

ISSN: 3030-3877

AJCD
2024

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>



Annals of clinical disciplines



VOLUME 2, ISSUE 3/2

2025

ISSN 3030-3877

DOI Journal 10.26739/3030-3877

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

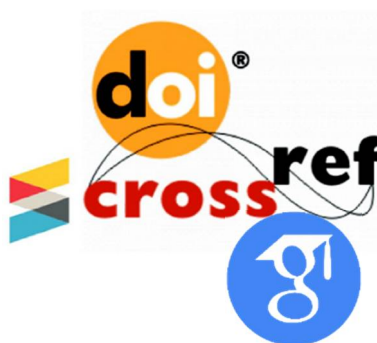
2 ЖИЛД, 3/2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 2, НОМЕР 3/2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 2, ISSUE 3/2



ТОШКЕНТ-2025

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№3/2 (2025) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2025-3/2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Sh. J. Teshayev

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharriri, Buxoro davlat tibbiyot instituti rektori, t.f.d., professor

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

D. A. Xasanova

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharrir o'rinbosari, Buxoro davlat tibbiyot instituti anatomiya va klinik anatomiya kafedrası professori, DSc

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

- **U.K. Abdullayeva** - “Klinik fanlar yilnomasi” jurnali mas'ul kotibi, Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va hospital terapiya, nefrologiya va gemodializ kafedrası dotsenti, DSc;
- **M.J. Sanoyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc
- **A.G. Gadayev** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **A.R. Obloqulov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **D.A. Nabiyeva** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 1-son fakultet va hospital terapiya, kasb kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Sh.T. O'roqov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti xirurgik kasalliklar kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **M.M. Karimov** - Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi “Gastroenterologiya” ilmiy laboratoriyasi boshlig'i, t.f.d., professor
- **N.U. Narzullayev** - Buxoro davlat tibbiyot instituti otorinolaringologiya kafedrası professori, DSc
- **G.N. Sobirova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi reabilitatsiya va jismoniy tarbiya kafedrası professori, t.f.d.
- **F.S. Raupov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar xirurgik kasalliklari kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **Sh.B. Axrorova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc.
- **V.R. Akramov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti travmatologiya va neyroxirurgiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **I.K. Sadulloyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar kasalliklari propedevtikasi va bolalar nevrologiyasi kafedrası mudiri, DSc, dotsent

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

- **G.J. Jarilkasimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti oilaviy shifokorlarni qayta tayyorlash kafedrası professori, DSc
- **U.S. Mamedov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti onkologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **A.A. Saidov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti ortopedik stomatologiya va ortodontiya kafedrası professori DSc
- **N.N. Karimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti 3-son akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **U.K. Qayumov** - tibbiyot xodimlarini kasbiy malakasini oshirish markazi ichki kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **M.E. Raximova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **R.I. To'raqulov** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **Ch.S. Pavlov** - I.M. Sechenov nomidagi birinchi Moskva davlat tibbiyot universiteti terapiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **L.B. Novikova** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **O.I. Letyayeva** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **I.V. Reverchuk** - I.Kant nomidagi Boltiq federal universiteti psixonevrologiya va psixosomatika kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Edip Gonullu** - Izmir Bakirchay universiteti anesteziya va reanimatsiya kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **Eva Lietto** - Italiya Campania universiteti “Luigi Vanvitelli”ning tarjima tibbiyot fanlari kafedrası mudiri, t.f.d., professor

Журнал включен в перечень ВАК национальных научных изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам постановлением № 369/6 от 5 апреля 2025 г.

© Page Maker | Верстка | Сахифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Исламов Х.Д.	
Анализ результатов лечения больных местнораспространенным раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения.....	6
2. Исламова М.С., Сабилов М.А., Абдуллаева Ч.А., Пулатова Г.П., Эшпулатов А.С.	
Влияние комплексной коррекции микробиоты препаратом «базана» на состав кишечной микрофлоры у пациентов с ожирением.....	13
3. Йитмасова Т.Д., Облокулов А.Р.	
Сил билан касалланган, вирусли гепатити бўлмаган беморларда даволаш фонида жигар фиброгенези маркерларининг динамикаси.....	19
4. Каландарова С.Х.	
Роль мелатонина в клиническом течении эпилепсии, ассоциированной со сном.....	25
5. Камалова М.К., Рахимов С.Ш.	
Оценка клинических результатов комплексного лечения детей с вторичными деформациями врождённых расщелин нёба.....	31
6. Камолов Ж.Р., Рахматова Д.Б.	
Юрак ишемик касаллигини башорат қилиш учун тўқлик ва очликда триглицеридларнинг оптимал чегара нукталари: юрак қон-томир хавфини ўрганиш.....	39
7. Кандова Ф.А., Хабибова Н.Н.	
Влияние гормональных изменений на состояние полости рта у женщин, планирующих беременность.....	46
8. Кариев А.В., Зокирхужаев Р.А.	
Мультифакторный анализ результатов Nd:YAG-капсулотомии у детей с вторичной катарактой.....	52
9. Каримов Қ.Р., Шодиева М.С.	
Морфологические изменения при язвенно-некротическом энтероколите.....	60
10. Курбанбаева Ф.К.	
Распространение стоматологических заболеваний у женщин фертильного возраста: систематический анализ.....	64
11. Курбаниязова А.З., Зарипова Д.Я.	
Пременопаузал даврдаги эндометрий гиперплазия муаммосига замонавий нигоҳ.....	71
12. Курбанов О.М., Джураев И.Б., Бабаназаров У.Т.	
Клиническая характеристика слизистой оболочки желудка у больных в тяжелом состоянии на искусственной вентиляции лёгких в условиях реанимации.....	77
13. Мавлонов Н.Х., Файзуллоев Т.Т.	
Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ва юрак ишемик касаллиги коморбидлиги: тарқалиши ва оғир асоратларининг хавф омиллари (адабиётлар шарҳи).....	87

14. **Маджидова Ё.Н. Рахмонов И.А., Азимова Н.М**
Оценка психического состояния мужчин с бесплодием.....94
15. **Манзитова В.Ф.**
Особенности клинического течения саркопении при метаболически ассоциированной жировой болезни печени.....103
16. **Матризаева Г.Н.**
Эффективность лечения взрослых пациентов с частичной беззубостью с использованием частичных съёмных протезов: мета-анализ.....111
17. **Мухамедов И.М., Эркинова Н.Р.**
Эпидемиологические особенности рака молочной железы.....118
18. **Назарова Л.А., Аблязов О.В., Усманханов О.А.**
Роль предоперационной мультиспиральной компьютерной томографии в повышении точности диагностики и эффективности хирургического лечения краниосиностоза у детей: результаты проспективного когортного исследования.....122
19. **Нуров У.И., Нурова Г.У.**
Морфологические особенности и клинические проявления экссудативных форм хронического риносинусита.....129
20. **Нурова Г.У.**
Характеристика клинического течения хронического риносинусита продуктивного типа.....133
21. **Пулатов Х.Х.**
Қон биокимёвий кўрсаткичларининг комплекс баҳолашдаги аҳамияти: 120 кунлик глюкоза, СРО ва А1-нордон гликопротеин мониторинги.....137
22. **Раимкулова Н.Р., Субханова З.С.**
Изучение взаимосвязи гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с респираторными заболеваниями.....142
23. **Раметова О.Р.**
Оценка методов лечения хронического катарального гингивита у детей: аналитическое исследование.....147
24. **Расулова Н.З.**
Гипертрофическая кардиомиопатия: стратегии редукции перегородки и послеоперационная реабилитация.....153
25. **Рахматова Д.Б., Камолов Ж.Р.**
Юрак ишемик касаллигини башорат қилиш учун тўқлик ва очликда триглицеридларнинг оптимал чегара нукталари: юрак қон-томир хавфини ўрганиш.....164
26. **Сагдуллаев Н.Н., Индияминов С.И.**
Механизм и морфология повреждений структуры головы у детей разных возрастных категорий при внутрисалонной автомобильной травме171

27. Саъдуллоева Р.С., Мирзоева М.Р.

Қандли диабет мавжуд COVID-19 аниқланган беморларда юқори нафас йўллари яллиғланиш касалликларининг клиник-диагностик тавсифи.....181

28. Сибиркина М.В.

Коморбидность при ревматоидном артрите: патогенетические аспекты и тактика ведения пациентов.....185

29. Ташматов С.А., Магруппов Б.А.

Роль современных методов нейровизуализации в нейрохирургии опухолей критически значимых зон мозга у детей.....189

30. Ўктамов И.Г., Нуоров У.И.

Сурункали йирингли ўрта отит кечишининг клиник-иммунологик хусусиятлари ва коррекция усуллари.....195

31. Хамидова Н.А.

Инструментально-диагностическая картина неврологических нарушений при ювенильном ревматоидном артрите.....198

32. Ходжиева Д.Т., Тешаева М.Қ.

Метаболик синдром фонида ишемик инсульт кузатилган аёллар уздг ўзгаришларнинг дастлабки ҳолати.....203

33. Ҳошимов Б.Л., Хатамов Р.И.

Респиратор дистресс синдромида муддатдан олдин туғилган чақалоқларда буйрак усти безининг морфологияси.....211

34. Цой М.Г.

Профилактика стоматологических заболеваний у беременных: мета-анализ современных подходов.....217

35. Шоназарова М.А., Ураков К.З.

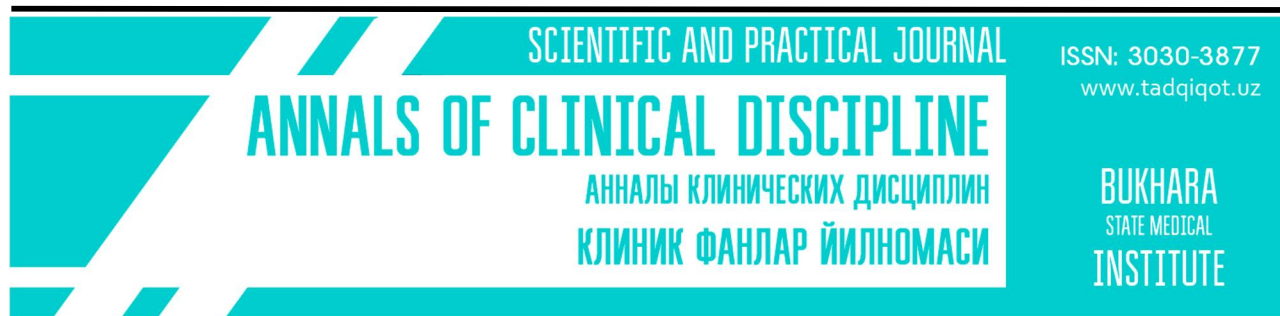
Клинико-кардиографические изменения у пациентов с острым лимфобластным лейкозом и методы их коррекции.....224

36. Эргашев Ж.Д., Якубов Р.Ф.

Результаты исследования использования искусственного интеллекта в диагностики заболевания околоносовых пазух.....230

37. Яхияёва С.А.

Эпидемический процесс при псевдотуберкулёзе: эпидемиология, клиника и диагностические аспекты.....234



УДК 616-006.66

Исламов Хуршид Жамшидович<https://orcid.org/0009-0008-6026-2025>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И
РЕКТОСИГМОИДНОГО СОЕДИНЕНИЯ** <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17444173>**АННОТАЦИЯ**

Данное исследование выполнено на базе колопроктологического отделения Республиканского медицинского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии г. Ташкент. Местнораспространенный рак ободочной кишки и ректосигмоидного соединения был выявлен у 196 пациентов: 123 мужчины (62,8%) и 73 женщины (37,2%). Все больные диагностированные колоректальным раком II-IV стадии получали хирургическое лечение в отделении колопроктологии Республиканского медицинского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии. Среди больных местнораспространенным раком прямой кишки значимое влияние на показатель общей выживаемости (ОВ) оказывает первичный размер опухоли по категории Т ($p=0,026$, 5-ти летняя ОВ при Т2 $66,7\pm 27,2\%$, Т3 - $65,8\pm 12,3\%$, Т4 - $20,8\pm 17,1\%$), ОР=3,575, $p=0,015$.

Ключевые слова: колоректальный рак, метастаз, лечение, общая выживаемость.**Islamov Khurshid Jamshidovich**Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology,
Tashkent, Uzbekistan**ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH
LOCALLY ADVANCED COLON CANCER AND RECTOSIGMOID JUNCTION****ANNOTATION**

This study was performed on the basis of the coloproctology department of the Republican Medical Specialized Scientific and Practical Center of Oncology and Radiology in Tashkent. Locally advanced colon and rectosigmoid junction cancer was detected in 196 patients: 123 men (62.8%) and 73 women (37.2%). All patients diagnosed with stage II-IV colorectal cancer received surgical treatment in the Department of Coloproctology of the Republican Medical Specialized Scientific and Practical Center of Oncology and Radiology. Among patients with locally advanced rectal cancer, the primary tumor size in the T category has a significant effect on the OS index ($p=0.026$, 5-year overall survival (OS) at T2 $66.7\pm 27.2\%$, T3 - $65.8\pm 12.3\%$, T4 - $20.8\pm 17.1\%$),

OS=3.575, p=0.015.

Key words: colorectal cancer, metastases, treatment, overall survival.

Исламов Хуршид Джамшидович

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт
маркази, Тошкент, Ўзбекистон

МАҲАЛЛИЙ ТАРҚАЛГАН ЙЎҒОН ИЧАК ВА РЕКТОСИГМОИД БИРИКМАСИ САРАТОНИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ ТАҲЛИЛИ

АННОТАЦИЯ

Ушбу тадқиқот Тошкент шаҳридаги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг колопроктология бўлими базасида амалга оширилган. Маҳаллий тарқалган йўғон ичак ва ректосигмоид бирикма саратони 196 беморда аниқланди: 123 эркак (62,8%) ва 73 аёл (37,2%). Барча колоректал рак (КРР) билан ташхисланган беморлар Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг колопроктология бўлимида жарроҳлик йўли билан. Маҳаллий тарқалган тўғри ичак саратони билан оғриган беморлар орасида Т тоифасидаги ўсманинг бирламчи ҳажми ($p=0,026$, 5 йиллик умумий яшовчанлик (УЯ) T_2 да $66,7\pm 27,2\%$, T_3 $65,8\pm 12,3\%$, T_4 - $20,8\pm 17,1\%$) УЯ=3,575, $p=0,015$).

Калит сўзлар: колоректал рак, метастаз, даволаш, умумий яшовчанлик.

Актуальность. В 2020 году колоректальным раком (КРР) заболели около 1,9 миллиона человек, умерло порядка 900 000, что сделало его вторым по смертности раком после рака легких [4]. Самая высокая заболеваемость в мире наблюдается в Северной Америке, Европе и Океании, но заболеваемость растет и в странах с переходной экономикой, в таких как Россия, Китая и Бразилии [1], что делает болезнь индикатором социально-экономического развитие. КРР поражает мужчин в большей степени, чем женщин. С глобальной заболеваемостью 23,4 на 100 000 мужского и 16,2 на 100 000 женского населения. КРР – это редко встречается в молодом возрасте (до 40 лет) заболевание, большинство случаев приходится на возрастную группу 70 лет и старше [3]. Однако имеются сообщения о росте заболеваемости в младших возрастных группах и о у молодых людей диагностируют более поздние опухоли, что указывает на настоящий рост заболеваемости, а не только следствие более раннего диагноза [2; 6].

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), то есть болезнь Крона и язвенный колит, увеличивают риск развития КРР. Пациенты с ВЗК находятся под колоноскопическим наблюдением, а уровень смертности от КРР у пациентов с ВЗК снижается.

Международное агентство по изучению рака и Американский институт исследований рака опубликовали отчет «Диета, питание, физическая активность и колоректальный рак в 2018 году», в котором они рассмотрели опубликованные исследования, касающиеся факторов образа жизни и КРР. Они заявляют, что потребление красного и обработанного мяса увеличивает риск развития колоректального рака, то же самое можно сказать и о приеме двух или более порций алкоголя в день. Кроме того, ожирение, а также более высокий рост увеличивают риск КРР [7]. Так же, курение сигарет увеличивает риск развития колоректального рака, более того доказано, что риск КРР ассоциированные с курением для прямой кишки, чем для ободочной [5].

Цель исследования. Усовершенствовать мультидисциплинарный подход для своевременной диагностики метастатического колоректального рака.

Материал и методы исследования. Данное исследование выполнено на базе колопроктологического отделения Республиканского медицинского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии г. Ташкент.

Местнораспространенный рак ободочной кишки и ректосигмоидного соединения был выявлен у 196 пациентов: 123 мужчины (62,8%) и 73 женщины (37,2%). Доля городских жителей составила 73,0% (143 пациента), сельских – 27,0% (53 пациента). Средний возраст пациентов составил $63,6 \pm 7,6$ года медиана – 64 года. Данная патология была отмечена у 51 пациента в возрасте до 40 лет, самый ранний возраст заболевания – 33 года, среди пациентов в возрасте 80 лет и старше – заболевание было выявлено у 4 (2,0%). Все пациенты получали хирургическое лечение в отделении колопроктологии Республиканского медицинского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии. В исследование не включались пациенты с первично-множественными синхронными/метахронными злокачественными новообразованиями, пациенты, получающие хирургическое лечение по поводу злокачественного новообразования колоректальной зоны в других лечебных учреждениях Республики Узбекистан.

Диагноз был установлен на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования, морфологического исследования опухолевого материала, данных инструментальных и лабораторных методов обследования. Адьювантное/неоадьювантное лечение пациенты получали в соответствии с действующими алгоритмами диагностики и лечения больных колоректальным раком утвержденных Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. Материалом исследования являлись: периферическая кровь больных, парафиновые блоки опухолевой ткани, свежемороженая опухолевая и нормальная ткани толстой кишки, изолированные циркулирующие опухолевые клетки.

При обработке первичных материалов исследования использовали программы IBM SPSS Statistics 23 (Stat Soft, США) и MedCalc 19.3.0 (MedCalc Software bv, США).

Оценку распределения величин и отличие от нормального распределения анализировали по критерию Шапиро-Уилка. При наличии нормального распределения показателей для оценки статистической значимости различий использовали критерий Стьюдента-Фишера, при отсутствии нормального распределения – критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования. III стадия заболевания была выявлена у 145 пациентов (74,0%), II – у 51 (26,0%). По степени дифференцировки выделены 1 степень у 16 пациентов (8,2%), 2 – у 119 (60,7%), 3 – у 61 (31,1%). По размеру первичного очага (категория T) более половины опухолей (59,2%) отнесены к T3 (116 пациентов), 38,8% (76 пациентов) – к T4, и лишь 2,0% (4 пациента) – к T2.

Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов было отмечено у 145 пациентов (73,0%): N1 – у 119 пациентов (60,7%), N2 – у 26 (13,3%).

Лимфоваскулярная инвазия была выявлена у 165 пациентов (84,2%), перинеуральная – у 78,1% (153 пациентов), АХТ была проведена 69 пациентам (35,2%)

Анализ результатов лечения производился на основе расчета показателей общей выживаемости.

Общая 1-летняя выживаемость в группе пациентов местнораспространенным раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения составила $96,9 \pm 1,3\%$, 3-летняя – $83,1 \pm 2,8\%$, 5-летняя – $70,8 \pm 3,7\%$. Медиана общей выживаемости в группе не достигнута, медиана наблюдения – 59,0 месяцев (95% ДИ 54,9-63,1 месяца).

Среди мужчин 1-летняя общая выживаемость составила $92,6 \pm 2,4\%$, 3-летняя – $83,7 \pm 3,4\%$, 5-летняя – $70,3 \pm 4,8\%$, среди женщин – 100%, $82,2 \pm 4,7\%$ и $71,5 \pm 6,1\%$ соответственно. Значимых различий в выживаемости мужчин и женщин не выявлено – $p=0,997$, $OR=1,004$.

Значимых различий в общей выживаемости среди городского и сельского населения также не выявлено ($p=0,561$), $OR=1,196$. Среди городских жителей 1-летняя выживаемость составила $96,4 \pm 1,6\%$, 3-летняя – $84,4 \pm 3,1\%$, 5-летняя – 70,1%, среди сельских – $98,1 \pm 1,9\%$, $79,8 \pm 5,7\%$ и $72,3 \pm 6,6\%$ соответственно.

Однолетняя общая выживаемость пациентов с поражением левого фланга ободочной кишки составила $99,0 \pm 1,0\%$, 3-летняя – $83,7 \pm 3,9\%$, 5-летняя – $73,3 \pm 5,1\%$, правого фланга – $94,7 \pm 2,3\%$, $82,5 \pm 4,0\%$ и $68,3 \pm 5,5\%$ соответственно.

Степень дифференцировки не оказала значимого влияния на показатель общей выживаемости ($p=0,166$), несмотря на то, что риск благоприятного исхода ($OR=1,6$) несколько выше для степени дифференцировки ($p=0,064$). При степени дифференцировки 1 однолетняя общая выживаемость составила 100%, 3-х и 5-тилетняя – $87,5\pm 8,3\%$, при степени дифференцировки 2 – $94,8\pm 2,1\%$, $82,8\pm 3,6\%$ и $75,2\pm 4,4\%$, при степени дифференцировки 3 – 100,0%, $82,8\pm 5,0\%$ и $59,0\pm 7,5\%$ соответственно.

При II стадии заболевания 1-летняя выживаемость составила $91,6\pm 4,0\%$, 3-летняя – $85,1\pm 5,2\%$, 5-летняя – $73,3\pm 6,6\%$, при III стадии – $98,6\pm 1,0\%$, $82,4\pm 3,3\%$ и $69,5\pm 4,9\%$ соответственно ($p=0,843$). Риск исхода ($OR=1,065$) не зависит от стадии заболевания.

При T2 однолетняя общая выживаемость составила 100%, 3-х и 5-тилетняя – $75,0\pm 21,7\%$, при T3 – $97,4\pm 1,5\%$, $86,3\pm 3,3\%$ и $69,1\pm 4,9\%$, при T4 – $95,9\pm 2,3\%$, $78,5\pm 5,0\%$ и $73,7\pm 5,7\%$ соответственно. Однофакторный анализ Кокса также не выявил значимого влияния на исход заболевания распространенности опухолевого процесса по категории T ($OR=0,992$).

При T2 однолетняя общая выживаемость составила 100%, 3-х и 5-тилетняя – $75,0\pm 21,7\%$, при T3 – $97,4\pm 1,5\%$, $86,3\pm 3,3\%$ и $69,1\pm 4,9\%$, при T4 – $95,9\pm 2,3\%$, $78,5\pm 5,0\%$ и $73,7\pm 5,7\%$ соответственно. Однофакторный анализ Кокса также не выявил значимого влияния на исход заболевания распространенности опухолевого процесса по категории T ($OR=0,992$).

Наличие лимфатической инвазии не значимо ухудшает прогноз выживаемости пациентов ($p=0,064$) и риск неблагоприятного исхода ($OR=2,539$, $p=0,074$). Среди пациентов без лимфатической инвазии 1-летняя общая выживаемость составила 100,0%, 3-летняя – $93,5\pm 4,4\%$, 5-летняя – $88,4\pm 6,5\%$; с лимфатической инвазией – $96,3\pm 1,5\%$, $81,2\pm 3,2\%$ и $67,5\pm 4,2\%$ соответственно.

Наличие перинеуральной инвазии ухудшает прогноз выживаемости пациентов ($p=0,049$), $OR=2,292$ ($p=0,057$). Среди пациентов без инвазии 1-летняя общая выживаемость составила $97,6\pm 2,4\%$, 3-летняя – $92,8\pm 4,0\%$, 5-летняя – $86,1\pm 5,9\%$; с перинеуральной инвазией – $96,7\pm 1,5\%$, $80,5\pm 3,3\%$ и $66,5\pm 4,6\%$ соответственно.

Благоприятным прогностическим фактором общей выживаемости является проведенная по показаниям АХТ ($p=0,008$), $OR=2,518$ ($p=0,011$). 1-летняя общая выживаемость, среди пациентов получивших АХТ составила $98,6\pm 1,4\%$, 3-летняя – $91,0\pm 3,5\%$, 5-летняя – $81,7\pm 5,6\%$; среди пациентов не получивших АХТ – $98,7\pm 1,3\%$, $74,5\pm 5,2\%$ и $57,8\pm 7,1\%$ соответственно.

Местнораспространенный рак прямой кишки был выявлен у 35 пациентов: 29 мужчин (82,9%) и 6 женщин (17,1%). Доля городских жителей составила 82,9% (29 пациентов), сельских – 17,1% (6 пациентов). Средний возраст пациентов составил $55,5\pm 11,7$ года медиана – 57 лет. Данная патология была отмечена у 4 пациентов в возрасте до 40 лет, диапазон возраста составил от 24 (1 пациент) до 69 лет (3 пациента).

У всех пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки была установлена III стадия заболевания. По степени дифференцировки выделены 1 степень у 2 пациентов (5,7%), 2 – у 25 (71,4%), 3 – у 8 (22,9%). По размеру первичного очага (категория T) более половины опухолей (65,7%) отнесены к T3 (23 пациента), 25,7% (9 пациентов) – к T4, 8,6% (3 пациента) – к T2.

Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов было отмечено у всех пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки: N1 – у 24 пациентов (68,6%), N2 – у 11 (31,4%).

Лимфоваскулярная инвазия была выявлена у 30 пациентов (85,7%), перинеуральная – у 80,0% (28 пациентов), АХТ получили 13 пациентов (37,1%).

Общая 1-летняя выживаемость в группе пациентов местнораспространенным раком прямой кишки составила $91,4\pm 4,7\%$, 3-летняя – $80,0\pm 6,8\%$, 5-летняя – $55,6\pm 10,0\%$. Медиана общей выживаемости в группе составила 63,0 месяцев, медиана наблюдения – 55,0 месяцев (95% ДИ 46,4-63,6 месяца).

Среди мужчин 1-летняя общая выживаемость составила $89,7 \pm 5,7\%$, 3-летняя – $82,8 \pm 7,0\%$, 5-летняя – $61,6 \pm 11,0\%$, среди женщин – 100% , $66,7 \pm 19,2\%$ и $25,0 \pm 20,4\%$ соответственно. Значимых различий в выживаемости не выявлено ($p=0,126$), $OR=0,642$ ($p=0,126$).

Значимых различий в общей выживаемости среди городского и сельского населения также не выявлено ($p=0,488$). Среди городских жителей 1-летняя выживаемость составила $89,7 \pm 5,7\%$, 3-летняя – $75,9 \pm 7,9\%$, 5-летняя – $53,8 \pm 11,4\%$, среди сельских – 100% , 100% и $66,7 \pm 19,2\%$ соответственно. OR составил $0,591$, $p=0,493$.

Степень дифференцировки не оказала значимого ($p=0,377$) влияния на показатель общей выживаемости. При степени дифференцировки опухоли 1 риск благоприятного исхода выше, чем при степени дифференцировки 3 ($OR=2,088$, $p=0,160$).

При T2 однолетняя общая выживаемость составила однолетняя общая выживаемость составила 100% , 3-х и 5-тилетняя – $66,7 \pm 27,2\%$, при T3 – $95,7 \pm 4,3\%$, $87,0 \pm 7,0\%$ и $65,8 \pm 12,3\%$, при T4 – $77,8 \pm 13,9\%$, $66,7 \pm 15,7\%$ и $20,8 \pm 17,1\%$ соответственно. С увеличением размера опухоли, категории T, риск смерти больного увеличивается ($OR=3,575$, $p=0,015$).

Однолетняя общая выживаемость пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки с поражением N1 составила $91,7 \pm 5,6\%$, 3-летняя – $75,0 \pm 8,8\%$, 5-ти летняя – $67,5 \pm 10,7\%$, при поражении N2 – $90,9 \pm 8,7\%$, $90,9 \pm 8,7$ и $34,6 \pm 17,6\%$ соответственно ($p=0,170$), $OR=2,052$, $p=0,179$.

Среди пациентов без лимфатической инвазии общая выживаемость составила $100,0\%$, с лимфатической инвазией: 1-летняя – $90,0 \pm 5,5\%$, 3-летняя – $76,7 \pm 7,7\%$ и 5-летняя – $49,6 \pm 10,8\%$ соответственно, $OR=2,619$.

Наличие периневральной инвазии не повлияло на показатели общей выживаемости, $OR=3,516$ ($p=0,226$), (рисунок 1).

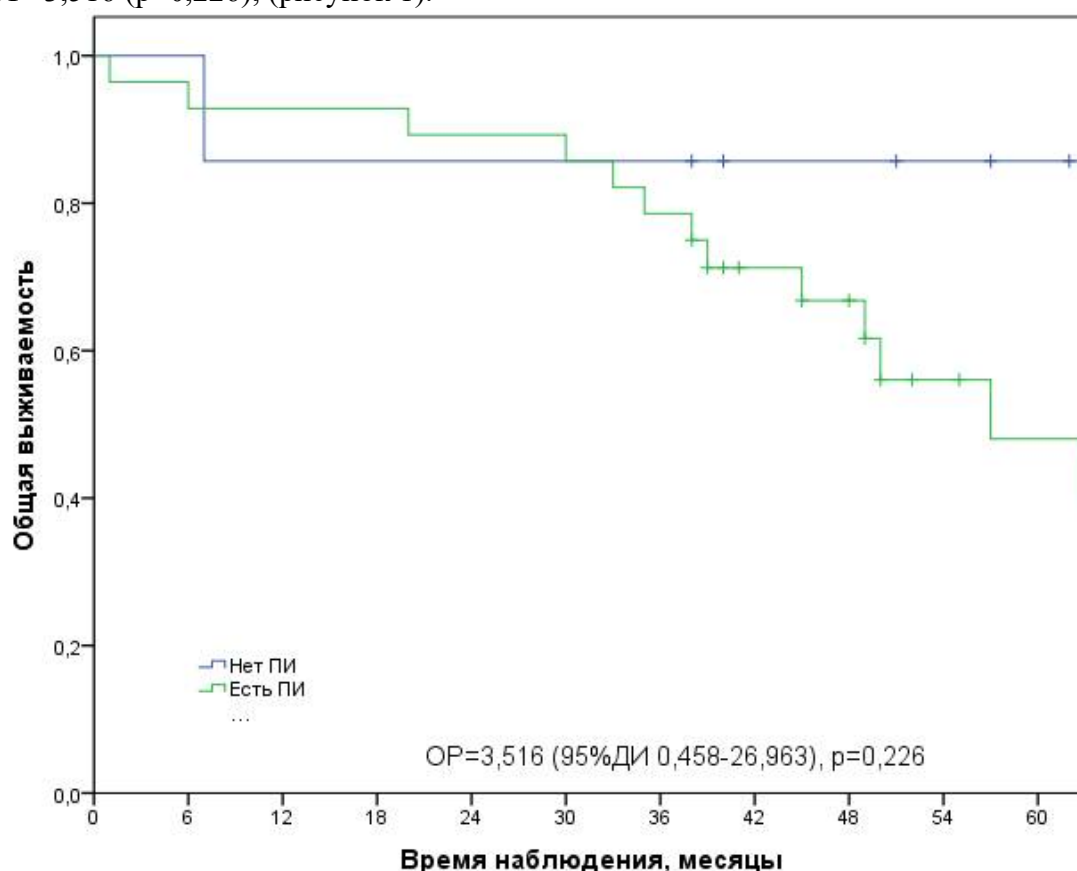


Рисунок 1. Общая выживаемость пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки в зависимости от наличия периневральной инвазии (ПИ)

Среди пациентов с раком прямой кишки получивших АХТ 1-летняя общая выживаемость, составила $100,0\%$, 3-летняя – $92,3 \pm 7,4\%$, 5-летняя – $76,2 \pm 12,1\%$; среди

пациентов не получивших АХТ – $86,4 \pm 7,3\%$, $72,7 \pm 9,5\%$ и $46,4 \pm 12,7\%$ соответственно, $OR=2,347$, $p=0,192$ (рисунок 2).

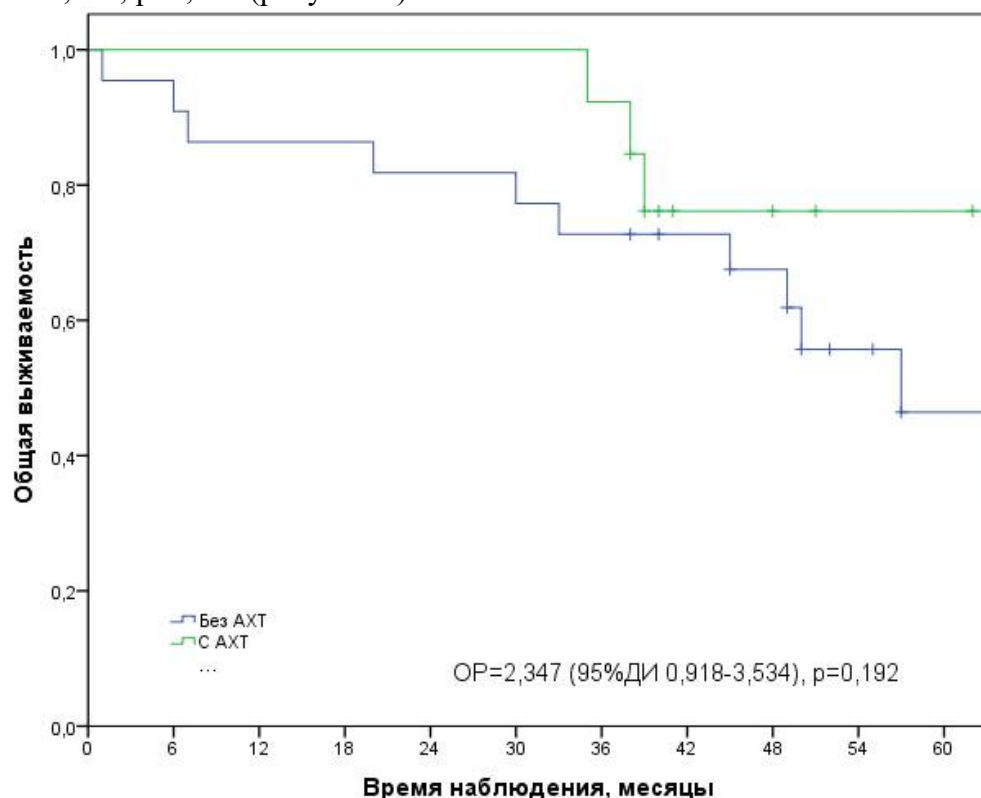


Рисунок 2. Общая выживаемость пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки в зависимости от АХТ

Выводы:

1. Местнораспространенный рак ободочной кишки и ректосигмоидного соединения был выявлен у 196 пациентов: 123 мужчины (62,8%) и 73 женщины (37,2%), рак прямой кишки: у 35 пациентов: 29 мужчин (82,9%) и 6 женщин (17,1%). Средний возраст пациентов с местнораспространенным раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения составил $63,6 \pm 7,6$ года, медиана – 64 года; прямой кишки – $55,5 \pm 11,7$ года, медиана – 57 лет.

2. Общая 5-летняя выживаемость в группе пациентов местнораспространенным раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения составила $70,8 \pm 3,7\%$. Медиана ОБ в группе не достигнута, медиана наблюдения – 59,0 месяцев (95% ДИ 54,9-63,1 месяца). Среди пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки 5-летняя ОБ составила $55,6 \pm 10,0\%$. Медиана ОБ в группе составила 63,0 месяцев, медиана наблюдения – 55,0 месяцев (95% ДИ 46,4-63,6 месяца).

3. Значимое влияние на ОБ больных с местнораспространенным раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения оказывают: периневральная инвазия ($p=0,049$, 5-летняя ОБ пациентов без ПИ – $86,1 \pm 5,9\%$, с ПИ – $66,5 \pm 4,6\%$), $OR=2,292$, $p=0,057$ и проведение курсов АХТ ($p=0,008$, 5-летняя ОБ пациентов без АХТ – $57,8 \pm 7,1\%$, с АХТ – $81,7 \pm 5,6\%$), $OR=2,518$, $p=0,011$. Среди больных местнораспространенным раком прямой кишки значимое влияние на показатель ОБ оказывает первичный размер опухоли по категории Т ($p=0,026$, 5-ти летняя ОБ при Т2 $66,7 \pm 27,2\%$, Т3 – $65,8 \pm 12,3\%$, Т4 – $20,8 \pm 17,1\%$), $OR=3,575$, $p=0,015$.

Список использованных литератур

1. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Gut 2017;66(4):683. doi: 10.1136/gutjnl-2015- 310912

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины

основан в 2024 году

Бухарским государственным
медицинским институтом

Выходит один раз в 3 месяца

Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт