

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 РАҚАМЛИ
ИЛМий КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМий КЕНГАШ**
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ЎЛМАСОВ ФИРДАВС ҒАЙРАТОВИЧ

**ҚОРИН ПАРДА ОРТИ НООРГАН ЎСМАЛАРИ ҲАМДА
УЛАРНИНГ РЕЦИДИВЛАРИНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШНИНГ КЛИНИК-ТАШКИЛИЙ
ЖИҲАТЛАРИ**

**14.00.27 – Хирургия
14.00.33-Жамият саломатлиги. Соғлиқни сақлашда менежмент**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАН ДОКТОРИ (DSc)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

Самарқанд – 2025

Фан доктори (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора наук (DSc)

Contents of dissertation abstract of doctor of Science (DSc)

Ўлмасов Фирдавс Гайратович

Қорин парда орти ноорган ўсмалари ҳамда уларнинг рецидивларини
ташхислаш ва даволаш самарадорлигини оширишнинг клиник-ташқилий
жиҳатлари

3

Улмасов Фирдавс Гайратович

Клинические и организационные аспекты улучшения диагностики и
эффективности лечения не органых забрюшинных опухолей и их
рецидивов

27

Ulmasov Firdavs Gayratovich

Clinical and organizational aspects of improving the diagnosis and treatment
efficiency of non-organ retroperitoneal tumors and their recurrences
.....

52

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works.....

58

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 РАҚАМЛИ
ИЛМий КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМий КЕНГАШ**
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ЎЛМАСОВ ФИРДАВС ҒАЙРАТОВИЧ

**ҚОРИН ПАРДА ОРТИ НООРГАН ЎСМАЛАРИ ҲАМДА
УЛАРНИНГ РЕЦИДИВЛАРИНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШНИНГ КЛИНИК-ТАШКИЛИЙ
ЖИҲАТЛАРИ**

**14.00.27 – Хирургия
14.00.33-Жамият саломатлиги. Соғлиқни сақлашда менежмент**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАН ДОКТОРИ (DSc)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

Самарқанд – 2025

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2024.2.DSc/Tib928 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилди.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.sammu.uz) ва “ZiyoNet” Ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчилар

Жўраев Миржалол Дехканович

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ризаев Жасур Алимджанович

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Рузибоев Санжар Абдусаломович

тиббиёт фанлари доктори, доцент

Ярмухаммедова Наргиза Анваровна

тиббиёт фанлари доктори, доцент

Junichi Sakamoto (Япония)

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Соғлиқ билимлари университети

(Туркия Республикаси)

Диссертация ҳимояси Самарқанд давлат тиббиёт университети ҳузуридаги DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 рақамли Илмий Кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгашнинг 2025-йил “__” _____ соат ____даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, А.Темур кўчаси, 18-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; sammu@sammu.uz samgmi@mail.ru).

Диссертация билан Самарқанд давлат тиббиёт университети Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____-рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд, Амира Темур кўчаси 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75.)

Диссертация автореферати 2025 йил «__» _____ да тарқатилди.

(2025 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Н.Н. Абдуллаева

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

К.В. Шмирина

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), доцент

З.Б. Курбаниязов

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Қорин парда орти саркомалар (ҚПОС) кам учрайдиган ўсмалар бўлиб, барча юмшоқ тўқималар саркомаларининг 15% ни ташкил қилади, энг кенг тарқалган гистологик тури липосаркома ҳисобланади. Агар беморларнинг 80 фоизида қорин бўшлиғидаги ҳосилалари белгилари бўлса, беморлар иккиламчи оғриқдан шикоят қиладилар. Диагностикада КТ ва МРТ ўсма ҳажми бўйича ҳам, аниқ жойлашуви ёки метастатик жараёнлар нуқтаи назаридан ҳам биз учун энг фойдали тадқиқотлардир. МРТ бу борада ўсманинг қон томир муносабатларини баҳолашда бир қадам олдинда. Агар бирон бир шубҳа бўлмаса, биопсия амалиётини ўтказиш шарт бўлмайди. Қорин бўшлиғи (ҚБ) қорин олди ва қорин орти бўшлиқларни қамраб олган ва кўплаб ҳаётий тузилмаларни ўз ичига олган бўшлиқдир. Қорин парда орти ўсмалари (ҚПОЎ) асосан бирламчи ёмон сифатли, яхши сифатли ёки метастатик бўлиши мумкин. Уларнинг 75% га яқини ёмон сифатли ўсмалардир. Улар асосан бу йердаги органлардан келиб чиқмайди. Бирламчи ҚПОНЎлар мезенхимал тўқималар турига ўхшаш бўлиб таснифланади ва келиб чиқиши бўйича 80% дан ортиқ мезодермалдир. ҚПОНЎларида беморнинг прогнози беморнинг ёши, ўсма жойлашуви, чуқурлиги, катталиги, ҳосиланинг жарроҳлик йўли билан олиб ташланиши, шунингдек, гистологик тури, даражаси, лимфа тугунларининг шикастланиши ва узоқ метастазларнинг мавжудлиги билан боғлиқ. Кўпгина қорин парда орти саркомалар (ҚПОС) камдан-кам ҳолларда метастаз беради, ҳатто улар сезиларли даражада катта бўлса ҳам.

Онкологик патологиялар орасида ҚПОЎ улуши кичик - 0,2-0,4%. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, онкопатология таркибида ҚПОНЎ 1990 йилда 0,03%, 2000 йилда 0,6%, 2014 йилда эса 1% гача бўлган. Улардан 40% ўсма ҳолатлари хавфлидир. Юмшоқ тўқималар саркомаси ҚПОЎнинг 10-15% ни ташкил қилади. Умуман олганда, ҚПОНЎлар саратон касалликларининг нисбатан кам учрайдиган гуруҳидир. ҚПОНЎ диагностикаси ва даволаш клиник онкологиядаги энг қийин вазифа бўлиб, улар клиник кўринишларнинг камлиги туфайли кеч ташхис қўйиш билан ҳам, қорин парда орти бўшлиқнинг катталиги ва онкологик хусусиятлари туфайли жарроҳлик даволашнинг катта қийинчиликлари билан боғлиқ. Жаҳон адабиётида маҳаллий даражада ривожланган ҚПОНЎларни ягона даволаш тактикаси ҳалигача мавжуд эмас, хусусан, хавфли ҚПОНЎлар учун комбинацияланган мултивисцерал резекциянинг мақсадга мувофиқлиги муҳокама қилинмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига кўрсатилаётган жарроҳлик ёрдами сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда

соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»³. каби вазифалар белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципиал янги механизмларни жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон “Фуқаролар саломатлигини таъминлашда доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотларга шарҳ. Сўнгги чорак аср давомида нур диагностикасининг замонавий усуллари амалиётга жорий этилди, бироқ маҳаллий илғор ҚПОНЎларда уларни ахборотлаштириш масалалари ҳалигача ҳал этилмаган. Диагностика маълумотларини интраоператив маълумотлар билан таққослаганда, номувофиқлик 35% гача. Ўсма ўсиши туфайли қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин парда орти ўсмаларини мултивисцерал олиб ташлаш ёки резекция қилиш учун етарли кўрсатмалар ва контрэндикациялар масаласи жуда кам ўрганилган. Гарчи кўпчилик мутахассислар мезенхимал ўсмалари учун кимё-нур терапиясининг тажрибаси ва самарадорлиги йўқлигига ишора қилиб, кенгайтирилган комбинацияланган ва мултивиссерал ўсмаларни резекция қилишни тавсия қилсалар ҳам, операциядан кейинги асоратлар сонининг кўпайиши, сифатнинг ёмонлашишини, ҳаёт ва қониқарсиз узок муддатли натижалар ҳисобга олган ҳолда агрессив жарроҳликдан воз кечадиган бир гуруҳ муаллифлар мавжуд. Стилиди И.С. ва бошқаларнинг сўзларига кўра, ривожланиш босқичида ёки сафарбарлик бошланишидан олдин ўсимтанинг маҳаллий даражаси ва қўшни тузилмаларнинг иштироки ҳақида хулоса чиқариш ҳар доим ҳам мумкин эмас [Стилиди И.С. ва бошқалар, 2006; 2011]. Резекция четларининг операциядан кейинги микроскопияси 55% ҳолларда ўсма инвазиясини аниқлаши кўрсатилган, макроскопик жиҳатдан еса резекция чеккалари бўйлаб инвазия йўқ [Аллдингер И. 2007; Эрзен Д., 2005].

Рецидив хавфини белгилайдиган энг муҳим нуқта - бу кўпинча қўшни органларга ўсма ўсиши билан боғлиқ бўлган биринчи операциянинг радикалик даражаси. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра [Клименков

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

А.А., Губина Г.И. 2004; Цвиркун В.В., 2000, 2001] юқорида айтилганлар жарроҳларнинг ҚПОНЎ учун ҳатто ўсма инвазиясига шубҳа қилинган ҳолларда ҳам жарроҳлик кўламини максимал даражада ошириш истагини аниқлайди.

Бугунги кунга келиб, ўсма бир вақтнинг ўзида 3 ёки ундан ортиқ органга ўсадиган маҳаллий даражада ривожланган саратон учун жарроҳлик даволаш тактикаси ишлаб чиқилмаган. Кўпгина хорижий олимларнинг фикрига кўра, операциядан кейинги асоратлар ва қайталанишларнинг кўплиги туфайли комбинацияланган ва мултивиссерал резекциянинг афзаллиги ҳали исботланмаган, бу еса қўшимча ўрганишни талаб қилади.

Операциянинг энг муҳим моменти ўсмани изоляция қилишдир. «Ўсманинг синов мобилизацияси» деб аталадиган даврда эҳтиёткорлик билан тахминий текширув ўтказилади, ўсманинг атрофдаги органлар ва ҳаётий тузилмалар билан алоқаси ўрнатилади, катта томирларга вақтинчалик лигатуралар қўлланилади ва, қоида тариқасида, жарроҳлик аралашувининг ҳажми ва табиати ҳал қилинади. Ҳатто ҳаракатчан ўсманинг ярасига қўпол дислокация ҳам қабул қилиниши мумкин эмас. Америкалик жарроҳ Сугарбекернинг (Сугарбекер Р.Н., 1992) фикрича, “марказдан диссекция йўналиши” тактикасига амал қилиш керак: «... жарроҳ ўсма айланаси бўйлаб қайта-қайта ҳаракатланиши керак, худди ишчи дарахтни кўпориб, аста-секин илдизни бўшатиш, охир-оқибат, болта билан кесилади.»

Радикал жарроҳлик аралашув бирламчи қорин парда орти ўсмани ва таъсирланган атрофдаги тузилмаларни блоккли равишда олиб ташлашни ўз ичига олади, бу ўсма сохта капсуласидан ташқарида тўқималарни мобилизация қилишдир. Радикал операциялар пайтида қўшни органлар (буйрак, талоқ, ошқозон ости бези, буйрак усти бези, ошқозон, ўн икки бармоқли ичак, ингичка ичак, йўғон ичак, тўғри ичак, сийдик пуфаги, бачадон, бачадон қўшимчалари, қин) ёки уларни озиқлантирадиган томирлар ўсма жараёнида иштирок этганда, бирлашган аралашувлар бу органларни олиб ташлаш ёки резекция қилиш билан амалга оширилади. Катта артериал томирларни резекция қилиш ва нуқсонни аллотрансплантат билан алмаштириш мумкин. Буйрак веналари остидаги пастки ковак венани боғлаш мумкин (агар радикал ўсмани олиб ташлаш учун ягона тўсиқ бу жараёнда томирнинг иштироки бўлса). Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, комбинир радикал операциялар хавфсиз ёки хавфли ҚПОНЎларнинг 17-39% ҳолларда, фақат хавфли ҳолатларда - 48,1% гача қилинади.

Мумкин бўлган ностандарт вазиятларни ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик ва реанимация-анестезиология гуруҳлари етарли жарроҳлик аралашувини амалга оширишга тўлиқ тайёр бўлган ҳолда операцияларни ихтисослаштирилган шифохоналарда ўтказиш ушбу асоратлар хавфини камайтиради. Баъзи онкологларнинг фикрига кўра, ўсмани радикал тарзда олиб ташлаш клиник жиҳатдан шубҳали бўлган, аммо унинг хавфли табиати исботланган ҚПОНЎ билан оғриган беморларга дастлабки нур терапияси буюрилади, бунинг натижасида ўсмаларни олиб ташлаш мумкин бўлади (Дедков И.П., 1980).

Жарроҳлик даволаш самарадорлигининг асосий мезонларидан бири беш йиллик яшовчанлик даражаси бўлиб, қорин парда орти юмшоқ тўқималар саркомаси учун 32% (181 кузатиш маълумотлари) (Ҳашимото Н. еа, 1992). Н.Н. Блокҳин номидаги Россия Тиббиёт фанлари академияси Россия онкология илмий марказида 498 беморни кузатиш натижаларида радикал жарроҳлик даволашдан кейин ҚПОНЎ билан оғриган беморларнинг умумий беш йиллик яшовчанлик даражаси 46,0%, радикал бўлмаган жарроҳлик даволашдан кейин - 11,6% ни ташкил этди. Агар хавфсиз ҚПОНЎ бўлган беморларнинг беш йиллик яшовчанлик даражаси 83,3% га етган бўлса, хавфли ўсма бўлганлар учун бу атиги 12,6%; бундан ташқари, беморларнинг 23,7% биринчи йилда, 48,8% операциядан кейинги биринчи бир ярим-икки йил ичида вафот этган (Бачиашвили А.К., 1988). Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазирлигининг РИО ва РИАТМда беморларнинг радикал жарроҳлик муолажасидан сўнг умумий яшовчанлик даражаси 41,3 фоизни, радикал бўлмаган жарроҳлик амалиётидан кейин еса 9,6 фоизни ташкил этган (Наврузов С.Н. ва бошқ., 2009), ва яхши сифатли ўсмалар учун - 78,2%, хавфли ўсмалар учун - 8,6%. Шу билан бирга, радикал жарроҳлик аралашувлардан сўнг ноорган ўсмаларнинг рецидивлари беш йил ичида 60,8% ҳолларда аниқланган: мос равишда, яхши сифатли ўсмалари бўлган беморларнинг 26,3 фоизиди ва ёмон сифатли ўсмалари бўлган беморларнинг 73,7 фоизиди, беморларнинг кўпчилигида операциядан кейин (52%) қайталанган ўсмалари 18 ой ичида пайдо бўлган.

Шуни таъкидлаш керакки, ҚПОНЎ учун стандарт жарроҳлик аралашувлар мавжуд эмас ва уларнинг ҳар бири, айниқса, маҳаллий тарқалган ўсмалар учун, асоратлар хавфи билан боғлиқ. Операцияни амалга оширувчи жарроҳлик гуруҳи қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиқнинг барча органларида, қон томирларида ишлашда бир хил даражада малакали бўлиши керак. Операциялар юқори профессионал реанимация ва анестезиология хизматларини ва тегиш материал ҳамда техника талаб қилади.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Қорин парда орти ноорган ўсмалар муаммосини билиш даражаси клиник онкологияда долзарб мавзу бўлиб қолмоқда. Диагностика ва даволашнинг айрим жиҳатлари бўйича катта миқдордаги маълумотлар тўпланган бўлса-да, кўплаб масалалар ҳали ҳам етарли даражада ўрганилмаган. Ушбу бўлимда муаммонинг асосий жиҳатлари бўйича адабиётларни қисқача кўриб чиқиш берилган. Қорин парда орти ноорган ўсмалар жуда кам учрайди ва барча хавфли ўсмаларнинг тахминан 1% ни ташкил қилади. Касалликнинг кам тарқалиши туфайли катта клиник тадқиқотлар ўтказиш қийин ва кўпчилик маълумотлар ретроспектив клиник сериялар ва индивидуал ҳолатларга асосланган. M.S. Strauss ва бошқалар томонидан олиб борилган тадқиқотда (2020) 10 йил давомида қорин парда орти ўсмаларнинг 150 та ҳолатини таҳлил қилди, бу яшовчанлик хусусиятларини ва қайталанишлар учун хавф омилларини ўрганиш имконини берди. Бироқ, муаллифлар ушбу ўсмалар ҳақидаги билимларни

яхшилаш учун кўп марказли рўйхатга олиш маълумотлар базаларини яратиш зарурлигини таъкидлайдилар.

Замонавий тасвирлаш усуллари яхши ўрганилган ва қорин парда орти ўсмаларни ташхислаш учун кенг қўлланилади. K.L. Alderson ва бошқаларнинг тадқиқотларда (2018), ўсма ўлчамини, унинг чегараларини ва қўшни тузилмаларнинг иштирокини аниқлаш учун КТ ва МРТ усулларининг юқори маълумотлар мазмунини таъкидлайди. Бироқ, эрта ташхис қўйиш масаласи ҳали ҳам етарли даражада ўрганилмаган. Т. Nakamura ва бошқаларнинг (2019) таъкидлашича, қорин парда орти ўсмаларнинг 70% дан ортиғи ўзига хос бўлмаган симптомлар ва ўсманинг секин ўсиши туфайли кеч босқичларда ташхис қилинади. Шундай қилиб, эрта диагностика усулларини такомиллаштириш муҳим вазифа бўлиб қолмоқда. Диагностикада биопсиянинг роли кенг муҳокама қилинади. P. Neuzillet ва бошқаларнинг адабиёт шарҳида, (2020) биопсия ташхисни аниқлаштириш учун муҳим восита эканлигини таъкидлади, аммо ўсмаларнинг жойлашиши қийин бўлганлиги сабабли материал тўплашда қийинчиликлар мавжуд.

Даволашнинг асосий усули ўсмаларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш бўлиб қолади. A. Gronchi ва бошқаларнинг катта текширувида, (2021) манфий чегаралари билан ўсма резекцияси беморнинг прогнозини сезиларли даражада яхшилашини кўрсатди. Бироқ, муаллифлар қўшни органлар ва тузилмаларни жалб қилиш билан боғлиқ қийинчиликларни қайд этишади, бу еса мултидисциплинар ёндашувни талаб қилиши мумкин.

Кўпгина қорин парда орти ўсмаларнинг стандарт даволаш режимларига нисбатан сезгирлиги пастлиги сабабли кимётерапия ва нур терапияси етарли даражада ўрганилмаган. J. Glare ва бошқалар томонидан олиб борилган тадқиқотда, (2017) қайталанган қорин парда орти саркомаси бўлган беморларда кимётерапия натижаларини баҳолади ва беморларнинг 30% дан камроғида даволанишга объектив жавоб кузатилганлигини аниқлади. Бу мақсадли терапия каби янги ёндашувларни ишлаб чиқиш зарурлигини таъкидлайди. Қайталаниш муаммоси ўсмаларни даволашда энг қийинлардан бири бўлиб қолмоқда. D.H. Lewis ва бошқаларнинг шарҳи, (2020) беморларнинг 50% гача операциядан кейин 5 йил ичида қайталанишни бошдан кечиришини таъкидлади. Қайталаниш хавфига таъсир қилувчи муҳим омиллар - бу ўсманинг катталиги ва унинг хатарлилик даражаси. Рецидивнинг прогнози ҳали ҳам яхши тушунилмаган. F. Wang ва бошқаларнинг ишида, (2021) ўсманинг фарқланиш даражаси, унинг ҳажми ва атрофдаги тўқималарнинг иштироки даражаси каби омилларни ҳисобга олган янги прогностик моделни таклиф қилди, аммо муаллифлар моделни катта намуналарда тасдиқлаш зарурлигини таъкидлайдилар.

Сўнгги йилларда кам учрайдиган ўсмалари бўлган беморларни даволашни ташкил этишга еътибор кучаймоқда. E. Baumann ва бошқаларнинг ишларида, (2019) онкологлар, жарроҳлар, рентгенологлар ва реабилитация бўйича мутахассислардан иборат мултидисциплионер гуруҳларни ўз ичига олган ташкилий моделларни тавсифлайди. Ушбу

ёндашув даволаш натижаларини яхшилади ва операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтиради.

Бироқ, айрим мамлакатлар ва минтақаларда замонавий диагностика ва даволаш усулларида фойдаланиш чекланганлигича қолмоқда, бу эса юқори сифатли тиббий ёрдамдан фойдаланишни яхшилаш стратегияларини ишлаб чиқишни талаб қилади. R. King ва бошқалар томонидан ўтказилган шарҳда, (2020) даволашни бошқаришдаги халқаро фарқларни муҳокама қилади ва дунёдаги йетакчи онкология жамиятлари тавсиялари асосида стандартларни ишлаб чиқиш муҳимлигини қайд этади.

Қорин парда орти ноорган ўсмаларни ташхислаш ва даволаш муаммоси қисман ўрганилган. Жарроҳлик ва тасвирлаш техникасидаги сезиларли ютуқларга қарамай, эрта ташхис қўйиш қийинлиги ва ёрдамчи терапия самарадорлигининг йўқлиги ҳал қилинмаган муаммолар бўлиб қолмоқда. Янги даволаш усуллари ишлаб чиқиш, шунингдек, беморларни юритишдаги ёндашувларни стандартлаштириш учун кейинги кўп марказли тадқиқотлар талаб этилади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университети наъмунавий дастурнинг «Шикастланишлар, жарроҳлик касалликлари ва ўсмаларнинг олдини олиш, диагностика қилиш ва даволаш бўйича замонавий технологияларни яратиш ва жорий этиш» (Давлат рўйхати №012400287) бўйича режалаштирилган тадқиқот ишлари доирасида амалга оширилган.

Тадқиқотнинг мақсади қорин парда орти ноорган ўсмалар, уларнинг қайталаниши диагностикаси ва даволаш самарадорлигининг клиник ҳамда ташкилий жиҳатларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

Қорин парда орти ноорган ўсмаларини даволаш стратегияси ва тактикасини белгилашда амалдаги стандартлари самарадорлигини ўрганиш;

Қорин парда орти ноорган ўсмалари билан касалланган беморларнинг аҳволини клиник мониторинг қилиш амалиётини ретроспектив таҳлил қилиш;

ретроспектив таҳлил асосида дастлабки ташхис қўйилган ҚПОНЎ ларни махсус даволаш усуллари билан боғлиқ асоратларнинг табиати ва кечишини ўрганиш;

дастлабки ташхис қўйилган Қорин парда орти ноорган ўсмаларини даволашнинг узок муддатли натижаларини белгиловчи омилларни баҳолаш (беш йиллик яшовчанлик эҳтимоли ва ҳаёт сифати мезонлари бўйича);

қайталанган Қорин парда орти ноорган ўсмаларини даволашнинг узок муддатли натижаларини белгиловчи омилларни баҳолаш (беш йиллик яшовчанлик эҳтимоли ва ҳаёт сифати мезонлари бўйича).

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2021 йилдан 2024 йилгача бўлган СамДТУ кўп тармоқли клиникаси ва РИАТМ Самарқанд филиалида

диспансер назоратидаги “Қорин парда орти ноорган ўсмалари” (ҚПОНЎ) ташхиси қўйилган 348 нафардан ортиқ беморнинг маълумотлари.

Тадқиқотнинг предмети ҚПОНЎ ташхиси қўйилган 348 нафардан ортиқ беморни ихтисослаштирилган ёрдамга мурожаат қилган пайтдан бошлаб диспансер кузатувининг асосий босқичлари - диагностика ва даволаш ҳамда диспансер кузатуви маълумотлари ўрганилди. Бу клиник ва диагностика, жарроҳлик ва комбинацияланган даволаш маълумотларини ўз ичига олади.

Тадқиқотнинг усуллари. Анамнез ва клиник маълумотларни тўплаш, ҚПОНЎлари ва белгиларини баҳолаш учун, КТ, МРТ ва ултратовуш ўсмаларнинг хусусиятларини аниқлаш, статистик маълумотларни қайта ишлаш.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор қорин парда орти ноорган ўсмалари ташхиси қўйилган беморларнинг клиник мониторингининг барча босқичларини батафсил таҳлил қилинган бўлиб, бунда клиник, диагностик ва ташкилий жиҳатларга эътибор қаратилган бўлиб, беморнинг соғлиқни сақлаш тизими билан ўзаро муносабатини яхлит кўриш имконини берган;

тадқиқот янги тасвирлаш ва лаборатория диагностика усуллари жорий қилишни ўз ичига олиб, ўсмаларнинг қайталанишини эрта ташхислаш ва мониторингини яхшилаш имконини берган;

илк бор қорин парда орти ноорган ўсмаларини даволаш учун кимётерапия ва нур терапияси билан биргаликда минимал инвазив жарроҳлик усуллари самарадорлигини тизимли таҳлил қилиш амалга оширилган бўлиб, бу касалликларнинг ушбу гуруҳини даволашга ёндашувларни ўзгартириши мумкинлиги исботланган;

тадқиқот диспансер мониторинги стандартларини яратиш ва жорий этишга қаратилган бўлиб, бу тиббий ёрдам сифатини оширишга ва қайталанишлар частотасини камайтиришга олиб келиб, бемор маълумотларига асосланган мунтазам мониторинг ва аралашув протоколларидан фойдаланишни ўз ичига олган;

қорин парда орти ноорган ўсмаларини диспансер мониторинги ва даволаш жараёнига кўп тармоқли бригадаларнинг жорий этилиши тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этишда янги босқич бўлиб, турли соҳа мутахассисларининг фикрларини ҳисобга олиш ва беморларга ҳар томонлама ёрдам кўрсатиш имконини берган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ҚПОНЎ билан касалланган беморларни клиник бошқариш стандартларини ишлаб чиқиш тенденцияларини баҳолаш маҳаллий онкология амалиётини ривожлантиришнинг муҳим вазифасидир;

ҚПОНЎ билан оғриган беморларни бошқариш амалиётини ретроспектив баҳолаш дастлабки ташхис қўйилган ҚПОНЎ ва қайталанишларни диспансер мониторинги босқичларида уларни даволашда қўлланиладиган стратегия ва тактикаларнинг ўрни ва ролини баҳолаш имконини беради;

олинган маълумотлар дастлабки ташхис қўйилган ва такрорий ҚПОНЎларни даволашдан сўнг беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради, шунингдек асосланган ташкилий мезонлар ҚПОНЎ билан касалланган беморларни диспансер мониторинги босқичларида тиббий фаолият самарадорлигини оширади.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги илмий-тадқиқот ишида фойдаланилган замонавий, бир бирини тўлдирувчи ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, қўлланилган усулларнинг халқаро ҳамда маҳаллий муаллифлар маълумотлари билан таққосланганлиги, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот қорин парда орти ноорган ўсмаларининг патогенези, уларнинг гистологик табиати, ўсиш хусусиятлари, метастазлар ва рецидив хавфига таъсир қилувчи омиллар ҳақида назарий тушунчаларни кенгайтиради, бу эса ўсмаларнинг ривожланиш механизмларини яхшироқ тушунишга ёрдам беради, ҳамда янги диагностика ва даволаш усулларини ишлаб чиқиш истиқболларини очади. Ушбу моделлар касалликнинг оқибатларини прогноз қилиш ва даволашни оптималлаштириш учун замин яратади.

Тадқиқот натижаларини амалиётга татбиқ этиш беморни даволашда мултидисциплионер ёндашувни ривожлантиришга ёрдам беради. Бу даволаш самарадорлигини ошириш учун жарроҳлар, онкологлар, рентгенологлар ва бошқа мутахассисларнинг ишини мувофиқлаштиришни ўз ичига олади. Амалий аҳамияти жарроҳлик даволашдан сўнг беморларни клиник мониторинг қилиш стандартларини яратишда ҳамдир.

Тадқиқот натижаларини амалга ошириш. Қорин парда орти ноорган ўсмалари ҳамда уларнинг рецидивларини ташхислаш ва даволаш самарадорлигини оширишнинг клиник-ташкилий жиҳатлари бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида (Ўзбекистон Республикаси ССВ ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 22.10.2024 й. 07/48-сон хулосаси):

Биринчи илмий янгилик: илк бор қорин парда орти ноорган ўсмалари ташхиси қўйилган беморларнинг клиник мониторингининг барча босқичларини батафсил таҳлил қилинган бўлиб, бунда клиник, диагностик ва ташкилий жиҳатларга эътибор қаратилган бўлиб, беморнинг соғлиқни сақлаш тизими билан ўзаро муносабатини яхлит кўриш имконини берган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Жиззах филиали 15.10.2024 й. 73/2024-сон буйруғи, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Сирдарё филиали 15.10.2024 й. 77-Т/2024-сон буйруғи, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё филиали 02.10.2024 й. 84-Т/2024-сон буйруғи ва

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали 14.10.2024 й. 120/2024-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: асосланган ташкилий мезонлар қорин парда орти ноорган ўсмалари билан касалланган беморларни диспансер мониторинги босқичларида тиббий фаолият самарадорлигини оширади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қорин парда орти ноорган ўсмалари ташхиси қўйилган беморларнинг клиник мониторинги билан беморларнинг стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 1 нафар бемор учун 2 730 000 сўм, бюджетдан ташқари 1570 000 сўм маблағни иқтисод қилиш имконини берган. Амалий тиббиёт учун миниинвазив технологиялардан фойдаланиш беморларнинг стационарда қолиш муддатининг қисқариши, дори-дармон сарфи камайиши ҳисобига 1 бемор ҳисобида 1 790 000 сум тежалишига олиб келган. Бу маблағнинг тежалиши стационарда даволаниш муддатини камайтирди, шу асосда тиббий хизматга сарфланадиган маблағни тежалиши билан асосланган. Хулоса: ҳар бешинчи (61 - 22,1%) беморда кузатувнинг биринчи йилида ўсманинг қайталаниши 48 беморда (17,4%), 40 беморда (14,5%) ўсманинг қайталаниши қайд этилган. Беморларнинг атиги 35,1 фоизи 5 йилгача қайталанишсиз омон қолган. 5 йилгача тирик қолган 97 бемордан 20 ой ичида бирламчи таъсир қилиш соҳасида кейинги шаклланиш пайдо бўлди.

Иккинчи илмий янгилик: тадқиқот янги тасвирлаш ва лаборатория диагностика усуллари жорий қилишни ўз ичига олиб, ўсмаларнинг қайталанишини эрта ташхислаш ва мониторингини яхшилаш имконини берган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Жиззах филиали 15.10.2024 й. 73/2024-сон буйруғи, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Сирдарё филиали 15.10.2024 й. 77-Т/2024-сон буйруғи, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё филиали 02.10.2024 й. 84-Т/2024-сон буйруғи ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали 14.10.2024 й. 120/2024-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қорин парда орти ноорган ўсмалари билан оғриган беморларни бошқариш амалиётини ретроспектив баҳолаш бизга дастлабки ташхис қўйилган қорин парда орти ноорган ўсмалари ва қайталанишларни диспансер мониторинги босқичларида уларни даволашда қўлланиладиган стратегия ва тактикаларнинг ўрни ва ролини баҳолаш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: миниинвазив технологиялардан фойдаланиш беморларнинг стационарда қолиш муддатининг қисқариши, дори-дармон сарфи камайиши ҳисобига 1 бемор ҳисобида 1 790 000 сум тежалишига олиб келди. Бу маблағнинг тежалиши стационарда даволаниш муддатини камайтирди, шу асосда тиббий хизматга сарфланадиган маблағни тежалиши

билан асосланган. Хулоса: Беморларнинг клиник кузатув остида бўлишига қарамай, такрорий қорин парда орти ноорган ўсмаларининг ерта ташхиси беморларнинг атиги 9,8% ни ташкил қилади. қорин парда орти ноорган ўсмалари билан оғриган беморлар учун биз ишлаб чиққан кузатув усули (1-илова) ўсманинг цитометрик ва клиник хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда оптимал ҳисобланади ва ўсма жараёнининг қайталанишини эрта ташхислашни яхшилайти ва шу билан ўсма жараёнининг натижасига таъсир қилади. 58,4% ҳолларда қорин парда орти ноорган ўсмалари тасодифан ташхис қўйилган, бу ретроперитонеал бўшлиққа, айниқса касалликни ултратовуш текшируви вақтида диққат билан профилактика текширувларини ўтказишни муҳим қилади. Шунингдек, кадрларни тасвирлаш усуллари бўйича ўқитиш ва қайта тайёрлаш жараёнида ретроперитонеал шаклланишларни ташхислашга бағишланган алоҳида курсни ўтказиш керак.

Учинчи илмий янгилик: илк бор қорин парда орти ноорган ўсмаларини даволаш учун кимётерапия ва нур терапияси билан биргаликда минимал инвазив жарроҳлик усуллари самарадорлигини тизимли таҳлил қилиш амалга оширилган бўлиб, бу касалликларнинг ушбу гуруҳини даволашга ёндашувларни ўзгартириши мумкинлиги исботланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Жиззах филиали 15.10.2024 й. 73/2024-сон буйруғи, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Сирдарё филиали 15.10.2024 й. 77-Т/2024-сон буйруғи, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё филиали 02.10.2024 й. 84-Т/2024-сон буйруғи ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали 14.10.2024 й. 120/2024-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: кимётерапия ва нур терапияси билан биргаликда минимал инвазив жарроҳлик усуллари беморларнинг даволаш самардорлигини ошириш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: каминвазив аралашувларни устувор қўллаш билан инструментал ва лаборатория имкониятларидан одатда умумий ўртача 1 180 400 сўм сарфланади. Беморларга юқоридаги тавсия қилинган минимал инвазив жарроҳликни ҳисобга олсак, йиллик иқтисодий кўрсаткич 5 311 800 сўмни ташкил этади. Хулоса: Операциядан кейинги эрта асоратлар қорин парда орти ноорган ўсмаларини даволашда тажрибаси бўлмаган шифокорлар орасида икки барабар кўп учрайди ва 3,1% га нисбатан 7,7% ни ташкил қилади, операциядан кейинги кеч асоратлар 3 барабар кўп, 11,5% га нисбатан 4%, 36,5% ҳолларда тегишли тажрибага эга бўлмаган мутахассислар операциядан кейинги давр, қолдиқ ўсма қолди. Шу муносабат билан қорин бўшлиғи онкологик жарроҳлиги бўйича ихтисослашган шифокорлар ва тиббий тасвирлаш бўйича мутахассислар, олий ўқув юртидан кейинги таълим курсларида ретроперитонеал ўсмаларни ташхислаш ва даволаш бўйича мутахассисларни тайёрлаш дастурини тайёрлаш зарур. Шунингдек, қорин

парда орти ноорган ўсмалари билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволаш натижаларини яхшилаш учун ходимлар таркибига "Ретропареотолог" тор мутахассислигини қўшиш керак.

Тўртинчи илмий янгилик: тадқиқот диспансер мониторинги стандартларини яратиш ва жорий этишга қаратилган бўлиб, бу тиббий ёрдам сифатини оширишга ва қайталанишлар частотасини камайтиришга олиб келиб, бемор маълумотларига асосланган мунтазам мониторинг ва аралашув протоколларидан фойдаланишни ўз ичига олган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Жиззах филиали 15.10.2024 й. 73/2024-сон буйруғи, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Сирдарё филиали 15.10.2024 й. 77-Т/2024-сон буйруғи, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё филиали 02.10.2024 й. 84-Т/2024-сон буйруғи ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали 14.10.2024 й. 120/2024-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қорин парда орти ноорган ўсмалари билан оғриган беморларни бошқариш амалиётини ретроспектив баҳолаш бизга дастлабки ташхис қўйилган қорин парда орти ноорган ўсмалари ва қайталанишларни диспансер мониторинги босқичларида уларни даволашда қўлланиладиган стратегия ва тактикаларнинг ўрни ва ролини баҳолаш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: каминвазив аралашувларни устувор қўллаш билан инструментал ва лаборатория имкониятларидан одатда умумий ўртача 2 480 400 сўм сарфланади. Беморларга юқоридаги тавсия қилинган минимал инвазив жарроҳликни ҳисобга олсак, йиллик иқтисодий кўрсаткич 7 186 400 сўмни ташкил этади. Хулоса: Такрорий қорин парда орти ноорган ўсмаларини даволашнинг тўлиқ курсини тугатгандан сўнг, беморларнинг ҳар учдан бирида (36,9%) вазият деярли соғлом деб баҳоланди. Беморларнинг қарийб ярми (45,7%) даврий тиббий кузатув, симптоматик терапия ёки парваришловчига муҳтож эди. Беморларнинг 14,9 фоизи амалда ишга яроқсиз эди. Беморларнинг 2,5 фоизи ҳаётнинг охирига босқичида. қорин парда орти ноорган ўсмалари қайталанишларини даволаш, беморларнинг 33,3 фоизида самарадорлик тикланди, турли даражадаги ногиронлик 63,1 фоизни ташкил этди.

Бешинчи илмий янгилик: қорин парда орти ноорган ўсмаларини диспансер мониторинги ва даволаш жараёнига кўп тармоқли бригадаларнинг жорий этилиши тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этишда янги босқич бўлиб, турли соҳа мутахассисларининг фикрларини ҳисобга олиш ва беморларга ҳар томонлама ёрдам кўрсатиш имконини берган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Жиззах филиали 15.10.2024 й. 73/2024-сон буйруғи, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Сирдарё филиали

15.10.2024 й. 77-Т/2024-сон буйруғи, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё филиали
02.10.2024 й. 84-Т/2024-сон буйруғи ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали
14.10.2024 й. 120/2024-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: диагностика усулларини такомиллаштириш, жарроҳлик даволаш, қайталанишларни бошқариш ва даволаш стандартларини яратишда намоён бўлади, бу эса беморларнинг ҳаёт сифати ва умр кўриш давомийлигини оширади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: беморларни стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 4 893 350 сўм сарфланади. Бу сумманинг ичида оператив даво ва 2 кун реанимация ва 5-7 кун интенсив терапия бўлимидаги ўрин-кунлар 1 829 900 (431 300 + 1 398 600) сўмни ташкил қилади. Беморларга юқоридаги тавсия қилинган комплекс даво натижасида лапароскопик жарроҳлик амалиётини ҳисобга олсак, йиллик иқтисодий кўрсаткич 3 659 800 сўмни (2 та беморга) ташкил етади. Хулоса: Бир ёки бир нечта аъзо ва тўқималарнинг қўшимча резекцияси билан мултивисцерал аралашувлардан кенгроқ фойдаланиш зарур, бу эса 44 (61,1%) комбинацияланган резекция қилинган 33 (45,8%) беморда амалга оширилган, бу бажарилган операцияларда қўшимча радикализмни таъминлайди.

Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши. Ушбу тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 2 та халқаро ва 2 та республика миқёсидаги илмий-амалий анжуманларда муҳокама қилинди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Диссертация мавзуси бўйича 17 та илмий ишлар, жумладан, 12 та журнал мақолалари, шулардан 5 таси республика, 7 таси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган хорижий журналларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, беш боб, хулоса, хулосалар, амалий тавсиялар ва келтирилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Матн материалининг ҳажми 158 бет.

ДИССЕРТАЦИНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида олиб борилаётган тадқиқотнинг актуаллиги ва долзарблиги, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари асослаб берилган, объект ва предмет тавсифланган, тадқиқотнинг республика фан ва техникасини ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари келтирилади, олинган натижаларнинг илмий-амалий аҳамияти, амалиётга жорий этилган тадқиқот натижалари очиб берилади, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши ҳақида маълумотлар берилади.

Диссертациянинг **биринчи бобида “Адабиётлар шарҳи”**, қорин парда орти ноорган ўсмаларни ўрганишга бағишланган. ҚПОНЎни ўрганишнинг

ривожланиш тарихи, диагностика усуллари, ҚПОНЎ учун комбинацияланган, паллиатив, циторедуктив жарроҳлик аралашувларнинг бевосита ва узоқ муддатли натижалари ва комбинацияланган даволаш натижалари таҳлил қилинади.

Диссертациянинг **иккинчи бобида “Материал ва методлар»** қисмида тадқиқот дизайни ва унга киритилган беморларни текшириш усуллари батафсил тавсифланганлиги тадбиқ этади. Шу муносабат билан биз бирламчи (72 бемор - 20,7%) ва қайталанувчи (276 бемор - 79,3) қорин парда орти ноорган ўсмалари (кейинги ўринларда - ҚПОНЎ) бўлган 348 беморни текшириш ва даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш бўйича тадқиқотимизни ташкил этдик. 2010-2023-йилларда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги РИО ва РИАТМ Самарқанд филиалида кузатувда бўлган. 152 нафар аёллар (43,7%), эркеклар 196 (56,3%). Беморларнинг ўртача ёши $48,2 \pm 1,4$ ёшни ташкил этди. Беморларнинг ёши 18 ёшдан 79 ёшгача.

Диссертациянинг **учинчи боби “Қорин парда орти ноорган ўсмаларини даволаш бўйича ёрдам кўрсатишни ташкил этиш»**. Юқорида айтиб ўтилганидек, тадқиқот гуруҳи 72 (20,7%) бирламчи беморлар ва 276 (79,3%) қайталанган ҚПОНЎ билан касалланган беморлардан иборат эди. Қайталанган ўсмалари бўлган гуруҳдаги барча беморлар рецидивдан олдин турли вақтларда ҚПОНЎ ни олиб ташлашди (1-жадвал).

1. жадвал

Қайталаниш ўсмалари бўлган беморларни рецидивни аниқлашдан олдин ремиссия давомийлигига қараб тақсимлаш.

| Ремиссия давомийлиги | Беморлар сони | |
|------------------------------------|---------------------|-------------|
| | Мутлақ сон n=276 | (%) |
| 6 ойгача | 13 | 4,7 |
| 9 ойгача | 22 | 7,9 |
| 12 ойгача | 26 | 9,4 |
| 18 ойгача | 23 | 8,3 |
| 24 ойгача | 25 | 9,1 |
| 30 ойгача | 11 | 3,9 |
| 36 ойгача | 7 | 2,5 |
| 42 ойгача | 19 | 6,9 |
| 48 ойгача | 18 | 6,5 |
| 54 ойгача | 15 | 5,4 |
| 60 ойгача ёки ундан кўп | 97 | 35,1 |

Хавли ўсмалар ўзининг агрессивлигини биринчи 2,5-3,0 йил ичида намоён қилади. Берилган маълумотлар жадвалидан кўриниб турибдики, беморларнинг 43,5 фоизида даволаш тугагандан сўнг биринчи 30 ой (2,5 йил)

ичида қайталаниш содир бўлган, бу ҚПОНЎ билан касалланган беморларни юқори технологияли тасвирлаш усулларида фойдаланган ҳолда, айниқса, даволаш тугаганидан кейин дастлабки уч йилда ҳар томонлама текширишни талаб қилади. Беш йиллик касалликсиз яшовчанлик даражаси 35,1% ни ташкил этди. Омон Яшовчанлик ҳақидаги маълумотларимиз бошқа муаллифларнинг маълумотларига мос келади. Шундай қилиб, биз даволанишимиз натижаларини солиштиришга интилмаймиз, балки ҳақиқатни айтамыз. Чунки, биз ҚПОНЎни даволаш натижаларини баҳолашда турли мамлакатлардан келган турли муаллифлар орасида беш йиллик яшовчанлик кўрсаткичларининг барқарорлиги мумкин эмаслигини тўлиқ биламиз. Хавфли ўсмаларнинг, хусусан ҚПОНЎларнинг беш йиллик яшовчанлик даражаси нафақат жарроҳнинг маҳоратига, балки ўсманинг гистологик хилма-хиллиги, анатомик локализация, тарқалиш ва бошқа кўплаб омиллар каби кўплаб сабабларга боғлиқ. Бу факт ҚПОНЎ ҳолатида нафақат ягона даволаш мезонлари ишлаб чиқилмаганлигини, балки даволаш натижаларини ягона баҳолаш ҳам мавжуд эмаслигини яна бир бор тасдиқлайди.

Касалликнинг дастлабки босқичларида ҚПОНЎнинг патогномоник белгиларининг йўқлиги ёки ўсмани қорин девори орқали тўғридан-тўғри пайпаслаш мумкин бўлган (1-расм) ёки бошқа касалликлар учун текширув вақти тасодифан ташхис қўйилганда, ривожланган босқичларда аниқланади.



а)



б)

**1-расм. ҚПОНЎ да қорин деворининг деформацияси
а) олд кўриниши б) ён кўриниши**

72 нафар беморни ўрганганимизда ҚПОНЎ тасодифан 39 беморда (54,2%) жигар, ўт йўллари, сийдик таносил тизими ва бошқалар касалликлари каби бошқа патологиялар учун ултратовуш текшируви вақтида аниқланган. Учта ҳолатда (4,2%) умуртқа поғонаси касаллигида гумон қилинган текширув вақтида МРТ текширувидан фойдаланган ҳолда ташхис қўйилган. 30 та (41,7%) ҳолатда, қорин бўшлиғининг маълум бир ҳудудида шишганлик шикоят бўлган беморларни мақсадли текшириш натижасида аниқланган. Мақсадли текширув натижасида ташхис қўйилган 30 нафар

бемордан 11 нафар бемор сўнгги 6 ой ичида қорин ёки тос бўшлиғидаги ноаниқ оғриқлар, умумий ноқулайлик, овқат ҳазм қилиш тизимининг турли касалликлари учун турли тадқиқот усуллари, жумладан, ултратовуш текширувидан ўтказилди, аммо ретроперитонеал бўшлиқда ўсма мавжудлиги аниқланмади.

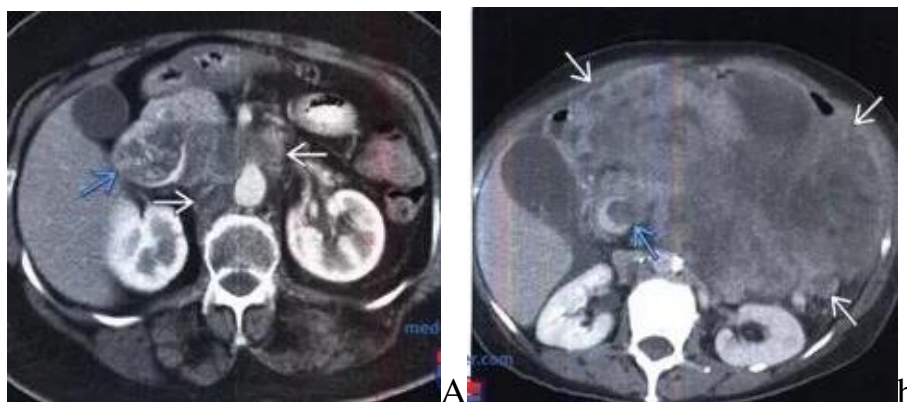
ҚПОНЎни визуализация қилиш усуллари орасида энг қулай, инвазив бўлмаган ва бажарилиши осон ултратовуш ҳисобланади. Текширувнинг биринчи босқичида барча беморлар қорин бўшлиғи, тос бўшлиғи, ретроперитонеум, медиастинал органлар, шунингдек, регионар лимфа метастазлари жойлари ултратовуш текширувидан ўтказилди. **Ултратовуш текшируви** нафақат ўсма мавжудлигини аниқлабгина қолмай, балки ўсманинг ҳажмини, жойлашишини, қўшни органлар билан алоқасини, ичи бўш органларнинг мавжудлиги ва инвазия даражасини, регионар ва периферик лимфа тугунларининг ҳолатини аниқлади. Агар керак бўлса, ўсманинг томирларга муносабатини аниқлаш учун доплер ултратовуш текшируви ўтказилиши мумкин (2-расм).



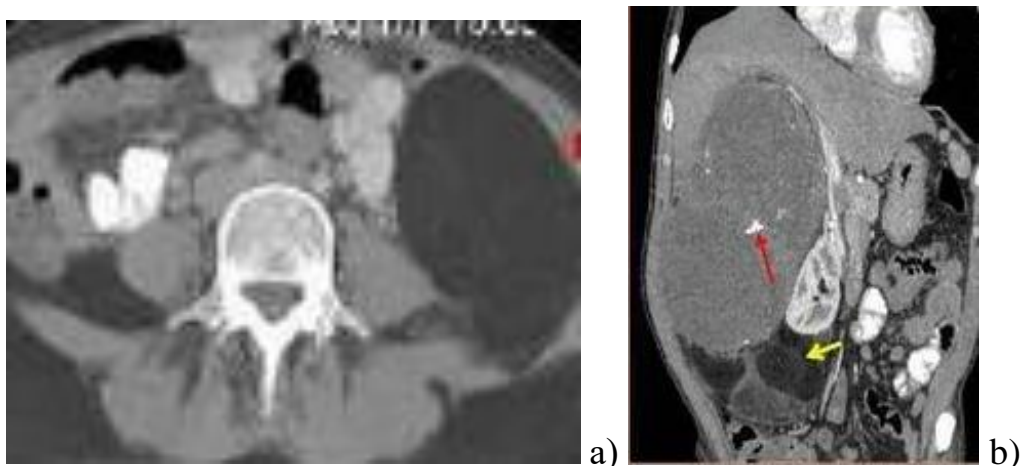
2-расм. Қорин парда орти ўсманинг ултратовуш текшируви доплерография билан.

ҚПОЎнинг пастки ковак венага 3 см инвазияси бор.

Патологик жараённинг яхлит расмини тақдим этиш учун КТ ва МРТ тадқиқотлари ҳам ўтказилди (3, 4 расмлар.).



3-расм. Фибросаркома (а) ва липосаркома (б) қорин парда орти бўшлиғининг КТ тасвири.



**4-расм. Қорин парда орти липосаркомаси МРТ тасвири.
а) кўндаланг, б) сагитал кесим.**

Рентген усули ўпкани бирга келадиган касалликлар ва метастатик жараёнларнинг мавжудлиги ёки йўқлигини текшириш учун ишлатилади.

Эндоскопик тадқиқот усуллари қорин парда орти ўсмаларни диагностика қилишда, шунингдек рентгенограммада улар ички органларнинг бирламчи шикастланишини истисно қилиш, шунингдек, ташқи томондан ўсиб ўтиши туфайли жараёнда иккиламчи иштирокини аниқлаш учун ишлатилган. 31 беморда (8,9%) ҚПОНЎ ташхисини қўйиш учун лапароскопия қўлланилди, унинг ёрдамида ўсманинг жойлашишини аниқлаш ва қорин бўшлиғи аъзоларининг метастатик жараёнларини ташхислаш мумкин, аммо лапароскопия диагностикасининг бошқа усулларида алоҳида афзалликларга эга емас.

Кейинчалик, ҚПОНЎ билан касалланган беморларнинг ўсмаларнинг гистологик тури бўйича тақсимланишини келтирамиз (2-жадвал).

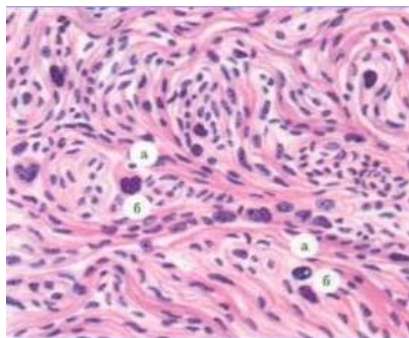
2-жадвал.

**ҚПОНЎ билан касалланган беморларнинг ўсмаларнинг
гистологик тури бўйича тақсимланиши**

| Ўсманинг морфологик тури | Беморлар сони |
|--|-----------------------|
| Мезодермадан келиб чиқадиган ўсмалар: | n=162 (46,55%) |
| Ёғ тўқимаси ўсмалари | 37 (22,84%) |
| Бириктирувчи тўқима ўсмалари | 36 (22,22%) |
| Қон томир деворларини элементлари ўсмалари | 28 (17,28%) |
| Мушак тўқималари ўсмалари | 27 (16,67%) |
| Бирламчи мезенхималар ўсмалари | 19 (11,73%) |
| Аралаш вариантлар | 15 (9,26%) |
| Нейроген тўқимадан келиб чиқадиган ўсмалар: n=70 (20,11%) | |
| Периферик нервлардан | 21 (30,00%) |
| Симпатик ганглиядан | 35 (50,00%) |
| Экстра-адренал локализация хромафин тўқималаридан | 14 (20,00%) |
| Сийдик-таносил йўлининг эмбрион қолдиқларидан ўсмалар: n=65 | |

| | |
|---|-------------|
| (18,69%) | |
| Хорион карсинома | 19 (29,23%) |
| Мезонефрома | 24 (36,92%) |
| Экстрагонадал семинома. | 22 (33,85%) |
| Бир, иккита ёки барча учта герм қатламининг эмбрион қолдиқларидан ўсмалар: n=51 (14,65%) | |
| Тератомалар | 33 (64,71%) |
| Мезотелиомалар | 3 (5,88%) |
| Кисталар: дермоид, энтероген ва бошқалар. | 15 (29,41%) |

Ёмон сифатли ўсмалар (5-расм) юқори хавфли потенциалга эга, тез ўсиб боради ва ривожланади, ўсма қон ва лимфа томирлари орқали тарқала бошлайди. Аммо шу билан бирга, бу ўсмалар цитостатиклар ва нурланишга яхши жавоб беради. Юқори потенциал туфайли, махсус усуллардан сўнг, агар нурланиш ёки дориларнинг дозаси етарли бўлмаса, улар тезда тикланади ва ривожланишини давом эттиради.

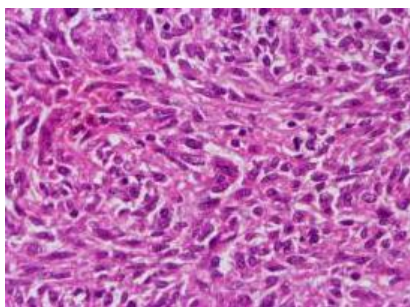


5-расм. Дифференциал фибросаркома (паст даражали).

Бўяш Г-Е. (x480) Ўсма фибробласт типдаги ҳужайралардан иборат бўлиб, улар коллаген толалари билан биргаликда тартибсиз жойлашувга эга бўлган тўплamlарни ҳосил қилади (а). Бир ёки бир нечта нотўғри гиперхроматик ядролари бўлган йирик ўсма ҳужайралари мавжуд.

Юмшоқ тўқималар саркомаларининг хавфлилик даражаси FNCLCC (Federation Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer Sarcoma Group) тизими ёрдамида учта кўрсаткични ҳисобга олган ҳолда баҳоланди:

- 1) жиддийлик ва ўсмаларнинг дифференциацияси даражаси,
- 2) юмшоқ тўқималарнинг ўсма ҳужайраларининг пролифератив фаоллиги кўрсаткичи;
- 3) ўсма тўқималарида некрознинг мавжудлиги ва яқоллиги.



6-расм. Кам дифференциаллашган фибросаркома. (юқори агрессив).

Бўяш Г-Е. (x480) ўсма фибробласт типдаги хужайралардан иборат бўлиб, бир ёки бир нечта хунук гиперхром ядролари бўлган катта ўсма хужайралари кўп миқдорда топилади (6-расм).

Бугунги кунга қадар ҚПОНЎ учун алоҳида тасниф ишлаб чиқилмаган. Хавфли ўсмаларнинг аксарияти юмшоқ тўқималар саркомалари учун TNM таснифига кўра таснифланади. ҚПОНЎлар чуқур локализация қилинган ўсмалар бўлганлиги сабабли, улар кўпинча уларнинг энг катта ҳажми 5 см дан ортиқ бўлса, ташхис қўйилади, шунинг учун ҚПОНЎларнинг босқичлари T1b мезонига мос келадиган 5 см ўсма ўлчамидан бошланади (2.4-жадвал). 5 см дан кам ўсмалар T1a сифатида баҳоланади, аммо, афсуски, нафақат бизнинг кузатишларимизда, балки дунёдаги йетакчи клиникаларнинг нашрларида биз ушбу тоифага мос келадиган ҚПОНЎ диагностикаси ва даволаш бўйича маълумотларни топа олмадик.

Кўпинча беморларга бирламчи ўсманинг T2b ўлчамларида (74,4%) ташхис қўйилган (беморлар ёрдам сўраган). Тадқиқот якунида беморларнинг 50,9 фоизида лимфа тугунларининг шикастланиши аниқланган, беморларнинг деярли ҳар ўнинчи қисмида (8,9%) узоқ метастазлар аниқланган. Маълумотларни умумлаштириш ва беморларни босқичлар бўйича тақсимлашда беморларнинг аксарияти жараённинг якуний босқичида еди.

Жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, беморларнинг тахминан 60% ўсма патологиясининг тўртинчи босқичига ташхис қўйилган. Жараённинг биринчи босқичи 41 (11,8%) беморда, иккинчи босқич 38 (10,9%) ва учинчи босқич 61 (17,5%) беморда аниқланган. Бунинг сабаби ўсманинг чуқур жойлашиши, ҚПОНЎнинг патогномоник белгиларининг йўқлиги, бу локализация ўсмалари учун паст онкологик эҳтиёткорлик ва бошқалар. 213 беморда ўсма юқори даражада ёмон сифатли (61,21%) бўлган.

ҚПОНЎ кўпинча кеч босқичларда, ўсма қорин парда орти бўшлиқнинг катта майдонини эгаллаганида ташхис қўйилганлиги сабабли, анатомик жойлашуви бўйича таснифлаш қийин. Анатомик жойлашувга қараб, жарроҳлик усули танланади. Шу муносабат билан биз беморларни анатомик локализация бўйича юқори қават (диафрагмадан буйракнинг юқори қутбигача), ўрта қават (буйракнинг юқори қутбидан аорта бифуркациясигача)

ва тос бўшлиғи ўсмалари қорин парда орти бўшлиқнинг зонаси (аорта бифуркацияси остида) билан шартли равишда тақсимладик.

Беморларнинг умумий когортасининг ярмидан кўпида (54,6%) ўсма қорин парда орти бўшлиқнинг ўрта қисмларида жойлашган. Ўсма 71 (20,4%) беморда юқори қаватда ва 87 (25%) беморда тос соҳасида локализация қилинган.

Юқори даражада дифференциаллашган ҚПОНЎли беморларни даволашнинг асосий усули жарроҳлик бўлиб, бизнинг назоратимиз остида барча 348 беморда (100%) амалга оширилди. Юқорида айтиб ўтилганидек, 348 бемордан 276 (79,3%) беморда ҚПОНЎ ўсмалари қайталанган.

Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиқни тўлиқ текширишни таъминлаб, иложи борича оптимал жарроҳлик йўли танланди, бу эса ўсма ва қўшни органлар ва катта томирларда эркин манипуляси қилиш имконини берди.

Ўсмани олиб ташлаш томирлар ва сийдик йўллариининг проксимал ва дистал сегментларини профилактик изоляция қилинганидан сўнг амалга оширилди, улар турникетларга ўрнатилди.

Ўсма перифериядан марказга йўналишда марказлаштирилган йўналишда ажратилган ва ўсмани кириш мумкин бўлган жойларда босқичма-босқич изоляция қилиш ва эришиш қийин бўлган жойларга киришни осонлаштириш учун ўсмани кейинги силжитиш орқали амалга оширилди.

Ўсманинг орқа юзаси жуда эҳтиёткорлик билан ажратилган, чунки бу манипуляция одатда визуал назоратсиз амалга оширилади ва қон кетиш, ички органларнинг шикастланиши ва бошқалар каби тез-тез асоратлар билан бирга келади.

Асосий босқич тугагандан сўнг ва ўсма олиб ташланганидан сўнг, ўсма кесиш қирраларини гистологик текшириш учун нормал тўқималарнинг бўлаклари олинди.

Жарроҳлик йўли билан олиб ташлашдан ташқари, баъзи беморлар ўсмаларнинг сезгирлигига қараб, адъювант даволаш усуллари олдилар (3-жадвал).

3-жадвал.

Амалга оширилган даволаш усулига қараб ҚПОНЎ билан касалланган беморларнинг тақсимланиши.

| Даволаш усули | Беморлар сони | % |
|---------------------------|---------------|-------|
| Жарроҳлик даволаш | 348 | 100 |
| Кимётерапия | 296 | 85.06 |
| Радиация терапияси | 52 | 14.94 |

Неадъювант ва ёрдамчи режимларда полихимотерапия билан комбинацияланган ва комплекс даволаш 296 (85,1%) қайталаниш ва ёмон дифференциал ўсмалари бўлган беморларда амалга оширилди.

Анатомик локализациянинг мураккаблиги туфайли улар Тошкент шаҳридаги РИО ва РИАТМ чизиқли тезлатгичида нур терапиясини ўтказишга ҳаракат қилишди (7-расм).



7-расм. Чизиқли тезлатгич ёрдамида нур терапияси.

Ҳар қандай даражадаги ўсма хавфли ёки қайталанган ўсмалар билан шартли радикал ва паллиатив операциялардан сўнг, 52 (14,9%) бемор классик фракциялаш режимида 60 - 64 Гр дозада қолдиқ ўсма ёки ўсма тўшагига нур терапиясини олди. Бизнинг тадқиқотимизда операциядан олдинги нур терапияси ўтказилмаган.

Ўсманинг анатомик локализациясини ҳисобга олган ҳолда, ўсма 190 (54,59%) беморларда ўрта бўлимларда локализация қилинганида, жарроҳлик даволаш учун афзал қилинган кириш қорин парда орти бўшлиқнинг юқори қаватларида локализация қилинганида медиана лапаротомия эди; 45 (12,9%) беморда асосан торакофренолапаротомия, кичик ўсмалар учун, юқори ўрта лапаротомия (26 беморда - 7,5%), 49 беморда (14,1%) тос бўшлиғи ўсмаларининг жойлашиши учун, пастки медиана лапаротомия ёки пастки ўрта лапаротомия билан бирлаштирилган пастки бўшлиқдан киришдан фойдаланилган (38 бемор - 10,9%).

Биз қуйидаги операциялар турларини амалга оширдик:

- Радикал (оддий тўқималардан кесилган ўсманинг четларида ўсма ўсиши микрофокусларининг йўқлиги).
- Шартли радикал операциялар (оддий тўқималардан ўсмани кесишнинг чеккаларида ўсма ўсиши микрофокусларининг мавжудлиги).
- Паллиатив операциялар (макроскопик тарзда аниқланадиган қолдиқ ўсманинг мавжудлиги).
- Циторедуктив жарроҳлик - бу узоқ метастазлар мавжуд бўлган асосий жараёндаги ҳар қандай операция.
- Регионар лимфа тугунларида тасдиқланган метастазлар мавжуд бўлганда, илео-пара-аорта лимфа тугунларини кесиш амалга оширилди (4-жадвал).

4-жадвал.

Ўтказилган жарроҳлик аралашувларнинг радикаллигига қараб ҚПОНЎ билан касалланган беморларнинг тақсимланиши.

| Операция тури | Беморлар сони | % |
|---------------|---------------|---|
|---------------|---------------|---|

| | | |
|-------------------------------|------------|--------------|
| Радикал | 176 | 50,57 |
| Шартли равишда радикал | 94 | 27.01 |
| Паллиатив | 47 | 13.51 |
| Ситоредуктив | 31 | 8.91 |
| Лимфа дисексияси | 157 | 45.11 |

Ярнинг четлари тоза бўлгунга қадар барча кўринадиган ўсма ўчоқларини олиб ташлаш билан радикал жарроҳлик даволаш 176 (50,6%) беморда амалга оширилди. 94 (27%) ҳолатда яра четларининг гистологик текшируви микроскопик ўсма тўпланишини аниқлади. 47 (13,5%) ҳолатда ўсма қўшни органларга зич ўсиб, уни бутунлай олиб ташлашнинг иложи бўлмади ва шунинг учун паллиатив жарроҳлик амалиёти ўтказилди. 31 (8,9%) ҳолатда, бирламчи ўсмани нисбатан радикал тарзда олиб ташлашга қарамасдан, узоқ метастазларнинг мавжудлиги операцияни циторедуктив деб ҳисоблашга мажбур қилди. Бирламчи ўчоқни тўлиқ (радикал ва шартли радикал) олиб ташлангандан сўнг амалга оширилган операцияларнинг радикаллигини ошириш учун 157 (45,1%) беморларда илео-пара-аорта лимфа тугунлари диссекцияси ўтказилди.

Бизнинг кузатишларимизда 184 беморда (52,9%) жарроҳлик аралашувларнинг радикаллигини ошириш учун мултивисцерал жарроҳлик аралашувлар ўтказилди. Комбинацияланган мултивисцерал аралашувнинг асосий таркибий қисмлари қуйидагилардан иборат эди: ингичка ва йўғон ичак ва уларнинг тутқичлари, жигар, талок, буйраклар, сийдик йўллари, қориннинг олд ва ён деворлари, катта томирлар, тухумдонлар, сийдик пуфаги, ошқозон ости беши ва бошқалар.

Кўпинча (10,3%) йўғон ва ингичка ичак қовузлоқларининг комбинацияланган резекцияси, шунингдек қисман жигар резекцияси (7,8%) ва спленектомия (6,6%) амалга оширилади. Пластик жарроҳлик 6,9% ҳолларда амалга оширилди, улардан 13 (3,7%) беморда сийдик чиқариш канали резекциясидан сўнг ва 11 (3,2%) аорта ва унинг шохлари резекциясидан сўнг амалга оширилди. Буйрак жарроҳлиги 20 (5,6%) ҳолатда амалга оширилди, шундан 17 (4,9%) ҳолатда нефрэктомия, 3 (0,9%) ҳолатда қисман буйрак резекцияси амалга оширилди. 12 (3,5%) ҳолатда қорин олд ёки ён деворларини резекция қилиш, кейин маҳаллий тўқималар билан пластик жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Тухумдонларни резекция қилиш 16 (4,6%) беморда амалга оширилди, шундан 2 (0,6%) ҳолатда икки томонлама ооферэктомия, 9 (2,6%) ҳолатда бир томонлама ооферэктомия ва 5 (1,4%) ҳолатда қисман тухумдонларни резекция қилиш амалга оширилди. 14 беморда (4%) сийдик пуфаги деворларини резекция қилиш амалга оширилди. 5 (1,4%) ҳолатда олиб ташлаш компонентини ўз ичига олган комбинацияланган операция ошқозон ости безининг думини ўз ичига олади, 4 (1,1%) ҳолатда оментопанкреатопексия билан ошқозон ости безининг планар резекцияси амалга оширилди. Бошқа операциялар - буйрак усти

безларини резекция қилишнинг 2 (0,6%) ҳолати ва 1 (0,3%) ҳолатда тўғри ичак деворини резекция қилиш.

Кимётерапия қуйидаги схемалардан бири ёрдамида амалга оширилади:

- AD: доксорубицин 60 мг/м² вена ичига 20-30 дақиқа давомида 1-куни; дакарбазин 750 мг/м² вена ичига 15-30 дақиқа давомида 1-кун; курслар орасидаги интервал 3 ҳафта.

- DI: доксорубицин 50 мг/м²/кун вена ичига 20-30 дақиқа давомида 1-куни; ифосфамид 5000 мг/м²/кун вена ичига доксорубицинни 1-куни 24 соат давомида юборишдан кейин; махаллий 600 мг/м² вена ичига ифосфамидни юборишдан 5-10 минут олдин, кейин вена ичига 2500 мг/м² 24 соат давомида ифосфамидни юбориш билан бир вақтда ва 1250 мг/м² дан ифосфамидни қабул қилиш тугаганидан кейин 12 соат ичида. 2 литр гидратация фони /м²/кун 1-2 кун; курслар орасидаги интервал 3 ҳафта.

- CyVADIC: циклофосфамид 500 мг/м² вена ичига 20-30 дақиқа давомида 2-куни; винкристин 1 мг/м² (максимал 2 мг) томир ичига 1, 8 ва 15-кунларда; доксорубицин 50 мг/м² вена ичига 20-30 дақиқа давомида 1-куни; дакарбазин 250 мг/м² вена ичига 15-30 дақиқа давомида 1 кундан 5 кунгача; курслар орасидаги интервал 3-4 ҳафта.

- Доксорубицин 75 мг/м² вена ичига 20-30 дақиқа давомида ҳар 3 ҳафтада (умумий дозаси 550 мг/м² ёки кимёрезистентлик ривожланишига қадар) (5-жадвал).

5-жадвал.

Амалга оширилган полихимотерапия режимиға қараб ҚПОНЎ билан касалланган беморларнинг тақсимланиши.

| ПХТ схемаси | БЕМОРЛАР СОНИ | % |
|--------------|---------------|-------|
| AD | 93 | 26.72 |
| D.I. | 104 | 29.89 |
| CYVADIC | 62 | 17.82 |
| Доксорубицин | 89 | 25.57 |
| Жами | 296 | 85.06 |

Ҳар учинчи бемор (29,9%) беморларнинг ярми, мос равишда 26,7% ва 25,6% DI режимиға мувофиқ ПХТ курсларини олди, доксорубицин билан монокимотерапия олди; Беморларнинг атиги 17,8 фоизи CyVADIC схемасига мувофиқ ПХТдан ўтказилди.

52 та ҳолатда ПХТ радиациянинг радикал курси билан бирлаштирилди. Бундай ҳолда, радиация терапияси ПХТ дан олдин (11 - 3,2%) ва кейин (41 - 11,7%) амалга оширилди. Нурланишнинг катта ҳажмини, нурланиш майдонига кирадиган ичак қовузлоқлари туфайли нурланишнинг токсик кўринишини ва зарарланган жойга ионлаштирувчи нурланишнинг дозасини ҳисобга олган ҳолда, кимётерапия вақтида нурланиш амалга оширилмади.

Бизнинг назоратимиз остидаги беморлар ЖССТ тавсиясига кўра (Брюссел 1979) даволашнинг тўлиқ курси тугаганидан тўрт ҳафта ўтгач, ҚПОНЎларни даволаш натижалари учун баҳоланди (6-жадвал).

6-жадвал.

Даволанишнинг бевосита натижасини баҳолаш учун ЖССТ таснифи (Bryussel 1979).

| Дарҳол таъсир | ТАЪРИФ |
|----------------------|--|
| Тўлиқ таъсир | Барча ўсма шаклланишининг йўқолиши камида 4 ҳафталик интервал билан иккита текширув билан аниқланади. |
| Қисман таъсир | Барча ўлчаш мумкин бўлган ўсмаларнинг 50% ёки ундан кўпроқ камайиши, камида 3 ҳафта оралиғида иккита текширув натижасида аниқланади. |
| Таъсири йўқ | Ўсмаларни 50% дан камроқ, лекин 25% дан ортиқ камайтириш. |
| Ривожланиш | Ўсма ҳажмининг 25% дан камроқ қисқариши ёки ўсма ҳажми ёки янги ўсма ўчоқларининг пайдо бўлиши ўзгаришсиз қолади. |

Ёрдамчи кимётерапия ва нур терапия усуллариининг самарадорлигини аниқлаш учун ултратовуш ва КТ тадқиқотлари қўлланилди. Ушбу вазиятни баҳолаш учун МРТ тадқиқотидан фойдаланилмади, чунки ушбу тадқиқотда бир нечта артефактлар вазиятни тўғри баҳолашга халақит беради. 31 (8,9%) ҳолатда, шартли радикал операциялардан сўнг, беморлар даволанишнинг самарадорлигини баҳолаш учун ПЭТ-КТ текширувидан ўтказилди, аммо биз ушбу тадқиқот натижаларини дарҳол таъсирни баҳолаш учун киритмадик, чунки ҳозирги кунга қадар аниқ натижалар йўқ. Операциядан кейинги дастлабки даврда ушбу маълумотларнинг объективлигини адабиётда кўрсатади.

Шунингдек, даволанишни тугатгандан сўнг, барча беморлар умумий қабул қилинган доктор Карновский шкаласи бўйича "Ҳаёт сифати" учун баҳоланди (7-жадвал).

7-жадвал.

Карновскийнинг ҳаёт сифати шкаласи

| Баллар | Тавсиф |
|---------------|--|
| 90 | Оддий фаолият, минимал аломатлар; даврий оғриқ синдроми. |
| 80 | Ҳаракат билан нормал фаолият, баъзи аломатлар; Доимий астеник синдром. |
| 70 | Ўзига ғамхўрлик қилади, нормал ҳаёт кечири олмайди; |
| 60 | Вақти-вақти билан ёрдамга муҳтож; |
| 50 | Катта ёрдам ва ғамхўрликка муҳтож; |

| | |
|----|---|
| 40 | Ночор, алоҳида ёрдам ва ғамхўрликка муҳтож; |
| 30 | Жиддий қобилятсиз, касалхонага ётқизишни талаб қилади; |
| 20 | Жуда касал, фаол қўллаб-қувватловчи ёрдамни талаб қилади; |
| 10 | Ўлиш; Кўп орган йетишмовчилиги. Терминал шароитлар, фаол реанимацияни рад этиш. |

Даволаш натижаларининг клиник ва статистик таҳлили учта энг муҳим турдаги фавқулодда вазиятлар жадвали асосида кўриб чиқилди:

1. Натижанинг даволанишнинг асосий ҳажмига боғлиқлиги.
2. Касаллик натижасининг ёрдамчи даволаш усулларига боғлиқлиги.
3. Касаллик натижасининг ўткир бошланган касалликнинг клиник ва биологик хусусиятларига боғлиқлиги.

Тиббий статистиканинг далиллар асоси Кендалл усули (R_k) ёрдамида параметрик бўлмаган (даражали) корреляция таҳлилидан иборат эди; омил таҳлили, Студент-Фишер тести ва нисбий хавф тести (PP ва $1/PP$). Касалликсиз ўртача яшовчанлик ва умумий яшовчанлик аниқланди.

Ҳисобланган мезонларнинг статистик ишончлилиги эркинлик даражаси кўрсаткичлари ва критик қийматлар жадвали (p) ёрдамида аниқланади. Фарқлар статистикаси учун муҳимликнинг тўртта асосий даражаси қабул қилинади: юқори – $p < 0,001$, ўртача $p < 0,010$, паст (маргинал) $p < 0,050$, аҳамиятсиз (ишончсиз) – $p > 0,0050$.

Ушбу муаммоларни ҳал қилиш учун биз қуйидаги ташкилий чоратadbирларни амалга оширдик: 1. Биз беморларни эрта аниқлаш, даволаш ва кузатув сифатини назорат қилиш учун масъул бўлган қорин бўшлиғи онколог-жарроҳини («ретропареотолог») тайинладик. 2. Биз ретроперитонеал зонанинг патологиясини ташхислашнинг тўғрилиги ва ўз вақтида бажарилиши учун масъул бўлган ултратовуш мутахассисини тайёрладик.

5 йил давомида туманларга 54 та ташриф ўтказилган бўлса, 20 та ташрифда малакали ултратовуш текшируви мутахассиси, қолган 34 тасида бошқа ултратовуш текшируви шифокорлари иштирок этган. 18 ёшдан 75 ёшгача бўлган ҳар икки жинсдаги 23 494 нафар шахс кўриқдан ўтказилди. ҚПОНЎ билан касалланган 17 нафар бемор аниқланди. Ўқитилмаган мутахассис томонидан ҚПОНЎни аниқлаш малакали мутахассис томонидан текширилган беморлар сонининг атиги 0,043% ни ташкил этди, ултратовуш текшируви 2,79 баравар юқори ва 0,12% ни ташкил этди. 276 нафар беморнинг 52 нафари юқори малакали жарроҳлар томонидан махсус тайёргарликсиз, 224 нафари «ретропареотолог» томонидан операция қилинган. Агар ўқитилмаган, аммо юқори малакали мутахассис томонидан жарроҳлик аралашуви амалга оширилганда, рецидивларнинг ўртача вақти

19,8 ойни ташкил етган бўлса, "ретропареотолог" учун маҳаллий рецидив ривожланишининг ўртача вақти 24,7 ойни ташкил этди. Операциядан кейинги эрта асоратлар ўқитилмаган шифокорлар орасида икки барабар кўп бўлган ва 7,7% ни ва 3,1% ни ташкил этган. Операция ретропареотолог томонидан амалга оширилганда операциядан кейинги ўлим 1,8% ни, қорин бўшлиғи жарроҳи томонидан 3,9% ни ташкил этди. Жарроҳлик аралашувидан сўнг малакали шифокорлар бўлган ҳар бешинчи беморда қолдиқ ўсма (19,2%) бўлган бўлса, ўқимаган мутахассислар учун бу кўрсаткич 36,5% ни ташкил этди.

ҚПОНЎ ни даволашдан кейин беморларни кузатишнинг мавжуд схемаси самарали эмас, чунки ретроперитонеал зонадаги ўсмаларнинг турли гистологик тузилиши туфайли ўсмалар турли хил потенциалларга ва қайталанишларнинг ривожланиш вақтига эга. Ўсманинг хавфли потенциаллини, шу жумладан ўсиш тезлиги ва метастазнинг частотасини ўрганиш асосида биз ҚПОНЎ билан оғриган беморларни даволашдан кейин мониторинг схемасини ишлаб чиқдик. Қиёсий жиҳатдан, коррелятив таҳлил усулларида фойдаланган ҳолда, биз FNCLCC тизимида мувофиқ хавфлилик даражасини ва унинг ўсманинг қайталаниш частотаси ва вақти билан боғлиқлигини ўргандик. Ўсмаларнинг морфологик ўзига хослигига қарамай, қайталанишлар вақти ўсманинг хавфлилик даражасига қараб аниқ коррелятив фарқга эга эди ($\chi^2 = 4,026$; иккинчи эркинлик даражаси билан, $p < 0,005$).

Ушбу фактни ҳисобга олган ҳолда, биз ҳар бир бемор учун маълум бир беморда аниқланган ўсманинг хавфлилик даражасини ҳисобга олган ҳолда индивидуал кузатув режасини туздик.

ҚПОНЎ билан даволанган беморлар учун ишлаб чиқилган кузатув схемаси қайталаниш ўсмалари бўлган беморлар (назорат гуруҳидаги 130 бемор) билан ретроспектив тарзда қайталанган ҚПОНЎ билан оғриган беморларнинг чекланган сонидан синовдан ўтказилди (72 та асосий гуруҳдан 31 таси).

$K=2$ эркинлик даражаси бўйича таққослаганда, таққосланган кийматлардаги фарқ сезиларли ($p = 0,95$) ва юқори ишончли ($p = 0,9995$) бўлиб чиқди. Агар биз ишлаб чиққан кузатиш схемаси қўлланилган асосий гуруҳда ўсманинг умумий ҳажми 45 мм^3 ($\sim 3,5 \times 3,5 \times 3,5 \text{ см}$) гача бўлган ҳолларда 74,2% ҳолларда ўсманинг қайталаниши ташхиси қўйилган бўлса, у ҳолда назорат гуруҳида бундай ҳолатларнинг улуши атиги 10,8% ни ташкил этди. Асосий гуруҳда ҳажми 125 см^3 ($\sim 5 \times 5 \times 5 \text{ см}$) дан ортиқ бўлган катта ўсмалар йўқ эди, назорат гуруҳида еса ярмидан кўпида (62,3%) 125 см^3 дан катта ўсмалар аниқланган.

Диссертациянинг **учинчи боб "Қорин парда орти ноорган ўсмалари бўлган беморларга ёрдам кўрсатишни ташкил этиш"**. Қиёсий жиҳатдан, таҳлилнинг корреляцион усулларида фойдаланган ҳолда, биз радикал ва шартли радикал даволашдан сўнг 73 беморда ўсманинг цитометрик ва клиник кўрсаткичларини ўргандик. Шу билан бирга, FNCLCC

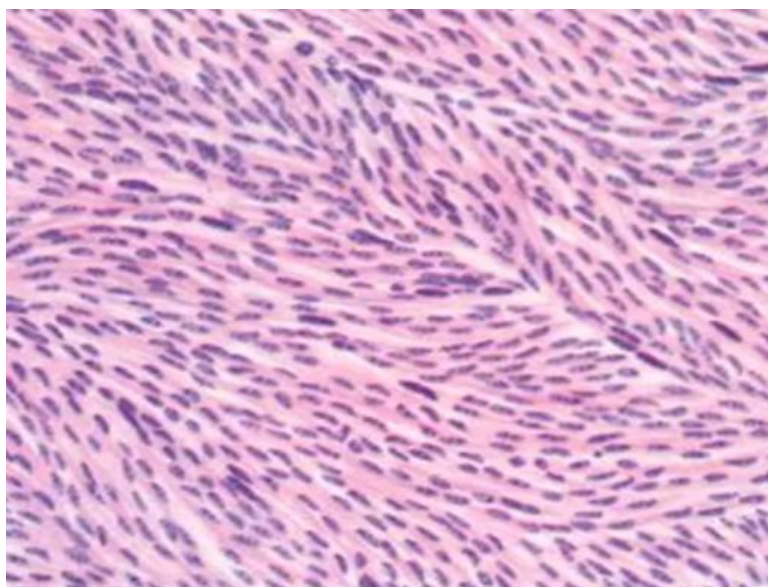
тизимига мувофиқ хавфлилик даражаси ўрганилди, I даража - 2-3 балл, II даража - 4-5 балл, III даража – 6-8 балл (8-расм. а, б, с; 8-жадвал).

8-жадвал.

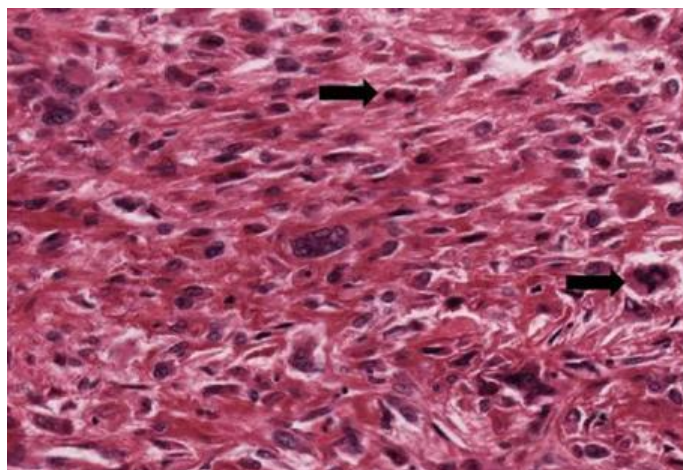
Ўсманинг цитометрик ва клиник кўрсаткичлари билан қайталаниш тезлигига қараб ўсмаларнинг тақсимланиши (n=73).

| Ўсманинг хавфлилик даражаси | Ўсманинг икки баравар кўпайиши вақти (кун) | Қайтарилиш даражаси (ойлар) | χ^2 | $p <$ |
|-----------------------------|--|-----------------------------|----------|-------|
| I даража | 49,4±3,3 | 38,6±4,5 | 4,012 | 0,005 |
| II даража | 31,1±4,7 | 24,2±3,9 | 3,971 | 0,005 |
| III даража | 19,9±4,3 | 13,2±1,3 | 4039 | 0,005 |
| Жами | 33,5±4,1 | 25,3±3,2 | 4026 | 0,005 |

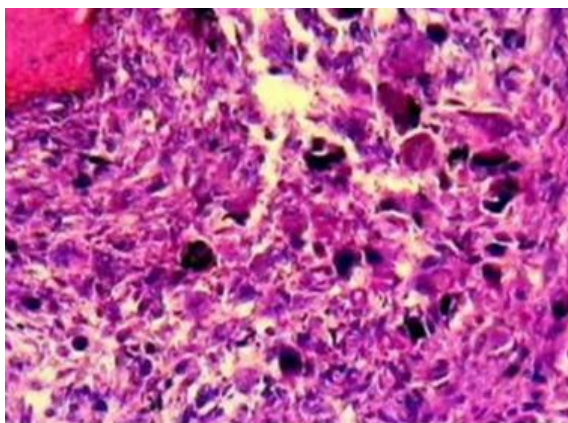
Ўсмаларнинг морфологик ўзига хослигига қарамай, қайталанишлар вақти ўсманинг хавфлилик даражасига қараб аниқ коррелятив фарқга эга эди ($2 = 4,026$; иккинчи еркинлик даражаси билан, $p < 0,005$).



8-расм. а) 1-даражали саркома. Хужайралар яхши дифференцияланган, пролиферацияси паст ва тўқима некрози йўқ.



б) ўртача атипия ва пролифератив фаоллик билан ўсимта. Ягона некротик ҳужайралар кузатилади.



в) 3-даражали саркома. Атипия, аниқ пролиферация ва тўқималар некрози қайд этилган.

Тўртинчи боб "Қорин парда орти ноорган ўсмаларнинг қайталанишининг клиник хусусиятлари". Ушбу бобда келтирилган тадқиқот натижалари илгари қониқарли натижа билан тўлиқ даволаш курсини олган ҚПОНЎ қайталанишлари бўлган 276 беморнинг маълумотларини ретроспектив таҳлил қилишга асосланган. Бирламчи даволанишдан сўнг дарҳол таъсири статистик таҳлилнинг тўғрилиги учун ҳеч қандай таъсир ёки прогрессия сифатида баҳоланган беморлар тадқиқотга киритилмаган (9-жадвал).

9-жадвал.

Даволашнинг бевосита натижаларини баҳолаш учун ЖССТ таснифига (Брюссел 1979) мувофиқ даволаш натижаларига қараб ретроспектив таҳлилга киритилган беморларнинг тақсимланиши.

| ДАРҲОЛ таъсир | Беморлар сони | |
|----------------------|----------------------|-------|
| | Абс. | % |
| Тўлиқ эффе́кт | 243 | 88.04 |

| | | |
|----------------------|-----|-------|
| Қисман эффект | 33 | 11,96 |
| Таъсири йўқ | - | - |
| Ривожланиш | - | - |
| Жами | 276 | 100 |

276 бемордан 243 (88%) беморда жарроҳлик, дори-дармон ва нур даволашдан сўнг ўтказилган тадқиқотларга кўра, дарҳол таъсир тўлиқ, 33 тасида (12%) қисман деб баҳоланди. Агар тўлиқ дарҳол таъсир кўрсатадиган беморларнинг тадқиқот гуруҳига қўшилиши учун ҳеч қандай тўсиқлар бўлмаса, қисман таъсирга эга бўлган ҳар бир бемор тадқиқот гуруҳига қўшилиш учун эҳтиёткорлик билан танланган.

Қорин парда орти зонада ўсмаларни даволаш Республика нур терапияси илмий тадқиқот ва клиник маркази томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган саратон касаллигига чалинган беморларга ташхис қўйиш ва даволаш протоколи асосида амалга оширилди. Барча беморлар илгари у ёки бу даволаш усулини олганлигини ҳисобга олиб, даволаш режасини тузишда олдинги даволаниш тажрибаси ҳисобга олинди. Кўпгина беморларда ихтисослаштирилган даволанишнинг баъзи усуллари аллақачон ўз имкониятларини тугатган ёки олдинги тажрибалар муваффақиятсизликка учраган.

Савол очиклигича қолмоқда, қайталаниш аниқланганда қайси тактикани афзал кўриш керак - фаол кузатув, такрорий жарроҳлик даволаш ёки кимётерапия?

Бундай ҳолларда даволаш ихтисослаштирилган даволашнинг мумкин бўлган усулларида фақат биттаси билан чекланган (10-жадвал).

Жарроҳлик муолажасидан кейин қорин парда орти бўшлиқ чандик тўқимаси билан маҳкам ёпилади. Шу муносабат билан ретроперитонеал бўшлиқда такрорий жарроҳлик аралашувлар янада мураккаб ва травматик бўлади. Ушбу анатомик зонада такрорий операциялар пайтида, ёпишқоқ жараённинг парчаланиши туфайли қон йўқотиш бирламчи аралашувларга қараганда каттароқ тартибни оширади. Шу муносабат билан такрорий операцияларга тайёргарлик кўпроқ масъулиятли ёндашув ва юқори жарроҳлик малакасини талаб қилади.

10-жадвал.

Амалга оширилган даволанишга қараб такрорий НСД билан оғриган беморларнинг тақсимланиши.

| Даволаш методлари | Беморлар абсолют сони | % |
|--------------------------|------------------------------|--------------|
| Жарроҳлик | 184 | 66,67 |
| Дори дармон | 251 | 90,94 |
| 2 курс | 46 | 16,67 |
| 4 курс | 62 | 22,46 |

| | | |
|-----------------------------|------------|--------------|
| 6 курс | 143 | 51,81 |
| Нур терапия, шундан: | 31 | 11,23 |
| Радикал | 14 | 5,07 |
| Паллиатив | 17 | 6,16 |
| Комбинир даво | 39 | 14,13 |
| Комплекс даво | 27 | 9,78 |

Жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, беморларнинг 66,7 фоизда жарроҳлик даволаш амалга оширилган. Ҳар учинчи бемор (33,3%) жарроҳлик даволаш учун жиддий контрэндикацияга эга эди. Уларнинг асосийлари - атрофдаги тўқималарда ўсманинг катта ўсиши, агар мултивиссерал аралашувлар чегараси тугайди ва умумий соматик ҳолат травматик жарроҳлик ёндашувни ҳаётга мос келмайдиган қилади.

Бешинчи боб **"ҚПОНЎ билан касалланган беморларни истиқболли таҳлил қилишнинг даволаш натижалари"**. Клиник тиббиётнинг ривожланиши шифокорнинг тиббий фаолияти жараёнида олдинги тажрибани доимий умумлаштириш ва таҳлил қилиш билан боғлиқ. Ретроспектив таҳлил натижаларини таҳлил қилиш ушбу бобда келтирилган ретроперитонеал бўшлиқнинг орган бўлмаган ўсмалари бўлган 72 асосий беморни даволаш тактикасини ишлаб чиқиш учун асос бўлди.

Ретроперитонеал жарроҳликнинг мураккаблиги жарроҳлик техникасининг ностандарт табиати, терапевтик аралашувлар учун мезонларнинг ишлаб чиқилмаганлиги ва клиник ва анатомик вариантларнинг мураккаб хилма-хиллигидадир.

Аввал айтиб ўтилганидек, ҳозиргача қорин парда орти ўсмалари кўпинча қорин бўшлиғи, тос аъзолари ва бошқаларнинг ўсмалари нотўғри ташхис қўйилганлиги сабабли интраоператив тарзда аниқланади (инфилтрат, гематома, чурра, ичак тутилиши, аппендицит). Нотўғри ташхис натижасида жарроҳлик пайтида ғайриоддий ҳолат аниқланган қорин парда орти ўсма кўпинча резекция қилиб бўлмайдиган деб ҳисобланмайди ва олиб ташланмайди, бемор даволаб бўлмайдиган деб топилади ва махсус ўсмага қарши даволанишдан бош тортилади.

Бу факт яна бир бор ҚПОНЎ билан касалланган беморларни текшириш ва даволаш фақат йирик ва яхши жиҳозланган онкология марказларида қорин бўшлиғи, сийдик ва гинекологик органларни, шунингдек, қон томир операция қилиш техникасига эга бўлган юқори малакали жарроҳлар (ретропареотологлар) иштирокида ўтказилиши кераклигини яна бир бор тасдиқлайди.

Беморга қорин парда орти ўсмани даволаш имкониятини берадиган ягона усул бу радикал жарроҳликдир. Илгари ўтказилган архив маълумотларини таҳлил қилиш ва олдинги тажрибани умумлаштириш шуни кўрсатдики, радикал жарроҳлик даволашга қарамай, беш йиллик омон қолиш даражаси атиги 46% ни ташкил қилади.

Шу муносабат билан, ўзимизнинг ва хорижий тажрибамизни умумлаштирган ҳолда, расмий мантиқ методологиясидан фойдаланган ҳолда, биз ҚПОНЎ рецидивларини даволашнинг ишчи тактикасини ишлаб чиқдик ва синаб кўрдик.

Тактикани ишлаб чиқишда даволаш, биз ўсманинг тўлиқ салоҳиятини ҳисобга олишга ҳаракат қилдик, бу эса эрта қайталанишга олиб келди. Натижада биз синов ва ўзимиз фойдаланиш учун протокол лойиҳасини ишлаб чиқдик.

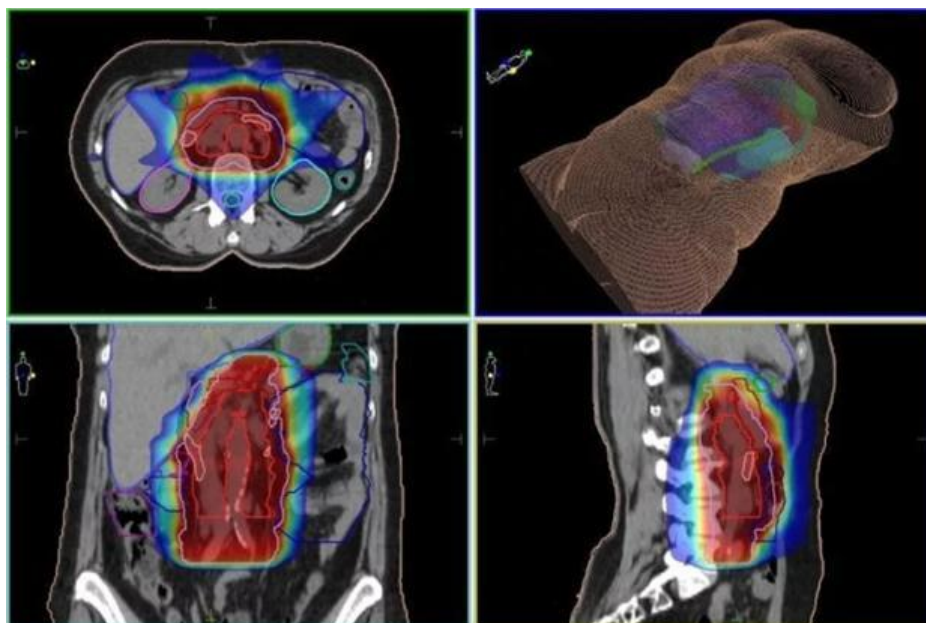
Таклиф етилаётган протокол қуйидагича:

Даволашни фақат ўсма пайдо бўлишини морфологик текшириш ва унинг дифференциация даражасини аниқлашдан кейин амалга оширинг.

- ҚПОНЎ учун танлов усули жарроҳлик ҳисобланади. Жарроҳлик даволашни амалга оширишда ўсмани энг радикал тарзда олиб ташлаш керак, бунинг учун кўрсатилган ҳолларда мултивисцерал резекциялар қўлланилади.
- Паст даражадаги (юқори даражали) ўсмалар учун фақат комбинацияланган ва комплекс даволашни амалга ошириш керак.
- Бирламчи резекция қилинмайдиган юқори даражадаги ўсмалар учун классик фраксиялаш режимида 40-46 Гр СОД билан операциядан олдинги нур терапиясини ўтказиш керак.
- Ўсманинг ҳар қандай даражадаги хавфлилиги учун шартли радикал ва паллиатив операциялардан сўнг классик фраксиялаш режимида 70 Гр дозада қолдиқ ўсма ёки ўсма тўшагига нур терапиясини ўтказиш керак (жумладан, агар операциядан олдин радиация терапияси ўтказилган бўлса, ВДФ).
- Операциядан кейинги даврда кимётерапияга юқори сезгир бўлган ўсмаларнинг морфологик турлари учун зудлик билан 6-8 кимётерапия курсини бошланг ва ўтказинг ва кейинги текширувни ўтказинг.

Қолдиқ ўсмалар ёки метастатик тугунлар мавжудлигида:

- ПХТ нинг 2 курсидан сўнг ситостатиклар таъсирида ўсимта ҳажмининг 50% ёки ундан кўпроқ камайиши даволашни 6-8 курсгача давом еттириш учун кўрсатма ҳисобланади. Агар ПХТ режимини ўзгартиргандан сўнг, кимётерапияга қаршилиқ сақланиб қолса, дори билан даволанишни тўхтатиш керак.



9-расм. Қорин парда орти соҳанинг конформ нур терапиясини режалоштириш.

Беморларнинг 20,8 фоизда операциядан кейинги эрта асоратлар, 8,3 фоизда кеч асоратлар кузатилган. Агар шартли радикал аралашувлардан сўнг асоратлар фақат ўн фоиз ҳолларда кузатилган бўлса, радикал операциялардан кейин бу мултивиссерал аралашувлардан кейин 20,0% гача кўтарилди, ҳар тўртинчи беморда маълум асоратлар кузатилди (9-расм).

45 бемор (62,5%) полихимотерапия олди. Режим ўсманнинг гистогенези, унинг хатарлилик даражаси ва беморларнинг умумий аҳволи ва уларнинг иммунобиологик кучларининг захираларига қараб танланди.

66,7% ҳолларда нурланиш чизиқли тезлатгичда амалга оширилди, бу бизга режалоштирилган дозани икки босқичда, кичик ножўя таъсирлар ва асоратлар билан йетказиш имкониятини берди. 33,3% кобалт қурилмасида нурланган. Радиацион энтероколит, ректосигмоидит, цистит кўринишидаги ножўя таъсирларнинг ривожланиши сабабли, доза 40-60 Гр га етганда даволаш тўхтатилди.

Бирламчи ҚПОНЎни даволаш, беморларнинг 49,3 фоизда кўрсаткичлар тикланди, турли даражадаги ногиронлик 49,3 фоизни ташкил этди.

Ушбу тадқиқот натижаларини таҳлил қилиш вақтида ўртача (ноқулай ҳодиса юзага келишининг ярми) қайталанишсиз давр $20 \pm 2,1$ ойни ташкил этди.

Умумий 5 йиллик яшовчанлик даражаси 53,5% ни ташкил этди (38 бемор). 34 (47,9%) бемор беш йил давомида қайталанишсиз омон қолди. Ўлим даражаси 26,8% ни ташкил этди. Касалликнинг қайталаниши сабабли кузатувдан маҳрум бўлган 18 бемор (25,4%) ўсмага қарши даволашнинг турли усуллари олди.

Шундай қилиб, беморларни даволаш ва мониторинг қилишда биз ишлаб чиққан ёндашув ўз самарадорлигини кўрсатди.

ХУЛОСА

“Қорин парда орти ноорган ўсмалари ва уларнинг қайталаниши диагностикаси ва даволаш самарадорлигини оширишнинг клиник ва ташкилий жиҳатлари” мавзусидаги диссертация иши давомида олинган натижалар асосида қуйидаги хулосалар қилинди:

1. Ҳар бешинчи (61 - 22,1%) беморда кузатувнинг биринчи йилида ўсманинг қайталаниши 48 беморда (17,4%), 40 беморда (14,5%) ўсманинг қайталаниши қайд этилган. Беморларнинг атиги 35,1 фоизи 5 йилгача қайталанишсиз омон қолган. 5 йилгача тирик қолган 97 бемордан 20 ой ичида бирламчи таъсир қилиш соҳасида кейинги шаклланиш пайдо бўлди.

2. Беморларнинг клиник кузатув остида бўлишига қарамай, такрорий ҚПОНЎнинг ерта ташхиси беморларнинг атиги 9,8% ни ташкил қилади. ҚПОНЎ билан оғриган беморлар учун биз ишлаб чиққан кузатув усули (1-илова) ўсманинг цитометрик ва клиник хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда оптимал ҳисобланади ва ўсма жараёнининг қайталанишини эрта ташхислашни яхшилайти ва шу билан ўсма жараёнининг натижасига таъсир қилади. 58,4% ҳолларда ҚПОНЎ тасодифан ташхис қўйилган, бу ретроперитонеал бўшлиққа, айниқса касалликни ултратовуш текшируви вақтида диққат билан профилактика текширувларини ўтказишни муҳим қилади. Шунингдек, кадрларни тасвирлаш усуллари бўйича ўқитиш ва қайта тайёрлаш жараёнида ретроперитонеал шаклланишларни ташхислашга бағишланган алоҳида курсни ўтказиш керак.

3. Операциядан кейинги эрта асоратлар ҚПОНЎни даволашда тажрибаси бўлмаган шифокорлар орасида икки барабар кўп учрайди ва 3,1% га нисбатан 7,7% ни ташкил қилади, операциядан кейинги кеч асоратлар 3 барабар кўп, 11,5% га нисбатан 4%, 36,5% ҳолларда тегишли тажрибага эга бўлмаган мутахассислар операциядан кейинги давр, қолдиқ ўсма қолди. Шу муносабат билан қорин бўшлиғи онкологик жарроҳлиги бўйича ихтисослашган шифокорлар ва тиббий тасвирлаш бўйича мутахассислар, олий ўқув юртидан кейинги таълим курсларида ретроперитонеал ўсмаларни ташхислаш ва даволаш бўйича мутахассисларни тайёрлаш дастурини тайёрлаш зарур. Шунингдек, ҚПОНЎ билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволаш натижаларини яхшилаш учун ходимлар таркибига "Ретропареотолог" тор мутахассислигини қўшиш керак.

4. Такрорий ҚПОНЎ ни даволашнинг тўлиқ курсини тугатгандан сўнг, беморларнинг ҳар учдан бирида (36,9%) вазият деярли соғлом деб баҳоланди. Беморларнинг қарийб ярми (45,7%) даврий тиббий кузатув, симптоматик терапия ёки парваришловчига муҳтож эди. Беморларнинг 14,9 фоизи амалда ишга яроқсиз эди. Беморларнинг 2,5 фоизи ҳаётнинг охирига босқичида. ҚПОНЎ қайталанишларини даволаш, беморларнинг 33,3 фоизида самарадорлик тикланди, турли даражадаги ногиронлик 63,1 фоизни ташкил этди.

5. Бир ёки бир нечта аъзо ва тўқималарнинг қўшимча резекцияси билан мултивисцерал аралашувлардан кенгроқ фойдаланиш зарур, бу эса 44

(61,1%) комбинацияланган резекция қилинган 33 (45,8%) беморда амалга оширилган, бу бажарилган операцияларда қўшимча радикализмни таъминлайди. Биз ҚПОНЎ билан оғриган беморларни даволаш протоколини ишлаб чиқдик ва амалда синаб кўрдик (2-илова). Даволанишни амалга оширишда, ишлаб чиқилган протоколга кўра, умумий 5 йиллик омон қолиш муддати 53,5% га ошди. 34 (47,9%) бемор беш йил давомида қайталанишсиз омон қолди. Бирламчи ҚПОНЎни даволаш беморларнинг 49,3 фоизда меҳнат қобилиятини тиклади, турли даражадаги ногиронлик 49,3 фоизни ташкил этди.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

УЛМАСОВ ФИРДАВС ГАЙРАТОВИЧ

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ УЛУЧШЕНИЯ
ДИАГНОСТИКИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕ ОРГАННЫХ
ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ИХ РЕЦИДИВОВ**

**14.00.27 – Хирургия
14.00.33-Общественное здоровье. Менежмент в здравоохранении**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА НАУК (DSc)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

Самарканд – 2025

Тема диссертации доктора наук (DSc) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан под № B2024.2. DSc/Tib928

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.sammu.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научные консультанты

Джураев Миржалол Дехканович
доктор медицинских наук, профессор

Ризаев Жасур Алимджанович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Рузибоев Санжар Абдусаломович
доктор медицинских наук, доцент

Ярмухамедова Наргиза Анваровна
доктор медицинских наук, профессор

Junichi Sakamoto (Япония)
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

Университет медицинских наук (Турция)

Защита состоится «__» _____ 2025 г. в ____ часов на заседании Разового научного Совета DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 при Самаркандском государственном медицинском университете. (Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. А.Темура, дом 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; sammu@sammu.uz samgmi@mail.ru

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за № ____). Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2025 года.

(реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2025 года).

Н.Н. Абдуллаева

Председатель разового научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

К.В. Шмырина

Ученый секретарь разового научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам, доцент.

З.Б. Курбаниязов

Председатель разового научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор.

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации.

Забрюшинные саркомы (РПС) — редкие опухоли, составляющие 15% всех сарком мягких тканей. наиболее общий гистологический тип – липосаркома. При наличии у 80% больных симптомов внутрибрюшных образований больные жалуются на боли вторичного плана. КТ и МРТ в диагностике как с точки зрения размера опухоли, так и с точки зрения точной локализации или метастатические поражения являются наиболее полезными для нас исследованиями. МРТ на шаг впереди в оценке сосудистых взаимоотношений массы в этом отношении. За исключением некоторых сомнений по поводу биопсии не следует консультироваться. Забрюшинное пространство (ЗП) представляет собой расширяемое пространство, которое охватывает предбрюшинное и внебрюшинное пространство и содержит множество жизненно важных структур. Забрюшинные образования (РПК) могут быть первично злокачественными, доброкачественными или метастатическими. Примерно 75% из них являются злокачественными. Они в основном не происходят из органов здесь. Первичные РПК классифицируются как сходные с мезенхимальным типом ткани и более чем на 80% имеют мезодермальное происхождение. При YDS прогноз пациента связан с возрастом пациента, локализацией, глубиной, размером, хирургическим удалением массы, а также с гистологическим типом, степенью, поражением лимфатических узлов и наличием отдаленных метастазов. Большинство ретроперитонеальных сарком (RPS) редко метастазируют, даже когда они достигают значительных размеров.

Удельный вес НЗО среди онкологических патологий невелик - 0,2-0,4%. По данным Всемирной организации здравоохранения, в структуре онкопатологии НЗО в 1990 г. составила 0,03%, в 2000 г. 0,6%, а в 2014 г. - до 1%. Из них 40% случаев опухоли являются злокачественными. Саркомы мягких тканей составляют 10-15% НЗО. В целом, НЗО - относительно редкая группа онкологических заболеваний. Диагностика и лечение НЗО является труднейшей задачей клинической онкологии, связанной как, с поздней их диагностикой из-за скудности клинических проявлений, так и с большими трудностями хирургического лечения по причине больших размеров и онкологических особенностей забрюшинного пространства. В мировой литературе все еще нет единодушия в тактике лечения местно-распространенных НЗО, в частности, дискутируется целесообразность комбинированной мульти висцеральной резекции при злокачественной НЗО.

В нашей стране в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению хирургической помощи. В связи с этим приоритетными направлениями стратегии развития страны на 2022-2026 годы являются «...мероприятия, направленные на охрану здоровья населения, повышение потенциала

медицинских работников и реализацию комплекса мероприятий программ развития системы здравоохранения на 2022-2026 годы...»¹.

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документов принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии Республики Узбекистан – VI. «Медицина и фармакология».

Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации. За последнюю четверть века в практику внедрены современные методы лучевой диагностики, все еще не решены вопросы их информативности при местнораспространенных НЗО. При сопоставлении данных диагностики с интраоперационными данными расхождение составляет до 35%. Малоизученным вопрос об адекватных показаниях и противопоказаниях к мультивисцеральному удалению или резекции органов брюшной полости и забрюшинного пространства, из-за прорастания опухоли. Хотя большинство специалистов ссылаются на опыт и отсутствие эффективности химио-лучевой терапии при мезенхимальных опухолях рекомендуют расширенное комбинированное и мультивисцеральное удаление опухоли, существует группа авторов, воздерживающихся от агрессивной хирургии с учетом роста числа послеоперационных осложнений, ухудшения качества жизни и неудовлетворительных отдаленных результатов. По мнению И.С. Стилиди с соавт., далеко не всегда на этапе развития или до начала мобилизации однозначно можно сделать выводы о местной распространённости опухоли и заинтересованности соседних структур [Стилиди И.С. с соавт., 2006; 2011]. Показано, что послеоперационная микроскопия краев резекции определяет опухолевую инвазию в 55% случаев, тогда как макроскопически инвазия по краям резекции отсутствует [Alldinger I. e.a., 2007; Erzen D. e.a., 2005].

Наиболее важным моментом, определяющий риск развития рецидива, является степень радикальности первой операции, которая зачастую связана с прорастанием опухоли в соседние органы. По мнению некоторых авторов

¹ Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы»

[Клименков А.А., Губина Г.И. 2004; Цвиркун В.В., 2000, 2001] вышеизложенное определяет стремление хирургов к максимальному расширению объема операции при НЗО, даже в случае подозрения на опухолевую инвазию.

До настоящего времени не разработана тактика хирургического лечения при местнораспространенной НЗО, когда одномоментно опухоль прорастает в 3 и более органа. По мнению многих зарубежных учёных до настоящего времени не доказано преимущество комбинированной и мультिवисцеральной резекции из-за высокой частоты послеоперационных осложнений и рецидивов, что требует дальнейшего изучения.

Радикальное хирургическое вмешательство предполагает удаление единым блоком первичной забрюшинной опухоли и пораженных окружающих структур с мобилизацией тканей вне пределов псевдокапсулы опухоли. *При вовлечении в опухолевый процесс соседних органов* (почка, селезенка, поджелудочная железа, надпочечник, желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая кишка, толстая кишка, прямая кишка, мочевого пузыря, матка, придатки матки, влагалище) или питающих их сосудов, в ходе радикальных операций выполняются *комбинированные вмешательства* с удалением или резекцией указанных органов. Крупные артериальные сосуды можно резецировать с замещением дефекта аллотрансплантатом. Нижнюю полую вену ниже почечных вен можно перевязать (если препятствием к радикальному удалению опухоли является только вовлечение вены в процесс). По данным разных авторов, комбинированные радикальные операции выполняются в 17-39% случаях доброкачественных или злокачественных НЗО, а при только злокачественных - до 48,1%.

Проведение операций в специализированных стационарах с полной готовностью хирургической и реанимационно-анестезиологической бригад к выполнению адекватного хирургического вмешательства с учетом возможных нестандартных ситуаций, безусловно, снижает риск возникновения указанных осложнений. По мнению некоторых онкологов, больным с НЗО, у которых клинически сомнительно радикальное удаление новообразования, а злокачественная ее природа доказана, показана предварительная лучевая терапия, в результате которой опухоли становятся доступными удалению (Дедков И.П., 1980).

Одним из главных критериев эффективности хирургического лечения является *пятилетняя выживаемость*, которая при ретроперитонеальных саркомах мягких тканей составила 32% (данные 181 наблюдений) (Hashimoto Н. е.а., 1992). Результаты наблюдений за 498 больными в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН показали, что общая пятилетняя выживаемость больных НЗО после радикального хирургического лечения составила 46,0%, после нерадикального — 11,6%. Если пятилетняя выживаемость больных доброкачественными НЗО достигала 83,3%, при злокачественных - лишь 12,6%; притом 23,7% больных погибало в первый год, 48,8% — в первые полтора-два года после операции (Бачиашвили А.К.,

1988). В РСНПМЦОиР МЗРУз общая выживаемость больных с НЗО после радикального хирургического лечения составила 41,3%, после нерадикального 9,6% (Наврузов С.Н. с соавт., 2009), причем при доброкачественных опухолях - 78,2 %, при злокачественных - 8,6%. При этом рецидивы неорганных опухолей после радикальных хирургических вмешательств выявлены в течение пяти лет в 60,8% случаях: соответственно у 26,3% больных с доброкачественными новообразованиями и у 73,7% — со злокачественными, причем у большинства больных (52%) рецидивы опухоли возникали в сроки до 18 мес. после операции.

Необходимо отметить, что при НЗО нет стандартных оперативных вмешательств, и любое из них, особенно при местнораспространённых опухолях, сопряжено с риском осложнений. Хирургическая бригада, выполняющая операцию, должна в равной мере владеть навыками работы на всех органах брюшной полости и забрюшинного пространства, на сосудах. Операции требуют наличия высокопрофессиональной реанимационно-анестезиологической службы и адекватного материально-технического обеспечения.

Степень изученности проблемы. Степень изученности проблемы неорганных забрюшинных опухолей продолжает оставаться актуальной темой в клинической онкологии. Несмотря на то, что значительное количество данных было собрано по отдельным аспектам диагностики и лечения, многие вопросы остаются недостаточно изученными. В этом разделе приведён краткий обзор литературы по ключевым аспектам проблемы. Неорганные забрюшинные опухоли встречаются довольно редко, составляя около 1% всех злокачественных опухолей. Из-за малой распространенности заболевания крупные клинические исследования сложно проводить, и большинство данных основывается на ретроспективных клинических сериях и отдельных случаях. В исследовании M. S. Strauss et al. (2020) был проведен анализ 150 случаев забрюшинных опухолей за 10 лет, что позволило исследовать особенности выживаемости и факторов риска рецидивов. Однако авторы отмечают необходимость создания многоцентровых регистрационных баз данных для улучшения знаний об этих опухолях.

Современные методы визуализации хорошо изучены и широко применяются для диагностики забрюшинных опухолей. Исследования, такие как работа K. L. Anderson et al. (2018), подчеркивают высокую информативность методов КТ и МРТ для определения размеров опухоли, её границ и вовлеченности соседних структур. Тем не менее, вопрос ранней диагностики остаётся недостаточно изученным. В работе T. Nakamura et al. (2019) отмечается, что более 70% забрюшинных опухолей диагностируются на поздних стадиях из-за неспецифичных симптомов и медленного роста опухолей. Таким образом, совершенствование методов ранней диагностики остается важной задачей. Роль биопсии в диагностике широко обсуждается. В обзоре литературы P. Neuzillet et al. (2020) указано, что биопсия является важным инструментом для уточнения диагноза, однако существуют

трудности с забором материала из-за труднодоступного расположения опухолей.

Основным методом лечения остаётся хирургическое удаление опухолей. В крупном обзоре A. Gronchi et al. (2021) было показано, что резекция опухоли с негативными краями значительно улучшает прогноз пациентов. Тем не менее, авторы отмечают сложности, связанные с вовлечением соседних органов и структур, что может требовать мультидисциплинарного подхода.

Химиотерапия и лучевая терапия изучены недостаточно из-за низкой чувствительности большинства забрюшинных опухолей к стандартным режимам лечения. В исследовании J. Glare et al. (2017) были оценены результаты применения химиотерапии у пациентов с рецидивирующими забрюшинными саркомами, и было установлено, что объективный ответ на лечение наблюдается менее чем у 30% пациентов. Это подчеркивает необходимость разработки новых подходов, таких как таргетная терапия. Проблема рецидивов остается одной из наиболее сложных в лечении забрюшинных опухолей. В обзоре D. H. Lewis et al. (2020) было отмечено, что до 50% пациентов сталкиваются с рецидивами в течение 5 лет после хирургического вмешательства. Важными факторами, влияющими на риск рецидива, являются размеры опухоли и степень её малигнизации. Прогнозирование рецидивов остаётся недостаточно изученным. В работе F. Wang et al. (2021) предложена новая прогностическая модель, учитывающая такие факторы, как степень дифференцировки опухоли, её размер и степень вовлечения окружающих тканей, однако авторы подчеркивают необходимость валидации модели на больших выборках.

В последние годы все большее внимание уделяется организации лечения пациентов с редкими опухолями. В работе E. Baumann et al. (2019) описаны организационные модели, включающие мультидисциплинарные команды, состоящие из онкологов, хирургов, радиологов и специалистов по реабилитации. Этот подход позволил улучшить результаты лечения и снизить риск послеоперационных осложнений.

Тем не менее, в некоторых странах и регионах доступ к современным методам диагностики и лечения остается ограниченным, что требует разработки стратегий по улучшению доступности высококвалифицированной помощи. В обзоре R. King et al. (2020) обсуждаются международные различия в организации лечения и отмечается важность разработки стандартов на основе рекомендаций ведущих мировых онкологических обществ.

Проблема диагностики и лечения неорганных забрюшинных опухолей изучена частично. Несмотря на значительные достижения в области хирургии и визуализационных методов, сложность ранней диагностики и недостаточная эффективность адъювантной терапии остаются нерешёнными вопросами. Требуются дальнейшие многоцентровые исследования для разработки новых методов лечения, а также стандартизации подходов к ведению пациентов.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета по теме: «Создание и внедрение современных технологий профилактики, диагностики и лечения травм, хирургических заболеваний и опухолей» (Госреестр № 012400287).

Целью исследования является совершенствование клинических и организационных аспектов диагностики и эффективности лечения не органых забрюшинных опухолей и их рецидивов.

Задачи исследования:

изучить эффективности существующих стандартов клинического контроля НЗО по определению стратегии и тактики их лечения на этапах диспансерного контроля;

провести ретроспективный анализ практики клинического контроля состояние пациентов с НЗО по определению стратегии и тактики их лечения на этапах диспансерного контроля;

изучить характер и течение осложнений связанных со специальными лечениями первично диагностированных НЗО на основе ретроспективности анализа;

оценить факторы, определяющие отдалённые результаты лечения первично диагностированных НЗО (по критериям вероятности пятилетнего дожития и качество жизни);

оценить факторы определяющие отдалённые результаты лечения рецидивных НЗО (по критериям вероятности пятилетнего дожития и качество жизни).

Объектом исследования явились данные основных этапов диспансерного контроля более 348 пациентов с диагнозом "неорганные забрюшинные опухоли" (НЗО), направленных в многопрофильную клинику СамГМУ и Самаркандский филиал РСНПМЦОиР за период с 2021 по 2024 гг.

Предмет исследования составил анализ исследованных данных основных этапов диспансерного контроля более 348 больных с диагнозом "НЗО" с момента их обращения за специализированной помощью - диагностики и специального лечения и диспансерного наблюдения за ними. Сюда войдут данные клинической и специальной диагностики, хирургического и комбинированного лечения.

Методы исследования. Сбор анамнеза и клинических данных, оценка симптомов и признаков НЗО, КТ, МРТ и УЗИ для определения характеристик опухолей, статистическая обработка данных.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые в исследовании осуществляется детальный анализ всех этапов диспансерного контроля пациентов с диагнозом "неорганные забрюшинные опухоли" (НЗО) с акцентом на клинические, диагностические и

организационные аспекты. Это позволяет получить целостное представление о взаимодействии пациента с системой здравоохранения;

исследование включает внедрение новых методов визуализации и лабораторной диагностики, что позволяет улучшить раннюю диагностику и мониторинг рецидивов опухолей. Это может привести к более раннему выявлению и, соответственно, к более эффективному лечению;

впервые проводится систематический анализ эффективности минимально инвазивных хирургических методов в сочетании с химиотерапией и радиотерапией для лечения НЗО, что может изменить подходы к терапии данной группы заболеваний;

исследование направлено на создание и внедрение стандартов диспансерного контроля, что может привести к улучшению качества медицинской помощи и снижению частоты рецидивов. Это включает использование протоколов регулярного наблюдения и интервенций на основе данных о состоянии пациентов;

введение мультидисциплинарных команд в процесс диспансерного контроля и лечения НЗО является новым шагом в организации медицинской помощи, позволяющим учитывать мнения специалистов из различных областей и обеспечивать комплексный уход за пациентами.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

оценка тенденций в развитии стандартов клинического ведения пациентов с НЗО представляет собой важную задачу развития отечественной онкологической практики;

ретроспективная оценка практики ведения пациентов с НЗО позволит оценить место и роль используемых стратегий и тактик их лечения на этапах диспансерного контроля первично диагностированных НЗО и рецидивных НЗО;

полученные данные будут применяться для поддержки качества жизни больных после специального лечения первично диагностированных и рецидивных НЗО;

обоснованные организационные критерии позволят улучшить эффективность врачебной деятельности на этапах диспансерного контроля больных НЗО.

Достоверность результатов исследования обосновывается на современном, взаимодополняющем теоретическом подходе и методах, используемых в исследовательской работе, методологической корректности проведенного исследования, подборе достаточного материала, сравнении используемых методов с данными международных и отечественных авторов, подтверждении полученных результатов компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Исследование расширяет теоретические представления о патогенезе неорганных забрюшинных опухолей, их гистологической природе, особенностях роста, метастазирования и факторов, влияющих на риск рецидивов, это способствует лучшему пониманию механизмов развития

таких опухолей, что открывает перспективы для разработки новых методов диагностики и лечения. Эти модели могут быть использованы для предсказания исходов заболевания и оптимизации лечения.

Внедрение результатов исследования в практику способствует развитию мультидисциплинарного подхода к лечению пациентов. Это включает координацию работы хирургов, онкологов, радиологов и других специалистов для повышения эффективности лечения. Практическая значимость заключается также в создании стандартов диспансерного наблюдения за пациентами после хирургического лечения.

Внедрение результатов исследования. По результатам научных исследований, проведенных по клиничко-организационным аспектам повышения эффективности диагностики и лечения неорганных опухолей за брюшиной и их рецидивов (заключение Научно-технического совета Республики Узбекистан при ССВ № .07.48 от 22.10.2024):

Первое научная новизна: впервые были подробно проанализированы все этапы клинического наблюдения за больными с диагнозом забрюшинные неорганные опухоли с акцентом на клинические, диагностические и организационные аспекты, что обеспечило целостное представление о взаимодействии больного с система здравоохранения. Внедрение научной новизны: Джизакский филиал Республиканского специализированного онкологического и радиологического научно-практического медицинского центра 15.10.2024. Приказ Сирдаринского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии №73/2024 от 15.10.2024. Приказ №77-Т/2024, Кашкадарьинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии от 02.10.2024. Приказ №84-Т/2024 и Бухарскому филиалу Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии от 14.10.2024. Оно введено в практику приказами № 120/2024. Социальная эффективность научной новизны: на основе организационных критериев повышается эффективность медицинской деятельности на этапах диспансерного наблюдения за больными с неорганными опухолями брюшины. Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем: клиническое наблюдение за больными с диагнозом неорганные опухоли брюшины и лечение больных в стационарных условиях обычно позволяли сэкономить 2 730 000 сумов на одного пациента, 1 570 000 сумов за счет бюджета. Использование мини-инвазивных технологий в практической медицине привело к экономии 1 790 000 сум на одного пациента за счет сокращения сроков пребывания пациентов в стационаре и снижения стоимости лекарственных средств. Такая экономия средств основана на сокращении продолжительности стационарного лечения, в основе которого лежит экономия затрат на медицинские услуги. Заключение: у каждого пятого (61 - 22,1%) пациента в первый год наблюдения наблюдался рецидив опухоли, у 48 больных (17,4%), у 40 больных (14,5%) -

рецидив опухоли. Только 35,1% пациентов дожили до 5 лет без рецидивов. Из 97 больных, выживших до 5 лет, в течение 20 мес в зоне первичного облучения появилось дальнейшее образование.

Вторая научная новизна: исследование включало внедрение новых методов визуализации и лабораторной диагностики, что позволило улучшить раннюю диагностику и мониторинг рецидивов опухолей. Внедрение научной новизны: Джизакский филиал Республиканского специализированного онкологического и радиологического научно-практического медицинского центра 15.10.2024. Приказ Сирдаринского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии №73/2024 от 15.10.2024. Приказ №77-Т/2024, Кашкадарьинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии от 02.10.2024. Приказ №84-Т/2024 и Бухарскому филиалу Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии от 14.10.2024. Оно введено в практику приказами № 120/2024. Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем: ретроспективная оценка практики ведения больных с перитонеальными перитонеальными опухолями позволяет оценить роль и роль стратегии и тактики, применяемых при лечении заранее диагностированных перитонеальных опухолей. перитонеальные небрюшинные опухоли и рецидивы на этапах диспансерного наблюдения. Экономическая эффективность научной новизны такова: применение мини-инвазивных технологий привело к экономии 1 790 000 сум на одного пациента за счет сокращения сроков пребывания больных в стационаре, снижения стоимости лекарственных средств. Такая экономия средств основана на сокращении продолжительности стационарного лечения, в основе которого лежит экономия затрат на медицинские услуги. Заключение: несмотря на клиническое наблюдение за больными, ранняя диагностика рецидивов забрюшинных новообразований наблюдается лишь у 9,8% больных. Для больных с забрюшинными опухолями разработанный нами метод наблюдения (приложение 1) является оптимальным, учитывает цитометрические и клинические характеристики опухоли, улучшает раннюю диагностику рецидива опухолевого процесса, тем самым влияя на исход опухоли. процесс. В 58,4% случаев забрюшинные неорганные опухоли были диагностированы случайно, что делает важным проведение тщательных профилактических исследований забрюшинного пространства, особенно при ультразвуковом исследовании заболевания. Также в процессе обучения и переподготовки кадров методам визуализации следует проводить отдельный курс по диагностике забрюшинных образований.

Третья научная новизна: впервые проведен системный анализ эффективности малоинвазивных хирургических методов в сочетании с химиотерапией и лучевой терапией для лечения опухолей забрюшинного пространства, доказавший, что он способен изменить подходы к лечению этого заболевания. группа заболеваний. Внедрение научной новизны:

Джизакский филиал Республиканского специализированного онкологического и радиологического научно-практического медицинского центра 15.10.2024. Приказ Сирдаринского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии №73/2024 от 15.10.2024. Приказ №77-Т/2024, Кашкадарьинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии от 02.10.2024. Приказ №84-Т/2024 и Бухарскому филиалу Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии от 14.10.2024. Оно введено в практику приказами № 120/2024. Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем: малоинвазивные хирургические методы в сочетании с химиотерапией и лучевой терапией позволяют повысить эффективность лечения больных. Экономическая эффективность научной новизны такова: при приоритетном использовании малоинвазивных вмешательств на инструментальную и лабораторную базу в среднем затрачивается 1 180 400 сумов. С учетом рекомендованных выше малоинвазивных операций пациентам годовой экономический показатель составляет 5 311 800 сумов. Выводы: Ранние послеоперационные осложнения встречались в два раза чаще у врачей, не имеющих опыта лечения опухолей брюшинного пространства, 7,7% против 3,1%, а поздние послеоперационные осложнения встречались в 3 раза чаще 11,5% против 4 %, в 36,5% случаев специалисты, не имеющие соответствующих Опыт оставил остаточную опухоль в послеоперационном периоде. В связи с этим необходимо подготовить программу обучения врачей абдоминальной онкологической хирургии и специалистов медицинской визуализации, специалистов по диагностике и лечению опухолей брюшинного пространства на курсах последипломного образования. Также в целях улучшения результатов диагностики и лечения больных с неорганными опухолями за брюшиной необходимо ввести в штат узкую специальность «Ретропареотолог».

Четвертая научная новизна: исследование было направлено на создание и внедрение стандартов диспансерного наблюдения, которые включали использование протоколов рутинного наблюдения и вмешательств на основе данных пациентов, что привело к повышению качества медицинской помощи и снижению частоты рецидивы. Внедрение научной новизны: Джизакский филиал Республиканского специализированного онкологического и радиологического научно-практического медицинского центра 15.10.2024. Приказ Сирдаринского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии №73/2024 от 15.10.2024. Приказ №77-Т/2024, Кашкадарьинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии от 02.10.2024. Приказ №84-Т/2024 и Бухарскому филиалу Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии от 14.10.2024. Оно введено в практику приказами № 120/2024. Социальная

эффективность научной новизны заключается в следующем: ретроспективная оценка практики ведения больных с перитонеальными перитонеальными опухолями позволяет оценить роль и роль стратегии и тактики, применяемых при лечении заранее диагностированных перитонеальных опухолей. перитонеальные небрюшинные опухоли и рецидивы на этапах диспансерного наблюдения. Экономическая эффективность научной новизны такова: при приоритетном использовании малоинвазивных вмешательств на инструментальную и лабораторную базу в среднем затрачивается 2 480 400 сумов. С учетом рекомендованных выше малоинвазивных операций пациентам годовой экономический показатель составляет 7 186 400 сумов. Заключение: после прохождения полного курса лечения рецидивирующих новообразований забрюшинного пространства треть пациентов (36,9%) оценивалась как практически здоровая. Около половины пациентов (45,7%) нуждались в периодическом медицинском наблюдении, симптоматической терапии или уходе. 14,9% больных были практически нетрудоспособны. 2,5% больных находятся на последнем этапе жизни. В лечении рецидивов забрюшинных неорганных опухолей эффективность восстановилась у 33,3% больных, инвалидность различной степени составила 63,1%.

Пятая научная новизна: внедрение многопрофильных бригад в процесс диспансерного наблюдения и лечения неорганных опухолей брюшины – новый этап в организации медицинской помощи, позволивший учесть мнения специалистов различных областей и оказывать всестороннюю помощь пациентам. Внедрение научной новизны: Джизакский филиал Республиканского специализированного онкологического и радиологического научно-практического медицинского центра 15.10.2024. Приказ Сирдаринского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии №73/2024 от 15.10.2024. Приказ №77-Т/2024, Кашкадарьинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии от 02.10.2024. Приказ №84-Т/2024 и Бухарскому филиалу Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии от 14.10.2024. Оно введено в практику приказами № 120/2024. Социальная эффективность научных инноваций проявляется в совершенствовании методов диагностики, хирургического лечения, купировании рецидивов и создании стандартов лечения, что повышает качество жизни и продолжительность жизни пациентов. Экономическая эффективность научных инноваций: лечение больных в стационарных условиях обычно обходится в среднем в 4 893 350 сумов. В этой сумме оперативное лечение, 2 дня реанимации и 5-7 дней койко-реанимации составляют 1 829 900 (431 300 + 1 398 600) сумов. С учетом лапароскопической операции в результате рекомендованного пациентам комплексного лечения годовой экономический показатель составляет 3 659 800 сум (на 2 больных). Заключение: необходимо более широкое применение мультивисцеральных вмешательств с дополнительной резекцией одного или нескольких органов и тканей, что

было выполнено в 44 (61,1%) комбинированных резекциях у 33 (45,8%) больных, что обеспечивает дополнительный радикализм в выполняемых операциях.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях в том числе на 2 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 17 научных работ, в том числе 12 журнальных статей, 5 из которых в республиканских, 7 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 158 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Обзор литературы**» представлен обзор литературы, посвященных изучению неорганных забрюшинных опухолей. Приведена история развития изучения НЗО, проанализированы методы диагностики, непосредственные и отдаленные результаты комбинированных, паллиативных, циторедуктивных хирургических вмешательств при НЗО, результаты комбинированного лечения.

Во второй главе диссертации «**Материал и методы**» представлены подробно описан дизайн исследования и методы обследования больных, включенных в него. В связи с чем мы свое исследование организовывали на ретроспективном анализе результатов обследования и лечения 348 больных с первичными (72 больных – 20,7%) и рецидивными (276 больных – 79,3%) неорганными забрюшинными опухолями (далее – НЗО) находившиеся под наблюдением в Самаркандском филиале РСНПМЦОиР МЗ РУз с 2010 по 2023 г.г. Женщин было 152 (43,7%), мужчин – 196 (56,3%). Средний возраст исследованных составил $48,2 \pm 1,4$ лет. Возраст больных варьировал от 18 до 79 лет.

Третья глава диссертации под названием «**Организация помощи больным с неорганными забрюшинными опухолями**». Как было изложено ранее группа исследования состояла из 72 (20,7%) первичных

больных и 276 (79,3%) больные с рецидивом НЗО. Всем больным в группе рецидивными опухолями в различные сроки до рецидива было проведено удаления НЗО (табл.1.).

таблица 1.

Распределение больных рецидивными опухолями в зависимости от длительности ремиссии до выявления рецидива.

| Длительность ремиссии | Количество больных | |
|-----------------------|---|------|
| | <i>Абсолютно е количество n=276</i> | (%) |
| до 6 месяцев | 13 | 4,7 |
| до 9 месяцев | 22 | 7,9 |
| до 12 месяцев | 26 | 9,4 |
| до 18 месяцев | 23 | 8,3 |
| до 24 месяцев | 25 | 9,1 |
| до 30 месяцев | 11 | 3,9 |
| до 36 месяцев | 7 | 2,5 |
| до 42 месяцев | 19 | 6,9 |
| до 48 месяцев | 18 | 6,5 |
| до 54 месяцев | 15 | 5,4 |
| до 60 месяцев и более | 97 | 35,1 |

Большинства опухолей злокачественной природы реализуют свой агрессивный потенциал первые 2,5 – 3,0 года. Как видим из приведенной таблицы данных у 43,5% больных рецидив возникла первые 30 месяцев (2,5 года) после завершения лечения, что требует особо тщательного обследования больных с НЗО с использованием высокотехнологических методов визуализации, первые три года после завершения лечения. Пятилетняя безрецидивная выживаемость составила 35,1%. Наши данные по выживаемости соответствует с данными других авторов. Таким образом мы не стремимся сравнить результаты проведенного нами лечения, а констатируем факт. Так как, мы даем себе полный отчет о невозможности стабильности показателей пятилетней выживаемости у различных авторов из различных стран при оценке результатов лечения НЗО. Так как, пятилетняя выживаемость при злокачественных опухолях, в частности при НЗО зависит не только от мастерства хирурга, но и от многих причин как гистологического разнообразия опухоли, анатомической локализации, распространенности и многих других факторов. Этот факт еще раз подтверждает, что при НЗО не только не разработаны единые критерии лечения, но и нет единой оценки результатов лечения.

Отсутствие патогномоничных признаков НЗО в ранних стадиях заболевания определяется или в запущенных стадиях, когда опухоль можно

непосредственно пальпировать через брюшную стенку (рис.1.) или диагноз устанавливается случайно, в момент исследования по поводу других заболеваний.



Рисунок 1. Деформация брюшной стенки при НЗО. а) Вид спереди, б) вид сбоку.

В нашем исследовании из 72 больных, НЗО выявлен у 39 больных (54,2%) случайно при проведении УЗИ по поводу других патологий как заболевания печени желчных путей, мочеполовой системы и др. В трех случаях (4,2%) диагноз был установлен с помощью МРТ исследования, в момент обследования по поводу предполагаемой заболевания позвоночника. В 30 (41,7%) случаях в результате целенаправленного поиска больных с жалобами на наличия припухлости в том или ином участке живота. Из 30 больных, которым диагноз был установлен в результате целенаправленного поиска, 11 больных последние 6 месяцев проходили различные методы исследования, в том числе и УЗИ, по поводу неопределенных болей в животе или в малом тазу, общий дискомфорт, различные нарушения пищеварения, но наличие опухоли в забрюшинном пространстве не было выявлено.

Среди методов визуализации НЗО самым доступным, неинвазивным и простым при выполнении является ультразвуковое исследование. Все больные на первом этапе обследования проходили **УЗИ** органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства, органов средостения, а также зон регионарного лимфатического метастазирования. При УЗИ не только констатировалась факт наличия опухоли, но и определялась размер опухоли, локализация, отношение к соседним органам, наличие и степень инвазии полым органам, состояние регионарных и периферических лимфатических узлов. при необходимости можно провести УЗ доплерографию для выяснения отношении опухоли к сосудам (рис.2.).

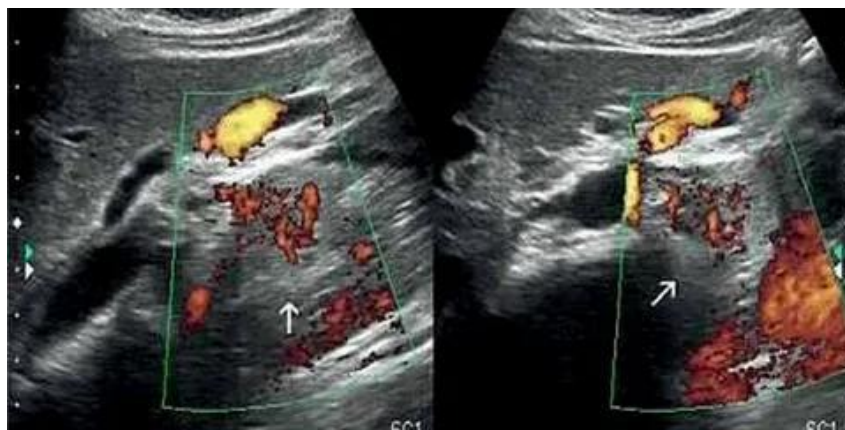


Рисунок 2. УЗИ забрюшинной опухоли, с доплерографией. Имеется инвазия опухоли забрюшинного пространства к нижней полой вене на протяжении 3 см.

Для представления целостной картины патологического процесса также проводили *КТ и МРТ* исследования (рис.3, 4.).

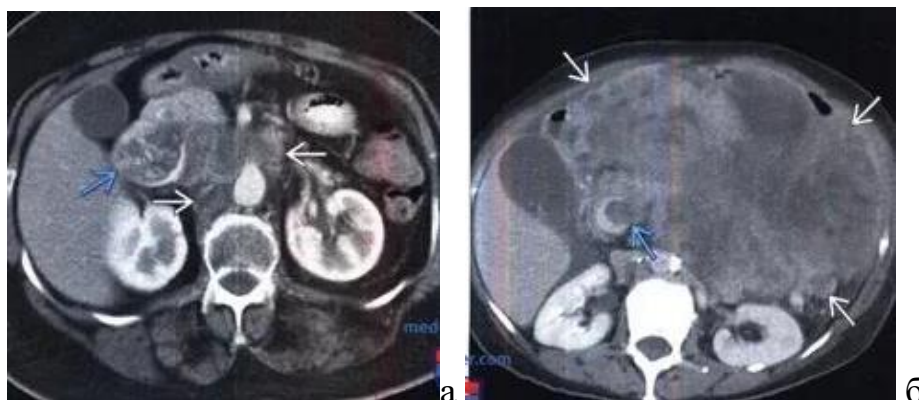


Рисунок 3. КТ картина фибросаркомы (а) и липосаркомы (б) забрюшинного пространства.

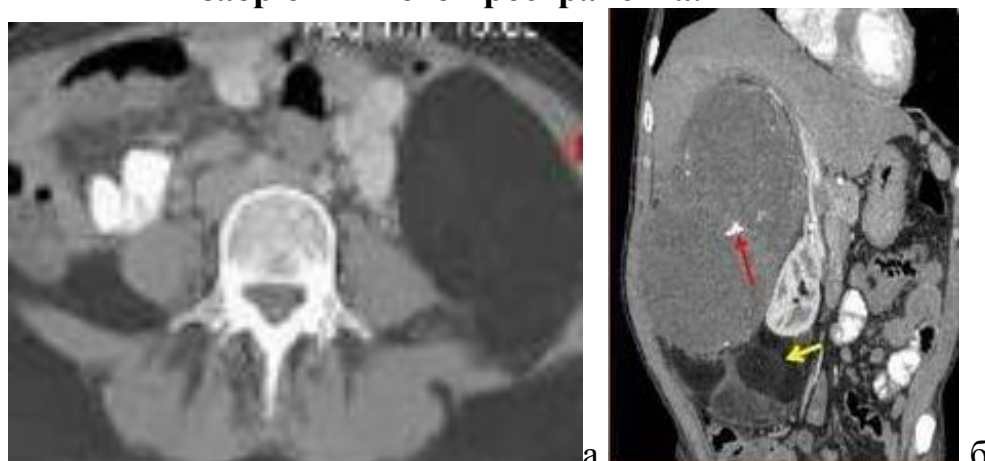


Рисунок 4. МРТ липосаркомы забрюшинного пространства. а) продольный, б) сагиттальный срез.

Рентгенологический метод использовали для обследования легких на предмет сопутствующих заболеваний, а также на наличие или отсутствие метастатических поражений.

Эндоскопические методы исследования в диагностике забрюшинных опухолей, как и рентгенологический использовали для исключения первичного поражения внутренних органов, а также установления вторичного вовлечения их в процесс за счет прорастания извне. Для диагностики НЗО у 31 больных (8,9%%) применение лапароскопии, с помощью которой удастся выявить расположение опухоли и диагностировать метастатическое поражение органов брюшной полости, но особого преимущества перед другими методами диагностики лапароскопии при НЗО не выявили.

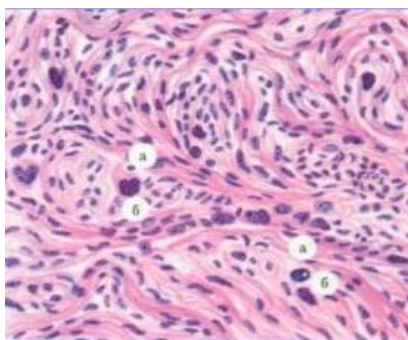
Далее мы представляем распределение больных с НЗО по гистологическому типу опухолей (табл.2).

Таблица 2.

Распределение больных НЗО в зависимости от гистологической структуры опухоли

| Морфологический тип опухоли | Количество больных |
|--|---------------------------|
| Опухоли мезодермального происхождения: | n=162 (46,55%) |
| Опухоли из жировой ткани | 37 (22,84%) |
| Опухоли из соединительной ткани | 36 (22,22%) |
| Опухоли из элементов сосудистой стенки | 28 (17,28%) |
| Опухоли из мышечной ткани | 27 (16,67%) |
| Опухоли из первичной мезенхимы | 19 (11,73%) |
| Смешанные варианты | 15 (9,26%) |
| Опухоли нейрогенного происхождения: | n=70 (20,11%) |
| Из периферических нервов | 21 (30,00%) |
| Из симпатических ганглиев | 35 (50,00%) |
| Из хромаффинной ткани вненадпочечниковой локализации | 14 (20,00%) |
| Опухоли из эмбриональных остатков закладки уrogenитального тракта: | n=65 (18,69%) |
| Хорионкарцинома, | 19 (29,23%) |
| Мезонефрома | 24 (36,92%) |
| Внегонадная семинома. | 22 (33,85%) |
| Опухоли из эмбриональных остатков одного, двух или всех трех зародышевых листков: | n=51 (14,65%) |
| Тератомы | 33 (64,71%) |
| Мезотелиомы | 3 (5,88%) |
| Кисты: дермоидные, энтерогенные и т.д. | 15 (29,41%) |

Низкодифференцированные же опухоли (рис.5) имеют высокий злокачественный потенциал, быстро растут и развиваются, рано начинают генерализоваться по кровеносным и лимфатическим сосудам. Но при этом данные опухоли хорошо поддаются воздействию цитостатиков и радиации. Из-за высокого потенциала, после специализированных методов, при недостаточности подведенной дозы радиации или лекарственных средств, быстро восстанавливаются и продолжают свою прогрессию.

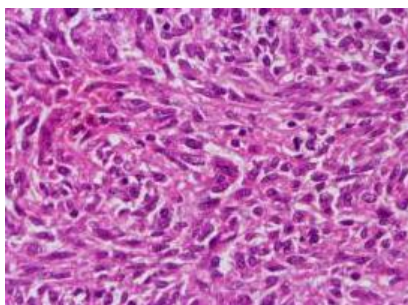


**Рисунок 5. Дифференцированная фибросаркома
(низкозлокачественная).**

Окраска Г-Э. (x480) Опухоль состоит из клеток типа фибробластов, которые вместе коллагеновыми волокнами образуют пучки, имеющие неправильное расположение (а). Встречаются крупные опухолевые клетки с одним или несколькими уродливыми гиперхромными ядрами.

Степень злокачественности сарком мягких тканей оценивали по системе FNCLCC (Federation Nationale des Centers de Lutte Contre le Cancer Sarcoma Group) с учётом трёх показателей:

- 1) выраженность и степень дифференцировки опухоли,
- 2) показатель пролиферативной активности мягкотканых опухолевых клеток,
- 3) наличие и степень выраженность некрозов в ткани опухоли.



**Рисунок 6. Низкодифференцированная фибросаркома.
(высокозлокачественная).**

Окраска Г-Э. (x480) Опухоль состоит из клеток типа фибробластов, в большом количестве встречаются крупные опухолевые клетки с одним или несколькими уродливыми гиперхромными ядрами (рис. 6).

До настоящего времени отдельной классификации для НЗО не разработана. Основная доля злокачественных опухолей классифицируются в согласно с TNM классификации для сарком мягких тканей. Из-за того, что НЗО относятся к глубоко локализованным опухолям, часто диагностируется при наибольшем размере более 5 см. Потому и стадирование НЗО начинают с размера опухоли 5 см. соответствующий критерию T1b. Опухоли менее 5 см. оцениваются как T1a, но, к сожалению, не только в наших наблюдениях, но и в публикациях ведущих клиник мира мы не смогли найти данные

посвященной диагностике и лечению НЗО соответствующей данной категории.

Наиболее часто больным диагноз был установлен (больные обращались за помощью) во T2b размерах первичной опухоли (74,4%). Поражение лимфатических узлов при завершении исследования были обнаружены у 50,9% больных, отдаленные метастазы выявлены почти у каждого десятого (8,9%) больных. При обобщении данных и распределении больных по стадиям у большинства больных процесс уже находилась в завершающей стадии.

Как видим из приведенной в таблице данных около 60% больных был диагностирован четвертая стадия опухолевой патологии. Первая стадия процесса выявлена у 41 (11,8%) больных, вторая у 38 (10,9%) и третья стадия у 61 (17,5%). Причиной этого является глубокое расположение опухоли, отсутствие патогномоничных признаков НЗО, малая онкологическая настороженность по отношению опухолей данной локализации и многое другое. У 213 больных опухоль имела высокую степень злокачественности (61,21%).

Из-за того, что НЗО диагностируются чаще в поздних стадиях, когда опухоль занимает обширную площадь забрюшинного пространства классификация по анатомической локализации затруднено. В зависимости от анатомической локализации выбирается хирургический доступ. В связи с этим мы условно распределили больных по анатомической локализации с опухолями верхнего этажа (с диафрагмы до верхнего полюса почек), среднего этажа (от верхнего полюса почек до бифуркации аорты) и тазовой зоны (ниже бифуркации аорты) забрюшинного пространства.

У больше половины всего контингента больных (54,6%) опухоль располагалась в средних отделах забрюшинного пространства. В верхнем этаже опухоль локализовалась у 71 (20,4%) больных и в тазовой зоне у 87 (25%) больных.

Основным методом лечения больных высокодифференцированными НЗО являлась хирургический метод, который был проведен у всех 348 больных (100%), находящихся под нашим наблюдением. Как было изложено ранее из 348 больных 276 (79,3%) больных были с рецидивными опухолями НЗО.

Максимально выбирали оптимальный оперативный доступ, обеспечивающий полноценную ревизию брюшной полости и забрюшинного пространства, что давало возможность свободной манипуляции с опухолью и соседними органами и магистральными сосудами.

Удаление опухоли проводили после превентивного выделения проксимальных и дистальных отрезков сосудов и мочеточников, которые фиксировались взятием их на турникеты.

Выделение опухоли производили центростремительно в направлении с периферии к центру с диссекцией и с поэтапным выделением опухоли в доступных местах и последующим смещением образования для облегчения доступа к труднодоступным участкам.

Задней поверхности опухоли выделяли с особой осторожностью, так как обычно данная манипуляция выполняется без зрительного контроля и сопровождается частыми осложнениями, как кровотечение, ранение внутренних органов и т.д.

После завершения основного этапа и удаления опухоли брали куски от нормальных тканей для гистологического исследования краев отсечения опухоли.

Кроме хирургического удаления некоторым больным в зависимости от чувствительности опухолей проводили адьювантные методы лечения (табл.3).

Таблица 3.

Распределение больных с НЗО в зависимости от проведенного метода лечения.

| Метод лечения | Количество больных | % |
|------------------------------|--------------------|-------|
| Хирургическое лечение | 348 | 100 |
| Химиотерапия | 296 | 85,06 |
| Лучевая терапия | 52 | 14,94 |

Комбинированное и комплексное лечение с полихимиотерапией как в неoadьювантном, так и в адьювантном режимах проводили у 296 (85,1%) больных с рецидивными и низкодифференцированными опухолями.

Из-за сложности анатомической локализации лучевую терапию старались провести на линейном ускорителе РНПМЦОиР г. Ташкента (рис.7).



Рисунок 7. Лучевая терапия на линейном ускорителе.

После условно радикальных и паллиативных операций при любой степени злокачественности опухоли или с рецидивными опухолями у 52 (14,9%) больных проводили лучевую терапию на остаточную опухоль или ложе опухоли в СОД 60 - 64 Гр в режиме классического фракционирования. Предоперационная лучевая терапия в нашем исследовании не было проведено.

Учитывая анатомическую локализацию опухоли, преимущественным доступом для хирургического лечения, при локализации опухоли в средних отделах у 190 (54,59%) больных являлась срединный лапаротомный, при локализации опухоли в верхних этажах брюшинного пространства у 45

(12,9%) больных в основном использовали торакофренолапаротомию, при небольших опухолях верхнюю срединную лапаротомию (у 26 больных - 7,5%), при тазовом расположении опухоли у 49 больных (14,1%) использовали нижнюю срединную лапаротомию или сочетанный нижняя лапаротомия с промежностным доступом (38 больных – 10,9%).

Нами было проведено следующие варианты операций:

- Радикальные (отсутствие микроочагов опухолевого роста в краях отсечения новообразования от нормальных тканей).
- Условно радикальные операции (наличие микроочагов опухолевого роста в краях отсечения новообразования от нормальных тканей).
- Паллиативные операции (наличие макроскопически определяемой резидуальной опухоли).
- Циторедуктивные операции – любая операция на первичном очаге при наличии отдаленных метастазов.
- При наличии верифицированных метастазов в регионарных лимфатических узлах выполняли подвздошно-парааортальную лимфодиссекцию (табл. 4.).

Таблица 4.

Распределение больных с НЗО в зависимости от радикальности проведенных оперативных вмешательств.

| Тип операции | Количество больных | % |
|----------------------------|--------------------|--------------|
| Радикальная | 176 | 50,57 |
| Условно радикальная | 94 | 27,01 |
| Паллиативная | 47 | 13,51 |
| Циторедуктивная | 31 | 8,91 |
| Лимфодиссекция | 157 | 45,11 |

Радикальное хирургическое лечение, с удалением всех видимых очагов опухоли до чистоты краев раны провели у 176 (50,6%) больных. В 94 (27%) случаях при гистологическом исследовании краев раны были обнаружены микроскопические опухолевые скопления. В 47 (13,5%) случаях опухоль плотно прорастал в соседние органы делающий невозможным полного ее удаления, в связи с чем было проведено паллиативное хирургическое вмешательство. В 31 (8,9%) случаях несмотря на относительно радикальное удаление первичной опухоли, наличие отдаленных метастазов вынудила признать операцию циторедуктивным. Для повышения радикальности проведенных операций на после полного (радикального и условно радикального) удаления первичного очага 157 (45,1%) больным выполнили подвздошно-парааортальную лимфодиссекцию.

В наших наблюдениях у 184 больных (52,9%) случаях для повышения радикальности хирургических вмешательств были произведены мультвисцеральные хирургические вмешательства. Основными компонентами комбинированного мультвисцерального вмешательства были: тонкая и толстая кишка и их брыжейки, печень, селезенка, почки,

мочеточники, передние и боковые стенки живота, магистральные сосуды, яичники, мочевого пузыря, поджелудочная железа и другие.

Наиболее часто (10,3%) было проведено комбинированная резекция петель толстого и тонкого кишечника, а также частичная резекция печени (7,8%) и спленэктомия (6,6%). Пластические операции были произведены в 6,9% случаях, из них у 13 (3,7%) больных после резекции мочеточника и у 11 (3,2%) после резекции аорты и ее ветвей. Операция на почках было выполнено в 20 (5,6%) случаях, из них у 17 (4,9%) была выполнена нефрэктомия в 3 (0,9%) случаях частичная резекция почки. Резекция передней или боковых стенок живота с последующей пластикой местными тканями было выполнено в 12 (3,5%) случаях. Резекция яичников выполнено у 16 (4,6%) больных, из них в 2 (0,6%) случаях выполнено двухсторонняя овариоэктомия, 9 (2,6%) случаях односторонняя овариоэктомия и в 5 (1,4%) случаях частичная резекция яичников. Резекция стенок мочевого пузыря выполнено у 14 больных (4%). Комбинированная операция с вовлечением в компонент удаления в 5 (1,4%) случаях вошли хвост поджелудочной железы, в 4 (1,1%) случаях было выполнено плоскостная резекция поджелудочной железы оментопанкреатопексией. Другие операции – 2 (0,6%) случая резекции надпочечников, и в 1 (0,3%) случае резекция стенки прямой кишки.

Химиотерапию проводили одним из следующих схем:

- AD: доксорубицин 60 мг/м² внутривенно в течение 20-30 мин в 1-й день; дакарбазин 750 мг/м² внутривенно в течение 15-30 мин в 1-й день; интервал между курсами 3 недели.
- DI: доксорубицин 50 мг/м²/день внутривенно в течение 20-30 мин в 1-й день; ифосфамид 5000 мг/м²/день внутривенно после введения доксорубицина в течение 24-х часов в 1-й день; месна 600 мг/м² внутривенно в течение 5-10 мин до введения ифосфамида, затем 2500 мг/м² внутривенно в течение 24-х часов одновременно с введением ифосфамида и 1250 мг/м² в течение 12 ч после окончания введения ифосфамида на фоне гидратации 2 л/м²/день 1-2 дни; интервал между курсами 3 недели.
- CyVADIC: циклофосфамид 500 мг/м² внутривенно в течение 20-30 мин во 2-й день; винкристин 1мг/м² (максимально - 2 мг) внутривенно в 1-й, 8-й и 15-й дни; доксорубицин 50 мг/м² внутривенно в течение 20-30 мин в 1-й день; дакарбазин 250 мг/м² внутривенно в течение 15-30 мин с 1 по 5 дни; интервал между курсами 3-4 недели.
- Доксорубицин 75 мг/м² внутривенно в течение 20-30 мин каждые 3 недели (до суммарной дозы 550 мг/м² или развития химиорезистентности) (табл.5).

Таблица 5.

Распределение больных с НЗО в зависимости от проведенной схемы полихимиотерапии.

| Схема ПХТ | Количество больных | % |
|-----------|--------------------|--------------|
| AD | 93 | 26,72 |
| DI | 104 | 29,89 |

| | | |
|---------------------|------------|--------------|
| CYVADIC | 62 | 17,82 |
| Доксорибуцин | 89 | 25,57 |
| Итого | 296 | 85,06 |

Каждый третий больной (29,9%) получал курсы ПХТ по схеме DI, по схемам AD и монокимиотерапию с доксорибуцином получили половина больных, 26,7% и 25,6% соответственно. Только 17,8% больным было проведено ПХТ по схеме CyVADIC.

В 52 случаях ПХТ сочетали радикальным курсом облучения. При этом лучевую терапию проводили как до (11 – 3,2%), так и после (41 – 11,7%) ПХТ. Учитывая большой объем облучения, токсические проявления облучения из-за попадания в поле облучения петель кишечника, подводимую на очаг дозу ионизирующего излучения, в момент проведения химиотерапии облучение не проводили.

Оценку результатов проведенного лечения НЗО находящиеся под нашим наблюдением больных проводили через четыре недели после окончания полного курса лечения по рекомендации ВОЗ (Брюссель 1979 г.) (табл. 6).

Таблица 6.

Классификация ВОЗ (Брюссель 1979 г.) оценке непосредственного результата лечения.

| Непосредственный эффект | Определение |
|--------------------------------|--|
| Полный эффект | Исчезновение всех опухолевых образований, определяемое двумя обследованиями с интервалом не менее 4 недель. |
| Частичный эффект | Уменьшение всех измеряемых опухолей на 50% или более, определяемое двумя обследованиями с интервалом не менее 3 недель. |
| Без эффекта | Уменьшение опухолей менее чем на 50%, но более 25%. |
| Прогрессирование | Уменьшение размеров опухоли менее 25% или опухоль остается без изменения размеров или появление новых опухолевых очагов. |

Для определения эффективности проведенных адъювантных методов химио терапии и облучения использовали УЗИ, КТ исследования. Для оценки данной ситуации не применяли МРТ исследование, так как, при данном исследовании множественные артефакты мешают правильной оценки ситуации. В 31 (8,9%) случаях после условно радикальных операций для оценки эффективности лечения больным провели ПЭТ – КТ исследование, но

результаты данного исследования мы не включили для оценки непосредственного эффекта, так как, до настоящего времени в литературе нет конкретных указаний объективности данных этого исследования в раннем послеоперационном периоде.

Также всем больным после завершения лечения оценивали «Качество жизни» по общепринятой шкале доктора Карновского (табл. 7).

Таблица 7.

Шкала оценки качества жизни Карновского

| Баллы | Описание |
|-------|--|
| 90 | Нормальная активность, минимальная симптоматика; периодически болевой синдром. |
| 80 | Нормальная активность с усилием, некоторые симптомы; Стойкий астенический синдром. |
| 70 | Заботится о себе, не способен вести нормальную жизнь; |
| 60 | Нуждается в периодической помощи; |
| 50 | Нуждается в значительной помощи и уходе; |
| 40 | Беспомощен, нуждается в специальной помощи и уходе; |
| 30 | Серьезно недееспособен, нуждается в госпитализации; |
| 20 | Очень болен, необходим активный поддерживающий уход; |
| 10 | Умирующие; Полиорганная недостаточность. Терминальные состояния, отказ от активной реанимации. |

Клинико-статистического анализ результатов лечения, рассматривали на основании трех важнейших типа таблиц сопряженности:

1. Зависимость исхода от первичного объема лечения.
2. Зависимость исхода заболевания от адъювантных методов лечения.
3. Зависимость исхода заболевания от клинико – биологических особенностей ОНЗ.

Доказательная основа медицинской статистики составили непараметрический (ранговый) корреляционный анализ по методу Кэндалла (R_k); факторный анализ, критерий Стьюдента – Фишера, и критерий относительного риска (RR и $1/RR$). Было определено медиана безрецидивного выживания и общая выживаемость.

Статистическая достоверность рассчитанных критериев будут определены с использованием показателей степени свободы и таблицы критических значений (p). Для статистики различия будут приняты четыре основных уровня достоверности: высокий - $p < 0.001$, средний $p < 0.010$, низкий (предельный) $p < 0.050$, незначимый (недостоверный) - $p > 0.0050$.

Для решения данных проблем, мы провели следующие организационные мероприятия: 1. Назначили врача-хирурга абдоминального онколога («ретропареотолог»), ответственный за раннего выявления больных, контроль качества лечения и наблюдения. 2. Подготовили специалиста по УЗИ, ответственный за точности и своевременности диагностики патологии брюшинной зоны.

За 5 лет было проведено 54 выездов на районы, в 20 выездах участвовал подготовленный специалист по УЗИ, в остальных 34 участвовали другие врачи по УЗД. Было осмотрено 23 494 людей обоих полов, возрасте от 18 до 75 лет. Было выявлено 17 больных с НЗО. Выявление НЗО не подготовленным специалистом составил всего 0,043% от количества осмотренных пациентов, у подготовленного специалиста по УЗД был 2,79 раз больше и составил 0,12%. Из 276 больных 52 больных были оперированы высококвалифицированными хирургами без специальной подготовки, 224 «ретропареотологом». Если при выполнении хирургического вмешательства у не подготовленного, но специалиста высокой квалификации, медиана появления рецидивов составил 19,8 месяцев, у «ретропареотолога» средние сроки развития локального рецидива составил 24,7 месяцев. Ранние послеоперационные осложнения встречались у не подготовленных врачей два раза больше и составил 7,7% против 3,1%, поздние на три раза больше 11,5% против 4%. Послеоперационная летальность составили при выполнении операции «ретропареотологом» 1,8%, абдоминальным хирургом 3,9%. После хирургического вмешательства у подготовленных врачей у каждой пятой больной оставалась резидуальная опухоль (19,2%), у не подготовленных специалистов это цифра составила 36,5%.

Существующая схема наблюдения за больными после лечения НЗО является не эффективной, так как, из-за различного гистологического строения опухолей забрюшинной зоны, опухоли имеют различные потенциалы и сроки развития рецидивов. На основании изучения злокачественного потенциала опухоли, включающий скорость роста, частоту метастазирования мы разработали схему наблюдения за больными с НЗО после лечения. Нами было в сравнительном аспекте, используя коррелятивные методы анализа, изучен степень злокачественности в соответствии системой FNCLCC и ее связь частотой и сроки рецидивированию опухоли. Несмотря на морфологическую идентичность опухолей, сроки возникновения рецидивов имели выраженные коррелятивную различие ($\chi^2 = 4,026$; при второй степени свободы, $p < 0,005$) в зависимости от степени злокачественности опухоли.

Учитывая данный факт, мы каждому больному составили индивидуальный план диспансерного наблюдения, учитывающий степень злокачественности опухоли выявленного у конкретного больного.

Разработанную схему наблюдения за пролеченными больными НЗО апробировали у ограниченного количества больных с рецидивами НЗО (31 из 72 основная группа), которую ретроспективно сравнивали с больными (130 пациентов контрольной группы) с рецидивными опухолями.

При сравнении по степени свободы $K=2$, разница в сравниваемых величинах оказалась достоверной ($p=0,95$) и высоко достоверной ($p=0,9995$). Если в основной группе, где было использовано разработанная нами схема наблюдения рецидив опухоли 74,2% случаях диагностировалась, когда опухоль имел всего объем до 45 мм³ (~3,5х3,5х3,5 см), то в контрольной

группе доля таких случаев составил всего 10,8%. В основной группе диагностика больших размеров опухоли объемом более 125 см³ (~5х5х5 см) не было, тогда как, в контрольной группе случаев более 125 см³ опухоли диагностировалась больше половины случаев (62,3%).

Третья глава диссертации «Организация помощи больным с неорганными забрюшинными опухолями». Нами было в сравнительном аспекте, используя коррелятивные методы анализа, изучены цитометрические и клинические показатели опухоли у 73 больных после радикального и условно радикального лечения. При этом степень злокачественности был изучен в соответствии системой FNCLCC, I степень — 2—3 балла, II степень — 4—5 баллов, III степень — 6—8 баллов (рис.8. а,б,в; табл.8).

Таблица 8.

Распределение опухолей в зависимости от скорости развития рецидивов с цитометрическими и клиническими показателями опухоли (n=73).

| Степень злокачественности опухоли | Время удвоения размеров опухоли (дней) | Скорость развития рецидива (мес.) | χ^2 | $P <$ |
|--|---|--|----------------------------|----------------------------|
| I СТЕПЕНЬ | 49,4±3,3 | 38,6±4,5 | 4,012 | 0,005 |
| II СТЕПЕНЬ | 31,1±4,7 | 24,2±3,9 | 3,971 | 0,005 |
| III СТЕПЕНЬ | 19,9±4,3 | 13,2±1,3 | 4,039 | 0,005 |
| ИТОГО | 33,5±4,1 | 25,3±3,2 | 4,026 | 0,005 |

Несмотря на морфологическую идентичность опухолей, сроки возникновения рецидивов имели выраженные коррелятивное различие ($\chi^2=4,026$; при второй степени свободы, $p < 0,005$) в зависимости от степени злокачественности опухоли.

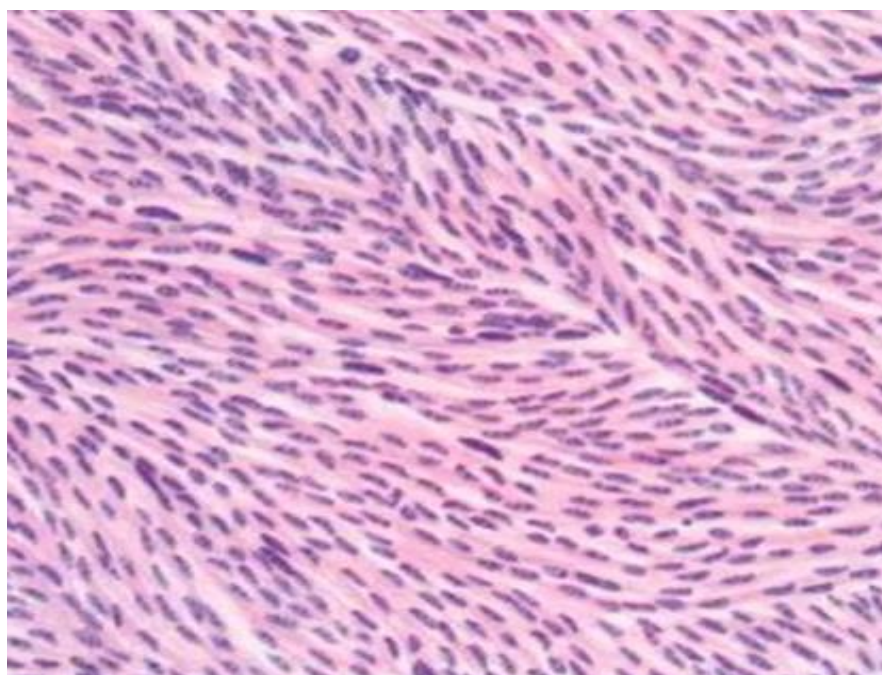
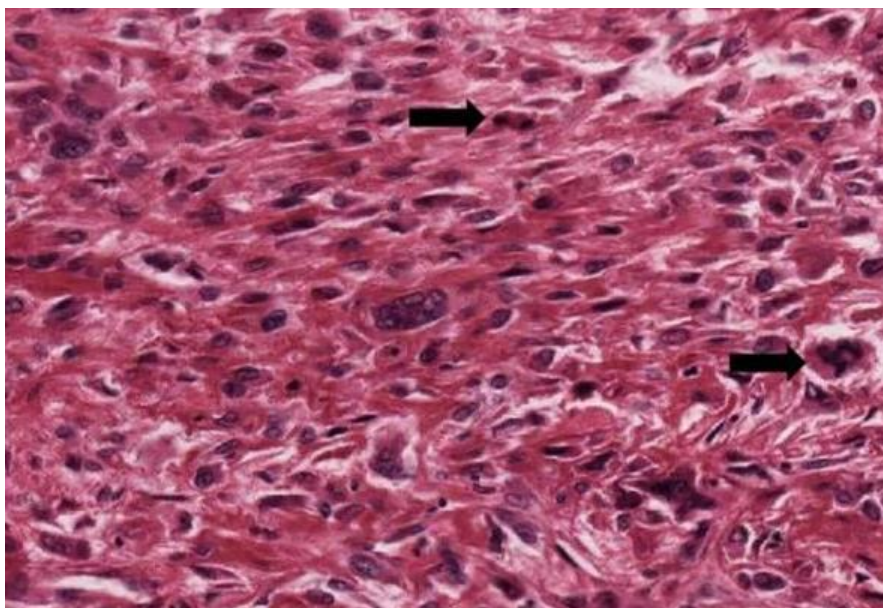
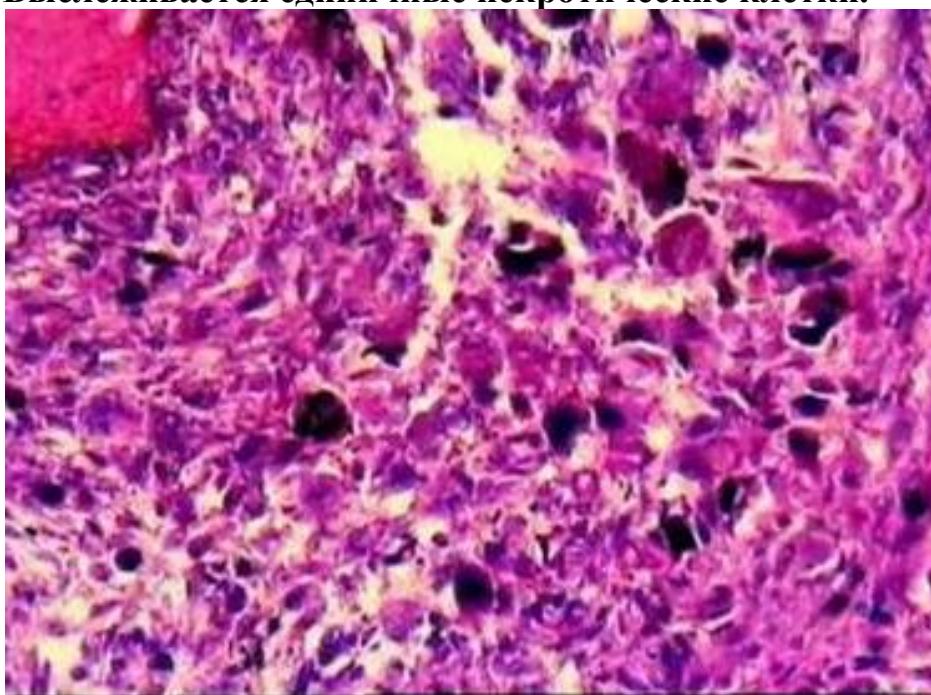


Рисунок 8. а) Саркома 1 степени злокачественности. Клетки хорошо дифференцированные низкая пролиферация и отсутствие некроза ткани.



б) Опухоль умеренной атипией и пролиферативной активностью. Выслеживаются единичные некротические клетки.



в) Саркома 3 степени злокачественности. Отмечается атипия, выраженная пролиферация и некроз тканей.

Четвертая глава «Клинические особенности рецидива неорганных забрюшинных опухолей». Результаты исследования излагаемый в данной главе основано на ретроспективном анализе данных 276 больных с рецидивами НЗО, ранее получившие полный курс лечения с удовлетворительным результатом. Больные, у которых непосредственный

эффект после первичного лечения был оценен как – без эффекта или прогрессирование для корректности статистического анализа, в исследование не были включены (табл. 9).

Таблица 9.

Распределение больных включенных для ретроспективного анализа в зависимости от результатов лечения по классификации ВОЗ (Брюссель 1979 г.) оценки непосредственного результата лечения.

| НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ ЭФФЕКТ | КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ | |
|--------------------------------|---------------------------|--------------|
| | <i>Абс.</i> | <i>%</i> |
| ПОЛНЫЙ ЭФФЕКТ | 243 | 88,04 |
| ЧАСТИЧНЫЙ ЭФФЕКТ | 33 | 11,96 |
| БЕЗ ЭФФЕКТА | - | - |
| ПРОГРЕССИРОВАНИЕ | - | - |
| ИТОГО | 276 | 100 |

Из 276 больных у 243 (88%) больных на основании проведенных исследований после хирургического, лекарственного и лучевого метода лечения, непосредственный эффект был оценен как полный, у 33 (12%) был оценен как частичный. Если при включении в группу исследования больных полным непосредственным эффектом не было никаких преград, каждого больного с частичным эффектом, тщательно разбирали для включения в группу исследования.

Лечение опухолей брюшной полости проводили согласно разработанной РНПМЦОиР и утвержденной МЗ РУз протоколу по диагностике и лечению онкологических больных. Учитывая, что все больные ранее получали тот или иной метод лечения, при составлении плана лечения учитывали опыт предыдущего лечения. У большинства больных некоторые методы специализированного лечения или уже исчерпали свои возможности, или предыдущий опыт оказалась безуспешной.

Остается открытым и вопрос, какой тактике дать предпочтение при выявлении рецидива - активное наблюдение, повторное хирургическое лечение или химиолучевая терапия?

В таких случаях лечение ограничивалось проведение только одного из возможных методов специализированного лечения (табл.10).

Брюшное пространство после проведения хирургического лечения плотно запаивается рубцовой тканью. В связи с чем повторные хирургические вмешательства в брюшном пространстве становятся более сложным и травматичным. При повторных операциях в данной анатомической зоне, за счет рассечения спаечного процесса кровопотеря повышается на порядок выше, чем при первичных вмешательствах. В связи с чем, подготовка к повторным операциям требует более ответственного подхода и более высокой хирургической квалификации.

Таблица 10.

Распределение больных с рецидивом НЗО в зависимости от проведенного лечения.

| МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ | АБСОЛЮТНОЕ КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ | % |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ | 184 | 66,67 |
| ЛЕКАРСТВЕННОЕ | 251 | 90,94 |
| 2 КУРСА | 46 | 16,67 |
| 4 КУРСА | 62 | 22,46 |
| 6 КУРСОВ | 143 | 51,81 |
| ЛУЧЕВОЕ, ИЗ НИХ: | 31 | 11,23 |
| РАДИКАЛЬНОЕ | 14 | 5,07 |
| ПАЛЛИАТИВНОЕ | 17 | 6,16 |
| КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ | 39 | 14,13 |
| КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ | 27 | 9,78 |

Как видно из данных приведенной в таблице, хирургическое лечение было проведено у 66,7% больных. У каждой третьей больной (33,3%) имелись серьезные противопоказания к проведению хирургического лечения. Основными из них массивные прорастания опухоли в окружающие ткани при исчерпанном лимите мультивисцеральных вмешательств и общее соматическое состояние делающий травматичный хирургический подход не совместимой жизнью.

Пятая глава «**Результаты лечения проспективного анализа больных с НЗО**». Развитие клинической медицины связана постоянным обобщением и анализом предыдущего опыта приобретенный в процессе лечебной работы врача. Анализ результатов ретроспективного анализа легли на основу разработки лечебной тактики 72 первичных больных с неорганными опухолями брюшинного пространства излагаемой в данной главе.

Сложность хирургии брюшинного пространства заключается в нестандартности оперативного пособия, не разработанности критериев лечебных вмешательств, сложное разнообразие клинко – анатомических вариантов.

Как было утверждено ранее до настоящего времени брюшинную опухоль часто определяют интраоперационно, осуществляемой по поводу ложного диагноза опухолей брюшной полости, малого таза и др. В некоторых случаях ошибочная клиническая оценка данных обследований расценивается во все как обычное хирургическое заболевание (брюшинный абсцесс, инфильтрат, гематома, грыжа, кишечная непроходимость, аппендицит). Нестандартная ситуация во время операции возникший вследствие ошибочного диагноза, приводит к тому, что выявленная брюшинная опухоль часто не расценивается как не резектабельным и не удаляется, больной признается инкурабельным и отказывается в специальном противоопухолевом лечении.

Этот факт еще раз подтверждает, что, обследование и лечение больных с НЗО надлежит провести только в крупных и хорошо оснащенных онкологических центрах при наличии высококвалифицированных хирургов (ретропареотологов), имеющих техникой операции органах брюшной полости, мочевыводящих и гинекологических органах, также владеющий техникой сосудистой хирургии.

Единственным методом, дающий шанс больному на излечение от забрюшинной опухоли, является радикальное хирургическое вмешательство. Анализ проведенной ранее архивных данных и обобщение предыдущего опыта, показал, что, несмотря на выполнение радикального хирургического лечения пятилетняя выживаемость составляет всего 46%.

В связи с этим, обобщая собственный и зарубежный опыт, используя методологию формальной логики, мы разработали и апробировали рабочую тактику лечения рецидивов НЗО.

При разработке тактики лечения мы старались учитывать весь тот потенциал опухоли, который приводил к раннему рецидиву. В результате мы разработали проект протокола для апробации и собственного применения.

Предлагаемый протокол выглядит следующим образом:

Проводить лечение только после морфологической верификации опухолевого образования и установления степени ее дифференцировки.

- **Методом выбора при НЗО является хирургический.** При выполнении оперативного лечения необходимо максимально радикальное удаление опухоли, для чего при показаниях применяют мультивисцеральные резекции.

- При низкодифференцированных (высокозлокачественных) опухолях необходимо проводить исключительно комбинированное и комплексное лечение.

- При первично-нерезектабельных высокозлокачественных опухолях в необходимо проводить предоперационную лучевую терапию в СОД 40-46Гр в режиме классического фракционирования.

- После условно радикальных и паллиативных операций при любой степени злокачественности образования необходимо провести лучевую терапию на остаточную опухоль или ложе опухоли в СОД 70 Гр в режиме классического фракционирования (с учетом ВДФ если проводилась предоперационная лучевая терапия).

- В послеоперационном периоде, при морфологических типах опухоли имеющий высокую чувствительность к химиолучевой терапии, немедленно начинать и провести 6 - 8 курсов химиотерапии, провести контрольное обследование.

При наличии резидуальных опухолей или метастатических узлов:

- Уменьшении объема опухоли под воздействием цитостатиков после 2 курсов ПХТ 50% и более, является показанием к продолжению лечения до 6 – 8 курсов. Если после смены схемы ПХТ резистентность к химиотерапии сохраняется, лекарственное лечение необходимо прекратить.

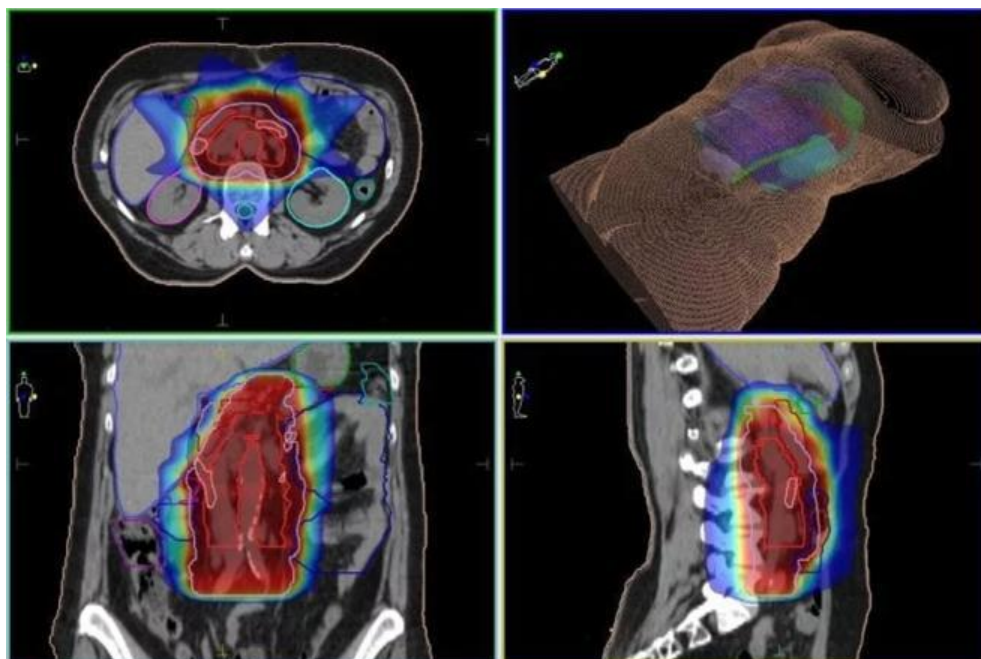


Рисунок 9. Планирование конформной лучевой терапии забрюшинной зоны.

Ранние послеоперационные осложнения встречались 20,8% больных, у 8,3% наблюдались поздние осложнения. Если после условно радикальных вмешательств осложнения наблюдались только в десяти процентов случаев, то после радикальных операций возросло до 20,0%, после мультивисцеральных вмешательств у каждой четвертой больной наблюдались те или иные осложнения (рис. 9).

Сорока пяти больным (62,5%) была проведена полихимиотерапия. Схему выбирали в зависимости от гистогенеза опухоли, от ее степени злокачественности и в зависимости от общего состояния больных, резервов его иммунобиологических сил.

Облучение 66,7% случаях проводили в линейном ускорителе, что дал нам возможность подвести запланированную дозу в два этапа, с не большими побочными нарушениями и осложнением. 33,3% были облучены на кобальтовой установке. Из-за развития побочных эффектов в виде лучевого энтероколита, ректосигмоидита, цистита, лечение было приостановлено при достижении дозы от 40 – 60 Гр.

Лечение первичного НЗО, восстановила работоспособность у 49,3% больных, инвалидизация различной степени составил 49,3%.

В момент анализа результатов данного исследования медиана (половина наступления неблагоприятного события) безрецидивного периода составил $20 \pm 2,1$ месяцев.

Общая 5 – летняя выживаемость составил **53,5%** (38 больных). Пятилетний рубеж без рецидива пережили **34 (47,9%)** больных. Летальность составил 26,8%. 18 больным (25,4%) вышедших из наблюдения в связи рецидивом заболевания было проведено различные методы противоопухолевого лечения.

Таким образом, разработанный нами подход к лечению и наблюдении больных показал свою эффективность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе результатов, полученных при выполнении диссертационной работы на тему **«Клинические и организационные аспекты улучшения диагностики и эффективности лечения не органнх забрюшинных опухолей и их рецидивов»** были сделаны следующие выводы:

1. У каждой пятой (61 - 22,1%) больной рецидив опухоли появилась первый год наблюдения, во второй год рецидив опухоли зафиксирована у 48 больных (17,4%), с трех до пяти лет у 40 больных (14,5%). Только 35,1% больных дожили без рецидива до 5 лет. Из 97 больных доживший до 5 лет, в последующем в течение 20 месяцев возникли образование в зоне первичного воздействия.

2. Ранняя диагностика рецидива НЗО, несмотря на нахождения больных под диспансерным наблюдением, составляет всего 9,8% больных. Разработанная нами метод наблюдения (приложение №1) больных НЗО учитывающий цитометрические и клинические особенности опухоли, является оптимальным и улучшает раннюю диагностику рецидивов опухолевого процесса, тем самым влияет на исход заболевания. НЗО в 58,4% случаях диагноз был установлено случайно, что делает актуальным проведение профилактических осмотров с более тщательным акцентированием внимания на забрюшинное пространства, особенно при УЗ исследовании. Также, необходимо провести отдельную посвященной диагностике забрюшинных образований в курсе подготовки и переподготовки кадров по методам визуализации.

3. Ранние послеоперационные осложнения встречаются у не имеющих опыт лечения НЗО врачей два раза больше и составил 7,7% против 3,1%, поздние на три раза больше 11,5% против 4%, у специалистов без соответствующего опыта в 36,5% случаях послеоперационном периоде оставалась резидуальная опухоль. В связи с чем, необходимо подготовить программу подготовки специалистов по диагностике и лечение опухолей забрюшинного пространства для врачей специализирующей по абдоминальной онкологической хирургии и специалистов по медицинской визуализации, в курсах постдипломного образования. Также, для улучшения результатов диагностики и лечения больных с НЗО необходимо внести в штат – узкую специальность «Ретропареотолог».

4. После завершения полного курса лечения рецидива НЗО, состояние как практически здоров был оценен у каждой трети (36,9%) больных. Около половины больных (45,7%) нуждались периодическому медицинскому контролю, симптоматической терапии или ухаживающему. 14,9% больных были, практически не дееспособными. 2,5% больных находились на завершающем этапе жизни. Лечение рецидивов НЗО, восстановила работоспособность у 33,3% больных, инвалидизация различной степени составил 63,1%.

5. Необходимо шире использовать мультивисцеральные вмешательства с дополнительной резекцией одного и более органов и тканей,

который выполнено у 33 (45,8%) больных, которым было выполнено 44 (61,1%) комбинированных резекций, что обеспечивает дополнительную радикальность в выполненных операциях. Нами была разработана и апробирована на практике протокол лечения больных с НЗО (приложение №2). При проведении лечения, согласно разработанному протоколу, увеличил продолжительность общей 5 – летней выживаемости на 53,5%. Пятилетний рубеж без рецидива пережили 34 (47,9%) больных. Лечение первичного НЗО, восстановила работоспособность у 49,3% больных, инвалидизация различной степени составил 49,3%.

**ONE-TIME SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 ON
AWARDING ACADEMIC DEGREES AT SAMARKAND STATE
MEDICAL UNIVERSITY**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

ULMASOV FIRDAVS GAYRATOVICH

**CLINICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF IMPROVING THE
DIAGNOSIS AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF NON-ORGAN
RETROPERITONEAL TUMORS AND THEIR RECURRENCES**

14.00.27 – Surgery

14.00.33-Public Health. Management in Healthcare

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION OF DOCTOR OF
SCIENCE (DSc) IN MEDICAL SCIENCES**

Samarkand – 2025

The topic of the dissertation for Doctor of Science (DSc) in Medical Sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under No. B2024.2.DSc/Tib928

The dissertation was completed in Samarkand State Medical University.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the Scientific Council web page (www.sammu.uz) and the Information and Educational Portal "Ziyonet" (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisors

Juraev Mirzhalol Dehkanovich

Doctor of Medical Sciences, Professor

Rizaev Zhasur Alimdzhonovich

Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents:

Ruziboyev Sanjar Abdusalomovich

Doctor of Medical Sciences, Docent

Yarmukhamedova Nargiza Anvarovna

Doctor of Medical Sciences, Docent

Junichi Sakamoto (Japan)

Doctor of Medical Sciences, Professor

Leading organization:

University of Medical Sciences (Turkey)

The defense will take place on “__” _____ 2025 at ____ o'clock at a meeting of the One-time Scientific Council DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 at Samarkand State Medical University. (Address: 200100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, A.Temur street, house 18. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75; sammu@sammu.uz samgmi@mail.ru

The dissertation can be found at the Information Resource Center of the Samarkand State Medical University (registered under No. ____). Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Amir Temur street 18. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75.

The dissertation abstract was sent out on “__” _____ 2025.
(register of mailing protocol No. ____ dated _____ 2025).

N.N. Abdullaeva

Chairman of the one-time scientific council for awarding academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

K.V. Shmyrina

Scientific Secretary of the one-time scientific council for awarding academic degrees, Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences, Associate Professor.

Z.B. Kurbaniyazov

Chairman of the one-time scientific seminar at the scientific council for awarding academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor.

INTRODUCTION (DSc dissertation abstract)

The aim of the study is improvement of clinical and organizational aspects of diagnostics and treatment effectiveness of non-organ retroperitoneal tumors and their recurrences.

The object of the study showed updata from the main stages of dispensary monitoring of more than 348 patients diagnosed with "non-organ retroperitoneal tumors" (NRT) referred to the Samarkand branch of the RSSPMCO and R for the period from 2021 to 2024.

Scientific novelty of the research is as follows:

For the first time, the study provides a detailed analysis of all stages of the follow-up of patients diagnosed with "non-organ retroperitoneal tumors" (NRT) with an emphasis on clinical, diagnostic and organizational aspects. This allows for a comprehensive understanding of the patient's interaction with the healthcare system;

The study includes the introduction of new imaging and laboratory diagnostic techniques that improve early diagnosis and monitoring of tumor recurrence. This may lead to earlier detection and, accordingly, more effective treatment;

For the first time, a systematic analysis of the effectiveness of minimally invasive surgical methods in combination with chemotherapy and radiotherapy for the treatment of NRT is being conducted, which may change approaches to the treatment of this group of diseases;

The study aims to create and implement standards for dispensary monitoring, which can lead to improved quality of care and a reduction in relapse rates. This includes the use of regular monitoring protocols and interventions based on patient data;

the introduction of multidisciplinary teams into the process of dispensary monitoring and treatment of NRT is a new step in the organization of medical care, allowing for the consideration of the opinions of specialists from various fields and ensuring comprehensive care for patients;

Implementation of research results. Based on the results of scientific research on the clinical and organizational aspects of increasing the efficiency of diagnosis and treatment of non-organ tumors behind the peritoneum and their relapses (the conclusion of the Scientific Technical Council of the Republic of Uzbekistan under the SSV No. 07/48 dated 22.10.2024) was obtained.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, findings, practical recommendations and a list of references. The volume of text material is 158 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Ulmasov F.G., Jo'rayev M.D., Esankulova B.S. Evaluation of the complex treatment effectiveness of malignant non-organ retroperitoneal tumors on a relapse-free period // Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation 32(2).2021. С. 4154-4156 (Scopus).

2. Ulmasov F.G., Jo'rayev M.D., Esankulova B.S. Complex treatment of malignant non-organ retroperitoneal sarcomas and their relapses // Journal of Biomedicine and Practice. Volume 6, issue 4. -2021-. С. 202-206 (14.00.00; №24)

3. Ulmasov F.G., Juraev M.D., Esankulova B.S. Analysis of the effectiveness of diagnostics in recurrent non-organ tumors of the retroperitoneal space // Journal of Biomedicine and Practice. Volume 6, issue 6. -2021-. С. (14.00.00; №24)

4. Улмасов Ф.Г., Джураев М.Д., Эсанкулова Б.С. Особенности хирургического лечения при злокачественных неорганных опухолях брюшинного пространства и их рецидивы. Доктор ахборотномаси №4(101)/2021г. (14.00.00; №20)

5. Улмасов Ф.Г., Джураев М.Д., Эсанкулова Б.С. Анализ результатов комплексного лечения злокачественных неорганных брюшинных сарком на безрецидивный период // Доктор ахборотномаси N3(100)-2021. (14.00.00; №20)

6. Улмасов Ф.Г., Джураев М.Д. Роль расширенно комбинированной и мультивисцеральной резекции при злокачественных неорганных опухолях брюшинного пространства // Проблемы биологии и медицины. 6(132). 2021. (14.00.00; №19)

7. Улмасов Ф.Г., Джураев М.Д., Эсанкулова Б.С. Возможности хирургического лечения рецидивирующих неорганных сарком брюшинного пространства // Клиническая и экспериментальная онкология, 4(18)-2021. (14.00.00; №21)

8. Улмасов Фирдавс Гайратович, Джураев Миржалал Дехканович, Эсанкулова Бустоний Собировна// Тактика хирургического лечения и их результаты при неорганных брюшинных опухолях. // Клиническая и экспериментальная онкология. 2021 (14.00.00; №21)

9. F Ulmasov, M Juraev, A Suyarova, B Esankulova//“Evaluation of the complex treatment effectiveness of malignant non-organ retroperitoneal tumor on a relapse-free period”// BIO Web of Conferences 65, 05016/2023 (Scopus)

10. Улмасов Фирдавс Гайратович, Джураев Миржалал Дехканович, Эсанкулова Бустоний Собировна// Оценить эффективность повторных и рецидивных неорганных ретропериентальных опухолях // Scientific progress. Volume 2/Issue3.2021. Pg.175-178. (Scopus)

II бўлим (II часть; part II)

11. Ulmasov F.G., Esankulova B.S.// The role of radiation therapy in the combined treatment of non-organ retroperitoneal tumors// Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. Ежеквартальный научно-практический журнал 02(1).2021.843

12. Улмасов Фирдавс Гайратович, Джураев Миржалал Дехканович, Эсанкулова Бустоной Собировна// Интеграционный анализ результатов хирургического лечения больных с неорганными забрюшинными опухолями// Образование и наука в XXI веке. Выпуск 16. Том 2. Июль-2021г. Стр.316

13. Ulmasov F.G., Toru Aoyama, Jurayev M.D, Esankulova B.S., Junichi Sakamota, Rizayev J.A., Mamarajabov S.E. Clinical features and short-term results of surgical treatment of retroperitoneal extra-organ tumors // Journal of clinical and medical images Open Access Volume 2/Issue 2/ 2022.

14. Улмасов Ф.Г., Меликулов А.Х., Давронов Б.А.// Оптимизация прогнозирования и оперативного лечения при неорганных забрюшинных опухолях. // Евразийский онкологический журнал 2022, том 10.

15. Улмасов Ф.Г., Джураев М.Д., Эсанкулова Б.С., Ортикова Х.У. Значение комбинированных и мультивисцеральных резекций при лечении злокачественных опухолей в забрюшинном пространстве // Евразийский онкологический журнал 2024, том 12, №2, 152-155 стр. (Scopus)

16. Улмасов Фирдавс Гайратович, Ризаев Джасур Алимджанович, Джураев Миржалол Дехканович// Клинические и организационные подходы к совершенствованию диагностики и лечения неорганных опухолей забрюшинного пространства и их рецидивов.// Uslubiy tavsiyanoma// Samarqand 2024-yil.

17. Улмасов Фирдавс Гайратович, Ризаев Джасур Алимджанович, Джураев Миржалол Дехканович// Клинические и организационные меры по совершенствованию диагностики и терапии неорганных забрюшинных опухолей и их повторных проявлений.// Uslubiy tavsiyanoma// Samarqand 2024-yil.

18. Djurayev Mirjalol Dehkanovich, Ulmasov Firdavs Gayratovich; Esankulova Bustonoy Sobirovna// MRT tasvirlari asosida qorin parda orti noorgan o'smalarining retsidivligini tashxilash// EHM guvohnoma//№ DGU 30535.