

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ
ЦЕНТР» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
ТАДЖИКИСТАН**

УДК: 618.14-006-089

**ХОДЖИЕВА
МАТЛУБА МУЗАФАРОВНА**

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ САРКОМ ТЕЛА МАТКИ В
РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ
СТЕПЕНИ КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК
по специальности 14.01.12 – онкология**

Душанбе 2019

Работа выполнена в Государственном учреждении «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научный руководитель: **Умарзода Саида Гайрат**
доктор медицинских наук, доцент кафедры онкологии и лучевой диагностики ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Урманчиева Адилля Фетгеховна**
заслуженный врач России, доктор медицинских наук, профессора кафедры онкологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России

Базаров Негмат Исмоилович
доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии и лучевой диагностики ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет», кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

Защита диссертации состоится «__» _____ 2019 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета 6Д. КОА-025 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». 734003, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте www.tajmedun.tj ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Автореферат разослан «__» _____ 2019 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук**

Ш.К. Назаров

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Саркомы тела матки (СТМ) относятся к числу редких опухолей. Так в структуре онкологической заболеваемости рак тела матки составляет 18-20%, в то время как саркомы всего 4-5% (Чиссов В.И., Дарьялова С.Д., 2001, D'Angelo E, Prat J., 2010.). Проблема статистической обработки заболеваемости саркомой матки осложняется отсутствием данной нозологической единицы. СТМ по-прежнему включены в число больных раком тела матки (Черникова Н.В., 2004). По данным American Cancer Society 2017 года в США выявлено 61,380 случаев рака тела матки, и только 4,910 из них – составляют СТМ. В РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН ежегодно регистрируются 16 первичных больных СТМ (Лазарева Н.И. и др., 2007), в мире на 1 млн. женского населения выявляется 8 случаев заболевания СТМ (Трапезников Н.Н., Аксель Е.М., 2001, Данилова Н.В., 2015).

В Республике Таджикистан (РТ) в структуре онкологической заболеваемости женщин рак тела матки занимает седьмое место с удельным весом 4,4%. Максимальные показатели заболеваемости отмечены среди женщин в возрасте 55-64 года (14,0‰₀₀₀). Наблюдается тенденция к росту заболеваемости РТМ среди женщин в возрасте 25-34 года (темп прироста – 260,7%, среднегодовой темп прироста – 17,4%) (Умарова С.Г., 2014).

По данным ГУ «Республиканский онкологический научный центр» (ГУ «РОНЦ»), ежегодно регистрируются от 2 до 9 случаев СТМ, и их доля в структуре гинекологического рака за период с 2010 по 2016 год варьирует от 0,4% до 1,9% случаев.

Несмотря на внедрение новейших технологий в медицине, до сих пор остается высокой доля ошибок в диагностике СТМ. Высокий процент диагностических ошибок при саркомах тела матки (24,5%) указывает на отсутствие онкологической настороженности врачей общей лечебной сети, а также на сложности морфологической диагностики неэпителиальных опухолей матки и затруднения в их трактовке (Мнацаканян Л.К., 2009, Литвинова Т.М., 2017).

Окончательный диагноз СТМ устанавливается только лишь на основании морфологического исследования, материалом для которого является либо соскоб из матки, либо удаленная опухоль матки (Мнацаканян Л.К., 2009, Савостикова М.В., 2014).

Только последовательное и целенаправленное использование существующих методов обследования, таких как, гистероскопия, ультразвуковая томография с цветным доплеровским картированием, морфологическое исследование материала, полученного при выскабливании полости матки, а также учет характерных клинических симптомов может повысить частоту установления диагноза до операции.

СТМ отличаются чрезвычайно злокачественным течением и плохим прогнозом. До 90% летальных исходов по отношению к общему числу умерших, приходится на первые 2 года (Урманчиева А.Ф., 2002).

По данным American Cancer Society (2017) 5-летняя выживаемость лейомиосаркомы (ЛМС) локализованных стадий – 63%, региональных - 36%, распространенных – 14%; недифференцированные саркомы – 70%, 43%, 23% соответственно, ЭСС - 99%, 94%, 69% соответственно (Sharma D.N. и др., 2011).

Анализ 5-летней выживаемости в зависимости от гистотипа саркомы показал наиболее высокие результаты при эндометриальной стромальной саркоме (ЭСС) (48,5%), наиболее низкие при карциносаркоме (КС) (26,4%) (Бохман Я.В., 1996, Урманчиева А.Ф., 2008).

Следует отметить, что в республике до настоящего времени не проводились исследования, обобщающие результаты диагностики и лечения, а также выживаемость больных саркомами тела матки. Не разработаны единые подходы к диагностике и лечению этой категории больных. В условиях ограниченных ресурсов дооперационная диагностика СТМ становится еще более затруднительной. Кроме того, небольшое количество исследований и разноречивость данных предполагает дальнейшие научные исследования в этом направлении. Все изложенное диктует необходимость изучения проблемы сарком тела матки, разработки объективных критериев как диагностики и лечения, так и возможности прогнозирования течения и исхода заболевания, что и обуславливает научную и практическую значимость работы.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения сарком тела матки в Республике Таджикистан.

Задачи исследования:

1. Выявить особенности клинического течения сарком тела матки в Республике Таджикистан, провести анализ диагностических и

тактических ошибок, допущенных в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля в отношении сарком тела матки и установить их причины.

2. Изучить информативность различных методов исследования в диагностике сарком тела матки.

3. Оценить результаты лечения и выживаемость больных сарком.

4. Разработать рекомендации по улучшению диагностики и лечения сарком тела матки.

Научно-практическая значимость.

Результаты проведенного исследования позволили установить частоту и удельный вес сарком тела матки в структуре гинекологического рака в Республике Таджикистан.

Внедрение полученных результатов и разработанных рекомендаций в практическую деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и общей лечебной сети, позволяет своевременно выявлять женщин с подозрением на саркому тела матки, проводить их комплексное обследование и обеспечит своевременное направление в специализированное учреждение для адекватного лечения.

Учет диагностических и тактических ошибок, допущенных в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля в отношении больных саркомами тела матки, позволит повысить онкологическую настороженность врачей и качество оказываемой медицинской помощи.

Полученные результаты исследования могут быть рекомендованы для подготовки семейных врачей, акушеров-гинекологов, онкологов, и использованы в учебном процессе на кафедрах онкологии, акушерства-гинекологии и семейной медицины медицинских ВУЗов.

Внедрение результатов работы

Результаты проведенных исследований внедрены в практическую деятельность отделения опухолей репродуктивной системы женщин ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ и Согдийского областного онкологического центра, гинекологических отделений Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии, родильных домов города Душанбе.

Материалы работы используются в чтении лекций и практических занятиях студентам и курсантам на кафедрах онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Недооценка клинических симптомов и результатов обследования, в связи с низкой онкологической настороженностью гинекологов и хирургов приводит к диагностическим и тактическим ошибкам у больных с СТМ.
2. Выявленные причины диагностических и тактических ошибок в отношении СТМ обосновывают необходимость разработки рекомендаций по улучшению их диагностики и лечения.
3. В условиях ограниченных ресурсов клинический и ультразвуковой методы исследования являются наиболее информативными в предоперационной диагностике СТМ.

Апробация работы. Основные результаты настоящего исследования доложены на: научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья населения» (Душанбе, 2013), научно-практической конференции, посвященной 80-летию профессора Б.П.Ахмедова «Современные подходы к диагностике и лечению злокачественных новообразований» (Ходжент, 2013), VIII Съезде онкологов и радиологов СНГ и Евразии (Казань, 2014), научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику» Душанбе, 2015), III Конгрессе онкологов Узбекистана (Ташкент, 2015), X Съезде онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (Сочи, 2018), на заседании Учёного совета ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан 25-июня 2018 года, протокол заседания №2.

Личный вклад автора. Автором лично изучены данные архива ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ по злокачественным опухолям тела матки, собран ретроспективный материал и проспективный материал, анализированы статистические отчетные формы №7 и №35, составлены анкеты-опросники. Автор лично принимала участие в составлении плана обследования и лечения больных, госпитализированных в отделение опухолей репродуктивной системы женщин ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ. Автор принимала непосредственное участие во время проведения консилиумов специалистов по принятию решений относительно дополнительных методов обследования и тактики лечения больных. Кроме того автором и анализированы и обобщены результаты

инструментального и лабораторных методов исследования. Все объемы оперативного вмешательства больных выполнены автором в качестве основного оператора или ассистента хирурга. Заполнение анкет-опросников, статистическая обработка материала и анализ полученных результатов проведены лично автором.

Опубликование результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 10 печатных работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 97 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, выводов и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 19 рисунками, 15 таблицами. Указатель литературы включает 84 источник, из них 41 отечественных и 43 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Материалом для исследования явились данные 80 больных с морфологически верифицированным диагнозом «саркома тела матки», находившиеся на обследовании и лечении в ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ с 2002 по 2015 годы. Группу ретроспективного материала (2002-2011гг.) составили 54 больных, проспективный материал – 26 больных (2011-2015гг.). Возраст больных варьировал от 18 до 78 лет. Средний возраст составил $48,7 \pm 1,7$ лет. Распределение больных по стадиям было следующим: I стадия заболевания встречалась у 28(35%) пациенток, II стадия – 36(45%), III стадия – 6(7,5%), IV стадия – 10(12,5%) больных. По морфологической структуре опухоли чаще была установлена ЛМС в 58(72,5%) случаях, ФС у 11(13,75%), ЭСС – у 6(7,5%) пациенток. По методам лечения -27(33,7%) больных были подвергнуты только хирургическому вмешательству, комбинированному – 29(36,2%), комплексному – 8 (10%), паллиативное химиотерапевтическое лечение проведено 9(11,2%) пациенткам, отказались от специального лечения 7(8,7%) женщин.

Комплексное обследование больных саркомами тела матки включало: изучение соматического и гинекологического анамнеза, оценку общего состояния с использованием общеклинических методов исследования, гинекологический осмотр (осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах, двуручное влагалищное, прямокишечно-вагинальное исследование), исследование мазков из шейки матки на

атипичные клетки, отдельное выскабливание цервикального канала и полости матки с морфологическим исследованием материалов, а также методы, позволяющие уточнить топологию опухоли и степень распространения опухолевого процесса - ультразвуковое исследование, рентгенография легких, при необходимости КТ и МРТ.

Цитологическое исследование. Забор мазков на онкоцитологию производился из влажной порции шейки матки, цервикального канала, также цитологическому исследованию подвергались аспираты полученные из полости матки, путем пункции через переднюю брюшную стенку и задний свод влагалища. Окрашивание цитологического материала проводилось азур-эозином (метод Романовского-Гимза). Оценка результатов цитологического исследования производилась согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, утвержденной в Лионе в 2002 году.

Морфологическое исследование. Морфологическое исследование осуществлялось на светоптическом уровне стандартным методом. Материалы, полученные в результате взятия биопсии из шейки матки, цервикального канала, эндометрия, послеоперационные макропрепараты подвергались морфологическому исследованию с применением следующей методики: материал фиксировался в 10% растворе формалина и окрашивался гематоксилин-эозином. Цитологическое и морфологическое исследования проведены в патоморфологической лаборатории ГУ «РОИЦ» МЗ и СЗН РТ.

Ультразвуковое исследование. Исследование проводилось на аппарате LOGIQ-3 с цветной доплеровской установкой Джигерал Электрик (DE) с вагинальным датчиком 7,5 МГц и абдоминальным датчиком – 3,5 МГц в Научно-исследовательском институте акушерства, гинекологии и перинатологии, а также в отделении.

Оценка информативности диагностических методов рассчитывалась по формуле:

Чувствительность методов диагностики

$$Se = a / (a + c)$$

где, Se – чувствительность метода

a – истинноположительный результат

c – ложноотрицательный результат

При проведении статистического анализа полученных данных применялся метод общей и корреляционной статистики (программный пакет SPSS 16.0.). Используются методы описательной статистики,

вычислены средние величины (M), стандартная ошибка средней $\pm m$, относительные величины p. По t-критерию Стьюдента проведены парные сравнения данных. Достоверность различий доказывалась при $p \leq 0,05$. Анализ корреляционных зависимостей проводили по методу Спирмана.

Выживаемость больных рассчитывалась с использованием метода Каплан-Майера, кривые сравнивались по F-критерию Кокса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2010 по 2015 годы в Республике Таджикистан было зарегистрировано 10 271 случаев ЗНО у женщин, где доля ЗНО органов гениталий составила 2949(28,7%) случаев. За этот период в структуре онкогинекологической патологии удельный вес злокачественных опухолей тела матки варьировала от 13,8% до 20,7%, занимая стабильно 3-е место. Доля СТМ в структуре гинекологического рака варьирует от 0,6% до 2,2%, в структуре ЗНО тела матки – от 3 до 13,5%.

Изучение особенностей клинического течения СТМ в РТ показало, что к моменту установления диагноза наибольшее число заболевших приходится на возрастной период 35-64 года – 60 (75%), а пик заболевания на возраст 45-54 года – 24(30%), т.е. развитие заболевания происходит в период пери - и постменопаузы. Средний возраст больных составил $48,7 \pm 1,7$ лет. Средний возраст больных в зависимости от морфологической структуры опухоли был следующим: КС - 49 лет, ЭСС - 39,8 лет, ФС – 47,7 и ЛМС – 48,5 лет, РМС – 17 лет. Среди заболевших женщин большинство оказались многорожавшими (4 и более родов в анамнезе) - 54(67,5%). В клинической картине заболевания преобладали такие симптомы как кровянистые выделения из половых путей у 56(70%) пациенток, боли внизу живота у 48(60%) и общая слабость у 37(46,3%). Если у 21(26,3%) больной кровянистые выделения из половых путей не были связаны с менструальным циклом, то у 12 (15%) женщин кровянистые выделения появились после 10 лет менопаузы. Следует отметить, что с профузным маточным кровотечением, в тяжелом состоянии были доставлены в стационар 11(13,8%) пациенток. Исследование показателей крови выявило анемию различной степени у 47(59%) больных. Соответственно 37(46,3%) женщин при поступлении жаловались на общую слабость. Боли внизу живота, указывающие на распространенность процесса, быстрый рост размеров матки, наблюдались у 48(60%) больных. При этом 12(15%) женщин при опросе указывали на резкое увеличение размеров матки в

течение последних 3 месяцев, а 27(33,7%) пациенток самостоятельно пальпировали опухоль через переднюю брюшную стенку. Жалобы на дизурические расстройства имели 8(10%) больных, на похудание – 7(8,8%) и кашель 5(6,3%). Не предъявляли никаких жалоб 4(5%) пациенток. Из анамнеза выяснено, что у 11(13,8%) пациенток симптомы заболевания имели место в течение 1 месяца, от 1 до 6 месяцев у 38(47,5%) больных, от 6 месяцев до 1 года и более 1 года у 15(18,8%) больных, соответственно. При гинекологическом осмотре и по данным ультразвукового исследования у большинства - 19(15,2%) больных установлены размеры матки соответствующие более 21 неделям беременности, у остальных 18(23,1%) пациенток размеры матки соответствовали в среднем 16 неделям беременности. Дополнительные методы обследования позволили установить сочетание заболевания с миомой матки в 23(28,8%) случаях. В 21(26,3%) случаях размеры образования было более 10 см. Сочетание саркомы тела матки с образованием яичника установлено у 13(16,3%) пациенток, с фоновыми заболеваниями шейки матки – у 9(11,3%), с хроническими воспалительными заболеваниями – в 9(11,3%) случаях. При изучении послеоперационного макропрепарата оперированных пациенток выявлено, что у большинства больных опухоль была локализована в области дна матки – 23(35,9%), по задней стенке матки у 18(28,1%), по передней стенке - 9(14,06%), в нижнем маточном сегменте – 3(4,7%), в миоматозном узле в 11(17,2%) случаях. Симптомы опухолевой интоксикации имели место в 5(6,3%) наблюдениях. У 3 больных при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в легкие. Морфологическое исследование удаленного макропрепарата выявило метастазы в яичники у 3(3,8%), распространение в цервикальный канал в 5(6,3%) случаях и метастазы в сальник у 3(3,8%) и прорастание в стенку толстого и тонкого кишечника в 1 случае.

Изучение анамнеза и хронометраж обращения больных СТМ в лечебно-профилактические учреждения позволило установить различные по характеру диагностические и тактические ошибки в 48 (60%) наблюдениях на до госпитальном этапе в специализированное онкологическое учреждение. Ошибки, допущенные, врачами общего профиля в диагностике СТМ составили 28(35%) случаев. В большинстве случаев причинами диагностических ошибок были неполноценное обследование больных и неполноценное использование имеющегося

арсенала методов исследования – 19 (23,8%) случая, неправильная интерпретация полученных клинических данных – 5 (6,3%), ошибки в морфологическом исследовании в 4 (5%) наблюдениях. Имело место недооценка таких симптомов как нарастающая общая слабость и анемия, длительная субфебрильная температура, быстрый рост миомы матки с увеличением болевого синдрома. В структуре тактических ошибок имели место случаи необоснованной длительной консервативной терапии (гормонотерапия, физиотерапия и др.) без установления окончательного диагноза у 25 (31,3%) пациенток в связи с нарушениями менструального цикла и маточным кровотечением. В 18 (22,5%) случаях произведены нерадикальные операции в непрофильных учреждениях с диагнозом «миома матки». Анализируя первичную документацию больных, нами выявлено, что только у женщин постменопаузального возраста симптом «кровянистые выделения из половых путей или кровотечение в менопаузе» побуждало врачей гинекологов произвести целенаправленное обследование.

Оценка информативности различных методов дооперационной диагностики СТМ проведена на основании изучения и сравнения результатов клинико-лабораторных, лучевых методов исследования в учреждениях общего профиля и в специализированном онкологическом учреждении. Анализ предварительных диагнозов направившегося учреждения показал, что в 59 (73,7%) случаях все же врачи подозревали наличие злокачественной опухоли и их диагноз соответствовал основному. В 21 (26,2%) случаях диагноз направившего учреждения был ошибочным. Совпадение ультразвукового заключения с основным и морфологическим диагнозом имело место у 33(40,7%) больных. В остальных 47 (59,3%) случаях ультразвуковые заключения были ошибочными, хотя описание ультразвуковой картины, клинические проявления болезни, быстрый рост узла матки указывали на злокачественный процесс. При УЗИ увеличение размеров матки выявлено у 21 (26%) пациентки, наличие миоматозных узлов в матке обнаружено у 16 (20,4%). Характерным было неровность контуров опухоли в 22 (27,7%) наблюдениях, неоднородность миометрия с зоной повышенной эхогенности выявлено у 13(16,6%) больных. Результаты морфологического исследования материала, полученного при раздельном диагностическом выскабливании матки, выявили в 44 (55%) случаях наличие злокачественного процесса и в 11 (25%) случаях результаты были отрицательными. Результаты цитологического исследования

аспиратов из полости матки, отпечатков родившихся опухолевых улов матки лишь у 6(7,5%) больных был положительным на наличие атипичных клеток (таблица 1).

Таблица 1. – Оценка чувствительности методов выявления СТМ

| Метод выявления | Число наблюдений, абс.ч. | Чувствительность, Se |
|------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Клинический | 80 | 0,8 (80%) |
| Ультразвуковой | 80 | 0,5 (48%) |
| Цитологический | 24 | 0,2 (19%) |
| Морфологический | 44 | 0,2 (20%) |

Таким образом, проведенная оценка информативности различных методов дооперационной диагностики СТМ показала высокую чувствительность клинического (80%) и ультразвукового (48%) методов исследования в условиях ограниченных ресурсов. Для повышения онкологической настороженности клиницистов, врачей общего профиля, акушеров – гинекологов, хирургов, лучевых диагностов, снижения доли ошибок в диагностике и лечении больных СТМ необходимы непрерывные курсы последиplomного образования по данной теме.

Анализ медицинской документации пациенток СТМ выявил, что оперативное лечение в различных объемах произведено 64 (80%) больным. Из них радикальный объем оперативного вмешательства был выполнен в 45 (70,3%) случаях. Нерадикальные/паллиативные операции произведены 19 (29,7%) больным. Следует отметить, что в 18 (22,5%) случаях нерадикальные операции выполнены в непрофильных учреждениях с диагнозом «миома матки». Распределение больных по стадиям опухолевого процесса выявило, что радикальный стандартный объем операции удалось выполнить в основном при I и II стадии заболевания – по 19 (42,2%) случаев. Однако, даже при наличии III и IV стадии опухолевого процесса адекватно и правильно составленный план лечебных воздействий позволил выполнить в 5 (11,1%) и 2 (4,4%) случаях соответственно радикальные операции, что несомненно отражается на прогнозе заболевания. Комбинированное лечение проведено 29 (36,2%) больным, из них у 20 (68,9%) пациенток оно включало оперативное вмешательство и лучевую терапию (ЛТ), и у 9 (31%) операцию и полихимиотерапию (ПХТ). Комплексное лечение

проведено 8 (10%) и включало проведение неоадьювантной ПХТ+операции+ЛТ. В плане комбинированного и комплексного лечения оперативное вмешательство на первом этапе проведено 18 (33,3%) больным. Неоадьювантная ПХТ с препаратами платины проведена 4 (7,4%) больным, адьювантные курсы ПХТ проведены 14 (25,9%) больным. Паллиативные курсы ПХТ проведены 9 (11,25%) больным. Дистанционная лучевая терапия проведена на аппарате «TERAGAM» 37 (46,2%) больным (разовая очаговая доза 2 Гр, суммарная очаговая доза $34,4 \pm 1,9$ Гр). Длительность наблюдения за 80 больными СТМ составила в среднем 22 месяца и варьировала от 1 до 248 месяцев.

Показатели выживаемости больных зависели от эффективности использованных методов терапии, условий их проведения, а также от различных клинико-морфологических факторов.

Проведенный корреляционный анализ выявил обратную связь возраста пациентки с длительностью наблюдения. При этом, чем моложе был возраст женщины, тем больше длительность наблюдения (-0,29). Также выявлена связь возраста наступления менархе со стадией опухолевого процесса. Пациентки с ранним менархе в анамнезе при поступлении имели запущенную стадию заболевания (-0,3). Выявлена прямая корреляционная связь между возрастом наступления менопаузы и длительностью симптомов заболевания до первичного обращения в специализированное учреждение (0,47). У преобладающего большинства 64(80%) больных статистически достоверно чаще имело место размер первичной опухоли более 10 см, по сравнению с остальными больными, чей размер опухоли составлял менее 10 см ($p < 0,001$). В свою очередь, размер опухоли более 10см имел слабую прямую корреляционную связь со стадией заболевания (0,26). Также выявлена прямая зависимость между размером первичной опухоли и глубиной инвазии в мышечный слой (0,27), среднее значение которой составил 8,5 мм. Инвазия опухоли в мышечный слой была выявлена у 39/73(53,4%), и инвазия до серозы в 16/73(21,9%) наблюдениях. Глубина инвазии опухоли в миометрий оказывало непосредственное влияние на сроки возникновения рецидива заболевания и метастазов (0,29). У 19/64(29,7%) больных в связи с распространенным опухолевым процессом были выполнены нерадикальные операции (таблица 2).

Таблица 2. - Факторы прогноза у больных с саркомами матки, абс.ч., (%)

| Факторы прогноза | Количество больных | |
|----------------------------------|--------------------|-------------|
| | абс. | % |
| Возраст: | | |
| Репродуктивный | 28 | 35 |
| Пери- и постменопауза | 52 | 65 * |
| Размер опухоли: | | |
| <10см | 16 | 20±7,3 |
| >10см | 64 | 80,0±7,3*** |
| Стадия заболевания, % | | |
| I | 28 | 35 |
| II | 36 | 45 |
| III | 6 | 7,5 |
| IV | 10 | 12,5 |
| Характер операции, % | | |
| Радикальная | 45 | 70,3, ** |
| нерадикальная | 19 | 29,7 |
| Глубина инвазии в миометрий (мм) | 8,5±1,5 | |

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$ – значимость различия показателей между факторами (В стадиях заболевания частота значима по отношению I стадии заболевания).

Продолженный рост опухоли после лечения установлен у 55% пациенток. Кроме того 41,2% больных получали лечение с нарушением ритма, что отразилось на показателях их выживаемости, что подтверждается корреляционным анализом (0,24).

Анализ общей кумулятивной выживаемости больных СТМ по методу Каплана-Мейера показал, что 66% больных прожили 12 месяцев, 18 месяцев живы 49%.

Через 36 месяцев от момента установления диагноза умерло 37% больных. 25% больных живы 60 месяцев и 25% больных умерли в сроки до 60 месяцев (рисунок 1).

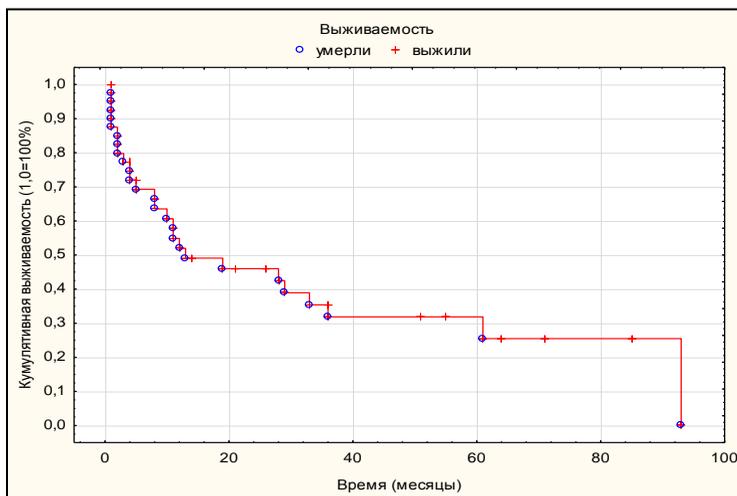


Рисунок 1. - Общая кумулятивная выживаемость больных СТМ по методу Каплана-Мейера

Анализ кумулятивной выживаемости больных по стадиям заболевания по Каплан-Майеру показал, что 1-годовая выживаемость больных с I стадией составила 100%, 3-х летняя – 75%, 5-летняя – 63%. При II стадии 1-годовая выживаемость – 78%, 3-х летняя – 50%, 5-летняя – 50%. При III стадии – 1-годовая – 50%, 3-х летняя – 26%, 5-летняя – 0%. При IV стадии – 1-годовая – 50%, 3-х и 5-летняя выживаемость 0% (рисунок 2).

Анализ выживаемости больных по Каплан-Майеру в зависимости от методов лечения не выявил статистически достоверных различий. Среди больных, получивших только оперативное лечение (ОЛ), 74% были живы 6 месяцев, 42% - живы 12 месяцев, 31% пациенток – живы 36 месяцев. 31% больных умерло через 12 месяцев. В данной группе 31% больных прожили более 70 месяцев, кому была произведена операция в стандартном объеме. Основное количество больных - 62%, кому были произведены нерадикальные оперативные вмешательства, умерли в сроки до 8 месяцев. В группе больных получивших комбинированное лечение (КЛ) через 12 месяцев умерло 65%, а в сроки 36 месяцев умерло 45% больных. 67% пациенток живы 28 месяцев, 85 месяцев живы 32% больных.

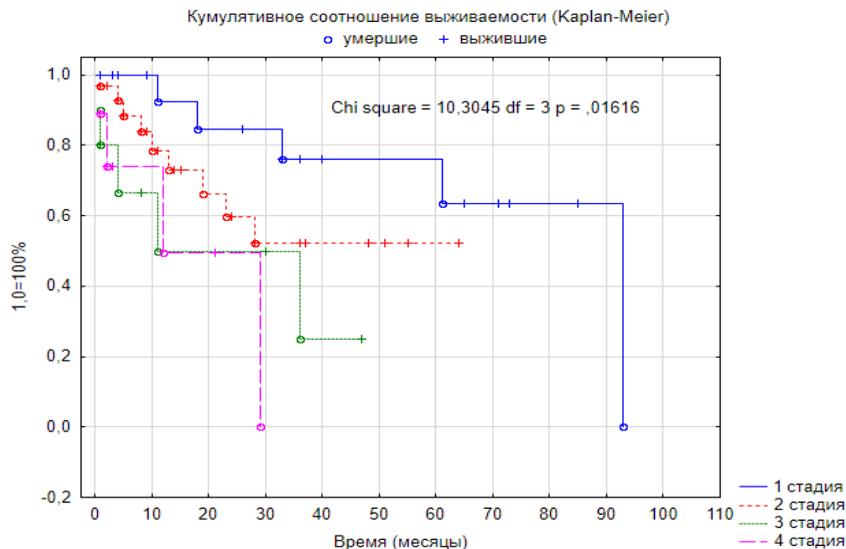


Рисунок 2. - Кумулятивная выживаемость больных СТМ по стадиям заболевания по методу Каплан-Майера

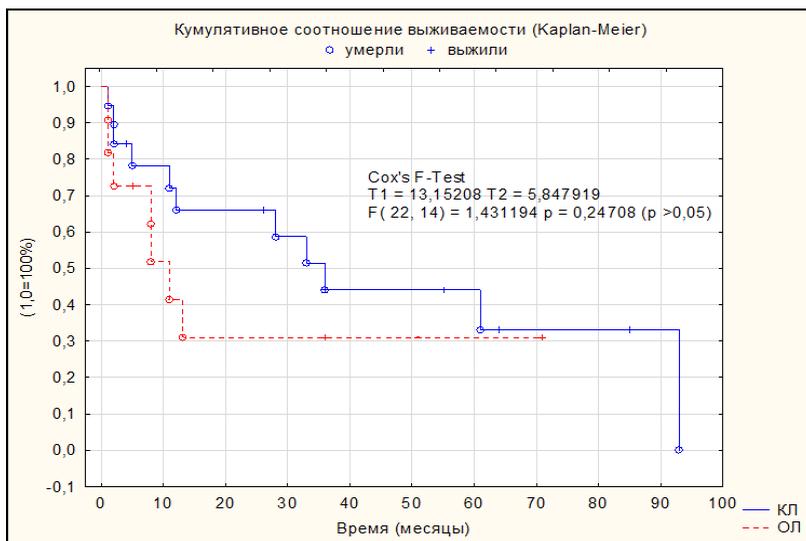


Рисунок 3. - Выживаемость больных СТМ по методу Каплан-Майера в зависимости от методов лечения

Таким образом, проведенный анализ показал, что выживаемость больных саркомами матки в Республике Таджикистан гораздо ниже по сравнению с данными литературы, а также данными других стран. Выживаемость больных кому была произведена радикальная операция выше, чем у больных после нерадикальной операции. Хотя выживаемость больных, получивших комбинированное лечение гораздо выше (32% больных живы 85 месяцев), чем у больных получивших только оперативное лечение (32% больных живы 70 месяцев), однако разница оказалась статистически незначимой ($p \geq 0,05$). Причинами низкой выживаемости больных саркомами матки являются поздняя диагностика заболевания, высокий процент диагностических и тактических ошибок в учреждениях не онкологического профиля, указывающие на пробелы в знаниях медицинских работников общего профиля, вследствие чего выполняются нерадикальные операции, а также нарушения режима комбинированного лечения и ее незавершенность.

В связи с полученными результатами, была обоснована необходимость в разработке рекомендаций по диагностике и лечению СТМ в РТ с учетом ограниченности ресурсов и трехуровневой системой оказания медицинской помощи. Необходимость в разработке алгоритма диагностических и лечебных мероприятий на уровне ПМСП, ЦРЗ, гинекологических стационаров и специализированного онкологического учреждения подтверждена результатами настоящего исследования и отсутствием утвержденных стандартов и протоколов по данной нозологии (рисунок 4, 5).

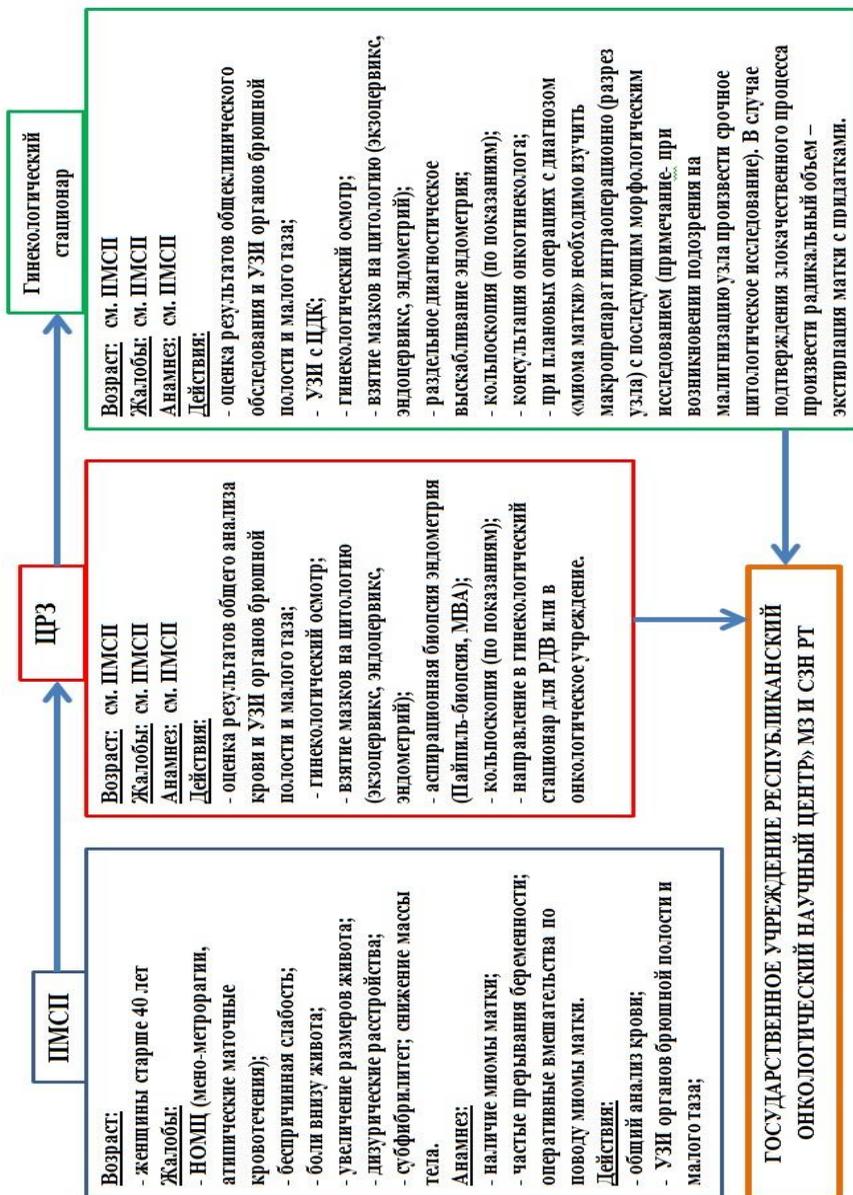
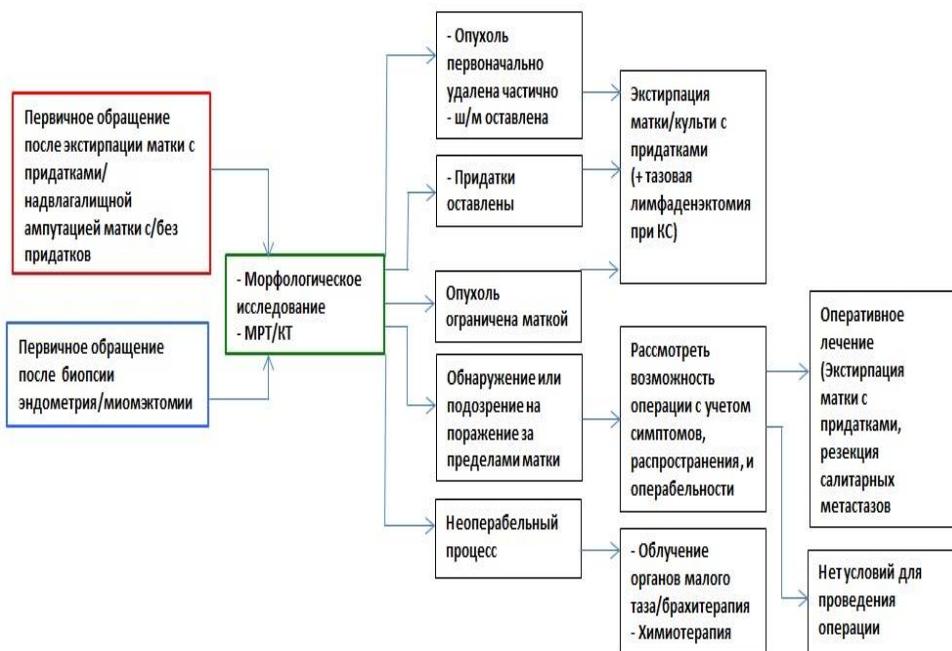


Рисунок 4. – Алгоритм диагностики СТМ на уровне ПМСП, ЦРЗ, гинекологического стационара в РТ



| Системная терапия в зависимости от стадии и морфологического варианта | Предпочтительные режимы | Другие комбинации режимов | Схемы введения предпочтительных режимов |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Стадия I - Наблюдение или рассмотреть ХТ, антиэстрогены при ЭСС G1 | - Доксорубин - Доцетаксел/Гемцитабин - Доксорубин/Оларатумаб | - Доксорубин/Ифосфамид - Доксорубин/Дакарбазин - Гемцитабин/Дакарбазин - Гемцитабин/Винорелбин | I. Доксорубин - 1 день 75мг/м ² в/в, перерыв 31 день; ИЛИ 60-70мг/м ² в/в, перерыв 21 день. |
| Стадия II, III - Рассмотреть ХТ и/или ДЛТ | - Ингибиторы ароматазы при ЭСС G1 | | II. 1 и 8 дни: Гемцитабин 900мг/м ² в/в более 90 мин 8-ой день: Доцетаксел 100мг ² в/в более 60 мин |
| Стадия IVA - ХТ и/или ДЛТ | Другие альтернативные препараты | Гормональная терапия | 9-15 дни: G-CSF 150мг/м ² или на 9 или 10 дни: Пегфилграстим 6мг, перерыв 21 день |
| Стадия IVB - ХТ и/или паллиативная ДЛТ, +/- антиэстрогены при ЭСС G1 | Дакарбазин Эпирубин Ифосфамид Пазопаниб Темозоламид Трабектедин | Для ЭСС G1, ЛМС G3 - Мегестрол ацетат - Медроксипрогестерон ацетат - Ингибиторы ароматазы - А-ГНрГ | II. 1, 8 и 15 дни: Гемцитабин 1,000мг/м ² в/в, перерыв 30 дней |

Рисунок 5. – Алгоритм лечения СТМ в условиях онкологического учреждения в РТ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИИ

1. В Республике Таджикистан доля СТМ в структуре гинекологического рака варьирует от 0,4% до 1,9%, в структуре ЗНО тела матки – от 3 до 13,5%. Средний возраст больных составил $48,7 \pm 1,7$ лет. По гистологическому строению чаще выявлялась ЛМС 58 (72,5%) с интрамуральным расположением узла 49 (76,6%). Основными клиническими проявлениями СТМ были кровянистые выделения из половых путей - 56(70%) случаев, анемия – 47 (59%) и болевой синдром – 39 (48,8%). Сочетание СТМ с миомой матки наблюдалось в 23(28,8%) случаях [1-А, 4-А, 5-А, 7-А, 8-А].
2. В 48 (60%) случаях СТМ допущены диагностические и тактические ошибки. Диагностические ошибки врачей общего профиля составили 28 (35%) случаев. Причинами диагностических ошибок были неполноценное обследование больных – 19 (23,8%), неправильная интерпретация клинических данных – 5(6,3%), ошибки в морфологическом исследовании – 4 (5%) случая. В структуре тактических ошибок необоснованные назначения гормонотерапии – 25 (31,3%), и в 18 (22,5%) случаях - нерадикальные операции с диагнозом «миома матки» [2-А, 10-А].
3. Оценка информативности различных методов дооперационной диагностики СТМ показала высокую чувствительность клинического (80%) и ультразвукового (48%) методов исследования [10-А].
4. 1-годичная выживаемость больных СТМ по всем стадиям составила 66%, 3-летняя - 37%, 5-летняя - 25%. Выживаемость больных, получивших комбинированное лечение гораздо выше (32% больных живы 85 месяцев), чем у больных получивших только оперативное лечение (32% больных живы 70 месяцев), однако разница оказалась статистически незначимой ($p \geq 0,05$) [1-А, 3-А, 4-А, 5-А, 8-А, 9-А].
5. Отсутствие в материалах соскоба эндометрия элементов злокачественной опухоли при наличии характерных жалоб, анамнеза и УЗ признаков не исключает диагноз злокачественной опухоли матки [3-А].
6. Разработаны и адаптированы подходы в диагностике и лечению СТМ с учетом трехуровневой системы оказания медицинской помощи и ограниченных ресурсов, которые позволят улучшить результаты лечения СТМ в Республике Таджикистан [3-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Женщины в пременопаузальном периоде с миомой матки в анамнезе, нарушениями менструального цикла подлежат ежегодному диспансерному наблюдению со стороны семейного врача и консультанта гинеколога в учреждениях ПМСП и акушер гинеколога центров репродуктивного здоровья.
2. Жалобы женщин на беспричинную общую слабость, ациклические кровянистые выделения из половых путей, кровянистые выделения в менопаузе, увеличение размеров живота, боли внизу живота должны быть правильно оценены семейным врачом, консультантом гинекологом и вызвать онкологическую настороженность .
3. Быстрый рост миоматозного узла, наличие некроза узла с нечеткими контурами, неоднородность структуры миометрия, увеличение м-эхо при УЗИ являются эхографическими маркерами, позволяющими заподозрить злокачественный процесс и своевременно направить больных для углубленной диагностики в специализированное учреждение.
4. В хирургических стационарах общего профиля, в гинекологических стационарах, гинекологических отделениях родильных домов во время выполнения оперативного вмешательства по поводу миомы матки необходимо изучить удаленный орган – макропрепарат в операционной. В случае подозрения на злокачественный процесс произвести срочное цитологическое исследование из подозрительных участков и расширить объем операции.
5. Стандартным объемом операции при СТМ является экстирпация матки с\без придатков в зависимости от возраста и морфологической структуры саркомы матки.
6. В специализированном онкологическом учреждении в зависимости от морфологической структуры саркоматозной опухоли объем операции может быть расширен до расширенной экстирпации матки с придатками.
7. В зависимости от морфологической структуры опухоли в план лечения включается лучевая терапия и полихимиотерапия.
8. Диспансерное наблюдение за больными СТМ после лечения включает: - осмотр каждые 3 месяца в первый год наблюдения;
9. Раз в 6 месяцев последующие годы. При каждом визите необходимо кроме гинекологического\физикального осмотра,

УЗИ органов брюшной полости и малого таза, забрюшинного пространства. Рентгенография грудной клетки ежегодно.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ **Список публикаций соискателя учёной степени кандидата наук**

Статьи в рецензируемых журналах:

- 1-А.Ходжиева, М.М. Анализ результатов лечения больных саркомы матки / М.М. Ходжиева, С.Г. Умарова, З.Х. Хусейнов, Д.З. Зикирходжаев // Журн. Здравоохранение Таджикистана. - №4. – 2015. – С. 58-62.
- 2-А.Ходжиева, М.М. Ошибки в диагностике саркомы матки /С.Г. Умарова, М.М. Ходжиева, З.Х. Хусейнов // Журн. Здравоохранение Таджикистана. - №1. – 2016. – С. 95-99.
- 3-А.Ходжиева, М.М. Выживаемость больных саркомы матки в Республике Таджикистан / М.М. Ходжиева, С.Г. Умарзода, З.Х. Хусейнзода, Д.Р. Сангинов // Журн. Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - №3(33). – 2017. – С.104-107.

Статьи и тезисы в сборниках конференции:

- 4-А.Ходжиева, М.М. Результаты лечения саркомы матки у многорожавших женщин / С.Г. Умарова, О.А. Мирзоев, М.М. Ходжиева З.Б. Ахмедова // материалы научно-практ.конф., посв. 80-летию проф. Б.П. Ахмедова. – 2013. – С. 219-224.
- 5-А.Ходжиева, М.М. Особенности клинического течения и морфологическая структура саркомы матки у многорожавших женщин / С.Г. Умарова, М.М. Ходжиева, З.Б. Ахмедова, О.А. Мирзоев // Труды науч-практ.конф. с межд.участием «Актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья населения», Душанбе, 27 апреля, 2013. – С. 191-194.
- 6-А.Ходжиева, М.М. Состояние онкологической помощи больным злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы (ЗНОРС) в Республике Таджикистан / С.Г. Умарова, Д.З. Зикирходжаев, З.Х. Хусейнов, М.М. Ходжиева // Тез. VIII съезда онкологов и радиологов СНГ и Евразии, 16-18 сентября, 2014. Евразийский онкологический журнал. - №3(03). – 2014. – С.54-55.
- 7-А.Ходжиева, М.М. Эпидемиология злокачественных новообразований органов репродуктивной системы (ЗНОРС) в Республике Таджикистан / С.Г. Умарова, З.Х. Хусейнов, Ф.Н. Каримова, М.М. Ходжиева // Тез. VIII съезда онкологов и радиологов СНГ и Евразии, 16-18 сентября, 2014. Евразийский онкологический журнал. - №3(03). – 2014. – С.80.

- 8-А. Ходжиева М.М. Результаты лечения больных саркомами матки /М.М. Ходжиева, З.Б. Ахмедова, С.Г. Умарова // матер. науч-практ.конф.мол.уч. и студ. ТГМУ им.Абуали ибни Сино с межд.участ. «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику», Душанбе, 24 апреля, 2015. – С. 208-209.
- 9-А. Ходжиева, М.М. Результаты лечения и выживаемость больных с саркомами матки в Таджикистане / С.Г. Умарова, М.М. Ходжиева // Сборник материалов III конгресса онкологов Узбекистана, 14-16 мая, 2015, г.Ташкент. –С. 172-173.
- 10-А. Ходжиева М.М. Ультразвуковой метод исследования в диагностике саркомы матки / М.М. Ходжиева, С.Г. Умарова, З.Б. Ахмедова // Евразийский онкологический журнал. - №1. – Т. 6. – 2018. – С.327.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

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

КС – карциносаркома

ЛТ – лучевая терапия

ЛМС – лейомиосаркома

МВА – мануальный вакуумный аспиратор

МРТ – магнитно-резонансная томография

НОМЦ – нарушения оварио-менструального цикла

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПХТ – полихимиотерапия

РДВ – раздельное диагностическое выскабливание

РТ – Республика Таджикистан

РМС – рабдомиосаркома

ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет

СТМ – саркома тела матки

УЗИ с ЦДК – ультразвуковое исследование с цветным доплеровским картированием

ФС – фибросаркома

ЦРЗ – центр репродуктивного здоровья

ЭЭС – эндометриальная стромальная саркома

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИИ
ОНКОЛОГИЯ»-И ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ
ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

УДК: 618.14-006-089

ХОҶИЕВА МАТЛУБА МУЗАФАРОВНА

**ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ САРКОМАИ ҚИСМИ БАЧАДОН ДАР
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ
ДИССЕРТАТСИЯ БАРОИ ДАРӢФТИ ДАРАҚАИ ИЛМИИ
НОМЗАДИ ИЛМИ ТИБ
аз рӯйи ихтисоси 14.01.12 – саратоншиносӣ**

Душанбе 2019

Таҳқиқот дар Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Умарзода Саида Ғайрат

доктори илмҳои тиб, дотсенти кафедраи саратоншиносӣ ва ташҳиси нурӣ МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризи расмӣ:

Урманчиева Адилія Феттєховна

табиби шоистаи Русия, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи саратоншиносии муассисаи федералии давлатии бучетии таҳсилотии маълумоти олии «Донишгоҳи давлатии тиббии Шимолу-Ғарби ба номи И.И. Мечников» Вазорати Тандурустии ФР

Базаров Негмат Исмоилович

доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи саратоншиносӣ ва ташҳиси нурӣ МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муассисаи тақриздиханда:

Муассисаи таҳсилотии давлатии маълумоти олии «Донишгоҳи давлатии тиббии Урали Ҷанубӣ», кафедраи онкология, ташҳиси нурӣ ва табобати нурӣ

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи «__» _____ соли 2019 соати «__» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D. КОА-025-и МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139.

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмӣ ва сайти расмии МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» www.tajmedun.tj шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ с. 2019 ирсол гардид.

Котиби илмӣ

шӯрои диссертатсионӣ,
доктори илмҳои тиб

Ш.Қ. Назаров

МУҚАДДИМА

Мубрамият. Саркомаи ҷисми бачадон (СҶБ) ба қатори омосҳои нодир дохил мешавад. Хамин тавр, саркомаи ҷисми бачадон дар сохтори бемориҳои саратони бачадон -20%-ро ташкил медиҳад, ҳол он ки саркомаҳо ҳамагӣ 4-5% ҳастанд (Чиссов В.И., Дарялова С.Д., 2001, D'Angelo E., Prat J., 2010.). Проблемаи коркарди омории беморшавии саркомаи бачадон бинобар вучуд надоштани ин воқиди нозологӣ душвор боқӣ мемонад. СҶБ ҳоло ҳам ба қатори бемориҳои саратони ҷисми бачадон дохил мешавад (Черникова Н.В., 2004). Тибқи маълумоти American Cancer Society соли 2017 дар ИМА 61,380 ҳолати саратони ҷисми бачадон ба қайд гирифта шудааст, ки аз онҳо танҳо 4,910 ададро СҶБ ташкил мекунад. Дар Маркази миллии онкологии Россия (ММОР) ба номи Н.Н. Блохин АИТ Россия ҳамасола 16 беморони бори нахуст гирифтори СҶБ ба қайд гирифта мешавад (Лазарева Н.И. и др., 2007), дар олам ба 1 млн. аҳолии зан 8 ҳолати бемории СҶБ рост меояд (Трапезников Н.Н., Аксель Е.М., 2001, Данилова Н.В., 2015).

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (ҶТ) дар сохтори бемориҳои онкологии занон саратони ҷисми бачадон ҷойи ҳафтумро ишғол мекунад ва вазни ҳолиси он ба 4,4% баробар аст. Нишондиҳандаҳои максималии беморшавӣ дар байни занони синну соли 55-64 -сола (14,0‰) бештар аст. Тамоюли афзоиши беморшавии СҶБ дар байни занони синну соли 25-34 –сола (суръати афзоиш – 260,7%, суръати миёнаи солонаи афзоиш– 17,4%) аст (Умарова С.Г., 2014).

Тибқи маълумоти Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ онкология» (МД «МҶИО»), ҳамасола аз 2 то 9 ҳолати СҶБ ба қайд гирифта мешавад, ва ҳиссаи онҳо дар сохтори саратони гинекологӣ дар давраи солҳои 2010 то 2016 аз 0,4% то 1,9%-и ҳолатҳоро ташкил дод.

Ба он нигоҳ накарда, ки дар тиб технологияи навтарин мавриди истифода қарор дорад, то ҳол дар ташҳиси СҶБ ҳатоҳои зиёд ба ҷашим мерасанд. Фоизи баланди СҶБ (24,5%) гувоҳи он аст, ки эҳтиёткориҳои онкологии табибони шабакаҳои умумии тиббӣ вучуд надорад, ҳамчунин ташҳиси морфологии омосҳои ғайриэпителии СҶБ ва шарҳи онҳо хеле мушқил аст (Мнацаканян Л.К., 2009, Литвинова Т.М., 2017).

Ташҳиси ниҳоии СҶБ фақат дар асоси таҳқиқотҳои морфологӣ гузошта мешавад, ки маводи онро ё тарошаи аз бачадон гирифташуда ва

ё омоси бурида гирифташудаи бачадон ташкил медиҳанд (Мнацаканян Л.К., 2009, Савостикова М.В., 2014).

Танҳо истифодаи мураттаб ва мақсадноки усулҳои мавҷудбудаи таҳқиқот, монанди томографияи ултрасадоӣ бо нақшагирии рангаи доплерӣ, таҳқиқоти морфологии мавод, ки хангоми тарошидани ковокии бачадон ба даст оварда шудааст, ҳамчунин ба ҳисоб гирифтани аломатҳои хоси клиникӣ метавонанд, ки басомади таъхисгузорино то ҷарроҳӣ баланд бардоранд.

СЧБ бо ҷараёни ниҳоят бадсифат ва оқибати бади худ фарқ мекунад. То 90%-и ҳолатҳои ғавт аз миқдори умумии ғавтидагон ба 2 соли аввал рост меояд (Урманчиева А.Ф., 2002).

Тибқи маълумоти AmericanCancerSociety (2017) зиндамони 5-солаи лейомиосаркома (ЛМС) марҳалаҳои маҳдуд – 63%, регионалӣ – 36%, паҳншуда – 14%; саркомаҳои тафриқнашуда – 70%, 43%, 23% мутаносибан, саркомаи эндометриалӣ (ЭСС) – 99%, 94%, 69% мутаносибан (SharmaD.N. ва ғ., 2011) мебошанд.

Таҳлили 5-солаи зиндамони вобаста аз гистотипи саркома нишон дод, ки натиҷаҳои баландтар хангоми саркомаи эндометриалӣ (ЭСС) дар вақти карсиносаркома (КС) (26,4%) (Бохман Я.В., 1996, Урманчиева А.Ф., 2008) ба мушоҳида мерасад.

Таъкид кардан ба маврид аст, ки дар ҷумҳурӣ то имрӯз таҳқиқоте гузаронида нашудааст, ки натиҷаҳои таъхис ва таъобат ва ҳамчунин зиндамони беморони гирифтори саркомаи ҷисми бачадонро ҷамъбаст карда бошад.

Муносибати ягона нисбат ба таъхис ва таъобати ин категорияи беморон таъхия карда нашудааст. Дар шароити захираҳои маҳдуд таъхиси то ҷарроҳии СЧБ боз ҳам душвортар мешавад. Ғайр аз ин, миқдори ками таҳқиқотҳои илмӣ ва гуногун будани маълумотҳои водор месозанд, ки дар ин самт таҳқиқотҳои нави илмӣ минбаъд низ идома дода шаванд. Тамоми гуфтаҳои боло зарурати омӯзиши проблемаҳои СЧБ, коркарди меъёрҳои (критерияҳои) объективии таъхису таъобат ва ҳам имкониятҳои пешгӯӣ кардани ҷараён ва натиҷаи бемориро ба вуҷуд меоранд, ки инҳо аҳамияти илмиву амалии рисолаи илмиро таъйид мекунанд.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсад. беҳтар сохтани натиҷаҳои таъхис ва таъобати саркомаи ҷисми бачадон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Муайян кардани чараҳои клиникий саркомаи ҷисми бачадон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, таҳлили ҳаҷаҳои таҳхисиву тактикӣ, ки дар муассисаҳои табобату профилактикий соҳаҳои умумӣ нисбат ба саркомаи ҷисми бачадон руҳ медиҳанд ва роҳҳои бартарарф сохтани онҳо.
2. Омӯзиши иттилоӣнокии усулҳои гуногуни таҳқиқот дар таҳхиси саркомаи ҷисми бачадон.
3. Баҳо додан ба натиҷаҳои табобат ва зиндамони беморони гирифтори саркомаи ҷисми бачадон.
4. Коркарди тавсияҳо ҷиҳати беҳтар сохтани натиҷаҳои таҳхис ва табобати саркомаи ҷисми бачадон.

Навгони илмий таҳқиқот

Натиҷаҳои таҳқиқотҳои гузаронидашуда имконият медиҳанд, ки басомад ва вазни ҳолиси натиҷаҳои таҳхис ва табобати саркомаи ҷисми бачадон дар сохтори саратони гинекологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муқаррар карда шавад.

Татбиқ намудани натиҷаҳо ва тавсияҳои коркардшуда дар фаъолияти амалии муассисаҳои ёрии тиббӣву санитарӣ ва шабакаҳои умумии муолиҷавӣ имконият медиҳанд, ки сари вақт занҳои аз натиҷаҳои таҳхис ва табобати саркомаи ҷисми бачадон гумонбаршуда ошкор ва таҳхис, нисбат ба онҳо ҷорабиниҳои таҳқиқотӣ анҷом дода шавад ва сари вақт ба муассисаҳои махсусгардонидашуда барои фаро гирифтани табобати муносиб фиристодани онҳо таъмин гардад.

Ба ҳисоб гирифтани ҳаҷаҳои таҳхисиву тактикӣ, ки дар муассисаҳои табобату профилактикий соҳаҳои умумӣ нисбат ба беморони гирифтори саркомаи ҷисми бачадон руҳ медиҳанд, барои баланд бардоштани эҳтиёткориҳои онкологӣ табибон ва сифати расонидани ёрии тиббӣ ва роҳҳои бартарарф сохтани онҳо мусоидат мекунанд.

Натиҷаҳои ба даст овардашударо бо мақсади тайёр кардани табибони оилавӣ, акушер-гинекологҳо, онкологҳо тавсия намудан ва дар протсессии таълими кафедраҳои акушерӣ-гинекологӣ, онкология ва тибби оилавӣ мавриди истифода қарор додан мумкин аст.

Татбиқи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда дар фаъолияти амалии шӯъбаи омосҳои системаи репродуктивии занони Муассисаи давлатии

«Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣ онкология» -и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоӣ аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Маркази вилояти онкологии вилояти Суғд, шуъбаи гинекологии Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекология ва перинатология, таваллудхонаҳои шаҳри Душанбе татбиқ шудаанд.

Маводи таҳқиқот дар дарсҳои лексионӣ донишҷӯён ва шунавандагони кафедраи саратоншиносӣ ва ташҳиси нури МТД «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ва кафедраи саратоншиносӣ Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломи соҳаи тандурустии ҶТ истифод шуда истодааст.

Нуктаҳое, ки барои ҳимоя бароварда мешаванд

1. Баҳои пурра надодан ба симптомҳои клиникӣ ва натиҷаҳои таҳқиқот, вобаста аз эҳтиётқорӣ ва ҷарроҳон барои сар задани ҳаҷми ташҳисиву тактикӣ дар беморони гирифтори СҶБ боис мегарданд.
2. Ошкор намудани сабабҳои руҳ додани ҳаҷми ташҳисиву тактикӣ дар беморони гирифтори СҶБ зарурати коркарди тавсияҳо ҷиҳати беҳтар гардонидани ташҳису табобатро асоснок мегардонад.
3. Дар шароити маҳдуд будани захираҳои усулҳои клиникӣ ва ултрасадоӣ таҳқиқот дар ташҳиси пешазҷарроҳии СҶБ усулҳои нисбатан иттилоӣ ба ҳисоб мераванд.

Таъйид (апробатсия)-и диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он. Нуктаҳои асосии рисола пешниҳод ва баррасӣ шуда буданд: дар конференсияи илмӣ -амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ «Масъалаҳои актуалии ҳифзи саломатии репродуктивии аҳоли» (Душанбе, 2013), конференсияи илмӣ-амалии бахшида ба 80-солагии профессор Б. П. Аҳмедов «Муносибатҳои муосир ба ташҳис ва табобати номияҳои бадсифат» (Хучанд, 2013), Съезди VIII онкологҳо ва радиологҳои кишварҳои ИДМ ва Аврусиё (Қазаон, 2014), конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ «Татбиқи дастовардҳои илми тиб дар амалияи клиникӣ» (Душанбе, 2015), Конгресси III онкологҳои Ўзбекистон (Тошкент, 2015), Съезди X онкологҳо ва радиологҳои кишварҳои ИДМ ва Аврусиё (Сочи, 2018), дар ҷаласаи шӯрои олимони МД «Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣ саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоӣ аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон 25 июни соли 2018 (протоколи №2) муаррифӣ ва баррасӣ шудааст.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ. Муаллифи рисола маълумотҳои бойгонии Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмии онкология»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба омосҳои бадсифати ҷисми бачадон, маводи ретроспективӣ ва проспективиро ҷамъоарӣ намуда, шаклҳои омории ҳисоботии №7 ва №35-ро таҳлил намуда, анкета-пурсишнома таҳия кардааст. Муаллифи рисола шахсан дар тартиб додани нақшаи таҳқиқот ва табобати беморон, ки дар шӯъбаи омосҳои Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмии онкология»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бистарӣ шудаанд, тартиб додааст. Муаллифи рисола бевосита дар гузаронидани консилиумҳои мутахассисон иштирок намуда, нисбат ба усулҳои иловагии таҳқиқот ва тактикаи табобат мустақилона қарор қабул кардааст. Ғайр аз ин, муаллиф натиҷаҳои усулҳои инструменталӣ ва лаборатории таҳқиқотхоро таҳлил ва ҷамъбаст кардааст. Тамоми ҳаҷми амалиётҳои ҷарроҳии беморонро муаллифи рисола ба ҳайси оператори асосӣ ё ассистенти ҷарроҳ иҷро намудааст. Анкета – пурсишномаҳо, коркарди омории мавод ва таҳлили натиҷаҳои ба даст овардашударо бевосита худи муаллиф анҷом додааст.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯйи мавзӯи рисола муаллиф 10 мақола таълиф ва нашр кардааст, ки аз инҳо 3 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи тавсияшудаи Комиссияи олии аттестатсионӣ ба таъб расидаанд.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 97 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шудааст ва аз муқаддима, 5 боб, шарҳи адабиёти илмӣ, мавод ва усулҳои таҳқиқот, феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Дар феҳристи адабиёт 84 номгӯй, аз ҷумла 84 сарчашма аз донишмандони ватанӣ мебошанд. Дар диссертатсия 15 ҷадвал ва 19 расм мавҷуд аст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Ба сифати маводи таҳқиқот маълумотҳои 80 бемори дорои ташҳиси аз ҷиҳати морфологӣ тасдиқшудаи «саркомаи ҷисми бачадон», ки аз соли 2012 то 2015 дар МД МҶИО ВТ ва ҲИА ҚТ барои таҳқиқот ва табобат қарор доштанд, истифода шуданд. Гурӯҳи маводи ретроспективиро (солҳои 2002-2011) 54 бемор, маводи проспективӣ – 26 бемор (солҳои 2011-2015) ташкил дод. Синну соли беморон аз 18 то 78 сол буд. Синни миёна $48,7 \pm 1,7$ солро дар

бар гирифт. Гурӯҳбандии беморон ба марҳилаҳо чунин буд: марҳалаи I беморӣ дар 28(35%) бемор, марҳалаи II дар – 36(45%), марҳалаи III дар – 6(7,5%), марҳалаи IV дар – 10(12,5%) бемор ба қайд гирифта шуд. Аз ҷиҳати сохтори морфологии омосҳо бештар ЛМС (лейомиосаркома) дар 58(72,5%) ҳолат, фибросаркома (ФС) дар 11(13,75%), саркомаи эндометралии стромалӣ (СЭС) – дар 6(7,5%) беморон ба назар расид. Мувофиқи усули табобат -27(33,7%) бемор танҳо амалиёти ҷарроҳӣ, муолиҷаи омехта – 29(36,2%), табобати комплексӣ – 8 (10%), табобати паллиативии химиотерапевтӣ дар 9(11,2%) беморон гузаронида шуд, аз табобати махсус 7(8,7%) зан даст кашид. Таҳқиқоти комплекси беморони гирифтори саркомаи ҷисми бачадон инҳоро дар бар гирифт: омӯзиши анамнези соматикӣ ва гинекологӣ, арзёбии ҳолати умумӣ бо истифода аз усулҳои умумиклиникии таҳқиқот, муоинаи гинекологӣ (муоинаи гарданаки бачадон ва ва маҳбал дар оинаҳо, таҳқиқоти дустаи маҳбал (вагина), таҳқиқоти роstrудаву маҳбал), таҳқиқоти молишаки гарданаки бачадон барои ҳучайраҳои атипӣ, алоҳида тарошидани канали сервикалӣ ва ҷавфи бачадон бо таҳқиқоти морфологии мавод, ҳамчунин усулҳои ки имконият медиҳанд мавзеи омос ва дараҷаи паҳншавии омос муайян карда шавад- ТУС (Таҳқиқоти ултрасадоӣ), рентгенографияи шушҳо, дар вақти зарур будан ТК ва ТМР.

Таҳқиқоти ситологӣ. Ҷамъ кардани молишақҳо аз ҳиссаи маҳбалии гарданаки бачадон, канали сервикалӣ барои онкоситология ва аспиратҳои аз ҷавфи бачадон барои таҳқиқоти ситологӣ, ки тавассути пунксияи девораи пеши батн ва куббаи ақибии маҳбал гирифта шудаанд, сураг гирифт. Ранг кардани маводи ситологӣ тавассути азур-эозин (усули Романовский-Гимза) анҷом дода шуд. Арзёбии натиҷаҳои таҳқиқоти ситологӣ мувофиқи таснифоти Ташкилоти умумичаҳони тандурустӣ, ки соли 2002 дар Лион тасдиқ шудааст, амалӣ гашт.

Таҳқиқоти морфологӣ. Таҳқиқоти морфологӣ дар сатҳи микроскопияи оптикӣ бо усули стандартӣ иҷро карда шуд. Маводе, ки дар натиҷаи биопсия аз гарданаки бачадон, канали сервикалӣ, эндометрия, макропрепаратҳои баъдичарроҳӣ гирифта шуда буданд, бо усулҳои зерин таҳти таҳқиқоти морфологӣ қарор гирифтанд: мавод дар маҳлули 10%-и формалин фиксатсия шуда, бо гематоксилин-эозин ранг карда шуд. ом. Таҳқиқотҳои ситологӣ ва морфологӣ дар озмоишгоҳи патоморфологии МД МҶИО ВТ ва ҶИА ҚТ гузаронида шуд.

Таҳқиқоти ултрасадоӣ. Таҳқиқот дар дастгоҳи LOGIQ-3 бо асбоби рангаи доплерии Дженерал Электрик (DE) бо ҳисобкунаки (датчик) маҳбалии 7,5мГц ва ҳисобкунаки абдоминалӣ–3,5 мГц дар Институти илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, шӯбаи гинекология ва перинатология гузаронида шуд.

Арзёбии иттилоънокии усулҳои ташҳис бо формулаи зерин ҳисоб карда шуд:

Ҳассосияти усулҳои ташҳис

$$Se = a / (a + c)$$

Дар ин ҷо, Se – ҳассосияти метод

a – натиҷаи ҳақиқии мусбат

c – натиҷаи бардурӯғи манфӣ

Ҳангоми гузаронидани таҳлили омории маълумотҳои ба даст овардашуда усулҳои омори умумӣ ва коррелятсионӣ (пакети барномаи SPSS 16.0.) ба кор бурда шуд. Ҳамчунин усули омори тавсифӣ истифода, бузургии миёна (M), ғалатҳои стандартии миёна $\pm m$, бузургиҳои нисбӣ ҳисоб карда шуданд. Мувофиқи t-критерия Студент муқоисаи ҷуфти маълумот гузаронида шуд. Эътимоднокии фарқиятҳо бо $p \leq 0,05$ исбот карда шуд. Таҳлили вобастагии коррелятсионӣ тибқи усули Спирман сурат гирифт.

Зиндамонии беморон бо истифода аз усули Каплан-Майер ҳисоб карда шуд, қачхата бо F–критерияи Кокс муқоиса гардид.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Аз соли 2010 то 2015 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 10 271 ҳолати номияҳои бадсифат дар занҳо ба қайд гирифта шуд, ки номияҳои бадсифати узвҳои гениталӣ 2949(28,7%) ҳолатро ташкил доданд. Дар ин давра дар сохтори патологияи онкогинекологӣ вазни ҳолиси омосҳои бадсифати ҷисми бачадон аз 13,8% то 20,7%-ро ташкил дод ва устуворан ҷойи 3-юмро ишғол мекунад. Ҳиссаи СҶБ дар сохтори саратони гинекологӣ аз 0,4% то 1,9%, дар сохтори номияҳои бадсифати ҷисми бачадон - аз 3 то 13,5% аст.

Омӯзиши вижагиҳои ҷараёни клиникаи СҶБ дар ҶТ нишон дод, ки дар лаҳзаи ташҳис гузоштан миқдори зиёди беморонро ашхоси синну соли 35-64-сола – 60 (75%) ташкил карданд, қуллаи беморӣ ба синни 45-54-сола – 24 (30%) рост омад, яъне инкишофи беморӣ дар давраҳои перименопаузҳо ва постменопаузҳо ба амал меояд. Синну соли миёнаи беморон

48,7±1,7 сол буд. Синну соли миёнаи беморон вобаста аз сохтори морфологӣ чунин буд: КС (карсиносаркома) – 49-сола, СЭС (саркомаи эндометриали стромалӣ) -39,8-сола, ФС (фибросаркома) – 47,7 и ЛМС (лейомиосаркома) – 48,5-сола, РМС (рабдомиосаркома) – 17-сола. Дар байни занҳои беморшуда бештарашон бисёртаваллудкардагон буданд (4 ва аз он бештар зодан дар анамнез)- 54(67,5%). Дар манзараи клиникаи беморӣ симптомҳои монанди ифрозоти хунолуд аз роҳҳои ҷинсӣ дар 56(70%)-и беморон, дарди қисми поении шикам дар 48(60%) ва сустии умумӣ дар 37(46,3%) беморон бартарӣ дошт. Агар дар 21(26,3%) беморон ифрозоти хунолуд аз роҳҳои ҷинсӣ аз сикли ҳайзбинӣ вобаста набошанд, пас дар 12 (15%) занҳо ифрозоти хунолуд пас аз 10 соли менопауза ба амал омадааст. Таъкид бояд кард, ки бо хунравии профузии бачадон дар ҳолати вазнин ба статсионар 11(13,8%) бемор оварда шуд. Таҳқиқоти нишондодҳои хун дар 47(59%) беморон дараҷаҳои гуногуни анемияро нишон доданд. Мутаносибан 37(46,3%) занҳо ҳангоми дохил шудан ба статсионар аз сустии умумӣ шикоят доштанд. Дарди қисми поении шикам, ки аз паҳншавии протсес ва босуръат калон шудани бачадон гувоҳӣ медиҳад, дар 48(60%) беморон ба қайд гирифта шуд. Дар ин маврид 12(15%) занҳо ҳангоми пурсиш аз шадидан калон шудани андозаи бачадон дар давоми се моҳи охир шикоят доштанд, 27(33,7%)-и занҳо аз тариқи девораи пеши батн омосро мустақилона палпатсия карданд. Шикоятҳо аз ихтилолҳои дизурикӣ дар 8(10%) беморон, лоғаршавӣ дар 7(8,8%) ва сулфа дар 5(6,3%) беморон ҷой дошт. Аз анамнез маълум шуд, ки дар 11(13,8%) беморон симптомҳои беморӣ дар давоми як моҳ, аз 1 то 6 моҳ дар 38(47,5%) беморон, аз 6 моҳ то як сол ва зиёда аз як сол дар 15(18,8%) беморон ба назар расид. Ҳангоми муоинаи гинекологӣ ва тибқи таҳқиқоти ултрасадоӣ дар бештари 19(15,2%) беморон андозаи бачадон муқаррар карда шуд, ки ба 21 ҳафтаи ҳомилагӣ ва аз он бештар рост меоянд, дар беморони боқимондаи беморон 18(23,1%) андозаи бачадон ба ба ҳисоби миёна ба ҳафтаи 16-уми беморӣ мувофиқат мекард. Усулҳои иловагии таҳқиқот имконият доданд, ки ҳамроҳшавии беморӣ бо миомаи бачадон дар 23(28,8%) ҳолат дида шуд. Дар 21(26,3%) ҳолат андозаи омос зиёда аз 10 см аст. Якҷояшавии саркомаи ҷисми бачадон бо бо сохтори тухмдон дар 13(16,3%) бемор, бо бемориҳои ҳамроҳшудаи гарданаки бачадон дар 9(11,3%), бо бемориҳои музмини илтиҳобӣ дар 9(11,3%) ҳолат ба назар расид. Ҳангоми омӯзиши макропрепарати баъдичарроҳии беморони

ҷарроҳишуда маълум кард, ки дар аксари бештари беморон омос дар мавзеи қаъри бачадон– 23(35,9%), дар девораи акиби бачадон дар 18(28,1%), дар девораи пеш мобайнӣ 9(14,06%), дар сегменти поёнии бачадон– 3(4,7%), дар гиреҳи миоматозӣ 11(17,2%) ҳолат ба мушоҳида расид. Симптомҳои интоксикатсияи омос дар 5(6,3%) ҳолат дида шуд. Дар 3 бемор дар таҳқиқоти рентгенологии узвҳои қафаси сина метастази шушҳо муайян гардид. Таҳқиқотҳои морфологии макропрепарати гирифташуда метастази тухмдонҳо дар 3(3,8%), паҳншавии он дар канали сервикалӣ дар 5(6,3%) ҳолат ва метастаз дар ҷарбу дар 3(3,8%) ва сабзидани он дар девораи рӯдаҳои ғафс ва борик дар як ҳолат дида шуд.

Омӯзиши анамнез ва хронометражи беморони гирифтори СҚБ дар муассисаҳои табобатӣ-профилактикӣ имконият дод, ки ҳатоҳои аз ҷиҳати ташҳис ва тактиқ гуногун дар 48 бемор (60%) дар марҳалаи то беморхонагӣ дар муассисаи махсуси онкологӣ муайян карда шавад. Ҳатоҳое, ки аз тарафи табибони тахассусҳои умумӣ ҳангоми ташҳиси СҚБ содир кардаанд, 28(35%)-ро ташкил медиҳад. Дар бештари ҳолатҳо сабаби ҳатоҳои ташҳисӣ ин номукамал муоина кардани беморон ва номукамал истифода намудани маҷмӯи усулҳои мавҷудбудай таҳқиқот– 19(23,8%) ҳолат, шарҳи нодурусти маълумотҳои ба даст овардашудаи клиникӣ – 5(6,3%), ҳатоиҳо дар таҳқиқотҳои морфологӣ дар 4(5%) муоина ба ҳисоб мераванд. Дуруст баҳо надодан ба симптомҳои монанди сустии умумӣ ва анемия (камхунӣ), ҳарорати субфебриалии тӯлонӣ, босуръат инкишоф ёфтани миомаи бачадон ва афзудани синдроми дард низ ҷой дорад. Дар сохтори чунин ҳатоҳо табобати беасоси тӯлонии медикаментозӣ (гормоншифой, физиотерапия ва ғ.) бе муқаррар кардани ташҳиси ниҳонии беморон дар 25(31,3%) бинобар вайрон шудани сикли ҳайзбинӣ ва хунравии бачадон ба назар мерасад. Дар 18(22,5%) ҳолат беморон дар муассисаҳои ғайримахсус бо ташҳиси «миомаи бачадон» ҷарроҳҳои ғайрирадикалӣ шудаанд. Ҳуҷҷатҳои аввалияи беморонро таҳлил карда, мо муайян кардем, ки танҳо дар занҳои синну соли постменопауза симптоми «ифрозоти хунолуд аз роҳҳои ҷинсӣ ё хунравӣ дар менопауза» табибон гинекологҳоро ба гузаронидани таҳқиқоти мақсаднок водор месозад.

Арзёбии иттилоёнокии усулҳои гуногуни ташҳиси тоҷарроҳии СҚБ дар асоси омӯзиш ва муқоиса кардани натиҷаҳои усулҳои клиникӣ-лабораторӣ, таҳқиқоти шуой дар муассисаҳои табобатии умумӣ ва дар муассисаҳои махсуси онкологӣ анҷом дода мешавад. Таҳлили

пешакии муассисаҳои беморонро фиристодашаванда нишон дод, ки дар 59 (73,7%) ҳолат ҳамаи табибон мавҷуд будани омосҳои бадсифатро гумонбар шудаанд ва ташҳиси онҳо ба ташҳиси асосӣ мувофиқат кард. Дар 21 (26,2%) ҳолат ташҳиси муассисаҳои беморонро фиристодашаванда хато буд. Мувофиқат кардани хулосаи усули ултрасадоӣ бо ташҳисҳои асосӣ ва морфологӣ дар 33(40,7%) беморон ба қайд гирифта шуд. Дар ҳолатҳои боқимонда 47(59,3%) хулосаи усули ултрасадоӣ ғалат буд, гарчанде тасвири хулосаи усули ултрасадоӣ, зухуроти клиникалии беморӣ, инкишофи босуръати гирехи бачадон аз мавҷуд будани протсеси бадсифат гувоҳӣ медиҳанд. Ҳангоми таҳқиқоти ултрасадоӣ калон шудани андозаи бачадон дар 21(26%) бемор ба назар расид, вучуд доштани гирехҳои миоматозӣ дар бачадон дар 16(20,4%) бемор ба қайд гирифта шуд. Нобаробар будани тарҳи (контурҳои) омос дар 22 (27,7%) ҳолат, гуногунранг будани миометрия бо минтақаи эхогенити баланд дар 13(16,6%) бемор дида мешавад. Натиҷаҳои таҳқиқоти морфологии мавод, ки ҳангоми тарошидани ташҳиси бачадон дар 44(55%) ҳолат мавҷуд будани протсеси бадсифат ва дар 11(25%) ҳолат манфӣ буданд. Натиҷаҳои таҳқиқоти ситологии аспиратҳо аз ҷавфи бачадон, изи гирехҳои пайдошудаи омоси бачадон фақат дар 6(7,5%) бемор аз ҷиҳати вучуд доштани ҳуҷайраҳои атипӣ мусбат буд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Арзёбии ҳассосияти усулҳои ошкорсозии СҶБ (саркомаи ҷисми бачадон)

| Усули ошкорсозӣ | Миқдори муоинаҳо, м. мутлақ. | Ҳассосият, Se |
|------------------------|-----------------------------------------|----------------------|
| Клиникӣ | 80 | 0,8 (80%) |
| Ултрасадоӣ | 80 | 0,5 (48%) |
| Ситологӣ | 24 | 0,2 (19%) |
| Морфологӣ | 44 | 0,2(20%) |

Ҳамин тавр, арзёбӣ кардани иттилоёнокии усулҳои гуногуни ташҳиси тоҷарроҳии СҶБ ҳасоснокии усулҳои клиникӣ (80%) ва ултрасадоӣ (48%) дар шароити маҳдуд будани захираҳоро нишон дод. Бо мақсади баланд бардоштани ҳисси эҳтиёткории клинисистҳо, табибони таҳассусҳои умумӣ, акушер-гинекологҳо, ҷарроҳон, ташҳиси шуӣ, паст кардани ҳиссаи хатоҳо дар ташҳис ва табобати

СЧБ таъсис додани курсҳои бефосилаи таҳсилоти баъдидипломӣ оид ба ин мавзӯ зарур аст.

Таҳлили ҳуҷҷатҳои тиббии беморони гирифтори СЧБ нишон дод, ки табобати ҷарроҳӣҳои ҳаҷми гуногун дар 64(80%) бемор гузаронида шудааст. Аз инҳо ҳаҷми радикалии амалиёти ҷарроҳӣ дар 45(70,3%) ҳолат иҷро карда шудааст. Амалиётҳои ҷарроҳии ғайрирадикалӣ/паллиативӣ дар 19(29,7%) бемор анҷом дода шуд. Таъкид кардан лозим аст, ки дар 18(22,5%) ҳолат ҷарроҳӣҳои ғайриҷаррадикалӣ дар муассисаҳои ғайримахсус бо ташхиси «миомаи бачадон» иҷро карда шудаанд. Аз рӯи марҳалаи беморӣ гуруҳбандӣ кардани беморон муайян кард, ки имконияти иҷрои ҳаҷми радикалии стандартии ҷарроҳӣ асосан дар марҳалаҳои I ва II –и беморӣ дар 19 (42,2%) ҳолат муяссар шуд. Аммо, ҳатто ҳангоми марҳалаҳои III ва IV протсессеи омӯшани нақшаи дуруст ва муносиб тартибдодаи ҷарабаниҳои табобатӣ имконият медиҳанд, ки мутаносибан дар 5 (11,1%) ва 2 (4,4%) ҳолат амалиёти ҷарроҳии радикалӣ иҷро карда шавад, ки ин бешубҳа, ба оқибати беморӣ таъсир мерасонад. Табобати омехта дар 29(36,2%) анҷом дода шуд, ки аз онҳо 20(68,9%) бемор вай аз амалиёти ҷарроҳӣ ва нуршифой (ЛТ), дар 9(31%) аз ҷарроҳӣ ва полихимиотерапия (ПХТ) иборат буд. Табобати комплексӣ дар 8(10%) иҷро шуда, аз гузаронидани ПХТ неoadъювантӣ +ҷарроҳӣ+ЛТ иборат буд. Дар табобати омехта ва комплексӣ амалиёти ҷарроҳӣ дар марҳалаи якум дар 18(33,3%) бемор гузаронида шуд. ПХТ неoadъювантӣ бо препаратҳои платина дар 4(7,4%) бемор, курсҳои адъювантии ПХТ дар 14(25,9%) анҷом дода шуд. Курсҳои паллиативии ПХТ дар 9(11,25%) бемор амалӣ гашт. Нуршифои дистансионӣ дар дастгоҳи «TERAGAM» дар 37(46,2%) бемор (дозаи яққаратаи лонавии 2 Гр, дозаи уммумии лонавӣ 34,4±1,9 Гр) гузаронида шуд. Давомнокии муоина дар 80 бемори гирифтори СЧБ ба ҳисоби миёна 22 моҳро ташкил дод ва аз як то 248 моҳро дар бар мегирад. Нишонҳои зиндамони беморон аз самаранокии усулҳои истифодашудаи табобат, шароити гузаронидани табобат ва инчунин аз омилҳои гуногуни клиникӣ-морфологӣ вобастаанд.

Таҳлили коррелятсионӣ иртиботи дучонибаи синну соли бемор ва давомнокии муоинаро нишон дод. Дар ин маврид, синни зани бемор чӣ қадар ки ҷавон бошад, муддати муоина низ ҳамон қадар тӯлонӣ мешавад(-0,29). Ҳамчунин иртиботи синну соли саршавии менархе (аввалин ҳайзбинӣ) бо марҳалаи протсессеи имосӣ муайян карда шуд. Дар анамнези бемороне, ки менархе барвақт сар шудааст, ҳангоми ба

беморхона дохил шудан дорои марҳалаи куҳнашуда (-0,3) буданд. Иртиботи мустақими кореллятсионии байни синну соли саршавии ҳайзбинӣ ва давомнокии симптомҳои беморӣ то мурочиати аввалин ба муассисаи махсус муайян карда шуд (0,47). Дар аксарияти бештари беморон 64(80%) тибқи маълумотҳои бозътимоди оморӣ бештар андозаи омосҳо хурдтар аз 10 см ($p < 0,001$) -ро ташкил дод. Дар навбати худ, омоси андозааш калонтар аз 10 см бо марҳалаи бемори иртиботи сусти мустақими корреллятсионӣ доранд (0,26). Ҳамчунин вобастагии мустақими байни андозаи омоси аввалия ва умқи (амиқии) инвазияи қабатҳои мушакҳо (0,27) муайян карда шуд, ки ифодаи миёнаи он 8,5 мм. буд. Инвазия омос дар қабати мушакҳо дар 39/73(53,4%), инвазия то пардаи мухотӣ дар 16/73(21,9%) ҳолат ба назар расид. Амиқии инвазияи омосҳо дар миометрия ба муҳлати пайдошавии беморӣ ва метастазҳо таъсири бевосита расониданд ғири (0,29). Дар 19/64(29,7%) бемор вобаста аз протсессҳои паҳншавии омос ҷарроҳҳои ғайрирадикалӣ иҷро шуд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – Омилҳои пешгӯӣ кардан дар беморони гирифтори саркомаи бачадон, миқдори мутлақ (%)

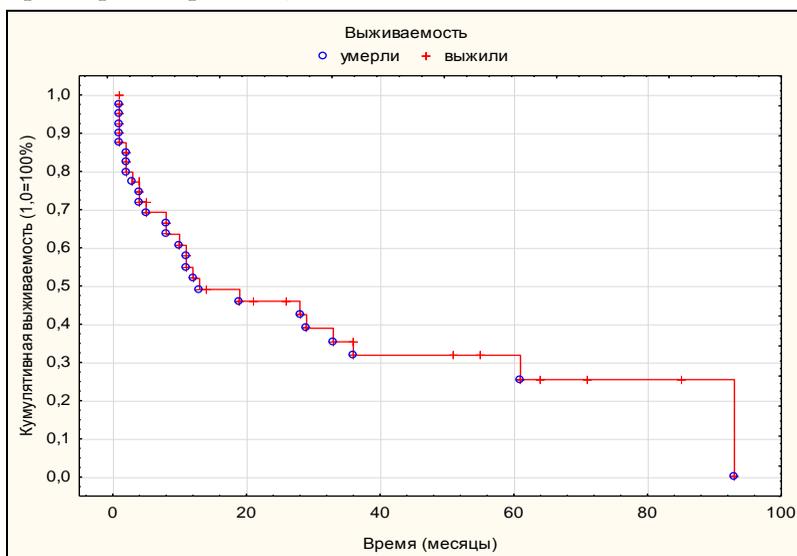
| Омили пешгӯӣ | Миқдори беморон | |
|---------------------------------|-----------------|-------------|
| | мутл. | % |
| Синну сол: | | |
| Репродуктивӣ (наслронӣ) | 28 | 35 |
| Пери- ва постменопауза | 52 | 65 * |
| Андозаи омосҳо: | | |
| <10см | 16 | 20±7,3 |
| >10см | 64 | 80,0±7,3*** |
| Марҳалаи беморӣ, % | | |
| I | 28 | 35 |
| II | 36 | 45 |
| III | 6 | 7,5 |
| IV | 10 | 12,5 |
| Хусусияти ҷарроҳӣ, % | | |
| Радикалӣ | 45 | 70,3, ** |
| ғайрирадикалӣ | 19 | 29,7 |
| Умқи инвазия дар миометрия (мм) | 8,5±1,5 | |

Эзоҳ: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$ – ифодаи фарқияти нишондодҳои байни омилҳо (Дар марҳалаҳои беморӣ басомаи ифода нисбат ба марҳалаи I беморӣ).

Инкишофи давомёфтаистодаи омос пас аз таобат дар 55%-и беморон муайян гардид. Ғайр аз ин, дар 41,2% бемор таобати вайроншавии ритм анҷом дода шуд, ки ин дар нишондиҳандаҳои зиндамони онҳо инъикоси худро ёфт ва инро таҳлили каррелясионӣ низ тасдиқ мекунад (0,24).

Таҳлили зиндамони кумулятивии беморони гирифтори СҚБ тибқи усули Каплан-Мейер нишон дод, ки 66%-и беморон 12 моҳ ва 49% бемор 18 моҳ зиндагӣ кардааст.

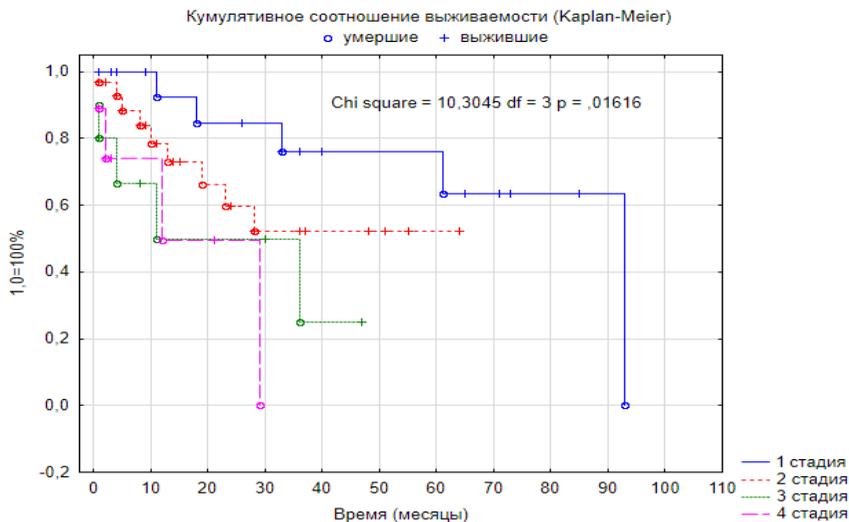
Пас аз 36 моҳ аз лаҳзаи гузоштани ташхис 37% -и беморон фавтид. 25%-и беморон то 60 моҳ зинда монданд ва 25% -и беморон дар муҳлати то 60 вафот карданд (расми 1).



Расми 1. – Зиндамони умумии кумулятивии беморони гирифтори СҚБ тибқи усули Каплан-Мейер

Таҳлили зиндамони кумулятивии беморон аз рӯи марҳалаи беморӣ бо усули Каплан-Мейер нишон дод, ки зиндамони I-солаи

беморон дар марҳалаи I 100%, 3-сола – 75%, 5- сола – 63% -ро ташкил дод. Дар марҳалаи II зиндамони 1-сола – 78%, 3- сола – 50%, 5- сола – 50% буд. Дар марҳалаи III – зиндамони 1-сола– 50%, 3- сола – 26%, 5- сола – 0% аст. Дар марҳалаи IV – зиндамони 1-сола– 50%, 3-ва 5- сола 0% мебошад (расми 2). Таҳлили зиндамони беморон бо усули Каплан-Майер вобаста аз усулҳои таъбаат фарқиатҳои сахтеи оморино ошкор накард. Дар байни бемороне, ки таъбати чарроҳӣ шуданд, 74 нафар то 6 моҳ, 42% -нафрто 12,31% беморон то 36 моҳ зинда буданд. 31%-и беморон баъди 12 моҳ фавайданд.



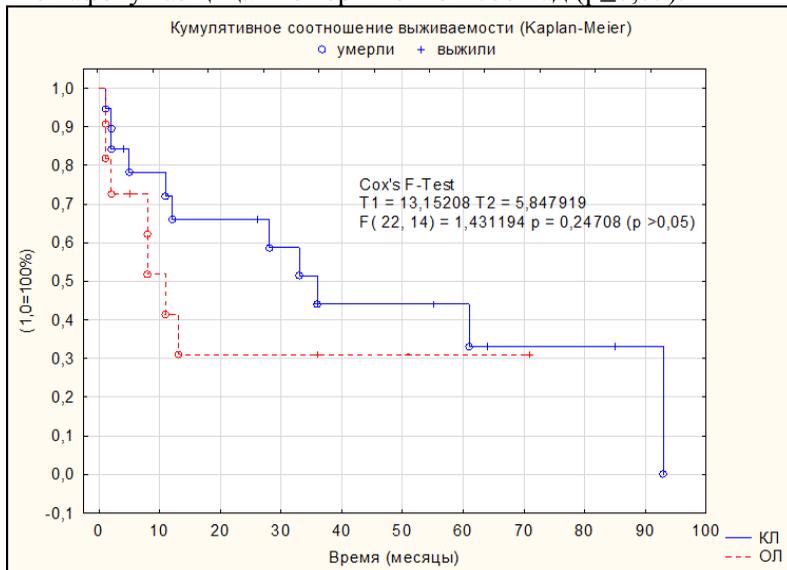
Расми 2. – Зиндамони умумии кумулятивии беморон аз рӯи марҳалаҳои беморӣ СҚБ тибқи усули Каплан-Мейер

Дар ин гурӯҳ 31%-и беморон зиёда аз 70 моҳ зиндагӣ карданд, дар онҳо чарроҳӣ дар ҳаҷми стандартӣ иҷро карда шуд. Микдори асосии беморон - 62%, амалиёти чарроҳии ғайрирадикалиро аз сар гузаронидаанд ва дар муҳлати 8 моҳ вафот кардаанд. Дар он гурӯҳи беморон, ки таъбати омехта гирифтаанд, пас аз 12 моҳ 65%, дар муҳлати 36 моҳ 45% беморон вафот кардаанд. 67% -и беморон то 28 моҳ, 32%и беморон то 85 моҳ зиндагӣ кардаанд.

Ҳамин тавр, таҳлили гузаронидашуда нишон дод, ки зиндамони беморони гирифтори саркомаи ҳисми бачадон дар Ҷумҳурии

Тоҷикистон дар муқоиса аз маълумоти адабиётҳои маълумоти давлатҳои дигар паст аст. Зиндамони бемороне, ки дар онҳо ҷарроҳии радикалӣ гузаронида шудааст, аз бемороне, ки ҷарроҳии ғайрирадикалӣ шудаанд, болотар мебошад.

Ғарҷанде зиндамони беморони ба таври омехта таъобатшуда нисбат ба бемороне, ки танҳо ҷарроҳӣ шудаанд (32% бемор муддати 70 зиндагӣ қард) хеле баланд бошад ҳам (32% бемор муддати 85 зиндагӣ қард), аммо тафовут аз ҷиҳати омори ночиз мебошад ($p \geq 0,05$).

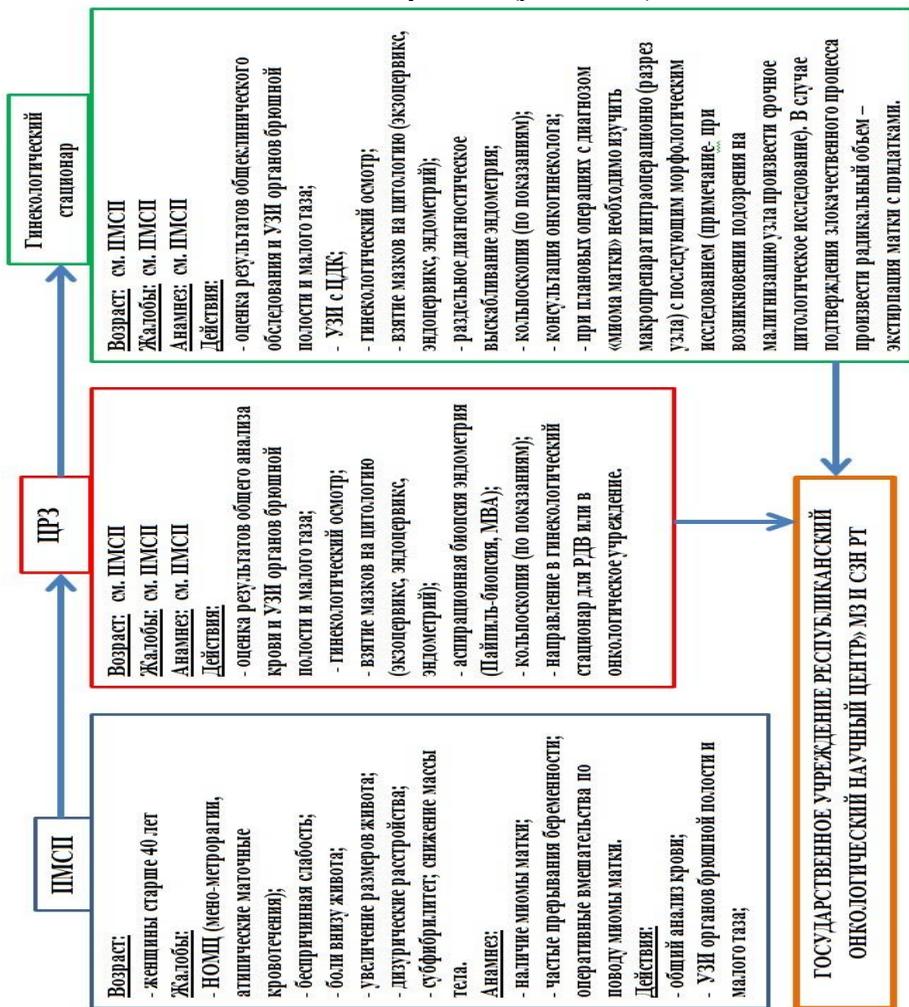


Расми 3. - Зиндамони беморони гирифтори СҶБ тибқи усули Каплан-Мейер вобаста аз усулҳои таъобат

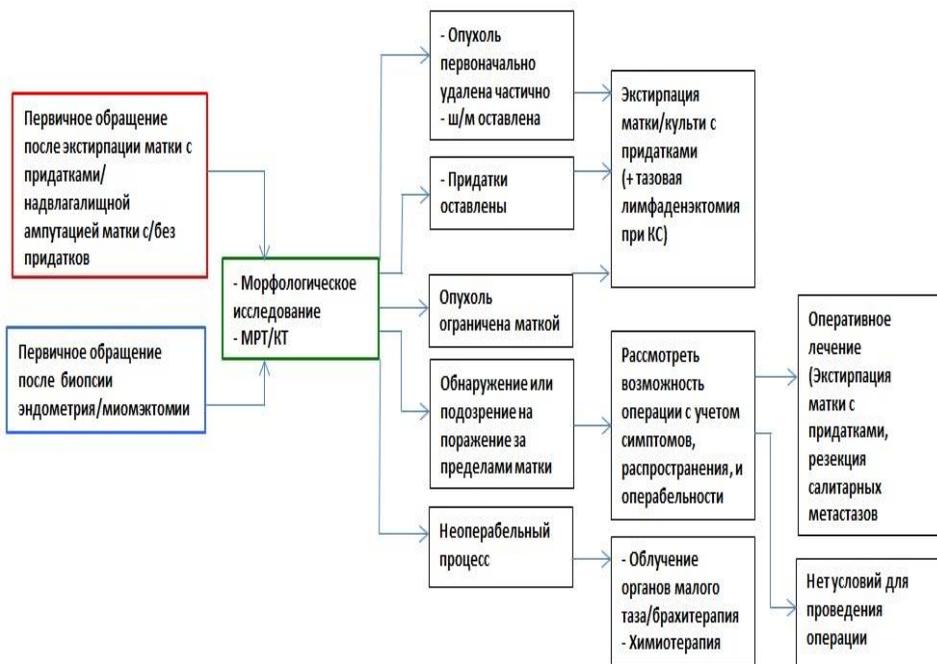
Сабобҳои паст будани сатҳи зиндамони беморони гирифтори саркомаи бачадон ташхиси дер, фоизи баланди ташхис ва хатоҳои тактикӣ дар муассисаҳои ғайрионкологӣ ба ҳисоб мераванд, ки ба норасоии дониши корманди тиббии кормандони тиббии таҳассусҳои умумӣ ишора мекунад ва дар натиҷаи ин ҷарроҳии ғайриҷарроҳӣ иҷро карда мешавад ва инчунин вайроншавии режими таъобати омехта ва ба охир нарасонидани он ба назар мерасад.

Вобаста аз натиҷаҳои ба даст овардашуда зарурати коркарди тавсияҳо оид ба ташхис ва таъобати СҶБ дар ҶТ бо дар назардошти маҳдуд будани захираҳо ва системаи сесатҳии расонидани ёрии тиббӣ

асоснок карда шудааст. Зарурати коркарди алгоритми чорабиниҳои таҳқиқӣ ва табоати дар сатҳи ёрии аввалияи тиббӣ санитарӣ, маркази солимии репродуктивӣ, стационарҳои гинекологӣ ва муассисаҳои махсуси онкологӣ бо натиҷаҳои таҳқиқоти мо ва бинобар мавҷуд набудани стандартҳо ва протоколҳои тасдиқшуда оид ба ин нозология тасдиқ шудааст (расми 4, 5).



Расми 4. – Алгоритми ташхиси СҚБ дар сатҳи ёрии аввалияи тиббӣ ва санитарӣ, маркази солимии репродуктивӣ, статсионарҳои ҚТ



| Системная терапия в зависимости от стадии и морфологического варианта | Предпочтительные режимы | Другие комбинации режимов | Схемы введения предпочтительных режимов |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Стадия I - Наблюдение или рассмотреть ХТ, антиэстрогены при ЭСС G1 | - Доксорубин - Доцетаксел/Гемцитабин - Доксорубин/Оларатумаб - Ингибиторы ароматазы при ЭСС G1 | - Доксорубин/Ифосфамид - Доксорубин/Дакарбазин - Гемцитабин/Дакарбазин - Гемцитабин/Винорелбин | I. Доксорубин - 1 день 75мг/м ² в/в, перерыв 31 день; ИЛИ 60-70мг/м ² в/в, перерыв 21 день. II. 1 и 8 дни: Гемцитабин 900мг/м ² в/в более 90 мин 8-ой день: Доцетаксел 100мг/м ² в/в более 60 мин |
| Стадия II, III - Рассмотреть ХТ и/или ДЛТ | Другие альтернативные препараты | Гормональная терапия | 9-15 дни: G-CSF 150мг/м ² или на 9 или 10 дни: Пегфилграстим бмг, перерыв 21 день |
| Стадия IVA - ХТ и/или ДЛТ | Дакарбазин Эпирубин Ифосфамид Пазопаниб Темозоламид Трабектедин | Для ЭСС G1, ЛМС G3 - Мегестрол ацетат - Медроксипрогестерон ацетат - Ингибиторы ароматазы - А-ГНрг | II. 1, 8 и 15 дни: Гемцитабин 1,000мг/м ² в/в, перерыв 30 дней |
| Стадия IVB - ХТ и/или паллиативная ДЛТ, +/- антиэстрогены при ЭСС G1 | | | |

Расми 5. – Алгоритми табобати СҶБ дар шароити муассисаҳои онкологӣ дар ҶТ

ХУЛОСА

НАТИҶАҶОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАТСИЯ

1. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳиссаи саркомаи ҳисми бачадон дар сохтори саратонҳои гинекологӣ аз 0,4% то 1,9%, дар сохтори номияҳои бадсифати ҳисми бачадон аз 3 то 13,5% -ро ташкил медиҳад. Синну соли миёнаи беморон $48,7 \pm 1,7$ сол буд. Аз ҷиҳати сохтори гистологӣ бештар ЛМС (лейкомиосаркома) 58 (72,5%) бо ҷойгиршавии интрамуралии гиреҳҳо 49 (62,1%) ба назар расид. Зухуроти асосии клиникии беморӣ ифрозоти хунолуд аз роҳҳои ҷинсӣ - 56 (70%) случаи, анемия – 47 (59%) ва синдроми дард – 39 (48,8%) буд. Ҳамроҳ шудани СҶБ бо миомаи бачадон дар 23 (28,8%) ҳолат ба мушоҳида расид [1-А, 4-А, 5-А, 7-А, 8-А].
2. Дар 48 (60%) ҳолат хатоҳои таъхисиву тактикӣ дида шуд. Хатоҳои табибони таҳассусҳои умумӣ дар 28 (35%) ҳолат ба қайд гирифта шуд. Сабабҳои руҳ додани хатоҳо номукамал таҳқиқ кардани беморон – 19 (23,8%), шарҳи нодурусти маълумотҳои клиникӣ – 5 (6,3%), хатоҳои таҳқиқотҳои морфологӣ – 4 (5%) ҳолат ба қайд гирифта шудааст. Дар сохтори хатоҳои тактикӣ беасос таъйин кардани гормоншифой дар 25 (31,3%) ҳолат, дар 18 (22,5%) ҳолат – ҷарроҳии ғайрирадикалӣ бо таъхиси «миомаи бачадон» дида шуд [2-А, 10-А].
3. Арзёбии иттилоёнокии усулҳои гуногуни таъхиси ҷарроҳии СҶБ ҳассосияти баланди усулҳои таҳқиқотҳои клиникӣ (80%) ва ултрасадоиро (48%) дар шароити маҳдуд будани захираҳои нишон дод [10-А].
4. Зиндамонии 1-солаи беморони гирифтори СҶБ дар ҳамаи марҳалаҳо 66%, 3-сола - 37%, 5-сола - 25%-ро ташкил дод. Дарачаи зиндамонии бемороне, ки табобати омехта гирифтаанд (32% -и беморон дар 85 моҳ зиндаанд), назар ба бемороне, ки фақат ҷарроҳӣ шудаанд (32% -и беморон дар 70 моҳ зиндаанд), хеле баланд аст, аммо ин фарқият аз ҷиҳати омӯрӣ ночизанд ($p \geq 0,05$) [1-А, 3-А, 4-А, 5-А, 8-А, 9-А].
5. Дар маводи тарошидаи эндометрия мавҷуд набудани унсурҳои омоси бадсифат ҳангоми мавҷудияти шикаҷотҳои махсус, анамнез ва элементҳои злокаҷественной опухоли при наҷиҷии характерных жалоб, анамнеза ва таҳқиқоти таъхиси омоси бадсифати бачадонро истисно намекунанд [3-А].

6. Муносибатҳои коркардшуда ва мутобиқ кунонидашуда дар ташхис ва табобати саркомаи ҳисми бачадон бо дар назардошти системаи сесатҳии расонидани ёрии тиббӣ дар шароитҳои захираҳои маҳдуд имконият медиҳанд, ки натиҷаҳои табобати саркомаи ҳисми бачадон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон беҳтар карда шавад [3-А].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Занҳо дар давраи пременопауза, ки дар анамнезашон миомаи бачадон, вайроншавии сикли ҳайзбинӣ доранд, таҳти муоинаи ҳамасолаи диспансерӣ аз ҷониби табиби оилавӣ ва машварати гинеколог дар муассисаҳои ёрии аввалияи тиббиву санитарӣ ва акушер-гинеколог дар марказҳои солимии репродуктивӣ гирифта мешаванд.
2. Шикоятҳои занон аз хусуси сустии умумии бесабаб, ифрозоти хунолуди ғайрисиклӣ, ифрозоти хунолуд аз роҳҳои ҷинсӣ, ифрозоти хунолуд дар менопауза, калон шудани андозаи шикам, дардҳо дар қисми поёнии шикам бояд ки аз тарафи табиби оилавӣ, машварати гинеколог дуруст ва саҳеҳ арзёбӣ шуда, эҳтиёткории онкологиро баланд бардоранд.
3. Босуръат калон шудани гиреҳи миоматозӣ, мавҷуд будани некрози контурҳояш новозеҳ, якхела набудани сохтори миометрия, калон шудани м-эхо ҳангоми таҳқиқоти ултрасадоӣ маркерҳои эхографӣ ба ҳисоб мераванд, ки имконият медиҳанд, аз вучуд доштани протсессеи бадсифат гумонбар шавем ва сари вақт беморро барои ташхиси амиқ ба муассисаҳои махсусгардонидашуда фириستم.
4. Дар статсионарҳои соҳаҳои умумӣ, дар статсионарҳои гинекологӣ, шуъбаҳои гинекологии таваллудхонаҳо ҳангоми иҷро кардани амалиётҳои ҷарроҳӣ аз хусуси миомаи бачадон узви бурида гирифташуда- макропрепарати ҷаррохиро омӯхтан зарур аст. Дар ҳолати гумонбар шудан аз протсессеи бадсифат фавран гузаронидани таҳқиқоти ситологӣ аз мавзҳои шубҳанок гирифта ва ҳаҷми ҷаррохиро зиёд кардан зарур мебошад.
5. Ҳаҷми стандартии ҷарроҳӣ ҳангоми ҷарроҳии СҶБ ин экстирпатсияи бачадон бо/бе изофаҳояш, вобаста аз синну сол ва сохтори морфологии саркомаи бачадон ба ҳисоб меравад.

6. Дар муассисаҳои махсуси онкологӣ вобаста аз сохтори морфологии омози саркоматозӣ мумкин аст, ки ҳаҷми ҷарроҳӣ то ҳадди экстирпацияи васеи бачадон бо изофаҳояш васеъ карда шавад.
7. Вобаста аз сохтори морфологии омоз ба нақшаи табобатнуршифой ва полихимиотерапия дохил карда мешаванд.
8. Муоинаи диспансерии беморони гирифтори СҶБ пас аз табобат инҳоро дар бар мегирад: - муоина ҳар 3 моҳ дар соли аввали муоина; -1 смаротиба дар 6 моҳ дар солҳои минбаъда. Ҳангоми ҳар як визит (ташриф) ғайр аз муоинаҳои гинекологӣ(физикалӣ, таҳқиқоти ултрасадоии узвҳои ковокии шикам ва коси майда, фазои пасисифоқӣ низ зарур аст. Рентгенографияи қафаси сина ҳамасола гирифта мешавад.

ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРЁФИ ДАРАҶАИ ИЛМӢ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

- 1-А. Хочиева, М.М. Анализ результатов лечения больных саркомаами матки / М.М. Ходчиева, С.Г. Умарова, З.Х. Хусейнов, Д.З. Зиқиряходжаев // Журн. Здравоохранение Таджикистана. - №4. – 2015. – С. 58-62.
- 2-А. Хочиева, М.М. Ошибки в диагностике саркомы матки /С.Г. Умарова, М.М. Ходчиева, З.Х. Хусейнов // Журн. Здравоохранение Таджикистана. - №1. – 2016. – С. 95-99.
- 3-А. Хочиева, М.М. Выживаемость больных саркомаами матки в Республике Таджикистан / М.М. Ходчиева, С.Г. Умарзода, З.Х. Хусейнзода, Д.Р. Сангинов // Журн. Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - №3(33). – 2017. – С.104-107.

Мақола ва фишурдаҳои маърузадар маҷмӯаҳои конференсияҳо:

- 4-А. Хочиева, М.М. Результаты лечения сарком матки у многорожавших женщин / С.Г. Умарова, О.А. Мирзоев, М.М. Ходчиева, З.Б. Ахмедова // материалы научно-практ.конф., посв. 80-летию проф. Б.П. Ахмедова. – 2013. – С. 219-224.
- 5-А. Хочиева, М.М. Особенности клинического течения и морфологическая структура сарком матки у многорожавших женщин / С.Г. Умарова, М.М. Ходчиева, З.Б. Ахмедова, О.А. Мирзоев // Труды науч-практ.конф. с межд.участием

- «Актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья населения», Душанбе, 27 апреля, 2013. – С. 191-194.
- 6-А. Хочиева, М.М. Состояние онкологической помощи больным злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы (ЗНОРС) в Республике Таджикистан / С.Г. Умарова, Д.З. Зикирходжаев, З.Х. Хусейнов, М.М. Ходчиева // Тез. VIII съезда онкологов и радиологов СНГ и Евразии, 16-18 сентября, 2014. Евразийский онкологический журнал. - №3(03). – 2014. – С.54-55.
- 7-А. Хочиева, М.М. Эпидемиология злокачественных новообразований органов репродуктивной системы (ЗНОРС) в Республике Таджикистан / С.Г. Умарова, З.Х. Хусейнов, Ф.Н. Каримова, М.М. Ходчиева // Тез. VIII съезда онкологов и радиологов СНГ и Евразии, 16-18 сентября, 2014. Евразийский онкологический журнал. - №3(03). – 2014. – С.80.
- 8-А. Хочиева, М.М. Результаты лечения больных саркомами матки / М.М. Ходчиева, З.Б. Ахмедова, С.Г. Умарова // матер. науч.-практ. конф. мол.уч. и студ. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с межд.участ. «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику», Душанбе, 24 апреля, 2015. – С. 208-209.
- 9-А. Хочиева, М.М. Результаты лечения и выживаемость больных с саркомами матки в Таджикистане / С.Г. Умарова, М.М. Ходчиева // Сборник материалов III конгресса онкологов Узбекистана, 14-16 мая, 2015, г.Ташкент. –С. 172-173.
- 10-А. Хочиева, М.М. Ультразвуковой метод исследования в диагностике саркомы матки / М.М. Ходчиева, С.Г. Умарова, З.Б. Ахмедова // Евразийский онкологический журнал. - №1. – Т. 6. – 2018. – С.327.

РҶҶҲАТИ ИҲТИСОРАҶО

АМВ – аспиратори мануалии вакуумӣ

ВСОМ – вайроншавии сикли оварио-менструалӣ

ДДТТ- Донишгиҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино

ЁАТС – ёрии аввалияи тиббиву санитарӣ

КС – карсиносаркома

ЛМС – лейомиосаркома

МД «МҚИС» ВТ ва ҲИА ҚТ – Муассисаи давлатии «Маркази
ҷумҳуриявии илмии онкология» -и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи
иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

МСР – маркази солимгардонии репродуктивӣ

НШ – нуршифой

ПХТ – полихимиотерапия

РМС – рабдомиосаркома

СЧБ - саркомаи ҷисми бачадон

СЭЭ – саркомаи эндомиетриалии стромалӣ

ТМР – томографияи магнитӣ-резонансӣ

ТАТ – тарошидани алоҳидаи ташхисӣ

ТУС бо ҚДР – таҳқиқоти ултрасадоӣ бо картографияи доплерии ранга

ФС – фибросаркома

ҚТ – Ҷумҳурии Тоҷикистон

АННОТАЦИЯ
ХОДЖИЕВА МАТЛУБА МУЗАФАРОВНА
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ САРКОМ ТЕЛА МАТКИ
В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Ключевые слова: саркома тела матки, диагностика, лечение, тактические ошибки.

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения СТМ в Республике Таджикистан.

Методы исследования и использованная аппаратура: исследованы 80 больных с диагнозом «саркома тела матки». Комплексное обследование больных включало: изучение анамнеза, анализ тактических ошибок, гинекологический осмотр, раздельное выскабливание цервикального канала и эндометрия с морфологическим и цитологическим исследованием, ультразвуковое исследование, рентгенография легких. Оценка информативности диагностических методов рассчитывалась по формуле: $Se = a / (a + c)$, где, Se – чувствительность метода, a – истинноположительный результат, c – ложноотрицательный результат. Выживаемость больных рассчитывалась по методу Каплан-Майера, кривые сравнивались по F -критерию Кокса. Применялся метод общей, корреляционной, описательной статистики. По t -критерию Стьюдента проведены парные сравнения данных. Анализ корреляционных зависимостей проводили по методу Спирмана.

Полученные результаты и их новизна: полученные данные говорят о недооценке клинических симптомов и результатов обследования, в связи с низкой онкологической настороженностью гинекологов и хирургов, что приводит к диагностическим и тактическим ошибкам у больных с СТМ. Выявленные причины диагностических и тактических ошибок в отношении СТМ обосновывают необходимость разработки рекомендаций по улучшению их диагностики и лечения. Доказано, что в условиях ограниченных ресурсов клинический и ультразвуковой методы исследования являются наиболее информативными в предоперационной диагностике СТМ.

Рекомендации по использованию: правильная оценка характерных жалоб женщин пре- и менопаузального возраста, и признаков СТМ при УЗИ со стороны семейных врачей и гинекологов, с дальнейшим перенаправлением для углубленного обследования. В специализированном онкологическом учреждении в зависимости от морфологической структуры опухоли объем операции может быть расширен до расширенной экстирпации матки с придатками, с последующей лучевой и химиотерапией. При операции по поводу миомы матки в непрофильных учреждениях необходимо изучить макропрепарат со срочным цитологическим исследованием. В случае подозрения на злокачественный процесс выполнить радикальный стандартный объем операции.

Область применения: онкология, оперативная онкогинекология.

ANNOTATION
KHODJIEVA MATLUBA MUZAFAROVNA
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SARCOMAS OF THE UTERI IN
THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Key words: uterine sarcoma, diagnosis, treatment, tactical errors.

Objective of the study: to improve the results of diagnosis and treatment of US in the Republic of Tajikistan.

Research methods and equipment used: the study included 80 patients with a diagnosis of "sarcoma of the uteri". Comprehensive examination of patients included: anamnesis study, analysis of tactical errors, gynecological examination, separate curettage of the cervical canal and endometrium with morphological and cytological examination, ultrasound examination, lung radiography. Evaluation of informative value of diagnostic methods was calculated by the formula: $Se = a / (a + c)$, where, Se – sensitivity of the method, a – true positive result, c – false negative result. Survival of patients was calculated by Kaplan-Mayer method, the curves were compared by F–Cox criterion. The method of General, correlation, descriptive statistics was used. Paired comparisons of the data were carried out according to the student's t-criterion. The correlation analysis was performed by the Spearman method.

The obtained results and their novelty: the obtained data suggest an underestimation of clinical symptoms and examination results, due to the low cancer alertness of gynecologists and surgeons, which leads to diagnostic and tactical errors in patients with STM. The identified causes of diagnostic and tactical errors in relation to STM justify the need to develop recommendations to improve their diagnosis and treatment. It is proved that in conditions of limited resources clinical and ultrasound methods are the most informative in the preoperative diagnosis of STM.

Recommendations for use: correct assessment of the characteristic complaints of women of pre - and menopausal age, and signs of STM in ultrasound by family doctors and gynecologists, with further redirection for in-depth examination. In a specialized oncological institution, depending on the morphological structure of the tumor, the volume of the operation can be expanded to extended uterine extirpation with appendages, followed by radiation and chemotherapy. When surgery for uterine fibroids in non-core institutions, it is necessary to study the macropreparation with urgent cytological examination. In case of suspected malignant process perform a radical standard volume of surgery.

Scope: oncology, surgical oncogynaecology.

АННОТАТСИЯИ
ҲОҶИЕВА МАТЛУБА МУЗАФАРОВНА
ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ САРКОМАИ ҶИСМИ БАЧАДОН
ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Калимаҳои калидӣ: саркомаи ҷисми бачадон, ташхис, табобат, ҳатоҳои тактикӣ.

Мақсад: беҳтар сохтани натиҷаҳои ташхис ва табобати саркомаи ҷисми бачадон (СҶБ) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Методҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда: 80 бемори дорои ташхиси аз ҷиҳати морфологӣ тасдиқшудаи «саркомаи ҷисми бачадон» анҷом дода шуд. Таҳқиқоти комплексии беморон инҳоро дар бар гирифт: омӯзиши анамнез, таҳлили ҳатоҳои тактикӣ, муоинаи гинекологӣ, алоҳида тарошидани канали сервикалӣ ва эндометрия бо таҳқиқотҳои морфологиву ситологӣ, таҳқиқоти ултрасадоӣ, рентгенографияи шушҳо. Арзёбии иттилоёнокии усулҳои ташхис бо формулаи зерин ҳисоб карда шуд: $Se = a / (a + c)$, дар ин ҷо, Se – ҳассосияти усул, a – натиҷаи ҳақиқии мусбат, c – натиҷаи козиби манфӣ. Зиндамонии беморон бо усули Каплан-Майер, қачхатаҳо бо F -меъёри Кокс муқоиса карда шуданд. Усули умумии коррелятсионӣ ва омори тавсифӣ ба кор бурда шуд. Бо t -меъёри Стюдент муқоисаҳои ҷуфти маълумотҳо иҷро гардид. Таҳлили вобастагии коррелятсионӣ бо усули Спирман анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои бадастомада ва нағсонии онҳо: маълумотҳои ба даст овардашуда ба таври бояду шояд баҳо надодани симптомҳои клиникиро нишон медиҳанд, ки вобаста аз эҳтиёткории нокифояи онкологии гинекологҳо ва ҷарроҳон ба содир шудани ҳатоҳои ташхисӣ ва тактикии беморони гирифтори СҶБ оварда мерасонад. Сабабҳои муайянкардашудаи ҳатоҳои ташхисӣ ва тактикии беморони гирифтори СҶБ ҷиҳати беҳтар сохтани ташхис ва табобати онҳо зарурати коркарди тавсияҳоро ба миён меоварад. Иҷбот карда шуд, ки дар шароити захираҳои маҳдуд усулҳои клиникӣ ва ултрасадоии таҳқиқот дар ташхиси пешазҷарроҳии СҶБ усули иттилоёноктар ба ҳисоб меравад.

Тавсияҳо оид ба истифода: дуруст арзёбӣ кардани шикоятҳои занҳои синну соли пременопауза ва аломатҳои СҶБ ҳангоми таҳқиқоти ултрасадоӣ аз тарафи табибони оилавӣ ва гинекологҳо бо минбаъда фириодани онҳо барои таҳқиқоти амиқтар. Дар муассисаҳои махсусгардонидашудаи онкологӣ вобаста аз сохтори морфологии омос ҳаҷми ҷарроҳиро то ҳадди экстирпатсияи васеи бачадон бо изофаҳояш васеъ кардан ва баъдан гузаронидани нуршифой ва химиотерапия мумкин миебошад. Ҳангоми ҷарроҳӣ кардани миомаи бачадон дар муассисаҳои ғарисоҳавӣ макропрепаратро бо таҳқиқотҳои фаврии ситологӣ омӯхтан зарур аст. Дар ҳолати гумонбар шудан аз протсессии омоси бадсифат ҷарроҳии стандартии радикалӣ иҷро карда мешавад.

Соҳан истифода: онкология, онкогинекологияи ҷарроҳӣ.

Ба матбаа супорида шуд 29.05. 2019.
Ба чопаш 30.05. 2019 имзо шуд.
Қоғаз офсетӣ. Ҳуруфи адабӣ.
Гарнитура Times New Roman Tj.
Тъдод 100

Матбааи Вазорати маориф ва илми
Ҷумҳурии Тоҷикистон
ш. Душанбе, кӯчаи Лоҳутӣ, 6 гузаргоҳи 1