

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04.12.2018.Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ЎЛМАСОВ ФИРДАВС ҒАЙРАТОВИЧ

**МАҲАЛЛИЙ ТАРҚАЛГАН ҚОРИН ПАРДА ОРТИ СОҲАСИ
НООРГАН ЎСМАЛАРИДА ТАШХИСЛАШ ВА ХИРУРГИК ДАВО
УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.14 – Онкология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)

Ўлмасов Фирдавс Гайратович

Маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларида
ташхислаш ва хирургик даво усулларини такомиллаштириш..... 3

Улмасов Фирдавс Гайратович

Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения местно-
распространенных неорганных опухолей забрюшинного пространства..... 24

Ulmasov Firdavs Gayratovich

Improving the methods of diagnostics and surgical treatment
of locally advanced non-organ retroperitoneal tumors 44

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 48

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04.12.2018.Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ЎЛМАСОВ ФИРДАВС ҒАЙРАТОВИЧ

**МАҲАЛЛИЙ ТАРҚАЛГАН ҚОРИН ПАРДА ОРТИ СОҲАСИ
НООРГАН ЎСМАЛАРИДА ТАШХИСЛАШ ВА ХИРУРГИК ДАВО
УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.14 – Онкология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.3.PhD/Tib313 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.cancercenter.uz) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталининг (www.ziyonet.uz) манзилларида жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Жўраев Миржалол Дехқонович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Мухаммедаминов Шухрат Каримджанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Лигай Руслан Ефимович
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

**Тожикистон Республикаси Соғлиқни сақлаш ва аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш вазирлиги
«Республика онкология илмий маркази»**

Диссертация ҳимояси Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc. 04.12.2018.Tib.77.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2019 йил «___» _____ куни соат ___ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100174, Тошкент шаҳри Фаробий кўчаси 383-уй. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96; e-mail: info@ronc.uz).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100174, Тошкент шаҳри Фаробий кўчаси 383-уй. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96; e-mail: info@ronc.uz.

Диссертация автореферати 2019 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2019 йил «___» _____ даги ___ рақамли реестр баённомаси).

М.Н. Тилляшайхов

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

А.А. Адилходжаев

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

М.Х. Ходжибеков

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра «.....қорин парда орти ноорган ўсмалари (ҚПОНЎ) барча ўсмаларнинг 0,03 дан 1 % ни ташкил этади, уларнинг 60-80% хавфли ўсмалар ва 14-44% хавфсиз ўсмалар ҳисобланади.....»¹. Қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларини ташхислаш ва даволаш бугунги кунда клиник онкологиянинг мураккаб вазифаларидан биридир. Бу ҳолат «...касалликнинг клиник белгилари суст ёки кеч намоён бўлиши оқибатида кечиктирилиб аниқланиши, ўсмаларнинг хажми катталиги ва қорин парда орти соҳаси анатомик хусусиятлари сабабли жарроҳлик усулида даволаш мураккаблиги билан боғлиқ бўлмоқда. ҚПОНЎ кўпинча касаллик белгилари яққол намоён бўлмасдан қайталанади ва зўраяди. Қайталаниш даражаси 50% ни ташкил этади ва одатда дастлабки 2 йил давомида намоён бўлади.....»². ҚПОНЎни комплекс ва комбинирланган даволашда кимётерапия ҳамда нур терапиясини қўллаш бўйича кўплаб тадқиқотлар ўтказилган, лекин жарроҳлик йўли билан даволашга таққосланганда беморларни яшаш кўрсаткичини етарлича ошириш борасида ижобий натижаларга эришилмади. Сўнгги йилларда кўпчилик муаллифлар фикрига кўра жарроҳлик амалиёт ҳажмини кенгайтириш юқори самарали ҳисобланади, бу эса касалликнинг қайталанишсиз яшаш даврининг давомийлигини ошириш имконини беради.

Жаҳонда маҳаллий тарқалган қоринпарда орти соҳаси ноорган ўсмаларида ташхислаш ва хирургик даво усулларни такомиллаштиришга қаратилган профилактик тадбирларни юқори самарадорликка эришиш мақсадида қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларини даволаш тактикасини танлаш ва комплекс текширишда эндовидеохирургик техникалар ҳамда нур ташхисотнинг замонавий усуллари имкониятини баҳолаш; маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларида комбинирлашган ва мультивисцерал резекцияларни клиник амалиётга тадбиқ этиш ҳамда уларнинг бевосита ва узоқ муддатлардаги натижаларини асослашдан иборат. Маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларининг комбинирлашган ва мультивисцерал резекцияларидан кейин бажариладиган реконструктив-тикловчи усулларни такомиллаштириш ҳамда маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларида яқин аъзолар ва магистрал томирларга ўсиш даражасини ҳисобга олинган ҳолда комбинирлашган ҳамда мультивисцерал резекцияларни бажаришга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни ишлаб чиқиш, ўсманинг ўлчами, локализацияси ва

¹ World Health Organization. Cancer: fact sheet no.297. World Health Organization website. 2018. www.who.int/iris/handle/10665/244872.

² William W. Tseng, Jennifer Wang, Valerie P. Grignol, Alessandro Gronchi, Cheng-Hua Luo, Raphael E. Pollock, Surgical management of retroperitoneal sarcoma and opportunities for global collaboration// Chin Clin Oncol 2017;7(4):39

гистогенезига боғлиқ ҳолда хирургик ва комбинирлашган даволашнинг узок муддатли натижаларини ўрганиш, шунингдек, қайталаниш ва метастазлар пайдо бўлишида уларнинг ахамиятини баҳолаш алоҳида ахамият касб этади.

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, хавфли ўсма касалликларини камайтириш мақсадида соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисидаги фармонда мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларни жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш³ каби вазифалари белгиланган. Ушбу вазифалар аҳолида онкологик касалликларни ташхислаш ва даволашда замонавий тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтариш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали ўсма касалликларни камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 4 апрелдаги ПҚ-2866-сон «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасида онкология хизматини янада ривожлантириш ва аҳолига онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда мазкур 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.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларини ўз вақтида аниқлаш клиник онкологиядаги долзарб муаммолардан бири ҳисобланади (М.М.Gounder, 2015й). Бундан ташқари ташхислашнинг мураккаблиги қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларининг ўзига хос клиник кечиши

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони

билан ҳам боғлиқ. Э.А. Сулеймановнинг (2017) фикрича «бу факт ушбу патологиянинг кам учраши, барча хавфли ўсмаларнинг 0,03% ни ташкил этиши, ташхислаш ва қиёсий ташхислашнинг мураккаблиги билан боғлиқ». Клиник амалиётда ультратовуш доплер, рентген компьютер томографияси, магнит-резонанс томографияси каби текширув усуллариининг тадбиқ этилиши ҚПОНЎ ни эрта аниқлаш ва қиёсий ташхислашда самарали ёрдам беради. (С.В.Козлов 2016). Бироқ, ташхислашдаги манзара интраоперацион маълумотлар билан таққосланганда 35% гача тафовут кузатилади. Юқорида келтирилган маълумотларга мувофиқ ҚПОНЎ нинг нозологик турлари семиотикасини аниқлаш, замонавий нур диагностика усуллариини қўллаш орқали ушбу ўсмаларнинг хавфлилик ва хавсизлик даражаларни аниқлаш долзарб ҳисобланади. Бугунги кунда жаҳон адабиётида қорин парда орти ва қорин бўшлиғи аъзоларини мультивисцерал резекцияси ёки олиб ташлашга асосли кўрсатма ва қарши кўрсатмалар ишлаб чиқиш масаласи кам ўрганилган, ушбу борада фикрлар ҳам турлича. Шахсий тажрибага таянган кўпчилик мутахасислар кимё ва нур терапиясига сезгирлиги бўлмаган мезенхимал ўсмаларда, ўсмаларни комбинирлашган ва мультивисцерал резекция амалиётларни тавсия этади (О.И.Коганов 2017). Бошқа гуруҳ олимлар эса амалиётдан кейинги асоратлар сонининг ошиши, ҳаёт сифати кўрсаткичининг пасайиши, узоқ муддатли яшаш кўрсаткичининг қониқарсизлигига таяниб агрессив жаррохлик амалиётидан чекланмоқда. ҚПОНЎ да жаррохлик резекцияси хажмини кенгайтириш тарафдори бўлган А.Г.Кригер (2017) фикрига кўра «ҳар доим ҳам ревизия ёки мобилизация бошлангунга қадар ўсманинг маҳаллий тарқалиши ва атроф тўқималарга ўсиб кириши ҳақида аниқ хулосага келишни иложи бўлмайди». Биринчи жаррохлик амалиётининг радикалик даражаси ўсмани қайталаниш хавфини аниқловчи энг муҳим сабаб бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистонда қорин парда орти соҳаси сифатли ва сифатсиз ўсма касалликларни олдини олиш ва ташхислаш борасида қатор ишлар бажарилган (А.А.Юсупбеков, 2008; С.Н.Наврузов 2015; М.Д.Жураев, 2016), бироқ маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларнинг ташхислаш ва даволаш тизимини оптимал тизими яратилмаган.

Адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра ҚПОНЎ ташхислаш ва даволаш клиник онкологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, бу қўйидаги қатор клиник-диагностик ва даволаш тактик хусусиятлар билан боғлиқ: хусусан ўсманинг жойлашишига боғлиқ ҳолда касалликнинг клиник кечишида специфик симптомкомплекснинг бўлмаслиги, қорин орти соҳаси структуралари билан ўзаро топографик-анатомик боғлиқлиги, ташхислашнинг мураккаблиги, хирургик аралашувлар ўзига хослиги, касаллик қайталанишини олдини олишнинг эффектив усуллари йўқлиги, ҚПОНЎдан азият чекаётган беморлар нисбатан ёш ва меҳнатга лаёқатли контингентлигидир.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган онкология ва

радиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИОваРИАТМ) илмий-тадқиқот ишлари режасининг АДСС 9-2 «Қорин парда орти ва кўкс оралиғи ноорган ўсмаларини ташхислаш ва комбинирлашган даво усулларни ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш» (2012-2014) грант лойихаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларини ташхислаш усуллари ва жаррохлик амалиётларини тактик-техник жиҳатларини такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларини даволаш тактикасини аниқлаш ва комплекс текширишда эндовидеохирургик техникалар ҳамда нур ташхисотнинг замонавий усуллари имкониятини баҳолаш;

маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларида комбинирлашган ва мультивисцерал резекцияларни клиник амалиётга татбиқ этиш ҳамда уларнинг бевосита ва узоқ муддатлардаги натижаларини баҳолаш;

маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларининг комбинирлашган ва мультивисцерал резекцияларидан кейин бажариладиган реконструктив-циклоччи усулларни такомиллаштириш;

маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларида яқин аъзолар ва магистрал томирларга ўсиш даражасини ҳисобга олган ҳолда комбинирлашган ҳамда мультивисцерал резекцияларни бажаришга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни ишлаб чиқиш;

ўсманинг ўлчами, локализацияси ва гистогенезига боғлиқ ҳолда хирургик ва комбинирлашган даволашнинг узоқ муддатли натижаларини ўрганиш, шунингдек, қайталаниш ва метастазлар пайдо бўлишида уларнинг ахамиятини баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2006-2016 йилларда Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази абдоминал жаррохлик бўлимида қорин парда орти ноорган ўсмалари билан даволанган 162 нафар бемор олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида қорин парда орти ноорган ўсмаларида жаррохлик ва комбинирлашган даволашда «локал», комбинирланган ва мультивисцерал резекциялар ошқозон ичак тизими (ОИТ) узлуксизлигини тиклаш, магистрал қон томирлар ва сийдик найининг пластикаси материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот вазифаларини ҳал этиш мақсадида клиник, биокимёвий, инструментал, морфологик ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларини ташхислашда томир фазасида мультиспирал компьютер томографияси ва видеолапароскопик текшириш усулларининг комплекс амалиёти ўсманинг тарқалиш даражасини ва жаррохлик амалиётини бажаришга асосланган;

организмнинг бир нечта аъзоларга ўсиб кирган маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларида комбинирлашган ва мультивисцерал резекцияларни самарали тактик ёндошиш тартиби такомиллаштирилган;

сийдик найларини ва йирик магистрал қон томирларни зарарлаган ноорган ўсмаларида комбинирлашган ва мультивисцерал резекцияларда амалга оширилган реконструктив жаррохлик амалиётини техник тактикаси такомиллаштирилган;

маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларида жаррохлик амалиётини нур ва кимёвий даволашни комплекс амалга ошириш орқали асоратларни камайтириш ва беморларнинг самарали ҳаёт тарзини амалга ошириш механизми исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

бирламчи ўсма ҳолати, унинг атроф тўқималарга ўсиб кириш даражаси ҳақида аниқ маълумот берувчи текширув усуллари тавсия этилган;

бир вақтда учта ва ундан ортиқ аъзо ва тизимларга ўсиб кирган маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларида юқори технологик кенгайтирилган мультивисцерал резекциялар таклиф қилинган;

йирик қон томирлар резекцияларига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар белгиланиб, ўз навбатида ўсмаларнинг қон томирларига сохта ўсиб киришида амалиёт хажмининг асоссиз кенгайтирилиши каби тактик хатоликлар сонини камайтириш имконини берган;

ўсма хажми, локализацияси, гистологик тузилишига қараб қайталанишсиз ва метастазларсиз беморларнинг умрини узайтиришга қартилган даволаш усули тавсия этилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот ишида замонавий усул ва ёндашувларнинг қўлланилганлиги, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, клиник, биокимёвий, инструментал, морфологик ва статистик текширув усулларига асосланганлиги, маълумотларга статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий маълумотлар билан таққосланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган. Статистик усулларнинг қўлланилиши олинган натижаларнинг ишончлилигини таъминлаган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулоса ва тавсияларнинг ўз назарий ўрнига эгаллиги ҚПОНЎ бўлган беморларнинг ташхислаш ва даволаш хусусиятларини ўрганишга сезиларли улуш қўшиши билан изоҳланади. Комбинирлашган ва мультивисцерал резекцияларга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, йирик қон томирларга ўсиб кирган ўсмаларда тактик ёндошувлар ишлаб чиқилган. Тадқиқотнинг алоҳида натижалари клиник ординатор, магистр ва курсантларнинг ҚПОНЎ ташхислаш ва даволаш

тизимини такомиллаштиришга хизмат қилиш имконини бергналиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти бир вақтда учта ва ундан ортиқ аъзо ва структураларга ўсиб кирган ҚПОНЎ да радикал даволаниш сонини орттиришга, норезектабеллик кўрсаткичининг пасайишига олиб келувчи юқори технологик кенгайтирилган мультивисцерал резекция амалиётларини қўллаш таклиф қилинган. Комбинирлашган, мультивисцерал резекцияларга тактик-техник ёндошувлар ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Қорин парда орти ноорган ўсмалари бўлган беморларни ташхислаш ва даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«маҳаллий тарқалган қорин орти соҳаси ноорганик ўсмаларини ташхислаш ва хирургик даволаш усулларини такомиллаштириш» услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 12 ноябрдаги 8н-д/303-сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма жорий этилиши қорин парда орти ноорган ўсмаси бўлган беморларни ташхислаш ва даволаш сифатини ошириш ҳамда касалликнинг қайталанишларсиз яшаш даврини ошириш имконини берган;

Қорин парда орти ноорган ўсма юқори хавф гуруҳини шакллантириш ва индивидуал хавф ривожланишини баҳолаш учун даволаш- ташхислаш тактика ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 12 ноябрдаги 8 н-д/303-сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма даволаш-ташхислаш алгоритми ва дастури қорин парда орти ноорган ўсмасининг эрта намоён бўлишини ташхислаш, шунингдек, хирургик даволаш натижаларини яхшилаш имконини берган;

қорин парда орти ноорган ўсмалари бўлган беморларни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш тизимига, жумладан, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд ва Жиззах филиалларининг клиник амалиётига татбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 12 ноябрдаги 8Нд/303-сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши ҚПОНЎ бўлган беморларга юқори технологияли ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш спектрини аҳамиятли кенгайтириш, шунингдек, узок муддат натижаларини яхшилашга эришиш, қайталаниш ва метастазларсиз даврини узайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 7 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 3 та халқаро ва 4 та республика анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 22 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларининг асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 11 та

мақола, жумладан, 10 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологияларни ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Қорин парда орти ноорган ўсмаларини ташхислаш ва даволаш муаммосининг замонавий ҳолати»** деб номланган биринчи бобида қорин парда орти ноорган ўсмаларини ўрганишга бағишланган маҳаллий ва хорижий адабиётлар таҳлили амалга оширилган. ҚПОНЎни ўрганишнинг ривожланиш тарихи келтирилган, ҚПОНЎда ташхислаш, хирургик амалиётларнинг комбинирлашган, паллиатив, циторедуктив усуллари бевосита ва узоқ натижалари, шунингдек, комбинирланган даволаш натижалари таҳлил қилинган.

Диссертациянинг **«Қорин парда орти ноорган ўсмаларини ташхислаш ва даволаш материал ва усуллари»** деб номланган иккинчи бобида кўриқдан ўтказилган беморлар, шунингдек, фойдаланилган тадқиқот усуллари умумий характеристика ҳақида маълумотлар келтирилган.

Ушбу тадқиқот ишида РИО ва РИАТМда 2006-2016 йилларда кўриқдан ўтган ва қорин парда орти ноорган ўсмалари билан даволанган 162 нафар беморнинг клиник маълумотлари таҳлил қилинган.

Ўсманинг тарқалганлигига кўра беморлар икки гуруҳга тақсимланди: 1-асосий гуруҳни ўсмаларнинг бир ёки бир нечта қўшни аъзоларга ўсиши макроскопик аниқланган, қорин парда орти соҳасида бирламчи хавфли ўсмалари бўлган 88 нафар бемор ташкил этди (маҳаллий тарқалган вариант). 2-назорат гуруҳини қорин парда орти соҳасида маҳаллий тарқалмаган «локал» ўсмалари бўлган 74 нафар бемор ташкил этди.

Асосий гуруҳда эркаклар 36 нафар (40,9%), аёллар 52 нафар (59,1%), назорат гуруҳида эса мос ҳолда 29 нафар (39,2%) ва 45 нафар (60,8%)ни ташкил этди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг ёши 18 дан 70 ёшгача, ўртача 50,4 ёш, назорат гуруҳида эса 21 дан 78 ёшгача, ўртача ёш 48,9ни ташкил қилди.

Ушбу гуруҳдаги беморларни текширишда саралашнинг қуйидаги мезонларидан фойдаланилди: бирламчи хавфли ҚПОНЎ, ўсма ўлчами 10 см

дан кўпроқ, ўсмани тўлиқ ёки қисман визуал олиб ташлаш, беморларнинг ёши 18 ва ундан катта.

Истисно этиш мезонлари: қорин парда орти соҳаси зарарланиши билан лимфопрлифератик касалликлар, хавфли ҚПОНЎларнинг қайталанишлари, ўсмаларнинг бир нечта магистрал томирларга ўсиб ўтиши макроскопик белгилари, ташхис қўйиш вақтида узоқ метастазнинг мавжудлиги, оғир йўлдош патологиялар.

Касалликни ташхислашда операцияга қадар морфологик верификацияси ҳал этувчи аҳамиятга эга бўлди. Асосий гуруҳда 40,9% (36 нафар) беморда липосаркома, 12,5% (11 нафар) беморда - лейомиосаркома, 11,4% (10 нафар)- фибросаркома, 15,9% (14 нафар) - плеоморф саркома, 8,0% (7 нафар)–хавфли фиброз гистицитом, 8,0% (7 нафар)-нейроген ўсмалар ва 3,4% (3 нафар)ида ангиосаркома верификацияланди. Назорат гуруҳида 33 нафар (44,6%) беморда липосаркома, 8 (10,8%)- лейомиосаркома, 9 (12,1%)ида– фибросаркома, 10 нафар (13,5%)ида плеоморф саркома, 6 нафар (8,1%)ида хавфли фиброз гистицитом, 3 нафар (4,1%)ида – ангиосаркома, 5 нафар (6,8%) беморда нейроген ўсмалар қайд этилди.

Диссертациянинг «**Маҳаллий тарқалган қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларини ташхислаш ва клиникасининг хусусиятлари**» деб номланган учинчи бобида ҚПОНЎнинг клиник кечиш хусусиятлари ёритилган, ташхислашнинг нур усуллари натижалари қиёсий баҳоланган.

қорин парда орти ноорган хавфли ўсмаларнинг клиник кечиши уларнинг локализацияси, у ёки бу аъзоларга яқинлиги ҳамда анатомик хусусиятлари билан боғлиқ.

Кўриқдан ўтказилган 162 нафар беморда 38 нафари (23,4%) ўсмани мустақил аниқланган. Шуниси эътиборлики, ўсма аниқлангандан шифокорга мурожаат этилгунга қадар бўлган вақт 1 ойдан 5 ойгача бўлган муддатни ташкил қилган.

Текширилган беморларда турли даражадаги лимфовеноз шиш 16 нафар (9,8%) беморда кузатилди, улардан 13 нафар (8%)ида - бир томонлама, 3 нафар (1,8%)ида – икки томонлама.

Ўн икки бармоқли ичак ва ингичка ичакнинг турли соҳаларига ўсиб кириши 20 нафар (22,7%) беморда аниқланган, бироқ клиника фақат 6 нафар (6,8%) беморда ривожланди, қолган 14 нафар беморда экстраэнтерал компрессия суб- ёки декомпенсацияланган бўлганлиги туфайли намоён бўлмади.

Ноорган ўсмаларнинг ичак девори ёки тутқичи билан ўзаро алоқаси 16 нафар (18,2%) беморда аниқланди, бироқ йўғон ичакнинг қисман тутилиши 4 нафар беморда кузатилди. Улардан 2 ҳолатда операция ўсмалар олиб ташлангандан кейин стома шаклланиши билан яқунланди.

ҚПОНЎни ташхислаш ва унинг тарқалганлик даражасини аниқлашда нур диагностикаси усули муҳим аҳамият касб этиши табиий.

162 нафар беморда ультратовуш текшириш 324 марта бажарилди. ҚПОНЎда усулнинг ташхислаш самарадорлиги қуйидагиларни ташкил этди: сезувчанлик - 88,6%, спецификлик - 67,2% ва аниқлик - 77,5%. Ўсманинг

паренхиматоз аъзоларга ўсиб кетишида усулнинг сезувчанлиги - 80,2%, спецификлик - 58,4%, аниқлик - 67,2% ни ташкил этди. Ўсманинг ОИТ аъзоларига ўсишида спецификлик ва аниқлик 50% дан ошмади.

УТДГдан, асосан, магистрал томирларда инвазия мавжудлигини тасдиқлаш ёки истисно этиш учун фойдаланилди. Ушбу савол бўйича усулнинг сезувчанлиги – 84%, спецификлиги – 87,2% ва аниқлиги 72,2% ни ташкил этди.

96 нафар (59,3%) беморда МСКТ текшируви бажарилди. Маҳаллий тарқалганликни аниқлаш мақсадида барча беморларда болюсли вена ичи контрастлаш амалга оширилди. МСКТ маълумотларининг интраоперацион тафтиш маълумотларига мос келиши – 90,4%, усулнинг сезувчанлиги – 90,4%, спецификлик – 76,2% ва аниқлик – 84,3% ни ташкил этди. Томирларни текширишда болюсли контрастлаш билан МСКТ аниқлиги 86,4% дан ошди.

46 нафар (28,4%) беморда кўрсатмалар бўйича ангиография бажарилди. Улардан 10 нафар (21,7%)ида магистрал томирларга ўсишнинг тўғридан-тўғри белгилари ва 22 нафар (47,8%)ида билвосита белгилари аниқланди. Интраоперацион тафтиш вақтида магистрал томирларга ўсиш 28 нафар (17,3%) беморда кузатилди. 4 та ҳолатда сохта ижобий хулосалар олинди, интраоперацион маълумотлар билан мос келиши 87,5% ни ташкил этди.

Кўрсатмалар бўйича илеокаваграфия 22 ҳолатда ўтказилди. Тўғридан-тўғри ва билвосита белгилар 9 ҳолатда ташхисланди. Операция жараёнида вена томирлари инвазияси 9 ҳолатда аниқланди. Сохта салбий хулосалар 3 та ҳолатда олинди. Интраоперацион тафтиш маълумотлари билан мослик 75% ни ташкил этди.

ҚПОНЎда тафтиш ва биопсия мақсадида диагностик лапароскопиядан фойдаланиш кенг тарқалмаган ҳисобланади. Бу усул ушбу тадқиқот давомида қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаси бўлган 20 нафар беморда қўлланди. Лапароскопик текшириш ўсманинг диаметрига тўғридан-тўғри боғлиқлигини ҳисобга олиб беморлар 3 гуруҳга ажратилди: ўсма диаметри 15 см гача (n=8); ўсма диаметри 20 см гача (n=6); ўсма диаметри 25 см гача (n=6).

Ўсма диаметри 25 см дан катта бўлганда пневмоперетениумни яратиш мураккаблиги сабабли диагностик лапароскопияга қарши кўрсатма ҳисобланади.

Текширишларнинг кўрсатишича, 1-гуруҳда текширув давомида принципиал тафовут бўлмади. Информативлик даражаси 90% га баҳоланди. 2-гуруҳда эса фарқ 4 та мезон бўйича қайд этилди ва информативлик даражаси 50% ни ташкил этди. Ўсмалар ўлчами 25 см гача бўлган 3-гуруҳда тадқиқот давомида олинган ахборот 30% дан ошмади. Шундай қилиб, диагностик лапароскопия 15 см гача бўлган ўсмаларда кўрсатма ҳисобланади, чунки катта ўлчамларда олинган ахборот диагностик қийматга эга бўлмайди.

Барча беморларда истисносиз стандартга мувофиқ вена ичи урографияси бажарилди. Косача-жом тизимида ўсиб кириш ва деформациялар 20 нафар

(12,3%) беморда аниқланди, улардан 12 нафар (60%)ида афункционал буйрак ҳолати аниқланди. Операция жараёнида ўсманинг буйракка ўсиб ўтиши 22 нафар (13,6%) беморда нефрэктомия бажарилишига сабаб бўлди. Вена ичи урографиясида сийдик найи сиқилиши ва деформацияси 18 нафар (11,1%) беморда аниқланди. Интраоперацион тафтишда сийдик найининг ўсмага анатомик алоқадорлиги 24 нафар (14,8%) беморда аниқланди. Улардан 9 нафар (5,5%)ида ҳақиқий ўсиш ва деформация туфайли сийдик найи резекцияси бажарилди, қолган беморларда эса операция радикаллигига зарар етказмасдан сийдик пуфагини транстуморал ёки экстратуморал ажратиш ва шу орқали катор ҳолатларда гидронефрозни бартараф этишга эришилди.

Рентгенконтраст текшириш маълумотларига кўра сийдик пуфаги деформацияси 6 нафар бемор (3,7%)да қайд этилди. Сийдик пуфаги резекциясини бажаришни талаб этган ўсманинг ҳақиқий ўсиб кириши 9 нафар (5,5%) беморда кузатилди. Учта ҳолатда ўсма сийдик пуфагининг шиллик қаватига ўсмади, балки сероз-мушак қатлами билан чегараланди.

Кўрсатмалар бўйича аортоангиография 46 нафар (28,4%) беморда амалга оширилди. Аслида интраоперацион тафтиш чоғида йирик магистрал артериал томирларга инвазия 28 нафар (17,3%) беморда аниқланди. Улардан 20 нафар (71,4%)ида ўсма аортанинг қорин пардаси қисмига, ўзак артерия ва юқори ичак тутқичи артериясига ўсганлигининг тўғридан-тўғри белгилари бўлди, шунинг учун барча ҳолатларда операцияни циторедукция билан яқунлашга тўғри келди, 8 нафар (28,6%) беморда эса томир резекцияси протезлаш ёки пластика билан бажарилди.

Тадқиқотда кўрсатмалар бўйича 22 ҳолатда илеокаваграфия бажарилди. Қорин пардаси орти клетчаткаси йирик вена томирлари деворига ўсма ўсиб кириши тўғридан-тўғри ва билвосита белгилари 9 нафар (5,5%) беморда ташхисланди. Операция жараёнида ҳақиқий ўсиб кирганлиги 12 нафар (7,4%) беморда қайд этилди, бу қовурға ва қорин ости (умумий, ташқи ва ички) веналар резекциясини бажариш ёки унча катта бўлмаган нуқсонда, айниқса, пастки ковак вена шикастланганда қон томир деворларни тикишни талаб этди.

Тадқиқотда операцияга қадар бўлган босқичда ташхиснинг морфологик верификацияси муҳим аҳамият касб этди. 154 нафар (95,1%) беморда морфологик верификация «Bard» биопсия шприци ёрдамида эришилди. 72,3% ҳолатда 1 уринишда верификацияга эришилди. Қолган беморларда 2 уринишда верификация 96,5% га етди. 5 нафар беморда 3 уринишда биопсия қилинди ва 100% натижага эришилди. 18 нафар (4,9%) беморда гистологик верификацияга диагностик лапароскопия орқали эришилди.

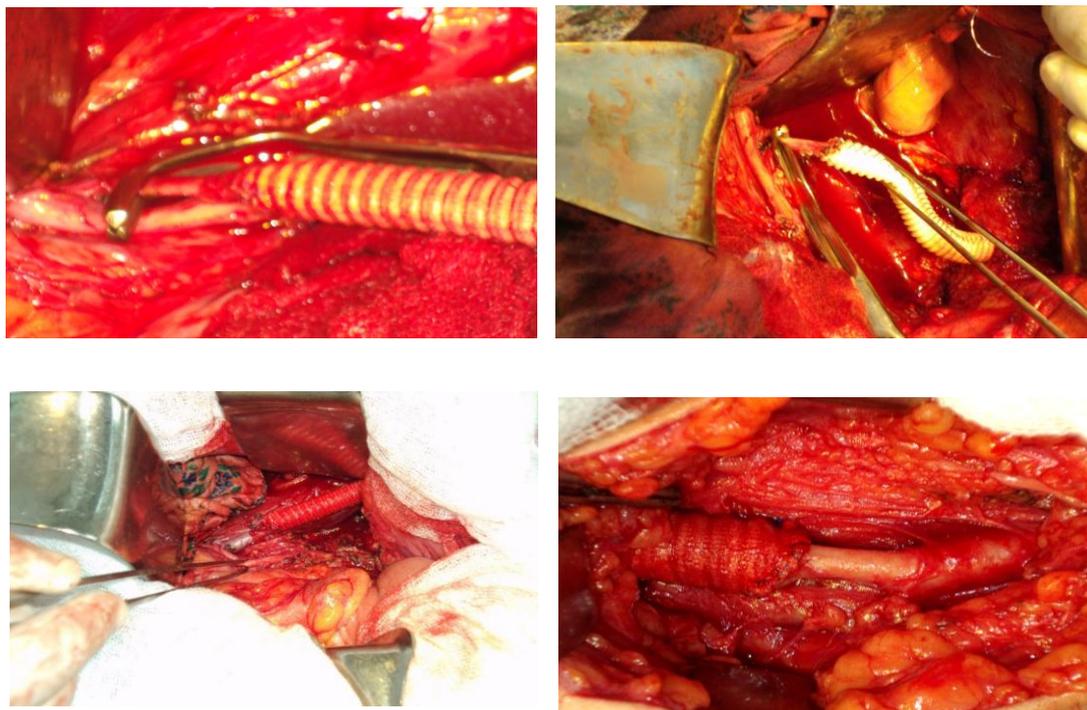
Диссертациянинг «**Қорин парда орти соҳаси маҳаллий тарқалган ноорган ўсмаларида комбинирланган хирургик амалиётларнинг натижалари ва хирургик тактиканинг хусусиятлари**» деб номланган тўртинчи бобида 162 нафар беморда қорин парда орти соҳаси «локал» ва маҳаллий тарқалган ноорган ўсмаларида комбинирланган хирургик даво натижалари ва уларнинг тактик хусусиятлар атрофлича баён этилган.

Қорин парда орти соҳаси маҳаллий тарқалган ноорган ўсмаларда хирургик даволаш тактикаси. ҚПОНЎнинг магистрал томирларга ўсиб кириши энг ёмон омиллардан бири ҳисобланади. Кўпинча бундай ҳолатлар нооперабел деб баҳоланади ва операция эксплоратив лапаротомия билан яқунланади ёки ўсма паллиатив олиб ташланади. Замонавий тиббиётнинг имкониятлари тананинг ҳар қандай қисмидаги ўсма инвазиясида фаол хирургик тактикани татбиқ этиш имконини берди. 8 нафар беморда магистрал томирларда ўсма инвазияси белгилари аниқланган эди. Улардан 4 та ҳолатда пастки ковак вена деворларини кесиш ва пластикаси талаб этилди. Мобилизация жараёнида шу мақсадда ўсмаларнинг томир деворларига ўсиб кирган жойлари белгиланади. Бу, айниқса, ўсма тўлиқ мобилизация қилингандан кейин яққол кўринади, бу пайтда ўсиш характери (ҳақиқий ёки сохта), узунлиги ва ўсиш диаметри аниқ кўринади. Шикастланган қон томири деворни кесиш учун пастки ковак вена ўсманинг юқори ва қуйи тарафларидан 5–10 см масофада барча томонларидан мобилизация қилинади. Агар жараён буйрак вена томирлари қуйилиш жойига тўғри келса, унда ушбу томирлар ҳам мобилизация қилинади ва томирли клипслар ёрдамида вақтинчалик ёпиб қўйилади. Кейин ковак венага дистал ва проксимал йўналишда томир қисқичлари ўрнатилади, шундан кейин шикастланган томирлар деярли қонсиз кесилади. Томирлар пластикаси томирли атравматик чок ёрдамида кўндаланг йўналишда амалга оширилади. Пластика яқунига етгач, дастлаб проксимал, сўнг дистал йўналишда ўрнатилган қисқичлар ечиб олинади. Бироқ ҳамиша ҳам операцияни томир деворларини кесиш билан яқунлаб бўлмайди. Кўпчилик ҳолатларда протезлаш билан томирлар резекциясига мурожаат қилишга тўғри келади. Худди шундай 2 нафар беморда ёнбош-сон артериясини протезлаш билан ўсмани олиб ташлаш бажарилди ва бевосита ва узоқ муддатларда яхши натижалар қайд этилди.

Битта ҳолатда ўсманинг буйрак артериясига ўсганлиги сабабли ангиопластика билан буйрак артериясининг сегментар резекцияси бажарилди.

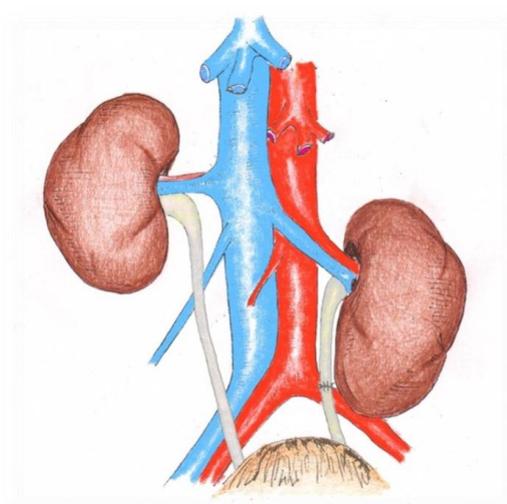
Битта ҳолатда умумий ёнбош венасига ўсиш кузатилди. Синчковлик билан мобилизация қилингандан кейин умумий ва ташқи ёнбош артериясини ажратишга муваффақ бўлинди. Тафтиш давомида умумий ёнбош венанинг орқа деворида узунлиги 0,8 см бўлган инвазия аниқланди, томир девор кесилди ва кўндаланг йўналишда пластика бажарилди. Томирда бир-оз деформациялари кузатилди, бироқ операциядан кейинги босқичда оёқларда шиш кузатилмади. 88 та комбинирланган операциядан 11 та (12,5%) ҳолатда ўсманинг сийдик найига ўсганлиги аниқланди ва турли даражадаги уретро-гидронефроз ҳодисалари билан асоратланди. Шикастланиш 6 см гача узунликда бўлган 9 та ҳолатда сийдик найига катетер ўрнатиш билан уретро-уретрал анастомоз шакллантириш орқали сийдик найи резекциясини бажаришга муваффақ бўлинди. Шунга ўхшаш операциялар техник қийинчиликларсиз 6 нафар беморда бажарилди, бу пайтда жараённинг узунлиги 4 см дан ошмади, 3 нафар беморда эса узунлик ўртача 5 см дан 6 см

гачани ташкил этди, сийдик найининг давомий дефекти туфайли проксимал ва дистал учларни бир-бирига етказиш имкони бўлмади.



1-расм. Чап сон ёнбош артериясини протезлаш босқичлари

Шунга сабабли буйрак мобилизация қилинди ва максимал туширилди, тортилиб қолишини бартараф этиш учун сийдик пуфаги ён девори кўшимча равишда мобилизация қилинди. Айнан мана шундай тактика тортилиб қолишларсиз уретро-уретрал анастомоз шаклланишини таъминлади.



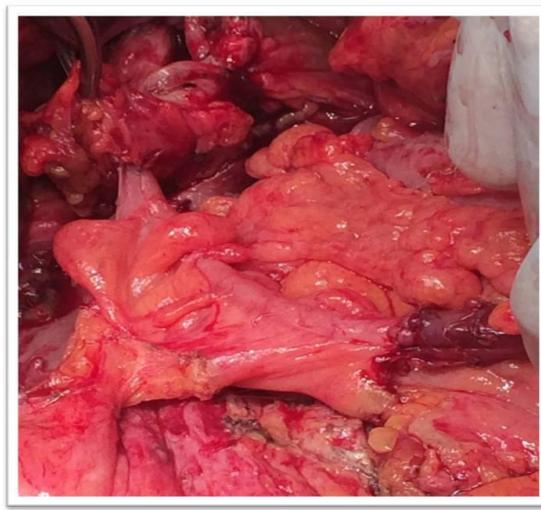
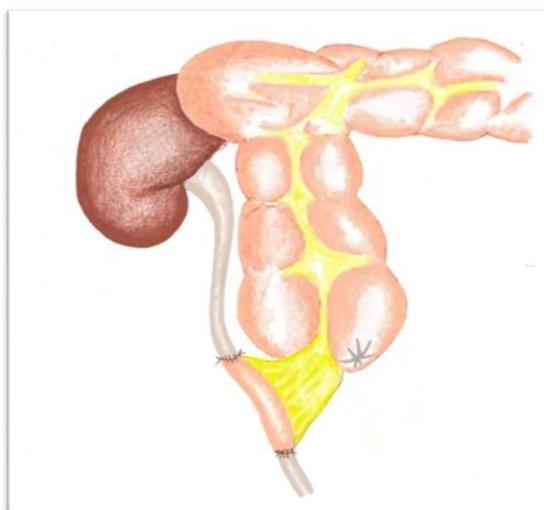
2-расм. Сийдик найининг 5 см дан 6 см гача бўлган нуқсониди буйрак ва сийдик пуфаги ён девори мобилизацияси билан уретро-уретро анастомоз қўйиш схемаси

Сийдик найининг 8см ва ундан каттароқ узунликда зарарланиши 2 кишида кузатилиб уларга сийдик найининг кенг қамровли резекция қилишга тўғри келди. Бу ҳолатда онкологик амалиётда олдин бажарилмаган усул ишлаб чиқилди. Усулнинг янгилиги шуки дефектни тиклаш мақсадида онкологик амалиётда илк марта аппендикуляр ўсимтадан фойдаланилди.

Шу мақсадда ўсма олиб ташланганидан кейин сийдик найининг дистал ва проксимал учларни мобилизация қилинди. Сўнг тутқични сақлаган ҳолда аппендэктомия бажарилди. Аппендикуляр ўсимтанинг тепаси дефект узунлигини ҳисобга олган ҳолда резекция қилинди.

Тайёрланган трансплантат сийдик найи дефекти ўрнига жойлаштирилди. Буйрак жоми ва сийдик пуфагигача сийдик найи катетери ўтказилди. Атравматик иплар ёрдамида проксимал ва дистал йўналишда уретро-аппендикуляр анастомоз қўйилди. Цитоскоп ёрдамида сийдик ҳажмини таққослаш ва назорат қилиш учун катетер учи ташқарига чиқарилди.

Бундай операциялар икки нафар беморда ўнг ва чап томондан муваффақиятли бажарилди. Ушбу операцияни бажариш учун йуғон ичакни кўтарилувчи қисми билан илиоцекал бурчакни мобилизациялаш талаб этилди.



3-расм. 6 см дан каттароқ нуқсонларда уретро аппендикуляр анастомоз қўйиш схемаси

Қорин парда орти ноорган ўсмаларини хирургик даволашнинг бевосита натижалари. Маҳаллий тарқалган ҚПОНЎ бўлган 88 нафар бемордан 62 нафар (70,4%)да комбинирланган операциялар, 26 нафар (29,6%)ида мультивисцерал резекция бажарилди.

Ушбу операциялар жараёнида олиб ташланган ёки резекция қилинган аъзолар 187 тани ташкил этди. 74 нафар беморда ҚПОНЎнинг «локал» олиб ташланиши бажарилди.

88 нафар беморда 187 та комбинирланган ва мультивисцерал резекциялар бажаришда 17 та (10,0%) ҳолатда интраоперацион асоратлар кузатилди.

Барча интраоперацион асоратлар шикастланган аъзолар характериға боғлиқ ҳолда қуйидаги гуруҳларға ажратилди: йирик томирлар шикастланиши натижасида қон кетиши, жинсий аъзолар ва паренхиматоз аъзолар шикастланиши (1-жадвал).

1-жадвал

Қорин парда орти ноорган ўсмаларида операция ҳажмига боғлиқ ҳолда интраоперацион асоратлар характери ва сони (n=162)

Жароҳатлар тури	«Локал» ўсмани олиб ташлаш, n=74		Комбинирланган резекция, n=62		Мультивисцерал резекция, n=26	
	Умумий сони	%	Умумий сони	%	Умумий сони	%
Аъзолардан қон кетиши						
Пастки ковак вена			1	1,6	1	3,8
Ёнбош венаси	1	1,4				
Буйрак артерияси	1	1,4				
Пресакрал веноз туташманинг шикастланиши			1	1,6		
Жинсий аъзоларнинг жароҳатланиши						
Ингичка ичак			2	3,2	1	3,8
Йўғон ичак					1	3,8
Сийдик пуфағи			1	1,6		
Сийдик найи	1	1,4	1	1,6		
Паренхиматоз аъзоларнинг жароҳатланиши						
Жигар					1	3,8
Талоқ			1	1,6		
Жами	3	4,0%	7	11,3%	4	15,4%

Шундай қилиб, ўсмани изоляцияланган олиб ташлашда интраоперацион асоратлар сони – $4,0\% \pm 1,2\%$, комбинирланган операцияларда – $11,3 \pm 1,4\%$ ҳамда мультивисцерал резекцияда $15,4\% \pm 2,3\%$ ни ташкил этди. (P_1 ва P_2 , P_3 лар орасидаги фарқ статистик ишончли $P > 0,05$, P_2 ва P_3 лар ўртасидаги фарқ эса ишончсиз $P < 0,05$).

Сўнги 5 йил давомидаги юқорида келтирилган сабабларни таҳлил қилиш жараёнида интраоперацион асоратлар сонини ахамиятли камайтиришга эришилди. Маълумотлар 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Турли вақтларда бажарилган амалиётларда интраоперацион асоратлар миқдори

Интраоперацион асоратлар	Турли вақтлар				Жами	
	2006 – 2010		2011 – 2016		187	
	Жами сони n= 85		Жами сони n= 102			
	абс	%	абс	%	абс	%
Пастки ковак вена жароҳатланиши	1	1,3	1	1,5	2	1,1
Енбош вена жароҳатланиши	1	1,3			1	0,5
Буйрак артериясининг жароҳатланиши			1	1,5	1	0,5
Диффуз қон кетиш	1	1,3			1	0,5
Ингичка ичакнинг шикастланиши	2	2,6	1	1,5	3	1,6
Йўғон ичакнинг шикастланиши	1	1,3	1	1,5	2	1,1
Сийдик пуфагининг шикастланиши			1	1,5	1	0,5
Қовуқнинг шикастланиши	2	2,6	1	1,5	3	1,6
Жигарнинг шикастланиши	1	1,3	1		1	0,5
Талоқ шикастланиши	1	1,3	1	1,5	2	1,1
Барча асоратлар	10	13,3	7	8,0	17	9,1

Келтирилган 2-жадвалдан кўриш мумкинки, II даврда (2011-2016й) асоратлар миқдори 2010 йилга қараганда икки баробар камайди.

Интраоперацион қон йўқотишлар ҳажми ўсма ҳажми, унинг ҳаракатчанлиги, зичлиги, васкуляризация даражаси, қўшни аъзолар ҳамда магистрал томирларга ўсиш даражасига боғлиқ бўлган.

Операциядан кейинги асоратлар таркиби ва сони ҳақида маълумотлар 3-жадвалда келтирилган.

Маҳаллий тарқалмаган «локал» ўсмалар бўйича ўтказилган операциялардан кейинги асоратлар $16,2 \pm 0,7\%$, комбинирланган операциялардан кейинги асоратлар $20,9 \pm 0,8\%$ ва мультивисцерал операциялардан кейинги асоратлар $30,2 \pm 1,3\%$ беморларда кузатилди. Жами 5

нафар бемор вафот этган. Операциядан кейинги умумий леталлик 3,1% ни ташкил этди.

3-жадвал

ҚПОНЎда операция ҳажмига боғлиқ ҳолда операциядан кейинги асоратлар

Асоратлар тавсифи	«Локал» ўсмалар резекциялар, n=74		Комбинирланган резекциялар, n=62		Мультивисцерал резекциялар, n=26		Жами n=162	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Хирургик асоратлар								
Қорин бўшлиғига қон кетишлар	2	2,7	2	3,2	1	3,8	5	3,1
Анастомоз чокларининг етишмовчилиги	0	0	1	1,6	2	7,7	3	1,9
Ичакнинг тўлиқ тутилиши	1	1,3	1	1,6	0		2	1,2
Қорин бўшлиғи ва қорин деворининг йирингли асорати	2	2,7	2	3,2	1	3,8	5	3,1
Турғун гастростаз	1	1,3	1	1,6	0	0	2	1,2
Панкреатит	1	1,3	1	1,6	1	3,8	3	1,8
Лимфорея	2	2,7	3	3,2	1	3,8	3	3,1
Жами	9	12,6	10	16,1	6	23,1	25	15,4
Терапевтик асоратлар								
Тромбоэмболик асоратлар	0	0	1	1,6	1	3,8	2	1,2
ЎЮҚТЕ (миокард инфаркти)	1	1,3	1	1,6	0	0	2	1,2
Зотилжам	2	2,7	0	0	1	3,8	3	1,9
Полиорган етишмовчилиги	0	0	1	1,6	0	0	1	1,2
Жами	3	4,0	3	4,0	2	7,7	8	4,9
Ҳаммаси	12	16,2	13	20,9	8	30,2	33	20,4
Беморлар фоизи асоратларнинг умумий миқдоридан ҳисобланганда, n=33								

Операция ва даволаш усуллари характериға боғлиқ ҳолда ҚПОНЎни хирургик даволашнинг узоқ натижалари 4-жадвалда келтирилган.

4-жадвалдан кўриш мумкинки, ўсмани тарқалмаган «локал» турларини олиб ташлашнинг маҳаллий тарқалган ўсмаларға нисбатан узоқ муддат

натижалари ишончли яхши, бироқ 2 та аъзогача ўсма ўсган комбинирланган операцияларга солиштирилганда ишончсиз ($48,6\pm 2,1$ и $46,2\pm 3,2$).

4-жадвал

Даволаш усулларига боғлиқ ҳолда ҚПОНЎни хирургик даволашдан кейин беморларнинг яшаш кўрсаткичи

Даволаш усули	1 йиллик яшаш кўрсаткичи	3 йиллик яшаш кўрсаткичи	5 йиллик яшаш кўрсаткичи
«Локал» ўсмани олиб ташлаш	$97,3\pm 3,3$	$67,1\pm 3,4$	$48,6\pm 2,1$
Ўсмани комбинирланган олиб ташлаш:	$84,2\pm 4,2^*$	$59,0\pm 3,9$	$30,8\pm 4,3^{**}$
комбинирланган олиб ташлаш + 2 та аъзогача	$94,4\pm 4,6$	$61,9\pm 4,3$	$46,2\pm 3,2$
мультивисцерал резекция + 3 тадан 5 тагача аъзо	$77,3\pm 4,3^{***}$	$44,4\pm 4,7^{***}$	$22,2\pm 4,8^{***}$
Ўсмани паллиатив олиб ташлаш	$63,6\pm 3,1^{***}$	$18,3\pm 4,3^{***}$	-
Комбинирланган даволаш:			
радикал комбинирланган хирургик даволашдан кейин + ПКТ	$80,8\pm 3,4$	$60,0\pm 3,4$	$33,3\pm 4,4$
паллиатив хирургик олиб ташлашдан кейин + ПКТ	$61,5\pm 3,7^{**}$	$23,1\pm 4,3^{***}$	-

Изоҳ: * – «локал» ўсма гуруҳ кўрсаткичига нисбатан ишончилиги (* – $P<0,05$; ** – $P<0,01$; *** – $P<0,001$).

Ўсмани изоляцияланган ва комбинирланган олиб ташлаш натижалари ўсмани мультивисцерал резекция қилиш натижаларига нисбатан ишончли юқори ($22,2\pm 4,3\%$).

4-жадвалдан кўриш мумкинки, ўсмани тарқалмаган «локал» турларини олиб ташлашнинг маҳаллий тарқалган ўсмаларга нисбатан узоқ муддат натижалари ишончли яхши, бироқ 2 та аъзогача ўсма ўсган комбинирланган операцияларга солиштирилганда ишончсиз ($48,6\pm 2,1$ и $46,2\pm 3,2$). Ўсмани изоляцияланган ва комбинирланган олиб ташлаш натижалари ўсмани мультивисцерал резекция қилиш натижаларига нисбатан ишончли юқори ($22,2\pm 4,3\%$).

Ўсмани паллиатив олиб ташлаш фақат $18,3\pm 4,3\%$ беморларда 3 йиллик яшашни таъминлади, афсуски, 5 йиллик натижа ушбу беморларнинг бирортасида ҳам кузатилмади.

ХУЛОСАЛАР

«Маҳаллий тарқалган қоринпарда орти соҳаси ноорган ўсмаларида ташхислаш ва хирургик даво усулларни такомиллаштириш» мавзусидаги тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқот натижаларида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Қорин парда орти соҳаси ноорган ўсмаларини диагностикаси ва қиёсий ташхислашда нур диагностика усуллари эффектив ҳисобланади. Бизнинг маълумотларга кўра УТД сезувчанлиги - 80,2%, МСКТда - 90,4%, МРТда - 92,4%, аниқлик - 67,2%, 84,3%, 92,8%, спецификлик - 58,4%, 76,2%, 93,2% ни ташкил этади. Лекин ўсманинг магистрал қон томирларга ушиб киришида МСКТ ёки МРТ ангиография юқори информатив ҳисобланади. Маҳаллий тарқалган ўсмалар диагностикасида ва атроф аъзо структураларга инвазияни аниқлашда нур диагностика усулларнинг аниқлиги 70% дан ошмайди.

2. Ташхисловчи лапароскопия ўсма диаметри 20 см дан ошмаган ҳолатларда юқори информатив бўла олади, хусусан ўсма диаметри 15 см гача бўлган ҳолатларда информативлик – 90% ни, 20 см гача информативлик – 50% ва 25 см гача бўлган ўсмаларда – 30% ни ташкил этди.

3. Ўсма жараёнининг аорта, пастки ковак вена ва ёнбош артерия ва веналарга қисман ушиб кириши комбинирлашган ва мультивисцерал резекцияларга абсолют қарши кўрсатма бўла олмайди. Замонавий хирургия бу ҳолатларда магистрал томирлар резекцияси, протезлаш имкониятларини беради. Сийдик найини 6 см ва ундан ортиқ масофада резекциясида нефрэктомия заруратини бартараф қилувчи аппендикууретрал пластикага бажариш лозим.

4. «Локал» ва комбинирлашган хирургик амалиётларнинг бевосита ва узоқлашган натижаларини қиёсий баҳолашда ишончли тафовут кузатилмади, амалиётдан кейинги асоратлар частотаси мос ҳолда 9,4% ва 24,2% ни, 5 йиллик яшаш кўрсаткичи мос ҳолда $48,6 \pm 2,1$ ва $46,2 \pm 3,2$ ни ташкил этди.

5. Мультивисцерал резекцияларни бажарилиши амалиёт давомийлигини узайишига, қон кетиш ва амалиётдан кейинги асоратлар сонини ошишига олиб келади. Бу тафовутлар комбинирлашган жаррохлик амалиётлар билан солиштирилганда мос равишда 24,2% ва 30,2% ни ташкил этди. 3 йиллик яшаш кўрсаткичи мос равишда $61,9 \pm 4,3\%$ ва $44,4 \pm 4,7\%$ бўлди.

6. Маҳаллий тарқалган қорин парда орти ноорган ўсмалар билан касалланган 85% беморда 3 ва 5 йиллик яшаш кўрсаткичини таъминлай олувчи юқори самарадор даволаш усули бу хирургик даволашдир. Бундай ўсмаларнинг кимё препаратларига сезгирлиги пастлиги сабабли амалиётдан кейин адъювант кимётерапия ўтказиш самарасизлиги аниқланган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04.12.2018.Tib.77.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ
И РАДИОЛОГИИ**

УЛМАСОВ ФИРДАВС ГАЙРАТОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ
НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

14.00.14 – Онкология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2019

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2017.3.PhD/Tib313.

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии.

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

Научный руководитель: **Джураев Миржалол Дехканович**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Мухаммедаминов Шухрат Каримджанович**
доктор медицинских наук, профессор

Лигай Руслан Ефимович
доктор медицинских наук

Ведущая организация: **Республиканский онкологический научный центр
Министерства Здравоохранения и социальной защиты
населения Республики Таджикистан. Душанбе.**

Защита диссертации состоится «__» _____ 2019 г. в ____ часов на заседании Научного Совета DSc. 04.12.2018.Tib.77.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии (Адрес: 100174, г. Ташкент, ул. Фараби, 383. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96; e-mail: info@ronc.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (зарегистрирована за № __). Адрес: 100174, г. Ташкент, ул. Фараби, 383. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2019 года.
(Реестр протокола рассылки № ____ от _____ 2019 года).

М.Н. Тилляшайхов,
Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

А.А. Адилходжаев,
Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

М.Х. Ходжибеков,
Председатель научного семинара при Научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения, «...неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) составляют от 0,03 до 1% всех новообразований человека, при этом от 60 до 80% представляют собой злокачественные формы и от 14 до 44% - доброкачественные...»¹. Диагностика и лечение НЗО является труднейшей задачей клинической онкологии. Это состояние «...связана 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. НЗО часто рецидивируют и прогрессируют без выраженных проявлений болезни, при этом частота рецидивов составляет 50% и как правило рецидивы проявляются в течение первых 2 лет...»². Проводились многочисленные исследования по применению химиотерапии и лучевой терапии в комплексном и комбинированном лечении НЗО, однако при сравнении с хирургическим путем лечения, существенного повышения выживаемости больных не достигнуто. По мнению многих авторов, в последние годы перспективным является расширение объема хирургического вмешательства, что позволит увеличить продолжительность безрецидивного периода.

В мире проводятся ряд научно - практических исследований с целью достижения высокой эффективности мер, направленных на совершенствование методов диагностики, хирургического лечения и профилактики неорганных забрюшинных опухолей. В этой связи, исследования по выбору тактики лечения и оценке возможностей современных методов диагностики лучевой терапии и эндовидеохирургических техник при комплексном исследовании неорганных забрюшинных опухолей; внедрение в клиническую практику комбинированной и мультивисцеральных резекций при локальных неорганных забрюшинных опухолях, а также обоснование их прямых и отдаленных результатов. Важное значение имеют совершенствование методов реконструктивно-восстановительных вмешательств после комбинированных и мультивисцеральных резекций по поводу местнораспространенных опухолей забрюшинного пространства, а также изучить отдалённые результаты хирургического и комбинированного лечения в зависимости от размера, локализации и гистогенеза опухоли, а также определить их роли в возникновении рецидива и метастазов.

В нашей стране для развития медицинской сферы по мировым стандартам, снижения злокачественных онкологических заболеваний в соответствии с Указом «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения» определены задачи по

¹ World Health Organization. Cancer: fact sheet no.297. World Health Organization website.2018. www.who.int/iris/handle/10665/244872.

² William W. Tseng, Jennifer Wang, Valerie P. Grignol, Alessandro Gronchi, Cheng-Hua Luo, Raphael E. Pollock. Surgical Management of Retroperitoneal Sarcoma and Opportunities for Global Collaboration // Chin Clin Oncol 2017;7(4):39.

повышению эффективности, качества и доступности медицинской помощи населению, а также формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний за счет создания эффективных моделей патронажа...»³. Данные задачи способствуют снижению заболеваемости путём повышения современной медицинской помощи на новый уровень при диагностике и лечении онкологических заболеваний среди населения и совершенствования применения современных технологий для качественного медицинского обслуживания.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан №УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, №УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, в Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-2866 «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы» от 4 апреля 2017 года, №ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» от 20 июня 2017 года, а также другими нормативно–правовыми документами, принятыми в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики – VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Своевременное распознавание неорганных опухолей брюшной полости и забрюшинного пространства является одной из актуальных проблем клинической онкологии (М.М. Gounder 2015). По мнению Э.А.Сулейманова (2017) «данный факт обусловлен редкостью данной патологии, который составляет 0,03% среди всех злокачественных новообразований, трудностью диагностики и дифференциальной диагностики данных опухолей». Внедрение в клиническую практику таких методов обследования как ультразвуковая томография с применением доплеровских методик, рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография существенно улучшает раннюю диагностику и дифференциальную диагностику НЗО (С.В. Козлов 2016). Однако, при сопоставлении диагностической картины с интраоперационными данными разница в расхождении составляет до 35%. В связи с вышеизложенным, актуальным является определение семиотики нозологических форм НЗО, определение критериев злокачественности и

³ Указ Президента Республики Узбекистан №УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года

доброкачественности данных опухолей при комплексном обследовании с применением современных лучевых методов обследования. В настоящее время одним из малоизученных вопросов в мировой литературе является разработка обоснованных показаний и противопоказаний к мультивисцеральному удалению или резекции органов брюшной полости и забрюшинного пространства, однако мнения по этому поводу неоднозначны. Большинство специалистов, ссылаясь на собственный опыт, при мезенхимальных опухолях в отсутствие эффективности химиолучевой терапии, рекомендуют проводить комбинированное и мультивисцеральное удаление опухоли (О.И.Коганов, 2017). Другая группа исследователей воздерживается от агрессивного хирургического вмешательства, ссылаясь на увеличение количества послеоперационных осложнений, заметное ухудшение качества жизни и неудовлетворительные отдаленные результаты. По мнению А.Г. Кригер (2017), активно занимающей позицию расширения объема хирургической резекции при НЗО, «далеко не всегда на этапе развития или до начала мобилизации однозначно есть возможности делать выводы о местной распространенности опухоли и заинтересованности соседних структур». Наиболее важным моментом, определяющим риск развития рецидива, является степень радикальности первой операции.

В Узбекистане проведено ряд исследований по профилактике и диагностике злокачественных и доброкачественных онкологических заболеваний забрюшинного пространства (А.А.Юсупбеков, 2008; С.Н.Наврузов 2015; М.Д.Джураев, 2008, 2016), но не разработана оптимальная система диагностики и лечения местнораспространенных неорганных забрюшинных опухолей.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что проблема диагностики и лечения НЗО пространства является одной из актуальных в современной клинической онкологии, это связано с целым рядом клинко-диагностических особенностей и характера лечебной тактики: в частности, отсутствием специфического симптомокомплекса при клиническом течении заболевания в зависимости от локализации опухоли, особенностями топографо-анатомических взаимоотношений со структурами забрюшинного пространства, сложностями диагностики, особенностями хирургических вмешательств, отсутствием эффективных способов профилактики рецидивов заболевания, относительно молодым и трудоспособным контингентом пациентов, страдающих НЗО.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках научно-исследовательских работ Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР) по АДСС 9-2 «Разработка совершенствования диагностики и методов комбинированного лечения неорганных опухолей средостения и забрюшинного пространства» (2012–2014 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов лечения местнораспространенных неорганных опухолей забрюшинного пространства путём совершенствования методов диагностики и тактико-технических аспектов хирургического вмешательства.

Задачи исследования:

оценить возможности современных методов лучевой диагностики и эндовидеохирургической техники в комплексном обследовании и определении тактики лечения местнораспространенных опухолей забрюшинного пространства;

внедрить в клиническую практику комбинированные и мультивисцеральные резекции при местнораспространенных неорганных забрюшинных опухолях и оценить их непосредственные и отдаленные результаты;

совершенствовать методы реконструктивно - восстановительных вмешательств после комбинированных и мультивисцеральных резекций по поводу местнораспространенных опухолей забрюшинного пространства;

разработать показания и противопоказания к проведению комбинированных и мультивисцеральных резекций при местнораспространенной неорганной опухоли забрюшинного пространства с учетом оценки степени прорастания в близлежащие органы и магистральные сосуды;

оценить отдалённые результаты хирургического и комбинированного лечения в зависимости от размера, локализации и гистогенеза опухоли, а также определить их роли в возникновении рецидива и метастазов.

Объектом исследования явились 162 больных с неорганными забрюшинными опухолями, получавших лечение в отделении абдоминальной хирургии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии в 2006-2016 гг.

Предметом исследования явились материалы пластики магистральных сосудов и мочеточника с оценкой отдаленных результатов хирургического и комбинированного лечения неорганных забрюшинных опухолей (изолированные, комбинированные и мультивисцеральные резекции с последующим восстановлением непрерывности органов ЖКТ).

Методы исследования. При выполнении работы использованы клинические, биохимические, инструментальные, морфологические и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

изучены информативность ангиографических методов исследования и видеолапароскопии в диагностике и степени распространенности местнораспространенных неорганных опухолей забрюшинного пространства, их значимость при выборе тактике лечения;

разработаны тактико-технические подходы комбинированной и мультивисцериальной резекции при неорганных забрюшинных опухолях с одномоментным прорастанием в несколько органов.

разработаны показания и противопоказания к проведению комбинированных и мультивисцеральных резекций, а также выработаны

подходы при прорастании опухоли в крупные магистральные сосуды забрюшинного пространства и мочеточник.

изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического и комбинированных методов лечения, а также безрецидивной и без метастатической ремиссии.

Практические результаты исследования:

рекомендованы методы исследований, наиболее точно информирующие о состоянии первичных опухолей и о степени её прорастания в соседние структуры;

предложены высокотехнологические расширенные мультивисцеральные резекции при неорганных опухолях забрюшинного пространства с одномоментным прорастанием опухоли в три и более структуры;

определены показания и противопоказания к резекциям крупных магистральных сосудов, что позволило снизить долю тактических ошибок и необоснованного расширения объема операции при ложном прорастании;

рекомендован метод лечения, направленный на повышение безрецидивного и безметастатического проживания больных с учетом объема образования, локализации и гистологической структуры.

Достоверность результатов исследования подтверждается применением в научном исследовании теоретических подходов и методов, методологически правильных практических исследований, достаточным количеством больных, обработкой полученных данных с использованием современных, взаимодополняющих клинических, биохимических, инструментальных, морфологических и статистических методов, результаты исследования сопоставлены с подтвержденными результатами зарубежных и отечественных исследований, заключении и полученные результаты были подтверждены полномочными структурами. Применение статистических методов обеспечило достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и лечения больных с НЗО. Определены показания и противопоказания к проведению расширенно-комбинированных и мультивисцеральных резекций, а также разработаны тактические подходы к проросшей опухоли в крупные магистральные сосуды забрюшинного пространства. Отдельные результаты работы позволили усовершенствовать содержание и структуру программы обучения клинических ординаторов, магистров и курсантов по диагностике и хирургическому лечению больных с НЗО.

Практическая ценность работы заключается в том, что предложены высокотехнологические расширенные мультивисцеральные резекции при неорганных опухолях забрюшинного пространства с одномоментным прорастанием опухоли в три структуры и более, предотвращающие возможность необоснованных отказов от операции, увеличивающие количество радикально оперированных больных, уменьшающие показатели

нерезектабельности. Разработаны тактико-технические подходы расширенно-комбинированной и мультивисцеральной резекции при неорганных забрюшинных опухолях с одномоментным проращением в несколько органов.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению диагностики и лечения больных с НЗО:

утверждены методические рекомендации «Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения местнораспространенных неорганных опухолей забрюшинного пространства» (Заключение Министерства здравоохранения №8н-д/303 от 12 ноября 2018 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество диагностики и лечения больных с НЗО и увеличить период безрецидивного течения заболевания;

разработана лечебно-диагностическая программа для оценки индивидуального риска развития и формирования групп повышенного риска НЗО (Заключение Министерства здравоохранения №8н-д/303 от 12 ноября 2018 года). Предложенные лечебно-диагностический алгоритм и программы позволили диагностировать ранние проявления НЗО, а также улучшить результаты хирургического лечения;

полученные научные результаты по улучшению результатов хирургического лечения больных с НЗО внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности в Самаркандский и Джизакский филиалы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (Заключение Министерства здравоохранения №8н-д/303 от 12 ноября 2018 года). На основе предложенных результатов исследования был существенно расширен спектр оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи больным с НЗО, а также достигнуто улучшение отдаленных результатов, увеличение безрецидивного и безметастатического периода.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 7 научно-практических конференциях, в том числе на 3 международных и 4 республиканских.

Опубликованность научных результатов. По теме диссертации опубликовано 22 научных работ, в том числе 11 журнальных статей, 10 из них в республиканских и 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводятся научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современное состояние проблемы лечения и диагностики неорганных забрюшинных опухолей»** проведён анализ источников отечественной и зарубежной 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 **«Общая характеристика клинических наблюдений, материал и методы исследования»** диссертации приведены данные по общей характеристике обследованных больных, а также сведения об использованных методах исследования.

В данной работе были проанализированы клинические данные 162 больных с неорганными забрюшинными опухолями, которые проходили обследование и лечение в РСНПМЦОиР МЗ РУз в 2006–2016 гг.

В зависимости от распространённости опухоли больных распределили на 2 группы: 1-ю основную группу (n=88) составили больные с первичными злокачественными опухолями забрюшинного пространства, у которых макроскопически была выявлена опухоль с прорастанием в один или несколько соседних органов (местнораспространенный вариант). 2-ю контрольную группу (n=74) составили больные с изолированными опухолями забрюшинного пространства.

В основной группе было 36 мужчин (40,9%), 52 женщины (59,1%), в контрольной группе соответственно 29 (39,2%) и 45 (60,8%). Возраст больных в основной группе колебался от 18 до 70 лет, средний возраст 50,4 года, в контрольной – от 21 до 78 лет, средней возраст 48,9 года.

Для исследования пациентов этой группы были использованы следующие критерии отбора: первичная злокачественная НЗО, размер образования более 10 см, полное или частично визуальное удаление опухоли, возраст пациентов 18 лет и старше.

Критерии исключения: лимфопролиферативные заболевания с поражением забрюшинного пространства, рецидивы злокачественных НЗО, макроскопические признаки прорастания опухоли в несколько магистральных сосудов, наличие отдаленного метастаза на момент установки диагноза, тяжелые сопутствующие патологии.

Решающее значение в диагностике заболевания имела верификация диагноза на дооперационном этапе. Так, в основной группе верифицирована липосаркома у 40,9% (36) больных, лейомиосаркома у 12,5% (11), фибросаркома у 11,4% (10), плеоморфная саркома у 15,9% (14), злокачественная фиброзная гистицитома у 8,0% (7), нейрогенные опухоли у 8,0% (7) и ангиосаркома у 3,4% (3) больных. В контрольной группе диагностирована липосаркома у 44,6% (33 человека), лейомиосаркома у 10,8% (8 человек), фибросаркома у 12,1% (9), плеоморфная саркома у 13,5% (10), злокачественная фиброзная гистицитома у 8,1% (6), ангиосаркома у 4,1% (3), нейрогенные опухоли у 6,8% (5 пациентов).

В третьей главе диссертации **«Особенности клиники и диагностики местнораспространенных неорганных опухолей забрюшинного пространства»** показаны особенности клинического течения НЗО, дана сравнительная оценка результатов лучевых методов диагностики.

Клиническая характеристика злокачественных внебрюшинных опухолей обусловлена их локализацией, близостью тех или иных органов и анатомическими особенностями.

Из 162 исследуемых пациентов 38 (23,4%) обнаружили опухоль самостоятельно. Примечательно, что сроки от момента обнаружения опухоли до обращения к врачу колебались от 1 до 5 мес.

У обследованных пациентов лимфовенозная отечность различной степени наблюдалась в 16 (9,8%) случаях, из них односторонняя у 13 (8,0%), двусторонняя у 3 (1,8%) больных.

Прорастание в различные участки двенадцатиперстной кишки и тонкой кишки имело место у 20 (22,7%) больных, но соответствующая клиника развивалась только у 6 (6,8%) больных, у остальных (14 больных) клиника не проявлялась из-за отсутствия суб- или декомпенсированной экстраэнтеральной компрессии.

Взаимосвязь внеорганных опухоли со стенкой или брыжейкой кишки была выявлена у 16 (18,2%) больных, но клиника частичной непроходимости толстой кишки имела место у 4 больных. Из них в 2 случаях операция завершилась после удаления опухоли с формированием стомы.

Естественно в диагностике и определении степени распространенности НЗО ведущая роль отводится методам лучевой диагностики.

162 больным ультразвуковое исследование было произведено 324 раза. Диагностическая эффективность метода при НЗО составила: чувствительность-88,6%, специфичность-67,2% и точность-77,5%. При прорастании опухоли в паренхиматозные органы чувствительность метода составила 80,2%, специфичность 58,4%, точность 67,2%. При прорастании опухоли в органы ЖКТ специфичность и точность не превышали 50%.

МСКТ исследование проведено 96 (59,3%) больным. Для уточнения местной распространенности всем больным произведено болюсное внутривенное контрастирование. Соответствие МСКТ данных с данными интраоперационной ревизии составило 90,4%, чувствительность метода

составила 90,4%, специфичность 76,2% и точность 84,3%. При исследовании сосудов точность МСКТ с болюсным контрастированием превышала 86,4%.

Ангиография произведена 46 (28,4%) больным по показаниям. Из них прямые признаки прорастания в магистральные сосуды были выявлены у 10 (21,7%) и косвенные у 22 (47,8%) больных. Во время интраоперационной ревизии прорастание в магистральные сосуды было выявлено у 28 (17,3%) больных. В 4 случаях было получено ложноположительное заключение, соответствие с интраоперационными данными составило 87,5%.

Илеокаваграфия по показаниям была проведена в 22 случаях. Прямые и косвенные признаки диагностированы в 9 случаях. Во время операции инвазия в венозные сосуды выявлена в 9 случаях. Ложноотрицательное заключение получено в 3 случаях. Соответствие с данными интраоперационной ревизии составило 75%.

Использование диагностической лапароскопии с целью ревизии и биопсии при НЗО является довольно нераспространенным методом исследования. Данный метод исследования мы применяли у 20 больных с неорганической опухолью забрюшинного пространства. Учитывая, что лапароскопическое исследование прямо зависит от диаметра образования, больных в зависимости от диаметра образования разделили на 3 группы: 1) диаметр образования до 15 см (n=8); 2) диаметр образования до 20 см (n=6); 3) диаметр образования до 25 см (n=6).

Диаметр образования свыше 25 см является противопоказанием к диагностической лапароскопии из-за трудности создания пневмоперитонеума.

Исследование показало, что в 1-й группе принципиальных расхождений не было. Степень информативности оценена в 90%. Во 2-й группе расхождение было отмечено по 4 критериям, и степень информативности составила 50%. В 3-й группе, где размер образования доходил до 25 см, полученная в ходе исследования информация не превышала 30%. Таким образом, диагностическая лапароскопия показана при диаметре образования до 15 см, так как при больших размерах полученная информация не будет представлять диагностической ценности.

Всем больным без исключения согласно стандарту была выполнена внутривенная урография. Признаки прорастания и деформации чашечно-лоханочной системы выявлены у 20 (12,3%), из них афункциональное состояние у 12 (60%) больных. Во время операции прорастание опухоли в почку у 22 (13,6%) больных привело к нефрэктомии. Деформация и сдавление мочеточника, по данным внутривенной урографии выявлены у 18 (11,1%) больных. Во время интраоперационной ревизии анатомическая заинтересованность мочеточника выявлена у 24 (14,8%) больных. Из них по поводу истинного прорастания и деформации у 9 (5,5%) больных была выполнена резекция мочеточника, а у остальных удалось без ущерба радикальности операции трансуморально или экстратуморально выделить мочеточники и тем самым в ряде случаев разрешить явления гидронефроза.

По данным рентгеноконтрастного исследования деформация мочевого пузыря была установлена у 6 (3,7%) больных. По данным ревизии истинное прорастание, требовавшее выполнения резекции мочевого пузыря, установлено у 9 (5,5%) больных. В трех случаях опухоль не прорастала в слизистую мочевого пузыря, а ограничилась серозно-мышечным слоем.

Аортоангиография произведена у 46 (28,4%) больных по показаниям. На самом деле инвазия в крупные магистральные артериальные сосуды во время интраоперационной ревизии установлена у 28 (17,3%) больных. Из них у 20 (71,4%) больных были прямые признаки прорастания опухоли в брюшную часть аорты, чревной ствол и верхнюю брыжеечную артерию, поэтому во всех этих случаях пришлось закончить операцию циторедукцией, а в остальных 8 (28,6%) случаях был резецирован сосуд с протезированием или пластикой.

В исследовании по показаниям в 22 случаях выполнена илеокаваграфия. Прямые и косвенные признаки прорастания опухоли в стенки крупных венозных сосудов забрюшинной клетчатки были диагностированы в 9 (5,5%) случаях. Во время операции истинное прорастание было установлено у 12 (7,4%) больных, что требовало выполнения резекции подвздошных (общей, наружной и внутренней) вен или при небольшом дефекте ушивания стенки, особенно при повреждении нижней полой вены.

В исследованиях большое значение имела морфологическая верификация диагноза на дооперационном этапе. У 154 (95,1%) пациентов морфологически верифицированный диагноз был получен с помощью биопсийной системы «Vard». Из них при однократной пункции верификация достигнута у 72,3% (105) пациентов, при двухкратной биопсии – у оставшихся 39 пациентов, уровень верификации достиг 96,5% (139 больных). Третий раз подверглись трепан биопсии 5 пациентов, после третьей верификации был достигнут 100%-ный результат. В 18 (4,9%) случаях гистологическая верификация достигалась при диагностической лапароскопии.

В четвертой главе диссертации **«Особенности хирургической тактики и результаты комбинированного хирургического вмешательства при местнораспространенной неорганный опухоли забрюшинного пространства»** описаны тактические особенности и результаты хирургического лечения изолированных и местнораспространенных неорганных опухолей забрюшинного пространства у 162 больных.

Наиболее неблагоприятным фактором при НЗО является прорастание опухоли в магистральные сосуды. Зачастую такие случаи расцениваются как неоперабельные, и операция заканчивается эксплоративной лапаротомией или проводится паллиативное удаление опухоли с оставлением солидной части опухоли по ходу сосуда. Современные возможности медицины позволили внедрить активную хирургическую тактику при инвазии опухоли в любые части тела. У 8 пациентов была установлена инвазия опухоли в магистральные сосуды. Из них в 4 случаях – в стенки нижней полой вены, что требовало иссечения стенки сосуда с последующей пластикой. Для этого по ходу мобилизации опухоли устанавливаются истинные участки

прорастания в стенки сосудов. Лучше всего это удастся сделать после полной мобилизации опухоли, когда более отчетливо виден характер прорастания (истинный или ложный), протяженность и диаметр прорастания. Для иссечения пораженной стенки нижняя полая вена мобилизуется со всех сторон на протяжении 5–10 см выше и ниже опухоли. Если уровень подходит к месту впадения почечных вен, то эти сосуды тоже мобилизуются и временно прикрываются с помощью сосудистых клипсов. Далее к полой вене в дистальном и проксимальном направлении устанавливают сосудистые зажимы и после этого практически бескровно иссекают пораженные стенки сосуда. Пластика сосуда проводится в поперечном направлении с помощью сосудистого атрауматического шва. После завершения пластики сначала снимается зажим, установленный в проксимальном направлении, а потом дистальный. Но не всегда можно завершить операцию иссечением стенки сосуда. В большинстве случаев приходится прибегать к резекции сосуда с последующим протезированием. Так, двум пациентам было выполнено удаление опухоли с протезированием подвздошно-бедренной артерии с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

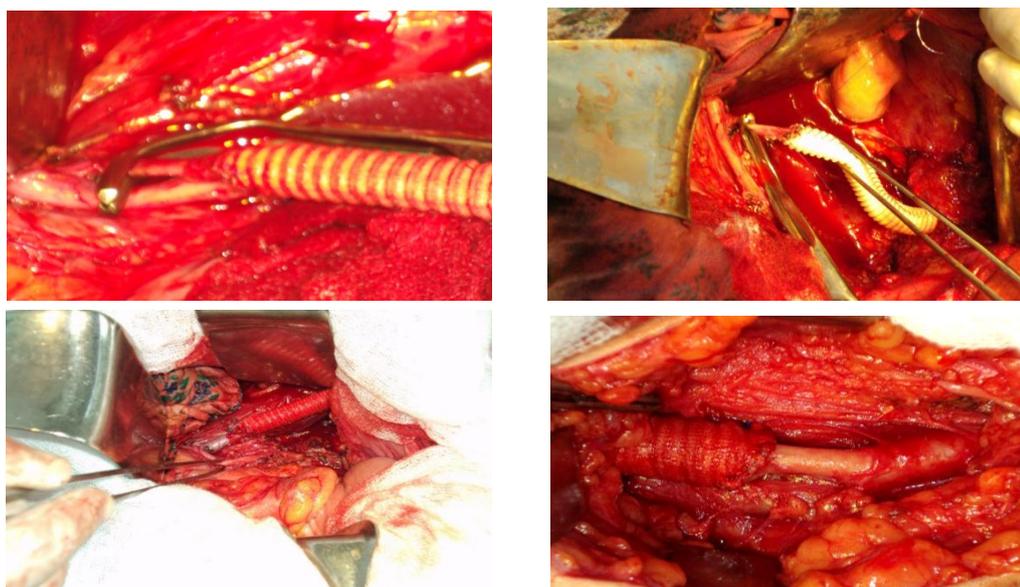


Рис. 1. Этапы протезирования подвздошно-бедренной артерии

В одном случае из-за прорастания опухоли в почечную артерию справа была выполнена сегментарная резекция почечной артерии с последующей ангиопластикой с хорошим исходом.

Прорастание в общую подвздошную вену имело место в одном случае. В итоге после тщательной мобилизации удалось отделить общую и наружную подвздошную артерию. При ревизии имела место инвазия в задней стенке общей подвздошной вены на протяжении 0,8 см. Стенка иссечена и произведена пластика в поперечном направлении. Отмечалась некоторая деформация сосуда, но в послеоперационном периоде отека нижних конечностей не наблюдалось.

В 11 (12,5%) случаях из 88 комбинированных операций было установлено прорастание опухоли в мочеточник, которое осложнялось явлениями уретро-гидронефроза различной степени.

В 9 случаях при длине поражения до 6 см удалось резецировать мочеточник с формированием уретро-уретрального анастомоза с проведением мочеточникового катетера. Аналогичная операция проведена без технических трудностей у 6 больных, когда протяженность процесса не превышала 4 см, а у 3 больных, когда протяженность процесса в среднем составила от 5 до 6 см, из-за значительного дефекта мочеточника сопоставить проксимальный и дистальный концы не представлялось возможным. В связи с этим почка была мобилизована и максимально низведена, для предотвращения натяжения дополнительно мобилизовали боковую стенку мочевого пузыря. Именно такая тактика обеспечила формирование уретро-уретрального анастомоза без натяжения.

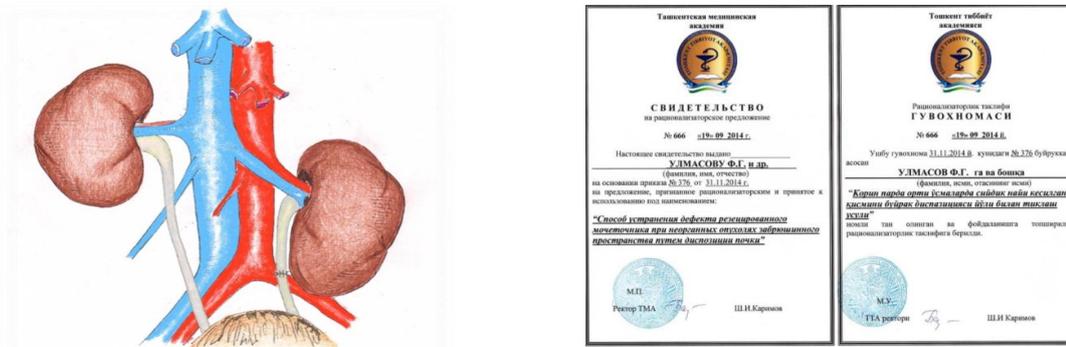


Рис. 2. Схема наложения уретро-уретрального анастомоза при дефекте мочеточника от 5 до 6 см с мобилизацией почки и боковой стенки мочевого пузыря

В 2 случаях, когда пришлось делать обширную резекцию мочеточника на 8 см и более, была разработана методика, не имеющая аналогов в онкологической практике. Для восстановления значительного дефекта впервые в онкологической практике использован аппендикулярный отросток.

С этой целью после удаления опухоли с обширной резекцией мочеточника достаточно мобилизовать дистальный и проксимальный конец. Далее была выполнена аппендэктомия с сохранением брыжейки. Верхушка аппендикулярного отростка была резецирована с учетом длины дефекта.

Подготовленный трансплантат укладывается в ложе дефекта мочеточника. Проводится мочеточниковый катетер до лоханки почки и мочевого пузыря. Накладывается уретро-аппендикулярный анастомоз в проксимальном и дистальном направлении с помощью атравматической нитки. Для контроля и сравнения объема мочи с помощью цистоскопа конец катетера выводят наружу.



Рис. 3. Схема наложения уретро-аппендикулярного анастомоза при дефекте более 6 см

Аналогичные операции удачно выполнены двум больным справа и слева. Для выполнения данной операции слева потребовалось мобилизовать илеоцекальный угол с частью восходящей кишки.

Непосредственные результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей. Местнораспространенная НЗО составила у 88 больных, из них комбинированные операции выполнены 62 (70,4%) больным, мультивисцеральные резекции 26 (29,6%) больным. При этих операциях количество удаленных и резецированных органов составило 187. Изолированное удаление НЗО выполнено 74 больным.

В процессе выполнения 187 комбинированных и мультивисцеральных вмешательств 88 больным интраоперационные осложнения возникли в 17 (10,0%) случаях. Все интраоперационные осложнения в зависимости от характера пораженных органов разделены на следующие группы: кровотечение вследствие повреждения крупных сосудов, повреждение полых органов и повреждение паренхиматозных органов (табл. 1).

Таблица 1

Характер и частота интраоперационных осложнений при неорганической забрюшинной опухоли (n=162) в зависимости от объема операции

Характер повреждения	Изолированное удаление, n=74		Комбинированное удаление, n=62		Мультивисцеральное удаление, n=26	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кровотечение из						
Нижней полой вены			1	1,6	1	3,8
Подвздошной вены	1	1,4				
Почечной артерии	1	1,4				
Повреждение пресакрального венозного			1	1,6		

сплетения						
Ранение полых органов						
Тонкая кишка			2	3,2	1	3,8
Толстая кишка					1	3,8
Мочевой пузырь			1	1,6		
Мочеточник	1	1,4	1	1,6		
Ранение паренхиматозного органа						
Печень					1	3,8
Селезенка			1	1,6		
Всего:	3	4,1%	7	11,3%	4	15,4%

Таким образом, при изолированном удалении опухоли частота интраоперационных осложнений составила $4,0\% \pm 1,2\%$, при комбинированной операции $11,3\% \pm 1,4\%$ и при мультивисцеральной резекции $15,4\% \pm 2,3\%$ (разница между P_1 и P_2 , P_3 статистически достоверна $P > 0,05$, а между P_2 и P_3 недостоверна, $P < 0,05$).

Анализируя указанные выше причины за последние 5 лет удалось значительно снизить частоту интраоперационных осложнений. Сведения приведены в табл. 2.

Таблица 2

**Количество интраоперационных осложнений
в зависимости от периода времени**

Интраоперационное осложнение	Период времени				Всего	
	2006–2010		2011–2016			
	кол-во операций n= 85		кол-во операций n= 102		кол-во 187	
	abc	%	abc	%	abc	%
Ранение нижней полой вены	1	1,3	1	1,5	2	1,1
Ранение подвздошной вены	1	1,3			1	0,5
Ранение почечной артерии			1	1,5	1	0,5
Диффузное кровотечение	1	1,3			1	0,5
Повреждение тонкой кишки	2	2,6	1	1,5	3	1,6
Повреждение толстой кишки	1	1,3	1	1,5	2	1,1
Повреждение мочевого пузыря			1	1,5	1	0,5
Повреждение мочеточника	2	2,6	1	1,5	3	1,6

Повреждение печени	1	1,3			1	0,5
Повреждение селезенки	1	1,3	1	1,5	2	1,1
Всего осложнений	10	13,3	7	8,0	17	9,1

Как видно из приведённой таблицы, количество осложнений вдвое уменьшилось во II периоде, чем до 2010 года.

Объем интраоперационной кровопотери всегда зависел от объема образования, его подвижности, плотности, степени васкуляризации и от степени прорастания в соседние органы и магистральные сосуды.

Послеоперационные осложнения после изолированных операций возникли у $16,2 \pm 0,7\%$ больных, после комбинированной у $20,9 \pm 0,8\%$ больных и после мультивисцеральной резекции у $30,2 \pm 1,3\%$ больных. Всего умерли 5 больных. Общая послеоперационная летальность составила 3,1%.

Таблица 3

Характер послеоперационных осложнений в зависимости от объема операции при НЗО

Характер осложнения	Изолированные резекции, n=74		Комбинированные резекции, n=62		Мультивисцеральные резекции, n=26		Всего n=162	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Хирургические осложнения								
Внутрибрюшинное кровотечение	2	2,7	2	3,2	1	3,8	5	3,1
Несостоятельность швов анастомоза	0	0	1	1,6	2	7,7	3	1,9
Полная кишечная непроходимость	1	1,3	1	1,6	0	0	2	1,2
Гнойное осложнение брюшной полости и брюшной стенки	2	2,7	2	3,2	1	3,8	5	3,1
Стойкий гастростаз	1	1,3	1	1,6	0	0	2	1,2
Панкреатит	1	1,3	1	1,6	1	3,8	3	1,8
Лимфорей	2	2,7	2	3,2	1	3,8	5	3,1
Всего	9	12,6	10	16,1	6	23,1	25	15,4
Терапевтические осложнения								
Тромбоэмболические осложнения	0	0	1	1,6	1	3,8	2	1,2
ОССН (инфаркт)	1	1,3	1	1,6	0	0	2	1,2

миокарда)								
Пневмония	2	2,7	0	0	1	3,8	3	1,9
Полиорганная недостаточность	0	0	1	1,6	0	0	1	1,2
Всего	3	4,0	3	4,0	2	7,7	8	4,9
Итого	12	16,2	13	20,9	8	30,2	33	20,4
Процент больных рассчитан из общего количества осложнений n=33								

Отдаленные результаты хирургического лечения НЗО в зависимости от характера операции и методов лечения приведены в табл. 6.

Таблица 6

**Выживаемость больных после хирургического лечения НЗО
в зависимости от методов лечения**

Метод лечения	1-годовая выживаемость	3-летняя выживаемость	5-летняя выживаемость
Изолированное удаление опухоли	97,3±3,3	67,1±3,4	48,6±2,1
Комбинированное удаление опухоли:			
комбинированное удаление + до 2 органов	84,2±4,2*	59,0±3,9	30,8±4,3**
мультивисцеральная резекция + от 3 до 5 органов	94,4±4,6	61,9±4,3	46,2±3,2
Паллиативное удаление опухоли	77,3±4,3***	44,4±4,7***	22,2±4,8***
Паллиативное удаление опухоли	63,6±3,1***	18,3±4,3***	-
Комбинированное лечение:			
после радикального комбинированного хирургического лечения + ПХТ	80,8±3,4	60,0±3,4	33,3±4,4
после паллиативного хирургического удаления + ПХТ	61,5±3,7**	23,1±4,3***	-

Примечание: *- достоверность относительно изолированной группы (* – P<0,05; ** – P<0,01; *** – P<0,001).

Как видно из таблицы, отдаленные результаты при изолированном ее удалении достоверно лучше, чем при местнораспространенной опухоли, однако не достоверны по сравнению с результатами комбинированной операции, где опухоль прорастала до 2 органов (48,6±2,1 и 46,2±3,2). Результаты изолированного и комбинированного удаления опухоли

достоверно выше по сравнению с результатами мультивисцеральной резекции опухоли ($22,2 \pm 4,3\%$).

Паллиативное удаление опухоли обеспечило 3-летнюю выживаемость только у $18,3 \pm 4,3\%$ больных, к сожалению 5-летний барьер никто из этих больных не перешагнул.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенных исследований диссертации на соискание доктора философии (PhD) по медицинским наукам на тему: «Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения местно распространенных неорганных опухолей забрюшенного пространства» сформулированы следующие выводы:

1. Лучевые методы эффективны в распознавании и дифференциальной диагностике неорганных забрюшинных опухолей. По нашим данным, чувствительность при УЗИ составила $80,2\%$, при МСКТ- $90,4\%$, при МРТ- $92,4\%$, точность – $67,2\%$, $84,3\%$, $92,8\%$, специфичность – $58,4\%$, $76,2\%$, $93,2\%$ соответственно. Однако, при прорастании опухоли в магистральные сосуды высокоинформативными являются МСКТ или МРТ с ангиографией. Точность лучевых методов исследования при диагностике местно распространенных опухолей и определении инвазии в соседние структуры не превышает 70% .

2. Диагностическая лапароскопия может представлять наибольшую информативность при неорганной забрюшинной опухоли, не превышающей в диаметре 20 см. Так информативность метода при НЗО до 15 см в диаметре составила 90% , до 20 см - 50% и до 25 см - 30% соответственно.

3. Прорастание опухолевого процесса на ограниченном участке аорты, нижней полой вены и подвздошных артерий и вен не является абсолютным противопоказанием к выполнению комбинированных и мультивисцеральных резекций, современные возможности хирургии позволяют резецировать и при необходимости протезировать магистральные сосуды. При значительной резекции мочеточника, превышающей 6 см и более, необходимо прибегнуть к аппендикоуретральной пластике, которая снимает необходимость выполнения нефрэктомии.

4. Сравнительная оценка непосредственных и отдалённых результатов изолированных и комбинированных хирургических вмешательств показала, что между ними нет достоверных различий, так как частота послеоперационных осложнений составила соответственно $9,4\%$ и $24,2\%$, пятилетняя выживаемость соответственно $48,6 \pm 2,1$ и $46,2 \pm 3,2$.

5. Выполнение мультивисцеральной резекции приводит к увеличению продолжительности времени операции, частоты кровотечения и количества послеоперационных осложнений, эти различия значимы по сравнению с комбинированными оперативными вмешательствами. Количество послеоперационных осложнений составило соответственно $24,2\%$ и $30,2\%$. Трехлетняя выживаемость соответственно $61,9 \pm 4,3\%$ и $44,4 \pm 4,7\%$.

6. Хирургическое лечение у 85% больных в виде радикальных оперативных вмешательств при местнораспространенных неорганных забрюшинных опухолях является единственным высокоэффективным методом, обеспечивающим 3- и 5-летнюю выживаемость. Проведение послеоперационной адъювантной химиотерапии практически неэффективно из-за низкой чувствительности опухоли.

**SCIENTIFIC COUNCIL No.DSc.04.12.2018.Tib.77.01 ON AWARD OF
SCIENTIFIC DEGREES AT THE REPUBLICAN SPECIALIZED
SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL CENTER OF ONCOLOGY
AND RADIOLOGY**

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY**

ULMASOV FIRDAVS GAYRATOVICH

**IMPROVING THE METHODS OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL
TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED NON-ORGAN
RETROPERITONEAL TUMORS**

14.00.14 – Oncology

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2019

The theme of the doctoral (PhD) dissertation was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No.B2017.3.PhD/Tib313.

The doctoral (PhD) dissertation was carried out at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at (www.cancercenter.uz) and on the website of “ZiyoNet” Information and Educational Portal at (www.ziynet.uz).

Scientific mentor:	Juraev Mirjalol Dehkanovich Doctor of Medicine, Professor
Official opponents:	Mukhammedaminov Shukhrat Karimdjanovich Doctor of Medicine, Professor Ligay Ruslan Yefimovich Doctor of Medicine
Leading organization:	GI «Republican scientific center of oncology» of Ministry of Health and social protection of population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe.

The defense of the doctoral dissertation will be held on “___” _____ 2019, at _____ at the meeting of the Scientific Council No.DSc.04.12.2018.Tib.77.01 at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (Address: 383 Farabi str., 100174, Tashkent city. Tel.: (+99871) 227-13-27; fax: (+99871) 246-15-96; e-mail: info@ronc.uz).

The doctoral dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (registered under No.____). Address: 383 Farabi str., 100174, Tashkent city. Tel.: (+99871) 227-13-27; fax: (+99871) 246-15-96.

The abstract of the dissertation was distributed on “___” _____ 2019.
(Registry record No. _____ dated “___” _____ 2019)

M.N. Tillyashaykhov
Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific
Degrees, Doctor of Medicine, Professor

A.A. Adilkhodjaev
Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of
Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Assistant of Professor

M.Kh. Khodjibekov
Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific
Council on Award of Scientific Degrees,
Doctor of Medicine, Professor

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The aim of the research is to enhance the results of treatment of locally advanced non-organ retroperitoneal tumors by improving the diagnostic methods as well as tactical and technical aspects of surgical intervention.

The tasks of the research work:

evaluating the possibilities of modern methods of radiation diagnostics and endovideosurgical equipment in a comprehensive examination and determination of the treatment tactics of locally advanced retroperitoneal tumors;

introducing into clinical practice extended-combined and multivisceral resections in locally advanced non-organ retroperitoneal tumors, and studying their immediate and long-term results;

improving the methods of reconstructive and restorative interventions after combined and multivisceral resections in locally advanced retroperitoneal tumors;

determining the indications and contraindications for combined and multivisceral resections in locally advanced non-organ retroperitoneal tumors taking into account the assessment of the degree of germination in nearby organs and arterial vessels;

studying the long-term results of surgical and combined treatment depending on the size, location and histogenesis of the tumor, as well as determining their role in the occurrence of relapse and metastasis.

The object of the research work were 162 patients with non-organ retroperitoneal tumors treated in the Department of Abdominal Surgery of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology for the period from 2006 to 2016.

Scientific novelty of the research work is as follows:

On the basis of a comprehensive analysis of the effectiveness of diagnostic methods, an assessment has been made of the feasibility and informativeness of modern research methods for locally advanced retroperitoneal tumors;

The informativeness of the angiographic research methods and videolaparoscopy has been studied in the diagnosis and the degree of prevalence of locally advanced non-organ retroperitoneal tumors, as well as their significance in the choice of treatment tactics;

The tactical and technical approaches have been made to extended-combined and multivisceral resection in non-organ retroperitoneal tumors with simultaneous germination in several organs;

The indications and contraindications have been determined for extended-combined and multivisceral resections, and approaches have been made in tumor germination into large main vessels of the retroperitoneal space;

The immediate and long-term results of surgical and combined treatment methods, as well as relapse-free and non-metastatic remission, have been studied depending on the diameter, location and histological structure of the tumor.

Implementation of the research results. Based on the obtained research results on improvement of the diagnostics and treatment of patients with non-organ retroperitoneal tumors:

methodological recommendations were developed on “Improving the methods of diagnostics and surgical treatment of locally advanced non-organ retroperitoneal tumors” (Certificate No.8n-d/303 of the Ministry of Health of 12 November 2018). The proposed recommendations helped to improve the quality of diagnosis and treatment of patients with non-organ retroperitoneal tumors and increase the period of relapse-free course of the disease;

a diagnostic and treatment doctrine has been developed to assess the individual risk of development and the formation of high-risk groups with non-organ retroperitoneal tumors (Certificate No.8n-d/303 of the Ministry of Health of 12 November 2018). The proposed diagnostic and treatment algorithm and programs have made it possible to diagnose early manifestations of non-organ retroperitoneal tumors, as well as improve the results of surgical treatment.

The obtained scientific results on the improvement of the results of surgical treatment of patients with non-organ retroperitoneal tumors have been implemented in public health practice, in particular in the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, and Samarkand and Jizzakh branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (Certificate No.8n-d/303 of the Ministry of Health of 12 November 2018). Based on the proposed research results, the range of specialized high-tech medical care to patients with non-organ retroperitoneal tumors has been significantly expanded, and improvement of long-term results, as well as prolongation of relapse-free and non-metastatic period have been achieved.

Publication of the research results. On the theme of the dissertation a total of 22 scientific works were published. Of these, 11 articles were published in the scientific journals recommended by the Supreme Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for publishing the main scientific results of doctoral dissertations, including 10 articles in republican and 1 article in foreign journals.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation was presented on 120 pages consisting of an introduction, four chapters, conclusions, practical recommendations and a list of used literature.

**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
НАШР ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
LIST OF PUBLISHED WORKS**

I бўлим (Часть I; Part I)

1. Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Абдужаппаров С.Б., Улмасов Ф.Г. Совершенствование диагностики местнораспространенных неорганных опухолей брюшинного пространства // Медицинский журнал Узбекистана, 2014, №4. – С. 41–43 (14.00.00, №8).
2. Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Абдужаппаров С.Б., Улмасов Ф.Г., Валиев Ф.Ф. Современные принципы хирургического лечения местнораспространенных неорганных опухолей брюшинного пространства // Хирургия Узбекистана, 2014, №4. – С. 26–32 (14.00.00, №9).
3. М.Д.Джураев, А.А.Юсупбеков, Улмасов Ф.Г. Диагностика и хирургическое лечение неорганных брюшинных опухолей // Проблемы биологии и медицины №3 (84) 2015 (14.00.00, №19).
4. Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Улмасов Ф.Г., Мирзараимова С.С., Кодиров Х.Х. Роль расширенно комбинированной и мультивисцеральной резекции при злокачественных неорганных опухолях брюшинного пространства // Хирургия Узбекистана, 2016, №1. – С. 49–50 (14.00.00, №8).
5. Улмасов Ф.Г., М.Д.Джураев, Мирзараимова С.С., Кодиров Х.Х. Гигантская нейрогенная саркома брюшинного пространства // Проблемы биологии и медицины, 2016, №2 (87). – С. 156–159 (14.00.00, №19).
6. Улмасов Ф.Г., Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Джураев Ф.М., Принципы диагностики и хирургического лечения неорганных брюшинных опухолей // Хирургия Узбекистана, 2016, №2. – С. 70–74 (14.00.00, №8).
7. Ulmasov F.G., Djuraev M.D., Yusupbekov A.A. The modern principles of surgical treatment in non-organ retroperitoneal tumors // European Science Review, №3-4. 2016. – P. 195–197 (14.00.00, №19).
8. Улмасов Ф.Г., М.Д.Джураев, Мирзараимова С.С. Тактика хирургического лечения неорганных брюшинных опухолей с прорастанием в мочеточник // Теоретическая и клиническая медицина, 2016, №4. – С. 139–141 (14.00.00, №3).
9. Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г., Худоев С.С., Абдужаппаров С.Б., Джураев Ф.М. Оценка результатов расширенно комбинированной и мультивисцеральной резекции при местнораспространенных неорганных опухолях брюшинного пространства // Теоретическая и клиническая медицина. 2016. №5. – С. 30–32 (14.00.00, №3).
10. Улмасов Ф.Г., М.Д.Джураев, А.А.Юсупбеков. Анализ эффективности современных методов диагностики при местнораспространенных неорганных опухолях брюшинного пространства // Вестник Ташкентской медицинской академии, 2017. – С. 96–98 (14.00.00, №13).
11. Ф.Г.Улмасов, М.Д.Джураев, Д.М. Эгамбердиев. Анализ эффективности диагностики и хирургического лечения местнораспространенных

неорганных опухолей забрюшинного пространства //Клиническая и экспериментальная онкология. 2017. №2. – С. 17-21 (14.00.00, №21).

II бўлим (Часть II; Part II)

12. Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Абдужаппаров С.Б., Улмасов Ф.Г. Диагностика и хирургическое лечение неорганных забрюшинных опухолей // Методическое пособие, Ташкент, 2014. – С. 20.

13. Улмасов Ф.Г. Способ замещения дефекта правого мочеточника аппендикулярным отростком //Свидетельство на рационализаторское предложение №665. 19. 09. 2014. Приказ №376.

14. Улмасов Ф.Г. Способ устранения дефекта резецированного мочеточника при неорганных опухолях забрюшинного пространства путем диспозиции почки // Свидетельство на рационализаторское предложение №666 19. 09. 2014. Приказ №376.

15. Джураев М.Д., Эгамбердиев Д.М., Улмасов Ф.Г., Кадиров Х.Х. Хирургическая тактика при резекции мочеточника по поводу внеорганных забрюшинных опухолей // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы опухолей опорно-двигательного аппарата и головы-шеи» (Нукус, 21–22 ноября 2014 г.). – С. 47.

16. Худоев С.С., Улмасов Ф.Г., М.Д.Джураев. Роль диагностической лапароскопии при внеорганных опухолях забрюшинного пространства // Сборник материалов III конгресса онкологов Узбекистана, 14-16 мая 2015 г. Ташкент. – С. 36.

17. Ulmasov F.G., Egamberdiev D.M., Djuraev M.D., Abdujapparov S.B., Surgical tactics in urethra resection for retroperitoneal tumors // 46th World Congress of Surgery, 23-27 August 2015, Bangkok, Thailand. p. 488 PE132.

18. Ulmasov F.G., Djuraev M.D., Khudoyorov S.S., Egamberdiev D.M. Role of diagnostic laparoscopy at retroperitoneal tumors // 46th World Congress of Surgery, 23-27 August 2015, Bangkok, Thailand. p. 556 PE197.

19. Ulmasov F.G., Djuraev M.D., Khudoyorov S.S. Diagnosis and treatment of the retroperitoneal extra-organic tumors // ISSUE 4, 2015 USA. – pp. 123–128.

20. Ulmasov F.G., Djuraev M.D., Yusupbekov A.A., Egamberdiev D.M. Complex approach in treatment of retroperitoneal fibro sarcoma // Annals of Oncology Vol.27.2016. ESMO 18th World Congress of Gastrointestinal Cancer RM-020.

21. Ф.Г.Улмасов, М.Д.Джураев, А.А.Юсупбеков, Д.М. Эгамбердиев. Хирургическое лечение местнораспространенных опухолей забрюшинного пространства // Онкология и радиология Казахстана, 2017, №2 (44). – С. 62–67.

22. Ф.Г.Улмасов, М.Д.Джураев. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения местнораспространенных неорганных опухолей забрюшинного пространства // Методическая рекомендация. – Ташкент, 2018. – С. 21.