



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (64) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (64)

2024

февраль

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616-006:616.345-071-08 (575.1)

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ

Ш.Ш. Кадиров^{1,3} <https://orcid.org/0000-0002-6783-5974>

Г.А. Хакимов^{1,3}, Г. Г. Хакимова^{1,2,3}, Х.И. Жуманиёзов^{1,3}, Ш. Г. Хакимова^{1,2}, Х.А. Салохиддинов^{1,3}.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт; Узбекистан, 100140, Ташкент, ул.Богишамол, 223 E.mail: interdep@tashpmi.uz

² Nano Medical Clinic; Узбекистан, 100069 Ташкент, ул.Чимбой 2А

³Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Узбекистан г. Ташкент, ул. Фароби, 383.

✓ Резюме

Цель. Изучить состояние онкологической помощи больным РТК в Ташкентском городском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (ТГФ РСНПМЦОиР).

Материал и методы: По данным ретро- и проспективного анализа с 2015 по 2022 г. в ТГФ РСНПМЦОиР лечение получили 250 больных раком толстой кишки. Из них II стадия 24% (n=61), III стадия 47% (n=117), IV стадия 29% (n=72). Средний возраст 59,2±9,9 лет. Преобладало поражение левых отделов кишечника (72,8% против 37,2%), независимо от стадии. Гистологически аденокарцинома - 97%. Из 250 больных 12,4% (n=31) получили комплексное лечение, 55,2% (n=138) комбинированное лечение, 32,4% (n=81) консервативное лечение. Хирургическое лечение выполнено у 58% (n=145), выведение колостомы у 6,4% (n=16), хирургическое лечение и наложение колостомы у 10% (n=25). 25,6% (n=64) остались без операции. Лучевую терапию проводили в 12% (n=30) в до- или послеоперационном режиме, что составило (8% (n=20) против 4% (n=10) соответственно). Таргетную терапию получили 10% (n=26). Химиотерапия проведена в 99% (n=248) случаях. Из них: неоадьювантная - 15,6% (n=39), послеоперационная - 36,4% (n=91), периоперационная - 16% (n=40), паллиативная - 31,2% (n=78).

Результаты: В структуре заболеваемости и смертности в Республике Узбекистан РТК занимает 5-е и 4-е место соответственно. За период наблюдения (в среднем 26,4±16,0 мес, от 1 до 75 мес, медиана 24,2 мес) смертность составила 145 (58,0%), частота прогрессирования — 220 (88,0%). Увеличение стадии ухудшало общую выживаемость (ОВ) и выживаемость без прогрессирования (ВБП). Двухлетняя ОВ для II, III и IV стадий составила 69,7% (медиана — 36,9 мес), 63,2% (медиана — 28,4 мес) и 21,9% (медиана — 16,9 мес), $p = 0,000001$ соответственно. 2-летняя ВБП для II, III и IV стадий составила 52,8% (медиана 25,0 мес), 30,3% (медиана 18,9 мес) и 3% (медиана 9,5 мес), $p = 0,00001$ соответственно.

Выводы: Анализ статистической информации показал, что РТК является одной из ведущих патологий в структуре онкологической заболеваемости и смертности в Узбекистане. Отмечается неуклонный рост заболеваемости и смертности от РТК. С учетом запущенности стадии при первичном выявлении опухоли вопросы диагностики РТК на ранних стадиях остаются актуальными, а лечение РТК требует соответствия мировым стандартам лечения данной патологии.

Ключевые слова: рак толстой кишки, общая выживаемость, выживаемость без прогрессирования.

RESULTS OF REAL CLINICAL PRACTICE OF COLON TREATMENT IN TASHKENT CITY

Sh.Sh. Kadirov^{1,3}, G.A. Khakimov^{1,2,3}, G. G. Khakimova^{1,2,3}, H.I. Jumaniyozov^{1,3},
Sh. G. Khakimova^{1,2,3}, .HA. Saloxiddinov^{1,3}

¹Tashkent Pediatric Medical Institute; Uzbekistan, 100140 Tashkent, Bogishamol street, 223
E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Nano Medical Clinic; Uzbekistan, 100069 Tashkent, Chimboy st. 2A

³Tashkent City Branch of the Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Oncology and Radiology Uzbekistan Tashkent, st. Farobi, 383.

✓ **Resume**

Aim: To study the state of oncology care for patients with CC in the Tashkent city branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (TCB RSSPMCOR).

Materials and methods: According to the retro- and prospective analysis, from 2015 to 2022, 250 patients with colon cancer received treatment at the TCB RSSPMCOR. Of these, stage II 24% (n=61), stage III 47% (n=117), stage IV 29% (n=72). The average age is 59.2 ± 9.9 years. The lesion of the left intestines prevailed (72.8% versus 37.2%), regardless of the stage. Histologically adenocarcinoma, G2 (97%). Of the 250 patients, 12.4% (n=31) received complex treatment, 55.2% (n=138) combined treatment, 32.4% (n=81) conservative treatment. Surgical treatment was performed in 58% (n=145), colostomy removal in 6.4% (n=16), surgical treatment and colostomy in 10% (n=25). 25.6% (n=64) remained without surgery. Radiation therapy was performed in 12% (n=30) in the pre- or postoperative regime, which amounted to (8% (n=20) vs. 4% (n=10), respectively). Targeted therapy was received by 10% (n=26). Chemotherapy was performed in 99% (n=248) cases. Of these: neoadjuvant - 15.6% (n=39), postoperative - 36.4% (n=91), perioperative - 16% (n=40), palliative - 31.2% (n=78).

Results: In the structure of morbidity and mortality in the Republic of Uzbekistan, CC ranks 5th and 4th, respectively. During the follow-up period (mean 26.4 ± 16.0 months, from 1 to 75 months, median 24.2 months), mortality was 145 (58.0%), progression rate was 220 (88.0%). Increasing the stage worsened overall survival (OS) and progression-free survival (PFS). Two-year OS for stages II, III and IV was 69.7% (median 36.9 months), 63.2% (median 28.4 months) and 21.9% (median 16.9 months), $p = 0.000001$ respectively. 2-year PFS for stages II, III and IV was 52.8% (median 25.0 months), 30.3% (median 18.9 months) and 3% (median 9.5 months), $p = 0, 00001$ respectively.

Conclusion: The analysis of statistical information showed that CC is one of the leading pathologies in the structure of oncology morbidity and mortality in Uzbekistan. There has been a steady increase in morbidity and mortality from CC. Taking into account the neglect of the stage at the initial detection of the tumor, the issues of diagnosing CC in the early stages remain relevant, and the treatment of CC requires compliance with international standards for the treatment of this pathology.

Key words: colon cancer, overall survival, progression-free survival.

**TOSHKENT SHAHRIDA YO'G'ON INTAK SARATONINI DAVOLASHDA HAQIQIY
KLINIK AMALIYOT NATIJALARI**

Sh.Sh. Kadirov^{1,3}, G.A. Khakimov^{1,2,3}, G. G. Khakimova^{1,2,3}, H.I. Jumaniyozov^{1,3},
Sh. G. Khakimova^{1,2,3}, .HA. Saloxiddinov^{1,3}

¹Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, Bog'ishamol ko'chasi 223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Nano tibbiyot klinikasi; O'zbekiston, 100069 Toshkent, Chimboy ko'chasi, 2A

³O'zbekiston ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Toshkent shahar filiali Toshkent sh. Forobiy, 383.

✓ **Rezyume**

Maqsad: Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining (THF RSNPMCORiR) Toshkent shahar filialida saraton kasalligiga chalingan bemorlarga onkologik yordam ko'rsatish holatini o'rganish.

Materiallar va usullar: Retro va istiqbolli tahlillarga ko'ra, 2015 yildan 2022 yilgacha THF RSNPMTSORiR da yo'g'on ichak saratoni bilan og'rigan 250 nafar bemor davolangan. Ulardan II bosqich 24% (n=61), III bosqich 47% (n=117), IV bosqich 29% (n=72). O'rtacha yoshi $59,2 \pm 9,9$ yil. Bosqichdan qat'i nazar, chap ichakning lezyonlari ustunlik qildi (72,8% ga nisbatan 37,2%). Gistologik jihatdan adenokarsinoma - 97%. 250 nafar bemordan 12,4% (n=31) kompleks davolash, 55,2% (n=138) aralash davolash, 32,4% (n=81) konservativ davo olgan.

Radiatsiya terapiyasi operatsiyadan oldin yoki keyin 12% (n = 30) da qo'llangan, bu mos ravishda (8% (n = 20) va 4% (n = 10)). 10% (n=26) maqsadli terapiya oldi. 99% (n=248) hollarda kimyoterapiya o'tkazildi. Ulardan: neoadjuvant - 15,6% (n=39), operatsiyadan keyingi - 36,4% (n=91), operatsiyadan keyingi - 16% (n=40), palliativ - 31,2% (n=78).

Natijalar: O'zbekiston Respublikasida kasallanish va o'lim ko'rsatkichlari strukturasi RTK mos ravishda 5 va 4-o'rinlarni egallab turibdi. Kuzatuv davrida (o'rtacha $26,4 \pm 16,0$ oy, diapazon 1 oydan 75

oygacha, o'rtacha 24,2 oy), o'lim darajasi 145 (58,0%), rivojlanish darajasi 220 (88,0%). Upstaging umumiy omon qolish (OS) va progressiv omon qolish (PFS) yomonlashdi. II, III va IV bosqichlar uchun ikki yillik OS mos ravishda 69,7% (o'rtacha 36,9 oy), 63,2% (o'rtacha 28,4 oy) va 21,9% (o'rtacha 16,9 oy), $p = 0,000001$. II, III va IV bosqichlar uchun 2 yillik PFS mos ravishda 52,8% (o'rtacha 25,0 oy), 30,3% (o'rtacha 18,9 oy) va 3% (o'rtacha 9,5 oy), $p = 0,00001$.

Xulosa: Statistik ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatdiki, O'zbekistonda saraton kasalligi va o'lim ko'rsatkichlari tarkibida RTC yetakchi patologiyalardan biri hisoblanadi. RTC dan kasallanish va o'limning barqaror o'sishi kuzatildi. O'simtani dastlabki aniqlashda ilg'or bosqichni hisobga olgan holda, saratonni erta bosqichlarda tashxislash masalalari dolzarbligicha qolmoqda va saratonni davolash ushbu patologiyani davolashning xalqaro standartlariga rioya qilishni talab qiladi.

Kalit so'zlar: yo'g'on ichak saratoni, umumiy omon qolish, progressiv omon qolish.

Актуальность

Рак толстой кишки (РТК) является второй ведущей причиной смерти и третьей наиболее распространенным злокачественным новообразованием (ЗНО), диагностируемым во всем мире. По данным GLOBOCAN в 2020г. было зарегистрировано 19 292 789 случаев РТК, смерть наступила у 9 958 133 пациентов [1]. В свою очередь, в общей структуре онкологической заболеваемости Узбекистана РТК занимает 5-е место, в структуре смертности – 4-е место и ежегодно регистрируется почти 25 тыс. новых случаев и более 14 тыс. случаев смерти от РТК. В Узбекистане на долю РТК приходится 6,7%. Наиболее часто в республике РТК заболевают люди в возрасте от 65 до 75 лет. Пятилетняя общая выживаемость составляет 34–35%. Стоит отметить, что показатель заболеваемости у мужчин составляет 5,3, а у женщин – 4,3 на 100 тыс. населения. Среди всех онкологических больных, состоящих на диспансерном учете, 5,2 % больных были с диагнозом РТК. Доля больных с запущенной стадией за последние 5 лет снизилась с 21,3 до 16,5%. В общей структуре онкологической смертности РТК занимает 4-е место с показателем 2,9 на 100 тыс. населения [2]. Исходя из прогнозов роста населения и увеличения продолжительности жизни, число новых случаев РТК за 20 лет возрастет с 1 931 590 случаев до 3 154 674 случаев в 2040г [3]. Как правило, стандартными способами лечения онкологических заболеваний являются лекарственная терапия, хирургическое и радиологическое лечение [4] или их комбинация [5]. Выбор лечения РТК следует мультимодальному подходу, который зависит от характеристик, таких как локализация, размер, стадия и общее состояния больного [6,7]. Хирургическое лечение является основным методом лечения больных раком толстой кишки [8,9,10]. В зависимости от стадии заболевания, до или после хирургического лечения рекомендована неоадьювантная и/или лучевая терапия [10]. РТК является одной из немногих опухолей, в лечении которых широко интегрировано активное хирургическое удаление метастазов (чаще легкие, печень) [11]. Выживаемость больных с нерезектабельным метастатическим РТК может быть увеличена с использованием системной химиотерапии с присоединением таргетной терапии с моноклональными антителами, антиEGFR и антиVEGF [11-13]. Несмотря на то, что за последние несколько лет доля больных с запущенными формами РТК значительно уменьшилась, показатель смертности от РТК в Узбекистане в 2022 г. остается высокой - 2,8 на 100 тыс. населения. Для обобщения данных и мониторинга результатов по лечению РТК в Узбекистане было предпринято настоящее исследование.

Цель исследования: Изучить состояние онкологической помощи больным РТК в Ташкентском городском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (ТГФ РСНПМЦОиР).

Материал и методы

По данным ретро- и проспективных данных за период с 2018 по 2022гг. в ТГФ РСНПМЦОиР обратились 330 больных раком толстой кишки. По разным причинам, 24,2% (n=80) больных не дошли до лечения. В исследование включены 250 больных РТК II-IV стадии (рис.1).



Рис 1. Формирование группы пациентов, включенных в исследование.

Основные критерии включения пациентов в исследование: возраст старше 18 лет, морфологическая верификация опухоли, все стадии заболевания, лечение в ТГФ РСНПМЦОиР.

Статистическая обработка результатов. Статистическая обработка материала и расчеты показателей проведены с использованием статистического пакета лицензионных программ Statistica для Windows v. 10 (однофакторный анализ, корреляционный анализ по Спирмену, описательная статистика, сравнения количественных показателей по Манну–Уитни, анализ Каплана–Майера) и SPSS v21 (многофакторный анализ). Категориальные переменные выражали в процентах и абсолютных значениях. Статистическую значимость различий между количественными показателями вычисляли по t-критерию Стьюдента по непараметрическим критериям Манна–Уитни и Вилкоксона. Для сравнения качественных параметров применяли точный критерий Фишера и χ^2 . Различия считали значимыми при $p < 0,05$ (допустимый уровень α -ошибки 5%). Основными конечными точками в данном исследовании были общая выживаемость (ОВ) и выживаемость без прогрессирования (ВБП). ОВ определяли, как время от момента постановки диагноза РТК до момента смерти пациента от любой причины либо до даты последнего контакта с больным. ВБП определяли, как время от начала лечения заболевания до прогрессирования или смерти. Показатели выживаемости рассчитывали из реальных данных о длительности жизни каждого больного на момент завершения исследования с использованием метода Каплана–Майера. Кривые выживаемости сравнивали с использованием *log-rank*-теста.

Результат и обсуждения

Характеристика больных. В исследование были включены 250 больных раком толстой кишки. Из них II стадия 24% (n=61), III стадия 47% (n=117), IV 29% (n=72). Медиана возраста пациентов составила 61 год (диапазон, 23 до 81 год), медиана наблюдения - 24,2 мес. (диапазон, 1 - 75 мес.). (Таблица 1)

Нашим пациентам было проведено комплексное лечение, включавшее в себя выполнение операции в сочетании с двумя дополнительными методами лечения (химиотерапии, лучевой терапии и в любых сочетаниях). Комбинированное лечение подразумевало выполнение 2-х принципиально разных методов лечения (например, хирургического и лучевого либо химиотерапевтического лечения) и консервативного с использованием лекарственных методов лечения при невозможности или отказе от хирургического лечения.

Таблица 1. Общая характеристика больных раком толстой кишки.

		Стадия заболевания						Всего	
		II		III		IV			
Число пациентов		61		117		72		250	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ECOG	1	22	36,1	37	31,6	11	15,3 (*p=0,005) (+p=0,009)	70	28,0
	2	39	63,9	78	66,7	53	73,6	170	68,0
	3	-	-	2	1,7	8	11,1 (*p=0,012) (+p=0,016)	10	4,0
Отдел толстой кишки	восходящая	7	11,5	16	13,7	9	12,5	32	12,8
	поперечно-ободочная	3	4,9	2	1,7	3	4,2	8	3,2
	нисходящая	4	6,6	8	6,8	7	9,7	19	7,6
	сигмовидная	21	34,4	44	37,6	17	23,6 (+p=0,032)	82	32,8
	прямая	24	39,3	44	37,6	27	37,5	95	38,0
	слепая	2	3,3	3	2,6	2	2,8	7	2,8
	сигмовидная + прямая	-	-	-	-	7	9,7 (*p=0,012) (+p=0,001)	7	2,8
прямая кишка	верхняя треть	14	58,3	16	36,4	16	47,1	46	45,1
	средняя треть	9	37,5	25	56,8	11	32,3	45	44,1
	нижняя треть	1	4,2	3	6,8	7	20,6	11	10,8
Сторона поражения (кроме прямой кишки)	справа	11	29,7	20	27,4	11	24,4	42	27,1
	слева	26	70,3	53	72,6	34	75,6	113	72,9
Гистология	аденокарцинома	58	95,1	112	95,7	72	100	242	96,8
	плоскоклеточный	3	4,9	4	3,4	-	-	7	2,8
	перстневидноклеточный	-	-	1	0,9	-	-	1	0,4
Степень дифференцировки, G	1	25	41,0	33	28,2	34	47,2 (+p=0,028)	92	36,8
	2	32	52,4	71	60,7	35	48,6	138	55,2
	3	4	6,6	13	11,1	3	4,2	20	8,0
ПМЗО		4	6,6	1	0,9	8	11,1 (+p=0,002)	13	5,2
Вид ПМЗО	Рак молочной железы	2	3,3	-	-	3	4,2	5	2,0
	Рак яичников	2	3,3	1	0,9	1	1,5	4	1,6
	Рак толстой кишки	-	-	-	-	2	2,8	2	0,8
	Рак желудка	-	-	-	-	2	2,8	2	2,8
Медиана возраста		62,2 [56,6;67,3]		60,3 [54,0;65,4]		60,7 [54,1;66,3]		60,7 [54,6;66,3]	
Медиана времени наблюдения		28,0±14,5		22,9±10,8 (*p=0,009)		16,8±12,9 (*p=0,000007) (+p=0,0006)		22,4±13,3	

*статистически значимые различия по сравнению со II стадией, $p < 0,05$

+статистически значимые различия по сравнению с III стадией, $p < 0,05$

Из 250 больных комплексное лечение получили 12,4% (n=31), комбинированное – 55,2% (n=138), консервативное – 32,4% (n=81). Комбинированный вариант лечения в меньшей

степени получили пациенты с метастатическим раком желудка в сравнении с локальными и местно-распространенными формами (36,1% против 70,5%, $p=0,0001$; 36,1% против 59,0%, $p=0,002$) (Таблица 2).

Таблица 2. Разновидности лечения больных раком толстой кишки.

	Группа						Всего	
	II стадии		III стадии		IV стадия			
Число пациентов	61		117		72		250	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Комплексное	6	9,8	12	10,3	13	18,1	31	12,4
Комбинированное	43	70,5	69	59,0	26	36,1 (*p=0,0001) (+p=0,002)	138	55,2
Консервативное	12	19,7	36	30,8	33	45,8 (*p=0,001) (+p=0,027)	81	32,4

*статистически значимые различия по сравнению со II стадией, $p<0,05$

+статистически значимые различия по сравнению с III стадией, $p<0,05$

При локализованных формах РТК пациентам проводили в основном комбинированное лечение 70,5% ($n=43$) при II стадии, 59% ($n=69$) при III стадии. Комплексное лечение проведено лишь у 10,1% ($n=18$) пациентов. У 27% ($n=48$) больных локализованным РТК хирургическое лечение не было выполнено. Таким образом, стандартные подходы были применены у 80,3% ($n=49$) при II стадии и 69,2% ($n=81$) при III стадии. Применение стандартных подходов позволило статистически значимо улучшить показатель ВБП ($p=0,025$).

При метастатическом РТК статистически значимо чаще чем при локальных формах РТК проводили консервативное лечение 45,8% ($n=33$), ($p=0,003$). А комбинированное лечение выполнено у 36,1% ($n=26$), что статистически значимо реже ($p=0,001$). Комплексное лечение выполнено у 18,1% ($n=13$) больных.

В нашем исследовании у 75% больных выполнялось хирургическое лечение в том или ином объеме. Среди радикальных операций преобладали право/левосторонние гемиколэктомии и резекции. При их невозможности вмешательства ограничивались формированием колостомы, что относилось к консервативному методу лечения. Хирургическое лечение выполнено 58% ($n=145$) больным раком толстой кишки, паллиативное выведение колостомы у 6,4% ($n=16$) больных, хирургическое лечение и колостома у 10% ($n=25$) соответственно. Хирургическое лечение не представлялось возможным 25,6% ($n=64$) больным.

Лучевая терапия проведена 12% ($n=30$) больным раком прямой кишки в пред- ($n=20$) или послеоперационном ($n=10$) режиме преимущественно при II и III стадиях. (11,4% ($n=7/61$) и 16,3% ($n=19/117$) соответственно). При IV стадии рака прямой кишки неoadъювантную ЛТ проводили значимо реже - 5,6% ($n=4/72$), ($p=0,022$).

В нашем исследовании химиотерапевтическое лечение было проведено 99% ($n=248$) больных. Из них: неoadъювантная -15,6% ($n=39$), адъювантная - 36,4% ($n=91$), где при II стадии - 59% ($n=36$), при III стадии - 47% ($n=55$); периоперационная 16% ($n=40$), самостоятельная 31,2% ($n=78$). Наиболее часто в Ташкенте используют дуплеты XELOX, FOLFOX-6, FOLFIRI. Пациентам назначали проведение 4-12 курсов химиотерапии в зависимости от стадии заболевания и переносимости лечения.

Терапия от 1 до 12 курсов таргетными препаратами проведена 26 пациентам, статистически значимо чаще больным с метастатическим РТК ($p=0,0006$; $p=0,00001$). (Таблица 3)

Таблица 3. Разновидности химиотерапии больных раком толстой кишки.

	Стадия заболевания						Всего	
	II		III		IV			
Число пациентов	61		117		72		250	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Неoadъювантная	1	1,6	1	0,9	37	51,4 (*p=0,00001) (+p=0,00001)	39	15,6
Адъювантная	36	59,0	55	47,0	-	- (*p=0,00001) (+p=0,00001)	91	36,4
Периоперационная	10	16,4	28	23,9	2	2,8 (*p=0,007) (+p=0,00001)	40	16,0
Паллиативная	12	19,7	33	28,2	33	45,8 (*p=0,001) (+p=0,011)	78	31,2
Таргетная терапия	3	4,9	4	3,4	19	26,4 (*p=0,00006) (+p=0,00001)	26	10,4

*статистически значимые различия по сравнению со II стадией, $p < 0,05$

+статистически значимые различия по сравнению с III стадией, $p < 0,05$

За время наблюдения (в среднем $26,4 \pm 16,0$ мес., от 1 до 75 мес., медиана 24,2 мес.) смертность составила 58,0% (n=145), частота прогрессирования – 88,0% (n=220). По мере увеличения стадии заболевания (II, III, IV) нарастает смертность составив 45,9% (n=28), 44,4% (n=52) и 90,3% (n=65) соответственно. Частота прогрессирования составила 85,3% (n=52), 84,6% (n=99) 95,8% (n=69) у пациентов с локальным, местно-распространенным и метастатическим раком толстой кишки.

Увеличение стадии ухудшало показатели общей выживаемости (ОВ) и выживаемости без прогрессирования (ВБП). 2-летняя ОВ для II, III и IV стадии составила 69,7%, 63,2% и 21,9% (медиана-16,9мес.), $p = 0,000001$ соответственно. 2-летняя ВБП для II, III и IV стадии составила 52,8%, 30,3% и 3% (медиана-9,5мес.), $p = 0,00001$ соответственно (рис. 2 а,б).

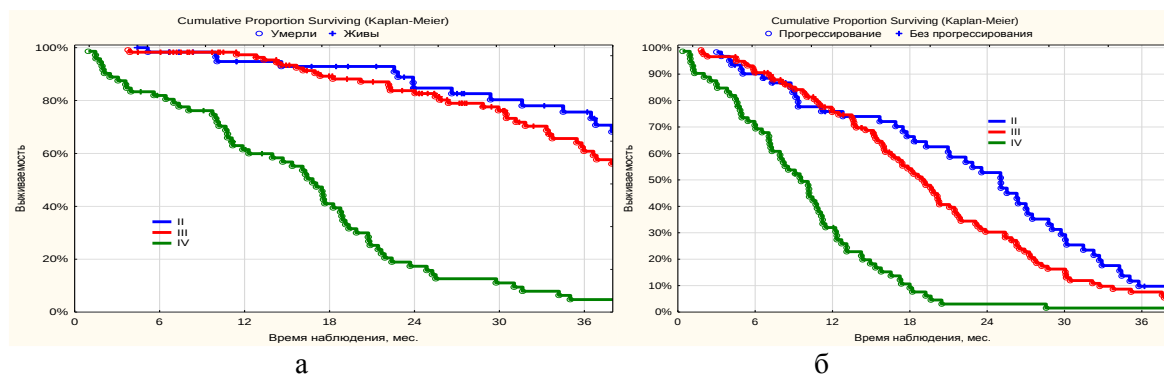


Рис 2. Показатели а) общей выживаемости б) выживаемости без прогрессирования в зависимости от стадии заболевания.

Обсуждение: В структуре общей онкологической заболеваемости Узбекистана лидирующие позиции занимают рак молочной железы (11,2%), желудка (5,7%), шейки матки (5,6%), легких (5,0%) и РТК (4,8%). При этом ведущими причинами онкологической смертности в Узбекистане являются ЗНО молочной железы (5,2%), желудка (4,0%), легких (3,4%) и РТК (2,9%) [14, 15]. В 2019 г. было зарегистрировано 1588 новых случаев РТК в Республике Узбекистан, в том числе 883 (55,6 %) случая у мужчин и 705 (44,4 %) случаев у женщин. В общей структуре онкологической заболеваемости РТК занимает 5-е место с показателем заболеваемости 4,8 на 100 тыс. населения. Стоит отметить, что в структуре заболеваемости среди мужского населения РТК занимает 3-е место с показателем заболеваемости 5,3 на 100 тыс. мужского населения, уступая только злокачественным новообразованиям легких и желудка, а среди женщин – 4-е место (4,3 на 100 тыс. женского населения) после ЗНО молочной железы, шейки матки и яичника. При изучении половозрастного показателя заболеваемости было выявлено, что до 70–74 лет отмечается постоянный рост заболеваемости РТК как у мужчин, так и у женщин [2]. В Узбекистане доля выявленных больных РТК на ранних стадиях неуклонно повышается, а число запущенных случаев снижается. Если в 2015 г. больных с I–II стадией было 28,1 %, то к 2019 г.

доля пациентов, у которых РТК был верифицирован на ранних стадиях, увеличилась до 43,5 % [2]. В ТГФ РСНПМЦОиР, одном из 12 онкологических центров страны по нашим данным за последние 5 лет доля пациентов с метастатическими формами составила 1/3 среди больных ЗНО толстой кишки. Наиболее часто в республике РТК заболевают люди в возрасте от 65 до 75 лет. Пятилетняя выживаемость за последние годы не имела значительных изменений и составляет 34–35%. Показатель смертности от РТК в 2019 г. составил 2,8 на 100 тыс. населения [2]. По данным SEER 5-летняя выживаемость (2012-2018гг.) больных РТК составляет 63%. 5 -летняя ОВ для больных II стадии - 91%, III стадии – 72%, IV стадии – 13% соответственно [16]. К сожалению, данные их 5 летней выживаемости гораздо лучше чем данные 3-х летней выживаемости ТГФ РСНПМЦОиР.

Исходя из вышеизложенного, увеличение продолжительности жизни онкологических больных и улучшение качества их жизни являются важнейшими задачами онкологической службы. В Узбекистане рекомендовано проведение последующих линий химиотерапии и таргетной терапии. Статистическая информация является основной для разработки противораковых мероприятий и мониторинга их результатов.

Выводы

Лечение рака толстой кишки в Узбекистане требует повышения грамотности населения в отношении возможности современных методов лечения в онкологии и соблюдения мировых стандартов лечения данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. // *CA Cancer J Clin* 2021;71:209–49. DOI: 10.3322/caac.21660
2. Тилляшайхов М.Н., Рахимов О.А., Адилходжаев А.А. и др.. Заболеваемость колоректальным раком в Узбекистане. // *Тазовая хирургия и онкология* 2022;12(2):11–6. DOI: 10.17650/2686-9594-2022- 12-2-11-16.
3. Xi Y, Xu P. Global colorectal cancer burden in 2020 and projections to 2040. // *Transl Oncol.* 2021 Oct;14(10):101174.
4. Blecher E., Chaney-Graves K., DeSantis C et al. Global cancer facts and figures. // American Cancer Society, Atlanta, GA, USA, 2011.
5. Samee A., Selvaseka R. CR: Current trends in staging rectal cancer. // *World J Gastroenterol.* 2011;17: 828-834.
6. Mármol I, Sánchez-de-Diego C, Pradilla Dieste A. et al. Colorectal carcinoma: A general overview and future perspectives in colorectal cancer. // *Int J Mol Sci.* 2017;18(197) [PubMed/NCBI View Article](#) : [Google Scholar](#)
7. Mohammadian M, Zeynali S, Azarbaijani AF et al. Cytotoxic effects of the newly-developed chemotherapeutic agents 17-AAG in combination with oxaliplatin and capecitabine in colorectal cancer cell lines. // *Res Pharm Sci.* 2017;12:517–525. [PubMed/NCBI View Article](#) : [Google Scholar](#)
8. Recio-Boiles A., Cagir B. Colon cancer. [Updated 2021 Jan. 25]. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island, FL, 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470380/>.
9. Mármol I, Sánchez-de-Diego C, Pradilla Dieste A et al. Colorectal carcinoma: A general overview and future perspectives in colorectal cancer. // *Int J Mol Sci.* 2017;18(197) [PubMed/NCBI View Article](#) : [Google Scholar](#)
10. Redondo-Blanco S, Fernández J, Gutiérrez-del-Río I et al. New insights toward colorectal cancer chemotherapy using natural bioactive compounds. // *Front Pharmacol.* 2017;8(109) [PubMed/NCBI View Article](#) : [Google Scholar](#)
11. Li M, Zhang N, Li M. Capecitabine treatment of HCT-15 colon cancer cells induces apoptosis via mitochondrial pathway. // *Trop J Pharm Res.* 2017;16:1529–1536.
12. Centelles JJ: General aspects of colorectal cancer. // *ISRN Oncol.* 2012(139268) [PubMed/NCBI View Article](#) : [Google Scholar](#)
13. Recio-Boiles A, Kashyap S, Tsois A and Babiker HM: Rectal Cancer. [Updated 2020 Dec. 17]. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island, FL, 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493202/>.
14. Государственные ведомственные отчетные формы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Форма No 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» за 2020 г. [State departmental reporting forms of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. Form No. 7 “Information on malignant diseases” for 2020. (In Russ.)].
15. Состояние онкологической помощи населению Республики Узбекистан в 2019 году. Под ред. М.Н. Тилляшайхова, Ш.Н. Ибрагимова, С.М. Джанклич. Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2020;176. [Situation with cancer care in the Republic of Uzbekistan in 2019. Ed by M.N. Tillyashaykhov, Sh.N. Ibragimov, S.M. Dzhanlich. Tashkent: IPTD “Uzbekistan”, 2020. 176 p. (In Russ.)].
16. seer.cancer.gov

Поступила 20.01.2024

