

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР»**

На правах рукописи

УДК 616.5 - 006.6 + 615.849



**САЙФИДДИНЗОДА
МУНФИЗА БУРХОНИ**

**КОМБИНИРОВАННОЕ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА КОЖИ С
ПРИМЕНЕНИЕМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ТАДЖИКИСТАНЕ**

**Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
доктора медицинских наук по специальности
3.1.12 Онкология**

Душанбе – 2026

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

Научный консультант:

Зикирходжаев Дильшод Зукирович – доктор медицинских наук, профессор, иностранный член НАНТ, научный консультант Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Официальные оппоненты:

Алиев Мамед Багир Джавад оглы – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН и РАМН, советник генерального директора Федерального государственного бюджетного учреждения «Национального медицинского исследовательского центра радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Титов Константин Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П.Боткина» Департамента здравоохранения города Москвы

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник гинекологического отделения Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Ведущая организация:

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

Защита диссертации состоится 06 июля 2026 г. в 11:00 часов на заседании диссертационного совета 6D.КОА-040 при Государственном образовательном учреждении «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, улица Сино 29-31, www.tajmedun.tj, (+ 992) 907 708 82 50

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» по адресу: 734003, г. Душанбе, улица Сино 29-31, www.tajmedun.tj

Автореферат разослан _____ 2026 года

Учёный секретарь диссертационного совета, к.м.н., доцент



Али-Заде С.Г.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Новообразования кожи – самая распространённая опухолевая патология на земном шаре, ежегодный прирост заболеваемости раком кожи варьирует от 3,0 до 7,0 % [13, с. 24-25; 29, с. 18-19; 31, с. 262; 37, с. 309-322; 38, 39, с. 224-226]. Диагностика и лечение рака кожи включают своевременное выявление, разнообразие методов лечения и сложности с метастазами. Ранняя диагностика важна для успешного лечения, которое может включать хирургическое удаление, лучевую терапию и другие методы.

В последние десятилетия достигнуты значительные успехи в ранней диагностике и лечении рака кожи, разработаны целенаправленные и эффективные методы комбинированной и комплексной терапии, а также реабилитации больных [22, с. 51-72.; 31, с. 262.; 40, с. 1-7; 42, с. 831-839].

Установлено, что при ранних стадиях рака кожи можно достичь длительной клинической ремиссии или полного излечения у 92-97 % больных, при поздних стадиях этот показатель достигает 78 % случаев. Этих результатов можно добиться путём применения, как хирургических, так и консервативных методов лечения (традиционной хирургии, криохирургии, радиохирургии, химиотерапии, лучевого лечения) [1, с. 153; 15, с. 40-46; 24, с. 24-30; 41, с. 249-255].

Необходимо подчеркнуть, что неотъемлемой частью комплексного и комбинированного лечения рака кожи является лучевая терапия, источниками для которой служат радиоактивные изотопы.

В последние годы, в дополнение к гамма-терапевтическим аппаратам, в широкую практику внедрены линейные ускорители, генерирующие пучки быстрых электронов и фотонное излучение высокой энергии [11, с. 1750-1786; 35, с. 658-665].

В рейтинге относительной радиочувствительности опухолей и тканей, рак кожи отнесён к категории опухолей с относительно высокой чувствительностью к лучевой терапии, поэтому лучевое лечение для многих пациентов, страдающих ранним раком кожи, носит радикальный характер [10, с. 48-55; 28, с. 35].

По данным С.Л. Дарьяловой [10, с. 48-55], после радикальной лучевой терапии рака кожи T₁-T₂ стадии пятилетняя выживаемость без рецидивов и метастазов достигнута у 97 % больных. Поэтому лучевое лечение у больных раком кожи является одним из ведущих компонентов комбинированного лечения, оно может применяться, как в самостоятельном режиме, так и в плане комбинированного и комплексного лечения.

В последние годы онкологами Таджикистана проведены довольно значимые исследования по изучению особенностей рака кожи, оценены возможности диагностики, хирургического лечения, изучена роль комбинированного и комплексного лечения [9, с. 42; 20, с. 21; 27, с. 43].

Несмотря на это, остаются нерешёнными проблемы оценки эффективности лучевой терапии, как основного компонента различных схем лечения, не изучены возможности радикальных программ лучевой терапии с выбором оптимальных доз воздействия. До конца нерешёнными остаются проблемы лучевой терапии при лечении ранних форм рака кожи в монорежиме. Разрозненные данные сравнительной оценки с другими методами лечения диктуют необходимость поиска возможностей для оптимизации существующих методологий [17, с. 5-11; 43, с. 1784].

В литературе явно недостаточно данных о роли лучевой терапии в комплексном и комбинированном лечении поздних стадий болезни на большом клиническом материале, обозначив более достоверные научно-обоснованные результаты.

Необходимо отметить, что существуют мало обоснованные ограничения к применению лучевой терапии у пациентов старческого возраста, хотя опыт лечения подобных больных показывает значительное улучшение показателей выживаемости и

качества жизни. Появилась необходимость в усовершенствовании существующих методологий лучевого лечения рака кожи, развившегося на рубцах, т.к. они резистентны к терапии и требуют применения оптимально возможных доз радиотерапии [20, с.21; 25, с. 19-63; 36, с. 24].

Пристального внимания заслуживают возможные нежелательные эффекты и осложнения лучевой терапии рака кожи. Нередко эти осложнения являются причинами прерывания курсов терапии, что оказывает отрицательное влияние на эффективность лечения, при этом профилактика и лечение осложнений являются приоритетными задачами клиницистов [8, с. 173-176; 16, с. 67-72; 23, с. 5-11; 32, с. 1-7].

В медицинской литературе особо дискутировалась проблема радиотерапии у онкологических больных в условиях пандемии COVID-19 [7, с. 5-22]. Авторы предлагали, что лучевую терапию следует проводить больным с быстро пролиферирующими опухолями, по возможности гипофракционированием дозы. Проведение лучевой терапии у больных базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи в период пандемии можно отсрочить. Нерешёнными остаются проблемы продолжения лечения в случаях, когда пациенты заболевают COVID-19 в процессе проведения лучевой терапии. Вероятно, эти проблемы будут решаться по мере накопления достаточного клинического материала и опыта лечения этой группы больных.

Следует особо подчеркнуть, что рецидивы и метастазы рака кожи обладают резистентностью к лучевой терапии и требуют применения повторных курсов лучевого лечения, тщательной интерпретации особенностей морфологического исследования.

Утверждение о том, что рак кожи – легко излечимое онкологическое заболевание, понятие спорное. В литературе явно недостаточно сведений об эффективности лучевой терапии как неотъемлемой части комбинированного и комплексного лечения рака кожи.

В связи с вышеизложенным, имеется насущная необходимость тщательного изучения роли лучевой терапии в лечении рака кожи в зависимости от стадии, этиологии болезни, морфологического строения и локализации опухоли.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. В настоящее время диагностика и лечение рака кожи осуществляются в Республике Таджикистан согласно рекомендациям ВОЗ и международным протоколам, а также стандартам диагностики и лечения злокачественных новообразований. Данная проблема находится под пристальным вниманием наших и зарубежных специалистов, ввиду большого удельного веса больных раком кожи среди всех локализаций злокачественных новообразований в регионе.

Несмотря на это, можно утверждать, что исследований, посвящённых лучевой терапии рака кожи на большом и достоверном клиническом материале, недостаточно. В исследованиях отечественных учёных не проводился целенаправленный анализ возможностей лучевой терапии в зависимости от стадии, морфологического строения опухоли и этиологических факторов развития болезни.

Остаются далеко не изученными роль и значение лучевой терапии у больных-долгожителей, у которых зачастую встречается рак кожи различных локализаций. Не определены показания и противопоказания к лучевой терапии с учётом возрастных, физиологических особенностей больных.

Особого внимания требовала проблема проведения лучевой терапии онкологическим больным в период пандемии COVID-19 [7, с. 5-22], при этом лучевое лечение рака кожи не исключение. Многие пациенты были инфицированы в процессе лучевой терапии. Возникает дилемма – прервать или продолжить лучевую терапию? Сегодня в литературе отсутствует информация, посвящённая этой проблеме.

Также явно недостаточно данных о выживаемости больных раком кожи после применения лучевой терапии в различных режимах-монотерапии, в составе комбинированного и комплексного лечения. Следует отметить, что разработка

паллиативной помощи этим больным является требованием времени. Она направлена на улучшение качества жизни больных раком кожи запущенных стадий, решение сложных социальных задач.

Вышеприведённые недостаточно изученные вопросы диктуют необходимость поиска путей решения проблемы лучевой терапии рака кожи в клинической онкологии.

Связь исследования с программами (проектами) и научной тематикой. Работа проводилась в рамках Национальной программы профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы, принятой постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 октября 2009 г., № 587, продлённым до 2020 года, и Национальной стратегии охраны здоровья населения на период 2010-2020 годов, а также в соответствии с научно-исследовательскими планами Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ) и кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино» (ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибн Сино»).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования. Изучение роли и обозначение места лучевой терапии в лечении рака кожи в Республике Таджикистан, разработка эффективных методологических подходов к лучевой терапии рака кожи в зависимости от возраста пациентов, стадии болезни, морфологической структуры и локализации опухоли, роли комбинированного и комплексного лечения.

Задачи исследования.

1. Изучить эффективность лучевой терапии при лечении ранних ($T_{1-2}N_0M_0$) стадий рака кожи в зависимости от возраста, морфологической структуры, локализации и стадии болезни, а также оценить возможности лучевого лечения больных раком кожи $T_{3-4}N_{0-1-2}M_{0-1}$ стадии болезни, определить роль лучевой терапии в комбинированном и комплексном лечении больных.

2. Определить возможности применения лучевой терапии у пациентов-долгожителей старше 90 лет и рекомендовать практическому здравоохранению алгоритм подготовки пациентов к лечению, щадящие режимы терапии с учётом возрастных особенностей.

3. Изучить и разработать методологические подходы к лучевой терапии больных раком кожи, инфицированных COVID-19 в условиях пандемии.

4. Изучить осложнения лучевой терапии рака кожи и разработать адекватные схемы лечения и профилактики ранних и поздних осложнений терапии.

5. Оценить результаты паллиативной лучевой терапии у больных с запущенными формами рака кожи в Таджикистане.

6. Изучить выживаемость больных раком кожи после применения лучевой терапии в различных режимах лечения и оценить качество жизни больных раком кожи.

Объект исследования. Для достижения цели и решения задач исследования проведён ретроспективный и проспективный анализ результатов лечения 1049 больных раком кожи, получавших лучевую терапию в различных режимах – монотерапии, комбинированной и комплексной терапии.

Лечение проводилось в двух группах больных, разделённых в соответствии со стадиями рака кожи. *1 группа (n=527 – 50,24 %)* – больные, которые получали лучевую терапию по радикальной программе – пациенты с $T_{1-2}N_0M_0$ стадиями рака кожи. Выделены и предложены способы применения лучевой терапии рака, развившегося на рубцово-изменённой коже. *Вторая группа (n=522 – 49,76 %)* больные, которые

получили комбинированное или комплексное лечение по поводу T₃₋₄N₀₋₁₋₂₋₃M₀₋₁ стадий рака кожи. Из общего числа больных 283 (26,97 %) пациентам проведена паллиативная терапия.

Предмет исследования. Предметом исследования являлись изучение эффективности лучевой терапии ранних, поздних стадий рака кожи в зависимости от возраста, морфологической структуры, локализации, возможности и роли лучевой терапии в комбинированном и комплексном лечении, проведения её пациентам долгожителям и инфицированным в период пандемии COVID-19, осложнений, а также разработка адекватных схем лечения, профилактики ранних, поздних лечений, оценить результаты паллиативного лечения, выживаемость больных, после применения лучевой терапии в различных режимах лечения и качество жизни больных раком кожи в Таджикистане.

Научная новизна исследования. Проведён научный анализ результатов лучевой терапии у больных раком кожи на обобщенном большом (1049 больных) клиническом материале. Определена роль и значимое место лучевой терапии при оказании высокотехнологичной помощи-телегамматерапии. В этой связи установлено, что монотелегамматерапия при ранних стадиях рака кожи может применяться как альтернатива хирургического метода и обеспечивать радикальное лечение у большинства ($\geq 89,5$ %) пациентов.

Применение лучевой терапии в плане комбинированного и комплексного лечения больных T₃₋₄N₀₋₁₋₂₋₃M₀₋₁ стадии, с учётом особенностей морфологического строения локализации опухоли даёт обнадеживающие результаты.

На основании тщательного анализа результатов лучевой терапии рака кожи, развившегося на фоне рубцовых изменений, доказано, что подобные опухоли малочувствительны и, независимо от стадийности болезни, нуждаются в проведении комбинированного или комплексного лечения, (Патент РТ № TJ 1288 «Способ лучевой терапии рака кожи, развившегося из рубцов после сандалового ожога». Патент удостоен золотой медали международного форума «Корейская международная выставка женских изобретений, KIWIE 2023», Сеул, Корея, 20-23 июля 2023 г.).

Установлено, что возраст больных не является абсолютным противопоказанием для проведения лучевой терапии. Разработан новый методологический способ лучевой терапии рака кожи у пациентов долгожителей, (Патент РТ № TJ 1289 «Способ лучевого лечения рака кожи у долгожителей» Патент удостоен золотой медали международного форума «Корейская международная выставка женских изобретений, KIWIE 2023», Сеул, Корея, 20-23 июля 2023 г.).

Впервые разработана новая и щадящая методика лучевой терапии рака кожи больных, инфицированных COVID-19 в период пандемии (Патент № TJ 1502 от 03.01.2024 «Способ лучевого лечения больных раком кожи, инфицированных COVID-19 в условиях пандемии» удостоен золотой медали международного форума «Корейская международная выставка женских изобретений, KIWIE 2025», Сеул, Корея, 22-24 мая 2025 г.).

В результате проведённого исследования определены риски появления ранних и поздних осложнений лучевой терапии рака кожи. Оптимизированы методы профилактики и лечения осложнений терапии и её нежелательных постлучевых эффектов. Предложен новый способ профилактики и лечения осложнений лучевой терапии (Патент РТ № TJ 1287 «Способ лечения постлучевых осложнений рака кожи». Патент удостоен серебряной медали международного форума «Корейская международная выставка женских изобретений, KIWIE 2023», Сеул, Корея, 20-23 июля 2023 г.). При адекватном выборе и проведении эффективной лучевой терапии общая 5-летняя выживаемость достигает 97 % у больных с T₁₋₂N₀M₀ стадией и 78 % у пациентов с поздними стадиями болезни – T₃₋₄N₀₋₁₋₂₋₃M₀₋₁.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.

Теоретической основой для данного исследования послужили работы отечественных специалистов (Яценко К.Д., Базарова Н.И., Сангинова Д.Р., Громова Г.Б., Хусейнова З.Х., Баротова З.З. и др.). Исследования, проведённые ими были основаны на диагностике, комбинированном и комплексном лечении рака кожи. В этих исследованиях не была проанализирована роль телегамматерапии в различных режимах применительно к раку кожи. Одновременно необходимо подчеркнуть недостаточность исследований о роли лучевой терапии рака кожи в регионе Средней Азии, где эта патология занимает одно из ведущих мест среди злокачественных новообразований (Рустамова Л.М., Курбонбекова П.К., Худоёрова Д., [и др.], 2021; Тилляшайхов М.Н., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М., 2023).

Результаты работы опубликованы в учебниках «Онкология» (2021 г.), «Курс лекций по онкологии» (2022 г.), в методических рекомендациях «Лучевая терапия. Аспекты лечения, профилактики осложнений и реабилитация» (2021 г.).

На основании анализа результатов лучевого лечения 1049 больных раком кожи предложены методологические подходы к выбору адекватной лучевой терапии в зависимости от возраста пациентов, морфологической структуры, локализации опухоли, показания и противопоказания к проведению моногамматерапии, комбинированного и комплексного лечения при ранних ($T_{1-2}N_0M_0$) и более поздних ($T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$) стадиях рака кожи. А также выделены и предложены способы применения лучевой терапии рака, развившегося на рубцово измененной коже.

На основании результатов лечения рака кожи у пациентов-долгожителей – старше 90 лет – предложены способы подготовки их к лучевой терапии, реабилитации во время и после проведения терапии. Определены пути профилактики осложнений с учетом возрастных особенностей больных (Патент Республики Таджикистан № TJ 1289).

На основании выявленных ранних и поздних осложнений лучевой терапии рака кожи различных локализаций практическому здравоохранению предложены оптимальные способы их лечения и профилактики (Патент Республики Таджикистан № TJ 1287).

Предложена методика профилактики и лечения постлучевых нежелательных эффектов у пациентов, страдающих раком кожи (Рацпредложение № 3424/R416 от 21 июля 2021 г., выдано ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибн Сино» «Использование салфеток «Колетекс АДН» для лечения рака кожи и органов полости рта при постлучевых осложнениях»).

Для лечения злокачественных опухолей кожи и слизистых оболочек полости рта рекомендован эффективный способ применения салфеток «Колетекс» (Рацпредложение № 3423/R415 от 21 июля 2021 г., выдано ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибн Сино» «Использование салфеток «Колетекс 5-ФТУР» для лечения постлучевых осложнений рака кожи и слизистых оболочек полости рта»).

Положения, выносимые на защиту:

1. Установлено, что комбинированное и комплексное лечение рака кожи относится к высокотехнологичным методам и является неотъемлемым компонентом противоопухолевого лечения. Применение монотеле-гамматерапии при ранних стадий ($T_{1-2}N_0M_0$) является радикальным у большинства пациентов и является альтернативой хирургическому методу лечения. А при поздних стадиях ($T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$) необходимо использовать один из ведущих и эффективных методов лечения в неоадьювантном или адьювантном режимах.

2. Установлено, что возраст пациентов не является абсолютным противопоказанием к проведению лучевой терапии при раке кожи, вопреки существующим мнениям специалистов. Её эффективное применение показано и у пациентов-долгожителей после адекватной предлучевой подготовки и профилактики возможных осложнений.

3. Доказано, что больные раком кожи, инфицированные COVID-19, но не имеющие его осложнений, могут получать лучевую терапию с соблюдением всех карантинных требований, одновременно продолжая противоковидную терапию.

4. Доказано, что нежелательные реакции организма и ранние осложнения лучевой терапии являются транзиторными и проходят в процессе или через 2-3 недели, после лечения. Адекватные профилактика и лечение осложнений дают возможность достичь длительную клиническую ремиссию и улучшить показатели выживаемости больных.

5. Выявлено, что использование паллиативной лучевой терапии при запущенных формах рака кожи снижает интенсивность симптомов и их осложнений, улучшает качество жизни больных.

6. Доказано, что показатели выживаемости достигаются применением монотелегамматерапии рака кожи ранних стадий. Показатели выживаемости в более поздних стадиях малоутешительные, что в основном связано с распространенностью опухолей.

Степень достоверности результатов диссертационного исследования подтверждается методологическими подходами и полученными результатами объективных, клинико-морфологических, лабораторных, морфологических и статистических методов исследования.

Для проведения исследования использовались базы анализа медицинской документации Microsoft Office Excel, позволяющие аккумулировать данные и осуществлять многофакторные анализы.

Подробно описаны разработанные методики лучевой терапии с использованием эффективных режимов и схем комплексного и комбинированного лечения рака кожи различных стадий. Достоверность результатов исследования подтверждается патентами и удостоверениями на рационализаторские предложения.

Представленные положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации диссертации научно обоснованы, логически вытекают из результатов проведенной НИР и отражают поставленные цели и задачи. В диссертационной работе использованы основные электронные базы и ресурсы: Cyberleninka, eLibrary, Dissercat, Cochrain, PubMed, Hinari и др. Проведены обзор материалов научных конференций, съездов и симпозиумов стран СНГ и дальнего зарубежья, анализ научных исследований, трудов и диссертаций, защищенных в Республике Таджикистан, странах ближнего и дальнего зарубежья. Исследование проводилось на базе ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ.

Достоверность первичного материала подтверждается актом комиссионной проверки от 27 ноября 2023 года, выданным ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Диссертационная работа посвящена научным проблемам онкологии и лучевой терапии злокачественных новообразований кожи и соответствует утверждённому Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан паспорту по специальности 3.1.12 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; подпункт 3.6. Лечение опухолей в эксперименте и клинике: разработка и усовершенствование 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, гипоксирадитерапии, электрооакцепторных соединений, антиоксидантных комплексов, фотодинамической терапии, магнитотерапии, иммунотерапии и других модифицирующих факторов.

Содержание работы полностью отражает исследования, изучающие возможности лучевой терапии у 1049 больных раком кожи в ранних ($T_{1-2}N_0M_0$) и поздних ($T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$) стадиях болезни, с учётом локализации, морфологического строения опухолей, а также её роль в комбинированном и комплексном лечении рака кожи. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации отражают поставленные задачи, обоснованы и логически вытекают из результатов проведённых исследований.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследовании. Автор принимала активное участие в разработке новых методологических подходов к лучевой терапии и внедрении их в практическое здравоохранение. Набор клинического материала, оценка полученных данных проводились автором исследования. На основании полученных результатов диссертантом сформулированы положения, выносимые на защиту, выводы, практические рекомендации.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на следующих форумах, конференциях, съездах и симпозиумах:

- Республиканской научно-практической конференции ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ «Современная онкология», Душанбе, Республика Таджикистан, 16 октября 2020 года;
- Республиканской научно-практической конференции Государственной образовательной учреждения «Хатлонский государственный медицинский университет» (ГОУ «ХГМУ») (II годичной), посвящённая 30-летию государственной независимости Республики Таджикистан и 5-летию деятельности ГОУ «ХГМУ» «Современная медицина и современное образование», 24 декабря 2021 года. Республика Таджикистан, Дангара;
- XII съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. Секция: Ядерная и радиационная медицина. Онлайн. 09 апреля 2021 года;
- XIII съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, Астана, Казахстан, 27-29 апреля 2022 года;
- Международной научно-практической конференции «Новые технологии лучевой диагностики и лечения», Самарканд, Республика Узбекистан, 5-6 мая 2022 года;
- XVII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино» с международным участием, Душанбе, Республика Таджикистан, 29 апреля 2022 года;
- Республиканской конференции «Вклад женщин в развитие науки», Душанбе, Республика Таджикистан, 24 февраля 2023 года;
- Симпозиум «Актуальные вопросы унификации медицинских терминов», Душанбе, Республика Таджикистан, 26 апреля 2023 года;
- Симпозиум онкологов Республики Таджикистан с международным участием «Актуальные проблемы онкологии», Душанбе, Республика Таджикистан, 28 апреля 2023 года;
- IV-ое Международное книжное издание стран СНГ «Лучший педагог-2023» Казахстан, Астана, 29 мая 2023 года;
- Международной научно-практической конференции «Пути улучшения диагностики и лечения злокачественных новообразований», Худжанд, Республика Таджикистан, 26 июня 2023 года;
- Международном форуме «Корейская международная выставка женских изобретений, KIWIE 2023», Сеул, Корея, 20-23 июля 2023 года;
- II-ое Международное книжное издание стран СНГ «Лучший научный сотрудник - 2023» Казахстан, Астана, 10 декабря 2023 года;
- 71-ая Юбилейная научно-практическая конференция ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием «Инновации в медицине: от науки к практике», Республика Таджикистан, Душанбе, 01 декабря 2023 года;

- IV годичная Республиканская научно-практическая конференция ГОУ «ХГМУ»: Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения. Дангара, 22 декабря 2023 года. Секция: Онкология;
- Республиканская конференция «Вклад женщин в развитие науки», Республика Таджикистан, Душанбе 21 февраля 2024 года;
- XI ежегодная международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы медицины», Азербайджан, Баку, 27-28 марта 2024 года;
- XIV съезд онкологов и радиологов СНГ и Евразии, Республика Таджикистан, г. Душанбе, 25-27 апреля 2024 года;
- Международный университетский научный форум. Наука, ориентированная на практику: ОАЭ-Россия-Индия. 18 декабря 2024 года;
- 72-ая годичная научно-практическая конференция с международным участием, посв. 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». 01 ноября 2024 года: Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». Душанбе, 2024 года;
- V-годичная республиканская научно-практическая конференция ГОУ «ХГМУ», посвящённый 30-летию Конституции Республики Таджикистан: «Актуальные вопросы медицины и высшего медицинского образования». 29 ноября 2024. Дангара, 2024;
- Первый конгресс онкологов тюркоязычных стран. 13-14 июня 2025 года. Баку-2025;
- Международная научно-практическая конференция «Пациент – ориентированный подход в радиологии». 19-20 сентября 2025 года. Самарканд, 2025;
- 73-я годичная научно-практическая конференция ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием: «Наука и образование для здоровья нации». 31 октября 2025. Душанбе, 2025;
- VI-годичная республиканская научно-практическая конференция ГОУ «ХГМУ», посвящённой дню Президента и государственному флагу Республики Таджикистан «Достижения и перспективы развития медицинской науки и образования в Таджикистане». 21 ноября 2025 года. Дангара, 2025;
- XV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. 22-24 апреля 2026 года. Минск, 2026.

Основные положения исследования: способы совершенствования лучевой терапии рака кожи, развывшегося из рубцов после сандалового ожога; совершенствование лучевого лечения рака кожи у пожилых; совершенствование способа лечения постлучевых осложнений рака кожи; применение аппликации масла черного тмина на поражённую область кожи и слизистую оболочку полости рта для стихания лучевой реакции после радиотерапии у пациентов с раком кожи и слизистой полости рта, способ лучевого лечения больных раком кожи, инфицированных COVID-19 в условиях пандемии, внедрены в клиническую практику профильных отделений ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ, Худжандского филиала ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ в Согдийской области Республики Таджикистан.

Научные положения и практические рекомендации диссертации используются в процессе обучения клинических ординаторов, аспирантов, курсов усовершенствования врачей онкологов на кафедре онкологии и медицинской радиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», на кафедре онкологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения» Республики Таджикистан (ГОУ «ИПОСЗ» РТ).

Публикация по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 46 печатных работ, из которых 16 статьи в журналах, рецензируемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан и зарубежных стран, 24 тезисов и 4 патента, которые удостоены международного признания в Сеуле (Корея) в 2023 и 2025 гг. с вручением золотых и серебряной медалей, а также два рационализаторских предложения.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 310 страницах машинописного текста, состоит из введения, 10 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, который содержит 401 источника. Работа иллюстрирована 68 рисунками, содержит 42 таблицы.

Основные части исследования. В Республике Таджикистан за последние 10 лет количество больных выросло с 13095 (2015 г.) до 23771 (2024 г.), то есть почти в 1,8 раза. Ежегодно более 3,5 тыс. населения заболевают разными формами онкозаболеваний. В структуре злокачественных новообразований в республике преобладают рак молочной железы, рак шейки матки, рак кожи (немеланомные формы), рак желудка и лимфомы. В структуре смертности населения онкопатология занимает вторую строку после сердечно-сосудистых заболеваний (16220 человек, 2020 г.). Согласно последним данным ВОЗ, опубликованным в 2020 года, смертельные случаи от рака кожи в Таджикистане достигли 36 или 0,08 % от общей смертности. Скорректированная на возраст смертность составляет 0,91 на 100 000 населения, и Таджикистан занимает 140-е место в мире (рисунок 1).

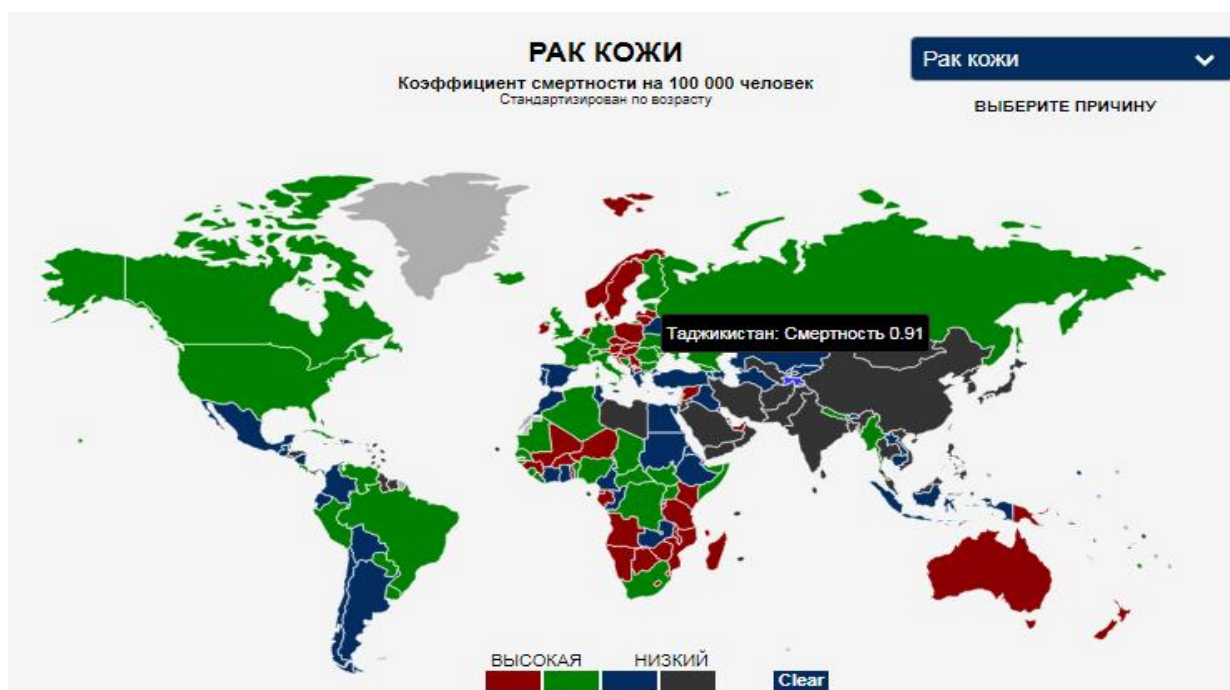


Рисунок 1. Коэффициент смертности на 100 000 населения

Опухолевые заболевания кожи представляют собой достаточно серьёзную проблему для среднеазиатского региона, в частности Таджикистана (Рисунок 2).

Согласно данным статистических отчётов онкологической службы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, из общего числа взрослых больных, состоящих на учёте в 2020 г., 12,34 % составили пациенты, страдающие раком кожи (без меланомы).

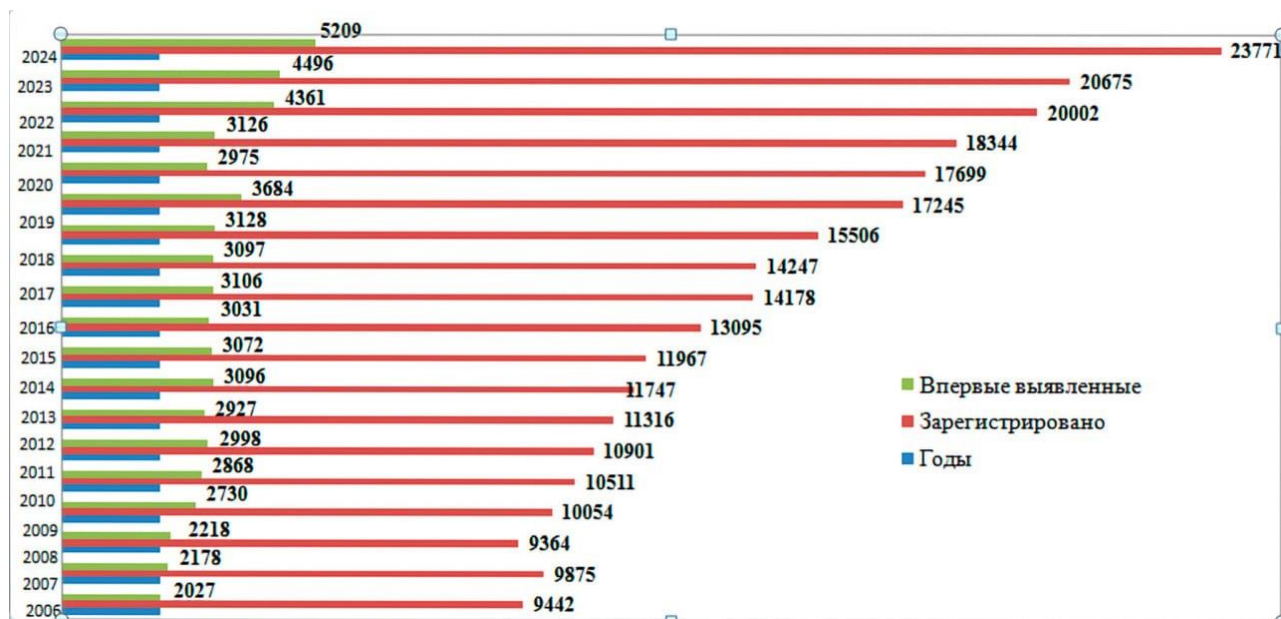


Рисунок 2. Тенденция роста злокачественных новообразований в Таджикистане за 2006-2024 гг

По данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан в 2023 году на учёте состояло 1418 больных раком кожи, а в 2024 году их количество увеличилось до 1553 пациентов. Таким образом, прирост рака кожи за год достиг до 9,0 % (таблица 1).

Таблица 1. Больные раком кожи в Таджикистане за 2021-2024 гг

Наименование	2021 год			2022 год		2023 год		2024 год	
	Пол	Зарегистрировано всего	Впервые выявленные	Зарегистрировано всего	Впервые выявленные	Зарегистрировано всего	Впервые выявленные	Зарегистрировано всего	Впервые выявленные
Злокачественные опухоли кожи	М	643	82	636	86	767	120	830	122
	Ж	525	68	529	39	651	110	723	116
	Всего	1168	150	1165	125	1418	230	1553	238

«В большинстве стран мира рак кожи стабильно сохраняет высокий уровень заболеваемости с тенденциями к её росту, составляя 14-14,5 % в структуре злокачественных новообразований. Среди мужчин данный показатель уступает раку лёгкого и предстательной железы, а среди женщин – раку молочной железы. Актуальность данной проблемы обусловлена не только быстрым ростом заболеваемости, но также и запоздалой диагностикой, появлением новых, более точных методов диагностики и комплексных методов диагностики. Высокий уровень заболеваемости раком кожи часто рассматривается как показатель экологического неблагополучия медицинского характера. Чаще всего возникает в возрастном периоде 50- 69 лет, однако в последние годы отмечается тенденция к его омоложению. Рак кожи включает в себя базальноклеточную форму (базалиома), составляющую 75–97 % всех эпителиальных раков кожи, плоскоклеточную форму (5-15 %) и рак придатков кожи (карцинома Меркеля) – менее 1 %» [6].

В Республике Таджикистан также сохраняется высокий уровень заболеваемости раком кожи, стабильно занимая 3-4 места [26].

«Рак кожи век является довольно распространённой опухолью, что ставит его в ряд актуальных проблем современной онкологии. Опухоли кожи век составляют более 80 % от всех новообразований органов зрения, среди которых доминируют доброкачественные, встречаясь во всех возрастных группах. Опухоли эпителиального генеза 67 % случаев, мягкотканые новообразования 28,9 %, а пигментные опухоли составляют 12 %. Среди всех новообразований кожи век частота рака колеблется, по данным разных авторов, от 5 до 55 %» [18].

«В структуре онкозаболеваемости в Республике Таджикистан злокачественные новообразования органов зрения занимают 9-10 место. Ежегодно регистрируется от 15 до 26 больных, показатель заболеваемости составляет 0,5-0,7 случаев на 100 тыс. населения, а частота рака кожи век составляет 58 %, указывая на высокий её уровень в стране» [18].

Авторами выявлены особенности распространения рака кожи век в стране, выражающиеся в преобладании женского пола (55,4 %), преимущественно в возрастной категории старше 60 лет с высоким показателем заболеваемости в южном регионе республики (Хатлонская область, 35,6 %). Эти данные в определённой степени подтверждают «наличие эпидемиологических особенностей данной патологии в Таджикистане, связанные с высоким уровнем инсоляции УФО и большой занятостью в аграрном секторе. С учётом локализации, гистотипа и распространённости опухоли хирургическое лечение получили 45 (50 %) больных, только лучевую терапию – 15 (16,7 %), комбинированное лечение (лучевая терапия + операция; операция + лучевая терапия) – 24 (26,6 %) больных, а комплексное лечение (лучевая терапия + операция + полихимиотерапия - 6 (6,7 %) больных [18].

Следует отметить, что лучевая терапия, как альтернатива хирургическому лечению в режиме монотерапии, применялась у больных с T1-2 стадией. При местно-распространённом процессе применялись комбинированные и комплексные методы лечения.

При определении частоты заболеваемости раком в условиях горной местности Таджикистана за период 2010-2020 гг. были использованы материалы статистического сборника Республиканского центра медицинской статистики и информации при Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (2020), статистические данные Управления здравоохранения ГБАО и медико-статистические данные центральной областной больницы города Хорога. Авторы показали, что «первичная заболеваемость населения Республики Таджикистан злокачественными новообразованиями демонстрирует тенденцию роста - в масштабах республики она изменилась с 34,6 до 40, а в условиях средне - и высокогорья с 63,1 до 85,1 на 100 тыс. населения» [12].

Возможности использования лучевой терапии в Таджикистане. В настоящее время лучевая терапия занимает одно из ведущих мест в лечении злокачественных новообразований органов и тканей человека. Лучевая терапия является «местным» методом лечения, так как незначительно влияет на весь организм, основное её действие приходится только на ту зону, где располагается опухоль. В основе этого лечения лежит воздействие различных видов ионизирующего излучения на опухолевую ткань. Известно, что опухолевые клетки обладают способностью очень быстро делиться и чрезвычайно чувствительны к физическим воздействиям разного рода, поскольку излучение вызывает повреждение главного аппарата клеток – ДНК с последующей их гибелью, что обеспечивает уменьшение размеров опухоли и остановку её роста. В то же время здоровые клетки страдают в значительно меньшей степени. Облучение проводят на специальных аппаратах под разными углами по отношению к опухоли, а фокусировка луча строго на опухоли помогает избежать нежелательных последствий, таким образом,

эффект получается значительно выше. Клиницисты и исследователи пришли к заключению, что особенно эффективно лучевую терапию применять в комплексе с лекарственной терапией (химиотерапией) и хирургическими вмешательствами. Комплексное лечение позволяет предотвратить появление рецидивов, а также уничтожить раковые клетки, оставшиеся после оперативного вмешательства. В последние годы число побочных эффектов лучевой терапии значительно снизилось, благодаря возможности прицельного действия излучения на опухолевую ткань, а также использования не только рентгеновских лучей, но и строго направленных на опухоль пучков элементарных частиц.

Облучение при раке может проводиться, как самостоятельно, особенно в случае поверхностно расположенных опухолей (кожа, молочная железа), так и в сочетании с химиотерапией и оперативными вмешательствами.

Лучевая терапия, проведённая в плане предоперационного, неoadъювантного режима может способствовать уменьшению размеров опухоли, снижению риска распространения раковых клеток в кровеносные и лимфатические сосуды. В случае наличия метастазов при запущенных формах рака, использование лучевой терапии способствует снижению интенсивности болевого синдрома, уменьшению размеров имеющихся метастатических узлов, приостанавливает дальнейшее распространение раковых клеток по организму.

В случае подозрения на наличие остаточной опухоли, лучевую терапию проводят в послеоперационном периоде, что позволяет уничтожить оставшиеся опухолевые клетки и избежать рецидива заболевания в будущем.

Лучевой терапевт подбирает способ лучевой терапии с учётом особенностей опухоли, её локализации, степени распространённости и общего состояния пациента. Поскольку ионизирующее излучение способно повреждать и здоровые ткани, то разовые очаговые дозы (РОД) и суммарные очаговые дозы (СОД) лучевой терапии определяются индивидуально.

При росте числа онкологических больных в странах с низким и средним уровнем дохода существующая инфраструктура радиационной медицины и доступные ресурсы могут удовлетворить только небольшую часть потребностей. В настоящее время 70% больных раком не имеют доступа к лучевой терапии. Кроме того, по причине поздней диагностики, отсутствия скрининга и других социально-экономических факторов, таких как страх, предубеждения, работа, семейные обстоятельства, 65 % больных обращаются к специалистам в запущенных стадиях заболевания. Поэтому, усовершенствования только возможностей радиотерапии недостаточно чтобы бороться с раком, в конечном счёте, для улучшения выживаемости онкологических больных необходимы и другие мероприятия, которые сосредоточены в информации о раке, государственном образовании, профилактике рака и раннем его выявлении.

Методы лучевой терапии зависят от способа воздействия на опухолевую ткань:

- дистанционная лучевая терапия – аппарат находится снаружи, а луч проходит сквозь другие ткани непосредственно к опухоли;
- контактное лечение, подразумевающее воздействие только на опухолевую ткань путём введения в неё носителей излучения. Оно может быть внутритканевым, внутрисосудистым, в виде аппликаций;
- радионуклидная терапия – введение фармакологических препаратов, содержащих радиоактивный элемент, способный накапливаться в строго определённых тканях.

В целом, как правило, частота использования лучевого компонента в лечении онкологических больных составляет не менее 60 %, а при таких, весьма часто встречающихся опухолях, как рак легкого, рак молочной железы, рак кожи, рак пищевода, лимфогранулематоз - не менее 70 %. Поэтому, разработка наиболее эффективных способов лучевой терапии онкологических больных является весьма актуальной проблемой здравоохранения.

Медицинская рентгенология и радиология в Таджикистане начала свою деятельность в 1930 году и первые два рентгеновских аппарата – подарок Питерских рабочих-были доставлены в г. Душанбе и Ленинабад (ныне Худжанд). В те годы радиологическая служба республики была представлена двумя рентгено-диагностическими лабораториями и аппаратами для лучевой терапии: РУМ-17, Рокус-5000, Агат-В.

Рентгенология и радиология в республике развивается комплексно с другими клиническими дисциплинами. Основы её преподаются на кафедре рентгенологии и радиологии Таджикского государственного медицинского института, организованной в 1957 году проф. Г.М. Сагателяном (1957-1964гг.), Л.Б. Наумовым (1964-1971 гг.) и Мухитдиновым Б.Н. (1971-1988 гг.). При кафедре совместно с республиканским рентгеновским центром ежегодно проводятся курсы по первичной специализации, а также усовершенствование врачей.

Рентгенологи и радиологи республики объединены в научно-практическое общество, которое является основным организующим координирующим центром их деятельности. Научные исследования сосредоточены, в основном на кафедре рентгенологии и радиологии Таджикского государственного медицинского института и в рентгенорадиологических отделениях Института гастроэнтерологии Академии наук Таджикистана и Республиканского онкологического диспансера. Исследования ведутся по различным проблемам, среди которых наибольшее развитие получило совершенствование рентгенологической и радиоизотопной диагностики заболеваний органов пищеварения, распознавание злокачественных новообразований органов и систем человека.

ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ является головным специализированным лечебно-профилактическим учреждением, где оказывается всесторонняя высококвалифицированная медицинская помощь больным со злокачественными новообразованиями. Наряду с хирургическим, лекарственным лечением, больные, страдающие опухолевыми заболеваниями, получают лучевую терапию в виде монотерапии и как составляющую комбинированного и комплексного методов лечения.

С 1956 года на базе Республиканского онкологического диспансера Минздрава Таджикской ССР в г. Душанбе начало функционировать отделение лучевой терапии злокачественных опухолей. Отделение было укомплектовано высококвалифицированными специалистами – пятью радиологами-онкологами, из них трое имели первую (высшую) врачебную категорию и 2 медицинскими физиками. Медицинские физики несли ответственность за радиационную защиту, дозиметрию и планирование лечения, а также за обслуживание радиотерапевтической аппаратуры и радиологического оборудования. Отделение было оснащено радиотерапевтическими аппаратами «РОКУС», «АГАТ-С» и «АГАТ-ИУ». Аппараты «РОКУС» и «АГАТ-ИУ» до 2005 года динамично проходили радиационный контроль, согласно требованиям МАГАТЭ. Замена источников за 1990-2005 гг. проводилась с большими трудностями. Последний раз источник на аппарате «АГАТ-С» был заменён в 1986 году. Вся перечисленная медицинская рентгенорадиологическая аппаратура не в полном объёме отвечала требованиям по контролю качества, установленным международными протоколами МАГАТЭ.

До 2006 года лучевое лечение больных со злокачественными новообразованиями носило довольно примитивный характер и нуждалось в значительных капитальных вложениях со стороны государства.

К этому времени Республиканский онкологический диспансер Республики Таджикистан успешно сотрудничал с Ассоциацией директоров онкологических центров и институтов СНГ и вошёл полноценным членом в состав этой структуры, благодаря усилиям главного онколога Минздрава Республики Таджикистан профессора Д.З. Зикирходжаева. Вышеназванная Ассоциация инициировала активную безвозмездную

помощь онкологической службе нашей страны: за короткий срок был подготовлен целый ряд научных кадров, высококвалифицированных практических врачей онкологов, радиологов, педагогов. Подготовка радиологов проводилась по программе МАГАТЭ с участием зарубежных специалистов. Обучение клинических ординаторов, аспирантов и докторантов осуществлялось на базе членов Ассоциации – в крупных онкологических центрах СНГ и дальнего зарубежья. Мощным толчком для развития лучевой терапии в республике явилось открытие по решению Правительства Республиканского онкологического научного центра на базе диспансера в 2006 г.

В рамках технического сотрудничества (ТС) проекта МАГАТЭ (TAD/6/003 «Обновление службы радиотерапии в ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ») в республику были поставлены новый аппарат ТЕРАГАМ чешского производства (функционирует с декабря 2006 г.) и брахитерапевтическая установка MultiSource немецкого производства (функционирует с декабря 2010 г.). В связи с введением в действие радиотерапевтического аппарата ТЕРАГАМ, уровень обеспеченности населения лучевой терапией заметно улучшился – пропускная способность отделения возросла до 100-120 человек в месяц и, следовательно, общее количество больных, проходящих лучевое лечение, существенно увеличилось по сравнению с предыдущими годами. К сожалению, на сегодняшний день в этом аппарате источник уже пережил два периода полураспада, соответственно и пропускная способность сократилась.

Практика ведущих клиник мира показывает, что для полноценного лечения больных в клинике требуется наличие, как минимум, двух аппаратов, чтобы, в случае поломки, разрядки или ремонта одного аппарата, больные могли продолжать курс лечения на другом аппарате.

В 2020 году под эгидой МАГАТЭ открыто отделение лучевой терапии злокачественных новообразований в Согдийском онкологическом диспансере (г. Худжанд) на 20 стационарных коек, которое оснащено аппаратом ТЕРАБАЛТ и стимулятором. Таким образом, в настоящее время в Республике Таджикистан функционируют 2 отделения лучевой терапии мощностью 60 коек (таблица 2).

Таблица 2. Оснащение отделений радиотерапии злокачественных новообразований в ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ и Согдийском областном онкологическом диспансере

Вид терапии	Модель аппарата и производитель	Изо-топ	Кол-во аппаратов	Дата установки
ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ				
Телетерапия	TERAGAM, Czech Republic	Co-60	1	2007
Симулятор	Simulator NT TM Radiographic/Fluoroscope Simulator, Huestis, Canada		1	2007
Симулятор	TERASIX treatment planning system for radiotherapy Plan W		1	2020
Брахитерапия	HDR after loader Gyne Source, BEBIG, Germany	Co-60	1	2009
	Mobile C-arm BV Libra, Philips		1	2008
Согдийский областной онкологический диспансер				
Телетерапия	TERABALT	Co-60	1	2020
Симулятор	TERASIX treatment planning system for radiotherapy Plan W		1	2020

Отделение лучевой терапии необходимо оснастить комплексно, как дистанционным, так и контактным оборудованием, чем, к сожалению, не полностью

обеспечены отделения в Душанбе и Худжанде. Сам процесс лечения невозможно осуществить без системы планирования лучевой терапии. ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ в рамках вышеприведённого ТС проекта МАГАТЭ получил 2,5D планирующую систему XiO, которая, в силу своих возможностей, функционирует в отделении.

Из-за отсутствия других технических возможностей, дистанционная гамма-терапия и брахитерапия опухолей являются основными методами лучевого лечения онкологических больных в Таджикистане.

Брахитерапия или контактная лучевая терапия является одним из видов аппаратной лучевой терапии, при которой источники излучения вплотную прилегают к телу (аппликационная) или вводятся внутрь тела в полости (внутриполостная) либо ткани (внутриканевая) пациента. С помощью аппаратов контактной лучевой терапии осуществляется облучение самых различных мишеней: пищевода, бронхов, прямой кишки, гортани, поджелудочной железы, молочной железы, простаты и т.д.

В радиотерапии широко используются гамма-кварты, испускаемые при радиоактивных распадах некоторых атомных ядер. В качестве источника гамма-излучения применяются радионуклиды Co-60, ^{192}Ir , ^{125}I , ^{137}Cs и др., которые вводятся через полые интрасты, предварительно размещённые в теле больного. После установки интрастов пациент остаётся в процедурном помещении один, и перемещение источников излучения из хранилища в интрасты осуществляется дистанционно с пульта управления. Активность применяемых радионуклидов находится на уровне нескольких единиц Ки. Интрасты соединяются с хранилищем для радиоактивных источников гибкими шлангами. Особенностью распределения дозы, создаваемой при контактном облучении, является сосредоточение максимума дозы на поверхности источника. При удалении от источника мощность поглощённой дозы быстро падает, поэтому объёмы облучения оказываются небольшими, а в этом случае достаточно хорошей оказывается защищённость органов риска и нормальных здоровых тканей, расположенных недалеко от мишени.

Резюмируя вышеприведённые данные, необходимо контролировать факты о том, что применение лучевой терапии для лечения злокачественных новообразований требует больших усилий специалистов профессионалов: радиологов, онкологов, инженеров-физиков. Одним словом, лучевая терапия является мультидисциплинарной отраслью современной медицины.

Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН опубликовал демографическую статистику по всем странам мира. Sputnik Таджикистан сравнил страны Центральной Азии по демографическим показателям населения: за 2015 г. численность населения Таджикистана увеличилась на 200 тыс. человек, тогда как в предыдущие годы этот показатель составлял порядка 150 тыс., а в 2017 году насчитывало 8,921 млн. человек, из них мужчин – 4,481 млн., женщин 4,441 млн. Количество женщин и мужчин примерно одинаковое. При этом, детей в возрасте до 14 лет насчитывалось 35 % от всего населения, юношей и девушек (до 24 лет) – 19 %, людей среднего возраста (до 59 лет) – 40 %, стариков – 6 %. К январю 2024 г. в сравнение стран по численности населения, Таджикистан занимал 3-е место в регионе Центральной Азии, достигнув 10,2-миллионной отметки. При этом за 30 лет независимости Таджикистан занял первое место по темпам роста населения среди республик СНГ.

На основании всего вышесказанного можно утверждать, что в Республике Таджикистан ежегодно в дистанционной лучевой терапии нуждаются около 8500 пациентов, более 1500 человек нуждаются в брахитерапии. Исходя из рекомендаций Европейской Ассоциации Терапевтических Радиационных Онкологов (ESTRO) и ВОЗ, по которым в стране должно быть, установлено не менее 3-5 современных аппаратов на один миллион жителей, в Республике Таджикистан при среднемировом уровне первичной онкологической заболеваемости должно применяться в лучевой терапии не

менее 20 дистанционных гамма-терапевтических аппаратов и медицинских ускорителей. Брахитерапия требует применения не менее 2 аппаратов для проведения внутрисполостного облучения и 2 аппаратов для проведения внутритканевого облучения.

Сегодня в Европе один дистанционный облучатель (на 85 % это ускорители) приходится на 100 тыс. населения, а в США – на 80 тыс. населения. Тенденция развития лучевой терапии свидетельствует о том, что через 20 лет в высокоразвитых странах один ускоритель будет приходиться не более чем на 50 тыс. населения. Учитывая уровень развития страны и увеличение численности населения в ближайшие годы, мы должны будем иметь не менее 10-15 терапевтических ускорителей и 7-10 дистанционных гамма-терапевтических аппаратов.

Принимая во внимание наличие тенденции к расширению роли лучевой терапии в комплексном лечении онкологических больных, а также для улучшения качества специализированной медицинской помощи, существует острая необходимость в расширении парка диагностического и терапевтического оборудования, как в ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ, так и в областных онкологических центрах страны. Соответственно следует увеличить число специально обученных медицинских физиков и инженеров, обслуживающих аппаратуру и установки для лучевой терапии.

Исходя из расчёта количества необходимых аппаратов для лучевой терапии на текущую численность населения Таджикистана по методу Тарутин, в 2025 году в отделениях лучевой терапии Республики Таджикистан должно функционировать, как минимум, 8 аппаратов лучевой терапии второго класса или дистанционных гамма-аппаратов и 4 ускорителя первого класса.

По данным Зуенкова Ю.А.: «потребность в рентгенотерапевтических аппаратах для Таджикистана может быть рассчитана тремя основными способами: «по количеству обслуживаемого населения» – 12 аппаратов, «по количеству онкодиспансеров в стране» - 5 штук, «по потребности» (по онкологической заболеваемости) (подход Lean-менеджмент) достаточно одного аппарата. Предложенные модели должны быть скорректированы с учётом территориальной доступности метода для населения, действующих клинических рекомендаций, а также наличия прочего радиотерапевтического оборудования. Руководителям медицинских учреждений необходимо знать разные подходы к расчёту потребности для составления заявок на закупку аппаратуры и их оформления согласно действующим локальным нормативным документам» [14].

Стремительное развитие медицинских технологий диктует неотлагательную необходимость приобретения современных ускорителей, позитронно-эмиссионной компьютерной технологии в ближайшем будущем.

Вклад таджикских учёных в решение проблем диагностики и лечения рака кожи. Рак кожи относится к наружным локализациям злокачественных новообразований и широко распространён среди населения среднеазиатских республик, Таджикистан не исключение. В 60-80 годах прошлого века показатели заболеваемости раком кожи в Республике Таджикистан были настолько высокими, что он считался краевой патологией и привлекал пристальное внимание онкологов республики (таблица 3).

Болезнь занимала ведущее ранговое место среди злокачественных новообразований. В 1970 году Пинхасов Д.М. [21] защитил диссертацию «Первичные кожно-пластические операции при раке кожи» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Выбор направления научного исследования был обусловлен наличием в Таджикистане большого количества больных раком кожи в запущенных стадиях, нуждающихся в производстве расширенных объёмов оперативных вмешательств. Появилась острая необходимость в разработке методов закрытия обширных дефектов после удаления опухолей кожи. В то время существовало мнение о неправомерности применения онкопластических вмешательств при раке кожи ввиду появления риска развития рецидивов и метастазов после лечения.

С учётом особенностей клинического течения рака кожи, развившегося из рубцов, доцент кафедры онкологии Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибн Сино Яценко К.Д. (1975 год) разработал методологические подходы к терапии данной разновидности злокачественных новообразований [36]. Будучи высокопрофессиональным хирургом-онкологом, он изучил и выделил этот контингент больных в особую группу лиц, нуждающихся в лечении с учётом отличительных морфологических особенностей рака кожи, развившегося из рубцов различной этиологии. На основании полученных данных исследователем была защищена кандидатская диссертация, которая получила широкое признание специалистами онкологами.

Таблица 3. Научные исследования учёных Таджикистана, посвящённые проблемам диагностики и лечения рака кожи

Ф.И.О.	Название диссертационной работы (искомая учёная степень, место защиты)	Год защиты
Пинхасов Д.М.	Первичные кожно-пластические операции при раке кожи (кандидат мед. наук, Баку)	1970
Яценко К.Д.	Рак кожи из рубцов (кандидат мед. наук, Москва)	1975
Базаров Н.И.	Диагностика и оценка эффективности лечения опухолей челюстно-лицевой области (кандидат мед. наук, Киев)	1990
Базаров Н.И.	Клиника, диагностика и пути оптимизации лечения опухолей челюстно-лицевой области и шеи (доктор мед. наук, Душанбе)	1997
Громов Г.Б.	Рак кожи у детей (клиника, диагностика, лечения) (доктор мед. наук, Москва)	1999
Нишонов Д.К.	Возможности восстановительных операции при лечении опухолей кожи и мягких тканей у детей (кандидат мед. наук, Душанбе)	2000
Сангинов Дж.Р.	Рак кожи в Таджикистане (доктор мед. наук, Душанбе)	2001
Бахиров Д.Н.	Предраковые заболевания кожи (клиническое течение, частота малигнизации, вопросы терапии) (кандидат мед. наук, Душанбе)	2004
Хусейнов З.Х.	Особенности клинического течения и пути оптимизации лечения плоскоклеточного рака кожи головы и шеи (кандидат мед. наук, Душанбе)	2004
Хусейнов З.Х.	Диагностика и лечение местно-распространённых сарком мягких тканей (доктор мед.наук. Москва)	2012
Баротов З.З.	Особенности клинического течения и пути оптимизации лечения базальноклеточного рака кожи головы и шеи (кандидат мед. наук, Душанбе)	2011
Хабибуллаев Ш.З.	Реконструктивно-восстановительные операции при местно-распространённом раке органов головы и шеи (доктор мед. наук, Ростов-на-Дону)	2016
Орифов Б.М.	Рак кожи, развившийся на рубцах (кандидат мед. наук, Душанбе)	2016

Через 40 лет (2016 г.) эту проблему вновь поднял Орифов Б.М. [20] в своих исследованиях, посвящённых раку кожи, развившемуся из рубцов. Орифов Б.М. изучил особенности диагностики, клинического течения, лечения рака кожи развившегося на

рубцах, с учётом сроков развития, этиологических факторов, морфологического строения опухоли. На большом клиническом материале больных раком кожи, развившимся на рубцах, изучены особенности клинического течения, диагностики и лечения.

Особое место в разработке новых подходов к лечению рака кожи занимает цикл научных работ профессора Базарова Н.И., в частности длительный период научных исследований (1990 г. по н. вр.), посвящённых «диагностике и лечению опухолей челюстно-лицевой области и шеи, проведённых в рамках кандидатской (1990 г.)» [2] и докторской (1997г.) диссертаций, что является значительным вкладом в развитие данного направления онкологической науки. Необходимо подчеркнуть, что более 57 % опухолей кожи развиваются в области головы и шеи. [3].

Принято считать, что рак кожи не встречается у детей. Академик Л.А. Дурнов в 80-90 гг. прошлого века неоднократно сообщал о 13 случаях рака кожи у детей в Российской Федерации за последние 40 лет. На тот период более 50 % населения Республики Таджикистан составляли дети в возрасте до 16 лет. Начатое исследование Громова Г.Б. в рамках докторской диссертации (2001 г.) показало, что «в Республике Таджикистан нередко встречается заболеваемость раком кожи у детей. Тщательный анализ более 60 случаев рака кожи у детей убедительно показал, что болезнь у них развивается, в основном, на изменённой коже, например, на фоне пигментной ксеродермы [9].

Исследуя эту же проблему в 2000 году сотрудник кафедры онкологии ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибн Сино» Нишонов Д.К. изучил и внедрил в клиническую практику возможности проведения восстановительных операции при лечении опухолей кожи и мягких тканей у детей. Он предложил «новые методологические подходы к закрытию послеоперационных дефектов кожи у детей с учётом возраста пациентов, локализации, размеров и морфологической структуры опухолей. На основании полученных данных исследователь определил показания и противопоказания к восстановительным операциям в детском возрасте» [19].

Особое место в решении проблем рака кожи в Республике Таджикистан имеют научные исследования Сангинова Дж.Р., посвящённые особенностям клинического течения, диагностики и лечения рака кожи. Большой научный труд, обобщающий результаты терапии более 2000 клинических случаев рака кожи, позволил «оценить особенности клинического течения болезни, показать целенаправленные пути выбора эффективных методов лечения болезни, с учётом возраста больных, локализации опухоли, морфологического строения и стадии её развития. Определены гистологические варианты злокачественности рака кожи и степень их влияния на прогноз болезни с учётом региональных климатогеографических особенностей» [27].

В 2004 году в рамках научного сотрудничества кафедр онкологии и кожных болезней ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибн Сино» (зав. каф. д.м.н., профессор Зоиров П.Т.) были начаты исследования, посвящённые проблемам предраковых заболеваний кожи и её придатков. Исследование курировал аспирант кафедры кожных болезней Бахиров Д.М. [5]. Поисковая научная работа была посвящена изучению механизмов перехода предраковых заболеваний кожи в рак и определение факторов, способствующих малигнизации, разработке рациональных методов лечения и профилактики заболеваний. Определены пути целенаправленной диспансеризации больных с предраковыми заболеваниями путём создания групп риска. Установлены ранние признаки, указывающие на трансформацию и малигнизацию опухоли. Полученные результаты завершили защитой кандидатской диссертации.

В 2001-2011 гг. в рамках Национальной программы по диагностике, лечению и профилактике злокачественных новообразований в Республике Таджикистан начались исследования, посвящённые изучению различных морфологических форм рака кожи, что коренным образом влияет, на наш взгляд, на прогноз болезни.

Кандидатская работа Хусейнова З.Х. (2004 г.) была посвящена исследованию особенностей клинического течения и путей оптимизации лечения плоскоклеточного рака кожи головы и шеи. «Впервые дана сравнительная оценка эффективности использования различных методов лечения плоскоклеточного рака кожи головы и шеи, с учётом продолжительности периодов клинической ремиссии и качества жизни больных. Оценена общая годовая, 3-х и 5-летняя выживаемость пациентов, страдающих плоскоклеточным раком кожи головы и шеи в зависимости от различных методов лечения больных» [34].

Успешным продолжением этой идеологии является кандидатская работа Баротова З.З. (2011 г.), посвящённая проблемам оптимизации диагностики и лечения базальноклеточного рака. Опытному онкологу хирургу удалось собрать солидный собственный клинический материал по намеченной проблеме. «Статистические данные последних 20-25 лет свидетельствуют, что в Республике Таджикистан базальноклеточный рак составляет 40 % от злокачественных опухолей кожи. На значительном клиническом материале доказан краевой характер болезни в Таджикистане» [4].

Докторская диссертация Хабибуллаева Ш.З. (2016 г.) была посвящена реконструктивно-восстановительным операциям при местно-распространённом раке органов головы и шеи. Большой опыт работы хирургом онкологом, накопленный клинический материал, значительный период наблюдения за больными позволили ему «разработать впервые классификацию дефектов тканей после комбинированных операций. Предложены различные виды простой и комбинированной пластики с использованием сложных кожно-жировых и кожно-мышечных артериализированных лоскутов на ножке в зависимости от локализации и вида раневого дефекта. Определены наиболее приемлемые методы выполнения реконструктивно-восстановительных операции конкретно для каждого пациента» [33].

Учёными Таджикистана выполнены 5 докторских и 8 кандидатских диссертаций, посвящённых решению проблем диагностики, лечения, профилактики рака кожи. Результаты завершённых исследований внедрены в клиническую практику не только в Таджикистане, но и в клиниках СНГ. В рамках сотрудничества Ассоциации директоров институтов онкологии и рентген-радиологии СНГ и Евразии они используются при создании протоколов лечения рака кожи. Тщательный анализ всех исследований по раку кожи в Республике Таджикистан показал, что малозначительное место уделено лучевому лечению, как основному компоненту терапии. Не оценены роль и значимость монотелегамматерапии. Явно недостаточно исследований посвящено роли лучевого лечения рака кожи в зависимости от стадийности болезни.

В проведённых исследованиях имеет место общая оценка прогнозов комбинированного и комплексного лечения рака кожи, а значимость радиотерапии упоминается в заключениях работ. В перечисленных исследованиях явно недостаточно, либо отсутствуют характеристики осложнений, возможности их профилактики и лечения. Остаются неизученными выживаемость больных после применения лучевой терапии, прогноз и качество жизни больных.

Резюмируя вышеприведённые данные, следует отметить особую и неоценимую роль нашего наставника, профессора Б.П. Ахмедова в решении исследуемой проблемы. Он является идеологом перечисленных научных исследований, сам лично в течение многих лет выполнял сложные операции у больных раком кожи, положил основу кожно-пластическим операциям в онкологической практике республики

Материал и методы исследования. В основу диссертационной работы положено тщательное изучение данных о 1049 больных раком кожи, получивших амбулаторное и стационарное лечение в условиях ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ за период 2006-2020 гг. Работа проводилась в рамках Национальной программы по профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний в Республике Таджикистан на 2010-2015 гг., утвержденной постановлением Правительством РТ от 31 октября 2009 года, № 587,

продлённой до 2020 г., и Национальной Стратегии здоровья населения на 2010-2020 гг., а также научных исследований ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ и кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибн Сино».

Медицинская документация пациентов и больные подвергались всестороннему ретроспективному и проспективному анализу согласно разработанным протоколам, опросникам, включающим в себя: паспортные данные, анамнез заболевания, особенности клинического течения болезни и стадирование злокачественных опухолей кожи, определение показаний и противопоказаний к применению лучевой терапии, её осложнения, результаты лечения, реабилитации пациентов.

Больным до планирования лучевой терапии производились физикальные обследования, биопсия новообразований на коже с морфологическим исследованием полученного материала. С целью установления распространённости и стадирования опухолевого процесса, а также выработки адекватной терапии больным выполнялись УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ КТ, по показаниям.

Алгоритм диагностических мероприятий:

- осмотр кожных покровов и очага поражения, в том числе, методами оптического усиления (при необходимости);
- пальпаторное исследование кожи в области локализации опухоли;
- пальпация регионарных лимфатических узлов;
- рентгенографическое исследование органов грудной клетки;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости и регионарных лимфатических узлов (при первично-распространённых опухолевых процессах и метастатических формах опухоли);
- цитологическое исследование мазков-отпечатков или соскобов из новообразования;
- с целью получения убедительных данных клинического и цитологического исследования производили операцию (на границе её со здоровыми тканями) или эксцизионную (при небольших новообразованиях) биопсию опухолей с последующим морфологическим исследованием материала;
- при наличии увеличенных регионарных лимфатических узлов выполняется пункционная (аспирационная) биопсия;
- при обширных распространённых стадиях проводятся дополнительные обследования (рентгенография мягких тканей в проекции очага опухолевого поражения, компьютерная томография поражённой анатомической области).

Дополнительные методы обследования:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- определение группы крови, резус-фактора (при хирургическом лечении);
- реакция Вассермана (при хирургическом лечении);
- биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевины, билирубин, щелочная фосфатаза, ионы Na, K, Ca, Cl, глюкоза) (при хирургическом лечении);
- ЭКГ.

Больные были разделены на группы с целью дальнейшего сопоставления результатов лечения:

1 группа (n=527 – 50,23 %) – больные, которые получали лучевую терапию по радикальной программе – пациенты с T₁₋₂N₀M₀ стадиями рака кожи.

2 группа (n=522 – 49,77 %) – больные, которые получали комбинированное лечение по поводу T₃₋₄N₁₋₂₋₃M₀₋₁ стадий рака кожи.

Из общего числа исследованных больных паллиативное лучевое лечение проводилось 283 (26,97 %) больным, у которых возможности радикальной терапии были исчерпаны. У этих пациентов в процессе и после лечения отмечалось прогрессирование болезни, обнаружены рецидивы и метастазы опухолей. Среди 1049 исследованных

пациентов мы изучали результаты лучевого лечения рака кожи 32 (3,05 %) пациентов–долгожителей, а также 24 (2,28 %) больных раком кожи, инфицированных коронавирусом (COVID-19).

Изучение возрастного состава больных (n=1049) раком кожи показало, что самому молодому пациенту было 24 года и самому старому – 104 года (таблица 4).

Представленные данные свидетельствуют о том, что рак кожи чаще всего встречается в возрастной группе 71-80 лет (в 30,41 % случаев), немного реже в возрастных группах 61-70 лет (в 22,31 % случаев) и 81-90 лет (в 18,30 % случаев), далее по мере убывания следуют возрастные группы 51-60 лет (15,63 % случаев), 41-50 лет (8,39 % случаев), 30-41 год (2,67 % случаев) и пациенты-долгожители (1,24 % случаев). Реже всего рак кожи диагностируется у больных в возрасте до 30 лет (1,05 %).

Таблица 4. Распределение больных раком кожи по возрасту(n=1049)

Возраст больных, лет	Мужчины		Женщины		Всего больных	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
21-30	6	0,94	5	1,21	11	1,05
31-40	19	2,98	9	2,18	28	2,67
41-50	46	7,22	42	10,19	88	8,39
51-60	88	13,81	76	18,45	164	15,63
61-70	148	23,23	86	20,87	234	22,31
71-80	207	32,5	112	27,18	319	30,41
81-90	115	18,05	77	18,69	192	18,30
>91	8	1,25	5	1,21	13	1,24
ИТОГО	637	99,98	412	99,98	1049	100,00

Выбор адекватных методов лечения рака кожи, несомненно, зависит от правильно установленной стадии распространённости опухолевого процесса. В своем исследовании мы руководствовались общепринятой классификацией злокачественных опухолей TNM, одобренной Международным Противораковым Союзом (таблица 5).

Таблица 5. Критерии определения распространённости опухолевого процесса по классификации TNM (восьмое издание, 2018 г.)

Категории	Характеристика первичной опухоли
T _x	первичная опухоль не может быть оценена
T ₀	нет признаков первичной опухоли
T _{is}	карцинома in situ
T ₁	опухоль максимальным размером не более 2 см в наибольшем измерении
T ₂	опухоль максимальным размером более 2 см, но не более 4 см в наибольшем измерении
T ₃	опухоль максимальным размером более 4 см или периневральная инвазия, или глубокая инвазия
T ₄	
T _{4a}	Опухоль с макроскопическими признаками инвазии в кортикальный слой кости, либо костный мозг
T _{4b}	Опухоль с инвазией в кости скелета, включая вовлечение отверстий черепных нервов или позвоночных отверстий с распространением в эпидуральное пространство

В таблице 5 приведены основные критерии стадирования первичной опухоли кожи с учётом топической области. Настоящая классификация применяется только для рака кожи из клеток Меркеля. При этом необходимо предпринять гистологическую верификацию опухоли кожи для определения:

категория Т – физикальное обследование;

категория N – физикальное обследование + лучевые исследования;

категория М – физикальное обследование + лучевые исследования.

Необходимо подчеркнуть, что стадирование различных локализаций рака кожи (в области лица, век и т.д.) имеет свои особенности, обусловленные топическим строением части тела:

N – регионарные лимфатические узлы;

Nx – регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены;

N0 – нет метастазов в регионарных лимфатических узлах;

N1 – есть метастаз максимальным размером не более 3 см в регионарном лимфатическом узле на стороне поражения;

N2 – есть метастаз максимальным размером более 3 см, но не более 6 см в регионарном лимфатическом узле на стороне поражения;

N3 – есть метастаз максимальным размером более 6 см в регионарном лимфатическом узле на стороне поражения;

M – отдалённые метастазы;

M0 – нет отдалённых метастазов;

M1 – есть отдалённые метастазы, при этом, поражение лимфатических узлов на противоположной поражению стороне считается отдалённым метастазом.

Исследуемые нами пациенты, страдающие раком кожи, согласно представленной выше классификации, распределились следующим образом (таблица 6).

Таблица 6. Распределение больных раком кожи по классификации TNM (n=1049)

Стадия рака кожи по TNM		Количество больных	
		абс.	%
T ₁ N ₀ M ₀	I стадия	284	27,07
T ₂ N ₀ M ₀	II стадия	243	23,16
T ₃ N ₀₋₁ M ₀₋₁	III стадия	323	30,79
T ₄ N ₀₋₁ M ₀₋₁	IV стадия	199	18,97
ИТОГО		1049	99,99

Таблица 6 свидетельствует о том, что доля больных в ранних (T₁₋₂N₀M₀) стадиях рака кожи в представленном исследовании составила 50,24 % (n=527).

Несмотря на доступность рака кожи для визуальной диагностики, большинство пациентов обращаются за специализированной помощью к онкологам имея запущенные стадии опухолевого процесса: T₃N₀₋₁₋₂₋₃M₀₋₁ – 30,79 % (n=323), T₄N₀₋₁₋₂₋₃M₀₋₁ – 18,97 % (n=199).

Учитывая доступность рака кожи для диагностики, на начальных этапах распознавания опухолевого процесса нами производилось цитологическое исследование соскобов из поверхности патологического очага, либо биоптатов до гистологического исследования материалов. Следует отметить несколько цитологических классификаций опухолей кожи, которые периодически совершенствуются. Мы в своей практике пользуемся следующей классификацией:

Цитологическая классификация опухолей кожи.

Эпителиальные опухоли и опухолеподобные поражения кожи:

А. Базальноклеточный рак;

Б. Плоскоклеточный рак;

В. Метатипичный рак;

Г. Опухоли потовых желез и родственные поражения:

- доброкачественные: сирингоаденома, папиллярная гидраденома, хондронидная сириногома типа смешанной опухоли слюнных желез;

- злокачественные: рак потовых желез;

Д. Опухоли слюнных желез:

- доброкачественные: аденома слюнных желез;

- злокачественные: рак слюнных желез;

- опухолеподобные поражения;

Е. Опухоли из волосяного фолликула:

- обызвествленная эпителиома Малерба;

Ж. Болезнь Педжета;

З. Недифференцированный рак;

И. Кисты.

Опухолеподобные процессы и опухоли из пигментообразующей ткани:

- доброкачественные – невусы;

- опухоли мягких тканей;

- опухоли и опухолеподобные изменения гемопоэтической и лимфоидной тканей;

- метастатические опухоли.

Патоморфологическое исследование проводилось на всех этапах диагностики 1049 больных, а также в процессе выполнения лучевой терапии с целью оценки патоморфоза и определения эффективности лечения. В случаях выполнения хирургического вмешательства проводили морфологические исследования операционного материала первичной опухоли и метастазов в лимфатических узлах, при необходимости, производили исследование доступных отдаленных метастазов.

С целью оптимального анализа клинического материала и сопоставления результатов исследования мы пользовались гистологической классификацией, предложенной ВОЗ в 2003 г.

Гистологическая классификация опухолей кожи (приведены наиболее часто встречающиеся гистологические типы, исключая меланому):

Плоскоклеточные опухоли:

- плоскоклеточная карцинома *insitu*;

- плоскоклеточная карцинома без дополнительных уточнений;

- плоскоклеточная карцинома ороговевающая;

- плоскоклеточная карцинома неороговевающая;

- железисто-плоскоклеточная карцинома;

- плоскоклеточная карцинома веретенноклеточная.

Базальноклеточные опухоли:

- базальноклеточная карцинома;

- мультицентрическая базальноклеточная карцинома;

- базальноклеточная карцинома склеродермоподобная;

- базальноклеточная карцинома фиброэпителиальная метатипическая карцинома.

Опухоли придатков кожи:

- карцинома придатков кожи;

- аденокарцинома потовых желез;

- аденокарцинома жировых желез;

- другие опухоли.

Как видно из рисунка 3, согласно статистическим данным ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ, который является головным учреждением онкологической службы в стране, количество больных раком кожи увеличивается из года в год. Основными

морфологическими типами опухолей кожи являются базалиома и карцинома в различных вариантах.



Рисунок 3. Число впервые выявленных больных раком кожи по годам за период наблюдения (2006-2020 гг.)

Из общего количества исследованных больных (n=1049) в 561 (53,49 %) случае установлен плоскоклеточный рак кожи, среди больных 315 (56,14 %) мужчин, 246 (43,86 %) женщин. У 488 (46,52 %) больных выявлен базальноклеточный рак кожи в различных вариантах, среди них 322 (65,98 %) мужчин и 166 (34,02 %) женщин.

Как известно, результаты лучевой терапии во многом зависят от локализации и формы роста опухолей кожи. В связи с этим мы определили указанные параметры рака кожи у исследованных больных (таблица 7).

Таблица 7. Распределение больных раком кожи по морфологической структуре и локализации опухолей (n=1049)

Локализация опухоли	Гистологическая структура						Всего больных	
	Плоскоклеточный рак				Бальнокле- точный рак			
	неороговева- ющий		ороговеваю- щий					
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Голова и шея	327	87,43	177	94,65	437	89,55	941	89,7
Туловище	29	7,75	5	2,67	23	4,71	57	5,43
Верхние конечности	11	2,94	3	1,61	24	4,92	38	3,63
Нижние конечности	7	1,87	2	1,07	4	0,82	13	1,24
ИТОГО	374	99,99	187	100	488		1049	100,0

Приведённые данные таблицы 7 свидетельствуют о преимущественной локализации рака кожи в области головы и шеи (89,7 %). Из 941 больного у 327 (34,75 %) установлен плоскоклеточный неороговевающий рак, плоскоклеточный ороговевающий рак выявлен у 177 (18,81 %) пациентов, базальноклеточный рак кожи головы и шеи был диагностирован у 437 (46,44 %) больных.

Более половины больных, имеющих плоскоклеточный рак кожи, локализованный в области туловища – 7,75 %, имели плоскоклеточный неороговевающий рак,

плоскоклеточный ороговевающий рак был диагностирован у 5 (2,67 %) пациентов, базальноклеточный рак кожи - у 23 (4,71 %) больных.

Нередко, в 38 (3,63 %) случаях, у исследованных больных рак кожи локализовался в области верхних конечностей: чаще в нашем наблюдении он встречался у больных базальноклеточным раком – в 24 (4,92 %) случаях, в то время как плоскоклеточный рак кожи встречался у 14 больных, из них в 28,95 % случаях – неороговевающий и в 7,89 % случаев – ороговевающий. Значительно редко рак кожи локализовался в области нижних конечностей – в 13 (1,24 %) случаях (рисунки 4 и 5).

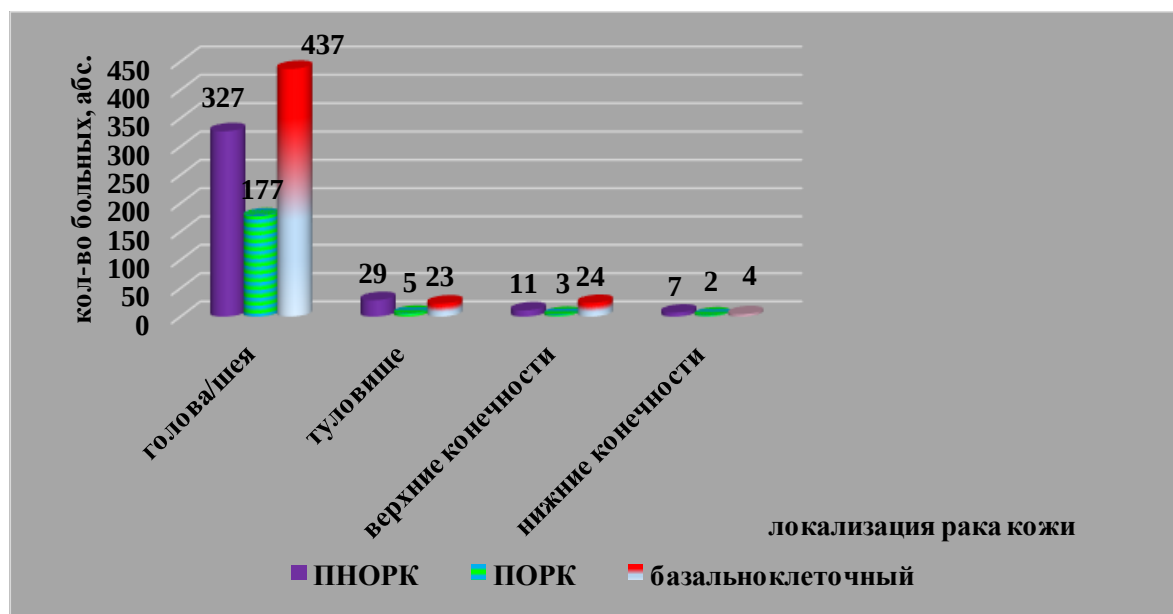


Рисунок 4. Распределение больных раком кожи по локализациям опухолевого процесса (n=1049), абс. (ПНОРК – плоскоклеточный неороговевающий рак кожи; ПОРК – плоскоклеточный ороговевающий рак кожи)



Рисунок 5. Распределение больных раком кожи по локализациям опухолевого процесса (n=1049), %

Локализация опухолевого процесса при раке кожи в значительной мере влияет на эффективность лечения патологии. Лечение рака кожи в области головы и лица требует поиска щадящих методов, ибо анатомическая близость жизненно важных органов нередко ограничивает возможности проведения лечения по радикальным программам.

Несмотря на прогрессивное развитие медицинских технологий, проблемы лечения наружных локализаций злокачественных новообразований остаются далеко нерешёнными.

Достоверно доказано, что лечение злокачественных опухолей требует комплексного и мультидисциплинарного подхода. Только такой методологический подход к терапии может дать утешительные результаты. Несомненно, основным методом лечения рака кожи является хирургическое вмешательство в самых различных модификациях (традиционное широкое иссечение опухоли, криохирургия, лазерная хирургия, радиохирургия и т.д.).

У многих пациентов неотъемлемой частью лечения рака кожи остаётся лучевая терапия в виде:

- самостоятельной по радикальной программе;
- неоадьювантной лучевой терапии;
- адьювантной лучевой терапии;
- лучевой терапии с паллиативной целью.

Лечение исследованных больных раком кожи (n=1049), проведённое в нашем онкологическом научном центре характеризуется многогранностью выбора методов терапии, которые включают в себя комплекс сложных лечебных мероприятий (таблица 8, рисунки 6,7).

Таблица 8. Методы лечения больных раком кожи в зависимости от стадии заболевания (n=1049)

Методы лечения	Стадия заболевания по TNM								Всего больных	
	T ₁ N ₀ M ₀		T ₂ N ₀ M ₀		T ₃ N ₀₋₁₋₂₋₃ M ₀₋₁		T ₄ N ₀₋₁₋₂₋₃ M ₀₋₁			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
операция	42	14,8	38	15,6	-	-	-	-	80	7,63
ТГТ	121	42,6	116	47,7	128	39,6	116	58,3	481	45,85
ПХТ	-	-	10	4,2	-	-	-	-	10	0,95
ТГТ+ПХТ	8	2,8	11	4,5	13	4,0	28	14,1	60	5,72
ТГТ+опер.	88	31,0	52	21,4	56	17,3	8	4,0	204	19,45
ПХТ+ТГТ	-	-	-	-	-	-	9	4,5	9	0,86
ТГТ+опер.+П ХТ	23	8,1	10	4,2	24	7,4	27	13,6	84	8,0
ТГТ+опер.+Т ГТ	-	-	-	-	93	28,8	5	2,5	98	9,34
Отказ на этапах лечения	2	0,7	6	2,4	9	2,8	6	3,0	23	2,19
ВСЕГО	284	100,0	243	100,0	323	100,0	199	100,0	1049	100,0

Полученные данные (таблица 8, рисунки 6,7) убедительно указывают на неотъемлемое место лучевой терапии в лечении злокачественных опухолей кожи. У 237 (44,97 %) из исследованных больных лучевая терапия применялась по радикальной программе в режиме монотерапии при T₁₋₂N₀M₀ стадиях рака кожи; у 204 (19,45 %) больных она применялась в режиме неоадьювантной терапии до операции, у 60 (5,72 %) – в виде химиолучевой терапии, у 84 (8,0 %) больных – как компонент комплексной терапии (ТГТ+операция+ПХТ).

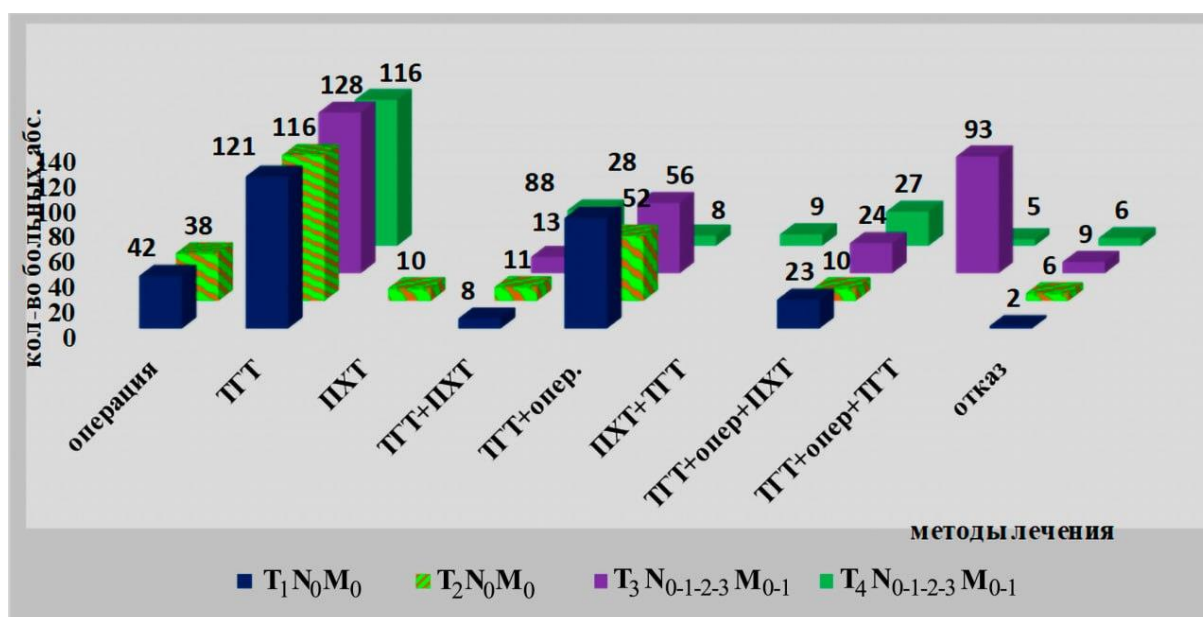


Рисунок 6. Методы лечения больных раком кожи в зависимости от распространённости опухолевого процесса, абс. (n=1049)

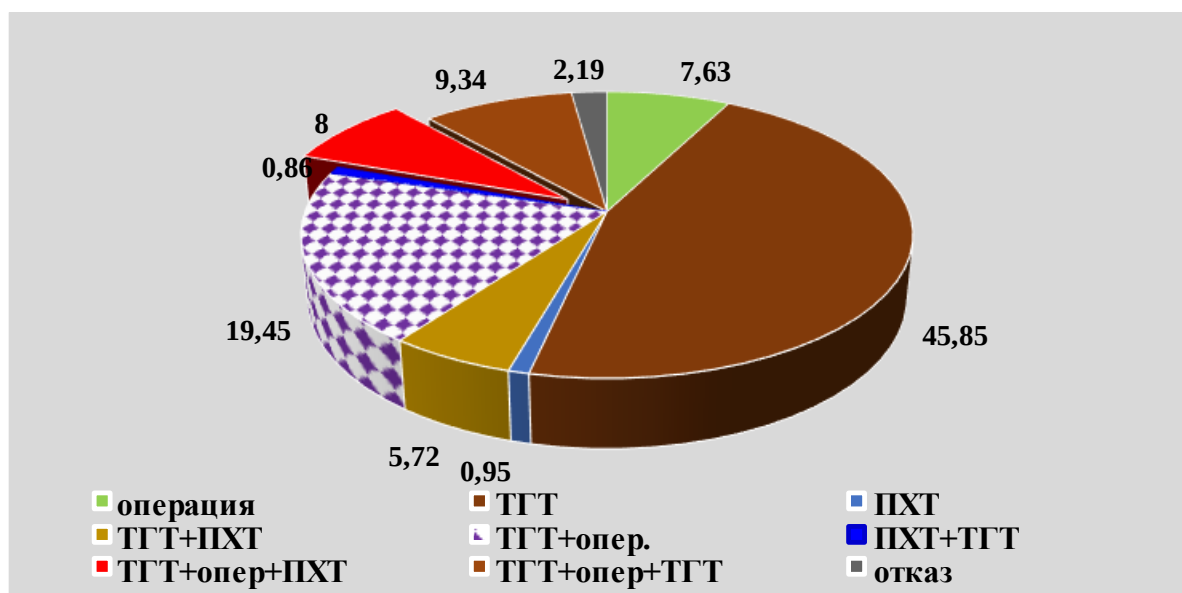


Рисунок 7. Методы лечения больных раком кожи, % (n=1049)

В 2006 году, в плане сотрудничества с МАГАТЭ, в ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ, после реконструкции и капитального ремонта, радиологическое отделение было оснащено новой современной медицинской аппаратурой для лучевой терапии злокачественных новообразований основных локализаций. Появилась возможность применения современной лучевой терапии и у больных раком кожи в плане самостоятельного, комбинированного и комплексного лечения с использованием самых различных схем назначения. В отделении функционируют аппарат ТЕРАГАМ (Чехия); МУЛЬТСОУРС, предназначенный для проведения брахитерапии, методом контактного воздействия на опухоль путём внедрения, закрытого радионуклидного источника в патологический очаг с помощью специально разработанных видов аппликаторов или игл-интрататов; 2,5 D планирующая система.

Все исследованные больные раком кожи получили лучевую терапию на аппарате ТЕРАГАМ. Радиотерапевтическая кобальтовая установка ТЕРАГАМ предназначена для лучевой терапии онкологических заболеваний с помощью пучка гамма-излучения.

Пучок излучения создаётся радионуклидным источником Со-60 активностью до 450 ТБк (12000 Ки), расположенным в защищённой головке аппарата, изготовленной из свинца и обеднённого урана в корпусе из нержавеющей, стали. Головка располагается в поворотной раме (гантри), с возможностью вращения гантри вокруг горизонтальной оси. В ходе лечебной процедуры может происходить вращение оси или качение гантри (динамический режим), с целью снижения радиационной нагрузки на прилегающие к опухолям здоровые ткани.

Возможны два варианта исполнения функций аппаратом, различающиеся расстоянием от источника до оси вращения: 80 см у модели К-01, или 100 см у модели К-02. В любом случае, конструкция статистически сбалансирована, отсутствует наклоняющее усилие, что позволяет устанавливать аппарат непосредственно на полу, без сооружения специального фундамента.

Перевод источника из нерабочего в рабочее положение и обратно происходит путём его поворота в горизонтальной плоскости, причем, в случае аварийного отключения питания, источник автоматически за счёт возвратной пружины возвращается в нерабочее положение. Форма поля облучения определяется раздвижным поворотным сферическим коллиматором, сегменты которого изготовлены из свинца, стали и обеднённого урана. Кроме того, на головку могут устанавливаться триммеры, клиновые фильтры, теневые блоки.

Конструкция головки такова, что для замены источника не требуется вынимать его из защитной головки. Новый источник на заводе-изготовителе устанавливается в новую головку, предназначенную для установки вместо старой. На головку в целом оформлен сертификат как на транспортную упаковку типа В(У), поэтому новая головка с источником в ней доставляется к месту назначения, где старая головка в сборе заменяется на новую вместе с источником. Старая головка с отработанным источником в ней возвращается на завод-изготовитель, где источник утилизируется, либо захоранивается, а головка подвергается капитальному ремонту для повторного использования. Такая процедура проще, дешевле и безопаснее, чем перезарядка источника в лечебном учреждении. Управление всеми параметрами установки производится с помощью системы управления на основе персонального компьютера, поэтому для управления комплексом от персонала требуются лишь начальные навыки работы с обычным компьютером. Кроме того, в процедурном помещении имеется ручной пульт управления, подсоединяемый к аппарату гибким кабелем. Все параметры отображаются на дисплее центрального управляющего компьютера, а также на дисплеях и шкалах, расположенных на отдельных частях оборудования. Кроме того, система управления позволяет проводить верификацию установленных параметров и режимов облучения, симуляцию динамического режима (с источником в нерабочем положении), распечатку данных проведённого сеанса. Расчёт параметров сеанса производится с помощью системы дозиметрического планирования. Для верификации параметров (как отдельного сеанса, так и аппарата в целом) используется комплект оборудования для клинической дозиметрии.

В ходе лечебной процедуры пациент располагается на специальном изоцентрическом столе, входящем в комплект оборудования. Верхняя крышка стола может перемещаться по всем трём координатам; кроме того, весь стол может изоцентрически поворачиваться в горизонтальной плоскости. Управление движением стола производится с ручного пульта или с панелей по обеим сторонам стола. Диапазоны перемещений стола необычайно широки, особенно по высоте, что обеспечивает удобство персонала и пациента. Минимальная высота стола над полом составляет 55 см, что особенно удобно для малоподвижных пациентов; максимальная высота 176 см позволяет проводить облучение с нижних направлений. Для обеспечения точной укладки используется координатная лазерная система наведения, а также световой пучок, повторяющий форму радиационного поля. Перемещение всех управляемых подвижных

частей производится с помощью электроприводов, однако, при необходимости, возможно, выполнить все перемещения вручную.

Комплектация использованного аппарата в ходе исследования:

- ✓ Облучательная установка (гантри с поворотным механизмом), модель К-01 или К-02, с аккумуляторной батареей;

- ✓ Источник Со-60 активностью до 450 ТБк (12 кКи) вместе с радиационно-защищённой головкой поставляется после монтажа аппарата;

- ✓ Стол модель I-01 с принадлежностями (рамка типа «теннисная ракетка», вставные панели, опоры для рук, дополнительная панель для расширения, приспособления для фиксации пациента на столе);

- ✓ Набор принадлежностей и приспособлений (механический фронт-поинтер, лазерный бэк-поинтер, набор клиновых фильтров, набор свинцовых блоков и подставка под блоки, «корзина», триммеры для корректировки полутени на 55 см, координатная система диодных лазеров для точной укладки пациента);

- ✓ Система управления на основе персонального компьютера, с системой бесперебойного питания;

- ✓ Комплект дозиметрического оборудования (клинический дозиметр с детектором, твердотельный или водный фантом, анализатор дозного поля, дозиметры для радиационной защиты);

- ✓ Система дозиметрического планирования (специализированная программа для расчета параметров лечебного сеанса);

- ✓ Персональный компьютер или рабочая станция с периферийными устройствами для ввода исходной информации и вывода результатов: дигитайзер, сканер рентгеновских снимков, интерфейс для обмена данными с компьютерным томографом, системой рентгеновского телевидения, анализатором дозного поля;

- ✓ Локальная телевизионная сеть для наблюдения за процедурным помещением и переговорное устройство двухсторонней связи оператора с пациентом, необходимые для обеспечения безопасности и снятия психологического стресса пациента.

При выборе тактики лучевого лечения рака кожи мы тщательно учитывали: клинические симптомы, локализацию опухоли, возраст больных, клиническую и морфологическую формы опухоли, наличие или отсутствие регионарных или отдалённых метастазов, общее состояние больных и пожелания пациента в отношении предлагаемого метода. Проводили с пациентами и родственниками беседы о достижениях и возможных побочных проявлениях лучевой терапии.

Лучевая терапия имела нижеследующие периоды:

- предлучевой период – до начала лечения всем больным проводились общеклинические методы исследования – общий и биохимический анализы крови, определение группы крови, коагулограмма, морфологические исследования. Перед началом лучевой терапии тщательно рассчитывали дозы облучения и определяли его способы, с помощью которых можно добиться эффекта с одновременной защитой здоровых тканей в участках кожи, подлежащих облучению. В проведении этих сложных расчётов – процедуре планирования – нам помогали участники консилиума – медицинские физики, дозиметристы, математики. После консилиума поля облучений кожи обозначали линиями или точками (маркировали), используя для этого специальные чернила. Маркировка остаётся на коже до конца лечения. Уже в предлучевом периоде пациентам рекомендуется не применять настойки йода и другие раздражающие средства на участках кожи, которые будут подвергаться лучевому воздействию. Не следует загорать. При наличии на коже опрелости, высыпаний, мы проводили больным соответствующую терапию.

При применении терапии на коже челюстно-лицевой области проводилась предварительная санация полости рта, что является важнейшим мероприятием профилактики осложнений лучевой терапии;

- лучевой период. Продолжительность курса лучевой терапии у исследованных больных составляла 4-7 недель (13,15,17,20 дней).

Неoadъювантную лучевую терапию мы проводили с целью уменьшения размеров первичной опухоли, профилактики рецидивов после операции и достижения радикального лечения. Решение об общей дозе облучения и количестве сеансов принимали исходя из размеров опухоли, локализации и морфологического типа новообразования. Несомненно, учитывали общее состояние больных, возраст, целенаправленно устраняли риск возникновения побочных проявлений. При $T_1N_0M_0$ стадии рака кожи лучевая терапия нами проводилась по радикальной программе РОД – 2 Гр, СОД – 30 Гр. Затем больным предоставлялся перерыв на 2-3 недели, после чего продолжали лучевую терапию еще 15 дней РОД – 2 Гр, СОД – 30 Гр. Таким образом, СОД составляла 60 Гр (n=284).

Другая группа больных с ранней стадией рака кожи - $T_2N_0M_0$ – получали лучевую терапию в течение 13 дней РОД – 3 Гр, СОД – 40 Гр. Затем в течение 6 месяцев больные находились под динамическим наблюдением (n=243).

В следующей группе (n=323) больные с $T_3N_{0-1}M_{0-1}$ по различным показаниям получали лучевую терапию в течение 10 дней по схеме: РОД – 3 Гр, СОД – 30 Гр. Далее больные получали перерыв на 2-3 недели, после которого продолжали лучевую терапию еще 10 дней по схеме: РОД – 3 Гр, СОД – 30 Гр. У некоторых больных по решению консилиума СОД доводили до 70 Гр.

У 199 больных с $T_4N_{0-1}M_{0-1}$ стадией рака кожи лучевое лечение проводилось в течение 13 дней по схеме РОД – 3 Гр, СОД – 40 Гр. Затем перерыв 2-3 недели, после чего лечение продлилось еще 10 дней по схеме РОД – 3 Гр, СОД – 30 Гр. В общей сложности больные получали СОД – 70 Гр.

Предоперационная неoadъювантная терапия нами проводилась в течение 10 дней с четким определением сроков планируемого хирургического вмешательства по схеме: РОД – 3 Гр, СОД – 30 Гр. После перерыва в 2-3 недели производилась операция и, спустя 3 недели после неё, продолжали лучевую терапию (адъювантную) по схеме: РОД – 3 Гр, СОД – 40 Гр (по показаниям СОД может достигать 70 Гр). Необходимо уточнить, что начало адъювантной лучевой терапии нередко зависит от скорости заживления послеоперационной раны и наличия/отсутствия послеоперационных осложнений.

При местно-распространённом раке кожи и запущенных стадиях болезни ($T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$) нами применялись следующие схемы лучевой терапии (n=522): в течение 10 дней РОД – 3 Гр, СОД – 30 Гр. Далее следовал перерыв 2-3 недели. Затем больным продолжали лучевую терапию в течение 10 дней по схеме РОД – 3 Гр, СОД – 30 Гр.

Таким образом, суммарная очаговая доза за время лечения составила 60 Гр. Эти пациенты (n=214) находились под наблюдением по поводу рецидивов и метастазов рака кожи. 214 больные из этой же группы получали лучевую терапию по другой схеме: в течение 13 дней пациенты получали РОД – 3 Гр до СОД – 40 Гр. После перерыва в 2-3 недели лучевую терапию продолжили в течении еще 10 дней по схеме РОД – 3 Гр, СОД – 30 Гр, таким образом СОД составила 70 Гр.

Третьим, особенно важным периодом, является послелучевой. Лучевая терапия, как и любой другой вид лечения злокачественных новообразований, может сопровождаться общими и местными побочными явлениями, которые могут быть транзиторными и хроническими (развиваются спустя несколько недель и даже лет после терапии).

Побочные явления радиотерапии у исследованных больных появлялись в самые различные сроки. Большинство из них развивались в процессе лечения, и их устранение не требовало особых усилий. Они, как правило, исчезали в течение 18-20 дней после окончания лучевой терапии. При появлении во время лечения осложнений, угрожающих жизни пациентов, таких как интенсивный болевой синдром, лихорадка, депрессии, мы на

время отменяли лечение и больным назначали соответствующую симптоматическую терапию.

Таким образом, лучевая терапия рака кожи является одной из важнейших до конца нерешённых проблем клинической онкологии. Наш многолетний опыт лечения рака кожи в Таджикистане может служить фундаментом для дальнейших научных поисков и развития специализированной онкологической помощи.

Методы исследования.

Цитологическое исследование. Материалом для цитологического исследования являлись мазки с поверхности опухоли кожи, либо соскобы, биоптаты. Это исследование проводилось всем больным раком кожи, многим из них неоднократно в процессе диагностики и лечения. Полученный материал окрашивался азур-эозином по методу Романовского-Гимзе. Исследование проводилось в цитологической лаборатории ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ.

Гистологическое исследование. Для проведения гистологических исследований нами производился забор биопсии опухолей и по показаниям, иссечение лимфоузлов. Кроме того, морфологическому исследованию подвергались все послеоперационные материалы, биоптаты для оценки проводимой специализированной терапии. Материалы фиксировались по стандартным методикам и направлялись в патоморфологическую лабораторию ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ.

Иммуногистохимическое исследование материалов проводили ретроспективно из фиксированных блоков опухоли, направляя их в патоморфологическую лабораторию Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось с целью диагностики распространённости опухолевого процесса и обнаружения очагов метастазирования, границ поражения близлежащих органов и тканей. УЗИ проводилось всем пациентам, по показаниям многократно, в плане мониторинга на ультразвуковом сканере.

Компьютерная томография представляет также большую ценность для визуализации распространения опухолей кожи в кости скелета и выявления метастазов. Компьютерная томография обеспечивает раннее выявление прогрессирования заболевания и его рецидивов. Компьютерная томография проводилась большинству пациентов, особенно в поздних стадиях рака кожи, у некоторых больных неоднократно. Она проводилась на томографе КТ «Lightning Aquilion» фирмы Canon на базе ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ и «Нурафзо».

Компьютерная томография (КТ) проведена у 38 исследованных нами больных раком кожи, имеющих T₃₋₄N₁₋₂M₀₋₁ стадии с целью выявления отдалённых метастазов. Многие из них получали в этот период паллиативное лечение и предъявляли жалобы, связанные с функциональным состоянием внутренних жизненно важных органов. Компьютерная томография выполнялась с контрастированием peros (10,0 мл Тризографа 76 % + вода 500,0 мл).

На рисунках 8 и 9 приведены результаты КТ пациентки Л., 53г. выявлены отдалённые метастазы рака кожи



Рисунок 8. КТ остеосклеротическая форма mts



Рисунок 9. КТ костно-деструктивные изменения грудного каркаса – mts

Магниторезонансная томография. Для определения степени распространённости опухолевого процесса и выявления метастазов проводилась магниторезонансная томография (MPT DIXION) на томографах с низкочастотным магнитом MagnetomCI (SiemensAG, Германия).

Магниторезонансная томография произведена 192 больным из исследованных нами пациентов, в основном с распространёнными опухолями кожи $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ стадии. Данное исследование также даёт возможность установить взаимоотношение опухоли с близлежащими анатомическими структурами. Ценной является дооперационная информация для планирования больших объёмов хирургических вмешательств с замещением поражённых частей костей скелета, других тканей, вовлечённых в опухолевый процесс.

Для последовательного и рационального анализа всех разделов мы разработали «Дизайн исследования» диссертационной работы (рисунок 10).



Рисунок 10. Дизайн исследования

Результаты собственных исследований. С целью сопоставления полученных результатов лучевой терапии, как в монорежиме, так и в плане комбинированного и комплексного лечения рака кожи в разных стадиях, больных разделили на две группы: первая группа 527 больные, которые получали лучевую терапию по радикальной программе – пациенты с $T_{1-2}N_0M_0$ стадиями рака кожи и вторая группа 522 больные, которые получали комбинированное и комплексное лечение по поводу $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ стадий рака кожи.

Рак кожи в ранних стадиях диагностируется в 50,24 % случаев (у 527 из 1049 больных, мужчин – 269 (51,04 %), женщин – 258 (48,96 %).

Несомненно, хирургический метод лечения рака кожи T₁₋₂N₀M₀ стадий является ведущим. Наряду с этим, лучевая терапия рака кожи ранних стадий занимает одно из ведущих мест среди консервативных методов. Возможности лучевой терапии в различных вариантах – в монорежиме до и после хирургического лечения, химиотерапии, фотодинамической терапии – открывают широкие возможности для клиницистов добиваться хороших результатов.

Эффективность применения монолучевой терапии по радикальной программе у больных раком кожи T₁N₀M₀ стадии достигает 96,4 %, а при T₂N₀M₀ стадии – 91,2 %. Использование лучевой терапии до и после хирургического иссечения рака кожи в ранних стадиях (у 151 больного) также даёт хорошие результаты и достигает 97,2 % при T₁N₀M₀ и 95,4 % при T₂N₀M₀ стадиях соответственно.

Из 527 больных у 28 в различных сроках появились рецидивы и метастазы в лимфатических узлах, у одного пациента диагностировано метастазирование рака кожи T₂N₀M₀ в околоушную железу через год после проведённой лучевой терапии. Адекватное использование лучевой терапии в лечении рецидивов и метастазов рака кожи даёт утешительные результаты. Больным проведены комбинированное и комплексное лечение, где лучевая терапия использовалась на различных этапах. Изучение общей и безрецидивной выживаемости больных раком кожи T₁₋₂N₀M₀ показало, что достоверно значимое влияние на продолжительность жизни больных по общему и безрецидивному критериям оказывают локализация и морфологическое строение опухоли. Так, показатели общей и безрецидивной 5-летней выживаемости составили 87±5,2 % (T₁N₀M₀) и 82±5,6 % (T₂N₀M₀) соответственно.

Из морфологических прогностических факторов достоверно значимым оказалось, что «неблагоприятные» гистологические критерии способствуют снижению результатов отдалённой выживаемости в группе больных с T₁₋₂N₀M₀ стадиями рака кожи. Так, в группе пациентов с T₁₋₂N₀M₀ стадиями плоскоклеточного неороговевающего рака кожи общая 5-летняя выживаемость снизилась до 72±4 %, а безрецидивная - до 63±10,1 %.

У больных базальноклеточной формой рака кожи T₁₋₂N₀M₀ стадии подобной закономерности не отмечено. Данные клинических примеров свидетельствует о том, что адекватное применение телегамматерапии в ранних стадиях рака кожи может радикально излечить пациента.

Проблема специального лечения поздних стадий рака кожи требуют поиска и разработки новых методологий лучевого воздействия на опухоль.

Настоящее исследование содержит анализ лечения 522 больных раком кожи T₃₋₄N₀₋₁₋₂₋₃M₀₋₁ стадии, состоящих на учёте и получавших лечение в условиях ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ (таблица 9).

Таблица 9. Распределение больных раком кожи запущенных стадий (T₃₋₄N₀₋₁₋₂₋₃M₀₋₁) по возрасту (n=522)

Возраст больных, лет	Мужчины		Женщины		Всего больных	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
41-50	27	5,17			27	5,17
51-60	92	17,62	107	20,5	199	38,13
61-70	73	13,98	61	11,68	134	25,67
71-80	69	13,22	46	8,81	115	22,03
81-90	31	5,94	12	2,3	43	8,24
>91	3	0,57	1	0,19	4	0,76
ИТОГО	295	56,51	227	43,49	522	100,00

Наибольшее количество – 199 (38,12 %) больных раком кожи в этой группе относились к возрастной категории 51-60 лет: мужчин – 92 (17,62 %), женщин – 107 (20,49 %). Несколько реже рак кожи исследуемой стадии встречался у больных из возрастной категории 61-70 лет – 134 (25,67 %): мужчин – 73 (13,28 %), женщин – 61 (11,68 %), и у 115 (22,03%) больных в возрасте 71-80 лет: мужчин – 69 (13,22 %), женщин – 46 (8,81 %). Среди пациентов-долгожителей (81-90 лет) запущенные формы рака кожи выявлены в 43 (8,24 %) случаях.

Рак кожи у больных исследуемой группы при $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ стадиях в основном локализуется в области головы и шеи – в 440 (84,29 %) случаях, в области туловища рак кожи был диагностирован у 47 (9,01 %) больных, в области верхних конечностей – у 26 (4,98 %) пациентов, в области нижних конечностей – 9 (1,72 %) больных.

Правильное определение стадии рака кожи с уточнением границ поражения органов и тканей даёт возможность выбора адекватного метода и режимов лучевой лечения. Использование лучевой терапии в комплексе с другими методами в различных режимах также, несомненно, зависит от стадии распространённости опухолевого процесса.

При лечении запущенных стадий рака кожи ($T_4N_{1-2-3}M_{0-1}$ стадии) лучевая терапия имеет весомое значение, т.к. имеющиеся метастазы в лимфатических узлах, прорастание опухоли в подлежащие ткани и анатомические структуры ставят сложные задачи перед клиницистами. Из 158 больных плоскоклеточным раком кожи в этой группе у 83 (52,5 %) имел место плоскоклеточный неороговевающий рак кожи, у 75 (47,5 %) – плоскоклеточный ороговевающий рак кожи, значительно реже у пациентов встречался базальноклеточный рак кожи – в 41 (20,6 %) случае.

Анализ данных пациентов этой группы подтвердил факт частого метастазирования рака кожи в противоположную сторону поражения (плоскоклеточный неороговевающий рак кожи в 39 (47,0 %) случаях, они носили, в основном, множественный характер – 19,3 % случаев).

Постановка T_4 стадии требует правильной оценки не только состояния лимфатических узлов, но и определения состояния подлежащих и окружающих опухоль органов и структур. Особое значение это приобретает при локализации рака в области век, губ, наружного слухового прохода. Диагноз «Рак кожи $T_4N_{1-2}M_1$ » установлен нами у 13 (10,15 %) больных из 128 на основании прорастания плоскоклеточного рака кожи в надкостницу и у 5 (12,2 %) с базальноклеточным раком.

Кроме того, у 22 (17,19 %) пациентов с плоскоклеточным раком кожи констатировано метастазирование опухоли в кости скелета и очень редко – поражение внутренних органов. У одного пациента с подтвержденным диагнозом «Плоскоклеточный рак кожи» обнаружен метастаз в печени, у двух больных обширным базальноклеточным раком кожи головы и шеи – в лёгких. Немаловажное значение при выборе методов лучевой терапии имеет наличие инвазии опухоли в кортикальный слой или костный мозг, таких больных было 20 (10,0 %). На этапах обследования больных с запущенными формами рака кожи нас интересовали сроки обращения больных к врачам, мы обратили внимание на причины запущенности, изучили протоколы и результаты анализов пациентов. Выяснили, что сроки установления диагноза с момента появления первых жалоб ($T_3N_{0-1}M_{0-1}$) у пациентов с раком кожи составили: у 75 (23,2 %) больных до 3 месяцев, у 103 (31,9 %) – от 3 до 6 месяцев, у 82 (25,4 %) от 6 до 9 месяцев, у 63 (19,5 %) больных диагноз установлен через год после появления первых признаков болезни. Остаются неясными сроки установления запущенной стадии $T_4N_{1-2}M_1$ после обращения к врачам. Таким образом, при $T_3N_{1-2}M_0$ стадии рака кожи ТГТ применялась в составе комбинированного или комплексного лечения.

Пристального внимания заслуживает роль лучевой терапии в лечении $T_4N_{1-2}M_{0-1}$ стадии рака кожи, ТГТ при этом является одним из основных компонентов, комбинированных, либо комплексных методов, а порою проводится как паллиативная

терапия. Следовательно, роль лучевой терапии в лечении T₄N₁₋₂₋₃M₀₋₁ стадии довольно значимая, она может применяться в этой группе больных в различных вариантах - как монотерапия, дополнение к хирургическим методам, полихимиотерапии. Установлена эффективность ТГТ и в паллиативном лечении запущенных форм рака кожи. Как показывают данные анализа 522 больных в T₃₋₄N₀₋₁₋₂₋₃M₀₋₁ стадиях 244 (46,7 %) получили телегамматерапию в монорежиме. ТГТ применена и в составе комбинированной терапии с хирургическим лечением у 98 (18,8 %) больных, в составе комплексной терапии (ТГТ+операция+ПХТ) - у 51 (9,8 %) больных.

Сопоставление полученных данных свидетельствует о значимой роли лучевой терапии, как монотерапии, так и компонента комбинированного и комплексного лечения распространённого рака кожи различной локализации. Так, из общего числа наблюдаемых нами больных с запущенными формами рака кожи - T₃₋₄N₀₋₁₋₂₋₃M₀₋₁ стадии у 168 (32,1 %) больных констатировано субъективное улучшение, и у 158 (30,26 %) больных - объективное улучшение соматического состояния. Это свидетельствует о том, что у 326 (62,45 %) из 522 пациентов лучевое лечение было эффективным.

Рак кожи относится к числу распространённых форм злокачественных новообразований (ЗНО) в Таджикистане и в основном встречается у контингента лиц пожилого и старческого возраста. Нередко рак кожи диагностируется у пациентов старше 90 лет – долгожителей. На основании многолетнего опыта работы в онкологической клинике, практическому здравоохранению нами предложена щадящая методология проведения лучевой терапии у пациентов-долгожителей (Патент TJ 1289 от 15 августа 2022 г). Задачей, на решение которой направлено изобретение, является достижение высокой эффективности лучевой терапии путём применения нового способа лечения рака кожи у больных-долгожителей с улучшением качества их жизни. Сущность изобретения состоит в применении лучевой терапии в различных вариантах путём деления схемы на два курса и проведении профилактической терапии возможных осложнений в период перерывов. Предложенный способ лучевой терапии нами применялся у пациентов-долгожителей в самых различных вариантах: монотерапии при ранних стадиях болезни; в комбинированном и комплексном лечении. При этом, лучевая терапия оставалась одним из основных компонентов как в неoadъювантном, так и в адъювантном вариантах. Пациенты-долгожители были тщательно обследованы по рекомендации специалистов. Некоторые больные находились под наблюдением и лечились в течение нескольких лет в непрофильных учреждениях, им проводили различную терапию по поводу продолженного роста опухоли, рецидивов и метастазов.

Рак кожи у пациентов-долгожителей локализовался в разных анатомических областях. У 13(40,63 %) из 32 пациентов опухоль локализовалась в области головы и шеи: неороговевающий плоскоклеточный рак был диагностирован у 2 (6,25 %) больных, плоскоклеточный ороговевающий рак – у 3 (9,37 %). Базальноклеточный рак в области головы и шеи выявлен у 8 (25,0 %) пациентов. Установлено, что часто опухоли локализовались на коже волосистой части головы (у 4 больных), век (у 4 больных), ушной раковины (у 2 больных), носа (у 1 больного) и лба (у 1 больного). В 9 (28,12 %) случаях опухоли располагались в области нижних конечностей: в 3-х из них обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак, в 6 (18,75 %) – базальноклеточный рак кожи. Верхние конечности поражались реже – в 5 (15,63 %) случаях (у 3 больных – базальноклеточный, у 2 – плоскоклеточный рак). На туловище рак кожи встречался в 5 случаях: у 2 больных плоскоклеточный неороговевающий рак кожи, у 3 – базальноклеточный. Несмотря на преклонный возраст, наличие сопутствующих заболеваний, ограниченные физические возможности, пациенты-долгожители нуждаются в проведении адекватных методов специализированного лечения. Возраст старше 90 лет не является абсолютным противопоказанием для противоопухолевой терапии, наоборот, её адекватный выбор значительно улучшает качество жизни больных.

Наш опыт лучевого лечения больных раком кожи в условиях пандемии COVID-19 является поисковым исследованием. Из 32 больных раком кожи у 24 были продолжены сеансы лучевой терапии, несмотря на положительные тесты ПЦР. Надо отметить, что лечение пациенты переносили в лёгкой или средней тяжести болезни без традиционных осложнений. Этому способствовала проводимая противовирусная терапия, рекомендуемая нашими специалистами. Кроме того, лучевая терапия проводилась в щадящих режимах – гипофракционированных дозах. Опыт лечения убедительно доказывает необходимость персонализированного подхода к терапии с учётом анатомо-физиологических особенностей кожного покрова.

Предложенная методика лучевой терапии больных раком кожи, локализованным в области головы и шеи, в условиях пандемии COVID-19 с назначением разовой очаговой дозы 3 Гр ежедневно до суммарной очаговой дозы 30 Гр сокращает частоту посещения пациентами клиники на 30 %, методика лечения рака кожи с локализацией в области туловища и конечностей (РОД – 5 Гр через день, СОД – 50 Гр) – на 50 %. При этом получены обнадеживающие результаты, через год все исследованные пациенты были живы. Остается уверенность в том, что в случае возникновения подобных ситуаций можно применять предложенные нами методологические подходы к лучевой терапии рака кожи.

Проведённый нами анализ осложнений лучевой терапии рака кожи дал возможность определения некоторых причин их возникновения. Среди них основное место занимает излишнее облучение кожи и подлежащих тканей, недоучёт доз ионизирующего излучения. Как отмечено нами выше, участки кожи тела человека обладают разной чувствительностью к лучевой терапии. В области лица и шеи требуются более щадящие подходы к лучевой терапии, с учётом особенностей органов зрения, слуха, носа, губ и др. Включение их в поля облучения без показаний может привести к различным осложнениям и побочным явлениям.

В последние годы онкологи Таджикистана провели обширные исследования в области изучения особенностей рака кожи, оценили возможности диагностики, хирургического лечения этой патологии, изучили роль комбинированного и комплексного лечения злокачественных новообразований кожи. Несмотря на это, остаются нерешёнными проблемы, связанные с оценкой эффективности лучевой терапии как основного компонента различных схем лечения, не изучены возможности радикальных программ лучевой терапии с выбором оптимальных доз воздействия на опухоли кожи, пути профилактики ранних и поздних осложнений.

В связи с этим, в поисках целенаправленных и эффективных методов профилактики и лечения осложнений нами предложены новые методологические способы, апробированные в нашей клинике для лечения осложнений и нежелательных эффектов лучевой терапии, которые успешно применяются в онкологических клиниках Республики Таджикистан.

Правильный выбор вариантов использования лучевой терапии в режиме монотелегамматерапии, комбинированной и комплексной терапии с определением адекватных доз облучения, применение профилактических способов, предложенных нами, значительно облегчает состояние больных, предотвращает появление нежелательных постлучевых реакций и повреждений кожи.

Роль паллиативной лучевой терапии приобретает важную значимость, благодаря тому, что она представляет собой довольно эффективный способ снятия неблагоприятных симптомов болезни. Паллиативная лучевая терапия в самостоятельном режиме нами применялась у 157 больных, чаще всего (43,95 %) у больных с более сохранённым общим статусом (n=69). Эти больные успешно переносили двухэтапное лечение (СОД – 60 Гр) и отмечали улучшение состояния в виде уменьшения интенсивности боли, прекращения кровотечения, уменьшения самой опухоли. Увеличение суммарной очаговой дозы до 70 Гр у 16 (27,38 %) больных дали такие же

результаты при использовании лучевого лечения в режиме монотерапии. Резюмируя вышеизложенное, нужно отметить, что паллиативная лучевая терапия рака кожи в самостоятельном режиме может облегчить состояние тяжёлых больных.

Применение паллиативной лучевой терапии в комбинации с полихимиотерапией как в неoadъювантном, так и адъювантном режимах дало утешительные результаты. У 32 (36,78 %) из 87 больных использовали двухэтапную лучевую терапию (СОД – 60 Гр). Эти больные, несмотря на распространённость опухолевого процесса, сохраняли некоторую активность, не нуждались в посторонней помощи родных и близких. С удовлетворительными результатами лучевая терапия с паллиативной целью проведена у 24 (27,58 %) пациентов, которые получали СОД – 70 Гр в двухэтапном режиме. По показаниям использовались однократные сеансы паллиативной лучевой терапии (СОД – 8 Гр), а также двухнедельные курсы по 3 раза в неделю (СОД – 30 Гр).

Дискутабельным остаётся вопрос применения комплексной терапии инкурабельным больным. Среди них были пациенты с прорастанием небольшой опухоли в кости скелета, либо метастатическим поражением отдаленных органов ($T_4N_{1-2-3}M_{0-1}$). При этом, консилиум находил необходимость в проведении комплексной терапии с применением паллиативного лучевого лечения, она применялась у 39 (13,78 %) из 283 больных. Проведение комплексной паллиативной терапии положительно повлияло на общее состояние 29 больных, у которых после хирургического вмешательства исчезли боль и запах, вызванные распространённой опухолью. Несомненно, эти вмешательства носили не радикальный характер. Так, паллиативная лучевая терапия при запущенных стадиях рака кожи может применяться в разных вариантах противоопухолевого лечения. Выбор метода паллиативной лучевой терапии зависит от общего статуса пациентов, степени распространённости опухолевого процесса и наличия/отсутствия метастазов. В настоящее время нет рандомизированных исследований, посвящённых паллиативной телегамматерапии рака кожи, хотя существует множество попыток, посвящённых этой проблеме. Применение паллиативной лучевой терапии при раке кожи позволяет улучшить качество жизни пациентов при запущенных стадиях болезни.

Показатели выживаемости онкологических больных раком кожи после проведённой комбинированной и комплексной терапии являются основными показателями эффективности лечения. Выживаемость больных раком кожи по критериям – одногодичная, 3-летняя и 5-летняя общая выживаемость и установили, что общая выживаемость больных раком кожи $T_{1-2}N_0M_0$ стадий составила: одногодичная – 95,6 %, 3-летняя – 81,9 %, 5-летняя – 73,9 %. Вероятно, такие показатели, несколько отличающиеся от данных литературы, обусловлены преклонным возрастом больных, которые могли быть прикованы к постели еще и по причине наличия у них соматических заболеваний.

Одногодичная общая выживаемость больных раком кожи $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ стадий, получавших монотелегамматерапию, составила 81,6 %, 3-летняя – 63,3 %, 5-летняя – 48,3%. Таким образом, ясно прослеживается снижение выживаемости больных по мере увеличения распространённости опухолевого процесса. Комбинированное лечение (ТГТ + операция; ТГТ + ПХТ), проведённое 140 больным раком кожи $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ показало следующие результаты выживаемости: одногодичная – 80,8 и 77,7 %, 3-летняя – 72,1 и 61,1 %, 5-летняя – 55,8 и 51,3 %, соответственно.

Комплексное лечение (n=182) больных раком кожи обеспечивает лучшие показатели выживаемости. Одногодичный показатель общей выживаемости у больных, перенесших ТГТ + операцию + ПХТ, составил 93,5 %, 3-летняя выживаемость достигала уровня 79,5 %, 5-летняя – 60,5 %. Эти же показатели при комплексном лечении в режиме ПХТ + операция + ТГТ составили: одногодичная – 87,5 %, 3-летняя – 77,1 %, 5-летняя – 62,5 %, соответственно (таблица 10).

Следовательно, комплексное воздействие на опухоль кожи с применением высокотехнологичных методов дает более обнадеживающие результаты и показатели выживаемости.

Таблица 10. Показатели общей выживаемости больных раком кожи, получивших телегамматерапию в различных вариантах противоопухолевого лечения в зависимости от стадии болезни

Методология применения лучевой терапии у больных раком кожи	Общая выживаемость					
	1-годовая		3-летняя		5-летняя	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Монотелегамматерапия (n=198):		91,4		72,56		66,16
T ₁₋₂ N ₀ M ₀ (n=138)	132	95,6	113	81,9	102	73,9
T ₃₋₄ N ₀₋₁₋₂₋₃ M ₀₋₁ (n=60)	49	81,6	38	63,3	29	48,3
Комбинированное лечение (T ₃₋₄ N ₀₋₁ M ₀₋₁) (n=140):		79,2		66,6		53,5
ТГТ + операция (n=68)	55	80,8	49	72,1	38	55,8
ТГТ + ПХТ (n=72)	56	77,7	44	61,1	37	51,3
Комплексное лечение T ₃₋₄ N ₀₋₁₋₂ M ₀₋₁₋₂ (n=182):		91,2		78,3		61,8
АТГТ + операция + ПХТ (n=56)	52	92,9	44	78,5	35	62,5
Операция + ТГТ + ПХТ (n=78)	73	93,5	62	79,5	47	60,5
ПХТ + операция + ТГТ (n=48)	42	87,5	37	77,1	32	62,5

Таким образом, более 80 % пациентов, страдавших раком кожи, которые получили лучевую терапию, имели удовлетворительный уровень качества жизни, оставались активными и не нуждались в посторонней помощи. Выше приведённые данные убедительно показали, что лучевая терапия в лечении рака кожи на всех этапах является одним из ведущих методов противоопухолевого воздействия и обеспечения длительной клинической ремиссии болезни.

Проблемы проведения лучевой терапии у пациентов-долгожителей при раке кожи. В Таджикистане рак кожи является одной из часто встречающихся злокачественных опухолей. Преимущественно он поражает лиц пожилого и старческого возраста (рисунок 11).

> 90 лет	↑ Долгожители
75-90 лет	↑ Старческий период
60-74 года	↑ Пожилой возраст
45-59 лет	↑ Средний возраст
18-44 года	↑ Молодой возраст

Рисунок 11. Деление взрослых людей на возрастные группы, ВОЗ

Не является редкостью диагностирование рака кожи у пациентов, достигших 90 лет и более, то есть у долгожителей. К сожалению, у долгожителей выбор адекватных

методов лечения представляет особые трудности ввиду наличия у них сопутствующих заболеваний, их психоэмоционального состояния и ожидаемых осложнений после проведения специализированного противоопухолевого лечения, которые приводят к прогрессированию опухолевого процесса и значительному снижению качества жизни пациентов. При проведении исследования мы использовали классификацию ВОЗ, в соответствие с которой к долгожителям относятся лица старше 90 лет.

В настоящее исследование вошли 32 (3,05 %) пациента в возрасте старше 90 лет, из них мужчин было 21 (65,62 %), женщин – 11 (34,38 %). Следует отметить, что возраст больных приведён на момент первичного обращения за специализированной помощью. Некоторые больные находились под наблюдением и лечились в течение нескольких лет, подвергаясь различным методам терапии по поводу продолженного роста опухоли, рецидивов и метастазов.

Локализация рака кожи у долгожителей была различной, поражая разные анатомические области тела.

Так, у 13 (40,63 %) пациентов, страдающих раком кожи, из 32 долгожителей рак кожи локализовался в области головы и шеи: неороговевающий плоскоклеточный рак был диагностирован у 2 (6,25 %) больных, ороговевающий – у 3 (9,37 %). Базальноклеточный рак с локализацией в области головы и шеи выявлен у 8 (25,0 %) пациентов (таблица 11).

Установлено, что излюбленной локализацией опухолей является кожа: волосистой части головы (у 4 больных), век (у 4 больных), ушной раковины (у 2 больных), носа (у 1 больного) и лба (у 1 больного).

В 9 (28,12 %) случаях опухоль располагалась в области нижних конечностей: в 3 из них обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак, в 6 (18,75 %) – базальноклеточный рак кожи.

Верхние конечности поражались реже – в 5 (15,63 %) случаях (в 3 – базальноклеточный, в 2 – плоскоклеточный рак).

Таблица 11. Локализация рака кожи у пациентов-долгожителей в зависимости от гистологической структуры опухолей, абс. (%) (n=32)

Локализация	Гистологическая структура			Всего пациентов
	Плоскоклеточный рак		Базальнокле- точный рак [128]	
	Неорого- вевающий	Орогове- вающий		
Голова и шея	2(6,25)	3 (9,37)	8 (25,0)	13 (40,63)
Туловище	1 (3,13)	2 (6,25)	2 (6,25)	5 (15,63)
Верхние конечности	2 (6,25)	–	3 (9,37)	5 (15,63)
Нижние конечности	3 (9,37)	–	6 (18,75)	9 (28,12)
Всего	8 (25,0)	5 (15,63)	19 (59,38)	32 (100)

На туловище рак кожи встречался у 5 (15,63 %) пациентов: у 1– неороговевающий 2-ороговевающий плоскоклеточный рак, у 2 – базальноклеточный. У 5 (15,62 %) больных наибольший размер опухоли составлял 2 см, у 6 (18,75 %) – от 2 до 5 см, у 14 (43,75 %) – от 5 до 10 см, у 7 (21,88 %) – 15 см и более (Рисунок 12).

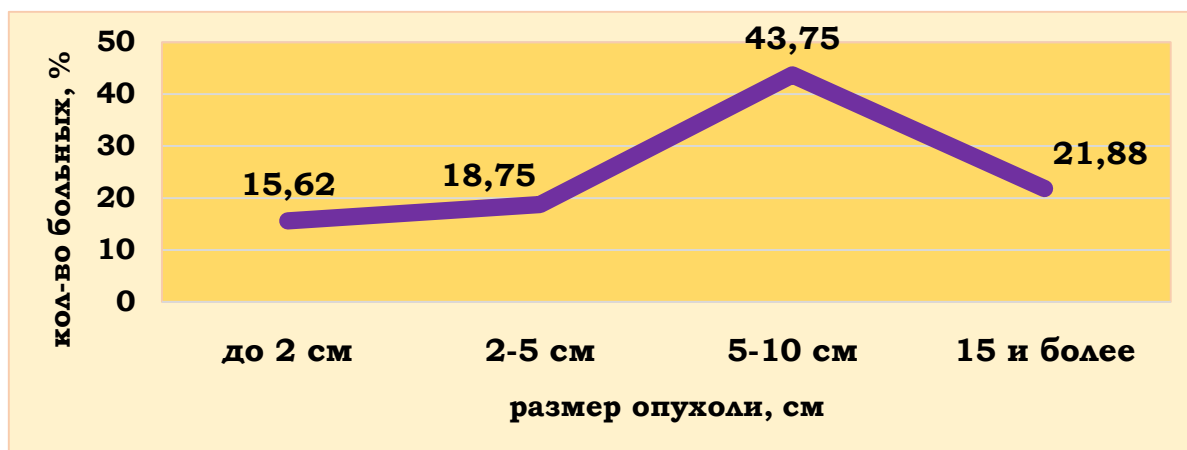


Рисунок 12. Размеры опухолей кожи у исследованных больных-долгожителей (n=32)

Предлагается новый способ применения лучевой терапии рака кожи у больных-долгожителей (старше 90 лет). Сущность изобретения состоит в применении лучевой терапии в различных вариантах путём разделения схемы на два курса и проведении профилактической терапии возможных осложнений в период перерывов. Способ осуществляется следующим образом: Изначально больным долгожителям устанавливается диагноз «Рак кожи» на основании клинико-морфологических исследований.

Целенаправленно и чётко определяется стадийность по международной классификации TNM.

Максимальный эффект лучевой терапии достигается тем, что режим лечения разделяется на 3 фазы:

I. Предлучевая подготовка. Пациентам долгожителям проводится планирование терапии - маркировка полей облучения, используя специальные чернила.

II. Проводится лучевое лечение рака кожи в течение 10 дней. РОД – 3 Гр, СОД – 30 Гр, на аппарате ТЕРАГАМ (Чехия).

Затем пациенты долгожители получают перерыв на 12-18 дней для подготовки к следующему этапу лучевой терапии.

Пациенты-долгожители были тщательно обследованы по рекомендации специалистов. Некоторые больные находились под наблюдением и лечились в течение нескольких лет в непрофильных учреждениях, им проводили различную терапию по поводу продолженного роста опухоли, рецидивов и метастазов.

Несмотря на преклонный возраст, наличие сопутствующих заболеваний, ограниченные физические возможности, пациенты-долгожители нуждаются в проведении адекватных методов специализированного лечения. Возраст старше 90 лет не является абсолютным противопоказанием для противоопухолевой терапии, наоборот, её адекватный выбор значительно улучшает качество жизни больных. При появлении рецидивов и метастазов рака кожи у пациентов-долгожителей можно проводить комбинированную и комплексную противоопухолевую терапию после тщательной оценки их состояния.

Особенности лучевого лечения больных в условиях пандемии COVID-19.

Установлено, что онкологические больные тяжело переносили COVID-19 и имели высокие показатели смертности. Так, Yu J., Ouyang с соавт. показали, что в общей сложности у 1524 пациентов с онкологическими заболеваниями риск развития COVID-19 был выше в два раза по сравнению исследуемыми из общей популяции.

Лучевое лечение больных раком кожи, инфицированных COVID-19. В условиях пандемии COVID-19 в 2019-2020 гг. ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ продолжал функционировать в пределах директивных указаний и законов Республики Таджикистан,

с учётом опыта лечения онкологических больных зарубежными коллегами и региональных особенностей.

Мы имеем опыт лечения 32 больных раком кожи, которые получили лучевую терапию в период пандемии COVID-19. В связи с тем, что 8 из 32 больных не смогли завершить терапию по причинам тяжелого течения COVID-19, мы проанализировали данные только 24 пациентов.

Следует отметить, что все сотрудники научного центра были вакцинированы по рекомендации МЗСЗН РТ. Врачи отделения лучевой терапии ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ (5 человек) перенесли COVID-19 без осложнений. Пациенты при первичном обращении в поликлинику центра также получали вакцину по схеме, организованно. Кроме этого, каждый пациент должен был пройти тест на инфицированность COVID-19. При необходимости, больного мог сопровождать только один человек, не более, который также предъявлял результаты теста на инфицированность COVID-19.

Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 12.

Пациенты в возрасте до 40 лет и старше 70 в группе исследования отсутствовали. В возрасте 40-50 лет наблюдались 7 (29,16 %) больных; 12 (50,0 %) пациентов было в возрасте 51-60 лет; 5 (20,84 %) больных составили возрастную группу 61-70 лет. Мужчин было 9 (37,52 %), женщин – 15 (62,5 %).

Пациенты, инфицированные COVID-19 имели различные локализации злокачественных новообразований кожи.

Таблица 12. Распределение больных раком кожи по полу и возрасту (n=24)

Возраст больных, лет	Мужчины		Женщины		Всего больных	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
40-50	4	29,16	3	12,5	7	29,16
51-60	3	12,5	9	37,52	12	50,0
61-70	2	8,33	3	12,5	5	20,84
ИТОГО	9	37,52	15	62,5	24	100,00

Так же, как и в общей массе исследованных больных, у пациентов, инфицированных COVID-19, прослеживается наиболее частое поражение раком кожи области головы и шеи – 54,16 % случаев, намного реже поражалась область верхних конечностей – 25,0 %, туловища – 12,5 %, нижних конечностей – 8,33 % случаев (таблица 13).

Таблица 13. Распределение больных раком кожи по морфологической структуре и локализации опухолей (n=24)

Локализация опухоли	Гистологическая структура						Всего больных	
	Плоскоклеточный рак				Бальнокле- точный рак			
	Неорого- вевающий		Орогове- вающий					
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс	%
Голова и шея	8	33,33	0	0	5	20,84	13	54,16
Туловище	0	0	1	4,17	2	8,33	3	12,5
Верхние конечности	4	16,7	2	8,33	0	0	6	25,0
Нижние конечности	2	8,33	0	0	0	0	2	8,33
ИТОГО	14	58,33	3	12,5	7	29,17	24	100,0

При анализе морфологической принадлежности рака кожи установлено, что более половины больных имели плоскоклеточную неороговевающую форму рака кожи (58,3% случаев), редко диагностировались базальноклеточный (29,17 %) и плоскоклеточный ороговевающий (12,5 %) рак кожи. Таким образом, диагноз «Плоскоклеточный рак кожи» был выставлен в общей сложности у 70,83 % пациентов, инфицированных COVID-19.

С целью определения критериев классификации злокачественных опухолей по TNM мы определили размеры опухолей в наибольшем измерении. Выяснили, что у 15 (62,5 %) пациентов размеры опухоли не превышали 2 см, у 8 (33,33 %) – от 2 до 5 см, у одного пациента размеры опухоли достигали 10 см.

Учитывая сложную эпидемиологическую обстановку, и по причине ограничения на оказание многих видов специализированной онкологической помощи, нам не удавалось предоставлять комбинированную и комплексную терапию больным в полном протокольном объеме. В рисунке 13 нами приведены методы лечения, которые удалось провести в полном объеме исследуемым больным раком кожи, инфицированным COVID-19.

Согласно рекомендациям ведущих онкологических учреждений СНГ и дальнего зарубежья, мы выбрали более щадящую методологию проведения лучевой терапии больным раком кожи путем гипофракционирования доз по протоколам. Больным, инфицированным COVID-19, лучевое лечение проводилось с усиленной сопроводительной терапией, направленной на профилактику осложнений, имеющих у пациентов: сердечнососудистой, легочной и других патологий (рисунок 13).

Важным компонентом лечения была иммуностимулирующая терапия препаратом Тимоцин отечественного производства.

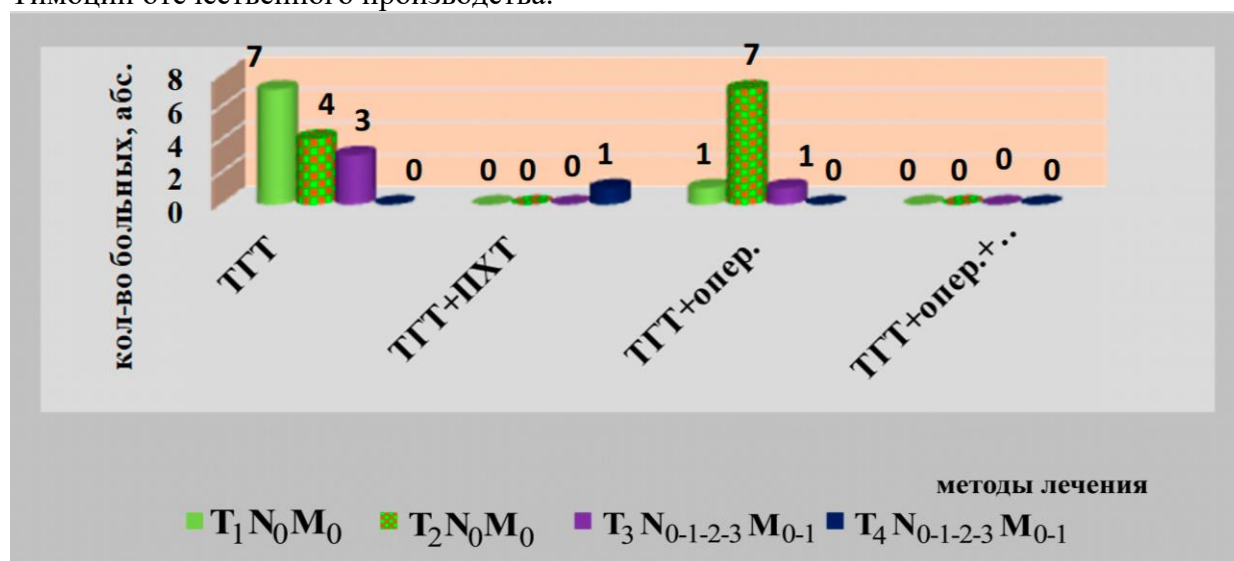


Рисунок 13. Методы лечения больных раком кожи, инфицированных COVID-19 в процессе проведения сеансов лучевой терапии, абс. (n=24)

С учётом особенностей клинического течения рака кожи различных локализаций и физических свойств радиотерапии мы разделили больных на 2 группы:

- 1) больные с локализацией рака кожи в области головы и шеи (n=13);
- 2) больные с локализацией рака кожи в области туловища и конечностей (n=11).

В таблице 14 приведена методология лучевой терапии рака кожи при локализации опухоли в области головы и шеи.

Таблица 14. Методология лучевой терапии рака кожи при локализации опухоли в области головы и шеи (n=13)

ЛТ на аппарате ТЕРАГАМ, Чехия	Дни проведения курса лучевой терапии										СОД
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
РОД на очаг пораженной кожи, Гр	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
СОД на очаг пораженной кожи, Гр	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	30

При назначении подобных сеансов лучевой терапии больным мы исходили из анатомических и физиологических особенностей кожи области головы и шеи. Мы сократили посещение клиники пациентами на 30%, а суммарную очаговую дозу терапии на 10-20 Гр, сохранив при этом эффективность лечения.

Нами разработана другая методология проведения лучевой терапии у больных с локализацией рака кожи в области туловища и нижних конечностей (таблица 15).

Таблица 15. Методология проведения лучевой терапии больным раком кожи в области туловища и конечностей в условиях пандемии COVID-19 (n=11)

ЛТ на аппарате ТЕРАГАМ, Чехия	Дни проведения курса лучевой терапии										СОД
	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	
РОД на очаг пораженной кожи, Гр	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50
СОД на очаг пораженной кожи, Гр	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	30

Таким образом, лучевое лечение рака кожи у больных этой группы проводилось не ежедневно, а через день, сократив посещение пациентами клиники на 50 %. Кроме этого, сокращение суммарной очаговой дозы облучения на опухоли кожи не приводило к иммунодепрессии организма больных, что крайне важно в условиях пандемии COVID-19.

Далее нас интересовал вопрос о сроках появления COVID-19 в процессе лучевой терапии. Общеизвестно, что в процессе специальной терапии онкологических заболеваний у больных проявляется иммунодепрессия, показатели Т- и В-клеточного иммунитета временно снижаются.

Как видно, инфицирование у 3 больных обнаружено в результате ПЦР-диагностики после 3 сеансов лучевой терапии, на 7-8 сутки от её начала; у 8 (33,3 %) больных после 5 сеанса, у 9 (37,5 %) – после 7 сеанса, у 4 (16,6 %) ко времени завершения курса лучевого лечения (таблица 16). Следует особо подчеркнуть, что одновременно после консультации с врачами ответственных клиник по контролю за COVID-19 мы начинали борьбу против инфекции.

Таблица 16. Сроки появления инфицированности COVID-19 больных раком кожи в период проведения лучевой терапии, абс./% (n=24)

Сроки подтверждения COVID-19, дни от начала лучевой терапии:	ПЦР		Клиническое течение			Терапия COVID-19
	Кол-во б-х	ПЦР	Лег-кое	ср.тяжес-ти	Тяже-лое	
После 3 сеанса, 7-8 сут.	3/12,5	++	+/3	-	-	+
После 5 сеанса, 10-12 сут.	8/33,3	++	+/8	-	-	+
После 7 сеанса, 15-16 сут.	9/37,5	++	+/7	+/2	-	+
К концу лечения (20-25 сут.	4/16,6	++	+/2	+/1	+/1	+

Реабилитацию назначали консилиумом смежных специалистов по телефону, использовали возможности телемедицины.

Лекарственная терапия COVID-19 в период лучевого лечения не отличалась от традиционной и включала (таблица 17):

Таблица 17. Терапия, проводимая больным раком кожи, получающим лучевую терапию, инфицированным COVID-19

Лекарственные препараты	Дни лечения COVID-19											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Эниксим 2000 – 0,2 шприц п/к	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	- Реабилитация, консультация специалистов, повторная ПЦР
Азитромицин, таб., 500 мг в сутки	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	
Триазеверин 500, по 1 таб. х 3 р/день	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	
Ибуклин 400,0 порошок	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	
Париет 10 мг, по 1 таб. х 2 р/день	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	
Флорак по 1 капс./день	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	
АСС-600	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	
Vit. С – 500 по 1 таб. х 2 р/день	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	

Ниже приводим клинический пример успешного лечения рака кожи T₃N₀M₀ стадии. Лучевая терапия больному проводилась на фоне заболевания COVID-19. Позитивные данные ПЦР получены после 4 сеанса лучевой терапии. Состояние больного позволяло продолжить лечение, одновременно назначив терапию против COVID-19 (рисунок 14,15).



Рисунок 14. Больной М.А., 74 лет. Состояние до начала лучевой терапии. Опухоль 5 см в наибольшем измерении. Экзофитный рост.



Рисунок 15. Больной М.А. Контроль через 8 месяцев. Рубец после лучевой терапии до 1,5 см не беспокоит. Данные за распространение опухоли отсутствуют.

Необходимо учесть, что комбинированную и комплексную терапию, по мнению ведущих радиологов, должны планировать и проводить в одном лечебном учреждении, т.к. перерывы между компонентами терапии, нарушение режимов и последовательности лучевой терапии могут повлиять на эффективность проведения лечебных мероприятий против рака кожи. Как видно из приведённых данных, общая выживаемость больных коренным образом зависит не только от стадии болезни, но и от последовательности видов противоопухолевого лечения, где одним из важных составляющих является лучевая терапия. На рисунке 16 для более наглядного сравнения эффективности ТГТ в зависимости от методов лечения мы объединили показатели общей выживаемости.

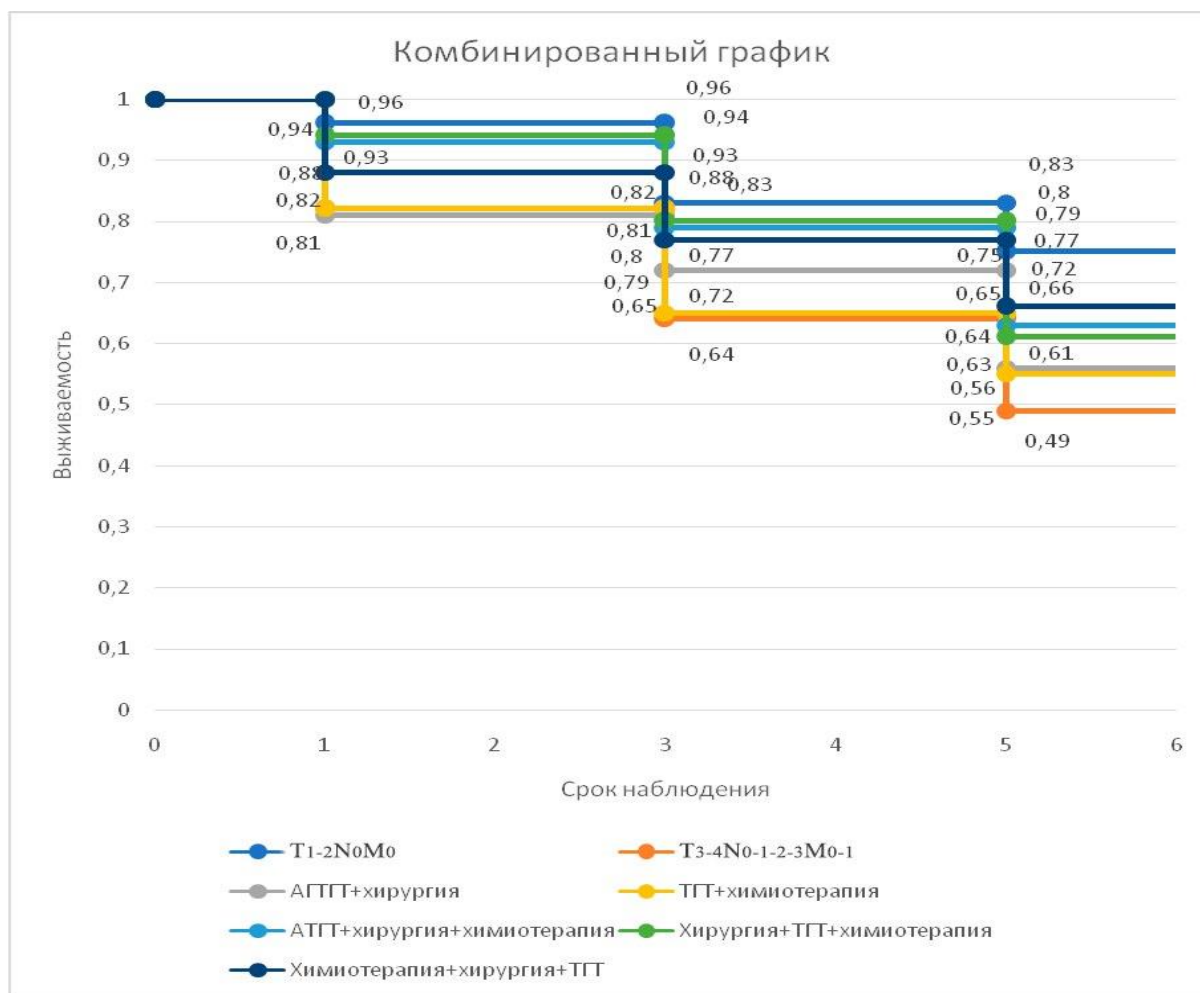


Рисунок 16. Показатели 5-летней общей выживаемости больных раком кожи в зависимости от вариантов использования ТГТ в режиме монотерапии, комбинированного и комплексного лечения

Данные рисунка 16 убедительно свидетельствуют о том, что показатели одногодичной, 3-х и 5-летней выживаемости достигают 91,4, 72,56 и 66,1 %, соответственно при применении ТГТ в монорежиме в ранних стадиях болезни. Для многих пациентов она являлась радикальным методом лечения и альтернативой хирургического вмешательства. У больных, имеющих более поздние стадии болезни, утешительные результаты достигнуты при применении ТГТ в комплексной программе в самых различных вариантах, выживаемость у этих пациентов составила 91,2, 78,3 и 61,8 %, соответственно. Близкие результаты лечения рака кожи с применением монотелегамматерапии при ранних стадиях и комплексной терапии при распространённых стадиях рака кожи требуют дальнейшего изучения на клиническом материале.

На наш взгляд, это обусловлено системным воздействием компонентов комплексной терапии, как на первичную опухоль, так и на метастазы рака кожи. Монотелегамматерапия оказывает местное воздействие на опухолевый очаг на коже.

Выраженные низкие показатели общей выживаемости были отмечены при комбинированной терапии, включающей ТГТ: 79,2 %, 66,6 %, 53,5 % соответственно. Это может быть обусловлено наличием неблагоприятных прогностических факторов, таких как возраст, морфологическое строение опухоли, неадекватный выбор противоопухолевых препаратов и нарушение режимов телегамматерапии.

ВЫВОДЫ

1. Установлено, что использование лучевой терапии в ранних стадиях рака кожи в самостоятельном режиме может носить радикальный характер, поскольку обеспечивает полное излечение больных в 92-98 % случаев. При этом, 5-летняя выживаемость пациентов достигает $91,2 \pm 8,4$ % случаев [1-А, 11-А, 20-А, 22-А, 26-А].

Лечение рака кожи поздних стадий ($T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$) требует применения комбинированных и комплексных методов, при этом лучевая терапия может использоваться в различных режимах и являться основным компонентом специального лечения [4-А, 6-А, 7-А, 12-А, 17-А, 39-А].

2. Разработанная методика лечения у пациентов-долгожителей является одним из эффективных подходов и обеспечивает удовлетворительный эффект в 79% случаев. Возраст >90 лет не является абсолютным противопоказанием для проведения противоопухолевой терапии рака кожи, наоборот, его адекватный выбор улучшает качество жизни особой категории больных [2-А, 21-А, 23-А, 28-А, 30-А, 31-А, 36-А].

3. Лечение рака кожи в условиях пандемии остаётся дискуссионным. В процессе лучевой терапии необходимо строго минимизировать возможность инфицирования пациентов и персонала. Методология должна быть направлена на проведение щадящего комбинированного лечения одновременным использованием разработанной противовирусной терапии и реабилитации больных [8-А, 27-А, 29-А, 38-А].

4. Ранние осложнения комбинированной и комплексной терапии являются транзиторными и проходят через 12-15 дней после начала лечения. Разработанные методики терапии побочных эффектов лучевой терапии с применением Колетекса являются эффективными вариантами профилактики и лечения осложнений лучевой терапии [15-А, 18-А, 24-А, 33-А, 34-А, 37-А].

5. Паллиативной терапии подвергаются более 28 % больных раком кожи после первичного обращения за специализированной помощью. Нередко, в 17,5% случаев, после проведенной противоопухолевой терапии, в связи с развитием рецидивов и появлением метастазов болезни, пациенты нуждаются в симптоматической терапии. При этом у 53,8 % больных отмечается субъективное улучшение статуса, у 24,5 % - объективное, что положительно влияет на качество жизни и социальный статус пациентов [3-А, 5-А, 9-А, 10-А, 14-А, 19-А].

6. Показатели выживаемости и качества жизни больных раком кожи после лечения являются основными критериями эффективности лечения. Безрецидивная 5-летняя выживаемость больных раком кожи ранних стадий, $T_{1-2}N_0M_0$, достигает 92,1 %, а в поздних стадиях рака кожи, $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ – 73,4 % [13-А, 25-А, 32-А, 35-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Больным раком, развившимся на неизменной коже, после установления ранних $T_{1-2}N_0M_0$ стадий должна быть предложена монотелегамматерапия по радикальной программе, что дает эффект полной регрессии опухоли. Пациентам,

страдающим раком кожи из рубцов, рекомендуется проведение комбинированного или комплексного лечения с использованием лучевой терапии и в ранних стадиях болезни.

2. Необходимо учитывать тот факт, что больные раком кожи более поздних стадий ($T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$) нуждаются в проведении комбинированной или комплексной терапии. При этом, лучевая терапия является неотъемлемым компонентом неоадьювантного и адьювантного режимов запланированного химиотерапевтического, либо хирургического лечения.

3. Методика лучевой терапии у пациентов-долгожителей должна носить щадящий характер и применяться после тщательной подготовки пациентов и планирования доз воздействия на опухоль. Разработанный способ лечения подобных больных является эффективным и не вызывает осложнений в период проведения и после лучевой терапии.

4. Комбинированное лечение больных раком кожи, инфицированных COVID-19, в период пандемии рекомендуется проводить со строгим соблюдением карантинных требований с обязательным параллельным проведением противоковидной терапии.

5. Профилактикой послелучевых осложнений у больных раком кожи является тщательное правильное планирование телегамматерапии с применением защитных средств на здоровых участках кожного покрова. Для профилактики нежелательных эффектов и осложнений лучевой терапии рекомендуется использование препарата Хитинидазол, салфеток «Колетекс АДН» и «Колетекс с 5-ФТУР» по разработанным методикам.

6. Для улучшения качества жизни больных раком кожи в запущенных стадиях рекомендуется паллиативная терапия с учетом интенсивности болевого синдрома и других осложнений, связанных с развитием рецидивов и метастазов опухоли. Необходимо дополнительное профессиональное образование не только онкологов и радиологов, но и смежных специалистов, которые общаются с этой категорией больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Байкалова, О.И. Возможности лечения плоскоклеточного рака кожи с применением криогенных технологий [Текст]: дисс канд. мед. наук: 3.1.3 Онкология, лучевая терапия /О.И.Байкалова; науч. рук. д.м.н., проф. А.М. Беляев. СПб., 2021. 153 с.
2. Базаров, Н.И. Диагностика и оценка эффективности лечения опухолей челюстно-лицевой области [Текст]: автореф. дисс канд. мед. наук. / Н.И.Базаров. Киев, 1990. 23 с.
3. Базаров, Н.И. Злокачественные новообразования челюстно-лицевой области (Клиника, диагностика, лечение, прогноз) [Текст]: автореф. дисс.д-ра. мед. наук. / Н.И. Базаров; научн. конс. Д.З. Зикиряходжаев; ТНМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе, 1997. 42 с.
4. Баротов, З.З. Особенности клинического течения, диагностика и пути оптимизации лечения базальноклеточного рака кожи головы и шеи [Текст]: дисс. к.м.н. / З.З. Баротов; научн. руков. Д.Р. Сангинов, П.Т. Зоиров; ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе, 2009. 186 с.
5. Бахиров, Д.Н. Предраковые заболевания кожи (клиническое течение, частота малигнизации, вопросы терапии) [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. / Д.Н. Бахиров; научн. руков. Д.З. Зикиряходжаев; ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе, 2004. 24 с.
6. Вавринчук, А.С. Рак кожи: факторы риска, эпидемиология в России и в мире [Текст] / А.С. Вавринчук, А.Ю. Марочко // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6. <https://s.science-education.ru/pdf/2015/6/183.pdf>.
7. Влияние пандемии COVID-19 на онкологическую практику [Текст] / А.Д. Каприн, Е.В. Гамеева, А.А. Поляков [и др.] // Сибирский онкологический журнал. 2020. Т. 19. № 3. С. 5-22.
8. Гончарова, З.А. Поздняя постлучевая миелопатия: механизмы возникновения демиелинизации, сложности диагностики [Текст] / З.А. Гончарова, Ю.Ю. Погребнов, Н.М. Ярош // Практическая медицина. 2017. Т.1, №1(102). С. 173-176.
9. Громов, Г.Б. Рак кожи у детей [Текст]: автореф. дис... д-ра мед. наук / Г.Б. Громов; научн. конс. Д.З. Зикиряходжаев. М., 2001. 42 с.
10. Дарьялова, С.Л. Современные возможности лучевой терапии злокачественных опухолей [Текст] / С.Л. Дарьялова, А.В. Бойко, А.В. Черниченко // Российский онкологический журнал. 2000. № 1. С. 48-55.
11. Довбня, А.Н. Нейтроны против рака [Текст]/А.Н.Довбня, Э.Л.Купленников, С.С.Кандыбей // Физика элементарных частиц и атомного ядра. 2014. Т.45., Вып.5-6. С.1750–1786
12. Заболеваемость раком в условиях среднегорья и высокогорья Республики Таджикистан [Текст] / Л.М. Рустамова, П.К. Курбонбекова, Д. Худоёрова, [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. 2021. № 4. С. 64–70.
13. Зикиряходжаев, Д.З. К вопросу о создании Национальной программы борьбы против рака кожи [Текст] / Д.З. Зикиряходжаев, Д.Р. Сангинов // Здравоохранение Таджикистана. 2000. № 2. С. 24–25.
14. Зуенкова, Ю.А. Анализ и модели расчета потребности в рентгенотерапевтическом оборудовании для Республики Таджикистан [Текст] / Ю.А. Зуенкова // Здравоохранение Таджикистана. 2023. №3(358). С. 34–39.
15. Иммунотерапия в комбинации с лучевой терапией при лечении пациентов с плоскоклеточным раком кожи [Текст] / Д.А. Кравчук, О.П. Трофимова, К.Ю. Иванилов [и др.] // Эффективная фармакотерапия. 2022. Т.18 (17). С. 40–46.
16. Лечение больных с местно-распространенными рецидивами рака кожи лица криолучевым методом [Текст] / И.Н. Пустынский, Т.Д. Таболиновская, С.И. Ткачев [и др.] // Сибирский онкологический журнал. 2017. Т. 16, № 6. С. 67–72.

17. Лисин, В.А. Способ оценки радиотерапевтического интервала в лучевой терапии злокачественных новообразований с учетом режима фракционирования дозы [Текст] / В.А. Лисин // Сибирский онкологический журнал. 2016. Т.15, № 3. С. 5-11.
18. Назаров, Ш.О. Особенности эпидемиологии, клиники, диагностики и лечения рака кожи век в Республике Таджикистан [Текст]/ Ш.О. Назаров, Д.Р. Сангинов, Л.Ш. Махмудова // Симург. 2022. № 13 (1). С. 58-64.
19. Нишонов, Д.К. Возможности восстановительных операции при лечении опухолей кожи и мягких тканей у детей [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. / Д.К. Нишонов; научн. руков. Д.З. Зикирходжаев; ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе, 2000. 21 с.
20. Орифов, Б.М. Рак кожи, развившийся на рубцах [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. Душанбе, 2016. С. 21.
21. Пинхасов, Д.М. Первичные кожно-пластические операции при раке кожи [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. / Д.М. Пинхасов. Баку, 1970. С. 25.
22. Поляков, А.П. Современная стратегия диагностики и лечения плоскоклеточного рака кожи [Текст] / А.П. Поляков, А.Р. Говорков, А.А. Степанова. // Опухоли головы и шеи. 2021. Т. 11, № 1. С. 51-72.
23. Профилактика лучевых осложнений при проведении близкофокусной рентгенотерапии при раке кожи и губы [Текст] / Л.И. Галченко, Н.А. Москвина, П.П. Пстыга [и др.] // Медицина и высокие технологии. 2021. №1. С. 5-11. DOI: 10.34219/2306-3645-2021-11-1-7-13
24. Пустынский, И.Н. Криохирургическое и криолучевое лечение больных раком кожи свода черепа [Текст]/ И.Н.Пустынский, С.И.Ткачёв, Т.Д.Таболинская [и др.] // Опухоли головы и шеи. 2015. Т.5. С.24-30.
25. Ратнер, Л.М. Рак и рубцы [Текст] / Л.М. Ратнер // Проблемы онкологии. (Свердловск). 1998. № 10. С. 19-63.
26. Сангинов, Д.Р. Некоторые аспекты диагностики и лечения меланомы кожи в Республике Таджикистан [Текст] / Д.Р.Сангинов, З.Х.,Хусейнзода, И.Н. Хусейнов, Ф.Х. Райхонов, И.К.Ниязов, А.Ж.Жылкайдарова // Онкология и радиология Казахстана. 2020. Т.56 (2). С. 16-21.
27. Сангинов, Д.Р. Рак кожи в Таджикистане [Текст]: автореф. дис. д-ра мед. наук / Д.Р. Сангинов. Душанбе, 2002. С. 3.
28. Сергеев, И.Е. Методы прогнозирования эффективности лучевого и комплексного лечения онкологических больных и оценки индивидуальной радиочувствительности [Текст]: автореф. дисс. д-ра мед. наук / И.Е. Сергеев. М., 2005. 35 с.
29. Состояние онкологической помощи населению Республики Таджикистан и перспективы ее развития [Текст] / Д.З. Тилляходжаев [и др.] // Мат. III съезда хирургов РТ. Душанбе. 2000. С. 18-19.
30. Состояние онкологической помощи населению Республики Узбекистан в 2022 году [Текст] / Под ред. М.Н. Тилляшайхова, Ш.Н. Ибрагимова, С.М. Джанклич. – Ташкент: «Халк», 2023. – 184 с.
31. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году [Текст] / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. С. 262.
32. Способ профилактики и лечения осложнений при лучевой терапии рака кожи [Текст]: пат. Опубликовано: 10.06.2016, Бюл. № 6 / П.Ю.Поляков, Н.Д.Олтаржевская, М.А.Коровина, О.А.Быченков.
33. Хабибулаев, Ш.З. Реконструктивно-восстановительные операции при местно-распространённом раке органов головы и шеи [Текст]: автореф. дисс. д-ра мед. наук/ Ш.З. Хабибулаев. Ростов-н/Дону, 2016. С. 42.
34. Хусейнов, З.Х. Особенности клинического течения и пути оптимизации лечения плоскоклеточного рака кожи головы и шеи [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. / З.Х. Хусейнов. Душанбе, 2004. С. 24.

35. Шейко, Е.А. Фотодинамическая терапия в онкологии кожи (обзор литературы) [Текст] / Е.А. Шейко, В.А. Сустретов, А.И. Шихлярова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 015. № 10-4. С. 658-665.
36. Яценко, К.Д. Рак кожи из рубцов (клиника, диагностика, лечение) [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. / К.Д. Яценко. М., 1974. С. 24.
37. Epidemiologic burden of skin cancer in the US and worldwide [Text/ C.W.Rundle M, Militello, C. Barber [et al.]// Curr Dermatol Rep. 2020. V. 9 (4). С. 309-322.
38. Cancer Facts & Figures 2025 [Electronic resours] / American Cancer Society// Available online: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2025/2025-cancer-facts-and-figures-acf.pdf>.
39. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [Text] / H. Sung, J. Ferlay, R.L. Siegel [et al.] // CA Cancer J. Clin. 2024. V. 74. С. 224-226.
40. FLASH radiotherapy: history and future [Text] / B.Lin, F.Gao, Y.Yang [et al.]// Front. Oncologia. 2021. May 25. С.1-7; 11:644400. doi: 10.3389/fonc.2021.644400. PMID: 34113566; PMCID: PMC8185194.
41. Hennequin, C. Radiotherapy of skin cancers [Text]: Practice Guideline [Article in French] / C. Hennequin, E. Rio, M.-A. Mahé // Cancer Radiother. 2016. Suppl. С. 249-255.
42. Pashazadeh, Ali. Radiation therapy techniques in the treatment of skin cancer: an overview of the current status and outlook [Text] / Ali Pashazadeh, Axel Boese, Michael Friebe//Journal of Dermatological Treatment. 2019. Vol.30, Issue 8. С. 831-839.
43. Role of concurrent systemic therapy with adjuvant radiation therapy for locally advanced cutaneous head and neck squamous cell carcinoma [Text] / U.Goyal, N.K.Prabhakar, R.Davuluri [et al.] //Cureus. 2017. V. 9 (10). С.e1784. DOI: 10.7759/cureus.1784

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ СТАТЬИ В РЕЦЕНЗИРУЕМЫХ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛАХ

- [1. А] Сайфутдинова, М.Б. Особенности рака кожи, развившегося в области рубцовых изменений: обзор литературы [Текст] /Д.З. Зикирходжаев, М.Б. Сайфутдинова, Б.М. Орипов // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2022. № 14 (1). С. 25-32. (ISSN 2219-4614).
- [2. А] Сайфутдинова, М.Б. Роль лучевой терапии рака кожи у пациентов-долгожителей (старше 90 лет) [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2022. № 14 (4). С. 26-32. (ISSN 2219-4614).
- [3. А] Сайфутдинова, М.Б. Оқибатҳои маҳаллии табобати шуӣ ва пешгирии он [Матн] / М.Б.Сайфутдинова // Наука и инновация 2022. № 1. С. 61-66 .(ISSN 2312-3648).
- [4. А] Сайфутдинова, М.Б. Нигоҳубин ва фаъолияти корию ташхисии бемор баъди табобати шуӣ [Матн] / М.Б. Сайфутдинова // Наука и инновация. 2022. № 2. С. 78-82. (ISSN 2312-3648).
- [5. А] Сайфутдинова, М.Б. Хусусиятҳои табобати шуӣ, пешгирӣ ва офиятёбӣ [Матн] //Авҷи Зухал. 2022. №1 (46). С. 87-90. (ISSN 2616-5252).
- [6. А] Сайфутдинова, М.Б. Усулҳои ташхис ва табобати саратони пуст, ки дар ҷойгоҳи сухтагӣ аз сандали пайдо шудааст [Матн] /М.Б. Сайфутдинова // Симурғ. 2022. №13(1). С. 112-119. (ISSN 2707-9562).
- [7. А] Сайфутдинова, М.Б. Саратони пуст дар маҳалли ҷароҳатҳои сухтагӣ аз сандалӣ ва хусусиятҳои он [Матн] / М.Б. Сайфутдинова // Наука и инновация. 2022. № 1. С. 42-48. (ISSN 2312-3648)
- [8. А] Сайфутдинова, М.Б. Рак кожи: Место капро (Япония), кангри (Индия) и сандала (Таджикистан) в его происхождении и развитии [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Симурғ. 2022. №14 (2). С. 69-75. (ISSN 2707-9562).

[9. А] Сайфутдинова, М.Б. Саҳми олимони тоҷик дар ҳалли мушкилоти таъхис ва табобати саратони пӯст [Матн] / Д.З. Зикирхонжаев, Р.З. Юлдошев // Авҷи зуҳал. 2023. № 1. С. 158-165. (ISSN 2616-5252).

[10. А] Сайфутдинова, М.Б. Роль лучевой терапии в лечении рака кожи ранних стадий [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи». 2023. Т.15, № 4. С. 19-24. (ISSN 2219-4614).

[11. А] Сайфутдинова, М.Б. Таҷҳизот ва раванди муолиҷаи шуӣ [Матн] /М.Б. Сайфутдинова/Авҷи зуҳал. 2024. № 1. С. 73-79 (ISSN 2616-5252).

[12. А] Сайфутдинова, М.Б. Способы и методы защиты оборудования лучевой терапии [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Симурғ. 2024. № 1. С. 41-48. (ISSN 2707-9562).

[13. А] Сайфутдинова, М.Б. Рак кожи в области рубцовых изменений / М.Б. Сайфутдинова, А.И. Муродзода, Д.А. Нуриддинов, М.Ф. Джафаров // Znanstvena misel journal. 2024. М.1. № 97. С. 22-28. DOI: 10.5281 / zenodo / 14575421; (ISSN 3124-1123).

[14. А] Сайфутдинова, М.Б. Способы лечения постлучевых осложнений рака кожи / М.Б. Сайфутдинова // Endless Light in Scien. 2024. № 12. С. 234-239. (ISSN DOI 10.24412/2709-1201-2024-3119-234-239); Endless Light in Scien/ (ISSN 2709-1201).

[15. А] Sayfutdnova, M.B. Research by scientists from Tajikistan to solve the problems of diagnosis and treatment of skin cancer / M.B. Sayfutdnova // Practice Oriented science: materials of International University scientific Forum. December 18.2024. UAE-Russia-India, 2024. С. 118-125. (DOI 10.34660/ INF.2024.40.64.044/).

[16. А] Сайфутдинова, М.Б. Лучевая терапия и её роль в комбинированном и комплексном лечении рака кожи Т3-4N1-2-3M0-1 стадии [Текст] / М.Б. Сайфутдинова, Д.З. Зикирхонжаев, Ш.К. Назаров // Вестник Авиценны. 2025. 7 (3). С. 764-775. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2025-27-3-764-775> (ISSN 2074-0581).

Тезисы и статьи в сборниках конференций и съездов

[17. А] Сайфутдинова, М.Б. Хусусиятҳои табобати шуӣ, пешгирӣ ва офиятбӣ [Матн] /М.Б. Сайфутдинова //Современная медицина и современное образование: матер. респ. научно-практ. конф. ГОУ «ХГМУ» (II-ая годовичная).24.12.2021. Дангара, 2021. С. 167-169

[18. А] Сайфутдинова, М.Б. Результаты лучевой терапии больных раком кожи развившимся на рубцах [Текст] / М.Б.Сайфутдинова, М.Б.Орифов, Б.М. Орифов // Актуальные вопросы современных научных исследований: матер. научно-практ. конф. молод. ученых.Т.1. (29.04.2022). Душанбе, 2022. С. 304.

[19. А] Сайфутдинова, М.Б. Лучевая терапия рака кожи ранней стадии (T2NoMo) у пациентов старческого возраста [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Новые технологии лучевой диагностики и лечения: Сб. матер. межд. научно-практ. конф. (5-6 мая 2022). Самарканд, 2022. С. 46.

[20. А] Сайфутдинова, М.Б. Возможности лучевой терапии рака кожи у больных старше 90 лет [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // XIII съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (27-29 апреля 2022); Евразийский онкологический журнал. 2022. Т. 10, № 2. С. 151.

[21. А] Сайфутдинова, М.Б. Возможности лучевой терапии при лечении ранних стадий рака кожи (T₁₋₂NoMo) [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // ВОВЕК. IV-ое Межд. книжное издание стран СНГ «Лучший педагог-2023». № Т.7. Астана, 2023. С. 61-63.

[22. А] Сайфутдинова, М.Б. Онкология у долгожителей [Текст] /М.Б. Сайфутдинова // ВОВЕК. II Межд. книжное издание стран СНГ «Лучший научный сотрудник». 2023. № Т.3. Астана, 2023. С. 55-60.

[23. А] Сайфутдинова, М.Б. Дастгоҳҳои гамма-табобатӣ. Назорат, кафолат ва ҳифзи онҳо [Матн] / М.Б. Сайфутдинова // Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения: матер. респ. научно-практ. конф. ГОУ «ХГМУ»

(IV-годовая), посв. 32-летию Государственной независимости Республики Таджикистан 22.12.23, Дангара, 2023. С. 431.

[24. А] Сайфутдинова, М.Б. Вклад ученых Таджикистана в лечении рака кожи [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения: матер. респ. научно-практ. конф. ГОУ «ХГМУ» (IV-годовая), посв. 32-летию Государственной независимости Республики Таджикистан 22.12.23, Дангара, 2023. С. 479-480.

[25. А] Сайфутдинова, М.Б. Радиотерапия рака кожи на ранних стадиях [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Инновации в медицине: от науки к практике: матер.научно-практ.конф. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-годовой). 01.12.2023. Душанбе, 2023. С. 284-285.

[26. А] Сайфутдинова, М.Б. Радиотерапия рака кожи в условиях COVID-19 [Текст] / Д.З.Зикирияходжаев, М.Б. Сайфутдинова, Ш.Б. Муминова // Актуальные вопросы медицины и V Спутниковый форум по общественному здоровью и политике здравоохранения. 27-28.03.2024. Баку, Азербайджан. Баку, 2024. С. 26.

[27. А] Sayfutdinova, M.B. The role of radiation therapy for skin cancer in long-lived patients [Text] / M.B. Sayfutdinova // Medicine pressing questions & V Satellite forum on public health & healthcare politics. 27-28.03.2024.Baku, Azerbaijan. Baku, 2024.С. 40

[28. А] Сайфутдинова, М.Б. Индивидуальные подходы лучевой терапии рака кожи в условиях пандемии COVID-19 [Текст] / М.Б. Сайфутдинова, Д.З. Зикирияходжаев, Ш.Б. Муминова // XIV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии посв. 30-летию АДИОР СНГ и Евразии. 24-27.04.2024. Душанбе, 2024. С. 786-787.

[29. А] Сайфутдинова, М.Б. Применение паллиативной терапии у больных раком кожи в Таджикистане [Текст] / М.Б. Сайфутдинова, Д.З. Зикирияходжаев, З.Х. Хусейнзода, Й.М. Нуриддинов // XIV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии посв. 30-летию АДИОР СНГ и Евразии. 24-27.04.2024. Душанбе, 2024. С. 625.

[30. А] Сайфутдинова, М.Б. Радиотерапия рака кожи у долгожителей [Текст] / М.Б. Сайфутдинова, Д.З. Зикирияходжаев, А.А. Абдумуминов // XIV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии посв. 30-летию АДИОР СНГ и Евразии. 24-27.04.2024. Душанбе, 2024.С. 823-824.

[31. А] Сайфутдинова, М.Б. Показатели выживаемости больных раком кожи после радиотерапии [Текст] / Д.З. Зикирияходжаев, М.Б. Сайфутдинова // XIV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии посв. 30-летию АДИОР СНГ и Евразии. 24-27.04.2024. Душанбе, 2024.С. 810.

[32. А] Сайфутдинова, М.Б. Способ лечения постлучевых осложнений рака кожи [Текст]: тезис /М.Б. Сайфутдинова, Д.З. Зикирияходжаев, Ш.Б. Муминова //Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике: матер.годовой (72-ой) научно-практ. конф. с межд. участием, посв. 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».01.11.2024. Душанбе, 2024.С. 316.

[33. А] Сайфутдинова, М.Б. Характер побочных эффектов и осложнений лучевой терапии рака кожи [Текст]: тезис /М.Б. Сайфутдинова, Д.З. Зикирияходжаев, А.И. Муродзода // Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике: матер. годичной (72-ой) научно-практ. конф. с межд. участием, посв. 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». 01.11.2024. Душанбе, 2024. С. 317.

[34. А] Сайфутдинова, М.Б. Качество жизни больных раком кожи, получивших лучевую терапию [Текст]: тезис /М.Б. Сайфутдинова // Актуальные вопросы медицины и высшего медицинского образования: матер. респ. научно-практ. конф. ГОУ «ХГМУ» (V-годовая), посв. 30-летию Конституции Республики Таджикистан. 29.11.2024. Дангара, 2024. С. 100-101.

[35. А] Sayfutdinova, M.B. The role of radiation therapy in the treatment of early-stage skin cancer [Text] / M.B. Sayfutdinova, D.Z. Zikiryakhodjaev // congress materials: First Congress of Oncologists of the Turkic-Speaking Countries. 13-14.06.2025. Baku, 2025. С. 272.

[36. А] Последствия лучевой терапии рака кожи [Текст] /М.Ф. Джафаров, М.Б. Сайфиддинзода, С.Х. Абдуллоев, Д.А. Нуритдинов // Пациент-ориентированный подход в радиологии: мат. межд. научно-практ. конференция. 19-20.09.2025. Самарканд // Медицинская радиология Узбекистана. 2025. Т. 2, вып. 3. С. 30-31. (ISSN 100000) on-line.

[37. А] Сайфиддинзода, М.Б. Лучевая терапия в комбинированном и комплексном лечении рака кожи/ М.Б. Сайфиддинзода, Д.З. Зикирходжаев // Наука и образование для здоровья нации: Материалы годичной (73-ой) научно-практической конференции с межд. участием. 31.10.2025. Душанбе, 2025. С. 377-378.

[38. А] Сайфиддинзода, М.Б. Муоличаи шуоии беморони гирифтори саратони пусти марҳилаи $T_{3-4}N_{0-1-2}M_{0-1}$ беморӣ / М.Б. Сайфиддинзода, Д.З. Зикрходжаев, З.З. Баротов // Достижения и перспективы развития медицинской науки и образования в Таджикистане: матр. респ. научно-практ. конф (VI-годуичноя), посвящённой дню Президента и государственному флагу Республики Таджикистан. 21.11.2025. Дангара, 2025. С. 469.

[[39. А] Сайфиддинзода, М.Б. Методы диагностики рака кожи в Таджикистане [Текст] /М.Б. Сайфиддинзода, Д.З. Зикрходжаев, Х.Х. Нажмуддинов // XV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. Минск. 22-24.04.2026: Евразийский онкологический журнал. 2026. Т.14., № 1. С. 114. (ISSN 2309-7485).

[40. А] Сайфиддинзода, М.Б. Лечение рака кожи поздней стадии с применением лучевой терапии в Таджикистане [Текст]/ М.Б. Сайфиддинзода, Д.З. Зикрходжаев, Н.Х. Хисомова // XV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. Минск. 22-24.04.2026 Евразийский онкологический журнал. 2026. Т. 14., № 1. С. 129. (ISSN 2309-7485).

Патенты на изобретения

1. Способ лечения постлучевых осложнений рака кожи [Текст]: пат. № TJ 1287 / Зикирходжаев Д.З., Сайфутдинова М.Б., Хайруллоев М.Р.; заявитель Сайфутдинова М.Б.; заявл. № 220696 от 13.06.2022; опубл. 15.08.2022. выдан ГУ НПИЦ РТ.

2. Способы лучевой терапии рака кожи, развившегося из рубцов после сандалового ожога [Текст] : пат. № TJ 1288 / Зикирходжаев Д.З., Сайфутдинова М.Б., Орипов Б.М.; заявитель Сайфутдинова М.Б.; заявл. № 220697 от 13.06.2022; опубл. 15.08. 2022; выдан ГУ НПИЦ РТ.

3. Способ лучевого лечения рака кожи у долгожителей (>90 лет) [Текст]: пат. № TJ 1289 / Зикирходжаев Д.З., Сайфутдинова М.Б., Юлдашев Р.З.; заявитель Сайфутдинова М.Б. заяв. № 220698 от 13.06.2022; опубл. 18.08.2022. выдан ГУ НПИЦ РТ.

4. Способ лучевого лечения больных раком кожи, инфицированных COVID-19 в условиях пандемии, выдан ГУ НПИЦ РТ. (в соавторстве Д.З.Зикирходжаев, Ш.Б. Муминова) [Текст]: пат. № TJ1 502 Сайфутдинова М.Б., Зикирходжаев Д.З.; заявитель Сайфутдинова М.Б.; заявл. № 2401918. от 03.01.2024.

Рационализаторские изобретения

1. Способ применения салфетки «КОЛОТЕКС с 5-ФТУР» для лечения опухолей кожи и слизистых оболочек полости рта [Текст]: удост. № 3423/R415, от 12.06.202; Сайфутдинова М.Б.; Баротов З.З.; Хайруллоев М.Р.; выдан 23.07.2021 ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино».

2. Использование салфетки «КОЛОТЕКС-АДН» для лечения рака кожи и органов полости рта при постлучевых осложнениях [Текст]: удост. № 3424/R416, от 12.06.2021 / Сайфутдинова М.Б., Хайруллоев М.Р.; выдан 23.07.2022 ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино».

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АПХТ	Адьювантная полихимиотерапия
АТГТ	Адьювантная телегамматерапия
БКРК	Базальноклеточный рак кожи
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВДФ	Время-доза-фракционирование
Гр	Грэй
ДЛТ	Дистанционная лучевая терапия
ДНК	Дезоксирибонуклеиновая кислота
ЗНО	Злокачественное новообразование
КПЛ	Комплексное лечение
КБЛ	Комбинированное лечение
Ки	Кюри (русское – Ки, международное – Ci)
КТ	Компьютерная томография
ЛТ	Лучевая терапия
ЛУ	Лимфатические узлы
МАГАТЭ	Международное агентство по атомной энергии
МРТ	Магниторезонансная томография
НЗ	Незлокачественные заболевания
ПКК	Плоскоклеточная карцинома
ПКРК	Плоскоклеточный рак кожи
ПКНР	Плоскоклеточный неороговевающий рак
ПКОР	Плоскоклеточный ороговевающий рак
ПХТ	Полихимиотерапия
ПЭТ	Позитронно-эмиссионная томография
РК	Рак кожи
РОД	Разовая очаговая доза
СМТ	Саркомы мягких тканей
СОД	Суммарная очаговая доза
ТГТ	Телегамматерапия
УЗИ	Ультразвуковое исследование
Фр.	Фракция
COVID-19	CoronaVirus Disease
ESTRO	European Society for Radiotherapy and Oncology
M	metastasis
M ₀	No distant metastasis
M ₁	distant metastases were detected
MTS	Metastasis
N	Nodus
N _x	Regional lymph nodes cannot be assessed
N ₀	No regional lymph node metastasis
N ₁ -N ₃	Nodal involvement
TNM	Tumor Nodus Metastasis
T	Tumor
T _x	Primary tumor cannot be assessed
T ₀	No residual tumor
Tis	Tumor in situ
T ₁ - T ₄	Small and localized- Locally advanced

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ
«МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИИ САРАТОНШИНОСӢ»**

Бо ҳукуки дастнавис

ТДУ 616.5 - 006.6 + 615.849



**САЙФИДДИНЗОДА
МУНФИЗА БУРҲОНӢ**

**ТАБОБАТИ ЯКЧОЯ ВА МАҶМУИИ САРАТОНИ ПӢСТ БО ИСТИФОДА АЗ
МУОЛИҶАИ ШУОӢ ДАР ТОҶИКИСТОН**

**Автореферати
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
доктори илмҳои тиб аз рӯи ихтисоси
3.1.12 Онкология**

Душанбе – 2026

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

Мушовири илмӣ:

Зикириёҳочаев Дилшод Зукирович – доктори илмҳои тиббӣ, профессор, узви хориҷии АМИТ, мушовири илмӣ Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муқарризони расмӣ:

Алиев Мамед Багир Джавад огли – доктори илмҳои тиббӣ, профессор, академики АИР ва АИТР, мушовири директори генералии Муассисаи давлатии бучетии федералии «Маркази миллии тиббии таҳқиқотии радиология»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Русия

Титов Константин Сергеевич – доктори илмҳои тиббӣ, профессор, корманди пешбари илмӣ Муассисаи давлатии бучетии тандурустии «Маркази бисёрсоҳаи илмӣ ва клиникии Москва ба номи С.П.Боткин»-и Департаменти тандурустии шаҳри Москва

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – доктори илмҳои тиббӣ, корманди пешбари шӯъбаи гинекологияи Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муассисаи пешбар:

Муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Ҳимояи диссертатсия 06 июли соли 2026, соати 11:00 дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-040 назди Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734026, ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj, + (992) 928217755.

Бо диссертатсия дар китобхона ва сомонаи расмӣ Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо суроғаи: 734003, ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj шинос шудан мумкин аст.

Автореферат _____ соли 2026 ғиростода шудааст.

Котиби илмӣ шурои
диссертатсионӣ, н.и.т., дотсент



Али-Заде С.Ғ.

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Навташкилаҳои пӯст патологияи маъмултарини омосҳо дар ҷаҳон ба ҳисоб рафта, афзоиши солонаи гирифтورشавӣ ба саратони пӯст аз 3,0 то 7,0 %-ро [13, с. 24-25; 29, с. 18-19; 31, с. 262; 37, с. 309-322; 38, 39, с. 224-226] ташкил медиҳад. Ташхис ва муолиҷаи саратони пӯст сари вақт ошкор намудан, усулҳои гуногуни табобат ва мушкilot бо метастазро дар бар мегирад. Ташхиси бармаҳал барои табобати муваффақона, ки метавонад аз ҷарроҳӣ, муолиҷаи шуӣ ва усулҳои дигар иборат бошад, хеле муҳим аст.

Дар даҳсолаҳои охир дар самти ташхиси бармаҳал ва табобати саратони пӯст пешравиҳои назаррас ба даст оварда шуда, усулҳои мақсаднок ва самарабахши табобати якҷоя ва маҷмӯӣ, инчунин офиятбахшии беморон қор қарда баромада шуданд [22, с. 51-72; 31, с. 262; 40, с. 1-7; 42, с. 831-839].

Муқаррар гардидааст, ки дар марҳилаҳои бармаҳали саратони пӯст дар 92-97 %-и беморон беҳбудии (ремиссияи) дарозмуддати клиникӣ ё муолиҷаи пурра ба даст оварда мешавад, дар марҳилаҳои баъдӣ бошад, ин нишондиҳанда 78 %-ро ташкил медиҳад. Ин натиҷахоро тавассути истифодаи ҳам усулҳои табобати ҷарроҳӣ ва ҳам консервативӣ (ҷарроҳии анъанавӣ, криоҷарроҳӣ, радиоҷарроҳӣ, табобати кимиёвӣ, муолиҷаи шуӣ) ба даст овардан мумкин аст [1, с. 153; 15, с. 40-46; 24, с. 24-30; 41, с. 249-255].

Бояд таъкид кард, ки муолиҷаи шуӣ қисми ҷудонашавандаи табобати омехта ва маҷмӯии саратони пӯст буда, манбаи он изотопҳои радиоактивӣ мебошанд.

Дар солҳои охир, ба ғайр аз таҷҳизоти гамма-табобатӣ, дар таҷриба ба таври васеъ шитобдиҳандаҳои ҳатгӣ, дастаҳои муваллиди электронҳои тез ва нурафшонии фотонҳои энергияи баланд қор қарда шудаанд [11, с. 1750-1786; 35, с. 658-665].

Дар рейтинги нисбии шуӣ ҳассосияти омосҳо ва бофтаҳо, саратони пӯст ҳамчун омоси дорои шуӣ ҳассосияти баланд нисбат ба табобати шуӣ тасниф қарда мешавад, аз ин рӯ, табобати шуӣ барои бисёре аз беморони гирифтори саратони пӯст хусусияти радикалӣ дорад [10, с. 48-55; 28, с. 35].

Аз рӯи маълумоти С.Л. Дарялова [10, с. 48-55], пас аз муолиҷаи радикалии шуӣ марҳилаҳои T₁-T₂ саратони пӯст, нишондиҳандаи зиндамони панҷсолаи беморон бидуни такрорёбӣ ва решадавонӣ 97 % ба даст оварда шудааст. Аз ин рӯ, муолиҷаи шуӣ беморони гирифтори саратони пӯст яке аз ҷузъҳои асосии табобати якҷоя мебошад, он метавонад ҳам ба таври мустақилона ва ҳам ҳамчун қисми табобати якҷоя ва маҷмӯӣ истифода шавад.

Солҳои охир саратоншиносони Тоҷикистон оид ба хусусиятҳои саратони пӯст таҳқиқоти хеле назаррас гузаронида, имкониятҳои ташхис ва табобати ҷарроҳиро арзёбӣ намуда, нақши табобати якҷоя ва маҷмӯиро мавриди омӯзиш қарор додаанд [9, с. 42; 20, с. 21; 27, с. 43].

Бо вуҷуди ин, мушкilotи баҳодиҳии самарайи муолиҷаи шуӣ ҳамчун қисми асосии роҳҳои (нақшаҳои) гуногуни табобат ҳал нашуда боқӣ мемонанд, зеро имкониятҳои барномаҳои радикалии муолиҷаи шуӣ бо интиҳоби воёи оптималии таъсиррасон омӯхта нашудаанд. Мушкilotи муолиҷаи шуӣ ҳангоми табобати намудҳои бармаҳали саратони пӯст дар шакли якқаречавӣ ҳал нашуда мемонанд. Маълумоти парокандаи арзёбии муқоисавӣ бо усулҳои дигари табобат зарурати ҷустуҷӯи имкониятхоро барои муносиб гардонидани методологияҳои мавҷудайи табобат талаб мекунад [17, с. 5-11; 43, с. 1784].

Дар адабиёти мавҷуда оид ба нақши муолиҷаи шуӣ дар табобати якҷоя ва маҷмӯии марҳилаҳои баъдии беморӣ дар асоси маводди васеи клиникӣ, ки натиҷаҳои боэътимоди аз ҷиҳати илмӣ асосёфтаре нишон диҳанд, маълумоти нокифоя мавҷуд аст.

Бояд қайд кард, ки оид ба истифодаи муолиҷаи шуӣ дар беморони калонсол маҳдудиятҳои асоснок кам мавҷуданд, гарчанде ки таҷрибайи табобати ҷунин беморон нишон медиҳад, ки нишондиҳандаҳои сатҳи зиндамонӣ ва сифати ҳаёт ба таври назаррас

беҳтар шудааст. Зарурати такмил додани усулҳои мавҷудаи муолиҷаи шуоии саратони пӯст, ки дар ҷойи захмҳо пайдо шудаанд, ба миён меояд, зеро онҳо ба табобат тобоваранд ва истифодаи вояи оптималии имконпазири муолиҷаи шуоиро талаб мекунанд [20, с. 21; 25, с. 19-63; 36, с. 24].

Эҳтимолияти таъсири манфӣ ва ба миён омадани авориз баъди муолиҷаи шуоии саратони пӯст диққати ҷиддиро тақозо менамояд. Ин авориз аксар вақт сабаби қатъи курсҳои табобатӣ шуда, ба самаранокии муолиҷа таъсири манфӣ мерасонанд [8, с. 173-176; 16, с. 67-72; 23, с. 5-11; 32, с. 1-7], дар ҳоле ки пешгирӣ ва табобати аворизи бамиёномада вазифаи аввалиндараҷаи табибони клиникӣ мебошанд.

Дар адабиёти тиббии солҳои охир масъалаи муолиҷаи шуоии беморони гирифтори саратон дар шароити пандемияи COVID-19 махсусан мавриди баррасӣ қарор гирифтааст [7, с. 5-22]. Муаллифон пешниҳод мекунанд, ки муолиҷаи шуой бояд ба беморони гирифтори омосҳои зудпахншаванда бо гипофраксиякунонии воя (кам кардани шумораи сеансҳо бо роҳи зиёд кардани вояи ягона), агар имконпазир бошад, гузаронида шавад. Муолиҷаи шуоии беморони гирифтори саратони пӯсти ҳуҷайраҳои базалӣ ва саратони пӯсти ҳуҷайраҳои ҳамвор метавонад дар давраи пандемия мавқуф гузошта шавад. Мушкилоти идомаи табобат дар ҳолатҳое, ки беморон ҳангоми муолиҷаи шуой ба COVID-19 гирифтор мешаванд, ҳалношуда боқӣ мемонанд. Эҳтимол, ин мушкилот ҳамчун маводди кофии клиникӣ ва таҷриба дар табобати ин гурӯҳи беморон ҳал карда мешаванд.

Бояд махсус таъкид кард, ки такрорёбӣ ва решадавонии саратони пӯст ба муолиҷаи шуой тобовар буда, курсҳои такрории муолиҷаи шуой ва тафсири бодикқат хусусиятҳои таҳқиқи морфологиро талаб мекунанд.

Тасдиқи он ки саратони пӯст як бемории саратонии ба осонӣ табобатшаванда аст, мафҳуми баҳсбарангез мебошад. Дар адабиёти мавҷуда маълумот дар бораи самаранокии муолиҷаи шуой ҳамчун қисми ҷудонашавандаи табобати якҷоя ва мачмуии саратони пӯст мавҷуд нест.

Вобаста ба гуфтаҳои боло, зарурати омӯзиши ҳамаҷонибаи нақши муолиҷаи шуой дар табобати саратони пӯст вобаста ба марҳила, этиологияи беморӣ, сохтори морфологӣ ва мавқеи ҷойгиршавии омос ба миён меояд.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемҳои мавриди омӯзиш. Айни замон таҳҳис ва табобати саратони пӯст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тибқи тавсияҳои Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ ва протоколҳои байналмилалӣ, инчунин стандартҳои таҳҳис ва табобати навташкилаҳои бадсифат амалӣ карда мешавад. Ин мушкилот на танҳо зерин назари табибони хориҷӣ, балки бинобар мавҷудияти шумораи зиёди беморони гирифтори саратони пӯст нисбат ба навташкилаҳои бадсифат дар минтақа, мутахассисони Ҷумҳурии Тоҷикистон низ ба ин мушкилот таваҷҷуҳи зиёд доранд.

Бо вучуди ин, метавон гуфт, ки таҳқиқоти калон ва боэҳтимоде, ки дар маводди клиникӣ ба муолиҷаи шуоии саратони пӯст бахшида шуда бошанд, нокифоя мебошанд. Дар таҳқиқоти олимони ватанӣ вобаста ба марҳила, сохтори морфологӣ омосҳо ва омилҳои этиологӣ инкишофи беморӣ ягон таҳлили мақсадноки имкониятҳои муолиҷаи шуой гузаронида нашудааст.

Нақш ва аҳамияти муолиҷаи шуой дар беморони куҳансол, ки аксар вақт дар давраи маҳалҳои гуногуни бадани онҳо саратони пӯст волеҳӯрад, аз таҳқиқ ва омӯзиш дур мондаанд. Нишондодҳо ва муқобилият ба онҳо барои муолиҷаи шуой бо дарназардошти синну сол ва хусусиятҳои физиологӣ беморон муайян карда нашудаанд.

Масъалаи муолиҷаи шуоии беморони гирифтори саратон дар давраи пандемияи COVID-19 [7, с. 5-22] таваҷҷуҳи махсусро тақозо мекунад ва муолиҷаи шуоии саратони пӯст истисно намебошад. Бисёре аз беморон ҳангоми муолиҷаи шуой сироят ёфтанд. Мушкиле ба миён меояд – оё муолиҷаи шуой қатъ карда шавад ё идома ёбад? Имрӯз дар адабиёт оид ба ин масъала маълумот вучуд надорад.

Инчунин дар бораи зинда мондани беморони саратони пӯст пас аз истифодаи муолиҷаи шуӣ дар намудҳои гуногуни табобат – монотабобат, ҳамчун як қисми табobati якҷоя ва маҷмӯӣ маълумоти кифоя вучуд надорад. Бояд гуфт, ки коркарди рушди ёрии паллиативӣ ба ин гуна беморон тақозои замон аст. Он ба баланд бардоштани сифати зиндагии беморони гирифтори саратони кӯҳнашудаи пӯст, ҳалли мушкилоти мураккаби иҷтимоӣ нигаронида шудааст.

Масъалаҳои дар боло зикршудаи ба таври нокифоя омӯхташуда зарурати дарёфти роҳҳои ҳалли мушкилоти муолиҷаи шуӣ саратони пӯстро дар саратоншиносии клиникӣ тақозо мекунанд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзӯҳои илмӣ. Кор дар доираи Барномаи миллии пешгирӣ, ташхис ва табobati бемориҳои саратонӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2015, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 31 октябри соли 2009, № 587 қабул гардида, то соли 2020 тамдид карда шудааст ва Стратегияи миллии тандурустии аҳоли барои давраи солҳои 2010-2020 ва инчунин тибқи нақшаҳои таҳқиқотии Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (МД «МЧИС» ВТҲИА ҶТ) ва кафедраи саратоншиносӣ, ташхиси шуӣ ва муолиҷаи шуӣ Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» (МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино») иҷро гардидааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши нақш ва таъини ҷойи муолиҷаи шуӣ дар табobati саратони пӯст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, таҳияи равишҳои самарабахши методологии муолиҷаи шуӣ саратони пӯст вобаста ба синну соли беморон, марҳилаи беморӣ, сохтори морфологӣ ва мавқеи ҷойгиршавии омос, нақши табobati якҷоя ва маҷмӯӣ мебошад.

Вазифаҳои таҳқиқот.

1. Омӯзиши самаранокии муолиҷаи шуӣ ҳангоми табobati марҳилаҳои бармаҳалли ($T_{1-2}N_0M_0$) саратони пӯст вобаста ба синну сол, сохтори морфологӣ, мавқеи ҷойгиршавӣ ва марҳилаи беморӣ. Арзёбии имкониятҳои муолиҷаи шуӣ беморони гирифтори саратони пӯсти марҳилаҳои $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ беморӣ. Муайян намудани мавқеи муолиҷаи шуӣ дар табobati якҷоя ва маҷмӯии беморон.

2. Муайян намудани имкониятҳои истифодаи муолиҷаи шуӣ дар беморони дарозумри аз 90-сола боло. Ба соҳаи тандурустии амалӣ тавсия додани алгоритми омода кардани беморон ба табобат бо речаи муолиҷаи мулоим бо дарназардошти хусусиятҳои синнусолӣ.

3. Омӯзиш ва таҳияи равишҳои методологии муолиҷаи шуӣ беморони гирифтори саратони пӯст, ки бо COVID-19 дар давраи пандемия сироят ёфтаанд.

4. Омӯзиши мушкилиҳои муолиҷаи шуӣ саратони пӯст. Тартиб додани речаҳои мувофиқи табобат ва пешгирии аворизи бармаҳал ва баъдии муолиҷа.

5. Арзёбии натиҷаҳои табobati паллиативии беморони гирифтори шаклҳои пешрафтаи саратони пӯст дар Тоҷикистон.

6. Омӯзиши зинда мондани беморони саратони пӯст пас аз гирифтани муолиҷаи шуӣ дар речаҳои гуногуни табобат. Арзёбии сифати зиндагии беморони гирифтори саратони пӯст.

Объекти таҳқиқот. Барои ноил шудан ба мақсад ва ҳалли вазифаҳои таҳқиқот таҳлили ретроспективӣ ва перспективии натиҷаҳои табobati 1049 нафар бемори гирифтори саратони пӯст, ки муолиҷаи шуӣ дар речаҳои гуногуни табобат – монотабобат, табobati якҷоя ва маҷмӯӣ гирифтаанд, гузаронида шуд.

Табобат дар ду гурӯҳи беморон, ки аз рӯйи марҳилаҳои саратони пӯст тақсим шудаанд, гузаронида шуд. **Гурӯҳи 1 ($n=527 - 50,24\%$)** – бемороне, ки аз рӯйи барномаи радикалӣ муолиҷаи шуӣ гирифтаанд – беморони гирифтори саратони пӯсти марҳилаҳои $T_{1-2}N_0M_0$. Усулҳои истифодаи муолиҷаи шуӣ саратон, ки дар пӯсти тағйирёфтаи ҷойи захм пайдо шудаанд, муайян ва пешниҳод карда шудаанд. **Гурӯҳи дуюм ($n=522 - 49,76\%$)** бемороне буданд, ки барои марҳилаҳои $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ саратони пӯст табобати якҷоя ё маҷмӯӣ гирифтаанд.

Аз шумораи умумии беморон 283 нафар (26,97%) табобати паллиативӣ гирифтанд.

Мавзӯи таҳқиқот. Ҳадафи таҳқиқот омӯзиши самаранокии муолиҷаи шуӣ марҳилаҳои бармаҳал ва баъдии саратони пӯст вобаста аз синну сол, сохтори морфологӣ, ҷойгиршавӣ, имконпазирӣ ва нақши муолиҷаи шуӣ дар табобати якҷоя ва маҷмӯӣ, татбиқи он дар беморони дарозумр ва шахсони сироятшуда дар давраи пандемияи COVID-19, мушкилиҳо, инчунин баҳодиҳии натиҷаҳои муолиҷаи барвақт ва баъдӣ, ёрии паллиативӣ, зиндамонии беморон пас аз истифодаи муолиҷаи шуӣ дар речаҳои гуногуни табобат ва сифати зиндагии беморони саратони пӯст дар Тоҷикистон.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Таҳлили илмӣ натиҷаҳои муолиҷаи шуӣ дар беморони гирифтори саратони пӯст аз рӯйи маводди клиникии умумӣ (1049 бемор) гузаронида шуд. Нақш ва мавқеи назарраси муолиҷаи шуӣ ҳангоми расонидани ёрии технологияи баланд – телегамматабобат муайян карда шуд.

Муайян карда шудааст, ки монотелегамматабобат дар марҳилаҳои бармаҳали саратони пӯст метавонад ҳамчун алтернатива ба усули ҷарроҳӣ истифода шавад ва метавонад табобати радикалиро дар аксари беморон ($\geq 89,5\%$) таъмин намояд.

Усули нави муолиҷаи саратони пӯст дар ҷойи захм таҳия шудааст. Истифодаи муолиҷаи шуӣ дар шароити табобати якҷоя ва маҷмӯӣ беморони марҳилаҳои $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ бо дарназардошти хусусиятҳои сохтори морфологӣ мавқеи ҷойгиршавии омосҳо натиҷаҳои умедворкунанда медиҳад.

Дар асоси таҳлили ҳаматарафаи натиҷаҳои муолиҷаи шуӣ саратони пӯст, ки дар заминаи пӯсти тағйирёфтаи ҷойи захм инкишоф ёфтаанд, собит шудааст, ки ин гуна омосҳо камхиссиёт буда, новобаста аз марҳилаи беморӣ, ба табобати якҷоя ё маҷмӯӣ эҳтиёҷ доранд (Патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон № TJ 1288 «Тарзи муолиҷаи шуӣ саратони пӯст дар пайи сӯхтагӣ аз сандалӣ». Патент дар Форуми байналмилалӣ «Намоишгоҳи байналмилалӣ ихтирооти занони Корея», KIWIE 2023», Сеул, Корея, 20-23 июли соли 2023 бо медали тилло мукофотонида шуд).

Муқаррар карда шудааст, ки муолиҷаи шуӣ аз синну соли беморон вобастагии мутлақ надорад. Усули нави методологии муолиҷаи шуӣ саратони пӯст дар беморони дарозумр қор карда баромада шудааст (Патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон № TJ 1289 «Тарзи табобати шуӣ саратони пӯст дар қуҳансолон» дар Форуми байналмилалӣ «Намоишгоҳи байналмилалӣ ихтирооти занони Корея», KIWIE 2023», Сеул, Корея, 20-23 июли соли 2023 бо медали тилло мукофотонида шуд).

Бори аввал усули нав ва нарми муолиҷаи шуӣ саратони пӯст дар беморони гирифтори COVID-19 дар давраи пандемия таҳия карда шуд (Патенти № TJ 1502 аз 03.01.2024 «Усули муолиҷаи шуӣ беморони саратони пӯсти мубталои COVID-19 дар давраи пандемия» бо медали тиллои Форуми байналмилалӣ «Намоишгоҳи байналмилалӣ ихтирооти занони Корея», KIWIE-2025», Сеул, Корея, 22-24 майи соли 2025 мукофотонида шуд).

Дар натиҷаи таҳқиқот хатарҳои пайдоиши аворизи бармаҳал ва баъдӣ пас аз муолиҷаи шуӣ саратони пӯст муайян карда шуданд. Усулҳои пешгирӣ ва муолиҷаи аворизи табобат ва таъсири номатлуби пас аз муолиҷаи шуӣ муносиб гардонида шуданд. Усули нави пешгирӣ ва табобати авориз пас аз муолиҷаи шуӣ пешниҳод карда шуд (Патенти № TJ 1287 аз 15.08.2022 «Усулҳои табобати аворизи саратони пӯст пас аз муолиҷаи шуӣ». Патент дар Форуми байналмилалӣ «Намоишгоҳи байналмилалӣ ихтирооти занони Корея», KIWIE 2023», Сеул, Корея, 20-23 июли соли 2023 бо медали

нукра мукофотонида шуд). Ҳангоми интихоби мувофиқ ва татбиқи муолиҷаи самараноки шуӣ зиндамони умумии 5-сола дар беморони марҳилаи $T_{1-2}N_0M_0$ ба 97 % расид ва дар беморони марҳилаҳои охири беморӣ – $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ 78 %-ро ташкил дод.

Аҳаммияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Асоси назариявии ин таҳқиқотро кори мутахассисони ватанӣ ташкил медиҳад (Ятсенко К.Д., Базаров Н.И., Сангинов Ҷ.Р., Громов Г.Б., Ҳусейнов З.Ҳ., Баротов З.З. ва диг.). Таҳқиқотҳое, ки онҳо гузаронидаанд, ба ташхис, табобати якҷоя ва маҷмуии саратони пӯст асос ёфтааст. Ин таҳқиқотҳо нақши телегамматобатро дар шаклҳои гуногун дар робита бо саратони пӯст таҳлил накардаанд. Дар баробари ин, нокифоя будани таҳқиқотҳоро оид ба нақши муолиҷаи шуӣ саратони пӯст дар минтақаи Осиёи Марказӣ, ки ин намуди патология дар байни наваташкилаҳои бадсифат яке аз ҷойҳои пешбарро ишғол менамояд, таъкид кардан лозим аст (Рустамова Л.М., Қурбонбекова П.Қ., Ҳудоёрова Д. [ва диг.], 2021; Тилляшайхов М.Н., Ибрагимов Ш.Н., Чанклич С.М., 2023).

Натиҷаҳои кор дар китобҳои дарсии «Онкология» (с. 2021), «Онкология. Курси лексияҳо» (с. 2022), дар тавсияҳои методии «Муолиҷаи шуӣ. Ҷанбаҳои табобат, пешгирии авориз ва офиятбахшӣ» (с. 2021) ҷоп шудаанд.

Дар асоси таҳлили натиҷаҳои муолиҷаи шуӣ дар 1049 нафар бемори гирифтори саратони пӯст ҷанбаҳои методӣ оид ба интихоби табобати муносиби шуӣ вобаста ба синну соли беморон, сохтори морфологӣ ва мавқеи ҷойгиршавии омос пешниҳод шудааст.

Нишондодҳо ва муқобилиятҳо барои моногамматобат, табобати якҷоя ва маҷмӯӣ барои марҳилаҳои бармаҳал ($T_{1-2}N_0M_0$) ва нисбатан баъдии ($T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$) саратони пӯст пешниҳод карда мешаванд.

Усулҳои истифодаи муолиҷаи шуӣ саратони пӯсти тағйирёфта дар ҷойи доғ муайян ва пешниҳод карда шуданд.

Дар асоси натиҷаҳои табобати саратони пӯст дар беморони дарозумр – аз 90-сола боло – усулҳои омода кардани онҳо ба муолиҷаи шуӣ ва барқарорсозӣ дар давом ва баъд аз табобат пешниҳод карда шуданд. Роҳҳои пешгирии авориз бо дарназардошти хусусиятҳои синну соли беморон муайян карда шуданд (Патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон № TJ 1289).

Дар асоси аворизи бармаҳал ва баъдтар муайянгардидаи муолиҷаи шуӣ саратони пӯсти дар маҳалҳои гуногун ҷойгиршуда ба соҳаи тандурустии амалӣ усулҳои оптималии табобат ва пешгирии онҳо пешниҳод карда шуданд (Патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон № TJ 1287).

Усули пешгирӣ ва муолиҷаи таъсири номатлуби пасазшуӣ дар беморони гирифтори саратони пӯст пешниҳод шудааст (Таклифи ратсионализатории «Истифодаи салфеткаҳои «Колетекс АДН» барои табобати саратони пӯст ва узвҳои даҳон дар ҳолати аворизии пас аз шуӣ» аз ҷониби МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» 21 июли соли 2021, № 3424/R416 дода шудааст).

Барои муолиҷаи омосҳои бадсифати пӯст ва луобпардаи холигоҳи даҳон усули самарабахши истифодаи салфеткаи «Колетекс» тавсия карда мешавад (пешниҳоди ратсионализатории «Истифодаи салфеткаҳои «Колетекс 5-ФТУР» барои муолиҷаи аворизи пасазшуӣ саратони луобпардаи холигоҳи даҳон» аз ҷониби МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» 21 июли соли 2021, № 3423/R415 дода шудааст).

Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Муқарар карда шуд, ки муолиҷаи якҷоя ва маҷмуии саратони пӯст усулҳои баландтехнологӣ буда, ҷузъи ҷудонашавандаи табобати зидди омосҳо мебошад. Истифодаи монотеле-гамматобати саратони пӯсти марҳилаи бармаҳал ($T_{1-2}N_0M_0$) барои аксари беморон радикалӣ буда, метавонад ба табобат бо роҳи ҷарроҳӣ мураккаб бошад. Аммо барои муолиҷаи шуӣ саратони пӯсти беморони гирифтори марҳилаҳои нисбатан баъдии беморӣ ($T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$) бояд табобати якҷоя ва маҷмӯӣ ҳамчун яке аз

чузъҳои пешбар ва самараноки табобат дар речаҳои неoadъювантӣ ё адъювантӣ истифода шавад.

2. Ошкор карда шуд, ки синну соли беморон, бар хилофи ақидаҳои мавҷудаи мутахассисон, барои муолиҷаи шуоии саратони пӯст муҳолифати мутлақ надорад. Истифодаи самараноки он, инчунин дар беморони дарозумр пас аз омодагии мувофиқи пешазшуӣ ва пешгирии аворизи имконпазири пасазшуӣ нишон дода мешавад.

3. Исбот шуд, ки беморони гирифтори саратони пӯст, кибо COVID-19 сироят ёфтаанд, вале аворизи онро надоранд, метавонанд бо риояи тамоми талаботи карантинӣ муолиҷаи шуӣ гиранд ва ҳамзамон табобати зидди COVID-19-ро идома диҳанд.

4. Амалҳои номатлуби бадан ва аворизи бармаҳалли муолиҷаи шуӣ муваққатӣ буда, исбот карда шуд, ки дар чараёни табобат ё давоми 2-3 ҳафта нопадид мешаванд. Пешгирӣ ва табобати дурусти авориз имкон медиҳад, ки ремиссияи дарозмуддати клиникӣ ба даст оварда шавад ва сатҳи зиндаи мондани беморон беҳтар гардад.

5. Муқаррар гардид, ки истифодаи дурусти муолиҷаи паллиативии шуӣ ҳангоми намудҳои куҳнашудаи саратони пӯст шиддати нишонаҳо ва аворизи онҳоро коҳиш дода, сифати зиндагии беморонро беҳтар мекунад.

6. Нишондиҳандаҳои хуби зиндамонӣ ҳангоми истифодаи монотелегамма табобати саратони пӯст дар марҳилаҳои бармаҳал собит карда шуд. Нишондиҳандаҳои зиндамонӣ дар марҳилаҳои нисбатан баъдӣ ноумедкунандаанд, ки ин асосан аз паҳншавии омос вобаста аст.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ бо равишҳои методологӣ ва натиҷаҳои, ки аз усулҳои объективӣ, клиникаи морфологӣ, лабораторӣ, морфологӣ ва омӯрӣ ба даст оварда шудаанд, тасдиқ карда мешавад.

Барои гузаронидани тадқиқот пойгоҳи додаҳои таҳлили ҳуҷҷатҳои тиббии Microsoft Office Excel истифода шуд, ки барои ҷамъ овардани маълумот ва татбиқи таҳлилҳои бисёрқимматӣ имкон медиҳад.

Усулҳои коркардшудаи муолиҷаи шуӣ бо истифода аз речаҳои самарабахш ва нақшаҳои табобати якҷоя ва маҷмуии саратони пӯст дар марҳилаҳои гуногун муфассал тавсиф карда шудаанд. Эътимоднокии натиҷаҳои тадқиқотро патентҳо ва сертификатҳо барои пешниҳодҳои ратсионализаторӣ тасдиқ мекунанд.

Муқаррароти пешниҳодшуда, ки барои ҳимоя манзур гардидааст, ҳулосаҳо ва тавсияҳои амалии рисола, ки аз ҷиҳати илмӣ асоснок карда шудаанд, мантиқан аз натиҷаҳои тадқиқоти гузаронидашуда бармеоянд ва ҳадафу вазифаҳои гузошташударо инъикос мекунанд. Дар диссертатсия аз пойгоҳҳои асосии электронии маълумот ва захираҳои Cyberleninka, eLibrary, Dissercat, Cochrain, PubMed, Hinari ва ғайраҳо истифода шудааст. Баррасии маводди конференсияҳои илмӣ, конгрессҳо ва симпозиумҳои кишварҳои ИДМ ва кишварҳои хориҷӣ, таҳлили таҳқиқоти илмӣ, корҳо ва рисолаҳои илмӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, кишварҳои хориҷи наздик ва дур дифӯшуда гузаронида шуд. Тадқиқот дар заминаи МД «МҶИС» ВТХИА ҚТ гузаронида шуд.

Эътимоднокии маводди аввалияро санади санҷиши комиссия аз 27 ноябри соли 2023, ки МД «МҶИС» ВТХИА ҚТ додааст, тасдиқ мекунад.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ ба масъалаҳои илмӣ саратоншиносӣ ва муолиҷаи шуоии накташиҳои бадсифати пӯст бахшида шуда, ба шиносномаи аз ҷониби Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 3.1.12 Онкология; зербанди 3.3. Эпидемиология, омори варамҳои ашаддӣ ва ташкили мубораи бар зидди саратон тасдиқгардида мувофиқат мекунад. Таҳия ва тақмил додани барномаҳои скринингӣ, усулҳои пешгирии аввалия ва дуҷумдараҷаи инкишофи накташиҳо, ошкоркунии бармаҳал ва саривактӣ онҳо. Назорати диспансерии беморони гирифтори саратон; зербанди 3.6. Табобати омӯсҳо дар таҷриба ва шароити клиникӣ: таҳия ва тақмили усулҳои дахлати ҷарроҳӣ, омӯзиши самаранокии доруҳои

нави зиддиомос, таҳияи нақшаҳо ва вариантҳои табобати зиддиомосӣ бо доруворӣ, усулҳои табобати якҷоя бо истифода аз муолиҷаи шуӣ, гипертермияи умумӣ ва маҳаллӣ, гипергликемия, гипоксирадитабобат, пайвастагиҳои электронии қабулқунанда, маҷмуаҳои антиоксидантӣ, табобати фотодинамикӣ, табобати магнитӣ, иммунотабобат ва омилҳои дигари тағйирдиҳанда.

Мундариҷаи қор тадқиқоти омӯзиши имкониятҳои муолиҷаи шуӣ дар 1049 нафар бемори гирифтори саратони пӯст бо марҳилаҳои бармаҳал ($T_{1-2}N_0M_0$) ва баъдӣ ($T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$)-и беморӣ бо дарназардошти мавқеи ҷойгиршавӣ, сохтори морфологии омосҳо, инчунин нақши он дар табобати якҷоя ва маҷмуии саратони пӯст пурра инъикос мекунад. Тамоми муқаррароти илмӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои амалии рисола вазифаҳои гузашташударо инъикос намуда, асоснок карда шуда ва мантиқан аз натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда бармеоянд.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Муаллиф дар қор карда баромадани усулҳои нави методологии муносибат ба муолиҷаи шуӣ ва ҷорӣ намудани онҳо дар амалияи ниғаҳдории тандурустӣ фаъолона иштирок кардааст. Ҷамъоварии маводди клиникӣ ва арзёбии маълумоти бадастомада аз ҷониби муаллифи таҳқиқот анҷом дода шудааст. Дар асоси натиҷаҳои бадастоварда диссертант муқаррароти барои дифоъ пешниҳодшударо мураттаб сохта, хулоса ва тавсияҳои амалӣ додааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Муқаррароти асосии қори диссертатсионӣ дар форумҳо, конференсияҳо, конгрессҳо ва симпозиумҳои зерин гузориш ва муҳокима карда шудаанд:

- Конференсияи ҷумҳуриявӣ илмию амалии МД «МҚИС» ВТХИА ҚТ дар мавзӯи «Онкологияи муосир», шаҳри Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон, 16 октябри соли 2020;

- Конференсияи ҷумҳуриявӣ илмӣ-амалии Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Халон» (МДТ «ДДТХ») (соли II), бахшида ба 30-солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 5-умин солгарди таъсисёбии МДТ «ДДТХ» «Тибби муосир ва таҳсилоти муосир». Ҷумҳурии Тоҷикистон. Данғара, 24 декабри соли 2021;

- Съезди XII, онкологҳо ва радиологҳои кишварҳои ИДМ ва Аврусиё. Фасли: Тибби ядрӣ ва радиатсионӣ. Маҷозӣ. 09 апрели соли 2021;

- Съезди XIII саратоншиносон ва радиологҳои кишварҳои ИДМ ва Аврусиё, Остона, Қазоқистон, 27-29 апрели соли 2022;

- Конференсияи байналмилалӣ илмию амалии «Технологияҳои нави таҳҳис ва табобати радиатсионӣ», Самарқанд, Ҷумҳурии Ёзбекистон, 5-6 майи соли 2022;

- Конференсияи XVII илмию амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ, Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон, 29 апрели соли 2022;

- Конференсияҳои ҷумҳуриявӣ «Саҳми қанон дар рушди илм», Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон, 24 феввали соли 2023;

- Симпозиум «Масъалаҳои ҷории унификатсияи истилоҳоти тиббӣ», Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон, 26 апрели соли 2023;

- Симпозиуми саратоншиносони Ҷумҳурии Тоҷикистон бо иштироки байналмилалӣ «Мушкилоти ақтуалии онкология», Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон, 28 апрели соли 2023;

- Нашри IV китоби байналмилалӣ кишварҳои ИДМ «Беҳтарин муаллим-2023». Қазоқистон, Остона, 29 майи соли 2023;

- Конференсияи байналмилалӣ илмию амалии «Роҳҳои тақмили таҳҳис ва табобати омосҳои ашаддӣ», Хучанд, Ҷумҳурии Тоҷикистон, 26 июни соли 2023;

- Форуми байналмилалӣ «Намоишгоҳи байналмилалӣ ихтирооти қанони Корея, KIWIE 2023», Сеул, Корея, 20-23 июли соли 2023;

- Нашри II китоби байналмилалӣ кишварҳои ИДМ «Беҳтарин таҳқиқотчи-2023» Қазоқистон, Остона, 10 декабри соли 2023;
- 71-умин конференсияи солонаи илмию амалӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ «Иноватсия дар тиб: аз илм ба амалия». Душанбе, 01 декабри соли 2023;
- Конференсияи IV солонаи ҷумҳуриявӣ илмӣ-амалии МДТ «ДДТХ», бахшида ба 32-солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мавзӯи «Стратегияи рушди илми тиб ва соҳаи тандурустӣ дар замони муосир». Данғара, 22 декабри соли 2023;
- Конференсияҳои ҷумҳуриявӣ «Саҳми занон дар рушди илм», Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон, 21 феввали соли 2024;
- Конференсияи XI солонаи байналмилалӣ илмӣ-амалии «Масъалаҳои актуалии тиб», Озарбойҷон, Боку, 27-28 марти соли 2024;
- Съезди XIV онкологҳо ва радиологҳои кишварҳои ИДМ ва Евразия, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, 25-27 апрели соли 2024;
- Форуми байналмилалӣ илмӣ Донишгоҳ. Илм ба амалия нигаронида шудааст: АМА-Русия-Ҳиндустон, 18 декабри соли 2024;
- 72-юмин Конференсияи солонаи илмию амалӣ бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба 85-солагии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». 01 ноябри соли 2024: «Уфқҳои нав дар илм, таълим ва амалияи тиббӣ». Душанбе, 2024;
- Конференсияи V солонаи ҷумҳуриявӣ илмию амалии МДТ «ДДТХ», бахшида ба 30-солагии Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон «Масъалаҳои актуалии тиб – таҳсилоти олии тиббӣ», 29 ноябри соли 2024. Данғара, 2024;
- Конгресси якуми онкологҳои мамлакатҳои туркзабон. 13-14 июни соли 2025. Боку, 2025;
- Конференсияи илмӣ-амалии байналмилалӣ «Бемор: муносибати нигаронидашуда дар радиология». 19-20 сентябри соли 2025. Самарканд, 2025;
- 73-юмин Конференсияи солонаи илмию амалии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ «Илм ва таҳсилоти тиббӣ барои солимии ҷомеа». 31 октябри соли 2025. Душанбе, 2025;
- Конференсияи VI солонаи ҷумҳуриявӣ илмию амалии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон» бахшида ба Рӯзи Президент ва Парчами миллии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Муваффақият ва дурнамои рушди илми тиб дар Тоҷикистон». 21 ноябри соли 2025. Данғара, 2025;
- Съезди XV онколог ва радиологҳои кишварҳои ИДМ ва Авруосиё. 22-24 апрели соли 2026. Минск, 2026.

Нуктаҳои асосии таҳқиқот: усулҳои такмил додани муолиҷаи шуоии саратони пӯст, ки аз ҷароҳатҳои пас аз сӯхтан дар сандалӣ ба вучуд омадаанд; такмил додани муолиҷаи шуоии саратони пӯст дар пиронсолон; такмил додани усули муолиҷаи аворизи пас аз шуоии саратони пӯст; истифодаи рағфани зираи сиёҳ ба минтақаи осебдидаи пӯст ва луобпардаи ковокии даҳон бо мақсади паст кардани реаксияи шуоӣ пас аз муолиҷаи шуоӣ дар беморони гирифтори саратони пӯст ва луобпардаи ковокии даҳон, ки ба амалияи клиникаи шӯъбаҳои махсуси МД «МҚИС» ВТҲИА ҚТ; филиали Хучандии МД «МҚИС» ВТҲИА ҚТ дар вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷорӣ карда шудааст.

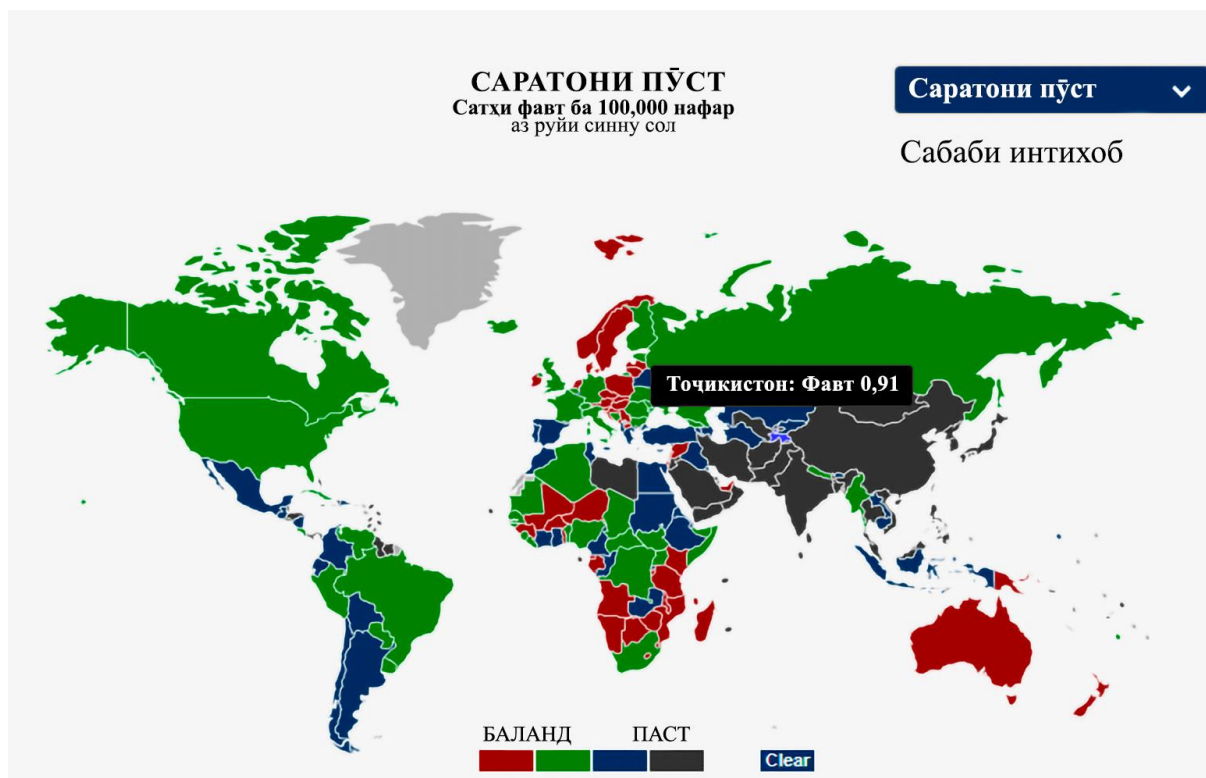
Муқаррароти илмӣ ва тавсияҳои амалии рисола дар раванди тайёр кардани ординаторони клиникӣ, аспирантҳо, гузаронидани курсҳои такмили ихтисоси саратоншиносони кафедраи онкология МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», кафедраи саратоншиносии Муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (МДТ «ДТБКСТҚТ») ва муассисаҳои дигари соҳа ба таври васеъ истифода мешавад.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Доир ба мавзӯи диссертатсия 46 асари chopӣ, аз ҷумла 16 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттес-

татсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва кишварҳои хориҷӣ, 24 фишурда, 4 патент, ки дар солҳои 2023, 2025 дар Сеул (Корея) бо ҷоизаи медалҳои тиллою нуқра эътирофи байналмилалӣ пайдо кардаанд ва ду таклифи ратсионализаторӣ ба таъби расонида шуд.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 310 саҳифаи матни мошинӣ чоп шуда, пешниҳод гардида, аз муқаддима, 10 боб, хулоса, тавсияҳои амалӣ, номгӯи адабиёти истифодашуда, ки 401 манбаъро дар бар мегирад. Кор бо 68 расм тасвир шуда, 42 ҷадвалро дар бар мегирад.

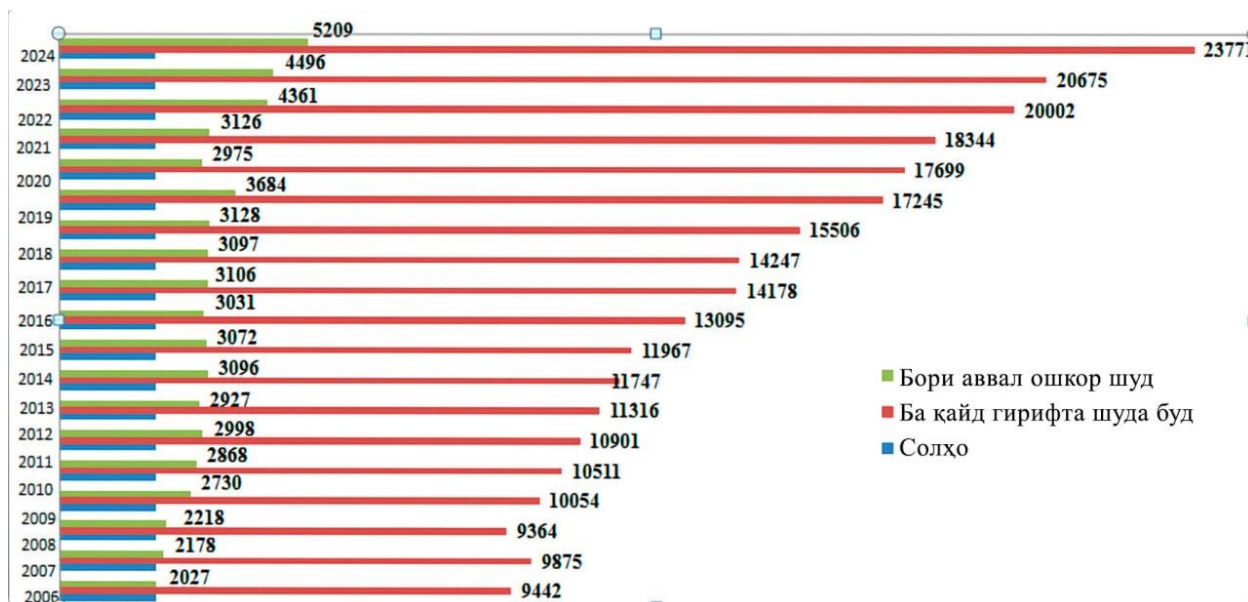
Қисми асосии таҳқиқот. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давоми 10 соли охир шумораи беморон аз 13095 нафар (с. 2015) ба 23771 нафар (с. 2024), яъне қариб 1,8 маротиба афзудааст. Ҳамасола беш аз 3,5 ҳазор нафар ба шаклҳои гуногуни бемории саратон гирифта мешаванд. Дар соҳтори навташкилаҳои бадсифат дар ҷумҳурӣ саратони сина, саратони гарданаки бачадон, саратони пӯст (шаклҳои ғайримеланома), саратони меъда ва лимфомаҳо бартарӣ доранд. Дар соҳтори ғавти аҳолии онкопатология пас аз бемориҳои дилу раг дар ҷойи дуюм аст (16220 нафар, с. 2020). Тибқи маълумоти охиринаи ТУТ, ки дар соли 2020 нашр шудааст, ҳолати ғавт аз бемории саратони пӯст дар Тоҷикистон ба 36 нафар ё 0,08%-и ғавти умумӣ баробар шудааст. Сатҳи ғавт аз рӯи синну сол 0,91 ба 100 000 нафар аҳолии мебошад ва Тоҷикистон дар ҷаҳон дар ҷойи 140-ум қарор дорад (расми 1).



Расми 1. Коэффитсиенти ғавт ба 100000 аҳолии.

Омосҳои пӯст барои минтақаи Осиёи Марказӣ, бахусус Тоҷикистон, мушкилоти хеле ҷиддӣ ба ҳисоб меравад (Расми 2).

Тибқи ҳисоботи омории Хадамоти саратоншиносии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз шумораи умумии беморони болиғ дар соли 2020 бақайдгирфташуда 12,34 %-ро беморони гирифтаи саратони пӯст (ба истиснои меланома) ташкил медиҳанд.



Расми 2. Тамоюли афзоиши навташкилаҳои бадсифат дар Тоҷикистон дар давраи солҳои 2006-2024

Тибқи иттилои Агентии омори назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2023 1418 нафар бемори гирифтори саратони пӯст бақайд гирифта шуда буданд ва дар соли 2024 шумораи онҳо ба 1553 нафар расидааст. Ҳамин тариқ, афзоиши саратони пӯст дар давоми сол ба 9,0% расид (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Беморони гирифтори саратон дар Тоҷикистон дар солҳои 2023-2024

Номгӯӣ	Соли 2021			Соли 2022		Соли 2023		Соли 2024	
	Ҷинс	Ба қайд гирифта шуд, ҳамагӣ	Бори аввал ошкор шуд	Ба қайд гирифта шуд, ҳамагӣ	Бори аввал ошкор шуд	Ба қайд гирифта шуд, ҳамагӣ	Бори аввал ошкор шуд	Ба қайд гирифта шуд, ҳамагӣ	Бори аввал ошкор шуд
Омосҳои бадсифати пӯст	М	643	82	636	86	767	120	830	122
	З	525	68	529	39	651	110	723	116
	Ҳамагӣ	1168	150	1165	125	1418	230	1553	238

«Дар аксари кишварҳои ҷаҳон, саратони пӯст сатҳи баланди гирифтورشавӣ бо тамоюли болоравиро нигоҳ медорад ва 14-14,5 % тамоми ташкилаҳои бадсифатро ташкил медиҳад. Дар байни мардон ин нишондод нисбат ба саратони шуш ва ғадуди простата ва дар байни занон нисбат ба саратони сина камтар аст.

Аҳамияти ин мушкилот на танҳо ба афзоиши босуръати беморӣ, балки ба таъхир гузоштани ташхис, пайдоиши усулҳои нави дақиқи ташхис ва усулҳои мураккаби ташхис низ вобаста аст. Сатҳи баланди саратони пӯст аксар вақт нишондиҳандаи мушкилоти саломатии экологӣ ҳисобида мешавад. Бисёр вақт он дар гурӯҳи синну соли 50-69-сола рух медиҳад, гарчанде ки дар солҳои охир тамоюли ҷавоншавии он ба мушоҳида мерасад. Саратони пӯст аз ҳуҷайраҳои шакли базалӣ (базалиома), ки 75-97 %

тамоми саратони эпителиалии пӯстро ташкил медиҳанд, аз ҳучайраҳои шакли ҳамвор (5-15 %) ва аз саратони сохтори пӯст (карсиномаҳои Меркел) – камтар аз 1 %» [6] иборат аст.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон инчунин сатҳи баланди гирифтورشавӣ ба саратони пӯст нигоҳ дошта шуда, пайваста дар ҷойҳои сеюм ё чорум қарор дорад [26].

«Саратони пӯсти пилкони чашм як варами хеле интишорёфта буда, онро як маъсалаи мубрами онкологияи муосир мегардонад. Варами пӯсти пилкони чашм беш аз 80%-и тамоми омосҳои чашмро ташкил медиҳанд, ки омосҳои хушсифат бартарӣ дошта, дар ҳама синну солҳо ба вучуд меоянд. Омосҳои генези эпителиалӣ – 67 %, омосҳои бофтаҳои нарм – 28,9 % ва омосҳои пӯсти пигментӣ 12 %-ро ташкил медиҳанд. Дар ҳамаи навташкилаҳои пӯсти пилкони чашм гирифтории саратон, аз рӯи гуфтаи муаллифони гуногун, аз 5 то 55 %-ро ташкил медиҳад» [18].

«Дар сохтори бемории саратоншиносии Ҷумҳурии Тоҷикистон омосҳои бадсифати узвҳои биноиш ҷойҳои 9-10-умро ишғол менамояд. Ҳамасола аз 15 то 26 нафар бемор ба қайд гирифта шуда, сатҳи гирифтورشавӣ ба 100 ҳазор нафар 0,5-0,7 ҳолат мебошад ва гирифтورشавӣ ба бемории саратони пилкони чашм дар кишвар 58 %-ро ташкил медиҳад» [18].

Муаллифон намунаҳои паҳншавии саратони пӯсти пилкони чашмро дар кишвар бо бартарии занон (55,4 %), пеш аз ҳама дар гурӯҳи синну соли аз 60-сола боло муайян кардаанд ва сатҳи баланди гирифтورشавӣ дар минтақаи ҷануби ҷумҳурӣ (вилояти Хатлон, 35,6 %) хос аст. Ин маълумот то андозае мавҷуд будани хусусиятҳои эпидемиологияи ин патологияро дар Тоҷикистон тасдиқ мекунанд, ки бо таъсири баланди офтоб дар минтақаи ултрабунафш ва шугли зиёд дар соҳаи кишоварзӣ алоқаманд аст. «Бо дарназардошти маҳалли ҷойгиршавӣ, гистотип ва паҳншавии варами 45 (50 %) бемор табобати ҷарроҳӣ, 15 (16,7 %) нафар танҳо табобати шуӣ, 24 (26,6 %) бемор табобати омехта (табобати шуӣ+ҷарроҳӣ; ҷарроҳӣ+табобати шуӣ) ва 6 (6,7 %) бемор муолиҷаи маҷмӯӣ (полихимиотерапия) гирифтанд» [18].

Бояд қайд кард, ки табобати шуӣ ҳамчун алтернатива ба табобати ҷарроҳӣ дар речаи монотерапия дар беморони гирифтори бемории T₁₋₂ истифода шудааст. Барои бемориҳои интишорашон маҳаллӣ усулҳои муолиҷавию комплексӣ истифода шуданд.

Барои муайян кардани бемории саратон дар манотиқи кӯҳистонии Тоҷикистон дар солҳои 2010-2020 маълумоти омории Маркази ҷумҳуриявии омори тиббии назди Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (2020), маълумоти омории Раёсати тандурустии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон ва маълумоти омории тиббии беморхонаи марказии шаҳри Хоруғ истифода шудаанд. Тибқи таҳқиқ «гирифтории аввалиндараҷаи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба саратони бадсифат тамоюли афзоишро нишон медиҳад – он дар миқёси ҷумҳурӣ аз 34,6 ба 40 ва дар шароити миёна ва баландкӯҳ аз 63,1 то 85,1 нафар ба 100 ҳазор аҳоли тағйир ёфт» [12].

Имкониятҳои истифодаи табобати шуӣ дар Тоҷикистон. Айни замон, табобати шуӣ яке аз усулҳои асосии табобати ташкилаҳои бадсифати узвҳо ва бофтаҳои инсон мебошад. Табобати шуӣ як усули «маҳаллӣ»-и табобат аст, зеро он ба тамоми бадан таъсири камтар дорад ва таъсири аввалиндараҷаи худро ба маҳалли ҷойгиршавии варами равона мекунад. Асоси ин табобатро таъсири намудҳои гуногуни радиатсияи ионизатсия ба бофтаи варами ташкил медиҳад. Маълум аст, ки ҳучайраҳои варами хеле зуд тақсим мешаванд ва ба намудҳои гуногуни таъсири ҷисмонӣ физикӣ хеле ҳассос мебошанд, зеро радиатсия ба ҳучайраи асосӣ – КДН зарар мерасонад, ки боиси марги ҳучайра мегардад. Ин андозаи варами кам мекунад ва афзоиши онро бозмедорад. Дар навбати худ, ҳучайраҳои солим ба таври назаррас камтар осеб мебинанд. Радиатсия бо истифода аз дастгоҳҳои махсус зери кунҷҳои гуногун нисбат ба варами гузаронида мешавад. Таваҷҷуҳ маҳз ба варами аз оқибатҳои номатлубро пешгирӣ менамояд ва ба ин васила ба натиҷаҳои назаррас ноил мегардад. Духтурон ва муҳаққикон ба ҳулосае омаданд, ки

табобати шуой махсусан ҳангоми якҷоя бо терапияи доруворӣ (химиотерапия) ва даҳолати ҷарроҳӣ самаранок аст. Табобати маҷмӯӣ метавонад такроршавиро пешгирӣ кунад ва ҳуҷайраҳои саратонро, ки пас аз ҷарроҳӣ боқӣ мондаанд, нест кунад. Дар солҳои охир, ҳодисаҳои таъсири манфии муолиҷаи шуой ба туфайли қобилияти ба таври дақиқ ҳадаф гирифтани бофтаи варам бо радиатсия, инчунин истифодаи на танҳо рентген, балки нурҳои заррачаҳо, ки ба варам дақиқ нигаронида шудаанд, ба таври назаррас коҳиш ёфтааст.

Муолиҷаи шуоии саратонро метавон мустақилона, махсусан дар ҳолатҳои дар сатҳи пӯст ҷойгир будани омос (пӯст, ғадуди ширӣ) ё дар якҷоягӣ бо химиотерапия ва ба таври ҷарроҳӣ анҷом дод.

Табобати шуой, ки пеш аз ҷарроҳӣ ё неoadъювант гузаронида мешавад, метавонад ба коҳиши варамҳо ва кам шудани хатари паҳншавии ҳуҷайраҳои саратон ба рағҳои хун ва лимфатикӣ мусоидат мекунад. Дар ҳолатҳои мавҷуд будани метастазҳо ҳангоми саратони пешрафта истифодаи табобати шуой метавонад ба кам кардани дард, коҳиш додани гирехҳои мавҷудаи метастатикӣ ва боздоштани паҳншавии минбаъдаи ҳуҷайраҳои саратон дар тамоми бадан ёрӣ мерасонад.

Дар сурати гумонбар шудан ба боқӣ мондани варам, табобати шуоии пасазҷарроҳӣ барои нест кардани ҳама гуна ҳуҷайраҳои варамии боқимонда ва пешгирии такрорёбии он дар оянда гузаронида мешавад.

Табиби муолиҷаи шуой усули табобати шуоиро дар асоси хусусиятҳои варам, маҳалли ҷойгиршавии он, дараҷаи паҳншавӣ ва бо дарназардошти ҳолати умумии бемор интихоб мекунад. Азбаски радиатсияи ионизатсиякунанда инчунин метавонад ба бофтаи солим зарар расонад, вояи яккаратаи мавқеӣ (ВЯМ) ва вояи умумии мавқеӣ (ВУМ) табобати шуой ба таври инфиродӣ муайян карда мешавад.

Бо афзоиши шумораи беморони саратон дар кишварҳои камдаромад ва сатҳи зиндагашон миёна, инфрасохтори мавҷудаи тиббӣ радиатсионӣ ва захираҳои мавҷуда танҳо як қисми ками ниёзҳоро қонеъ карда метавонанд. Ҳоло 70 % беморони гирифтори саратон ба табобати шуой дастрасӣ надоранд. Гузашта аз ин, ба далели дер таъхир намудан, набудани скрининг ва омилҳои дигари иҷтимоӣ-иқтисодӣ, аз қабилӣ тарс, тамға, қор ва шароити оилавӣ, 65 %-и беморон марҳилаҳои бемориро гузаронида, ба мутахассисон муроҷиат мекунанд. Аз ин рӯ, барои мубориза бо саратон танҳо такмил додани қобилиятҳои муолиҷаи шуой кифоя нест; дар ниҳоят, ҷораҳои дигар барои беҳтар кардани зиндамонии беморони гирифтори саратон, иттилооти давлатӣ оид ба саратон, маърифати аҳоли, пешгирии саратон ва ошкорсозии бармаҳалӣ беморӣ заруранд.

Усулҳои табобати шуой аз усули таъсир ба бофтаи омосӣ вобастаанд:

- табобати шуоии фосилавӣ (беруна) – дастгоҳ дар берун васл карда мешавад ва нур тавассути дигар бофтаҳо бевосита ба варам мегузарад;

- табобати тамосӣ (робитавӣ), ки танҳо ба бофтаи варам тавассути ҷорӣ намудани интиқолдиҳандагони радиатсионӣ нигаронида шуданро мефаҳмонад. Ин метавонад дохили мушакӣ, дохили рағӣ ё дар шакли аппликасия бошад;

- терапияи радионуклидӣ – истифодаи доруҳои фармакологӣ, ки дорои унсuri радиоактивӣ мебошанд ва метавонанд дар бофтаҳои мушаххас ҷамъ шаванд.

Дар маҷмӯъ, чун одат, басомади истифодаи ҷузъи радиатсионӣ дар табобати беморони гирифтори саратон одатан на камтар аз 60 %-ро ташкил медиҳанд ва барои чунин омосҳои хеле маъмул, аз қабилӣ саратони шуш, саратони сина, саратони пӯст, саратони сурхрӯда, лимфогранулематоз – на камтар аз 70 % аст. Аз ин рӯ, таҳияи усулҳои самаранокӣ табобати шуой барои беморони гирифтори саратон масъалаи хеле муҳими соҳаи тандурустӣ мебошад.

Рентгенология ва радиологияи тиббӣ дар Тоҷикистон фаъолияти худро соли 1930 оғоз намудаанд ва аввалин ду дастгоҳи рентгенӣ – тухфаи коргарони Санкт-Петербург ба Душанбе ва Ленинобод (ҳоло Хучанд) оварда шуданд. Он солҳо хадамоти радиологияи

ҷумхури аз ду лабораторияи ташхиси рентгенӣ ва ду дастгоҳи табобати шуӣ – РУМ-17, Рокус-5000 ва Агат-В иборат буд.

Рентгенология ва радиология дар ҷумхури дар маҷмӯ бо фанҳои дигари клиникӣ инкишоф меёбанд. Асосҳои он дар кафедраи рентгенология ва радиологияи Донишқадаи давлатии тиббии Тоҷикистон, ки соли 1957 таъсис дода шуда буд, аз ҷониби профессорҳо Г.М. Сагателян (с. 1957-1964), Л.Б. Наумов (с. 1964-1971) ва Б.Н. Муҳиддинов (с. 1971-1988) таълим дода мешуд. Кафедра яқоя бо маркази ҷумхуриявии рентгенология ҳар сол курсҳои оид ба асосҳои ибтидоии таҳассусӣ, инчунин тақмили ихтисоси духтурон мегузаронид.

Рентгенологҳо ва радиологҳои ҷумхури дар ҷамъияти илмию амалӣ муттаҳид шудаанд, ки он маркази асосии ташкилӣ ва тамаркузи фаъолияти онҳо ба шумор меравад. Тадқиқоти илмӣ асосан дар кафедраи рентгенология ва радиологияи Донишқадаи давлатии тиббии Тоҷикистон ва шуъбаҳои Институти гастроэнтерологияи Академияи илмҳои Тоҷикистон ва Диспансери ҷумхуриявии саратоншиносӣ мутамарказ гардидааст. Таҳқиқотҳо дар мавзӯҳои гуногун гузаронида мешаванд, ки дар байни онҳо самтҳои ташхиси рентгенӣ ва радиоизотопии бемориҳои меъдаю рӯда ва шиноҳти омосҳои бадсифати узвҳо ва системаҳои инсон тақмил ёфтанд.

МД «МҚИС» ВТХИА ҚТ муассисаи асосии махсусгардонидашудаи табобатию профилактикӣ мебошад, ки дар он ҷо ба беморони гирифтори омосҳои бадсифат ёрии ҳамаҷониба ва баландихтисоси тиббӣ расонида мешавад. Дар баробари табобати ҷарроҳӣ ва бо доруворӣ, беморони гирифтори омосҳо ҳамчун монотерапия ва дар доираи усулҳои омехта ва комплекси муолиҷа табобати шуӣ мегиранд.

Соли 1956 дар Диспансери ҷумхуриявии онкологии Вазорати ниғаҳдории тандурустии РСС Тоҷикистон дар шаҳри Душанбе шуъбаи табобати нури барои омосҳои бадсифат ба фаъолият сар кард. Дар шуъба мутахассисони баландихтисос: панҷ нафар онкологҳои радиатсионӣ, ки се нафарашон категорияи якуми (олии) тиббӣ доштанд ва ду нафар физикҳои тиббӣ кор мекарданд. Физикҳои тиббӣ барои муҳофизати радиатсионӣ, дозиметрия ва ба нақша рифтани табобат, инчунин барои ниғаҳдории асбобҳои радиотерапия ва радиологӣ масъул буданд. Шуъба бо аппаратҳои радиотерапияи «РОКУС», «АГАТ-С» ва «АГАТ-ИУ» ҷиҳозонида шуда буданд. То соли 2005 дастгоҳҳои «РОКУС» ва «АГАТ-ИУ» мутобиқи талаботи МАГАТЭ аз назорати мунтазами радиатсионӣ гузаронида мешуданд. Ивазкунии манбаъҳо дар байни солҳои 1990 ва 2005 бо мушкilotи зиёд анҷом дода шуд. Бори охир манбаи дастгоҳи «АГАТ-С» соли 1986 иваз карда шуда буд. Ҳама таҷҳизоти тиббии рентгенӣ ва радиотерапияи дар боло номбаршуда ба талаботи назорати сифат, ки протоколҳои байналмилалии МАГАТЭ муқаррар кардаанд, ба пуррагӣ ҷавоб намериданд.

То соли 2006 табобати шуӣ барои беморони гирифтори омосҳои бадсифат асосан хусусияти ибтидоӣ дошта, аз ҷониби давлат маблағгузории назаррасро талаб мекард.

Дар ин давра Диспансери ҷумхуриявии онкологии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо Ассотсиатсияи директорони марказҳои саратоншиносӣ ва донишқадаҳои Иттиҳоди Давлатҳои Мустақил (ИДМ) ба шарофати саъю кӯшиши профессор Д.З. Зикириёҳочаев – саронкологи Вазорати ниғаҳдории тандурустии РСС Тоҷикистон бомуваффақият ҳамкорӣ кардаанд. Ассотсиатсияи номбурда ба ҳадамоти саратоншиносии кишвар мусоидати фаъолона ва бебозгашт оғоз намуд: дар як муддати кӯтоҳ як қатор кадрҳои илмӣ, саратоншиносони баландихтисос, рентгенологҳо ва омӯзгорон тайёр карда шуданд.

Омода намудани радиологҳо дар доираи барномаи АБЭА бо иштироки мутахассисони байналмилалӣ сурат гирифтааст. Ординаторони клиникӣ, аспирантҳо ва докторантҳо дар муассисаҳои аъзои Ассотсиатсия – дар марказҳои асосии онкологии ИДМ ва хориҷи кишвар таълим гирифтанд. Дар рушди табобати шуӣ дар ҷумхури бо қарори Ҳукумат дар заминаи Диспансер соли 2006 ифтитоҳи МД «МҚИС» ВТХИА ҚТ тақони пурқувват гардид.

Дар доираи ҳамкориҳои техникии лоиҳаи АБЭА (ТАД/6/003 «Такмили хадамоти радиотерапевтӣ дар МД «МҚИС» ВТХИА ҚТ) ба ҷумҳурӣ дастгоҳи нави ТЕРАГАМ-и истеҳсоли Чехия (аз моҳи декабри соли 2006 кор мекунад) ва дастгоҳи брахитерапии MultiSource-и истеҳсоли Олмон (аз 20 декабри соли 2010 кор мекунад) ворид карда шуданд. Бинобар ба истифода дода шудани дастгоҳи шуӣ-табобатии ТЕРАГАМ сатҳи дастрасии аҳоли ба табобати шуӣ хеле беҳтар гардида, иқтидори қабули шуъба дар як моҳ ба 100-120 нафар расонида шуда, дар натиҷа шумораи умумии бемороне, ки муолиҷаи шуӣ мегиранд, нисбат ба солҳои пеш хеле зиёд шудааст. Мутаассифона, манбаи ин дастгоҳ аллакай ду давраи нимпайваस्तшавиро аз сар гузаронидааст ва иқтидори он мутаносибан коҳиш ёфтааст.

Таҷрибаи клиникаҳои пешрафтаи ҷаҳон нишон медиҳад, ки барои муолиҷаи пурраи беморон дар дармонгоҳ ҳадди ақал ду дастгоҳ лозим аст, то ин ки дар сурати вайрон шудан, тамои шудани манбаъ ва ё таъмир намудани як дастгоҳ беморон тавонанд дар дастгоҳи дигар табобатро идома диҳанд.

Соли 2020 таҳти сарпарастии АБЭА дар Маркази саратоншиносии вилояти Суғд (ш. Хучанд) шуъбаи табобати шуӣи омосҳои бадсифат бо 20 кат кушода шуд, ки он бо таҷҳизоти ТЕРАБАЛТ ва стимулятор ҷиҳозонида шудааст. Ҳамин тавр, ҳоло дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ду шуъбаи табобати шуӣи фаъолият дорад, ки иқтидори умумии онҳо 60 катро ташкил медиҳад (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. Таҷҳизонидани шуъбаҳои табобати шуӣи омосҳои бадсифат дар МД «МҚИС» ВТХИА ҚТ ва «Диспансери вилоятии онкологии Суғд»

Навъи табобат	Моделҳои таҷҳизот ва истеҳсолкунанда	Изо-топ	Шумораи таҷҳизот	Санаи насби таҷҳизот
МД «МҚИС» ВТХИА ҚТ				
Телетерапия	TERAGAM, Czech Republic	Co-60	1	2007
Симулятор	Simulator NT TM Radiographic/Fluoroscope Simulator, Huestis, Canada		1	2007
Симулятор	TERASIX treatment planning system for radiotherapy Plan W		1	2020
Брахитерапия	HDR after loader Gyne Source, BEBIG, Germany	Co-60	1	2009
	Mobile C-arm BV Libra, Philips		1	2008
Диспансери онкологии вилояти Суғд				
Телетерапия	TERABALT	Co-60	1	2020
Симулятор	TERASIX treatment planning system for radiotherapy Plan W		1	2020

Шуъбаи терапияи шуӣи бояд ҳам бо таҷҳизоти фосилавӣ ва ҳам маҳаллӣ ба таври маҷмӯӣ таъмин карда шавад, нисбат ба он ки мутаассифона, шуъбаҳо дар шаҳрҳои Душанбе ва Хучанд ба пуррагӣ таъмин карда нашудаанд. Худи чараёни табобатро бе системаи ба нақшагирии муолиҷаи шуӣ амалӣ намудан ғайри имкон аст. МД «МҚИС» ВТХИА ҚТ дар доираи лоиҳаи ҳамкориҳои техникии АБЭА системаи ба нақшагирии XiO-ро гирифт, ки ба қадри имкон ҳоло дар шуъба фаъолият мекунад.

Ба далели набудани имконоти дигари техникӣ гамма-терапияи фосилавӣ ва брахитерапияи омосҳо усули асосии муолиҷаи шуӣ барои беморони гирифтори саратон дар Тоҷикистон ба ҳисоб мераванд.

Брахитерапия ё табобати шуӣи як навъи табобати дастгоҳии шуӣи мебошад, ки ҳангоми иҷрои он манбаи шуӣ мустақиман ба бадан часпонида мешавад (аппарат) ё ба дохили бадани бемор (дохили ҷисм) ё ба бофтаҳои бемор (дохили бофтавӣ) ворид

карда мешавад. Ба воситаи таҷҳизоти тамосии табобати шуой шуоърасонии як қатор ҳадафҳо, аз ҷумла сурхрӯда, бронхҳо, рӯдаи рост, ҳалқ, ғадуди зерӣ меъда, сина, ғадуди простата ва ғайра амалӣ карда мешавад.

Дар табобати шуой ба таври васеъ гамма-шуоъҳо, ки ҳангоми таназзули радиоактивии ядроҳои алоҳидаи атом мебароянд, ба таври васеъ истифода мешаванд. Ба сифати манбаи гамма-шуоъҳо радионуклидҳои ^{60}Co , ^{192}Ir , ^{125}I , ^{137}Cs ва ғайраҳо тавассути интрастҳои ҳолӣ, ки қаблан дар бадани бемор ҷойгир карда шуда буданд, истифода мешаванд. Пас аз гузоштани интрастаҳо, бемор дар утоқи табобатӣ танҳо мемонад ва манбаҳои радиатсионӣ аз маҳзани нигоҳдорӣ бо истифода аз тугмаи маркази идоракунии ба таври фосилавӣ ба дохили интрастҳо интиқол дода мешаванд. Фаъолнокии радионуклидҳои истифодашаванда дар сатҳи якҷанд воҳиди Ки мебошад. Интрастҳо ба маҳзани нигоҳдории манбаҳои радиоактивӣ тавассути шлангҳои чандир пайваст карда мешаванд. Хусусияти хоси тақсимои воя, ки тавассути шуоъҳои тамос тавлид мешаванд, мутамарказии ҳадди аксари воя дар сатҳи манбаъ мебошад. Ҳангоми рафъ кардан аз манбаъ қудрати вояи азхудшуда ба зудӣ коҳиш меёбад, аз ин рӯ, ҳаҷми шуоъ на он қадар зиёд мешавад ва дар ин ҳолат, узвҳои зерӣ хатар ва бофтаҳои солими муқаррарӣ, ки дар наздикии ҳадаф ҷойгиранд, ба таври кофӣ муҳофизат карда мешаванд.

Маълумоти дар боло овардашударо ҷамъбаст намуда, чунин далелҳоро эътироф кардан лозим аст, ки истифодаи муолиҷаи шуой барои табобати омӯҳҳои бадсифат аз мутахассисони касбӣ: радиологҳо, саратоншиносон ва муҳандису физикҳои тиббӣ саъю кӯшиши зиёдро талаб мекунад. Хулоса, муолиҷаи шуой яке аз мултибаҳшҳои соҳаи тиббӣ муосир мебошад.

Департаменти масъалаҳои иқтисодӣ ва иҷтимоии СММ омили демографиро барои ҳамаи кишварҳои ҷаҳон нашр кард. Спутники Тоҷикистон кишварҳои Осиёи Марказиро аз рӯйи нишондодҳои демографӣ муқоиса намудааст: аҳолии Тоҷикистон дар соли 2015 200 ҳазор нафар афзудааст, дар ҳоле ки солҳои қаблӣ ин нишондиҳанда тақрибан 150 ҳазор нафарро ташкил медод ва дар соли 2017 шумораи аҳоли ба 8 миллиону 921 ҳазор нафар баробар буд, аз онҳо мардон – 4 миллиону 481 ҳазор нафар ва занон – 4 миллиону 441 ҳазор нафар. Шумораи занон ва мардон тақрибан баробар аст. Дар ин маврид, қўдакони то 14-сола 35 %-и шумораи умумии аҳоли, ҷавонон ва духтарон (то 24-сола) – 19 %, одамони синну соли миёна (то 59-сола) – 40 % ва пирон 6 %-ро ташкил медиханд. То январи соли 2024 Тоҷикистон аз рӯйи аҳоли дар минтақаи Осиёи Марказӣ дар ҷойи сеюм қарор дошт ва ба 10,2 миллион нафар расид. Дар баробари ин, Тоҷикистон дар тӯли 30 соли истиқлол аз рӯйи афзоиши аҳоли дар байни кишварҳои ИДМ дар ҷойи аввал қарор дорад.

Дар асоси гуфтаҳои боло метавон гуфт, ки ҳамасола дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тақрибан 8500 нафар бемор ба табобати шуоии фосилавӣ ва зиёда аз 1500 нафар ба брахитерапия ниёз доранд. Дар асоси тавсияҳои Ассотсиатсияи аврупоии саратоншиносони муолиҷаи шуой (ААСМШ) ва ТУТ дар ҷумҳурӣ ба сари ҳар як миллион нафар аҳоли ҳадди ақал 3-5 таҷҳизоти муосир насб кардан лозим аст, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бо сатҳи миёнаи ҷаҳонии гирифтӣ ба саратони аввалия бояд на камтар аз 20 дастгоҳи гамма-терапевтии фосилавӣ ва суръатбахши табобати тиббӣ истифода шаванд. Брахитерапия истифодаи ҳадди ақал 2 дастгоҳро барои шуоъгузаронии дохилирағӣ ва 2 дастгоҳ барои шуоъдиҳии дохилимушакиро талаб мекунад.

Ҳоло дар Аврупо ба ҳар 100 ҳазор нафар аҳоли як таҷҳизоти шуоъгузаронии фосилавӣ (ба 85 % онҳо суръатбахш) рост меояд, дар Иёлоти Муттаҳидаи Амрико бошад, ба ҳар 80 ҳазор нафар рост меояд. Тамоюли рушди муолиҷаи шуой нишон медиҳад, ки пас аз 20 сол дар кишварҳои хеле пешрафта ба ҳар 50 ҳазор нафар як суръатбахш рост меояд. Сатҳи тараққиёти мамлакат ва афзоиши аҳолиро ба инобат гирифта, дар солҳои наздик мо бояд на камтар аз 10-15 таҷҳизоти суръатбахши муолиҷавӣ ва 7-10 таҷҳизоти аппарати гамма-терапевтии фосилавӣ дошта бошем.

Бо дарназардошти нақши афзояндаи муолиҷаи шуӣ дар табобати маҷмуии беморони саратон, инчунин беҳдошти сифати ёрии махсусгардонидашудаи тиббӣ зарурати ғавран васеъ намудани парки таҷҳизоти ташҳисӣ ва табобатӣ ҳам дар МД «МҚИС» ВТҚИА ҚТ ва ҳам марказҳои вилоятӣ саратоншиносии кишвар ба миён омадааст. Мутаносибан бояд шумораи физикҳо ва муҳандисони тиббии махсусомодашуда зиёд карда шавад, ки ба таҷҳизот ва системаҳои муолиҷаи шуӣ хизмат расонида тавонанд.

Дар асоси ҳисоб кардани миқдори зарурии дастгоҳҳои табобати шуӣ барои аҳолии имрӯзаи Тоҷикистон бо усули Тарутин, дар соли 2025 дар шӯъбаҳои табобати шуӣи Қумҳурии Тоҷикистон ҳадди ақал 8 дастгоҳи табобати шуӣи синфи 2 ё дастгоҳи гамма-фосилавии дараҷаи I ва 4 дастгоҳи суръатбахши дараҷаи I бояд ғаёлият кунанд.

Аз рӯйи маълумоти Ю.А.Зуенков «эҳтиёҷ» ба дастгоҳҳои табобатӣи шуӣиро дар Тоҷикистон бо се роҳи асосӣ метавон ҳисоб кард: «аз рӯйи шумораи аҳолии хизматрасон» - 12 дастгоҳ; «аз рӯйи шумораи марказҳои саратоншиносӣ дар кишвар» - 5 адад; ва «бо дарназардошти эҳтиёҷот» (дар асоси бемории саратон) (муносибати Lean-менечмент), ки як дастгоҳ кифоя аст. Моделҳои пешниҳодшуда бо дарназардошти дастрасии қуғрофии аҳоли, дастурҳои амалкунандаи клиникӣ, инчунин мавҷудияти таҷҳизоти радиотерапияи дигар бояд таҳрир ва мутобиқ карда шаванд». «Роҳбарони муассисаҳои тиббӣ бояд усулҳои гуногуни ҳисобкунии талаботро оид ба тартиб додани дархостҳо барои хариди таҷҳизот ва ба расмӣёт даровардани онҳо тибқи санадҳои меъёрии маҳаллии амалкунанда донанд» [14].

Инкишофи босуръати технологияи тиббӣ зарурати дар ояндаи наздик ба даст овардани суръатбахшҳои муосир ва технологияи электронии ҳисоббарории позитрониро тақозо мекунад.

Саҳми олимони тоҷик дар ҳалли мушкилоти ташҳис ва табобати саратони пӯст. Саратони пӯст як неоплазмаи бадсифати локализатсияи берунӣ буда, дар байни аҳолии қумҳуриҳои Осиёи Марказӣ, аз қумла дар Тоҷикистон ба таври васеъ паҳн шудааст. Солҳои 60-80 асри гузашта нишондиҳандаҳои гирифтورشавӣ ба саратони пӯст дар Тоҷикистон ба дараҷае баланд буд, ки он як патологияи кишварӣ маҳсуб мешуд ва таваҷҷуҳи табибони саратоншиносии қумҳуиро ба худ ҷалб мекард (ҷадвали 3).

Беморӣ дар байни ташкилаҳои бадсифат мавқеи пешсафро ишғол кард. Соли 1970 Д. Пинҳасов [21] барои дарёфти унвони илмӣ номзади ғанҳои тиб рисолаи илмӣ худро дар мавзӯи «Қарроҳии аввалини пластикии пӯст ҳангоми саратони пӯст» // «Первичные кожно-пластические операции при раке кожи» ҳимоя кард. Интиҳоби самти тадқиқоти илмӣ аз ҳисоби мавҷудияти шумораи зиёди беморони гирифтори шаклҳои гузаронида шудаи марҳилаҳои саратони пӯст дар Тоҷикистон, ки даҳолати қарроҳии васеъро талаб мекарданд, вобаста буд. Зарурияти таъҷилии қорқарда баромадани роҳҳои барҳам додани нуқсонҳои васеъ баъди барқараф кардани омосҳои пӯст ба миён омад. Дар он вақт чунин ақида вуҷуд дошт, ки даҳолати онкопластикӣ ҳангоми саратони пӯст аз сабаби ҳатари тақроршавӣ ва метастазҳо пас аз табобат имкон надорад.

Бо дарназардошти хусусиятҳои клиникии саратони пӯст, ки аз захмҳо инкишоф меёбанд, дотсенти кафедраи онкологияи Институти давлатӣи тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино К. Ятсенко (соли 1975) равишҳои методологиро барои табобати ин навъи ташкилаҳои бадсифат таҳия кард [36]. Вай ҳамчун онколог-қарроҳи баландхитос ин контингенти беморонро бо дарназардошти хусусиятҳои фарқкунандаи морфологияи саратони пӯст, ки аз захмҳои этиологияҳои гуногун инкишоф меёбанд, омӯхт, муайян намуда, ба гурӯҳи маҳсуси шахсони ба табобат ниёздошта қудо намуд. Дар асоси маълумоти ба дастовардашуда муҳаққиқ рисолаи номзадиашро ҳимоя кард, ки он аз тарафи олимони онколог эътирофи васеъ пайдо кард.

Чадвали 3. Таҳқиқоти илмӣ олимони Тоҷикистон, ки ба мушкилоти ташхис ва муолиҷаи саратони пӯст бахшида шудаанд

Насаб, ном ва номи падар	Номи рисолаи илмӣ (дараҷаи илмӣ дархостшуда, макони Ҳимоя)	Соли Ҳимоя
Пинхасов Д.М.	Первичные кожно-пластические операции при раке кожи (кандидат мед. наук, Баку)	1970
Яценко К.Д.	Рак кожи из рубцов (кандидат мед. наук, Москва)	1975
Базаров Н.И.	Диагностика и оценка эффективности лечения опухолей челюстно-лицевой области (кандидат мед. наук, Киев)	1990
Базаров Н.И.	Клиника, диагностика и пути оптимизации лечения опухолей челюстно-лицевой области и шеи (доктор мед. наук, Душанбе)	1997
Громов Г.Б.	Рак кожи у детей (клиника, диагностика, лечения) (доктор мед. наук, Москва)	1999
Нишонов Д.К.	Возможности восстановительных операции при лечении опухолей кожи и мягких тканей у детей (кандидат мед. наук, Душанбе)	2000
Сангинов Дж.Р.	Рак кожи в Таджикистане (доктор мед. наук, Душанбе)	2001
Бахиров Д.Н.	Предраковые заболевания кожи (клиническое течение, частота малигнизации, вопросы терапии) (кандидат мед. наук, Душанбе)	2004
Хусейнов З.Х.	Особенности клинического течения и пути оптимизации лечения плоскоклеточного рака кожи головы и шеи (кандидат мед. наук, Душанбе)	2004
Хусейнов З.Х.	Диагностика и лечение местно-распространённых сарком мягких тканей (доктор мед.наук. Москва)	2012
Баротов З.З.	Особенности клинического течения и пути оптимизации лечения базальноклеточного рака кожи головы и шеи (кандидат мед. наук, Душанбе)	2011
Хабибуллаев Ш.З.	Реконструктивно-восстановительные операции при местно-распространённом раке органов головы и шеи (доктор мед. наук, Ростов-на-Дону)	2016
Орифов Б.М.	Рак кожи, развившийся на рубцах (кандидат мед. наук, Душанбе)	2016

Пас аз 40 сол (соли 2016) ин масъаларо бори дигар Орифов Б.М. [20] дар таҳқиқоти худ оид ба саратони пӯст, ки аз ҷароҳатҳо инкишоф меёбад, баррасӣ намуд. Орифов Б.М. хусусиятҳои ташхис, равиши клиникӣ ва табобати саратони пӯстро, ки дар доғҳои ҷароҳатҳо пайдо мешаванд, бо дарназардошти замони инкишоф, омилҳои этиологӣ ва сохтори морфологии омосро омӯхтааст. Бо истифода аз намунаи зиёди клиникии беморони гирифтори саратони пӯст, ки дар ҷароҳатҳо инкишоф меёбанд, хусусиятҳои равиши клиникӣ, ташхис ва табобат омӯхта шуданд.

Дар қор қарда баромадани усулҳои нави табобати саратони пӯст як қатор асарҳои илмӣ профессор Н.И. Базаров, аз ҷумла пажӯҳишҳои илмӣ давраи тӯлонии ӯ (аз соли 1990 то имрӯз), ки ба «Ташхис ва табобати омосҳои минтақаи ҷоғ, рӯ ва гардан, ки дар доираи рисолаҳои номзадӣ (1990)» [2] ва докторӣ (1997) гузаронида шудааст, дар рушди ин соҳаи саратоншиносӣ саҳми арзанда доранд. Қайд қардан зарур аст, ки зиёда аз 57 % омосҳои пӯст дар минтақаи сар ва гардан инкишоф меёбанд [3].

Чунин ҳисоб мекунанд, ки саратони пӯст дар кӯдакон дида намешавад. Академик Л.А.Дурнов дар солҳои 80-90-уми асри гузашта чандин маротиба дар бораи дар давоми 40 соли охир дар Федератсияи Русия рӯй додани 13 ҳодисаи саратони пӯст дар кӯдакон хабар дод. Дар он давра зиёда аз 50%-и аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистонро кӯдакони то 16-сола ташкил медоданд. Тадқиқоти оғоз намудаи Громов Г.Б. дар доираи рисолаи докторӣ (2001) нишон дод, ки «дар Ҷумҳурии Тоҷикистон саратони пӯст дар кӯдакон кам нест. Таҳлили ҳамаҷонибаи бешаз 60 ҳолати саратони пӯст дар кӯдакон ба таври боварибахш нишон дод, ки ин беморӣ асосан дар пӯсти тағйирёфта, масалан, дар заминаи пигменти ксеродерма инкишоф меёбад» [9].

Ин масъаларо дар соли 2000 корманди кафедраи саратоншиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» Д.К. Нишонов таҳқиқ намуда, имкониятҳои гузаронидани ҷарроҳии барқароркуниро ҳангоми муолиҷаи омосҳои пӯст ва бофтаҳои нарми бачагон омӯхта, дар амалияи клиникӣ ҷорӣ намуд. ӯ «роҳҳои нави методологӣ рафъи нуқсонҳои пӯсти баъди ҷарроҳӣ дар кӯдаконро бо дарназардошти синну соли бемор, маҳалли ҷойгиршавӣ, ҳаҷм ва сохтори морфологӣ омосҳо пешниҳод намуд. Дар асоси маълумоти бадастоварда муҳаққиқ нишондодҳои зидди ҷарроҳии барқароркуниро дар давраи кӯдакӣ муайян намуд» [19].

Дар ҳалли мушкилоти саратони пӯст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳқиқоти илмӣ Сангинов Ҷ.Р., ки ба масъалаҳои хусусиятҳои равиши клиникӣ, ташҳис ва муолиҷаи пӯст бахшида шудаанд, мавқеи муҳимро ишғол менамоянд. Таҳқиқоти густурдаи ӯ, ки натиҷаҳои табобати беш аз 2000 ҳолати клиникӣ саратони пӯстро ҷамъбаст кардааст, ба ӯ имкон дод, ки «хусусиятҳои равиши клиникӣ бемориро арзёбӣ кунад ва роҳҳои мақсаднокро барои интиҳоби усулҳои муассири табобат бо дарназардошти синну соли бемор, маҳалли ҷойгиршавии омос, сохтори морфологӣ ва марҳилаи инкишофи бемор муайян кунад. Вариантҳои гистологӣ саратони пӯст бо дарназардошти хусусиятҳои ҷуғрофӣ бемории саратони пӯст ва таъсири минтақавӣ ва пешгӯии беморӣ муайян карда шуданд» [27].

Соли 2004 дар доираи ҳамкорӣҳои илмӣ кафедраҳои саратоншиносӣ ва бемориҳои пӯсти МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» (мудирӣ кафедра, доктори илмҳои тиб, профессор Зоиров П.Т.) оид ба масъалаҳои бемориҳои пеш аз саратонии пӯст ва замимаҳои он тадқиқот оғоз гардиданд. Роҳбарии таҳқиқотро аспиранти кафедраи бемориҳои пӯст Бахиров Д.М. [5] ба уҳда дошт. Корҳои илмӣ таҳқиқотӣ ба омӯхтани механизмҳои ба саратон гузаштани касалиҳои пешазсаратонии пӯст ва муайян кардани омилҳои мусоидаткунандаи малигнизатсия, кор карда баромадани усулҳои оқилонаи табобат ва пешгирии бемориҳо бахшида шудаанд. Роҳҳои мақсадноки диспансеризатсияи беморони гирифтори бемории қаблазсаратонӣ тавассути ташкили гурӯҳҳои ҳавф муайян карда шуданд. Аломатҳои барвақт, ки ба тағйирёбӣ ва малигнизатсияи омос ишора мекунанд, муқаррар карда шуданд. Натиҷаҳои бадастомада бо Ҳимояи рисолаи номзадӣ ба охир расид.

Солҳои 2001-2011 дар доираи Барномаи миллии ташҳис, табобат ва пешгирии саратони бадсифат дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳқиқ оид ба омӯзиши шаклҳои гуногуни морфологӣ саратони пӯст, ки ба андешаи мо, ба пешгӯии беморӣ таъсири кулӣ мерасонад, оғоз гардид.

Рисолаи номзодии З.Ҳ. Ҳусейнов (соли 2004) ба таҳқиқи хусусиятҳои равиши клиникӣ ва роҳҳои оптимизатсияи табобати саратони пӯсти сар ва гардани дорои ҳучайраҳои ҳамвор бахшида шудааст. «Бори аввал арзёбии муқоисавӣ самаранокии истифодаи усулҳои гуногуни муолиҷаи саратони пӯсти сар ва гардани дорои ҳучайраҳои ҳамвор бо дарназардошти давомнокии давраи ремиссияи клиникӣ ва сифати зиндагии беморон дода шуд. Зиндамонии умумии 1-сола, 3-сола ва 5-солаи беморон вобаста ба бемории саратони пӯсти сар ва гардани дорои ҳучайраҳои ҳамвор вобаста ба усулҳои мухталифи табобати беморон баҳо дода шуд» [34].

Давоми бомуваффақияти ин идеология рисолаи номзоди 3.3. Баротов (соли 2011) мебошад, ки ба масъалаҳои оптимизатсияи ташхис ва табобати саратони дорои хучайраҳои базали бахшида шудааст. Ба ин саратоншинос-чарроҳи ботаҷриба имкон дода шуд, ки маводди назарраси клинӣ хусусии худро вобаста ба мавзӯи пешбинишуда ҷамъоварӣ намояд. «Маълумоти омории 20-25 соли охир нишон медиҳад, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон саратони дорои хучайраҳои базали 40%-и омосҳои бадсифати пӯстро ташкил медиҳанд. Дар асоси маводди назарраси клинӣ хусусияти канории ин беморӣ дар Тоҷикистон нишон дода шуд» [4].

Рисолаи доктории Ш.З. Ҳабибуллаев (соли 2016) ба чарроҳии сохторӣ-барқарорсозӣ ҳангоми саратони дар сатҳи маҳал интишорёфтаи сар ва гардан бахшида шудааст. Таҷрибаи густурдаи ӯ ҳамчун саратоншинос-чарроҳ, маводди ҷамъшудаи бисёри клинӣ ва давраи зиёди мушоҳидаи беморон ба ӯ имкон дод, ки «баъд аз чарроҳии якҷоя бори аввал таснифоти нуқсонҳои бофтаро таҳия кунад. Вобаста ба ҷойгиршавӣ ва намуди нуқсони захм навъҳои гуногуни чарроҳии пластикии одӣ ва омехта бо истифода аз пардаҳои мураккаби артериализудаи пӯст-равған ва пӯст-мушак пешниҳод карда шуданд. Усулҳои нисбатан мувофиқ барои гузаронидани чарроҳии сохторӣ-барқарорсозии мушаххас барои ҳар як бемор муайян карда шуданд» [33].

Аз ҷониби донишмандони Тоҷикистон дар бораи ҳалли мушкилоти ташхис, табобат ва пешгирии саратони пӯст панҷ рисолаи докторӣ ва ҳашт рисолаи номзадӣ анҷом дода шудааст. Натиҷаҳои таҳқиқоти анҷомдодашуда на танҳо дар Тоҷикистон, балки дар клиникаҳои ИДМ дар амалияи клинӣ татбиқ карда шуданд. Дар доираи ҳамкориҳои Ассотсиатсияи директорони институтҳои саратоншиносӣ ва рентген-радиологии ИДМ ва Авруосиё онҳо ҳангоми таҳияи протоколҳои табобати саратони пӯст истифода мешаванд. Таҳлили ҳамаҷониба ва диққати тамоми таҳқиқоти саратони пӯст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон нишон дод, ки ба табобати шуӣ ҳамчун ҷузъи асосии табобат чандон таваҷҷуҳ карда нашудааст. Нақш ва аҳамияти моногамматерапия пурра арзёбӣ карда нашудааст. Норасоии назарраси тадқиқот оид ба нақши муолиҷаи шуӣ барои саратони пӯст вобаста ба марҳилаҳои беморӣ вучуд дорад.

Таҳқиқотҳои гузаронидашуда арзёбии умумии пешгӯии табобати якҷоя ва маҷмуии саратони пӯстро пешниҳод мекунанд ва дар ҳулосаҳо аҳамияти муолиҷаи шуӣ зикр шудааст. Дар таҳқиқотҳо тавсифи мушкилот ва имконоти пешгирӣ ва табобати онҳо ба таври возеҳ ва кофӣ инъикос наёфтааст ва ӯ вучуд надорад. Зиндамонии бемор пас аз гирифтани муолиҷаи шуӣ, пешгӯиҳо ва сифати зиндагии беморон омӯхта нашудааст.

Маълумоти дар боло овардашударо ҳулоса намуда, нақши махсус ва бебаҳои устои мо, профессор Б.П. Ахмедовро дар ҳалли мушкилоти таҳқиқшуда зикр бояд кард. Он кас идеологи таҳқиқоти илмӣ зикргардида ба шумор мераванд, ҳудашон шахсан дар давоми солҳои зиёд чарроҳии мураккаби беморони гирифтори саратони пӯстро иҷро карданд, барои иҷрои чарроҳии пӯсту пластикӣ асос гузоштанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Диссертатсия ба омӯзиши ҳамаҷонибаи маълумот дар бораи 1049 нафар бемори гирифтори саратони пӯст, ки дар МД «МҚИС» ВТҲИА ҚТ дар солҳои 2006-2020 муолиҷаи амбулаторӣ ва статсионарӣ гирифтаанд, асос ёфтааст. Қор дар доираи Барномаи миллии пешгирӣ, ташхис ва табобати бемориҳои онкологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2015, ки то соли 2020 тамдид шудааст ва Стратегияи миллии солимии аҳоли барои солҳои 2010-2020, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 31 октябри соли 2019, № 587 қабул шудааст, инчунин таҳқиқоти илмӣ МД «МҚИС» ВТҲИА ҚТ ва кафедраи саратоншиносӣ, ташхиси шуӣ ва муолиҷаи шуии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» амалӣ карда мешавад.

Санадҳои тиббии беморон ва бевосита ҳуди беморон тибқи протоколҳо ва саволномаҳои таҳияшуда таҳлили ҳамаҷонибаи ретроспективӣ ва перспективӣ гузаронида шуданд, аз ҷумла: маълумоти шиноснома, таърихи беморӣ, хусусиятҳои ҷараёни клинӣ беморӣ ва марҳилагузориҳои омосҳои бадсифати пӯст, муайян намудани

нишондодҳо ва зидди нишондодҳо барои истифодаи муолиҷаи шуӣ, аворизи он, натиҷаҳои табобат, офиятбахшии бемор.

Пеш аз ба нақшагирии муолиҷаи шуӣ, беморон аз муоинаи ҷисмонӣ, биопсияи нав ташкилаҳои пӯст ва азназаргузаронии морфологии маводди гирифташуда гузаронида шуданд. Бо мақсади муайян кардани паҳншавӣ ва марҳилаи раванди омос, инчунин таҳияи табобати мувофиқ, беморон тибқи нишондодҳо аз ТУС, ТК, ТМР, ТПЭ ТК гузаронида шуданд.

Алгоритми чораҳои ташхисӣ:

- муоинаи пӯст ва маҳалли осебдида, аз ҷумла бо усули таквиятдиҳандаи оптикӣ (ҳангоми зарурат);
- таҳқиқ бо роҳи палпатсия кардани пӯст дар минтақаи омос;
- палпатсия кардани гиреҳҳои лимфавии минтақавӣ;
- таҳқиқи рентгении узвҳои қафаси сина;
- ТУС-и узвҳои шикам ва гиреҳҳои лимфавии минтақавӣ (ҳангоми интишори ибтидоии ҷараёни омосӣ ва шаклҳои метастатикии омос);
- таҳқиқи ситологии намунаҳо аз навташкилаҳои омосӣ;
- бо мақсади ба даст овардани маълумоти муътамади клиникӣ ва таҳқиқи ситологӣ биопсияи оперативии омосӣ (дар ҳудуд бо бофтаи солим) ё эксцизиалӣ (ҳангоми навташкилаҳои омосии хурд) бо ташхиси минбаъдаи морфологии мавод гузаронида шуд;
- ҳангоми мавҷудияти гиреҳҳои лимфавии минтақавии васеъшуда биопсияи пунксиявӣ (аспиратсиявӣ) гузаронида мешавад;
- ҳангоми марҳилаҳои интишорёфта муоинаи иловагӣ гузаронида мешавад (рентген кардани бофтаҳои нарм дар проексияи минтақаи осебдида, томографияи компютерии минтақаи анатомии зарардида).

Усулҳои иловагии ташхис:

- ташхиси умумии хун;
- ташхиси умумии пешоб;
- муайян кардани гурӯҳи хун ва омили Rh (ҳангоми табобат бо роҳи ҷарроҳӣ);
- реаксияи Вассерман (ҳангоми табобат бо роҳи ҷарроҳӣ);
- Ташхиси биохимиявии хун (сафедаи умумӣ, креатинин, мочевина, билирубин, фосфатазаи ишқорӣ, ионҳои Na, K, Ca, Cl, глюкоза) (ҳангоми табобат бо роҳи ҷарроҳӣ);
- ТЭСД

Бо мақсади муқоисаи минбаъдаи натиҷаҳои табобат беморон ба гурӯҳҳо тақсим карда шуданд:

- гурӯҳи 1 ($n=527 - 50,23\%$) – бемороне, ки аз рӯйи барномаи радикалӣ терапияи радиатсионӣ гирифтаанд – беморони гирифтори марҳилаҳои $T_{1-2}N_0M_0$ саратони пӯст;
- гурӯҳи 2 ($n=522 - 49,77\%$) – бемороне, ки табобати омехтаре барои марҳилаҳои $T_{3-4}N_{1-2-3}M_{0-1}$ саратони пӯст гирифтанд.

Аз шумораи умумии беморони таҳқиқшуда ба 283 (26,97 %) бемор, ки имкони табобати радикалӣ тамошуда буд, муолиҷаи паллиативии шуӣ гузаронида шуд. Ин беморон дар давоми табобат ва баъд аз табобат авҷгирии бемориро аз сар мегузарониданд ва такроршавии омосҳои авориз ошкор карда шуданд. Аз байни 1049 бемори таҳқиқшуда натиҷаҳои муолиҷаи шуӣ саратони пӯст дар 32 (3,05 %) бемори куҳансол ва инчунин 24 (2,28 %) бемори саратони пӯсти мубталои коронавирӣ (COVID-19) омӯхта шуд.

Омӯзиши таркиби синну соли беморони гирифтори саратони пӯст ($n=1049$) нишон дод, ки хурдтарин бемор 24-сола, куҳансолтарин бемор 104-сола будааст (ҷадвали 4).

Маълумоти пешниҳодшуда нишон медиҳанд, ки саратони пӯст бештар дар гурӯҳи синну соли 71-80-сола дар 30,41 % ҳолат, каме камтар дар синну соли 61-70-сола дар

22,31 % ҳолат ва 81-90-сола дар 18,30 % ҳолат, пас аз он бо тартиби коҳиш аз рӯйи гурӯҳҳои синну сол 51-60-сола – 15,63 % ҳолат, 41-50-сола – 8,39 % ҳолат, 30-41-сола – 2,67 % ҳолат ва беморони дарозумр – 1,24 % ҳолат дучор мешавад. Саратони пӯст дар беморони то 30-сола камтар (1,05 %) таъхис карда шудааст

Ҷадвали 4. Таснифоти беморони саратони пӯст аз рӯйи синну сол (n=1049)

Синну соли беморон, сол	Мардҳо		Занон		Ҷамағӣ, беморон	
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
21-30	6	0,94	5	1,21	11	1,05
31-40	19	2,98	9	2,18	28	2,67
41-50	46	7,22	42	10,19	88	8,39
51-60	88	13,81	76	18,45	164	15,63
61-70	148	23,23	86	20,87	234	22,31
71-80	207	32,5	112	27,18	319	30,41
81-90	115	18,05	77	18,69	192	18,30
>91	8	1,25	5	1,21	13	1,24
ҶАМАҒӣ	637	99,98	412	99,98	1049	100,00

Интиҳоби усулҳои муносиби табobati саратони пӯст, бешубҳа, аз дуруст марҳилагузорӣ намудани раванди интишори омос вобаста аст. Дар омӯзиши худ мо ба таснифоти умумиқабулшудаи омосҳои бадсифати TNM, ки аз ҷониби Иттиҳоди байналмилалӣ тасдиқ шудааст, роҳнамоӣ кардем (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. Меъёрҳои муайян кардани паҳншавии раванди варам аз рӯйи таснифоти TNM (нашри ҳаштум, соли 2018)

Категорияҳо	Хусусияти омоси ибтидоӣ
T_x	Омоси ибтидоӣ баҳо дода намешавад
T₀	Аломатҳои варамии ибтидоӣ надоранд
T_{is}	Карсиномаи in situ
T₁	Омос бо андозаи ҳадди аксари на бештар аз 2 см дар андозаи калонтарин
T₂	Омос бо андозаи ҳадди аксари зиёда аз 2 см, вале на бештар аз 4 см дар андозаи калонтарин
T₃	Омос бо андозаи ҳадди аксари зиёда аз 4 см ё инвазияи периневралӣ ё инвазияи амиқ
T₄	
T_{4a}	Омос бо аломатҳои макроскопии инвазия ба қабати кортикалии устухон ё устухони мағзи сар
T_{4b}	Омос бо инвазия дар устухони скелет, аз ҷумла ҷалби сӯроҳии асабҳои косоҳонаи сар ё сӯроҳи сутунмуҳра бо паҳншавӣ ба фазои эпидуралӣ

Дар ҷадвали 5 меъёрҳои асосии марҳилагузории омосҳои ибтидоии пӯст бо дарназардошти ҷойгиршавӣ оварда шудаанд. Таснифи мазкур танҳо ба саратони пӯсти хучайраҳои Меркел дахл дорад. Дар ин маврид, бояд санҷиши гистологии омоси пӯст барои муайян кардани категорияҳои зерин гузаронида шавад:

- категорияи Т – муоинаи физикалӣ;
- категорияи N – муоинаи физикалӣ + таҳқиқи шуӣ;
- категорияи M – муоинаи физикалӣ + таҳқиқи шуӣ.

Қайд кардан муҳим аст, ки марҳилагузори саратони гуногуни пӯст (дар минтақаи рӯй, пилк ва ғ.) хусусиятҳои хоси худро доранд, ки бо сохтори маҳаллии қисми бадан муайян карда мешаванд.

N – гирехҳои лимфавии минтақавӣ;

N_x – гирехҳои лимфаҳои минтақавӣ арзёбӣ намешаванд;

N_0 – мавҷуд набудани метастазҳо дар гирехҳои лимфаҳои минтақавӣ;

N_1 – мавҷудияти метастаз бо андозаи максималии на бештар аз 3 см дар гирехи лимфаҳои минтақавӣ дар тарафи зарардида;

N_2 – дар гирехи лимфавии минтақавӣ дар ҳамон тарафе, ки осеб дидааст, метастаз мавҷуд аст, ки андозаи ҳадди аксар зиёда аз 3 см, вале на бештар аз 6 см мебошад;

N_3 – дар гирехи лимфавии минтақавӣ дар ҳамон тарафе, ки осеб дидааст, метастаз мавҷуд аст, ки андозаи ҳадди аксар зиёда аз 6 см зиёд аст;

M – метастазҳои дур;

M_0 – метастазҳои дур вучуд надорад;

M_1 – метастазҳои дур вучуд доранд, аммо ҷалби гирехҳои лимфа дар паҳлуи муқобили захм метастазҳои дур ҳисобида мешаванд.

Бемороне, ки мо мавриди таҳқиқ қарор додаем, аз саратони пӯст азият мекашанд, мувофиқи таснифоти дар боло овардашуда ба таври зерин тақсим карда шуданд (ҷадвали 6).

Ҷадвали 6. Тақсими беморони саратони пӯст аз рӯи таснифоти TNM (n=1049)

Марҳилаи саратони пӯст тибқи TNM		Шумораи беморон	
		мутлақ	%
$T_1N_0M_0$	марҳилаи I	284	27,07
$T_2N_0M_0$	марҳилаи II	243	23,16
$T_3N_{0-1}M_{0-1}$	марҳилаи III	323	30,79
$T_4N_{0-1}M_{0-1}$	марҳилаи IV	199	18,97
ҶАМАГӢ		1049	99,99

Ҷадвали 6 нишон медиҳад, ки ҳиссаи беморони марҳилаҳои барвақтии ($T_{1-2}N_0M_0$) саратони пӯст дар таҳқиқоти пешниҳодшуда 50,24 % (n=527)-ро ташкил медиҳад.

Сарфи назар аз мавҷудияти саратони пӯст, барои таҳлили визуалӣ, аксари беморон ҳангоми доштани марҳилаҳои куҳнашудаи раванди омос ба саратоншиносон муроҷиат мекунанд: $T_3N_{0-1}M_{0-1}$ – 30,79 % (n=323), $T_4N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ – 18,97 % (n=199).

Бо дарназардошти дастрасии саратони пӯст барои таҳлис, дар марҳилаҳои ибтидоии шинохти раванди омос, мо таҳлили ситологии намунаҳо (порчаҳои мушак) аз сатҳи маҳалли патологӣ осебдида ё биоптат (намунаи мушак ё ҳучайра) пеш аз таҳлили гистологии мавод анҷом додем. Якчанд таснифоти ситологии омосҳои пӯст қобили таваҷҷуҳ аст ва онҳо давра ба давра тақсим дода мешаванд. Мо дар амалияи худ таснифоти зеринро истифода мебарем:

Таснифи ситологии варамҳои пӯст

Омосҳои эпителиалӣ ва осебҳои омосмонанди пӯст:

А. Саратони дорои ҳучайраҳои базалӣ;

Б. Саратони дорои ҳучайраҳои ҳамвор;

В. Саратони метатипикӣ;

Г. Омосҳои ғадудҳои арақ ва осебҳои ба он алоқаманд:

- омосҳои хушсифат: сиригoadенома, гидраденомаҳои папиллярӣ, сиригoмаи хондрoидии навъи oмоси oмexтaи ғaдyди oбилaдop;

- омосҳои бадсифат: саратони ғадудҳои арақ;

Д. Омосҳои ғадудҳои рағғанӣ:

- омосҳои хушсифат: аденомаи ғадудҳои рағғанӣ;
- омосҳои бадсифат: саратони ғадудҳои рағғанӣ;
- осебҳои омосмонанд;

Е. Омосҳо аз фолликулҳои мӯй:

- эпителиомаи Малерба;

Ж. Бемории Педжет;

З. Саратони дифференциациянашуда;

И. Кистаҳо.

Равандҳои омосмонанд ва омосҳо аз бофтаҳои пигментсоз:

- омосҳои хушсифат – невусҳо;
- омосҳои бадсифат – меланомаҳо;
- омосҳои бофтаҳои нарм;
- омосҳо ва тағйирёбии омосмонанди бофтаҳои гемопоэтикӣ ва лимфоидӣ;
- омосҳои метастатикӣ.

Муоинаи патоморфологӣ дар тамоми марҳилаҳои таххисдар 1049 нафар бемор гузаронида шуд, ҳамчунин барои арзёбии патоморфизм ва муайян кардани самаранокии табобат ҳангоми муолиҷаи шуӣ муоинаи патологӣ гузаронида шуд. Дар ҳолатҳои даҳолати ҷарроҳӣ дар намунаҳои ҷарроҳӣ аз омоси ибтидоӣ ва метастазҳои гиреҳҳои лимфа таххиси морфологӣ гузаронида шуда, дар ҳолати зарурӣ тахқиқи метастазҳои дастраси дур гузаронида шуд.

Бо мақсади тахлили оптималии маводди клиникӣ ва муқоисаи натиҷаҳои тахқиқот, мо таснифоти гистологиро, ки ТУТ дар соли 2003 пешниҳод кардааст, истифода намудем.

Таснифи гистологии омосҳои пӯст (намудҳои маъмултарини гистологӣ оварда шудаанд, ба истиснои меланома).

Омосҳои дорои ҳуҷайраҳои ҳамвор:

- карсиномаҳои дорои ҳуҷайраҳои ҳамвори in situ;
- карсиномаҳои дорои ҳуҷайраҳои ҳамвор, ки ба таври иловагӣ муайян карда нашудаанд;
- карсиномаҳои дорои ҳуҷайраҳои ҳамвори шохшакл;
- карсиномаҳои дорои ҳуҷайраҳои ҳамвори қабаташ ғафс;
- карсиномаҳои дорои ҳуҷайраҳои ҳамвори ғадудӣ;
- карсиномаҳои дорои ҳуҷайраҳои ҳамвори веретенӣ.

Омосҳои дорои ҳуҷайраҳои базалӣ:

- карсиномаи дорои ҳуҷайраҳои базалӣ;
- карсиномаҳои дорои ҳуҷайраҳои базалии бисёрмарказӣ;
- карсиномаҳои дорои ҳуҷайраҳои ба склеродерма монанд;
- карсиномаҳои дорои ҳуҷайраҳои базалии фиброэпителиалӣ;
- карсиномаҳои метатипикӣ.

Омосҳои иловапӯстҳо:

- карсиномаи иловапӯстҳо;
- аденокарсинома аз ғадудҳои арақ;
- аденокарсиномаи аз ғадудҳои рағғанӣ;
- омосҳои дигар.

Тавре ки аз расми 3 дида мешавад, тибқи маълумоти омории МД «МҶИС» ВТҶИА ҚТ, ки муассисаи пешбари саратоншиносии кишвар ба ҳисоб меравад, шумораи беморони саратони пӯст сол то сол меафзояд. Намудҳои асосии морфологии омосҳои пӯст базалинома ва карсиномаҳо дар шаклҳои гуногун мебошанд.



Расми 3. Шумораи бемороне, ки дар онҳо саратони пӯст бори аввал ошкор шудааст, аз рӯйи солҳо дар давраи мушоҳида (солҳои 2006-2020).

Аз шумораи умумии беморони таҳқиқшуда ($n=1049$), саратони пӯсти дорои ҳуҷайраи ҳамвор дар 561 (53,49 %) ҳолат, аз ҷумла 315 (56,14 %) мард ва 246 (43,86 %) зан таъхис шудааст. Дар 488 (46,52 %) бемор, аз ҷумла 322 (65,98 %) мард ва 166 (34,02 %) зан саратони пӯсти дорои ҳуҷайраҳои базалии дар шаклҳои гуногун таъхис карда шуд.

Тавре ки маълум аст, натиҷаҳои табobati шуой бештар аз ҷойгиршавӣ ва шакли афзоиши омосҳои пӯст вобаста аст. Аз ин рӯ, дар беморони таҳқиқшуда параметрҳои мушаххаси саратони пӯст муайян карда шуд (ҷадвали 7).

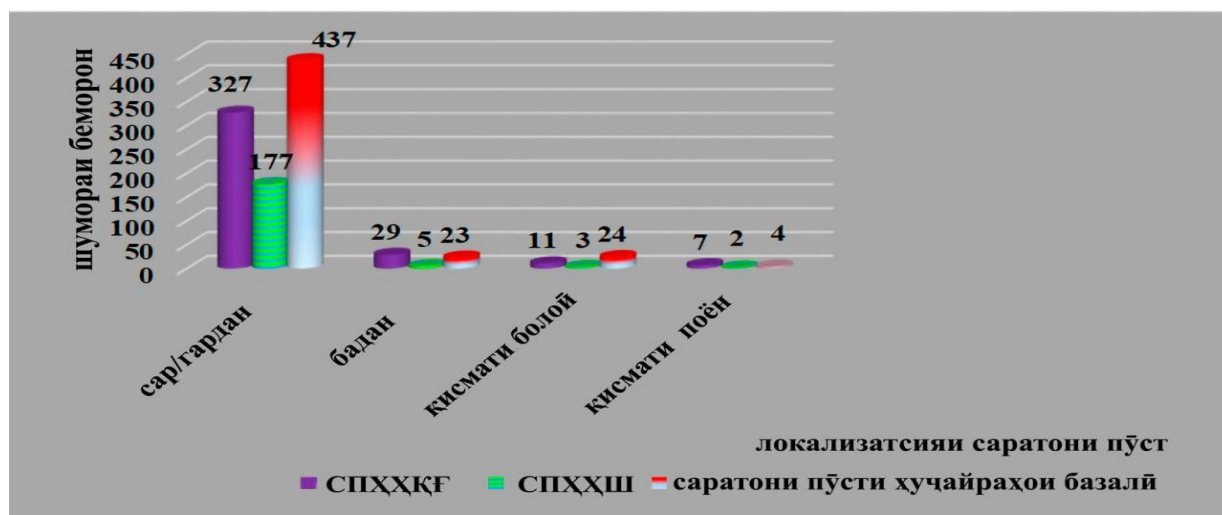
Ҷадвали 7. Тақсими беморони саратони пӯст аз рӯйи сохтори морфологӣ ва мавқеи ҷойгиршавии омосҳо ($n=527$)

Маҳалли ҷойгиршавии омосҳо	Сохтори гистологӣ						Ҳамагӣ, беморон	
	Саратони дорои ҳуҷайраҳои ҳамвор				Саратони дорои ҳуҷайраҳои базалӣ			
	қабаташ ғафс		шохшакл					
	мутл.	%	мутл.	%				
Сар ва гардан	327	87,43	177	94,65	437	89,55	941	89,7
Бадан	29	7,75	5	2,67	23	4,71	57	5,43
Қисмати болоии дасту пой	11	2,94	3	1,61	24	4,92	38	3,63
Қисмати поёнии дасту пой	7	1,87	2	1,07	4	0,82	13	1,24
Ҳамагӣ	374	99,99	187	100	488		1049	100,0

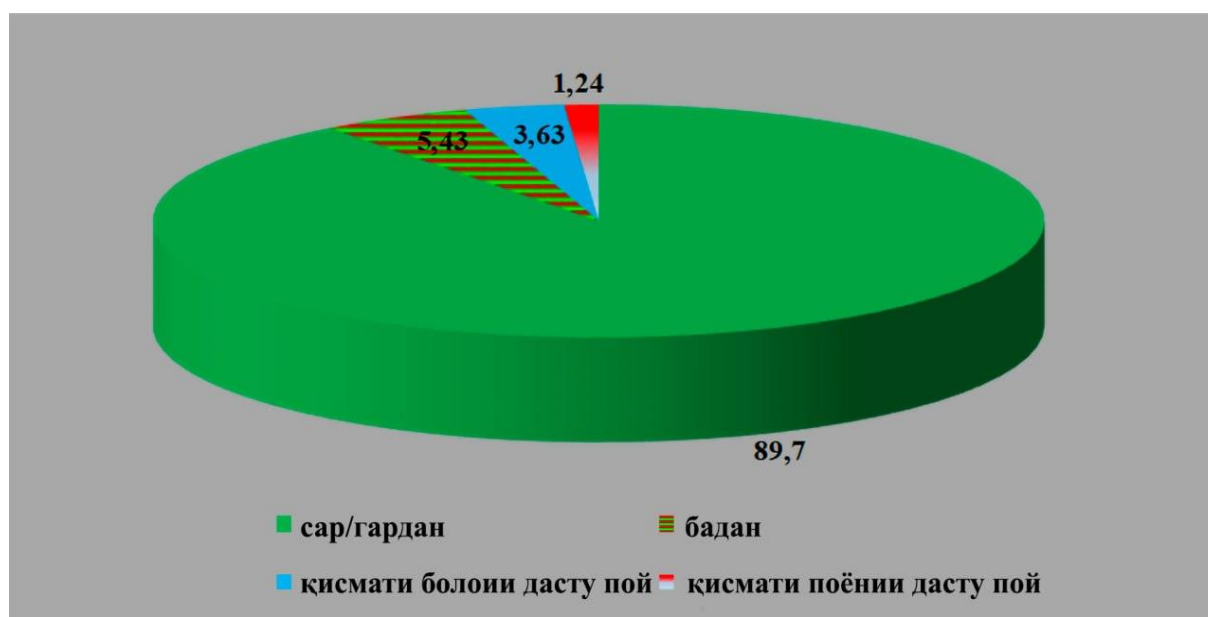
Маълумоте, ки дар ҷадвали 7 оварда шудааст, нишон медиҳад, ки саратони пӯст асосан дар минтакаи сар ва гардан ҷойгир шудааст (89,7 %). Аз 941 нафар бемор 327 нафар (34,75 %) гирифтори карсиномаҳои дорои ҳуҷайраҳои ҳамвори қабаташ ғафс, дар 177 нафар (18,81 %) карсиномаҳои дорои ҳуҷайраҳои ҳамвори шохшакл ва саратони дорои ҳуҷайраҳои базалии сар ва гардан дар 437 нафар (46,44 %) муайян карда шудааст.

Зиёда аз нисфи беморони гирифтори саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвор дар минтақаи тана ҷойгир шуда, 7,75 %-ро карсиномаҳои дорои ҳучайраҳои ҳамвори қабаташ ғафс ташкил дода, дар 5 бемор (2,67 %) карсиномаҳои дорои ҳучайраҳои ҳамвори шохшакл ва дар 2,13 бемор (7,75 %) саратони дорои ҳучайраҳои базалӣ ташхис гардидааст.

Саратони пӯст дар 38 (3,63 %) ҳолат дар байни беморони омӯхташуда аксаран дар узвҳои боло ҷойгир шудааст: аз рӯйи мушоҳидаҳои мо, он бештар дар беморони гирифтори саратони дорои ҳучайраҳои базалӣ – дар 24 (4,92 %) ҳолат, дар навбати худ саратони дорои ҳучайраҳои ҳамвор дар 14 нафар бемор мушоҳида шудааст, ки аз онҳо дар 28,97 % – ҳучайраҳои қабаташ ғафс ва дар 7,89 % ҳолат – ҳучайраҳои шохшакл вохӯрданд. Саратони пӯст дар узвҳои қисмати поёни нисбатан камтар буда, 13 (1,24 %) ҳолатро ташкил доданд (расмҳои 4 ва 5).



Расми 4. Тақсими беморони саратони пӯст аз рӯйи локализатсияи омӯш (n=1049), мутл. (саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвори қабаташ ғафс; саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвори шохшакл)



Расми 5. Тақсими беморони саратони пӯст аз рӯйи маҳалли ҷойгиришавии омӯш (n=1049), %

Ҷойгоҳи ҷараёни омӯш ҳангоми саратони пӯст ба самаранокии табобати патология ба таври назаррас таъсир мерасонад. Табобати саратони пӯст дар мавзеи сар ва рӯй

чустучӯйи усулҳои нармавӣ талаб мекунад, зеро наздикии анатомии узвҳои ҳаётан муҳим аксар вақт имкони табобати тибқи барномаи радикалӣ маҳдуд мекунад.

Сарфи назар аз рушди прогрессивии технологияҳои тиббӣ, мушкилоти табобати омосҳои бадсифат дар маконҳои беруна ҳанӯз ҳам ҳал нашудааст.

Муътамадан, исбот гардидааст, ки табобати омосҳои бадсифат муносибати маҷмӯӣ ва бисёр соҳавиро талаб мекунад. Танҳо чунин муносибати методологӣ ба табобат метавонад натиҷаҳои тасаллобахш диҳад. Бешубҳа, усули асосии муолиҷаи саратони пӯст ин даҳлати ҷарроҳӣ дар тағйироти гуногун (амали ҷарроҳии васеи анъанавии омос, яъне бо хориҷ кардани баъзе бофтаҳои солими атроф, криоҷарроҳӣ, ҷарроҳии лазерӣ, радиоҷарроҳӣ ва ғ.) мебошад. Барои бисёре аз беморон, муолиҷаи шуӣ қисми ҷудонашавандаи табобати саратони пӯст дар шаклҳои зерин боқӣ мемонад:

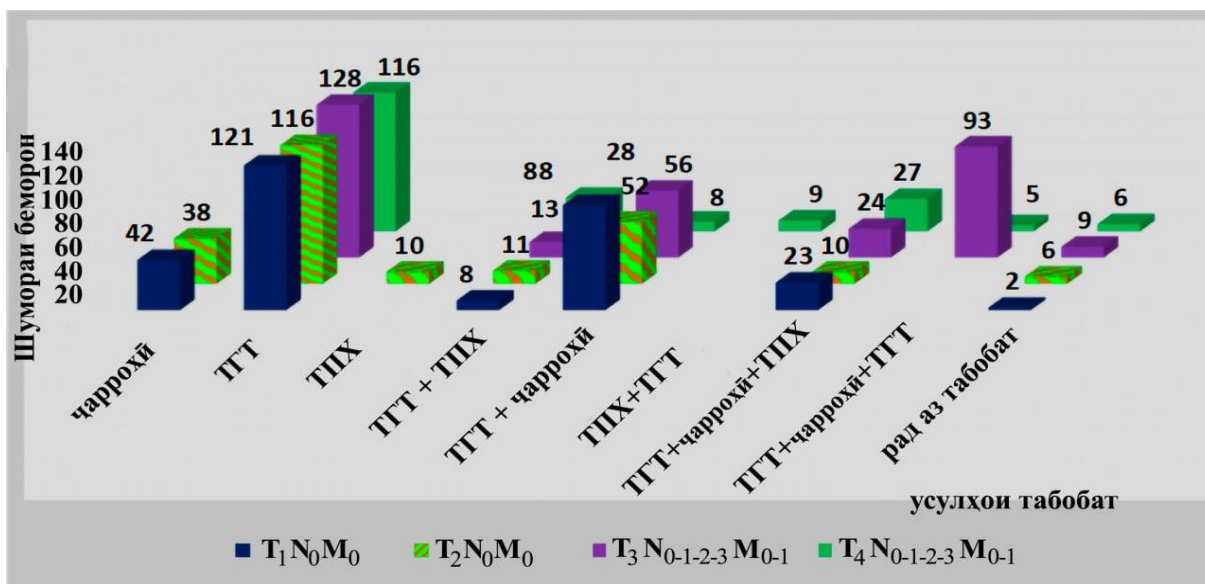
- мустақилона аз рӯйи барномаи радикалӣ
- муолиҷаи шуӣ неoadъювантӣ
- муолиҷаи шуӣ адъювантӣ
- муолиҷаи шуӣ бо мақсади паллиативӣ.

Табобати беморони саратони пӯсти таҳқиқшуда ($n=1049$), ки дар маркази илмӣ саратоншиносии мо гузаронида мешавад, бо интихоби бисёрҷанбаи усулҳои табобатӣ хос аст, ки як қатор тадбирҳои маҷмӯии мураккаби табобатиро дар бар мегиранд (ҷадвали 8, расмҳои 6 ва 7).

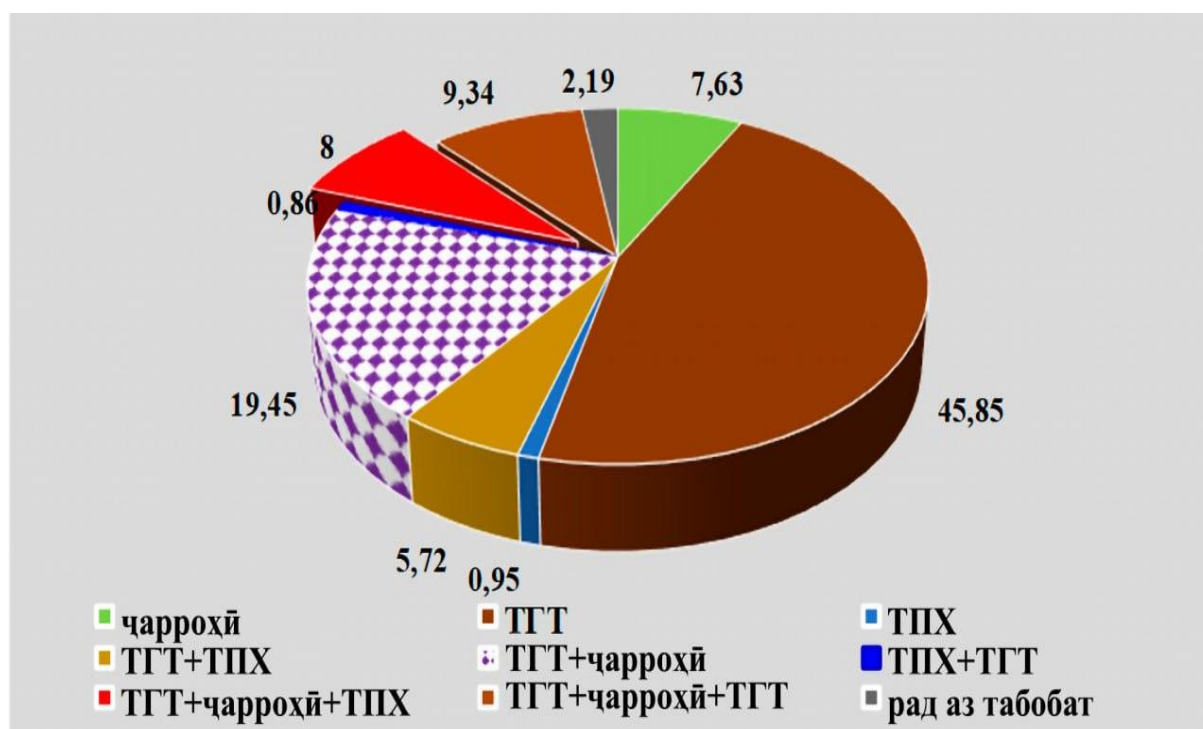
Ҷадвали 8. Усулҳои табобати беморони гирифтори саратони пӯст вобаста ба марҳилаҳои беморӣ ($n=1049$)

Усулҳои табобат	Марҳилаҳои беморӣ аз рӯйи таснифоти TNM								Ҷамагӣ беморон	
	T ₁ N ₀ M ₀		T ₂ N ₀ M ₀		T ₃ N ₀₋₁₋₂₋₃ M ₀₋₁		T ₄ N ₀₋₁₋₂₋₃ M ₀₋₁			
	мут лақ	%	мут лақ	%	мут лақ	%	мут лақ	%	мутл ақ	%
Ҷарроҳӣ	42	14,8	38	15,6	-	-	-	-	80	7,63
ТГТ	121	42,6	116	47,7	128	39,6	116	58,3	481	45,85
ПХТ	-	-	10	4,2	-	-	-	-	10	0,95
ТГТ+ПХТ	8	2,8	11	4,5	13	4,0	28	14,1	60	5,72
ТГТ+ ҷарроҳӣ	88	31,0	52	21,4	56	17,3	8	4,0	204	19,45
ПХТ+ТГТ	-	-	-	-	-	-	9	4,5	9	0,86
ТГТ+ ҷарроҳӣ + ПХТ	23	8,1	10	4,2	24	7,4	27	13,6	84	8,0
ТГТ+ҷарроҳӣ +ТГТ	-	-	-	-	93	28,8	5	2,5	98	9,34
Рад кардан дар марҳилаҳои табобат	2	0,7	6	2,4	9	2,8	6	3,0	23	2,19
Ҷамагӣ	284	100,0	243	100,0	323	100,0	199	100,0	1049	100,0

Нишондиҳандаҳои бадастомада (ҷадвали 8, расмҳои 6 ва 7) эътиmodона ба он ишора мекунанд, ки дар 237 (44,97 %) бемори таҳқиқшуда аз рӯйи барномаи радикалӣ дар речаи монотерапия барои марҳилаҳои T₁-2N₀M₀ саратони пӯст табобати нури истифода шудааст; дар 204 (19,45 %) бемори дар речаи неoadъюванти терапияи пеш аз ҷарроҳӣ, дар 60 (5,72 %) дар шакли терапияи химиотерапия, дар 84 (8,0 %) бемор ҳамчун ҷузъи табобати комплексӣ (ТГТ+ҷарроҳӣ+химиотерапия) истифода шудааст.



Расми 6. Усулҳои табобат барои беморони саратони пӯст вобаста ба интишори ҷараёни омос, % (n=1049)



Расми 7. Усулҳои табобат барои беморони саратони пӯст, % (n=1049)

Соли 2006 дар ҳамкорӣ бо АБЭА дар пайи бозсозӣ ва таъмири асосӣ шуъбаи муолиҷаи шуоии МД «МҚИС» ВТХИАҚТ барои табобати шуоии омосҳои бадсифати дар маҳалҳои муҳим ҷойгирифта бо таҷҳизоти нави муосири тиббӣ мучахҳаз гардонида шуд. Ин имкон дод, ки табобати муосири шуоӣ барои беморони саратони пӯст, аз ҷумла табобатҳои мустақил, омехта ва маҷмӯӣ бо истифода аз речаҳои гуногун истифода шавад. Дар шуъба дастгоҳи ТЕРАГАМ (Чехия) кор мекунад; MultiSource, ки барои брахитерапия тарҳрезӣ шудааст, усули амали тамос ба варам тавассути ворид кардани як манбаи радионуклидҳои пӯшида ба мавқеи патологӣ бо истифода аз намудҳои махсус таҳияшудаи аппликаторҳо ё сӯзанҳои интрастатӣ мебошад; системаи банақшагирии 2.5.D.

Ҳамаи беморони саратони пӯст, ки таҳқиқ шудаанд, бо истифода аз таҷҳизоти ТЕРАГАМ муолиҷаи шуой гирифтанд. Таҷҳизоти радиотерапияи кобалтии ТЕРАГАМ барои муолиҷаи шуоии бемориҳои саратонӣ бо истифода аз нури гамма-радиатсия пешбинӣ шудааст. Шуои радиатсионӣ аз ҷониби манбаи радионуклиди Co-60 бо ғаёлнокии то 450 ТБк (12000 Ки) тавлид мешавад, ки дар сараки сипаршуда аз сурб ва урани камшуда дар дохили корпуси аз пӯлоди зангногир ҷойгир шудааст. Сарак дар ҷорҷӯбаи гардишкунанда (гантри) ҷойгир аст, ки метавонад дар атрофи меҳвари уфуқӣ гардиш кунад. Дар ҷараёни муолиҷа барои кам кардани таъсири радиатсия ба бофтаи солими дар наздикии омос ҷойгиршуда меҳвар метавонад гардиш кунад ё гантри метавонад гардиш кунад (реҷаи динамикӣ).

Дастгоҳ ду варианти коркунӣ дорад, ки бо масофаи аз манбаъ то меҳвари гардиш фарқ мекунад: 80 см барои модели К-01 ё 100 см барои модели К-02. Дар ҳар сурат, тарҳ аз ҷиҳати омӯрӣ мутаваззин буда, қувваҳои ҷарҳзанандаро аз байн мебарад ва имкон медиҳад, ки дастгоҳ бидуни зарурати таҳкурсии махсус мустақиман дар рӯи фарш насб карда шавад.

Манбаъ бо гардиши уфуқӣ аз ҳолати бекорӣ ба ҳолати ғаёл ва баръакс табдил дода мешавад. Дар сурати канда шудани барқ, манбаъ бо истифода аз пружинаи бозгашт ба таврихудо кор ба ҳолати бекорӣ худ бармегардад. Шакли майдони радиатсионӣ аз ҷониби коллиматори сферикӣ даврзананда муайян карда мешавад, ки сегментҳои он аз сурб, пӯлод ва урани харобшуда сохта шудаанд. Триммерҳо, филтрҳои қавӣ ва блокҳои сояфканро инчунин дар сарак насб кардан мумкин аст.

Тарҳрезии сарак имкон медиҳад, ки манбаъро бидуни гирифтани он аз сари муҳофизатӣ иваз кунед. Сарчашмаи нав дар корхона дар сари нав насб карда шудааст, ки барои иваз кардани сари қуҳна пешбинӣ шудааст. Ба сарак сертификат ҳамчун бастаи нақлиёти навіи В (U) тасдиқ карда шудааст, аз ин рӯ, сарак бо манбаи нав ба ҷойи таъиноти худ интиқол дода мешаванд, ки дар он ҷо сараки қуҳна бо сараки нав иваз карда шуда, васл ва бо манбаъ пурра карда мешавад. Сараки қуҳна, бо манбаи сарфшуда, ба истеҳсолкунанда баргардонида мешавад, ки дар он манбаъ ё дубора коркард карда мешавад ё дар ҷойи махсусгардонидашуда интиқол карда мешавад ва сарак барои истифодаи дубора аз таъмири асосӣ мегузарад. Ин тартиб назар ба пуркунии манбаъ дар муассисаи тиббӣ содатар, арзонтар ва беҳатар аст. Ҳама параметрҳои система тавассути системаи идоракунии компютерҳои фардӣ назорат карда мешаванд, бинобар ин ба кормандон танҳо малақаҳои асосии компютерӣ лозиманд. Илова бар ин, ҳуҷраи табобатӣ бо панели идоракунии дастӣ муҷаҳҳаз аст, ки ба таҷҳизот тавассути сими чандир пайваست карда шудааст. Ҳама параметрҳо дар компютери марказии идоракунӣ, инчунин дар дисплейҳо ва тарозуҳо, ки дар қисмҳои алоҳидаи таҷҳизот ҷойгиранд, нишон дода мешаванд. Системаи идоракунӣ инчунин имкон медиҳад, ки параметрҳои муқарраршуда ва реҷаҳои радиатсия, моделсозии реҷаи динамикӣ (бо манбаи ғайриғаёл) ва ҷопи маълумоти сессия. Параметрҳои сессия бо истифода аз системаи банақшагирии дозиметрӣ ҳисоб карда мешаванд. Барои санҷидани параметрҳо (ҳам сеанси инфиродӣ ва ҳам асбоб дар маҷмуъ) маҷмуи таҷҳизот барои дозиметрияи клиникӣ истифода мешавад.

Дар ҷараёни муолиҷа, бемор дар мизи махсуси изотсентрикӣ ҷойгир карда мешавад, ки ба таҷҳизот дохил карда шудааст. Сарпӯши мизро дар ҳар се меҳвар ҳаракат кардан мумкин аст; тамоми ҷадвал инчунин метавонад дар ҳамвории уфуқӣ ба таври изотсентрӣ гардиш кунад. Ҳаракати миз тавассути пулти дастӣ ё бо панелҳои ҳар ду тарафи миз идора карда мешавад. Диапазони ҳаракати миз бениҳоят васеъ аст, махсусан баландӣ, бароҳатии ҳам кормандон ва ҳам беморонро таъмин мекунад. Баландии ҳадди ақалли миз аз фарш 55 см аст, ки махсусан барои беморони дорои ҳаракати маҳдуд қулай аст; баландии ҳадди аксари 176 см имкон медиҳад, ки аз поён шуоъ карда шавад. Барои таъмини мавқеъгирии дақиқ системаи раҳнамоии лазерии координатӣ ва нури рӯшноӣ, ки ба шакли майдони радиатсионӣ пайравӣ мекунад, истифода мешавад. Ҳама қисмҳои

ҳаракаткунандаи идорашаванда тавассути муҳаррикҳои электрикӣ ҳаракат мекунад, аммо дар ҳолати зарурӣ ҳаракати дастӣ низ имконпазир аст.

Таҷҳизоте, ки дар таҳқиқот истифода шудааст, иборат аст аз:

✓ Агрегати нурдиҳӣ (гантри бо механизми гардишкунанда), модели К-01 ё К-02, бо батарея;

✓ Манбаи Со-60 бо фаъолияти то 450 ТВq (12 kCi) дар якҷоягӣ бо сараки аз радиатсия муҳофизатшуда, пас аз насб кардани дастгоҳ таъмин карда мешавад;

✓ Мизи модели I-01 бо лавозимот (чаҳорчӯбаи намуди «ракеткаи теннис», панелҳои насбкунанда, тақягоҳҳо барои даст, тақягоҳи иловагӣ барои васеъ кардани асбоб барои дар ҳолати дар рӯйи миз ҷойгир кардани бемор);

✓ Маҷмуи лавозимот ва асбобҳо (нишондиҳандаи механикии пеш, нишондиҳандаи кафои лазерӣ, маҷмуи филтрҳои қач, маҷмуи блокҳои сурб ва стенд барои блокҳо, «сабад», триммерҳо барои танзими панчара 55 см, системаи координатаҳои лазерҳои диодӣ барои ҷойгиркунии дақиқи бемор);

✓ Системаи идоракунӣ дар асоси компютери фардӣ бо системаи таъминоти барқи бефосила;

✓ Маҷмуи таҷҳизоти дозиметрӣ (дозиметри клиникӣ бо детектор, фантомҳои саҳт ё обӣ, анализатори майдони доза, дозиметрҳо барои муҳофизати радиатсионӣ);

✓ Системаи банақшагирии дозиметрӣ (барномаи махсус барои ҳисоб кардани параметрҳои сеанси табобатӣ);

✓ Компютери фардӣ ё стансияи корӣ бо дастгоҳҳои периферӣ барои ворид кардани иттилооти ибтидоӣ ва баровардани натиҷаҳо: рақамӣ, сканери рентгенӣ, интерфейс барои мубодилаи маълумот бо томографи компютерӣ, системаи телевизионии рентгенӣ, таҳлилгари вояҳои майдон;

✓ Ҳатти телевизионии маҳаллӣ барои мониторинги ҳуҷраи табобатӣ ва домофони дучониба барои алоқаи оператору бемор, ки барои таъмини беҳатарӣ ва рафъи фишори равонии бемор заруранд.

Ҳангоми интиҳоби тактикаи муолиҷаи шуоии саратони пӯст ҳолатҳои зерин бодикқат ба назар гирифта шуд: аломатҳои клиникӣ, маҳалли ҷойгиршавии омос, синну соли беморон, шаклҳои клиникӣ ва морфологӣ омос, мавҷудият ё набудани аворизи минтақавӣ ё дурҷойгирифта, ҳолати умумии бемор ва хоҳиши бемор дар бораи усули пешниҳодшудаи табобат. Бо беморон ва ҳешовандони онҳо дар бораи дастовардҳо ва оқибатҳои эҳтимолии муолиҷаи шуӣ суҳбатҳо анҷом дода шуданд.

Муолиҷаи шуӣ давраҳои зеринро дошт:

- давраи пеш аз шуоии муолиҷа. Пеш аз оғози табобат ҳамаи беморон аз усулҳои таҳлили умумиклиникӣ – таҳлили умумӣ ва биокимиёвии хун, муайян кардани гурӯҳи хун, коагулограмма, таҳқиқоти морфологӣ гузаронида шуданд. Қабл аз оғози муолиҷаи шуӣ, вояи шуоъафканӣ бо диққат ҳисобкардашуда, усулҳои он муайян карда мешаванд, ки бо ёрии онҳо ҳамзамон бо нигоҳ доштани бофтаҳои солим дар минтақаҳои пӯсти шуоъшаванда ба самара ноил шудан мумкин аст. Барои гузаронидани ин ҳисобҳои мушкӣ – расмиёти банақшагирӣ – ба мо иштирокдорони консилиум – физикони тиббӣ, дизиметристҳо ва математикон мусоидат намуданд. Пас аз консилиум майдони шуоъгузаронии пӯст бо хат ва нуқтаҳо ишора карда шуд, ки барои ин ранги махсус истифода гардид. Ишораҳо то охири муолиҷа дар пӯст нигоҳ дошта мешаванд. Дар давраи пеш аз муолиҷаи шуӣ ба беморон тавсия дода мешавад, ки дар минтақаҳои пӯсте, ки ба таъсири шуоъафканӣ дучор мешаванд, маҳлули йод ва маводди дигари ҳассосиятро истифода набаранд.

Ҳангоми муолиҷаи шуоии пӯсти минтақаи ковокии даҳону рӯй тадбирҳои санитарияи пешакии ковокии даҳону рӯй гузаронида шуданд, ки ин тадбири муҳимтарини пешгирии аворизи муолиҷаи шуӣ мебошад;

- давраи муолиҷаи шуӣ. Давомнокии курси муолиҷаи шуӣ дар беморони таҳқиқшуда 4-7 ҳафта (13, 15, 17, 20 рӯз)-ро ташкил дод.

Мо муолиҷаи шуоии неoadъювантиро бо мақсади кам кардани андозаи омиси ибтидоӣ, пешгирии такроршавӣ пас аз ҷарроҳӣ ва ноил шудан ба табобати радикалӣ истифода кардем. Қарор дар бораи вояи умумии радиатсия ва шумораи сеансҳо вобаста ба андозаи омос, ҷойгиршавӣ ва намуди морфологӣ қабул карда шуд. Бешубҳа, ҳолати умумии беморон, синну соли онҳо ба назар гирифта шуда, хатари таъсири манфии он ба таври мақсаднок бартараф карда шуд. Ҳангоми марҳилаи $T_1N_0M_0$ саратони пӯст муолиҷаи шуӣ аз рӯйи барномаи радикалӣ бо ВЯМ – 2 Гр, ВУМ – 30 Гр анҷом дода шудааст. Сипас, ба беморон 2-3 ҳафта танаффус дода шуда, баъд аз он муолиҷаи шуӣ 15 рӯзи дигар бо ВЯМ – 2 Гр, ВУМ – 30 Гр идома дода шудааст. Ҳамин тариқ, ВУМ 60 Гр ($n = 284$)-ро ташкил дода буд.

Гурӯҳи дигари беморони гирифтори саратони пӯст дар марҳилаи бармаҳал – $T_2N_0M_0$ дар давоми 13 рӯз муолиҷаи шуӣро бо ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 40 Гр гирифтанд. Сипас, беморон дар давоми 6 моҳ таҳти назорати динамикӣ қарор доштанд ($n = 243$).

Дар гурӯҳи навбатӣ ($n=323$) беморони гирифтори марҳилаи $T_3N_{0-1}M_{0-1}$ аз рӯйи нишондодҳои гуногун дар давоми 10 рӯз аз рӯйи нақша бо ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 30 Гр муолиҷаи шуӣ гирифтанд. Баъд беморон муддати 2-3 ҳафта танаффус гирифта, баъд аз он боз 10 рӯзи дигар муолиҷаи шуӣро аз рӯйи нақшаи ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 30 Гр давом доданд. Дар баъзе беморон бо қарори консилиум ВУМ то ба 70 Гр расонида шуд.

Дар 199 нафар бемори гирифтори саратони пӯсти марҳилаҳои $T_4N_{0-1}M_{0-1}$, муолиҷаи шуӣ дар давоми 13 рӯз бо истифода аз нақшаи зерин гузаронида шуд: бо ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 40 Гр. Баъд ба муддати 2-3 ҳафта танаффус дода шуда, баъд аз он боз 10 рӯзи дигар муолиҷаи шуӣ аз рӯйи нақшаи зерин давом дода шуд: ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 30 Гр давом доданд. Дар маҷмӯъ, беморон ВУМ – 70 Гр гирифтанд.

Дар давоми 10 рӯз муолиҷаи пешазҷарроҳии неoadъювантӣ бо муайян кардани вақти даҳолати ҷарроҳии банақшагирифташуда мувофиқи нақшаи ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 30 Гр анҷом дода шуд. Пас аз танаффуси 2-3 ҳафтаина ҷарроҳӣ гузаронида шуда, баъди 3 ҳафтаи ҷарроҳӣ муолиҷаи шуӣ (адъювантӣ) аз рӯйи нақшаи ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 40 Гр (тибқи нишондодҳо ВУМ метавонад ба 70 Гр расад) анҷом дода шуд. Дақиқ намудан зарур аст, ки оғози муолиҷаи адъювантии шуӣ аксар вақт аз суръати сиҳатёбии захми пасазҷарроҳӣ ва мавҷудият/набудани аворизи пасазҷарроҳӣ вобаста аст.

Барои саратони пӯсти дар сатҳи маҳаллӣ интишорёфта ва марҳилаҳои куҳнашудаи беморӣ ($T_{3-4}N_{1-3}M_{0-1}$), речаҳои зерини муолиҷаи шуӣ ($n=522$) истифода гардид: дар давоми 10 рӯз, ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 30 Гр. Пас аз ин танаффуси 2-3 ҳафта сурат гирифт. Сипас, беморон муолиҷаи шуӣро дар давоми 10 рӯз аз рӯйи нақшаи ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 30 Гр идома доданд.

Ҳамин тариқ, вояи умумии мавқеъ дар давоми табобат 60 Гр-ро ташкил дод. Ин беморон ($n = 214$) барои пешгирии такрорёбӣ ва аворизи саратони пӯст зерин назорат қарор доштанд. 214 нафар бемори дигар аз ин гурӯҳ муолиҷаи шуӣро аз рӯйи нақшаи дигар гирифтанд: беморон дар давоми 13 рӯз ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 40 Гр гирифтанд. Пас аз танаффуси 2-3 ҳафтаина муолиҷаи шуӣ 10 рӯзи дигар аз рӯйи нақшаи ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 30 Гр давом доданд ва ҳамин тавр ВУМ – 70 Гр-ро ташкил дод.

Давраи сеюм ва махсусан муҳим давраи пас аз муолиҷавӣ мебошад. Муолиҷаи шуӣ, ба монанди ҳама гуна намуди дигари табобати омӯсҳои бадсифат, метавонад бо таъсири тарафҳои умумӣ ва маҳаллӣ, ки метавонанд муваққатӣ ва музмин бошанд (метавонанд баъди якчанд ҳафта ё ҳатто сол пас аз табобат инкишоф ёбанд), ҳамроҳӣ карда шавад.

Таъсироти тарафии муолиҷаи шуӣ дар беморони таҳқиқшуда дар вақтҳои гуногун ба назар расиданд. Аксарияти онҳо дар рафти муолиҷа инкишоф ёфтанд, ки бартараф намудани онҳо ҷидду ҷаҳди зиёдро талаб намекард. Онҳо, одатан, дар давоми 18-20 рӯзи пас аз анҷоми муолиҷаи шуӣ нопадид шуданд. Агар ҳангоми муолиҷа мушкilotу асоратҳое, ки ба ҳаёти беморон таҳдид мекунанд, ба монанди синдроми шадиди дард,

табларза, депрессия пайдо шаванд, табобат муваққатан қатъ карда мешавад ва ба беморон табобати мувофиқи симптоматикӣ таъин карда мешавад.

Аз ин рӯ, муолиҷаи шуоии саратони пӯст яке аз масъалаҳои муҳимтарини то ба охир ҳалнашудаи саратоншиносии клиникӣ мебошад. Таҷрибаи бисёрсолаи мо оид ба муолиҷаи саратони пӯст дар Тоҷикистон метавонад барои таҳқиқоти минбаъдаи илмӣ ва инкишофи ёрии махсуси саратоншиносӣ замина гардад.

Усулҳои таҳқиқот

Таҳқиқоти ситологӣ. Мавод барои таҳқиқоти ситологӣ ҳуҷайраҳои рӯйи омосҳои пӯст ё пораи пӯст, луобпарда ва ё намунаҳои бофта буданд. Ин таҳқиқот дар байни ҳамаи беморони гирифтори саратони пӯст гузаронида шудааст, ки дар аксари онҳо ҳангоми ташҳис ва табобат чандин маротиба такрор ёфтанд. Маводди ҳосилшуда бо азуре-эозин бо усули Романовский-Гимза обуранг карда шуд. Таҳқиқот дар лабораторияи ситологии МД «МЧИС» ВТХИА ҚТ гузаронида шуд.

Таҳқиқоти гистологӣ. Барои гузаронидани ташҳиси гистологӣ намунаи биопсияҳои омос гирифта шуда, аз рӯйи нишондихандаҳо гиреҳҳои лимфавӣ хориҷ карда шуданд. Ҳамаи маводди пасазчарроҳӣ ва биопсияҳо барои арзёбии табобати махсускардашуда аз ташҳиси морфологӣ гузаронида шуданд. Мавод бо усулҳои стандартӣ сабт шуда, ба лабораторияи патоморфологии МД «МЧИС» ВТХИА ҚТ гузаронида шуд.

Таҳқиқоти иммуногистохимии мавод аз блокҳои омосҳои бақайдгирифташуда ба таври ретроспективӣ гузаронида шуда, онҳо ба лабораторияи патоморфологии Институти илмӣ-таҳқиқоти саратоншиносии Москва ба номи П.А.Герсен фиристода шуданд.

Ташҳиси ултрасадо (ТУС) бо мақсади ташҳиси паҳншавии раванди омос ва ошкор кардани нуктаҳои решадавонӣ, ҳудуди осебдидаи узв ва бофтаҳои наздик ҷойгиршуда гузаронида шуд. ТУС дар ҳамаи беморон мувофиқи нишондодҳо бисёрдафъаина дар робита бо мониторинг дар сканери ултрасадо гузаронида шуд.

Томографияи компютерӣ инчунин барои дидани паҳншавии омосҳои пӯст дар устухонҳои скелетӣ ва ошкор кардани решадавонӣ аҳамияти калон дорад. Томографияи компютерӣ муайян намудани бемории қаблан ошкоршудаи авҷгиранда ва такрорёбии онро таъмин мекунад. Томографияи компютерӣ барои аксари беморон, махсусан дар марҳилаҳои охири саратони пӯст ва барои баъзе беморон чанд маротиба гузаронида шуд. Он тавассути сканери томографии ТК «Lightning Aguilion» фирми Can дар МД «МЧИС» ВТХИА ҚТ ва Маркази тиббии «Нурафзо» гузаронида шуд.

Томографияи компютерӣ дар 38 бемори гирифтори саратони пӯсти марҳилаи Т₃-N₁₋₂₋₃M₀₋₁ бо мақсади ошкор кардани метастазҳои дурдаст гузаронида шуд. Аксари онҳо дар ин давра табобати паллиативӣ мегирифтанд ва бо шикоятҳои марбут ба ҳолати функционалии узвҳои ҳаётан муҳимашон муроҷиат кардаанд. Томографияи компютерӣ бо контрасти (10,0 мл Тризограф 76% + 500,0 млб) гузаронида шуд.

Дар расмҳои 8 ва 9 натиҷаҳои ташҳиси томографияи бемор Л., 53-сола оварда шудаанд. Метастазҳои дури саратони пӯст ошкор карда шуданд.



Расми 8. ТК шакли остеосклеротикуи mts



Расми 9. ТК тағйироти вайронкунандаи устухон аз чорҷӯбаи сина — мтс

Томографияи резонанси магнитӣ. Барои муайян кардани дараҷаи раванди интишори омос ва ошкор кардани решадавонӣ дар томографияи резонанси магнитӣ (MPT DIXION) дар томографҳои дорои магнити пасти майдон MagnetomCI (SiemensAG, Олмон) гузаронида шуд. Томографияи резонанси магнитӣ дар 192 бемори таҳқиқшаванда, ки асосан гирифтори омосҳои пӯсти интишор ёфтаи марҳилаҳои $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ буданд, гузаронида шуд. Таҳқиқоти мазкур инчунин имкон медиҳад, ки муносибати омос бо сохторҳои анатомии дар ҳамсоиягӣ ҷойгирбуда муқаррар карда шавад. Маълумоти пеш аз ҷарроҳӣ барои ба нақшагирии ҳаҷми васеи амалиёти ҷарроҳӣ бо иваз кардани сохторҳои устухони зарардида ва бофтаҳои дигари дар раванди омосӣ иштирокдошта арзишманд аст.

Барои таҳлили пайгирона ва ратсионалии ҳама бахшҳо мо барои рисола «Тарҳрезии таҳқиқот»-ро тартиб додем. (расми 10).



Расми 10. Тарҳрезии таҳқиқот

Натиҷаҳои таҳқиқоти шахсӣ. Барои муқоисаи натиҷаҳои муолиҷаи шуӣ бадастоварда ҳам дар речаи монотабобат ва ҳам аз нуқтаи назари табобати якҷоя ва маҷмуии саратони пӯст дар марҳилаҳои гуногун беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи 1 ($n=527$) – бемороне, ки аз рӯйи барномаи радикалӣ муолиҷаи шуӣ гирифтаанд – беморони гирифтори марҳилаҳои $T_{1-2}N_0M_0$ саратони пӯст ва гурӯҳи 2 ($n=522$) – бемороне, ки барои марҳилаҳои $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ саратони пӯст табобати якҷоя ва маҷмӯӣ гирифтаанд.

Саратони пӯст дар марҳилаҳои аввал дар 50,24 % ҳолатҳо (дар 527 аз 1049 бемор, мардон – 269 (51,04 %), занон – 258 (48,96 %) ташхис карда мешавад.

Бешубҳа, усули ҷарроҳии табобати марҳилаҳои $T_{1-2}N_0M_0$ саратони пӯст пешрафта аст. Дар баробари ин, муолиҷаи шуӣ саратони пӯст дар марҳилаҳои бармаҳал дар байни усулҳои консервативӣ яке аз ҷойҳои аввалро ишғол мекунад.

Имкониятҳои муолиҷаи шуӣ дар вариантҳои гуногун – бо речаи монотабобат пеш ва баъд аз табобати ҷарроҳӣ, кимиётабобат, табобати фотодинамикӣ – барои табибони клиникӣ ҷиҳати ба даст овардани натиҷаҳои хуб имкониятҳои васеъ мекушоянд. Самаранокии муолиҷаи моношуӣ аз рӯйи барномаи радикалӣ дар беморони гирифтори марҳилаи $T_1N_0M_0$ саратони пӯст ба 96,4% ва дар марҳилаи $T_2N_0M_0$ ба 91,2% мерасад. Истифодаи муолиҷаи шуӣ то ва баъд аз қатъи ҷарроҳии саратони пӯст дар марҳилаҳои бармаҳал (дар 151 бемор) низ натиҷаи хуб дода, дар марҳилаҳои $T_1N_0M_0$ ва $T_2N_0M_0$ мутаносибан ба 97,2 % ва 95,4 % мерасад.

Аз 527 нафар бемор дар 28 нафараш дар давраҳои гуногун такрорёбии беморӣ ва решадавонӣ дар гиреҳҳои лимфавӣ ба вучуд омадаанд; дар як бемор решадавонии саратони пӯст бо марҳилаи $T_2N_0M_0$ ғадуди дугонаи омос, ки дар пеши гӯш ҷойгир аст, пас аз як соли муолиҷаи шуӣ ашхис карда шуд. Истифодаи дурусти муолиҷаи шуӣ дар табобати такрорёбии беморӣ ва решадавонии саратони пӯст натиҷаҳои тасаллобахш медиҳад. Ба беморон табобати омехта ва маҷмӯӣ гузаронида шуд, ки дар он ҷо муолиҷаи шуӣ дар марҳалаҳои гуногун истифода мешуд. Омӯзиши зинда мондани умумӣ ва бидуни такрорёбии беморони гирифтори марҳилаҳои $T_{1-2}N_0M_0$ саратони пӯст нишон дод, ки ҷойгиршавӣ ва сохтори морфологӣ омос ба давомнокии умри беморон аз рӯйи меъёрҳои умумӣ ва бидуни такрорёбӣ таъсири эътимодбахш дорад. Ҳамин тариқ, нишондиҳандаҳои зиндамонии 5-солаи умумӣ ва бидуни такрорёбӣ мутаносибан $87 \pm 5,2$ % ($T_1N_0M_0$) ва $82 \pm 5,6$ % ($T_2N_0M_0$)-ро ташкил доданд.

Аз омилҳои морфологӣ дурнамо ба таври эътимодбахш маълум шуд, ки меъёрҳои «номусоиди» гистологӣ ба коҳиши натиҷаҳои зиндамонии дарозмуддат дар гурӯҳи беморони гирифтори марҳилаҳои $T_{1-2}N_0M_0$ саратони пӯст мусоидат мекунанд. Ҳамин тариқ, дар гурӯҳи беморони гирифтори марҳилаҳои $T_{1-2}N_0M_0$ саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвори қабати ғафснадошта зиндамонии умумии 5-сола то 72 ± 4 % ва зиндамонии бидуни такрорёбӣ то $63 \pm 10,1$ % коҳиш ёфт.

Дар беморони гирифтори марҳилаи $T_{1-2}N_0M_0$ саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои базалӣ чунин намуна ба қайд гирифта нашудааст. Ин мисоли клиникӣ шаҳодат медиҳад, ки истифодаи муносиби телегамматабобат дар марҳилаҳои бармаҳали саратони пӯст метавонад беморро ба таври радикалӣ табобат кунад.

Мушкilotи табобати махсуси марҳилаҳои охири саратони пӯст ҷустуҷӯ ва таҳияи методологияи нави таъсири шуӣ ба омосро талаб мекунанд.

Таҳқиқоти мазкур таҳлили табобати 522 бемори гирифтори марҳилаҳои $T_{3-4}N_{0-1-2}M_{1-2}$ -и саратони пӯст, ки дар МД «МҚИС» ВТХИА ҚТ ба қайд гирифта ва табобат мегиранд, дар бар мегирад (ҷадвали 9).

Ҷадвали 9. Тақсими беморони гирифтори саратони пӯсти марҳилаҳои кухнашуда ($T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$) аз рӯйи синну сол ($n=522$)

Синну соли беморон, сол	Мардҳо		Занон		Ҳамагӣ	
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
41-50	27	5,17			27	5,17
51-60	92	17,62	107	20,5	199	38,13
61-70	73	13,98	61	11,68	134	25,67
71-80	69	13,22	46	8,81	115	22,03
81-90	31	5,94	12	2,3	43	8,24
>91	3	0,57	1	0,19	4	0,76
Ҳамагӣ	295	56,51	227	43,49	522	100,00

Шумораи бештари беморони саратони пӯст дар ин гурӯҳ ба категорияи синну соли 51-60-сола тааллуқ доштанд: 199 нафар (38,12 %): мардон – 92 (17,62 %), занон – 107 (20,49 %). Саратони пӯсти марҳилаи таҳқиқшуда дар беморони синнашон 61-70-сола –

134 нафар (25,67 %): мардон – 73 (13,28 %), занон – 61 (11,68 %) ва дар 115 нафар (22,03 %) бемори синнашон аз 71 то 80-сола: мардон – 69 (13,22 %), занҳо – 46 (8,81 %) нафар мушоҳида шудааст. Дар байни беморони дарозумр (81-90-сола) дар 43 маврид (8,24 %) шаклҳои куҳнашудаи (пешрафтаи) саратони пӯст ошкор карда шуданд.

Саратони пӯст дар беморони гурӯҳи таҳқиқотӣ дар марҳилаҳои $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ асосан дар минтақаи сар ва гардан дар 440 (84,29 %) бемор, дар минтақаи бадан – 47 (9,01 %) бемор, дар дасту пойҳои болоӣ – 26 (4,98 %), дар қисмати поёни пойҳо – 9 (1,72 %) бемор ҷойгир шудааст.

Дуруст муайян кардани марҳилаи саратони пӯст бо дақиқ кардани ҳудуди осебдидаи узвҳо ва бофтаҳо имкон медиҳад, ки роҳи усулҳои муносиби муолиҷаи шуӣ интиҳоб карда шаванд. Истифодаи муолиҷаи шуӣ дар маҷмӯъ бо усулҳои дигар дар речаҳои гуногун низ бешубҳа аз марҳилаи раванди интишорёбии омос вобаста аст.

Ҳангоми табobati марҳилаҳои куҳнашудаи саратони пӯст (марҳилаҳои $T_{4}N_{1-2-3}M_{0-1}$) муолиҷаи шуӣ аҳамияти калон дорад, зеро решадавонҳои мавҷуда дар гирехҳои лимфавӣ, афзоиши омосҳо дар бофтаҳои зеримосӣ ва сохторҳои анатомӣ барои табибон мушкилоти мураккабро ба бор меоранд. Дар ин гурӯҳ аз 158 бемори гирифтори саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвор дар 83 нафар (52,5 %) саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвори қабаташон ғафс, дар 75 (47,5 %) бемор саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвори шохшакл ва нисбатан камтар дар 41 (20,6 %) ҳолат саратони пӯсти ҳучайраҳои базалӣ мушоҳида шудааст.

Таҳлили маълумоти беморони ин гурӯҳ далели зуд-зуд решадавонӣ шудани саратони пӯстро ба тарафи муқобили ҷойи осебдида тасдиқ кард (саратони дорои ҳучайраҳои ҳамвори қабаташ ғафси пӯст дар 39 (47,0 %) ҳолат, онҳо асосан табиатан сершумор буда, 19,3 %-и ҳолатро фаро мегирифт.

Муқаррар кардани марҳилаи T_4 на танҳо баҳодихии дурусти ҳолати гирехҳои лимфавӣ, балки инчунин муайян кардани ҳолати узвҳо ва сохторҳои зери омос ва атрофи онбударо талаб мекунад. Ин аҳамияти махсус дорад, вақте ки саратон дар минтақаи пилкон, лабҳо ва канали шунавоии беруна ҷойгир аст. Аз 128 бемор ташҳиси «Саратони пӯст $T_{4}N_{1-2}M_1$ » дар 13 (10,15 %) бемор дар асоси наъзӯнамои саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвор дар пардаи рӯйи устухон ва дар 5 (12,2 %) бо саратони ҳучайраҳои базалӣ муайян карда шуд.

Илова бар ин, дар 22 (17,19 %) нафар бемори гирифтори саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвор решадавонии омосҳо дар устухонҳои скелетӣ ва хеле кам осебдидани узвҳои дохилӣ ба мушоҳида расиданд. Дар як беморе, ки ташҳиси саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвор тасдиқ шудааст, решадавонӣ дар ҷигар ва ду нафар бемори гирифтори саратони пӯсти сар ва гардани дорои ҳучайраҳои базалӣ решадавонӣ дар шушҳо ба вучуд омада буд. Ҳангоми интиҳоби усули муолиҷаи шуӣ мавҷудияти инвазияи омосҳо дар қабати кортикалӣ ё мағзи устухон камаҳамият нестанд ва чунин беморон 20 нафар (10,0%) буданд. Дар вақти муоинаи беморони гирифтори шаклҳои куҳнашудаи (пешрафтаи) саратони пӯст ба таърихи мурочиати беморон ба табибон таваҷҷуҳ зоҳир карда шуд, таваҷҷуҳ ба сабабҳои безътиной равона гардид, протоколҳо ва натиҷаи ташҳиси беморон мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Ошкор карда шуд, ки давраи муқаррар намудани ташҳис аз лаҳзаи пайдо шудани шикоятҳои аввалин дар беморони саратони пӯст ($T_3N_{0-1}M_{0-1}$) чунин буд: дар 75 (23,2 %) бемор – то 3 моҳ, дар 103 (31,9 %) – аз 3 то 6 моҳ, дар 82 (25,4 %) – аз 6 то 9 моҳ ва дар 82 (25,4 %) – як сол пас аз зуҳури аломати беморӣ (63 %). Таърихи ташҳиси марҳилаи куҳнашудаи (пешрафтаи) $T_{4}N_{1-2}M_1$ пас аз мурочиат ба духтур номаълум боқӣ мемонад. Ҳамин тариқ, барои марҳилаи $T_3N_{1-2}M_0$ саратони пӯст телегамматобот ҳамчун як қисми табobati якҷоя ё маҷмӯи истифода шудааст.

Нақшаи муолиҷаи шуӣ дар табobati марҳилаи $T_{4}N_{1-2}M_1$ саратони пӯст таваҷҷуҳи ҷиддиро сазовор аст, ки телегамматобот яке аз ҷузъҳои асосии таркибҳои асосии усулҳои якҷоя ё маҷмӯи буда, баъзан ҳамчун табobati паллиативӣ гузаронида мешавад.

Аз ин рӯ, нақши муолиҷаи шуӣ дар табобати марҳилаи $T_4N_{1-2}M_1$ хеле назаррас аст, онро дар ин гурӯҳи беморон бо роҳҳои гуногун – ҳамчун монотабобат, илова ба усулҳои ҷарроҳӣ, поликимиётатобобат истифода бурдан мумкин аст. Самаранокии телегаммататобобат дар табобати паллиативии шаклҳои қуҳнашудаи саратони пӯст муайян карда шудааст. Тавре ки маълумоти таҳлилии 522 бемор дар марҳилаҳои $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ нишон медиҳад, 244 нафар (46,7 %) телегаммататобобат бо речаи монотабобат гирифтанд. Телегаммататобобат, инчунин дар 98 (18,8 %) бемор ҳамчун як қисми табобати якҷоя бо табобати ҷарроҳӣ, дар 51 (9,8 %) бемор ҳамчун як қисми табобати маҷмӯӣ (телегаммататобобат+ҷарроҳӣ+кимиётатобобат) истифода шудааст.

Муқоисаи маълумоти бадастомада аз нақши муҳимми муолиҷаи шуӣ ҳам ҳамчун монотабобат ва ҳам ҳамчун ҷузъи табобати якҷоя ва маҷмӯии саратони пӯсти дар мавқеи гуногун паҳншуда шаҳодат медиҳад. Ҳамин тариқ, аз шумораи умумии беморони гирифтори шаклҳои қуҳнашудаи (пешрафтаи) марҳилаҳои $T_{3-4}N_{0-1-2}M_{0-1-2}$ -и саратони пӯст, ки мо мушоҳида кардем, 168 (32,1 %) бемор беҳбудии субъективӣ ва 158 (30,26 %) бемор ҳолати соматикӣ худро воқеъбинона нишон доданд. Ин аз он шаҳодат медиҳад, ки муолиҷаи шуӣ аз 522 нафар бемор дар 326 (62,45 %) нафарашон самаранок буд.

Саратони пӯст яке аз шаклҳои маъмултарини навташкилаҳои бадсифат (НБ) дар Тоҷикистон буда, асосан дар байни калонсолон ва пиронсолон мушоҳида мешавад. Саратони пӯст аксар вақт дар беморони аз 90-сола боло – дарозумрон ташхис карда мешавад. Дар асоси таҷрибаи чандинсола дар клиникаи саратоншиносӣ, мо ба соҳаи тандурустии амалӣ методологияи нарми гузаронидани муолиҷаи шуӣ дар беморони дарозумр пешниҳод кардем (Патенти ТҶ 1289 аз 15 августи соли 2022). Ҳадафи ихтироъ ба даст овардани самаранокии баланди муолиҷаи шуӣ тавассути истифодаи усули нави табобати саратони пӯст дар беморони дарозумр бо беҳтар шудани сифати зиндагии онҳо мебошад. Моҳияти ихтироъ аз истифодаи муолиҷаи шуӣ дар вариантҳои гуногун бо роҳи тақсим кардани нақшаи табобат ба ду курс ва гузаронидани табобати пешгирикунанда аз аворизи эҳтимолӣ дар давраи танаффус иборат аст. Усули аз ҷониби мо пешниҳодшудаи муолиҷаи шуӣ дар беморони дарозумр бо роҳҳои гуногун истифода мешуд: монотабобат дар марҳилаҳои бармаҳали беморӣ; дар табобати якҷоя ва маҷмӯӣ. Дар айни замон, муолиҷаи шуӣ яке аз ҷузъҳои асосӣ ҳам дар вариантҳои неoadъювантӣ ва ҳам адъювантӣ боқӣ монд. Бо тавсияи мутахассисон беморони дарозумр аз ташхис бодикқат гузаронида шуданд. Баъзе беморон дар муассисаҳои ғайритахассусӣ чанд сол таҳти мушоҳида ва табобат қарор доштаанд, онҳо барои пешгирии афзоиши омос, тақрорёбӣ ва решадавонӣ табобатҳои гуногун гирифтаанд.

Саратони пӯст дар беморони дарозумр дар минтақаҳои гуногуни анатомӣ ҷойгир шудааст. Аз 32 нафар бемори дарозумр дар 13 нафар (40,63 %) омос дар минтақаи сар ва гардан ҷойгир шудааст: дар 2 бемор (6,25 %) саратони дорои ҳучайраҳои ҳамвори қабаташон ғафс, дар 3 нафар (9,37 %) саратони дорои ҳучайраҳои ҳамвори шохшакл муқаррар карда шудаанд. Дар 8 бемор (25,0 %) саратони дорои ҳучайраҳои базалӣ дар минтақаи сар ва гардан ошкор карда шуд. Муайян карда шуд, ки омосҳо аксар вақт дар қисми мӯйдори пӯсти сар (дар 4 бемор), пилқҳои чашм (4 бемор), косачаи гӯш (2 бемор), бинӣ (1 бемор) ва пешонӣ (1 бемор) ҷойгир шудаанд. Дар 9 ҳолат (28,12 %) омосҳо дар қисми поёнии узвҳо ҷойгир шудаанд, ки дар 3-тои онҳо саратони дорои ҳучайраҳои ҳамвори қабаташон ғафс, дар 6 ҳолат (18,75 %) саратони дорои ҳучайраҳои базалӣ муайян карда шудааст. Қисмати болоии дасту пойҳо камтар осеб дидаанд – дар 5 (15,63 %) ҳолат (дар 3 бемор – саратони дорои ҳучайраҳои базалӣ, дар 2 – саратони дорои ҳучайраҳои ҳамвор). Дар бадан саратони пӯст дар 5 ҳолат мушоҳида шудааст: дар 2 бемор – саратони дорои ҳучайраҳои ҳамвори қабаташон ғафс, дар 3 – саратони дорои ҳучайраҳои базалӣ. Сарфи назар аз синну соли калон, мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳ, имкониятҳои маҳдуди ҷисмонӣ беморони дарозумр ба усулҳои мувофиқи табобати махсус ниёз доранд. Синну соли аз 90-сола боло барои муолиҷаи зиддиомосӣ як ихтилофи мутлақ нест, баръакс, интиҳоби мувофиқи табобат сифати зиндагии беморонро ба таври назаррас беҳтар мекунад.

Таҷрибаи мо оид ба муолиҷаи шуоии беморони саратони пӯст дар давраи пандемияи COVID-19 як таҳқиқоти иқтишофӣ мебошад. Аз 32 бемори саратони пӯст, дар 24 нафари онҳо сеанси муолиҷаи шуой, сарфи назар аз санҷишҳои мусбати ПЗР, идома дода шуданд. Бояд қайд кард, ки беморон табобатро бо шиддати сабук ё муътадили беморӣ бидуни аворизи анъанавӣ таҳаммул мекарданд. Ба ин табобати зиддивирсии тавсиякардаи мутахассисони мо мусоидат мекард. Илова бар ин, муолиҷаи шуой дар речаҳои нарм – гипофраксионидани воя (кам кардани сеанс ва зиёд намудани воя) гузаронида шуд. Таҷрибаи табобат зарурати муносибати фардӣ ба табобатро бо дарназардошти хусусиятҳои анатомӣ ва физиологии пӯст ба таври боварибахш исбот мекунад.

Усули пешниҳодшудаи муолиҷаи шуоии беморони гирифтори саратони пӯст дар минтақаи сар ва гардан дар шароити пандемияи COVID-19 бо ворид кардани 3 Гр вояи якдафъаина ба минтақаи осебдида дар як шабонарӯз ва расонидани вояи умумӣ дар минтақаи осебдида то 30 Гр рафтуомади беморонро барои муолиҷа ба беморхона то 30 % ва усули табобати саратони пӯст, ки омос дар бадан ва қисмати поёнии дасту пой ҷойгир шудааст ВЯМ – 5 Гр як рӯз пас, ВУМ – 50 Гр), 50 % коҳиш медиҳад. Дар баробари ин натиҷаҳои умедбахш ба даст оварда шуданд; пас аз як сол ҳамаи беморони таҳқиқшуда зинда монда буданд. Боварӣ ба он боқӣ мемонад, ки дар сурати ба миён омадани чунин ҳолатҳо муносибатҳои методологии пешниҳодкардаи моро барои муолиҷаи шуоии саратони пӯст истифода кардан мумкин мешаванд.

Таҳлили овардаи мо дар бораи аворизи муолиҷаи шуоии саратони пӯст имкон дод, ки баъзе сабабҳои пайдоиши онҳо муайян карда шаванд. Дар байни онҳо ҷойи асосиро аз ҳад зиёд шуоъ додани пӯст ва бофтаҳои зерӣ пӯст, ба эътибор нагирифтани вояи нурафшони иондор ишғол мекунад. Тавре ки дар боло зикр гардид, минтақаҳои пӯсти бадани инсон ба муолиҷаи шуой ҳассосияти гуногун доранд. Дар минтақаи рӯй ва гардан бо дарназардошти хусусиятҳои узвҳои биниш, шунавой, бинӣ, лаб ва ғайра ба муолиҷаи шуой муносибати нармтар талаб карда мешавад. Ба майдонҳои шуой бе нишондодҳо дохил намудани онҳо ба авориз ва оқибатҳои гуногун оварда мерасонад.

Дар солҳои охир саратоншиносони Тоҷикистон дар соҳаи омӯхтани хусусиятҳои саратони пӯст тадқиқоти васеъ анҷом дода, имкониятҳои ташхис, табобати ҷарроҳии ин патологияро баҳо дода, мавқеи табобати якҷоя ва маҷмуии наваташкилаҳои бадсифати пӯстро омӯхтанд. Бо вучуди ин, мушкilotи вобаста ба арзёбии самаранокии муолиҷаи шуой ҳамчун ҷузъи асосии нақшаҳои гуногуни табобат ҳалнашуда мемонанд; имкониятҳои барномаҳои радикалии муолиҷаи шуой бо интиҳоби вояи оптималии ба омосҳои пӯст таъсиркунанда ва роҳҳои пешгирии аворизи бармаҳал ва баъдтар ба вучуд меомада омӯхта нашудаанд.

Аз ин лиҳоз, ҳангоми ҷустуҷӯи усулҳои мақсаднок ва муассири пешгирӣ ва табобати авориз усулҳои нави методӣ пешниҳод карда шуд, ки дар беморхонаи мо барои табобати авориз ва таъсири манфии муолиҷаи шуой санҷида шудаанд ва дар дармонгоҳҳои саратоншиносии Ҷумҳурии Тоҷикистон бомуваффақият истифода мешаванд.

Интиҳоби дурусти вариантҳои истифодаи муолиҷаи шуой дар речаи монотелегамматобат, табобати якҷоя ва маҷмӯӣ бо муайян кардани вояи мувофиқи афканишот, истифодаи усулҳои пешгирикунанда, ки мо пешниҳод кардаем, ҳолати беморонро ба таври назаррас сабук мекунад, пайдоиши аксуламалҳои номатлуби пасазнурфишонӣ ва осеббинии пӯстро пешгирӣ мекунад.

Мавқеи муолиҷаи паллиативии шуой аз он сабаб аҳаммияти калон дорад, ки он роҳи хеле самараноки рафъи аломатҳои номатлуби беморӣ мебошад. Муолиҷаи палиативии шуой дар речаи мустақил дар 157 бемор истифода карда шуд, дар аксар вақт (43,95 %) дар беморони дорои ҳолати умумии бештар нигоҳдошташуда ($n=69$). Ин беморон муолиҷаи думарҳилавиро (ВУМ – 60 Гр) бомуваффақият таҳаммул карданд ва беҳбуди ҳолати онҳо дар шакли коҳиши шиддати дард, қатъи хунравӣ ва хурд гардидани ҳаҷми худӣ омос ба мушоҳида расид. Зиёд кардани вояи умумӣ дар минтақаи осебдида

то 70 Гр дар 16 (27,38 %) бемор ҳамон натиҷаҳоеро дод, ки ҳангоми истифодаи муолиҷаи шуӣ дар речаи монотабобат ба даст оварда шуда буданд. Гуфтаҳои болоро ҷамъбаст карда, бояд қайд кард, ки муолиҷаи паллиативии шуӣ саратони пӯст бо речаи мустиқилона метавонад ҳолати вазнини беморонро сабук гардонад.

Истифодаи муолиҷаи паллиативии шуӣ дар якҷоягӣ бо поликимиятабобат ҳам дар речаи неoadювантӣ ва ҳам дар речаи адъювантӣ натиҷаҳои тасаллибахш дод. Аз 87 нафар бемор дар 32 (36,78 %) нафар табобати думарҳилавӣ (ВУМ – 60 Гр) гузаронида шудааст. Ин беморон, сарфи назар аз паҳншавии раванди омос, як андоза фаъолнокиро нигоҳ дошта, ба кумаки дигарон аз ҳисоби наздикон ва дӯстон ниёз надоштанд. Бо натиҷаҳои қаноатбахш, 24 (27,58 %) бемор дар речаи думарҳилавӣ (ВУМ – 70 Гр) муолиҷаи паллиативии шуӣ гирифтанд. Аз рӯи нишондодҳо, сеансҳои якдафъаинаи муолиҷаи паллиативии шуӣ (ВУМ – 8 Гр), инчунин курсҳои табобатии духафтаинаи 3 маротибагӣ дар як ҳафта (ВУМ – 30 Гр) гузаронида шуданд.

Масъалаи истифодаи табобати маҷмӯӣ барои беморони табобатнашаванда баҳснок боқӣ мемонад. Дар байни онҳо беморони гирифтори омосҳои хурде, ки дар устухонҳои скелет рӯидаанд ё осеби решадавонии омос дар узвҳои дуртар ҷойгирфта ($T_4N_{1-2-3}M_{0-1}$) буданд. Дар баробари ин, шуро (консилиум) зарурати табобати маҷмуиро бо истифода аз муолиҷаи паллиативии шуӣ муқаррар намуд, ки аз 283 бемор дар 39 (13,78 %) нафар истифода шудааст. Татбиқи табобати маҷмуии паллиативӣ ба ҳолати умумии 29 нафар бемор таъсири мусбат расонид ва пас аз даҳолати ҷарроҳӣ дард ва бўйе, ки дар натиҷаи васеъ паҳн шудани омос ба вучуд омада буданд, аз байн рафтанд. Бешубҳа, ин даҳолатҳо табиати радикалӣ надоштанд. Ҳамин тариқ, муолиҷаи паллиативии шуӣ марҳилаҳои кӯхнашудаи саратони пӯст метавонад бо вариантҳои гуногуни табобати зиддисаратонӣ амалӣ карда шавад. Интиҳоби усули муолиҷаи паллиативии шуӣ аз вазъи умумии беморон, марҳилаи раванди паҳншавии омос ва мавҷудият/набудани решадавонӣ вобаста аст. Айни замон ягон тадқиқоти тасодуфӣ оид ба телегамматабобати паллиативии саратони пӯст вучуд надорад, гарчанде ки барои ҳалли ин масъала кӯшишҳои зиёде карда шудааст. Истифодаи муолиҷаи паллиативии шуӣ саратони пӯст метавонад сифати зиндагии беморони гирифтори марҳилаҳои кӯхнашудаи ин бемориро беҳтар кунад.

Нишондиҳандаҳои зинда мондани беморони гирифтори саратони пӯст пас аз табобати якҷоя ва комплексӣ нишондиҳандаҳои асосии самаранокии табобат мебошанд. Сатҳи зинда мондани беморони саратони пӯст аз рӯи меъёрҳо – зинда мондани умумии яксола, 3-сола ва 5-сола ва сатҳи умумии зинда мондани беморони гирифтори марҳилаҳои $T_{1-2}N_0M_0$ саратони пӯст чунин муайян карда шуд: яксола – 81,6 %, 3-сола – 81,8 %, 5-сола – 73,9 %. Эҳтимол, чунин нишондиҳандаҳо, ки то андозае аз маълумоти адабиёт фарқ мекунад, ба синну соли беморони калонсол вобастаанд, ки онҳо низ метавонанд аз сабаби мавҷудияти бемориҳои соматикӣ бистарӣ шаванд.

Зиндамонии умумии яксолаи беморони гирифтори марҳилаҳои $T_{3-4}N_{0-1}M_{0-1}$ -и саратони пӯст, ки монотелегамматабобат гирифтаанд, 81,6 %, 3-сола – 63,3 % ва 5-сола – 48,3 %-ро ташкил додааст. Ҳамин тариқ, дар баробари афзоиш ёфтани паҳншавии раванди омос, коҳиши зиндамонии бемор ба таври равшан пайгирӣ карда мешавад.

Табобати якҷоя (ТГТ + ҷарроҳӣ; ТГТ + кимиятабобат), ки дар 148 бемори гирифтори марҳилаҳои $T_{3-4}N_{0-1}M_{0-1}$ саратони пӯст гузаронида шуд, натиҷаҳои зерини зинда монданро нишон дод: мутаносибан яксола – 80,8 ва 77,7 %, 3-сола – 72,1 ва 61,1 %, 5-сола – 55,8 ва 51,3 %.

Табобати маҷмуӣ ($n=182$) беморони гирифтори саратони пӯст сатҳи беҳтарини зинда монданро таъмин мекунад. Сатҳи зинда мондани умумии яксола дар бемороне, ки ТГТ+ҷарроҳӣ+ПКТ гирифтаанд, 93,5 %, зиндамонии 3-сола ба 79,5 % ва зиндамонии 5-сола 60,5 %-ро ташкил дод. Ҳамин меъёрҳои табобати маҷмӯӣ дар речаи ПКТ+ҷарроҳӣ+ТГТ мутаносибан иборат буд: яксола – 87,5 %, 3-сола – 77,1 % ва 5-сола – 62,5 % (ҷадвали 10).

Аз ин рӯ, таъсири маҷмӯй ба омосҳои пӯст бо истифода аз усулҳои технологияи баланд натиҷаҳои нисбатан рӯҳбаландкунанда ва нишондиҳандаҳои беҳтари сатҳи зиндамонӣ медиҳад.

Ҷадвали 10. Сатҳи зиндамонии умумии беморони саратони пӯст, ки телегамматерапияро дар вариантҳои гуногуни табobati зиддиомӯй вобаста аз марҳилаи беморӣ гирифтаанд

Методологияи истифодаи муолиҷаи шуои беморони гирифтори саратони пӯст	Зиндамонии умумӣ					
	1-сола		3-сола		5-сола	
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
Монотелегамматерапия(n=198):		91,4		72,56		66,16
T ₁₋₂ N ₀ M ₀ (n=138)	132	95,6	113	81,9	102	73,9
T ₃₋₄ N ₀₋₁₋₂₋₃ M ₀₋₁ (n=60)	49	81,6	38	63,3	29	48,3
Табobati якҷоя (T ₃₋₄ N ₀₋₁ M ₀₋₁)(n=140):		79,2		66,6		53,5
ТГТ + ҷарроҳӣ (n=68)	55	80,8	49	72,1	38	55,8
ТГТ + ПХТ(n=72)	56	77,7	44	61,1	37	51,3
Табobati маҷмӯӣ T ₃₋₄ N ₀₋₁₋₂₋₃ M ₀₋₁ (n=182):		91,2		78,3		61,8
АТГТ + ҷарроҳӣ + ПХТ (n=56)	52	92,9	44	78,5	35	62,5
Ҷарроҳӣ + ТГТ + ПХТ (n=78)	73	93,5	62	79,5	47	60,5
ПХТ + ҷарроҳӣ + ТГТ (n=48)	42	87,5	37	77,1	32	62,5

Ҳамин тариқ, зиёда аз 80 %-и беморони гирифтори саратони пӯст, ки муолиҷаи шуӣ гирифтаанд, сатҳи қаноатбахши сифати зиндагӣ доштанд, фаъолнок боқӣ монданд ва ба кумаки атрофиён ниёз надоштанд. Маълумоти дар боло овардашуда ба таври боварибахш нишон доданд, ки муолиҷаи шуӣ дар табobati ҳамаи марҳилаҳои саратони пӯст яке аз усулҳои пешбари таъсиррасонии зиддиомӯй ва таъмини ремиссияи дарозмуддати клиникаи беморӣ мебошад.

Мушкilotи гузаронидани муолиҷаи шуӣ дар беморони дарозумри гирифтори саратони пӯст. Саратони пӯст яке аз намудҳои маъмултарини навташкилаҳои бадзот (НБ) дар Тоҷикистон аст. Он, пеш аз ҳама, ба пиронсолон ва дарозумрон таъсир мерасонад (расми 11).

> 90 - сола	 Дарозумрон
75-90 - сола	 Кухансолон
60-74 - сола	 Пиронсолон
45-59 - сола	 Миёнсолон
18-44 - сола	 Ҷавонсолон

Расми 11. Тақсими калонсолон ба ғурӯҳҳои синнусолӣ, ТУТ

Дар бемороне, ки синнашон ба 90 расида ва аз ин ҳам калонтар аст, яъне дар одамони дарозумр таъхиси саратони пӯст маъмул нест. Мутаассифона, барои дарозумрон интиҳоби усулҳои табobati мувофиқ бо сабаби мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳ, ҳолати равонӣ-эмотсионалӣ ва аворизи пешбинишуда пас аз табobati махсуси

зиддиомосӣ, ки боиси пешрафти раванди омос ва ба таври назаррас паст шудани сифати ҳаёти беморон мегардад, душвориҳои махсусро ба бор меорад. Ҳангоми гузаронидани таҳқиқот мо таснифоти ТУТ-ро истифода бурдем, ки мувофиқи он дарозумрон одамони аз 90-сола болоро дар бар мегиранд.

Таҳқиқоти мазкур 32 (3,05 %) бемори аз 90-сола болоро дар бар гирифт, ки аз онҳо 21 (65,62 %) нафар мард ва 11 (34,38 %) нафар зан буданд. Бояд қайд кард, ки синну соли беморон аз лаҳзаи муроҷиати аввалини онҳо барои нигоҳубини махсус ба қайд гирифта шудааст. Баъзе беморон дар тӯли якчанд сол зери назорат буданд ва бо табобат фаро гирифта шуданд ва вобаста ба афзоиши омосҳо, такроршавӣ ва решадавонии онҳо усулҳои гуногуни табобатро аз сар гузарониданд.

Ҷойгиршавии саратони пӯсти беморони дарозумр гуногун буда, ба минтақаҳои гуногуни бадан осеб мерасонад.

Ҳамин тариқ, аз 32 бемори дарозумри гирифтори саратони пӯст дар 13 (40,63 %) бемор омос дар минтақаи сар ва гардан ҷойгир шудааст, ки аз онҳо дар 2 бемор (6,25 %) саратони дорои ҳуҷайраҳои ҳамвори қабаташон ғафс, дар 3 (9,37 %) бемор саратони дорои ҳуҷайраҳои ҳамвори шохшакл таххис карда шудааст. Дар 8 (25,0 %) бемор саратони дорои ҳуҷайраҳои базалӣ, ки дар минтақаи сар ва гардан ҷойгир шудаанд, ошкор карда шуд (Ҷадвали 11).

Муқаррар карда шуд, ки ҷойи дӯстдоштаи омосҳо аксар вақт пӯст будааст: омосҳо дар қисми мӯйдори пӯсти сар (дар 4 бемор), пилкҳои чашм (4 бемор), косачаи гӯш (2 бемор), бинӣ (1 бемор) ва пешонӣ (1 бемор) ҷойгир шудаанд.

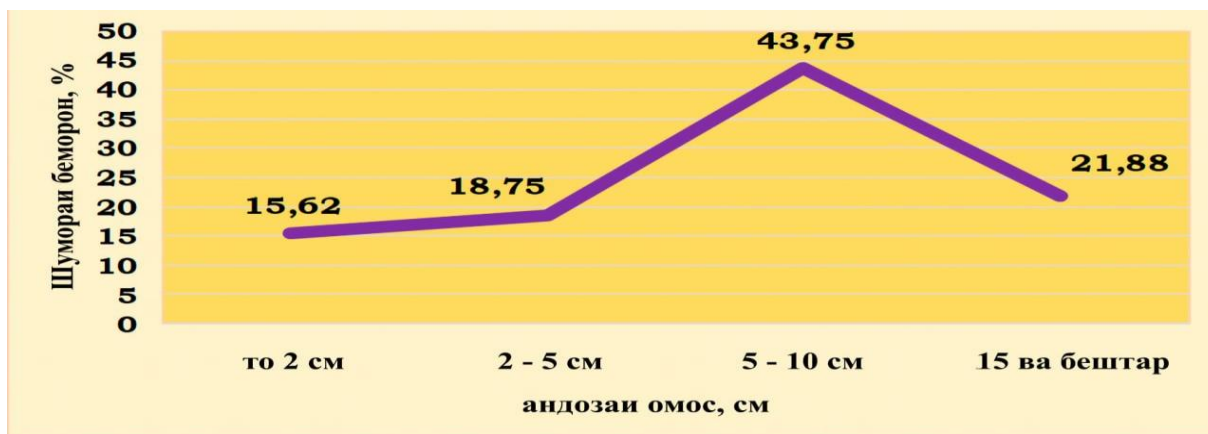
Дар 9 ҳолат (28,12 %) омосҳо дар қисми поёнии узвҳо ҷойгир шудаанд, ки дар 3-тои онҳо саратони дорои ҳуҷайраҳои ҳамвори қабаташон ғафс, дар 6 ҳолат (18,75 %) саратони дорои ҳуҷайраҳои базалӣ муайян карда шудааст.

Қисмати болоии дасту пойҳо камтар осеб дидаанд – дар 5 (15,63 %) ҳолат (дар 3 бемор – саратони дорои ҳуҷайраҳои базалӣ, дар 2 – саратони дорои ҳуҷайраҳои ҳамвор).

Ҷадвали 11. Ҷойгиршавии саратони пӯст дар беморони дарозумр вобаста ба сохтори гистологии омосҳо, мутл. (%) (n=32)

Маҳалли ҷойгиршавӣ	Сохтори гистологӣ			Ҳамагӣ, беморон
	Саратони дорои ҳуҷайраҳои ҳамвор		Саратони базалӣ [128]	
	қабаташ ғафс	ҳамвори шохшакл		
Сар ва гардан	2(6,25)	3 (9,37	8 (25,0)	13 (40,63)
Бадан	1 (3,13)	2 (6,25	2 (6,25)	5 (15,63
Қисмати болоии дасту пой	2 (6,25)	–	3 (9,37)	5 (15,63)
Қисмати поёнии дасту пой	3 (9,37)	–	6 (18,75)	9 (28,12)
Ҳамагӣ	8 (25,0)	5 (15,63)	19 (59,38)	32 (100)

Дар бадан саратони пӯст дар 5 ҳолат мушоҳида шудааст: дар 2 бемор – саратони дорои ҳуҷайраҳои ҳамвори қабаташон ғафс, дар 3 – саратони дорои ҳуҷайраҳои базалӣ. Дар 5 бемор (15,62 %) андозаи калонтарини омос 2 см, дар 6 нафар (18,75 %) аз 2 то 5 см, дар 14 нафар (43,75 %) аз 5 то 10 см, дар 7 нафар (21,88 %) 15 см ва бештар аз он буд (Расми 12).



Расми 12. Андозаи омосҳои пӯст дар беморони куҳансоли таҳқиқшуда (n=32)

Усули нави истифодаи муолиҷаи шуоии саратони пӯст дар беморони дарозумр (аз 90-сола боло) пешниҳод шудааст. Моҳияти ихтироъ аз он иборат аст, ки муолиҷаи шуоӣ дар вариантҳои гуногун бо роҳи тақсим кардани нақшаи табобат ба ду курс ва гузаронидани табобати пешгирикунандаи аворизи эҳтимолӣ ҳангоми танаффусҳо ба роҳ монда мешавад. Усул ба таври зерин сурат мегирад: дар аввал дар асоси таҳқиқоти клиникӣ ва морфологӣ ба беморони дарозумр таҳхиси саратони пӯст муқаррар карда мешавад.

Марҳилаи беморӣ мувофиқи таснифоти байналмилалӣ TNM ба таври мақсаднок ва дақиқ муайян мешавад.

Таъсири ҳадди аксари муолиҷаи шуоӣ тавассути тақсим кардани речаи табобат ба 3 марҳила ба даст меояд:

III. Тайёрии пешазшуоӣ. Барои беморони дарозумр табобат ба нақша гирифта мешавад – аломатгузори майдонҳои шуоъафканӣ бо истифода аз рангҳои махсус гузаронида мешавад.

IV. Муолиҷаи шуоии саратони пӯст дар давоми 10 рӯз гузаронида мешавад. Микдори ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 30 Гр бо истифода аз дастгоҳи ТЕРАГАМ (Чехия) мебошад.

Сипас, ба беморони дарозумр танаффус барои 12-18 рӯз дода мешавад, то ба марҳилаи навбатии муолиҷаи шуоӣ омода шаванд.

Бо тавсияи мутахассисон беморони дарозумр бодикқат аз таҳхис гузаронида шуданд. Баъзе беморон дар муассисаҳои ғайритахассусӣ чанд сол таҳти назорат ва табобат буданд, онҳо бинобар афзоиши омос, такрорёбӣ ва авориз табобатҳои гуногун гирифтаанд.

Сарфи назар аз синну соли калон, мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳ, имкониятҳои маҳдуди ҷисмонӣ беморони дарозумр ба усулҳои мувофиқи табобати махсус ниёз доранд. Синну соли аз 90-сола боло барои муолиҷаи зиддиомосӣ як ихтилофи мутлақ нест, баръакс, интиҳоби мувофиқи табобат сифати зиндагии беморонро ба таври назаррас беҳтар мекунад. Ҳангоми такроршавӣ ва аворизи саратони пӯст дар беморони дарозумр табобати яқоя ва маҷмуии зиддиомосиро пас аз арзёбии ҳамаҷонибаи ҳолати онҳо гузаронидан мумкин аст.

Хусусиятҳои муолиҷаи шуоии беморони гирифтори саратони пӯст дар шароити пандемияи COVID-19. Муайян карда шуд, ки беморони саратон бемории шадиди COVID-19 доштанд ва сатҳи ғавти онҳо баланд аст. Ҳамин тарик, Yu J., Ouyang ва ҳаммуаллифони дигар нишон доданд, ки дар маҷмуъ дар 1524 бемори гирифтори саратон хатари пайдоиши COVID-19 нисбат ба беморони аз байни аҳоли таҳқиқшаванда ду маротиба зиёдтар аст.

Муолиҷаи шуоии беморони гирифтори саратони пӯсти мубталои COVID-19. Дар давраи пандемияи COVID-19 дар солҳои 2019-2020 МД «МЧИС» ВТХИА ҚТ фаъолияти

худро дар доираи дастуру қонунҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон бо дарназардошти таҷрибаи табобати беморони саратон дар ҳамкорӣ бо ҳамтоёни хориҷӣ ва хусусиятҳои минтақавӣ идома дод.

Мо таҷрибаи табобати 32 бемори гирифтори саратони пӯстро дорем, ки дар давраи пандемияи COVID-19 муолиҷаи шуӣ гирифтаанд. Азбаски аз 32 нафар бемор 8 нафарашон аз сабаби шадидии COVID-19 табобатро анҷом дода натавонистанд, маълумоти танҳо 24 бемор таҳлил карда шуд.

Зикр намудан лозим аст, ки бо тавсияи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон тамоми кормандони маркази илмӣ эм карда шуданд. Табибони шуъбаи табобати шуӣи МД «МҚИС» ВТХИА ҚТ (5 нафар) COVID-19-ро бидуни мушкилӣ мубтало карданд. Бемороне, ки бори аввал ба дармонгоҳи Марказ мурочиат мекарданд, низ тибқи қадвал, муташаққилона ваксина мегирифтанд. Илова бар ин, ҳар як бемор бояд аз санҷиши COVID-19 мегузашт. Дар ҳолати зарурӣ, беморро танҳо як нафар бо пешниҳоди натиҷаи санҷиши COVID-19 ҳамроҳӣ карда метавонист ва на бештар аз он. Тақсимои беморон аз рӯи ҷинс ва синну сол дар қадвали 12 оварда шудааст.

Дар гурӯҳи тадқиқотӣ беморони то 40-сола ва аз 70-сола боло набуданд. 7 нафар (29,16 %) бемори синни 40-50-сола; 12 (50,0 %) бемори синнашон 51-60-сола; 5 нафар (20,84 %) бемори синни 61-70-сола буданд. Аз онҳо 9 нафарашон мардон (37,52 %) ва 15 нафарро занон (62,5 %) ташкил медоданд.

Беморони мубталои COVID-19 дар бадан мавқеи гуногуни ҷойгиршавии нафташкिलाҳои бадсифати пӯст доштанд.

Қадвали 12. Тақсимои беморони саратони пӯст аз рӯи ҷинс ва синну сол (n=24)

Синну соли бемор, сол	Мардҳо		Занон		Ҷамағӣ, беморон	
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
40-50	4	29,16	3	12,5	7	29,16
51-60	3	12,5	9	37,52	12	50,0
61-70	2	8,33	3	12,5	5	20,84
Ҷамағӣ	9	37,52	15	62,5	24	100,00

Ҷамон тавре ки дар шумораи умумии беморони таҳқиқшуда ба назар расида буд, дар беморони мубталои бемории COVID-19 низ ба осеби бештари саратони пӯст минтақаи сар ва гардан – 54,16%, ба таври камтар қисмати болоии дасту пойҳо – 25,0%, бадан – 12,5%, қисмати поёнии дасту пойҳо – 8,33% гирифтор шуда буданд (қадвали 13).

Қадвали 13. Тақсимои беморони саратони пӯст аз рӯи сохтори морфологӣ ва мавқеи ҷойгиршавии омосҳо (n=24)

Маҳалли ҷойгиршавии омосҳо	Сохтори гистологӣ						Ҷамагӣ, беморон	
	Саратони дорои хучайраҳои ҳамвор				Саратони дорои хучайраҳои базалӣ			
	қабаташ ғафс		шоҳшакл					
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
Сар ва гардан	8	33,33	0	0	5	20,84	13	54,16
Бадан	0	0	1	4,17	2	8,33	3	12,5
Қисмати болоии дасту пой	4	16,7	2	8,33	0	0	6	25,0
Қисмати поёнии дасту пой	2	8,33	0	0	0	0	2	8,33
ҶАМАГӢ	14	58,33	3	12,5	7	29,17	24	100,0

Ҳангоми таҳлили мансубияти морфологии саратони пӯст муқаррар гардид, ки зиёда аз нисфи беморон гирифтори саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвори қабаташон ғафс (58,3 % ҳолат), дорои ҳучайраҳои базалий (29,17 %) ва саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвори шохшакл (12,5 %) мебошанд.

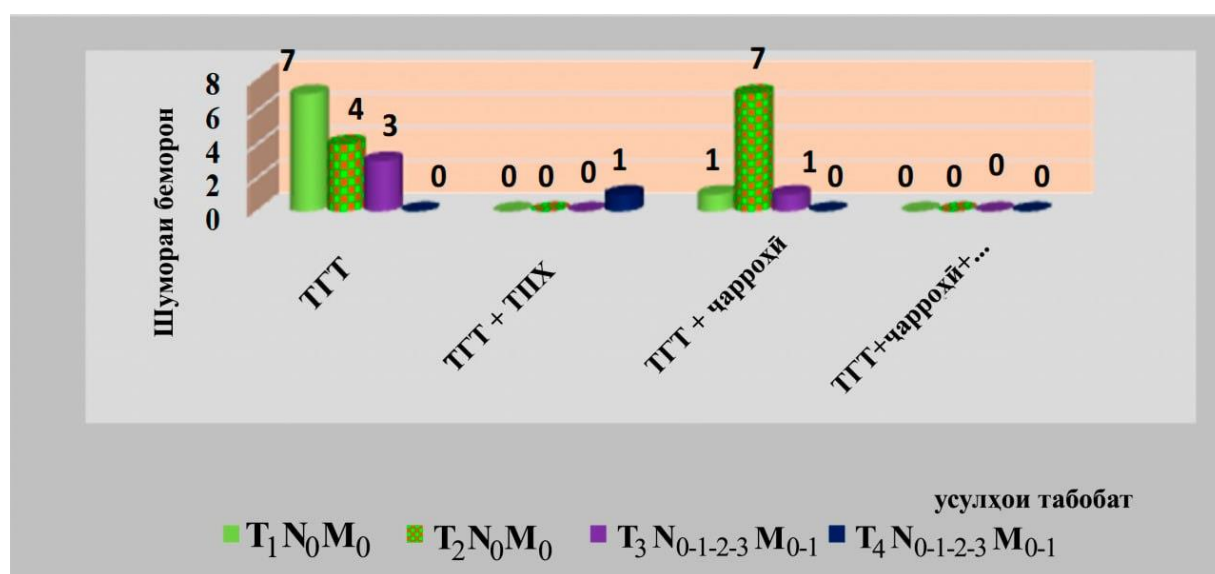
Ҳамин тариқ, дар 70,83 %-и беморони саратони пӯсти мубталои COVID-19 таъхиси «Саратони пӯсти дорои ҳучайраҳои ҳамвор» гузошта шудааст.

Бо мақсади муайян кардани меъёрҳои таснифоти омосҳои бадсифат аз рӯи TNM мо андозаи омосҳоро вобаста ба андозаи калонтарини онҳо муайян кардем. Муайян гардид, ки дар 15 (62,5 %) бемор андозаи омос аз 2 см зиёд набуд, дар 8 нафар (33,33 %) аз 2 то 5 см, дар як бемор андозаи омос ба 10 см мерасад..

Бо дарназардошти вазъи душвори эпидемиологӣ ва бо сабаби маҳдудияти пешниҳоди бисёр намудҳои ёрии махсуси саратоншиносӣ мо натавонистем ба беморон дар ҳаҷми пурраи протокол табобати омехта ва маҷмӯӣ расонем. Дар расми 24 усулҳои табобате, ки мо тавонистем онҳоро дар беморони таҳқиқшудаи гирифтори саратони пӯсти мубталои COVID-19 пурра амалӣ созем, пешниҳод карда мешавад.

Мутобиқи тавсияҳои муассисаҳои пешбари саратоншиносии давлатҳои ИДМ ва хориҷи дуд мо методикаи нисбатан мулоимтари интиқоли муолиҷаи шуиро барои муолиҷаи бемории саратони пӯст интихоб кардем. Барои беморони гирифтори COVID-19 муолиҷаи шуӣ бо табобати ҳамрадиф ҷиҳати пешгирии мушкилиҳо, аз ҷумла паталогияҳои дилу рағ, шуш ва дигар узвҳои интихоб карда шуд (расми 13).

Ҷузъи муҳимми муолиҷа табобати иммуностимуляторӣ бо доруи дар ватан истеҳсолшудаи Тимотсин буд.



Расми 13. Усулҳои табобати беморони саратони пӯсти мубталои COVID-19 ҳангоми гузаронидани сеансҳои муолиҷаи шуӣ, мутл. (n=24)

Бо дарназардошти махсусиятҳои чараёни клиникӣ саратони пӯсти дар маҳалҳои гуногун ҷойгирфта ва хусусиятҳои физикӣ муолиҷаи шуӣ беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуд:

1. Беморони гирифтори саратони пӯст бо ҷойгиршавии омос дар минтақаи сар ва гардан (n=13);
2. Беморони гирифтори саратони пӯст бо ҷойгиршавии омос дар минтақаи бадан ва узвҳои поёни (n=11).

Дар ҷадвали 14 методологияи муолиҷаи шуӣ саратони пӯст бо мавқеи ҷойгиршавии омосҳо дар минтақаи сар ва гардан оварда шудааст.

Чадвали 14. Методологияи муолиҷаи шуоии саратони пӯст бо мавқеи ҷойгиршавии омосҳо дар минтақаи сар ва гардан (n=13)

Муолиҷаи шуӣ дар таҷҳизоти ТЕРАГАМ, Чехия	Рӯзҳои гирифтани муолиҷаи шуӣ										Вояи умумии мавқеи (ВУМ)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ВЯМ дар минтақаи зарардидаи пӯст, Гр	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
ВУМ дар минтақаи зарардидаи пӯст, Гр	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	30

Ҳангоми ба беморон таъин кардани ҷунин сеансҳои муолиҷаи шуӣ, хусусиятҳои анатомӣ ва физиологияи пӯсти минтақаи сар ва гардан ба инобат гирифта шудааст. Пӯсти лабҳо, пилкҳо ва бинӣ ба муолиҷаи шуӣ ҳассосияти махсус доранд. Шумораи мурочиати беморон ба клиника 30 % ва вояи умумии мавқеи табобат 10-20 Гр кам карда шуда, дар ин маврид самаранокии табобат нигоҳ дошта шуд.

Методологияи дигари гузаронидани муолиҷаи шуӣ дар беморони гирифтори саратони пӯст бо ҷойгиршавии омос дар минтақаи бадан ва узвҳои поёни таҳия карда шуд (ҷадвали 15).

Чадвали 15. Методологияи гузаронидани муолиҷаи шуӣ дар беморони саратони пӯст бо ҷойгиршавии омосҳо дар минтақаи бадан ва қисмати поёни дар шароити пандемияи COVID-19 (n=11)

Муолиҷаи шуӣ дар таҷҳизоти ТЕРАГАМ, Чехия	Рӯзҳои гирифтани муолиҷаи шуӣ										ВУМ
	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	
ВЯМ дар минтақаи зарардидаи пӯст, Гр	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50
ВУМ дар минтақаи зарардидаи пӯст, Гр	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	30

Ҳамин тариқ, муолиҷаи шуоии саратони пӯст дар беморони ин гурӯҳ на ҳамагӯза, балки рӯз дар миён (як рӯз пас) гузаронида шуда, шумораи мурочиати беморон ба дармонгоҳ 50 % кам шудааст. Илова бар ин, кам шудани миқдори умумии фокусии радиатсионӣ ба варамҳои пӯст ба иммунитетии бадани беморон оварда нарасонд, ки ин дар шароити пандемияи COVID-19 ниҳоят муҳим аст.

Баъдан, ба саволи замони пайдоиши COVID-19 ҳангоми муолиҷаи шуӣ таваҷҷуҳ зоҳир карда шуд. Маълум аст, ки ҳангоми табобати махсуси бемориҳои саратонӣ беморон гирифтори иммунодепрессия (яъне, коҳиши шадиди муҳофизати бадан аз сироятҳо) мегарданд ва нишондиҳандаҳои иммунитетии Т ва В-ҳуҷайраҳо муваққатан паस्त мешаванд.

Тавре ки дида мешавад, дар 3 нафар бемор дар натиҷаи таҳлили РЗП (Реаксияи занҷири полимераза) пас аз 3 сеанси муолиҷаи шуӣ, дар рӯзҳои 7-8-уми саршавии он сироят ошкор шудааст; дар 8 бемор (33,3 %) пас аз сеанси 5-ум, дар 9 бемор (37,5 %) пас аз сеанси 7-ум, дар 4 бемор (16,6 %) то ба охир расидани курси муолиҷаи шуӣ.

Эҳтимол меравад, ки дар ҳамаи муолиҷаи шуӣ дар беморон низ заминаи рушди бемориҳои сироятӣ, бахусус, COVID-19 ба вучуд ояд. Вақти пайдоиши нишонаҳои COVID-19 дар беморони мо дар ҷадвали 16 оварда шудааст.

Бояд махсус таъкид кард, ки ҳамзамон пас аз машварат бо табибони дармонгоҳҳо, ки барои мониторинги COVID-19 масъуланд, мубориза бо сироят оғоз карда шуд (ҷадвали 16).

Чадвали 16. Вақти пайдоиши сирояти COVID-19 дар беморони саратони пӯст Ҳангоми муолиҷаи шуӣ, мутл./% (n=24)

Муҳлати тасдиқи COVID-19, рӯзҳо аз оғози муолиҷаи шуӣ	РЗП		Курси клиникӣ			Табо- бати COVID - 19
	Шумораи беморон	РЗП	Сабуқ	Ваз- нини миёна	Ваз- нин	
Баъди сеанси 3, 7-8 шабонарӯз	3/12,5	++	+/3	-	-	+
Баъди сеанси 5, 10-12 шабонарӯз	8/33,3	++	+/8	-	-	+
Баъди сеанси 7, 15-16 шабонарӯз	9/37,5	++	+/7	+/2	-	+
Дар охири табобат, 20-25 шабонарӯз	4/16,6	++	+/2	+/1	+/1	+

Барқароркунӣ бо машварати мутахассисони дахлдор тавассути телефон бо истифода аз имкониятҳои телемедицина таъин карда шуд.

Таботати доругии COVID-19 Ҳангоми табобати шуӣ аз табобати муқаррарӣ тафовут надошт ва нишондиҳандаҳои зеринро дар бар мегирифт (ҷадвали 17).

Чадвали 17. Таботати беморони гирифтори саратони пӯсти бо COVID-19 сироятшуда, ки муолиҷаи шуӣ мегиранд.

Доруҳои муолиҷавӣ	Рӯзҳои табобати КОВИД -19											Барқароркунӣ, машварати мутахассисон, реаксияи занҷири полимераз (РЗП)-и тақрорӣ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Эниксим 2000 – 0,2 шприте п/к	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	
Азитромитсин, ҳаб, 500 мг дар шабонарӯз	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	
Триазеверин 500, 1 ҳаб х 3 мар./рӯз	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	
Ибуклин 400,0 хока	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	
Паритет 10 мг, 1 ҳаб. х 2 мар./рӯз	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	
Флорак, 1 капс./рӯз	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	
АСС-600	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	
Vit. C – 500 1 ҳаб. х 2 мар./рӯз	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	

Дар зер намунаи клиникӣ табобати бомуваффақияти марҳилаи T₃N₀M₀ саратони пӯст оварда шудааст. Ба бемор дар заминаи COVID-19 муолиҷаи шуӣ гузаронида шуд. Маълумоти мусбӣ РЗП пас аз сеанси 4-уми муолиҷаи шуӣ гирифта шуд. Ҳолати бемор имкон дод, ки табобатро идома дода, ҳамзамон табобати зидди COVID-19 таъин кунанд (расми 14,15).

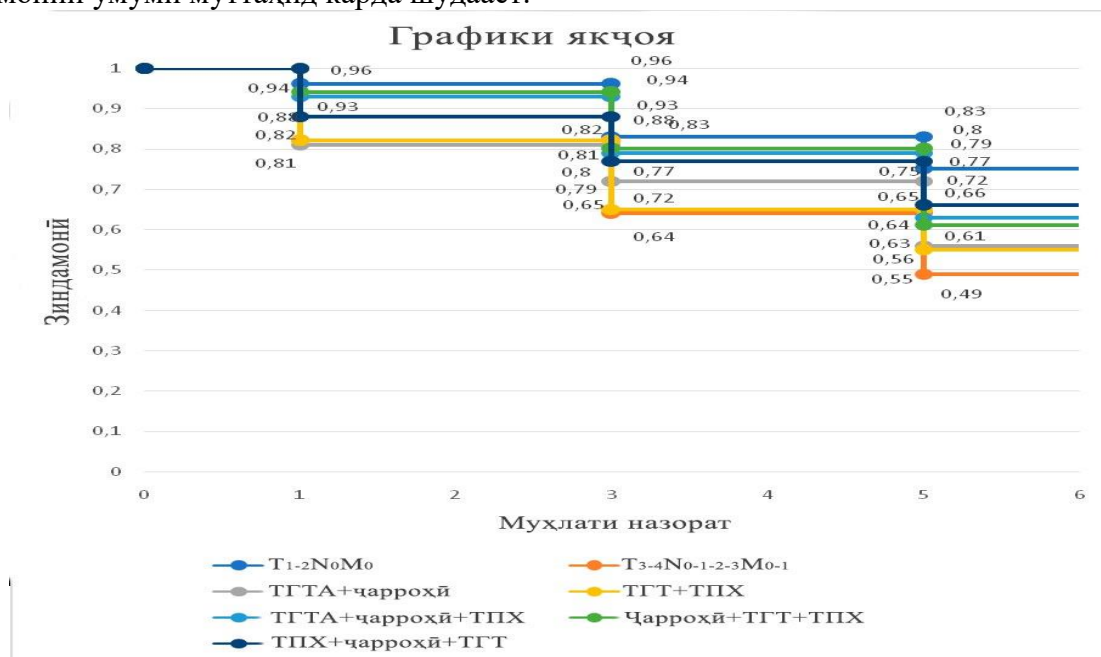


Расми 14. Бемор М.А., 74 сола.. Вазъият пеш аз оғози радиотерапия. Андозаи максималии варам 5 см. Рушди экзофитӣ.



Расми 15. Бемор М.А. Муоинаи такрорӣ пас аз 8 моҳ. Догҳои ҷароҳат пас аз терапияи радиатсионӣ то 1,5 см мерасад ва бе аломат аст. Ҳеҷ далеле дар бораи паҳншавии варам вуҷуд надорад.

Бояд қайд кард, ки ба андешаи радиологҳои пешбар, табобати омехта ва маҷмуиро бояд дар як муассисаи тиббӣ ба нақша гирифташуда, гузаронидан лозим аст, зеро фосилаи байни ҷузъҳои табобат, вайрон кардани реча ва пайдарҳамии муолиҷаи шуӣ метавонад ба самаранокии тадбирҳои табобати зиддисаратони пӯст таъсир расонад. Тавре ки аз маълумоти пешниҳодшуда маълум мешавад, зинда мондани умумии беморон на танҳо аз марҳилаи беморӣ, балки аз пай дар пайии табобати зидди саратонӣ, ки табобати шуӣ ҷузъи калидии онҳост, вобаста аст. Дар расми 16, барои муқоисаи нисбатан аёнии самаранокии мо сатҳи умумии зиндамони муттаҳид кардаем, то муқоисаи дақиқи самаранокии ТГТ вобаста ба усулҳои табобат нишондиҳандаҳои зиндамони умумӣ муттаҳид карда шудааст.



Расми 16. Сатҳи умумии зиндамони 5-солаи беморони саратони пӯст вобаста ба имконоти истифодаи ТГТ дар речаи монотерапия, омехта ва табобати маҷмӯӣ

Маълумоти расми 16 ба таври бовари бахш аз он шаҳодат медиҳад, ки нишондиҳандаҳои сатҳи зинда мондани яксола, се ва панҷсола ҳангоми истифодаи танҳо ТГТ дар марҳилаҳои ибтидоии беморӣ мутаносибан ба 91,4 %, 72,56 % ва 66,1 % мерасад. Барои бисёре аз беморон, он як варианти табobati радикалӣ ва алтернати ва ба ҷарроҳӣ буд. Дар беморони гирифтори бемории марҳалаҳои пешрафта, бо истифодаи ТГТ ҳамчун як қисми барномаи маҷмӯӣ дар усулҳои гуногун натиҷаҳои рӯҳбаландкунанда ба даст оварда шуданд; сатҳи зиндамонӣ дар ин беморон мутаносибан 91,2 %, 78,3 % ва 61,8 % буд. Натиҷаҳои шабеҳи табobati саратони пӯст бо истифода аз монотелотерапия дар марҳилаҳои аввал ва табobati маҷмӯӣ дар марҳилаҳои интишорёфтаи саратони пӯст омӯзиши минбаъдaro бо истифода аз маводди клиникӣ талаб мекунанд.

Ба андешаи мо, ин ба таъсири системавии ҷузъҳои табobati маҷмӯӣ ҳам ба омосҳои ибтидоӣ ва ҳам метастазҳои саратони пӯст вобастааст. Монотелотерапия ба осеби омоси пӯст таъсири маҳаллӣ дорад.

Дараҷаи ба таври назаррас пасти зиндамонӣ ҳангоми табobati якҷоя, аз ҷумла ТГТ: мутаносибан 79,2 %, 66,6 % ва 53,5 % мушоҳида шуд. Ин метавонад сабаби мавҷудияти омилҳои номусоиди пешгӯӣ, аз қабili синнусол, морфологияи варамҳо, интиҳоби нодурусти доруҳои зидди варам ва риоя накардани речаи телегамматерапия бошад.

ХУЛОСАҲО

1. Муайян карда шудааст, ки истифодаи муолиҷаи шуӣ дар марҳилаҳои бармаҳали саратони пӯст дар дар речаи мустақил метавонад хусусияти радикалӣ дошта бошад, зеро он дар 92-98 %-и ҳолатҳо табobati пурраи беморонро таъмин мекунад. Дар баробари ин, зинда мондани 5-солаи беморон ба $91,2 \pm 8,4$ % мерасад [1-М, 11-М, 20-М, 22-М, 26-М]. Табobati марҳилаи баъдии ($T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$) саратони пӯст истифодаи усулҳои якҷоя ва маҷмуиро талаб мекунад, дар ҳоле ки муолиҷаи шуӣ метавонад дар речаҳои гуногун истифода шавад ва ҷузъи асосии табobati махсус бошад [4-М, 6-М, 7-М, 12-М, 17-М, 39-М].

2. Усули муолиҷаи таҳияшуда барои беморони дарозумр яке аз равишҳои самарабахш буда, дар 79%-и ҳолатҳо натиҷаи қаноатбахш медиҳад. Синну соли аз 90-солагӣ барои табobati зиддиомосии саратони пӯст монеаи мутлақ нест, баръакс, интиҳоби дурусти он сифати зиндагии ин категорияи махсуси беморонро беҳтар мекунад [2-М, 21-М, 23-М, 28-М, 30-М, 31-М, 36-М].

3. Табobati саратони пӯст дар заминаи пандемия баҳсбарангез боқӣ мемонад. Ҳангоми муолиҷаи шуӣ эҳтимолияти сирояти беморон ва кормандонро ба таври қатъӣ кам кардан лозим аст. Методология бояд ба гузаронидани муолиҷаи якҷояи нарм бо истифодаи ҳамзамони табobati зиддивирусии таҳияшуда ва барқарорсозии беморон нигаронида шавад [8-М, 27-М, 29-М, 38-М].

4. Аворизи бармаҳали табobati омехта ва маҷмӯӣ муваққатӣ буда, дар давоми 12-15 рӯз пас аз оғози табobat аз байн мераванд. Усулҳои таҳияшудаи табobati таъсири манфии муолиҷаи шуӣ бо истифода аз Колетекс вариантҳои самараноки пешгирӣ ва табobati аворизи муолиҷаи шуӣ мебошанд [15-М, 18-М, 24-М, 33-М, 34-М, 37-М].

5. Зиёда аз 28 % беморони саратони пӯст пас аз ташрифи аввалини онҳо аз нигоҳубини махсусгардонидашудаи табobati паллиативӣ мегузаранд. Аксар вақт, дар 17,5% ҳолатҳо, пас аз гузаронидани табobati зиддиомосӣ, бинобар инкишофи такроршавиҳо ва пайдоиши аворизи беморӣ, беморон ба табobati симптоматикӣ ниёздоранд. Илова бар ин, 53,8%-и беморон беҳбудии субъективӣ ва 24,5 %-и беморон беҳбудии объективии вазъи худро нишон медиҳанд, ки ба сифати ҳаёт ва вазъи иҷтимоии беморон таъсири мусбӣ мерасонад [3-М, 5-М, 9-М, 10-М, 14-М, 19-М].

6. Нишондиҳандаҳои зиндамонӣ ва сифати зиндагии беморони саратони пӯст пас аз табобат меъёрҳои асосии самаранокии табобат мебошанд. Зиндагии 5-солаи бетақроршавии бемории беморони гирифтори марҳилаи бармаҳали $T_{1-2}N_0M_0$ саратони пӯст ба 92,1 % ва дар марҳилаҳои баъдии $T_{3-4}N_{0-1-2}M_{0-1}$ саратони пӯст – 73,4 % мерасад [13-М, 25-М, 32-М, 35-М].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Ба беморони гирифтори саратон, ки дар пӯсти тағйирнаёфта инкишоф ёфтааст, пас аз муқаррар кардани марҳилаҳои бармаҳалли $T_{1-2}N_0M_0$, бояд аз рӯи барномаи радикалӣ, ки таъсири регрессияи пурраи омосҳоро медиҳад, моногамматобобат пешниҳод карда шавад. Ба беморони гирифтори саратони пӯст, ки дар ҷойи ҷароҳатҳо инкишоф ёфтаанд, тавсия дода мешавад, ки табобати якҷоя ё маҷмуиро бо истифодаи муолиҷаи шуӣ ва дар марҳилаҳои бармаҳалли беморӣ гузаронанд.

2. Ба назар гирифтани лозим аст, ки марҳилаҳои баъдии ($T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$) беморони гирифтори саратони пӯст табобати якҷоя ё комплексиро талаб мекунанд. Дар ин ҳолат, муолиҷаи шуӣ ҷузъи ҷудонашавандаи речаҳои неоадювант ва адъюванти табобати банақшагирифташудаи кимиётабобатӣ ё ҷарроҳӣ мебошад.

3. Усули муолиҷаи шуӣи беморони дарозумр бояд табиати нарм дошта бошад ва пас аз омодагии бодикқати беморон ва банақшагирии вояи таъсиркунанда ба омос татбиқ карда шавад. Усули таҳияшудаи табобати ин гуна беморон самаранок буда, ҳангоми гирифтани муолиҷаи шуӣ ва баъд аз он аворизро ба вучуд намеорад.

4. Тавсия дода мешавад, ки табобати якҷояи беморони гирифтори саратони пӯсти мубталои COVID-19 дар давраи пандемия бо риояи қатъии талаботи карантин бо табобати ҳатмии ҳамзамони зиддиковидӣ гузаронида шавад.

5. Пешгирии аворизи пасазшуӣ дар беморони гирифтори саратони пӯст ин банақшагирии дақиқ ва дурусти телегамматобобат бо истифода аз таҷҳизоти муҳофизатӣ дар минтақаҳои солими пӯст мебошад. Барои пешгирии таъсири номатлуб ва аворизи муолиҷаи шуӣ тавсия дода мешавад, ки мувофиқи усулҳои таҳияшуда доруи Хитинидазол, салфеткаи «Колетекс АДН» ва «Колетекс с 5-ФТУР» истифода бурда шаванд.

6. Барои баланд бардоштани сифати зиндагии марҳилаҳои куҳнашудаи беморони гирифтори саратони пӯст табобати паллиативӣ бо дарназардошти шиддатнокии синдроми дард ва аворизи дигаре, ки бо рушди тақроршавӣ ва решадавонии омос алоқаманданд, тавсия дода мешавад. Таҳсилоти иловагии касбӣ на танҳо барои саратоншиносон ва радиологҳо, балки барои ҳамаи мутахассисоне, ки бо ин категорияи беморон робита доранд, зарур аст.

РҶҶҲАТИ АДАБИЁТ

1. Байкалова, О.И. Возможности лечения плоскоклеточного рака кожи с применением криогенных технологий [Текст]: дисс. канд. мед. наук: 3.1.3-Онкология, лучевая терапия /О.И. Байкалова; науч. рук. д.м.н., проф. А.М. Беляев. СПб., 2021. 153 с.
2. Базаров, Н.И. Диагностика и оценка эффективности лечения опухолей челюстно-лицевой области [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. / Н.И. Базаров. Киев, 1990. 23 с.
3. Базаров, Н.И. Злокачественные новообразования челюстно-лицевой области (Клиника, диагностика, лечение, прогноз) [Текст]: автореф. дисс. д-ра. мед. наук. / Н.И. Базаров; научн. конс. Д.З. Зикириёхоцаев; «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Душанбе, 1997. 42 с.
4. Баротов, З.З. Особенности клинического течения, диагностика и пути оптимизации лечения базальноклеточного рака кожи головы и шеи [Текст]: дисс. к.м.н. / З.З. Баротов; научн. руков. Ҷ.Р. Сангинов, П.Т. Зоиров; «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Душанбе, 2009. 186 с.
5. Бахиров, Д.Н. Предраковые заболевания кожи (клиническое течение, частота малигнизации, вопросы терапии) [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. / Д.Н. Бахиров; научн. руков. Д.З. Зикириёхоцаев; «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Душанбе, 2004. 24 с.
6. Вавринчук, А.С. Рак кожи: факторы риска, эпидемиология в России и в мире [Текст] / А.С. Вавринчук, А.Ю. Марочко // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6. <https://s.science-education.ru/pdf/2015/6/183.pdf>.
7. Влияние пандемии COVID-19 на онкологическую практику [Текст] / А.Д. Каприн, Е.В. Гамеева, А.А. Поляков [и др.] // Сибирский онкологический журнал. 2020. Т. 19. № 3. С. 5-22.
8. Гончарова, З.А. Поздняя постлучевая миелопатия: механизмы возникновения демиелинизации, сложности диагностики [Текст]/ З.А. Гончарова, Ю.Ю. Погребнов, Н.М. Ярош // Практическая медицина. 2017. Т.1, № 1(102). С.173-176.
9. Громов, Г.Б. Рак кожи у детей [Текст]: автореф. дис. д-ра мед. наук / Г.Б. Громов; научн. конс. Д.З. Зикириёхоцаев. М., 2001. 42 с.
10. Дарялова, С.Л. Современные возможности лучевой терапии злокачественных опухолей [Текст] / С.Л. Дарялова, А.В. Бойко, А.В. Черниченко // Российский онкологический журнал. 2000. № 1. С.48-55.
11. Довбня, А.Н. Нейтроны против рака [Текст] / А.Н. Довбня, Э.Л. Купленников, С.С. Кандибей // Физика элементарных частиц и атомного ядра. 2014. Т. 45, Вып. 5-6. С. 1750-1786.
12. Заболеваемость раком в условиях среднегорья и высокогорья Республики Таджикистан [Текст] / Л.М. Рустамова, П.К. Курбонбекова, Д. Худоёрова, [ва диг.] // Ниғадории тандурустии Тоҷикистон. 2021. № 4. С. 64-70.
13. Зикириёхоцаев, Д.З. Оид ба масъалаи Барномаи миллии пешгирӣ, таъхис ва табобати бемориҳои саратонӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон [Текст] / Д.З. Зикириёхоцаев, Ҷ.Р. Сангинов // Ниғадории тандурустии Тоҷикистон. 2000. № 2. С. 24-25.
14. Зуенкова, Ю.А. Анализ и модели расчета потребности в рентгенотерапевтическом оборудовании для Республики Таджикистан [Текст] / Ю.А.Зуенкова // Ниғадории тандурустии Тоҷикистон. 2023. № 3 (358). С. 34-39.
15. Иммунотерапия в комбинации с лучевой терапией при лечении пациентов с плоскоклеточным раком кожи [Текст] / Д.А. Кравчук, О.П. Трофимова, К.Ю. Иванилов [ва диг.] // Эффективная фармакотерапия. 2022. Т. 18 (17). С. 40-46.
16. Лечение больных с местно-распространенными рецидивами рака кожи лица криолучевым методом [Текст] / И.Н. Пустынский, Т.Д. Таболинская, С.И. Ткачев [ва диг.] // Сибирский онкологический журнал. 2017. Т. 16, № 6. С. 67-72.

17. Лисин, В.А. Способ оценки радиотерапевтического интервала в лучевой терапии злокачественных новообразований с учетом режима фракционирования дозы [Текст] / В.А. Лисин // Сибирский онкологический журнал. 2016. Т. 15, № 3. С. 5-11.
18. Назаров, Ш.О. Особенности эпидемиологии, клиники, диагностики и лечения рака кожи век в Республике Таджикистан [Текст] / Ш.О. Назаров, Ч.Р. Сангинов, Л.Ш. Махмудова // Симурғ. 2022. № 13 (1). С. 58-64.
19. Нишонов, Д.К. Возможности восстановительных операции при лечении опухолей кожи и мягких тканей у детей [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. / Д.К. Нишонов; научн. руков. Д.З. Зикирхоҷаев; ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе, 2000. 21 с.
20. Орифов, Б.М. Рак кожи, развившийся на рубцах [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. Душанбе, 2016. 21 с.
21. Пинхасов, Д.М. Первичные кожно-пластические операции при раке кожи [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. / Д.М. Пинхасов. Баку, 1970. 25 с.
22. Поляков, А.П. Современная стратегия диагностики и лечения плоскоклеточного рака кожи [Текст]/ А.П. Поляков, А.Р. Говорков, А.А. Степанова. // Опухоли головы и шеи. 2021. Т. 11, № 1. С. 51-72.
23. Профилактика лучевых осложнений при проведении близкофокусной рентгенотерапии при раке кожи и губы [Текст] / Л.И. Галченко, Н.А. Москвина, П.П. Пстыга [ва диг.] // Медицина и высокие технологии. 2021. № 1. С. 5-11. DOI: 10.34219/2306-3645-2021-11-1-7-13
24. Пустынский, И.Н. Криохирургическое и криолучевое лечение больных раком кожи свода черепа [Текст]/ И.Н. Пустынский, С.И. Ткачёв, Т.Д. Таболиновская [ва диг.] //Опухоли головы и шеи. 2015. Т. 5. С. 24 - 30.
25. Ратнер, Л.М. Рак и рубцы [Текст]/ Л.М. Ратнер// Проблемы онкологии. (Свердловск). 1998. № 10. С. 19- 63.
26. Сангинов, Ч.Р. Некоторые аспекты диагностики и лечения меланомы кожи в Республике Таджикистан [Текст]/Ч.Р. Сангинов, З.Х. Хусейнзода, И.Н. Хусейнов, Ф.Х. Райхонов, И.К. Ниёзов, А.Ж. Жылкайдарова // Онкология и радиология Казахстана. – 2020. Т. 56 (2). С.16-21.
27. Сангинов, Ч.Р. Рак кожи в Таджикистане [Текст]: автореф. дис. д-ра. мед. наук. / Ч.Р. Сангинов. Душанбе, 2002. 43 с.
28. Сергеев, И.Е. Методы прогнозирования эффективности лучевого и комплексного лечения онкологических больных и оценки индивидуальной радиочувствительности [Текст]: автореф. дисс. д-ра мед. наук / И.Е. Сергеев. – М., 2005. 35 с.
29. Состояние онкологической помощи населению Республики Таджикистан и перспективы ее развития [Текст] / Д.З. Тиллохоҷаев [ва диг.] // Маводи съезди III чарроҳони ҚТ. Душанбе. 2000. С. 18-19.
30. Состояние онкологической помощи населению Республики Узбекистан в 2022 году [Текст]/ Под ред. М.Н. Тиллошайхова, Ш.Н. Ибрагимова, С.М. Джанклич. Ташкент: «Халк», 2023. 184 с.
31. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году [Текст]/ Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой – М. МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. 262 с.
32. Способ профилактики и лечения осложнений при лучевой терапии рака кожи [Текст]: пат. Опубликовано: 10.06.2016, Бюл. № 6 /П.Ю. Поляков, Н.Д. Олтаржевская, М.А. Коровина, О.А. Быченков.
33. Ҳабибулаев, Ш.З. Реконструктивно-восстановительные операции при местно-распространённом раке органов головы и шеи [Текст]: автореф. дисс д-ра. мед. наук. / Ш.З. Ҳабибулаев. Ростов-н/Дону, 2016. 42 с.
34. Ҳусейнов, З.Х. Особенности клинического течения и пути оптимизации лечения плоскоклеточного рака кожи головы и шеи [Текст]: автореф. дисс д-ра. мед. наук. / З.Х. Ҳусейнов. Душанбе, 2004. 24 с.

35. Шейко, Е.А. Фотодинамическая терапия в онкологии кожи (обзор литературы) [Текст] / Е.А. Шейко, В.А. Сустретов, А.И. Шихлярова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 10-4. С. 658-665.
36. Ятсенко, К.Д. Рак кожи из рубцов (клиника, диагностика, лечение) [Текст]: автореф. дисс. номзади илмҳои тиббӣ. / К.Д. Ятсенко. М., 1974. 24 с.
37. Epidemiologic burden of skin cancer in the US and worldwide [Text/ C.W. Rundle M, Militello, C. Barber [et al]// Curr Dermatol Rep. 2020. V.9(4). P.309 - 322.
38. Cancer Facts & Figures 2025 [Electronic resours]/ American Cancer Society// Available online:<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2025/2025-cancer-facts-and-figures-acf.pdf>.
39. Global cancer statistics 2022. GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [Text] / H. Sung, J. Ferlay, R.L. Siegel [et al.] // CA Cancer J. Clin. 2024. V. 74. C. 224 -226.
40. FLASH radiotherapy: history and future [Text] / B.Lin, F.Gao, Y.Yang [et al.] // Front. Oncologia. 2021. May 25. C.1-7; 11:644400. DOI 10.3389/fonc.2021.644400. PMID: 34113566; PMCID. PMC8185194.
41. Hennequin, C. Radiotherapy of skin cancers [Text]: Practice Guideline [Article in French] / C. Hennequin, E. Rio, M.-A. Mahé // Cancer Radiother. 2016. Suppl. S249-255.
42. Pashazadeh, Ali. Radiation therapy techniques in the treatment of skin cancer: an overview of the current status and outlook [Text] / Ali Pashazadeh, Axel Boese, Michael Friebe//Journal of Dermatological Treatment. 2019. Vol.30, Issue 8. P.831-839.
43. Role of concurrent systemic therapy with adjuvant radiation therapy for locally advanced cutaneous head and neck squamous cell carcinoma [Text] / U.Goyal, N.K.Prabhakar, R.Davuluri [et al.] // Cureus. 2017. V.9 (10). C.e1784. DOI. 10.7759 / cureus.1784.

ИНТИШОРОТ АЗ РҶҶИ МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ МАҚОЛАҲО ДАР МАҚАЛЛАҲОИ ИЛМИИ ТАҚРИЗШАВАНДА

- [1. М] Сайфутдинова, М.Б. Особенности рака кожи, развившегося в области рубцовых изменений: обзор литературы [Текст] / Д.З. Зикириёхоҷаев, М.Б. Сайфутдинова, Б.М. Орипов // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2022. № 14 (1). С. 25-32 (ISSN 2219-4614).
- [2. М] Сайфутдинова, М.Б. Роль лучевой терапии рака кожи у пациентов-долгожителей (старше 90 лет) [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2022. № 14 (4). С. 26-32 (ISSN 2219-4614).
- [3. М] Сайфутдинова, М.Б. Оқибатҳои маҳаллии табобати шуӣ ва пешгирии он [Матн] / М.Б. Сайфутдинова // Илм ва фановарӣ 2022. № 1. С. 61-66 (ISSN:2312-3648).
- [4. М] Сайфутдинова, М.Б. Нигоҳубин ва фаъолияти корию таъхиси бемор баъди табобати шуӣ [Матн] / М.Б. Сайфутдинова // Илм ва фановарӣ. 2022. № 2. С. 78-82 (ISSN:2312-3648).
- [5. М] Сайфутдинова, М.Б. Хусусиятҳои табобати шуӣ, пешгирӣ ва офиятбӣ [Матн] //Авҷи Зухал». 2022. № 1 (46). С. 87-90 (ISSN2616-5252).
- [6. М] Сайфутдинова, М.Б. Усулҳои таъхис ва табобати саратони пӯст, ки дар ҷойҳои сӯхтагӣ аз сандалӣ пайдо шудааст [Матн] / М.Б. Сайфутдинова / Симурғ. 2022. № 13 (1). С. 112-119 (ISSN:2707-9562).
- [7. М] Сайфутдинова, М.Б.Саратони пӯст дар маҳалли ҷарроҳатҳои сӯхтагӣ аз сандалӣ ва хусусиятҳои он [Матн] /М.Б. Сайфутдинова // Илм ва фановарӣ. 2022. № 1. С. 42-48 (ISSN:2312-3648).
- [8. М] Сайфутдинова, М.Б. Рак кожи: Место капро (Япония), кангри (Индия) и сандала (Таджикистан) в его происхождении и развитии [Текст] /М.Б. Сайфутдинова // Симурғ. 2022. № 14 (2). С. 69-75 (ISSN:2707-9562).

[9. М] Сайфутдинова, М.Б. Саҳми олимони тоҷик дар ҳалли мушкилоти таъхир ва табобати саратони пӯст [Матн] / Д.З.Зикириёхоҷаев, Р.З. Юлдошев // Авҷи зуҳал. 2023. № 1. С.158-16 (ISSN:2616-5252).

[10. М] Сайфутдинова, М.Б. Роль лучевой терапии в лечении рака кожи ранних стадий [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи». 2023. Т. 15, № 4. С.19-24 (ISSN 2219-4614).

[11. М] Сайфутдинова, М.Б. Таҷҳизот ва раванди муолиҷаи шуӣ [Матн] / М.Б. Сайфутдинова // Авҷи зуҳал. 2024. № 1. С. 73-79 (ISSN:2616-5252).

[12. М] Сайфутдинова, М.Б. Способы и методы защиты оборудования лучевой терапии [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Симург. 2024. № 1. С.41-48. (ISSN:2707-9562).

[13. М] Сайфутдинова, М.Б. Рак кожи в области рубцовых изменений / М.Б. Сайфутдинова, А.И. Муродзода, Д.А. Нуритдинов, М.Ф. Джафаров // Znanstvena misel journal.- 2024. М.1. № 97. С.22-28. DOI 10.5281 / zenodo / 14575421 / (ISSN 3124-1123).

[14. М] Сайфутдинова, М.Б. Способы лечения постлучевых осложнений рака кожи / М.Б. Сайфутдинова // Endless Light in Scien. 2024. № 2. С. 234-239. DOI 10.24412 / 2709-1201-2024-3119-234-239.

[15. М] Sayfutdnova, M.B. Research by scientists from Tajikistan to solve the problems of diagnosis and treatment of skin cancer / M.B. Sayfutdnova // Practice Oriented science: materials of International University scientific Forum. December 18.2024. UAE-Russia-India, 2024. P.118-125. DOI 10.34660 / INF. 2024.40.64.044.

[16. М] Сайфутдинова, М.Б. Лучевая терапия и её роль в комбинированном и комплексном лечении рака кожи T₃₋₄N₁₋₂₋₃M₀₋₁ стадии [Текст] / М.Б. Сайфутдинова, Д.З. Зикирьоджаев, Ш.К. Назаров // Вестник Авиценны 025. 27 (3). С. 764-775. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2025-27-3-764-775> / (ISBN 2074-0581).

Фишурда ва мақолаҳо дар маҷмуаҳои конференсия ва съездҳо

[17. М] Сайфутдинова, М.Б. Хусусиятҳои табобати шуӣ, пешгирӣ ва офиятёбӣ [Матн] / М.Б. Сайфутдинова // Тибби муосир ва таҳсилоти муосир: маводи конф. илмӣ-амалӣ. МДТ «ДДТХ» (солони II). 24.12.2021. Данғара, 2021. С. 167-169.

[18. М] Сайфутдинова, М.Б. Результаты лучевой терапии больных раком кожи развившимся на рубцах [Текст] М.Б. Сайфутдинова, Б.М. Орифов //Актуальные вопросы современных научных исследований: матер. научно-практ. конф. молод. ученых. Т.1. (29.04.2022). Душанбе, 2022. С. 304.

[19. М] Сайфутдинова, М.Б. Лучевая терапия рака кожи ранней стадии (T₂N₀M₀) у пациентов старческого возраста [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Новые технологии лучевой диагностики и лечения: Сб. матер. межд. научно-практ. конф. (5-6 мая 2022). - Самарканд, 2022. -С. 46.

[20. М] Сайфутдинова, М.Б. Возможности лучевой терапии рака кожи у больных старше 90 лет [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // XIII съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (27-29 апреля 2022). Евразийский онкологический журнал. 2022. Т.10, № 2. С. 151.

[21. М] Сайфутдинова, М.Б. Возможности лучевой терапии при лечении ранних стадий рака кожи (T₁₋₂N₀M₀) [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // ВОВЕК. IV-ое Межд. книжное издание стран СНГ «Лучший педагог-2023». №.Т.7.Астана, 2023. С.61-63.

[22. М] Сайфутдинова, М.Б. Онкология у долгожителей [Текст] / М.Б. Сайфутдинова //ВОВЕК. II Межд. книжное издание стран СНГ «Лучший научный сотрудник. 2023». №.Т. 3. Астана, 2023. С. 55-60.

[23. М] Сайфутдинова, М.Б. Дастгоҳҳои гамма-табобатӣ. Назорат, қафолат ва ҳифзи онҳо [Матн] / М.Б. Сайфутдинова // Стратегияи рушди илми тиб ва соҳаи тандурустӣ дар замони муосир: маводҳои конф. ҷумҳуриявӣ илми-амалии МДТ «ДДТХ» (солони IV-мин-22.12.2023). Данғара, 2023. С. 431.

[24. М] Сайфутдинова, М.Б. Вклад ученых Таджикистана в лечении рака кожи [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Стратегии рушди илми тиб ва соҳаи тандурустӣ дар замони муосир:маводҳои конф. ҷумҳуриявӣ илми-амалии МДТ «ДДТХ» (солонаи IV-мин-22.12.2023). Дангара, 2023. С. 479-480.

[25. М] Сайфутдинова, М.Б. Радиотерапия рака кожи на ранних стадиях [Текст] / М.Б. Сайфутдинова // Инновации в медицине: от науки к практике: матер. научно-практ. конф. ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино» (71-годовой). 01.12.2023. Душанбе, 2023. С. 284-285.

[26. М] Сайфутдинова, М.Б. Радиотерапия рака кожи в условиях COVID-19 [Текст] /Д.З.Зикириёхоҷаев, М.Б. Сайфутдинова, Ш.Б. Муминова // Актуальные вопросы медицины и V Спутниковый форум по общественному здоровью и политике здравоохранения. 27-28.03.2024. Баку, Азербайджан. Баку, 2024. С. 26.

[27. М] Sayfutdinova, M.B. The role of radiation therapy for skin cancer in long-lived patients [Text] / M.B.Sayfutdinova // Medicine pressing questions & V Satellite forum on public health & healthcare politics. 27-28.03.2024. Baku, Azerbaijan. Baku, 2024.С. 40.

[28. М] Сайфутдинова, М.Б. Индивидуальные подходы лучевой терапии рака кожи в условиях пандемии COVID-19 [Текст] / М.Б.Сайфутдинова, Д.З. Зикириёхоҷаев, Ш.Б. Муминова // XIV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии посв.30-летию АДИОР СНГ и Евразии. 24-27.04.2024. Душанбе, 2024. С. 786-787.

[29. М] Сайфутдинова, М.Б. Применение паллиативной терапии у больных раком кожи в Таджикистане [Текст] / М.Б.Сайфутдинова, Д.З. Зикирияходжаев, З.Ҳ. Ҳусейнзода, Й.М. Нуриддинов // XIV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии посв. 30-летию АДИОР СНГ и Евразии. 24-27.04.2024. Душанбе, 2024. С. 625.

[30. М] Сайфутдинова, М.Б. Радиотерапия рака кожи у долгожителей [Текст] / М.Б. Сайфутдинова, Д.З.Зикирияходжаев, А.А.Абдумуминов // XIV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии посв. 30-летию АДИОР СНГ и Евразии. 24-27.04.2024. Душанбе, 2024. С. 823-824.

[31. М] Сайфутдинова, М.Б. Показатели выживаемости больных раком кожи после радиотерапии [Текст] / Д.З. Зикирияходжаев, М.Б. Сайфутдинова // XIV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии посв. 30-летию АДИОР СНГ и Евразии. 24-27.04.2024. Душанбе, 2024. С.810.

[32. М] Сайфутдинова, М.Б. Способ лечения постлучевых осложнений рака кожи [Текст] / М.Б. Сайфутдинова, Д.З. Зикирияходжаев, Ш.Б. Муминова // Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике: матер. годичной (72-ой) научно-практ. конф. с межд. участием, посв. 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». 01.11.2024. Душанбе, 2024. С.316.

[33. М] Сайфутдинова, М.Б. Характер побочных эффектов и осложнений лучевой терапии рака кожи [Текст] / М.Б. Сайфутдинова, Д.З.Зикирияходжаев, А.И. Муродзода // Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике: матер. годичной (72-ой) научно-практ. конф. с межд. участием, посв. 85-летию ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».01.11.2024. Душанбе, 2024. С.317.

[34. М] Сайфутдинова, М.Б. Качество жизни больных раком кожи, получивших лучевую терапию [Текст] / тезис /М.Б. Сайфутдинова // Актуальные вопросы медицины и высшего медицинского образования: матер. респ. научно-практ. конф. ГОУ «ДДТХ» (V-годовой), посв. 30-летию Конституции Республики Таджикистан.29.11.2024. Дангара, 2024. С.100-101.

[35. М] Sayfutdinova, M. B. The role of radiation therapy in the treatment of early-stage skin cancer[Text]/ M. B. Sayfutdinova, D.Z. Zikiryakhodjaev// congress materials: First Congress of Oncologists of of the Turkic-Speaking Countries. 13-14.06.2025. Baku. - Baku,2025.-P.272.0.

[36. М] Последствия лучевой терапии рака кожи [Текст] / М.Ф. Джафаров, М.Б. Сайфиддинзода, С.Х.Абдуллоев, Д.А. Нуритдинов // Пациент ориентированный подход в

радиологии: мат. межд. научно-практ. конференция 19-20.09.2025. Самарканд // Медицинская радиология Узбекистана. 2025. Т.2, вып.3. С. 30-31 (ISSN:100000) (on-line).

[37. М] Сайфиддинзода, М.Б. Лучевая терапия в комбинированном и комплексном лечении рака кожи / М.Б.Сайфиддинзода, Д.З. Зикирхожаев // Наука и образование для здоровья нации: Материалы годичной(73-ой) научно-практической конференции с межд. Участием. 31.10.2025. Душанбе, 2025. С. 377-378.

[38. М] Сайфиддинзода, М.Б. Муолиҷаи шуоии беморони гирифтори саратони пусти марҳилаи $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ беморӣ / М.Б. Сайфиддинзода, Д.З. Зикирхоҷаев, З.З. Баротов // Дастовардҳо ва дурнамои рушди илм ва таҳсилоти тиббӣ дар Тоҷикистон: маводҳои конференсияи илмӣ-амалии ҷумҳуриявӣ (солонаи VI-умин), бахшида ба Рӯзи Президент ва Парчами давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон 21.11.2025. Данғара, 2025. С.469.

[39. М] Сайфиддинзода, М.Б. Методы диагностики рака кожи в Таджикистане [Текст] / М.Б. Сайфиддинзода, Д.З. Зикирхожаев, Х.Х. Нажмудинов // XV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. Минск. 22-24.04.2026 Евразийский онколо-гический журнал. 2026. Т.14., № 1.Минск, 2026. С.114 (ISSN 2309-7485).

[40. М] Сайфиддинзода, М.Б. Лечение рака кожи поздней стадии с применением лучевой терапии в Таджикистане [Текст] / М.Б. Сайфиддинзода, Д.З. Зикирхоҷаев, Н.Х. Хисомова // XV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. 22-24.04.2026. Минск, 2026. Евразийский онкологический журнал. С.129. (ISSN 2309-7485).

Патент барои ихтироот

1. Тарзи муолиҷаи аворизҳои бамиёномада баъди табобати шуоии саратони пӯст [Матн]: патенти № TJ 1287/ Зикириёхоҷаев Д.З., Сайфутдинова М.Б., Хайруллоев М.Р.; муроҷиаткунанда Сайфутдинова М.Б.; аризаи № 220696 аз 13.06.2022; нашр аз 15.08.2022. додааст: МД ММПИ ҚТ.

2. Тарзи муолиҷаи шуоии саратони пӯст, дар пайи сӯхтагӣ аз сандалӣ [Матн]: патенти № TJ 1288 / Зикириёхоҷаев Д.З., Сайфутдинова М.Б., Орипов Б.М.; муроҷиаткунанда Сайфутдинова М.Б.; аризаи № 220697 аз 13.06.2022; нашр аз 15.08.2022; додааст: МД ММПИ ҚТ.

3. Тарзи муолиҷаи шуоии саратони пӯстдар куҳансолон [Матн]: патенти № TJ 1289/ Зикириёхоҷаев Д.З., Сайфутдинова М.Б., Юлдошев Р.З.; муроҷиаткунанда Сайфутдинова М.Б. аризаи № 220698 аз 13.06.2022; нашр аз 18.08.2022. додааст: МД ММПИ ҚТ.

4. Тарзи муолиҷаи шуоии саратони пӯстҳангоми бемории вируси COVID-19 (бо ғаммуаллифии Д.З.Зикириёхоҷаев, Ш.Б. Муминова) [Матн]: патенти № TJ 1502 Сайфутдинова М.Б., Зикириёхоҷаев Д.З.; муроҷиаткунанда Сайфутдинова М.Б.; аризаи № 2401918; аз 03.01.2024; додааст: МД ММПИ ҚТ.

Ихтирооти навъоварӣ

3. Усули истифодаи матои (салфеткаи) «КОЛОТЕКС бо 5-ФТУР» барои муолиҷаи омӯсоии пӯст ва пардаи обиладори ковокии даъон [Матн]: шаъодатномаи № 3423/R415, аз 12.06.202; Сайфутдинова М.Б.; Баротов З.З.; Хайруллоев М.Р.; додааст: 23.07.2021 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

4. Истифодаи матои (салфеткаи) «КОЛОТЕКС-АДН» барои табобати саратони пӯст ва узвҳои ковокии даъон ғангоми аворизҳои табобати шуоӣ [Матн]: шаъодатномаи № 3424/R416, аз 12.06.2021/ Сайфутдинова М.Б., Хайруллоев М.Р.; додааст: 23.07.2022 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

РҶҲАТИ ИҲТИСОРА ВА АЛОМАТҲОИ ШАРТӢ

1.	АБЭА	Агенти байналмилалии энергияи атом
2.	БХ	Бемориҳои хушсифат
3.	ВВФ	Вақт-воя-фраксиякунонӣ
4.	ВПИ	Вируси папилломаи инсон
5.	ВУМ	Вояи умумии мавқеӣ
6.	ВЯМ	Вояи яқдафъаинаи мавқеӣ
7.	ГЛ	Гирехҳои лимфавӣ
8.	Гр	Грей
9.	КҲС	Карсиномаи ҳуҷайраҳои сатҳӣ
10.	КДН	Кислотаи дезоксирибонуклеин
11.	Ки	Кюри (Сi – байналмилалӣ, Ки – бо русӣ)
12.	МФШ	Муолиҷаи фосилавии шуӣ
13.	МШ	Муолиҷаи шуӣ
14.	НБ	Навташкилаи бадсифат
15.	СП	Саратони пӯст
16.	СПХБ	Саратони пӯсти ҳуҷайраҳои базалӣ
17.	СПХХ	Саратони пӯсти ҳуҷайраҳои ҳамвор
18.	СПХХҚҒ	Саратони пӯсти ҳуҷайраҳои ҳамвори қабаташон ғафс
19.	СХХШ	Саратони ҳуҷайраҳои ҳамвори шохшакл
20.	СБН	Саркомаи бофтаҳои нарм
21.	ТМ	Таботи маҷмӯӣ
22.	ТПХ	Таботи полихимиёвӣ
23.	ТПХА	Таботи полихимиёбии адъювантӣ
24.	ТЯ	Таботи яқҷоя
25.	ТУТ	Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ
26.	ТУС	Ташхиси ултрасадоӣ
27.	ТГТ	Телегамматобот
28.	ТГТА	Телегамматоботи адъювантӣ
29.	ТК	Томографияи компютерӣ
30.	ТМР	Томографияи магнитӣ-резонансӣ
31.	ТПЭ	Томографияи позитронӣ-эмиссионӣ
32.	ШМШ	Шӯбаи муолиҷаи шуӣ
33.	фр	фраксия
34.	COVID – 19	CoronaVirus Disease
35.	ESTRO	European Society for Radiotherapy and Oncology
36.	M	metastas
37.	M ₀	No distant metastasis
38.	M ₁	distant metastases were detected
39.	MTS	Metastasis
40.	N	Nodus
41.	N _x	Regional lymph nodes cannot be assessed
42.	N ₀	No regional lymph node metastasis
43.	N ₁ -N ₃	Nodal involvement
44.	TNM	Tumor Nodus Metastasis
45.	T	Tumor
46.	T _x	Primary tumor cannot be assessed
47.	T ₀	No residual tumor
48.	T _{is}	Tumor in situ
49.	T ₁ - T ₄	Small and localized- Locally advanced

АННОТАТСИЯ

**ба диссертатсияи Сайфиддинзода Мунфиза Бурҳонӣ дар мавзун
«Табоботи якҷоя ва маҷмуии саратони пӯст бо истифода аз муолиҷаи
шуӣ дар Тоҷикистон» барои дарёфти дараҷаи илмӣ
доктори илмҳои тиббӣ аз рӯи ихтисоси 3.1.12. Онкология**

Калидвожаҳо: саратони пӯст, муолиҷаи шуӣ, табоботи якҷоя ва маҷмӯӣ, табоботи марҳилаҳои бармаҳал ва баъдӣ, беморони дарозумр, COVID-19, авориз, такрорёбӣ, ёрии паллиативӣ, зиндамонӣ, сифати зиндагӣ.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши нақш ва нишон додани мавқеи муолиҷаи шуӣ табоботи саратони пӯст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Таҳияи равишҳои муассири методологӣ оид ба муолиҷаи шуӣ саратони пӯст вобаста ба синну соли беморон, марҳилаи беморӣ, сохтори морфологӣ ва мавқеи ҷойгиршавии омос. Омӯзиши мутобиқат ва самаранокии муолиҷаи шуӣ дар речаи монотелегамматобот ва нақши табоботи якҷоя ва маҷмуии саратони пӯст дар мавқеъҳои гуногун.

Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда. Таҳлили ретроспективӣ ва дурнамои ҳуҷҷатҳои тиббии беморон мувофиқи протоколҳо ва пурсишҳои таҳияшуда, ташҳиси физикӣ, биопсияи навташкилаҳо дар пӯст бо тадқиқоти морфологӣ, УЗ, КТ, МРТ, ПЭТ КТ, тибқи нишондодҳо, алгоритми чорабиниҳои ташҳисӣ, ки аз ҷониби кормандони МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ Ибни Сино» таҳия шудааст, ташҳиси клиникӣ-лабораторӣ-инструменталӣ истифода шудааст.

Натиҷаҳо ва навоариҳои онҳо. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳлили илмӣ натиҷаҳои муолиҷаи шуӣ дар беморони гирифтори саратони пӯст гузаронида шуд, нақш ва ҷои муҳими муолиҷаи шуӣ ҳангоми расонидани ёрии баланди технологӣ – телегамматобот муайян карда шуд. Усули нави муолиҷаи шуӣ саратони пӯст, ки дар ҷойи захмҳо пайдо шудааст, дар беморони пиронсол ва куҳансол, беморони гирифтори КОВИД -19 дар давраи пандемия таҳия карда шуданд. Усулҳои пешгирӣ ва табоботи авориз муносиб гардонида шудааст.

Усули нави пешгирӣ ва табоботи аворизи баъди муолиҷаи шуӣ пайдошуда пешниҳод карда шуд. Бо интихоби муносиб ва гузаронидани муолиҷаи самараноки шуӣ зиндамони умумии 5-солаи беморони марҳилҳои $T_{1-2}N_0M_0$ ба 97% ва беморони марҳилаҳои баъдии беморӣ $T_{3-4}N_{0-1-2-3}M_{0-1}$ ба 78% мерасад.

Тавсияҳо оид ба истифодабарӣ. Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда дар амалияи клиникӣ шуъбаҳои Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ”-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷорӣ карда шудаанд.

Доираи истифодабарӣ: саратоншиносӣ, муолиҷаи шуӣ

АННОТАЦИЯ

по диссертации Сайфиддинзода Мунфизы Бурхони на тему «Комбинированное и комплексное лечение рака кожи с применением лучевой терапии в Таджикистане» на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.12. Онкология

Ключевые слова: рак кожи, лучевая терапия, комбинированное и комплексное лечение, лечение ранних и поздних стадий, пациенты долгожители, COVID-19, осложнения, паллиативное лечение, выживаемость, качество жизни.

Цель исследования. Изучение роли и обозначение места лучевой терапии в лечении рака кожи в Республике Таджикистан. Разработка эффективных методологических подходов к лучевой терапии рака кожи в зависимости от возраста пациентов, стадии болезни, морфологической структуры и локализации опухоли. Изучение адекватности и эффективности лучевой терапии в режиме монотелегамматерапии и роли комбинированного и комплексного лечения рака кожи различных локализаций.

Методы исследования и использованная аппаратура. Ретроспективный и проспективный анализ медицинской документации пациентов согласно разработанным протоколам и опросникам, физикальные обследования, биопсия новообразований на коже с морфологическим исследованием, УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ КТ, по показаниям, применен алгоритм диагностических мероприятий разработанный сотрудниками ГОУ «ТГМУ им. Абуали Ибни Сино», клиничко-лабораторно-инструментальное обследование.

Полученные результаты и их новизна. В Республике Таджикистан проведен научный анализ результатов лучевой терапии у больных раком кожи, определена роль и значимое место лучевой терапии при оказании высокотехнологичной помощи – телегамматерапии. Разработаны новые способы лучевой терапии рака кожи из рубцов. способ лучевой терапии рака кожи у пациентов долгожителей, новая и щадящая методика лучевой терапии рака кожи больных, инфицированных COVID-19 в период пандемии. Оптимизированы методы профилактики и лечения осложнений терапии и ее нежелательных постлучевых эффектов. Предложен новый способ профилактики и лечения осложнений лучевой терапии. При адекватном выборе и проведении эффективной лучевой терапии общая 5-летняя выживаемость достигает 97 % у больных с T₁₋₂N₀M₀ стадией и 78 % у пациентов с поздними стадиями болезни - T₃₋₄N₀₋₁₋₂₋₃M₀₋₁.

Рекомендации по использованию. Результаты проведенных исследований внедрены в клиническую практику отделений Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Область применения: онкология, лучевая терапия.

ANNOTATION

dissertation by Saifiddinzoda Munfiza Burkhoni on the topic «Combined and Complex Treatment of Skin Cancer Using Radiation Therapy in Tajikistan» for the degree of Doctor of Medical Sciences in the specialty 3.1.12. Oncology

Keywords: skin cancer: radiation therapy, combined and complex treatment, treatment of early and late stages, long-lived patients, COVID-19, complications, palliative care, survival, quality of life.

The purpose of the study. To study the role and place of radiation therapy in the treatment of skin cancer in the Republic of Tajikistan. Development of effective methodological approaches to radiation therapy of skin cancer depending on the age of patients, the stage of the disease, the morphological structure and localization of the tumor. To study the compatibility and effectiveness of radiation therapy in the monotherapy regimen and the role of combined and complex treatment of skin cancer in various localities.

Research methods and equipment used. Retrospective and prospective analysis of patients' medical documentation according to developed protocols and questionnaires, physical examinations, biopsy of skin tumors with morphological examination, ultrasound, CT, MRI, PET CT, according to indications, an algorithm of diagnostic measures developed by TSMU staff, clinical, laboratory and instrumental examination.

The results obtained and their novelty. For the first time in the Republic of Tajikistan, a scientific analysis of the results of radiation therapy in patients with skin cancer was carried out, the role and significant place of radiation therapy in the provision of high-tech care - telegammothrapy was determined. New methods of radiation therapy of skin cancer from scars have been developed. a method of radiation therapy for skin cancer in long-lived patients, a new and gentle method of radiation therapy for skin cancer in patients infected with COVID-19 during the pandemic. The methods of prevention and treatment of complications of therapy and its undesirable post-radiation effects have been optimized. A new method for the prevention and treatment of complications of radiation therapy has been proposed. With adequate selection and effective radiotherapy, the overall 5-year survival rate reaches 97% in patients with T₁₋₂N₀M₀ stage and 78% in patients with advanced stages of the disease - T₃₋₄N₀₋₁₋₂₋₃M₀₋₁.

Recommendations for use. The results of the conducted research have been implemented into the clinical practice of the departments of the State Institution "Republican Oncology Research Center" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan.

Scope of application: oncology, radiation therapy.

Подписано к печати 2026г. Формат 60х84 ¹/₁₆
Бумага офсетная. Гарнитура литературная.
Печать офсетная. Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии ООО “Бебок”