2023 года со стороны турецкого седла и гипофиза патологии не выявлено, со стороны внутренних органов патологий не выявлено.

Выводы: 1.Пролактинома гипофиза перестает выделять гормоны при отсутствии органа мишени и останавливается рост опухоли.2.Оперативное удаление гигантомастии является методом выбора лечения.

ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОНИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ УЧУН ТРАНСРЕКТАЛ УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВИНИ КЛИНИК АҲАМИЯТИ

Тилляшайхов М.Н.[1], Саломов М.С.[2]

Республика ихтисослаштрилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази[1], Республика ихтисослаштрилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Сурхондарё филиали[2]

Мақсад. Текширув маълумотларига асосан, простат бези хавфли ўсмаси (ПБХЎ) простата бехи хавфси ўсмалардан қиёсий ташхислашда трнасректал ультратовуш текширувининг клиник имкониятларининг ишончлигини баҳолаш.

Текширув услублари. 2010 йидан 2020 йилгача бўлган Республика Ихтисослаштрилган Онкология ва Радиология илмий-амалий тиббиёт марказиСурхондарё филиали, Тошкент шахар филиали ва хусусий клиника DialabMedisonда 45ёшдан 80 ёшгача (±55,4 ёш) 192 нафар беморлар простата бези саратони эрта аниқлаш ва ташхислаш учун трансректал ультратовуш текширувидан ўтказилди. Дастлабки ректал кўрикда (РК) да 100% беморларда простата бези хажми катталашганлиги аниқланди.

Хавфли ва хавфсиз ўсмаларни ташхислаш ва даволаш алгоритмига кўра, простата бези ўсмаларини диагностик ташхислаш чора-тадбирлари қуйидагиларни ўз ичига олади: лаборатор текширувлар, онкомаркерлар (ПСА) аниқлаш ва простата бези ултратовуш текшируви, метастазни инкор қилиш учун қорин бўшлиғи ва кичик тос аъзоларини қўшимча текширувлари. Ультратовуш текшируви SonoScape Medical Corp.–томонидан ишлаб чиқарилган SonoScape S 11 ёрдамида трансабдоминал конвекс (частота 2,5-5,0 MGts) ва транскавитал EC 123 (частота 3-9 MGts) сенсорлари ёрдамида амалга оширлди.

Текширув мультипроекцияда амалга оширилди: кўндаланг ва бўйламасига простата бези трансректал скайнер қилинди. Простата бези периферик соҳаларида шубхали гипоэхоген зоналар аниқланганда, шу соҳалар ультратовушни датчик ёрдамида деформацияланган соҳалар (шакли шарсимон ёки овалсимон ўзгарганлигига) эътибор берилди.Сўнгра шу соҳалардан ташхисни аниқлаш мақсадида трепан биопсия қилинди.

Тадқиқот натижалари. 192 беморнинг 115 та (59,8%)да ўсма простата бези периферик зонасида аниқланган. 77та беморда простата бези дифференциаллашмаган холатда шикастланиши аниқланиб, гистологик текширув ўтказилганда 69 беморда (89,6%) аденокарцинома тасдиқланган. Ушбу гурухдаги простата бези саратони аниқланган беморларда аденокарцинома эхографик белгилари хавфсиз ўсмалардан гипоэхоген соҳалар, гипоэхоген соҳаларни кўплаб аниқланиши, чегаралари ноаниқлиги ва контурлари нотекислиги билан ажралиб турди.

36 та беморда ўсмани проста бези капсуласидан ўсиб ўтганлиги аниқланди. Тасдиқланган аденокарцинома, сурункали простатит ва /ёки аденоматоз гиперплазия билан касаллнган 115 бемордан 8 тасида хам ташхис қўйилган. Гистологик текширув гиперплазия ва /ёки сурункали яллиғланиш белгиларини кўрастди.

Хулоса: 1. Трансректал ультратовуш текшируви ва УТТ текшируви биргаликда юқори аниқликдаги диагностик восита бўлиб, бугунги кунда энг яхши скрининг воситасидир 2. ТРУС хавфли ўсмага шубха қилинганда простата безини баҳолашда мухим диагностик аҳамият касб этади.Ҳамда УТТ текширувида трепан биопсия соҳасини аниқлашда мунозарали холатларда ТРУС текшируви аниқ ва мукаммал аниқлаш имкониятини беради 3. Умуман олганда фақат ТРУС дан фойдалангнада ижобий натижа прогноз даражаси 40-43% дан ошмайди, шунинг учун бошқа усуллар билан текширувни бирлаштириш мажбурийдир.

МУЛЬТИГРАДАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА

Тилляшайхов М.Н., Тилляшайхова Р.М., Газиев Л.Т.
Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан

Введение. Почечно-клеточный рак (ПКР) составляет 3% в структуре всех злокачественных новообразований у взрослых, при этом заболеваемость возрастает в большинстве развитых стран: ежегодный прирост составляет 2,3. В Узбекистане в 2022 г. ПКР впервые диагностирован у 817 больных. Стандартизованный показатель заболеваемости составил 2,4 на 100 тыс. населения. Несмотря на то, что у большинства (до 70%) больных ПКР выявляется на стадии локализованного опухолевого процесса, более чем у половины пациентов после хирургического лечения развиваются метастазы. Прогноз течения заболевания при развитии метастатического процесса у больных ПКР крайне плохой: при отсутствии специфического лечения период до прогрессирования составляет 4-5 мес, а средняя продолжительность жизни после выявления метастазов — не более 10—13 мес.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ для изучения причины и условий генерализации у 250 больных ПКР, ранее подвергавшихся оперативному лечению. Во время исследования были изучены такие гистологические показатели как: степень дифференцировки, лимфоваскулярная инвазия, соотношение паренхимы к строме опухоли, инфильтрация опухоли лимфоцитами. ИГХ исследование было проведено в целях определение следующих рецепторов: PD-1/PD-L1, mTOR, VEGF-A, KIT.

Результаты: наличие инвазии опухоли в лимфатические и венозные сосуды органа с высокой вероятностью являлся признаком способствующим ранней прогрессии опухоли (RR= -19,771, p<0,001). Еще одним неблагоприятным признаком обнаруживаемый с опытным патоморфологом является соотношение стромы к паренхиме опухоли (RR= -17,693, p<0,001). Инфильтрация опухоли лимфоцитами наоборот является высоко достоверным благоприятным признаком и чаще встречалась у больных с длительной ремиссией ПКР (RR= 16,454, p<0,001).

Нами изучались закономерности прогрессирования ПКР. Предполагалось, что характер корреляционных связей между клинико-морфологическими, иммуногистохимическими и молекулярно-биологическими характеристиками может иметь прогностическое значение в развитии раннего прогрессирования заболевания (r=0,001).

При ретроспективном анализе имелась корреляционная связь между такими данными как мультифокальный рост опухоли, инвазия туморозной тканью лимфоваскулярной системы, со скудной стромой и отсутствием инфильтрации опухоли лимфоцитами. Все эти признаки являлись высоко – достоверными неблагоприятными гистологическими симптомами. Инфильтрация опухоли лимфоцитами являлась признаком высокой иммуннологической защиты организма, создавая своеобразный барьер экспансии опухоли. ИГХ позитивный статус: экспрессия PD-1/PD-L1, mTOR, VEGF-A и KIT, является весьма неблагоприятным признаком, повышающий риск прогрессирования опухоли в после оперативной лечение.

Выводы. Таким образом, в нашей работе показано, что характер корреляционных отношений между молекулярно-биологическими и клинико-морфологическими характеристиками опухоли отражает ее биологические потенции и свидетельствует о способности к раннему прогрессированию.

КОМБИНИРОВАННОЕ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАЗНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМАХ САРКОМ МАТКИ

Тилляшайхов М.Н.[1], Алмухамедова Б.Г.[2], Ташметов М.Н.[2], Сабирова С.А.[2]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии[1], Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии[2]

Саркома матки (СМ) является редко встречаемой онкопатологией, из-за многообразия морфологического строения, особенностей клинического течения возникают определенные сложности в дифференциальной диагностике и как следствие, лечения. Трудности ранней диагностики СМ определяют сложность выбора эффективного лечения с учетом гистологических форм и прогноза заболевания, что требует продолжения изучения и поиска специфических

терапевтических, иммуногенетических подходов.
Цель. Изучить роль методов лечения у больных СМ с учетом биологических свойств опухоли, на выживаемость больных.
Материал и методы. Проведено открытое проспективное исследование, которое было основано на изучении клинико-лабораторного материала 84 женщин репродуктивного и пременопаузального возраста, с верифицированным диагнозом СМ, проходивших лечение в клинике РСНПМЦОиР МЗ РУз и его филиалах в период 2017-2022гг. Проведены стандартные методы диагностики и лечения с обязательным морфологическим исследованием соскоба из полости матки / биопсии опухоли.
Результаты исследования. Анализ показал, что применение лучевой терапии (ЛТ) в комбинации с хирургическим лечением является не эффективным, а только лишь увеличивает безрецидивный период. Проведение адъювантной химиотерапии (АХТ) по схеме VCAP увеличивает 3-х и 5-и летнюю выживаемость при последующем использовании ЛТ. Радиочувствительность СМ связана с полиморфностью ее морфологической структуры, что затрудняет прогноз эффективности ЛТ. Так, у больных лейомиосаркомой использована сочетанная ЛТ, а при эндометральной стромальной саркоме и карциносаркоме – АХТ+ЛТ.
Выводы. Проведение и выбор комплексного лечения зависит от морфологической структуры опухоли. Эффективность лечения, улучшение отдаленных результатов лечения, длительность безрецидивного периода, выживаемость и качество жизни больных зависит от своевременно выполненных радикальных операций в сочетании с АХТ и ЛТ, т.е. комплексного подхода.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАТИВНОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ЭКСПРЕССИЕЙ ГЕНА KI-67 С РЕЗУЛЬТАТАМИ КОМБИНИРОВАННОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ САРКОМАХ МАТКИ

Тилляшайхов М.Н.[1], Нишанов Д.А.[1], Алмухамедова Б.Г.[2]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии[1], Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии[2]

В последние годы все большее внимание уделяется генетическим факторам, которые позволяют определить индивидуальный риск развития опухоли. Изменения в онкогенах, генах-супрессорах опухолей, регуляторах клеточного цикла, а также генетическая нестабильность способствуют развитию трансформации клеток. Поэтому большое значение для клинической практики приобретает изучение молекулярно-биологических маркеров, специфических показателей высокого риска опухолевой прогрессии, имеющих корреляционную связь с эффективностью лечения.
Цель. Изучить экспрессию гена Ki-67 в опухолевых клетках саркомы матки в зависимости от применяемых методов (комбинированного и комплексного) лечения.
Материал и методы. Обследованы 84 женщины репродуктивного и пременопаузального возраста с верифицированным диагнозом СМ, проходивших лечение в РСНПМЦОиР МЗ РУз и его филиалах в 2017-2022гг. Всем пациентам проведено ИГХ исследование по стандартной методике с использованием первичных антител («Dako», Novocastra™) к Ki-67. Пролиферативная активность (ПА) Ki-67 оценивалась как низкая – 0-20%; умеренная –21-50%; высокая гиперэкспрессия – 51-100%.
Результаты исследования. Проведенные изучения по определению уровня экспрессии Ki-67 при комбинированном и комплексном лечении показало, что регресс опухоли на 75% наблюдалось у 31(36,9%) больной с низкой экспрессией Ki-67, полная и частичная регрессия - 37(44,0%), стабилизация / отсутствие эффекта - 16(19,1%) пациентов, у которых экспрессия Ki-67 была средней или высокой.
Выводы. Полученные результаты показали значимость определения гиперэкспрессии Ki-67(++), по которой можно определить прогноз заболевания у больных с СМ и оценить эффективность проводимой терапией, что может служить специфическим маркёром наблюдения в динамике за этими пациентами.

NOSTEROID YALLIG‘LANISHGA QARSHI DORI VOSITALARI BILAN POLIPRAGMAZIYADA QIZILO‘NGACHNING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI

Temirov O.O.[1], Teshayev Sh.J.[2], Khakimov Ya.SH.[2], Odilov Q.K.[2]
Buxoro DavTI, RIO va RIATM Buxoro filiali, O‘zbekiston

Hozirgi kunda mamlakatimiz sog‘liqni saqlash sohasining tibbiyot amaliyotida polifragmaziya bilan zararlanish holatlarini kamaytirish maqsadida ko‘plab ishlar olib borilmoqda. SHulardan biri O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2020 yil 01 iyuldagi 121-sonli “Dori vositalarini retseptlash va bemor tomonidan davolash-profilaktika muassasalarida dori vositalarini qabul qilish, saqlash va ulardan foydalanish, shuningdek, aholiga dori vositalarini dorixonalarda retsept bo‘yicha aholiga berish tartibi to‘g‘risidagi nizomni tasdiqlash haqida”gi buyrug‘i o‘zida mujassamlashtirgan. Zamonaviy dunyoda bir tomondan, bemorning ahvolini davolash yoki yaxshilashga qodir bo‘lgan ko‘plab dori-darmonlarni amaliy sog‘liqni saqlashda yaratish va amalga oshirish tez sur’atlar bilan rivojlanmoqda, boshqa tomondan esa ulardan pala-partish foydalanish, inson salomatligiga sezilarli darajada zarar etkazmoqda.

Tadqiqotning maqsadi. Yallig‘lanishga qarshi preparatlar bilan polipragmaziyasida qizilo‘ngach devorining morfologik va morfometrik o‘zgarishlarini o‘rganish.

Material va usullar. Qizilo’ngach to‘qimasining makro - va mikromorfologiyasini o‘rganish normal vivariy sharoitida bo‘lgan 50 ta 5 oylik oq zotsiz kalamushlarda amalga oshirildi.Tajriba guruhidagi oq zotsiz kalamushlarning eksperimental guruhlarida polipragmaziyaning ta’sirini o‘rganish uchun quyidagi yallig‘lanishga qarshi vositalar ishlatilgan: paratsetamol 15 mg/kg, aspirin 5 mg/kg, ibuprofen 6 mg/kg, deksametazon 0,1 mg/kg, gidroksixlorixinin sulfat 6,5 mg/kg. Ushbu dori dozalari empirik tarzda hisoblab chiqilgan va har kun oshqozon ichiga 10 kun davomida eritma shaklida qo‘llanilgan.
Morfologik tadqiqotlar o‘tkazish uchun qizilo’ngach qorin bo‘shlig‘idan ajratib olindi, so‘ngra uning rezeksiyasi amalga oshirildi.Oq zotsiz kalamushlarda qizilo’ngach to‘qimasini o‘rganish uchun organometrik, gistologik, gistomorfometrik va mikroskopik usullardan foydalanildi.
Tadqiqot natijalarini qayta ishlash uchun statistik ma’lumotlardan foydalanildi.Oq zotsiz kalamushlarni autopsiya amaliyoti davomida qorin bo‘shlig‘idan qizilo’ngach chiqarilgandan so‘ng, organning uzunligi va kengligi 0,05 mm aniqlikda millimetrli lenta yordamida o‘lchandi, olingan natijalar namuna olish protokollarida qayd etildi.
Umumiy morfologiya uchun har bir qizilo‘ngachdan 3 ta bo‘lak, ya’ni yuqori, o‘rta va pastki bo‘laklari qismidan 1,5x1,5 sm to‘qima kesib olinib 10% li neytrallangan formalinda qotirildi. Oqar suvda 2-4 soat yuvilgandan so‘ng konsentratsiyasi oshib borgan spirtlarda va ksilolda suvsizlantirildi, keyin parafin quyilib, bloklar tayyorlandi. Keyingi vazifa MS-2 chanali mikrotomida 4-6 mkm qalinlikdagi parafinli g‘ishchalar kesilib, kesmalar gematoksillin va eozin bo‘yog‘i bilan bo‘yaldi.

Xulosa. Oq zotsiz kalamushlar 5 xil nosteroid yallig‘lanishga qarshi dori qabul qilgan guruhida qizilo‘ngach devoridagi qavatlarda xam morfologik o‘zgarishlar yuz bergani ma’lum bo‘ldi. Bu o‘zgarishlar quyidagilardan iborat bo‘ldi: qizilo‘ngach devorining giperemiyasi, mushak to‘qimasining shishi, shilliq osti qavatining kengayishi, hujayralar giperplaziyasi, shilliq qavat shishi, limfa-leykotsitlar infiltratsiyasi, yassi epiteliyning deskvamatsiyasi aniqlandi.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF GIANT-CELL TUMOR OF TUBULAR BONES

Tojiboev A.A.
Namangan branch RSNPMCOandR RUz

The aim of research: to carry out the analysis results of surgical treatment of a giant-cell tumor of tubular bones.

Material and methods: there were 53 patients under our supervision with a giant-cell tumor of tubular bones. Out of 53 in 30 (56.6%) were female and 23(43.4%) male. The age of patients fluctuated from 12 to 70 years old. Average age made up 27.6 years old. Most of patients (46) were aged from 25 to 40 years. Duration of the anamnesis made from 3 to 64 months (on average 12.1 months). In 19 (35.8%) cases the tumor was localized in a femur, in 11(20.7%) - in tibia, in 4 (7.5%) - in fibular, in 3 (5.6%) - in humeral, in 2 (3.7%) - in radial bone, in 2 (3.7%) - in elbow bones. Small tubular bones of wrist were affected in 11 (20.7%) cases and small tubular bones of foot in 1 (1.8%) a case. In 30 (56.6%) cases the onset of a disease was shown with pain, in 12 (22.6%) - existence of a tumor, in 1 (1.8%) - pain and existence of a tumor, in 6 (11.3%) existence of a tumor, pain and dysfunction of an extremity and in 2 (3.7%) - pain and dysfunction of an extremity.
The X-ray examination is noted, in most cases (43.4%) defeat of distal epi-metaphisary part and proximal epi-metaphisary part (13.2%) of tubular bones. In 40 (75.6%) patients have cellular and trabecular form,

in 4 (7.5%) osteolythic and at 9 (16.9%) have the mixed form was revealed. The amount of damage of a bone made from 2-3 cm to 10 cm at the greatest measurement. At histologic research in 48 (90.5%) cases benign type, in 4 (7.6%) - primary malignant and in 1 (1.9%) - secondary malignant type were revealed. Out of 53 patients in 42 (79.2%) operation the excochleation and an autoplasty was carried out with taking the transplant from a fragment of an ileal or fibular bone. In 11 cases from a tibial bone for substitution of defects in small tubular bones of a wrist and foot.
Results: in the postoperative period in 17 (32%) patients were revealed different complications. At the same time in 4 (7.5%) cases bone osteomyelitis, at 3 (5.7%) fistula in the field of a postoperative scar and in 4 (7.5%) - a fracture of a bone and in 6 (11.3%) an autograft resorption. All patients were followed up from 6 months to 13 years. In the postoperative period out of 53 patients in 11 (20.7%) had a recurrent tumor. Out of 11 patients in 9 recurrence was noted once and in 2 - twice. The average appearance of recurrent tumor made up 7.5±3.5 months. The recurrent tumor was often identified over the age of 25 years – 81.8±7.3% and less at the age of 16-20 – 18.2±7.3%. The recurrent tumor most often arose at localization of a tumor in femoral, tibial and elbow bones (90.9%) and more rare in small tubular bones of a wrist and foot. Besides, the recurrent tumor in most cases was revealed in radiological osteolytic form (63.7%), primary malignant form (36.4%) and benign form of a giant-cell tumor (63.6%).
Conclusion: After surgical treatment of a giant-cell tumor of tubular bones in volume an excochleation + autoplasty in 20.7% cases noted recurrent tumor. In most cases the recurrent tumor was associated with localization of a tumor, the size of involvement and a X-ray features of a tumor.

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ОБЛУЧЕНИЕ (ИОЛТ) В КОМЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕНИИ САРКОМ КОСТЕЙ

Тогаев Ж.Ф
РСНПМЦОиР Бухарский филиал

Цель настоящей работы - показать возможность комплексного лечения остеогенной саркомы с применением ИОЛТ с последующим замещением пострезекционных дефектов современными эндопротезами, что представляется нам актаальним поскольку отдаленные результаты показывают высокую эффективность использования ИОЛТ в схеме лечения для достижения стойкого локального эффекта.
Материалы и методы: в лечения больных саркомами костей (37 пациентов 1 группа) нами применялось эндопротезирование крупных суставов, с этапом ИОЛТ "ложа" удаленной опухоли. ИОЛТ проводили в разовой дозе 10-20Гр на медицинском ускорителе Микротрон-М размешенном в смежном операционном блоке. Лучевому воздействию подвергалось "ложе" опухоли: мышечные массивы, фасции, опил кости.В преобладающем большинстве случаев однократная доза ИОЛТ в исследовании составляла 10-20Гр (до 72 изо Гр стандартного курса облучения). Энергия электронного пучка 8-25 Мэв.Во II группу вошло 50 пациентов, которым проведено комплексное лечение с применением эндопротезирования крупных суставов без ИОЛТ.Более 70% больных в первой и 75% во второй группах составили больные остеогенной саркомой.
Результаты: показатели общей пятилетней выживаемости существенно не отличались в группах с включением ИОЛТ и без неё и колебались в пределах 58,7% и 48,3%. Пятилетняя безметастатическая (БМВ) выживаемость также достоверно не отличалось в группах (59,6 % и 54,2%). Пятилетняя безрецидивная выживаемость (БРВ) во II группе составила 70,3% тогда как в I группе ни у одного больного не отмечалось рецидивов. **Выводы.** Таким образом, дополнительным фактором, способствующим улучшению отдаленных результатов, является ИОЛТ с целью снижения вероятности местных рецидивов.

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Тургунов Ш.
АФ РСНПМЦОиР, г. Андижан

Актуальность. В связи с постоянным ростом числа больных базальноклеточным раком кожи, большим процентом (20,2%) опухолей размером более 5см, склонностью к местным рецидивам, возникает необходимость выработки схемы индивидуального подхода диагностики и лечения.
Цель исследования. Установление оптимальных путей диагностики и лечения базальноклеточного рака кожи в амбулаторных условиях.
Материал и методы. На обследовании находилось 142 пациента. Преобладали женщины в возрасте старше 60 лет (58%). Диагноз у всех верифицирован морфологически. Схема

обследования: визуально-пальпаторная оценка, включающая трехмерное измерение очага; термографическая диагностика с оценкой степени терморазогрева и его площади; морфологическая верификация. В целом время постановки диагноза – не более 40 минут. Затем выполнялось хирургическое иссечение.

Результаты исследования. При выборе объема иссечения ориентировались на размер очага, локализацию, форму роста, зону терморазогрева. Операция выполнялась стандартно - под местной анестезией. Линия разреза кожи проходила на расстоянии 0,5-1,0 см от визуальных границ очага. Толщина блока не менее 0,5 см. Гистологический вариант базальноклеточного рака не имел значения для выбора объема операции и не коррелировал с ее клинической формой. Все больные прослежены в течение 6 лет. За это время не установлено ни в одном наблюдении местного рецидива. Этот факт мы связываем с тем, что линии разрезов проводили четко по зонам терморазогрева на термограммах.

Выводы. Простая система диагностики позволяет в короткий срок поставить диагноз и начать лечение. Уточнение клинико-морфологических и термографических параметров дают возможность индивидуализировать не только подход к определению плана лечения, но и значительно уменьшить процент местных рецидивов.

ДИАГНОСТИКА ПРОТОКОВОЙ КАРЦИНОМЫ IN SITU

Турдалиев Б.Б., Якубова Д.С.
Кокандский филиал РСНПМЦОиР

Задачи исследования. Улучшение ранней диагностики ранней рака молочной железы, выявление минимальных и клинически скрыто протекающих форм заболевания.

Материал и методы. В специализированном маммографическом кабинете проводится комплексная лучевая диагностика заболеваний молочных желез на аппаратуре цифровая маммографическая система SN-DR3 и ультрозвуковой аппарат SamsungMedisonAccuvixV10. Для морфологической верификации диагноза выполняется прицельная биопсия патологических очагов под контролем УЗИ.

Результаты. Протоковая карцинома in situ (ductal carcinoma in situ - DCIS) - часто это минимальная опухоль с ограниченным распространением. При субклинической форме выявляется только при маммографии. DCIS нередко представлена очаговыми скоплениями кальцинатов на фоне локального уплотнения ткани молочной железы и, реже, только деформацией тяжистого рисунка. DCIS может иметь мультифокальный рост, когда выявляются множественные микрокальцинаты, расположенные сегментарно, вовлекая в процесс два и более квадранта молочной железы. В нашем клиническом наблюдении у пациентки 48 лет цифровой томосинтез выявил в левой молочной железе на границе верхних квадрантов сегментарное расположение множественных плеоморфных микро- и макрокальцинатов в проекции нескольких протоков и их ветвей на протяжении более 4 см, некоторые из них визуализировались в виде скоплений в субареолярной области. Заподозрен протоковый рак молочной железы. Морфологическое исследование послеоперационного материала (секторальная резекция) подтвердило диагноз, выявлены множественные очаги протоковой карциномы insitu без признаков инвазии в большом числе гистологических срезов. Учитывая мультифокальный рост опухоли, гистологическое заключение - внутрипротоковый рак высокой степени злокачественности (Highgrade DCIS), возраст пациентки, объем операции расширен до мастэктомии с подмышечной лимфодиссекцией.

Выводы. Для ранней диагностики клинически скрыто протекающих форм рака молочной железы, в том числе и карциномы insitu, необходимо проведение комплексного лучевого обследования. Цифровая маммография увеличивают выявляемость патологических образований у женщин с плотной структурой молочных желез, позволяют диагностировать низкоконтрастные образования и идентифицировать ткани с малой толщиной железы.

EVALUATION OF RENAL CELL CARCINOMA BY CT

Usmonova Z.I., Ismailova M.X., Shixov Y.A.
Tashkent medical academy

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 carcinomas 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.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МАММОСКРИНИНГА ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Абдурасулов Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Целью исследования является усовершенствование обнаружения на ранних стадиях рака молочной железы и предраковой патологии путем применения мер массовой профилактики.
Методы исследования. В исследовании использованы методы эпидемиологического, общеклинического, биохимического, инструментального, специального, морфологического и статистического исследований.
Результаты исследования: в городе Андижане прошли медицинский осмотр 1116 женщин. Анализ заключений ультразвукового исследования дали следующие результаты: здоровые женщины - 535 (49,7%); фиброзно-кистозная мастопатия - 163 (14,6%); фиброзная мастопатия - 140 (12,5%); узловая мастопатия - 64 (5,7%); диффузная мастопатия - 30 (2.68%); кистозное поражение молочной железы - 95 (8,51%); фиброаденома - 13 (1.16%); болезнь Минца - 13 (1,16%) и подозрение на злокачественную опухоль - 11 (0,98%). Другие заболевания как галактоцеле, атерома и липома обнаружены у 2(0,26%) и 1 (0,089%) женщины. В Андижанском районе у более чем половины женщин, обследованных только с профилактической целью, в молочных железах обнаружены различные патологические состояния, из них - 130 (12,2%) фиброзная мастопатия; 153 - (14,3%) фиброзно-кистозная мастопатия и у 54 (5%) – узловая мастопатия. Согласно полученным результатам, у почти 50 % обследованных женщин обнаружена патология молочной железы.
Выводы: согласно результатам исследования, ультразвуковое обследование даёт возможность улучшения оптимизацию скрининговых программ при ранней диагностике и профилактике рака и предраковых заболеваний молочной железы.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ АСПЕКТЫ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Умарова У.А., Бекимбетов К.Н., Манашова А.Р., Султанова Л.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель. Повышение качества диагностики гиперпластических процессов эндометрия путем оптимизации ультразвуковых исследований.
Материал и методы. Исследования проводились на базе клиники ТашПМИ в диагностической поликлинике областного онкологического диспансера на аппарате Aplio 500 с использованием конвексных датчиков частотой 3,5-5,0-7,0 МГ. В результате проведенного обследования у 74 больных выявлены гиперпластические процессы эндометрия. Возраст женщин от 18 до 82 лет, из них 65% женщин старше 38 лет.
Результаты. Анализируя результаты проведенных исследований, мы обратили внимания на то, что в возрастной группе женщин старше 40 лет чаще встречается узловая миома матки

-56%, на втором месте гиперпластические процессы эндометрия -12%, которые требуют морфологической верификации в связи с высоким риском малигнизации. Наиболее часто встречается железистая гиперплазия эндометрия (ЖГЭ) и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (ЖКГЭ) связанные с нарушением гормонального баланса. ЖГЭ в структуре гиперпластических процессов заняла 82%; полипы эндометрия 8,5%; аденокарцинома 0,5%.
Важно отметить, что в разных возрастных группах толщина эндометрия значительно варьирует, поэтому необходимо унифицировать количественные признаки нормального и патологического эндометрия. Учитывая данные литературы и наш многолетний опыт, мы предлагаем учитывать, как патологическую толщину эндометрия у женщин:
- репродуктивного возраста (до 48 лет) - более 15мм
- в пременопаузе (48-53 года) - более 10мм
- в первые пять лет менопаузы - более 5мм
- в менопаузе более 5 лет - до 3 мм.

Выводы. Единственным методом, позволяющим достоверно оценить структуру, толщину, васкуляризацию эндометрия является трансвагинальная эхография. Применение данного метода как скрининга заболеваний эндометрия показано всем женщинам старше тридцати лет и более молодым при наличии клинических проявлений. Для правильной интерпретации полученных данных необходимо проводить ТВ УЗИ на 5-6 день цикла, оценивать толщину эндометрия с учетом возраста пациентки, а также, в совокупности с его структурой и васкуляризацией.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ БОЛЬНЫХ С РЕТИНОБЛАСТОМОЙ

Усманов Р.Х., Гильдиева М.С., Билалов Э.Н., Рахматуллаева Д.Т., Тургунов Ш.Ш., Чугунова Г.М.
РСНПМЦОиР

Цель. Изучение биохимических изменений в крови больных с ретинобластомой до и после органосохранной терапии в сочетании с антиоксидантами.

Материал и методы. Нами были обследованы 22 больных с ретинобластомой и 18 их родственников. Проведен анализ образцов крови для мониторинга изменений биомаркеров периферической крови до органосохранной терапии (Этопозид 100 мг/м2 + Карбоплатин 150 мг/м2) с антиоксидантом и после нее.

Результаты. Наблюдалось статистически достоверное увеличение общего холестерина и липопротеинов высокой плотности: уровень холестерина был на 46,3%, ЛПВП – на 142,0%, ЛПНП – на 21,0% выше по сравнению с нормой. Уровень креатинина не отличался от нормы. Повышение концентрации тироксина и трийодтиронина в сыворотке крови у пациентов с ретинобластомой связано с изменениями липоидного обмена и повышенной пролиферацией клеток, как раковых, так и ответственных за иммунную защиту организма Проведенное исследование позволило установить, что развитие онкопатологии глаз приводит к увеличению в сыворотке крови содержания ряда биохимических факторов: увеличение общего холестерина и липопротеинов высокой плотности. Повышение концентрации тироксина в сыворотке крови у пациентов с ретинобластомой до проведения лечения связано с изменениями липоидного обмена и повышенной пролиферацией клеток, тогда как сохранение высокой концентрации гормона после проведения терапии связано с усилением репарационных процессов в организме.

Выводы. Изучение данных биомаркеров позволяет установить их прогностическую ценность при мониторинге эффективности антиоксидантной терапии. Развитие онкопатологии привело к увеличению в сыворотке крови содержания ряда биохимических факторов.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Фозилова Г.Х., Юнусов И.А., Эргашев А.Э.
Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Актуальность. Рак шейки матки является четвертым по распространенности видом рака и четвертой по значимости причиной смерти от рака у женщин во всем мире: ежегодно регистрируется около 530 000 новых случаев и 270 000 смертей. Рак шейки матки лечится первичной хирургией, лучевой терапией и/или комбинированной терапии. Лучевая терапия, является одним из наиболее часто используемых вариантов лечения рака шейки матки. Однако

неблагоприятное влияние лучевой терапии на выживаемость при раке шейки матки изучено недостаточно, и результаты неубедительны.
Целью данного исследования было определить подходящий метод лучевой терапии в соответствии с характеристиками пациентов.
Материал и методы исследования: исследование было проведено в отделении лучевой терапииСФ РСНПМЦО и Р.В исследование было включено 120 женщин, средний возраст больных составил 25 - 70 лет. Пациенты были подразделены на группы в зависимости от получаемой терапии: лучевая терапия, комбинированная лучевая терапия схимиотерапией; по стадии опухоли(I/II и III/IV по TNM);пациентки были стратифицированы по возрасту: моложе 45 лет (до менопаузы) и старше 45 лет (менопауза или после менопаузы); также пациенты были разделены на группы «без первичной операции» и «принявшие первичную операцию». Для оценки прогностического влияния лучевой терапии, первичной хирургической операции, возраста, стадии TNM и размера опухоли использовалась модель Кокса.
Результаты исследования. Наши результаты показали, лучевая терапия, проводимая пациентам без первичной операции, опухолямидиагностированные в более старшем возрасте (≥45 лет), на поздних стадиях TNM (III/IV) или при больших размерах (≥4 см), более эффективна. Однако лучевая терапия была менее эффективна и имела больше осложнений для пациентов с первичным хирургическим вмешательством, диагностированных в более молодом возрасте (<45 лет), на более ранних стадиях TNM (I/II) и при меньшем размере опухоли (<3 см). Кроме того, дистанционное лучевое облучение в большинстве случаев было менее эффективным по сравнению с комбинированным дистанционным лучевым излучением и химиотерапией.
Выводы.Этирезультатыподчеркнулинеобходимостьреализацииперсонализированнойлучевой терапии для пациентов с раком шейки матки.

УЧ КАРРА САЛБИЙ СУТ БЕЗИ САРАТОНИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА PD-L1 ВА KI 67 ПРОЛИФЕРАЦИЯ ИНДЕКСИ КЛИНИКО-ПАТОЛОГИК ПАРАМЕТРЛАРИНИНГ КОРРЕЛЯЦИЯСИ

Хайитбоев Х.Х.
РИО ва РИАТМ Тошкент вилояти филиали

Мақсад: ушбу Тадқиқотнинг мақсади, уч карра салбий сут бези саратони билан оғриган беморларда PD-L1 ва Ki67 экспрессиясини ўрганиш хисобланади.
Материаллар ва усуллар. Тадқиқот материали сифатида РИО ва РИАТМ Тошкент вилояти филиали патоморфология бўлимидан олинган гистологик материаллардан фойдаланилди. PD-L1 ни иммуногистокимёвий ўрганиш учун 20 та бемор аёллардан ER, PR ва Cerb-B2/HER2 манфий бўлган сут бези саратони танлаб олинди. PD-L1 ва Ki67 бўялиши баҳоланди
Натижалар. Синов натижалари шуни кўрсатадики, PD-L 1 20 тадан 6 тасида (30%) ижобий бўлган, 14 тасида (70%) салбий бўлган. Демак, кузатув гурухларини шунга кўра ажратганда, сут бези саратонининг уч карра салбий шакли билан оғриган 30-41 ёшли беморлар 7 та (35%), 41-50 ёшдагилар 6 та (30 %) ва 51-60 ёшдагилар 7 та (35 %) ни ташкил қилади. Барча PD-L1 ижобий натижалар 41-50 ёшдаги беморларда аниқланган. PD-L1 нинг ўсмаларда номоён бўлиши уларнинг Ki67 кўрсаткичи ва ўсма микро мухитининг PD-L1- мусбатлиги билан боглиқ. Пролиферация индекси (ПИ) Ki67 натижаларини тахлил қилиш шуни кўрсатдики, 8та (40%) беморларда Ki 67 экспрессияси 15-30%, 7 та (35%) холатда 30-50%, 5 та (25%) холатда 50-60 % ни ташкил қилди. PD-L1 мусбат 6 та холатдан 5 тасида ўсма хужайраларининг 15-30 % ва 1 та холатда 30-50 % Ki67 экспрессияси аниқланди. PD-L1 нинг 6 та мусбат холатидан 3 тасида ўсма хужайраларининг 50-60 % да Ki67 мусбат натижа олинди ва бу бошқа муаллифларнинг маьлумотларига туғри келади.
Хулоса: ушбу тадқиқот уч карра салбий инвазив сут бези саратони бўлган аёлларда PD-L1 ва Ki67 экспрессияси ўртасидаги муносабатларни ўрганишни давом эттириш зарурлигини кўрсатди.

ПАЛЛИАТИВ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ МАҚСАДИДА ПРОЛОНГАЦИЯЛАШГАН ЭПИДУРАЛ ОПИАТ - АНАЛГЕЗИЯНИ ҚЎЛЛАШ

Халматов Б.А., Гафур-Ахунов М.А.
РИО ва РИАТМ Тошкент вилояти филиали

Кириш: онкологик касалликларда оғриқни - асосий сабаби бу ўсма жараёнини ўсиши ва ривожланиши, ўсмани махсус давосидан кейин (жаррохлик, нур, кимётерапияси) ва ёндош касалликлар хисобига кузатилади. Беморларда оғрик синдроми асосан ошқозон саратонида

(20%), ўпка саратонида (15%), йўғон ичак саратонида (12%), сут бези саратонида (10%), аёллар жинсий аъзолари саратони (6%) ташкил этади. Оғриқ синдроми ўсманинг бошланғич босқичларида 30–40% да, таркалган босқичларида эса 60–70% ни, ўсма таркалган турларида эса 90% ни ташкил этади. Пролонгациялашган эпидурал аналгезия, яъни оддий усул билан эпидурал катетер қўйилади ва тери ости бўйлаб латериал йўналишда туннель хосил қилинади.
Мақсад: ҳавфли ўсма касалликларини оғриқ синдроми борларида опиат дори воситалари дозасини камайтириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш.
Материаллари ва усуллари: РИОваРИАТМ Тошкент вилояти филиали «Паллиатив даволаш» бўлимида 4-босқичдаги 46 та бемор саралаб олинган. Хавфли ўсмалар хусусан сийдик қопи саратонида 6 та беморда, ошқозон саратонида 9 та беморда, йўғон ва тўғри ичак саратонида 14 та беморда, аёллар жинсий аъзолари саратонида 17 та беморда жойлашган. Оғриқ синдроми билан опиат дори воситаларига эхтиёжманд беморларга паллиатив оғриқсизлантириш мақсадида пролонгациялашган эпидурал опиат-аналгезия усули қўлланилган. Опиатлардан морфин ва маҳаллий анестетикдан бупикаин гипербарик эритмаси ишлатилган. Шулардан ССВ нинг «Анальгетик оғриқсизлантириш этапи» услубидан фойдаланилган ҳолда морфинни 30 мг дозада 28 та бемор, 40 мг дозада 18 та бемор қабул қилган. Оғриқ интенсивлигини баҳолаш учун "Рақамли баҳолаш шкала" сидан фойдаланилган (1-2 балл кучсиз оғриқ, 3-4 балл ўрта оғриқ, 5-6 балл кучли оғриқ, 7-8 балл жуда кучли оғриқ, 9-10 балл чидаб бўлмайдиган оғриқ). Ҳаёт сифатини баҳолашда эса EGOC – ВОЗ (0-4 балли) шкаласидан фойдаланилган. Бу беморларда ракамли баҳолаш шкаласида 8 балл 29 та беморда, 9 балл 11 та беморда, 10 балл 6 та беморда ва EGOC – ВОЗ бўйича эса 2 балл 20 та беморда, 3 балл 26 та беморда кузатилган.
Натижалари: морфинни 0.2 мг/кг дозада + бупикаинни гипербарик эритмаси билан қулланилганда опиатларнинг ноъжўя таъсири деярли кузатилмайди. Оғриқ интенсивлигини "Рақамли баҳолаш шкала" си буйича 1 балл 26 та беморда, 3 балл 20 та беморда камайган ва EGOC – ВОЗ буйича эса 2 балл 34 та беморда, 3 балл 12 та беморда кўрсатгичларга эга бўлган.
Хулоса: пролонгациялашган эпидурал аналгезияда туннелизация қилингани учун инфекция тушиш хавфи жуда паст, ўзига ўзи дори воситасини қилиш имконияти мавжуд, 3-4 ойгача катетердан фойдаланиш мумкин ва ундан ташқари иқтисодий тежамкорликга эга. Морфинни кичик дозаларда ишлатилиши жуда хавфсиз хисобланади ва нафас етишмовчилигини чақирмайди.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЗДНИМИ ЛУЧЕВЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ И БЕЗ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Халилова М.М.
РСНПМЦОиР АФ, г.Андижан

Цель. Провести сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей у больных с поздними лучевыми осложнениями и без поздних осложнений лучевой терапии после сочетанного лучевого и хирургического лечения рака шейки матки.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 254 историй болезни больных злокачественными опухолями шейки матки. Было отобрано 122 истории болезни, разделенных на две группы: основная (59 больных) – больные с поздними лучевыми осложнениями после комбинированного лечения, включавшего операцию и лучевую терапию и контрольная (63 больных) – больные без поздних лучевых осложнений после комбинированного лечения.
Результаты. Установлено, что относительный риск развития поздних лучевых осложнений у больных после комбинированного хирургического и лучевого лечения при наличии сопутствующей патологии 3 и более систем составляет 3,1±0,28. Относительный риск развития поздних лучевых осложнений был наиболее высоким на фоне заболеваний мочеполовой системы (2,2±0,19), болезней крови и органов кроветворения (2,1±0,14), эндокринной патологии (2,1±0,14) и заболеваний органов опорно-двигательный аппарат (2,0±0,16). Относительный риск отсроченной лучевой токсичности у больных на фоне радиомодификации составляет 1,5±0,21. До комбинированной терапии у больных с поздними лучевыми осложнениями статистически значимо (p=0,02) выше уровень общего белка, выше уровень билирубина на 6,3% (p=0,3) и выше уровень аспартатаминотрансферазы на 6,0% (p=0,09), и статистически значимое (p=0,04) более высокое значение индекса фибриногена на 18,6% относительно больных контрольной группы.
Заключение. Сокращение радиотерапевтического интервала, обусловленное повышением радиочувствительности нормальных тканей после оперативного лечения, является предпосылкой развития лучевых осложнений.

DETECTION OF SYNONASAL CANCER ON COMPUTED TOMOGRAPHY
Khojibekov M. X., Ismailova M.H, Khaydarova G.B.
Tashkent medical academy
Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology
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 computer tomographic (CT) characteristics of various histological forms of synonasal cancer.
Materials and methods. The available data of preoperative multislice computer 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 IInd stage, in 81 patients - IIIrd and IVth stages of the disease was diagnosed.
Results. Squamous cell carcinoma and undifferentiated forms of synonasal cancer showed isodensal 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 (84.60%). 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 (13,4-28,0% 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.

ОНКОГИНЕКОЛОГИК ОПЕРАЦИЯЛАРДА СПИНАЛ АНЕСТЕЗИЯНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ
Хожиматов К. Ё.
РИОваРИАТМ Фарғона вилоят филиалаи
Мақсад. Онкогинекологик операцияларда спинал ва умумий оғриқсизлантириш натижаларини қиёсий таққослаш.
Материал ва усуллар. Филиалда даволанган 224та онкогинекологик операцияларда спинал ва умумий анестезия қўлланилиб, беморларни 2 гурухга бўлинди. 1-гурух беморларга (52та) стандарт бўйича премедикациядан сўнг умумий оғриқсизлантириш анестезияси берилди. 2-гурухдаги 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 адъювант сифатида операциядан кейинги оғриқларни пасайтириш учун наркотик анальгетиклардан морфин гидрохлорид 1%-3-5мкг/кг қўшилди (оғриқсизлантириш 72 соатгача).
Натижа. 1-гурух 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-гурухдаги беморларда ВАШ шкаласи 1-2 баллни ташкил этди, беморларда эрта активизация енгил ва ичакларда парез 1-гурухга 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 хисобига сув-электролит дисбалансини камайишига олиб келади.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ, КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ И УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
Эгамов И.М., Рузметов Ш.
Хорезмский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии
Цель: оценка распространенности ЗНО по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ) и ультразвуковой диагностики (УЗИ).

Материалы и методы: мы проанализировали результаты 248 исследований МРТ, КТ и УЗИ, обследованных больных, получивших лечение в Хорезмском филиале РСНПМЦОиР с 2019 по 2022 гг. Обследовано 235пациентов с установленным диагнозом ЗНО в рамках комплексной диагностики. У 225 пациентов удалось оценить распространенность процесса двумя и более методами, которые включены в данный анализ. У части пациентов проведена последующая интраоперационная оценка (41%). Всего обследовано 112 пациентов с карциномой шейки матки, 53 – карциномой яичников, 41 – карциномой эндометрия, 14 – карциномой молочной железы, 5 пациентов – карциномой вульвы.
Результаты: наибольшая точность в определении размера опухоли шейки матки и параметральной инвазии показана при МРТ с чувствительностью 66% и специфичностью 86%, УЗИ – 64% и 76%, а КТ – 61 и 77%, соответственно. Для диагностики лимфогенных метастазов при раке шейки матки чувствительность МРТ составила 48,7%, для КТ - 45%. Наиболее точным МРТ было в определении инвазии опухоли в миометрий и эндометрий с показателем чувствительности -76% и специфичностью - 87%. КТ, МРТ и УЗИ показали одинаково высокую точность в дифференциальной диагностике доброкачественных опухолей яичников, с точностью, достигающей - 96%. Наибольшую сложность представляли образования с минимальной стромальной инвазией не зависимо от локализации в связи с отсутствием четких визуализируемых признаков опухолевого роста.
Выводы: МРТ, КТ и УЗИ являются важными методами диагностики в онкогинекологической практике и широко используются для предлечебного стадирования. Знание сильных и слабых сторон каждого метода и их правильная комбинация позволяет наиболее точно оценить распространенность процесса, что очень важно для выбора адекватной лечебной тактики.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И ПОСТКОВИДНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМИ, ВОЗНИКШИЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Эргашев Н.Х., Гулматов С.Ш.
ТОФ РСНПМЦОиР

Цель исследования: быстрое распространение COVID-19 и его осложнение пневмосклероз, пневмонит, миокардит вызывают сложности к подготовке больных в плановым хирургическим лечениям и становятся противопоказанием пациентов к хирургическому лечению, не смотря на вакцинацию населения.
Совершенствование лечения онкобольных после перенесённой корона вирусной инфекции осложнёнными пневмосклерозом и миокардитом.
Материалы и методы: в ТОФ РСНПМЦОиР с марта 2020 года, по декабрь 2022 года проведено хирургическое лечение 2773 больным под разными видами анестезии. 2399 (86,5%) пациентам были произведены тесты ПЦР, на антитела IgG и IgM (Sars-Cov2). РЕЗУЛЬТАТЫ. 1272 (45,9%) пациентам было произведено МСКТ грудной клетки. 67 (2,49%) пациентам лечение было отложено в связи с выявлением острой фазы корона вируса и пост ковидные осложнение миокардит и пневмосклероз. Данные пациенты были выявлены с повышенным титром антител IgM (Sars-Cov2) и по данным МСКТ с признаками пневмонии по типу «матового стекла», миокардит после осмотра кардиолога и эхокардиографии. и разделены на 4 группы. I группа: 28 больных с отрицательными ПЦР и IgM (Sars-Cov2), по МСКТ с поражением легких до 25% в стадии разрешения. II группа: 22 пациента с отрицательным ПЦР, повышенным уровнем антител IgM (Sars-Cov2) и поражением легких по МСКТ до 25%, при перенесённой корона вирусной инфекции 2 месяцами ранее. III группа: 7 пациентов с отрицательными ПЦР и IgM (Sars-Cov2), по МСКТ с поражением легких до 40% в стадии разрешения. IV группа 10 пациентов после ковидный инфекции наблюдалось пневмосклероз и миокардит.
У 7 пациентов из II и III группы в раннем послеоперационном периоде наблюдалось осложнение в виде прогрессии пневмонии и в 3-х случаях летальный исход. У 4 х пациентов пневмосклерозом наблюдалось после операции дыхательная недостаточность и длительная кислород терапия.
Заключение: у пациентов с ранее перенесенной коронавирусной инфекцией в послеоперационном периоде наблюдается прогрессирование пневмонии в сторону тяжелого течения. Принимая во внимание вышеуказанное, в схожих ситуациях очень важна необходимость индивидуальной, адекватной оценки состояния пациента для решения вопроса специализированном лечении.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ

Эргашев Х.О., Эргашев Н.Х.
Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно - практического медицинского центра онкологии и радиологии

Цель выбора метода внутривенного анестезии при фиброколоноскопии. В последние годы отмечается увеличение числа пациентов онкологического профиля, подвергающихся фиброколоноскопии под анестезии. Боль и дискомфорт во время процедуры, страх и эмоциональное напряжение больных определяют необходимость в анестезиологическом пособии.

Материалы и методы. Выполнен сравнительный анализ трех методик внутривенной анестезии у 23 пациентов с подозрением рака толстой кишки, которые были разделены на три группы. 1-я группа: моноанестезия кетамином, 2-я: мидазолам+кетамин, 3-я: моноанестезия пропофолом. Исследовали влияние на гемодинамику (ЧСС, АД) и газообмен (частота дыхания, частота развития апноэ, SpO2), скорость восстановления сознания и других ментальных функций (краткосрочная память и внимание) после анестезии. Оценивали частоту постнаркозных осложнений (тошнота, рвота, головная боль и др.) Применение комбинации мидазолама приводило к достоверному увеличению частоты апноэ. Также, применение кетамина было связано с достоверно более высокой (20%) частотой постнаркозной тошноты и рвоты и более низкой субъективной оценкой качества анестезии пациентами.

Результаты. Сравнение методик моноанестезии пропофолом выявило, что существенных изменений гемодинамики не отмечалось, но частота апноэ была выше у пациента под моноанестезия пропофолом. Однако течение анестезии пропофолом было более гладким, чем мидазоламом – все пациенты спали, не реагировали на манипуляции эндоскопом. В 1-й группе течение анестезии было гладким лишь у 10% пациентов, остальные реагировали стонами, гримасой, движениями конечностей. Попытки углубления анестезии приводили к значительному замедлению восстановления сознания, внимания, краткосрочной памяти. Также, применение пропофола существенно снижает частоту постнаркозной тошноты и рвоты.

Выводы. Таким образом, как показало наше исследование, моноанестезия пропофолом является методикой выбора при проведении фиброколоноскопического исследования у онкологических больных.

ВЛИЯНИЕ НА ИММУНИТЕТ НОВОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ПРЕПАРАТА КОЛХАМЕТИН (К-2)

Юлдашев Ж.А., Ибрагимов Ш.Н., Шаханова Ш.Ш., Пирмаматов С.М., Мухаммадиев У.Л.
Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Самаркандский государственный медицинский университет

Целью исследования было изучение влияние на иммунитет нового противоопухолевого препарата К-2 после лечения им мышей с Саркомой 180

Методы. Изучение выполнено на беспородных мышах с перевиваемой опухолью Саркома 180. Препарат вводили мышам на 10 день после перевивки опухоли 10-и и 5-кратно в/б в терапевтической дозе. Оценку результатов проводили по стандартным критериям. В системе in vivo проводили изучение показателей иммунного статуса 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). Достоверными считали различия при $p<0,05$.

Результаты. Препарат К-2 в дозе ТД10 100мг/кг на штамме Саркома 180 при 10-кратном введении вызывает ингибицию всех рецепторов: СД3+-лимфоцитов на 23%, CD4 и CD8(хелперы, цитотоксические Т-лимфоциты) на 27 и 36%, СД16 (естественные киллерные клетки) на 39% и СД95 (рецепторы апоптоза) на 29% ($p<0,05$). При 5-кратном введении препарата К-2 снижение таких рецепторов, как СД3+, CD4 и CD8 было меньше, уровень СД95 был на 35,2% выше, чем в контроле. Эти результаты позволяют сделать вывод, что К-2 при 5-кратном применении вызывает менее выраженное подавление Т- и В-клеточного звена иммунитета, чем при 10-кратном

Выводы. 5-кратное применение К-2 вызывает значительную противоопухолевую активность, как и 10-кратное, но, поскольку меньше подавляет Т- и В-клеточные звенья иммунитета, это послужило веским основанием предложить для клинических испытаний 5-кратное введение.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ HELICOBACTER PYLORI У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНЕГО ЭТАЖА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА В УЗБЕКИСТАНЕ

Юсупбеков А.А.[1], Исмаилова Ж.А.[2], Усманов Б.Б.[1], Юсупбеков Ах.А.[3], Туйчиев О.Д.[1]
РСНПМЦ онкологии и радиологии, РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации, ТашПМИ, Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Актуальность: распространенность устойчивых штаммов Хеликобактер пилори растет во всем мире. Спектр резистентности охватывает фактически все препараты, используемые в целях эрадикации микроорганизма. В Узбекистане на текущий момент отсутствуют сведения относительно распространенности HP у пациентов с предраковыми заболеваниями верхнего этажа пищеварительного тракта. При этом высокая резистентность эрадикационной терапии способствует развитию новообразований.

Цель: определение истинной частоты инфицированности населения Узбекистана Helicobacter Pylori (HP) инфекцией и ее Cag+ и Cag- штаммами, а также распространённости антибиотикорезистенности в Узбекистане.

Материалы и методы исследования включали клинические, биохимические, иммунологические, генетические, инструментальные методы исследования. В качестве прямого метода диагностики HP инфекции использовали CLO – тест в биоптатах, полученных при эзофагогастроскопии. В качестве неинвазивного теста для определения HP мы использовали дыхательный тест с меченым C13. Материалом для молекулярно-генетического исследования мутаций служила геномная ДНК, что определяли методом Real-Time PCR.

Результаты: по Узбекистану частота распространенности HP составляла в среднем более 80% в популяции, что относится к регионам с высокой степени инфицированности HP. Также были выявлены 1367 идентичных генов с европейским штаммом HP26695 и 1162 генов идентичных с генами африканского штамма J99. Эти гены составляют функциональное ядро генома HP. Выявлены два кластера генов – зоны пластичности, где доля штаммоспецифичных генов составляет 79% для зоны пластичности HP0423-HP0466 и 37% для зоны пластичности HP0982 – HP1028. Среди отдельных групп наиболее отличались штаммовой гетерогенностью гены, отвечающие за метаболизм ДНК и белки клеточной оболочки. Изучено географическое распределение генотипов HP, где во всех регионах превалирует CagA положительный вариант. VacAs1m1 чаще встречался в Хорезмском регионе и Каракалпакстане, VacAs1m2 в Намангане и Ташкенте, в Хорезме было обнаружено большое количество (84%) смешанного IceA1/IceA2 генотипа, в остальных областях превалировала IceA1 аллель этого гена. Выявлены генотипы бактерии, ассоциированные с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В проявлении гастрита, превалирует штамм – Cag+ VacA s1 VacA m2 и IceA 1, в проявление язвы - штамм CagA+ VacA s1 VacA m2 IceA 1,2.

Выводы: Узбекистан относится к регионам с высокой степенью инфицированности населения хеликобактерной инфекцией; Среди больных с HP-ассоциированными заболеваниями ЖКТ степень инфицированности с Cag положительными штаммами HP (до80%) обнаружено у пациентов с хроническими хеликобактер-ассоциированными атрофическими и неатрофическими гастритами.

ПЕРМАНЕНТНАЯ АНАЛЬГЕТИЧЕСКАЯ ИНФУЗИЯ В КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ РАКОМ ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Юсупбеков А.А., Усманов Б.Б., Расулов А.Э., Джураев Э.Э., Мадияров Б.Т., Туйчиев О.Д., Хакимов Я.Ш.
РСНПМЦОиР, Бухарский филиал РСНПМЦОиР, Узбекистан

Учитывая этиопатогенетическую связь развития хронического болевого синдрома и способа хирургического (или комплексного) лечения онкологического пациента, особую важность приобретает также изучение синдрома послеоперационной боли (СПОБ) в онкологической практике.

Целью данной работы являлся определение путей повышения эффективности послеоперационной анальгезии путем оценки степени анальгезии после открытых хирургических операций на органах грудной клетки и брюшной полости у пациентов раком пищевода (РП) и кардиоэзофагеальным раком (КЭР).

Материал и методы: объектом исследования явились 85 больных, оперированных в РСНПМЦ онкологии и радиологии по поводу КЭР и РП. Мужчин было 53 (62,4%), женщин – 32 (37,6%).

Средний возраст - 58,2+0,5лет. III степень анестезиологического риска 49,1% имели пациента, IV степень по ASA - 44,5%. Предметом исследования было изучение степени выраженности СПОБ в зависимости от гендерно-возрастных факторов, хирургического доступа и объема операционной травмы. Традиционная послеоперационная анальгезия проводилась на основе современного принципа мультимодальности с комбинированным применением НПВС (кетонал до 200мг/сут, анальгин 200мг/сут) и наркотических анальгетиков (трамадол до 30мг/сут или морфин до 20 мг/сут). В 25 случаях применяли регулярную перманентную анальгезию Новокаином 0,5% до 80мл через микроирригатор, установленный в паравертебральную клетчатку в зоне корня тонкой кишки. Пациентами интенсивность СПОБ оценивался по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) от 0 до 10 баллов. Были сформулированы 2 группы исследования в зависимости от зоны хирургического воздействия и доступа: операции торакофрениколапаротомным доступом (n=45) и операции лапаротомным доступом (n=40).

Результаты. Наибольшая интенсивность СПОБ была закономерно характерной для пациентов с торакофрениколапаротомическим хирургическим доступом. При этом, интенсивность боли было в среднем 5 баллов (максимально 8) и у 91,1% пациентов она имела место на 1-е сутки послеоперационного периода. В отличие от этого, у 47,5% пациентов, перенесших лапаротомию, отмечались болевые ощущения, которое было на 3% больше, чем у больных, перенесших торакотомию. Однако, сравнение клинической выраженности СПОБ показало, что после лапаротомии у пациентов отмечался порог болевой чувствительности в 3 балла.

Выводы. 1.В клинической онкологии развитие и интенсивность СПОБ имеет большую зависимость от объема хирургической агрессии по сравнении с гендерно-возрастными факторами. 2.Мониторинг послеоперационной боли по ЦРШ способствует к адекватному определению стратегии обезболивания и улучшению показателя медико-психологической реабилитации пациента.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Ахмедов Э.А., Абзалова М.Я.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель. Совершенствование диагностики опухоли Вильмса у детей путём применения современных технологий ультразвуковых исследований.

Материал и методы. Нами было обследовано 34 детей в возрасте от 3 до 12 лет, поступивших в клинику ТашПМИ с подозрением на опухоль почки, которым проводились Комплексные ультразвуковые исследования на аппарате Aplio 500.

Результаты. При ультразвуковом исследовании визуализировали исходящее из почки шаровидное образование преимущественно средней эхогенности с ровными наружными контурами, образованными псевдокапсулой. Средние размеры опухолевого узла составили - 7,6 см; в 3 случаев в опухоли определялись анэхогенные участки различных размеров и формы, которые отображали зоны кистозной дегенерации и кровоизлияний. У 13 детей нефробластома содержала кальцинаты, у 12 - включения жировой плотности.Собирательная система почки была деформирована, сдавлена или смещена опухолевым узлом. При исследовании в режиме ЦДК в большинстве случаев васкуляризация нефробластомы по сравнению с неизмененной паренхимой почки была значительно снижена. Триплексное сканирование определило в ткани опухоли хаотично расположенные патологические сосуды с артериальным и венозным спектром кровотока.

В сомнительных случаях провели МСКТ, при этом - нефробластома имела вид гетерогенного округлого образования мягкотканной плотности, обычно более низкой, чем неизмененная паренхима почки, определялись участки жидкостной плотности. Мелкие кистозные зоны (до 1см в диаметре) значительно лучше выявлялись при ультразвуковом исследовании, чем при КТ. В одном случае отмечалась опухоль с нечеткими контурами, занимающая паренхиму и синус почки, а также примыкающую клетчатку.

Выводы. Таким образом, первичным методом исследования в диагностике опухоли Вильмса явилось УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства. Метод позволяет выявить органную принадлежность опухоли, определить солидное или кистозное ее строение.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ОПУХОЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНО-ДИССЕМИНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Юсупова Д.Б., Акбарова Ф.А.
Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии

Цель. Исследовать молекулярно-генетический профиль опухолевого материала у пациентов с первично-диссеминированным раком молочной железы.

Материал и методы лечения. На базе ТОФРСНПМЦОиР с 2020 по 2023 г. Проанализирована медицинская документация 100 больных РМЖ IV стадии. Средний возраст больных составил 60 лет. Всем больным был диагностирован первично-диссеминированный процесс из них 80 больных (80 %) были T4N1-2M1, у 15 больных T3N1-2M1, у 5 больных (5%) T2N1M1. Метастатическое поражение костей скелета по данным сцинтиграфии или ПЭТ КТ исследования было у 68% больных, метастатическое поражение легких у 20% больных, у 10 % больных было сочетанное поражение костей скелета и легких, у 2% больных отмечалось метастатическое поражение печени и легких.

Результаты. При анализе иммуногистохимического профиля данных больных обнаружено что у 35 (35%) больных был выявлен Люминальный В Her 2 позитивный тип, у 48 (48%) больных трижды негативный тип опухоли, у 10 (10%) больных Люминальный В Her 2 негативный тип, у 7 (7%) больных был Люминальный А тип опухоли. Таким образом, проведенный анализ показал, что наиболее агрессивный тип трижды негативный тип опухоли наиболее распространен в нашем регионе и является часто встречающимся типом опухоли при первично-диссеминированных формах. ИГХ исследование позволяет откорректировать терапию, добавив необходимый компонент, например, анти Her 2 терапию (трастузумаб и пертузумаю, лапатиниб) или гормонотерапию пи гормоночувствительных типах опухолей (ингибиторы ароматазы, тамоксифен, фулвестрант, палбоциклиб), при трижды негативном типе опухоли Капецитабин.

Выводы. Таким образом, молекулярно-генетическое профилирование опухолевого материала является важным этапом персонифицированного лечения пациентов с мРМЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ АГРЕССИВНОГО ФИБРОМАТОЗА КОНЕЧНОСТЕЙ И ТУЛОВИЩА

Шарипов М.М., Гафур-Ахунов М.А., Вахабов О.У., Косимов У.К., Абдикаримов М.Г.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОиР МЗРУз

Цель исследования: провести анализ результатов лечения больных с десмоидной опухолью мягких тканей конечностей и туловища

Материал и методы исследования: нами проведен анализ методов лечения 25 пациентов, которые находились на лечение с 2017 по 2022 гг в ТОФ РСНПМЦОиР с диагнозом: десмоидная опухоль мягких тканей конечностей и туловища. Из 25 пациентов мужчин было - 7 (28 %), а женщин 18 (72%). Возраст больных колебался от 23 до 64 лет, средний возраст составил - 37,24 лет. У всех больных диагноз был подтвержден гистологическим исследованием. На верхних конечностях опухоль локализовалась у 5 больных (20%), передней брюшной стенки - у 10 (40 %), на нижних конечностях - у 6 (24%), подлопаточной области - у 2 (8 %), поясничной области у 1 (4%) и подмышечной области у 1 (4 %). В 21 случа пациенты поступали в клинику с впервые выявленной опухолью, а 4 - с рецидивом. Хирургическое лечение в объеме - широкое иссечение было проведено у 24 больных и у 1 больного иссечение опухоли сочеталось с резекцией прилежащей кости. У 5 больных произведено иссечение десмоидной опухоли с аллопластикой передней брюшной стенки. 1 пациент получает таргетную терапию (Пазопаниб). 5 пациентам проведена химиотерапия, но из-за неэффективности лечения проведена таргетная терапия (Сорафениб) в адъювантном режиме. 4 пациенты получали лучевую терапию в адъювантном режими и одной пациентки проведено комплексное лечение.

Результаты: больные прослежены от 6 месяцев до 3 лет. За это время у 4 больных (16%) выявлен рецидив опухоли. Всем больным в последующим выполнена операция. У одного пациента наблюдалась маллигнизация опухоли, которому в последующим проведено хирургическое лечение. Самая высокая частота рецидивов наблюдалась в группе больных, которые получали только хирургическое лечение. Послеоперационные осложнения и летальных исходов не наблюдали.

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 непосредственных, функциональных и косметических результатов.

ЗАМЕЩЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ КОНЕЧНОСТЕЙ СВОБОДНЫМИ КОЖНЫМИ ЛОСКУТАМИ

Шарипов М.С., Алимов Б.М.
Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии МЗ РУз. г.Бухара.

Цель: анализ результатов замещение после операционных обширных дефектов кожи конечностей.

Материалы и методы. В период 2020-2022 гг. в отделении опухолей опорно – двигательной системы 9 пациентам выполнены операции в объёме широкого иссечения опухоли кожи конечностей (предплечья и голени) с последующим замещением дефектов свободным кожным лоскутом из передней поверхности бедра и живота. Из них 5 мужчин (56%) и 4 женщин (44%). Средний возраст - 46 лет. В 3 случаях опухоль локализовалась на коже предплечья и в 6 (67%) - голени. По морфологической структуре преобладал плоскоклеточный ороговевающий рак (67%), плоскоклеточный неороговевающий рак - 33%. Распространенность процесса по TNM системе: у 5 пациентов T2N1M0, 3 - T3N2M0 и 1 - T3N2M0. 4 (44%) больным с инфильтрацией опухоли в подлежащие мягкие ткани проведена предоперационная лучевая терапия.

Результаты: Из 4 больных, которые получили курс лучевой терапии у 2 - наблюдался частичный некроз лоскута. Фактором развитие некроза замещенного лоскута является предоперационная лучевая терапия. В остальных случаях отмечено полное приживление аутотрансплантата.

Выводы: широкое иссечение опухоли кожи конечностей с замещением послеоперационных дефектов свободным кожным аутотрансплантом является методом выбора хирургического лечения местно-распространенного рака кожи, обеспечивает локальный контроль и удовлетворительные функциональные результаты.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ РМЖ

Шарипова М.Л., Хусейнзода З.Х., СангиновД.Р.
Государственное учреждение "Республиканский онкологический научный центр" МЗСЗН Республики Таджикистан

Цель исследования: Верифицировать заболевания молочной железы, определить особенности злокачественных новообразований и установить их тенденцию роста.

Методы исследования. В условиях ГУ РОНЦ МЗСНЗ РТ проведено ретроспективное исследование медицинской документации с верифицированным диагнозом «РМЖ» за период с 2020 до 2022гг. Возраст пациенток варьировал от 20и до 70и лет. Средний возраст пациенток приходил на возрастную категорию 30-40 лет. Для установления частоты роста среди более молодого возраста пациенток были использованы методы диагностики, такие как: трепанобиопсия молочной железы, цитологическое исследование и анализ операционного материала.

Результаты исследования. За 2020г были изучены 1050 амбулаторных карт, первично обращенных в поликлинику центра. Количество пациенток за 2021г составило 1350 и за 2022г 1520 пациенток. Мы разделили их на возрастные группы, по регионам и верифицировали все заболевания, встречающиеся в молочной железе. После этого верифицировали клинико-морфологические особенности именно рака молочной железы. Все данные приведены в статье. Во время исследования мы столкнулись с проблемой клинико-диагностических данных и обнаружили расхождение цитологического исследования с гистологическим.

Вывод: 1.Рак молочной железы имеет стабильную тенденцию к росту и занимает лидирующее положение в структуре онкозаболеваний в Республике Таджикистан. 2. Значительное количество впервые регистрированных больных по обращаемости, чаще обращаются пациентки молодого возраста (18-40 лет- 61,8%), а среди пациенток с РМЖ среди пациенток молодого возраста наблюдается динамика роста. 3.Если в 2020г (18-40 лет-45%), то в 2022г данные той же возрастной структуры увеличились до 49%. Расхождение цитологического и гистологического диагноза остается достаточно высоким, составляя 31%.

РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Ширинов М.М., Рамазонов Р.Р.
Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

Цель исследования. Определить роль МСКТ при распространениях рака желудка в окружающих структуры и региональные лимфатические узлы.

Материалы и методы. В исследование было включены 32 больным раком желудка различной локализации. Средний возраст составил 60 лет. Оперативное вмешательство в различном объёме было проведено 27 (84,4%) больным, из них 9 больным – эксплоративная лапаротомия. Метод исследования проводился на мультидетекторном компьютерном томографе. Желудок предварительно перорально контрастировали водой до тугого наполнения. Всем больным болюсно вводили в локтевую вену 100 мл контрастного вещества со скоростью 4,0 мл/сек. при помощи автоматического инжектора.

Результаты. При мультиспиральной компьютерной томографии нативная фаза позволила выявить циркулярное неравномерное утолщение стенок желудка, в различных отделах местами до 18–27 мм, что отмечалось у всех больных, а также наличие множественных увеличенных лимфатических узлов брюшной полости (парагастральных, парааортальных, паракавальных) наблюдалось у 30 (93,8%) больных. Метастатическое поражение печени выявлено у 13 (40,6%) больных, тел позвонков у 3 (9,4%) больных, наличие асцита у 8 (25,0%) больных. В артериальную фазу было выявлено активное накопление контрастное вещество. В портальную фазу демаркационная линия между мышечным и слизистым слоями чётко дифференцировалась у 18 (56,3%) больных. В остальных случаях, выявить чёткую границу между мышечным и слизистым слоями, представляло значительные трудности. Чувствительность метода МСКТ при раке желудка составила 95%.

Выводы. Применение метода мультиспиральной компьютерной томографии позволяет повысить диагностическую эффективность метода исследования, оценить операбельность рака желудка и выработать лечебную тактику.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Шейхова Х.К.
Хорезмский филиал РЦЭМП

Аномальные маточные кровотечения (АМК) - распространенная патология, которая включает нарушения менструального цикла, связанные с частотой, регулярностью, продолжительностью и объемом теряемой крови у небеременных пациенток. АМК оказывают значительное влияние на физические, психологические, социальные, профессиональные и семейные аспекты жизни женщины.

Цель исследования: представить клинико-морфологическую характеристику женщин перименопаузального периода с аномальными маточными кровотечениями по результатам ретроспективного анализа историй болезни с 2016 по 2021 год.

Материал и методы исследования. В ходе выполнения работы проведен ретроспективный анализ 190 историй болезни женщин в возрасте от 39,5 до 54 лет, поступивших по неотложным показаниям с аномальным маточным кровотечением (АМК) в гинекологическое отделение. При изучении архивной документации оценивали возраст, социальный статус, анамнестические данные: менструальную и репродуктивную функции, экстрагенитальную патологию, гинекологические заболевания, проводимые ранее внутриматочные оперативные вмешательства и получаемую гормонотерапию. Выявлено, что наиболее часто аномальное маточное кровотечение возникает у женщин в возрасте 46,7 ± 0,1 года. При этом пациентки в анамнезе не имеют нарушений менструальной и репродуктивной функции. Миома матки (78,7 %) и гиперплазия эндометрия (59,7 %) являются наиболее частой гинекологической патологией, выявляемой у женщин с аномальными маточными кровотечениями. Статистическая обработка материала выполнялась на ПЭВМ с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа — Statistica for Windows v. 6.0.

Результаты и их обсуждение. При изучении распределения больных по годам год различий по возрасту выявлено не было. Чаще всего в стационар с АМК поступали женщины в возрасте от 46 до 50 лет. При этом средний возраст женщин с АМК составил 46,7 ± 0,1 года.

В браке на момент поступления состояли 88 %. Из 190 женщин с маточным кровотечением 44% пациентки имели нормальный ИМТ, избыточный вес наблюдался у 28,8 % больных, ожирение — в 26,5 % случаях, то есть у 73,5 % женщин ИМТ не превышал 30 кг/м2. Выводы. Морфологические изменения миометрия у данной категории женщин были выявлены в 81,4 % случаях. Только у 18,6 % пациенток маточное кровотечение носило характер дисфункционального. При этом не учитывалисьбольные с полилипами эндометрия. Постановка диагноза, оказание помощи женщинам с АМК в периоде менопаузального перехода предполагает тесное взаимодействие акушеров-гинекологов с врачами ультразвуковой диагностики, морфологами, терапевтами, эндокринологами для объективной оценки, максимально точной идентификации патологии, формирования единого клинического диагноза.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ АССОЦИАЦИИ ОНКОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА