

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

№1(1)–2017

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ АССОЦИАЦИИ ОНКОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА
ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ

Учредитель:
Ассоциация онкологов Узбекистана

Журнал зарегистрирован в Агентстве по печати и информации Республики Узбекистана 12 мая 2017 года. Регистрационный номер №0916

Адрес редакции:
100174, г. Ташкент, ул. Фараби, 383.
Тел. (+99871) 227-16-99
www. aouz. uz
e-mail: journal@aouz. uz

Корректоры: Шакирова О. А., Каримова З. Х.
Верстка и дизайн: Ладина А. В.

Подписано в печать 23.10.2017 г.
Подписной индекс по каталогу АК «Матбуот таркатувчи» 843 – для индивидуальных и коллективных заказчиков

ISSN 2181-9092
Клиническая и экспериментальная онкология.
2017. №1. С. 1-44 (Приложение)

Отпечатано в типографии:
ООО «Credo print group»

Тираж: 300 экз.

Перепечатка материалов журнала Клиническая и экспериментальная онкология допускается только с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Авторы несут персональную ответственность за достоверность фактов и событий, содержащихся в публикациях.

Ответственность за содержание рекламы несет рекламодатель.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
ТИЛЛЯШАЙХОВ М. Н., д. м. н., профессор

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
ПОЛАТОВА Д. Ш., д. м. н.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
ЭГАМБЕРДИЕВ Д. М., к. м. н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Абдужаппаров С. Б. д. м. н., профессор
Абдуллаходжаева М. С. д. м. н., профессор
Абдухакимов А. Н. д. м. н.
Акилов Х. А. д. м. н., профессор
Алимходжаева Л. Т. д. м. н.
Арипова Т. У. д. м. н., профессор
Гафур-Ахунов М. А. д. м. н., профессор
Гильдиева М. С. д. б. н.
Даминов Б. Т. д. м. н., профессор
Джураев М. Д. д. м. н., профессор
Еникеева З. М. д. м. н., профессор
Заретдинов Д. А. д. м. н., профессор
Исроилов Р. И. д. м. н., профессор
Кабулов М. К. д. м. н., профессор
Каххаров Ж. Н. д. м. н.
Мухаммедаминов Ш. К. д. м. н.
Нажмиддинова Д. К. д. м. н., профессор
Назиров Ф. Г. д. м. н., профессор
Пуллатов Д. А. д. м. н., профессор
Туйчиев Л. Н. д. м. н., профессор
Фазылов А. А. д. м. н., профессор
Хасанов А. И. д. м. н.
Ходжаев А. В. д. м. н., профессор
Ходжибеков М. Х. д. м. н., профессор
Худайкулов Т. К. д. м. н., профессор
Шамсиев А. М. д. м. н., профессор
Юсупбеков А. А. д. м. н.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
Алиев М. Д. д. м. н., профессор (Россия)
Беляев А. М. д. м. н., профессор (Россия)
Давыдов М. И. д. м. н., профессор (Россия)
Имянитов Е. Н. д. м. н., профессор (Россия)
Кайдарова Д. Р. д. м. н., профессор (Казахстан)
Колесник О. О. д. м. н., профессор (Украина)
Кротов Н. Ф. д. м. н., профессор (Россия)
Поляков В. Г. д. м. н., профессор (Россия)
Суконко О. Г. д. м. н., профессор (Беларусь)
Танянян А. О. д. м. н., профессор (Армения)
Тилеков Э. А. д. м. н., профессор (Кыргызстан)
Чойнзонов Е. Л. д. м. н., профессор (Россия)
Eric Van Cutsem MD, PhD, профессор (Бельгия)
Dinesh Pendharkar MD, PhD (Индия)
Namsun Paik MD, PhD (Корея)

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Абдихакимов А. Н., Абдурахманов К. Ф., Кабирова Н. А.</i> Лучевая терапия при лечении врожденных гемангиом кожи у детей.....	6
<i>Абдихакимов А. Н., Таджибаева Ю. Т., Кошкина Т. А., Набиева Д. У.</i> Ретроспективный анализ наличия гиперплазии эндометрия у больных с раком яичника.....	6
<i>Абдихакимов А. Н., Мирзамухамедов Х. К., Утемуратов Я. Ю., Карабаев Б. Р., Турдибеков Ш. М.</i> Целесообразность скинтиграфического исследования костей скелета при раке молочной железы.....	7
<i>Абдихакимов А. Н., Пулатова И. З.</i> Возможности компрессионной эластографии и эходоплерографии сосудов лимфатических узлов в дифференциальной диагностике при местнораспространенном раке желудка.....	7
<i>Абдурахмонов Б. Б., Бобоев Ш. Р.</i> Динамика заболеваемости населения Ферганской области раком молочной железы за период 2007-2016 год.....	8
<i>Атабаева К. Ш., Курбанов Б. М.</i> Изучение патологии цервикального канала в условиях Хорезмского областного онкологического диспансера.....	8
<i>Бобоев Ш. Р., Абдурахманов Б. Б.</i> Принципы улучшения раннего выявления рака молочной железы.....	9
<i>Валидова А. Ф., Ахмадалиева Н. М., Акбарова М. А., Каримов М. А.</i> Эпидемиологическое состояние рака шейки матки по данным онкодиспансера г. Андижана.....	9
<i>Гафуров Р. Ш., Зарипова Р. З., Нурмонов Ш. Н., Курёзова Д. К.</i> Сут беги саратонининг химиорезистент тарқалган турида паллиатив ёрдам кўрсатиш	10
<i>Жумабоев А. Т., Урманбаева Д. А.</i> Сут беги саратонида бажарилган реконструктив ва маммопластика ташрихлари самарадорлиги аҳамияти.....	11
<i>Жумабоев А. Т., Урманбаева Д. А., Хусанов В. С.</i> Сут беги ўсма касалликларини жаррохлик усули билан даволашда бир вақтли ва кечиктирилган сўрғич ареола комплексини тиклаш.....	11
<i>Жумабоев А. Т., Урманбаева Д. А., Ибрагимов С. С., Саипова Х. М.</i> Органосохраняющая хирургия рака молочной железы с одномоментной пластикой.....	12
<i>Жумабоев А. Т., Урманбаева Д. А., Хусанов В. С.</i> Сут беги ўсма касалликларини жаррохлик усули билан даволашда редукцион маммопластика ва мастопексиянинг қўлланиши.....	12
<i>Жумабоев А. Т., Урманбаева Д. А., Саипова Х. М.</i> Сут беги ракига шубҳа қилинган беморларда трепан биопсия диагностикаси.....	13
<i>Жуманиёзов М. М.</i> Комплексное лечение инвазивного рака мочевого пузыря.....	14

Жуманиёзов М. М. Современный подход к ведению больных после радикальной цистэктомии.....	15
Жуманиёзов М. М. Применение ТУР в сочетании с лучевой терапией, больным с опухолевым поражением шейки и задней уретры инвазивного рака мочевого пузыря в стадии T2N0M0.....	16
Жўраев У. Б., Салимов Э. Э., Рамазонов А. С. Қалқонсимон без ўсмаларида ўтказилган хирургик давонинг тахлили	16
Курбанов М. И, Аллабергенов А. Ж., Рзамбетов М. А. Заболеваемость раком молочной железы в Республики Каракалпакстан.....	17
Курбанов М. И., Аллабергенов А. Ж., Рзамбетов М. А. Динамика заболеваемости раком молочной железы в Республике Каракалпакстан.....	18
Курбанов М. И., Махмудов М. А., Рзамбетов М. А. Опыт оказания онкоурологической помощи на базе экологического диспансера Республики Каракалпакстан	18
Мамадалиева Я. С., Набиева Д. У., Кошкина Т. А. Особенности цитокиновой системы больных раком яичников (РЯ)	19
Матниязов М. К., Палванова С. И., Чиркова И. П. Бачадон бўйни саратонини барвақт аниқлашда скрининг текшируви натижалари	19
Матязова Ф. Р. Роль специфических онкомаркеров в мониторинге лечения опухолей репродуктивной системы	20
Матязова Ф. Р., Юсупова Д. Б., Аvezмуратова Г. А., Ходжимуратова М. Х. Результаты паллиативной химиотерапии резистентного метастатического рака молочной железы	20
Мирзарахимов З. Ю., Муйдинов А. А. Сравнительная эффективность комбинаций паклитаксел +цисплатин и этопозид + цисплатин при лечении больных с немелкоклеточным раком лёгкого (НМРЛ).....	21
Набиева Д. У., Мамадалиева Я. С., Одилов Б. Ш. Особенности молекулярно-генетических мутаций у больных раком яичников в Узбекистане	22
Набиева Ф. С. Основные тенденции заболеваемости и смертности при раке шейки матки в Бухарской области за 5 лет	22
Набиева Ф. С. Роль МРТ в диагностике ранних рецидивов рака яичников	23
Набиева Ф. С. Эпидемиология рака яичника в Бухарской области в период 2012-2016 годы.....	23
Наврззов С. Н., Холиков Т. К., Нишанов Д. А., Гафур-Ахунов М. А., Шарипов А. Б., Амриддинов А., Гильдиева М. С. Цитогенетические исследования при раке кожи.....	24

Пуллатов Д.А., Юсупбеков А.А., Абдуджаппаров С.Б., Камышов С.В., Ибрагимов Ж.М., Ниёзова Ш.Х., Кушвакова С.У. Разработка фармакогенетически персонализированного лечения больных клоректальным раком (КРР)	25
Пуллатов Д.А., Юсупбеков А.А., Абдуджаппаров С.Б., Камышов С.В., Ибрагимов Ж.М., Ниёзова Ш.Х., Кушвакова С.У. Изучение особенностей фармакогенетических предпосылок резистентности химиотерапии с включением фторурацила и оксалиплатинау пациентов с колоректальным раком	26
Саитназаров Д. П., Тохтаматов И. Х. Роль ультразвуковой диагностики с доплерографией при ранней диагностике рака молочной железы	27
Саматов Б. А. Онкологик беморларда бажариларда амалиётларда мультимодал анестезияни қўлланилиши	28
Саматов Б. А. Қорин бўшлиғидаги амалиётларда уюшган анестезияни афзалликлари	29
Саматов Б. А. Онкожаррохлик ва онкогинекологик амалиётларда лонгокаин еви маҳаллий анестетикни қўллашнинг афзалликлари	30
Султонкулова М. К., Валидова А. Ф., Ахмадалиева Н. М., Акбарова М. А., Каримов М. А. Проблемы ранней диагностики злокачественных новообразований у женщин детородного возраста	31
Таджибаева Ю. Т., Кошкина Т. А. Анализ показателей заболеваемости и смертности от онкогинекологической патологии в Ташкентской области	32
Тожибоев А. А., Гафур-Ахунов М. А., Абдикаримов Х. Г., Исламов У. Ф. Некоторые аспекты костно-пластических операций при гигантоклеточной опухоли трубчатых костей кисти и стопы	33
Урманбаева Д. А., Жумабоев А. Т., Оллоёров О. М. Андижон вилоят онкология диспансери ходимлари томонидан Олтинқўл тумани ҚВП ларида ўтказилган мақсадли тиббий кўрик якуни	33
Урманбаева Д. А., Жумабоев А. Т., Ибрагимов С. С. Роль эксцизионной биопсии как метода интраоперационной диагностики ранних форм рака молочных желез	34
Файзиев Ф.Ш., Хаджимуратова М.Х., Матязова Ф.Р. Оценка качества жизни при гормонотерапии у больных диссеминированным раком молочной железы	35
Халиков Н. Х., Бозарова Л. М. Наманган вилояти аҳолиси орасида сут беи саратони билан касалланишнинг 2012-2016 йиллар статистик тахлили	35
Хамрокулов С. К., Мухиддинова К. А., Носиров А. Р. Тўғри ичак ракада амалиёт олди нур терапия ўтказилганда клиник асоратлар натижалари	36

<i>Хасанов А. И, Бекмирзаев Р. М, Боймирзаев А. А.</i> Юз-жағ соҳа ноэпителиал ўсмаларни даволашда ўсма хажмини аҳамиятини ўрганиш.....	37
<i>Холиков Т. К., Нишанов Д. А., Гафур-Ахунوف М. А., Шарипов А. Б., Жураев У. Б.</i> Сравнительный анализ лечения рака кожи головы и шеи.....	38
<i>Худайбердиева Ш. А., Абдурахимов О. Н.</i> Бош бўйин соҳасидаги тери саратони мавжуд ёши катта беморларда нур терапиясининг аҳамияти.....	39
<i>Шофайзиева З. Ш., Бекназаров З. П., Жураев Р. К., Абдихакимов А. Н.</i> Реконструктивные и онкопластические операции в хирургии раннего рака молочной железы.....	39
<i>Эгамбердиев Д.М., Пулатов Д.А., Абдужаббаров С.Б., Долимова Д.А., Турдикулова Ш.У., Аvezмуратова Г.А., Камышов С.В., Закирова Л.Т.</i> Полиморфизм генов ферментов репарации днк у больных с химиорезистентным раком желудка.....	40
<i>Юсупбеков А. А., Шодиев С. З., Турсунова Н. И.</i> Результаты хирургического лечения осложненных форм кардиоэзофагеального рака	41
<i>Davlyatov J. S., Salomov M. S., Normuminov O. X.</i> Urgent histopathological test for tumors of the breast canceris a modern approach to diognosis and to treatment.....	41
<i>Kahharov J. N., Salomov M. S., Normuminov O. X.</i> Oncological and Radiological research centre the branch of Termez Risk of breast cancer associated with atypical hyperplasia of lobular and ductal types.....	42
<i>Karimov M.</i> Evaluation of chronochemotherapy toxic complications.	42
<i>Mamarasulova D. Z., Muhtarjanova H. N.</i> Epidemiologic aspects of ovarian cancer in Andizhan region.	43
<i>Mamarasulova D. Z., Muhtarjanova H. N.</i> Age characteristics of ovarian cancer in Andizhan region.....	43
<i>Yusupova D. B., Gafur-Axunov M. A.</i> Tacticts of treatment of patients with I-III stage of breast cancer over 60 years old after radical surgical treatment	44

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ГЕМАНГИОМ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Абдихакимов А. Н., Абдурахманов К. Ф., Кабирова Н. А.

(ТФРСНПМЦОиР)

За период с 2011-2016 года в Ташкентском областном онкологическом диспансере 1489 (100%) детям амбулаторно проведена близкофокусная рентгенотерапия (БФР-терапия) по поводу врожденных гемангиом кожи. Возраст детей варьировал от 2 месяцев до 10 лет. Девочек было 973 (65,3%), а мальчиков 516 (34,7%). В основном имели место кожные и кожно-подкожные врожденные гемангиомы. По локализации врожденных гемангиом разделяли на открытые и закрытые части тела. БФР-терапию проводили на аппарате РУМ-21. Лучевая терапия применялась однократно малыми дозами с интервалом в первый, третий, шестой и двенадцать месяцев и составляла РОД от 100 рентген, до СОД до 500 рентген.

Отличительной особенностью нашей методики от общепринятых методов лучевого лечения гемангиом, является то, что вместо многократно применяемых больших разовых и суммарных доз стали назначать малые дозы. Опыт БФР-терапии по принятой методике лечения врожденных гемангиом показал, что во всех без исключения случаях достигается положительный терапевтический эффект в виде раннего фиброзирования и склерозирования гемангиом. Лечение протекает гладко, а самое главное, в отличие от других методов лучевого лечения – без непосредственных и отдаленных осложнений которое подтверждено фотоснимками.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ НАЛИЧИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЯИЧНИКА

Абдихакимов А. Н., Таджибаева Ю. Т., Кошкина Т. А., Набиева Д. У.

(ТОФРСНПМЦОиР)

Патология рака яичников (РЯ) остается актуальной в связи с наметившейся тенденцией к её увеличению, а также выявлению большинства больных в запущенных стадиях развития болезни. При установлении диагноза РЯ яичника наряду с заболеванием выявляют внутриматочную патологию, что объясняется наличием общих факторов риска и патогенезом развития заболеваний.

Цель исследования – изучение наличия сопутствующих гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) у больных РЯ с последующим определением их клинического значения, при развитии РЯ.

Материал и методы: ретроспективный анализ историй болезни 305 больных с РЯ I-IV стадии, находившихся на лечении в Ташкентском Областном онкологическом диспансере в отделении онкогинекологии с последующим изучением наличия сопутствующей ГПЭ.

Результаты исследования: Проведенный анализ показал, что ГПЭ отмечалась у более 80,0% больных РЯ, а при стромальных опухолях в более чем 70,0%. Неатипическая гиперплазия эндометрия, выявлена в 75,8% при РЯ - результатом хронических дисгормональных нарушений.

ГПЭ была характерна для больных во всех возрастных группах, в различные периоды женщины - репродуктивный, пери- и постменопаузальный. Проведенный анализ безрецидивной и общей выживаемости больных РЯ с наличием неатипической ГПЭ были значительно выше, что не зависело от возрастной категории в сравнении с пациентками, у которых диагностировали РЯ без ГПЭ, особенно в пери- и постменопаузальном возрасте ($p < 0,05$).

Полученные результаты подтверждают существование общих факторов риска и гормональных механизмов патогенеза РЯ и ГПЭ, что в свою очередь, может быть одним из главных факторов риска развития РЯ и требует продолжения дальнейших исследований.

Вывод: Наличие неатипической гиперплазии эндометрия у больных РЯ пери- и постменопаузального возраста может рассматриваться как один из факторов прогноза благоприятного течения заболевания.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ СЦИНТИГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдихакимов А. Н., Мирзамухамедов Х. К., Утемурастов Я. Ю., Карабаев Б. Р., Турдибеков Ш. М.

(ТОФРСНПМЦОиР)

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.

Проведено статистическое исследование у 31 больной после радикальных мастэктомий, вследствие появления у них жалоб на боли в различных участках костей скелета.

Пациентки были подвергнуты скинтиграфическому исследованию, у всех в различные периоды заболевания обнаружены метастазы в костях. Были получены следующие данные: с I стадией заболевания зарегистрирован 1 случай метастазов в кости скелета, выявленный методом скинтиграфии спустя 17 лет после хирургического лечения, IIa стадия – у 11 пациенток: из них у трех метастазы проявились через 6-месяцев после оперативного лечения, у 5-ти через 12 месяцев, у трех через 18-месяцев. Во IIb группе метастазы выявлены у 7 больных: у 4-ех обнаружены через 3 месяца после операции, а у трех через 8 месяцев. В IIIa группе - 5 пациенток, у двух через 3 месяца, у трех через 4 месяца после оперативного лечения обнаружены метастазы в кости. В IIIb стадии (у 7 пациенток), у 6-ти метастазы обнаружены через 2 месяца после радикальных операций, у одной через 1 месяц.

Таким образом, исходя из проведенного исследования, больным с установленным диагнозом рака молочной железы II и III стадии в плане комплексного обследования в предоперационном периоде обязательно необходимо проводить радиоизотопное исследование костей независимо от клинических симптоматики.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПРЕССИОННОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ И ЭХОДОППЛЕРОГРАФИИ СОСУДОВ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Абдихакимов А. Н., Пулатова И. З.

(ТашиУВ)

Цель. изучить диагностические возможности компрессионной эластографии и эходопплерографии сосудов лимфатических узлов в оценке местной распространенности рака желудка.

Материалы и методы. проанализированы результаты исследований компрессионной эластографии и эходопплерографии сосудов 122 регионарных лимфатических узлов при местнораспространенном раке желудка у 45 пациентов. Исследование проводилось на ультразвуковом сканере Mindray DC-8, линейным и конвексным датчиками частотой 3,5-7,5МГц. Все результаты исследований сопоставлялись с морфологическими и гистологическими заключениями.

Результаты. Среди 45 больных визуализировались 122 лимфатических узла парагастральной области. Цветная картина зоны интереса, соответствующая метастатическому характеру (синий цвет) поражения наблюдалась в 86 лимфоузлах. Красный и зеленый цвет зоны интереса, характеризующие участки мягкой плотности были отмечены в 36 лимфатических узлах (реактивные узлы). В 40% случаях (18 больных) отмечалось сочетание метастатических и реактивных лимфатических узлов. Метастатические лимфоузлы имели жесткий коэффициент и в среднем составляли $SR = 9,5 \pm 0,3$, тогда как реактивные лимфоузлы более мягкие и их коэффициент SR в среднем составил $1,5 \pm 0,2$, что в 6,3 раза ниже ($P < 0,01$).

Результаты морфологических и гистологических исследований 22 лимфоузлов не совпали с данными соноэластографии, что составило 18,0%. В ходе проведения доплерографических исследований в сосудах лимфатических узлов нами установлено, что при метастатическом поражении было характерно наличие атипического кровотока, преимущественно в кортикальном слое, что составило $V_{max} - 0,59 \pm 0,44$ м/сек, $V_{min} - 0,19 \pm 0,16$ м/сек, $RI - 0,53 \pm 0,01$. Тогда как, в лимфатических узлах реактивного генеза кровотоки локализовались в центральной зоне и составили

V_{max} -0,24±0,24 м/сек, V_{min} -0,10±0,14 м/сек, RI -0,72±0,03. Было выявлено, что при метастатическом характере поражения лимфатических узлов скорость кровотока в них увеличивалась в 2 раза на фоне снижения RI ($P<0,05$). Наряду с этим, в реактивных лимфатических узлах наблюдалась обратная картина: скорость кровотока снижалась, а RI находился в пределах нормативных значений.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследований повышают диагностическую эффективность современных технологий эхографии в оценке лимфогенной распространенности при местнораспространенном раке желудка.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗА ПЕРИОД 2007-2016 ГОД

Абдурахмонов Б. Б., Бобоев Ш. Р.

(ФФРСНПМЦОиР)

Цель исследования. Показать динамику заболеваемости раком молочной железы за период 2007-2016 год.

Материалы и методы. Ферганская область расположена в густонаселенном регионе Республики Узбекистан, считается экологически неблагоприятной зоной, где расположены крупные промышленные предприятия. В Ферганском Областном Онкологическом Диспансере с 2007 по 2016 года были взяты на диспансерный учет 2185 больных злокачественными новообразованиями молочной железы. Основная масса больных были в возрасте старше 50 лет. В 2007 году показатель заболеваемости составил 7,0 (210) на 100 000 населения, а в 2016 г 9,3 (325).

В 2006 году нами была разработана анкета, при помощи которого путем анкетированной скрининга добились выявить случаев заболеваемости раком молочной железы в ранних стадиях. И эта методика довольно широко и эффективно применяется повседневно в практике врачей первого звена.

Если в 2007 году при профилактических осмотрах были выявлены 82 больных (39,0%), а в 2016 г. 265 больных (81,5%).

Этот показатель лишний раз доказывает эффективность анкетирования для раннего выявления рака молочной железы.

5-летняя выживаемость при раке молочной железы в 2007 году составила 45,2%, а 2016 году составила 45,7%, за 10 летний период наблюдается стабильная тенденция.

Одногодичная летальность от рака молочной железы в 2007 году составила 16 (8,0%), а 2016 году составила 17 (6,3%).

Выводы. Анализ данных проведенного метода анкетированного скрининга показали, что в Ферганской области отмечается рост показателей первичной и общей заболеваемости больных с раком молочной железы, увеличивается доля больных, выявленных при профилактических осмотрах.

ИЗУЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА В УСЛОВИЯХ ХОРЕЗМСКОГО ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Атабаева К. Ш., Курбанов Б. М.

(ХФРСНПМЦОР)

Рак шейки матки достаточно частая патология и занимает второе место среди онкологической заболеваемости у женщин, уступая только раку молочной железы. Частота экзоцервикального рака по данным разных авторов составляет от 85 до 96%, эндоцервикального - 5-15%. В современных условиях диагностика патологии экзоцервикса не представляет трудности, а патология эндоцервикса более трудная. В амбулаторной практике цервикоскопия пока не находит широкого применения.

УЗИ с трансвагинальным доступом дает возможность изучить изменения эндоцервикса.

Нами проведен ретроспективный анализ результатов ультразвукового исследования 43 женщин с различной патологией цервикального канала обследованных в 2015-2016 годах в Хорезмском областном онкологическом диспансере. Всем пациенткам сделано ультразвуковое исследование с применением вагинального датчика частотой 5-9 МГц и цитологическое исследование цервикального канала по стандартной методике.

Первая группа включала 19 (44,2%) пациенток с подозрением на злокачественный процесс по данным УЗИ и цитологических исследований.

У женщин этой группы выявлены следующие эхографические изменения: щелевидное расширение цервикального канала, гиперэхогенность с неровностью эндоцервикса и наличие структурного образования размером более 10мм.

Все больные были оперированы основываясь на данных ультразвукового и цитологического исследований с последующим гистологическим исследованием. В 14 (73, 7%) случаев выявлена аденокарцинома с высокой и средней степенью дифференцировки, а у 5 (26, 3%) - железистый фиброзный полип.

Вторую группу составили 24 (55, 8%) пациентки с разными гиперпластическими изменениями эндоцервикса, не имеющие атипичных клеток при цитологическом исследовании.

Пациентки второй группы имели следующие эхографические изменения: расширение цервикального канала на всем протяжении, утолщение слизистой до 14мм с неровными контурами и мелкими плотными включениями.

После гистологического исследования у 9 выявлен хронический эндоцервицит, у 7 - железистая гиперплазия эндоцервикса, у 5 - железистый фиброзный полип, у 7 пациенток выявлены очаги эндометриоза, у 1 – плоскоклеточный рак, у 1 пациентки без изменений.

Таким образом, из 43 женщин с подозрением на онкопатологию при ультразвуковом исследовании у 28 (65, 1%) выявлены различные морфологические изменения, у 1 (2,3%) пациентки выявлено нормальное строение эндоцервикса шейки матки, а у 15 (78,9%) злокачественный процесс гистологически подтвержден.

Полученные результаты показали, что ультразвуковое исследование цервикального канала с использованием вагинального датчика является одним из информативных методов выявления патологических состояний эндоцервикса в комплексе с цито- и морфологическим анализом.

ПРИНЦИПЫ УЛУЧШЕНИЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бобоев Ш. Р., Абдурахманов Б. Б.

(ФФРСНПМЦОиР)

Цель исследования. Улучшить результаты раннего выявления предопухолевых заболеваний и рака молочной железы.

Материалы и методы. Анкетирование с указанием основных клинических жалоб. Проведено анкетирование 60 тысяч отобранной части населения в возрасте от 18 до 75 лет. Из них путем анализа результатов анкетирования отобраны женщины в количестве 10 тысяч (37,5%). С наличием как минимум 2 и более жалоб и составлена группа риска. В качестве основного компонента скрининга проводилась осмотр молочной желез, УЗИ, пункционная биопсия, маммография женщинам старше 40 лет.

Результаты. Фиброаденома молочной железы 270 (2,7%), узловая мастопатия 550 (5,5%), диффузная мастопатия 1076 (10,76%), киста молочной железы 105 (1,05%), фиброзно-кистозная мастопатия 359 (3,59%), патология не выявлено 7640 (76,4%), подтвержденный рак молочной железы 11, причем 2 больных с T1N0M0, 6 больных с T2N0M0.

Итак, из 10 тысяч обследованных женщин в 11 (0,1%) случаях выявлен рак молочной железы, которым проведено комплексное лечение, у 2360 (23,6%) женщин выявлены те или иные дизгормональные патологии, и как группа повышенного риска взяты на учет, по показаниям проведено консервативное или хирургическое лечение.

Вывод: Наиболее эффективным способом выявления раннего рака молочной железы и предопухолевых заболеваний является отбор пациентов путем анкетирования и проведения специальных методов обследования.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПО ДАННЫМ ОНКОДИСПАНСЕРА Г. АНДИЖАНА

Валидова А. Ф., Ахмадалиева Н. М., Акбарова М. А., Каримов М. А.

(АндГМИ, РСНПМЦОиР Аф)

Актуальность темы. Рак шейки матки остается одной из наиболее распространенных форм новообразований, занимая 3-е место у женщин и составляя 9,8% в структуре общей онкологической заболеваемости у женщин во всем мире. Отмечается значительная вариабельность показателей заболеваемости и смертности от рака шейки матки не только в различных странах мира, но и в различных областях одной и той же страны. Это свя-

зано со многими факторами: возрастным составом, социально-экономическими условиями, национальными традициями, образовательным и культурным уровнем населения, степенью развития системы здравоохранения, проведением программ скрининга и др. В связи с вышеизложенным, необходимо проанализировать структуру, заболеваемость, распространенность, рака шейки матки по материалам архива Андижанского областного онкологического диспансера.

Цель. Изучить эпидемиологическую обстановку заболеваемости раком шейки матки всех районов, входящие в Андижанскую область с учетом возрастных групп.

Материалы и методы. При изучении эпидемиологических и статистических данных по РШМ служили отчетные формы и амбулаторные карты учетных больных, которые находились на диспансерном учете с 2014 по 2016 год в Андижанском Областном Онкологическом Диспансере.

Результаты. При анализе изучения эпидемиологической обстановки всех 17 районов входящих в Андижанскую область была выявлена следующая ситуация. В 2014 году всего было взято на учет 137 больных с раком шейки матки, из них основную массу составляли больные из города Андижана, что составила 24 (17,5%) больных и в Андижанском районе 16 (11,6%) больных. Интересы вызвали городах Карасув и Ханабад, где выявлено по 1 больному с раком шейки матки. При анализе данных за 2015 года, обстановка была следующая: На учет были взяты 146 больных, что на 9 больных больше предыдущего года. При анализе выявлено вновь высокая заболеваемость в городе Андижане, что составило 37 (25,3%), в Кургантепинском районе 16 (10,9%), что превысило по сравнению с 2015 годом на 12 больных. В городе Карасув выявлена 1 (0,68%) больная. В Хужабодском районе больных не выявлено, хотя в 2014 году выявлено 9 больных. В других районах не превышало 10 (14,6%) больных. В 2016 году всего было взято на учет 150 больных с раком шейки матки, лидерство сохраняется за городом Андижан, больных составило 18 (12%), в городе Асака составило 17 (11,3%), что превысило с 2015 годом на 3 больных.

Вывод. При анализе данных эпидемиологической обстановки в Андижанской области было выявлено то, что заболеваемость раком шейки матки в некоторых как в г. Андижан, г. Асака, Андижанском, Кургантепинском районах высока, что вызывает интерес к причине заболеваемости. Глубокое изучение с учетом всех факторов риска можно получить ответ на причину высокой заболеваемости в этих районах.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИНГ ХИМИОРЕЗИСТЕНТ ТАРҚАЛГАН ТУРИДА ПАЛЛИАТИВ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Гафуров Р. Ш., Зарипова Р. З., Нурмонов Ш. Н., Курёзова Д. Қ.

(РИОРИАТМХФ)

Мақсад: қайталаган тарқалган химиотерапияга резистентлик ривожланган беморларга қўллаб-қувватловчи терапия паллиатив симптоматик ёрдам кўрсатишининг самарасини баҳолаш.

Сут беzi саратони билан касалланган беморларда баъзи ҳолатларда комплекс даволашдан кейин ўсманинг қайталаши ва химио-нур, гормонотерапияга резистентлик ривожланади. Бундай ҳолатларда ўтказилган махсус даво усуллари фойда бермайди. Шундай беморлардан 11 нафар 36 ёшдан 50 ёшгача бўлган Сут беzi саратони билан оғриган беморларга паллиатив ёрдам тури тариқасида симптоматик, иммунотерапевтик қўллаб-қувватловчи муолажалар олиб борилди.

Симптоматик муолажалар асосан оғриқга қарши органлардаги етишмовчиликларни барта-раф қилишга қаратилди. Иммунотерапия витаминотерапия билан биргаликда иммунитетни яхшилашга қаратилди. Иммунотерапевтик препаратлардан даврий равишда асосан имунофан 1,0 м/о №10, полиоксидоний 6 мг м/о кун ора № 10, тималин 40 мг в/и томчилатиб №5 ўтказилди.

Қўллаб-қувватловчи терапия сифатида бемор яшайдиган муҳитда ижтимоий ва психологик ҳолатларни яхшилаш, манавий, зарур бўлганда моддий қўллаб-қувватлаш амалга оширилди. Бу ишга онкологлар, ҚВП шифокор ва ҳамширалари, беморнинг оила аъзолари, маҳаллий ҳо-кимият вакиллари жалб қилинди.

Ўтказилган қўллаб-қувватловчи терапиялар иммунотерапия ўтказилган 11 бемордан 8 бемор махсус давога резистентлик ривожлангандан кейин $24 \pm 0,3$ ой яшади, ҳаёт сифати $50 \pm 0,5\%$ яхшиланди ва 3 нафар бемор фаол ҳаётга қайтишди.

Натижа. Ўтказилган қўллаб-қувватловчи симптоматик ва иммунотерапиялар самараси 73% беморларда яхши наф берди. Шундан келиб чиқиб беморларда қўллаб-қувватловчи психологик ва симптоматик иммунотерапиялар ўтказишни ривожлантириш ва даволаш жарёнида кенг тадбиқ қилишни мақсадга мувофиқ, деб ҳисоблаймиз.

СУТ БЕЗИ САРАТОНИДА БАЖАРИЛГАН РЕКОНСТРУКТИВ ВА МАММОПЛАСТИКА ТАШРИХЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ АҲАМИЯТИ

Жумабоев А. Т., Урманбаева Д. А.

(РИИАОваРМ АФ, АндДТИ)

Тадқиқот мақсади. Сут бези саратонида бажариладиган ташрихлар билан маммопластика ва реконструкция ташрихларини қўллаб самарадорлигини аниқлаш.

Долзарблиги. Сут бези саратони билан оғрувчанлик кундан кунга кўпайиб, ёшариб бормоқда. Аёлларни айни ёш, репродуктив даврида бу касаллик билан оғриши ачинарли ҳолатдир.

Сут безида бажарилган ташрихлар ва улардан юзага келган асоратлар натижасида беморларни ҳаётга бўлган қизиқишининг пасайиши, ўзини ногирон, камситилгандек хис қилиши, рухий эмоционал дискомфорт ва хаттоки оилаларнинг бузилиб кетиши юзага келмоқда. (Герасименко В. Н. в. б., 1980; Sacks N. в. б., 1993).

Материал ва услублар. Андижон вилояти онкологик диспансерида 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 + лимфодиссекция + редукцион маммопластика 33 (52,3%); Б) Хосила сут бези ташқи юқори квадрантида жойлашганда квадрантэктомия + лимфодиссекция + редукцион маммопластика 12 (19%); В) Хосила турли квадрантларда жойлашганда квадрантэктомия + интрамаммар чултоқ пластикаси 8 (12,6%); Г) Хосила сут бези марказида жойлашганда марказий квадрантэктомия + сўргич ареола комплексини тиклаш ташрихи 4 (6,3%) нафарни ташкил қилди. Беморларнинг ўртача ёши 36 ± 6 ёш.

Натижалар.

I. Маммопластика ташрихидан сўнг қўпол чандик, деформация, ассиметрия, САК ретракцияси, репозицияси ва рухий ҳолатнинг ёмонлашуви каби асоратларнинг олди олинди. 3-йил ичида рецидив жароҳатланиш 2 (3,1%) ни, mts жароҳатланиш 1 (2,6%) ни ташкил этди.

II. Реконструктив ташрихлардан сўнг жароҳатни иккиламчи битиши 1 (1,6%) ни, жароҳат четининг енгил даражадаги некрози 4 (6,3%) ни, чултоқ атрофияси 1 (1,6%) ни, қўллардаги ўткинчи лимфостаз 4 (6,3%) ни, қўпол чандик 1 (1,58%) ни, ассиметрия 5 (8%) ни, рухий ҳолатнинг ёмонлашуви 1 (1,6%) ни, 3-йил ичида рецидив жароҳатланиш 2 (4,6%) ни, 3-йил ичида метастаз жароҳатланиш 4 (6,3%) ни ташкил этди.

Хулоса. 1. Сут бези саратонида бажариладиган радикал мастэктомия ва аъзо сакловчи квадрантэктомия ташрихлари билан маммопластика ва реконструктив ташрихлар бирга қўлланилиб радикализм ва онкологик давога эришилди.

2. Ташрихдан сўнг беморлар эстетик ҳолатининг юқори даражада эканлиги ҳаёт сифатини яхшиланишига олиб келди.

СУТ БЕЗИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА БИР ВАҚТЛИ ВА КЕЧИКТИРИЛГАН СЎРҒИЧ АРЕОЛА КОМПЛЕКСИНИ ТИКЛАШ

Жумабоев А. Т., Урманбаева Д. А., Хусанов В. С.

(РИИАОваРМ АФ, АндДТИ)

Долзарблиги. Сут безида бажарилган ташрихларда сўргич ареола комплекси (САК) ни сақлаб қолишни иложи йўқлиги жарроҳлар олдида уни қайта тиклаш муаммосини қўйди. Хосила сут бези марказида жойлашганда жарроҳлик амалиёти бажарилиб, САК олиб ташланиши аъзо сакловчи ташрихлардан сўнг ҳам камчилик туғдирди.

Кейинги йилларда САК ни тиклашнинг қатор косметик усуллари ишлаб чиқилиб, сут бези касалликларини даволашда амалиётга тадбиқ қилинди (Pezner, Patterson et al. 1985; Daer 1987; Klaf, Luuis1993; Macmillan 2005...). Илмий изланишлар туфайли САКни тиклаш амалиёти АВОД шароитида 2014-15 йилларда режалаштирилди.

Изланишнинг мақсади. Сут бези саратонида бажарилаётган ташрихларда сўргич ареола комплексини тиклаш орқали беморлар косметик кўринишини яхшилаш.

Ишнинг вазифаси. Сут бези саратони туфайли бажарилаётган ташрихларда бир вақтли ва кечиктирилган сўргич ареола комплексини тиклаш, косметик усулларини қўллаш орқали сут бези табиий кўринишини сақлаб қолиш.

Натижалар. Андижон вилояти онкологик диспансерида сут беши саратони билан огриган беморлардан 5 нафарда сургич ареола комплексини тиклаш ташрихи бажарилди. 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 пластикадан сўнг кечиктирилган САК тиклаш амалиёти бажарилди. Ташрихдан сўнг беморларда косметик эффект 100% бўлгани, беморлар рухиятидаги турғунлик, соғайишга ишончни юкори бўлганлиги кузатилди.

Хулоса. САК ни ТДЛ пластикаси ва маммопластика билан бир вақтли тиклаш амалиёти кечиктириб тиклашга нисбатан қулай бажарилди, қайта ташрих бажарилишини олди олинди. Сут беши косметик ҳолати тикланиши беморлар рухияти ва ҳаёт сифати яхшиланди.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ

Жумабоев А. Т., Урманбаева Д. А., Ибрагимов С. С., Саипова Х. М.

(АндГМИ, РСНПМЦОиР АФ)

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 АООД, 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.

СУТ БЕШИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА РЕДУКЦИОН МАММОПЛАСТИКА ВА МАСТОПЕКСИЯНИНГ ҚЎЛЛАНИШИ

Жумабоев А. Т., Урманбаева Д. А., Хусанов В. С.

(РИИАОваРМ АФ, АндДТИ)

Долзарблиги. Аёлларда учрайдиган сут беши ўсмаларини даволашнинг асосий усулларидан бири жарроҳлик амалиётидир. Ташрихдан кейин пайдо бўладиган қўпол чандиқлар, сут бешидаги деформациялар, асимметриялар, сургич ретракцияси каби ҳолатлар аёл қоматида дефект пайдо қилади ва рухиятига салбий таъсир кўрсатади. Яққол кўриниб турган қўпол чандиқлар

аёлга сут безида ташрих ўтказганлигини доимо эслатиб туради, бу эса аёл кайфиятининг доимий бузилишига, ўз жуфти олдида жисмоний нуқсонлилик хисси ривожланишига, хиссий, жинсий ва рухий зўриқишлар пайдо бўлишига олиб келади.

Эндокрин ўзгаришлардан пайдо бўлган макро- ва гигантомастияларда катталашган сут безлари оғирлашиши натижасида бемор кўкрак қафаси ва елка камарида толиқиш, оғриқлар пайдо қилади. Субмаммар соҳа терисини доимий ишқаланиши, терлаши, хидланиши, иккиламчи инфекциянинг кўшилиши, индурация ва трофик яралар пайдо бўлиши аёл кундалик ҳаётига салбий таъсир кўрсатиб, эстетик кўринишни бузади (McCulley SJ, Macmillan RD (2005)).

Илмий изланишлар туфайли мастопексия ва редукцион маммопластика ташрихларини асосий даволаш усулига қўшиб олиб боришни АВОД шароитида 2013-15 йилларда режалаштирилди.

Иزلанишнинг мақсади. Сут бези саратон олди касалликлари ва саратони туфайли қилинаётган ташрихларда мастопексия ва редукцион маммопластикани қўллаш.

Ишнинг вазифаси. Сут бези саратон олди касалликлари ва саратони туфайли қилинаётган ташрихларда мастопексия ва редукцион маммопластикани қўллаш орқали сут бези табиий кўринишини сақлаб қолиш. Ўтказилган ташрихларнинг олис натижаларни таҳлил қилиш.

Натижалар. Андижон вилояти онкологик диспансерида сут бези ўсмалари билан оғриган беморлардан 62 нафарида аъзо сақловчи жарроҳлик амалиёти редукцион маммопластика ва мастопексия билан бирга ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши 36 ± 6 ёш. Сут бези саратон олди касалликлари билан 37 нафар, саратон (I-босқич) билан 25 нафар беморда маммопластика бажарилиди.

Барча беморлар онкодиспансер шароитида ташрих олди стандарт текширувларидан ўтказилган.

Хулоса. Сут бези ўсма касалликларини жарроҳлик усули билан даволашда маммопластика усулларини қўлланиши ташрихдан кейинги қўпол чандиқлар, деформациялар, сўргич ретракцияси ва репозицияси каби асоратларнинг олди олинди. Беморлар косметик ва рухий ҳолатини аъло даражада эканлиги ҳаёт сифатига ижобий таъсир этди.

СУТ БЕЗИ РАКИГА ШУБҲА ҚИЛИНГАН БЕМОРЛАРДА ТРЕПАН БИОПСИЯ ДИАГНОСТИКАСИ

Жумабоев А. Т., Урманбаева Д. А., Саипова Х. М.

(РИИАОваРМ АФ, АндДТИ)

Долзарблиги. Сут бези ўсма касалликлари диагностикасида биопсия асосий ўринни эгаллайди. Тиббиётда тўғри ташхис қўйиш касалликни даволашга биринчи қадам ҳисобланса, онкологияда даволашга биринчи қадам бу биопсия текширувида асосланиб тўғри ташхис қўйишдир. Хозирда ривожланган онкология шифохоналарида қуйидаги биопсия турлари қўлланилади: ингичка игнали УЗИ назоратидаги биопсия, вакуумли аспирацион трепан биопсия, инспизион биопсия (хосиладан кичик кесма олиб гистологик текширув), эксцизион биопсия (хосилани бутунича олиб текширув), стреотаксик трепан биопсия (стериатоксик илмоқчани 1-2мм ва ундан катта хажмдаги хосилаларни рентген кузатувида жойлаштириб, илмоқча ташки учи йўналишида кесма килиб хосилани бутунича олиб текшириш), трепан биопсия (трепан игна ёрдамида хосиладан бир неча кесма олинди текширув).

Сут бези ўсмалари диагностикасида трепан биопсия муҳим роль ўйнайди.

Илмий изланишлар туфайли сут бези ўсмалари диагностикасида трепан биопсия асосий стандарт усулига қўшилган.

Ишнинг мақсади. Сут бези ўсмалари диагностикасида трепан биопсияни қўллаш орқали яхши ёки ёмон сифатли ўсмаларни аниқлаш, сут бези саратони гистологик верификациясини аниқлаб кейинги даво тактикасини танлашга имкон яратлиши. Сут бези ракиннинг бошланғич даврида аниқлаш.

Ишнинг вазифаси. Сут бези ракига шубҳа қилинган беморларда трепан биопсия диагностикаси амбулатор шароитда маҳаллий оғриқсизлантириш йўли билан ўтказилиши. Гистологик верификацияни аниқлаб, даволаш тактикасини танлаш. Сут бези саратони билан оғриган беморлар касаллик босқичларини аниқлаб соғломлаштириш ишларини қулайлаштириш. Ўтказилган текширувлардан олис натижаларни таҳлил қилиш.

Натижалар. Андижон вилояти онкология диспансерида 2013-15 йиллари сут бези ракига шубҳа қилинган беморларнинг 218 нафарида трепан биопсия поликлиника шароитида маҳаллий оғриқсизлантириш йўли билан ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши 36 ± 14 ёш. 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 Па-босқич, 56 (30,1%) нафарида Пб-босқич, 77 (41,3%) нафарида ПП-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 «скиррозный карцинома» гистологик верификациялари аниқланди.

Хулоса. 1. Сут бези ракига шубҳа қилинган 186 нафар беморда гистологик верификация аниқланиб, стандартга асосан даволаш тактикаси белгиланди.

2. Трепан биопсиянинг диагностика имконияти 94,5% ни ташкил қилди, 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%), Па-35 (18,8%), Пб-56 (30,1%), ПП-78 (42%) аниқланди.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Жуманиёзов М. М.

(РСНПМЦОиР)

Хирургический метод является основным в лечении инвазивного РМП. В этом направлении наметилась тенденция предпочтения органосохраняющих РЦЭ, успех которых неразрывно связан с внедрением в клиническую практику новых режимов и способов проведения ХТ. Однако отсутствие четко сформулированных показаний и противопоказаний к применению существующих методов ХТ по поводу РМП оставляют открытым вопрос о тактике лечения в отношении больных инвазивным РМП.

Цель исследования — повышение эффективности лечения больных инвазивным РМП.

Материалы и методы. В исследование включено 40 пациентов в возрасте 40–80 лет (средний возраст 65 лет), из них 34 мужчины и 6 женщин. У всех пациентов диагностирован переходно-клеточный РМП стадии T3–4⁺–M0, у 12 наблюдались рецидивы после оперативного лечения. В исследование вошли больные инвазивным РМП с размерами опухоли, не превышающими 6 см, 45% составили опухоли размерами 3,5–4,5 см. В 42,5% наблюдений опухоль локализовалась в шейке МП и треугольнике Льюто.

Все пациенты получили курс ПХТ. В 1, 8 и 15-й дни в/в гемцитабин в разовой дозе 800 мг/м² до суммарной дозы 2400 мг/м². Со 2-го дня в лобковую кость на стороне опухоли вводился цисплатин в разовой дозе 20 мг/м² до суммарной дозы 100 мг/м² с промежутками между введениями 2 дня. Перед внутрикостным введением цисплатина все пациенты получали внутривенную водную нагрузку раствором натрия хлорида или 5% глюкозы.

В плане комплексного лечения через 1 мес после окончания ХТ выполнялась ДЛТ по радикальной программе. ДЛТ проводилась на аппарате «Агат-С» фотонами 1,25 МэВ на область МП в стандартном режиме фракционирования — с РОД 2,0 Гр до СОД 60–64 Гр.

Через 3 мес после окончания химиолучевого лечения в случае частичной регрессии или стабилизации опухолевого процесса выполнялось хирургическое лечение.

Объем диагностических процедур на этапах лечения наряду с общеклиническими анализами (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, электрокардиография) включал цистоскопическое исследование, УЗИ, МРТ с определением объема опухоли, степени инвазии стенки МП и вовлечения ЛУ, морфологическое исследование.

Результаты. При проведении ПХТ у 11 (27,5%) пациентов наблюдалась миелосупрессия тяжелой степени, для ликвидации которой назначали граноцит и эпокрин с кратковременной отсрочкой противоопухолевого лечения. На введение гемцитабина у 7 (17,5%) пациентов была отмечена аллергическая реакция в виде сыпи и зуда. Выраженная аллергия стала причиной отмены ХТ у 3 пациентов. Местные побочные эффекты при внутрикостном введении цисплатина проявлялись в виде кратковременной незначительной по интенсивности боли распирающего характера в области лобковой кости.

После проведения ПХТ все пациенты отмечали субъективное улучшение самочувствия — увеличение интервала мочеиспускания, уменьшение выраженности гематурии.

ДЛТ все пациенты перенесли удовлетворительно. У 15 (37,5%) пациентов по окончании лечения возникли явления лучевого цистита легкой степени тяжести.

При контрольном цистоскопическом исследовании спустя 3 мес после химиолучевого лечения из 38 пациентов полная регрессия опухоли МП была диагностирована у 9 (23,7%). Из них у 4 (10,5%) пациентов через 3 мес зафиксирован продолженный рост опухоли. У 19 (50%) пациентов наблюдалась частичная регрессия опухоли с уменьшением ее размеров до 50–75%. У 10 (26,3%) больных отмечена стабилизация процесса с регрессией опухоли до 25–40%. Прогрессирования опухоли не было ни в одном случае.

По результатам химиолучевого лечения 24 пациентам была выполнена резекция остаточной

опухоли МП трансуретральным доступом и у 5 пациентов выполнена резекция МП чреспузырным доступом.

После окончания комплексного лечения больных инвазивным РМП за период наблюдения от 1 до 3 лет признаков рецидива опухоли МП не выявлено.

Выводы. Таким образом, комплексный подход к лечению больных инвазивным РМП, включающий последовательное проведение неoadъювантной ПХТ с внутривенным введением гемцитабина и внутрикос- тным введением цисплатина, ДЛТ по радикальной программе и органосохраняющей резекции позволяет повысить эффективность лечения инвазивного РМП.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

Жуманиёзов М. М.

(РСНПМЦОиР)

Введение. Осложнения, сопутствующие РЦЭ в раннем после операционном периоде (РПП), являются основной причиной летальности, достигающей%. Наиболее серьезные из них: гастроинтестинальные (непроходимость, несостоятельность межкишечного анастомоза и др.) — 29%, инфекционные (сепсис, абсцесс, перитонит и др.) — 25%; раневые (эвентерация и др.) — 15%, урогенитальные (несостоятельность и обструкция уретерокишечного анастомоза и др.) — 11%, кардиальные — 11% и др. Цель исследования — анализ собственного опыта, изучение особенностей ведения больных РМП после РЦЭ в РПП.

Материалы и методы. В исследование включены данные 44 больных РМП стадии T1-4aN0-1M0, которым была выполнена РЦЭ в период с 2013 по 2016 г. Среди них было 6 женщин и 38 мужчин в возрасте от 46 до 72 лет. Показания к операции определены по общепринятым стандартам.

Результаты и обсуждение. РЦЭ с деривацией мочи илеоцистопластикой по Штудеру проведена 31 больному, операция Бриккера — 10 больным, нефростомия — 2, уретерокутанеостомия — 1 больному. Нефростомия и уретерокутанеостомия проводились пациентам, поступившим в тяжелом состоянии. В последующем выполнена конверсия нефростом в ортотопический резервуар по Штудеру. В РПП у 1 больного выполнено дренирование гематомы малого таза. У 1 больного наблюдалась несостоятельность мочевого резервуара (предшествующая ЛТ), которая была купирована наружным дренированием на фоне двусторонней нефростомии. Послеоперационный парез кишечника наблюдался с разной степенью выраженности практически у всех больных и был купирован в сроки от 2 до 4 сут. Несостоятельности межкишечных анастомозов не наблюдалось. Один больной умер в первые сутки послеоперационного периода в результате развития тромбоза легочной артерии. По нашему мнению, последнее во многом обусловлено выбором методов наложения межкишечного анастомоза и уретероилеоанастомоза, так как их несостоятельность на фоне пареза кишечника прежде всего является причиной перитонита, вызывает необходимость повторных операций и способна приводить к летальному исходу. Больным на первых этапах выполнялся ручной изоперистальтический тонкотонкокишечный двухрядный анастомоз «бок-в-бок», в последние полтора года с применением сшивающих аппаратов, а также уретероилеоанастомоз по методу Уоллеса. Большое внимание уделялось интра- и послеоперационной эфферентной амортизации операционной травмы, послеоперационного пареза кишечника. Проводилась продленная эпидуральная аналгезия с катетеризацией эпидурального пространства на уровне T10-11 с целью интра- и послеоперационной аналгезии раствором наропина до 3 сут (n = 44). На фоне общепринятой комплексной терапии при нарастании уровня калия выше 6 ммоль/л и уровня креатинина выше 40 мкмоль/л в сутки выполнялась гемодиализация с использованием аппарата Fresenius Multi-Filtrat (Германия) (n = 6). Устранение претромботической опасности при уровне фибриногена выше 7-7,5 обеспечило применение плазмафереза аппаратом Nemonetic MCS3P (США) (n = 8).

Выводы. Применение межкишечного двухрядного изоперистальтического анастомоза «бок-в-бок», уретероилеоанастомоза по Уоллесу в технике выполнения РЦЭ в совокупности с интра- и послеоперационной анестезиолого-реанимационной амортизацией операционной травмы с использованием современных методик позволяет сократить и избежать ряд грозных послеоперационных осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ТУР В СОЧЕТАНИИ С ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ, БОЛЬНЫМ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ШЕЙКИ И ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В СТАДИИ T2N0M0

Жуманиёзов М. М.

(РСНПМЦОиР)

Цель. Изучение эффективности трансуретральной резекции при инвазивных формах рака мочевого пузыря с поражением шейки и задней уретры путём применения лучевой терапии.

Материал и методы: ТУР в сочетании с лучевой терапией было проведено 33 больным инвазивной формой рака мочевого пузыря. Средний возраст больных составил - 56,2 лет. При изучении гистологической структуры опухолевой ткани у всех больных имел место переходноклеточный рак. Из них высокодифференцированный рак (G1) выявлен у 16 (48,5%), умереннодифференцированный (G2) – у 13 (39,4%) и низкодифференцированный (G3) – у 4 (12,1%). Для проведения ТУР при инвазивном раке мочевого пузыря отбирали больных, с локализацией опухоли в области шейки мочевого пузыря и задней уретры, при размере экзофитной части опухоли не более 3 см и основания не более 1,5 см.

При отсутствии осложнений больные на 2-4-е сутки выписывались на амбулаторное лечение. Через 2 недели после операции больным проводился радикальный курс лучевой терапии на аппарате «Тератрон» ежедневно мелкими фракциями по 2 Грей до суммарной очаговой дозы 60 Грей. После окончания курса лечения всем больным проводилось контрольное эндоскопическое исследование, каждые 3 месяца в течение 1-го года и каждые 6 месяцев в течение второго года.

Результаты. Оценка эффективности лечения проводилась по частоте и срокам рецидивирования опухолевого процесса. Последующее контрольное обследование выявило наличие рецидива опухолевого процесса у 16 (48,4%) больных. Во всех случаях рецидив опухоли был поверхностным. Этим больным произведен повторный ТУР мочевого пузыря с внутрипузырной химиотерапией Доксорубицином 50мг №6.

Вывод. Таким образом, общая 3 - летняя выживаемость при стадии T2 составила 88,7%. В результате, применения комбинированный метод лечения больных инвазивного рака мочевого пузыря с поражением шейки и задней уретры, трёхлетняя без рецидивная выживаемость отмечено в 54,6% случаев. Учитывая хорошие отдаленные результаты применение ТУР с лучевой терапией, может стать альтернативой сегментарной резекции к цистэктомии у больных с данной патологией мочевого пузыря. Описание методика является малотравматичной и укорачивает время пребывания больных в стационаре.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ЎСМАЛАРИДА ҲАҚИҚАТ ХИРУРГИК ДАВОНИНГ ТАХЛИЛИ

Жўраев У. Б., Салимов Э. Э., Рамазонов А. С.

(РИИАОваРМ ҚФ)

Материал. 2014-2016-йилларда РИО ва РИАТМ ҚФнинг бош-бўйин ўсмалари жаррохлик бўлимида қалқонсимон без ўсма касалликлари билан операция қилинган 94та беморда хирургик давонинг тахлил куйидагича:

Беморларнинг ёши 26дан 62ёшгача оралиқда бўлган. Аёллар орасида 87та беморда (92,5%) (ўртача ёш 41,6±1,7), эркеклар орасида 7та беморда (7,4%) (ўртача ёш 49,6±3,3). Аёллар ва эркеклар ўртасидаги нисбат 13:1.

Усул. Операциядан олдинги даврда барча беморларда қалқонсимон без ўсмалари УТТ назорати остида ТАПБ (пункцион – аспирацион биопсия) ва цитологик текширув ўтказилди.

Хирургик даво ўтказишга кўрсатма: карцинома, карциномага шубҳа, аралаш буқоқ (диффуз ёки кўп тугунли буқоқ), аденома, аденоматоз, киста ва бошқа тиреоид патологиялар (ДТБ, сурункали тиреоидитлар).

Ўтказилган жаррохлик амалиётларининг хажми куйидагича:

Гемитиреоидэктомия, қалқонсимон бези бўйинчаси резекцияси билан 69 (73,4%) та беморда;

Тотал тиреоидэктомия 19 (20,2%) та беморда;

Қалқонсимон безининг резекцияси 2 (2,1%) та беморда;

Ташхисни ойдинлаштириш мақсадида 4 (4,2%) та беморда қалқонсимон безининг тарқалган ўсмасидан, метастазга шубҳа қилинган тугундан очиқ биопсия. 4 та беморда ҳам гистологик ҳулосада фолликуляр аденокарцинома тасдиқланган.

3 (3,2%) та беморда қалқонсимон безининг “аденомасы” ташхиси билан гемитиреоидэктомия, қалқонсимон беги буйинчаси резекцияси билан амалиёти бажарилган. Гистологик хулоса. Фолликуляр аденокарцинома. Орадан 20-25 кундан сўнг 3та беморда ҳам қайта қалқонсимон безининг қолган бўлагида “гемитиреоидэктомия” амалиёти бажарилган. Гистологик хулоса. Макрофолликуляр аденома.

Хирургик даводан кейинги патоморфологик верификация қуйидагича:

44 (46,8%) та беморда макрофолликуляр аденома;

11 (11,17%) та беморда микрофолликуляр аденома;

1 (1%) та беморда трабекуляр аденома;

21 (22,3%) та беморда цистаденома;

3 (3,2%) та беморда метастаз фолликуляр аденокарцинома;

13 (13,8%) та беморда фолликуляр аденокарцинома;

1 (1%) та беморда папилляр аденокарцинома аниқланган.

1 (1%) та беморда тотал тиреоидэктомия операциясидан кейинги биринчи икки соатда жарохатдан қон кетиш асорати (операция жараёнида шикастланган вена қон томирини қайта очилиб кетиши) кузатилди. Зудлик билан операция хонасида чоклари олиниб қон кетиш ўчоғи аниқланди ва бартараф этилди. Жарохати бирламчи битди. (гистологик хулоса. Фолликуляр аденокарцинома). Операциядан кейинги даври характерли бўлган N. Recurrensнинг шикастланиши кузатилмади. 2 (2,1%) та беморда гипопаратиреоз белгилари биринчи 24 соатда номоён бўлди. Беморларга 3-4 сутка давомида 2-4гр кальций глюконат (хлорид) 10% эритмаси томчилаб юборилди. Кейинги 2. 3 хафта давомида кальций глюконат 1табх3махалдан қабул қилди. Л-тироксин 100мг нахорда доимий қабул қилиш тавсия этилди.

Хулоса. Қалқонсимон без ўсма касалликлари билан касалланиш кўрсаткичлари аёллар ўртасида эркакларга нисбатан бир неча марта кўпроқ учради. Қалқонсимон беги турли хил тугунли хосилалари тахлил қилинганда яхши сифатли ўсмалар кўпроқ учрайди (85%). Хавфли сифатли ўсмалар (14,8%) ни ташкил этди. Хирургик усул билан даволаш яхши сифатли ўсмаларни саратонга ўтиш хавфини 8-11%га камайтиради, чунки бир тугунли хосила 5-7%, кўп тугунли хосила 3-4% холларда саратонга ўтиш хавфи юқори бўлиши исботланган. Фолликуляр аденокарцинома ва унинг метастазлари (17%) папилляр аденокарцинома (1%) га қараганда кўпроқ учради. Медуляр ва анапластик тури кузатилмади. Хирургик даво келажакда беморларни қўшни буйин аъзоларини, қон томирларини, нервларини, юқори нафас йўлларини, юқориги овқат ўтиш йўлларини ва кўкс оралиғи сохаларини босиб, эзиб қўйиш каби асоратларни олдини олиши мумкин.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН

Курбанов М. И., Аллабергенов А. Ж., Рзамбетов М. А.

(Республиканский онкологический диспансер г. Нукус)

Актуальность. По данным отдела медицинской статистики с Канцер-регистром Республиканского онкологического диспансера министерства здравоохранения республики Каракалпакстан в структуре онкологической заболеваемости РМЖ занимает одно из первых мест. В 2016 г зарегистрировано 124 больных РМЖ. Заболеваемость на 100 тысяч населения составило 6,9 смертность – 3,6 одногодичная летальность– 1,5; 34,4% больных поступили в запущенных (III-IV стадии) стадиях РМЖ.

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

Материалы и методы. Изучение эпидемиологических и статистических данных по РМЖ проведены по отчетным формам № 7-тиб «Отчет о заболевании злокачественными новообразованиями» по Республике Каракалпакстан за 2015-2016гг.

Результаты. Благодаря своим демографическим, экологическим и социально – гигиеническим характеристикам Республика Каракалпакстан является своеобразной моделью исследования заболеваемости РМЖ в Республике Узбекистан. Анализ статистических показателей в Республике Каракалпакстан (РК) показывает рост заболеваемости РМЖ. В 2014 г этот показатель составлял 4,7 человека на 100 тысяч населения, а в 2015 году – 6,4. Схожая отрицательная тенденция наблюдается и в показателях смертности- 12,0%. За этот период по Республике прирост заболеваемости составил 11,7%, смертности 4,7%. Среди всех женщин, заболевших РМЖ доля больных в возрасте от 18-44 лет составляла 29,7%, от 45-65 лет – 67,8%, 65 и старше лет – 9,5%. Пик заболеваемости приходился на возрастной интервал от 45-65 лет.

Выводы. В Республике Каракалпакстан заболеваемость и смертность от РМЖ увеличивается, прирост за 2015-2016 гг. составил 6,4% и 6,9%, соответственно.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Курбанов М. И., Аллабергенов А. Ж., Рзамбетов М. А.

(Республиканский онкологический диспансер г. Нукус)

Рак молочной железы (РМЖ) в структуре заболеваемости злокачественных опухолей женского населения занимает первое место в Республике Каракалпакстан и составляет 6,9% (стандартизированный показатель за период 2009-2013гг.).

Цель. Изучение динамики заболеваемости РМЖ в Республике Каракалпакстан за 5 летний период (2012-2016 гг.) среди сельского и городского населения.

Результаты и обсуждение. Впервые взятые на учет с РМЖ в течение последних 5 лет 554 женщин из них: в 2012 г. - 120; 2013 г. - 112; 2014 г. - 85; 2015г. -113; 2016г. -124 больных. Распределение заболеваемости по возрастам: 35-45 лет 2012г. - 29; 2013г. - 34; 2014г. - 25 (29%), 2015г. - 24 (21%), 2016г. - 27 (21%) соответственно. В возрасте: 45-65 лет: 2012г. - 56, 2013г. - 67, 2014г. - 49 (57%), 2015г. - 79 (69,9%), 2016г. - 81 (65%) соответственно. В возрасте 65 лет и старше 2012г. - 33; 2013г. - 10. 2014 - 8; 2015г. - 10, 2016г. - 11;

Распределение заболеваемости по стадиям: I-II ст. 2012г. -45; 2013г. -48; 2014г. -31 (36%), 2015г. -63 (55%), 2016г. -82 (66%); III ст. 2012г. -55; 2013г. -26; 2014г. -34 (40%); 2015г. -24 (21%), 2016г. -26 (20%); IV ст. 2012г. - 20; 2013г. - 37, 2014г. - 20 (23%), 2015г. - 26 (23%), 2016г. - 16 (12%) соответственно. Следует отметить, что за последние три года (2014-2016 гг) идет улучшение показателей с выявлением РМЖ в более ранних стадиях (I-II ст) 2014г -31%, 2015г -55% и 2016г -66%.

Как видно в последние годы отмечается рост заболеваемости РМЖ в Республике Каракалпакстан. К примеру за последний год высокие показатели выявления первичного РМЖ: г. Нукус-23, Турткульский район-15, Амударийский район-26, Кунградский район-10, Элликалийнский район-10. Максимальный показатель заболеваемости наблюдается в возрастном периоде 45-65 лет.

Выводы. Рост выявляемости РМЖ за последние годы можно объяснить улучшением общей и ранней диагностики благодаря проведению скрининговых обследований женщин Республике Каракалпакстан и проведению пропаганды населения по телевидению, радио, печати.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ ОКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН

Курбанов М. И., Махмудов М. А., Рзамбетов М. А.

(Республиканский онкологический диспансер г. Нукус)

В представленном тезисе мы попытались обобщить опыт лечебной деятельности онкоурологов и создать целостную картину работы с момента формирования фонда урологических коев на базе абдоминального отделения Республиканского онкологического диспансера.

В период с 2006 по 2016 гг. взято на учет 494 больных: 267 (54,%) с диагнозом рак почки, 153 (30,9%) с диагнозом рак мочевого пузыря, со злокачественными новообразованиями предстательной железы 71 (14,9%) человек. Рак наружных половых органов выставлен у 15 (3,1%), рак яичек- у 51 (10,4) больных.

Из 267 человек с впервые в жизни установленным диагнозом рак почки 53 (28,8%) имели I-II стадию, 95 (51,6%) – III, 36 (19,6%) -IV. Морфологическое подтверждение диагноза в среднем составило 71,7%.

За истекший период выполнена нефрэктомия у 47 пациентов. Послеоперационных осложнений не было, послеоперационная летальность равна нулю.

Из взятых на учет 153 больных с диагнозом рак мочевого пузыря, в I-II стадии было 43 (25,4%), 49 (29,1%) -в третьей, 77 (45,5%) -в четвертой. Процент морфологической верификации составил 48,5%. Всего выполнено 52 операции на мочевом пузыре. Послеоперационных осложнений не было, послеоперационной летальности не было.

Из 39 учтенных больных диагноз рак простаты I-II стадии выставлен в 9 (23,1%) случаях, третьей- в 25 (64,1%), четвертой- в 5 (12,8%). Морфологическое подтверждение диагноза составило 56,4%.

Из 14 больных с диагнозом рак наружных половых органов выставлена I-II стадия- у 5 (35,7%), третья- 7 (50%), четвертая- 2 (14,3%). Морфологически диагноз верифицирован в 92,8% случаев. Всего выполнено 8 оперативных вмешательств, при этом не отмечено послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

Из 47 человек с диагнозом рак яичек взято на учет в I-II стадии 18 (38,3), 20 (42,6%) – в третьей и 9 (19,1%) - в четвертой стадии. Морфологическое подтверждение диагноза получено в 61,7% случаев.

Всего выполнено 45 орхэктомий. Послеоперационных осложнений не было, послеоперационная летальность равна нулю.

Из общего числа онкоурологических больных, закончивших специальное лечение, хирургически пролечено 41,0%, лекарственное лечение получили 10,4%, лучевое – 6,6%, комплексное и комбинированное лечение получили 25,8%, химиолучевое – 16,2%.

Пятилетняя выживаемость за период с 2006 по 2016 год составила-77,1%.

Таким образом, анализируя лечебную деятельность урологического звена онкологии за десять лет, можно сказать, что именно централизация специализированной медицинской помощи и возможность вследствие этого проводить пациентам комплексное и комбинированное лечение благоприятно отразилось на результатах работы и, в конечном итоге, позволило повысить, показатель пятилетней выживаемости по всем перечисленным нозологиям.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ (РЯ)

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

(ТашИУВ, ТОФРСНПМЦОиР)

Цель. Изучить значение и особенности провоспалительных и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ФНО- α , ИЛ-2, ИЛ-6) при раке яичников.

Материалы и методы. Комплексные клиничко-инструментальные, лабораторные методы исследования проведены у 56 больных РЯ.

В группу контроля вошли 27 практически здоровых женщин. Методом ИФА были изучены показатели интерлейкинов (ИЛ-1 β , ФНО- α , ИЛ-2, ИЛ-6) у больных РЯ и в группе контроля. У всех больных диагноз РЯ верифицирован морфологически.

Результаты исследования. 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 - 1 β в сыворотке периферической крови больных РЯ не выявил достоверной разницы с контрольной группой, хотя среднее значение ИЛ - 1 β было повышено в 1,2 раза. Соотношение ИЛ-1 β /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 лечении 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.

БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИНИ БАРВАҚТ АНИҚЛАШДА СКРИНИНГ ТЕКШИРУВИ НАТИЖАЛАРИ

Матниязов М. К., Палванова С. И., Чиркова И. П.

(ОваРРИИАТМХФ)

Мақсад. Бачадон бўйни саратонини эрта босқичларда аниқлашда скрининг текширув натижаларини ўрганиш.

Бачадон бўйни саратони аёллар репродуктив хавфли ўсма касалликлари орасида кўп учрайди ва Ўзбекистонда сут беши саратонидан кейин иккинчи ўринни эгаллайди, аёллар хавфли ўсма касалликлари орасида 12,9% ташкил қилади ва бу долзарблигича қолмоқда.

РИОРИАТМ Хоразм филиалига бачадон бўйни саратони билан муносабатлар Республикасини бошқа вилоятларида бўлгани сингари асосан касалликнинг II-III босқичларига тўғри келади ва бу кўрсаткич 2012 йилда ҳар 100 минг аҳолига 13,8 ни ташкил қилган. Бу пайтда беморларнинг даволаш натижалари паст кўрсаткичларни ташкил қилган. Бачадон бўйни саратонини эрта босқичларда аниқлашнинг энг самарадор усули – бу фаол скрининг текширувдир.

Хоразм вилояти врачлар ассоциацияси, онкология диспансери раҳбарияти ташаббуси билан 2012 йилда Урганч туманида 14330 аёл, 19-75 ёш оралигида бачадон бўйни саратонини барвақт аниқлаш мақсадида жойларда скрининг текширувдан ўтказилган. Ҳамма аёллардан Папаниколау бўйича цитологик текширувга суртма олинган. Текширув натижалари қуйидагича бўлган: бачадон бўйни саратони – 8 та аёлда, ҳар хил даражадаги дисплазиялар – 714, эррозия – 993, полип, киста, эндоцервицит, калпит касалликлари – 1200 тани ташкил қилган. Касалликни энг кўп тарқалган даври 45-65 ёшдаги аёлларда - 5 та, 33-44 ёшда 2 та, 31 ёшда – 1 аёлда бачадон бўйни саратони аниқланган ва диспансерга гистологик текширувга жалб қилиниб даволаш ишлари олиб борилган.

Хулоса. 1. Ўтказилган скрининг текширув қисқа муддат ичида бачадон бўйни саратонини барвақт аниқлашга ва даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам берган. 2. Скрининг текшируви хавфли ўсма касалликларини барвақт аниқлашда самарадор усул деб ҳисоблаймиз.

РОЛЬ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ОНКОМАРКЕРОВ В МОНИТОРИНГЕ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Матязова Ф. Р.

(ТГФ РСНПМЦОиР)

Цель. Изучить роль специфических онкомаркеров в мониторинге лечение злокачественных опухолей репродуктивной системы (ОРС).

Материал и методы. Изучена экспрессия онкомаркеров у 31 пациентов с ОРС: 16 (51,6%) - рак молочной железы, 15 (48,4%) - рак яичников в стадии T1-3N0-1 M0, по изучивших стационарное лечение в ТашГОД. Исследовали уровень СА-125, СА 15-3 и AFP до и после комбинированного лечения. Всем пациентам в зависимости от стадии заболевания проводили: неоадъювантная химиотерапия + радикальная операция + адъювантная химиотерапия.

Результаты. Анализ по изученные результатов показал, что начала лечебных мероприятий у пациентов с РМЖ имело место повышение уровня СА 15-3 у 14 (87,5%) пациентов и AFP у 5 (31%). При этом, наибольшая степень повышения экспрессии наблюдался у онкомаркера СА 15-3 и среднем до $97 \pm 0,4$ Ед/мл. В отличие от этого, AFP при РМЖ имело исходное повышение в среднем до 70% и 53% соответственно от допустимой нормы.

До лечебной периода при РЯ отмечался увеличение показаться СА-125 у всех пациентов (100%) в среднем на 7 раз больше от нормы: $26,9 \pm 0,9$ Ед/мл AFP у 12 (80%) пациентов до $63 \pm 0,5$ нг/мл.

После комбинированной специфической терапии отмечался снижение экспрессии всех онкомаркеров по сравнению с исходными. Так, при РМЖ СА 15-3 имуется до нормальных величины ($24 \pm 0,2$ Ед/мл), а при РЯ СА-125 уменьшается до $43 \pm 0,4$ Ед/мл в группе исследования. Такая текущие пролеживался в показателях AFP и СА.

Выводы. Таким образом, анализ показывает зависимость экспрессии СА 15-3 и СА-125 при злокачественных опухолей ОРС. При этом определение уровня СА 15-3 и СА-125 ввиду своей специфичности является целиобразной при мониторинге лечебных мероприятий у этого контингент пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РЕЗИСТЕНТНОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Матязова Ф. Р., Юсупова Д. Б., Авезмуратова Г. А., Ходжимуратова М. Х.

(РСНПМЦОиР)

Благодаря улучшению ранней диагностики, включению в схемы лечения неоадъювантной и адъювантной системной химиотерапии (ХТ), определяемой в зависимости от биологического типа опухоли, достигнуты определённые успехи в лечении рака молочной железы. Однако остаётся много нерешенных вопросов, связанных с лечением резистентного к I и II линии терапии метастатического рака молочной железы (мРМЖ), независимо от биологического типа опухоли.

Цель. улучшить эффективность лечения пациенток мРМЖ, резистентных к I и II линии ХТ, путём применения режимов винорельбин+карбоплатин и гемцитабин+винорельбин.

Материал и методы. В исследование включено 42 пациентки мРМЖ, которым в I линии проводилось 2-4 курса системной ХТ по схеме FAC (CAF) – фторурацил+доксорубин+ци-

клофосфан, а во II линии 2-4 курса по схеме РР (DP) – паклитаксель (доцетаксель) +цисплатин. Средний возраст пациенток составил 52,8±0,3 года. Основной локализацией отдалённых метастазов были: легкие у 12 (28%), печень у 8 (19%), костная система у 7 (17%), сочетанное поражение легких и печени у 10 (24%), сочетанное поражение внутренних органов и костной системы у 5 (12%) пациенток. Гистологически: у 29 (69%) верифицирован протоковый рак, у 9 (21%) дольковый, у 4 (10%) медуллярный.

После установления прогрессии процесса на I и II линии ХТ, пациентки были разделены на две группы. 1 группу составили 23 пациентки, которым проводили 2-4 курсов ПХТ по схеме винорельбин 30 мг/м² в 1, 8 день и карбоплатин 350 мг/м² в 1 день. 2 группу составили 19 пациенток, которым проведено 2-4 курса ХТ по схеме гемцитабин 1000 мг/м² и винорельбин 30 мг/м² в 1, 8 день. Оценка эффективности проводили по общепринятым критериям.

Результаты и обсуждение. Для объективной оценки эффективности режимов с винорельбин + карбоплатин и с винорельбин + гемцитабин у больных с мРМЖ, резистентных к FАС (CAF) в Iи РР (DP) во II линии, были изучены клинический эффект, степень токсичности и качество жизни, 2 летняя выживаемость без прогрессирования (ВБП) и общая выживаемость (ОВ). При сравнении клинического эффекта в 1 и 2 группах пациенток полная регрессия процесса не отмечалась ни в одной из сравниваемых групп. Частичная регрессия на 15% чаще, а прогрессирование заболевания на 10% реже отмечалась при группах применения гемцитабина + винорельбин. Стабилизация процесса отмечалась в обеих группах в относительно равном количестве 56,5 и 52,6% соответственно.

Наиболее часто беспокоящие больных и, нередко, являющиеся причинами для прекращения или прерывания лечения гематологическая и гастроинтестинальная токсичность в сравниваемых группах проявлялись по-разному. В частности, гематологическая токсичность у пациенток, получавших гемцитабин + винорельбин отмечалась на 17% чаще, чем у пациенток, получавших винорельбин + карбоплатин, а гастроинтестинальная напротив, примерно на 14% была чаще при применении винорельбин+карбоплатин. Кардиологическая и неврологическая токсичности в обеих группах в равной степени. Надо отметить, что в группе больных, получавших гемцитабин + винорельбин в 1 случае отмечалась печеночная токсичность. Токсические проявления ни в одном из диагностированных случаев не были причиной для прекращения лечения. В общей сложности у 12 (28,6%) пациентов была проведена редукция дозы препаратов, у 10 (23,8%) назначена или интенсифицирована сопроводительная терапия.

Оценка качества жизни пациентов по шкале ВОЗ у подавляющего большинства пациентов была до 2 баллов. Однако, необходимо отметить, что в 1 группе у 15 (65,2%) общее состояние составило 1 балл (без заметного нарушения общего состояния), тогда как в 2 группе у 6 (31,6%), у 1 пациентки в этой группе общее состояние оценено в 3 балла, что потребовало дополнительного симптоматического лечения.

У 30 (71,4%) пациенток медиана выживаемости превысила 2 года. При расчёте 2 летней выживаемости было установлено, что ВБП примерно на 10% была лучше при применении гемцитабин + винорельбин и составила 52,6%. Тогда как, ОВ в обеих сравниваемых группах была сопоставимой и составила, соответственно 60,9 и 63,1%. Прогрессирование в течении 2 лет после лечения по схеме винорельбин+карбоплатин наблюдалось у 8 (34,8%) пациентов, которое в основном, выражалось в увеличении имеющихся опухолевых очагов, у 4 (17,4%) определялись ранее не выявленные метастазы. Во всех случаях прогрессирования болезни у 9 (47,3%) пациенток, получавших гемцитабин+винорельбин отмечалось лишь увеличение имевшихся опухолевых очагов, без появления новых.

Выводы. Результаты нашего исследования показали, что применение у больных РМЖ с резистентностью к I линии FАС (CAF) и II линии TP (DP) схем вместе с ПХТ по схеме гемцитабин + винорельбин, несмотря на отмеченную высокую токсичность и низкое качество жизни наблюдался клинический эффект и повышение показателей выживаемости по сравнению с применением III линии ПХТ по схеме карбоплатин+винорельбин.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИЙ ПАКЛИТАКСЕЛ +ЦИСПЛАТИН И ЭТОПОЗИД + ЦИСПЛАТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЁГКОГО НМРЛ

Мирзарахимов З. Ю., Муйдинов А. А.

(НФ РСНПМЦОиР)

Цель и задачи. Проведение сравнения комбинаций паклитаксел + цисплатин (РС) с группой пациентов, леченных по схеме этопозид + цисплатин (ЕР) у больных НМРЛ.

Материалы и методы. Исследование проведено в группе из 100 пациентов НМРЛ, из них 50 лечились по схеме РС, 50 по схеме ЕР.

Результаты. Результаты эффективности лечения при плоскоклеточном раке и аденокарциноме по схеме РС показали, что полная регрессия опухоли отмечалась у 10% и 5% соответственно, частичная регрессия – у 15% и 4%. Стабилизация процесса отмечена у 55% пациентов, а без эффекта – у 16%. Анализ отдаленных результатов лечения по схеме РС показал медиану времени до прогрессирования, при плоскоклеточном раке она была 12,5 мес, а общая выживаемость – 16,5 мес, при аденокарциноме – 9,0 мес и 14,0 мес соответственно.

При лечении по схеме ЕР объективные эффекты зарегистрированы у 45% больных, из них в 29% при плоскоклеточном раке и только в 12% – при аденокарциноме. Стабилизация процесса также была выше при плоскоклеточном раке (22%), чем при аденокарциноме (18%).

Выводы. При оценке отдаленных результатов медиана времени до прогрессирования при лечении по схемам ЕР и РС была почти одинаковой, хотя продолжительность жизни пациентов при лечении по схеме РС выше – 15,6 мес, чем при лечении по схеме ЕР – 13 мес.

ОСОБЕННОСТИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МУТАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ В УЗБЕКИСТАНЕ

Набиева Д. У., Мамадалиева Я. С., Одилов Б. Ш.

(ТашиУВ, ТОФРСНПМЦОиР, Институт биоорганической химии Академии Наук Республики Узбекистан)

Цель. Изучение особенностей мутаций генов BRCA1, BRCA2, NBS1 и CHECK2 в развитие рака яичника в Узбекистане.

Материалы и методы. В данное исследование были включены 101 больных раком яичников, а также соответствующие по полу и возрасту 103 практически здоровых женщин составивших контрольную группу. С помощью аллель-специфической ПЦР в режиме реального времени с использованием тест системы SYBR Green I, нами были проанализированы образцы ДНК исследуемых групп на наличие мутаций: BRCA1_5382Ins, BRCA1_300T>G, BRCA2_6174delT, CHECK2_IVS2+1G>A и NBS1657del5.

Результаты исследования. Наши исследования показали, что у 8 (8,0%) пациенток РЯ имеются гетерозиготные мутации BRCA1_5382Ins, а у 2 (2,0%) больных гетерозиготные мутации гена NBS1657del5. Мутации BRCA2_6174delT и CHECK2_IVS2+1G>A не были выявлены ни у одной больной раком яичников. Исследованные мутации генов не были обнаружены и в контрольной группе. (103 практически здоровые женщины).

Выводы. Наши исследования показали, что у 10% больных раком яичников отмечаются мутации гена BRCA1, что подтверждает вклад мутаций в развитие РЯ в Узбекистане, это требует внедрение молекулярно-генетического скрининга РЯ в Узбекистане.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ

Набиева Ф. С.

(БухГМИ им. Абу Али ибн Сино, БФ РСНПМЦОиР)

Актуальность. Рак шейки матки (РШМ) относится к числу потенциально предотвратимых заболеваний. Это связано с тем, что РШМ отличается медленным и преимущественно местным ростом, имеет длительный преинвазивный период и является доступным для осмотра органом. В развитых странах мира произошло драматическое снижение смертности от РШМ в последние десятилетия в связи с внедрением организованных скрининговых программ.

Так, по данным канцер-регистра в 2012 году в Бухарской области выявлено 61 на 100 тысяч населения больных РШМ. В динамике отмечается увеличение показателей заболеваемости и в 2016 году количество больных составило 72 на 100 тысяч населения.

Цель исследования. Провести анализ показателей заболеваемости и смертности при раке шейки матки в Бухарской области.

Материалы и методы. Изучение динамики заболеваемости и смертности при раке шейки матки в Бухарской области за 5 лет (2012-2016 гг.) среди сельского и городского населения. За этот период изучены показатели 5-летней выживаемости.

Результаты и обсуждения. Впервые взяты на учет с раком шейки матки в течение 5 лет 329 больных женщин, из них: в 2012 г. - 61; в 2013 г. - 57; 2014 г. - 69; 2015 г. - 70 и в 2016 г. - 72 больных. Распределение заболеваемости по стадиям: I – ст 2012 г-3; 2013 г-10; 2014 г-5; 2015 г-3 и 2016 г -12,

II – ст 2012 г-44; 2013 г-17; 2014 г-30; 2015 г-47 и 2016 г -39, III – ст 2012 г-13; 2013 г-28; 2014 г-30; 2015 г-19; и 2016 г -16, IV – ст 2012 г-1; 2013 г-2; 2014 г-4; 2015 г-1 и 2016 г -5 соответственно.

В настоящее время в Узбекистане принята Государственная программа по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы, в которой основной акцент сделан на развитие профилактической медицины, в частности совершенствование мер профилактики. В целях создания эффективной системы профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний среди населения будет предпринято поэтапное повсеместное внедрение скрининговых программ для раннего выявления онкологических заболеваний, в частности среди женщин больных раком молочной железы и шейки матки. Также предусмотрено создание Центра эпидемиологии и профилактики рака, в структуру которого включен отдел скрининговых исследований. Было выявлено что в последние годы отмечается рост заболеваемости раком шейки матки в Бухарской области.

Выводы. Проведенный анализ показал, что рак шейки матки имеет тенденцию к росту в Бухарской области и занимает 2 место в структуре онкозаболеваемости после рака молочной железы. Тенденция к росту отмечается во всех районах Бухарской области, особенно в городах.

Рост заболеваемости раком шейки матки в последние годы в Бухарской области можно объяснить улучшением выявляемости благодаря обследованиям женщин методом скрининга.

РОЛЬ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ РАННИХ РЕЦИДИВОВ РАКА ЯИЧНИКОВ

Набиева Ф. С.

(БухГМИ им. Абу Али ибн Сино, БФ РСНПМЦОиР)

Актуальность. В последние десятилетия наблюдается неуклонная тенденция рака яичников к росту онкогинекологической заболеваемости женской половой сферы, которая занимает одно из ведущих мест в структуре причин смерти женщин. У большинства больных после окончания первичного лечения в течение первых двух лет проявляются рецидивы злокачественных опухолей яичников.

Цель. Изучение роли магнитно-резонансной томографии (МРТ) в выявлении частоты и сроков возникновения рецидивов заболевания у больных с раком яичников после оперативного лечения и описание вариантов МРТ-картины ранних рецидивов рака яичника.

Материалы и методы. Представлены результаты диспансерного наблюдения 46 больных раком яичника перенесших хирургическое лечение продолжительностью от 3 до 36 (медиана-12) месяцев.

Результаты. Из 46 пациенток с раком яичников перенесших хирургическое лечение у 27 были обнаружены рецидивы в области культи, в 19 случаях с использованием МРТ у 8 - в области культи, сальника, у 4 - в подвздошных и у 3 - паховых лимфоузлах, у 2 - в передней брюшной стенке, в 2 случаях в надключичных лимфоузлах.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что МРТ таза является эффективным методом выявления и оценки распространения раннего рецидива в области таза у больных с раком яичника перенесших оперативное лечение.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЯИЧНИКА В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД 2012-2016 ГОДЫ

Набиева Ф. С.

(БухГМИ им. Абу Али ибн Сино, БФ РСНПМЦОиР)

Актуальность. Злокачественные опухоли (ЗО) репродуктивной системы: рак молочной железы и гинекологические опухоли (рак тела, шейки матки и яичников) – являются наиболее частыми в структуре онкологической заболеваемости женщин, их суммарная доля превышает 35%. Рак яичников (РЯ) составляет 4 – 6% среди злокачественных опухолей у женщин и занимает седьмое место по частоте. Рак яичников – одна и наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей в Республике Узбекистан, являющаяся причиной значительных социально-экономических потерь в обществе.

Цель. Разработка эффективных организационных решений, направленных на совершенствование качества оказания медицинской помощи больным ЗО, были изучены тенденции заболеваемости и смертности больных РЯ в Бухарской области в период 2012– 2016гг.

Материалы и методы. Материалами исследования явились государственные формы отчетности (Ф-7 и Ф-51) по области и ее регионам. Анализировались динамические ряды абсолютных, средних, относительных величин, выравнивание которых проведено по параболе первого порядка.

Результаты. В 2012 году в регионе впервые выявлено 218 больных РЯ, умерло 87. В структуре онкологической заболеваемости региона среди женщин эта локализация рака находилась на третьем ранговом месте (после рака молочной железы и рака шейки матки), а в структуре смертности – на первом. В период с 2012 по 2016 годы удельный вес РЯ возрос с 31 до 45. Анализ стандартизованных показателей заболеваемости РЯ в период 2012- 2016 гг. показал тенденцию роста с 31 до 45 на 100 тыс. населения.

Выводы. Проведенное исследование показало, что заболеваемость и смертность при РЯ в Бухарской области выше. За последние 5 лет зарегистрирована тенденция роста заболеваемости и снижение смертности. Результаты проведенного исследования будут использованы для разработки комплекса мероприятий, направленных на совершенствование качества медицинской помощи больным РЯ в Бухарской области, основными направлениями которых будут выявление факторов риска, ранняя и своевременная диагностика, эффективное специальное лечение и диспансерное наблюдение этой группы онкологических больных.

ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ КОЖИ

Наврузов С. Н., Холиков Т. К., Нишанов Д. А., Гафур-Ахунов М. А., Шарипов А. Б., Амриддинов А., Гильдиева М. С.

(КФ РСНПМЦОиР, РСНПМЦОиР, ТТФ РСНПМЦОиР)

Рак кожи относится к наиболее часто встречающейся форме злокачественных новообразований и имеет тенденцию к росту. В структуре онкологической заболеваемости рак кожи занимает пятое место. Несмотря на визуальную доступность этой локализации, до сих пор уровень выявления данной патологии остается низким (8-9%). Одной из причин является то, что большинство онкологических заболеваний связано с индивидуальными особенностями организма и наличием специфических нарушений в клетках на хромосомном и геномном уровнях, которые могут быть иницилирующим началом трансформации клеток и тканей. Выявление цитогенетических нарушений возможно позволит повысить раннюю диагностику неоплазии. Вариабельность хромосомного набора определяет риск развития опухоли и может быть прямо связана с повышенной частотой неоплазм в популяции. Хромосомы онкологических больных проявляют повышенную чувствительность к кластогенным агентам, разрывающим хромосомы, что было обнаружено у больных подвергшихся лучевой и химиотерапии.

Цель исследования. Изучение изменения хромосом лимфоцитов периферической крови больных раком кожи.

Материалы и методы. Исследование проведено у 51 больного раком кожи. 25 мужчин, 26 женщин. Использованы образцы крови, в количестве 1,5-2 мл и культивированные в питательной среде эмбриональной телячьей сывороткой и ФГА (фитогемаглютинин) в течение 72 часов при 37 °С в атмосфере 0,5% CO₂. Цитогенетические препараты полученные общепринятой методикой анализировали под микроскопом при общем увеличении 1000х. Полученные результаты обрабатывались методом Стьюдента.

Результаты. У больных раком кожи (РК) наблюдается увеличение аберрантных метафаз и аберраций в лимфоцитах стимулированных ФГА более чем в 5 раз. Наличие аберраций хромосом в одной клетке было выше у женщин (1,3). Чаще всего встречались делеции хромосом. Преимущественно они выявлялись в группах С, Д, Е и Х. Фрагментация хромосом и гены встречались у больных в хромосомах 13, 17 и 18 пары и частота их была в 2 раза выше. Кроме того, встречались двойные мелкие хромосомы (ДМХ). Результаты исследования показали наличие в группе больных раком кожи двойных малых хромосом и их отсутствие у здоровых людей.

Выводы. При раке кожи в лимфоцитах периферической крови наблюдается увеличение частоты аберраций хромосом, а гиперплоидия и ДМХ являются специфическими особенностями кариотипа. Частота аберраций хромосом в лимфоцитах периферической крови больных в 5 раз превышала этот показатель по сравнению со здоровыми людьми. Гиперплоидия и двойные малые хромосомы в кариотипе являются маркерами развития опухолевого процесса.

РАЗРАБОТКА ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ (КРР)

Пулатов Д.А., Юсупбеков А.А., Абдуджаппаров С.Б., Камышов С.В., Ибрагимов Ж.М., Ниёзова Ш.Х., Кушвакова С.У.

(РСНПМЦОиР, ТМА)

Актуальность. Персонализированная терапия опухолей- это новое понятие, возникшее в результате необходимости в более рациональном и эффективном лечении с меньшим количеством нежелательных побочных реакций. Оно основано на сочетании терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ) и генотипировании с целью оценить метаболическую емкость организма-носителя и/или характеристики опухоли. Цитотоксические противораковые лекарственные препараты соответствуют многим критериям, обычно определенным в качестве предпосылок для использования подходов ТЛМ. Во-первых, степень проявления межличностных различий фармакокинетики в большинстве случаев является высокой. Такие существенные межличностные различия фармакокинетики, вероятно, связаны с генетическими различиями, а также с разным функциональным статусом больных раком. Более того, описана взаимосвязь между плазменными концентрациями и конечными показателями фармакодинамики, например, процентное снижение содержания нейтрофилов между значением перед началом лечения и самым низким значением. Генетические факторы вносят свой вклад в фенотип реакции на лекарственный препарат. Значительная часть различий в реакции на лекарственный препарат может быть связана с генетическими факторами посредством модуляции фармакокинетики и/или фармакодинамики лекарственного препарата.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 70 пациента колоректальным раком (РТК) III-IV стадии, оказавшихся резистентными к фторурацил-содержащим режимам. Полихимиотерапия (ПХТ) проводилась с паллиативной целью в послеоперационном периоде у больных с регионарными и отдалёнными метастазами. 30 (42,8%) больной получали фторурацил в составе режима Мейо (лейковорин 20 мг/м² с последующим болюсом фторурацила по 425 мг/м², 1-5 день, следующий с 29 дня) и 40 (57,2%) – в составе режима FOLFOX (лейковорин 200 мг/м² 2 ч в 1 и 2 день, оксалиплатин 85 мг/м² 1 день, фторурацил 400 мг/м² болюс, фторурацил 600 мг/м² 2 ч в 1 и 2 день, следующий с 15 дня). Из них мужчин было 32 (44%), женщин - 38(56%). Средний возраст пациентов резистентных к фторурацил-содержащим режимам составил 56,7±0,2 лет. Группы были сопоставимы по основным характеристикам (возрасту, полу, стадии, гистологическим типам, дифференцировке).

Резистентность к режиму определялась по данным контрольных обследований после 2 – 4 курсов ПХТ. Эффективность оценивалась путём определения размеров контролируемых очагов, согласно шкале ВОЗ (полная, частичная регрессия, стабилизация, прогрессирование).

Изучение данных анамнеза больных КРР показало, что у 23 из них длительность заболевания была до 3 месяцев, у 38 – до 6 месяцев, у 9 – до 1 года.

Морфологическое исследование опухоли проводилось в отделении патоморфологии РОНЦ МЗ РУз. Анализу были подвергнуты гистологические препараты, взятые у всех 70 больных РТК.

Изучение гистологической структуры опухолей показало, что у всех 70 пациентов встречалась различные варианты аденокарциномы. Умеренно дифференцированная аденокарцинома обнаруживалась у 35 (50%) пациентов, низкодифференцированная аденокарцинома – у 20(28,6%) и высокодифференцированная аденокарцинома – у 15(21,4%) больных РТК.

Изучение распределения больных РТК в зависимости от макроскопической формы роста опухоли позволило установить, что у 37 больных РТК встречалась смешанная форма роста, эндифитная – у 21 и экзофитная формы роста – у 12 пациентов.

Материал обрабатывался согласно инструкции по унификации гистологических и гистохимических методов исследования биопсийного и операционного материала. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине на фосфатном буфере (pH=7,4) не менее 24 часов. После обезвоживания в спиртах восходящей концентрации, материал заливали в парафин. Из подготовленных блоков готовили серийные срезы. Общеморфологическая картина изучалась на препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином, кислые и нейтральные мукополисахариды (гликозаминогликаны) определялись путем комбинированной окраски реактивом Шиффа и альциановым синим. Гистологические препараты изучали под светооптическим микроскопом «МБИ-6», «Leica». Микроскопическую структуру опухоли оценивали в соответствии с Международной гистологической классификацией опухолей кишечника. А также у всех пациентов выполнен забор крови и отправлен в Институт биохимии А.Н.РУз. для дальнейшего изучения полиморфизма генов DPYD, ERCC2/ XPD.

Результаты. За 3 года нами изучено 70 больных с генами, отвечающими за количество в организме пациента за генетические вариации DPYD, ERCC2 и получены следующие результаты:

- у носителей DPYD гена наблюдалось снижение эффективности терапии 5-FU,
- у носителей ERCC2/ XPD гена наблюдалось увеличение цитотоксичности к 5-FU.

Выводы. По нашим данным, у больных РТК изучение генов DPYD, ERCC2/ XPD является целесообразным. Цель персонализированной терапии заключается в выборе наиболее эффективного лечения и оптимальных доз для каждого пациента, одновременно снижая токсичность и побочные эффекты терапии. На сегодняшний день для колоректального рака известно ограниченное количество фармакогенетических маркеров. В большинстве исследований они изучаются по отдельности, что приводит к некоторым противоречиям в результатах. Одновременное исследование множественных маркеров с предсказуемым откликом может помочь идентифицировать более точно истинную роль этих полиморфизмов в лечении колоректального рака.

Хотя первоначальная стоимость лечения раковых заболеваний и индивидуально подобранной терапии может быть высокой, в будущем это может привести к получению значительных преимуществ с клинической и экономической точек зрения. В исследовании были определены мутантные аллели гена DPYD почти у 39% обследованных и соответственно были изменены дальнейшая тактика лечения, которая привела к улучшению результатов лечения. В связи с чем дальнейшее наше исследование в изучении химиорезистентности у больных с РТК можно продолжать и надо провести рандомизированное исследование с плацебо-контролем.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРЕДПОСЫЛОК РЕЗИСТЕНТНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ФТОРУРАЦИЛА И ОКСАЛИПЛАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Пулатов Д.А., Юсупбеков А.А., Абдуджаппаров С.Б., Камышов С.В., Ибрагимов Ж.М., Ниёзова Ш.Х., Кушвакова С.У.

(РСНПМЦОиР, ТМА)

Актуальность. Анализ современной литературы показывает, что цель персонализированной терапии заключается в выборе наиболее эффективного лечения и оптимальных доз для каждого пациента, одновременно снижая токсичность и побочные эффекты терапии. На сегодняшний день для колоректального рака известно ограниченное количество фармакогенетических маркеров. В большинстве исследований они изучаются по отдельности, что приводит к некоторым противоречиям в результатах. Одновременное исследование множественных маркеров с предсказуемым откликом может помочь идентифицировать более точно истинную роль этих полиморфизмов в лечении колоректального рака. Хотя первоначальная стоимость лечения раковых заболеваний и индивидуально подобранной терапии может быть высокой, в будущем это может привести к получению значительных преимуществ с клинической и экономической точек зрения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 70 пациента колоректальным раком (КРР) III-IV стадии, оказавшихся резистентными к фторурацил-содержащим режимам. Полихимиотерапия (ПХТ) проводилась с паллиативной целью в послеоперационном периоде у больных с регионарными и отдалёнными метастазами.

Результаты. Исследование показало, что резистентность к фторурацилу, у пациентов КРР, чаще отмечалась у женщин (56%), причём преимущественно при поражении левого отдела толстой кишки. При анализе зависимости чувствительности от состояния первичного очага установлено, что 83,6% пациентов были с T3-4, т.е. вероятность развития резистентности к фторурацил-содержащим режимам была больше, чем глубже инвазия первичного очага. Отдалённые метастазы из 70 резистентных пациентов КРР отмечались у 41,0%, причём 72% были с метастазами в печень.

Сравнительно более высокая чувствительность отмечалась у пациентов с муцинозным и медулярным раком, а резистентность к фторурацил-содержащим режимам отмечалась у 45,9% пациентов с аденокарциномой. При анализе степени дифференцировки (G) у резистентных пациентов КРР особой разницы в зависимости от дифференцировки процесса отмечено не было. Однако при режиме Мейо резистентность чаще была при средней дифференцировке процесса 35,5% пациентов.

Таким образом, исследование показало зависимость эффективности лечения и течения злокачественного процесса от клинико-морфологических особенностей опухоли. Основываясь на результатах клинико-морфологического анализа пациентов КРР резистентных к фторурацил-содержащим режимам, стало возможным выделить группу пациентов, которым необходимо проводить генетические исследования для выявления молекулярных причин резистентности и последующего выбора адекватной схемы терапии.

Выводы:

1) Учитывая недостаточную эффективность традиционной химиотерапии при лечении КРР целесообразно использование персонализированной терапии.

2) Персонализированная терапия должна основываться на изучении фармакогенетических маркеров.

3) За 3 года нами изучено 70 больных с генами, отвечающими за количество в организме пациента за генетические вариации DPYD, GSTP1, ERCC1, ERCC2 и получены следующие результаты:

- у носителей DPYD гена наблюдалось снижение эффективности терапии 5-FU,
- у носителей GSTP1 гена наблюдалось резистентность к оксалиплатину,
- у носителей ERCC1 гена наблюдалось увеличение цитотоксичности к 5-FU,
- у носителей ERCC2/ XPD гена наблюдалось резистентность к оксалиплатину.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ С ДОППЛЕРОГРАФИЕЙ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Саитназаров Д. П., Тохтаматов И. Х.

(ТОФРСНПМЦОиР)

Актуальность. Ранняя дифференциальная диагностика инфильтративной формы рака молочной железы часто представляет трудности. Причина в очень схожей картине инфильтративной фазе мастита и инфильтративной формы рака молочной железы. По литературным данным отмечается тенденция омоложения разных форм рака молочной железы, а мастит развивается не только у молодых женщин, но и у женщин репродуктивного возраста и в климактерическом периоде. А рентгеновская маммография недостаточно информативна при данных заболеваниях.

Цель исследования – улучшение ранней диагностики разных форм рака молочной железы путем применения современной технологии серошкальной эхографии в комплексе с методами доплерографии.

Материал и методы. При исследовании 18 больных острым маститом и 33 больных с ранней формой рака молочной железы. Клинико-эхографические исследования проведены в современных ультразвуковых оборудованных высокого класса «Хario 200» (Toshiba) ClearVue 350 (Philips). Линейным датчиком частотой 7,5-12МГц. Для уточняющей диагностики применены цветовая, энергетическая, импульсно-волновая доплерография и режим тканевой гормоники. Результаты исследований сопоставлены с динамикой клинико-эхографического течения заболевания и морфологической верификации.

Результаты. Исследования 18 больных острым маститом показали что в зависимости от течения заболевания эхографическая картина имеет свои особенности. В пролиферативной фазе в области воспалительного процесса на эхограммах отмечалось увеличение толщины кожи более чем на 3 мм, её гипоехогенность по сравнению со здоровыми участками. В этот период эхогенность подкожной клетчатки и паренхима железы повышена и дифференциация их неотчетливая. При дальнейшем развитии воспалительного процесса в паренхиме молочной железы появляются гипоехогенные жидкостные участки свидетельствующие о развитии абсцесса. У 8 больных из 18 отмечалось распространение воспаления по лимфатическим путям в подмышечную зону и появление дополнительных гипоехогенных участков в других квадрантах. При этом лимфатические узлы были увеличены, имели овальную форму. С дифференциацией кортико-медуллярных частей узла. Кортикальный слой был утолщен и гипоехогенный. При импульсно волновой доплерографии отмечалось увеличение скорости кровотока в сосудах воспаленной железы в 1,2-1,5 раза по сравнению с симметричным участком здоровой железы. При энергетической доплерографии отмечалось усиление цветовых докусов в зоне воспаления. При диффузной (отечно-инфильтративной, маститоподобной) форме рака молочной железы во всех случаях отмечалось утолщение кожных покровов на значительном протяжении, и толщиной до 7мм. Повышение эхогенности подкожной жировой клетчатки, расширение и визуализация лимфатических сосудов в подкожной клетчатке и в паренхиме железы, имеющих сетчатую гипоехогенную или линейную структуру в зависимости от направления ультразвуковых волн. Отмечалось повышение эхогенности паренхимы железы, нарушение её дифференциации. Исследования показали, что показатели кровотока при отечной форме рака молочной железы выше чем при узловатой ($V_{max}=18,5\text{см/с}$ и $16,4\text{см/с}$ соответственно). Отмечено также изменение индексов сопротивления и пульсового индекса при этой форме рака (индекс резистивности – до 0,78, пульсативный индекс до 1,65). При доплерографии отмечается снижение скорости кровотока в поверхностных венозных сосудах, а при цветовой доплерографии наблюдалось усиление рисунка венозной сети. При имеющихся метастазах регионарные

лимфатические узлы увеличены, гипоехогенные. Без дифференциации кортико-медуллярных частей и часто округлой формы.

Выводы. Современные инновационные технологии ультразвуковой маммографии позволяют осуществить раннюю и дифференциальную диагностику острого воспалительного процесса и отечно-инфильтративной формы рака молочной железы. наряду с стандартной ультразвуковой эхографией применение доплеровских методов способствуют уточняющей диагностики воспалительных и опухолевых процессов молочных желез.

ОНКОЛОГИК БЕМОРЛАРДА БАЖАРИЛАДИГАН АМАЛИЁТЛАРДА МУЛЬТИМОДАЛ АНЕСТЕЗИЯНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Саматов Б. А.

(НамФ ОваРРИИАТМ)

Онкологик беморларда бажариладиган амалиётлар кенг қўламли, узоқ ва травматик хисобланиб амалиётдан кейинги даврда адекват оғриқсизлантирилишини талаб этади.

Амалиётдан кейинги даврда адекват оғриқсизлантирилиши беморларни амалиётдан кейин реабилитациясини енгилаштиради.

Амалиётдан кейинги даврда адекват оғриқсизлантириш мақсадида мультимодаль анальгезия мақсадида диспансерда НЯКП (НПВС) февалган-1000мг (Жўрабек фирма махсулоти) ва инфулган-1000мг (Юрия-Фарм) қўлланилди. Мультимодаль аналгезияни асосини (базисини) ушбу препаратлар ташкил этиб, амалиётдан кейинги беморларга оғриқ синдромини ўртача ва оғир интенсивлигида наркотик аналгетиклар, регионар аналгезия билан биргаликда қўлланилди. Оғриқ синдроми ВАШ, ШПД, ШВО шкаласи билан баҳоланиб борилди.

Мультимодаль аналгезияни қўлланилиши биринчи навбатда беморларни ўрин кунини қисқаришига, интенсив терапия-реанимация бўлимидан беморларни тегишли бўлимларга эртаоқ ўтишига ва наркотик аналгетикларни ишлатилишини озайишига, беморларни эрта активизацияси-реабилитациясини яхшилашига олиб келди.

Текширишдан мақсад. Мультимодаль аналгезия самарадорлигини ошириш сифатида НПВС бўлган февалган ва инфулганни наркотик аналгетиклар билан бирга қўлланилишида оғриқ синдромини амалиёт вақтида ва амалиётдан кейинги даврда қўлланилиши.

Материал ва қўлланилиши. Текширувлар 140та беморларда ўтказилиб, уларни ёши 21-75 гача бўлди. Текширувлар гинекология, хирургия, маммология бўлимларидан амалиётга олинган беморларда ўтказилди. Амалиётлар – гастроэктомиа, ошқозон резекцияси, холецистэктомиа, гемикольэктомиа, нефроэктомиа, оёк ва қўлларда бажариладиган амалиётлар, бачадон ампутацияси ва кенгайтирилган экстирпацияси, тубоовариэктомиа, радикал мастоэктомиа ва сут беги секторал резекциялари бўлиб, улар 2та группага ажратилди.

70таси (контрол) I-группа,70таси (асосий) II-группа.

I-группадаги беморларга стандарт премедикация қилинди.

II-группадаги беморларга стандарт премедикацияга амалиётдан 20-минут аввал инфулган ёки февалганни-1000мг т/и эритмаси қўйилди («pre-emptive analgesia» принципида) ва атропин, димедрол одатдаги дозировкада қилинди. Умумий, спинал, перидурал анестезия умумий маъқулланган методика асосида ўтказилди.

Иккала группадаги беморларни мониторинги – А/Д, Пульс, ЭКГ, SO₂ ЭДАН мониторида (Хитой) узлуксиз кузатиб борилди.

Вегетатив нерв системасини амалиёт стрессига бўлган муносабати Баевский Р. М. методикаси бўйича баҳоланиб борилди.

Текширувлар премедикациядан аввал, премедикациядан кейин, амалиёт вақтида ва амалиётни травматик этапида, амалиётдан кейинги даврдаги этапда ўтказилди.

Амалиётдан кейинги даврда оғриқни содир бўлиш муддати, оғриқсизлантиришларни бошланиш соатлари, наркотик ва нонаркотик аналгетикларни дозалари хисоблаб борилди.

Амалиётдан кейинги даврда II-текширилувчи (асосий) группадаги беморларга Инфулганни қўлланилиши давом эттирилди, лозим бўлганда наркотик аналгетиклар қилинди.

Амалиётдан кейинги оғриқсизлантириш ВАШ, ШПД, ШВО шкалалари бўйича баҳоланди.

Нагизжалар.

Текширувларни бошлангич этапларида иккала группадаги беморлар гемодинамик кўрсаткичлари бир хилда бўлди.

2-этапда эса контрол группадаги беморлар гемодинамикасида гипертензия, тахикардия кузатилди, ушбу холат амалиётларни травматик этапида ҳам сақланиб турди. Амалиётларни травматик этапида ВНС томонидан симпатик тонусни ошиши кузатилди. Регулятор система ва адаптацион системада ҳам зўриқиш содир бўлди.

Амалиётдан кейинги уйғониш даврида кучли оғриқ билан беморлар уйғонди.

II-группадаги (асосий) беморларда эса нормотония холатлари кузатилди. Амалиёт вақтида, амалиётни травматик этапларида ҳам гемодинамикасида ўзгаришлар содир бўлмади.

Амалиётдан кейинги уйғониш даврида оғриқ интенсивлиги контрол группадагига қараганда оз бўлди.

Амалиётдан кейинги даврда I-группадаги (контрол) беморларга наркотик анальгетиклардан ўртача промедол-2%- 60мг, омнопон 3Н-60мг, морфин-20-30мг, II-группа (асосий) дагиларга промедол-20мг, омнопон 3Н-20мг, морфин-10мг қилиниб оғриқсизлантирилди.

Спинал анестезия асосан қорин бўшлиғи пастки этажда қилинадиган амалиётларда қўлланилиб, одатдаги премедикацияга февалган ва инфулган-1000мг томир ичига юборилди ва интратекал маҳаллий анестетик (Бупивакаин, Лонгокаин еви, Лидокаин) таркибига адьювант сифатида морфин ех tempore 3-5 мкг/кг қўшилди. Анальгезия 70 соатгача кузатилди.

Текширув натижасида шунга эришилдики, беморларга наркотик анальгетик контрол группадагига нисбатан 3 баробар оз ишлатилди ва бунга эҳтиёж сезилмади.

Хулоса. 1. Февалган ва инфулган эритмасини премедикацияга қўшиш амалиёт вақтида, амалиётларни травматик этапларида ва амалиётдан кейинги даврда ВНС симпатик тонусини камайтиради, амалиёт вақтида эса гемодинамик кўрсаткичлари нормотонияга мойил бўлади.

2. Амалиётдан кейинги даврда наркотик анальгетикларни ишлатилиши 3 баробарга камаяди.

3. Амалиётдан кейинги когнитив хусусиятлар камаяди.

4. Беморларни эрта активизацияси, амалиётдан кейинги даврда оғриқларни сушт бўлиши ва реабилитациясини енгиллаштиради, ўрин кунини қисқартиради.

ҚОРИН БЎШЛИҒИДАГИ АМАЛИЁТЛАРДА УЮШГАН АНЕСТЕЗИЯНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Саматов Б. А.

(НамФ ОваРРИИАТМ)

Замонавий анестезиологияни ривожланиб бориши беморларга амалиёт вақтида ва амалиётдан кейинги даврда оғриқ синдромини бартараф қилиш, амалиётдан кейинги турли асоратларни олдини олишга хизмат қилмоқда. Хозирги вақтда замонавий анестезиологияда оғриқсизлантиришнинг жуда кенг ва турли методлари қўлланиб келинмоқда.

Булардан бири – регионар оғриқсизлантириш хисобланади.

Охирги йилларда регионар оғриқсизлантириш-спинал ва эпидурал анестезиядан кенг қўлланилмоқда. Регионар оғриқсизлантиришда қўлланиладиган махсус игна ва микрокатетерларни ихтиро қилиниши ва ишлаб чиқарилиши бу оғриқсизлантиришни янада жаррохлик амалиётларида кенг қўлланилишига ёрдам бермоқда. Бундан ташқари, маҳаллий анестетикларни янги-янги турларини ишлаб чиқарилиши регионар анестезиядан янада кенг доирада фойдаланишга асос бўлди.

Наманган вилояти онкология диспансерида ҳам ушбу анестезиядан қорин бўшлиғини пастки этажи жаррохлик амалиётларида кенг қўлланилаёпти.

Онкологик беморлардаги анестезияни ўзига хос хусусиятларидан: операциялар ўта травматик, организмга агрессивлиги юқори, узоқ давом этувчи ва аксарият беморларда йўлдош хасталиги бўлган холатларни таъкидлаб ўтиш лозим.

2-жаррохлик бўлимидан амалиётга тайёрланган 32та бемор аёлларда ушбу анестезияни қўлланилди (бачадон ампутацияси ва экстирпацияси амалиётида).

Биз, беморларни 2 та группага бўлиб текширув ва мониторинг ўтказдик.

1-группадаги беморларга: умумий (кўп компонентли эндотрахеал) наркоз.

2-группадаги беморларга: уюшган (умумий+спинал ёки эпидурал) анестезия қилинди.

1-группадаги беморларга-премедикация, кириш наркози, миорелаксация, наркозни ушлаб туриш, нейровегетатив химоя, уйғотишдан иборат бўлди.

2-группадаги беморларга-премедикация, ёнбошлаган ёки ўтирган вазиятда L2-L3 соҳадан интратекал лонгокаин еви (Бупивакаин), лидокаинни гипербарик 5% эритмаси ёки Бупивакаинни 0,5%-изобарик ёки 0,75% гипербарик эритмаси юборилди. Лидокаин дозаси -1,2-1,4мг/кг. бупивакаин дозаси-0,25-0,3мг/кг (3,5млгача). Ушбу анестетикларга адьювант сифатида морфин ех tempore 7мкг/кг (7-10 томчи) қўшилди. Сўнгра юборилган анестетикни нисбий оғирлигини (баричность) хисобга олиб амалиёт столи холати – горизонтал ёки Фоулер вазиятини берилди. Кириш наркози, миорелаксация, наркозни ушлаб туриш, нейровегетатив химоя, уйғониш босқичлари одатдагидек давом эттирилди.

Текширув натижалари шундан иборат бўлди:

1-группадаги беморларда амалиёт вақтида адекват оғриқсизлантиришга қарамасдан арте-

риал гипертензия, тахикардия (кардиомонитор BLT 5000 назоратида) кузатилди. Уларга бош-карилиувчи гипотония қилишга тўғри келди. Амалиётдан кейинги эрта даврда уларда оғриқ синдроми ВАШ шкаласи бўйича 7-8 баллни ташкил қилди, уларга наркотик анальгетиклар қилиниб оғриқ синдроми бартараф қилинди. Амалиётдан кейинги 2-3-4 суткаларда 60-70% беморларда ичаклар парези кузатилди, ичакларни стимуляцияси қилишга тўғри келди. Аксарият беморларни эрта активизацияси кийин кечди.

2-группадаги беморларда амалиёт вақтида гемодинамик кўрсаткичлари стабил турди, амалиётдан кейинги даврда эса оғриқ синдроми ВАШ-шкаласи бўйича 1-2 баллни ташкил этди. Уларда ичакларни парез холати кузатилмади, амалиётни эртасигаёқ активизацияси осон кечди, бу ўз навбатида тромбоэмболик асоратларни профилактикаси ҳамдир. Амалиётдан кейинги даврда уларга наркотик анальгетикларга бўлган эҳтиёж 1-гурӯҳдаги беморларга нисбатан оз бўлди.

2-группадаги беморлардан 13 тасига амалиётдан олдин L1-L2 бел умуртқалари оралигидан эпидурал бўшлиққа краниал томонга йўналтириб эпидурал микрокатетерини ўрнатиб фиксация қилиб олинди. Маҳаллий анестетикни тест-дозасидан сўнг, асосий дозаси юборилди. (лидокаин 2%-7-8мг/кг). Амалиёт давомида эса эпидурал катетердан маҳаллий анестетикдан – асосий дозани ярми юбориб турилди. Амалиётдан кейинги 1-2-3-4 сутка ичида ҳам катетердан маҳаллий анестетик билан наркотик анальгетиклар қилиниб, оғриқни қолдирилди. Ичаклар перистальтикаси 1-гр. даги беморларга қараганда эрта тикланиши кузатилди.

Хулоса тариқасида ушбу анестезия методини анестезиологик хавфи (ASA бўйича) юқори бўлган беморларга қилинса амалиёт вақтида ва амалиётдан кейинги даврда турли асоратларни олдини олинади.

Амалиётдан кейинги даврда:

- мониторинг (АКБ, пульс, кислород сатурацияси, нафас, тери ранги, диурез);
- инфузион терапия;
- кўрсатма бўйича антибактериал терапия;
- тромбоэмболик асоратларни профилактикаси учун Антикоагулянтлар (клексан, фраксипарин);
- Адекват оғриқни қолдириш учун ВАШ-шкаласи бўйича наркотик анальгетиклар қилинди.

ОНКОЖАРРОХЛИК ВА ОНКОГИНЕКОЛОГИК АМАЛИЁТЛАРДА ЛОНГОКАИН ЕВИ МАҲАЛЛИЙ АНЕСТЕТИКНИ ҚўЛЛАШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Саматов Б. А.

(НамФ ОваРРИИАТМ)

Наманган вилояти онкология диспансери анестезиология-реанимация бўлимида ҳозирги кунда регионар оғриқсизлантириш-спинал ва эпидурал анестезиядан кенг қўлланилмоқда. Регионар оғриқсизлантиришда қўлланиладиган махсус игна ва микрокатетерларни ихтиро қилиниши ва ишлаб чиқарилиши бу оғриқсизлантиришни янада жаррохлик амалиётларида кенг қўлланилишига ёрдам бермоқда. Бундан ташқари, маҳаллий анестетикларни янги-янги турларини ишлаб чиқарилиши регионар анестезиядан янада кенг доирада фойдаланишга асос бўлди.

Наманган вилояти онкология диспансерида ҳам ушбу анестезиядан қорин бўшлиғини пастки этажи жаррохлик амалиётларида кенг қўлланилаётти.

Авваллари маҳаллий анестетиклардан лидокаин, ультракаин ишлатилар эди, уларни таъсир давомлиги қисқа бўлганлиги учун узок ва давомли амалиётларда интубацион наркоз беришга тўғри келар эди.

Ҳозирда маҳаллий анестетикни амид группасидаги узок таъсирга эга бўлган лонгокаин еви эритмаси ишлаб чиқилган бўлиб, амалиётимизда ундан самарали фойдаланиб келмоқдамиз.

Онкологик беморлардаги анестезияни ўзига хос хусусиятларидан: операциялар ўта травматик, организмга агрессивлиги юқори, узок давом этувчи ва аксарият беморларда йўлдош хасталиги бўлган холатларни таъкидлаб ўтиш лозим.

I – ва II-жаррохлик бўлимларидан амалиётга тайёрланган 50дан ортиқ беморларга узок таъсир доирасига эга бўлган лонгокаин еви (Юрия-Фарм) - эритмасини қўлланилди (қорин бўшлиғи пастки этажи амалиётлари-бачадон ампутацияси, экстирпацияси, тухумдонлар усмалари, тўғри ичак, сигмасимон ичак, болдир-сон-чов соҳаси ва қовуқ, оёларни ампутацияси – экзоартикуляцияси, реконструктив амалиётларида).

Беморларга ангиокат ўрнатилиб-премедикация, ёнбошлаган ёки ўтирган вазиятда L2-L3 соҳадан интратекал - лонгокаин еви 0,25-0,3мг/кг юборилди. Бупивакаин дозаси-0,25-0,3мг/кг (3,5млгача). Ушбу анестетикларга адъювант сифатида морфин ex tempore 3-5мг/кг (4-7 томчи) қўшилди. Сўнгра юборилган анестетикни нисбий оғирлигини (баричность) ҳисобга олиб ама-

лиёт столи холати – қатъий горизонтал вазиятини берилди. Чунки ушбу анестетик гипербарик хисобланади.

Текширув натижалари. Анестезия лидокаинга нисбатан кечроқ, яъни 5-8 миндан сўнг сенсор-мотор блокдан бошланди.

Гемодинамик кўрсаткичлари, пульс, кислород сатурацияси, нафас олишлар сони кадиомонитор BLT-5000 (Хитойда ишлаб чиқарилган) ёрдамида ҳар 2-3мин кузатиб борилди.

Беморларга оксигенатор ёрдамида намланган кислород амалиёт охиригача бериб турилди.

Анестезияни дастлабки 10-15 мин ичида АКБ ва пульс пасайиши кузатилди.

Вазопрессорлардан 1%-мезатон қўлланилиб, АКБ кўтарилди. Брадикардия холатини атропин сульфатни 0,1%-эритмаси қўлланилиб, стабилизацияга эришилди.

Хирургик бригада томонидан релаксация бўйича эътирозлар бўлгани йўқ.

Нерв системаси лабил, психоэмоционал таъсирчан беморларга томир ичига атарактиклардан сибазон, анестетиклардан кетамин, гипнотиклардан пропофол қилиниб медикаментоз уйку берилди.

Бундан ташқари амалиётдан кейинги даврда ҳар 10та бемордан 1-2тасида кунгил айниши, қайд қилиш холатлари кузатилди. Бу беморларга Н2-антагонистлари (циметидин-400мг) қўлланилди.

Амалиётдан кейинги даврда беморларда постпункцион бош оғриғи бўлмаслиги учун диаметри ўта кичик бўлган спинал игналар G-25-26-27 дан ишлатилди.

Текширилаётган гурӯҳдаги беморларда амалиёт вақтида гемодинамик кўрсаткичлари стабил турди, амалиётдан кейинги даврда эса оғриқ синдроми ВАШ-шкаласи бўйича 1-2 баллни ташкил этди. Уларда ичакларни парез холати кузатилмади, амалиётни эртасигаёқ активизацияси осон кечди, бу ўз навбатида тромбоемболик асоратларни профилактикаси ҳамдир. Амалиётдан кейинги даврда уларга наркотик анальгетикларга бўлган эҳтиёж оз бўлди.

Хулоса.

1) Ушбу анестезия методини анестезиологик хавфи (ASA бўйича) юқори бўлган беморларга қилинса, амалиёт вақтида ва амалиётдан кейинги даврда турли асоратларни олди олинади.

2) Бу метод оддий ва қўлланилса бўла оладиган жихатлари кўп.

3) Мураккаб ва қиммат аппаратларга эҳтиёж бўлмайди.

4) Сегментар поғонада энг яхши релаксацияга эришилади.

5) Ушбу анестезиядан кенг ва мақсадли фойдаланиш умумий наркозга нисбатан бюджет маблағларини тежалишига хизмат қилади.

Амалиётдан кейинги даврда:

1. Мониторинг (АКБ, пульс, кислород сатурацияси, нафас, тери ранги, диурез).

2. Инфузион терапия.

3. Кўрсатма бўйича антибактериал терапия.

4. Тромбоемболик асоратларни профилактикаси учун антикоагулянтлар (клексан, фраксипарин).

5. Адекват оғриқни қолдириш учун ВАШ-шкаласи бўйича наркотик анальгетиклар қилинди.

6. Парентерал озиклантириш-кўрсатма билан инфезол, селемин, селепид препаратлари ёрдамида амалга оширилди.

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

Султонкулова М. К., Валидова А. Ф., Ахмадалиева Н. М., Акбарова М. А., Каримов М. А.

(АндГМИ, РСНПМЦОиР АФ)

Актуальность темы. Злокачественные новообразования является важнейшей медико–социальной проблемой современного здравоохранения. Отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями органов и систем по всему миру. Прогнозы специалистов ВОЗ свидетельствуют о том, что в ближайшие 20 лет ситуация диагностики и лечения злокачественных новообразований не улучшится, более того, по данным статистики от злокачественных новообразований ежегодно умирают до 10 млн. человек.

Отмечается рост и омоложение злокачественных новообразований репродуктивной системы женщин (47,8: 100000 жен.), что делает актуальной исследований посвященной ранней диагностике онкологических новообразований женского населения во всех возрастных группах.

Цель исследования. Повышение качества первичной профилактики онкогинекологической патологии на основе комплексного медико - социального исследования женщин детородного возраста.

Материалы и методы исследования. Разработана анкета для изучения критериев качества

жизни факторов онкологического риска и гинекологического статуса исследуемых групп женщин репродуктивного возраста.

Результаты и их обсуждение. В 2017 г. проведен профилактический осмотр женщин репродуктивного возраста в общем количестве 455 в Балыкчинском и Андижанском районах Андижанской области.

В исследования включены: социальный опрос, бимануальное исследование, исследование цитологических мазков, биопсия из шейки матки.

Фоновые и гинекологические патологии выявлены у 176 (38,7%) женщин; у 90 (19,8%) женщин выявлены патологии, которых необходимо углубленно обследовать в условиях онкологического диспансера для уточнения диагноза. 189 (41,5%) случаях женщины были практически здоровыми. Установлено, что у женщин репродуктивного возраста с онкогинекологической и фоновой гинекологической патологией критерии качества жизни существенно отличаются от женщин группы «практически здоровых». Анализ семейного статуса обследуемых показал, что у женщин репродуктивного возраста с онкогинекологической патологией – 52 (57,4%) вдовы, что в 2,3 раза выше, чем у женщин «практически здоровых» – 21 (23,1%). Состояние в браке, и вступившие в брак несколько раз разведенные на момент обследования 7 (7,6%), 29 (32,2%) и 54 (59,7%) соответственно.

Выводы. Основные медико-социальные характеристики здоровых женщин, женщин репродуктивного возраста с фоновой гинекологической патологией имеют существенные отличия от характеристик женщин с онкогинекологической патологией.

Среди женщин с онкогинекологической патологией основными медико-социальными характеристиками являются: преобладание группы лиц с низким образовательным уровнем (64,2%); не системно обращающихся за медицинской помощью (72,6%), не имеющих семьи (57,4%), имеющих неблагоприятный абортный анамнез (17,5%), генетическую предрасположенность к онкологическим заболеваниям по материнской линии (51,7%), повышенную массу тела (22,5%).

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Таджибаева Ю. Т., Кошкина Т. А.

(ТашИУВ, ТФ РСНПМЦОиР)

Цель. Изучение показателей заболеваемости и смертности, анализа онкогинекологической ситуации по Ташкентской области и пути её улучшения.

Актуальность. Ежегодно в мире регистрируется более миллиона женщин со злокачественными заболеваниями женских гениталий. В структуре злокачественных новообразований (ЗН) среди женщин рак молочной железы занимает 1-е место, а рак шейки матки – 2-е. По данным международного агентства по изучению рака (МАИР), ежегодно в мире регистрируется около 600000 новых заболеваний раком шейки матки и умирает около 200000 женщин. Неутешительные цифры заболеваемости и смертности от онкогинекологической патологии, несомненно, определяют актуальность данной проблемы и повышенный научно-практический интерес для её разрешения.

Материалы и методы. Проведен статистический просчет показателей заболеваемости и смертности по данным Канцер-регистра Ташкентского областного филиала РСНПМЦОиР МЗ РУз, проведенный на основании данных учетно-отчетной формы, принятой МЗ РУз – форма 7-SSV за 2016г.

В Ташкентской области рак шейки матки (РШМ) занимает 1-е место (2016 г. – 122 женщины) в структуре злокачественных заболеваний женской половой сферы составляет 51,6%, 2015 г. – 50,2). Рак яичников в течение последних ряда лет занимает 2-е место среди онкогинекологической патологии – 87, а рак тела матки – 3-е – 61). Учитывая все возрастающую тенденцию к увеличению онкогинекологической патологии необходимым является активация работы по первичному и раннему выявлению этих патологических процессов в организме женщины. Важную роль в деле ранней профилактики играет обеспечение преемственности поликлинического звена системы здравоохранения и учреждений специализированной медицинской помощи, которые обеспечивают контроль и методическую помощь имеющимся районным семейным поликлиникам, СВП, обеспечивая взаимодействие онкогинекологической службы и системы ВОП. Комплексное обследование пациентов необходимо проводить совместно с такими специалистами как маммолог, УЗД-диагност, морфолог, онкогинеколог. Таким образом, больные без лишних проблем направляются врачами общей лечебной сети при подозрении на рак или онкопатологию к специалистам-онкологам для уточнения и верификации диагноза.

При выявлении дисплазии шейки матки необходимо определять степень дифференцировки клеток, для проведения дальнейшего лечения, при этом необходимо рекомендовать диспансе-

ризацию женщин: динамическое цитологическое наблюдение – 1 год - каждый квартал; 2 год – каждое полугодие; 3 год – 1 раз год. Пациентки с морфологически подтвержденными CIN-III направляются для проведения радикального оперативного лечения в специализированные центры.

Результаты. Проведенное изучение проблемы онкогинекологической заболеваемости в Ташкентской области показало увеличение числа больных данной патологии, а также необходимость улучшения ранней диагностики заболевания, для последующего снижения числа запущенных стадий, что в дальнейшем при правильной тактике лечения позволит улучшить показатели выживаемости и снизить смертность.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ И СТОПЫ

Тожибоева А. А., Гафур-Ахунов М. А., Абдикаримов Х. Г., Исламов У. Ф.

(НамФРСНПМЦОиР, ТГФРСНПМЦОиР, РСНПМЦОиР)

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения гигантоклеточной опухоли мелких трубчатых костей кисти и стопы.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 29 больных с диагнозом гигантоклеточная опухоль мелких трубчатых костей кисти и стопы. Мужчин 11 (37,9%), женщин 18 (62,1%). Возраст больных колебался от 15 до 44 лет, в среднем-27,4 лет. Продолжительность анамнеза составила от нескольких месяцев до 2 лет. Из 29 больных опухоль была обнаружена у 21 (72,4%) в костях кисти (15 фалангах и 6 запястьях) и у 8 (27,6%) в костях стопы (1 в плюсневой кости и 7 в фалангах). Размеры поражения составили от 2,0 до 3,5 см при наибольшем измерении. Из 29 больных у 5 больных отмечен патологический перелом. В большинстве случаев (20) больные жаловались на наличие опухоли, из них у 9 - первым симптомом заболевания был болевой синдром. Все больные обследованы комплексно с использованием рентгенологического, МРТ, МСКТ, КТ, УЗИ и морфологического исследования. Гистологическая верификация опухоли достигнута у всех 29 больных. У 26 больных выявлен доброкачественный вариант и у 3 пациентов злокачественный вариант гигантоклеточной опухоли кости. Из 29 больных у 21 (72,4%) произведена операция экскохлеация и цементапластика, у 2 (6,9%) – экскохлеация, криовоздействие и цементапластика и у 6 (20,7%) – экскохлеация, аутопластика. Больные прослежены от 6 месяцев до 5 лет. Из 29 больных у 1 (3,4%) отмечен рецидив опухоли. Рецидив отмечен после операции экскохлеации и аутопластики.

Выводы. Результаты исследования показали, что наиболее эффективным методом хирургического лечения гигантоклеточной опухоли мелких трубчатых костей кисти и стопы является экскохлеация опухоли с цементапластикой и криовоздействия.

АНДИЖОН ВИЛОЯТ ОНКОЛОГИЯ ДИСПАНСЕРИ ХОДИМЛАРИ ТОМОНИДАН ОЛТИНКЎЛ ТУМАНИ ҚВП ЛАРИДА ЎТКАЗИЛГАН МАҚСАДЛИ ТИББИЙ КЎРИК ЯКУНИ

Урманбаева Д. А., Жумабоев А. Т., Оллоёров О. М.

(РИИАОваРМ Аф, АндДТИ)

Андижон вилоят онкология диспансери ходимлари томонидан аёлларда учрайдиган сут беги, бачадан бўйни ва танаси саратонини аниқлаш ва соғломлаштириш мақсадида тиббий кўриklar ўтказиш режаси ишлаб чиқилди.

Мақсадли профилактик кўрик учун Вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаси томонидан 53-сонли фармойиши чиқарилиб, Олтинкўл туман бош шифокори А. А. Абдужабборовга етказилди ва сут беги, бачадон бўйни ва танаси ўсма касалликларини эрта аниқланиб, аҳоли тиббий саводхонлигини ошириш бўйича координацион профилактик ишлари ташкиллаштирилди.

Олтинкўл туманида жами 27 та ҚВП бўлиб, тиббий куриklar ҳар бир ҚВП жойлашган жойларга бориб, АВОД мутахассислари (маммолог, онкогинеколог, магистер ва ординаторлар) иштирокида ҳафтанинг ҳар жума ва шанба кунлари туғиш ёшидаги барча аёлларни тўлиқ кўрувдан ўтказиш режалаштирилган. Олтинкўл тумани жами аҳолиси 157846 нафар, ундан туғиш ёшидаги аёллар 42934 нафарни ташкил этади.

2014 йилнинг 21 февраль – 31 май кунига қадар мазкур тумандаги ҚВП ларда жами 28903 (67,3%) нафар аёллар мақсадли профилактик кўрувдан ўтказилди. Бунда саратон билан хасталанган 6 (0,020%) нафар бемор аниқланди.

«Саратон билан оғриган беморнинг тақдири биринчи муружат этган шифокорга боғлиқ». Академик Н. Н. Петров.

Беморларга АВОД шароитида замонавий диагностика усуллардан фойдаланиб ташхис кўйилди ва малакали шифокорлар томонидан даволаш муолажалари олиб борилиб, соғломлаштирилди. Бир нафар беморга сут беши саратони ташхиси билан жаррохлик амалиёти «Сут беши РМЭ, ТДЛ пластикаси» усулида бажарилиб соғломлаштирилди.

Профилактик кўрувларда 33 нафар аёлларда сут беши, бачадон бўйни ва танаси ўсма олди касалликлари билан аниқланиб соғломлаштирилди. ҚВП лар тиббий ходимларига сут безларини текшириш усулларини «каскад» усулида ва бачадон бўйни ва бачадон касалликларини кўзгу ёрдамида кўриб касалликни фарқлаш ва аниқлашни ўргатилди.

Профилактик кўрикларда ўсма касалликларини олдини олиш юзасидан олиб борилаётган ишлар натижасида аёлларда ўз соғлигига нисбатан эътибор кучая бормоқда. Саратонини эрта босқичларда аниқлаш даражаси ортиб бормоқда. Касаллик қанча эрта босқичда аниқланса, даволаш самараси шунча юқори бўлади.

РОЛЬ ЭКСЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ КАК МЕТОДА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Урманбаева Д. А., Жумабоев А. Т., Ибрагимов С. С.

(АФ РСНПМЦОиР)

Введение. РМЖ прочно занимает 2-е место в структуре онкологической заболеваемости после рака желудка у женщин Андиганской области, причем отмечается неуклонный рост данной патологии во всех возрастных категориях. Отсюда становится понятной необходимость ранней диагностики и своевременного лечения, т. к. добиться длительной ремиссии можно только у категории пациенток, имеющих неинвазивные или малоинвазивные формы рака МЖ. На практике нередко возникают сложности в дифференциальной диагностике доброкачественного процесса и РМЖ.

Цель. Определение роли эксцизионной биопсии, как этапа хирургического метода и диагностики лечения ранних форм РМЖ.

Материалы и методы. В рамках данной работы автором был проведен ретроспективный анализ результатов секторальных резекций операций при наличии узловых мастопатий и непальпируемых форм РМЖ, выявленного при ММГ и УЗИ скрининге. Материалом для исследования явились «медицинские карты амбулаторного больного (учетная форма ф. 090/у) 625 пациенток, получивших оперативное лечение в маммологическом отделении АООД за период с 2010 по 2014 гг., «Извещение о большом злокачественном новообразовании (ф. 090/у)», «Контрольные карты (учетная форма №30).

Результаты. В анализируемой группе чаще всего узловые мастопатии регистрировались в возрастных группах: 20–39 лет, 50 и 59 лет. Возрастной интервал составил от 17 лет до 82 лет. РМЖ чаще всего регистрировался в группах 40–59 лет и старше. При этом минимальный возраст с диагнозом РМЖ составил 32 года, максимальный – 76 лет.

По годам распределение следующее: в 2010 году при проведении секторальных резекций было выявлено 10 случаев (1,5%), 2011 год – 1 (0,15%), 2012 год – 5 (0,75%), 2013 год – 12 (1,8%), 2014 год – 10 (1,5%). Всего выявлено 38 случаев рака (5,2%). В большинстве случаев диагноз ЗНО подтверждался срочным гистологическим исследованием, с последующим расширением до радикальных операций. Проведение экспресс-гистологии обеспечивала абластичность последующей радикальной операции. Одновременно проводилось интраоперационное цитологическое исследование мазков-отпечатков с препарата, совпадение цитологического и морфологического метода составило 91,3%.

По данным гистологии встречались все типы рака, но превалировал солидный рак – 37%, низкодифференцированный рак – 18%, скirroзный рак – 8%. По стадиям распределения было следующим: T1N0M0 – 21 (60%), T2N0M0 – 13 (34%), T1N1M0 – 2 (3%), T2N1M0 – 2 (3%).

Выводы. Представленные результаты исследования подтвердили эффективность секторальной резекции МЖ, как эксцизионного метода биопсии в отношении фоновой по раку МЖ патологии, так как дает возможность своевременно поставить диагноз и начать специальное лечение, позволяющее добиться увеличения излеченных лиц. Срочное микроскопическое исследование замороженных срезов из материала секторальной резекции остается наиболее достоверным диагностическим методом. Методика проведения секторальной резекции в условиях специализированного маммологического отделения не снижает абластичности операции, что в последующем подтверждается при морфологическом исследовании, позволяет своевременно поставить диагноз и вовремя начать специальное лечение.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ГОРМОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДИССЕМНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Файзиев Ф.Ш., Хаджимуратова М.Х., Матязова Ф.Р.

(ТМА)

Актуальность исследования. Рак молочной железы (РМЖ) является одной из главных проблем фундаментальной и клинической онкологии в связи с тем, что частота этого заболевания остается самой высокой среди злокачественных опухолей у женщин. Согласно современным представлениям, иммунная система играет существенную роль в контроле за опухолевым ростом, способная сдерживать рост и метастазирование опухолей. Пациенты с диссеминированным раком молочной железы считаются трудно излечимыми. Учитывая все это, при лечении таких больных следует соблюдать баланс, избегая чрезмерно выраженных токсических проявлений от планируемого лечения. Конечными целями при лечении таких пациентов являются: увеличение продолжительности жизни; улучшение качества жизни этих больных, увеличение безрецидивного периода.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения и качество жизни больных диссеминированным раком молочной железы с помощью гормонотерапии.

Материалы и методы исследования. На данный момент лекарственные методы лечения РМЖ подразделяются на эндокринотерапию (гормонотерапию), цитотоксическую терапию (химиотерапию) и таргетную терапию.

Лечение больных диссеминированным раком молочной железы представляет одну из наиболее сложных проблем клинической онкологии. Это связано с биологической и кинетической неоднородностью заболевания, умеренной чувствительностью опухоли к химио- и гормонотерапии, отсутствием абсолютных признаков чувствительности резистентности к современным противоопухолевым препаратам.

Наличие эстрогеновых рецепторов является предсказывающим признаком благоприятного эффекта от планируемой гормонотерапии. Патогенетическое значение эстрогенов прослеживается при гормонозависимых формах РМЖ, когда опухолевые клетки содержат рецепторы к стероидным гормонам — к эстрогену или прогестерону.

Эффективность гормонотерапии наблюдалось в среднем у одной трети пациентов с РМЖ.

При этом, если имеются и РЭ и РП, то эффективность составляет 50-70%, если имеются рецепторы только одного вида, то эффективность соответственно снижается до 33%. В случае рецептор-отрицательных опухолей в небольшом проценте случаев (около 11%) гормонотерапия может быть успешной.

При выборе I линии системного лечения ДРМЖ следует придерживаться индивидуального подхода с учетом биологических особенностей опухоли, целью которого является достижение максимальной эффективности при минимальной токсичности терапии.

Учитывая, что одной из основных задач, стоящих перед врачом при терапии ДРМЖ, является сохранение качества жизни, предпочтение отдается препаратам и режимам с наименьшей токсичностью. Снижение токсичности - одна из приоритетных задач, так как при лечении хронических заболеваний проводимая терапия не должна сама по себе значительно ухудшать качество жизни пациента.

Выводы. На основании полученных в ходе исследования результатов появится возможность учитывания динамики показателей качества жизни при оценке эффективности лечения больных диссеминированным раком молочной железы с применением гормонотерапии.

Основной целью эндокринной терапии ДРМЖ является устранение или ослабление продукции гормонов, поддерживающих опухолевый рост, а так же нейтрализация их активности.

НАМАНГАН ВИЛОЯТИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА СУТ БЕЗИ САРАТОНИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ 2012-2016 ЙИЛЛАР СТАТИСТИК ТАХЛИЛИ

Халиков Н. Х., Бозарова Л. М.

(ОваРРИИАТМНамФ)

Текширув мақсади. Динамикада вилоятда сут бези саратони билан касалланишни 5 йиллик кўрсаткичини аниқлаш.

Материал услублар. Наманган вилоятида 2012-2016 йил давомида сут бези саратони билан касалланишни статистикаси тахлил қилинди.

Йй	«Д» хисобга олинган	I-II-босқичларда	III- босқичда	IV-босқичда
2012 йил	149	80	58	11
2013йил	177	102	52	23
2014йил	198	93	71	34
2015йил	205	106	65	34
2016йил	209	119	40	51
Жами	938	500	286	152

Натижа 5 йил давомида диспансерда 938 нафар бемор «Д» хисобга олинган бўлиб: I-II босқич 500 та, III- босқич 286 та, IV босқич 152 тани ташкил этган. 938 нафар беморни ёшлари бўйича касалланиш структураси тахлили:

Ёшлар	2012 й	2013 й	2014 й	2015 й	2016 й	жами
30ёшгача	3	4	6	10	6	29
30-40ёш	40	21	29	31	18	149
40-50ёш	31	59	49	68	67	274
50-60ёш	52	57	68	64	64	305
60-70ёш	18	25	29	18	31	121
70 ёш ва катталар	5	11	17	14	13	60

Юқоридагилардан кўришиб турибдики, асосий касалланиш 40 ёшдан 60 ёшгача бўлган аёллар орасида қайд этилган. Бироқ, 30 ёшгача бўлган аёллар орасида ўтган давр мобайнида сут беши саратони билан касалланиш ортиб бормоқда (2012 йилда 30 ёшгача бўлган 3 та аёл сут беши саратони билан касалланган бўлса 2016 йилда 6 та аёл касалланган).

Асосий даволаш усуллари стандарт асосида олиб борилади.

938 та беморга ўтказилган даво усуллари тахлил қилинганда:

592 та беморга комплекс даво, 150 нафар беморга комбинирлашган даво, 68 нафар беморга ПХТ (МХТ) ўтказилган бўлиб, 7 та холатда фақат амалиёт ўтказилган.

938 нафар беморларда бир йиллик ва 5 йиллик яшаш кўрсаткичлари тахлил қилинганда 40 та бемор бир йиллик, 152 та бемор беш йиллик яшаш кўрсаткичига эгаллиги маълум бўлди.

1 йил яшаб вафот этган беморлардан 18 тасида асосий касалликни ўпкага, 12 та беморда жигарга, 5 нафар беморда ўпка ва жигарга, 2 та беморда бош мияга, 3 та беморда умуртқа поғонаси кўкрак умуртқаларига МТС берганлиги аниқланди.

5 йил яшаб вафот этган 152 нафар беморлардан 32 та беморда ўпкага, 19 та беморда жигарга, 10 та беморда ўпка ва жигарга, 5 та беморда бош мияга, 6 та беморда умуртқа поғонасига асосий касаллик асоратлари кузатилганлиги маълум бўлди.

Тахлил натижаларига кўра асосий касалликни асоратлари энг кўпи ўпка ва жигарга берилиши қайд этилган

Хулоса. 1. Наманган вилояти аҳолиси орасида сут беши саратони билан касалланиш йил сайин ошиб бормоқда (2012 йилда 149 та 2016 йилга келиб 209 та).

2. Сут беши саратони билан касалланиш асосан 40 ёшдан 60 ёшгача бўлган аёллар орасида кўп учрамоқда.

3. 30 ёшгача бўлган аёллар орасида бу касаллик кўрсаткичи ошиб бормоқда.

4. Касалликни асосий даво усули сифатида комплекс ва комбинирлашган даволар қўлланилади.

ТЎҒРИ ИЧАК РАКИДА АМАЛИЁТ ОЛДИ НУР ТЕРАПИЯ ЎТКАЗИЛГАНДА КЛИНИК АСОРАТЛАР НАТИЖАЛАРИ

Хамрокулов С. К., Мухиддинова К. А., Носиров А. Р.

(ОварРИИАТМНамФ)

Долзарблиги. Амалиёт олди нур терапия ўтказилганда тўғри ичак ракида даво стандарти хисобланиб, комплекс даводан кейинги асоратлар ва маҳаллий рецидивларни камайтиришда муҳим аҳамиятга эга.

Материал ва даво услублари. Наманган вилоят онкология диспансерида 2015-2017 йилларда тўғри ичак раки билан касалланган 24 та бемор амалиёт олди нур терапия ўтказилган, беморларни морфологик натижаси аденокарцинома бўлиб, ўсмага клиник ташхис cT3-4N0-1M0 қўйилган ва ўсма резектабел, деб ҳисобланган. 19-50 ёшдаги беморларда АГАТ Р-1 аппаратида нур терапия ўтказилган, асорат натижалари ўрганилган.

Беморлар 2 гуруҳга ажратилган:

1-гуруҳ: 12 та беморда амалиёт олди нур терапия кичик чанок соҳасига РОД-5 Гр, СОД-25 Гр, 5 фракция/хафтасига;

2-гуруҳ: 12 та беморда амалиёт олди нур терапия кичик чанок соҳасига РОД-3 Гр, СОД-36 Гр, 5 фракция/хафтасига ўтказилган.

Текширувлар натижалари. 1-гуруҳда: умумий қон тахлили ўрганилганда қон қўрсаткичлари кескин камайиши 5 та (41,6%), нурлантириш майдонларида турли даражада иккиламчи эпителилар юзага келиши 4 та (33,3%), нур терапиядан кейинги иккиламчи цистит 1 та (8,3%) беморда кузатилган, 2 та (16,6%) бемор нур терапияни асоратсиз олган;

2-гуруҳда: умумий қон тахлили ўрганилганда қон қўрсаткичлари кескин камайиши 1 та (8,3%), нурлантириш майдонларида иккиламчи эпителилар юзага келиши 1 та (8,3%) беморда кузатилган, 10 та (83,4%) бемор нур терапияни асоратсиз олган.

Хулоса. Тўғри ичак раки билан касалланган текширувдаги беморларда РОД-5 Гр, СОД-25 Гр, 5 фракция/хафтасига, амалиёт олди нур терапия ўтказилганда 12 та (83,3%) беморда, РОД-3 Гр, СОД-36 Гр, 5 фракция/хафтасига, ўтказилганда эса 2 та (16,6%) беморда турлича асоратлар кузатилган. Шу сабабли нур даводан кейинги асоратларни бартараф этилишида мос равишда қўшимча даво чоралари ўтказилиши зарурлиги ва белгиланган вақтда амалиёт ўтказилишида турли қийинчиликлар юзага келиши аниқланган.

ЮЗ-ЖАҒ СОҶА НОЭПИТЕЛИАЛ ЎСМАЛАРНИ ДАВОЛАШДА ЎСМА ХАЖМИНИ АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ

Хасанова. И, Бекмирзаев Р. М, Боймирзаев А. А.

(ОваРРИИАТМ НамФ)

Кириш. Хозирги кунда хавfli ўсма касалликлари сони йилдан йилга сезиларли даражада ортиб бормоқда. Хавfli ўсма касалликларини ортиб бориши биз онкологларни касалликни чуқур ўрганиш, касалликни олдини олиш ёки касалликни ўз вақтида аниқлаш ва самарали даволаш йўллари топишда изланишлар олиб боришимизга ундайди. Ноэпителиал ўсмалар саратон касалликлари ичида кам учрайдиган, лекин даволаш қийин бўлган хавfli ўсмалар ҳисобланади. Хозирги кунда республикамизда махсус онкология марказларида беморларнинг асосий қисми касалликни 3-4 босқичларида даволашига мурожаат этиши кузатилмоқда. Беморларни касалликни кечки босқичларда мурожаат қилиши ёки касалликни ўз вақтида аниқланмаслиги беморлар самарали даволанмаслигига сабаб бўлмоқда. Шу билан бирга кечки босқичда мурожаат қилган беморларни яшовчанлик кўрсаткичлари паст бўлишига олиб келмоқда.

Ишнинг мақсади. Юз-жағ соҳаси ноэпителиал ўсмаларини даволашда ўсманинг хажмини аҳамиятини ўрганиш.

Материал ва усуллар. РОИМ бош-бўйин ўсмалари бўлимида 2000-2016 йилларда бош-бўйин ноэпителиал ўсмалари билан даволанган 173 та беморлар ўрганилди. Бундан аёллар 72 та. Эркаклар 103 та ташкил этади. Юз-жағ соҳаси анатомик қисмлари бўйича кўриб чиқилди. Беморларнинг бирламчи мурожаат қилган вақтидаги ўсма хажмини ўртачаси ҳисобланди.

№	Анатомик соҳа бўйича	Бемор сони 175 та	Бирламчи аниқланган ўсмани ўртача хажми
1	Бурун бўшлиғи	17	6,2
2	Ғалвирсимон бўшлиқ	11	4,9
3	Юқори жағ суяги ва бўшлиғи	81	5,8
4	Пастки жағда	51	5,8
5	Тил	5	2,5
6	Юз-юмшоқ тўқималари	10	4,4

Натижа. Ноэпителиал ўсмалар TNM системаси бўйича 5 смгача бўлган ўсмалар T1, ўсма юза жойлашса “а”, чуқур жойлашса “б”, 5 см дан катта бўлган ўсмалар T2 а-б га бўлинади.

Жадвалда кўришимиз мумкинки бурун бўшлиги, юқори жағда ва пастки жағда ўсманинг ўртача хажми 5 см дан юқори бўлганлиги аниқланди. 60% дан юқори беморлар ўсмани маҳаллий тарқалган босқичларида мурожаат қилганликлари аниқланади.

Хулоса. Юз-жағ соҳасида 5 см дан катта бўлган ўсмалар бошқа орган ва аъзоларга кўра маҳаллий тарқалган ўсма ҳисобланади. Бундай ўсмаларни хирургик даводан сўнг юз соҳасида сезиларли эстетик нуқсонлар пайдо бўлишига олиб келади. Бундай операциялардан сўнг гапириш, чайнаш, ютиш, кўриш каби ҳаёт учун муҳим функциялар бузилишига сабаб бўлади. Юқоридаги текширув натижаларига асосланиб беморларни махсус шифохоналарга ўз вақтида касалликни эрта босқичларида мурожаат этишини таъминлаш ва беморларни самарали даволашга эришиш учун қуйидагиларни амалга ошириш лозим.

- аҳоли ўртасида тиббий маданиятни ошириш;
- бошқа соҳа мутахассисларини онкоэтиёткорлигини ошириш;
- аҳоли ўртасида профилактик кўрикларни йўлга қўйиш.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Холиков Т. К., Нишанов Д. А., Гафур-Ахунوف М. А., Шарипов А. Б., Жураев У. Б.

(ҚФ РСНПМЦОиР, РСНПМЦОиР, ТГФ РСНПМЦОиР)

Цель исследования. Обообщить результаты лечения рака кожи головы и шеи III стадии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 144 больных со злокачественными новообразованиями кожи головы и шеи III стадии. Из 144 больных мужчин было 87 (60,4%) женщин 57 (39,6%). Возраст больных колебался от 7 до 97 лет, что в среднем составило 62 года.

Результаты. Из 144 больных у 30 (20,8%) опухоль локализовалась в области лица, у 27 (18,75%) - волосистой части головы, у 12 (8,3%) - в височной области, у 11 (7,6%) - в области носа, у 16 (11,1%) в глазничной, у 10 (6,9%) - в теменной, у 14 (9%) - в около ушной, у 6 (4,2%) - в затылочной, у 4 (2,8%) - в лобной, у 4 (2,8%) - в подбородочной области и у 8 (5,6%) - в области шеи.

В 121 наблюдениях (84,0%) размеры опухоли было более 5 см. У 23 больных (16,0%) были одиночные метастатические узлы.

Распространенность опухолевого процесса оценивалась по системе TNM (1997 г.). При этом у 122 больных (84,7%) выявлен T3N0M0 и у 22 больных (15,3%) T3N1M0.

Изучение гистологической структуры опухоли показало, что из 144 больных у 127 (88,19%) выявлен плоскоклеточный рак и у 17 (11,8%) больных не удалось установить гистогенез опухоли.

Из 144 больных у 50 (35,4%) проведено местное иссечение опухоли, у 6 больных (4,2%) широкое иссечение опухоли и у 37 (25,7%) криохирургическое лечение.

Из 144 больных у 51 (34,7%) проведено комбинированное лечение, (иссечение опухоли + лучевая терапия - 18, иссечение опухоли + химиотерапия - 4, операция + криодеструкция - 4, криодеструкция + операция - 15, криодеструкция + химиотерапия - 4, криодеструкция + лучевая терапия - 5).

Радикальное лечение проводилось у 94 больных (65,3%) у 19 (13,2%) паллиативное и у 31 (21,5%) условно-радикальное.

В сроки наблюдения от 4 месяцев до 1,5 года из 144 больных у 46 (31,9%) выявлен рецидив опухоли. Из 46 у 19 (41,3%) рецидив опухоли выявлен в течение 4 месяцев, у 15 (32,6%) - 6 месяцев, у 6 (13,7%) в течение 1 года и у 6 (13,7%) в течение 1,5 года.

Рецидив опухоли в основном локализовался в области послеоперационного рубца или около рубца. Во всех случаях рецидив опухоли был верифицирован - морфологическим исследованием. В группе больных с рецидивами опухоли проведено повторное хирургическое лечение, у 5 (10,8%) - лучевая терапия, у 4 (8,7%) - химиотерапия, у 7 (15%) - криодеструкция, у 4 (8,7%) - химиолучевая терапия и у 5 (10,9%) - операция + лучевая терапия. Из 144 больных у 5 (3,5%) были выявлены метастазы в подчелюстных и подбородочных лимфоузлах. Из 5 больных у 4 проведена операция - фасциальнофутлярная операция (лимфаденэктомия) и 1 химиолучевая терапия.

В настоящее время из 144 больных 119 больных (82,6%) жили 3 года. 92 (63,9%) - более 5 лет и 35 (24,3%) более 10 лет.

Выводы. Таким образом, среди различных методов лечения рака кожи T3 стадии более эффективно оказывается комбинированный метод лечения с применением криохирургической и лучевой терапии.

БОШ БЎЙИН СОҲАСИДАГИ ТЕРИ САРАТОНИ МАВЖУД ЁШИ КАТТА БЕМОРЛАРДА НУР ТЕРАПИЯСИНИНГ АҲАМИЯТИ

Худайбердиева Ш. А., Абдурахимов О. Н.

(ТТА, ОваРРИИАТМ ТШФ)

Мақсад. Жаррохлик амалиётига қарши кўрсатмаси бўлган, бош бўйин соҳасидаги тери саратоми мавжуд ёши катта беморларда нур терапияси натижасини баҳолаш.

Материал ва методлар. Тадқиқотимизга 2016-2017 йилларда РИОваРИАТМ Тошкент шаҳар филиалида даволанган, юз соҳасида ясси хужайрали тери саратоми мавжуд 25 та бемор киритилди. Беморларнинг ёши 60 ёшдан 74 ёшгача ташкил этади, ўртача ёш кўрсаткичи 66 ёшни ташкил этади. Беморларнинг 18 таси эркак, 7 таси аёл. Барча беморларда ясси хужайрали тери саратоми ташхиси морфологик тасдиқланган. 7 та (28%) беморларда касаллик Т2N0M0 босқичида, 10 та (40%) беморларда Т3N0M0 ва 8 та (32%) беморлар Т4N0M0 босқичида бўлган. Барча беморларда ўсма катталиги 3 смдан катта бўлган. Якуний ташхис қўйилгунга қадар беморларнинг яримидан кўпида (60%) юрак қон– томир касаллиги мавжуд эди. Барча беморларга радикал дастур асосида қўшма нур терапияси қўлланилган. 1 босқичда беморларга нур терапияси бирламчи ўчоқ ва бўйин регионал лимфа тугунларига Theratron-780 (1,25) гамма-терапевтик аппарат ёрдамида традицион режимда (БЎД 2 Гр, УЎД 40 Гр) 4-5 ҳафта давомида ўтказилди (нурлантириш ритми – ҳафтада 5 кун). Орадаги таннафусдан (1-2 ҳафта) сўнг беморларга контакт нур терапияси бевосита тери аппликаторлари ёрдамида Gammamed Plus (0,38 Мэв) Ir-192 манбасига эга бўлган аппарат ёрдамида ўтказилди. Контакт нур терапияси қуйидагича бажарилиди: БЎД 3-5 Гр, ҳафтасига 2 фракциядан, УЎД 20-30 Гр. Даво муолажаси тўтаганидан сўнг даво натижасини баҳолаш 1-1,5 ойдан сўнг амалга оширилди.

Натижалар. Қўшма нур терапияси ўтказилгандан 6 ойдан сўнг даво муолажаси натижасида қисман регрессия 21 та (84%) кузатилди ва 19 та беморда (76%) бирламчи ўсмининг тўлиқ регрессияси кузатилди. 2 та (8%) беморда даво курси ўтказилгандан 6 ойдан сўнг регионар лимфа тугунларнинг метастатик зарарланиши кузатилди. 1 та (4%) беморда касаллик прогрессияси аниқланди.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ И ОНКОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ РАННЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шофайзиева З. Ш., Бекназаров З. П., Жураев Р. К., Абдихакимов А. Н.

(ТОФРСНПМЦОиР)

Введение. Одним из методов медицинской реабилитации при лечении рака молочной железы, является реконструкция молочной железы после радикальных операций. Реконструкция молочной железы аутоотканями может выполняться как одномоментно (имеет ряд преимуществ: психологических, эстетических и практических) и отсроченно (после окончания специального лечения).

Цель работы – изучить эффективность, роль и место различных способов реконструктивных и онкопластических операций аутоотканями в лечении больных ранним раком молочной железы, влияние их на улучшение качества жизни, физическую и социальную реабилитацию.

Материалы и методы. Проанализированы 53 случаев с различными вариантами одномоментных реконструктивных и онкопластических операций аутоотканями при раке молочной железы у больных женщин, пролеченных в условиях отделения Маммологии ТОФРСНПМЦОиР в возрасте от 24 до 59 лет (в среднем 43,1г) за период с октября 2013 по август 2017г. При клиническом анализе исследуемой группы больных I-стадия заболевания была диагностирована у 23 пациенток, II-A стадия у 18 и II-B стадия у 12 больных. В 23 случаях выполнена кожесохраняющая мастэктомия с одномоментной реконструкцией TDL лоскутом. У 14 пациенток выполнена транспозиция TDL лоскута после радикальной резекции. В 5 случаях – радикальная резекция по типу мастредукции с одномоментной контралатеральной редукционной маммопластикой. У 10 пациенток при локализации опухоли верхнее-внутреннем квадранте выполнена радикальная резекция с одномоментной реконструкцией ротационным лоскутом. У одной пациентки выполнено отсроченная реконструкция с помощью липофиллинга сроком давности 3 года после САК сохраняющей мастэктомии. Все больные получали комбинированное и комплексное лечение по показаниям.

Результаты. В 12 случаях наблюдалась лимфорея в ближайшем послеоперационном периоде (22. 6%), которая прекратилась в среднем на ... сутки после операции. Во всех случаях отмечен хороший косметический результат.

Выводы. Реконструктивные и онкопластические операции аутоотканями при раннем раке молочной железы не влияют на течение болезни, улучшают качество жизни и являются профилактикой постмастэктомического синдрома.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ РЕПАРАЦИИ ДНК У БОЛЬНЫХ С ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Эгамбердиев Д.М., Пулатов Д.А., Абдужаббаров С.Б., Долимова Д.А., Турдикулова Ш.У., Аvezмуратова Г.А., Камышов С.В., Закирова Л.Т.

(РСНПМЦОиР, Институт Биоорганической химии им. академика А.С. Садыкова)

Индивидуальный подход к подбору противоопухолевой химиотерапии может быть основан не только на биологических параметрах опухоли, но и на генетически обусловленных особенностях метаболизма цитостатиков, влияющих на их эффективность и токсичность. Особенности метаболизма цитостатиков детерминируются полиморфизмами (вариациями ДНК) генов, отвечающих за транспорт, метаболизм и цитостатический эффект препаратов. Эти особенности изучает наука фармакогенетика. На сегодняшний день актуальной проблемой не только онкологии, но и всей медицины является персонализация лечения пациентов. Учитывая токсичность препаратов применяемых при химиотерапии опухолей и риска развития фетальных осложнений, данная проблема особенно актуальна у онкологических больных. Современные методы обследования онкологических больных, включённые в международные рекомендации, предполагают проведение молекулярно-генетических исследований, заранее прогнозирующие наличие или отсутствие чувствительности к противоопухолевым препаратам. Учитывая дороговизну указанных методик, целесообразным является выделение определенных параметров на основании которых производят выборку пациентов для эффективного, персонализированного лечения. Несомненно, что проведение химиотерапии, базирующееся на заранее известном факте о ее чувствительности и эффективности у конкретного больного, позволит сократить случаи неадекватного лечения.

Цель исследования. Изучить распределение полиморфных аллелей генов репарации XPD и DPYD (D949V и DPYD_14) у пациентов с диагнозом рак желудка (РЖ), резистентных к 5-Фторурацилу и платина содержащим режимам химиотерапии.

Материал и методы. В исследование вошли 63 пациента РЖ T_{3,4}N_{1,3}M₀ стадии процесса по системе TNM, резистентных к 5-Фторурацилу и платина содержащим режимам химиотерапии. Возраст пациентов варьировал от 32 лет до 71 года и в среднем составил 58,0±0,18 лет. Женщин среди обследуемых было 22 (34,9%), мужчин 41 (65,0%). Пациентов с тяжелой сопутствующей соматической патологией не наблюдалось. Проксимальное расположение опухоли наблюдалось у 6 пациентов (9,5%), тело желудка было поражено у 22 больных (34,9%), дистальное расположение опухоли в 10 случаях (15,8%) и тотальное поражение у 25 пациентов (39,6%). У 5 больных были выявлены отдаленные метастазы в печень (4 пациента) и легкие (1 пациент). Морфологически аденокарцинома была верифицирована у 50 пациентов (79,3%), перстневидно-клеточный у 3 пациентов (4,76%), муцинозный у 5 больных (7,9%), солидный у 5 больных (7,9%). Высокодифференцированная опухоль (G1) наблюдалась у 3 пациентов (4,76%), умеренно-дифференцированная (G2) у 26 пациентов (41,2%), низкодифференцированная (G3) у 34 больных (53,9%). Среди когорты обследуемых 32 пациента (50,79%) были первично выявленные, которым была проведена химиотерапия (CF, DCF 1-2 курса) и 31 пациент (49,2%) вторично обратившиеся, получившие курс химиотерапии (CF, DCF 2-12 курсов). Оценка эффективности противоопухолевого лечения проводилась по шкале RECIST (2009). Резистентными к лечению считались пациенты, у которых не отмечалось полного или частичного (уменьшение измеряемых очагов более чем на 30%) регресса опухолевого процесса. Материалом для исследования полиморфизмов генов эксцизионной репарации XPD, DPYD (D949V и DPYD_14) являлась ДНК, выделенная из лейкоцитов венозной крови методом осаждения ДНК на сорбенте (РСНПМЦОиР МЗ РУз совместно с лабораторией Института биоорганической химии АН РУз).

Результаты. В нашем исследовании у больных с химиорезистентным РЖ изучено 2 вида генов ДНК: XPD (XPD Lys751Gln) и DPYD (DPYD D949V и DPYD_14 (1236G>A)). У всех обследованных пациентов обнаружен нормальный аллель гена DPYD D949V(D/D 98+23bpAsp/Asp). Ни у одного пациента не был обнаружен аномальный аллель (A/A-247bp) гена DPYD_14 (1236G>A). Среди обследованных больных, гетерохромный аллель (A/G 247+126+121bp) гена DPYD_14 (1236G>A) выявлен у 65,1% (n=41) больных, мутантный ген (G/G 126+121bp) DPYD_14 (1236G>A) – у 34,9% (n=22) больных. Анализ Lys751Gln полиморфизма гена XPD и D949V полиморфизма гена DPYD показал, что у больных с химиорезистентным РЖ частота встречаемости вариантных генотипов оказалась практически одинаковой: нормальный аллель гена XPD Lys/Lys (A/A-

273bp) и аллель гена DPYD Asp/Asp (D/D-98+23bp) встречались у 100 % больных; гетерозиготные Lys/Gln (A/C-273+207+66bp) и мутационные Gln/Gln (C/C-207+66bp) аллели гена XPD, а также гетерозиготные Asp/Val (D/V-121+98+23bp) и мутационные Val/Val (V/V-121bp) аллели гена DPYD у обследованных больных РЖ не встречались.

Вывод. По нашим данным, у больных РЖ изучение генов XPD Lys751Gln и DPYD D949V является целесообразным. В исследовании были определены мутантные аллели гена DPYD₁₄ (1236G>A). В связи с чем дальнейшее наше исследование в изучении химиорезистентности у больных с РЖ можно продолжать и надо провести рандомизированное исследование с плацебо-контролем.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Юсупбеков А. А., Шодиев С. З., Турсунова Н. И.

(РСНПМЦОиР)

Одной из современных особенностей рака желудка является глобальное увеличение количества проксимальных локализаций, в том числе с распространением опухолевой инфильтрации выше кардиального жома. Прогноз и результаты лечения при кардиоэзофагеальном раке (КЭР) остаются неудовлетворительными.

Цель исследования. изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения КЭР.

Материал и методы. За период с 2012 по 2014 гг в торакальном отделении РОНЦ МЗ РУз проведено хирургическое лечение 61 больному в возрасте от 38 до 72 лет. Мужчины - 51 (83,6%), женщин - 10 (16,4%); по локализации процесса: J. R. Siewert I тип - 5 (8,2%), II тип - 37 (60,7%), III тип - 11 (18%), I-II тип - 5 (8,2%), II-III тип - 3 (4,9%); по морфологии: аденокарцинома 51 (83,7%), плоскоклеточный рак - 8 (13,1%), недифференцированный рак - 1 (1,6%), перстневидно-клеточный рак - 1 (1,6%); частота и характер этих осложнений представлены дисфагия I степени выявлена у-5, II степени-35, III степени-13, IV степени-1, II-III степени-2, III-IV степени-5 больного. В 37 (60,6%) случаях первым этапом произведена диагностическая лапароскопия, с целью определения распространенности опухолевого процесса, из них 2 (5,4%) случаях обнаружено mts очаг в печени. У 21 (34,4%) больных выполнена операция Гэрлока-Осава, из них в 2 (3,3%) случаях с спленэктомией; у 19 (31,1%) - операция по типу Гэрлока, из них в 1 (1,63%) случае с резекцией левой доли печени по поводу mts; у 1 (1,63%) операция Льюиса с спленэктомией; у 1 (1,63%) операция Мак-Кейна с 3 зональной лимфодиссекцией; у 7 (11,5%) расширенно-комбинированная гастрэктомия, из них 2 (3,3%) случаях с резекцией нижнегрудного отдела пищевода доступом Осава, у 2 (3,3%) больных создан резервуар из тонкой кишки и у 1 (1,63%) дополнена с спленэктомией; у 6 (9,9%) гастростомия по Кадер-Штамму; у 2 (3,27%) АЦЭП с формированием анастомоза на шее; у 3 (4,9%) эндопротезирование кардиоэзофагеальной зоны по нашей методике; эксплоративная лапаротомия у 1 (1,63%) больного.

Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения развились у 8 (13,1%) больных: ТЭЛА у 1 (1,63%) (умер), эмпиема плевры - 1 (1,63%); частичная несостоятельность швов анастомоза, профузное кровотечение из ПЖА (1 умер) у 6 (9,83%) : из них у 1 ликвидирована торакаскопически с дренированием задненижнего средостения, у 1 релапаротомия и дренирование, остальные 4 консервативным методом.

Выводы. Правосторонний торакоабдоминальный доступ является предпочтительным при оперативных вмешательствах по поводу КЭР, поскольку обеспечивает более адекватную лимфодиссекцию и условия для формирования внутриплевральных анастомозов. Не зависимо от травматичности и высокой частоты послеоперационных осложнений, хирургический метод является выбором при лечении рака КЭЗ.

URGENT HISTOPATHOLOGICAL TEST FOR TUMORS OF THE BREAST CANCER IS A MODERN APPROACH TO DIOGNOSIS AND TO TREATMENT

Davlyatov J. S., Salomov M. S., Normuminov O. X.

(TFRSSPMCOaR)

Purpose. To retrospectively analyze the results of histopathological studies of emergency in the department of pathological anatomy Tashkent Cancer Center in the period from 2007 to 2011 in the diagnosis of breast tumors. Distinguish them from benign and malignant neoplasms.

Materials and Methods. We used -cryodestruction apparatus, microtome. For dyeing cloth using hematoxylin and eosin, 96 alcohol, xylene, karboksilol. Material sent sector breast after a thorough study of the macroscopic - plot excised tumors, and indicates the size, color and consistency of the tumor. Depending on the size of the area prepared for freezing material. After the cut breast tissue painted with hematoxylin-eosin. The study takes 10-15 min.

Results. There were 1530 made urgent biopsies. Of these, breast cancer detected at 635 (41,5%) cases and operation was completed radical mastectomy. Given the violation of its histoarchitectonics tumor cryoablation, in rare cases, can not be clearly visualize a cancer cell - in such situations issued preliminary findings - in 212 (13,8%) cases. Benign installed in 895 (58. 4%) cases and the operation ended in the volume of sectoral resection. Of benign analysis was billed: fibrocystic disease - in 411 (45. 9%) cases, fibroadenoma – 368 (41,1%), tsistepitelioma - in 23 (2,5%), fibroma – in 7 (0,7%), lipoma – in 34 (3,8%), mastitis - in 15 (1,6%), gynecomastia - in 30 (3. 3%) and accessory gland - in 7 (0,7%) cases. From preliminary findings, after routine paraffin filling, the presence of the cancer process confirmed in 125 (59%) cases and refuted in 87 (41%).

Conclusion. Based on the foregoing, the urgent histopathological study is the main and the only method of diagnosis of breast tumors in the intraoperative situation allows most reliably establish the nature of the disease, thereby further determine the amount of the transaction.

ONCOLOGICAL AND RADIOLOGICAL RESEARCH CENTRE THE BRANCH OF TERMEZ RISK OF BREAST CANCER ASSOCIATED WITH ATYPICAL HYPERPLASIA OF LOBULAR AND DUCTAL TYPES

Kahharov J. N., Salomov M. S., Normuminov O. X.

(TFRSSPMCOaR)

Epidemiological studies using the histological classification of Page for benign breast disease consistently demonstrate a positive association between atypical hyperplasia and the subsequent development of breast cancer. However, atypical hyperplasia is of either lobular or ductal types, and breast cancer risk in relation to type of atypical hyperplasia has not been studied extensively. Thus, we investigated prospectively the risk of breast cancer associated with histological subtypes of benign proliferative breast disease, including the types of atypical hyperplasia, among participants in the Nurses' Health Study who had biopsy-confirmed benign breast disease. Women who subsequently developed breast cancer were matched by year of birth and year of biopsy to participants who were free from breast cancer. Benign biopsy slides were classified according to the criteria of Page. Odds ratios (ORs) of breast cancer and 95% confidence intervals (CIs), adjusted for the matching variables and other breast cancer risk factors, were computed using unconditional logistic regression with benign non-proliferative breast disease as the referent group. Atypical ductal hyperplasia (OR = 2,4; 95% CI, 1,3-4,5) or atypical lobular hyperplasia (OR = 5. 3; 95% CI, 2,7-10,4) in a prior biopsy were associated with increased breast cancer risk. Atypical lobular hyperplasia was more strongly associated with the risk of premenopausal breast cancer (OR = 9. 6; 95% CI, 3,3-27,8) than with the risk of postmenopausal breast cancer (OR = 3,7; 95% CI, 1,3-10,2). The association of atypical ductal hyperplasia and breast cancer risk varied little by menopausal status. The magnitude of breast cancer risk seems to vary according to the type of atypical hyperplasia present at biopsy

EVALUATION OF CHRONOCHEMOTHERAPY TOXIC COMPLICATIONS.

Karimov M.

(AndSMI)

Aim of the research: evaluation of toxic complications of cytostatic drugs used in malignant tumors, basing on chronofarmacology.

Materials and methods. The research was conducted on 120 patients registered in Andijan region oncology dispensary in the 2012-2016. The research was based on the "Standard of malignant tumors investigation and treatment" and all the patients took adjuvant, neo-adjuvant or symptomatic chemotherapeutical procedures.

Before chemotherapy administration all the patients were examined with blood and urine analysis, biochemical blood test, ultrasonography and ECG. The dosage and schemes of cytostatic drugs were chosen in accordance with the malignant tumors treating standards for the each kind of cancer.

Group №1 – included 60 patients registered in the "D" group in the Andijan State Oncologic Dispensary and took adjuvant, neo-adjuvant or symptomatic chemotherapy in the night hours.

Nosologic structure of the patients: rectal cancer- 20 (33,3%), testicular cancer – 11 (18,3%), colon cancer – 18 (30%), breast cancer– 6 (10%), sublingual cancer – 3 (5%), cervical carcinoma – 2 (3,33%). Number of female patients - 22 (36,7%) and male patients - 38 (63,3%). 3 patients (5%) took therapeutic procedures on the II, 39 patients (65%) on the III and 19 patients (30%) on the IV stages of cancer respectively.

Group №2- included 60 patients registered in Andijan State Oncologic Dispensary and took traditional adjuvant, neo-adjuvant or symptomatic chemotherapy.

Nosologic structure of the patients: rectal cancer- 17 (28,3%), testicular cancer – 9 (15%), colon cancer– 15 (25%), ovarian carcinoma - 5 (8,3%), cervical carcinoma– 14 (23,3%). Number of female patients - 27 (45%) and male patients - 33 (55%). 3 patients (5%) took therapeutic procedures on the II, 39 patients (65%) on the III and 19 patients (10%) on the IV stages of cancer respectively.

Results: after finishing therapeutic procedures the extent of complications and side-effects was studied according to the table of general intoxication estimating criteria, approved by the World Health Organization.

The percentage of side-effects detection in the group №1: anorexia -51,6%, nausea- 61,7%, vomiting 25%, pyrosis- 36,6%, stomatitis - 13,3%, taste disorders - 33,3% and diarrhea - 13,3%.

Group №2: anorexia- 53,3%, nausea- 63,3%, vomiting-28,3%, pyrosis-46,6%, stomatitis - 20%, taste disorders -36,6% and diarrhea-16,6%.

Conclusion. Therapeutic results of the research showed that patients took chronochemotherapy had less side-effects and the intoxication degree decreased for 1,11 times in comparison with patients who took traditional chemotherapy.

EPIDEMIOLOGIC ASPECTS OF OVARIAN CANCER IN ANDIZHAN REGION.

Mamarasulova D. Z., Muhtarjanova H. N.

(AndSMI)

Actuality. It is known that ovarian cancer is one of the actual problems of oncologic gynecology. Ovarian cancer is the third most common malignancy of the female genital tract. It is leading cause of death from gynecological cancer. Breast cancer is the second most common cancer in women after uterine neck cancer in Andizhan district. But last three years, ovarian cancer incidence has remained stable. Due to above – mentioned, is necessary to analyse the structure, sick rate, wide-spread of ovarian cancer by findings of archives of Andizhan district oncologic dispensary.

Purpose of research. To study epidemiologic condition of ovarian cancer with age group registration in all regions of Andizhan district.

Materials and methods of research. Epidemiologic and statistic findings of ovarian cancer were studied by patient's card which registered in 2013-2014 at Andizhan district oncologic dispensary. Results. By epidemiologic studies of ovarian cancer in all 17 regions of Andizhan district were revealed the following situations: in 2013 only 40 patients with ovarian cancer were registered, 7 (17%) patients from Asaka region and 6 (15%) patients from Djalakuduk region. No patients with ovarian cancer were revealed in Kurgantepa and Hanabad regions. In 2014 the number of patients with ovarian cancer is increased to 6 patients. High sick rate were revealed in Shahrihan region 9 (19. 5%), in other regions 4 (8,7), No patients from Buloqboshy region. But 1 (4,6%) from Hanabad. Age from 7 to 70.

Conclusion. Epidemiologic studies of ovarian cancer in Andizhan district give us the possibility to determine high risk in regions of Asaka, Shahrihan and Jalaquduq.

AGE CHARACTERISTICS OF OVARIAN CANCER IN ANDIZHAN REGION

Mamarasulova D. Z., Muhtarjanova H. N.

(AndSMI)

Actuality. Actual problem of present gynecology is increasing the rate of ovarian cancer 25-35% of malignancy of the female genital tract. It is known that every year over 850. 000 from 10. 9million new cases of tumour female genital tract. The incidence of ovarian cancer is significant in England, Denmark, Finland, Czechoslovakia and Sweden which composed of 9-15 to 100. 000 of female. In Russia it is ranged from 4. 9% (55-69) to 7. 2% (40-54) and 7. 7% (15-39). Age-specific incidence rates rise sharply from around age (37,9%) 60-64. Ovarian cancer with the highest incidence rates being in young women aged (20-70%) 30. It is leading cause of death from gynecological cancer.

Purpose of research. To study age characteristics of ovarian cancer in Andizhan district. Materials and methods of research. We studied the sick rate of ovarian cancer with age group

registration in Andizhan district. In 2 years ovarian cancer with the highest incidence rates being in 84 patients.

Results. Results of own investigations gave us the possibility to determine ovarian cancer incidence statistics in Andizhan district oncologic dispensary from 2013-2014 years. Ovarian cancer incidence is strongly related to age, with the highest incidence rates being in older women. Age-specific incidence rates rise sharply from around age 60-64, pick in those aged 40-59. Ovarian cancer, average number of new cases and age-specific incidence rates per 100,000 population, females, 2013-2014. Investigation give the following results: young age from 7-19 (3,5%) 3 patients, reproductive age from 20-39 (15,5%) 13 patients, premenopausal 27 (32,1%), menopausal 20 (23,8%), postmenopausal 11 (13%). The main number of patients are workable and it has influence on economic situation of the district.

Conclusion. Ovarian cancer incidence is strongly related to age, with the highest incidence rates being in young women. Approximately 73 (86. 9%) of women will be diagnosed with ovary cancer at some point during their lifetime, based on 2013-2014 data. It is necessary to carry out screen of ovary cancer to avoid the death from this illness.

TACTICTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH I-III STAGE OF BREAST CANCER OVER 60 YEARS OLD AFTER RADICAL SURGICAL TREATMENT

Yusupova D. B., Gafur-Axunov M. A.

(TMA)

Purpose and Tasks. Breast cancer occurs in 30-45% of cases in women aged 60 years and older. Hormon positive cancers account for 70-80% of all breast cancers, but distribution of subtypes Luminal A and B is not the same in different populations of women. The aim was to improve survival rates in elderly patients with breast cancer, by selecting the optimal schemes of chemotherapy. The aim of this study was to determine the most effective type of treatment in the patients older than 60 year with breast cancer depending on the luminal subtype in terms of disease – free survival.

Material and metods. We have examined 45 women with breast cancer stage I-III who were over 60 years old treated between 2010 and 2015 years were Tashkent city oncologic center. We identified ER, PR, HER 2 neu, ki 67 by immunohistochemistry all patients were devided into 2 group: 1st group defined Luminal type A, 2-nd group luminal type B with HER 2 neu negative index, but high levels of ki 67. All patients were after radical surgery treatment. Patients of 1-st group is carried out only adjuvant endocrine therapy with tamoksifen drug, 2-n group received adjuvant chemotherapy by scheme CAF with endocrine therapy.

Results. Indicators of 5 year disease free survival in patients 1-st group consist 83,5%, in comparison in 2-nd group was 68,8%. Median of time of progression with luminal subtype A was 55,4 month, while in the luminal subtype B was 48,3 ($p < 0,05$).

In conclusion, for the age group over 60 year not detected benefits of adjuvant chemotherapy what can explain the presence of high levels ki-67 in luminal type B as compared with luminal type A, in which a greated prognostic value plays adjuvant endocrine therapy.