

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ

№3(19)-2019

ОНКОЛОГИЯ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ АССОЦИАЦИИ ОНКОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ

Современные методы деривации мочи после радикальной цистэктомии при инвазивном раке мочевого пузыря

СТР.4

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ

Экспрессия молекулярно-биологических маркеров в опухолевой ткани молочной железы

СТР.29

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Многоэтапная
селективная внутриартериальная
химиоэмболизация при
местнораспространенной
альвеолярной рабдомиосаркоме с
последующим хирургическим
лечением

СТР.39

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Современные
принципы диагностики и
лечения злокачественной
мезотелиомы
плевры

СТР.52

HepaSphere™

Microspheres

ВЫСВОБОЖДАЮЩИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО МИКРОСФЕРЫ С ИЗМЕНЧИВОЙ ФОРМОЙ.¹

Используются с **доксорубицином** и **иринотеканом** для трансартериальной химиоэмболизации гепатоцеллюлярной карциномы и метастазов колоректального рака в печень.



Перед использованием обратитесь к инструкции по применению и ознакомьтесь с приведенными в ней показаниями, противопоказаниями, предупреждениями, мерами предосторожности и указаниями по использованию. Микросферы HepaSphere не реализуются и не разрешены к применению в США.

1. Bilbao JI, de Luis E, García de Jalón JA, et al. (2008). Comparative study of four different spherical embolic particles in an animal model: a morphologic and histologic evaluation. *J Vasc Interv Radiol*, Nov;19(11):1625-38.

De Luis E, Bilbao JI, de Ciércoles JA, Martínez-Cuesta A, de Martino Rodríguez A, Lozano MD. (2008). In vivo evaluation of a new embolic spherical particle (HepaSphere) in a kidney animal model. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2008 Mar-Apr;31(2):367-76. doi: 10.1007/s00270-007-9240-1.

Osuga K, Hori S, Kitayoshi H, Khankan AA, Okada A, Sugiura T, Murakami T, Hosokawa K, Nakamura H. (2002). Embolization of high flow arteriovenous malformations: experience with use of superabsorbent polymer microspheres. *J Vasc Interv Radiol*, Nov;13(11):1125-33.

Osuga K, Khankan AA, Hori S, Okada A, Sugiura T, Maeda M, Nagano H, Yamada A, Murakami T, Nakamura H. (2002) Transarterial embolization for large hepatocellular carcinoma with use of superabsorbent polymer microspheres: initial experience. *J Vasc Interv Radiol*, Sept 13(9 pt1):929-34.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

№3(9)-2019

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ АССОЦИАЦИИ ОНКОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

Учредитель:
Ассоциация онкологов Узбекистана

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

Адрес редакции:
100174, г. Ташкент, ул. Фараби, 383.
Тел. (+99871) 227-16-99
www.jaouz.uz

Сайт Ассоциации онкологов Узбекистана
www.aouz.uz
e-mail: journal@aouz.uz

Корректоры: Мамедова Г.Б., Каримова З.Х.
Верстка и дизайн: Абдусаломов А.А.

Подписано в печать 26.03.2019 г.
Подписной индекс по каталогу АК «Матбуот таркатувчи» 843 – для индивидуальных и коллективных заказчиков

ISSN 2181-9092
Клиническая и экспериментальная онкология.
2019. №3(9). С. 1-64

Отпечатано в типографии:
ООО «Credo print group»

Тираж: 250 экз.

Журнал «Клиническая и экспериментальная онкология» входит в перечень рецензируемых научных журналов ВАК Республики Узбекистан, в котором могут быть опубликованы научные статьи в плане выполняемых научных работ по кандидатским и докторским диссертациям.

Журнал входит базу данных РИНЦ

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

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

Ответственность за содержание рекламы несет рекламодатель.

Отдел рекламы: Гимуш И.
тел. +99890 805-23-87

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

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

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
АДИЛХОДЖАЕВ А.А. д.м.н., доцент

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Абдужашпаров С.Б. д.м.н., профессор
Абдухакимов А.Н. д.м.н.
Абдикаримов Х.Г. к.м.н.
Акилов Х.А. д.м.н., профессор
Алимов А.В. д.м.н., профессор
Алимходжаева Л.Т. д.м.н.
Арипова Т.У. д.м.н., академик АНРУз
Гафур-Ахунов М.А. д.м.н., профессор
Гильдиева М.С. д.б.н.

Даминов Б.Т. д.м.н., профессор
Джураев М.Д. д.м.н., профессор
Еникеева З.М. д.м.н., профессор
Заретдинов Д.А. д.м.н., профессор
Исроилов Р.И. д.м.н., профессор
Исхаков Э.Дж. к.м.н., доцент
Кабулов М.К. д.м.н., профессор
Каххаров Ж.Н. д.м.н.
Мухаммедаминов Ш.К. д.м.н., профессор
Нажмутдинова Д.К. д.м.н., профессор
Назирова Ф.Г. д.м.н., академик АНРУз
Пулатов Д.А. д.м.н., профессор
Туйчиев Л.Н. д.м.н., профессор
Фазылов А.А. д.м.н., профессор
Хасанов А.И. д.м.н.
Ходжаев А.В. д.м.н., профессор
Ходжибеков М.Х. д.м.н., профессор
Худайкулов Т.К. д.м.н., профессор
Шамсиев А.М. д.м.н., профессор
Юсупбеков А.А. д.м.н.

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

ОСЕТРОН®

Ондансетрон 4 мг и 8 мг, инъекции

- ✓ Наиболее эффективная противорвотная терапия в комплексном лечении онкобольных¹
- ✓ Ондансетрон рекомендован экспертами MASCC, ESMO, NCCN, ASCO для профилактики и лечения тошноты/рвоты при различных уровнях эметогенности ХТ и ЛТ¹



Производится на сертифицированных по стандартам FDA предприятиях³

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ОСЕТРОН®

Торговое название: Осетрон®. **Международное непатентованное название:** Ондансетрон. **Лекарственная форма:** раствор для внутривенных и внутримышечных инъекций, 4 мг/2 мл и 8 мг/4 мл. **Состав:** активное вещество - ондансетрона гидрохлорид 4,988 мг или 9,976 мг. **Фармакодинамика:** Ондансетрон является селективным антагонистом 5HT₃- (серотониновых) рецепторов. Лекарственные средства для цитостатической химиотерапии и радиотерапии могут вызывать повышение уровня серотонина, который путем активации вагусных афферентных волокон, содержащих 5HT₃-рецепторы, вызывает рвотный рефлекс. Не нарушает координации движений, не вызывает седативного эффекта и снижения работоспособности. Обладает анксиолитической активностью. Не изменяет концентрацию пролактина в плазме. **Показания:** Предупреждение и устранение тошноты и рвоты, вызванных цитотоксической химио- или радиотерапией или предупреждение и устранение тошноты и рвоты в послеоперационном периоде. **Способ применения и дозы:** Выбор режима дозирования определяется эметогенностью противоопухолевой терапии. Максимальная суточная доза Осетрона составляет 32 мг, у пациентов со сниженной функцией печени средней и тяжелой степени – 8 мг. Препарат допускается вводить внутримышечно, внутривенно струйно медленно и внутривенно капельно. Для приготовления раствора для инъекций Осетрон допускается применение 0,9% раствора натрия хлорида, 5% раствора глюкозы, раствора Рингера. Инфузионный раствор готовят непосредственно перед использованием. В случае необходимости он может храниться в течение 24 ч при температуре 2-8°C при обычной освещенности. Во время проведения инфузии защиты от света не требуется. **Способ применения и дозы:** Эметогенная химиотерапия и лучевая терапия. Взрослым назначают в дозе 8 мг внутривенно медленно непосредственно до лечения или внутрь за 1-2 часа до проведения лечения с последующим применением 8 мг внутрь с интервалом 12 часов. Для профилактики поздней или отсроченной рвоты после первых 24 часов необходимо продолжить дальнейший прием внутрь в дозе 8 мг 2 раза в сутки сроком до 5 дней с момента окончания химиотерапии. **Побочные действия:** головная боль, головокружение, переходящие нарушения зрения, парестезии, судороги; икота, диарея, сухость во рту, запоры или диарея; прилив крови к коже лица, чувство жара, гипокалемия, тахикардия или брадикардия; крапивница, бронхоспазм, ангионевротический отек, анафилаксия, гиперемия, боль, жжение в месте введения; другие побочные действия. **Противопоказания:** гиперчувствительность к ондансетрону или к другим компонентам препарата; беременность, период лактации (прекращается в период лечения препаратом); детский возраст: во время проведения анестезии до 2х лет, химиотерапия - до 4 лет. **Лекарственные взаимодействия:** Осетрон метаболизируется ферментной системой (цитохром Р450) печени, требуется осторожность при совместном применении с индукторами ферментов цитохрома Р450 (СУР2D6 и СУР3А)-барбитураты, карбамазепин, карилопродол, глотетимид, гризеофульвин, динитроген оксид, папаверин, фенилбутазон, фенитоин (вероятно и другие гидантоины), рифампицин, толбутамид. **Особые указания:** Пациенты, имевшие ранее аллергические реакции на другие селективные блокаторы 5HT₃-рецепторов, имеют повышенный риск их развития на фоне применения ондансетрона. Ондансетрон может замедлять моторику толстого кишечника, в связи с чем его назначение больным с признаками непроходимости кишечника требует регулярного наблюдения. **Условия отпуска из аптек:** Отпускается по рецепту врача. **Производитель:** «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд» Андхра Прадеш, Индия. **Представительство компании Dr.Reddy's в Узбекистане:** 100031, г.Ташкент, ул.Афросиаб. Тел./факс: 252-24-41. **Промономер:** OSON-11-07-2019-ONCO-DRL-UZ

ИНФОРМАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА, ПРЕДНАЗНАЧЕННАЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНЫМ ТЕКСТОМ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ. ВЫ МОЖЕТЕ ОБРАТИТЬСЯ ЗА ДЕТАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ПО ВЫШЕУКАЗАННОМУ АДРЕСУ.

1. Абрамов М.Е. и соавт. Клинические рекомендации по профилактике и лечению тошноты и рвоты у больных, получающих химио- и лучевую противоопухолевую терапию. Москва 2014. Ассоциация онкологов России.
2. По данным информационно-аналитической фармацевтической базы данных «Drug Audit» компании «Yevro Farmis»: препарат Осетрон® был доступен на рынке Узбекистана с 2009 г.
3. <https://drifglobal.sharepoint.com/sites/funcntr/Oncology/SitePages/OncologyHome.aspx>. Accessed by 11 2017.

Оглавление

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ

Тилляшайхов М.Н., Хасанов Ш.Т., Рахимов Н.М

Современные методы деривации мочи после радикальной цистэктомии при инвазивном раке мочевого пузыря 4

Абдихакимов А.Н., Сулайманов Д.А.

Гипертермик интраперитонеал кимёперфузияни тухумдон саратонини асцитик шаклини даволашдаги натижалар 11

Гаибов Ж.А., Турсунов Х.З., Османов Ю.И.,

Иммуногистохимическая верификация поверхностной и мышечно-инвазивной уротелиальной карцином в биопсиях мочевого пузыря 18

Юсупбеков А.А., Хакимов Я.Ш., Азимова М.А., Усманов Б.Б.

Состояние психосоматического статуса больных раком пищевода и кардиоэзофагеальной зоны 22

Шомансурова Н.С., Гилдиева М.С.

Экспрессия молекулярно-биологических маркеров в опухолевой ткани молочной железы 29

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Тилляшайхов М.Н., Бойко Е.В., Рахимов Н.Т., Корень Л.П., Хасанов Ш.Т., Абдусаматов Н.Т., Адилходжаев А.А., Отабоев А.Х.

Хирургическое лечение метастатического рака уретры 34

Мошуров И.П., Ольшанский М.С. Рерберг А.Г.

Многоэтапная селективная внутриартериальная химиоэмболизация при местнораспространенной альвеолярной рабдомиосаркоме с последующим хирургическим лечением 39

Улмасов Э.Э., Куканбоев И.М.

Лечение пациента с саркомой грудины 44

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Нишанова Ю.Х., Ходжибеков М.Х.

Комплексная лучевая диагностика рака молочной железы с применением МР-маммографии 48

Юсупбеков А.А., Бердикулов Ж.И.

Современные принципы диагностики и лечения злокачественной мезотелиомы плевры 52

Нарзиева Д.Ф., Абдуллаева Г.Дж., Шодмонова Д.С., Алмурадова Д.М., Туйчиева М.М.

Морфологические особенности опухоли при различных вариантах лечения пациенток сместно-распространенным раком молочной железы 60

- I, Rivoire M, Ray-Coquard I. Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy with oxaliplatin and without adjuvant chemotherapy in stage IIIC ovarian cancer. Bull Cancer. 2015 Apr; 98(6): E32.
11. Chi D.S., Cui Y., Cui M.H., Jia Y. Choose which method for the chemotherapy of epithelial ovarian carcinoma: a meta-analysis. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2016; 97 (20):177. Chinese.
12. Muenyi C.S., States V.A., Masters J.H., Fan T.W., Helm C.W., States J.C. Sodium arsenite and hyperthermia modulate cisplatin-DNA damage responses and enhance platinum accumulation in murine metastatic ovarian cancer xenograft after hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC). JOvarianRes. 2016. 28; 6:9.

УДК:616-006.62+616.62-006+616-076

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ И МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОЙ УРОТЕЛИАЛЬНОЙ КАРЦИНОМ В БИОПСИЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Гаибов Ж.А.^{1,2}, Турсунов Х.З.¹, Османов Ю.И.^{2,3},
(¹Ташкентская медицинская академия, ²Научный Клинический Центр ОАО «РЖД»,
³ФГБОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва)

Рак мочевого пузыря занимает 9-е место среди всех злокачественных новообразований в мире. В 70% случаях впервые выявленный рак мочевого пузыря является поверхностным, в 30% – инвазивным. В тоже время, для выбора тактики лечения рака мочевого пузыря на сегодняшний день золотым стандартом является морфологическая верификация типа уротелиальной карциномы. Вместе с тем, в повседневной практике дифференциальная диагностика поверхностной и мышечно-инвазивной уротелиальной карциномами нередко создает существенные трудности. В литературе имеется единичные сведения о диагностической роли Smoothelin-маркера позволяющий определить уровень глубины инвазии злокачественных клеток в стенку мочевого пузыря.

Ключевые слова: уротелиальная карцинома, мочевого пузыря, иммуногистохимия.

СИЙДИК ПУФАГИ БИОПСИЯЛАРДА ЮЗАКИ ВА МУШАК-ИНВАЗИВ УРОТЕЛИАЛ КАРЦИОНМАЛАРИНИ ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ТЕКШИРИШ

Сийдик пуфаги саратони дунёдаги барча ҳавфли ўсмалар орасида 9-ўринни эгаллайди. Биринчи марта сийдик пуфаги саратони 70%-ҳолларда юзаки, 30% - ҳолларда инвазив аниқланган. Шу билан бирга, бугунги кунда сийдик пуфаги саратонида даволаш тактикасини танлаш учун олтин стандарт уротелиал карциноманинг морфологик текширувидир. Шу билан бирга, кундалик амалиётда юзаки ва мушак-инвазив уротелиал карциномаларнинг дифференциал диагностикаси кўпинча муҳим қийинчиликларни келтириб чиқаради. Адабиётларда диагностик аҳамияти ҳақида ягона Smoothelin -маркер бор сийдик пуфаги деворига саратон хужайралари ўсиб кириш чуқурлиги даражасини аниқлаш имконини беради.

Калит сўзлар: уротелиал карцинома, сийдик пуфаги, иммуногистокимё.

IMMUNISTOCHEMICAL VERIFICATION OF SUPERFICIAL AND MUSCLAR-INVASIVE UROTELIAL CARCINOMAS IN BLADDER BIOPSY

Bladder cancer ranks 9th among all malignant neoplasms in the world. In 70% of cases, newly diagnosed bladder cancer is superficial, in 30% - invasive. Currently, for the treatment of bladder cancer, there is a morphological theory of the type of urothelial carcinoma. However, in everyday practice, differential diagnosis of superficial and musculo-invasive urothelial carcinomas often creates significant difficulties. In the literature there is isolated information

about the diagnostic rollers Smoothelin-markers, allowing to determine the level of depth of invasion of malignant cells in the bladder wall.

Key words: urothelial carcinoma, bladder, immuhistochemistry.

Введение. Рак мочевого пузыря (РМП) занимает 9-е место среди всех злокачественных новообразований в мире [10]. В 70% случаях впервые выявленный РМП является поверхностным, в 30% – инвазивным [11]. Для выбора тактики лечения практическое значение имеет степень вовлеченности в раковый процесс оболочек мочевого пузыря [2,14,16,1]. В то же время, в щипковом биопсийном материале и в материалах после трансуретральных резекций, определение степени инвазии, особенно в случаях, когда мышечная пластинка подвергается гипертрофии, нередко не представляется возможным [8,15]. Исходя из этого, целесообразно проводить иммуногистохимическое (ИГХ) исследование для дифференциации мышечной пластинки от мышечной оболочки с целью уточнения уровня инвазии [4]. В литературе имеется единичные сведения о диагностической роли ИГХ маркера Smoothelin позволяющий определить уровень глубины инвазии [3,12]. В отличие от классических антител к SMA, H-Caldesmon и SMMHC, выраженная экспрессия которых всегда обнаруживается в обеих гладкомышечных структурах, для Smoothelin характерна по-

ложительная экспрессия только в мышечной оболочке МП [9,6,7,13,5].

Цель исследования. Определение диагностического значения экспрессии маркера Smoothelin в дифференциальную диагностику поверхностной и мышечно-инвазивной уротелиальной карцином.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в отделении патологической анатомии НУЗ НКЦ ОАО «РЖД». Материалом для исследования послужил биопсийный материал от 20 пациентов (14 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 48 до 86 (средней возраст больных составил 65,9 лет) с раком мочевого пузыря, проходивших лечение в Урологическом Центре НКЦ ОАО РЖД в период с 2012 по 2016 гг. Во всех случаях при обзорном морфологическом исследовании между разрозненными очагами мышечными пучками визуализировался инфильтративный опухолевый рост и интерпретация степени инвазии (pT_1 или $\geq pT_2$) была неоднозначной. ИГХ-исследование проводилось на серийных парафиновых срезах толщиной 5 мкм, использованы панели антител к SMA (клон sm-1a

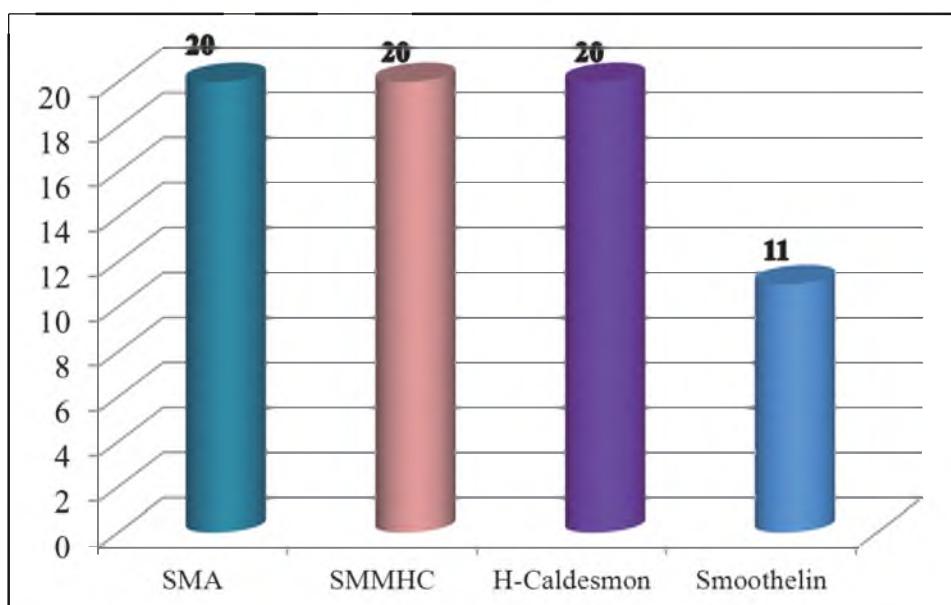


Рисунок 1. Дифференциальная диагностика поверхностной и мышечно-инвазивной УК

Исследования	n(pT1)	n(pT2)	n(pT3)
Гистологическое исследование биопсийного материала	?	?	-
ИГХ-исследование биопсийного материала	9	11	-
Гистологическое исследование операционного материала	-	7	4

Рисунок 2. Сравнительная вербальная оценка операционного и биопсийного материалов с ИГХ исследованием

Примечание: (?) - определить невозможно; (-) - исследование не проводилось.

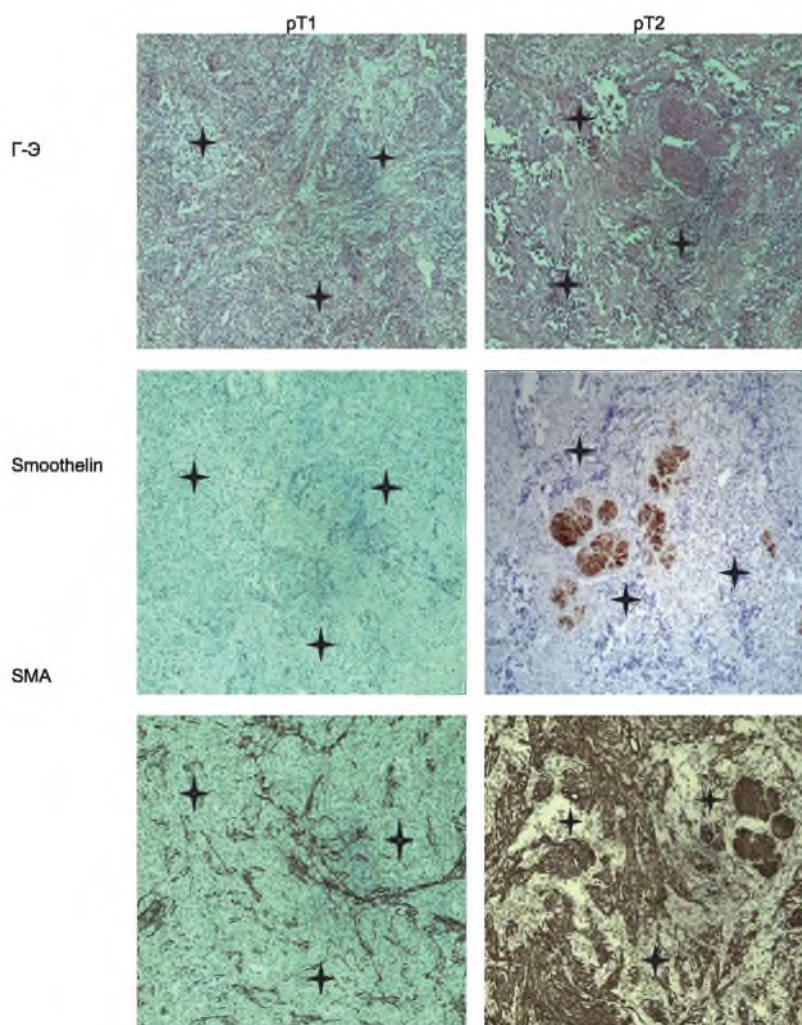


Рисунок 3. Экспрессия Smoothelin и SMA в поверхностных и мышечно-инвазивных УК. Маркерами показаны зоны инфильтрации опухолевых клеток ув.х100.

Заключение. Таким образом, Smoothelin в сочетании одного из классических маркеров клеток с гладкомышечным фенотипом является необходимым антигеном для определения степени инвазии уротелиальных карцином МП при трудно диагностируемых случаях в целях выбора лечебной тактики.

Литература.

1. Beukers W, Meijer T, Cornells J, Vissers, Joost L, Boormans, Ellen C, Zwarthoff, Geert J, L. H. van Leenders. Down-staging (<pT2) of urothelial cancer at cystectomy after the diagnosis of detrusor muscle invasion (pT2) at diagnostic transurethral resection (TUR): is prediction possible? *Virchows Arch.* 2012; 461(2): 149–56.
2. Burger M., Catto J. W. F., Dalbagni G. et al. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer// *European Urology.* 2013; 63(2): 234–241.
3. Council L, Hameed O. Differential expression of immunohistochemical markers in bladder smooth muscle and myofibroblasts, and the potential utility of desmin, smoothelin, and vimentin in staging of bladder carcinoma. *Mod Pathol.* 2009 May;22(5):639-50.
4. Kirna P, Malik A, Sivaramakrishna B, Vibha Dutta SM. Role of immunohistochemistry in differentiating muscularis mucosae from muscularis propria as an aid to accurate staging of invasive urothelial carcinoma: a pilot study. *Advance Laboratory Medicine International* 2015; 5(1): 4 - 15.
5. Lapetino S, Paner GP, Venkataraman G. Diagnostic utility of antibody to smoothelin in the distinction of muscularis mucosa from muscularis propria of the urinary bladder (abstract). *Mod Pathol.* 2008; 21: 165A.
6. Lee MS, Lee J, Kim JH, Kim WT, Kim WJ, Ahn H, Park J5. Overexpression of caldesmon is associated with tumor progression in patients with primary non-muscle-invasive bladder cancer. *Oncotarget.* 2015 Nov 24;6(37):40370-84.
7. Paner GP, Brown JG, Lapetino S, Nese N, Gupta R, Shen SS, Hansel DE, Amin MB. Diagnostic use of antibody to smoothelin in the recognition of muscularis propria in transurethral resection of urinary bladder tumor (TURBT) specimens. *Am J SurgPathol.* 2010 Jun;34(6):792-9
8. Paner GP, Ro JY, Wojcik EM, Venkataraman G, Datta MW, Amin MB. Further characterization of the muscle layers and lamina propria of the urinary bladder by systematic histologic mapping: implications for pathologic staging of invasive urothelial carcinoma. *Am J SurgPathol.* 2007 Sep;31(9):1420-9.
9. Paner GP, Shen SS, Lapetino S, Venkataraman G, Barkan GA, Quek ML, Ro JY and Amin MB. Diagnostic utility of antibody to smoothelin in the distinction of muscularis propria from muscularis mucosae of the urinary bladder: a potential ancillary tool in the pathologic staging of invasive urothelial carcinoma// *Am J SurgPathol.* 2009; 33:91-8.
10. Parkin D.M., Bray F., Ferlay J. et al. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; 55(2):74–108.
11. Ploeg M, Aben KK, Kiemeny LA. The present and future burden of urinary bladder cancer in the world// *World J Urol* 2009; 27:289–93.
12. Raparia K, Zhai QJ, Schwartz MR, Shen SS, Ayala AG, Ro JY. Muscularis mucosae versus muscularis propria in gallbladder, cystic duct, and common bile duct: smoothelin and desmin immunohistochemical study. *Ann Diagn Pathol.* 2010 Dec;14(6):408-12.
13. Sjuve R., Haase H., Ekblad E., Malmqvist U., Moranol., Arner A. Increased expression of non-muscle myosin heavy chain-B in connective tissue cells of hypertrophic rat urinary bladder. *Cell Tissue Res* (2001) 304:271–278.
14. Vaidya A, Soloway MS, Hawke C, Tiguert R, Civantos F. De novo muscle invasive bladder cancer: is there a change in trend? *J Urol* 2001 Jan;165(1):47–50.
15. Vakar-Lopez F, Shen SS, Zhang S. Muscularis mucosae of the urinary bladder revisited with emphasis on its hyperplastic patterns: a study of a large series of cystectomy speci-

mens. Ann DiagnPathol. 2007;11: 395–401.

16. Yu RJ, Stein JP, Cai J, Miranda G, Groshen S, Skinner DG. Superficial (pT2a) and deep (pT2b) muscle invasion in pathological staging of bladder cancer following radical cystectomy. J Urol. 2006 Aug;176(2):493-8; discussion 498-9.

УДК:616-286.12+616.69-02+616-088

СОСТОЯНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Юсупбеков А.А.¹, Хакимов Я.Ш.², Азимова М.А.³, Усманов Б.Б.¹
(РСНПМЦОиР¹, Бухарский филиал РСНПМЦОиР², ТашПМИ³)

Авторами анализированы отношения пациентов к своему диагнозу и методу лечения с последующей оценкой влияния психосоматического статуса на эффективность лечения и реабилитации у 107 пациентов раком пищевода и кардиоэзофагеальной зоны. Использовано опросники SF-36 «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» и EORTC QLQ-C30. Всего изучены 30 психосоматических показателей. Выделены 4 группы пациентов с психосоматическим статусом в отношении к своему заболеванию. У пациентов РП и КЭР идентично отмечался выраженная тревожность психологического статуса (45,9 и 36,9% соответственно) и наличие панического настроения (21,3 и 21,7%) соответственно. Тревожность и панический настрой существенно было выше у представителей женского пола (49,1 и 31,6% соответственно) по сравнению с мужчинами (34,0 и 10,0% соответственно). У мужчин в 22,0% случаев отмечалась безразличность к выявленной патологии, что может быть скрытым предвестником депрессивного синдрома.

Ключевые слова: рак пищевода, психосоматический статус больных.

ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛ СОҶА САРАТОНИ БОР БЕМОРЛАРНИНГ ПСИХОСОМАТИК ХОЛАТИ

Тадқиқотчилар томонидан 107 та қизилўнғач ва кардиоэзофагеал соҳа саратони билан беморлар ўзларининг диагнози ва даво усулига фикри ва кейинчалик психосоматик ҳолати даво самараси ва реабилитациясига таъсири ўрганилган. Тадқиқотда SF-36 ва EORTC QLQ-C30 саволномасидан фойдаланилган. Ҳаммаси бўлиб 30 та бемор психосоматик ҳолати ўрганилган. Улар 4 та гуруҳга бўлинган. Қизилўнғач ва кардиоэзофагеал соҳа саратонида бир хил ташвишли психосоматик ҳолат (45,9 ва 36,9% аниқланган) ва ваҳимали кайфият (21,3 ва 21,7%) аниқланган. Ташвишли ва ваҳимали кайфият аёлларда (49,1 ва 31,6%) эркаклардан (34,0 ва 10,0%) кўра юқори бўлгани тасдиқланган. 22% ҳолларда эркакларда бефарқлик кузатилган, бу ҳолат яширин депрессив синдромга олиб келиши мумкин.

Калит сўзлар: қизилўнғач саратони, беморлар психосоматик ҳолати.

THE CONDITION OF THE PSYCHOSOMATIC STATUS OF PATIENTS WITH EYE CANCER AND THE CARDIOESOPHAGEAL ZONE

The authors analyzed the attitudes of patients to their diagnosis and method of treatment, followed by an assessment of the effect of psychosomatic status on the effectiveness of treatment and rehabilitation in 107 patients with cancer of the esophagus and cardioesophageal zone. The SF-36 questionnaire "A brief general questionnaire for assessing the health status" and EORTC QLQ-C30 was used. A total of 30 psychosomatic indicators were studied. Four groups of patients with psychosomatic status in relation to their disease were identified. In patients with RP and CER, there was an identical marked anxiety of psychological status (45.9 and 36.9%, respectively) and the presence of panic (21.3 and 21.7%), respectively. Anxiety and panic mood were significantly higher among women (49.1 and 31.6%, respectively) com-