

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
“ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН”**

УДК: 616-006.6-611.69-617.5-089.844

На правах рукописи

ОБИДОВ ДЖУРАХОН САЙДАЛИЕВИЧ

**ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ
ПЛАСТИКОЙ ДЕФЕКТА ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ У
БОЛЬНЫХ С ДИФфуЗНЫМИ ФОРМАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.12 - Онкология

Душанбе - 2025

Диссертационная работа выполнена на кафедре онкологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель: **Расулов Самеъ Рахмонбердиевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Официальные оппоненты: **Божок Алла Александровна** - доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии, детской онкологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ведущий научный сотрудник ФГБУЗ «Северо-Западный окружной научно-клинический центр им. Л.Г.Соколова» Федерального медико-биологического агентства

Сангинов Джумабой Рахматович – доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Ведущее учреждение: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится “_____” _____ 2025 года в “_____” часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Адрес: 734026, г. Душанбе, район Сино, улица Сино 29-31, www.tajmedun.tj.
Телефон ученого секретаря: 928217755

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «_____» _____ 2025 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета**

к.м.н., доцент

Али-Заде С.Г.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенной онкологической патологией среди женского населения в большинстве стран мира. Согласно данным GLOBOCAN (совместный проект Всемирной Организации Здравоохранения и Международного агентства исследований рака, которая занимается организацией мониторинга злокачественных опухолей), в 2022 году в мире было зарегистрировано 2 296 840 новых случаев РМЖ, что составляет 11,5% среди всех случаев злокачественных новообразований [Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024. International Agency for Research on Cancer. Cancer TODAY/IARC]. В Республике Таджикистан заболеваемость РМЖ также ежегодно растет и среди других злокачественных опухолей занимает первое место, которая составила 13,1% [Расулов С.Р., 2018].

Несмотря на налаженную систему маммографического скрининга в большинстве стран мира, доля больных с запущенными стадиями (III-IV стадии) РМЖ остается высокой и по отчету GLOBOCAN составляет 21,7%-23,7% [Фоменко Ю.М., 2016].

По данным большинство авторов диффузный РМЖ входит в клиническую группу местно-распространенного РМЖ (MP РМЖ), к которой относятся опухоли с вовлечением в процесс кожи либо грудной стенки и обширными метастазами в региональные лимфоузлы – стадии IIIB, IIIC (T3N1M0, T0-3N2-3M0 и T4N0-3M0) [Кубанцев, К.Б., 2010, Jau-Nan Lin et al., 2021, Stefan Aebi et al., 2022].

Диффузные формы РМЖ составляют около 15-17%. Большая часть диффузных форм РМЖ представлена отечными формами [Сарибекян Э.К., 2012]. В Республике Таджикистан доля больных с диффузными формами РМЖ по данным 2015 года составила 24,7% [Расулов С.Р., 2015].

В подавляющем большинстве случаев, при диффузной форме РМЖ, процесс переходит за пределы МЖ - на кожу и мягкие ткани грудной стенки в виде инфильтрации и сателлитов. При таком процессе хирургическое вмешательство проводится только с паллиативной целью, которое направлено на избавление больной от распадающейся опухоли или от дальнейшего её распада в процессе

лекарственной терапии, или кровоточащей опухоли, уменьшение опухолевой интоксикации и болевого синдрома, который связан с компрессией сосудисто-нервного пучка, а так же повышению качества жизни пациентки. В таких случаях объем выполняемых операций значительно превышает объемы традиционных мастэктомий. Коллеги, которые проводят такие операции, называют их «сверхрадикальными мастэктомиями» или «расширенными модифицированными мастэктомиями» [Рыбачков В.В. [и др.], 2012, Касянова М.Н., 2015, Мазаева Б.А., 2017]. На наш взгляд для заведомо паллиативной операции больше подходит понятие «расширенная модифицированная мастэктомия». В результате такой операции формируются обширные дефекты мягких тканей, которые приходится закрывать кожно-мышечными лоскутами, перемещенными на сосудистых ножках.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Лечение диффузного РМЖ, в том числе и хирургическое, носит сугубо паллиативный характер и направлено на продление жизни и улучшении качества жизни больных.

К наиболее часто применяемыми реконструктивно-восстановительными вмешательствами при РМЖ относятся ТДЛ- и ТРАМ-лоскуты, которые производятся в основном при операбельных формах РМЖ для воссоздания формы молочной железы. В настоящее время представленные методы реконструкции стали широко использоваться при паллиативных операциях по поводу МР РМЖ для максимального продления жизни и улучшения ее качества (Кубанцев К.Б., 2010, Рыбачков В.В. и др., 2012, Сарибекян Э.К. и др., 2014, Sharma, N. 2017).

В доступной литературе нами не встретили работ, посвященных расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта ТД- и ТРАМ-лоскутами у больных диффузным РМЖ, не изучены непосредственные и отдаленные результаты, а также качества жизни данных больных после таких операций. В связи с этим проведение данного научного исследования является актуальным.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Диссертационная работа выполнялась в рамках научно-исследовательской работы кафедры онкологии ГОУ ИПОвСЗРТ «Реконструктивно-пластические операции в паллиативной помощи у больных с диффузными формами рака молочной железы»,

сроки выполнения 2019-2023 гг. (утверждена на заседании Ученого совета, №12/15, от 28.12.2018 г.).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Улучшение качества жизни больных с диффузными формами рака молочной железы путем внедрения расширенной модифицированной мастэктомии и закрытия дефектов передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами.

Задачи исследования

1. Выявить степень распространенности РМЖ по стадиям и определить частоту встречаемости диффузных форм рака молочной железы по данным обращаемости в ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ.

2. Разработать оптимальные способы закрытия дефектов передней грудной стенки с применением ТДЛ- и TRAM-лоскутов после расширенной модифицированной мастэктомии.

3. Определить частоту развития послеоперационных осложнений после закрытия дефектов передней грудной стенки местными тканями, ТДЛ- и TRAM-лоскутами.

4. Оценить непосредственные и отдаленные результаты расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефектов передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами у больных с диффузными формами рака молочной железы.

5. Оценить качество жизни больных с диффузными формами рака молочной железы после расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефектов передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами.

Объект исследования. В исследование были включены 50 больных с диффузными формами рака молочной железы, получавших лечение в отделение маммологии и реконструктивной хирургии ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан с 2017 по 2021 гг. Больные были распределены в зависимости от объема хирургического вмешательства на две группы: 24 пациенткам (основная группа) выполнена расширенная модифицированная мастэктомия с

закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами и 26 пациенткам (контрольная группа) произведена радикальная мастэктомия с закрытием дефекта передней грудной стенки местными тканями.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение распространенности РМЖ по стадиям, частоты встречаемости диффузных форм рака молочной железы. Оценка непосредственных и отдаленных результатов расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефектов передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами у больных с диффузными формами рака молочной железы. Оценка качества жизни больных с диффузными формами рака молочной железы после расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефектов передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами.

Научная новизна. Впервые в Республике Таджикистан на большом клиническом материале (1005 больных) дана оценка распространенности РМЖ по стадиям.

Впервые изучена частота диффузного РМЖ и его разновидностей в структуре заболеваемости РМЖ.

Впервые в Республики Таджикистан проведено широкое внедрение расширенной модифицированной мастэктомии у больных диффузным РМЖ с закрытием дефектов передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами.

Дана оценка непосредственным и отдаленным результатам расширенной модифицированной мастэктомии у больных диффузным РМЖ с закрытием дефектов передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами и изучено качество жизни больных после проведенных методов операции.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Полученные результаты проведенного исследования позволили дать оценку степени распространения РМЖ по стадиям, установить удельный вес диффузной формы РМЖ в структуре заболеваемости РМЖ. Внедрение расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефектов передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами в комплексном лечении больных диффузной формой РМЖ позволило подвергать инкурабельных больных оперативному лечению, что значимо влияет на

продолжительность и качество жизни данной категории пациентов. Полученные результаты убедительно доказали преимущество расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием образовавшихся дефектов передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами перед традиционной радикальной мастэктомией.

Результаты проведенного исследования внедрены в практическую деятельность отделения маммологии и реконструктивной хирургии ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ, а также в учебный процесс кафедры онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Основные положения, выносимые на защиту:

1. РМЖ в Республике Таджикистан занимает первое место среди других злокачественных опухолей и составляет 13,7%. В структуре заболеваемости РМЖ больные диффузным РМЖ составляют 15,6%. Среди больных диффузным РМЖ наиболее часто встречаются отечно-инфильтративные формы, которые составляют 64,3%, маститоподобные формы составляют 16,1%, с рожистым воспалением – 12,5% и панцирный рак - 7,1%.

2. При диффузном РМЖ, когда отсутствуют четкие клинически определяемые границы опухоли, невозможно выполнить радикальную мастэктомию в классических модификациях. В связи с этим необходимо удаление первичной опухоли в пределах предполагаемых здоровых тканей с одномоментным закрытием дефекта передней грудной стенки перемещенными лоскутами на мышечных и сосудистых ножках.

3. При ширине дефекта грудной стенки более 15 см после выполнения расширенной модифицированной мастэктомии оптимальным методом закрытия раны является перемещение лоскутов на мышечных и сосудистых ножках.

4. Применение расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами обеспечивает отдаление сроков рецидива опухоли и увеличение выживаемости больных с диффузной формой РМЖ.

5. Закрытие дефекта после расширенной модифицированной мастэктомии с помощью перемещенных лоскутов позволяет улучшить качество жизни больных диффузным раком молочной железы.

Степень достоверности результатов. Достоверность результатов данного исследования подтверждена использованием современных клинических и инструментальных методов, которые широко применяются в медицинской практике. Все полученные данные и сделанные выводы строятся на фундаменте принципов доказательной медицины, обеспечивая их научную обоснованность. Статистическая обработка исследуемого материала дополнительно подтверждает надёжность и значимость результатов исследования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (с обзором и областью исследований). Диссертационное исследование соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.12 – Онкология: подпункт 3.3. «Эпидемиология, статистика злокачественных новообразований и организация противораковой борьбы. Разработка и совершенствование программ скрининга, методов первичной и вторичной профилактики развития новообразований, раннего и своевременного их выявления. Диспансерное наблюдение за контингентами онкологических больных»; 3.5. «Клинические проявления опухолевой болезни, диагностика новообразований с использованием клинических, лабораторных, биохимических, цитологических, патоморфологических, иммунологических, иммуногистохимических и иммуноцитохимических, молекулярно-биологических, генетических, цитофлуориметрических, рентгенологических, эндоскопических, радиоизотопных и других методов исследования; дифференциальная диагностика опухолевой и неопухолевой природы заболеваний»; 3.6. «Лечение опухолей в эксперименте и клинике: разработка и совершенствование способов хирургического вмешательства, изучение эффективности применения новых лекарственных противоопухолевых препаратов, разработка схем и вариантов лекарственной противоопухолевой терапии, методов комбинированного лечения с использованием лучевой терапии, общей и локальной гипертермии, гипергликемии, гипоксиррадиотерапии,

электронакцепторных соединений, антиоксидантных комплексов, фотодинамической терапии, магнитотерапии, иммунотерапии и других модифицирующих факторов»; 3.7. «Разработка методов медицинской реабилитации онкологических больных (реконструктивно-восстановительные операции, консервативное лечение)».

Личный вклад соискателя ученой степени в исследования. Соискателем лично проведен аналитический обзор литературных данных, анализ архивного материала 1005 больных РМЖ, изучена распространенность РМЖ по стадиям и клиническим формам. Автором непосредственно проводилась курация больных, внедрение и производство операции по новой методике в практике онкомаммологии Таджикистана, анализ клинического материала исследуемых групп больных, непосредственное оформление диссертационной работы и подготовка публикаций по выполненной работе.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные результаты диссертации доложены на: ежегодной XXV-й научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗРТ «Опыт и перспективы формирования здоровья населения» (Душанбе, 2019); республиканской научно-практической конференции «Современные подходы в диагностике и лечении злокачественных новообразований в Республике Таджикистан» (Душанбе, 2019); республиканской научно-практической онлайн-конференции «Пути улучшения диагностики и лечения злокачественных опухолей в Республики Таджикистан» (Душанбе, 2020);, на XIII Съезде онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (Алматы, 2021); ежегодной XXVIII научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗРТ с международным участием «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения» (Душанбе 2022); на IX Петербургском международном онкологическом форуме «Белые ночи – 2023» (Санкт-Петербург, 2023); на XIV Съезде онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, посвященном 30-летию АДИОР СНГ и Евразии (Душанбе, 2024).

Результаты проведенных исследований внедрены в практическую деятельность отделения маммологии и реконструктивно-пластической хирургии ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ, в учебный процесс кафедры онкологии ГОУ ИПОвСЗРТ и кафедры

онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино в форме семинаров и лекций.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликованы 15 печатных работ, в том числе 8 статей в рецензируемых журналах, включенных в реестр ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объем диссертации. Диссертация представлена в традиционном стиле, изложена на 153 страницах. Включает разделы введение, общую характеристику работы, обзор литературы, материал и методы исследования, 2 главы собственных исследований, обсуждение результатов, выводы, рекомендации по практическому использованию результатов и список литературы. Список используемой литературы включает 180 источников, из них 104 русскоязычные и 76 зарубежные. Работа иллюстрирована 51 рисунком и 31 таблицей.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. В основу работы положены клинические наблюдения за 50 больными диффузной формы РМЖ, получавших лечение в отделение маммологии и реконструктивной хирургии ГУ «РОНЦ» МЗиСЗН РТ с 2017 по 2021 гг. В зависимости от объема хирургического вмешательства пациентки были распределены на две группы: 24 (основная группа) больным выполнена расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами и 26 (контрольная группа) пациенткам произведена радикальная мастэктомия с закрытием дефекта передней грудной стенки местными тканями или паллиативная мастэктомия с санитарной целью (рисунок 1).

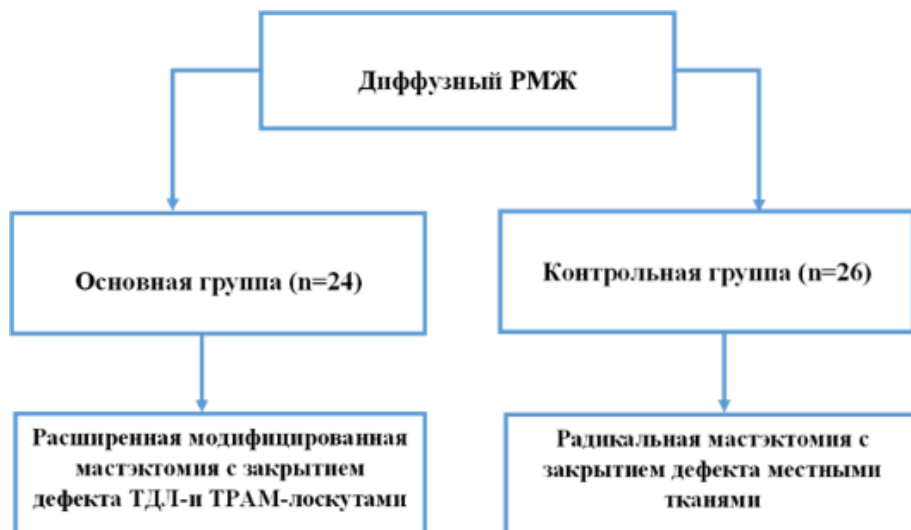


Рисунок 1. - Дизайн исследования

Изучение возрастной характеристики пациенток показало, что больные находились в возрасте от 31 до 70 лет. В возрасте 31-40 лет находились 14 (28%) больных, больные в возрасте 41-50 лет составили 14 (28%), в возрасте 51-60 лет находились 10 (20%) пациенток и возрасты 61-70 лет имели 12 (24%) больных, т.е. чаще всего страдают РМЖ больные активного, репродуктивного возраста 33-50 лет, что составили 56%. Средний возраст ($M \pm SE$) - $49,6 \pm 1,5$.

В момент обращения у 5 (10%) больных имелась T4N0M0 стадия процесса, у 15 (30%) пациенток - T4N1M0 стадию, у 18 (36%) - T4N2M0 стадии заболевания, у одной больной (2%) имелась T4N3M0 стадия и 11 (22%) пациенток обратились с наличием изолированных отдаленных метастазов - T4N1-3M1 стадии. Большинство больных (78%) не имели отдаленных метастазов, что позволило им провести радикальную мастэктомию (рисунок 2).

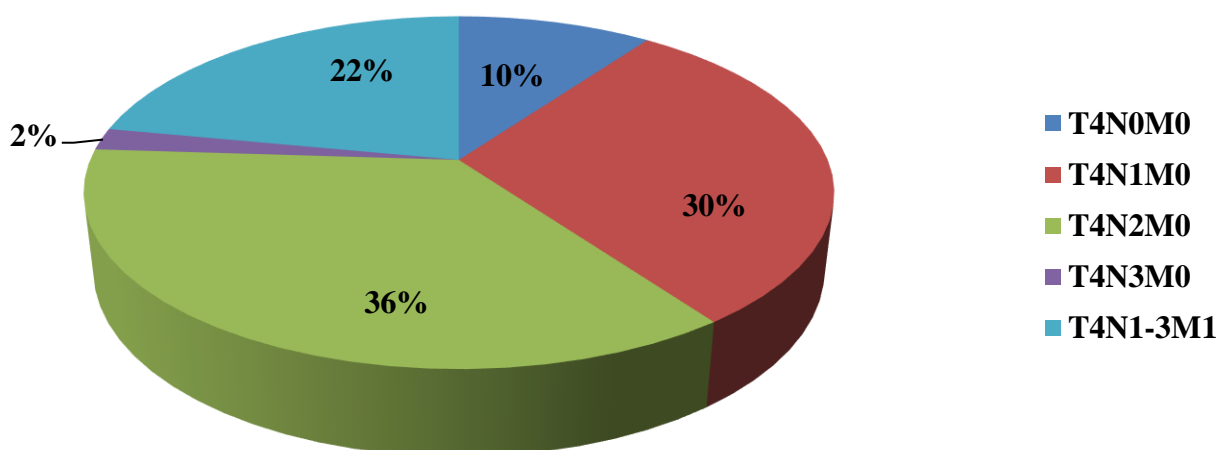


Рисунок 2. - Распределение пациенток по стадиям заболевания (n=50)

Всем пациенткам после клинического осмотра выполняли аспирационную (тонкоигольную) биопсию опухоли молочной железы и регионарных лимфатических узлов, УЗИ молочной железы, органов брюшной полости и КТ органов грудной клетки. Трепанбиопсия опухоли производилась с целью верификации злокачественного её характера и ИГХ исследования в плане выбора неоадьювантной лекарственной терапии.

Неоадьювантную полихимиотерапию получали 21 (87,5%) больных и 21 (80,8%) женщин контрольной групп по стандартной схеме AC (4) + T 12-недельной инъекцией. Хирургическое вмешательство на первом этапе, в связи с распадающейся и кровоточащей опухолью, проведена у 3 (12,5%) больных основной и 5 (19,2%) женщин контрольной групп (у 4 пациенток - простая мастэктомия, 1 - радикальная мастэктомия с закрытием дефекта грудной стенки местными тканями), без неоадьювантной лекарственной терапии. При производстве простой мастэктомии у больных без отдаленных метастазов нами соблюдены все принципы радикализма, так как такой подход намного снижает риск раннего местного рецидива. Эти больные в послеоперационном периоде получали адьювантную терапию. С учетом результатов ИГХ-исследования в послеоперационном периоде 2 (8,3%) больным основной и 5 (19,2%) пациенткам контрольной групп с положительными рецепторами стероидных гормонов в опухоли назначена гормонотерапия, 2 (8,3%) женщинам основной и 1 (3,8%) больной контрольной групп с высокой экспрессией HER2/neu назначена инъекция препарата «Герцептин», каждые 3 недели в течение 52 недель.

Хирургическое вмешательство производилось через 3 недели после последней инъекции химиопрепаратов. Всем больным основной группы произведена расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами. Перед закрытием дефекта передней грудной стенки всем больным производилось измерение размеров операционной раны, определяемое как ширина или расстояние между двумя наиболее удаленными точками краев раны при ее максимальном сведении. Закрытие дефекта мягких тканей грудной стенки ТД-лоскутом производилось у 17 (70,8%) больных (рационализаторское предложение «Способ закрытия дефектов кожи передней

поверхности грудной клетки торакодорзальным лоскутом у больных с диффузными формами рака молочной железы после расширенных мастэктомий» - выданное ГОУ «ИПОвСЗРТ» от 15.11.2018г, №14). У 7 (29,2%) больных при закрытии дефекта мягких тканей грудной стенки использовали TRAM-лоскут (рационализаторское предложение «Способ закрытия дефектов мягких тканей передней поверхности грудной клетки нижеабдоминальным горизонтальным лоскутом на прямой мышце живота у больных с диффузными формами рака молочной железы после модифицированных радикальных мастэктомий», выданное ГОУ ИПОвСЗРТ от 14.10.2022 года, №13). Данные об объеме производимых оперативных вмешательств у больных исследуемых групп приведены в таблице 1.

Исследование уровня качества жизни больных проводилось с помощью опросника для онкологических больных – FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) до и через две недели после операции.

Таблица 1. - Объем хирургического вмешательства у больных исследуемой группы (n=50)

Вид вмешательства	Количество больных	
	n	%
Простая мастэктомия	4	8
Радикальная мастэктомия	22	44
Расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта грудной стенки ТД-лоскутом	17	34
Расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта грудной стенки TRAM-лоскутом	7	14
Всего	50	100

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием пакета статических программ Statistica 10.0 (StatSoft, США). Общая и безрецидивная выживаемость в группах оценивалась по критерию Каплана-Мейера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Количественные показатели пациентов в двух группах хирургического вмешательства оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка. Общие тенденции качества жизни были представлены с помощью медианы и

квартилей (Me [25q; 75q]). Сравнения зависимых выборок (до и после операции) проводили с помощью Т-критерия Вилкоксона, а независимых выборок (между группами) – с помощью U-критерия Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Анализ многочисленных отечественных и иностранных работ показал, что целенаправленных исследований по изучению частоты заболеваемости диффузным РМЖ в доступной литературе явно недостаточно. В связи с этим нами решено, на основании клинических данных 1005 больных РМЖ, получавшие лечение в условиях ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ в период с 2017 по 2020 гг. изучать частоту заболеваемости РМЖ в целом, а затем в её структуре определить место диффузного РМЖ. Проведенный анализ показал, что первично операбельные (резектабельные) формы РМЖ (TisN0M0-T3N1M0 стадии) составляют 48,7%, а местно-распространенный (первично неоперабельный/нерезектабельный) РМЖ (T3N2M0-T4N3M0) встречается в 42,8% наблюдений. Больные с метастатической формой РМЖ составили 8,5% (таблица 2).

Таблица 2. - Распределение больных РМЖ по клиническим группам (n=1005)

Клиническая группа	Стадия TNM	Абс.	%
Первично операбельные (резектабельные) формы	TisN0M0-T3N1M0	490	48,7
Местно-распространенные (первично неоперабельные / нерезектабельные) формы	T3N2M0-T4N3M0	430	42,8
Метастатическая форма	Тлюб.Нлюб.М1	85	8,5
Всего		1005	100

Так как перед нами стояла задача установить частоту встречаемости диффузным РМЖ в структуре заболеваемости РМЖ в целом, дальнейшему анализу подвергали данные 359 больных с T4N0M0 - T4N1-3M1 стадий, куда входит диффузный РМЖ. Установлено, что больные диффузным РМЖ в структуре РМЖ составляют 15,6% (n=56). Дальнейшему анализу подвергались 56 больных диффузным РМЖ для определения количественного состава больных с отечно-инфильтративной, рожистоподобной, маститоподобной и панцирной её формами.

Выявлено, что среди пациентов с диффузным РМЖ наиболее часто встречаются отечно-инфильтративная форма, что составило 64,3% (36). Больные с маститоподобной формой составили 16,1% (9), с рожистым воспалением – 12,5% (7) и панцирным раком - 7,1% (4), что отражено на рисунке 3.

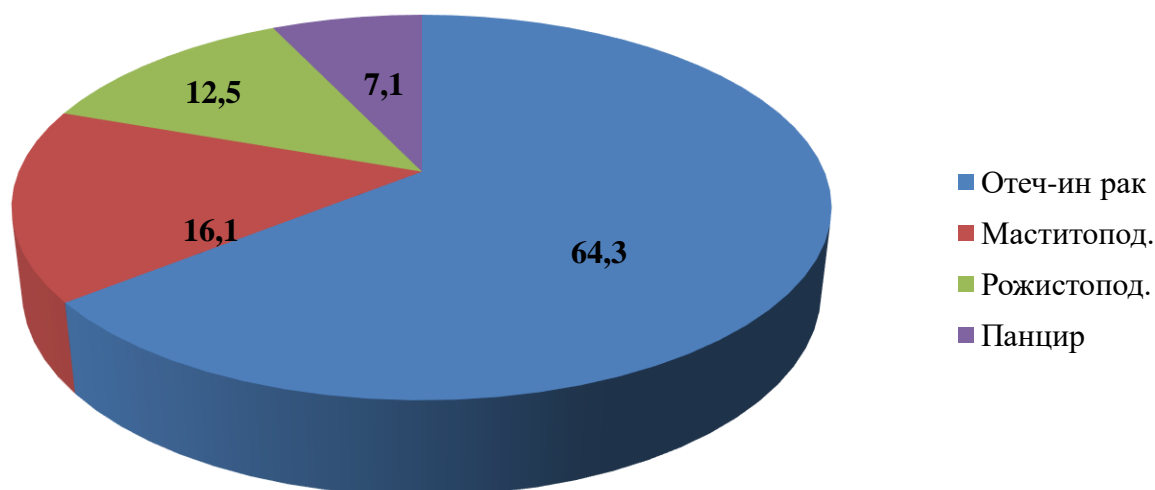


Рисунок 3. - Формы диффузного рака молочной железы

Сравнительный анализ возраста и стадии опухолевого процесса показал, что больные обеих групп находились в возрасте от 31 до 70 лет и имели стадии T4N0M0-T4N1-3M1, сопоставимы по возрасту и стадии процесса.

В ходе исследования нами был выполнен анализ метода закрытия дефекта передней грудной стенки после расширенной модифицированной мастэктомии в зависимости от ширины раны. Исходя из полученных данных при оценке размеров раны, нами были выявлены статистически значимые различия в выборе хирургического метода закрытия дефекта передней грудной стенки ($p < 0,001$). При размере дефекта менее 15 см прогнозировалась возможность закрытия раны местными тканями, при размере – более 15 см использовался ТДЛ- или TRAM-лоскут (рисунок 4).

У больных основной группы нами произведена расширенная мастэктомия в модифицированном виде, которая включает широкое иссечение кожи и мягких тканей вокруг молочной железы, нередко с резекцией грудных мышц и грудной стенки.

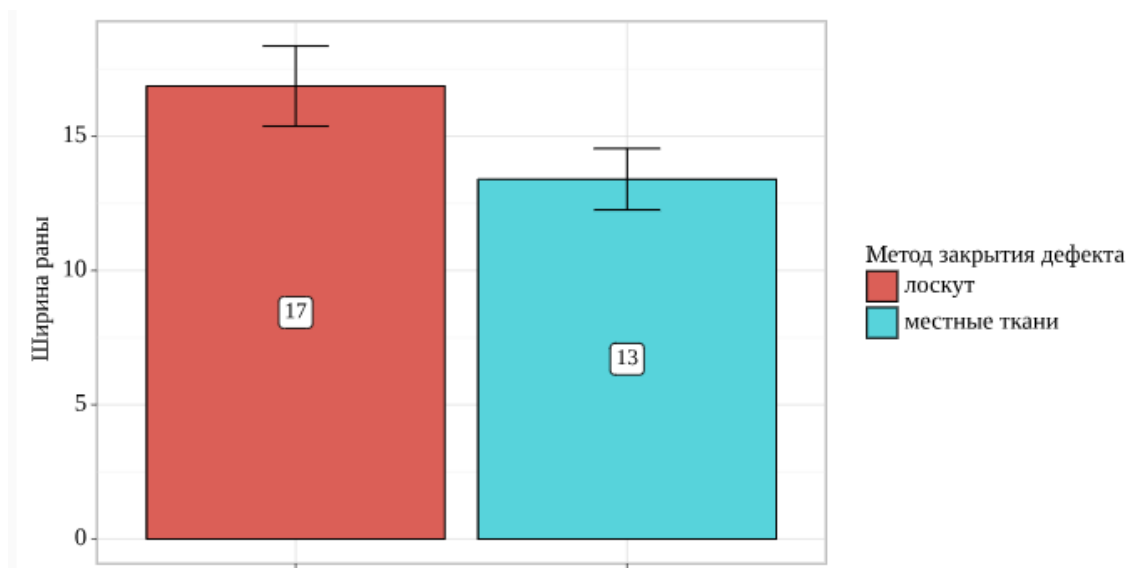


Рисунок 4. – Метод закрытия дефекта передней грудной стенки в зависимости от ширины раны

Дополнительно произведена одномоментная реконструкция с целью закрытия дефекта мягких тканей грудной стенки, что также улучшает психологическое состояние пациенток. Пластика дефекта мягких тканей произведена с помощью ТД-лоскута у 17 (70,8%) больных и TRAM-лоскутом - у 7 (29,2%) пациенток. Предпочтение применения ТД-лоскута (70,8%) обосновывается тем, что нашей целью явилось закрытие образовавшегося дефекта кожи и мягких тканей грудной стенки, а не формирование объёма груди. С другой стороны, формирование ТД-лоскута - технически менее травматичный процесс и проще, чем TRAM-лоскут. С учетом особенностей послеоперационного дефекта у всех больных был использован горизонтальный ТД-лоскут (рисунки 5 и 6).



Рисунок 5. - Разметка кожи вокруг молочной железы



Рисунок 6. - Разметка кожи вокруг предполагаемого лоскута

На первом этапе производили расширенную модифицированную мастэктомию, вторым этапом приступили к мобилизации ТД-лоскута, с учетом образовавшегося дефекта мягких тканей грудной стенки. Мобилизованный ТД-лоскут кроме широчайшей мышцы спины включал кожу и подкожную клетчатку. Затем лоскут перемещали на рану передней поверхности грудной клетки и накладывали швы на края раны, дренировали полость подмышечной области (рисунки 7, 8, 9, 10).



Рисунок 7. - Дефект кожи после мастэктомии



Рисунок 8. - Этап мобилизации ТД-лоскута



Рисунок 9. - Лоскут уложен на место дефекта



Рисунок 10. - Наложены швы на рану

В нашем исследовании TRAM-лоскут был использован у 7 (29,2%) пациенток диффузным РМЖ. Предварительные разметки вокруг молочной железы и абдоминального лоскута производили до начала операции (рисунок 11). На первом этапе произведена расширенная мастэктомия с максимальным иссечением

измененной кожи вокруг молочной железы, в некоторых случаях с резекцией грудных мышц.



Рисунок 11. - Разметки разрезов кожи вокруг молочной железы и TRAM-лоскута

При производстве данной операции также как при ТД-лоскуте, следуя принципам радикализма, мы отступали от видимых границ опухоли на 5-7 см. Вторым этапом производилась мобилизация TRAM-лоскута. После рассечения кожи и подкожной жировой клетчатки до фасции мобилизовали лоскут на контралатеральной ножке прямой мышцы живота до уровня мечевидного отростка грудины с сохранением верхней чревной артерии (рисунки 12 и 13).

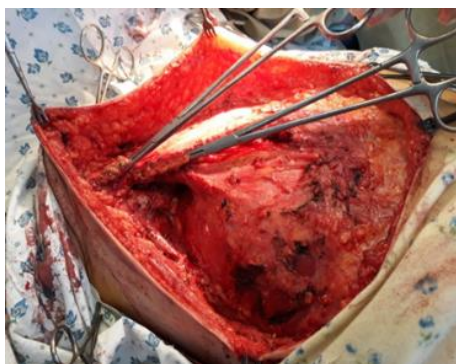


Рисунок 12. - Дефект мягких тканей после мастэктомии



Рисунок 13. - Мобилизован TRAM-лоскут на одной прямой мышцы живота

Затем формировали туннель под инфрамаммарной складкой, которая сообщается раной после мастэктомии. Укладывали лоскут к ране, мышечный слой лоскута подшивали к большой грудной мышце, накладывали швы на кожу, дренировали рану дренажом Джексона-Пратта (рисунки 14 и 15).



**Рисунок 14. - Лоскут через туннель
положен на рану**



**Рисунок 15. - Закрытие раны
передней брюшной стенки**

В онкологической практике критериями непосредственной эффективности лечения считаются эффект непосредственно после окончания лечебной программы, а отдаленные результаты характеризуют длительность сохранения противоопухолевого эффекта, которые оценивают по 1-, 3-, 5-, 10-, 15-летней выживаемости и т.д. Результаты расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами у 24 пациенток основной группы изучали в сравнительном аспекте с результатами радикальной мастэктомии с закрытием дефекта местными тканями у 26 больных контрольной группы. Первичное заживление ран у 21 больной основной группы оценили как удовлетворительное, что составило 87,5% (рисунки 16 и 17).



**Рисунок 16. - Первичное заживление
ТД-лоскута**



**Рисунок 17. - Первичное заживление
TRAM-лоскута**

Лимфорея у больных основной группы наблюдалась в 19 случаях, что составила 79,2%. У 1 (4,2%) пациентки после закрытия дефекта мягких тканей передней грудной стенки ТД-лоскутом наблюдался краевой некроз перемещенного лоскута и раны донорской кожи. У 1 больной после закрытия дефекта мягких тканей передней грудной стенки TRAM-лоскутом отмечен краевой некроз перемещенного лоскута, что составило 4,2%, у 1 (4,2%) - некроз 2/3 перемещенного лоскута (рисунок 18).



Рисунок 18. - Больная И. 35 лет. Дз: Рак правой молочной железы T4N2M1 (her.), состояние после 5 курсов ПХТ и модифицированной радикальной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки TRAM-лоскутом.

В 2-х случаях дополнительных хирургических вмешательств для устранения осложнений не понадобилось, раны зажили вторичным натяжением, в последнем случае возникла необходимость некрэктомии.

У 26 больных контрольной группы радикальная мастэктомия произведена с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки местными тканями. При этом хирург производит разрез кожи, максимально отходя от опухоли, в то же время учитывает наличие сохраненной кожи для закрытия дефекта. В связи с этим риск остаточной инфильтрации и сателлитов на коже вокруг раны очень высокий. Швы накладываются с натяжением, возникает необходимость произведения насечек на коже вокруг раны (рисунки 19 и 20).

Удовлетворительное первичное заживление раны у больных контрольной группы составило 69,2% (18 больных). У 4 (15,4%) пациенток нами отмечено частичное расхождение краев раны, у 3 (11,5%) больных развился краевой некроз кожи. Лимфорея после радикальной мастэктомии у больных контрольной группы отмечена в 14 (53,8%) случаях.



Рисунок 19. - Разметка кожи до операции



Рисунок 20. - Закрытие дефекта с натяжением кожи и насечками

Сроки появления местных рецидивов изучали с момента выписки больных из отделения после операции, так как при диффузном РМЖ, несмотря на проведении адъювантной терапии, риск появления рецидива в ближайшее время не исключается. Результаты показали, что из 24 наблюдаемых основной группы у 1 (4,2%) больной появились местные рецидивы в течение 6 месяцев после операции, ещё у 1 (4,2%) пациентки - в течение третьего года жизни (таблица 3). Из 26 больных контрольной группы в течение 6 месяцев после операции появились местные рецидивы у 5 (19,2%), у 2 (7,7%) пациенток рецидивы отмечены в течение 12 месяцев жизни, в сроке до 18 месяцев - у 1 (3,85%) больной и до 24 месяцев у 1 (3,85%) пациентки.

Таблица 3. - Сроки появления местных рецидивов у больных исследуемых групп

Сроки местных рецидивов (мес.)	Основная группа (n=24)		Контрольная группа (n=26)		p
	абс.	%	абс.	%	
≥ 6 мес.	1	4,2	5	19,2	<0,05
≥ 12 мес.	0	0	2	7,7	>0,05
≥18 мес.	0	0	1	3,85	>0,05
≥24 мес.	0	0	1	3,85	>0,05
≥36 мес.	1	4,2	0	0	>0,05
Всего	2	8,4	9	34,6	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

В течение 36 месяцев местные рецидивы после операции появились у 8,4% больных основной группы, а в контрольной группе до 24 месяцев местные рецидивы отмечены у 34,6%. Таким образом, частота местных рецидивов у больных контрольной группы отмечена в 4 раз больше, чем у больных основной группы.

В исследуемых группах общую и безрецидивную выживаемость мы изучали от момента операции до времени констатации смерти или появлении местных рецидивов соответственно. При изучении общей выживаемости сроки наблюдения за больными составили от 3 до 63 месяцев. У больных основной группы одногодичная выживаемость с M0 составляет 88,5%, с M1 – 100,0%. Трёхлетняя выживаемость с M0 составляет 50,4%, с M1 – 50,0%. Пятилетняя выживаемость с M0 составляет 33,6%, с M1 – 25,0%. Медиана выживаемости в основной группе пациентов с M0 составляет 38 мес. (рисунки 21, 22).

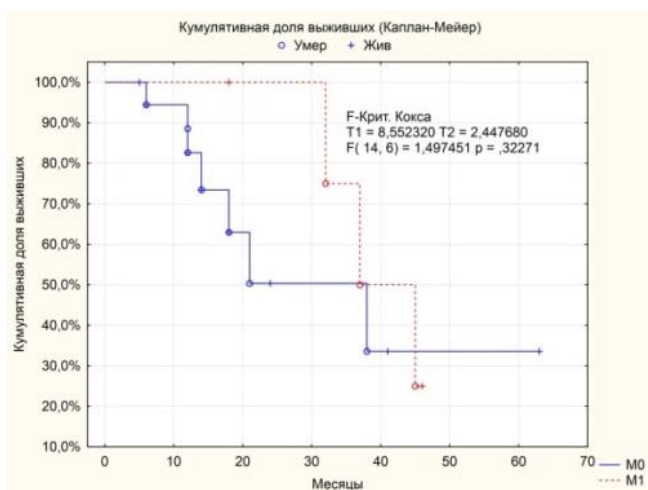


Рисунок 21. – График выживаемости после операции в основной группе с M0 и M1

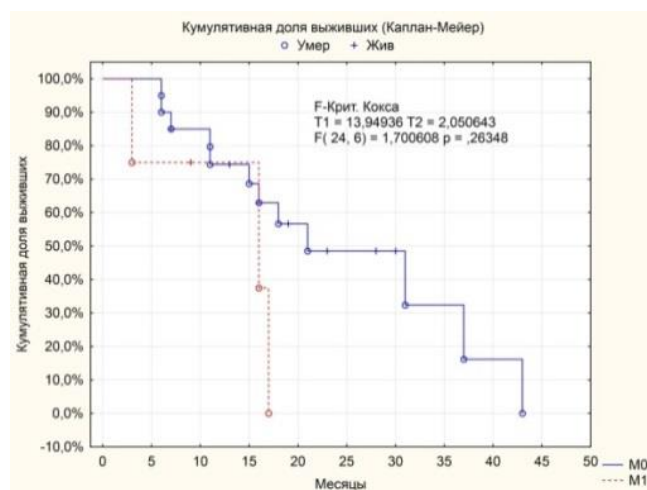


Рисунок 22. – График выживаемости после операции в контрольной группе с M0 и M1

У больных контрольной группы однолетняя выживаемость с M0 составляет 74,4%, с M1 – 75,0%. Трёхлетняя выживаемость с M0 составляет 32,4%, с M1 – 0,0%. Пятилетняя выживаемость с M0 и с M1 – 0,0%. Медиана выживаемости в контрольной группе пациентов с M0 составляет 21 мес. Отмечается статистическая значимая разница между контрольной и основной группами по данному показателю ($p < 0,05$). При определении выживаемости без местного рецидива в обеих группах сроки наблюдения составили от 1 до 63 месяцев. Нами установлено, что 63-месячная выживаемость без рецидива у больных основной группы составляет 14,4%. В контрольной группе всего 10,4% больных прожили 35 месяцев без местного рецидива. Отмечается статистическая значимая разница между контрольной и основной группами по данному показателю ($p < 0,01$) (рисунок 23).

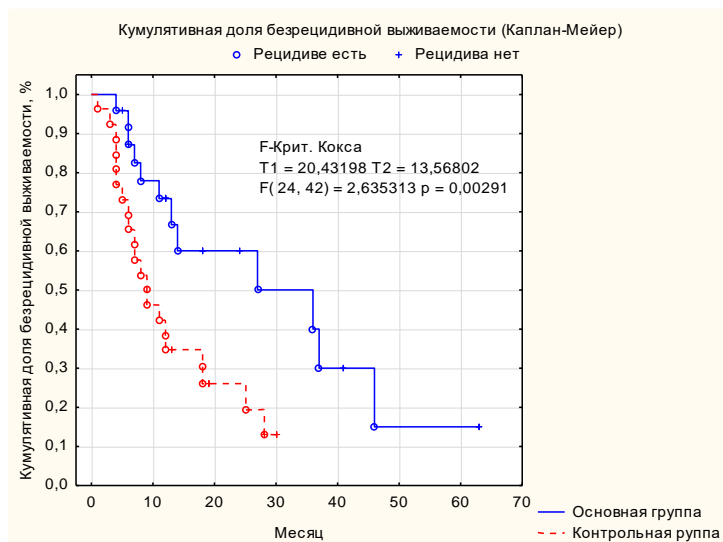


Рисунок 23. – График безрецидивной выживаемости после операции в основной и контрольной группах

Выживаемость без местного рецидива в течение года в основной группе составила 72%, а в контрольной - 34%. Трехлетняя безрецидивная выживаемость у больных основной и контрольной группы составила 40% и 12% соответственно. Уровень 4-летней выживаемости без местного рецидива в основной группе составил 15%. Медиана выживаемости без местного рецидива в основной группе составляет 28 месяцев, в контрольной группе – 10 месяцев ($p < 0,01$).

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами убедительно улучшает как непосредственные результаты операции, так и отдаленные результаты, оцениваемых в виде общей и безрецидивной выживаемости, по сравнению с традиционной радикальной мастэктомией у больных диффузной формой РМЖ.

В нашем исследовании качество жизни изучено с помощью опросника FACT-G (версия 4) до операции и через две недели, при выписке. Нами представлена больным анкета, состоявшая из набора вопросов с меню – ответами, из которых пациент выбирает близких к себе ответов. На каждом вопросе имеются 5 вариантов ответа, которые соответствуют определенному индексу: «совсем нет» - 0, «немного» - 1, «умеренно» - 2, «сильно» - 3 и «очень сильно» - 4. В отдельности изучены показатели качества жизни больных по критерию Вилкоксона до и после операции в обеих группах по четырем шкалам опросника - физическое функционирование (ФФ),

социальное/семейное благополучие (ССБ), психоэмоциональное состояние (ПЭС) и благополучие в повседневной жизни (БПЖ) (таблица 4).

Таблица 4. - Качество жизни в основной группе до и после операции (Ме [25q; 75q]; n=24)

Шкала КЖ	До операции	После операции	р
ФФ	13,0 [11,5; 14,5]	6,0 [5,0; 8,0]	=0,002 (Т =41,5; Z =3,10)
ССБ	18,0 [17,0; 18,5]	20,0 [19,0; 21,0]	=0,001 (Т =18,0; Z =3,25)
ПЭС	18,0 [16,5; 19,0]	5,0 [4,5; 6,0]	<0,001 (Т =6,0; Z =4,11)
БПЖ	15,0 [14,0; 16,0]	19,0 [16,5; 20,0]	=0,016 (Т =59,0; Z =2,40)

Примечание: р – статистическая значимость различий показателей до и после операции по критерию Вилкоксона

Сравнительный анализ КЖ у больных основной группы показал статистически достоверные изменения по всем шкалам. Повышение баллов по шкалам ССБ и БПЖ свидетельствует о моральной поддержке со стороны семьи и друзей, более спокойному отношению к своей болезни в связи с выполнением радикальной операции, в течение месяца состояние постепенно стало улучшаться. По шкалам ССБ и БПЖ не происходило изменения КЖ после операции у больных контрольной группы (таблица 5).

Таблица 5. - Качество жизни в контрольной группе до и после операции (Ме [25q; 75q]; n=26)

Шкала КЖ	До операции	После операции	р
ФФ	17,0 [17,0; 18,0]	10,5 [9,0; 13,0]	<0,001 (Т =28,5; Z =3,73)
ССБ	17,0 [17,0; 20,0]	17,0 [16,0; 18,0]	>0,05 (Т =50,0; Z =1,55)
ПЭС	17,0 [16,0; 18,0]	10,0 [9,0; 11,0]	<0,001 (Т =16,0; Z =4,05)
БПЖ	16,0 [15,0; 17,0]	15,5 [14,0; 16,0]	>0,05 (Т =82,0; Z =1,94)

Примечание: р – статистическая значимость различий показателей до и после операции по критерию Вилкоксона.

Таким образом, сравнительный анализ параметров КЖ по четырем шкалам опросника FACT-G показал, что расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами заметно улучшает социально-семейное взаимоотношение больных и их благополучие в повседневной жизни. Показатели физической активности и эмоционального благополучия в ближайшее время после операции страдают за счет двух одновременно расширенных операций, однако эти показатели непременно

улучшаются в последующем. У больных контрольной группы достоверно значимых улучшений в КЖ не установлено.

Сравнительная оценка показателей КЖ в обеих группах показала, что при выборе объема операции у больных диффузным РМЖ при отсутствии противопоказаний нужно отдать предпочтение расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами, что явно способствует отдалению развития местных рецидивов, продлевает сроки и улучшает качество жизни больных.

ВЫВОДЫ

1. В структуре РМЖ в Республике Таджикистан доля больных с первично операбельными формами составляет 48,7%. Местно-распространенные (первично неоперабельные) формы составляют 42,8%. Больные с метастатической формой РМЖ составляют 8,5%. Частота больных с диффузной формой РМЖ составляет 15,6%, среди них преобладает отечно-инфильтративная форма, удельный вес которой составляет 64,3%, маститоподобная форма составляет 16,1%, с рожистым воспалением – 12,5% и панцирный рак - 7,1% [1-А; 2-А; 5-А; 11-А].

2. Оптимальным методом закрытия дефекта передней грудной стенки после расширенной модифицированной мастэктомии при ширине раны более 15 см является применение ТДЛ- и TRAM- лоскутов [1-А; 3-А; 8-А].

3. После расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM- лоскутами первичное заживление раны, как удовлетворительный исход, составляет 87,5%. Местные осложнения в виде краевого некроза и расхождения краев раны составляют 12,6%. После традиционной радикальной мастэктомии с закрытием дефекта местными тканями первичное заживление раны наблюдается в 69,2%, частичное расхождение краев раны и краевой некроз кожи составляют 26,9% [3-А; 7-А; 8-А; 13-А].

4. Расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием образовавшегося обширного дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами достоверно увеличивает показатели общей и безрецидивной выживаемости больных диффузными формами рака молочной железы. У данной категории больных медиана

общей выживаемости без отдаленных метастазов составляет 38 месяцев, медиана безрецидивной выживаемости – 28 месяцев, при показателях больных контрольной группы 21 месяц и 10 месяцев соответственно [3-А; 7-А; 8-А; 9-А; 11-А; 13-А; 15-А].

5. Сравнительный анализ параметров КЖ по четырем шкалам опросника FACT-G показал, что расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами заметно улучшает социально-семейное взаимоотношение больных и их благополучие в повседневной жизни от 18,0 и 15,0 баллов до 20,0 и 19,0 баллов соответственно. У больных после радикальной мастэктомии с закрытием дефекта местными тканями эти параметры остаются без динамики - 17,0 и 16,0 баллов - 17,0 и 15,5 баллов соответственно. По шкалам ФФ и ПЭС в обеих группах отмечается отрицательная динамика от 13,0 и 18,0 до 6,0 и 5,0 баллов в основной группе соответственно, от 17,0 до 10,5 и от 17,0 до 10,0 баллов в контрольной группе соответственно [6-А; 13-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. При диффузном РМЖ без распада опухоли и кровотечения, при негенерализованной форме или с изолированными метастазами в кости скелета или в печень, на первом этапе показаны неoadьювантная лекарственная и лучевая терапии с последующим выполнением расширенной модифицированной мастэктомии.

2. При ширине раны более 15 см после выполнения расширенной модифицированной мастэктомии оптимальным способом закрытия дефекта мягких тканей грудной стенки является методика с применением ТДЛ- и TRAM- лоскутов.

3. При диффузном РМЖ с распадом опухоли и кровотечением, с изолированными метастазами в кости скелета или в печень, на первом этапе показана активная хирургическая тактика в виде расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами с обязательной адьювантной терапией.

4. Для увеличения продолжительности и улучшения качества жизни показана расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей

грудной стенки ТДЛ- и TRAM- лоскутами в комплексном лечении больных с диффузной формой РМЖ.

4. При выполнении расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки аутоканями предпочтение необходимо отдавать ТД-лоскутом, так как эта операция, по сравнению с использованием TRAM-лоскута, менее травматична с меньшими осложнениями, с другой стороны, цель данной операции - не формирование объёма груди, а закрытие сформировавшегося обширного дефекта.

5. Расширенную модифицированную мастэктомию с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами рекомендуется внедрять в специализированные онкологические клиники с наличием подготовленных для таких операций специалистов и возможности индивидуального подхода к каждой больной.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Обидов Дж.С. Расширенная радикальная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки перемещённым TRAM-лоскутом у больных диффузным раком молочной железы [Текст] /С.Р. Расулов, Д.С. Обидов // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. - 2022. – Т. XII, № 3(43). – С. 67-73

[2-А]. Обидов Дж.С. Расширенная радикальная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки кожно-мышечным торакодорзальным лоскутом у больных раком молочной железы III, IIIС И IV стадии [Текст] / С.Р. Расулов, Д.С. Обидов, К.С. Расулов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2022. - №2 – С. 79-83.

[3-А]. Обидов Д.С. Непосредственные результаты расширенной модифицированной мастэктомии у больных с диффузными формами рака молочной железы [Текст] / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов, К.С. Расулов // Здравоохранение Таджикистана. 4 (355) 2022. – С. 58-64

[4-А]. Обидов Дж.С. Лечение диффузного рака молочной железы (обзор литературы) [Текст] / Дж.С. Обидов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2022. - №4. – С. 90-96

[5-А]. Обидов Дж.С. Диффузный рак молочной железы (эпидемиология, клиника) [Текст] / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов // Здравоохранение Таджикистана. №1 (356), 2023– С. 113-119

[6-А]. Обидов Дж.С. Качество жизни больных диффузным раком молочной железы до и после расширенной модифицированной мастэктомии [Текст] / Дж.С. Обидов, С.Р. Расулов // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. - 2023. – Т. XIII, № 1 (45). – С. 67-73

[7-А]. Обидов Дж.С. Местные рецидивы и частота реализации отдаленных метастазов у больных диффузным раком молочной железы в зависимости от объема операции / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2023. - №4. – С. 35-41

[8-А]. Обидов Дж.С. Общая и безрецидивная выживаемость больных диффузным раком молочной железы в зависимости от модификаций мастэктомии / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2024. - №2. – С. 75-81

Статьи и тезисы в других журналах и сборниках

[9-А]. Обидов Дж.С. Паллиативные операции с одномоментной пластикой дефекта передней грудной стенки у больных с диффузными формами рака молочной железы / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов, Н.К. Гайратова // Материалы научно-практической конференции, посвященной 26-летию Независимости Республики Таджикистан: «Актуальные вопросы современной онкологии» (27 октября 2017 г.). - Курган-тюбе, 2017. – С. 88-89

[10-А]. Обидов Дж.С. Паллиативные операции с одномоментной пластикой дефекта при местно-распространенном раке молочной железы / Дж.С. Обидов, С.Р. Расулов, А.Б. Нуьмонова, С.Г. Раджабова, Н.К. Гайратова, Ш.Р. Сатторов, Б.Б. Насимов // Евразийский онкологический журнал. – 2018. – Т. 6, № 1. – С. 179.

[11-А]. Обидов Дж.С. Применение аутологических тканей при выполнении радикальной мастэктомии: тезисы XI Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (Казань, 23-25 апреля, 2020 г.) / Дж.С. Обидов, Х.С. Усмонов, Н.К. Гайратова, Б.Б. Насимов // Евразийский онкологический журнал. – 2020. – Т. 8, № 2 (Прил.). – С. 428-429.

[12-А]. Обидов Дж.С. Непосредственные и отдаленные результаты расширенных мастэктомий с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки перемещенными лоскутами у больных IIIb, IIIc стадиями рака молочной железы: тезисы XIII Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов, Н.К. Гайратова, Б.Б. Насимов // Евразийский онкологический журнал. – 2022. – Т. 10, №2 (Прил.). С. 417.

[13-А]. Обидов Дж.С. Влияет ли объем оперативного вмешательства на частоту реализации отдаленных метастазов у пациентов с диффузным раком молочной железы после комплексного лечения? / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов // Евразийский онкологический журнал. Материалы XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ

и Евразии, посвященный 30-летию АДИОР СНГ и Евразии, 25-27 апреля 2024г., 2024, том 12, №2, приложение (online) С. 330

[14-А]. Обидов Дж.С. Расширенная модифицированная мастэктомия в паллиативном лечении диффузных форм рака молочной железы / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов // Евразийский онкологический журнал. Материалы XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, посвященный 30-летию АДИОР СНГ и Евразии, 25-27 апреля 2024г., 2024, том 12, №2, приложение (online) С. 330-331

[15-А]. Обидов Дж.С. Сроки появления отдаленных метастазов с учетом объема хирургического вмешательства у пациентов с диффузным раком молочной железы после комплексного лечения / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов // Евразийский онкологический журнал. Материалы XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, посвященный 30-летию АДИОР СНГ и Евразии, 25-27 апреля 2024г., 2024, том 12, №2, приложение (online) С. 331-332

Рационализаторские предложения

1. Способ закрытия дефектов кожи передней поверхности грудной клетки торакодorzальным лоскутом у больных с диффузными формами рака молочной железы после расширенных мастэктомий / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов, К.С. Расулов. Рационализаторское предложение выдано от 15.11.2018 г., №14.

2. Способ закрытия дефектов мягких тканей передней поверхности грудной клетки нижеабдоминальным горизонтальным лоскутом на прямой мышце живота у больных с диффузными формами рака молочной железы после модифицированных радикальных мастэктомий / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов. Рационализаторское предложение выдано от 14.10.2022 г., №13.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

БПЖ - благополучие в повседневной жизни

ГОУ ИПОвСЗРТ - Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ – Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

ИГХ – иммуногистохимическое исследование

КЖ - качество жизни

КТ – компьютерная томография

МР РМЖ - местно-распространённый рак молочной железы

ПЭС - психоэмоциональное состояние

РМЖ - рак молочной железы

ССБ - социальное/семейное благополучие

ТДЛ – торакодorzальный лоскут

УЗИ - ультразвуковое исследование

ФФ - физическое функционирование

АС – (Adriamicin+ciklofosfan) - адриамицин+циклофосфан

FACT-G – (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) - функциональная оценка общей терапии рака

HER2/neu – (human epidermal growth factor receptor) - рецептор эпидермального фактора роста

TRAM - (transverse rectus abdominis myocutaneous flap) - поперечный кожно-мышечный лоскут передней брюшной стенки на основе прямой мышцы живота.

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
“ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ
КОРМАНДОНИ СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ
ТОҶИКИСТОН”**

ВБД: 616-006.6-611.69-617.5-089.844

Бо ҳуқуқи дастнавис

ОБИДОВ ҶҮРАХОН САЙДАЛИЕВИЧ

**ҶАРРОҲИҶОИ ПАЛЛИАТИВӢ БО ТАРМИМИ ЯКЛАҲЗАИНАИ
НУҚСОНИ ДЕВОРАИ ПЕШИ ҚАФАСИ СИНА ДАР БЕМОРОНИ
ГИРИФТОРИ САРАТОНИ ШАКЛИ ПАҲНШУДАИ ҒАДУДИ ШИР**

АВТОРЕФЕРАТИ

Диссертатсия барои дарёфти дараҷаи

илмии номзади илмҳои тиббӣ

Аз рӯйи ихтисоси 14.01.12 - Саратоншиносӣ

ДУШАНБЕ-2025

Таҳқиқот дар кафедраи саратоншиносии Муассисаи давлатии таълимии “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” иҷро гардидааст.

Роҳбари илмӣ:

Расулов Самиъ Раҳмонбердиевич –

доктори илмҳои тиб, профессор,

мудири кафедраи МДТ ДТБКСТ ҚТ

Муқарризони расмӣ:

Божок Алла Александровна

Доктори илмҳои тиб, профессори

кафедраи саратоншиносӣ, саратоншиносии

кӯдакон ва табобати шуоии МФДБ МОТ

ДДТПСП ВТ ФР, корманди пешбари илми

МФДБТ МИКОШҒ ба номи Л.Г. Соколова

ФМБА Россия

Сангинов Ҷумабой Раҳматович

Доктори илмҳои тиб, профессори

кафедраи саратоншиносии МДТ “ДДТТ ба номи

Абуалӣ ибни Сино”

Муассисаи пешбар:

МФДБ «ММТТР саратоншиносӣ ба номи Н.Н.

Петров» Вазорати тандурустии Россия

Ҳимояи диссертатсия рӯзи “_____” _____ с. 2025 дар соати “_____” дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии 6D.KOA-040 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо суроғаи 734026, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино 29-31 баргузор мегардад, www.tajmedun.tj. +992928217755

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ соли 2025 ирсол гардид.

Котиби илмӣ

Шурои диссертатсионӣ,

н.и.т., дотсент

Али-Заде С.Г.

САРСУХАН

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Саратони ғадуди шир (СҒШ) дар байни аҳолии занона ва аксари кишварҳои дунё яке аз бемории паҳншуда маҳсуб меёбад. Тибқи маълумоти GLOBOCAN (лоихаи муштаракӣ Созмони Умумиҷаҳонии Тандурустӣ ва Агентии байналмилалӣ таҳқиқоти саратон, ки ба ташкили мониторинги омосҳои бадсифат машғул аст) соли 2022 дар ҷаҳон 2 296 840 ҳолати нави СҒШ ба қайд гирифта шудааст, ки дар байни тамоми ҳодисаҳои омосҳои бадсифат 11,5 %-ро ташкил медиҳад [Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024. International Agency for Research on Cancer. Cancer TODAY/IARC]. Гирифтورشавӣ ба саратони ғадуди шир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамасола рӯ ба афзоиш дошта, дар байни омосҳои бадсифати дигар мақоми аввалро ишғол менамояд ва 13,1 %-ро ташкил медиҳад [Расулов С. Р., 2018].

Бо вучуди мавҷуд будани системаи мураттаби скрининги маммографӣ дар аксари кишварҳои дунё, ҳиссаи беморони марҳалаҳои кӯхнашуда (марҳалаҳои III-IV)-и СҒШ дар сатҳи баланд боқӣ мемонад ва он аз рӯйи ҳисоботи 21,7% - 23,7 %-ро ташкил медиҳад [Фоменко Ю.М., 2016].

СҒШ-и интишорёфта аз рӯйи маълумоти аксари муҳаққиқон ба гурӯҳи клиникии мавзеан паҳншудаи СҒШ (СҒШ МР)-е шомил мебошад, ки пӯст ё девораи сина ба раванди омос чалб шуда, решадавониҳои васеъ дар гирехҳои лимфавии канорӣ ба амал меояд, яъне ба марҳалаҳои IIIB, IIIC мутааллиқ мебошад (T3N1M0, T0-3N2-3M0 и T4N0-3M0) [Кубанцев, К.Б., 2010, Jau-Nan Lin et al., 2021, Stefan Aebi et al., 2022].

Шакли интишорёфтаи СҒШ тақрибан 15-17 %-ро ташкил медиҳад. Қисми зиёди шакли паҳншудаи СҒП-ро навъи омосида ташкил медиҳад [Сарибекян Э.К., 2012]. Мувофиқи маълумоти соли 2015 ҳиссаи мубталлошудагони шакли интишорёфтаи СҒШ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 24,7 %-ро ташкил медиҳад [Расулов С.Р., 2015].

Раванд, аксаран ҳангоми шакли интишорёфтаи СҒП аз ҳудуди ҒШ берун мебарояд, яъне ба пӯсту бофтаҳои нарми девораи сина дар шакли инфилтратсия ва стеллитҳо паҳн мешавад. Амалиёти ҷарроҳӣ дар ин ҳолат хусусияти паллиативӣ касб мекунад ва барои раҳо кардани бемор аз омоси таҷзияшаванда ё оянда дар раванди дорудармонӣ аз пӯсидани он, ё омоси хунрав, коҳиш додани захролудшавии омос ва синдроми дарде равона шудааст, ки бо компрессияи дастаи рағу асаб, инчунин баланд бардоштани сифати умри бемор равона алоқамандӣ дорад. Дар чунин ҳолатҳо ҳаҷми амалиётҳои татбиқшуда аз ҳаҷми мастэктомияҳои анъанавӣ зиёдтар аст. Ҳамкороне, ки чунин амалиётҳоро анҷом доданд, ба он “мастэктомияи ниҳоят қотеона” ё “мастэктомияҳои васеи модификатсияшуда” ном додаанд [Рыбачков В.В. [ва дигарон], 2012, Касянова М.Н., 2015, Мазаева Б.А., 2017]. Ба андешаи мо, барои амалиёти ошкорои паллиативӣ мафҳуми "мастэктомияи васеи модификатсияшуда" бештар мувофиқат аст. Дар натиҷаи чунин ҷарроҳӣ нуқсонҳои калони бофтаҳои нарме ташаккул меёбад, ки онро бо малофаи пӯсту мушакии бечошуда, ба асоси поякҳои рағӣ пӯшонидан лозим меояд.

Дарачаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш. Табобати СДҒШ, аз ҷумла ҷарроҳӣ, хусусияти паллиативӣ дорад ва ба дароз кардани умр ва беҳтар кардани сифати зиндагии беморон равона шудааст.

Малофаи ТД ва TRAM ба амалиёти нисбатан бештар истифодашавандаи тармимию барқарорсозӣ ҳангоми СҒШ дохил мешаванд, ки асосан ҳангоми шаклҳои ҷарроҳишавандаи СҒШ барои барқарор кардани шакли ғадуди шир истифода мешаванд. Алҳол усулҳои пешниҳодшудаи тармимию барқарорсозӣ ҳангоми амалиёти паллиативии СҒШ-и мавзеан паҳнғашта барои ба ҳадди максималӣ дароз кардани умри беморон ва беҳтар кардани сифати он васеъ ба кор бурда мешаванд (Кубанцев К. Б., 2010, Рыбачков В.В. ва диг., 2012, Сарибекян Э.К. ва диг., 2014, Sharma, N. 2017).

Зимни адабиёти ба мо дастрас пажуҳишҳои ба мастэктомияи васеи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсон тавассути малофаи ТД- ва TRAM

дар мавриди беморони мубтало ба СДҒШ бахшида шуда бошанд, пайдо накардаем, ки дар онҳо натиҷаҳои бевосита ва дури таъбабат, инчунин сифати умри ин гуна беморон пас аз чунин амалиётҳо мавриди омӯзиш қарор дода шуда бошад. Дар иртибот бо нуқтаи мазкур амалиномаи ин таҳқиқоти илмӣ мубрам доништа мешавад.

Алоқои қор бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Қори диссертатсионӣ дар доираи қорҳои илмӣ-таҳқиқотии кафедраи саратоншиносии МДТ ДТБКСТҚТ «Қарроҳои тармимӣ-барқарорсозӣ дар ёрии паллиативӣ ба беморони гирифтори саратони диффузии ғадуди шир», ки муҳлати иҷроиши он тайи 2019-2023 (дар ҷаласаи Шурои олимони донишкада, №12/15, аз 28.12 соли 2018 сол тасдиқ шудааст) буд, амалӣ гардидааст.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар гардонидани сифати умри беморони мубтало ба саратони паҳншудаи ғадуди шир бо роҳи татбиқ намудани мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина бо малофаҳои ТД ва TRAM.

Вазифаҳои тадқиқот.

1. Ошқор кардани дараҷаи паҳншавии СҒШ мувофиқи марҳалаҳо ва муайян намудани басомади дучоршавии шакли интишорёфтаи саратони ғадуди шир аз рӯи мурочиати беморон ба МД МҚИС ВТҲИА ҚТ.

2. Таҳияи усулҳои комилан мувофиқи пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифодаи аз малофаи ТД ва TRAM пас аз мастэктомияи васеъи модификатсияшуда.

3. Муайян намудани басомади инкишоф ёфтани оризаҳои пас аз пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифодаи малофаи ТД ва TRAM.

4. Арзёбии натиҷаҳои бевосита ва дури мастэктомияи васеъи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси

сина бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM дар мавриди беморони мубтало ба саратони интишорёфтаи ғадуди шир.

5. Арзёбии сифати умри беморони гирифтор ба саратони интишорёфтаи ғадуди шир пас аз мастэктомияи васеъи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи ТД ва TRAM.

Объекти таҳқиқот. Пажухиш фарогири 50 беморони гирифтор ба саратони интишорёфтаи ғадуди шир мебошад, ки аз соли 2017 то 2021 дар шуъбаи маммология ва чарроҳии тармимии МД “Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ”-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон табобат гирифтаанд. Беморон вобаста ба ҳаҷми амалиёти чарроҳӣ ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: дар мавриди 24 зани бемор (гурӯҳи асосӣ) мастэктомияи васеъи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи ТД ва TRAM ва ҳангоми 26 зани бемор (гурӯҳи санҷишӣ) мастэктомияи радикалӣ бо пӯшонидани нуқсони девори қафаси сина тавассути бофтаҳои мавзей татбиқ карда шуд.

Мавзуи таҳқиқот. Мавзуи таҳқиқот аз омӯзиши паҳншавии СҒШ мувофиқи марҳала, басомади дучоршавии шакли интишорёфтаи саратони ғадуди шир иборат буд. Арзёбии натиҷаҳои бевосита ва дури мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM дар беморони гирифтор ба СДҒШ низ аз шумори мавзуи таҳти таҳқиқ ба шумор меравад. Баҳодиҳии сифати умри беморони мубтало ба СДҒШ пас аз мастэктомияи васеъи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи ТД ва TRAM низ аз он шумор аст.

Навгони илмӣ. Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар асоси маводи ҳаҷман калони клиникӣ (1005 бемор) дараҷаи паҳншавии СҒШ мувофиқи марҳалаҳо арзёбӣ гардид.

Бори аввал басомади дучоршавии СДҒШ ва навъҳои он дар сохтори беморшавӣ ба СҒШ мавриди омӯзиш қарор дода шуд.

Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон истифодаи васеи мастэктомияи васеи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM ба роҳ монда шуд.

Натиҷаҳои бевосита ва дури мастэктомияи васеи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM арзёбӣ ва сифати умри беморон пас аз амалиномаи усулҳои зикргардидаи ҷарроҳӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуд.

Аҳаммияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот. Натиҷаҳои ҳосилшудаи таҳқиқоти амалигардида арзёбӣ намудани дараҷаи паҳншавии СҒШ-ро мувофиқи марҳалаҳо, муайян намудани вазни қиёсии шакли интишорёфтаи СҒШ-ро дар сохтори гирифторшавӣ ба СҒШ имконпазир гардониданд.

Татбиқ намудани мастэктомияи васеи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи ТД ва TRAM дар табобати мачмуии беморони гирифтор ба СДҒШ имкон дод, ки дар мавриди беморони муолиҷанашаванда муолиҷаи ҷарроҳӣ татбиқ карда шавад, ки он ба давомнокӣ ва сифати умри ин категорияи беморон таъсири назаррас мерасонад. Натиҷаҳои бадастомада бартарияти мастэктомияи васеи модификатсияшударо бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи ТД ва TRAM нисбат ба мастэктомияи анъанавии радикалӣ қотеона исбот намуд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти амалишуда дар фаъолияти амалии шуъбаи маммология ва ҷарроҳии тармимии МД “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ”-и ВТ ҶИА ҚТ, инчунин дар раванди таълими кафедраи саратоншиносии МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, кафедраи саратоншиносӣ, ташхиси шуоӣ ва табобати шуоии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” татбиқ шудаанд.

Нуктаҳои асосии барои ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. СҒШ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар байни омосҳои бадсифати дигар ҷойи аввалро ишғол намуда, 13,7 %-ро ташкил медиҳад. Беморони гирифтор ба СДҒШ дар сохтори СҒШ 15,6 %-ро ташкил медиҳанд. Дар байни беморон мубтало ба СДҒШ шакли варамӣ-инфилтративӣ бештар ба мушоҳида мерасад, ки он ба 64,3 % расида, 16,1 %-ро шакли маститмонанд, 12,5 %-ро саромос ва 7,1%-ро бошад, шакли зиреҳӣ ташкил медиҳад.

2. Ҳангоми СДҒШ замоне марзи аниқи аз ҷиҳати клиникӣ муайянкунанда дида намешавад, амалинамоии мастэктомияи қатъӣ ҳангоми амсилаҳои анъанавӣ имконнопазир аст. Дар иртибот бо нуктаи мазкур буридани омоси аввалия дар доираи бофтаҳои солими эҳтимолӣ бо ҳамзамон пӯшонидани нуқсони бофтаҳои девори қафаси сина тавассути малофаҳои кӯчонидашуда ба пойяки мушаку рағҳо зарур аст.

3. Ҳангоми аз 15 см зиёд будан паҳнии нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина, пас аз иҷрои мастэктомияи васеъи модификатсияшуда тавассути малофаҳои кӯчонидашуда дар пойяки мушаку рағҳо пӯшонидани ҷароҳат усули оптималӣ маҳсуб меёбад.

4. Истифодаи мастэктомияи васеъи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи ТД ва TRAM муҳлати дури такроршавӣ ва афзудани зиндамонии беморони мубтало ба СҒШ-и паҳншударо таъмин менамояд.

5. Пӯшонидани нуқсони девори қафаси сина пас аз мастэктомияи васеъи модификатсияшуда бо истифода аз малофаҳои кӯчонидашуда ба асоси пойяки мушаку рағҳо барои беҳсозии сифати умри беморони СДҒШ мусоидат менамояд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо шарҳ ва соҳаи таҳқиқот). Таҳқиқоти диссертатсионӣ ба шиносномаи КОА дар назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.12 Онкология: зербанди 3.3. Эпидемиология, омори омосҳои бадсифат ва ташкили муборизаи зидди саратон. Таҳия ва тақмили барномаҳои скринингӣ,

усулҳои пешгирии аввалия ва сонавии инкишоф ёфтани номияҳо, ошкор намудани барвақтӣ ва саривақтии онҳо. Назорати диспансерии беморони саратон; 3.5. Зухуроти клинӣ бемории саратон, таҳхиси саратон бо истифода аз усулҳои клиникӣ, лабораторӣ, биохимиявӣ, ситологӣ, патоморфологӣ, иммунологӣ, иммуногистохимиявӣ ва иммуноситохимиявӣ, молекулавӣ-биологӣ, генетикӣ, ситофлуориметрӣ, рентгенологӣ, эндоскопӣ, радиоизотопӣ ва дигар усулҳои таҳқиқ; таҳхиси тафриқавии бемориҳои аслашон омосӣ ва ғайриомосӣ; 3.6. Муолиҷаи омосҳо дар таҷриба ва клиника: таҳия ва тақвим додани тарзҳои амалиёти ҷарроҳӣ, омӯзиши самаранокии истифодаи препаратҳои нави зиддиомосӣ, таҳияи нақша ва вариантҳои дорудармонии зиддиомосӣ, усулҳои омехтаи муолиҷа бо истифода аз шуодармонӣ, гипертермияи умумӣ ва мавзӣ, гипергликемия, гипоксиродиомуорлиҷа, пайвастагиҳои электронаксепторӣ, маҷмуъҳои антиоксидантӣ, муолиҷаи фотодинамикӣ, магнитдармонӣ, масунилоҷӣ ва омилҳои дигари амсиласозишуда; 3.7. Таҳияи усулҳои офиятбахшии тиббии беморони саратонӣ (ҷарроҳӣ тармимӣ-барқарорсозӣ, муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ) мувофиқат мекунад.

Саҳми шахсии довтолаби дараҷаи илмӣ. Довталаб шахсан баррасии таҳлилии маълумоти адабиётро анҷом дода, таҳлили маводи бойгонии 1005 бемори мубтало ба СҶШ, паҳншавии СҶШ-ро мувофиқи марҳалаҳо ва шаклҳои клиникӣ омӯхт. Аз ҷониби муаллиф бевосита кураатсияи беморон, татбиқ ва амалинамоии ҷарроҳӣ бо усули нав дар амалияи онкомаммологияи Тоҷикистон, таҳлили маводи клинӣ гурӯҳҳои беморони таҳти таҳқиқ, тасвияти бевоситаи кори диссертатсионӣ ва омода кардани интишороти оид ба пажӯҳишҳои анҷомдодашуда ба амал оварда шуд.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Матолиби асосии пажӯҳиши мазкур дар конференсияи XXV-уми илмӣ-амалии МДТ ДТБКСТ ҶТ "Таҷриба ва дурнамои ташаккули саломатии аҳоли" (Душанбе, 2019), конференсияи илмӣ-амалии ҷумҳуриявӣ "Рашиҳои муосир дар таҳхис ва табобати омосҳои бадсифат дар Ҷумҳурии Тоҷикистон" (Душанбе, 2019),

конфронси илмӣ-амалии ҷумҳуриявӣ "Роҳҳои беҳтар намудани таҳхис ва табобати омосҳои бадсифат дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, 2020), Анҷумани XIII саратоншиносон ва радиологҳои ДММ ва Евроосиё (Алма-Ато, 2021), Конфронси солони XXVIII илмӣ-амалии МДТ ДТБКСТ ҶТ бо иштироки байналмилалӣ "Тамоюли муосири илм ва амалия дар соҳаи тандурустӣ" (Душанбе 2022), дар Форуми IX байналмилалии саратоншиносони Петербург "Шабҳои сафед" • 2023, дар Съезди XIV саратоншиносон ва радиологҳои ДММ ва Евроосиё, 25-27 апрели соли 2024 пешниҳод ва муҳокима шудаанд.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Муҳтавои асосии диссертатсия дар 15 асари ҷопӣ, аз ҷумла 8 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандае нашр гардидаанд, ки ба номгӯии КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон шомиланд.

Соҳтор ва ҳаҷми рисола. Диссертатсия бо усули анъанавӣ пешниҳод шуда, аз 153 саҳифа иборат мебошад. Он муқаддима, 5 боб (таҳлили адабиёт, мавод ва усулҳои таҳқиқот, 2 боб, ки ба натиҷаҳои таҳқиқоти шахсӣ бахшида шудаанд, таҳлили натиҷаҳои таҳқиқот), хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиётро дар бар мегирад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда фарогири 180 манбаъ буда, 104 сарчашма аз муаллифони рус ва 76 манбаи хориҷӣ мебошанд. Кор бо 51 расм ва 31 ҷадвал ороиш дода шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Асоси таҳқиқоти диссертатсионии мазкурро назорати клиникӣ 50 бемори гирифтор ба СДҶШ ташкил медиҳад, ки аз соли 2017 то 2021 дар шӯъбаи маммология ва ҷарроҳии реконструктивӣ МД МҶИС ВТҶИА ҶТ табобат гирифтаанд. Беморон вобаста ба ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи аввал (гурӯҳи асосӣ)-ро 24 зани беморе ташкил медиҳад, ки дар мавриди онҳо мастэктомиаи васеъи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсон тавассути малофаҳои ТД ва TRAM татбиқ шудааст, гурӯҳи дуюм (гурӯҳи

назоратӣ) фарогири 26 зани беморест, ки ҳангоми онҳо мастэктомияи катъӣ бо пӯшонидани нуқсони девори қафаси сина тавассути бофтаҳои мавзей ё мастэктомияи паллиативӣ бо мақсади санитарӣ амалӣ шудааст (расми 1).



Расми 1. – Ороиши таҳқиқот

Омӯзиши хусусиятҳои синнусолии беморон нишон дод, ки онҳо дар синни аз 31 то 70-сола қарор доштанд (ҷадвали 1).

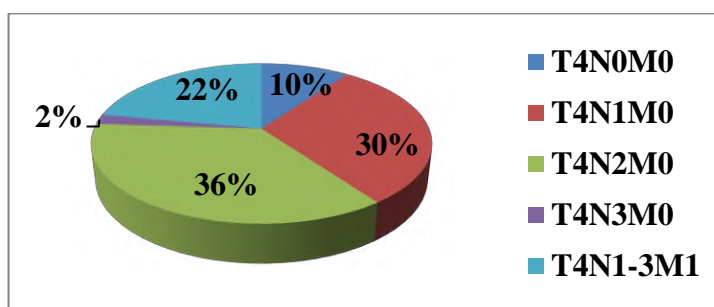
Ҷадвали 1. – Таркиби синнусолии беморони гурӯҳи таҳти таҳқиқ (n=50)

Син, сол	Табдоди мутлақи беморон (n=50)	%
31-40	14	28
41-50	14	28
51-60	10	20
61-70	12	24
Ҷамағӣ	50	100

14 (28%) беморон дар синни аз 31 то 40-сола, 14 (28%) бемор дар синни аз 41 то 50-сола, 10 (20%) бемор дар синни аз 51 то 60-солагӣ ва 12 (24%) бемор бошад, дар синни 61-70-солагӣ қарор доштанд, яъне бештар занҳои аз ҷиҳати репродуктивӣ фаъол - 33-50-сола аз СҶШ ранҷ мекашиданд, ки табдоди онҳо 56 %-ро ташкил медед. Синни миёна ($M \pm SE$) $49,6 \pm 1,5$ -ро ташкил менамуд.

Ҳангоми мурочиат дар 5 (10%) бемор марҳалаи T4N0M0, зимни 15 (30%) нафар марҳалаи T4N1M0, ҳангоми 18 (36%) бемор марҳалаи T4N2M0, дар 1 (2%) нафар марҳалаи T4N3M0 мушаххас гардид. 11 (22%) бемор дар марҳалаи T4N1-3M1 бо мавҷудияти решадавониҳои дури изолятсионӣ

мурочиат намуданд. Дар мавриди аксарияти беморон (78%) решадавониҳои дур мушоҳида нагардид ва ҳолати мазкур амалинамоии мастэктомиаи катъиро имқуонпазир гардонид (расми 2).



Расми 2. – Таксимои занҳои бемор мувофиқи марҳалаҳо (n=50)

Ҳангоми мурочиат ҳамаи беморон дар дармонгоҳи марказ аз таҳлили клиникӣ, биопсияи аспириационии омоси ғадуди шир ва гирехҳои лимфавии канорӣ, ТУС-и ғадуди шир, узвҳои шикам ва ТК-и узвҳои қафаси сина гузаронида шуданд. Ба мақсади тасдиқ намудани хусусияти бадсифатии омос ва таҳқиқи ТГХ барои интихоби дорудармони неoadъювантӣ трепанбиопсияи омос татбиқ карда шуд.

Мувофиқи нақшаи стандартии АС (4)+Т тазриқи 12-ҳафтаинаи поликимиёдармони неoadъювантӣ дар мавриди 21 (87,5%) бемори гурӯҳи асосӣ ва 21 (80,8%) бемор аз гурӯҳи санҷишӣ ба амал оварда шуд. Дар марҳилаи аввал бо сабаби омоси таҷзияшаванда ва хунрезӣ дар 3 (12,5%) бемори гурӯҳи асосӣ ва 5 (19,2%) бемор аз гурӯҳи санҷишӣ (ба 4 бемор мастэктомиаи одӣ, дар 1 бемор мастэктомиаи қатъӣ бо пӯшонидани нуқсонҳои девори қафаси сина тавассути бофтаҳои мавзей), бе дорудармони неoadъювантӣ ҷарроҳӣ татбиқ гардид. Ҳангоми амалинамоии мастэктомиаи одӣ дар мавриди бемороне, ки ҳангоми онҳо решадавониҳои дур вучуд надошт, аз ҷониби мо тамоми принципҳои қатъият риоя карда шуд, зеро чунин шеваи муолиҷа хатари такроршавии барвақтии мавзеиро хеле коҳиш медиҳад. Ин беморон дар давраи пасазҷарроҳӣ табобати адъювантӣ қабул карданд. Бо дарназардошти натиҷаҳои таҳқиқоти ИГХ дар давраи пасазҷарроҳӣ ба 2 (8,3%) бемори гурӯҳи асосӣ ва 5 (19,2%) бемор аз гурӯҳи

санҷишӣ бо ретсепторҳои мусбӣи гормонҳои стероидӣ ба омос гормондармонӣ, ба 2 (8,3%) бемори гурӯҳи асосӣ ва 1 (3,8%) бемор аз гурӯҳи санҷишӣ, ки экспрессияи баланди HER2/neu доштанд, муддати 52 ҳафта дар ҳар се ҳафта тазриқи препарати «Герсептин» таъин карда шуд

Амалиёти ҷарроҳӣ пас аз 3 ҳафтаи тазриқи охирини препаратҳои химиявӣ ба амал оварда шуд. Дар мавриди ҳамаи беморони гурӯҳи асосӣ мастэктомияи васеъи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи ТД ва TRAM татбиқ гардид. Пеш аз пӯшонидани нуқсони сатҳи пеши девори қафаси сина андозаи ҷароҳати амалиёт, паҳнӣ ё фосила байни ду нуқтаҳои нисбатан дури канори ҷароҳат дар ҳолати баҳамонии максималии он чен карда шуд. Пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи ТД дар мавриди 17 (70,8%) бемор ба кор бурда шуд (пешниҳоди ратсионализатории «Усули пӯшонидани нуқсони пӯсти девори пеши қафаси сина бо малофаи торакодорзалӣ дар беморони саратони интишорёфтаи ғадуди шир пас аз мастэтомияи васеъ» – аз тарафи МДТ ДТБКСТ ҚТ аз 15.11 соли 2018, №14 дода шудааст). Зимни 7 (29,2%) бемор ҳангоми пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина малофа TRAM истифода шуд (пешниҳоди ратсионализатории «Усули пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи уфуқии поёниабдоминалӣ ба асоси мушаки ростии шикам дар беморони мубтало ба саратони интишорёфтаи ғадуди шир пас аз мастэтомияи қатъии модификатсияшуда» – аз тарафи МДТ ДТБКСТ ҚТ аз 14.10 соли 2022, №13 дода шудааст). Маълумот оид ба амалиёти ҷарроҳии дар мавриди беморони гурӯҳи таҳти таҳқиқот амалишуда, дар ҷадвали 2 оварда шудааст.

Ҷадвали 2. – Ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ дар мавриди беморони гурӯҳи таҳти таҳқиқот (n=50)

Навъи амалиёт	Теъдоди беморон	
	n	%
Мастэктомияи одӣ	4	8

Мастэктомияи қатъӣ	22	44
Мастэктомияи васеъи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуксонӣ девори қафаси сина тавассути малофаи ТД	17	34
Мастэктомияи васеъи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуксонӣ девори қафаси сина тавассути малофаи TRAM	7	14
Ҳамагӣ	50	100

Таҳлили сатҳи сифати умри беморон бо ёрии саволнома барои таҳлили сифати умри беморони гирифтгор ба саратон – FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) то чарроҳӣ ва пас аз 2 ҳафтаи амалиёт ба амал оварда шуд.

Коркарди омории мавод бо истифода аз бастаи барномаҳои статистикии Statistica 10.0 (StatSoft, ИМА) ба амал оварда шуд. Зиндамонии умумӣ ва бе такроршавии беморӣ дар гурӯҳҳо мувофиқи меъёри Каплан-Мейер арзёбӣ гардид. Фарқият ҳангоми $p < 0,05$ будан, аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуданд. Нишондиҳандаҳои миқдории беморон дар ду гурӯҳи амалиёти чарроҳӣ ба асоси мувофиқ будани тақсимои муътадил тавассути меъёри Шапиро-Уилк баҳогузорӣ шуданд. Тамоюлҳои умумии сифати умр бо ёрии медиан ва кварталҳо (Me [25q; 75q]) пешниҳод карда шуданд. Муқоисаи интиҳоби вобаста (пеш аз чарроҳӣ ва пас аз он) бо истифода аз Т-меъёрҳои Вилкоксон ва намунаҳои мустақил (дар байни гурӯҳҳо) бо истифода аз U-меъёрҳои Манн-Уитни ба амал оварда шуд. Фарқиятҳо дар ҳолати $p < 0,05$ будан, аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуданд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТИ ШАХСӢ

Таҳлили пажӯҳишҳои зиёди ватанӣ ва хориҷӣ нишон дод, ки таҳқиқоти мақсаднок оид ба омӯзиши басомади гирифтгоршавӣ ба СДҒШ дар адабиёти дастрас саҳеҳан нокифоя аст. Дар робита ба нуктаи мазкур, мо тасмим гирифтём, ки дар асоси маълумоти клиникии 1005 бемори СҒШ, ки дар шароити МД МҶИС ВТҲИА ҚТ дар давраи аз солҳои 2017 то 2020 таъбабат

гирифтаанд, басомади СҒШ-ро дар мачмуъ тахти омӯзиш қарор дода, баъдан дар сохтори он мавқеи СДҒШ-ро муайян намоем.

Таҳлили гузаронидашуда нишон дод, ки шаклҳои аввалияи чарроҳишавандаи СҒШ (TisN0M0-T3N1M0 марҳалаҳо) 48,7 %-ро ташкил медиҳанд. СҒШ-и мавзеан паҳнғашта (аввалияи чарроҳинашаванда) СҒШ (T3N2M0-T4N3M0) 42,8 %-ро ташкил медиҳанд. Беморони мубтало ба шакли решадавонидаи СҒШ бошад, 8,5 %-ро ташкил доданд (ҷадвали 3).

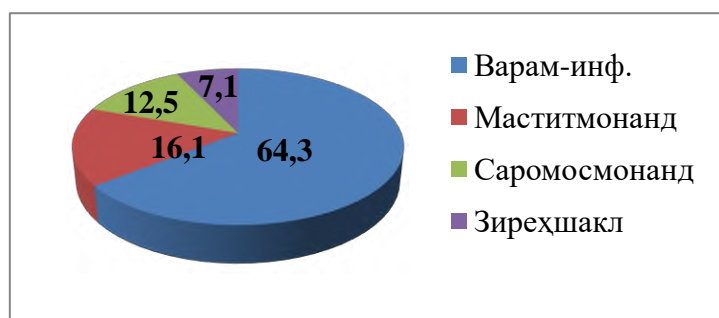
Ҷадвали 3. – Тақсимооти беморони мубтало ба СҒШ мувофиқи гурӯҳҳои клиникӣ (n=1005)

Гурӯҳҳои клиникӣ	Марҳалаи TNM	Адад	%
Шаклҳои аввалияи чарроҳишаванда	TisN0M0-T3N1M0	490	48,7
Шаклҳои мавзеан паҳнғашта (аввалияи чарроҳинашаванда)	T3N2M0-T4N3M0	430	42,8
Шакли решадавонида	ҳарТ ҳарN M1	85	8,5
Ҷамағӣ		1005	100

Азбаски мо дар пеши худ масъалаи муайян кардани басомади паҳншавии СДҒШ-ро дар сохтори гирифторшавӣ ба СҒШ гузошта будем, маълумоти 359 бемори мубтало ба марҳалаҳои T4N0M0 - T4N1-3M1 мавриди таҳлил қарор дода шуд, ки СДҒШ ба он шомил аст.

Майяи гардид, ки беморони гирифтор ба СДҒШ дар сохтори СҒШ 15,6 % (56)-ро ташкил медиҳанд. 56 бемори мубтало ба СДҒШ барои муайян намудани таркиби миқдории беморон гирифтор ба шаклҳои варамӣ-инфилтративӣ, саромосмонанд, маститмонанд ва зирехшакли СҒШ тахти таҳлили минбаъда қарор дода шуданд.

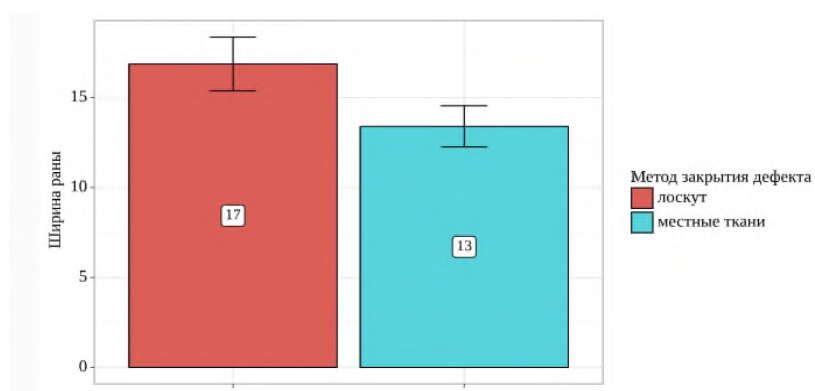
Ошкор гардид, ки дар байни шаклҳои СДҒШ намуди варамӣ-инфилтративӣ нисбатан бештар буда, теъдоди он ба 64,3 % (36) мерасад. Беморони гирифтори ба навъи маститмонанд 16,1% (9), мубтало ба саромосмонанд 12,5 (7) ва зирехшакл бошанд, 7,1% (4) ташкил медиҳанд ва нуктаи мазкур инъикоси худро дар расми 3 ёфтааст.



Расми 3. – Шаклҳои саратони интишорёфтаи ғадуи шир

Таҳлили муқоисавии синну сол ва марҳалаи раванди омос нишон дод, ки беморони ҳар ду гурӯҳ дар синни аз 31 то 70-сола қарор дошта, мубтало ба марҳалаҳои T4N0M0-T4N1-3M1 буданд, ки он аз рӯйи синну сол ва марҳалаҳои раванд қиёспазир мебошанд.

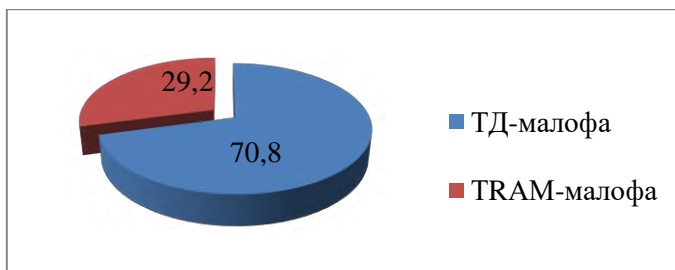
Дар рафти таҳқиқот усули пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори пеши қафаси сина пас аз мастэктомияи васеъи модификатсияшуда, вобаста ба паҳнии ҷароҳат аз ҷониби мо мавриди таҳлил қарор гирифт. Мувофиқи маълумоти ҳосилшуда, ҳангоми арзёбии андозаи захм, мо фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳимро дар интихоби усули пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори пеши қафаси сина ($p < 0,001$) ошкор намудем. Дар ҳолати андозаи нуқсон камтар аз 15 см будан, имконияти пӯшидани захм тавассути бофтаҳои мавзӣ пешбинӣ шуда, ҳангоми андоза зиёда аз 15 см будан, малофай ТД ё TRAM истифода гардид (расми 4).



Расми 4. – Усули пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина вобаста ба паҳнии ҷароҳат

Мо дар мавриди беморони гурӯҳи асосӣ мастэктомияи васеъро дар шакли амсиласозишуда ба кор бурдем, ки бурриши васеъи пӯст ва бофтаҳои нарми атрофи ғадуи ширро аксаран бо буриши мушакҳо ва девораи сина дар

бар мегирад. Ба таври иловагӣ барқарорсозии ҳамзамонӣ ба мақсади пӯшонидани нуқсони бофтаҳои девори қафаси сина иҷро шуд, ки ҳолати равонии занҳои беморро беҳ мегардонад. Тармими нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина бо ёрии малофаи ТД дар 17 (70,8%) бемор ва ба воситаи малофаи TRAM бошад, ҳангоми 7 (29,2%) нафар татбиқ карда шуд (расми 5).



Расми 5. – Тақсимоги беморони гурӯҳи асосӣ мувофиқи навъҳои тармим нуқсон

Афзалияти истифодаи малофа ТД (70,8%) бо он асоснок карда мешавад, ки ҳадафи мо пӯшонидани нуқсони пӯст ва бофтаҳои нарми девори қафаси сина, на барқарорсозии ҳаҷми сина буд. Аз тарафи дигар, ташаккули малофаи ТД аз ҷиҳати техникӣ қиёсан ба малофаи TRAM раванди осебпазириаш камтар аст ва нисбат содатар аст.

Бо назардошти хусусиятҳои нуқсони баъдичарроҳӣ дар ҳамаи беморон малофаи уфуқии ТД истифода карда шуд (расми 6 ва 7).



Расми 6. – Нишонагузории пӯсти атрофи ғадуди шир



Расми 7. – Нишонагузории пӯсти атрофи малофаи эҳтимолӣ

Зимни марҳалаи аввал мастэктомияи васеи модификатсияшуда ба амал оварда шуд. Ҳангоми марҳалаи дуюм бо дарназардошти нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина ба мобилизатсияи малофаи ТД даст зада шуд. Малофаи ТД-и мобилизатсияшуда ба ғайр аз мушаки васеи пушт инчунин пӯст ва насчи зери пӯстро дар бар мегирифт. Сипас малофаро ба

чароҳати сатҳи пеши қафаси сина интиқол ва ба канораҳои чароҳат дарз гузошта шуда, ба ковокии мавзеи зери каш дренаж гузоштем (расмҳои 8, 9, 10, 11).



Расми 8. – Нуқсони пӯст пас аз мастэктомия



Расми 9. – Марҳалаи мобилизатсияи ТД-малофа



Расми 10. – Малофа ба ҷойи нуқсон гузошта шудааст



Рисунок 11. – Ба чароҳат дарз гузошта шуд

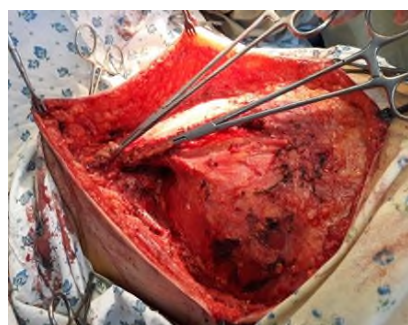
Зимни пажӯҳиш мо дар мавриди 7 (29,2%) бемори гирифта ба СДҒШ малофаи TRAM ба кор бурда шуд. Нишонагузори пешакӣ ба атрофи ғадуди шир ва малофаи абдоминалӣ то оғози амалиёти ҷарроҳӣ амалӣ гардид (расми 12).



Расми 12. – Нишонагузори пешакӣ ба пӯсти атрофи ғадуд ва малофаи TRAM

Ҳангоми марҳилаи аввал мастэктомияи васеъ пӯсти тағйирёфтаи атрофи ғадуди шир ба таври максималӣ бурида шуд, дар баъзе ҳолатҳо мушакҳои сина низ бурида шуданд. Ҳангоми амалиномаи ин чарроҳӣ, ба монанди малофаи ТД принципҳои қатъиятро риоя намуда, буриш аз марзҳои намоёни омос ба 5 - 7 см дуртар ба амал оварда шуд.

Зимни марҳилаи дуюм мобилизатсияи малофаи TRAM иҷро гардид. Баъди бурридани пӯст ва насчи зерин он то мушакпарда, малофаро ба пояки контрлатералии мушаки мустақими шикам то сатҳи шоҳаи шамшершакли тӯш бо ҳифз намудани шарёни болоии эпигастрий мобилизатсия кардем (расмҳои 13 ва 14).



Расми 13. – Нуқсони бофтаҳои нарм пас аз мастэктомия



Расми 14. – Мобилизатсияи малофаи RAM дар як пояки мушаки мустақими шикам

Сипас, дар зерин чини инфрамаммарӣ нақб сохтем, ки бо ҷароҳати пас аз мастэктомия пайваст мешавад. Малофаро ба ҷароҳат гузошта, мушаки малофаро ба мушаки калони сина дӯхта, ба пӯст дарз гузошта, ҷароҳатро ба востай дренажи Чексон-Пратта дренажгузорӣ кардем (расми 15 ва 16).



**Расми 15. – Малофа ба воситаи
нақб ба чароҳат гузашта шудааст**

Натиҷабахшии бевосита баъди анҷом пазируфтани барномаи муолиҷаро дар амалияи онкологӣ, меъёрҳои самаранокии бевоситаи табобат меҳисобанд, натиҷаҳои дур бошад, бо давомнокии ҳифз шудани таъсири зиддиомоси тавсиф меёбад, ки он аз рӯйи зиндамони 1-, 3-, 5-, 10-, 15-сола ва ғайра арзёбӣ мегардад [Бычков М.Б. ва дигарон, 2016, Гарин А.М., 2016]. Аз рӯйи маълумоти Chin P.L. et al. (2000), медианаи зиндамони такрорнашавада ҳангоми шакли варамӣ-инфилтративии СҒШ пас аз табобати маҷмӯӣ бо мастэктомияи радикалӣ ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи TRAM ва ТД 19 моҳ ва медианаи зиндамони умумӣ бошад, 22 моҳро ташкил медиҳад.

Натиҷаҳои мастэктомияи васеъи модификатсияшударо бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина ба воситаи малофаи ТД ва TRAM дар мавриди 24 бемори гурӯҳи асосӣ дар муқоиса бо натиҷаи мастэктомияи радикалӣ бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарм тавассути бофтаҳои мавзей ҳангоми 26 бемор аз гурӯҳи назоратӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуд.

Илтиёми аввалияи чароҳат ҳангоми 21 бемор аз гурӯҳи асосӣ ҳамчун қаноатбахш арзёбӣ гардид, ки он 87,5 % ташкил медиҳад (расмҳои 17 ва 18).



**Расми 17. – Илтиёми аввалияи
малофаи ТД**



**Рисунок 18. – Илтиёми аввалияи
малофаи TRAM**

Лимфорея зимни 19 бемори гурӯҳи асосӣ ба қайд гирифта шуд, ки 79,2 %-ро ташкил медиҳад. Некрози канории малофаи ҷойивазкарда ва чароҳати

малофаи донорӣ ҳангоми 1 (4,2%) бемор мушоҳида гардид. Ҳангоми 1 бемор пас аз пӯшонидани нуқсон тавассути малофаи TRAM некрози канории малофа, ки 4,2% ташкил дод ва дар мариди 1 (4,2%) бемор бошад, некрози 2/3 ҳиссаи малофаи гузаронидашуда ба қайд гирифта шуд (расми 19).



Расми 19. - Бемор И. 35 сола. Ташхис: саратони ғадуди шир аз рост T4N2M1 (her.), ҳолати бемор пас аз 5 даври КДП ва мастэктомияи васеъи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсон ба воситаи малофаи TRAM

Зимни 2 ҳодиса ба амалиёти ҷарроҳии иловагӣ барои бартараф намудани оризаҳо зарур пайдо нашуд, ҷароҳатҳо бо кашиши сонавӣ шифо ёфтанд, дар ҳодисаи охирин зарурати некрэктомия ба миён омад.

Ҳангоми 26 бемор аз гурӯҳи санҷишӣ мастэктомияи радикалӣ бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина ба воситаи бофтаҳои мавзей татбиқ шуд. Дар ин ҳолат ҷарроҳ бурриши пӯстро ба таври максималӣ дуртар аз канори омос ба амал оварда, ҳамзамон мавҷудияти пӯсти ҳифзшуда барои пӯшондани нуқсон ба назар мегирад. Дар иртибот бо нуқтаи мазкур хатари инфилтратсияи боқимонда ва сателлитҳо дар пояки атрофи ҷароҳат хеле зиёд аст. Дарз дар ҳолати таранг кашидани пӯст гузошта мешавад, зарурати буриши иловагӣ дар пӯсти атрофи ҷароҳат ба амал меояд (расмҳои 20 ва 21).



**Расми 20. –
Нишонагузории пӯст то ҷарроҳӣ**



**Расми 21. – Пӯшонидани нуқсон бо
таранги кашидани пӯст ва бурришҳои
иловагӣ**

Илтиёми аввалияи қаноатбахш дар беморони гурӯҳи санҷишӣ 69,2 % (18 бемор)-ро ташкил дод. Мо дар мавриди 4 (15,4%) зани бемор қисман дуршавии канораҳои ҷароҳат ва дар 3 (11,5%) бемор бошад, некрози канори ҷароҳатро мушоҳида намудем. Лимфорея пас аз мастэктомии радикалӣ ҳангоми 14 (53,8 %) ҳодиса дар беморони гурӯҳи санҷишӣ ба қайд гирифта шуд.

Муҳлати пайдошавии такроршавии мавзӣ аз лаҳзаи ҷавоб додани беморон аз шӯба пас аз ҷарроҳӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуд, зеро ҳангоми СДФШ бо вучуди татбиқи муолиҷаи адъювантӣ, хатари пайдо шудани такроршавӣ дар замони наздиктарин аз эҳтимол дур нест. Натиҷаҳо нишон доданд, ки такроршавии мавзӣ аз 24 бемори таҳти назорат аз гурӯҳи асосӣ дар 1 (4,2%) бемор пас аз шаш моҳи ҷарроҳӣ ва дар 1 (4,2%) бемори дигар, дар давоми соли сеюми умр ба қайд гирифта шуд.

Такроршавӣҳои мавзӣ аз 26 бемори гурӯҳи санҷишӣ дар давоми 6 моҳи пас аз ҷарроҳӣ ҳангоми 5 (19,2 %) нафар, зимни 2 (7,7 %) мариз дар давоми 12 моҳ, дар мавриди 1 (3,85 %) бемор дар муддати то 18 моҳ ва дар 1 (3,85 %) зани бемор бошад, дар муҳлати то 24 моҳ ба қайд гирифта шуд (ҷадвали 6).

Ҳамин тавр, такроршавии мавзӣ дар давоми 36 моҳ пас аз ҷарроҳӣ зимни 8,4 % беморони гурӯҳи асосӣ мушоҳида гардида, нишондиҳандаи

мазкур дар давоми то 24 моҳ дар мавриди беморони гурӯҳи санчишӣ, хангоми 34,6 % ҳодисаҳо ба қайд гирифта шуд.

Чадвали 6. – Муҳлати пайдоиши такроршавиҳои мавзёӣ дар беморони гурӯҳҳои таҳти таҳқиқ

Муҳлати такроршавиҳои мавзёӣ (моҳ)	Гурӯҳи асосӣ (n=24)		Гурӯҳи санчишӣ (n=26)		p
	Теъдод	%	Теъдод	%	
≥ 6 моҳ	1	4,2	5	19,2	<0,05
≥ 12 моҳ	0	0	2	7,7	>0,05
≥18 моҳ	0	0	1	3,85	>0,05
≥24 мес.	0	0	1	3,85	>0,05
≥36 моҳ	1	4,2	0	0	>0,05
Ҳамагӣ	2	8,4	9	34,6	<0,01

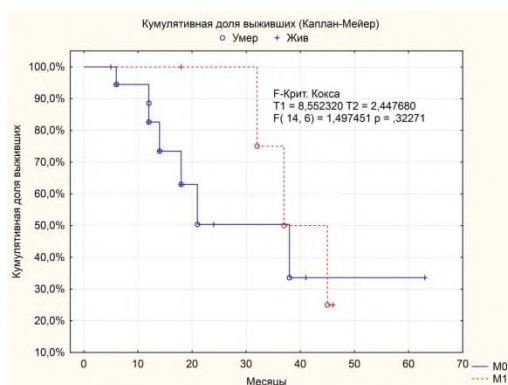
Эзоҳ: p – фарқи аз ҷиҳати омили муҳими нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри аниқи Фишер)

Такроршавиҳои барвақтӣ хангоми беморони гурӯҳи санчишӣ аён аст. Сабаб он аст, ки мо барои пӯшонидани нуқсон пас аз мастэктомия саъй намудем пӯсти иллатнокшудаи атрофи синаро, сарфи назар аз мавҷуд будани инфилтратсияи омос нигоҳ дорем. Дар 4 (26,7%) бемор хангоми бистарикунонӣ омоси кафидаи бӯйнок бо хунравӣ ба мушоҳида мерасид, ки дар онҳо ҷарроҳӣ бо мақсади паллиативӣ татбиқ шуда буд. Дар беморони боқимонда - 33,3 % бо вучуди пурра татбиқ шудани муолиҷаи неoadъювантӣ такроршавиҳо дар муҳлати наздиктарини пасазҷарроҳӣ ба қайд гирифта шуданд. Ҳамин тавр, басомади такроршавиҳои мавзёӣ дар мавриди беморони гурӯҳи санчишӣ нисбат ба гурӯҳи асосӣ 4 маротиба зиёд ба қайд гирифта шуданд.

Мо дар гурӯҳҳои таҳти таҳқиқ зиндамони умумӣ ва такрорнашавандаро аз лаҳзаи ҷарроҳӣ то ба қайд гирифтани ғавти бемор ё пайдо шудани такроршавии мавзёӣ мавриди омӯзиш қарор додем.

Ҳангоми омӯзиши зиндамони умумӣ, муҳлати назорати беморон аз 3 то 63 моҳро ташкил дод. Маълум карда шуд, ки зиндамони яқсола дар

беморони гурӯҳи асосӣ бо M0 88,5 % ва бо M1 бошад, 100,0 % ташкил медиҳад. Зиндамонии сесола дар гурӯҳи асосӣ бо M0 50,4 % ва дар беморони бо M1 бошад, ба 50,0 % мерасад. Зиндамонии панҷсола бо M0 дар беморони гурӯҳи асосӣ 33,6% ва бо M1 бошад, ба 25,0 % мерасад. Ҳисоби миёнаи зиндамонӣ дар беморони гирифтӣ ба марҳалаи M0 дар гурӯҳи асосӣ 38 моҳро ташкил дод. Дар беморони гурӯҳи санҷишӣ зиндамонии яксола бо M0 74,4 % ва бо M1 бошад, 75,0 %-ро ташкил медед. Зиндамонии сесола дар беморони санҷишӣ гирифтӣ ба марҳалаи M0 ба 32,4 % ва бо M1 бошад, 0,0 % баробар буд. Зиндамонии панҷсола бо M0 ва M1 0,0 %-ро ташкил медед. Ҳисоби миёнаи зиндамонӣ дар беморони мубтало ба марҳалаи M0 дар гурӯҳи санҷишӣ 21 моҳро ташкил дод. Фарқияти назарраси оморӣ байни гурӯҳҳои санҷишӣ ва асосӣ аз рӯйи ин нишондиҳанда ба назар мерасад ($p < 0,05$) (расмҳои 22, 23).



Расми 22. – Нақшаи зиндамонӣ пас аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ бо M0 ва M1

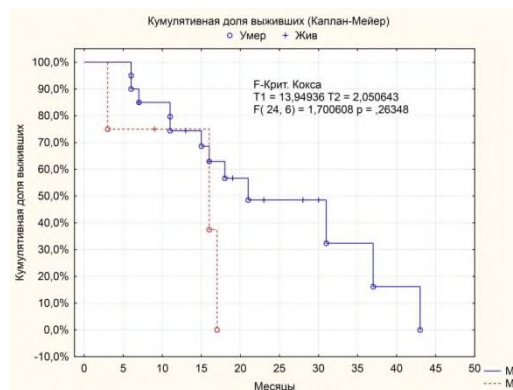


Рисунок 23. – Нақшаи зиндамонӣ пас аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳи назоратӣ бо M0 ва M1

Ҳангоми таҳлили зиндамонии такрорнашавандаи беморӣ дар ҳар ду гурӯҳ, муҳлати назорат аз 1 то 63 моҳро ташкил дод. Муайян намудем, ки зиндамонии 63-моҳаи такрорнашавандаи беморӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ 14,4 %-ро ташкил медиҳад. Дар гурӯҳи санҷишӣ ҳамагӣ 10,4% беморон 35 моҳ бе такроршавии мавзеи беморӣ умр ба сар бурдан. Фарқияти назарраси оморӣ байни гурӯҳҳои назоратӣ ва асосӣ аз рӯйи нишондиҳандаи мазкур ба назар мерасад ($p < 0,01$) (расми 24).



Расми 24. – Нақшаи зиндамони такрорнашавандаи беморӣ пас аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳҳои асосӣ ва санҷишӣ

Зиндамони 12-моҳа дар гурӯҳи санҷишӣ 34 % ва дар гурӯҳи асосӣ бошад, 72 %-ро ташкил дод. Зиндамони сесолаи такрорнашавандаи беморӣ дар гурӯҳи санҷишӣ ба 12 % ва дар гурӯҳи асосӣ бошад, ба 40% мерасид. Сатҳи зиндамони 4-сола бе такроршавии мавзеи беморӣ дар гурӯҳи асосӣ 15%-ро ташкил дод. Ҳисоби миёнаи зиндамони такрорнашавандаи мавзӣ дар гурӯҳи асосӣ ба 28 моҳ ва дар гурӯҳи санҷишӣ бошад, ба 10 моҳ рост омад ($p < 0,01$).

Ҳамин тавр, мастэктомиаи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи ТД ва TRAM дар беморони СДҶШ нисбат ба мастэктомиаи маъмулӣ ҳам аз ҷиҳати натиҷаи бевосита ва ҳам аз ҷиҳати натиҷаи дур, ки аз рӯйи зиндамони умумӣ ва такрорнашавандаи беморӣ арзёбӣ гардид, дар қиёс ба мастэктомиаи қатъии анъанавӣ дар мавриди беморони мубтало ба шакли паҳншудаи СҶШ, яқинан бартарӣ дорад.

Зимни таҳқиқоти мо сифати умри беморон бо истифода аз саволномаи FACT-G (версияи 4) пеш ва пас аз ду ҳафтаи ҷарроҳӣ, ҳангоми аз беморхона ҷавоб додани беморон омӯхта шуд. Мо ба беморон саволномаеро пешниҳод намудем, ки аз маҷмуи савол ва намунаи ҷавобҳои иборат аст, ки бемор аз онҳо ҷавоби ҳолати ба худ наздикро интихоб мекунад. Ҳар савол 5 варианти ҷавоб дорад, ки ба шохиси муайян мувофиқат мекунад: “тамоман не” - 0, “каме” - 1, “муътадил” - 2, “саҳт” - 3 ва “хеле саҳт” - 4.

Нишондиҳандаи сифати умри беморон дар ҳар ду гурӯҳ пеш ва пас аз ҷарроҳӣ мувофиқи меъёри Вилкоксон, аз рӯйи чор шкалаи саволнома - фаъолияти ҷисмонӣ (ФЧ), некӯаҳволии иҷтимоӣ/оилавӣ (НИО), ҳолати психоэмотсионалӣ (ҲПЭ) ва некӯаҳволӣ дар ҳаёти ҳаррӯза (НХҲ) дар алоҳидагӣ таҳқиқ карда шуд.

Таҳлили муқоисавии СЗ дар беморони гурӯҳи асосӣ тағйироти омории саҳеҳро аз рӯйи ҳама нишондодҳо пас аз мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи ТД ва TRAM нишон дод (ҷадвали 7).

Ҷадвали 7. – Сифати умр дар гурӯҳи асосӣ то ва пас аз ҷарроҳӣ (Ме [25q; 75q]; n =24)

Ҷадвали СУ	То ҷарроҳӣ	Пас аз ҷарроҳӣ	p
ФЧ	13,0 [11,5; 14,5]	6,0 [5,0; 8,0]	=0,002 (T =41,5; Z =3,10)
НИО	18,0 [17,0; 18,5]	20,0 [19,0; 21,0]	=0,001 (T =18,0; Z =3,25)
ҲПЭ	18,0 [16,5; 19,0]	5,0 [4,5; 6,0]	<0,001 (T =6,0; Z =4,11)
НХҲ	15,0 [14,0; 16,0]	19,0 [16,5; 20,0]	=0,016 (T =59,0; Z =2,40)

Эзоҳ: p – фарқи аз ҷиҳати омории муҳимми нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо то ва пас аз ҷарроҳӣ мувофиқи меъёри Вилкоксон.

Пасти будани ҳолҳо аз рӯйи ҷадвали ФЧ ва ҲПЭ нишон медиҳад, ки пас аз ду амалиёти васеъи ҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ ҳанӯз ҳам дард, маҳдудияти ҳаракат дар банди китф ва шикам ҳис мешавад, қисмати зиёди вақти онҳо дар бистар вақт мегузарад.

Баланд будани ҳолҳо аз рӯйи ҷадвали НИО ва НХҲ аз дастгирии равонии оила ва дӯстон, муносибати нисбатан хотирҷамъона ба беморӣ дар робита ба иҷро гардидани ҷарроҳии радикалӣ шаҳодат медиҳад, ки тӯли як моҳ ҳолати бемор тадриҷан беҳтар шудан гирифт.

Мувофиқи шкалаи ФЧ ва ҲПЭ то ва пас аз ҷарроҳӣ дар СУ беморони гурӯҳи санҷишӣ дигаргунӣ ба амал наомад (ҷадвали 8).

Ҷадвали 8. – Сифати умр дар гурӯҳи санҷишӣ то ва пас аз ҷарроҳӣ (Ме [25q; 75q]; n =26)

Ҷадвали	То ҷарроҳӣ	Пас аз ҷарроҳӣ	p
---------	------------	----------------	---

СУ			
ФЧ	17,0 [17,0; 18,0]	10,5 [9,0; 13,0]	<0,001 (T =28,5; Z =3,73)
НИО	17,0 [17,0; 20,0]	17,0 [16,0; 18,0]	>0,05 (T =50,0; Z =1,55)
ХПЭ	17,0 [16,0; 18,0]	10,0 [9,0; 11,0]	<0,001 (T =16,0; Z =4,05)
НХХ	16,0 [15,0; 17,0]	15,5 [14,0; 16,0]	>0,05 (T =82,0; Z =1,94)

Эзох: р – фарқи аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо то ва пас аз ҷарроҳӣ мувофиқи меъёри Вилкоксон.

Табиист, ки беморони гурӯҳи назоратӣ низ пас аз ҷарроҳӣ дар тӯли як моҳ дард ва маҳдудияти ҳаракатро дар буғуми китф дар тарафи ҷарроҳӣ эҳсос карданд, ки ба фаъолияти ҷисмонии онҳо таъсир мерасонад.

Аз рӯйи шкалаи НИО ва НХХ пас аз ҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи санҷишӣ тағйироти СУ ба амал наомад. Онҳо огаҳӣ доранд, ки ҷарроҳӣ хусусияти паллиативӣ дорад, дар давоми як моҳ нишонаҳои такроршавӣ дар атрофи ҷароҳати баъди амалиёт пайдо шуданд. Аз ин рӯ, онҳо ҳисси ғамгинӣ дошта, умеди сиҳат шуданро аз даст додаанд, онҳоро фикри марг таъкиб мекунад, интизори бад шудани ҳолат мебошанд.

Ҳамин тариқ, таҳлили муқоисавии қиматҳои СУ аз рӯйи чор шкалаи саволномаи FACT-G нишон дод, ки мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси синаи тавассути малофаи ТД ва TRAM муносибати дуҷонибаи иҷтимоӣ-оилавии беморон ва некӯаҳволии онҳоро дар ҳаёти ҳаррӯза ба таври назаррас беҳтар менамояд. Нишондиҳандаҳои фаъолияти ҷисмонӣ ва некӯаҳволии эмотсионалӣ дар ояндаи наздик аз ҳисоби ду ҷарроҳии ҳамзаммон васеъ коҳиш меёбанд, аммо ин нишондиҳандаҳо ҳатман дар оянда беҳтар мешаванд. СУ дар мавриди беморони гурӯҳи санҷишӣ беҳбудии саҳеҳ муайян карда нашудааст.

Арзёбии муқоисавии нишондиҳандаҳои СУ дар ҳар ду гурӯҳ нишон дод, ки ҳангоми интихоби ҳаҷми амалиёт дар беморони СДФШ, дар ҳолати набудани зиддинишондодҳо афзалият бояд ба ҷониби мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси синаи тавассути малофаи ТД ва TRAM бошад ва ин бартарият яқинан барои

аз байн бурдани такроршавиҳои мавзёи мусоидат намуда, сифати умри беморонро беҳтар мегардонад.

ХУЛОСА

1. Дар сохтори СҒШ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳиссаи беморони гирифтор ба шакли аввалияи чарроҳишаванда 48,7 %-ро ташкил медиҳад. Шакли мавзеан паҳншуда (дар аввал чарроҳинашаванда) 42,8 % ва беморони шакли решадавонидаи СҒШ бошад, 8,5 %-ро ташкил медиҳанд. Басомади гирифторони СДҒШ ба 15,6 % расида, дар байни онҳо шакли варамӣ-инфилтративӣ бартарият дорад, ки вазни қиёсии он 64,3 %-ро ташкил медиҳад. Шакли маститмонанд 16,1 %, саромосмонанд 12,5 % ва саратони зиреҳшакл бошад, ба 7,1 % мерасад [1-А; 2-А; 5-А; 10-А].

2. Усули оптималии пӯшонидани нуқсони бафтаҳои нарми девори қафаси сина пас аз мастэктомияи васеъи модификатсияшуда, ҳангоми паҳнии ҷароҳат бештар аз 15 см будан, истифодаи малофаи ТД ва TRAM ба ҳисоб меравад [1-А; 3-А; 8-А].

3. Пас аз мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бафтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM илтиёми аввалияи ҷароҳат ҳамчун натиҷаи қаноатбахш 87,5 %-ро ташкил медиҳад. Оризаҳои мавзёи дар шакли некрози канорӣ ва дуршавии канорҳои ҷароҳат ба 12,6 % мерасад. Пас аз мастэктомияи қатъии анъанавӣ бо пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути бофтаҳои мавзёи илтиёми аввалияи ҷароҳат 69,2 %, қисман дуршавии канорҳои ҷароҳат ва некрози канорӣ ба 26,9% расид [3-А; 7-А; 8-А; 12-А].

4. Мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бафтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM дар мавриди беморони гирифтори СДҒШ нишондиҳандаҳои зиндамони умумӣ ва такрорнашавандаро саҳеҳан меафзояд. Зимни ин категорияи беморон ҳисоби миёнаи зиндамони умумӣ бе решадавониҳои дур 38 моҳ ва ҳисоби миёнаи зиндамониҳои такрорнашавандаи беморӣ 28 моҳро ташкил медиҳад ва нишондиҳандаҳои мазкур ҳангоми беморони гурӯҳи санҷишӣ

мутаносибан ба 21 моҳ ва 10 моҳ рост меояд [3-А; 7-А; 8-А; 9-А; 10-А; 12-А; 14-А].

5. Таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои СУ аз рӯйи чаҳор шкалаи саволномаи FACT-G нишон дод, ки мастэктомияи васеи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM муносибати дучонибаи иҷтимоӣ-оилавии беморон ва некӯаҳволии онҳоро дар ҳаёти ҳаррӯза ба таври саҳеҳ мутаносибан аз 18,0 ва 15,0 ҳол то 20,0 ва 19,0 ҳол боло мебарад. Дар беморон пас аз мастэктомияи радикалӣ бо пӯшонидани нуқсон аз ҳисоби бофтаҳои мавзей ин нишондодҳо бе тағйир мемонанд, яъне мутаносибан 17,0 ва 16,0 ҳол - 17,0 ва 15,5 ҳол. Тибқи шкалаи ФЧ ва ХПЭ дар ҳар ду гурӯҳ динамикаи манфӣ аз 13,0 ва 18,0 то 6,0 ва 5,0 ҳол дар гурӯҳи асосӣ ва 17,0 ва 10,5 то 17,0 ва 10,0 ҳол дар гурӯҳи санҷишӣ ба қайд гирифта шуд [6-А; 12-А].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Ҳангоми СДҒШ бе таҷзияи омос ва хунравӣ, бе решадавониҳои дур ё чой доштани решадавониҳои алоҳида ба устухонҳои скелет ё чигар, дар марҳалаи аввал дорудармонии неоадьювантии ва шуодармонӣ бо баъдан татбиқи мастэктомияи васеи модификатсияшуда нишондод шудааст.

2. Дар ҳолати паҳнии ҷароҳат беш аз 15 см будан пас аз амалинамоии мастэктомияи васеи модификатсияшуда истифодаи малофаи ТД ва TRAM усули оптималии пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина ба ҳисоб меравад.

3. Ҳангоми СДҒШ бо таҷзияи омос ва хунравӣ, бо решадавониҳои ҷудогона ба устухонҳои скелет ё чигар, зимни марҳалаи аввал шеваи фаъоли амалиёти ҷарроҳӣ дар шакли мастэктомияи васеи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM бо муолиҷаи ҳатмии адьювантӣ нишондод махсуб меёбад.

4. Барои зиёд кардани давомноќӣ ва беҳтар кардани сифати умр, хангоми муолиҷаи маҷмуии беморони мубтало ба шакли паҳншудаи СҒШ, мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM нишондод шудааст.

5. Ҳангоми амалиномаи мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути бофтаҳои худи организм, интихоби малофаи ТД афзалият нок аст, зеро ҷарроҳии мазкур қиёсан ба истифодаи малофаи TRAM осебпазирӣ ва оризаҳои камтар дошта, аз ҷониби дигар ҳадаф аз татбиқи ҷарроҳии мазкур барқарорсозии ҳаҷми сина набуда, балки пӯшонидани нуқсони калонҳаҷми ташаккулёфта ба ҳисоб меравад.

6. Мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бафтаҳои нарми девори қафаси синаро бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM барои татбиқ намудан дар амалияи клиникаҳои махсусгардонидашудаи саратонии тавсия медиҳанд, ки мутахассисони барои чунин амалиёти ҷарроҳӣ тайёркардашуда ва имконияти шеваи инфиродӣ барои ҳар беморро доранд.

ИНТИШОРОТ АЗ РҶӢИ МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷалаҳои тақризшаванда:

1. [1-А]. Обидов Дж.С. Расширенная радикальная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки перемещённым TRAM-лоскутом у больных диффузным раком молочной железы [Текст] /С.Р. Расулов, Д.С. Обидов // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. - 2022. – Т. XII, № 3(43). – С. 67-73

2. [2-А]. Обидов Дж.С. Расширенная радикальная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки кожно-мышечным торакодорзальным лоскутом у больных раком молочной железы III, IIIc и IV стадии [Текст] / С.Р. Расулов, Д.С. Обидов, К.С. Расулов // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. - 2022. - №2 – С. 79-83.

3.[3-А]. Обидов Д.С. Непосредственные результаты расширенной модифицированной мастэктомии у больных с диффузными формами рака

молочной железы [Текст] / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов, К.С. Расулов // Здравоохранение Таджикистана. 4 (355) 2022. – С. 58-64

4. [4-А]. Обидов Дж.С. Лечение диффузного рака молочной железы (обзор литературы) [Текст] / Дж.С. Обидов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2022. - №4. – С. 90-96

5. [5-А]. Обидов Дж.С. Диффузный рак молочной железы (эпидемиология, клиника) [Текст] / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов // Здравоохранение Таджикистана. №1 (356), 2023– С. 113-119

6. [6-А]. Обидов Дж.С. Качество жизни больных диффузным раком молочной железы до и после расширенной модифицированной мастэктомии [Текст] / Дж.С. Обидов, С.Р. Расулов // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. - 2023. – Т. XIII, № 1 (45). – С. 67-73

7. [7-А]. Обидов Дж.С. Местные рецидивы и частота реализации отдаленных метастазов у больных диффузным раком молочной железы в зависимости от объема операции /С.Р. Расулов, Д.С. Обидов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2023. - №4. – С. 35-41

8. [8-А]. Обидов Дж.С. Общая и безрецидивная выживаемость больных диффузным раком молочной железы в зависимости от модификаций мастэктомии / С.Р. Расулов, Д.С. Обидов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2024. - №2. – С. 75-81

Мақола ва тезисҳо дар маҷмуаҳои маводи конференсияҳо:

9. [9-А]. Обидов Дж.С. Паллиативные операции с одномоментной пластикой дефекта передней грудной стенки у больных с диффузными формами рака молочной железы / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов, Н.К. Гайратова // Материалы научно-практической конференции, посвященной 26-летию Независимости Республики Таджикистан: «Актуальные вопросы современной онкологии» (27 октября 2017 г.). - Курган-тюбе, 2017. – С. 88-89

10. [10-А]. Обидов Дж.С. Паллиативные операции с одномоментной пластикой дефекта при местно-распространенном раке молочной железы / Дж.С. Обидов, С.Р. Расулов, А.Б. Нуъмонова, С.Г. Раджабова, Н.К. Гайратова, Ш.Р. Сатторов, Б.Б. Насимов // Евразийский онкологический журнал. – 2018. – Т. 6, № 1. – С. 179.

11. [11-А]. Обидов Дж.С. Применение аутологических тканей при выполнении радикальной мастэктомии: тезисы XI Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (Казань, 23-25 апреля, 2020 г.) / Дж.С. Обидов, Х.С. Усмонов, Н.К. Гайратова, Б.Б. Насимов // Евразийский онкологический журнал. – 2020. – Т. 8, № 2 (Прил.). – С. 428-429.

12. [12-А]. Обидов Дж.С. Непосредственные и отдаленные результаты расширенных мастэктомий с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки перемещенными лоскутами у больных Шб, Шс стадиями рака молочной железы: тезисы XIII Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов, Н.К. Гайратова, Б.Б. Насимов // Евразийский онкологический журнал. – 2022. – Т. 10, №2 (Прил.). С. 417.

13. [13-А]. Обидов Дж.С. Влияет ли объем оперативного вмешательства на частоту реализации отдаленных метастазов у пациентов с диффузным раком молочной железы после комплексного лечения? / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов // Евразийский онкологический журнал. Материалы XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, посвященный 30-летию АДИОР СНГ и Евразии, 25-27 апреля 2024г., 2024, том 12, №2, приложение (online) С. 330

14. [14-А]. Обидов Дж.С. Расширенная модифицированная мастэктомия в паллиативном лечении диффузных форм рака молочной железы / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов // Евразийский онкологический журнал. Материалы XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, посвященный 30-летию АДИОР СНГ и Евразии, 25-27 апреля 2024г., 2024, том 12, №2, приложение (online) С. 330-331

15. [15-А]. Обидов Дж.С. Сроки появления отдаленных метастазов с учетом объема хирургического вмешательства у пациентов с диффузным раком молочной железы после комплексного лечения / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов // Евразийский онкологический журнал. Материалы XIV Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, посвященный 30-летию АДИОР СНГ и Евразии, 25-27 апреля 2024г., 2024, том 12, №2, приложение (online) С. 331-332

Пешниходҳои рационализаторӣ:

1. Способ закрытия дефектов кожи передней поверхности грудной клетки торакодорзальным лоскутом у больных с диффузными формами рака молочной железы после расширенных мастэктомий / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов, К.С. Расулов. Выдано от 15.11.2018 г., №14.

2. Способ закрытия дефектов мягких тканей передней поверхности грудной клетки нижеабдоминальным горизонтальным лоскутом на прямой мышце живота у больных с диффузными формами рака молочной железы после модифицированных радикальных мастэктомий / С.Р. Расулов, Дж.С. Обидов. Выдано от 14.10.2022 г., №13.

Рӯйхати ихтисораҳо

ИГХ – иммуногистохимия

МДТ ДТБКСТ ҚТ – Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

МД МҚИС ВТҲИА ҚТ – Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ» – Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

НИО - некӯаҳволии иҷтимоӣ/оилавӣ

НХХ - некӯаҳволӣ дар ҳаёти ҳаррӯза

ПХТ - полихимиотерапия

СУ – сифати умр

СҒШ – саратони ғадуди ширӣ

СДФШ – саратони диффузии ғадуди ширӣ

ТД – торакодорзал

ТК – томографияи компютерӣ

ТУС – таъхиси ултрасадо

ФҚ - фаъолияти ҷисмонӣ

ҲПЭ – ҳолати психоэмотсионалӣ

АС – (Adriamicin+ciklofosfan) - адриамитсин+сиклофосфан

ФАСТ-G – (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) – арзёбии функционалии муолиҷаи умумии саратон

HER2/neu – (human epidermal growth factor receptor) - ресептори омилҳои эпидермалии сабзиш

TRAM - (transverse rectus abdominis myocutaneous flap) - малофаи уфуқии поёнабдоминалӣ дар асоси мушаки рости шикам

АННОТАЦИЯ
ОБИДОВА ДЖУРАХОНА САЙДАЛИЕВИЧА
ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ ДЕФЕКТА
ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ДИФFUЗНЫМИ ФОРМАМИ
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ключевые слова: рак молочной железы, диффузный рак молочной железы, хирургическое лечение, расширенная модифицированная мастэктомия

Цель. Улучшение качества жизни больных с диффузными формами рака молочной железы путем внедрения расширенной модифицированной мастэктомии и закрытия дефектов передней грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами.

Материал и методы исследования. В основу исследования положены клинические наблюдения за 50 больными диффузной формы РМЖ, получавших лечение в отделение маммологии и реконструктивной хирургии ГУ «РОИЦ» МЗиСЗН РТ с 2017 по 2021 гг. Больные были распределены в зависимости от объема хирургического вмешательства на две группы: 24 (основная группа) пациенткам выполнена расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами и 26 (контрольная группа) пациенткам произведена радикальная мастэктомия с закрытием дефекта передней грудной стенки местными тканями. Изучались непосредственные результаты и отдаленные в виде общей и безрецидивной выживаемости. Исследование уровня качества жизни больных проводилось с помощью опросника для исследования качества жизни онкологических больных – FACT-G до операции и через две недели после операции. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием пакета статических программ Statistica 10.0 (StatSoft, США). Общая и безрецидивная выживаемость в группах оценивалась по критерию Каплана-Мейера. Общие тенденции качества жизни были представлены с помощью медианы и квартилей (Me [25q; 75q]). Сравнения зависимых выборок (до и после операции) проводили с помощью Т-критерия Вилкоксона, а независимых выборок (между группами) – с помощью U-критерия Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты и их новизна. В структуре РМЖ в Республики Таджикистан доля больных с диффузной формой РМЖ составляет 15,6%. Оптимальным методом закрытия дефекта передней грудной стенки после расширенной модифицированной мастэктомии при ширине раны более 15 см является применение ТДЛ- и TRAM- лоскутов. После расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM- лоскутами первичное заживление раны составляет 87,5%. Местные осложнения в виде краевого некроза и расхождения краев раны составляют 12,6%. После традиционной радикальной мастэктомии с закрытием дефекта местными тканями первичное заживление раны наблюдается в 69,2%, частичное расхождение краев раны и краевой некроз кожи составляют 26,9%. Расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами достоверно увеличивает показатели общей и безрецидивной выживаемости больных диффузными формами рака молочной железы. Расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами заметно улучшает социально-семейное взаимоотношение больных и их благополучие в повседневной жизни.

Рекомендации по использованию. При диффузном РМЖ без отдаленных метастазов или с изолированными метастазами в кости скелета или в печень, на первом этапе показаны неoadъювантная терапии с последующим выполнением расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами.

Область применения: онкология.

АННОТАТСИЯИ
ОБИДОВ ҚЎРАХОН САЙДАЛИЕВИЧ
ЧАРРОҲИҲОИ ПАЛЛИАТИВӢ БО ТАРМИМИ ЯКЛАҲЗАИНАИ НУҚСОНИ
ДЕВОРИ ПЕШИ ҚАФАСИ СИНА ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САРАТОНИ
ПАҲНШУДАИ ҒАДУДИ ШИР

Калимаҳои калидӣ: саратони ғадуди шир, саратони паҳншудаи ғадуди шир, табобати чарроҳӣ, мастэктомияи васеъи модификатсияшуда

Мақсад. Беҳтар гардонидани сифати умри беморони гирифтор ба саратони паҳншудаи ғадуди шир бо роҳи татбиқи мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути малофаи ТД ва TRAM.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Асоси таҳқиқоти диссертатсионии мазкурро мушоҳидаҳои клиникии 50 бемори гирифтори СДФШ ташкил медиҳанд, ки аз соли 2017 то 2021 дар шӯбаи маммология ва чарроҳии реконструктиви МД МҚИС ВТҲИА ҚТ табобат гирифтаанд. Беморон вобаста ба ҳаҷми чарроҳӣ ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: дар мавриди 24 бемор (гурӯҳи асосӣ) мастэктомияи васеъи модификатсияшуда бо пӯшонидани нуқсон бо малофаи ТД ва TRAM ва зимни 26 бемор (гурӯҳи санчишӣ) мастэктомияи радикалӣ бо пӯшонидани нуқсони девори қафаси сина бо бофтаҳои мавзей ё мастэктомияи паллиативӣ бо мақсади санитарӣ татбиқ шудаанд. Натиҷаҳои бевосита ва дур дар шакли зиндамонии умумӣ ва такрорнашаванда мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Таҳлили сатҳи сифати умри беморон то чарроҳӣ ва пас аз ду ҳафтаи чарроҳӣ ба воситаи саволнома барои таҳлили сифати умри беморони мубтало ба саратон – FACT-G оварда ба амал шуд. Коркарди омории мавод бо истифода аз бастаи барномаҳои статистикии Statistica 10.0 (StatSoft, ИМА) иҷро карда шуд. Зиндамонии умумӣ ва такрорнашавандаи беморӣ дар гурӯҳҳо аз рӯи меъери Каплан-Мейер арзёбӣ гардид. Тамоюлҳои умумии сифати умр бо ёрии медиана ва кварталҳо (Me [25q; 75q]) пешниҳод карда шуданд. Муқоисаи намунаҳои вобаста (пеш аз чарроҳӣ ва пас аз он) бо истифода аз меъери Т-и Вилкоксон ва намунаҳои мустақил (дар байни гурӯҳҳо) бо истифода аз меъери U-и Манн-Уитни амалӣ карда шуд. Фарқиятҳо дар ҳолати $p < 0,05$ будан, аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим ҳисобида шуданд.

Натиҷаҳои бадастомада ва навоарӣ. Ҳиссаи беморони мубтало ба СДФШ дар сохтори СҒШ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 15,6 %-ро ташкил медиҳад. Дар ҳолати паҳнии чароҳат бештар аз 15 см будан, истифодаи малофаи ТД ва TRAM усули оптималии пӯшонидани нуқсони бафтаҳои нарми девори қафаси сина пас аз мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ба ҳисоб меравад. Пас аз мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бафтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM илтиёми аввалияи чароҳат 87,5 % ва оризаҳои мавзей дар шакли некрози канорӣ ва дуршавии канораҳои чароҳат 12,6%-ро ташкил медиҳад. Пас аз мастэктомияи анъанавӣ ва пӯшонидани нуқсони бофтаҳои нарми девори қафаси сина тавассути бофтаҳои мавзей илтиёми аввалияи чароҳат 69,2%, дуршавии канораҳои захм ва некрози канорӣ 26,9%-ро ташкил медиҳад. Мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бафтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM нишиндиҳандаҳои зиндамонии умумӣ ва такрорнашавандаро дар беморони гирифтори СДФШ ба таври саҳеҳ меафзояд. Мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсони бафтаҳои нарми девори қафаси сина бо истифода аз малофаи ТД ва TRAM муносибати дуҷонибаи иҷтимоӣ-оилавии беморон ва неқӯаҳволии онҳоро дар ҳаёти харрӯза саҳеҳан боло мебарад.

Тавсияҳо оид ба истифода. Ҳангоми СДФШ бе решадавониҳои дур ё решадавониҳои ҷудогона ба устухонҳои скелет ва чигар дар мадди аввал табобати неoadъювантӣ гузаронида, пас аз он мастэктомияи васеъи модификатсияшуда ва пӯшонидани нуқсон бо малофаи ТД ва TRAM ба амал оварда мешавад.

Соҳаи истифода: саратоншиносӣ.

ANNOTATION
OBIDOV JURAKHON SAIDALIEVICH
PALLIATIVE SURGERY WITH SIMULTANEOUS PLASTY OF ANTERIOR
CHEST WALL DEFECT IN PATIENTS WITH DIFFUSE FORMS OF BREAST
CANCER

Keywords: breast cancer, diffuse breast cancer, surgical treatment, advanced modified mastectomy.

Goal. Improving the quality of life of patients with diffuse forms of breast cancer by introducing an extended modified mastectomy and closing defects in the anterior chest wall with TDL and TRAM flaps.

The material and methods of research. The study is based on clinical observations of 50 patients with diffuse breast cancer who were treated at the Department of Mammology and Reconstructive Surgery of the State Institution "RONC" of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan from 2017 to 2021. The patients were divided into two groups depending on the volume of surgical intervention: 24 (main group) patients underwent extended modified mastectomy with closure of the soft tissue defect of the chest wall with TDL and TRAM flaps and 26 (control group) patients underwent radical mastectomy with closure of the anterior chest wall defect with local tissues. Immediate and long-term results were studied in the form of overall and disease-free survival. The study of the quality of life of patients was conducted using the questionnaire for the study of the quality of life of cancer patients – FACT-G before surgery and two weeks after surgery. Statistical processing of the material was performed using the Statistica 10 static software package. Overall and disease-free survival in the groups was assessed according to the Kaplan-Meyer criterion. General trends in the quality of life were presented using median and quartels (Me [25q; 75q]). Dependent samples (before and after surgery) were compared using the Wilcoxon T-test, and independent samples (between groups) were compared using the Mann–Whitney U-test. The differences were considered statistically significant at $p < 0.05$.

The results obtained and their novelty. In the structure of breast cancer in the Republic of Tajikistan, the proportion of patients with diffuse breast cancer is 15.6%. The optimal method for closing an anterior chest wall defect after an extended modified mastectomy with a wound width of more than 15 cm is the use of TDL and TRAM flaps. After an extended modified mastectomy with closure of the soft tissue defect of the chest wall with TDL and TRAM flaps, the primary wound healing is 87.5%. Local complications in the form of marginal necrosis and divergence of the wound edges account for 12.6%. After traditional radical mastectomy with closure of the defect with local tissues, primary wound healing is observed in 69.2%, partial divergence of the wound edges and marginal skin necrosis account for 26.9%. Extended modified mastectomy with closure of the soft tissue defect of the chest wall with TDL and TRAM flaps significantly increases the overall and recurrence-free survival rates of patients with diffuse breast cancer. Extended modified mastectomy with closure of the soft tissue defect of the chest wall with TDL and TRAM flaps significantly improves the social and family relationship of patients and their well-being in everyday life.

Recommendations for use. In diffuse breast cancer without distant metastases or with isolated metastases to the bones of the skeleton or to the liver, neoadjuvant therapy is indicated at the first stage, followed by extended modified mastectomy with closure of the soft tissue defect of the chest wall with TDL and TRAM flaps.

Field of application: oncology.