

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ АССОЦИАЦИИ ОНКОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

XIX Республиканская научно-практическая конференция на тему:

«Современные технологии в диагностике и лечении опухолей».

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



Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А. А. Экспрессия ki-67 и p53 как прогностический маркер раннего послеоперационного рецидива рака головки поджелудочной железы	244
Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А.А. Прогностическое влияние пролиферативного индекса ki-67 при резектабельных аденокарциномах протоков поджелудочной железы	245
Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А.А. Иммуногистохимическое исследование экспрессии белков bcl-2 и p53 при карциномах поджелудочной железы	245
Нишанов Д.А., Матрасулов Р.С., Авезов А.У., Айтимова Г.Ю., Урунбаева Н.А. Диагностическое значение BCL 2 при нефробластоме у детей	246
Нишанов Д.А., Матрасулов Р.С., Авезов А.У., Айтимова Г.Ю. Урунбаева Н.А. Маркер стратификации риска (p53) опухоли Вильмса	247
Нишанов Д.А., Мансурова Г.Б., Саидова К.А., Чен Е.Е. Определение чувствительности генерализованных форм рака шейки матки к химиолучевой терапии с использованием метода иммуногистохимии	247
Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А.А. Иммуноокрашивание ki-67 при раке поджелудочной железы и хроническом активном панкреатите	248
Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А.А. Прогностическое влияние пролиферативного индекса ki-67 при резектабельных аденокарциномах протоков поджелудочной железы	249
Нишанов Д.А., Турсинов И.Т., Рузиева Н.А. К вопросу клинико-морфологических характеристик рака желудка	249
Нишанов Д.А., Расулов Р.А., Бекназаров Х.Ж., Мадалиев А.А. Марказий нерв системаси астроцитомаларининг патоморфологик ва иммуногистохимёвий хусусиятларини баҳолаш	250
Нишанов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Мадалиев А.А. Актуальность трепанационной биопсии в дифференциальной патоморфологической диагностике новообразований поджелудочной железы	250
Normuminov O.X., Yuldashev R.R. Breast cancer pathomorphosis remains an actual problem for both clinicians and morphologists	251
Палванов А.Ч., Хатамов Ш.Н., Алиева Д.А. Особенности морфологической диагностики опухолей слюнных желез	251
Полатова Д.Ш., Ибрагимова Д.А., Хамидуллаева О.О. Номеланом тери хавфли ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичини Ўзбекистон республикаси микёсида ўрганиш натижалари	252
Полатова Д.Ш., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Султонов Б.Б., Савкин А.В., Асамединов Н.К., Нуржабов А.И., Насиров С.К. Результаты лечения осложнений органосохраных оперативных вмешательств у больных с опухолевым поражением трубчатых костей предплечья	252
Полатова Д.Ш., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Султонов Б.Б., Савкин А.В., Асамединов Н.К., Нуржабов А.И., Насиров С.К. Результаты органосохранных операций при саркомах мягких тканях	253

случаев опухоль локализовалась в дистальном отделе лучевой кости. Протяженность поражения - 3–15 см. Всем больным выполнены органосохраняющие операции.

Результаты. В послеоперационном периоде у 17 (22,7 %) появились различного рода осложнения. После сегментарной резекции с аутопластикой (38,1 %) и сегментарной резекции (21,4 %), а также после экскохлеации с цементапластикой (16,1 %). После сегментарной резекции с аутопластикой у 8 (38,1%). У 2 (9,5 %) больных на 14–16 мес был выявлен рецидив гигантоклеточной опухоли. После экскохлеации опухоли с цементапластикой у 5 (16,1 %) из 31 пациента наблюдались следующие осложнения: у 1 (3,2 %) – некроз кожи, у 2 (6,4 %) – свищ и у 2 (6,4 %) – остеомиелит. Локальный рецидив выявлен у 6 (19,4 %) больных гигантоклеточной опухолью. После сегментарной резекции костей предплечья у 3 (21,4 %) из 14 больных наблюдались следующие осложнения: у 1 (7,1%) – некроз кожи, у 1 (7,1 %) – нагноение раны и у 1 (7,1%) – повреждение лучевого нерва.

Выводы. При гигантоклеточной опухоли костей предплечья при отсутствии мягкотканного компонента, обширной деструкции кортикального слоя и перехода опухоли на суставную поверхность кости методом выбора является хирургическое лечение в объеме экскохлеации с цементапластикой. В случае доброкачественных опухолей костей предплечья с наличием мягкотканного компонента и поражении суставной поверхности кости оптимальным методом является сегментарная резекция кости с замещением дефекта эндопротезом. При злокачественных опухолях (остеосаркоме, низко дифференцированной хондросаркоме) показано комбинированное лечение с применением неoadъювантной и адъювантной химиотерапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ САРКОМАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ Полатова Д.Ш.², Абдикаримов Х.Г.¹, Давлетов Р.Р.¹, Султонов Б.Б.¹, Савкин А.В.², Асамединов Н.К.², Нуржабов А.И.², Насиров С.К.³

РСНПМЦОиР МЗ РУз¹, Ташкентский государственный стоматологический институт², Ташкентская медицинская академия³

Цель: изучить ближайшие результаты органосохраняющих операций при опухолях мягких тканей конечностей с реконструкцией магистральных сосудов.

Материал и методы. В отделении опорно-двигательного аппарата РСНПМЦОиР МЗ РУз в период с 2016 по 2022 гг. проходили лечение 215 больных с саркомами мягких тканей. 103 (48,1%) были с первичной опухолью и 112 (51,9%) с рецидивами. Из 215 больных 33 (15,6%) выполнены органосохраняющие операции с реконструктивной пластикой сосудов.

Результаты. Заболеваемость преобладает у лиц с 21 до 40 лет, самый низкий показатель у лиц от 61 и старше. По полу преобладают мужчины. Частым клиническим симптомом являлась боль и ограничение функции конечности, соответственно 47 и 16%. По локализации чаще опухолевый процесс поражал нижние конечности. С целью реконструкции и восстановления сегмента сосудов в 24 случаях была использована аутовена (v. safena mag.) и в 9 аллотрансплантант. При операции на верхних конечностях у 9 больных использована аутоотрансплантация и у 2 - аллотрансплантация. При опухолях нижних конечностей в 15 случаях использована аутоотрансплантация и в 7 - аллотрансплантация. Из осложнений в послеоперационном периоде имело место некроз краев раны, вторичное заживление раны, также ранний лимфостаз.

Выводы. Современная тенденция комплексного мультидисциплинарного подхода в лечении, позволяет расширить показания к органосохраняющим операциям при саркомах мягких тканей. Реконструктивные вмешательства на магистральных сосудах конечностей повышают резектабельность процесса и обеспечивают радикальность хирургического вмешательства.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Полатова Д.Ш.², Абдикаримов Х.Г.¹, Давлетов Р.Р.¹, Султонов Б.Б.¹, Савкин А.В.², Насиров С.К.³, Асамединов Н.К.², Нуржабов А.И.²

РСНПМЦОиР МЗ РУз¹, Ташкентский государственный стоматологический институт², Ташкентская медицинская академия³

Цель исследования: изучить результаты эндопротезирования плечевого сустава при опухолях проксимального отдела плечевой кости.

Материалы и методы. В хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата РСНПМЦО МЗ РУз с 2010 по 2022 гг. находились на лечении 52 больных с опухолями

проксимального отдела плечевой кости. Возраст больных колебался от 16 до 72 лет, в среднем составил – 36,6 лет. Рентгенография выполнена всем 52 больным. Из 52 у 22 (42,3%) - отмечено поражение проксимального эпиметафизарного отдела плечевой кости, у 12 (23,1%) - метадиафизарного отдела и у 16 (30,8%) - тотальное поражение головки, метафиза и верхней трети диафиза плечевой кости. Протяженность поражения составляла от 7 до 13 см. Морфологическая структуры опухоли: 22 (42,3%) - доброкачественная гигантоклеточная опухоль, 9 (17,3%) - злокачественная гигантоклеточная опухоль, 8 (15,4%) - остеосаркома, 5 (9,6%) - хондросаркома, 3 (5,8%) - фиброзная дисплазия, 1 (1,9%) - злокачественная гемангиоперицитомы, 1 (1,9%) - метастазы аденокарциномы щитовидной железы, 1 (1,9%) - хондромиксоидная фиброма и 1 (1,9%) - хондромиксома. Всем больным произведена - сегментарная резекция проксимального отдела плечевой кости с замещением дефекта металлическим эндопротезом. Протяженность резекции составила 8 - 15 см.

Результаты. В различные сроки у 2 (3,8%) больных наблюдалась нестабильность ножки эндопротеза и у 2 (3,8%) больных вывих головки эндопротеза. Инфекционно-воспалительные осложнения наблюдались у 3 (5,8%) больных. После реконструктивных вмешательств у 2 (3,8%) больных выявлен локальный рецидив (1 больного с остеогенной саркомой и 1 - при хондросаркоме). У 5 (9,6%) случаях выявлены метастазы в легких (у 2 больных с остеогенной саркомой через 12 месяцев, у 2 с ЗГКО через 10 месяцев, у 1 хондросаркомой через 15 месяцев). Анатомио – функциональные результаты по шкале Enneking показали, что у 11 больных оценены как отличное, у 33 - как хорошее и у 8- удовлетворительное.

Выводы. Хирургическое лечение в объёме радикальной резекции с соблюдением онкологических принципов с замещением дефекта эндопротезом, является методом выбора при злокачественных опухолях проксимального отдела плечевой кости.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В МОНИТОРИНГЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ САРКОМАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Полатова Д.Ш.², Абдикаримов Х.Г.¹, Давлетов Р.Р.¹, Султонов Б.Б.¹, Савкин А.В.², Асамединов Н.К.², Нуржабов А.И.², Насиров С.К.³

РСНПМЦОиР МЗ РУз¹, Ташкентский государственный стоматологический институт², Ташкентская медицинская академия³

Цель. Оценить значение лучевых методов диагностики при саркомах мягких тканей.

Материал и методы. В условиях отделения заболеваний опорно-двигательного аппарата РСНПМЦОиР МЗ РУз в период с 2016 по 2022 гг. проходили лечение 215 больных с саркомами мягких тканей. 103 (48,1%) поступили с первичной опухолью, 112 (51,9%) поступили с рецидивной опухолью. Из 215 больных - у 33 (15,6%) выполнено различного характера реконструктивно – пластические операции с сохранением конечностей. Всем больным проводили лучевые методы диагностики – такие как МРТ, МСКТ с ангиографией, ПЭТ-КТ, УЗДГ.

Результаты. Авторы обсуждают общие подходы к визуализации для пациентов с новообразованиями мягких тканей, фундаментальные принципы, присущие визуализации опухолей, и конкретные применения новых методов визуализации. Магнитно-резонансная томография стала предпочтительным методом для оценки опухолей мягких тканей, но она ограничена в демонстрации характера кальцификации мягких тканей. Компьютерная томография является лучшим методом для оценки костной архитектуры и для пациентов, которые не могут быть оценены с помощью МРТ. ПЭТ помогает визуализировать метаболические процессы, а ультразвуковое исследование позволяет отличить кистозные образования от солидных. Магнитно-резонансная ангиография точно выявляет артериальное и венозное кровоснабжение сосудистых опухолей.

Выводы. Современные методы визуализации предоставляют многочисленные неинвазивные методы диагностики и определения стадии при подозрении на саркому мягких тканей.

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ РОТОГЛОТКИ

Полатова Д.Ш., Мадаминов А.Ю., Бобомуродов Б.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан

Введение. Вирус папилломы человека (ВПЧ) привел к резкому росту заболеваемости плоскоклеточной карциномы ротоглотки (ПККР) в последние десятилетия XX века. Помимо персистенции ВПЧ, участие белков PD-L1 и p53 в инициации и прогрессировании ПККР