

epidemicheskogo rosta virusnykh hepatitov V i S [STIs and HIV are indicators of the epidemic growth of viral hepatitis B and C]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2013, No. 3 (56), pp. 106-110.

8. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2015. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services; October 2016.

9. Davies B., Turner K.M.E., Frolund M. et al. Risk of reproductive complications following chlamydia testing: a population-based retrospective cohort study in Denmark. *Lancet Infectious Diseases*, 2016, Vol. 16, No. 9, pp. 1057-1064.

10. El Kettani A, Mahiané G, Abu-Raddad L, Smolak A, Rowley J, Nagelkerke N, et al. Trends in Adult Chlamydia and Gonorrhoea Prevalence, Incidence and Urethral Discharge Case Reporting in Morocco over 1995-2015 – Estimates Using the Spectrum-Sexually Transmitted Infection Model. *Sexually Transmitted Diseases*, 2017, No. 44 (9), pp. 557-64.

ХУЛОСА

**Б.И. Сайдзода, М.А. Гадоев, А.М. Қосимзода,
М.М. Аҳмадов, Н.П. Зоирова**

ВАЗЪИ ЭПИДЕМИОЛОГӢ ОИД БА СИРОЯТҲОИ БО РОҲИ УЗВҲОИ ТА- НОСУЛИ ГУЗАРАНДА ДАР ЧУМҲУРИИ ТОЧИКИСТОН ТАЙИ СОЛҲОИ 2008-2017

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили нишондиҳандаҳои гирифторшавӣ ба сироятҳои тавассути узвҳои таносули гузарандадар Чумҳурии Тоҷикистон тайи солҳои 2008-2017.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Динамикаи

гирифторшавӣ ба сироятҳои бо роҳи узвҳои таносули интиқолёбандадар асоси маълумотҳои ҳисоботи оморие ба амал оварда мешавад, ки бо Фармони директории Омори давлатӣ дар назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 11-уми ноябр соли 2013 таҳти рақами 54, қолаби №9 тасдиқ шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Аз таҳлили қолаби №9 зоҳир гардид, ки гирифторшавӣ ба СРТГ дар ҷумҳурий соли 2017 назар ба соли 2018 се баробар камтар шудааст. Сифилис бошад, дар соли 2017 дар муқоиса ба соли 2018 мутаносибан 4,6 ба муқобили 6,4 ҳодисаро ташкил медиҳад, ки ба 1,4 маротиба қоҳиш ёфтааст. Гирифторшавӣ ба трихомониаз (7,1 маротиба) ва сирояти гонококкӣ (2,1 маротиба) хеле қоҳиш ёфтааст. Қайд кардан лозим аст, ки сирояти хламидӣ дар ин давра амалан тағиیر наёфтааст. Кам шудани беморшавӣ ба СРТГ дар ҷумҳурий ба ҳақиқат мувофиқ нест, зеро аксари беморон дар муассисаҳои ғайридавлатии тиббие муолиҷа карда мешаванд, ки мувофиқи сирояти мазкур системаи баҳисобигӣ ва ҳисбот надоранд.

Хулоса. Ин натиҷаҳо аз ноустувории вазъи эпидемиологӣ дар ҷумҳурий гувоҳӣ медиҳанд. Ноҳияҳои нисбатан ноором ошкор шуданд. Назорати фаъолияти муассисаҳои шаҳсии тиббӣ оид ба ошкор кардану ба қайд гирифтани беморони мубтало ба СРТГ зарур аст, то ҷораҳои пешгирий ва муолиҷаи пурра такмил дода шавад.

Калимаҳои қалидӣ: сироят, бо роҳи таносули гузаранд, солимии репродуктивӣ, нишондиҳандай беморшавӣ.

УДК 616-089;617.558;616.22-006

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-83-88

Д.Р. Сангинов¹, З.Х. Хусейнзода², Р.А. Зоиров², М.Х. Наибов², М. Махмад²

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

¹Кафедра онкологии, лучевой диагностики и терапии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ.

Сангинов Джумабой Рахматович – д.м.н., профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и терапии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных с неорганными забрюшинными опухолями.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации (истории

болезни, амбулаторные карты) пациентов с неорганными забрюшинными опухолями, пролеченных в уропроктоонкологическом отделении за период 2017-2020 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении результатов оказалось, что распространенность опухолевого процесса по международной TNM классификации УICC была следующей: II-стадия диагностировалась у 5 (21.7%) обследованных, III-стадия – у 14 (60.8%), и IV-стадия – у 4 (17.4%). Включение IV стадии заболевания в наше исследование связано с тем, что в эту группу попадают местно-распространенные опухоли с прорастанием в соседние органы и ткани, при наличии пораженных лимфатических узлов, но без отдаленных метастазов. Уточненная диагностика стадийности процесса основывается на данных операционной находки.

Заключение. Основным и единственным радикальным методом лечения неорганных забрюшинных опухолей остается хирургическое лечение.

Ключевые слова: неорганные забрюшинные опухоли, мягкотканые злокачественные новообразования, забрюшинные лимфоузлы, лечение, осложнения, выживаемость.

D.R. Sanginov¹, Z.H. Huseynzoda², R.A. Zoirov², M.Kh. Naibov², M. Mahmad²

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF EXTRA-ORGAN RETROPERITONEAL TUMORS

¹Department of Oncology, radiation diagnostics and therapy of SEI “Avicenna Tajik State Medical University”

²SI “Republican Cancer Research Center” of the Ministry of Health and Social Welfare of the Republic of Tajikistan.

Sanginov Dzhumaboy Rakhatovich - doctor of medical sciences, professor of the Department of Oncology, radiation diagnostics and therapy of SEI “Avicenna TSMU”

Aim. To analyze the immediate and long-term results of surgical treatment of patients with non-organ retroperitoneal tumors.

Material and research methods. A retrospective analysis of medical records (medical history, outpatient records) of patients with non-organ retroperitoneal tumors treated in the Uro-procto-oncology Department for the period 2017-2020 was carried out.

Results and discussion. It was found out that the prevalence of the tumor process according to the international TNM classification of UICC was as follows: stage II – 5 (21.7%), stage III - 14 (60.8%), and stage IV – 4 (17.4%).

The inclusion of stage IV disease in our study is since this group includes locally distributed tumors with germination into neighboring organs and tissues, in the presence of affected lymph nodes, but without distant metastases. The specified diagnosis of the staging is based on operational findings. Before the operation, the prognosis of the possibility of radical surgery was 40%.

Conclusion. The main and only radical method of treatment of non-organ retroperitoneal tumors remains surgical treatment.

Keywords: Non-organ retroperitoneal tumors, soft tissue neoplasms, malignant neoplasms, retroperitoneal lymph nodes, surgical treatment, postoperative complications, the survival rate.

Актуальность. Неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) – мягкотканые новообразования, не связанные с конкретными органами, локализованные в забрюшинном пространстве, развивавшиеся из жировой, нервной и соединительной ткани и отличающиеся многообразием гистологической структуры [1, 11]. В структуре всех злокачественных новообразований встречаются от 0,03 до 1%, составляют 10-20% сарком мягких тканей [4]. Наиболее характерной чертой НЗО является высокий потенциал местного рецидива, частота которого, в мировой литературе, составляет от 30 до 70% и связана со склонностью этих опухолей к инфильтративному росту, отсутствию истинной капсулы и

частым выполнением нерадикальных операций [3]. Потенциал метастазирования НЗО сравнительно низок и, прежде всего, он связан с гистологическим типом опухоли, встречаясь до 32%, поражая при этом в основном печень и легкие [4, 16].

Эффективным методом обследования, в плане скрининга и мониторинга больных, является ультразвуковое исследование, чувствительность которого составляет 61%, специфичность - 67%, и точность - 62% [11]. Более чувствительными методами диагностики неорганных забрюшинных опухолей признаны компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, позволяющие определить параметры опухоли: исходящие или не

связанные с органами (до 90%); степень инвазии процесса. Достаточно часто прибегают к тонкоигольной или трепанобиопсии под ультразвуковой навигацией с целью морфологической диагностики опухоли (30-60%) до операции [2,5]. Установлено, что интраоперационная флуоресцентная диагностика при НЗО позволяет добиться выполнения операции в объеме радикальных резекций и снижения риска развития локального рецидива [8,12].

Хирургическое вмешательство является основным методом радикального лечения первичных и рецидивных НЗО, резектабельность варьирует от 25 до 73% [1]. Топографические особенности НЗО - мультицентричность зачатка опухоли, агрессивный характер роста предопределяют сложность операции [9].

При локализации опухоли в верхних отделах с врастанием в диафрагму применяют торакоабдоминальный доступ [7]. Последние годы формируется тенденция к увеличению объема хирургического вмешательства за счет расширенных комбинированных операций, частота которых доходит до 37-75%. Наиболее часто выполняют нефрэктомию, резекцию поджелудочной железы, кишечника, поясничных мышц и магистральных сосудов [8]. Лучевая терапия и химиотерапия малоэффективны. По данным S. Bonvalot [10], 1, 3 и 5-летняя выживаемость после радикальных резекций составляет 86, 66 и 57% соответственно.

По мнению Чиссова В.И. (2006), нередко используется схема, включающая хирургическое удаление опухоли с лимфодиссекцией при N+ в комбинации с послеоперационной лучевой терапией (СОД 40-50 Гр) и 3-4 курсами адьюvantной химиотерапии (при чувствительных гистологических типах опухоли). Имеются работы, связанные с применением интраоперационной фотодинамической терапией при неорганных забрюшинных опухолях [4, 6].

Цель исследования. Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных с неорганными забрюшинными опухолями.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на базе Республиканского онкологического научного центра Республики Таджикистан. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты) пациентов с неорганными забрюшинными опухолями, пролеченных в уропротоонкологическом отделении за период 2017-2020 гг. Критериями включения в исследование были возраст

старше 18 лет, доброкачественный и злокачественный характер опухолевого процесса и отсутствие отдельных метастазов.

Статистическая обработка полученных результатов была проведена с помощью прикладной программы XLSTAT (Excel Statistical Software 2021.2). За этот период в РОНЦ пролечены 23 больных с неорганными забрюшинными опухолями. Мужчин было 12 (52,1%), женщин 11 (47,8%). Возраст больных варьировал от 25 до 78 лет, средний возраст составил 49 лет, пик заболеваемости приходится на 45-64 года (52,1%) (табл 1).

Таблица 1.

Распределение больных по возрастным группам

Возраст больных	Группа больных	
	абс. число	%
25-34	2	8,6%
35-44	3	13%
45-54	7	30,4%
55-64	5	21,7%
65-74	2	8,6%
>75	4	17,3%
Всего	23	100%

Примечание: % - общее количество больных, в зависимости от возрастной группы

При поступлении 15 (65,2%) больных жаловались на появление образований в брюшной полости, периодическое затруднение дыхания, похудание и общую слабость. 6 (26.1%) пациентов предъявляли жалобы на наличие образования внизу живота и похудание, а 2-х больных беспокоили боли внизу живота слева, похудание и утомляемость.

Изучение давности заболевания показало, что в сроки до 1 месяца поступили 6 (26.1%) больных, до 6 месяцев - 10 (43,4%), и свыше 1 года - 8 (34.7%) больных. При клиническом исследовании у 21 (91,3%) больного при пальпации определялось опухолевидное образование. На догоспитальном этапе 15 (65.2%) больным поставлен диагноз неорганская забрюшинная опухоль, 6 (26,1%) больным опухоль малого таза и 2 больным лимфосаркома забрюшинных лимфоузлов. Основным методом диагностики на догоспитальном этапе было УЗИ (20 случаев) и в 3 случаях компьютерная томография. В стационаре с целью уточнения диагноза были использованы клинические и лабораторные исследования, УЗИ, КТ и МРТ. Под контролем

УЗИ 12 (52.1%) больным произведена чреспожная пункционная биопсия опухоли, из них у 3 цитологически верифицирована липосаркома, а у 9 больных атипичные клетки не выявлены. Точность пункционной биопсии оказалась достаточно низкой, что связано с опытом врача и выбором места взятия биоматериала.

Результаты исследования и их обсуждение.

Диагностика неорганных забрюшинных опухолей представляет определенные трудности, связанные с локализацией, характером роста и необходимостью дифференциации (с опухолями почек, надпочечников и некоторых внутрибрюшных опухолей, забрюшинными гематомами, абсцессами, метастазами в забрюшинные лимфоузлы и др.).

При изучении результатов оказалось, что распространенность опухолевого процесса по международной TNM классификации UICC была следующей: II-стадия диагностировалась у 5 (21.7%) обследованных, III-стадия – у 14 (60,8%), и IV-стадия – у 4 (17,4%) (Рис.1).

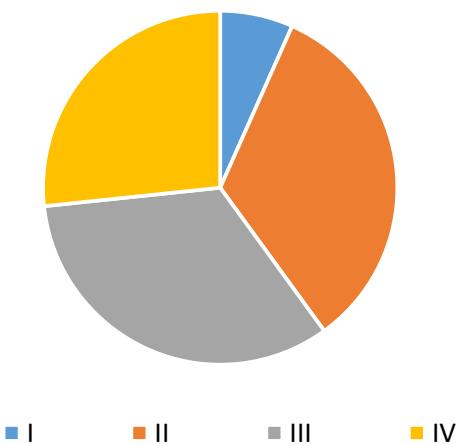


Рис. 1. Распределение больных по стадиям заболевания.

Включение IV стадии заболевания в наше исследование связано с тем, что в эту группу попадают местно-распространенные опухоли с прорастанием в соседние органы и ткани при наличии пораженных лимфатических узлов, но без отдаленных метастазов. Уточненная диагностика стадийности процесса основывается на данных операционной находки. До операции прогноз возможности радикальной операции составлял 40%.

Всем больным проведено хирургическое лечение срединным лапаротомическим доступом. При этом в 19 (82,6%) случаях проведена радикальная операция, а в 4 (17,4%) случаях вмешательство завершено биопсией опухоли из-за нерезектабель-

ности процесса. Радикальные операции проведены в следующих объемах: 11 (47.8%) больным выполнено изолированное удаление опухоли, комбинированные операции – 8 (34,7%) больным, при которых удаление забрюшинной опухоли сочетались с нефрэктомией – 3 (13.1%), со спленэктомией – 3 (13.1%) и с резекцией тонкого кишечника – 2 (8.6%) случая. Операционная кровопотеря у 5 (21,7%) больных составила 500-600 мл, у 18 (78.2%) – до 200 мл. Как изолированные, так и комбинированные операции по данным морфологического (срочные - 5, плановые - 14) исследования были выполнены, но не были зафиксированы. Среднее время оперативных вмешательств составляло при изолированном удалении опухоли – 150 минут, комбинированные операции - 210 минут, а в одном случае - 480 минут.

Послеоперационные осложнения развились у 2 (8.65%) больных в виде нагноения послеоперационной раны. У 5 (21.7%) больных в послеоперационном периоде усугубилась анемия, которая была консервативными мерами восстановлена. Послеоперационной летальности не было. Морфологическое исследование удаленных опухолей выявило следующую гистологическую структуру: доброкачественные опухоли у 8 (34.7%) больных; злокачественные опухоли у 15 (65.2%) больных, в частности липосаркома у 5 (33.3%) больных, лейомиосаркома - у 5 (33.3%), злокачественная мезинхимома - у 2 (13.3%), и по одному случаю тератобластома, ангиосаркома и фибролипосаркома (табл. 2).

Проведение лучевой терапии, по мнению ряда авторов, оправдано при низкодифференцированных саркомах (G 3-4). На снижение местных рецидивов при использовании неоадьювантной и интраоперационной лучевой терапии указывают исследования [11,12]. Неоадьювантная химиотерапия проведена - 3 (13%) больным с целью уменьшения объема опухоли.

Все больные прослежены в сроках наблюдения до 3 лет после хирургического вмешательства. Установлено, что прогрессирование заболевания в виде местного рецидива обнаружено у 6 (31,5%) больных со злокачественными опухолями, при этом у 5 больных спустя 1 год, а у 1 больного отмечены в процессе 3-х летнего наблюдения 3 рецидива. Морфологическое исследование рецидивных опухолей показало, что чаще всего рецидивирует липосаркома (5 случаев) и лейомиосаркома (1 случай). Во всех случаях рецидив первичного процесса носил местно-распространенный характер. Все

Таблица 2.**Гистологическая структура неорганных забрюшинных опухолей**

Гистологическая форма	Доброположительная опухоль	%	Злоположительная опухоль	%
Злоположительная мезенхимома			2	8,6%
Липосаркома			5	21,7%
Лейомиосаркома			5	21,7%
Тратобластома			1	4,3%
Ангиосаркома			1	4,3%
Фибролипосаркома			1	4,3%
Липома	2	8,6%		
Синовиома	2	8,6%		
Фиброма	4	17,3%		

Примечание: % - общее количество больных, в зависимости от морфологической структуры опухолей

больные с рецидивами неорганных забрюшинных опухолей были подвергнуты повторно оперативному вмешательству ввиду наличия выраженного болевого синдрома и ухудшения общего состояния (анемия) с последующей химиотерапией, одной больной проведены три операции (через 1, 2, 3 года). На наш взгляд, риск развития рецидива заболевания, прежде всего, связан с распространностью опухолевого процесса.

Выводы.

1. Основным и единственным радикальным методом лечения неорганных забрюшинных опухолей остается хирургическое лечение.

2. Уточненная диагностика и выполнение радикального объема хирургического вмешательства (изолированные и комбинированные).

3. Ведение больных с неорганными забрюшинными опухолями остается актуальной проблемой.

4. Наиболее часто при комбинированных операциях по поводу неорганных забрюшинных опухолей приходится резецировать один смежный орган – нефрэктомия или спленэктомия.

5. Независимо от степени злокачественности процесса неорганные забрюшинные опухоли характеризуются высоким потенциалом развития местных рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев С.Г. Результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей / С.Г. Афанасьев, А.Ю. Добододеев, М.Ю. Волков // Сибирский онкологический журнал. - 2015. - №3.- С.51-54.

2 .Вашакмадзе Д.А Интраоперационная фотодинамическая терапия при неорганных забрюшинных опухолях / Д.А. Вашакмадзе, Е.В. Филанско, В.В. Черемисов // Фотодинамическая терапия и фотодиагностика.

- 2013. - №2. - С.8-12.

3. Гаибов А.Д. Некоторые особенности диагностики и лечения больных с опухолями надпочечников / А.Д. Гаибов, Ш.С. Анварова, А.Н. Камолов [и др.] // Вестник Авиценны. 2011. № 4 (49). С. 19-24.

4. Каганов О.И. Результаты хирургического лечения больных с диагнозом опухоль забрюшинного пространства / О.И. Каганов [и др.] // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - 2015. - Т.17, № 2(3). - С. 529-533.

5. Козлов С.В. Результаты лечения больных с диагнозом забрюшинные опухоли в онкологическом отделении (абдоминальная онкология) ГБУЗ СОКОД / С.В. Козлов, О.И. Каганов [и др.] // Материалы ежегодн. научно-практ. конф. "Новые технологии в онкологии". - Самара, 2014. - С.66.

6. Лурин И.А. Липосаркома забрюшинного пространства (случай из практики) / И.А. Лурин, Л.Л. Шматко, Т.В. Тереншенко [и др.] // Клиническая онкология. -2013.- №3(11). - С.1-7.

7. Садриев О.Н. Возможности лучевых методов исследования в диагностике опухолей надпочечников / О.Н. Садриев, А.Д. Гаибов, Т.Г. Гульмурадов, Ш.С. Анварова // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2016. Т. 24. № 2. С. 107-116.

8. Сулейманов Э.А. Современные возможности диагностики и лечения больных забрюшинными опухолями / Э.А. Сулейманов, А.Д. Каприн, А.А. Костин, Х.И. Москвичева // Сибирский онкологический журнал. - 2017. - Т.16. №2. - С. 90-96.

9. Харченко В.П. Липосаркома / В.П. Харченко, В.Д. Чхиквадзе, А.М. Сдвижков // Российский онкологический журнал. - 2011. - №3. - С. 10-15.

REFERENCES

1. Afanasev S.G. Rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya neorgannykh zabryushinnykh opukholey [Results of surgical treatment of non-organic retroperitoneal tumors].

Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal - Siberian Journal of Oncology, 2015, No. 3, pp. 51-54.

2. Vashakmadze D.A Intraoperatsionnaya fotodinamicheskaya terapiya pri neorgannykh zabryushinnnykh opukholyakh [Intraoperative photodynamic therapy for nonorganic retroperitoneal tumors]. *Fotodinamicheskaya terapiya i fotodiagnostika - Photodynamic therapy and photodiagnostics*, 2013, No. 2, pp. 8-12.

3. Gaibov A.D. Nekotorye osobennosti diagnostiki i lecheniya bol'nykh s opukholyami nadpochechnikov [Some features of diagnosis and treatment of patients with adrenal tumors]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2011, No 4 (49), pp. 19-24.

4. Kaganov O.I. Rezulatty khirurgicheskogo lecheniya bolnykh s diagnozom opukhol zabryushinnogo prostranstva [Results of surgical treatment of patients diagnosed with retroperitoneal tumors]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiyskoy akademii nauk - News of Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*, 2015, Vol. 17, No. 2 (3), pp. 529-533.

5. Kozlov S.V. [Results of treatment of patients diagnosed with retroperitoneal tumors in the oncology department (abdominal oncology)]. *Materialy ezhegodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii "Novye tekhnologii v onkologii"* [Materials of the Annual Scientific-Practical Conference "New Technologies in Oncology"]. Samara, 2014, pp. 66. (In Russ.)

6. Lurin I.A. Liposarkoma zabryushinnogo prostranstva (sluchay iz praktiki) [Liposarcoma of the retroperitoneal space (case report)]. *Klinicheskaya onkologiya - Clinical oncology*, 2013, No. 3 (11), pp. 1-7.

7. Sadriev O.N. Vozmozhnosti luchevykh metodov issledovaniya v diagnostike opukholej nadpochechnikov [Possibilities of radiological methods in diagnostics of adrenal tumors] Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik imeni akademika I.P. Pavlova - I.P. Pavlov Russian medical biological herald, 2016, No 2 (24). pp. 107-116.

8. Suleymanov E.A. Sovremennye vozmozhnosti diagnostiki i lecheniya bolnykh zabryushinnymi opukholyami [Current diagnostic and treatment options for retroperitoneal tumors]. *Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal - Siberian Journal of Oncology*, 2017, Vol. 16, No. 2, pp. 90-96.

9. Kharchenko V.P. Liposarkoma [Liposarcoma]. *Rossiyskiy onkologicheskiy zhurnal - Russian Journal of Oncology*, 2011, No. 3, pp. 10-15.

ХУЛОСА

Ч.Р. Сангинов, З.Х. Ҳусейнзода, Р.А. Зоиров,
М.Х. Наибов, М. Маҳмад

НАТИЧАИ МУОЛИЧАИ ЧАРРОХИИ ОМОСИ ҒАЙРИУЗВИИ ПАСИ СИФОҚ

Максади таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳои мустаким ва дури муолиҷаи ҷарроҳии беморони мубтало ба омоси ғайриузвии паси сифоқ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили ретроспективии ҳуҷҷатнигории тибби (таърихи беморӣ, картаҳои амбулаторӣ)-и беморони мубтало ба омоси ғайриузвии пасисифоқ ба амал оварда шуд, ки тайи солҳои 2017-2020 дар шуъбаи уропроктоонкологӣ муолиҷа гирифтаанд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Ҳангоми омӯзиши натиҷаҳо маълум гардид, ки паҳншавии раванд, тибқи таснифоти байналмилии TNM UICC ба чунин қарор омадааст: 5 (21,7%) бемор дар марҳилаи II, 14 (60,8%) нафар дар марҳилаи III ва 4 (17,4%) бемор дар марҳилаи IV. Ба таҳқиқот ворид намудани марҳилаи IV ба он алоқамандӣ дорад, ки ба гурӯҳи мазкур омосҳои мавзеан паҳншуда бо сабзидан ба узву бофтаҳои ҳамшафат ва мавҷудияти гиреҳҳои лимфавии илаттнокшуда, аммо бе решадавониҳои дур ба мушоҳида расиданд. Муайян намудани ташхиси марҳилабандии раванд дар асоси маълумотҳои бозёғти ҷарроҳӣ пайрезӣ мешавад. Пешгӯйии имконоти ҷарроҳии қатъӣ то амалиёт 40%-ро ташкил менамуд.

Хулоса. Муолиҷаи ҷарроҳӣ усули асосиву ягонаи қатъии муолиҷаи омоси ғайриузвии пасисифоқ бокӣ мемонад.

Калимаҳои қалидӣ: омоси ғайриузвии пасисифоқ, номияҳои бадсифати бофтаҳои нарм, гиреҳҳои лимфавии паси сифоқ, муолиҷаи ҷарроҳӣ, оризаҳои пасазҷарроҳӣ, зиндамонӣ.

УДК 616.381-002-022

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-88-93

А.Р. Сараев

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ НА ОСНОВЕ НОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино" Кафедра хирургических болезней №1