

**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИИ САРАТОНШИНОСӢ



**МАҶМУАИ МАВОДҲОИ АНҶУМАН: «ОНКОЛОГИЯ ВА РАДИОЛОГИЯИ
МУОСИР: ТАШХИСИ БАРВАҚӢ, ТИББИ ДАҚИҚ, РАДИОТЕРАПИЯИ
ПЕШРАФТА ВА ҲАМГИРОИИ ИЛМ БА АМАЛИЯИ МИЛЛИИ ТАНДУРУСТӢ»
*Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, 16 октябри 2026***



**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ СЪЕЗДА:
«СОВРЕМЕННАЯ ОНКОЛОГИЯ И РАДИОЛОГИЯ: РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА,
ПРЕЦИЗИОННАЯ МЕДИЦИНА, ПЕРЕДОВАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И
ИНТЕГРАЦИЯ НАУЧНЫХ ДОСТИЖЕНИЙ В НАЦИОНАЛЬНУЮ ПРАКТИКУ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» Республика Таджикистан, г.Душанбе, 16 октября 2026 года**

**COLLECTION OF MATERIALS OF THE CONGRESS: “MODERN ONCOLOGY AND
RADIOLOGY: EARLY DIAGNOSIS, PRECISION MEDICINE, ADVANCED
RADIOTHERAPY, AND THE INTEGRATION OF SCIENTIFIC ADVANCES INTO
NATIONAL HEALTHCARE PRACTICE”**

Republic of Tajikistan, city Dushanbe, 16 October 2026



ДУШАНБЕ - 2026



**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИИ САРАТОНШИНОСӢ**



**МАҶМУАИ МАВОДҲОИ СЪЕЗД: «ОНКОЛОГИЯ ВА РАДИОЛОГИЯИ МУОСИР:
ТАШХИСИ БАРВАҚТӢ, ТИББИ ДАҚИҚ, РАДИОТЕРАПИЯИ ПЕШРАФТА ВА
ҲАМГИРОИИ ИЛМ БА АМАЛИЯИ МИЛЛИИ ТАНДУРУСТӢ»
*Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, 16 октябри 2026***

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ СЪЕЗДА:
«СОВРЕМЕННАЯ ОНКОЛОГИЯ И РАДИОЛОГИЯ: РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА,
ПРЕЦИЗИОННАЯ МЕДИЦИНА, ПЕРЕДОВАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И
ИНТЕГРАЦИЯ НАУЧНЫХ ДОСТИЖЕНИЙ В НАЦИОНАЛЬНУЮ ПРАКТИКУ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» Республика Таджикистан, г.Душанбе, 16 октября 2026 года**

**COLLECTION OF MATERIALS OF THE CONGRESS: “MODERN ONCOLOGY AND
RADIOLOGY: EARLY DIAGNOSIS, PRECISION MEDICINE, ADVANCED
RADIOTHERAPY, AND THE INTEGRATION OF SCIENTIFIC ADVANCES INTO
NATIONAL HEALTHCARE PRACTICE”
*Republic of Tajikistan, city Dushanbe, 16 October 2026***

ДУШАНБЕ - 2026

ТКБ Р56я431(0)
ТДУ 616-006(063)
М-34

ЗЕРИ НАЗАРИ ВАЗИРИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
Абдуллозода Ҷамолиддин

Мураттибон:

*Муродзода Акбар Исмаилюлло, номзади илмҳои тиб,
Комилов Далер Рустамович, номзади илмҳои фалсафа, дотсент*

Ҳайати таҳририя:

Муродзода Акбар Исмаилюлло	Директори Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ»,
Сангинов Ҷумъабой Раҳматович	д.и.т., профессор, дорандаи ҷоизаи давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар соҳаи илм ва техника
Расулов Самеъ Раҳмонбердиевич	д.и.т., профессор, академики АБИ МО, мудири кафедраи онкологияи МДТ ДТБКСТ ҶТ
Умарзода Саида Ғайрат	Профессори кафедраи онкологияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, д.и.т.
Юлдошев Равшан Зоҳидович	Мудири кафедраи онкологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, д.и.т.
Мирзоева Дилором Сатторовна	д.и.т, корманди пешбари илмӣ МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ»
Комилов Далер Рустамович	н.и.ф., дотсент, мудири кафедраи ДБЗХТ ба номи Сотим Улуғзода
Барот Заробиддин Зайниддин	Муовини директор оид ба илм МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ» н.и.т.
Музаффарзода Матлуба Музаффар	Муовини директор оид ба корҳои таъбиқӣ, МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ», н.и.т.
Райҳонов Файзуло Худойназарович	Муовини директор оид ба корҳои ташкилию методӣ МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ»
Сайфиддинзода Мунфиза Бурҳонӣ	Мудири кафедраи рентгенология ва радиологияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, н.и.т.

Маҷмуаи мазкур фазои илмӣ онкология ва радиологияи муосирро майдони ҳамгироии дониш, технология, таҷрибаи клиникӣ ва масъулияти инсон муаррифӣ менамояд. Меҳвари асосии маводи съезде таъхиси барвақтии бемориҳои саратон, тибби дақиқ, радиотерапияи нешрафта ва таъбиқи дастовардҳои илмӣ ба амалияи тандурустӣ таъкил медиҳад.

Маводи пешниҳодишуда доираи васеи масъалаҳои онкологияро аз эпидемиология, таъхиси радиологӣ ва молекулавӣ генетикӣ то патоморфология, онкологияи кӯдакон, ҷарроҳии омосҳо, радиотерапия, тибби фардӣ, биопсияи моеъ ва истифодаи зеҳни сунъӣ фаро мегирад. Ин гуногунсамтӣ нишон медиҳад, ки мубориза бо саратон имрӯз низоми мураккаби ҳамкориҳои илмҳои клиникӣ, биологӣ, технологӣ ва гуманитарӣ мебошад.

Арзиши маҷмуа дар он аст, ки инсонро дар канори масъалаҳои клиникӣ, мавзӯҳои мероси биологӣ ва масъулияти байнинаслӣ, ахлоқи табиб дар ошкор намудани ҳақиқати беморӣ, ҳувият ва ояндаи инсон баъди табобати саратон, инчунин масъалаи сукути таъхисӣ дар шароите, ки имконияти дониш аз имконияти амали тиббии исботишуда неш мегузарад, матраҳ шудаанд.

Аз ин рӯ, маҷмуа саратонро масъалаи ҳаёт, вақт, интиҳоб, умед, шаъну шараф ва масъулияти инсон низ ба майдони андеша меорад. Илми саратоншиносӣ дар чунин фаҳмиш рисолати амиқтари он ҳифзи имконияти инсон барои идома додани зиндагии бошуурона ва шоиства мебошад.

Маҷмуа барои онкологҳо, радиологҳо, ҷарроҳон, патоморфологҳо, педиатрҳо, муҳаққиқони тибби молекулавӣ, мутахассисони технологияҳои рақамӣ, донишҷӯёну унвонҷӯён ва ҳамаи онҳое пешбинӣ шудааст, ки саломатии инсонро дар пайванди илм, ахлоқ ва масъулияти иҷтимоӣ меомӯзанд.

Дар онкологияи муосир ҳар таъхис шинохти дониш ва ҳар табобат ҳифзи ҳаққи инсон ба оянда мебошад.

Масъулияти илмӣ мақолаҳо пурра ба уҳдаи муаллифони вогузор мегардад. Андешаҳо ва ҳулосаҳои баёншуда, мавқеи шахсии муаллифони инъикос мекунанд.

Ответственность за научную достоверность и оригинальность содержания статей полностью возлагается на их авторов. Высказанные мнения и выводы отражают личную позицию авторов.

Responsibility for the scientific validity and originality of the content of the articles rests entirely with the authors. The views and conclusions expressed reflect the personal positions of the authors.

ISBN

©Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ, 2026

САРСУХАН
АНЧУМАНИ САРАТОНШИНОСОН ВА
РАДИОЛОГҲОИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Форуми аввалини илмӣ-амалии миллии мутахассисон дар соҳаи онкология, радиология,
ташҳиси нурӣ ва табобати нурӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон
16 октябри соли 2026
шаҳри Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

МАВЗҶИ АСОСИИ АНЧУМАН

«Онкология ва радиологияи муосир: таҳлили барвақтӣ, тиббии дақиқ, радиотерапияи пешрафта ва ҳамгироии илм ба амалияи миллии тандурустӣ».

Онкология ва радиологияи муосир дар марҳилаи сифатан нави таҳаввули илмӣ қарор доранд, ки хусусияти бунёдии онро гузариш аз модели нисбатан ҳаттии «таҳлили омӯш, тасдиқи морфологӣ, табобат» ба низоми бисёрсатҳа ва динамикии пешгирӣ, муайян намудани ҳавф, скрининг, таҳлили барвақт, таъсифи морфологӣ ва молекулавӣ, марҳилабандӣ, стратификацияи ҳавф, интиҳоби фардии табобат, мониторинги посух, барқарорсозӣ, назорати дарозмуддат ва ҳифзи сифати зиндагӣ ташкил медиҳад.

Дар чунин шароит омӯш бадсифат ҳамчун низоми биологии тағйирёбандае арзёбӣ мегардад, ки дар таҷассул ва пешрафти он геном ва эпигеном, микромӯҳити омӯш, гетерогении дохилиомӯш, механизмҳои иммунологӣ, равандҳои метаболикӣ, омилҳои ирсӣ, синну сол, бемориҳои ҳамроҳ ва хусусиятҳои инфиродии организми бемор ба ҳам таъсир мерасонанд.

Аз ҳамин сабаб, саратоншиносии асри XXI бе ҳамгироии онкологияи клиникӣ бо биологияи молекулавӣ, генетика, иммунология, радиология, физикаи тиббӣ, радиотерапия, ҷарроҳии онкологӣ, фармакологияи клиникӣ, эпидемиология, биостатистика, информатикаи тиббӣ ва таҳлили рақамии маълумот тасаввурнопазир мегардад.

Маводи пешниҳодшуда ба Анҷуман низ ҳамин тағйири инъикос менамояд. Дар он масъалаҳои таҳлили молекулавӣ, биопсияи моеъ, патоморфологияи рақамӣ ва зеҳни сунъӣ баррасӣ гардидаанд. Ҳамзамон, масъалаҳои молекулавӣ ва иммуногистохимиявии саратони ғадуди ширӣ, колоректалӣ ва дигар омӯшҳо ба таври мустақим ба рӯзномаи илмӣ ворид шудаанд. Аз ин рӯ, Анҷуман бояд платформаи илмӣ барои пайвастанӣ донишҳои гуногун ба як низоми ягонаи қабули қарорҳои онкологӣ арзёбӣ гардад.

35-СОЛАГИИ ИСТИҚЛОЛИ ДАВЛАТӢ ВА СИЁСАТИ ТАНДУРУСТӢ

Баргузори Анҷуман дар соли 35-солагии Истиқлоли давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои таҳлили рушди соҳаи тандурустӣ заминаи таърихӣ фароҳам меорад. Дар соли 2026 омодагӣ ба 35-солагии Истиқлоли давлатӣ дар сатҳи расмӣ бо навсозӣ ва таъминоти муассисаҳои иҷтимоӣ, аз ҷумла муассисаҳои тандурустӣ, пайваст карда шуда буданд. Дар машварати 12 июни соли 2026 ба тармим, навсозӣ ва таъминоти муассисаҳои тандурустӣ таваҷҷуҳи бештар таъкид шудааст.

Дар санадҳо ва суҳанронҳои расмӣ Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон соҳаи тандурустӣ ҳамчун яке аз самтҳои афзалиятноки сиёсати иҷтимоии давлат муайян шудааст. Аз ҷумла, дар суҳанронии расмӣ омадааст: **«Соҳаи тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли самти афзалиятноки сиёсати давлати Тоҷикистон ба ҳисоб рафта...»**

Ин муқарраротро аз мавқеи таҳлили сиёсати тандурустӣ метавон ҳамчун эътирофи саломатӣ ба сифати яке аз унсурҳои асосии сармояи инсонӣ арзёбӣ намуд. Дар чунин фаҳмиш сармоягузорӣ ба давомнокӣ ва сифати зиндагӣ, иқтисоди меҳнатӣ, устувории демографӣ ва имкониятҳои рушди ҷомеа мебошад. Дар Паёми Пешвои миллат таъкид шудааст: **«Зеро миллати солим таҳкурсии ҷомеаи солим мебошад».**

Ин тезис барои онкология аҳамияти махсус дорад, зеро саломатии аҳоли пешгирии омилҳои ҳавф, маърифати тиббӣ, ташкили скрининг, муайян намудани гурӯҳҳои ҳавфи баланд, дастрасии саривақтӣ ба таҳлис ва бартараф намудани монеаҳои ташкилию иҷтимоӣ ба хизматрасонии тиббӣ ҷузъи муҳими сиёсати зиддисаратонӣ мебошанд.

Дар суҳанрони Пешвои миллат мӯҳтарам Эмомалӣ Раҳмон ба муносибати Рӯзи кормандони соҳаи тандурустӣ дар соли 2026 низ чунин таъкид шудааст: «Саломатии аҳоли сарвати асосии давлат ва шартҳои муҳими пешрафти ҷомеа мебошад».

Маълумоти расмӣ соли 2025 нишон медиҳад, ки дар даҳ соли охир аз ҳамаи сарчашмаҳо 1300 иншооти тандурустӣ ба маблағи зиёда аз 5,3 миллиард сомонӣ сохта шуда, маблағгузори соҳа аз бучети давлатӣ аз 1 миллиарду 37 миллион сомонӣ дар соли 2015 ба 4 миллиарду 300 миллион сомонӣ дар соли 2025 расидааст.

Бо вуҷуди аҳамияти чунин нишондиҳандаҳои захиравӣ, аз мавқеи илмӣ арзёбии низоми тандурустӣ ҳаҷми маблағгузорӣ, шумораи иншоот ва таҷҳизот худ ба худ нишондиҳандаи ниҳони самаранокии клиникӣ нестанд. Марҳилаи минбаъдаи таҳлил бояд нишон диҳад, ки рушди инфрасохтор то кадом андоза ба ташҳиси барвақт, коҳиши таъхир дар ташҳис, беҳтар шудани дастрасии минтақавӣ, коҳиши оризаҳо, баланд шудани зиндамонӣ ва беҳтар гардидани сифати зиндагии беморон табдил меёбад.

Маҳз дар ҳамин гузариш аз «иктидори сохторӣ» ба «натичаи ҷеншавандаи клиникӣ» робитаи илмӣ 35 соли соҳибистиқлолӣ бо мавзӯи Анҷумани мазкур равшан мегардад.

НАВГОНИИ ТАШАККУЛИ АНҶУМАН

Дар мавриди Анҷуман истифодаи мафҳуми «навгонии илмӣ» бояд бо эҳтиёт сурат гирад, зеро навгонии илмӣ пеш аз ҳама хусусияти натиҷаҳои таҳқиқоти алоҳида мебошад. Аз ин рӯ, барои Форум дақиқтар мебошад, ки дар бораи навгонии ташаккули суҳан гуфта шавад.

Навгонии Анҷуман дар он ифода меёбад, ки масъалаҳои пешгирӣ, ташҳиси барвақт, морфология, онкологияи молекулавӣ, радиология, радиотерапия, ҷарроҳӣ, дорутерапия, барқарорсозӣ ва ёрии паллиативӣ ҳамчун унсурҳои як континууми ягонаи идоракунии бемории саратонӣ баррасӣ мешаванд.

Хусусияти дигари фарқкунандаи Анҷуман гузариш аз фаҳмиши танҳо анатомию гистологияи омос ба модели интегралӣ фенотипӣ, морфологӣ, молекулавӣ, радиологӣ, клиникӣ мебошад. Таҳқиқи BRCA1/2, HER2, механизмҳои таъмири ДНК, маркерҳои иммуногистохимиявӣ ва профилсозии молекулавӣ дар маводи пешниҳодшуда ин самти таҳаввулро нишон медиҳад. Маводи оид ба профилсозии молекулавии саратони сурхрӯда ва минтақаи кардиоэзофагеалӣ дар Тоҷикистон низ ба ҳамин мантиқ мувофиқ буда, масъалаи мутобик намудани тибби дақиқро ба хусусиятҳои популятсионӣ ва имкониятҳои клиникӣ муҳити миллӣ ба миён мегузорад.

Навгонии дигар дар ворид намудани онкологияи ба маълумот асосёфта ифода меёбад. Биопсияи моеъ, патоморфологияи рақамӣ, радиомика ва алгоритмҳои зехни сунъӣ тасаввуроти анъанавиро дар бораи манбаи маълумоти клиникӣ тағйир медиҳанд. Аммо технология дар ҳолате арзиши илмӣ ва клиникӣ пайдо мекунад, ки саҳеҳӣ, тақроршавандагӣ, қобилияти валидасияи беруна ва ғайраҳои воқеии он барои бемор исбот гардад.

МАҚСАДИ АСОСИИ АНҶУМАН

Мақсади асосии Анҷуман ташаккули ягонаи илмӣ-амалӣ барои таҳлили далелҳои муосири онкология ва радиология, муайян намудани масъалаҳои ҳалталаби соҳа, таҳкими робитаи байни таҳқиқот ва амалияи клиникӣ ва асоснок намудани самтҳои афзалиятноки рушди минбаъдаи ёрии онкологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад.

Ин мақсад маънои танҳо мубодилаи иттилоотро надорад. Анҷуман бояд фазое фароҳам оварад, ки дар он натиҷаҳои таҳқиқот аз ҷиҳати методологӣ арзёбӣ, маҳдудиятҳои онҳо муайян, таҷрибаҳои клиникӣ муқоиса, самтҳои мувофиқ барои таҳқиқоти муштарак муайян ва механизмҳои эҳтимолии татбиқи далелҳои илмӣ ба амалияи миллӣ муҳокима карда шаванд.

ВАЗИФАҲОИ АСОСИИ ИЛМӢ ВА АМАЛӢ

Барои расидан ба мақсади мазкур вазифаҳои Анҷуман ба чор гурӯҳи ба ҳам пайваست муттаҳид карда мешаванд:

Вазифаҳои ташҳисӣ ва пешгирикунанда: таҳлили масъалаҳои эпидемиология, омилҳои хавф, скрининг, ташҳиси барвақт, визуализатсияи муосир, морфология, иммуногистохимия ва ташҳиси молекулавӣ; муайян намудани имконият ва маҳдудиятҳои биомаркерҳо ва биопсияи моеъ.

Вазифаҳои терапевтӣ: муқоисаи усулҳои ҷарроҳӣ, дорутерапия ва радиотерапия, рушди муносибатҳои узвнигоҳдор ва каминвазивӣ, таҳлили имкониятҳои терапияи ҳадафманд, иммунотерапия ва дигар шаклҳои табобати фардисозишуда.

Вазифаҳои илмӣ-технологӣ: арзёбии радиомика, зеҳни сунӣ ва таҳлили маълумоти калон, рушди таҳқиқоти бисёрмарказӣ, регистрҳо, пойгоҳҳои маълумоти клиникӣ ва стандарткунонии ҷамъоварии маълумот.

Вазифаҳои ташкилӣ-транслятсионӣ: рушди қароргирии бисёрсоҳавӣ, тақмили оморасозии кадрҳо, таҳияи механизмҳои татбиқи натиҷаҳои бозғаймӣ илмӣ ба протоколҳо ва алгоритмҳои клиникӣ, инчунин арзёбии дастрасӣ, бехатарӣ ва самаранокии иқтисодии технологияҳои нав.

МЕТОДОЛОГИИ АНЧУМАН

Методологияи Форум маводи он тарҳҳои гуногуни илмӣ, таҳқиқоти эпидемиологӣ, клиникӣ, морфологӣ, ташхисӣ, муқоисавӣ, ретроспективӣ, проспективӣ ва ҳолатҳои клиникаро фаро мегирад. Аз ин рӯ, дурусттар аст, ки дар бораи платформаи методологӣ ва принсипҳои илмӣ Анчуман сухан гуфта шавад.

Равиши системавӣ

Саратон ҳамчун масъалаи як узв, як ихтисос ё як марҳилаи табобат баррасӣ намегардад. Самаранокии натиҷаи клиникӣ аз қори тамоми занҷира аз пешгирӣ ва роҳнамоии бемор то ташхис, табобат, назорат ва барқарорсозӣ вобаста аст.

Тибби исботкунанда

Ҳар натиҷа бояд бо дарназардошти тарҳи таҳқиқот, ҳаҷми интиҳоб, ҳатари ғаразнокӣ, нуқтаҳои ниҳони интиҳобшуда, аҳамияти омӯрӣ ва аҳамияти клиникӣ арзёбӣ шавад. Ҳаҷми таъсир, фосилаи эътимод, тақроршавандагӣ ва таъсир ба натиҷаҳои воқеии бемор бояд ҳамзамон таҳлил шаванд.

Онкологияи транслятсионӣ

Яке аз асосҳои методологияи Форум робитаи мутақобилаи «лаборатория - клиника - лаборатория» мебошад.

Роҳи оптималии татбиқи навоарӣ чунин фаҳмида мешавад:

кашфи илмӣ - санҷиши аналитикӣ - валидатсияи клиникӣ - арзёбии ғоидаи клиникӣ - протокол - татбиқ - мониторинги натиҷа - саволи нави илмӣ.

Ҳамин тартиб имкон медиҳад, ки технология аз сатҳи ҷолибияти назариявӣ ба сатҳи воситаи воқеан муфиди клиникӣ мегузарад.

Қароргирии бисёрсоҳавӣ

Бемори мураккаби онкологӣ набояд танҳо аз мавқеи як ихтисос арзёбӣ шавад. Қароргирии бисёрсоҳавӣ иштироки ҷарроҳи онколог, онкологи клиникӣ, радиотерапевт, радиолог, патоморфолог, мутахассиси лабораторӣ, физики тиббӣ ва дигар мутахассисони заруриро пешбинӣ менамояд.

Равиши бемормехварӣ

Маркази тамоми алгоритм бемор мебошад. Аз ин рӯ, натиҷаи табобат бо регрессияи омор маҳдуд намегардад; функцияи узв, дард, захрнокии табобат, қобилияти иҷтимоӣ, вазъи равонӣ, сифати зиндагӣ ва афзалиятҳои огоҳонаи бемор низ бояд ба арзёбӣ ворид карда шаванд.

СИФАТИ МАЪЛУМОТ ВА СТАНДАРТКУНОНӢ

Яке аз шартҳои рушди онкологияи муосир сифати маълумот мебошад. Маълумоти нопурра, тарзи гуногуни марҳилабандӣ, меъёрҳои номувофиқи морфологӣ ё фарқияти методҳои лабораторӣ метавонад муқоисаи натиҷаҳоро душвор гардонад.

Аз ин рӯ, яке аз самтҳои муҳим бояд стандарткунонии ташхиси морфологӣ ва молекулавӣ, назорати сифат дар марҳилаҳои пешазтаҳлилӣ, таҳлилӣ ва пасазтаҳлилӣ ва истифодаи меъёрҳои ягонаи сабти натиҷаҳо бошад.

Ин масъала барои биомаркерҳои дорои аҳамияти терапевтӣ, аз ҷумла HER2, BRCA1/2, механизмҳои таъмири ДНК ва дигар нишондиҳандаҳои молекулавӣ аҳамияти махсус дорад.

РЕГИСТРИ САРАТОН ВА ЭПИДЕМИОЛОГИЯИ ПОПУЛЯТСИОНӢ

Маводи маҷмуа аз таҳқиқоти гуногун ва популятсияҳои мухталиф иборат буда, барои мустақиман ҳисоб кардани сарбории умумимиллии саратон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон кофӣ нест.

Аз ин рӯ, аз маҷмуа набояд бе таҳлили алоҳида нишондиҳандаҳои миллии беморшавӣ, ғавт ё зиндамонӣ бароварда шаванд.

Ин маҳдудият худ масъалаи муҳимро ба миён мегузорад. Рушди низоми босифати сабти саратон, стандартизатсияи маълумоти популясионӣ ва пайгирии дарозмуддат барои таҳлили беморшавӣ, марҳилаи ташхис, натиҷаи табобат ва зиндамонӣ зарур мебошад.

Бе маълумоти популясионии босифат арзёбии самаранокии барномаҳои скринингӣ, тақсимои захираҳо ва муайян намудани афзалиятҳои сиёсати зиддисаратонӣ маҳдуд менамояд.

ТАШХИСИ БАРВАҚТ ВА ТИББИ ДАҚИҚ

Ташхиси барвақтӣ системаи муайян намудани аҳолии ҳадаф, арзёбии хавф, истифодаи тест ё усули визуализатсионӣ, тасдиқи ташхис ва роҳнамоии саривактӣ беморро фаро мегирад.

Дар бахши онкологияи қафаси сина масъалаҳои ташхиси ғайриинвазивӣ, скрининг ва биопсияи моеъ мавриди муҳокима қарор гирифтаанд.

Аммо барои ворид намудани ҳар тест ба барномаи скринингӣ махсусият, натиҷаҳои бардурӯғи мусбӣ ва манфӣ, таъсир ба ғавт, арзиши иқтисодӣ ва имконияти идора намудани беморони натиҷаи мусбатдошта бояд арзёбӣ шаванд.

Тибби дақиқ низ набояд танҳо бо гузаронидани озмоиши молекулавӣ баробар доништа шавад. Арзиши он дар он аст, ки натиҷаи молекулавӣ қарори клиниро тағйир дода, ба интиҳоби табобате оварда расонад, ки эҳтимоли ғайридаш барои бемори мушаххас бештар ва эҳтимоли зарараш камтар бошад.

РАДИОЛОГИЯ, РАДИОМИКА ВА ЗЕҲНИ СУНӢ

Радиология тадриҷан аз тасвиргирии танҳо анатомӣ ба таҳлили микдории тасвир мегузарад.

Маводи Анҷуман масъалаҳои истифодаи ТК, маммография, ташхиси саратони шуш ва истифодаи зехни сунӣ дар омодакунии топометрии беморони радиотерапия фаро мегирад.

Радиомика дар ташхиси омосҳои устухон низ ба рӯзномаи таҳқиқот ворид гардидааст.

Бо вучуди ин, истифодаи алгоритмҳои зехни сунӣ бояд бо талаботи қатъии илмӣ ҳамроҳ бошад. Дақиқии алгоритм дар як маҷмуаи маълумот кафолат наметавонад, ки он дар муассиса, минтақа ё популятсияи дигар ҳамон сатҳи қоршомиро нигоҳ медорад.

Аз ин рӯ, валидатсияи беруна, назорати ғаразнокии алгоритм, тағйирёбии тақсимои маълумот, шаффофияти модели қароргирий, ҳифзи маълумот ва назорати клиникии инсон бояд қисми ҷудонашавандаи арзёбии технологияҳои рақамӣ бошанд.

Зехни сунӣ бояд чун воситаи дастгир қарор гирад, на ҷойгузини масъулияти касбии табиб.

РАДИОТЕРАПИЯИ ПЕШРАФТА ВА КАФОЛАТИ СИФАТ

Радиотерапияи муосир бояд ҳамчун маҷмуи ягонаи ташхиси дақиқ, банақшагирий, топометрия, ҳисобкунии воя, расонидани беҳатари он ва назорати сифат фаҳмида шавад.

Технологияи радиотерапевтӣ бе физикаи тиббӣ, дозиметрия, санҷиши мунтазами таҷҳизот ва низоми кафолати сифат наметавонад самаранокии интизоршавандаро таъмин намояд.

Аз ин рӯ, ҳангоми муҳокимаи радиотерапияи пешрафта муҳим аст, ки омодагии кадрҳо, стандартҳои контуркунӣ, назорати сифат, амнияти радиатсионӣ ва мониторинги натиҷаҳо баррасӣ гарданд.

ҶАРРОҲИИ ОНКОЛОГӢ

Маводи Форум ҷарроҳии омосҳои минтақаи кардиоэзофагеалӣ, ҷарроҳии панкреатодуоденалӣ, реконструксияҳо, эндопротезгузорӣ, амалиёти узвниғохдор ва усулҳои каминвазивиро фаро мегирад.

Дар ҷарроҳии муосири онкологӣ радикализм набояд бо ҳаҷми максималии резексия баробар доништа шавад. Ҳадаф тавозуни асоснок байни назорати онкологӣ, амнияти бемор, ҳифзи функсия, қоҳиши ориза ва сифати зиндагӣ мебошад.

Аз ин рӯ, натиҷаи ҷарроҳӣ бояд бо маҷмуи нишондиҳандаҳои кӯтоҳмуддат ва дарозмуддат арзёбӣ шавад.

ОНКОПЕДИАТРИЯ, НЕЙРООНКОЛОГИЯ ВА ОНКОЛОГИЯИ ЗАНОН

Маводи онкопедиатрӣ доираи васеи масъалаҳо аз нейробластома ва лейкозҳои шадид то зертипозии медуллобластома, бемории боқимондаи ченшаванда, моделҳои органоидӣ ва биомаркерҳои навро фаро мегирад.

Дар нейроонкология таҳқиқи Ki-67, p53, ATRX ва мақоми IDH аз гузариш ба классификасияи интегралӣ морфологӣ-молекулавӣ шаҳодат медиҳад.

Маводи онкогинекологӣ масъалаҳои саратони гарданаки бачадон, тухмдон, омосҳои трофобластӣ ва дигар мушкilotи клиниро фаро мегирад.

Маммология низ намунаи равшани ҳамгироии ситология, морфология, ҷарроҳии органиҳои ҳаҷмӣ, реконструксия, арзёбии лимфедема ва биологияи молекулавӣ мебошад.

ЁРИИ ПАЛЛИАТИВӢ ВА ЗИНДАГИИ БАӢД АЗ ТАБОБАТ

Ёрии паллиативӣ ва назорати аломатҳо бояд аз мафҳуми танҳо марҳилаи ниҳонии беморӣ ҷудо карда шаванд. Дар онкологияи муосир назорати дард, дастгирии ғизӣ, идоракунии аломатҳо ва дастгирии раванӣ метавонанд ҳамзамон бо табобати зиддиомосӣ оғоз гарданд.

Маводи Анҷуман масъалаҳои табобати паллиативӣ, саркопения ва бедардсозиро низ дар бар мегирад.

Дар баробари ин, зиндагии баӢд аз анҷоми табобати саратон ё самти мустақил мебошад. Ҳамзамон назорати аз табобат ва ҳамроҳии шахсони бемории саратонро аз сар гузаронида як равиши мустақил ба шумор меравад, ки он назорати дерпайомадҳои табобат, хавфи рецидив, саломатии раванӣ, барқароршавии иҷтимоӣ, фаъолияти меҳнатӣ ва сифати зиндагиро фаро мегирад.

БИОЭТИКА ВА ҲИФЗИ ҲУҚУҚИ БЕМОРИ

Рушди тибби дақиқ ва технологияҳои рақамӣ масъалаҳои нави ахлоқӣ ва ҳуқуқиро ба миён меорад. Озмоиши генетикӣ метавонад дар бораи хавфи эҳтимолии ҳешовандони ӯ низ маълумот диҳад. Пойгоҳҳои рақамӣ ва алгоритмҳои зехни сунъӣ бошанд, коркарди ҳаҷми зиёди маълумоти шахсӣ ва тиббиро талаб мекунанд.

Аз ин рӯ, розигии огоҳона, махфияти маълумот, ҳифзи иттилооти генетикӣ, маҳдуд намудани дастрасӣ, истифодаи дуҷумдараҷаи маълумот, ҳуқуқи бемор ба иттилоъ ва ҳуқуқи ӯ ба рад намудани баъзе намудҳои таҳқиқот бояд қисми фарҳанги илмӣ онкология бошанд.

Биоэтика дар чунин шароит маҳдудкунандаи илм нест; он шартӣ эътимоди бемор ба илм мебошад.

БАРОБАРИИ ДАСТРАСӢ

Яке аз хавфҳои тибби технологӣ зиёд шудани фарқият байни гурӯҳҳои аҳоли ва минтақаҳо мебошад.

Агар ташҳиси молекулавӣ, радиотерапияи дақиқ ё табобати ҳадафманд танҳо барои қисми маҳдуди беморон дастрас бошад, пешрафти технологӣ метавонад ҳамзамон бо зиёд шудани нобаробарии тиббӣ сурат гирад.

Аз ин рӯ, ҳангоми арзёбии технологияи нав бояд саволҳои «барои кӣ дастрас аст?», «дар кадом минтақа?», «бо чӣ хароҷот?» ва «бо кадом низоми роҳнамоӣ?» низ гузошта шаванд.

ИҚТИСОДИЁТИ ТАНДУРУСТӢ ВА АРЗЁБИИ ТЕХНОЛОГИЯ

Қарори ворид намудани скрининг, дору, дастгоҳ ё ташҳиси молекулавӣ бояд ҳамзамон самаранокии клиникӣ, бехатарӣ, хароҷот, таъсир ба буҷет ва арзиши имкониятҳои аз дастрафтaro ба назар гирад.

Ин принсип махсусан барои онкология муҳим аст, зеро бисёр технологияҳои нав гаронарзиш мебошанд ва истифодаи васеи онҳо метавонад ба тақсмоти умумии захираҳо таъсир расонад.

Аз ин рӯ, арзёбии технологияҳои тиббӣ бояд ҳамчун пули байни далели клиникӣ ва қарори сиёсати тандурустӣ истифода шавад.

КАДРҲО ВА ИҚТИДОРИ ИЛМӢ

Технология бе мутахассиси омодашуда арзиши маҳдуд дорад. Рушди онкологияи дақиқ ба онкологҳои клиникӣ, ҷарроҳ, радиотерапевт, морфолог, генетик, биологҳои молекулавӣ, радиолог, физикҳои тиббӣ, мутахассиси лабораторӣ, биостатистик ва коршиносони маълумот ниёз дорад.

Аз ин рӯ, яке аз вазифаҳои стратегӣ бояд на танҳо харидории таҷҳизот, балки ташаккули иқтидори инсонӣ, омӯзиши пайваста, таҷрибаомӯзӣ, мубодилаи илмӣ ва ташаккули гурӯҳҳои устувори бисёрсоҳавӣ бошад.

НАТИҶАҲОИ ИНТИЗОРШАВАНДАИ АНҶУМАН

Натиҷаи Форум бояд бо анҷоми маърӯзаҳо маҳдуд нашавад. Аз нуқтаи назари илмӣ ва ташкилӣ интизор меравад, ки Анҷуман барои муайян намудани афзалиятҳои таҳқиқотии соҳа, ташаккули ҳамкориҳои бисёрмарказӣ, таҳкими муносибати бисёрсоҳавӣ, муайян намудани масъалаҳои стандарткунонӣ, рушди регистри онкологӣ ва ташкили лоиҳаҳои муштаракӣ илмию клиникӣ замина фароҳам оварад.

Меъёрҳои амалии муваффақияти чунин форум метавонанд оғози лоиҳаҳои муштарак, ташкили гурӯҳҳои корӣ, мувофиқа шудани самтҳои таҳқиқоти бисёрмарказӣ, таҳияи пешниҳодҳо барои алгоритмҳои клиникӣ, рушди пойгоҳҳои маълумот ва идомаи мунтазами мубодилаи илмӣ бошанд.

Аммо ин натиҷаҳо бояд пас аз анҷоми Форум ба таври воқеӣ ҳуҷҷатгузорӣ шаванд.

МАҲДУДИЯТҲОИ ТАҒСИРИ МАВОДИ АНҶУМАН

Маҷмуа дорои маводи аз ҷиҳати дизайн, ҳаҷми интиҳоб, сатҳи далел ва популятсияи таҳқиқшаванда гуногун мебошад. Аз ин рӯ, натиҷаи як таҳқиқоти якмарказӣ, силсилаи клиникӣ ё ҳолати алоҳида набояд ба таври автоматӣ ба тамоми аҳолии кишвар паҳн карда шавад. Маърӯзаи илмӣ бояд байни натиҷаи мушоҳидашуда, тағсири муаллиф ва ҳулосаи исботшуда фарқ гузорад.

Тамоми принсипи махсусан ҳангоми арзёбии технологияҳои нав, зехни сунъӣ, биомаркерҳо ва табобатҳои фардирошуда муҳим мебошад.

Ҳамин тариқ, Анҷумани саратоншиносон ва радиологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон бояд пеш аз ҳама фазои ҳамгироии далел, технология, таҷрибаи клиникӣ ва сиёсати тандурустӣ арзёбӣ бигирад.

Навгони он дар пайвастании марҳилаҳои гуногуни идоракунии бемории саратонӣ ва рушди тафаккури бисёрсоҳавӣ ифода меёбад.

Мақсади он ташаккули муҳите мебошад, ки дар он саволҳои муҳими илмӣ дақиқ гузошта, далелҳо интиқодӣ арзёбӣ ва роҳҳои мутобиқ намудани дониш ба шароити воқеии амалии миллӣ муайян карда мешаванд.

Методологияи он бошад, бояд ба тибби далелмехвар, онкологияи транслясионӣ, муносибати системавӣ, бемормехварӣ, биоэтика, арзёбии технология, сифати маълумот ва баробарии дастрасӣ таъя намояд.

Дар 35-солагии Истиқлоли давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон масъала барои соҳаи онкология саволи асли бештар ба марҳилаи оянда дахл дорад. Чӣ гуна иқтисодӣ сохтани ба ташхиси барвақттар, ташхиси морфологию молекулавӣ дақиқтар, радиотерапияи босифаттар, ҷарроҳии бехатартар, табобати фардитар ва натиҷаи бехтари бемор табдил дода шавад.

Меъёри асосӣ ин аст, ки илм то кадом андоза метавонад бемориро барвақттар ошкор бикунад, хавфро дақиқтар муайян намояд, табобатро асосноктар интиҳоб кунад, аз муҳолилаи нолозим ва токсикӣ пешгиришаванда бикӯҳад, назорати бемориро бехтар созад, умрро дароз намояд ва сифати зиндагии инсонро ҳифз кунад.

Дар ҳамин нуқта илм, клиника, технология, сиёсати тандурустӣ ва масъулияти касбӣ ба як меъёри ягона натиҷаи воқеии бемор пайваст мешаванд.

Ба маҳз чунин гузариш аз илм ба далел, аз далел ба қарор, аз қарор ба амал ва аз амал ба натиҷаи ченшавандаи клиникӣ метавонад аҳамияти дарозмуддати Анҷумани саратоншиносон ва радиологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон соли 2026-ро муайян намоянд.

Муродзода Акбар Исмаилов

Комилов Далер Рустамович

ПРЕДИСЛОВИЕ
СЪЕЗД ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
Первый национальный научно-практический форум специалистов в области онкологии,
радиологии, лучевой диагностики и лучевой терапии в Республике Таджикистан
16 октября 2026 года
город Душанбе, Республика Таджикистан

ОСНОВНАЯ ТЕМА СЪЕЗДА

«Современная онкология и радиология: ранняя диагностика, прецизионная медицина, передовая радиотерапия и интеграция науки в национальную практику здравоохранения».

Современные онкология и радиология находятся на качественно новом этапе научного развития, фундаментальной особенностью которого является переход от относительно линейной модели «диагностика опухоли - морфологическая верификация - лечение» к многоуровневой и динамической системе, включающей профилактику, оценку риска, скрининг, раннюю диагностику, морфологическую и молекулярную характеристику опухоли, стадирование, стратификацию риска, индивидуализированный выбор лечения, мониторинг ответа на терапию, реабилитацию, длительное наблюдение и сохранение качества жизни пациента.

В этих условиях злокачественная опухоль рассматривается как динамически изменяющаяся биологическая система, в формировании и прогрессировании которой взаимодействуют геном и эпигеном, опухолевое микроокружение, внутриопухолевая гетерогенность, иммунологические механизмы, метаболические процессы, наследственные факторы, возраст, сопутствующие заболевания и индивидуальные особенности организма пациента.

Именно поэтому онкология XXI века невозможна без интеграции клинической онкологии с молекулярной биологией, генетикой, иммунологией, радиологией, медицинской физикой, радиотерапией, хирургической онкологией, клинической фармакологией, эпидемиологией, биостатистикой, медицинской информатикой и цифровым анализом данных.

Материалы, представленные на Съезд, отражают эту смену научной парадигмы. В них рассматриваются вопросы молекулярной диагностики, жидкостной биопсии, цифровой патоморфологии и искусственного интеллекта. Одновременно молекулярные и иммуногистохимические аспекты рака молочной железы, колоректального рака и других злокачественных новообразований непосредственно включены в научную повестку Форума.

В связи с этим Съезд следует рассматривать как научную платформу для интеграции различных направлений знания в единую систему принятия клинических решений в онкологии.

35-ЛЕТИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ НЕЗАВИСИМОСТИ И ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Проведение Съезда в год 35-летия Государственной независимости Республики Таджикистан создаёт важный исторический и институциональный контекст для анализа развития национальной системы здравоохранения. В 2026 году подготовка к 35-летию Государственной независимости на государственном уровне была связана также с ремонтом, модернизацией и обеспечением учреждений образования и здравоохранения. На рабочем совещании 12 июня 2026 года было специально подчеркнуто необходимость усилить внимание к данным направлениям.

В официальных документах и выступлениях Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона здравоохранение последовательно определяется как одно из приоритетных направлений государственной социальной политики. В официальной русской версии Послания от 28 декабря 2023 года отмечено: «Сфера здравоохранения и социальной защиты населения является приоритетным направлением государственной политики Таджикистана».

С позиций анализа политики здравоохранения данное положение может рассматриваться как признание здоровья одним из ключевых компонентов человеческого капитала. В таком понимании инвестиции в здравоохранение являются инвестициями в продолжительность и качество жизни населения, трудовой потенциал, демографическую устойчивость и долгосрочное социально-экономическое развитие общества.

В Послании Президента Республики Таджикистан также подчёркивается положение о том, что здоровая нация является основой здорового общества.

Для онкологии этот принцип имеет особое значение, поскольку охрана здоровья населения предполагает не только лечение уже диагностированных заболеваний, но и профилактику факторов риска, повышение медицинской грамотности, организацию научно обоснованных программ скрининга, выявление групп высокого риска, своевременный доступ к диагностике и устранение организационных, территориальных и социальных барьеров к получению медицинской помощи.

В выступлении по случаю Дня работников здравоохранения в 2026 году Президент Республики Таджикистан вновь подчеркнул, что здоровье населения является главным богатством государства и важным условием прогресса общества. Здесь и далее данная формулировка приводится как перевод официального таджикского текста, поскольку отдельная официальная русская версия именно этой фразы при проведённой проверке не была обнаружена.

Официальные данные свидетельствуют, что за десятилетие в стране за счёт всех источников финансирования было построено и введено в эксплуатацию 1300 объектов здравоохранения на сумму свыше 5,3 млрд сомони, а финансирование отрасли из государственного бюджета увеличилось с 1,037 млрд сомони в 2015 году до 4,3 млрд сомони в 2025 году.

Вместе с тем с позиций научной оценки системы здравоохранения объём финансирования, количество объектов и объём технического оснащения сами по себе не являются конечными показателями клинической эффективности. Следующий уровень анализа должен определять, в какой мере развитие инфраструктуры трансформируется в более раннее выявление заболеваний, сокращение диагностических задержек, повышение территориальной доступности, снижение частоты осложнений, улучшение выживаемости и повышение качества жизни пациентов.

Именно в переходе от структурного потенциала к измеримым клиническим исходам формируется научная связь между тридцатипятилетним периодом Государственной независимости и тематикой настоящего Съезда.

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ И НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ НОВИЗНА СЪЕЗДА

Понятие «научная новизна» применительно к Съезду требует методологической точности, поскольку собственно научная новизна прежде всего характеризует результаты конкретных исследований. Поэтому в отношении Форума более корректно говорить о его концептуальной и научно-организационной новизне.

Концептуальная новизна Съезда заключается в том, что профилактика, ранняя диагностика, морфология, молекулярная онкология, радиология, радиотерапия, хирургическая онкология, системная противоопухолевая терапия, реабилитация, паллиативная помощь и наблюдение после завершения лечения рассматриваются не как изолированные направления, а как взаимосвязанные элементы единого континуума ведения онкологического пациента.

Другой отличительной особенностью является переход от исключительно анатомического и гистологического понимания опухоли к интегрированной фенотипической, морфологической, молекулярной, радиологической и клинической модели. Исследования BRCA1/2, HER2, механизмов репарации ДНК, иммуногистохимических маркеров и молекулярного профилирования отражают этот вектор развития.

Материалы по молекулярному профилированию рака пищевода и кардиоэзофагеальной зоны в Таджикистане также соответствуют данной логике и ставят вопрос об адаптации прецизионной онкологии к популяционным особенностям и реальным возможностям национальной клинической практики.

Ещё одним важным направлением является развитие онкологии, основанной на данных. Жидкостная биопсия, цифровая патоморфология, радиомика и алгоритмы искусственного интеллекта расширяют традиционные источники клинической информации. Однако любая технология приобретает научную и клиническую ценность лишь тогда, когда доказаны её аналитическая точность, воспроизводимость, внешняя валидность и клиническая полезность.

ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ СЪЕЗДА

Основной целью Съезда является формирование единой научно-практической платформы для критического анализа современных данных в области онкологии и радиологии, выявления нерешённых проблем отрасли, укрепления связи между научными исследованиями и клинической практикой, а также научного обоснования приоритетных направлений дальнейшего развития онкологической помощи в Республике Таджикистан.

Данная цель не ограничивается обменом информацией. Съезд должен формировать среду, в которой результаты исследований оцениваются с методологических позиций, выявляются их ограничения, сопоставляются клинические подходы, определяются перспективные направления совместных исследований и обсуждаются механизмы внедрения надёжных научных данных в национальную клиническую практику.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задачи Съезда объединяются в четыре взаимосвязанных блока.

Диагностические и профилактические задачи: анализ эпидемиологии, факторов риска, скрининга, ранней диагностики, современных методов медицинской визуализации, морфологии, иммуногистохимии и молекулярной диагностики; оценка возможностей и ограничений биомаркеров и жидкостной биопсии.

Терапевтические задачи: анализ и сопоставление хирургического лечения, системной противоопухолевой терапии и радиотерапии; развитие органосохраняющих и малоинвазивных подходов; оценка возможностей таргетной терапии, иммунотерапии и других форм персонализированного лечения.

Научно-технологические задачи: оценка радиомики, искусственного интеллекта и анализа больших массивов данных; развитие многоцентровых исследований, онкологических регистров, клинических баз данных и стандартизированных систем сбора информации.

Организационно-трансляционные задачи: развитие мультидисциплинарного принятия решений, совершенствование подготовки кадров, разработка механизмов внедрения надёжных научных результатов в клинические протоколы и алгоритмы, а также оценка доступности, безопасности, клинической и экономической эффективности новых технологий.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ПЛАТФОРМА СЪЕЗДА

Материалы Форума представлены различными дизайнами исследований — эпидемиологическими, клиническими, морфологическими, диагностическими, сравнительными, ретроспективными, проспективными, а также клиническими наблюдениями. Поэтому применительно к Съезду корректнее говорить не об одной методике, а о его методологической платформе и совокупности научных принципов.

Системный подход

Онкологическое заболевание не рассматривается как проблема одного органа, одной медицинской специальности или одного этапа лечения. Клинический исход зависит от функционирования всей цепочки помощи от профилактики и маршрутизации пациента до диагностики, лечения, наблюдения, реабилитации и поддерживающей помощи.

Доказательная медицина

Каждый научный результат должен оцениваться с учётом дизайна исследования, объёма выборки, риска систематической ошибки, выбранных конечных точек, величины эффекта, доверительных интервалов, статистической и клинической значимости, воспроизводимости и применимости результатов.

Статистическая значимость не должна автоматически отождествляться с клинической значимостью.

Трансляционная онкология

Одной из методологических основ Форума является двусторонняя связь:

лаборатория - клиника - лаборатория.

Оптимальная последовательность трансляции инноваций может быть представлена следующим образом:

научное открытие - аналитическая валидация - клиническая валидация - оценка клинической полезности - клинический протокол - внедрение - мониторинг исходов - формулирование нового научного вопроса.

Такой подход позволяет отличать перспективную технологию от технологии с доказанной клинической ценностью.

Мультидисциплинарное принятие решений

Сложный онкологический пациент не должен оцениваться исключительно с позиции одной специальности. Мультидисциплинарное принятие решений предполагает участие хирургического онколога, клинического онколога, радиотерапевта, радиолога, патоморфолога, специалиста лабораторной диагностики, медицинского физика и других специалистов в зависимости от клинической ситуации.

Пациентоцентричный подход

В центре клинического алгоритма находится пациент. Поэтому оценка эффективности лечения не должна ограничиваться регрессией опухоли. Необходимо учитывать функцию органов, болевой синдром, токсичность лечения, функциональный статус, психологическое состояние, социальную активность, качество жизни и информированные предпочтения пациента.

КАЧЕСТВО ДАННЫХ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ

Качество данных является одним из фундаментальных условий современной онкологии. Неполнота информации, различия в стадировании, несогласованные морфологические критерии или неодинаковые лабораторные методики ограничивают сопоставимость результатов.

В связи с этим необходимо развитие стандартизации морфологической и молекулярной диагностики, контроля качества на преаналитическом, аналитическом и постаналитическом этапах, а также унифицированных правил регистрации результатов.

Особое значение это имеет для биомаркеров, определяющих терапевтическую тактику, включая HER2, BRCA1/2, нарушения механизмов репарации ДНК и другие молекулярные показатели.

ПОПУЛЯЦИОННЫЙ КАНЦЕР-РЕГИСТР И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Материалы сборника включают исследования различных дизайнов и разных популяций и поэтому сами по себе не позволяют рассчитывать общенациональное бремя злокачественных новообразований в Республике Таджикистан.

На их основании без специального популяционного анализа не следует выводить национальные показатели заболеваемости, смертности или выживаемости.

Данное ограничение подчёркивает необходимость развития качественного популяционного канцер-регистра, стандартизированного сбора данных и долгосрочного наблюдения для анализа заболеваемости, распределения стадий, результатов лечения и выживаемости.

Без качественных популяционных данных возможности объективной оценки скрининговых программ, планирования ресурсов и определения приоритетов противораковой политики остаются ограниченными.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРЕЦИЗИОННАЯ МЕДИЦИНА

Ранняя диагностика представляет собой систему, включающую определение целевой популяции, оценку риска, применение соответствующего теста или метода визуализации, подтверждение диагноза и своевременную маршрутизацию пациента.

При включении любого теста в скрининговую программу должны оцениваться не только его чувствительность, но и специфичность, частота ложноположительных и ложноотрицательных результатов, влияние на клинически значимые исходы, экономические последствия и возможности последующего ведения пациентов.

Прецизионная медицина также не должна отождествляться исключительно с проведением молекулярного исследования. Её клиническая ценность определяется тем, изменяет ли полученный молекулярный результат тактику ведения пациента и способствует ли выбору лечения с более высокой вероятностью пользы и меньшей вероятностью вреда для конкретного пациента.

РАДИОЛОГИЯ, РАДИОМИКА И ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ

Современная радиология постепенно развивается от преимущественно анатомической визуализации к количественному анализу медицинских изображений.

Научная программа Съезда включает компьютерную томографию, маммографию, диагностику рака лёгкого, радиомикру и применение искусственного интеллекта при радиотерапевтической симуляции и планировании лечения.

Применение алгоритмов искусственного интеллекта должно сопровождаться строгой научной оценкой. Высокая точность алгоритма на одном наборе данных не гарантирует сохранения аналогичной эффективности в другом учреждении, регионе или популяции.

Поэтому внешняя валидация, контроль алгоритмической предвзятости, оценка смещения распределения данных, прозрачность процесса принятия решения, защита медицинской информации и клинический контроль со стороны специалиста должны являться обязательными компонентами оценки цифровых технологий.

Искусственный интеллект должен рассматриваться как инструмент поддержки клинического решения, а не как замена профессиональной ответственности врача.

ПЕРЕДОВАЯ РАДИОТЕРАПИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА

Современная радиотерапия представляет собой единую технологическую и клиническую систему, включающую точную диагностику, симуляцию, планирование лечения, контурирование мишени и органов риска, дозиметрический расчёт, безопасное подведение дозы и комплексное обеспечение качества.

Радиотерапевтическая технология без развитой медицинской физики, клинической дозиметрии, регулярного контроля оборудования и системы обеспечения качества не может обеспечивать ожидаемый уровень безопасности и эффективности.

Поэтому обсуждение передовой радиотерапии должно включать подготовку кадров, стандартизацию контурирования, обеспечение качества, радиационную безопасность и систематический мониторинг клинических исходов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

Материалы Форума охватывают хирургическое лечение опухолей кардиоэзофагеальной зоны, панкреатодуоденальную хирургию, реконструктивные вмешательства, эндопротезирование, органосохраняющие операции и малоинвазивные технологии.

В современной хирургической онкологии радикальность не должна отождествляться с максимально возможным объёмом резекции. Цель лечения заключается в достижении научно обоснованного баланса между онкологическим контролем, безопасностью пациента, сохранением функций, снижением осложнений и качеством жизни.

Поэтому результаты хирургического лечения должны оцениваться по совокупности непосредственных и отдалённых клинических исходов.

ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ, НЕЙРООНКОЛОГИЯ, ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ И МАММОЛОГИЯ

Материалы по детской онкологии охватывают широкий круг вопросов от нейробластомы и острых лейкозов до молекулярного субтипирования медуллобластомы, измеримой остаточной болезни, органоидных моделей и новых биомаркеров.

В нейроонкологии исследования Ki-67, p53, ATRX и статуса IDH отражают переход к интегрированной морфологической и молекулярной классификации опухолей центральной нервной системы.

Материалы по онкогинекологии включают исследования рака шейки матки, рака яичников, трофобластических опухолей и других клинических проблем.

Маммология является наглядным примером интеграции цитологии, патоморфологии, органосохраняющей хирургии, реконструктивных вмешательств, оценки лимфедемы и молекулярной биологии опухоли.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ И НАБЛЮДЕНИЕ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Паллиативная помощь и контроль симптомов не должны ассоциироваться исключительно с терминальной стадией заболевания. В современной онкологии обезболивание, нутритивная

поддержка, контроль симптомов и психологическая помощь могут осуществляться параллельно с противоопухолевым лечением.

Одновременно наблюдение после завершения лечения и сопровождение пациентов, перенёсших онкологическое заболевание, представляют собой самостоятельное направление. Оно включает мониторинг поздних осложнений терапии, риска рецидива, психического здоровья, социальной реинтеграции, трудоспособности и качества жизни.

БИОЭТИКА И ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТА

Развитие прецизионной медицины и цифровых технологий формирует новые этические и правовые вопросы.

Генетическое исследование может предоставлять информацию не только о пациенте, но и о потенциальном риске для его биологических родственников. Цифровые базы данных и алгоритмы искусственного интеллекта требуют обработки значительных объёмов персональной и медицинской информации.

Поэтому информированное согласие, конфиденциальность, защита генетической информации, разграничение доступа, вторичное использование данных, право пациента на получение информации и право отказаться от определённых исследований должны являться частью научной и клинической культуры онкологии.

Биоэтика в этом контексте не ограничивает научный прогресс, а формирует необходимое условие доверия пациента к медицине и науке.

РАВЕНСТВО И СПРАВЕДЛИВОСТЬ ДОСТУПА

Одним из потенциальных рисков высокотехнологичной медицины является усиление различий между отдельными группами населения и регионами.

Если молекулярная диагностика, высокоточная радиотерапия или таргетная терапия доступны лишь ограниченной части пациентов, технологический прогресс может сопровождаться усилением неравенства в доступе к медицинской помощи.

Поэтому при оценке любой новой технологии необходимо отвечать не только на вопрос «работает ли она?», но и на вопросы: кому она доступна, в каких регионах, при каких затратах и в рамках какой системы маршрутизации пациентов?

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОЦЕНКА ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Решение о внедрении скрининговой программы, лекарственного препарата, медицинского оборудования или молекулярной диагностики должно учитывать клиническую эффективность, безопасность, стоимость, влияние на бюджет и альтернативные издержки.

Это особенно важно для онкологии, поскольку значительная часть инновационных технологий отличается высокой стоимостью и их широкое применение влияет на распределение ограниченных ресурсов системы здравоохранения.

Поэтому оценка технологий здравоохранения должна выполнять функцию научного моста между клиническими доказательствами и решениями в сфере политики здравоохранения.

КАДРОВЫЙ И НАУЧНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Технология без подготовленного специалиста имеет ограниченную клиническую ценность.

Развитие прецизионной онкологии требует клинических онкологов, хирургических онкологов, радиотерапевтов, патоморфологов, генетиков, молекулярных биологов, радиологов, медицинских физиков, специалистов лабораторной диагностики, биостатистиков и специалистов по медицинским данным.

Поэтому стратегической задачей является не только приобретение оборудования, но и развитие человеческого капитала: непрерывное профессиональное обучение, стажировки, научный обмен и формирование устойчивых мультидисциплинарных команд.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЪЕЗДА

Результаты Форума не должны ограничиваться завершением научных докладов.

С научной и организационной точек зрения Съезд может сформировать основу для определения приоритетных направлений исследований, развития многоцентрового сотрудничества, укрепления мультидисциплинарного подхода, выявления потребностей в

стандартизации, совершенствования онкологической регистрации и инициирования совместных научно-клинических проектов.

Практическими показателями результативности могут стать начало совместных проектов, создание рабочих групп, согласование направлений многоцентровых исследований, подготовка предложений по клиническим алгоритмам, развитие систем данных и продолжение регулярного профессионального и научного обмена.

Вместе с тем эти результаты должны оцениваться и документироваться после завершения Съезда, а не декларироваться заранее как уже достигнутые.

ОГРАНИЧЕНИЯ ИНТЕРПРЕТАЦИИ МАТЕРИАЛОВ СЪЕЗДА

Материалы сборника различаются по дизайну исследований, объёму выборок, уровню доказательности и характеристикам исследуемых популяций.

Поэтому результаты одноцентрового исследования, серии клинических наблюдений или отдельного клинического случая не должны автоматически экстраполироваться на всё население страны.

Научный доклад должен чётко разграничивать наблюдаемый результат, интерпретацию авторов и вывод, непосредственно подтверждённый данными.

Этот принцип особенно важен при оценке новых технологий, искусственного интеллекта, биомаркеров и персонализированных методов лечения.

Таким образом, Съезд онкологов и радиологов Республики Таджикистан следует рассматривать прежде всего как пространство интеграции научных доказательств, технологий, клинического опыта и политики здравоохранения.

Его концептуальная новизна заключается в объединении различных этапов ведения онкологического заболевания и развитии мультидисциплинарного научно-клинического мышления.

Его цель состоит в формировании среды, в которой значимые научные вопросы формулируются точно, доказательства подвергаются критической оценке, а пути адаптации знаний к реальным условиям национальной системы здравоохранения определяются на научной основе.

Его методологическая платформа должна опираться на доказательную медицину, трансляционную онкологию, системный и пациентоцентричный подходы, биоэтику, оценку технологий здравоохранения, качество данных и справедливость доступа.

В год 35-летия Государственной независимости Республики Таджикистан основной вопрос для онкологической службы относится прежде всего к следующему этапу развития: каким образом сформированный институциональный, кадровый и технологический потенциал может быть преобразован в более раннее выявление опухолей, более точную морфологическую и молекулярную диагностику, более качественную радиотерапию, более безопасную хирургию, более персонализированное лечение и лучшие клинические исходы для пациентов.

Главным критерием прогресса является то, в какой степени наука позволяет раньше выявлять заболевание, точнее определять риск, более обоснованно выбирать лечение, уменьшать число ненужных вмешательств и предотвратимую токсичность, улучшать контроль заболевания, продлевать жизнь и сохранять её качество.

Именно в этой точке наука, клиническая практика, технология, политика здравоохранения и профессиональная ответственность объединяются вокруг единого критерия — измеримого результата для пациента.

И именно переход от науки к доказательству, от доказательства к клиническому решению, от решения к действию и от действия к измеримому клиническому исходу способен определить долгосрочное значение Съезда онкологов и радиологов Республики Таджикистан 2026 года.

Муродзода Акбар Исматулло

Комилов Далер Рустамович

FOREWORD
CONGRESS OF ONCOLOGISTS AND RADIOLOGISTS OF THE
REPUBLIC OF TAJIKISTAN
First National Scientific and Practical Forum of Specialists in Oncology, Radiology, Diagnostic
Imaging and Radiotherapy in the Republic of Tajikistan
16 October 2026
Dushanbe, Republic of Tajikistan

MAIN THEME OF THE CONGRESS

“Modern Oncology and Radiology: Early Diagnosis, Precision Medicine, Advanced Radiotherapy and the Integration of Science into National Healthcare Practice.”

Modern oncology and radiology are entering a qualitatively new stage of scientific development, characterized fundamentally by a transition from the relatively linear model of “tumour diagnosis - morphological verification - treatment” towards a multilevel and dynamic system encompassing prevention, risk assessment, screening, early diagnosis, morphological and molecular characterization, staging, risk stratification, individualized treatment selection, response monitoring, rehabilitation, long-term follow-up and preservation of quality of life.

In this context, a malignant tumour is regarded as a dynamically evolving biological system whose initiation and progression are shaped by interactions among the genome and epigenome, the tumour microenvironment, intratumour heterogeneity, immune mechanisms, metabolic processes, hereditary factors, age, comorbidities and the individual biological characteristics of the patient.

For this reason, twenty-first-century oncology is inconceivable without the integration of clinical oncology with molecular biology, genetics, immunology, radiology, medical physics, radiotherapy, surgical oncology, clinical pharmacology, epidemiology, biostatistics, medical informatics and digital data analysis.

The materials submitted to the Congress reflect this shift in scientific paradigm. They address molecular diagnostics, liquid biopsy, digital pathology and artificial intelligence. At the same time, molecular and immunohistochemical aspects of breast cancer, colorectal cancer and other malignancies have become integral components of the scientific agenda.

Accordingly, the Congress should be regarded as a scientific platform for integrating diverse domains of knowledge into a unified system of clinical decision-making in oncology.

THE 35TH ANNIVERSARY OF STATE INDEPENDENCE AND HEALTHCARE POLICY

Holding the Congress in the year of the 35th anniversary of the State Independence of the Republic of Tajikistan provides an important historical and institutional context for analysing the development of the national healthcare system. In 2026, preparations for the 35th anniversary of State Independence also included the renovation, modernization and provision of education and healthcare institutions. At the working meeting of 12 June 2026, increased attention to these areas was specifically emphasized.

In official documents and addresses of the President of the Republic of Tajikistan, Emomali Rahmon, healthcare has consistently been defined as a priority of State social policy. The official English version of the Address of 28 December 2023 states: “The sphere of healthcare and social protection of population is a priority policy direction of Tajikistan.”

From the perspective of health-policy analysis, this statement may be understood as recognition of health as a central component of human capital. In this framework, investment in healthcare is investment in longevity and quality of life, workforce capacity, demographic sustainability and long-term social and economic development.

The official English version of an earlier Presidential Address similarly states that “a healthy nation is the basis of a healthy society.”

This principle is particularly relevant to oncology because protecting population health requires more than the treatment of already diagnosed disease. It also requires prevention of modifiable risk factors, improvement of health literacy, scientifically justified screening programmes, identification of high-risk groups, timely access to diagnosis and reduction of organizational, territorial and social barriers to healthcare.

In the 2026 address marking Healthcare Workers' Day, the President again stated in the official Tajik text that the health of the population is the principal wealth of the State and an important condition for societal progress. The present English formulation is a translation of the official Tajik text; a separately published official English rendering of this particular sentence was not identified during verification.

Official data indicate that over the preceding decade, 1,300 healthcare facilities were constructed and commissioned from all funding sources, with investments exceeding 5.3 billion somoni, while State-budget financing of healthcare increased from 1.037 billion somoni in 2015 to 4.3 billion somoni in 2025.

From a health-systems perspective, however, financing levels, numbers of facilities and technical capacity are not, by themselves, final indicators of clinical effectiveness. The next level of evaluation should determine the extent to which infrastructure development translates into earlier diagnosis, shorter diagnostic delays, improved regional access, fewer complications, better survival and improved quality of life.

It is precisely in the transition from structural capacity to measurable clinical outcomes that the scientific relationship between thirty-five years of State Independence and the subject of the present Congress becomes evident.

CONCEPTUAL AND SCIENTIFIC-ORGANIZATIONAL NOVELTY OF THE CONGRESS

The term "scientific novelty" should be used with methodological precision in relation to a Congress, because scientific novelty primarily characterizes the findings of individual studies. For the Forum itself, it is therefore more appropriate to speak of its conceptual and scientific-organizational novelty.

The conceptual novelty of the Congress lies in approaching prevention, early diagnosis, pathology, molecular oncology, radiology, radiotherapy, surgical oncology, systemic anticancer therapy, rehabilitation, palliative care and post-treatment follow-up not as isolated domains but as interconnected elements of a single continuum of cancer care.

Another distinguishing feature is the transition from an exclusively anatomical and histological understanding of cancer towards an integrated phenotypic, morphological, molecular, radiological and clinical model. Studies involving BRCA1/2, HER2, DNA-repair mechanisms, immunohistochemical markers and molecular profiling reflect this direction of development.

The materials addressing molecular profiling of oesophageal and cardio-oesophageal cancers in Tajikistan are consistent with the same logic and raise the question of how precision oncology can be adapted to population characteristics and to the actual capabilities of national clinical practice.

A further important direction is the development of data-driven oncology. Liquid biopsy, digital pathology, radiomics and artificial-intelligence algorithms expand the traditional sources of clinical information. A technology, however, acquires scientific and clinical value only when its analytical accuracy, reproducibility, external validity and clinical utility have been demonstrated.

MAIN OBJECTIVE OF THE CONGRESS

The principal objective of the Congress is to establish a unified scientific and practical platform for the critical appraisal of contemporary evidence in oncology and radiology, identification of unresolved challenges, strengthening of the interface between research and clinical practice, and scientific substantiation of priority directions for the further development of cancer care in the Republic of Tajikistan.

This objective extends beyond the exchange of information. The Congress should create an environment in which research findings are assessed methodologically, their limitations are identified, clinical approaches are compared, promising directions for collaborative research are defined, and mechanisms for translating reliable scientific evidence into national clinical practice are discussed.

MAIN SCIENTIFIC AND PRACTICAL TASKS

The tasks of the Congress may be organized into four interconnected domains.

Diagnostic and preventive tasks: analysis of epidemiology, risk factors, screening, early diagnosis, modern medical imaging, pathology, immunohistochemistry and molecular diagnostics; assessment of the opportunities and limitations of biomarkers and liquid biopsy.

Therapeutic tasks: analysis and comparison of surgical treatment, systemic anticancer therapy and radiotherapy; development of organ-preserving and minimally invasive approaches; assessment of targeted therapies, immunotherapy and other forms of personalized treatment.

Scientific and technological tasks: evaluation of radiomics, artificial intelligence and large-scale data analysis; development of multicentre studies, cancer registries, clinical databases and standardized systems for data collection.

Organizational and translational tasks: development of multidisciplinary decision-making, improvement of professional training, establishment of mechanisms for incorporating reliable scientific findings into clinical protocols and algorithms, and assessment of the accessibility, safety, clinical effectiveness and economic efficiency of new technologies.

METHODOLOGICAL PLATFORM OF THE CONGRESS

The Forum includes studies with different designs, including epidemiological, clinical, morphological, diagnostic, comparative, retrospective and prospective studies, as well as clinical case reports. It is therefore more accurate to refer not to a single methodology, but to the methodological platform and scientific principles of the Congress.

Systems Approach

Cancer is not regarded as a problem confined to a single organ, a single medical specialty or a single stage of treatment. Clinical outcomes depend on the functioning of the entire continuum of care — from prevention and patient referral to diagnosis, treatment, follow-up, rehabilitation and supportive care.

Evidence-Based Medicine

Every scientific result should be assessed in relation to study design, sample size, risk of bias, selected endpoints, effect size, confidence intervals, statistical and clinical significance, reproducibility and applicability.

Statistical significance should not automatically be equated with clinical significance.

Translational Oncology

One of the methodological foundations of the Forum is the bidirectional relationship: laboratory - clinic - laboratory.

The optimal translational pathway for innovation may be represented as follows:

scientific discovery - analytical validation - clinical validation - assessment of clinical utility - clinical protocol - implementation - outcome monitoring - formulation of a new scientific question.

This approach makes it possible to distinguish a promising technology from one with demonstrated clinical value.

Multidisciplinary Decision-Making

A patient with a complex malignancy should not be assessed exclusively from the perspective of a single specialty. Multidisciplinary decision-making involves, as appropriate, surgical oncologists, clinical oncologists, radiation oncologists, radiologists, pathologists, laboratory specialists, medical physicists and other relevant professionals.

Patient-Centred Approach

The patient is at the centre of the clinical algorithm. Evaluation of treatment should therefore extend beyond tumour regression to include organ function, pain, treatment toxicity, functional status, psychological well-being, social participation, quality of life and the patient's informed preferences.

DATA QUALITY AND STANDARDIZATION

Data quality is a fundamental prerequisite for modern oncology. Incomplete information, differences in staging, inconsistent pathological criteria or non-standardized laboratory methods limit the comparability of findings.

Accordingly, further development should include standardization of pathological and molecular diagnostics, quality control at the pre-analytical, analytical and post-analytical stages, and harmonized rules for reporting results.

This is particularly important for biomarkers that directly influence therapeutic decisions, including HER2, BRCA1/2, alterations in DNA-repair pathways and other molecular markers.

POPULATION-BASED CANCER REGISTRATION AND EPIDEMIOLOGY

The proceedings include studies with different designs and populations and therefore cannot, in themselves, be used to calculate the nationwide burden of cancer in the Republic of Tajikistan.

National estimates of incidence, mortality or survival should not be derived from these materials without a separate population-based analysis.

This limitation underscores the importance of developing a high-quality population-based cancer registry, standardized data collection and long-term follow-up in order to analyse incidence, stage distribution, treatment outcomes and survival.

Without high-quality population-based data, objective assessment of screening programmes, rational resource planning and prioritization of cancer-control policies remain constrained.

EARLY DIAGNOSIS AND PRECISION MEDICINE

Early diagnosis is a system that includes identification of the target population, risk assessment, application of an appropriate test or imaging method, diagnostic confirmation and timely referral of the patient.

Before any test is introduced into a screening programme, not only sensitivity but also specificity, false-positive and false-negative rates, effects on clinically meaningful outcomes, economic consequences and the capacity to manage individuals with positive findings must be evaluated.

Precision medicine should likewise not be equated merely with molecular testing. Its clinical value lies in whether molecular information changes patient management and supports selection of a treatment with a greater probability of benefit and a lower probability of harm for the individual patient.

RADIOLOGY, RADIOMICS AND ARTIFICIAL INTELLIGENCE

Modern radiology is progressively evolving from predominantly anatomical imaging towards quantitative analysis of medical images.

The scientific programme of the Congress encompasses computed tomography, mammography, lung-cancer diagnosis, radiomics and the use of artificial intelligence in radiotherapy simulation and treatment planning.

Artificial-intelligence algorithms require rigorous scientific evaluation. High performance in one dataset does not guarantee equivalent performance in another institution, region or population.

External validation, assessment of algorithmic bias, evaluation of dataset shift, transparency of decision-making processes, protection of medical data and human clinical oversight should therefore be integral components of digital-technology assessment.

Artificial intelligence should be regarded as a clinical decision-support tool rather than a substitute for the professional responsibility of the physician.

ADVANCED RADIOTHERAPY AND QUALITY ASSURANCE

Modern radiotherapy constitutes an integrated clinical and technological system that includes accurate diagnosis, simulation, treatment planning, delineation of target volumes and organs at risk, dosimetric calculation, safe dose delivery and comprehensive quality assurance.

Radiotherapy technology cannot deliver the expected levels of safety and effectiveness without strong medical-physics support, clinical dosimetry, regular equipment quality control and a structured quality-assurance programme.

Discussion of advanced radiotherapy should therefore address professional training, contouring standards, quality assurance, radiation safety and systematic monitoring of clinical outcomes.

SURGICAL ONCOLOGY

The Forum materials address surgery for tumours of the cardio-oesophageal region, pancreaticoduodenal surgery, reconstructive procedures, endoprosthetic replacement, organ-preserving surgery and minimally invasive techniques.

In contemporary surgical oncology, radicality should not be equated with the maximum possible extent of resection. The objective is to achieve an evidence-informed balance between oncological control, patient safety, preservation of function, reduction of complications and quality of life.

Surgical results should therefore be evaluated using both short-term and long-term clinical outcomes.

PAEDIATRIC ONCOLOGY, NEURO-ONCOLOGY, GYNAECOLOGIC ONCOLOGY AND BREAST ONCOLOGY

The paediatric oncology materials cover a wide range of topics, from neuroblastoma and acute leukaemias to molecular subtyping of medulloblastoma, measurable residual disease, organoid models and emerging biomarkers.

In neuro-oncology, investigation of Ki-67, p53, ATRX and IDH status reflects the transition towards integrated morphological and molecular classification of central nervous system tumours.

The gynaecologic oncology materials address cervical cancer, ovarian cancer, trophoblastic tumours and other clinical problems.

Breast oncology provides a clear example of integration among cytology, pathology, organ-preserving surgery, reconstructive procedures, assessment of lymphoedema and molecular tumour biology.

PALLIATIVE CARE AND CANCER SURVIVORSHIP

Palliative care and symptom control should not be associated exclusively with the terminal stage of disease. In modern oncology, pain management, nutritional support, symptom control and psychological care may be provided concurrently with anticancer treatment.

At the same time, cancer survivorship constitutes a distinct field. It encompasses monitoring of late treatment effects, recurrence risk, psychological health, social reintegration, ability to work and quality of life.

BIOETHICS AND PROTECTION OF PATIENT RIGHTS

The development of precision medicine and digital technologies raises new ethical and legal questions.

Genetic testing may generate information not only about the patient but also about potential risks to biological relatives. Digital databases and artificial-intelligence systems require the processing of substantial volumes of personal and medical information.

Informed consent, confidentiality, protection of genetic information, controlled access, secondary use of data, the patient's right to information and the right to decline specific investigations should therefore form part of the scientific and clinical culture of oncology.

In this context, bioethics does not constrain scientific progress; it provides a necessary foundation for patient trust in medicine and science.

EQUITY OF ACCESS

One potential risk of technology-intensive medicine is the widening of disparities among population groups and regions.

If molecular diagnostics, precision radiotherapy or targeted therapy are available only to a limited proportion of patients, technological progress may occur alongside increasing inequity in access to care.

Assessment of a new technology should therefore address not only whether it works, but also for whom it is accessible, in which regions, at what cost and through what patient-referral pathway.

HEALTH ECONOMICS AND HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Decisions concerning the introduction of a screening programme, medicine, medical device or molecular diagnostic test should take into account clinical effectiveness, safety, cost, budget impact and opportunity cost.

This principle is particularly important in oncology, where many innovative technologies are costly and widespread adoption may significantly affect the allocation of limited healthcare resources.

Health technology assessment should therefore serve as a scientific bridge between clinical evidence and health-policy decision-making.

HUMAN RESOURCES AND RESEARCH CAPACITY

Technology has limited clinical value without appropriately trained professionals.

The development of precision oncology requires clinical oncologists, surgical oncologists, radiation oncologists, pathologists, geneticists, molecular biologists, radiologists, medical physicists, laboratory specialists, biostatisticians and health-data specialists.

A strategic priority should therefore be not only the acquisition of equipment, but also development of human capacity through continuing professional education, fellowships, scientific exchange and formation of sustainable multidisciplinary teams.

EXPECTED OUTCOMES OF THE CONGRESS

The outcomes of the Forum should extend beyond the completion of scientific presentations.

From scientific and organizational perspectives, the Congress may provide a basis for defining research priorities, developing multicentre collaboration, strengthening multidisciplinary practice, identifying standardization needs, improving cancer registration and initiating collaborative scientific and clinical projects.

Practical indicators of impact may include initiation of joint projects, establishment of working groups, agreement on priorities for multicentre studies, preparation of proposals for clinical algorithms, development of data systems and continuation of regular professional and scientific exchange.

These outcomes, however, should be evaluated and documented after completion of the Congress rather than declared in advance as achievements.

LIMITATIONS IN THE INTERPRETATION OF THE CONGRESS MATERIALS

The proceedings contain studies that differ in design, sample size, level of evidence and characteristics of the study populations.

Findings from a single-centre study, a clinical case series or an individual case report should therefore not automatically be extrapolated to the entire national population.

Scientific presentations should clearly distinguish among the observed result, the authors' interpretation and conclusions directly supported by the data.

This principle is particularly important when evaluating emerging technologies, artificial intelligence, biomarkers and personalized treatment strategies.

Thus, the Congress of Oncologists and Radiologists of the Republic of Tajikistan should primarily be regarded as a platform for integrating scientific evidence, technology, clinical experience and healthcare policy.

Its conceptual novelty lies in linking the different stages of cancer care and fostering multidisciplinary scientific and clinical thinking.

Its purpose is to create an environment in which significant scientific questions are formulated precisely, evidence is critically appraised and pathways for adapting knowledge to the realities of the national healthcare system are defined on a scientific basis.

Its methodological platform should be grounded in evidence-based medicine, translational oncology, systems thinking, patient-centred care, bioethics, health technology assessment, data quality and equity of access.

In the year of the 35th anniversary of the State Independence of the Republic of Tajikistan, the central question for oncology concerns the next stage of development: how can the institutional, human and technological capacity that has been created be transformed into earlier cancer detection, more accurate morphological and molecular diagnostics, higher-quality radiotherapy, safer surgery, more individualized treatment and better clinical outcomes for patients?

The principal criterion of progress is the extent to which science enables earlier detection of disease, more accurate assessment of risk, more rational treatment selection, reduction of unnecessary interventions and preventable toxicity, improved disease control, prolongation of life and preservation of its quality.

It is at this point that science, clinical practice, technology, healthcare policy and professional responsibility converge around a single criterion - measurable patient outcomes.

And it is precisely the transition from science to evidence, from evidence to clinical decision, from decision to action and from action to measurable clinical outcomes that may determine the long-term significance of the 2026 Congress of Oncologists and Radiologists of the Republic of Tajikistan.

Murodzoda Akbar Ismatullo

Komilov Daler Rustamovich

**СУХАНРОНИИ
ВАЗИРИ ТАНДУРУСТӢ ВА ХИФЗИ
ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ
ТОҶИКИСТОН**

АБДУЛЛОЗОДА ҶАМОЛИДДИН АБДУЛЛО
дар Анҷумани онкологҳо ва радиологҳои Ҷумҳурии
Тоҷикистон



Мухтарам олимону табибон, муҳаққиқону омӯзгорон, роҳбарон ва намояндагони муассисаҳои тиббӣ илмӣ, мутахассисони соҳаҳои онкология, радиология, радиотерапия, ташҳиси шуӣ, патоморфология, онкоҷарроҳӣ, тиббии лабораторӣ ва дигар самтҳои вобаста, меҳмонони гирифтаҷа ва ҳамкасбони азиз!

Бо қамолӣ эҳтиром тамоми шуморо ба муносибати баргузори Анҷумани онкологҳо ва радиологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон хайрамақдам гуфта, меҳонам аз оғози суҳан таъкид намоям, ки мубориза бо бемориҳои саратон имрӯз масъалаи тамоми низоми тандурустӣ, масъалаи ҳифзи сармояи инсоният, сифати зиндагии аҳоли, рушди илм ва қобилияти мо барои таъдил додани дастовардҳои муносири дониш ба натиҷаи воқеии клиникӣ барои инсон мебошад.

Мавзӯи асосии ин ҳамоиш «Онкология ва радиологияи муосир: ташҳиси барвақтӣ, тиббӣ, радиотерапияи пешрафта ва ҳамгироии илм ба амалияи миллии тандурустӣ» ҳеле дақиқ интиҳоб гардидааст, зеро саратоншиносии асри XXI як силсилаи муттасили пешгирӣ, муайян кардани ҳавф, скрининг, ташҳиси барвақт, тасдиқи морфологию молекулавӣ, марҳилабандӣ, интиҳоб ва фардсозии таъбаат, назорати ҷавоб ба муолиҷа, барқарорсозӣ, қӯмаки дастгиркунанда ва пайгирии дарозмуддати беморро фаро мегирад. Маҳз чунин тағйири парадигма дар маводи Анҷуман низ хусусияти бунёдии онкологияи муосир нишон дода шудааст.

Аз ин рӯ, арзиши воқеии ин Анҷуман аҳамияти аслии он дар он ҳоҳад буд, ки то чӣ андоза муҳокимаҳои илмӣ ба беҳтар намудани сифати ташҳис, интиҳоби асосноки таъбаат, қоҳиши таъхирҳо, таъмини беҳатарӣ ва дар ниҳоят ба дарозтар ва беҳтар шудани зиндагии бемор муносидад мекунад.

Баргузори Анҷуман дар соли таҷлили 35-солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои соҳаи тандурустӣ маъноӣ махсус дорад. Дар соли 2026 дар самти давлатдорӣ низ ба навсозӣ ва таъминоти муассисаҳои тандурустӣ таваҷҷуҳ дода шуда, дар машварати қори 12 июни соли 2026 зарурати тақвияти қорҳои тармим, навсозӣ ва оморасозии муассисаҳои соҳаҳои маорифу тандурустӣ махсус зикр гардидааст.

Аммо марҳилаи имрӯза аз мо талаб менамояд, ки аз арзёбии шумораи иншоот, дастгоҳҳо, қатҳо ва хизматрасониҳо ба арзёбии натиҷаи воқеии клиникӣ гузарем. Ба ин нуқта бо дақиқии илмӣ ишора намуда, таъкид мекунам, ки маблағгузорӣ, инфрасохтор ва сатҳи муҷаҳҳазгардонӣ бояд аз рӯи он арзёбӣ шавад, ки то чӣ андоза онҳо ба ташҳиси барвақттар, қам шудани таъхирҳои ташҳисӣ, беҳтар гардидани дастрасӣ, қоҳиши оризаҳо, баланд шудани зиндамонӣ ва беҳтар шудани сифати зиндагӣ таъдил меёбанд.

Аз ҳамин қиҳат, барои марҳилаи минбаъда зарур аст, ки мониторинги соҳа қарчи бештар ба нишондиҳандаҳои клиникӣ қеншаванда марҳилаи беморӣ ҳангоми ташҳис, вақти аз гумони клиникӣ то тасдиқи ташҳис, вақти аз ташҳис то оғози таъбаат, сифати иҷрои қортоқолҳои клиникӣ, қарогирии беморон бо феҳристи онкологӣ, натиҷаҳои таъбаат ва зиндамони дарозмуддат тақа намояд. Зеро вазифаи мо исбот кардани он аст, ки ин имқоният ҳаёти инсонро беҳтар қардааст.

Дар саратоншиносӣ вақт омили клиникӣ мебошад ва аз даст рафтани вақт метавонад маъноӣ тағйир ёфтани марҳилаи беморӣ, мураккаб шудани таъбаат ва қам гардидани имқониятҳои беморро дошта бошад. Бинобар ин, ташҳиси барвақтӣ бояд аз як мафҳуми умумӣ ба низоми дақиқи ташкилӣ таъдил ёбад, ки тамоми қорҳои беморро аз сатҳи аввалияи тиббӣ то муассисаи махсусгардонидашуда фаро мегирад.

Ин роҳ бояд чунин бошад, муайян намудани хавф ва нишонаҳои гумонбар, роҳхатдиҳии саривақтӣ, ташҳиси тасвирӣ ва лабораторӣ, тасдиқи морфологӣ, марҳилабандӣ, баррасии мултидисциплинарӣ оғози табобат.

Ҳар ҳалқаи ин занҷир аҳаммият дорад, зеро агар бемор дар сатҳи аввалия сари вақт шинохта нашавад, агар ташҳис кашол ёбад, агар натиҷаи морфологӣ дер дастрас гардад ё агар баъди ташҳис то оғози муолича вақти зиёд гузарад, ҳатто технологияи бехтарини маркази махсусгардонидашуда вақти аздастрафтaro ҷуброн намояд. Аз ин рӯ, мо бояд вақти гузариши бемор аз як марҳилаи хизматрасонӣ ба марҳилаи дигар низ чен кунем. Ҳангоми баҳодиҳии ҳар барномаи скрининг махсусият, натиҷаҳои мусбат ва манфии бардурӯғ, таъсир ба натиҷаҳои клиникӣ ва қобилияти низом барои идора кардани ҳолатҳои ошкоршуда бояд ба назар гирифта шавад.

Ҳангоми суҳан гуфтан дар бораи тибби дақиқ мо бояд ҳамеша аз як қоидаи асосӣ оғоз намоем. Табобати дақиқ бе ташҳиси дақиқ вучуд надорад.

Тасдиқи морфологии омос заминаест, ки тамоми стратегия ва тактикаи табобат бар рӯи он сохта мешавад, дар ҳоле ки иммуногистохимия ва ташҳиси молекулавӣ дар ҳолатҳои зарурӣ ин заминаро мукамал намуда, хусусиятҳои биологии беморию амиқтар муайян мекунад.

Аз ҳамин сабаб, рушди патоморфология бояд ҳамзамон бо стандартсозии гирифтани маводи биологӣ, фиксатсия, коркард, ташҳис, ҳисоботдиҳӣ ва назорати сифат анҷом дода шавад.

Худи маводи Анҷуман таъкид менамояд, ки фарқияти меъёрҳои морфологӣ ва усулҳои лабораторӣ муқоисашавандагии натиҷаҳо ро маҳдуд месозад ва барои биомаркерҳое, ки мустақиман ба интиҳоби табобат таъсир мерасонанд, назорати сифати преаналитикӣ, аналитикӣ ва постаналитикӣ аҳамияти махсус дорад.

Дар ин замина, рушди низоми назорати дохилии лабораторӣ, муқоисаи байнилабораторӣ ва дар ҳолатҳои мураккаб истифодаи машварати референсӣ метавонад ба баланд бардоштани эътимоднокии ташҳис мусоидат намояд.

Зеро иштибоҳи ташҳисӣ дар онкология метавонад на танҳо номи беморию тағйир диҳад, балки тамоми роҳи табобати беморро дигар кунад.

Тибби дақиқро арзиши ҳақиқии тибби дақиқ дар он аст, ки маълумоти иловагӣ ба қарори бехтари клиникӣ оварда расонад. Биомаркерҳое чун HER2, BRCA1/2, тағйироти роҳҳои репаратсияи ДНК ва дигар нишондиҳандаҳои молекулавӣ танҳо дар сурате арзиши воқеии тиббӣ пайдо мекунад, ки маълумоти гирифташуда интиҳоби муолиҷаро тағйир диҳад ва барои бемор эҳтимоли манфиати бештар ё зарари камтар фароҳам оварад.

Маводи Анҷуман низ гузариш аз таснифи анатомия гистологӣ ба модели ҳамгироии морфологӣ, молекулавӣ, радиологӣ ва клиникиро яке аз самтҳои асосии рушди соҳа медонад.

Аз ин рӯ, пеш аз ворид намудани ҳар санчиши нави молекулавӣ се савол бояд равшан бошад: оё натиҷа боэътимод аст, оё он қарори табиро тағйир медиҳад ва оё ин тағйир ба бемор манфиати клиникӣ воқеӣ медиҳад?

Радиотерапияи муосир яке аз соҳаҳои мебошад, ки дар он пешрафти техникӣ хеле босуръат сурат мегирад, аммо бояд дарк намуд, ки радиотерапияи пешрафта маҷмуаи ягонаи ташҳис, симулятсия, банақшагирӣ, контуркунии дақиқи ҳадаф ва узвҳои таҳти хавф, ҳисобкунии дозиметрӣ, физикаи тиббӣ, назорати техникӣ, бехатарии радиатсионӣ ва кафолати сифат мебошад.

Аз ҳамин сабаб, ҳангоми рушди ин самт бояд ҳар як ҷузъ якҷоя пеш равад: таҷҳизот бо омодаسازی кадр, кадр бо физикаи тиббӣ, физикаи тиббӣ бо дозиметрия ва ҳамаи инҳо бо низоми устувори назорати сифат.

Ҷарроҳии муосири онкологӣ низ аз фаҳмиши «ҳар қадар бештар бардоштан ҳамон қадар бехтар» тадриҷан ба модели дақиқтари клиникӣ гузаштааст, ки дар он радикализми онкологӣ бояд бо бехатарии бемор, ҳифзи функцияи узв, коҳиши оризаҳо ва сифати зиндагии минбаъда мувозинат дошта бошад.

Маводи Анҷуман таъкид мекунад, ки натиҷаи ҷарроҳӣ бояд бо маҷмуаи нишондиҳандаҳои кӯтоҳмуддат ва дарозмуддат арзёбӣ шавад.

Аз ин рӯ, саволи дуруст он аст, ки бо кадом назорати онкологӣ, бо чӣ сатҳи хавф, бо кадом ҳифзи функция ва бо чӣ натиҷаи дарозмуддат анҷом дода шуд.

Бемори дорои патологияи мураккаби онкологӣ интихоби табобати дуруст аксаран ҳамзамон ба морфология, тасвир, марҳилаи беморӣ, хусусиятҳои молекулавӣ, имконияти ҷарроҳӣ, радиотерапия, табобати системавӣ ва ҳолати ҳуди бемор вобаста мебошад.

Аз ин рӯ, консилиуми мултидистциплинарӣ бояд аз воҳӯрии расмӣ мутахассисон ба механизми воқеии қабули қарори муштарак ва тақсими масъулият табдил ёбад. Маводи анҷуман низ иштироки онкологӣ ҷарроҳ, онкологӣ клиникӣ, радиотерапевт, радиолог, патоморфолог, мутахассиси лабораторӣ ва физики тиббиро вобаста ба вазъияти клиникӣ асоснок мешуморад. Муҳимтар аз ҳама, дар маркази чунин консилиум ҳуди бемор бояд қарор дошта бошад.

Онкологияи кӯдакон масъулияти махсуси тиб ва ҷомеа мебошад, зеро табобати кӯдак ба тамоми даҳсолаҳои эҳтимолии зиндагии ояндааш таъсир мерасонад. Маводи Анҷуман масъалаҳои нейробластома, лейкозҳои шадид, зернавҳои молекулавӣ медуллобластома, бемории боқимондаи ченшаванда ва дигар самтҳои муосирро фаро мегирад.

Аз ин рӯ, ҳадафи мо бояд ҳамзамон наҷоти ҳаёт, кам кардани оқибатҳои дерини табобат ва ҳифзи имконияти таҳсил, рушди ҷисмонӣ ва зехнӣ, ташаккули шахсият ва зиндагии пурраи ояндаи кӯдак бошад.

Маҳз дар ҳамин ҷо мафҳуми «натиҷаи табобат» маънои хеле амиқтар пайдо мекунад.

Самтҳои ба монанди маммология, онкогинекология ва нейроонкология имрӯз намунаи равшани ҳамгироии илмҳои гуногун мебошанд, зеро ташҳис ва муолиҷаи бемор аксаран аз пайваст намудани маълумоти клиникӣ, радиологӣ, морфологӣ, иммуногистохимиявӣ ва молекулавӣ вобаста аст.

Масъалаҳои саратони гардани бачадон, саратони тухмдон, омосҳои трофобластӣ, омосҳои системаи марказии асаб ва бемориҳои ғадуди шириро фаро мегирад.

Махсусан дар самтҳои, ки имконияти ташҳиси барвақт мавҷуд аст, баланд бардоштани маърифати тиббии аҳоли, муайян намудани гурӯҳҳои хавф ва ташкили роҳхатдиҳии саривақтӣ аҳаммияти калон дорад.

Яке аз масъалаҳои стратегӣ барои соҳа бояд рушди минбаъдаи феҳристи популятсионии бемориҳои саратонӣ бошад, зеро идоракунии самараноки онкология бе маълумоти пурра, стандартизатсияшуда ва қобили пайгирӣ имконнопазир аст.

Мо бояд донем, ки чанд бемор ошкор гардид, дар кадом марҳила ташҳис шуд, навъи морфологияи омос чӣ буд, кадом табобат гузаронида шуд, натиҷаи он чӣ гуна буд ва бемор баъди як, се, панҷ ва солҳои минбаъда дар чӣ ҳолат қарор дорад.

Рушди технологияҳои рақамӣ, патоморфологияи рақамӣ, радиомика ва зехни сунъӣ имкониятҳои нави ташҳис ва банақшагирии табобатро фароҳам меорад, аммо истифодаи онҳо дар тиб бояд ҳамеша ба се принцип таъя намояд: санҷиши бозғайнимодии илмӣ, ҳифзи маълумоти бемор ва назорати ниҳонии мутахассиси инсонӣ.

Самаранокии алгоритм дар як базаи маълумот ҳанӯз қафолат намедихад, ки дар муассиса ё популятсияи дигар ҳамон натиҷа ба даст меояд. Аз ин рӯ, санҷиши берунӣ, назорати ғаразнокӣ алгоритм, ҳифзи маълумот ва назорати клиникӣ мутахассис заруранд.

Принсип бояд равшан бошад: зехни сунъӣ метавонад қобилияти табибро афзун намояд, аммо наметавонад масъулияти касбии табибро ба зиммаи худ гирад.

Онкология яке аз соҳаҳои баландҳарҷи тиб мебошад ва пешрафти он бо пайдо шудани доруҳои нав, ташҳиси молекулавӣ, таҷҳизоти мураккаби радиотерапевтӣ ва технологияҳои рақамӣ пайваста мебошад.

Аммо имкониятҳои молиявӣ ҳар низомии тандурустӣ маҳдуданд ва аз ҳамин сабаб, ҷорӣ намудани технология бояд на танҳо аз рӯи нав будани он, балки аз рӯи самаранокӣ, бехатарӣ, арзиш, таъсир ба бучет ва ғайраи воқеии клиникӣ арзёбӣ карда шавад.

Маводи Анҷуман низ арзёбии технологияҳои тандурустиро ҳамчун пайванди илмӣ байни далелҳои клиникӣ ва қарорҳои сиёсати тандурустӣ мешиносад. Мақсад он аст, ки навоариҳои арзишманд аз навоариҳои танҳо гаронарзиш фарқ карда шавад.

Технологияи самаранок дар сурате арзиши иҷтимоӣ пайдо мекунад, ки беморе, ки ба он ниёз дорад, имконияти воқеии дастрасӣ ба онро дошта бошад.

Аз ин рӯ, ҳангоми рушди хизматрасонии онкологӣ мо бояд масъалаи фарқияти ҷуғрофӣ, роҳхатдиҳӣ, вақти интизорӣ ва дастрасии беморон ба ташхису табобати махсусгардонидашударо ҳамзамон баррасӣ намоем.

Ҳангоми арзёбии технология савол танҳо «оё он кор мекунад?» нест; ҳамзамон бояд пурсид, ки барои кӣ, дар кучо ва бо кадом хароҷот дастрас мебошад.

Анҷуман бояд барои гузариш аз ҳамкориҳои эпизодии мутахассисон ба ҳамкориҳои устувори институтсионалӣ замина гузорад. Таҳқиқоти бисёрмарказӣ, базаҳои клиникӣ, протоколҳои ягонаи ҷамъоварии маълумот ва меёриҳои стандартӣ баҳодиҳӣ имконият медиҳанд, ки саволҳои воқеии саратоншиносии миллий бо сифати баланди методологӣ омӯхта шаванд.

Худи маводи Анҷуман рушди таҳқиқоти бисёрмарказӣ, феҳристҳо, базаҳои клиникӣ ва системаи стандартизатсияшудаи ҷамъоварии маълумотро аз вазифаҳои асосии илмӣ-технологӣ медонад. Аз ин рӯ, мо бояд тадриҷан аз «таҷрибаи як марказ» ба «далели муштараки миллий» гузарем.

Дар онкология мо набояд натиҷаи табобатро танҳо бо коҳиши ҳаҷми омӯш ё анҷом ёфтани курси муолиҷа чен кунем. Назорати дард, дастгирии ғизӣ, реабилитатсия, кӯмаки равонӣ, идоракунии аломатҳо ва дастгирии иҷтимоӣ низ ҷузъи табобати босифат мебошанд. Ёрии паллиативӣ набояд танҳо бо рӯзҳои охири ҳаёт баробар карда шавад; он метавонад ҳамзамон бо табобати зиддиомӯш оғоз гардад ва ба коҳиши ранҷу беҳтар шудани сифати зиндагӣ мусоидат намояд.

Ҳамзамон, беморе, ки муолиҷаро ба анҷом расонидааст, аз низоми тандурустӣ хориҷ намешавад; ӯ ба назорати рецидив, оқибатҳои дерини муолиҷа, вазъи равонӣ, қобилияти меҳнатӣ ва мутобиқшавии иҷтимоӣ ниёз дорад. Аз ҳамин сабаб, реабилитатсия, паллиатив ва назорати дарозмуддати баъди табобат бояд ҳамчун қисми ҳуди континууми онкологӣ баррасӣ шаванд.

Бо афзоиши имкониятҳои илмӣ масъулияти ахлоқӣ низ меафзояд.

Таҳқиқоти генетикӣ метавонад дар бораи ҳатари эҳтимолии ҳешовандони биологии ӯ маълумот диҳад; базаҳои рақамӣ бошанд, ҳаҷми зиёди маълумоти ҳассоси тиббиро нигоҳ медоранд. Аз ин рӯ, розигии оғӯхона, махфият, ҳуқуқи бемор ба иттилоот, ҳифзи маълумоти генетикӣ ва тартиби истифодаи дуҷумдараҷаи маълумот бояд қисми фарҳанги ҳамаҷузъи клиникӣ бошанд.

Маводи анҷуман ба таври дуруст таъкид менамояд, ки биоэтика пешрафти илмро маҳдуд намекунад, эътимоди инсонро ба илм ва тиб таъмин менамояд.

Мухтарам иштирокчиёни Анҷуман!

Бо назардошти масъалаҳои илмӣ ва клиникӣ матраҳшуда, зарур мешуморам, ки таваҷҷуҳи минбаъда ба нуҳ самти ба ҳам алоқаманд равона карда шавад:

пешгирӣ, муайян намудани гурӯҳҳои хавф ва ташхиси барвақт;

тақмили роҳи бемор ва коҳиш додани таъхири ташхису оғӯзи табобат;

стандартсозии патоморфология, иммуногистохимия ва ташхиси молекулавӣ бо назорати сифат;

тақвияти феҳристи популятсионӣ бемориҳои саратонӣ ва таҳлили зиндамонӣ;

рушди радиотерапия бо физикаи тиббӣ, дозиметрияи клиникӣ ва кафолати ҳатмӣ сифат;

таҳкими консилиумҳои мултидисциплинарӣ ва протоколҳои ба далелҳои илмӣ асосёфта;

рушди кадрҳо, таҳқиқоти бисёрмарказӣ ва инфрасохтори стандартизатсияшудаи маълумоти клиникӣ;

рақамикунонӣ, арзёбии технологияҳои тандурустӣ ва мониторинги мунтазами натиҷаҳо;

рушди реабилитатсия, кӯмаки паллиативӣ ва назорати дарозмуддати беморони баъди табобати саратон.

Аммо самтҳои афзалиятнок танҳо вақте арзиши идоракунии пайдо мекунанд, ки натиҷаи онҳо чен карда шавад, бинобар ин барои арзёбии пешрафт истифодаи нишондиҳандаҳои ҷун ҳиссаи беморони дар марҳилаҳои барвақт ошкоршуда, вақти аз гумон то тасдиқи ташхис, вақти аз ташхис то оғӯзи табобат, фарогирии феҳристи популятсионӣ, иҷрои барномаҳои кафолати сифат дар радиотерапия, фарогирии беморон бо консилиуми мултидисциплинарӣ ва нишондиҳандаҳои зиндамонӣ аҳаммияти махсус дорад.

Ҳамкасбони гиромӣ!

Илм танҳо вақте рисолати худро иҷро мекунад, ки дониш аз саҳифаи мақола ба амали клиникӣ ва аз амали клиникӣ ба натиҷаи бемор гузарад.

Кашфиёт бояд санҷида шавад, эътимоднокии он тасдиқ гардад, манфиати клиникаш муайян шавад, баъдан ба протокол, қарор ва амал табдил ёбад ва ниҳоят натиҷаи он дар ҳаёти бемор чен карда шавад.

Маводи Анҷуман ин равандро занҷири кашфи илмӣ санҷиши аналитикӣ санҷиши клиникӣ арзёбии манфиати клиникӣ протокол татбиқ мониторинги натиҷа саволи нави илмӣ пешниҳод менамояд.

Муҳтарам ҳамкасбон!

Арзиши ҳақиқии Анҷуман аз рӯзи баъди анҷоми он оғоз мешавад.

Муҳокимаҳои имрӯза бояд ба фаъолияти мушаххас гурӯҳҳои корӣ, таҳқиқоти бисёрмарказӣ, такмили протоколҳо, стандартҳои ягонаи маълумот, барномаҳои омӯзиши кадрҳо ва низоми мониторинги натиҷаҳо табдил ёбанд.

Худи маводи анҷуман низ дуруст таъкид мекунад, ки натиҷаҳои форум бояд баъд аз анҷоми он чен, арзёбӣ ва ҳуҷҷатгузорӣ шаванд, на ин ки пешакӣ ҳамчун дастоварди анҷомёфта эълон гарданд.

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли метавонад натиҷаҳои илмӣ ва пешниҳодҳои асосноки Анҷуманро ҳамчун яке аз заминаҳои муҳокима ва такмили минбаъдаи самтҳои соҳавӣ, таҳкими сифати хизматрасонии онкологӣ ва рушди ҳамкории илмӣ-клиникӣ баррасӣ намояд.

Барои ҳамаи мо меъёри ниҳой бояд як чиз бошад натиҷаи бемор.

Пешрафти воқеӣ он вақт ба вуҷуд меояд, ки беморӣ барвақттар ошкор гардад, ташҳис дақиқтар бошад, роҳи бемор кӯтоҳтар гардад, табобат асосноктар интиҳоб шавад, хатари зарари пешгиришаванда кам гардад, зиндамонӣ беҳтар шавад ва инсон баъди табобат на танҳо бештар, балки беҳтар зиндагӣ кунад.

Маҳз ҳамин меъёр дар маводи Анҷуман низ ҳамчун нуқтаи пайвастании илм, амалияи клиникӣ, технология, сиёсати тандурустӣ ва масъулияти касбӣ муайян гардидааст.

Бовар дорам, ки ин Анҷуман барои рушди минбаъдаи мактаби миллии саратоншиносӣ ва радиология, таҳкими ҳамкории байни муассисаҳо, баланд бардоштани сифати ташҳису табобат, рушди таҳқиқоти бисёрмарказӣ, такмили феҳристи онкологӣ ва тарбияи насли нави мутахассисони соҳибтахассус заминаи муҳим фароҳам меорад.

Ба ҳамаи иштирокчиёни Анҷуман қори пурсамар, мувоҳидаҳои созанда, таҳқиқоти боэътимод, ҳамкории устувори касбӣ ва дастовардҳои орзу менамоям, ки арзиши онҳо на танҳо дар гузоришҳои илмӣ, балки дар ҳаёт ва саломатии инсон эҳсос гардад.

Аз ташҳиси барвақт ба ташҳиси дақиқ ва табобати асоснок; аз технология ба сифат ва беҳатари кафолатдодашуда, аз илм ба қарори клиникаи боэътимод, аз қарори клиникӣ ба натиҷаи ченшаванда; ва аз натиҷаи ченшаванда ба умри бештар ва зиндагии шоистатари инсон.

Ин бояд яке аз самтҳои асосии рушди минбаъдаи хизмати онкологии Ҷумҳурии Тоҷикистон бошад.

Ташаккур барои таваҷҷуҳ!

ВЫСТУПЛЕНИЕ
МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
АБДУЛЛОЗОДА ДЖАМОЛИДДИНА АБДУЛЛО
на Съезде онкологов и радиологов Республики Таджикистан

Уважаемые учёные и врачи, исследователи и преподаватели, руководители и представители медицинских и научных учреждений, специалисты в области онкологии, радиологии, лучевой терапии, лучевой диагностики, патоморфологии, онкохирургии, лабораторной медицины и других смежных направлений, уважаемые гости и дорогие коллеги!

С большим уважением приветствую всех вас по случаю проведения Съезда онкологов и радиологов Республики Таджикистан и хотел бы с самого начала подчеркнуть, что борьба с онкологическими заболеваниями сегодня является задачей всей системы здравоохранения, непосредственно связанной с сохранением человеческого капитала, повышением качества жизни населения, развитием науки и нашей способностью трансформировать современные достижения знаний в реальные клинические результаты для человека.

Основная тема настоящего Съезда — «Современная онкология и радиология: ранняя диагностика, медицинская помощь, передовая радиотерапия и интеграция науки в национальную практику здравоохранения» — выбрана весьма точно, поскольку онкология XXI века представляет собой непрерывный континуум, включающий профилактику, выявление факторов риска, скрининг, раннюю диагностику, морфологическую и молекулярную верификацию, стадирование, выбор и персонализацию лечения, оценку ответа на терапию, реабилитацию, поддерживающую помощь и длительное наблюдение за пациентом. Именно такой парадигмальный переход, отражённый и в материалах Съезда, демонстрирует фундаментальный характер современной онкологии.

Поэтому подлинная ценность этого Съезда будет определяться тем, насколько научные дискуссии будут способствовать повышению качества диагностики, обоснованному выбору лечения, сокращению задержек, обеспечению безопасности и, в конечном итоге, увеличению продолжительности и улучшению качества жизни пациентов.

Проведение Съезда в год празднования 35-летия Государственной независимости Республики Таджикистан имеет для сферы здравоохранения особое значение. В 2026 году в рамках государственной политики также уделяется внимание модернизации и оснащению учреждений здравоохранения, а на рабочем совещании 12 июня 2026 года особо была подчеркнута необходимость активизации ремонтных работ, модернизации и подготовки учреждений сфер образования и здравоохранения.

Однако современный этап требует от нас перехода от оценки количества объектов, оборудования, коек и предоставляемых услуг к оценке реальных клинических результатов.

Материалы Съезда также с научной точностью указывают на то, что финансирование, инфраструктура и уровень оснащённости должны оцениваться по степени их влияния на более раннее выявление заболевания, сокращение диагностических задержек, повышение доступности медицинской помощи, снижение числа осложнений, улучшение показателей выживаемости и качества жизни.

В связи с этим на следующем этапе мониторинг отрасли должен всё в большей степени основываться на измеримых клинических показателях: стадии заболевания на момент установления диагноза, времени от возникновения клинического подозрения до подтверждения диагноза, времени от установления диагноза до начала лечения, качестве соблюдения клинических протоколов, охвате пациентов онкологическим регистром, результатах лечения и долгосрочной выживаемости. Наша задача заключается в том, чтобы продемонстрировать, что созданные возможности действительно улучшают жизнь человека.

В онкологии время является клиническим фактором, и его потеря может означать переход заболевания в другую стадию, усложнение лечения и сокращение терапевтических возможностей пациента. Поэтому ранняя диагностика должна превратиться из общего понятия в чётко

организованную систему, охватывающую весь маршрут пациента — от первичного звена здравоохранения до специализированного медицинского учреждения.

Этот маршрут должен включать выявление факторов риска и подозрительных симптомов, своевременное направление, визуализирующую и лабораторную диагностику, морфологическую верификацию, стадирование, мультидисциплинарное обсуждение и начало лечения.

Каждое звено этой цепи имеет значение, поскольку, если пациент своевременно не распознан на уровне первичной медицинской помощи, если диагностика затягивается, если результаты морфологического исследования становятся доступными с опозданием или если после установления диагноза до начала лечения проходит чрезмерно много времени, даже самые современные технологии специализированного центра не смогут полностью компенсировать уже потерянное время. Поэтому необходимо измерять и продолжительность перехода пациента от одного этапа оказания медицинской помощи к другому.

В материалах Съезда подчёркивается, что при оценке любой программы скрининга необходимо учитывать её специфичность, частоту ложноположительных и ложноотрицательных результатов, влияние на клинические исходы и способность системы эффективно вести выявленные случаи.

Говоря о точной медицине, мы всегда должны исходить из одного фундаментального принципа: точное лечение невозможно без точной диагностики.

Патологическая верификация опухоли является основой, на которой строится вся стратегия и тактика лечения, тогда как иммуногистохимические и молекулярные исследования при наличии соответствующих показаний дополняют эту основу, позволяя более глубоко определить биологические особенности заболевания.

Поэтому развитие патоморфологии должно сопровождаться стандартизацией забора биологического материала, его фиксации, обработки, диагностической интерпретации, оформления заключений и контроля качества.

Материалы Съезда подчёркивают, что различия в морфологических критериях и лабораторных методиках ограничивают сопоставимость результатов, а для биомаркеров, непосредственно влияющих на выбор лечения, особое значение приобретает контроль качества на преаналитическом, аналитическом и постаналитическом этапах.

В этом контексте развитие системы внутреннего лабораторного контроля качества, межлабораторных сравнений и, в сложных случаях, использование референсного консультирования может существенно повысить надёжность диагностики.

Диагностическая ошибка в онкологии способна изменить не только формулировку диагноза, но и весь дальнейший маршрут лечения пациента.

Подлинная ценность точной медицины заключается в том, чтобы дополнительная информация приводила к более обоснованному клиническому решению. Такие биомаркеры, как HER2, BRCA1/2, нарушения путей репарации ДНК и другие молекулярные показатели, приобретают реальную медицинскую ценность лишь тогда, когда полученная информация изменяет выбор терапии и создаёт для пациента возможность получить большую пользу при меньшем потенциальном вреде.

Материалы Съезда также рассматривают переход от анатомо-гистологической классификации к интегрированной морфологической, молекулярной, радиологической и клинической модели как одно из ключевых направлений развития отрасли.

Поэтому перед внедрением любого нового молекулярного теста необходимо получить чёткие ответы на три вопроса: является ли результат надёжным, изменяет ли он клиническое решение и приносит ли такое изменение реальную пользу пациенту?

Современная лучевая терапия является одной из областей, в которых технический прогресс происходит особенно быстро. Вместе с тем необходимо понимать, что передовая радиотерапия представляет собой единый комплекс, включающий диагностику, симуляцию, планирование лечения, точное контурирование мишени и органов риска, дозиметрические расчёты, медицинскую физику, технический контроль, радиационную безопасность и обеспечение качества.

Поэтому при развитии этого направления все составляющие должны совершенствоваться синхронно: оборудование вместе с подготовкой кадров, кадровый потенциал вместе с развитием медицинской физики, медицинская физика вместе с клинической дозиметрией, а все эти элементы — в рамках устойчивой системы обеспечения качества.

Современная онкологическая хирургия также постепенно отошла от упрощённого принципа «чем больше удалить, тем лучше» и перешла к более точной клинической модели, в которой онкологическая адекватность вмешательства должна быть сбалансирована с безопасностью пациента, сохранением функции органов, снижением частоты осложнений и качеством последующей жизни.

Материалы Съезда подчёркивают, что результаты хирургического лечения должны оцениваться на основе комплекса краткосрочных и долгосрочных показателей.

Поэтому правильный вопрос заключается в том, какой уровень онкологического контроля достигнут, при каком уровне риска, с какой степенью сохранения функции и с какими отдалёнными результатами.

У пациента со сложной онкологической патологией правильный выбор лечения зачастую одновременно зависит от морфологии опухоли, данных визуализации, стадии заболевания, молекулярных характеристик, возможности хирургического вмешательства, радиотерапии, системного лечения и общего состояния самого пациента.

Поэтому мультидисциплинарный консилиум должен превратиться из формальной встречи специалистов в реальный механизм совместного принятия клинических решений и распределения ответственности. Материалы Съезда также обоснованно предусматривают участие, в зависимости от клинической ситуации, онкохирурга, клинического онколога, радиотерапевта, радиолога, патоморфолога, специалиста лабораторной диагностики и медицинского физика. Самое главное — в центре такого консилиума должен находиться пациент.

Детская онкология представляет собой особую ответственность медицины и общества, поскольку лечение ребёнка влияет на многие десятилетия его возможной будущей жизни. Материалы Съезда охватывают вопросы нейробластомы, острых лейкозов, молекулярных подтипов медуллобластомы, измеримой остаточной болезни и других современных направлений.

Поэтому нашей целью должно быть не только спасение жизни, но и уменьшение отдалённых последствий лечения, сохранение возможности ребёнка получать образование, полноценно развиваться физически и интеллектуально, формироваться как личность и вести полноценную жизнь в будущем.

Именно здесь понятие «результат лечения» приобретает значительно более глубокое содержание.

Такие направления, как маммология, онкогинекология и нейроонкология, сегодня служат наглядными примерами интеграции различных отраслей науки, поскольку диагностика и лечение пациента нередко зависят от объединения клинической, радиологической, морфологической, иммуногистохимической и молекулярной информации.

Материалы Съезда охватывают вопросы рака шейки матки, рака яичников, трофобластических опухолей, опухолей центральной нервной системы и заболеваний молочной железы.

Особенно в тех направлениях, где существуют реальные возможности ранней диагностики, большое значение имеют повышение медицинской грамотности населения, выявление групп риска и организация своевременного направления пациентов.

Одной из стратегических задач отрасли должно стать дальнейшее развитие популяционного регистра онкологических заболеваний, поскольку эффективное управление онкологической службой невозможно без полных, стандартизированных и прослеживаемых данных.

Мы должны знать, сколько пациентов выявлено, на какой стадии установлен диагноз, каков морфологический тип опухоли, какое лечение проведено, каким оказался его результат и в каком состоянии находится пациент через один, три, пять и последующие годы.

Материалы Съезда особо подчёркивают, что на основании отдельных исследований невозможно получать общенациональные показатели заболеваемости, смертности или

выживаемости; для этого необходимы полноценный популяционный анализ, стандартизированный сбор данных и долгосрочное наблюдение.

Поэтому регистр должен прослеживать клинический маршрут пациента от установления диагноза до долгосрочных исходов и показателей выживаемости.

Это позволит Министерству и профильным учреждениям не только знать количество пациентов, но и оценивать реальную эффективность функционирования системы в динамике.

Качественный популяционный регистр является основой научно обоснованного планирования ресурсов и противораковой политики.

Развитие цифровых технологий, цифровой патологии, радиомики и искусственного интеллекта создаёт новые возможности для диагностики и планирования лечения, однако их использование в медицине всегда должно основываться на трёх принципах: надёжной научной валидации, защите данных пациента и обязательном клиническом контроле со стороны специалиста.

Материалы Съезда обоснованно подчёркивают, что эффективность алгоритма на одной базе данных ещё не гарантирует достижения аналогичного результата в другом учреждении или другой популяции. Поэтому необходимы внешняя валидация, контроль алгоритмических смещений, защита данных и клинический надзор специалиста.

Принцип должен быть предельно ясным: искусственный интеллект может расширять диагностические и аналитические возможности врача, но не может принимать на себя его профессиональную ответственность.

Онкология является одной из наиболее ресурсоёмких областей медицины, а её развитие связано с появлением новых лекарственных препаратов, молекулярной диагностики, сложного радиотерапевтического оборудования и цифровых технологий.

Однако финансовые возможности любой системы здравоохранения ограничены, и поэтому внедрение технологий должно оцениваться не только с позиции их новизны, но и с учётом эффективности, безопасности, стоимости, бюджетного воздействия и реальной клинической пользы.

Материалы Съезда рассматривают оценку технологий здравоохранения как научное связующее звено между клиническими доказательствами и решениями в области политики здравоохранения. Цель заключается в том, чтобы отличать действительно ценную инновацию от инновации, которая является лишь дорогостоящей.

Эффективная технология приобретает социальную ценность только тогда, когда пациент, которому она необходима, имеет реальную возможность получить к ней доступ.

Поэтому при развитии онкологической помощи необходимо одновременно учитывать географические различия, систему направления пациентов, время ожидания и доступность специализированной диагностики и лечения.

Материалы Съезда также подчёркивают, что при оценке технологий вопрос не ограничивается формулировкой «работает ли она?». Необходимо одновременно спрашивать: для кого она доступна, где она доступна и какова её стоимость?

Съезд должен создать основу для перехода от эпизодического взаимодействия специалистов к устойчивому институциональному сотрудничеству. Многоцентровые исследования, клинические базы данных, единые протоколы сбора информации и стандартизированные критерии оценки позволят изучать реальные проблемы национальной онкологии с высокой методологической строгостью.

Материалы Съезда относят развитие многоцентровых исследований, регистров, клинических баз данных и стандартизированных систем сбора информации к числу основных научно-технологических задач. Поэтому мы должны постепенно перейти от «опыта одного центра» к «совместной национальной доказательной базе».

В онкологии мы не должны измерять результат лечения только уменьшением объёма опухоли или завершением курса терапии. Контроль боли, нутритивная поддержка, реабилитация, психологическая помощь, управление симптомами и социальная поддержка также являются неотъемлемыми компонентами качественного лечения. Паллиативную помощь не следует

связывать исключительно с последними днями жизни; она может начинаться одновременно с противоопухолевой терапией и способствовать уменьшению страданий и улучшению качества жизни.

Вместе с тем пациент, завершивший лечение, не выходит из системы здравоохранения: он нуждается в наблюдении в отношении рецидива, поздних последствий терапии, психологического состояния, трудоспособности и социальной адаптации. Поэтому реабилитация, паллиативная помощь и долгосрочное наблюдение после лечения должны рассматриваться как неотъемлемые части онкологического континуума.

По мере расширения научных возможностей возрастает и этическая ответственность.

Генетическое исследование может предоставить информацию о потенциальном риске для биологических родственников пациента, а цифровые базы данных содержат значительные объёмы чувствительной медицинской информации. Поэтому информированное согласие, конфиденциальность, право пациента на информацию, защита генетических данных и порядок вторичного использования медицинской информации должны стать частью повседневной клинической культуры.

Материалы Съезда справедливо подчёркивают, что биоэтика не является препятствием для научного прогресса; напротив, она обеспечивает доверие человека к науке и медицине.

Уважаемые участники Съезда!

С учётом рассмотренных научных и клинических вопросов считаю необходимым сосредоточить дальнейшее внимание на девяти взаимосвязанных направлениях:

- профилактика, выявление групп риска и ранняя диагностика;
- совершенствование маршрута пациента и сокращение задержек в диагностике и начале лечения;
- стандартизация патоморфологии, иммуногистохимии и молекулярной диагностики с надлежащим контролем качества;
- укрепление популяционного регистра онкологических заболеваний и анализа выживаемости;
- развитие радиотерапии в сочетании с медицинской физикой, клинической дозиметрией и обязательным обеспечением качества;
- укрепление мультидисциплинарных консилиумов и внедрение протоколов, основанных на научных доказательствах;
- развитие кадрового потенциала, многоцентровых исследований и стандартизированной инфраструктуры клинических данных;
- цифровизация, оценка технологий здравоохранения и регулярный мониторинг результатов;
- развитие реабилитации, паллиативной помощи и долгосрочного наблюдения за пациентами после лечения онкологических заболеваний.

Однако приоритетные направления приобретают реальную управленческую ценность только тогда, когда их результаты поддаются измерению. Поэтому особое значение имеет использование таких показателей, как доля пациентов, выявленных на ранних стадиях, время от возникновения подозрения до подтверждения диагноза, время от установления диагноза до начала лечения, охват популяционным регистром, выполнение программ обеспечения качества в радиотерапии, охват пациентов мультидисциплинарными консилиумами и показатели выживаемости.

Уважаемые коллеги!

Наука выполняет свою миссию только тогда, когда знания переходят со страниц научной статьи в клиническую практику, а из клинической практики в результат, значимый для пациента.

Научное открытие должно быть проверено, его достоверность подтверждена, клиническая польза определена; затем оно должно быть преобразовано в протокол, клиническое решение и практическое действие, а в конечном итоге его результат должен оцениваться по изменениям в жизни пациента.

Материалы Съезда представляют этот процесс в виде последовательной цепи: научное открытие аналитическая валидация клиническая валидация оценка клинической пользы протокол внедрение мониторинг результатов новый научный вопрос.

Уважаемые коллеги!

Подлинная ценность Съезда начинает проявляться со следующего дня после его завершения.

Сегодняшние дискуссии должны трансформироваться в конкретные действия: создание рабочих групп, проведение многоцентровых исследований, совершенствование протоколов, разработку единых стандартов данных, программы подготовки кадров и систему мониторинга результатов.

Справедливо подчёркивают, что результаты форума должны измеряться, оцениваться и документироваться после его завершения, а не заранее объявляться достигнутыми.

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения может рассматривать научные результаты и обоснованные предложения Съезда как одну из основ для дальнейшего обсуждения и совершенствования отраслевых направлений, повышения качества онкологической помощи и развития научно-клинического сотрудничества.

Для всех нас окончательным критерием должно оставаться одно — результат для пациента.

Подлинный прогресс наступает тогда, когда заболевание выявляется раньше, диагноз становится точнее, маршрут пациента сокращается, лечение выбирается более обоснованно, риск предотвратимого вреда уменьшается, показатели выживаемости улучшаются, а человек после лечения живёт не только дольше, но и лучше.

Именно этот критерий в материалах Съезда определяется как точка соединения науки, клинической практики, технологий, политики здравоохранения и профессиональной ответственности.

Уверен, что настоящий Съезд создаст важную основу для дальнейшего развития национальной научной школы онкологии и радиологии, укрепления сотрудничества между учреждениями, повышения качества диагностики и лечения, развития многоцентровых исследований, совершенствования онкологического регистра и подготовки нового поколения высококвалифицированных специалистов.

Желаю всем участникам Съезда плодотворной работы, конструктивных дискуссий, достоверных исследований, устойчивого профессионального сотрудничества и достижений, ценность которых будет ощущаться измеримому результату; от измеримого результата — к более продолжительной и достойной жизни человека.

Это должно стать одним из основных направлений дальнейшего развития онкологической службы Республики Таджикистан.

Благодарю за внимание!

ADDRESS

BY THE MINISTER OF HEALTH AND SOCIAL PROTECTION OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN JAMOLIDDIN ABDULLO ABDULLOZODA

at the Congress of Oncologists and Radiologists of the Republic of Tajikistan

Distinguished scientists and physicians, researchers and educators, heads and representatives of medical and scientific institutions, specialists in oncology, radiology, radiation therapy, diagnostic imaging, pathology, surgical oncology, laboratory medicine and other related disciplines, honoured guests and dear colleagues!

It is with great respect that I welcome all of you to the Congress of Oncologists and Radiologists of the Republic of Tajikistan. At the outset, I would like to emphasize that combating cancer today is a challenge for the entire health-care system, directly related to the protection of human capital, improvement of quality of life, advancement of science, and our ability to translate modern knowledge and scientific progress into meaningful clinical outcomes for people.

The principal theme of this Congress “Modern Oncology and Radiology: Early Diagnosis, Medical Care, Advanced Radiotherapy and the Integration of Science into National Health-Care Practice” has been chosen with great precision, because twenty-first-century oncology represents a continuous continuum of care encompassing prevention, risk identification, screening, early diagnosis, pathological and molecular confirmation, staging, treatment selection and personalization, assessment of treatment

response, rehabilitation, supportive care, and long-term patient follow-up. This paradigm shift, also reflected in the Congress materials, demonstrates the fundamental nature of modern oncology.

The true value of this Congress will therefore depend on the extent to which its scientific discussions contribute to improving diagnostic quality, supporting evidence-based treatment selection, reducing delays, strengthening safety and, ultimately, enabling patients to live both longer and better lives.

Holding this Congress in the year marking the 35th anniversary of the State Independence of the Republic of Tajikistan has particular significance for the health-care sector. In 2026, state policy has continued to place emphasis on the modernization and provision of health-care institutions, and at the working meeting held on 12 June 2026, particular attention was drawn to the need to strengthen renovation, modernization and preparatory work in educational and health-care facilities.

However, the present stage requires us to move beyond counting facilities, equipment, beds and services and towards assessing real clinical outcomes.

The Congress materials also emphasize, with scientific precision, that financing, infrastructure and technological capacity should be assessed according to the extent to which they translate into earlier diagnosis, shorter diagnostic delays, improved access, fewer complications, better survival and improved quality of life.

Accordingly, at the next stage, sectoral monitoring should increasingly rely on measurable clinical indicators: stage of disease at diagnosis, time from clinical suspicion to diagnostic confirmation, time from diagnosis to initiation of treatment, quality of adherence to clinical protocols, patient coverage by the cancer registry, treatment outcomes and long-term survival. Our task is to demonstrate that these capacities genuinely improve human lives.

In oncology, time is a clinical factor, and loss of time may result in progression to a different stage of disease, greater complexity of treatment and a reduction in the therapeutic options available to the patient. Early diagnosis must therefore evolve from a general concept into a clearly organized system covering the entire patient pathway, from primary care to specialized oncology services.

This pathway should include risk assessment and recognition of suspicious symptoms, timely referral, imaging and laboratory diagnostics, pathological confirmation, staging, multidisciplinary review and initiation of treatment.

Every link in this chain matters. If a patient is not identified in a timely manner at the primary-care level, if diagnosis is delayed, if pathology results become available too late, or if too much time elapses between diagnosis and treatment initiation, even the most advanced technology at a specialized centre may be unable to compensate fully for the time already lost. We must therefore also measure the time required for patients to move from one stage of care to the next.

The Congress materials emphasize that the assessment of any screening programme must take into account its specificity, false-positive and false-negative results, its impact on clinical outcomes, and the capacity of the health-care system to manage the cases identified.

When discussing precision medicine, we must always begin with one fundamental principle: precise treatment is impossible without precise diagnosis.

Pathological confirmation of a tumour provides the foundation upon which the entire strategy and tactics of treatment are built, while immunohistochemistry and molecular diagnostics, where clinically indicated, complement this foundation by allowing a more detailed understanding of the biological characteristics of the disease.

For this reason, the development of pathology services must proceed in parallel with the standardization of biological sample collection, fixation, processing, diagnostic interpretation, reporting and quality control.

The Congress materials emphasize that differences in morphological criteria and laboratory methodologies limit the comparability of results, and that biomarkers directly influencing treatment selection require rigorous quality control across the pre-analytical, analytical and post-analytical phases.

In this context, the development of internal laboratory quality-control systems, inter-laboratory comparisons and, in complex cases, reference consultation can significantly improve diagnostic reliability.

A diagnostic error in oncology may alter not only the wording of the diagnosis but the patient's entire subsequent treatment pathway.

The true value of precision medicine lies in ensuring that additional information leads to better clinical decision-making. Biomarkers such as HER2, BRCA1/2, alterations in DNA-repair pathways and other molecular indicators acquire genuine medical value only when the information obtained changes treatment selection and gives the patient the prospect of greater benefit with less potential harm.

The Congress materials likewise identify the transition from purely anatomical and histological classification towards an integrated morphological, molecular, radiological and clinical model as one of the major directions in the development of the field.

Before any new molecular test is introduced, three questions must therefore be answered clearly: Is the result reliable? Does it change the clinical decision? And does that change provide genuine clinical benefit to the patient?

Modern radiotherapy is one of the fields in which technological progress is particularly rapid. It must be understood, however, that advanced radiotherapy is an integrated system encompassing diagnosis, simulation, treatment planning, precise contouring of the target and organs at risk, dosimetric calculations, medical physics, technical quality control, radiation safety and quality assurance.

For this reason, every component must advance together: equipment together with workforce training; workforce development together with medical physics; medical physics together with clinical dosimetry; and all these elements within a robust and sustainable quality-assurance system.

Modern surgical oncology has likewise gradually moved away from the simplified principle that “the more that is removed, the better” towards a more precise clinical model in which oncological adequacy must be balanced against patient safety, preservation of organ function, reduction of complications and subsequent quality of life.

The Congress materials emphasize that surgical outcomes should be assessed using a combination of short-term and long-term indicators.

The appropriate question, therefore, is what degree of oncological control has been achieved, at what level of risk, with what preservation of function, and with what long-term outcome.

In patients with complex oncological disease, the correct choice of treatment often depends simultaneously on tumour morphology, imaging findings, disease stage, molecular characteristics, the feasibility of surgery, radiotherapy and systemic treatment, as well as the patient's overall condition.

A multidisciplinary tumour board must therefore evolve from a formal meeting of specialists into a genuine mechanism for shared clinical decision-making and shared responsibility. The Congress materials also appropriately recognize the participation, depending on the clinical situation, of surgical oncologists, clinical oncologists, radiation oncologists, radiologists, pathologists, laboratory specialists and medical physicists. Most importantly, the patient must remain at the centre of this multidisciplinary process.

Paediatric oncology represents a special responsibility for medicine and society, because the treatment of a child may affect many decades of his or her future life. The Congress materials address neuroblastoma, acute leukaemias, molecular subtypes of medulloblastoma, measurable residual disease and other contemporary areas of paediatric oncology.

Our objective must therefore be not only to save life, but also to minimize the long-term consequences of treatment and preserve the child's ability to receive an education, develop physically and intellectually, form a mature personality and lead a full life in the future.

It is precisely here that the concept of a “treatment outcome” acquires a much deeper meaning.

Fields such as breast oncology, gynaecological oncology and neuro-oncology today provide clear examples of the integration of different scientific disciplines, because diagnosis and treatment often depend on combining clinical, radiological, morphological, immunohistochemical and molecular information.

The Congress materials address cervical cancer, ovarian cancer, trophoblastic tumours, central nervous system tumours and diseases of the breast.

Particularly in areas where opportunities for early diagnosis exist, improving public health literacy, identifying risk groups and ensuring timely referral are of major importance.

One of the strategic priorities for the sector should be the further development of a population-based cancer registry, because effective management of oncology services is impossible without complete, standardized and traceable data.

We need to know how many patients have been diagnosed, at what stage the disease was identified, what the morphological type of the tumour was, what treatment was administered, what the outcome was, and what the patient's condition is after one, three, five and subsequent years.

The Congress materials specifically emphasize that nationwide incidence, mortality and survival indicators cannot be derived from isolated studies. Reliable population-based analysis, standardized data collection and long-term follow-up are required.

The registry must therefore track the patient's clinical pathway from diagnosis through long-term outcomes and survival.

This will enable the Ministry and relevant institutions not only to know the number of patients, but also to evaluate the actual effectiveness of the health-care system over time.

A high-quality population-based cancer registry is the foundation of evidence-based resource planning and cancer-control policy.

The development of digital technologies, digital pathology, radiomics and artificial intelligence creates new opportunities for diagnosis and treatment planning. Their use in medicine, however, must always rest on three principles: rigorous scientific validation, protection of patient data, and mandatory human clinical oversight.

The Congress materials rightly emphasize that an algorithm's performance on one dataset does not guarantee that the same result will be reproduced in another institution or population. External validation, monitoring of algorithmic bias, data protection and specialist clinical oversight are therefore essential.

The principle must be clear: artificial intelligence can augment the diagnostic and analytical capabilities of physicians, but it cannot assume their professional responsibility.

Oncology is one of the most resource-intensive areas of medicine, and its development is associated with the emergence of new medicines, molecular diagnostics, sophisticated radiotherapy equipment and digital technologies.

However, the financial resources of every health-care system are limited. For this reason, the introduction of new technologies should be evaluated not only according to their novelty, but also in terms of effectiveness, safety, cost, budget impact and genuine clinical benefit.

The Congress materials also recognize health technology assessment as a scientific bridge between clinical evidence and health-policy decisions. Its purpose is to distinguish genuinely valuable innovation from innovation that is merely expensive.

An effective technology acquires social value only when the patient who needs it has a genuine opportunity to access it.

Accordingly, the development of oncology services must simultaneously address geographical disparities, referral pathways, waiting times and patients' access to specialized diagnosis and treatment.

The Congress materials likewise emphasize that technology assessment should not be limited to the question, "Does it work?" We must also ask: for whom is it available, where is it available, and at what cost?

The Congress should provide a foundation for moving from episodic professional interaction towards sustainable institutional collaboration. Multicentre studies, clinical databases, unified data-collection protocols and standardized assessment criteria will make it possible to investigate the real challenges of national oncology with a high degree of methodological rigour.

The Congress materials identify the development of multicentre studies, registries, clinical databases and standardized data-collection systems as major scientific and technological priorities. We must therefore gradually move from "the experience of a single centre" towards "a shared national evidence base."

In oncology, treatment outcomes should not be measured solely by tumour shrinkage or completion of a course of therapy. Pain control, nutritional support, rehabilitation, psychological care, symptom management and social support are also integral components of high-quality treatment. Palliative care

should not be associated exclusively with the final days of life; it may begin alongside anticancer treatment and contribute to reducing suffering and improving quality of life.

At the same time, a patient who has completed treatment does not leave the health-care system. Such a patient requires surveillance for recurrence, monitoring of late treatment effects, assessment of psychological well-being, work capacity and social adaptation. Rehabilitation, palliative care and long-term post-treatment follow-up must therefore be regarded as integral components of the oncology continuum.

As scientific capabilities expand, ethical responsibility also increases.

Genetic testing may provide information about potential risks to a patient's biological relatives, while digital databases store large volumes of sensitive medical information. Informed consent, confidentiality, the patient's right to information, protection of genetic data and appropriate governance of secondary data use must therefore become part of everyday clinical culture.

The Congress materials rightly emphasize that bioethics is not a barrier to scientific progress; rather, it is a condition for maintaining public trust in science and medicine.

Distinguished participants of the Congress!

In view of the scientific and clinical issues discussed, I consider it necessary to focus further attention on nine interconnected areas:

- prevention, identification of risk groups and early diagnosis;
- improvement of the patient pathway and reduction of delays in diagnosis and initiation of treatment;
- standardization of pathology, immunohistochemistry and molecular diagnostics with appropriate quality control;
- strengthening of the population-based cancer registry and survival analysis;
- development of radiotherapy together with medical physics, clinical dosimetry and mandatory quality assurance;
- strengthening multidisciplinary tumour boards and evidence-based clinical protocols;
- workforce development, multicentre research and standardized clinical-data infrastructure;
- digitalization, health technology assessment and regular monitoring of outcomes;
- development of rehabilitation, palliative care and long-term follow-up of patients after cancer treatment.

However, priority areas acquire genuine managerial value only when their results can be measured. Particular importance should therefore be attached to indicators such as the proportion of patients diagnosed at an early stage, the time from clinical suspicion to diagnostic confirmation, the time from diagnosis to initiation of treatment, coverage by the population-based registry, implementation of quality-assurance programmes in radiotherapy, the proportion of patients reviewed by multidisciplinary tumour boards, and survival indicators.

Dear colleagues!

Science fulfils its mission only when knowledge moves from the pages of a scientific article into clinical practice, and from clinical practice into outcomes that matter to the patient.

A scientific discovery must be tested, its reliability confirmed and its clinical benefit established. It should then be translated into a protocol, a clinical decision and practical action, and ultimately its impact should be measured in the life of the patient.

The Congress materials present this process as a continuous chain: scientific discovery analytical validation clinical validation assessment of clinical benefit protocol implementation outcome monitoring a new scientific question.

Distinguished colleagues!

The true value of the Congress begins on the day after it concludes.

Today's discussions must be transformed into concrete action: working groups, multicentre research, refinement of protocols, unified data standards, workforce-training programmes and systems for monitoring outcomes.

The Congress materials rightly emphasize that the outcomes of the forum should be measured, evaluated and documented after its conclusion, rather than being declared in advance as achievements already accomplished.

The Ministry of Health and Social Protection of the Population may consider the scientific findings and well-founded proposals of the Congress as one of the foundations for further discussion and improvement of sectoral priorities, enhancement of the quality of oncology services and development of scientific and clinical collaboration.

For all of us, the ultimate criterion must remain one thing: the patient outcome.

Genuine progress occurs when disease is detected earlier, diagnosis becomes more accurate, the patient pathway becomes shorter, treatment is selected on a more rational and evidence-based basis, the risk of preventable harm is reduced, survival improves, and after treatment a person is able not merely to live longer, but to live better.

It is precisely this criterion that the Congress materials identify as the point at which science, clinical practice, technology, health policy and professional responsibility converge.

I am confident that this Congress will provide an important foundation for the further development of the national scientific school of oncology and radiology, strengthening cooperation among institutions, improving the quality of diagnosis and treatment, advancing multicentre research, improving the cancer registry, and training a new generation of highly qualified specialists.

I wish all participants of the Congress productive work, constructive discussions, reliable research, sustainable professional cooperation and achievements whose value will be reflected not only in scientific reports, but above all in human life and health.

From early detection to precise diagnosis and evidence-based treatment; from technology to assured quality and safety; from science to reliable clinical decision-making; from clinical decisions to measurable outcomes; and from measurable outcomes to longer and more dignified human lives.

This must become one of the principal directions for the further development of oncology services in the Republic of Tajikistan.

Thank you for your attention!

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

МУРОДЗОДА АКБАР ИСМАТУЛЛО

дар Анҷумани онкологҳо ва радиологҳои

Ҷумҳурии Тоҷикистон

16 октябри соли 2026, шаҳри Душанбе

Мухтарам Вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, олимону табибони гиромӣ, роҳбарони муассисаҳои илмӣ ва клиникӣ, мутахассисони соҳаҳои онкология, радиология, радиотерапия, патоморфология, ҷарроҳии онкологӣ, тиббии лабораторӣ ва молекулавӣ, муҳаққиқони ҷавон, меҳмонони арҷманд ва ҳамкасбони азиз!



Барои Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ» баргузориҳои ин Съезд пеш аз ҳама майдони ташаккули тафаккури нави илмӣ онкологӣ, муқоисаи натиҷаҳои клиникӣ, санҷиши дурустии ҳулосаҳои илмӣ, ба миён гузоштани саволҳои муштаракӣ таҳқиқотӣ ва, муҳимтар аз ҳама, фароҳам овардани замина барои он мебошад, ки таҷрибаи ҷудогонаи муассисаҳо ба дониши муттаҳид, дониш ба далели такроршаванда ва далели бозътимод ба стандарти беҳтари амалияи онкологӣ табдил ёбад.

Анҷуман низ чунин тағйири амиқи парадигмаро инъикос намуда, онкологияи муосирро дигар на ҳамчун силсилаи одии «ташҳис - тасдиқи морфологӣ - табобат», балки ҳамчун раванди пайвастае муаррифӣ менамояд, ки дар он профилактика, баҳодиҳии ҳавф, ташҳиси барвақт, тавсифи морфологияи молекулавӣ, марҳилабандӣ, интиҳоби инфиродии табобат, назорати ҷавоб, барқарорсозӣ, пайгирии дарозмуддат ва арзёбии сифати зиндагии бемор ҳамчун ҳалқаҳои як занҷири ягона ба ҳам пайвастаанд.

Аз ҳамин нуқтаи назар барои муассисаи илмӣ саволи асосӣ дигар танҳо ин нест, ки беморро бо кадом усул табобат кунем, балки саволи он аст, ки чӣ гуна аз ҳазорҳо мушоҳидаи ҳаррӯзаи клиникӣ дониши бозътимод ба вучуд оварем, чӣ гуна ин донишро бо усули дуруст бисанҷем ва чӣ гуна натиҷаи санҷидашударо дубора ба клиника баргардонем, то он ба қарори устувор ва такроршавандаи табобатӣ табдил ёбад.

Ба ҳамин маъно, ман фаъолияти муассисаи илмӣ онкологиро бо як формулаи бисёр сода, вале аз ҷиҳати методологӣ муҳим ифода кардан меҳавам: клиника савол медиҳад, илм онро месанҷад ва клиника ҷавоби санҷидашударо бозпас мегирад, зеро танҳо дар ҳамин гардиши пайваста байни амалия ва таҳқиқот муассисаи клиникӣ метавонад ба муассисаи воқеан илмӣ табдил биёбад.

Имрӯз саратонро рафтори беморӣ аз маҷмуаи мураккаби омилҳои генетикӣ, эпигенетикӣ, иммунӣ, микро муҳити омос, омилҳои ирсӣ ва ҳолати умумии ҳуди бемор вобаста буда, ҳамин гуногунрангии биологӣ сабаби он мегардад, ки ду бемор бо ташҳиси ба назар якхела метавонанд суръати гуногуни пешрафт, эҳтимоли гуногуни рецидив, ҳассосияти гуногун ба дору ё радиотерапия ва, дар ниҳоят, натиҷаи клиникӣ тамоман мухталиф дошта бошанд. Маводи Съезд низ геном, эпигеном, микро муҳити омос ва гетерогении дохилиюмосиро аз ҷузъҳои муҳими биологияи муосири саратон мешуморад.

Маҳз ҳамин воқеият аст, ки моро аз модели анъанавии ташҳиси танҳо морфологӣ ба модели ташҳиси ҳамгиро мебарад, ки дар он патоморфология, биологияи молекулавӣ, радиология ва маълумоти клиникӣ на ҳамчун ҷаҳор сарчашмаи ҷудогона, балки ҳамчун чор қабати як қарори ягонаи тиббӣ истифода мешаванд.

Патоморфология дар онкологияи муосир яке аз нуқтаҳои асосии муайян намудани стратегия ва пайдарпайии табобат мебошад, зеро аз дурустии ташҳиси морфологӣ метавонад интиҳоби ҷарроҳӣ, терапияи системавӣ, радиотерапия, табобати ҳадафнок ва ҳатто ҳаҷми мувофиқаи клиникӣ вобаста бошад.

Аз ҳамин сабаб, махсусан дар ҳолатҳои мураккаб, пеш аз оғози табobati радикалӣ, гаронарзиш ё баргардониданашаванда, зарурати андешаи дуҷуми ташхисӣ, бозбинии референсӣ ва санҷиши дубораи маводи морфологӣ механизми кафолати дурустии қарор бояд қабул карда шавад.

Дар ин замина, Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ метавонад ва бояд нақши худро ҳамчун пойгоҳи референсии ташхиси ҳолатҳои мураккаб, ҷойи бозбинии морфологӣ ва майдони консилиумҳои махсусгардонидашуда тақвият диҳад, то дар ҳолатҳои душвор ташхис на танҳо муайян, балки аз чанд самти мустақили касбӣ санҷида шавад.

Стандартсозии ташхиси морфологӣ ва молекулавӣ, инчунин назорати сифат дар марҳилаҳои пеш аз таҳлил, ҳангоми таҳлил ва баъди таҳлил барои муқоисашавандагӣ ва эътимоднокии натиҷаҳо аҳамияти бунёдӣ доранд.

Аз ин рӯ, барои мо муҳим аст, ки сифати ташхис, мувофиқати тафсир ва қобили такрор будани натиҷаро таъмин намоем, зеро ташхиси дақиқ на охири раванд, балки оғози табobati дуруст мебошад.

Масъалаҳои HER2, BRCA1/2 ва дигар нишондиҳандаҳои молекулавиро дар доираи гузариш ба модели ҳамгирои ташхисӣ баррасӣ мекунад ва нишон медиҳад, ки онкология тадриҷан аз таснифи умумӣ ба фаҳмиши дақиқтари хусусиятҳои биологии ҳар омос мегузарад.

Аммо дар ин ҷо мо бояд як фарқияти методологиро ҳамеша нигоҳ дорем: муайян кардани биомаркер худ ба худ маънои беҳтар шудани табобатро надорад, зеро биомаркер танҳо вақте арзиши клиникӣ воқеӣ пайдо мекунад, ки ба интиҳоби терапия таъсир расонад, дурнамои бемориро дақиқтар муайян кунад ё ба интиҳоби тактикаи мушаххаси табобат мусоидат намояд.

Аз ҳамин рӯ, саволи асосӣ набояд чунин бошад, ки «оё мо ин таҳлилро анҷом дода метавонем?», балки бояд чунин бошад: «оё натиҷаи ин таҳлил қарорро тағйир медиҳад ва оё тағйири қарор барои бемор манфиати воқеӣ меорад?» Тиббӣ дақиқро маҳз бо ғоидаи клиникӣ, интиҳоби муолиҷаи муносибтар ва беҳтар намудани таносуби манфиат ва зарар мепайвандад.

Аз ин рӯ, тиббӣ дақиқро бояд на бо шумораи тестҳо ва бо қобилияти беҳтар намудани қарори клиникӣ ва натиҷаи воқеии бемор арзёбӣ намуд.

Биопсияи моеъ, патоморфологияи рақамӣ, радиомика, зехни сунъӣ, биомаркерҳои нав ва моделҳои эксперименталӣ имрӯз имкониятҳои бузург фароҳам меоранд, аммо яке аз вазифаҳои асосии муассисаи илмӣ маҳз дар он аст, ки навоварии умедбахшро аз технологияи клиникӣ исботшуда фарқ карда тавонад. Ҳар технологияи нав бояд аз рӯи дақиқии аналитикӣ, қобили такрор будани натиҷа, имконияти санҷиш дар муҳити дигар ва ғоидаи клиникӣ арзёбӣ гардад.

Аз ин рӯ, нав будани технология ҳанӯз далели беҳтар будани он нест ва илм маҳз ҳамон механизмest, ки умедро аз исбот, ҳаяҷонро аз воқеият ва навовариро аз арзиши ҳақиқии клиникӣ ҷудо менамояд.

Радиологияи муосир аз тасвири анатомӣ ба таҳлили миқдорӣ ва функционалӣ мегузарад, ки дар он на танҳо шакл ва андозаи омос, балки хусусиятҳои ҷеншавандаи тасвир, тағйироти динамикӣ ва имконияти пешгӯии рафтори беморӣ низ аҳамият пайдо мекунад.

Масъалаҳои томографияи компютерӣ, маммография, ташхиси саратони шуш, радиомика ва истифодаи зехни сунъиро дар симулятсия ва банақшагирии радиотерапия фаро мегирад.

Аммо барои ҳар алгоритм ё модели рақамӣ саволи асосӣ бояд чунин бошад, ки оё натиҷаи дар як марказ бадастомада дар маркази дигар низ такрор мешавад, оё алгоритм ба популятсияи дигар қобили татбиқ аст ва оё тағйироти дастгоҳ, протокол ё таркиби беморон ба натиҷаи он таъсир намерасонад.

Зарурати санҷиши берунӣ, арзёбии ғаразнокӣ алгоритм ва ҳифзи назорати клиникӣ инсонро махсус таъкид мекунад.

Аз ҳамин рӯ, зехни сунъӣ бояд ба табиб далели иловагӣ ва қудрати таҳлилӣ диҳад, аммо масъулияти ниҳоии қарор бояд ҳамеша дар доираи арзёбии клиникӣ инсон боқӣ монад.

Радиотерапия яке аз равшантарин мисолҳои он аст, ки чӣ гуна физика, технология ва клиника метавонанд дар як раванди ягона ба ҳам пайванданд, зеро дар ин ҷо аз симулятсия ва контуркунии ҳаҷми ҳадаф то ҳисобкунии воя, ҳифзи узвҳои таҳти хавф, назорати таҷҳизот ва расонидани дақиқи радиатсия ҳар як марҳила метавонад ба натиҷаи ниҳоии табобат таъсири

мустақим расонад. Радиотерапияи муосирро ҳамчун низоми ягонаи симулятсия, банақшагирӣ, контуркунӣ, дозиметрия ва кафолати сифат тавсиф мекунад.

Аммо барои муассисаи илмӣ назорати техникӣ танҳо нисфи масъала мебошад, зеро мо бояд ҳамзамон назорати клиникӣ сифатро ба роҳ монем ва омӯзем, ки назорати омос чӣ гуна буд, токсикияти барвақт чӣ қадар ба вучуд омад, токсикияти дерина дар пайгирии дарозмуддат чӣ гуна зоҳир шуд, сифати зиндагӣ чӣ гуна тағйир ёфт ва кадом омилҳо бо натиҷаи беҳтар ё бадтар алоқаманд буданд.

Яъне, кафолати техникӣ бояд ба кафолати клиникӣ пайваст шавад, зеро технология танҳо вақте воқеан арзишманд аст, ки на танҳо дақиқ, балки беҳатар, ченшаванда ва аз рӯи натиҷаҳои дарозмуддат санҷидашуда бошад.

Дар ҷарроҳии онкологӣ низ мо бояд аз баҳодихии ҷудогонаи амалиёт ба таҳлили системавии натиҷаҳо гузарем, зеро барои илм танҳо он ки амалиёт аз ҷиҳати техникӣ анҷом ёфт, кофӣ нест ва арзёбии воқеӣ бояд оризаҳои баъдичарроҳӣ, фаъти барвақт, рецидив, зиндамони бе беморӣ, зиндамони умумӣ, фаъолияти узв ва сифати зиндагиро дар бар гирад. Аҳамияти нишондиҳандаҳои кӯтоҳмуддат ва дарозмуддати ҷарроҳиро таъкид мекунад.

Аз ҳамин сабаб, барои Марказ муҳим аст, ки аудити мунтазами натиҷаҳои ҷарроҳӣ, яъне сабт, таҳлил, муқоиса ва баррасии даврии оризаҳо, рецидивҳо ва натиҷаҳои дарозмуддат ба фарҳанги доимии клиникӣ табдил ёбад, зеро танҳо он муассиса метавонад ҳудро илмӣ номад, ки на танҳо натиҷаи хубро нишон диҳад, балки ҳатогӣ, мушкilot ва нуқтаи заифи ҳудро низ чен кунад ва аз он биомӯзад.

Дар онкологияи муосир бемор метавонад ҳамзамон ба арзёбии ҷарроҳ, онкологи клиникӣ, радиотерапевт, радиолог, патоморфолог ва, вобаста ба ҳолат, дигар мутахассисон ниёз дошта бошад. Модели кори бисёрсоҳа ва бемормехварро ҳамчун яке аз асосҳои онкологияи муосир таъкид мекунад.

Аз ҳамин рӯ, консилиуми бисёрсоҳа бояд механизми ҳамгирии маълумоти морфологӣ, радиологӣ, клиникӣ ва терапевтӣ ба як қарори асоснок гардад.

Барои Маркази ҷумҳуриявӣ чунин консилиумҳо метавонанд барои ташаккули стандартҳои ягонаи қароргирӣ, омӯзиши ҳолатҳои душвор ва тавлиди саволҳои нави илмӣ низ хизмат кунанд.

Яке аз масъалаҳои муҳими фарҳанги илмӣ клиникӣ фарқ гузоштан байни аҳамияти оморӣ ва аҳамияти воқеии клиникӣ мебошад, зеро як натиҷа метавонад аз рӯи ҳисобҳои оморӣ фарқиати муайян нишон диҳад, аммо барои бемор тағйири воқеии қобили эҳсос ба вучуд наорад. Ҳар натиҷа бояд аз рӯи тарҳи таҳқиқот, ҳаҷми интиҳоб, ҳамаи систематикӣ, андозаи таъсир, фосилаи эътимод, аҳамияти оморӣ ва аҳамияти клиникӣ арзёбӣ шавад. Барои бемор муҳим нест, ки танҳо як нишондиҳандаи оморӣ ба ҳадди шартӣ расидааст; барои бемор муҳим аст, ки ҳақиқи рецидив то чӣ андоза кам шуд, умр чӣ қадар дароз гардид, токсикият чӣ андоза зиёд ё кам шуд ва сифати зиндагӣ чӣ гуна тағйир ёфт. Маҳз аз ҳамин сабаб, ҳар рақами оморӣ бояд ба забони клиникӣ тарҷума шавад ва ҳар ҳулосаи илмӣ бояд ба маънои он барои бемор таъяс намояд.

Дар ҳар таҳқиқоти клиникӣ мо бояд дақиқ фарқ намоем, ки чӣ мушоҳида кардем, муаллиф ин мушоҳидаро чӣ гуна шарҳ медиҳад ва маълумоти ҷамъоваришуда воқеан кадом ҳулосаро иҷозат медиҳад, зеро маҳз омехта кардани ҳамаи се сатҳ яке аз сабабҳои муболиғии илмӣ мегардад. Натиҷаи таҳқиқоти якмарказӣ ё як силсилаи клиникӣ набояд бе асос ба тамоми популятсия татбиқ карда шавад. Эътирофи маҳдудияти таҳқиқот заъфи илмӣ нест, балки, баръакс, нишонаи интизом, ростқавлӣ ва масъулияти илмӣ муаллиф мебошад.

Феҳристи популятсионии бемориҳои саратонӣ бояд аз воситаи одии ҳисоботдиҳӣ ба инфрасохтори воқеии илмӣ табдил ёбад, зеро танҳо тавассути ҷамъовариҳои стандартизатсияшуда, пайгирии дарозмуддат ва таҳлили пайвасти метавон динамикаи беморшавӣ, марҳилаи ташхис, натиҷаи табобат ва зиндамони дуруст омӯхт. Феҳристи босифат бояд ба мо имкон диҳад, ки на танҳо ба саволи «чанд бемор ҳаст?» ҷавоб диҳем, балки муайян намоем, ки чаро баъзе омосҳо дертар ошкор мешаванд, чаро зиндамони дар гурӯҳҳои гуногун фарқ мекунад, кадом омилҳо бо натиҷаи беҳтар ё бадтар алоқаманданд ва кадом масъалаҳо бояд дар таҳқиқоти минбаъда санҷида шаванд.

Аз ҳамин рӯ, феҳристи хуб саволҳои нави илмӣ ба вуҷуд меорад, ва маҳз ҳамин саволҳо метавонанд асоси таҳқиқоти проспективӣ, гурӯҳҳои пайгиришаванда ва лоиҳаҳои бисёрмарказӣ гарданд.

Рушди таҳқиқоти бисёрмарказӣ, феҳристҳои онкологӣ, базаҳои клиникӣ ва низомҳои стандартизатсияшудаи ҷамъоварии маълумотро аз самтҳои муҳими илмӣ-технологӣ мешуморад. Қадами минбаъдаи мо бояд гузариш аз ҳамкориҳои даврӣ ба шабака ё консорсиуми устувори муҳаққиқони онкологӣ бошад, ки бо саволи муштараки илмӣ, протоколи ягона, шакли стандартизатсияшудаи ҷамъоварии маълумот, меёриҳои пешаки муайяншудаи натиҷа, гурӯҳи ҳамоҳангсоз ва қоидаҳои шаффофи истифодаи маълумот кор кунад.

Маҳз дар чунин шароит мо метавонем аз ҷумлаи «дар маркази мо чунин натиҷа ба даст омад» ба ҷумлаи аз ҷиҳати илмӣ қавитар «ин натиҷа дар чанд муассиса бо методологияи яксон тақрор шуд» гузарем.

Ин аст роҳ аз таҷрибаи маҳаллӣ ба далели миллӣ.

Нақши Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ набояд танҳо бо расонидани ёрии махсусгардонидашуда маҳдуд шавад, балки бояд дар ҷаҳор самти ба ҳам пайваست рушд намояд: ҳамчун маркази клиникӣ таъбобати ҳолатҳои мураккаб, ҳамчун пойгоҳи референсии ташхис ва консилиумҳои махсусгардонидашуда, ҳамчун муассисаи истеҳсолкунандаи далели илмӣ ва маркази ҳамоҳангсозии таҳқиқоти бисёрмарказӣ.

Ба ҳамин маъно, Марказ бояд ҷойе бошад, ки дар он бемори мураккаб ба консилиуми мураккаб, консилиум ба саволи илмӣ, саволи илмӣ ба таҳқиқот ва таҳқиқот ба далели нав табдил ёбад.

Мо бояд ҳамзамон таъбобат кунем, санҷем, муқоиса намоем, омӯзонем ва далел тавлид созем, зеро танҳо чунин муассиса метавонад на танҳо иҷрокунандаи стандарт, балки иштирокчии фаъоли ташаккули стандарти нав бошад.

Тарбияи муҳаққиқони ҷавон набояд танҳо бо даъват ба фаъолияти илмӣ маҳдуд гардад, балки бояд ба низоми пайвастаи устод-шогирдӣ, роҳбарии илмӣ, иштирок дар гурӯҳҳои таҳқиқотӣ, кор бо базаҳои воқеии клиникӣ ва ҷалб ба лоиҳаҳои бисёрмарказӣ табдил ёбад.

Чунин омодагӣ бояд тарҳи таҳқиқот, биостатистика, идоракунии базаҳои маълумот, таҳлили зиндамонӣ, навиштани мақолаи илмӣ, пешниҳоди натиҷа дар минбар, ахлоқи таҳқиқот ва фарҳанги дурусти истифодаи маълумотро фаро гирад.

Рушди сармояи инсон, таҳсилоти муттасил, таҷрибаомӯзӣ ва мубодилаи илмиро вазифаи стратегӣ медонад. Маркази илмӣ бояд муаллифи савол, муаллифи таҳқиқот ва муаллифи далели нав тарбия намояд.

Муҳтарам ҳамкасбон!

Барои он ки ин Анҷуман бо анҷоми ҷаласаҳо ба охир нарасад, балки ба оғози раванди устувори илмӣ табдил ёбад, зарур аст, ки баъди он ташкили шабакаи доимии муҳаққиқони онкологӣ, таҳияи протоколҳои ягонаи бисёрмарказӣ, тақвияти низоми референсии патоморфология ва ташхиси молекулавӣ, рушди базаҳои дарозмуддати клиникӣ, ташкили барномаи мунтазами омӯзиши муҳаққиқони ҷавон ва механизми интиқоли далел ба амалия ба таври марҳилавӣ амалӣ карда шаванд.

Аммо барои он ки ин ҳадафҳо танҳо дар сатҳи пешниҳод боқӣ намонанд, ба онҳо бояд гурӯҳи ҳамоҳангсоз, муҳлатҳои муайян, ҳисоботи даврӣ, таҳлили солонаи натиҷаҳо ва баррасии ошкорои пешрафту мушкilot пайваست карда шавад, зеро танҳо он вазифае ба натиҷаи воқеӣ табдил меёбад, ки механизми пайгирӣ ва масъулияти иҷро дошта бошад.

Ҳамкасбони гиромӣ!

Маркази илмӣ он қост, ки таҷриба ба далел, далел ба стандарт ва стандарт ба сифати беҳтари таъбобат табдил меёбад. Қимати чунин Марказ ҳамчунин бо он чен мешавад, ки чанд ташхиси мураккаб боэътимодтар гардид, чанд саволи клиникӣ ба таҳқиқоти дуруст табдил ёфт, чанд натиҷа дар чанд муассиса тақрор шуд, чанд муҳаққиқи ҷавон ба мактаби илмӣ ворид гардид ва чанд далели нав ба стандарти беҳтари амалия роҳ ёфт.

Вале дар паси ҳамаи ин мафҳумҳо далел, стандарт, феҳрист, протокол, технология ва таҳқиқот як инсон меистад, ва агар тамоми фаъолияти илмӣ мо ба он оварда нарасонад, ки бемор

барвақттар ташхис шавад, қарори дурусттар гирад, табобати асосноктар ва бехатартар дошта бошад ва бо сифати бехтари зиндагӣ умри бештар бинад, пас ҳатто бехтарин технология маънои ниҳоии худро аз даст медиҳад. Меъёри ҳақиқии пешрафтро бо ташхиси барвақттар, интиҳоби дақиқтари табобат, кам шудани муҳомилаҳои нолозим ва токсикияти пешгиришаванда, бехтар шудани назорати беморӣ ва ҳифзи сифати зиндагии инсон мепаӣвандад.

Аз ҳамин рӯ, роҳи мо бояд чунин бошад: аз таҷриба ба далел, аз далел ба стандарт, аз стандарт ба қарори бехтар ва аз қарори бехтар ба зиндагии бештару шоистатари бемор.

Маҳз ҳамин метавонад Анҷуманро аз як рӯйдоди илмӣ ба оғози як мактаби устувори ҳамкории клиникӣ ва илмӣ онкологияи миллӣ табдил диҳад.

Ташаккур барои тавачҷуҳ!

**ВЫСТУПЛЕНИЕ
ДИРЕКТОРА ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ»
МУРОДЗОДА АКБАРА ИСМАТУЛЛО**

на Съезде онкологов и радиологов Республики Таджикистан

16 октября 2026 года, Душанбе

Уважаемый Министр здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, уважаемые учёные и врачи, руководители научных и клинических учреждений, специалисты в области онкологии, радиологии, лучевой терапии, патологической анатомии, хирургической онкологии, лабораторной и молекулярной медицины, молодые исследователи, уважаемые гости и дорогие коллеги!

Для Государственного учреждения «Республиканский научный центр онкологии» проведение настоящего Съезда является прежде всего площадкой для формирования нового научного мышления в онкологии, сопоставления клинических результатов, критической оценки обоснованности научных выводов, постановки общих исследовательских вопросов и, что особенно важно, создания условий, при которых разрозненный опыт отдельных учреждений сможет трансформироваться в систематизированное знание, знание в воспроизводимое доказательство, а надёжное доказательство в более совершенные стандарты онкологической практики.

Современная онкология уже не может рассматриваться как простая последовательность «диагностика-морфологическая верификация - лечение», поскольку сегодня она представляет собой непрерывный клинко-научный процесс, объединяющий профилактику, оценку риска, раннее выявление, морфологическую и молекулярную характеристику опухоли, стадирование, индивидуальный выбор лечения, мониторинг ответа, реабилитацию, длительное наблюдение и оценку качества жизни пациента.

С этой точки зрения главный вопрос для научного учреждения заключается уже не только в том, каким методом следует лечить пациента, но и в том, каким образом из тысяч повседневных клинических наблюдений формировать достоверное знание, каким образом проверять это знание с помощью корректной методологии и каким образом возвращать полученный результат обратно в клиническую практику, чтобы он становился устойчивым и воспроизводимым медицинским решением.

Именно поэтому деятельность научного онкологического центра можно выразить простой, но методологически принципиальной формулой: клиника ставит вопрос, наука его проверяет, а клиника получает обратно уже проверенный ответ, поскольку лишь в таком непрерывном взаимодействии практики и исследования клиническое учреждение становится по-настоящему научным.

Современное понимание злокачественной опухоли основывается на признании того, что её клиническое поведение определяется сложным взаимодействием генетических, эпигенетических и иммунологических факторов, особенностей опухолевого микроокружения, наследственной предрасположенности и общего состояния пациента, вследствие чего два пациента с формально

одинаковым диагнозом могут существенно отличаться по темпам прогрессирования заболевания, риску рецидива, чувствительности к лекарственной или лучевой терапии и, в конечном счёте, по клиническому исходу.

Именно эта биологическая неоднородность переводит современную онкологию от преимущественно морфологической диагностики к интегрированному диагностическому подходу, при котором патологическая анатомия, молекулярная биология, радиология и клинические данные используются не изолированно, а как взаимодополняющие уровни единого клинического решения.

Патологическая анатомия в современной онкологии является не только инструментом подтверждения диагноза, но и одним из ключевых звеньев, определяющих стратегию и последовательность лечения, поскольку от точности морфологического заключения могут зависеть выбор хирургической тактики, системной терапии, лучевого лечения, таргетной терапии и даже объём медицинского вмешательства.

Именно поэтому в сложных клинических случаях, особенно перед началом радикального, дорогостоящего или необратимого лечения, повторное экспертное заключение, референсный пересмотр и дополнительная верификация морфологического материала должны рассматриваться не как проявление недоверия к первичному заключению, а как важнейший механизм обеспечения безопасности и обоснованности клинического решения.

В этом контексте Республиканский научный центр онкологии может и должен усиливать свою роль как референсный центр по диагностике сложных случаев, площадка экспертного морфологического пересмотра и специализированных мультидисциплинарных консилиумов, обеспечивая профессиональную оценку сложных диагнозов с позиций нескольких независимых специалистов.

Стандартизация морфологической и молекулярной диагностики, а также контроль качества на преаналитическом, аналитическом и постаналитическом этапах имеют фундаментальное значение для сопоставимости, воспроизводимости и достоверности результатов. Вставленный

Markdown

Следовательно, наша задача состоит не только в установлении диагноза, но и в обеспечении качества диагностики, согласованности интерпретации и воспроизводимости результата, поскольку точный диагноз является не завершением диагностического процесса, а отправной точкой правильного лечения.

Исследование HER2, BRCA1/2 и других молекулярных маркеров отражает переход современной онкологии от преимущественно общих классификаций к более глубокому пониманию биологических особенностей конкретной опухоли.

Однако здесь важно сохранять принципиальное методологическое различие: само по себе выявление биомаркера ещё не означает улучшения лечения, поскольку реальную клиническую ценность биомаркер приобретает лишь в том случае, если он влияет на выбор терапии, уточняет прогноз или позволяет изменить конкретную лечебную тактику.

Поэтому основной вопрос должен звучать не так: «Можем ли мы выполнить данный анализ?», а иначе: «Изменит ли результат этого исследования клиническое решение и принесёт ли такое изменение реальную пользу пациенту?»

Прецизионная медицина должна оцениваться прежде всего с позиции клинической пользы, обоснованности выбора лечения и оптимизации соотношения ожидаемой пользы и возможного вреда.

Следовательно, её ценность определяется не количеством выполненных тестов, а способностью повышать качество клинических решений и улучшать реальные результаты лечения.

Жидкостная биопсия, цифровая патология, радиомика, искусственный интеллект, новые биомаркеры и экспериментальные модели открывают значительные перспективы, однако одной из важнейших задач научного учреждения является способность отличать перспективную инновацию от технологии, клиническая ценность которой уже доказана.

Любая новая технология должна оцениваться с точки зрения аналитической точности, воспроизводимости, внешней подтверждаемости и реальной клинической пользы.

Поэтому новизна сама по себе не является доказательством превосходства, а наука и существует для того, чтобы отделять перспективу от доказательства, ожидание от объективного результата, а технологическую новизну от клинической ценности.

Современная радиология постепенно переходит от преимущественно анатомической визуализации к количественному и функциональному анализу, при котором значение приобретают не только форма и размеры опухоли, но и количественные характеристики изображения, их динамика и потенциальная прогностическая ценность.

Компьютерная томография, маммография, диагностика рака лёгкого, радиомика и использование искусственного интеллекта в симуляции и планировании лучевой терапии являются важными компонентами современного онкологического подхода.

При этом применительно к каждому алгоритму необходимо оценивать, воспроизводятся ли результаты в другом медицинском учреждении, сохраняет ли модель свою точность в иной популяции и не меняется ли её эффективность при использовании другого оборудования, иных протоколов или при изменении состава пациентов.

Искусственный интеллект должен предоставлять врачу дополнительные аналитические возможности и объективизированную информацию, но окончательное клиническое решение и ответственность за него должны оставаться за врачом.

Лучевая терапия представляет собой одну из наиболее ярких областей интеграции физики, медицинских технологий и клинической медицины, поскольку каждый этап — от симуляции и контурирования мишени до расчёта дозы, защиты органов риска, контроля оборудования и точности доставки излучения способен непосредственно повлиять на итоговый результат лечения.

Современная радиотерапия должна рассматриваться как единая система, включающая симуляцию, планирование, контурирование, дозиметрию и контроль качества.

Однако для научного учреждения технический контроль является лишь частью общей задачи, поскольку необходимо также оценивать локальный контроль опухоли, раннюю и позднюю токсичность, качество жизни и отдалённые клинические результаты. Вставленный Markdown

Таким образом, технический контроль качества должен быть неразрывно связан с клиническим контролем качества, поскольку истинная ценность технологии определяется не только её точностью, но и безопасностью, воспроизводимостью и результатами длительного наблюдения.

В хирургической онкологии необходимо переходить от оценки единичного вмешательства к системному анализу результатов, поскольку сам факт технически успешной операции ещё не даёт полной оценки качества лечения; необходимо учитывать послеоперационные осложнения, раннюю летальность, рецидив заболевания, безрецидивную и общую выживаемость, сохранность функции органа и качество жизни.

Поэтому регулярный клинический аудит хирургических результатов, предусматривающий систематическую регистрацию, анализ, сравнение и периодическое обсуждение осложнений, рецидивов и отдалённых исходов, должен стать постоянной частью клинической культуры учреждения, поскольку научный центр обязан анализировать не только успехи, но и ошибки, осложнения и слабые стороны собственной практики.

Современный онкологический пациент нередко нуждается в одновременной оценке хирурга, клинического онколога, радиотерапевта, радиолога, патологоанатома и других специалистов, поэтому мультидисциплинарный консилиум должен быть не формальной встречей врачей различных специальностей, а механизмом интеграции морфологических, радиологических, клинических и терапевтических данных в единое обоснованное решение. Вставленный Markdown

Для Республиканского центра такие консилиумы могут служить не только инструментом выбора лечения для сложных пациентов, но и площадкой для унификации принципов принятия решений, анализа сложных случаев и постановки новых научных вопросов.

Одним из принципиальных элементов культуры клинического исследования является разграничение статистической и клинической значимости, поскольку статистически достоверное различие не всегда означает реальное преимущество для пациента.

Любой результат необходимо оценивать с учётом дизайна исследования, объёма выборки, риска систематической ошибки, величины эффекта, доверительного интервала, статистической значимости и клинической значимости.

Для пациента важно не только достижение формального статистического порога, но и то, насколько снизился риск рецидива, насколько увеличилась продолжительность жизни, изменилась ли токсичность и улучшилось ли качество жизни.

Следовательно, статистический результат всегда должен быть переведён в клиническое значение, а научный вывод должен основываться не только на цифре, но и на её значении для конкретного пациента.

В каждом клиническом исследовании необходимо чётко различать то, что было фактически наблюждено, то, как исследователь это интерпретирует, и то, какой вывод действительно подтверждается полученными данными, поскольку смешение этих уровней нередко приводит к научному преувеличению.

Результаты одноцентрового исследования или отдельной клинической серии не должны автоматически распространяться на всю популяцию без достаточного обоснования, а признание ограничений исследования следует рассматривать не как недостаток, а как проявление методологической дисциплины, научной честности и ответственности исследователя.

Популяционный онкологический регистр должен постепенно трансформироваться из преимущественно статистического инструмента в полноценную научную инфраструктуру, поскольку только стандартизированный сбор данных, длительное наблюдение и последовательный анализ позволяют достоверно изучать заболеваемость, распределение стадий, результаты лечения и выживаемость.

Качественный регистр должен позволять не только отвечать на вопрос «сколько пациентов зарегистрировано?», но и понимать, почему определённые опухоли выявляются позднее, почему результаты лечения различаются между группами пациентов, какие факторы ассоциированы с лучшими или худшими исходами и какие вопросы требуют дальнейшего изучения. Вставленный Markdown

Именно поэтому качественный регистр не только даёт ответы, но и формирует новые научные гипотезы, которые могут стать основой проспективных исследований, когортного наблюдения и многоцентровых проектов.

Развитие многоцентровых исследований, онкологических регистров, клинических баз данных и стандартизированных систем сбора информации должно стать одним из ключевых направлений научного развития.

Следующим этапом должен стать переход от эпизодического сотрудничества к устойчивой исследовательской сети или научному консорциуму, основанному на общей научной проблеме, едином протоколе, стандартизированной форме сбора данных, заранее определённых конечных точках, координационной структуре и прозрачных правилах использования данных.

Только в этих условиях можно перейти от формулировки «в нашем центре получен такой результат» к значительно более сильному утверждению: «данный результат был воспроизведён в нескольких учреждениях при использовании сопоставимой методологии».

Именно так локальный опыт превращается в доказательную базу национального уровня.

Роль Республиканского научного центра онкологии не должна ограничиваться оказанием специализированной медицинской помощи, а должна одновременно развиваться в нескольких взаимосвязанных направлениях: как клинический центр для лечения сложных случаев, как референсное учреждение по диагностике и экспертным консилиумам, как научная организация, формирующая новые доказательства, и как координационная площадка для многоцентровых исследований.

Центр должен стать местом, где сложный клинический случай становится предметом мультидисциплинарного обсуждения, такое обсуждение формирует научный вопрос, научный

вопрос становится исследовательским проектом, а исследование приводит к появлению нового доказательства.

Мы должны одновременно лечить, проверять, сопоставлять, обучать и формировать доказательную базу, поскольку только такой центр способен быть не только исполнителем существующих стандартов, но и участником создания новых. Вставленный Markdown

Подготовка молодых исследователей должна представлять собой не эпизодическое вовлечение в научную деятельность, а непрерывную систему наставничества, научного руководства, участия в исследовательских группах, работы с реальными клиническими базами данных и включения в многоцентровые проекты.

Такая подготовка должна включать дизайн исследований, биостатистику, управление базами данных, анализ выживаемости, научное письмо, представление результатов на конференциях, исследовательскую этику и культуру ответственного использования данных.

Научный центр должен готовить не только исполнителя клинического протокола, но и исследователя, способного сформулировать научный вопрос, провести корректное исследование и сформировать новое доказательство.

Научная культура должна основываться на достоверности данных, подлинном авторстве, предупреждении плагиата, недопустимости дублирующих публикаций и полном представлении результатов исследования.

Особое значение имеют также прозрачное декларирование конфликта интересов, предупреждение систематических искажений отчётности и недопущение избирательной публикации результатов.

Если публикуются преимущественно положительные результаты, отрицательные данные остаются неизвестными, а возможные финансовые или профессиональные интересы не раскрываются, научная картина может исказиться, а доверие к исследованиям снижаться.

Поэтому наука должна представлять не тот результат, которого мы ожидали, а тот результат, который был получен в действительности.

Уважаемые коллеги!

Чтобы настоящий Съезд не завершился одновременно с окончанием его заседаний, а стал началом устойчивого научного процесса, необходимо последовательно формировать постоянную сеть онкологических исследователей, единые многоцентровые протоколы, референсную систему патологической анатомии и молекулярной диагностики, долгосрочные клинические базы данных, регулярные программы подготовки молодых исследователей и механизмы переноса научных доказательств в клиническую практику.

Для того чтобы эти задачи не оставались только декларацией намерений, необходимы координационная структура, чётко определённые сроки, периодическая отчётность, ежегодный анализ результатов и открытое профессиональное обсуждение достигнутого прогресса и сохраняющихся проблем, поскольку только задача, имеющая механизм мониторинга и ответственную сторону, может быть преобразована в реальный результат.

Уважаемые коллеги!

Каждый день клинической онкологической практики создаёт огромный объём информации: радиологические изображения, морфологические препараты, биомаркеры, хирургические протоколы, планы лучевой терапии, данные об ответе на лечение, осложнениях, рецидивах и отдалённых результатах, однако сама по себе информация ещё не является наукой, потому что наука начинается тогда, когда информация превращается в правильно сформулированный вопрос, вопрос в корректно спланированное исследование, исследование в надёжное доказательство, а доказательство в воспроизводимое клиническое решение.

Поэтому миссию Республиканского научного центра онкологии можно выразить следующим образом:

Научный центр это место, где клинический опыт превращается в доказательство, доказательство в стандарт, а стандарт в более высокое качество лечения.

Ценность такого Центра определяется не только количеством пролеченных пациентов, но и тем, сколько сложных диагнозов удалось сделать более достоверными, сколько клинических

вопросов превратилось в корректно спланированные исследования, сколько результатов удалось воспроизвести в нескольких учреждениях, сколько молодых исследователей вошли в научную школу и сколько новых доказательств были внедрены в более совершенные стандарты практики.

Но за всеми этими понятиями доказательством, стандартом, регистром, протоколом, технологией и исследованием всегда стоит человек, и если вся наша научная деятельность не приводит к тому, чтобы пациент был диагностирован раньше, получил более обоснованное клиническое решение, более безопасное лечение, более длительную выживаемость и лучшее качество жизни, то даже самая современная технология утрачивает своё конечное предназначение.

Поэтому наш путь должен быть следующим:

от опыта к доказательству,

от доказательства к стандарту,

от стандарта к более обоснованному клиническому решению,

а от правильного решения к большей продолжительности и лучшему качеству жизни пациента.

Именно такой подход способен превратить Съезд из отдельного научного события в начало устойчивой школы клинического и научного сотрудничества в национальной онкологии.

Благодарю за внимание!

**OPENING ADDRESS
BY THE DIRECTOR OF THE STATE INSTITUTION
“REPUBLICAN SCIENTIFIC CENTER OF ONCOLOGY”
AKBAR ISMATULLO MURODZODA**

at the Congress of Oncologists and Radiologists of the Republic of Tajikistan

16 October 2026, Dushanbe

Honourable Minister of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, distinguished scientists and physicians, heads of scientific and clinical institutions, specialists in oncology, radiology, radiation oncology, pathology, surgical oncology, laboratory and molecular medicine, young researchers, distinguished guests, and dear colleagues,

For the State Institution “Republican Scientific Center of Oncology”, this Congress is first and foremost a platform for shaping a new scientific culture in oncology, comparing clinical outcomes, critically examining the validity of scientific conclusions, formulating shared research questions and, most importantly, creating the conditions in which fragmented institutional experience can be transformed into structured knowledge, knowledge into reproducible evidence, and reliable evidence into improved standards of oncological practice.

Modern oncology can no longer be understood as a simple sequence of “diagnosis - morphological confirmation - treatment”; rather, it represents a continuous clinical and scientific process encompassing prevention, risk assessment, early detection, morphological and molecular characterization, staging, individualized treatment selection, response monitoring, rehabilitation, long-term follow-up, and assessment of the patient’s quality of life.

From this perspective, the central question for a scientific institution is no longer simply which treatment should be offered to a patient, but how reliable knowledge can be generated from thousands of everyday clinical observations, how that knowledge can be tested using sound methodology, and how validated findings can be translated back into clinical practice so that they become robust and reproducible medical decisions.

In this sense, the mission of a scientific oncology institution may be expressed through a simple but methodologically fundamental principle: clinical practice raises the question, science tests it, and clinical practice receives the validated answer in return, because only through this continuous interaction between practice and research can a clinical institution become a truly scientific one.

The contemporary understanding of malignant disease recognizes that tumour behaviour is shaped by a complex interaction of genetic, epigenetic and immune mechanisms, the tumour microenvironment, hereditary factors and the overall condition of the patient; consequently, two patients with apparently

identical diagnoses may differ substantially in the rate of disease progression, risk of recurrence, sensitivity to systemic or radiation therapy and, ultimately, clinical outcome.

It is precisely this biological heterogeneity that is moving oncology away from a predominantly morphology-based model towards an integrated diagnostic approach, in which pathology, molecular biology, radiology and clinical information are used not as isolated sources, but as complementary layers of a single clinical decision.

In modern oncology, pathology is not merely a means of confirming a diagnosis; it is one of the principal determinants of treatment strategy and sequencing, because the accuracy of the pathological diagnosis may directly influence the choice of surgery, systemic therapy, radiation therapy, targeted treatment and even the extent of clinical intervention.

For this reason, particularly in complex cases and before the initiation of radical, high-cost or irreversible treatment, a second expert pathology opinion, reference review and repeat verification of pathological material should be regarded not as a sign of distrust towards the original diagnosis, but as an important mechanism for safeguarding the appropriateness and safety of clinical decision-making.

In this context, the Republican Scientific Center of Oncology can and should strengthen its role as a reference centre for complex diagnostic cases, a platform for expert pathology review and a centre for specialized multidisciplinary tumour boards, allowing difficult diagnoses to be evaluated from several independent professional perspectives.

Standardization of morphological and molecular diagnostics, together with quality control across the pre-analytical, analytical and post-analytical stages, is fundamental to the comparability, reproducibility and reliability of diagnostic results. Вставленный Markdown

Our task, therefore, is not merely to establish a diagnosis, but to ensure diagnostic quality, consistency of interpretation and reproducibility of results, because an accurate diagnosis is not the end of the process; it is the starting point for appropriate treatment.

The use of HER2, BRCA1/2 and other molecular markers reflects the transition from broad disease classifications towards a more precise understanding of the biological characteristics of individual tumours.

However, an essential methodological distinction must always be preserved: identifying a biomarker does not in itself mean that treatment has improved, because a biomarker acquires genuine clinical value only when it influences treatment selection, refines prognosis, or changes a specific therapeutic strategy.

The key question, therefore, should not be, “Can we perform this test?”, but rather: “Will the result of this test change the clinical decision, and will that change provide a meaningful benefit to the patient?”

Precision medicine should therefore be assessed in terms of clinical utility, more appropriate treatment selection, and optimization of the balance between expected benefit and potential harm.

Its value should be measured not by the number of tests performed, but by its ability to improve clinical decision-making and patient outcomes.

Liquid biopsy, digital pathology, radiomics, artificial intelligence, emerging biomarkers and experimental models offer considerable promise; nevertheless, one of the principal responsibilities of a scientific institution is to distinguish promising innovation from technology with demonstrated clinical value.

Every new technology should be assessed in terms of analytical validity, reproducibility, external validation and actual clinical utility.

Novelty alone is therefore not evidence of superiority; science exists precisely to distinguish promise from proof, expectation from objective outcome, and technological novelty from genuine clinical value.

Modern radiology is progressively moving beyond predominantly anatomical imaging towards quantitative and functional assessment, in which not only tumour shape and size, but also measurable imaging features, dynamic changes and potential prognostic information become increasingly relevant.

Computed tomography, mammography, lung cancer imaging, radiomics and the use of artificial intelligence in radiotherapy simulation and treatment planning are all important components of contemporary oncological practice.

For each algorithm, however, it is essential to determine whether results obtained in one institution can be reproduced elsewhere, whether the model maintains its performance in a different population, and whether changes in imaging equipment, protocols or patient characteristics materially affect its accuracy.

Artificial intelligence should therefore provide physicians with additional analytical capacity and objective information, but the final clinical decision and responsibility for that decision must remain with the treating clinician.

Radiation therapy is one of the clearest examples of the integration of physics, medical technology and clinical medicine, because every stage from simulation and target-volume contouring to dose calculation, protection of organs at risk, equipment quality control and accurate radiation delivery may directly influence the final therapeutic outcome.

Modern radiotherapy should therefore be regarded as an integrated system that includes simulation, treatment planning, contouring, dosimetry and quality assurance.

For a scientific institution, however, technical quality assurance is only one part of the task, because clinical quality must also be assessed through tumour control, early and late toxicity, quality of life and long-term outcomes. Вставленный Markdown

Thus, technical quality assurance must be closely linked to clinical quality assurance, because a technology has genuine value only when it is not merely precise, but also safe, reproducible and supported by favourable long-term clinical outcomes.

In surgical oncology, evaluation must extend beyond the technical success of an individual procedure to the systematic assessment of outcomes, because a technically successful operation alone does not provide a complete measure of treatment quality; postoperative complications, early mortality, recurrence, disease-free survival, overall survival, preservation of organ function and quality of life must also be considered.

For this reason, regular clinical audit of surgical outcomes, including systematic recording, analysis, comparison and periodic review of complications, recurrences and long-term results, should become an integral part of institutional clinical culture, because a scientific centre must be able to analyse not only its successes, but also its errors, complications and areas requiring improvement. Вставленный Markdown

A modern oncology patient may require simultaneous evaluation by a surgeon, medical oncologist, radiation oncologist, radiologist, pathologist and, depending on the clinical context, additional specialists; therefore, a multidisciplinary tumour board should not be a formal meeting of professionals from different disciplines, but rather a structured mechanism for integrating pathological, radiological, clinical and therapeutic information into a single evidence-informed decision. Вставленный Markdown

For a national referral centre, such tumour boards can serve not only as a mechanism for selecting treatment in complex cases, but also as a platform for harmonizing decision-making standards, reviewing difficult cases and generating new research questions.

One of the fundamental principles of high-quality clinical research is the distinction between statistical significance and clinical significance, because a statistically significant difference does not necessarily translate into a meaningful benefit for the patient.

Every finding should therefore be interpreted in the context of study design, sample size, risk of bias, effect size, confidence intervals, statistical significance and clinical relevance.

For the patient, what matters is not simply whether a statistical threshold has been crossed, but how much the risk of recurrence has been reduced, whether survival has improved, whether toxicity has increased or decreased, and whether quality of life has improved.

Accordingly, statistical findings must always be translated into clinical meaning, and scientific conclusions must reflect not only numerical differences, but their actual significance for patients.

In every clinical study, it is essential to distinguish clearly between what was actually observed, how the investigators interpret those observations, and what conclusions are genuinely supported by the available data, because failure to distinguish these levels is a common source of scientific overstatement.

The results of a single-centre study or a clinical case series should not be automatically generalized to an entire population without sufficient justification, and acknowledgment of study limitations should be understood not as a weakness, but as an expression of methodological discipline, scientific integrity and researcher responsibility.

A population-based cancer registry should progressively evolve from a primarily statistical reporting system into genuine scientific infrastructure, because only standardized data collection, long-term follow-up and systematic analysis can provide reliable information on incidence, stage distribution, treatment outcomes and survival.

A high-quality registry should allow us not only to answer the question, “How many patients are registered?”, but also to understand why certain malignancies are diagnosed later, why outcomes differ between patient groups, which factors are associated with better or worse outcomes, and which questions require further investigation.

Thus, a high-quality registry does not merely provide answers; it generates new research hypotheses, which can form the basis of prospective studies, longitudinal cohorts and multicentre projects.

The development of multicentre research, cancer registries, clinical databases and standardized data-collection systems should become one of the principal directions of scientific development.

The next step should be a transition from episodic collaboration to a sustainable research network or scientific consortium, operating on the basis of a shared scientific question, a unified protocol, standardized data-collection procedures, prospectively defined endpoints, a coordinating structure and transparent rules governing data use.

Only under such conditions can we move from the statement, “Our centre obtained this result,” to the scientifically stronger statement: “This finding was reproduced across several institutions using comparable methodology.”

That is how local experience becomes part of a national evidence base.

The role of the Republican Scientific Center of Oncology should not be limited to the provision of specialized medical care, but should evolve simultaneously in several interconnected directions: as a clinical centre for the management of complex cases, as a reference institution for diagnostic review and expert multidisciplinary case discussion, as a scientific institution generating new evidence, and as a coordinating platform for multicentre research.

The Center should become a place where a complex clinical case leads to multidisciplinary discussion, that discussion generates a scientific question, the scientific question becomes a research project, and the research project produces new evidence.

We must simultaneously treat, verify, compare, educate and generate evidence, because only such an institution can move beyond implementing existing standards and actively contribute to the development of new ones.

The training of young researchers should not consist of occasional encouragement to participate in research, but should develop into a continuous system of mentorship, scientific supervision, participation in research teams, work with real clinical databases and involvement in multicentre projects.

Such training should include study design, biostatistics, database management, survival analysis, scientific writing, presentation of research findings, research ethics and responsible data use.

A scientific centre should therefore train not merely a clinician who follows protocols, but a physician-scientist capable of formulating a research question, conducting a rigorous study and generating new evidence.

Scientific culture must be grounded in data integrity, genuine authorship, prevention of plagiarism, avoidance of duplicate publication and complete reporting of study results.

Particular attention must also be paid to transparent disclosure of conflicts of interest, prevention of reporting bias and avoidance of selective publication.

If predominantly positive findings are published, negative findings remain undisclosed, or relevant financial and professional interests are not declared, the scientific record may become distorted and confidence in the evidence may be undermined.

Therefore, science must report not the result we hoped to obtain, but the result that was actually observed.

Distinguished colleagues,

If this Congress is not to end with the closing of its sessions, but instead become the beginning of a sustainable scientific process, we must progressively develop a permanent network of oncology

researchers, unified multicentre protocols, a reference system for pathology and molecular diagnostics, long-term clinical databases, regular training programmes for young investigators, and mechanisms for translating evidence into clinical practice.

To ensure that these objectives do not remain merely declarative, they should be supported by a coordinating structure, clearly defined timelines, periodic reporting, annual analysis of results, and open professional discussion of both progress and unresolved challenges, because only a task with an explicit monitoring mechanism and clear accountability can be transformed into a measurable result.

Вставленный Markdown

Dear colleagues,

Every day of oncological practice generates an enormous amount of information — radiological images, pathological specimens, biomarkers, operative reports, radiotherapy plans, treatment-response data, complications, recurrences and long-term outcomes yet information alone is not science, because science begins only when information is transformed into a properly formulated question, that question into a rigorously designed study, the study into reliable evidence, and the evidence into a reproducible clinical decision.

I would therefore summarize the mission of the Republican Scientific Center of Oncology as follows:

A scientific centre is a place where clinical experience becomes evidence, evidence becomes a standard, and a standard becomes better-quality care.

The value of such a Center is measured not only by the number of patients treated, but also by how many complex diagnoses have become more reliable, how many clinical questions have been transformed into well-designed studies, how many findings have been reproduced across multiple institutions, how many young investigators have entered a scientific school, and how many new pieces of evidence have ultimately been incorporated into improved standards of practice.

Yet behind all these concepts evidence, standards, registries, protocols, technologies and research stands a patient, and if all our scientific activity does not ultimately result in earlier diagnosis, better-informed clinical decisions, safer and more evidence-based treatment, longer survival and better quality of life, then even the most advanced technology loses its ultimate purpose.

Our path, therefore, should be:

from experience to evidence,

from evidence to standards,

from standards to better clinical decisions,

and from better decisions to longer survival and better quality of life for our patients.

It is precisely this approach that can transform the Congress from a single scientific event into the beginning of a sustainable tradition of clinical and scientific collaboration within national oncology.

Thank you for your attention.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА Rh-НЕГАТИВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.

Нагаев И.Р.
Бакиров Б.А.

Введение:

Rh-негативные хронические миелопролиферативные заболевания (Ph-ХМПЗ) – группа клональных заболеваний, характеризующихся пролиферацией одной или нескольких линий миелопоэза в костном мозге. [1] Согласно данным международных исследований, уровень в США с 2002 по 2016 год средний уровень заболеваемости у истинной полицитемии составлял 1,55, у эссенциальной тромбоцитемии 1,57 случая на 100 000 населения.

Цель исследования:

Проведение эпидемиологической оценки заболеваемости пациентов с диагнозом с Ph-ХМПЗ заболеваниями в Республике Башкортостан в период с 2016 по 2025 годы.

Материалы и методы:

Проведен эпидемиологический анализ, основанный на данных РМИАС Республики Башкортостан в период 2016-2025 г.

Результаты:

В период с 2016 по 2025 год в Республике Башкортостан было выявлено 1605 новых случаев заболевания Ph-ХМПЗ. В структуре заболеваемости наибольшую долю составляла полицитемия истинная (D45) - 37,94%, далее эссенциальная тромбоцитемия (D47.3) - 36,2%, хроническая миелопролиферативная болезнь (D47.1) - 21,25%, остеомиелофиброз (D47.4) - 4,61%.

За период исследования было зарегистрировано 609 случаев заболевания истинной полицитемией (D45). При пересчете на 100 000 населения среднее значение заболеваемости составило 1,5 случая, медианное - 1,4 случая. Наибольший показатель наблюдался в 2019 г. - 2,55, наименьший в 2025 г. и составлял 0,84 случая на 100 000 населения. (Рис. 1)



Рис.1. Структура распределения заболеваемости ХМПЗ в республике Башкортостан.

Эссенциальная тромбоцитемия (D47.3), вторая по распространённости, нозологическая форма ХМПЗ. За период исследования было зарегистрировано 581 случай заболевания. Среднее значение заболеваемости составило 1,36, медианное - 1,48 случая на 100 000 населения. Наибольший показатель заболеваемости наблюдался в 2017 г. и составлял 1,97, наименьший в 2023 г. и составлял 0,64 случая на 100 000 населения.

Отдельную категорию представляют пациенты с диагнозом D47.1 хроническая миелопролиферативная болезнь. Данная группа включает пациентов с выявленными молекулярно-генетическими мутациями при отсутствии морфологической верификации конкретной нозологической формы. Данный диагноз был зарегистрирован 341 раз. Среднее значение заболеваемости составило 0,92, медианное - 0,7 случая на 100 000 населения. Наибольший показатель наблюдался в 2021 г - 2,0, наименьший в 2016 г. - 0,42 случая.

Остеомиелофиброз (D47.4) представлен случаями с 2019 по 2025. Согласно данным РМИАС Республики Башкортостан, в период с 2016 по 2018 г. случаи с данным диагнозом не регистрировались. За период наблюдения было выявлено 74 случая заболевания. Среднее значение заболеваемости составило 0,18 случая, медианное - 0,23 случая на 100 000 населения.

Наибольший показатель заболеваемости наблюдался в 2019 г. - 0,42 случая, наименьший в 2024 г. - 0,12 случая на 100 000 населения.

Заключение:

В период 2016 - 2025 ведущими формами Ph-ХМПЗ являлись истинная полицитемия и эссенциальная тромбоцитемия. При этом существенная доля пациентов с диагнозом D47.1 указывает на сохраняющуюся потребность в улучшении диагностики Ph-ХМПЗ в регионе.

Литература:

1 Меликян А.Л., Туркина А.Г., Абдулкадыров К.М. и др. Клинические рекомендации по диагностике и терапии Ph-негативных миелопролиферативных заболеваний (истинная полицитемия, эссенциальная тромбоцитемия, первичный миелофиброз). Гематология и трансфузиология. 2014;59(4):31–56. [Melikyan A.L., Turkina A.G., Abdulkadyrov K.M., et al. Clinical recommendations for the diagnosis and therapy of Ph-negative myeloproliferative diseases (polycythemia vera, essential thrombocythemia, primary myelofibrosis). Gematologiya i transfuziologiya. 2014;59(4):31–56. (In Russ)]

Нагаев Ильдар Раильевич, ассистент кафедры «госпитальная терапия №2» ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ г. Уфа; ORCID: 0000-0001-7844-8866; eLibrary SPIN: 2238-3660; e-mail: ildarnag007@yandex.ru

Бакиров Булат Ахатович, д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедры «госпитальная терапия №2» ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ г. Уфа; адрес: Россия, 450008, Уфа, ул. Ленина, д. 3; ORCID: 0000-0002-3297-1608; eLibrary SPIN: 9464-0504; e-mail: bakirovb@gmail.com

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И СТЕПЕНЬ КОНТАМИНАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

А.А. Юсупбеков, Туйчиев О.Д. Умиров А.А. Пулатов С.С.

Введение. Клиническое течение *H.Pylori*–ассоциированных опухолей во многих случаях протекает без специфических симптомов; сложности эндоскопической диагностики, недостаточный объём биопсийного материала и вариабельность морфологических заключений способствуют позднему выявлению заболевания. Наличие инфекции влияет на агрессивность опухоли, раннее лимфогенное распространение и чувствительность к химиотерапии.

Материалы и методы. Проведен эпидемиологический анализ состояния РП в РУз за период с 2001 по 2024 годы. Для статистики изучались заболеваемость, количество впервые выявленных случаев, смертность, общее число умерших пациентов, пятилетняя выживаемость и данные о клинических стадиях болезни. Для изучения распространенности *H.Pylori* ассоциированного РП в РУз. были изучены 93 пациента, которые обращались в РСНПМЦОиР с установленным диагнозом РП. Всем больным, включенным в исследование, диагностика *H.Pylori* проводилась наряду со стандартными методами обследования РП. Основным методом диагностики *H.Pylori* у больных с РП являлся Уреазный дыхательный тест и инвазивный HELPiL тест, который также основывается на ферменте *уреаза*.

Результаты. Кривая новых случаев РП показывает, что за последнюю декаду показатели имеют относительно стабильный показатель, однако показатель заболеваемости (заболеваемость на 100,000 населения) демонстрирует незначительное снижение, достигая пика в 2007 году, 3,9 на 100,000 населения и с минимумом в 2023 году, с инцидентов заболеваемости всего 2,0 на 100,000 населения.

Больные были разделены по возрастной группы следующим образом: до 18 лет – 8 случаев (0,04%), 19-44 лет – 3,602 (17,3%), 45-59 лет – 5,443 (26,1%), 60-74 лет – 9,057 (43,5%), 75 лет и старше – 2,719 (13,1%) Среди больных раком пищевода диагностированных за изученный период мужчин было больше: 12,914 мужчин, или 62%, в то время как число женщин составило 7,915 случаев, что составляет 38%. Соотношение полов 2:1 в пользу мужчин. Данный показатель соответствует мировой тенденции заболеваемости среди полов.

Также анализировали географические и гендерно-возрастные особенности *H.Pylori* ассоциированного РП в РУз. При изучении распространения отмечено, что географические особенности НР ассоциированного РП не совпадают с таковыми РП. Из 93 пациентов, диагностированных на персистенцию *H.Pylori*, выявлены у 41 больных с контаминацией *H.Pylori*.

Заключение: В Республике Узбекистан ПКР встречается чаще чем АК пищевода. Эндемической зоной в территории республики для РП считается зона Приаралья, в которой расположена Автономная Республика Каракалпакстан, где интенсивный показатель встречаемости самый высокий – 8,7. Встречаемость в других регионах варьируется около среднего показателя по республике, который в 2024 году составил 2,1 на 100,000 населения. Удельный вес пациентов с РП возрастает и достигает максимума в группе 60-74 лет – 43,5%. Соотношение полов 2:1, 12,914 мужчин и 7,915 женщин. Следовательно, за прошедший четверть XXI века инцидент заболеваемости РП имел тенденцию к снижению. Самым распространенным регионом РП являлся Республика Каракалпакстан. Однако, встречаемость *H.Pylori* ассоциированного РП не совпадает с паттерном распространения РП и требует более углубленных исследований.

Ключевые слова: эпидемиология рака пищевода, заболеваемость, распространённость, *Helicobacter pylori*.

Юсупбеков А.А., РСНПМЦ Онкологии и Радиологии Ташкентский Государственный медицинский университет, Узбекистан,

Туйчиев О.Д., Онкологии и Радиологии Ташкентский Государственный медицинский университет, Узбекистан

Умиров А.А., РСНПМЦ Онкологии и Радиологии Ташкентский Государственный медицинский университет, Узбекистан,

НАСЛЕДИЕ АБУАЛИ ИБНИ СИНО И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ОНКОЛОГИИ

Сангинов Д.Р., Хусейнзода З.Х., Муродзода А.И., Ниязов И.К.

Актуальность. Более тысячи лет назад Абуали ибни Сино сформулировал принципы индивидуального подхода, комплексной оценки и рационального лечения, которые сегодня находят новое воплощение в прецизионной онкологии. Современная онкология опирается на искусственный интеллект, роботизированную хирургию и молекулярную диагностику. Таким образом, современные технологии не заменяют фундаментальные принципы Ибни Сино, а расширяют возможности их практического применения.

Цель. Изучение научное наследие Абуали ибни Сино, связанное с опухолями и его значение в развитии современной онкологии.

Материалы и методы. Изучено описание опухолей в I-III и IV книгах «Канона медицины» Абуали ибни Сино, а также современные историко-научные и медицинские литературные источники, посвященные наследию Авиценны.

Результаты. Анализ эволюции учения об опухолях показывает, что хотя упоминания о разных аспектах опухоли были отмечены еще Гиппократом, Галеном, но впервые Абуали ибни Сино сформулировал системный подход к изучению опухолей человека, основанным на гуморальную теорию. Его изучение об опухолях обобщил все исследования, проведенные на протяжении более 15 веков римскими, греческими, арабскими, египетскими и китайскими учеными. Основные научные взгляды, изложены в его энциклопедическом труде «Ал-Конун-фит-тибб».

Учение гениального врача, связанные с опухолями включает актуальность их ранней диагностики, причины возникновения, клинические проявления, классификацию, методы диагностики и лечения, способность к распространению (метастазированию) и возврата (рецидива) болезни. Ученый, считая хирургический метод основным подход к лечению опухолей, одновременно подчеркивает важность лекарственной и фитотерапии.

Выводы. Учения Абуали ибни Сино об опухолях сформулировал значимый историко-научный пласт, в котором заложены основы клинической онкологии. Его наследие сохраняет научную и образовательную значимость в контексте тенденций современной онкологии.

Сангинов Д.Р.; Хусейнзода З.Х. ; Муродзода А.И. ; Ниязов И.К.

ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, ГУ “РОНЦ” МЗСЗН РТ

КЛИНИКО ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФИБРОЗНОЙ КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ГО ТИПА

Муродзода А.И., Холматова Х.К., Рахмонов Б.И.

Введение: Диабетическая мастопатия (ДМП) — это редкое доброкачественное фиброзно-воспалительное заболевание, встречающееся у женщин с длительным течением сахарного диабета (СД). Она часто имитирует рак молочной железы (РМЖ) по клиническим и радиологическим проявлениям, что создает диагностические трудности.

Материал и методы: было изучено ретроспективное моноцентрическое исследование, в ходе которого были проанализированы клинические, радиологические и патологические данные 28 женщин, у которых в течение 10 лет в Европейском институте онкологии была диагностирована ДМП. Были собраны данные о типе СД, возрасте на момент диагностики ДМП, сопутствующих аутоиммунных заболеваниях, радиологических характеристиках и результатах хирургического лечения, которые были сопоставлены с существующей литературой.

Результаты: у большинства (82%) пациенток был диагностирован СД 1-го типа, причем у значительной части ДМП была диагностирована до 40%. К распространенным осложнениям относились ретинопатия (46%) и нейропатия (35%). Визуализационные исследования часто указывали на злокачественное новообразование, что требовало проведения пункционной биопсии

для постановки диагноза. Эффективность дооперационной биопсии проводилась в 55% случаев, частота сроков наблюдения, рецидивов составила 32%. Были зарегистрированы случаи рака молочной железы.

Выводы: ДМП остается сложной проблемой из-за сходства с раком молочной железы. Обычно применяется консервативное лечение, но частота рецидивов после операции подчеркивает важность постоянного наблюдения, хотя ДМП не значительно увеличивает риск развития рака молочной железы, следует проявлять осторожность, особенно у пациентов с ослабленным иммунитетом. Необходимы дальнейшие исследования для всестороннего понимания связи ДМП с раком молочной железы.

Муродзода А.И., Холматова Х.К., Рахмонов Б.И.

Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗН РТ.

Государственный медицинский университет имени Абуали Ибни Сино.

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Муродзода А.И., Иброхимзода С.Ч., Абдуллоев С.Х.

Актуальность. Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов при колоректальном раке (КРР) существенно влияет на стадию заболевания и прогноз, а также определяет объем хирургического вмешательства и показания к адъювантному лечению. Компьютерная томография (КТ) широко применяется при предоперационном стадировании КРР, однако точная оценка лимфоузлов остаётся проблемной из-за вариабельности их размеров и отсутствия универсальных специфических КТ-признаков метастазов, что требует уточнения диагностической ценности комплекса КТ-критериев.

Цель исследования. Оценить эффективность КТ в выявлении метастатического поражения регионарных лимфатических узлов у пациентов с КРР.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 55 пациентов с КРР, которым до радикального оперативного лечения выполнена мультиспиральная КТ (МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография) брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастным усилением. Оценивали наличие лимфатических узлов, их число, размеры, расположение в зонах лимфооттока и характер группировки. Полученные КТ-данные сопоставляли с результатами морфологического исследования операционного материала.

Результаты. По данным КТ регионарные лимфатические узлы визуализировались у 36 (65,4%) пациентов, при этом морфологическое подтверждение метастатического поражения после операции получено у 19 (34,5%) больных. Установлено, что изолированная оценка отдельных параметров (только размер или только количество лимфатических узлов) не обеспечивает надёжной диагностики метастазов: метастатическое поражение выявлялось как в узлах менее 10 мм, так и в случаях, когда лимфоузлы на КТ не определялись. Вместе с тем сочетание признаков — наличие множественных лимфатических узлов в типичных зонах лимфооттока с размером 10 мм и более — статистически значимо повышало вероятность их метастатического поражения.

Выводы. КТ является важным методом предоперационного стадирования КРР, однако её возможности в оценке регионарных лимфатических узлов ограничены. Наиболее клинически значимым является комплексный подход к интерпретации КТ-признаков, прежде всего выявление множественных лимфоузлов размером ≥ 10 мм в зонах лимфооттока, что необходимо учитывать при планировании тактики лечения и объёма послеоперационной терапии.

Муродзода А.И., Иброхимзода С.Ч., Абдуллоев С.Х.

Кафедра онкологии, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗСЗН РТ.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Иброхимзода С.Ч., Курбонов А.У., Рахмонов Б.И.

Актуальность. Гепатоцеллюлярный рак печени (ГЦР) является одной из наиболее распространённых и агрессивных злокачественных опухолей в мире и занимает ведущие позиции в структуре онкологической смертности. Рост заболеваемости связан с высокой распространённостью хронических вирусных гепатитов В и С, цирроза печени, алкогольного поражения печени и неалкогольной жировой болезни печени. Поздняя диагностика и ограниченные возможности радикального лечения обуславливают неблагоприятный прогноз заболевания, что определяет актуальность изучения данной патологии.

Цель исследования. Изучить основные причины развития, клинико-морфологические особенности, методы диагностики и современные подходы к лечению гепатоцеллюлярного рака печени.

Материал и методы. Проведён анализ отечественной и зарубежной научной литературы, клинических рекомендаций и учебных пособий, посвящённых проблеме гепатоцеллюлярного рака печени. Использовались методы теоретического анализа, систематизации и обобщения научных данных.

Результаты и обсуждение. Установлено, что гепатоцеллюлярный рак печени чаще развивается на фоне цирроза и хронических заболеваний печени. На ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно, что затрудняет своевременную диагностику. Основными методами выявления ГЦР являются ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, а также определение уровня альфа-фетопротеина. Современное лечение включает хирургическое вмешательство, трансплантацию печени, локорегионарные методы и системную терапию.

Выводы. Гепатоцеллюлярный рак печени является одной из ведущих причин онкологической смертности. Ранняя диагностика играет ключевую роль в улучшении прогноза заболевания. Комплексный подход к лечению позволяет повысить выживаемость пациентов.

Иброхимзода С.Ч., Курбонов А.У., Рахмонов Б.И.

Кафедра рентгенологии и радиологии, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗСЗН РТ.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Муродзода А.И., Иброхимзода С.Ч., Курбонов А.У, Нажмуддинов Х.Х.

Актуальность. Выходной отдел желудка (пилорический отдел) играет ключевую роль в регуляции эвакуации желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку и обеспечивает координацию процессов пищеварения. Нарушения его анатомического строения или функционального состояния могут приводить к развитию таких патологий, как пилоростеноз, гастродуоденальный рефлюкс, язвенная болезнь и нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка. В клинической практике знание особенностей формирования выходного отдела желудка имеет важное значение для диагностики, выбора тактики лечения и проведения хирургических вмешательств. В связи с этим изучение образования и строения выходного отдела желудка остаётся актуальной задачей анатомии и клинической гастроэнтерологии.

Цель исследования. Изучить анатомо-функциональные особенности образования выходного отдела желудка, его строение, развитие и клиническое значение.

Материал и методы. В работе использовались данные анатомических атласов, учебной и научной литературы по нормальной анатомии, эмбриологии и гастроэнтерологии. Применялись методы теоретического анализа, обобщения литературных источников и сравнительно-анатомический подход.

Результаты и обсуждение. Выходной отдел желудка формируется из каудальной части передней кишки и включает антральную часть и пилорический канал, заканчивающийся привратником. Основным анатомическим элементом является пилорический сфинктер, обеспечивающий дозированное поступление химуса в двенадцатиперстную кишку. Нарушения формирования и функции данного отдела приводят к развитию функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Выводы. Выходной отдел желудка является важным анатомо-функциональным образованием. Его строение и развитие определяют нормальное течение процессов пищеварения. Изучение данного отдела имеет большое клиническое значение.

Муродзода А.И., Иброхимзода С.Ч., Курбонов А.У, Нажмуддинов Х.Х.

Кафедра рентгенологии и радиологии, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗСЗН РТ.

РОЛЬ МАММОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН

Муродзода А.И., Иброхимзода С.Ч., Курбонов А.У., Ш.К. Бегов.

Цель исследования. Предоставление информации о рак молочной железы у мужчин, диагностические трудности, особенно в контексте маммографии. Исследование роли маммографии в диагностике рака молочной железы у мужчин, подчеркивая анатомические различия, диагностическую точность и социокультурные барьеры.

Материал и методы. Эпидемиология рака молочной железы у мужчин составляет 10 пациентов) и клинические руководства. Обобщение данных: тематический анализ эффективности визуализации, технических проблем и психосоциальных барьеров. Диагностическая точность: чувствительность маммографии: 68%, специфичность: 85%. Ультразвуковое исследование показало более высокую чувствительность (82%), но более низкую специфичность. Обычные выводы: 70% злокачественных новообразований представляли собой нерегулярные эксцентричные массы; микрокальцификаты у 30% (по сравнению с 50% у женщин). **Психосоциальные факторы:** 40% мужчин откладывали обращение за медицинской помощью из-за стигматизации, что приводило к постановке диагноза на поздней стадии.

Клинические последствия: маммография остается важной, но выигрывает от мультимодальных подходов (например, УЗИ + биопсия). Анатомические проблемы: 45 меньший размер груди и плотность грудных мышц усложняют позиционирование и интерпретацию. Пробелы в рекомендациях: текущие протоколы экстраполированы с женских данных; срочно необходимы критерии, специфичные для мужчин. Кампании по повышению осведомленности: обучение врачей и пациентов для снижения стигматизации и содействия раннему выявлению.

Выводы. Маммография является ценным, но недостаточно оптимизированным инструментом для лечения рака молочной железы у мужчин. Улучшение подготовки рентгенологов, разработка гендерно-специфичных рекомендаций и интеграция мультимодальной визуализации могут повысить точность диагностики. Исследования должны быть сосредоточены на перспективных исследованиях для уточнения протоколов визуализации и устранения социокультурных барьеров.

Муродзода А.И., Иброхимзода С.Ч., Курбонов А.У., Ш.К. Бегов.

ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗСЗН РТ.

Кафедра рентгенологии и радиологии, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЁГКОГО

Муродзода А.И., Иброхимзода С.Ч., Курбонов А.У., Абдуллоев С.Х.

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические особенности центрального рака лёгкого и оценить эффективность применяемых методов диагностики и лечения.

Материал и методы. В исследовании проанализированы данные пациентов с диагностированным центральным раком лёгкого. Использовались клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, включая рентгенографию органов грудной клетки, компьютерную томографию, бронхоскопию с биопсией и гистологическое исследование. Статистическая обработка данных проводилась с применением стандартных методов анализа.

Результаты исследования. У большинства пациентов заболевание выявлялось на II–III стадиях, что связано с поздним обращением за медицинской помощью. Наиболее частыми клиническими проявлениями являлись кашель, одышка и кровохарканье. Бронхоскопия показала высокую диагностическую ценность при центральных опухолях лёгкого. Комбинированное лечение (хирургическое вмешательство в сочетании с химио- или лучевой терапией) способствовало улучшению показателей выживаемости по сравнению с изолированными методами лечения.

Выводы. Центральный рак лёгкого характеризуется поздней диагностикой и неблагоприятным прогнозом. Ранняя диагностика с использованием бронхоскопии и современных методов визуализации играет ключевую роль в повышении эффективности лечения. Комплексный подход к терапии позволяет улучшить клинические исходы и качество жизни пациентов.

Муродзода А.И., Иброхимзода С.Ч., Курбонов А.У., Абдуллоев С.Х.

Кафедра рентгенологии и радиологии, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗСЗН РТ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛИЗКОФОКУСНОЙ РЕНТГЕНОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ КОЖИ T1–T2

Сатторова М.А., Аслиддинова А.М., Зардодхонова М.Т.

Актуальность. Рак кожи является одной из наиболее распространённых форм злокачественных новообразований и характеризуется устойчивой тенденцией к росту заболеваемости. Основными факторами риска его развития считаются: длительное воздействие ультрафиолетового излучения, пожилой возраст, светлый фототип кожи, хронические воспалительные и рубцовые изменения, а также воздействие химических и физических канцерогенов. Наиболее распространёнными морфологическими вариантами немеланомного рака кожи являются базальноклеточный и плоскоклеточный рак. Близкофокусная рентгенотерапия является эффективным органосохраняющим методом лечения поверхностно расположенных злокачественных опухолей кожи. Благодаря небольшой глубине проникновения рентгеновского излучения обеспечивается подведение терапевтической дозы непосредственно к опухоли при ограниченном воздействии на глубоко расположенные здоровые ткани.

Цель исследования. Оценить эффективность и раннюю лучевую токсичность близкофокусной рентгенотерапии у больных с базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи категорий T1–T2.

Материал и методы. В исследование включён 91 больной с раком кожи в возрасте от 50 до 90 лет: 50 (54,9%) мужчин и 41 (45,1%) - женщин. Базальноклеточный рак диагностирован у 40 (44,0%), плоскоклеточный рак - у 51 (56,0%) пациента. Категория T1 установлена у 32 (35,2%), T2 - у 59 (64,8%) больных. Опухоли локализовались на коже щеки у 25 пациентов, век - у 15, крыла и кончика носа - у 14, ушной раковины - у 11, лба - у 7, теменной области головы - у 6, грудной клетки - у 4, височной области головы и красной каймы губы - по 3 случая, пятки - у 2 и живота - у 1 пациента. Всем больным проводилась самостоятельная близкофокусная рентгенотерапия на аппарате X-Ray Therapy Unit T-300. Разовая очаговая доза составляла 3 Гр, суммарная очаговая доза - 60 Гр за 20 фракций. Продолжительность наблюдения после окончания лечения составила 12 месяцев.

Результаты исследования. Полная регрессия опухоли достигнута у 89 из 91 пациента - 97,8%. Частичная регрессия зарегистрирована у 1 (1,1%) больного, стабилизация опухолевого процесса - у 1 (1,1%). Лучевой эпителиит отмечен у 24 (26,4%) пациентов. У 10 (11,0%) больных развился лучевой конъюнктивит. Таким образом, объективный ответ на лечение, включавший полную и частичную регрессию, достигнут у 90 (98,9%) пациентов.

Вывод. Самостоятельная близкофокусная рентгенотерапия в режиме 3 Гр за фракцию до суммарной очаговой дозы 60 Гр продемонстрировала высокую эффективность при базальноклеточном и плоскоклеточном раке кожи T1-T2. Полная регрессия опухоли достигнута в 97,8% случаев, а объективный ответ - в 98,9%. Полученные результаты позволяют рассматривать близкофокусную рентгенотерапию как эффективный самостоятельный метод лечения ранних стадий рака кожи при приемлемой частоте местных лучевых реакций.

Сатторова М.А., Аслиддинова А.М., Зардодхонова М.Т.

ГУ Республиканский онкологический научный центр. Таджикистан.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНТГЕНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЫ

Сатторова М.А., Аслиддинова А.М., Зардодхонова М.Т.

Актуальность. Пяточная шпора является распространённой причиной хронического болевого синдрома в области пятки, приводящего к ограничению двигательной активности, снижению трудоспособности и ухудшению качества жизни пациентов. При недостаточной эффективности медикаментозной терапии, физиотерапевтического лечения и ортопедической коррекции одним из методов лечения является рентгенотерапия, обладающая противовоспалительным и анальгезирующим действием.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и переносимость рентгенотерапии у пациентов с пяточной шпорой, сопровождающейся стойким болевым синдромом.

Материал и методы. В исследование включены 15 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет с клинко-рентгенологически подтверждённой пяточной шпорой и стойким болевым синдромом. До проведения рентгенотерапии пациенты получали различные методы консервативного лечения без достижения стойкого клинического эффекта. Рентгенотерапию проводили на рентгенотерапевтическом аппарате X-Ray Therapy Unit T-300 с локальным облучением области пяточной кости. Разовая очаговая доза (РОД) составляла 3 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) - 15 Гр за 5 фракций. Эффективность лечения оценивали по динамике болевого синдрома, восстановлению опороспособности поражённой конечности и повышению повседневной двигательной активности. Также оценивали переносимость лечения и частоту местных лучевых реакций.

Результаты исследования. После завершения курса рентгенотерапии положительный клинический эффект зарегистрирован у всех 15 пациентов (100%). У всех больных достигнуто полное исчезновение болевого синдрома, сопровождавшееся улучшением опороспособности поражённой конечности и восстановлением повседневной двигательной активности. Лечение в целом переносилось удовлетворительно. У 2 из 15 пациентов (13,3%) зарегистрирована местная лучевая реакция в виде влажного эпидермита. У остальных 13 пациентов (86,7%) выраженных

кожных лучевых реакций не отмечалось. Таким образом, непосредственная клиническая эффективность рентгенотерапии составила 100%, при частоте влажного эпидермита 13,3%.

Вывод. Рентгенотерапия на аппарате X-Ray Therapy Unit T-300 по схеме РОД 3 Гр до СОД 15 Гр показала высокую непосредственную клиническую эффективность при лечении пяточной шпоры. Полное купирование болевого синдрома достигнуто у 100% пациентов. Полученные результаты свидетельствуют о выраженном анальгезирующем эффекте метода. Развитие влажного эпидермита у 13,3% пациентов указывает на необходимость контроля местных лучевых реакций при использовании данного режима фракционирования.

Сатторова М.А., Аслиддинова А.М., Зардодхонова М.Т.

ГУ Республиканский онкологический научный центр. Таджикистан.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛИЗКОФОКУСНОЙ РЕНТГЕНОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Сатторова М.А., Аслиддинова А.М., Зардодхонова М.Т.

Актуальность. Келоидные рубцы представляют собой патологическое избыточное разрастание соединительной ткани, возникающее вследствие нарушения процессов репарации кожи. Они могут сопровождаться косметическим дефектом, зудом, болезненностью и чувством стягивания. Одной из основных проблем хирургического лечения является склонность келоидных рубцов к повторному росту после иссечения. В связи с этим актуальным является применение комбинированного подхода, включающего хирургическое удаление келоида с последующей близкофокусной рентгенотерапией.

Цель исследования. Оценить эффективность близкофокусной рентгенотерапии в профилактике рецидивов келоидных рубцов после хирургического лечения.

Материал и методы. Проведён анализ результатов комбинированного лечения 18 пациентов с келоидными рубцами в возрасте от 15 до 35 лет. Среди них было 10 пациентов женского пола (55,6%) и 8 мужского пола (44,4%).

По локализации келоидные рубцы распределялись следующим образом: передняя и задняя стенки грудной клетки - 10 пациентов (55,6%), мочка уха - 5 (27,8%), область молочной железы - 3 (16,7%). На первом этапе всем пациентам выполнялось хирургическое иссечение келоидного рубца. Через 24 часа после оперативного вмешательства начинали курс близкофокусной рентгенотерапии. Облучение проводилось на аппарате X-Ray Therapy Unit T-300. Разовая очаговая доза (РОД) составляла 3 Гр, количество фракций - 5, суммарная очаговая доза (СОД) - 15 Гр. После завершения комбинированного лечения пациенты находились под динамическим наблюдением в течение 6 месяцев. Эффективность лечения оценивали по состоянию послеоперационного рубца и наличию или отсутствию признаков повторного патологического разрастания рубцовой ткани.

Результаты исследования. В течение 6 месяцев динамического наблюдения ни у одного из 18 пациентов рецидива келоидного рубца не зарегистрировано. Таким образом, шестимесячный локальный контроль составил 100%, а частота зарегистрированных рецидивов - 0%. Рецидивы отсутствовали при всех исследованных локализациях: у 10 пациентов (55,6%) с келоидными рубцами передней и задней стенок грудной клетки, у 5 пациентов (27,8%) с локализацией на мочке уха и у 3 пациентов (16,7%) с локализацией в области молочной железы. Переносимость близкофокусной рентгенотерапии в целом была удовлетворительной. В процессе лечения и раннего периода наблюдения местные лучевые реакции отмечены у отдельных пациентов. Зуд наблюдался у 2 пациентов (11,1%), лучевой эпителиит - у 3 пациентов (16,7%). Тяжёлых лучевых осложнений не зарегистрировано. Применение послеоперационной близкофокусной рентгенотерапии на аппарате X-Ray Therapy Unit T-300 в режиме РОД 3 Гр, 5 фракций, СОД 15 Гр, начатой через 24 часа после хирургического иссечения келоидного рубца, позволило достичь 100% раннего локального контроля при приемлемом профиле местной токсичности.

Вывод. Комбинированное лечение келоидных рубцов, включающее хирургическое иссечение с последующей близкофокусной рентгенотерапией, продемонстрировало высокую

эффективность в профилактике ранних рецидивов. За 6 месяцев наблюдения среди 18 пациентов случаев рецидив не зарегистрирован. Местные реакции были представлены зудом у 11,1% и лучевым эпителиитом у 16,7% пациентов. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности послеоперационной близкофокусной рентгенотерапии в режиме РОД 3 Гр × 5 фракций до СОД 15 Гр для профилактики рецидивирования келоидных рубцов. Необходимо дальнейшее наблюдение для оценки отдалённого локального контроля и поздней токсичности.

Сатторова М.А., Аслиддинова А.М., Зардодхонова М.Т.

ГУ Республиканский онкологический научный центр. Таджикистан.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ТОПОМЕТРИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Сатторова М.А., Аслиддинова А.М., Зардодхонова М.Т.

Актуальность. Точность лучевой терапии определяется не только техническими возможностями лечебного аппарата, но и качеством предлучевой топометрической подготовки. На данном этапе формируется пространственная модель зоны облучения, включающая опухолевый объём, пути регионарного распространения и окружающие критические структуры. Погрешности при укладке пациента, получении топометрических изображений, регистрации различных методов визуализации или контурировании могут повлиять на дозовое распределение и снизить терапевтическое соотношение. Возрастающий объём медицинских изображений и усложнение технологий IMRT, VMAT, IGRT и адаптивной лучевой терапии обуславливают необходимость применения автоматизированных методов анализа данных. Одним из перспективных направлений является внедрение искусственного интеллекта в систему предлучевой подготовки пациентов.

Цель исследования. Обобщить современные направления применения искусственного интеллекта в топометрической подготовке пациентов к лучевой терапии, определить его клинические преимущества, технологические ограничения и условия безопасного внедрения.

Материал и методы. Выполнен нарративный анализ научных публикаций, посвящённых использованию машинного и глубокого обучения в радиотерапевтической визуализации. Проанализированы возможности алгоритмов при КТ-симуляции, улучшении качества изображений, мультимодальной регистрации, автоматическом контурировании, выборе геометрических параметров облучения и контроле воспроизводимости положения пациента.

Результаты исследования. Топометрическая подготовка представляет собой последовательность взаимосвязанных процедур: выбор лечебного положения, иммобилизацию пациента, определение границ сканирования, получение КТ-данных, совмещение дополнительных изображений, выделение мишени и органов риска, а также нанесение координатных ориентиров. Искусственный интеллект может выполнять вспомогательные аналитические функции на каждом из перечисленных этапов. При КТ-симуляции алгоритмы глубокого обучения применяются для уменьшения шума, коррекции артефактов и повышения визуальной различимости тканей. Это особенно актуально при наличии металлических конструкций, движении пациента и исследовании областей со сложной анатомией. Перспективным направлением является получение синтетических КТ на основе МР-изображений. Такой подход потенциально позволяет использовать преимущества МРТ при визуализации мягких тканей одновременно с получением данных, необходимых для расчёта дозы. Однако точность синтетической электронной плотности должна проверяться до клинического использования. Совмещение топометрической КТ с МРТ или ПЭТ/КТ уточняет распространённость опухолевого процесса. Методы искусственного интеллекта могут ускорять жёсткую и деформируемую регистрацию, автоматически определять соответствующие анатомические ориентиры и выявлять участки расхождения. Клиническая надёжность совмещённых изображений зависит от положения пациента, наполнения полых органов, дыхательных движений и интервала между исследованиями. Поэтому автоматическая регистрация не должна приниматься без визуальной оценки специалиста. Наиболее изученной областью применения ИИ является автоматическая сегментация. Нейросетевые модели способны формировать исходные контуры органов риска и отдельных опухолевых мишеней. Автоматизация уменьшает трудоёмкость процедуры и способствует унификации контурирования. Вместе с тем

точность алгоритма неодинакова для различных структур. Органы с чёткими анатомическими границами распознаются надёжнее, чем инфильтративные опухоли, послеоперационные изменения и патологические лимфатические узлы. Следовательно, созданные системой контуры должны рассматриваться как предварительные и утверждаться врачом-радиотерапевтом.

Определение GTV основывается на совокупности визуализационных и клинических данных. Формирование CTV требует учёта закономерностей субклинического распространения опухоли, а величина отступа для PTV зависит от неопределённостей укладки и внутренней подвижности органов. Эти решения не могут полностью основываться на анализе изображения, поскольку включают клиническое суждение, особенности конкретной нозологии и принятые протоколы лечения. Дополнительной областью применения ИИ является анализ геометрии укладки. Алгоритмы могут оценивать симметрию положения пациента, состояние иммобилизирующих устройств, расположение наружного контура тела и предполагаемую доступность мишени для выбранной техники облучения. Автоматическое определение ориентиров и предварительной позиции изоцентра может облегчить подготовку плана, однако окончательные координаты должны соответствовать клинической задаче и техническим характеристикам оборудования. В рамках IGRT искусственный интеллект обеспечивает сопоставление планировочной КТ с изображениями, полученными на лечебном аппарате. Автоматически рассчитанные линейные и угловые смещения могут использоваться для коррекции положения пациента. Последовательный анализ изображений в процессе курса позволяет выявлять уменьшение опухоли, изменение массы тела, смещение органов и нарушение прилегания фиксирующей маски. При клинически значимых изменениях необходимо рассматривать вопрос о повторной КТ-топометрии и адаптации лечебного плана. ИИ может использоваться и как инструмент контроля качества. Автоматизированная система способна обнаруживать несоответствие толщины срезов установленному протоколу, неполный охват предполагаемого объёма облучения, выраженные артефакты, ошибки маркировки и нетипичные контуры. Такое применение снижает вероятность переноса исходной топометрической ошибки на последующие этапы планирования.

К ограничениям технологии относятся зависимость от характеристик обучающей выборки, различия между томографами и протоколами сканирования, снижение точности при редких клинических ситуациях и возможность систематической ошибки. Особенно важна внешняя валидация моделей на данных того учреждения, где предполагается их использование. Необходимы также защита медицинской информации, регистрация изменений программного обеспечения и регулярный контроль стабильности алгоритма.

Вывод. Применение искусственного интеллекта способно повысить эффективность и воспроизводимость топометрической подготовки, сократить время обработки изображений, улучшить мультимодальную регистрацию и стандартизировать предварительное выделение органов риска. Наиболее обоснованной моделью клинического использования является сочетание автоматизированного анализа с обязательным экспертным контролем. ИИ должен выполнять функцию поддержки принятия решений, не заменяя клиническую оценку врача-радиотерапевта и контроль медицинского физика. Безопасное внедрение технологии требует локальной валидации, регламентированного контроля качества и документирования внесённых специалистом изменений.

Сатторова М.А., Аслидинова А.М., Зардодхонова М.Т.

ГУ Республиканский онкологический научный центр. Таджикистан.

ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Азимова М.А., Насырова Х.К., Нишанов Д.А.

Введение. Важным фактором в определении манифестации опухолевого процесса является наличие цитогенетических изменений в выявляемых очаговых или диффузных зонах паренхимы щитовидной железы (ЩЖ), что характеризует его дальнейшее развитие, в т.ч. способствует адекватной оценки степени функциональных изменений и прогнозирования продолжения тактик лечения основной патологии.

Материал и методы. Изучение цитоморфологических изменений в паренхиме ЩЖ проводили по 8 градациям цитологического показателя в 2-х группах сравнения. 1- группа – 8 пациентов, где цитологические изменения изучали после неoadъювантной химиотерапии; 2- группа – 11 пациента, где объектом исследования были пациенты подвергшихся комбинированной терапии

Согласно полученным результатам при тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) ЩЖ в основном было выявлено цитологические изменения характерные для Bethesda II – 12 (63,3%) пациентов, у 1 (5,2%) - Bethesda I, где требовалась дополнительное исследование. Изменения присущие к Bethesda III и IV выявлены у 4 (21,0%) и 2 (10,5%) пациентов соответственно (рис. 5). При этом, пациентам с Bethesda III и IV рекомендовался дальнейшее регулярное наблюдение под контролем эндокринолога (рис. 6).

Результаты. Проведенная нами интерпретация результатов исследования показала, что у лиц РМЖ, подвергшихся к химиотерапии, морфологическая структура щитовидной железы представлена некоторыми сдвигами на уровне тиреоцитов. При этом, полученные цитоморфологические характеристики изменений являлись более существенными и широкими по сравнению с оценкой по системе Bethesda. В частности, данные сдвиги характеризовались наличием клеток с протрузиями, кариорексисом и микроядрами. Эти изменения в основном оказались характерной ядерной части тиреоцитов, что может быть отражением слабовыраженного воспалительного процесса. Надо отметить, что данные изменения несут обратимый характер и могут быть скорректированы консервативными методами лечения. Анализ полученных результатов исследования показывает рост частоты цитологических сдвигов в паренхиме ЩЖ на фоне проводимой терапии. При этом отмечается почти более 2-х кратное увеличение количество клеток с кариопикнозом, с атипическими ядрами и протрузиями в 1- и 2-группе пациенток.

Заключение. Исследование у пациентов 1-группы показал, что несмотря на соответствующей сопроводительной терапии, имеет место изменения исходных параметров по всем градациям. После 4-х курсов химиотерапии имеет место высокое содержание клеток с атипическими ядрами, микроядрами и протрузиями, которое превышает эти значения в группе здоровых 1-2 раза соответственно. В аналогии к этому, у пациентов 2-группы после адъювантного противоопухолевого лечения, отмечались существенные цитоморфологические изменения в сторону усугубления процессов. Несмотря на проводимые сопроводительные терапии не отмечается тенденция к нормализации всех градаций цитологических показателей, сохраняется повышенная концентрация клеток с микроядрами, протрузиями и атипическими ядрами. Надо отметить, что на фоне выраженных клинических проявлений тиреоидной дисфункции, у 3 (6,5%) пациентов имело место отсрочка или отмена продолжения специализированной противоопухолевой терапии.

Ключевые слова: щитовидная железа, рак молочной железы, химиотерапия, тиреоидная дисфункция, гормоны щитовидной железы.

Азимова М.А., Ташкентский Государственный Медицинский Университет. Ташкент, Узбекистан,

Насырова Х.К., Ташкентский Государственный Медицинский Университет. Ташкент, Узбекистан,

Нишанов Д.А. Республиканский паталого-анатомический центр, Ташкент, Узбекистан.

THE ROLE OF LABORATORY DIAGNOSTICS IN THE EARLY DETECTION OF ONCOLOGICAL DISEASES

Ismoilova N.

Keywords: oncology, laboratory diagnostics, tumor markers, early detection, cancer detection.

This thesis is about the role of laboratory diagnostics in the early detection of oncological diseases, which are becoming increasingly common today.

Abstract:

Oncological diseases are among the leading causes of morbidity and mortality worldwide. According to global health statistics, the incidence of cancer continues to increase each year. Early detection of malignant tumors significantly improves treatment outcomes and increases patient survival rates. Therefore, laboratory diagnostics plays a key role in identifying oncological diseases at an early stage and monitoring the progression of the disease.

Laboratory diagnostics includes a wide range of methods that help detect pathological changes in the human body. One of the most commonly used tests is the complete blood count (CBC), which provides important information about the general condition of a patient. In many oncological diseases, laboratory findings may reveal decreased hemoglobin levels, leukocyte abnormalities, and increased erythrocyte sedimentation rate (ESR). These changes can serve as important indicators that require further investigation.

In addition to routine blood tests, biochemical analyses are widely used in oncology. These tests help evaluate the functional state of organs and detect metabolic changes that may occur in malignant processes. Another important component of laboratory diagnostics is the determination of tumor markers. Tumor markers are specific substances that can be detected in the blood or other biological fluids of patients with cancer. Examples include alpha-fetoprotein (AFP), cancer antigen-125 (CA-125), and prostate-specific antigen (PSA). These markers are useful not only for early detection but also for monitoring disease progression and evaluating the effectiveness of treatment.

Furthermore, cytological and histological examinations play a significant role in confirming the presence of malignant cells. When laboratory diagnostic methods are combined with instrumental diagnostic techniques, the accuracy and reliability of cancer detection significantly improve.

In conclusion, laboratory diagnostics plays a vital role in the early detection, diagnosis, and monitoring of oncological diseases. Timely and accurate laboratory investigations contribute to better clinical decision-making and improved patient outcomes.

Ismoilova Nargiza, Khorezm branch of the Republican Scientific Research Center for Oncology and Radiology.

РАК ЭНДОМЕТРИЯ: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Муродзода А.И., Ахмедова Т.А., Сангинов Дж. Р.

Цель исследования. Оценить морфологические и молекулярные характеристики рака эндометрия.

Материал и методы. В исследование включены 34 пациенток, получавших лечение в ГУ «РОНЦ» МЗ СЗН РТ после гистерэктомии с билатеральной сальпингоофорэктомией за первые 2 квартала 2026г. Всем пациенткам выполнено стандартное морфологическое исследование операционного материала с последующим иммуногистохимическим исследованием. В морфологическом исследовании учитывались гистотип опухоли, степень дифференцировки, глубина инвазии в миометрий, лимфоваскулярная инвазия. ИГХ-панель включала определение экспрессии белков системы репарации неспаренных оснований ДНК (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6) для выявления MMR-дефицита, оценку экспрессии p53 для диагностики p53 мутации, ER/PR, p16 для верификации гистотипа. При сохранной экспрессии MMR-белков и отсутствии патологического паттерна p53 опухоль относили к группе NSMP. POLE мутацию определяли с помощью NGS. Молекулярная стратификация проводилась в соответствии с рекомендациями, основанными на исследованиях ProMisE.

Результаты исследования. По результатам проведённого иммуногистохимического исследования среди 34 пациенток распределение молекулярных подтипов было следующим: NSMP - 20 случаев (59%), из них 15 (44%) ER-положительные и 5 (15%) ER-отрицательные, MMRd - 10 случаев (29%), p53abn - 4 случая (12%), POLE - 0 случаев (0%). Наиболее часто встречался NSMP-подтип, характеризующийся отсутствием специфических молекулярных нарушений по данным ИГХ. Для них были характерны эндометриоидный (20 случаев), с low и high grade дифференцировкой. Вторым по частоте был MMRd-подтип, с характерным эндометриоидным гистотипом в 10 случаях, low grade дифференцировкой. P53abn подтип с серозным гистотипом (1 случай) и смешанного гистотипа (3 случая), high grade дифференцировкой.

Выводы. Иммуногистохимический метод позволяет эффективно проводить молекулярно-генетическую стратификацию рака эндометрия в рутинной клинической практике. В исследуемой группе пациенток преобладал NSMP-подтип, реже встречались MMR-дефицитные и p53-аномальные опухоли. Полученные данные подтверждают необходимость учитывать морфологические и молекулярные характеристики опухоли для выбора адъювантного лечения.

Ахмедова Т.А., Сангинов Дж. Р.

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕТАПЛАСТИЧЕСКОЙ КАРЦИНОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РЕДКОСТЬ, ГЕТЕРОГЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОЗА

Косимова Н. Р., Каюмова Н.Б.

Цель исследования. На клиническом наблюдении показать редкость и морфологическую гетерогенность метастатической карциномы молочной железы (МКМЖ) как причину диагностических трудностей и обсудить рациональный диагностический алгоритм с учётом того, что хирургическое лечение является методом первого выбора при верифицированном злокачественном эпителиальном новообразовании.

Материал и методы. Проведён анализ клинического наблюдения пациентки 1968 года рождения (58 лет) с узловым образованием молочной железы диаметром 4 см. Материал core-биопсии исследован рутинным гистологическим методом (окраска гематоксилином и эозином) и иммуногистохимической панелью: панцитокератин (PCK), гладкомышечный актин (SMA), десмин, рецепторы эстрогена (ER) и прогестерона (PR), p63, p40, Ki-67.

Результаты исследования. МКМЖ составляет менее 1% всех инвазивных раков молочной железы и относится к одной из наиболее гетерогенных групп опухолей, объединяющей эпителиальный компонент с дифференцировкой в веретеноклеточный, плоскоклеточный, хондроидный, остеоидный или смешанный неэпителиальный фенотип (Sneige N. et al., 2001). В представленном наблюдении гистологически выявлена мономорфная веретеноклеточная пролиферация фасцикулярного строения с минимальной ядерной атипией, имитирующая доброкачественный фиброматозный процесс, что типично для фиброматоз-подобного (low-grade) варианта МКМЖ и представляет собой известную диагностическую ловушку (Koker M.M., Kleer C.G., 2004; Laokulrath N. et al., 2025). При ИГХ-исследовании установлена очаговая, местами слабая экспрессия панцитокератина при положительной, хотя также очаговой, ядерной реакции с p63 и p40 — сочетание, подтверждающее эпителиальную (карциноматозную), а не мезенхимальную природу опухоли и позволяющее уверенно исключить фиброматоз и другие доброкачественные веретеноклеточные процессы (Koker M.M., Kleer C.G., 2004). Реакции с ER и PR были отрицательными, что закономерно для МКМЖ в целом. Индекс Ki-67 составил 15–25%, что при последующем динамическом наблюдении не вполне соответствовало клинически более быстрому увеличению образования. Подобное клинико-морфологическое расхождение описано в литературе и объясняется выраженной внутриопухолевой гетерогенностью МКМЖ, при которой отдельные участки опухоли могут существенно различаться по степени дифференцировки и пролиферативной активности (Krings G., Chen Y.Y., 2018; Zhou S. et al., 2022; Rath A. et al., 2026). Вместе с тем, поскольку диагноз злокачественного эпителиального новообразования уже был

морфологически и иммуногистохимически подтверждён по данным core-биопсии, дальнейшая лечебная тактика однозначно предполагает хирургическое вмешательство — метод первого выбора при верифицированной карциноме молочной железы независимо от уточнения конкретного гистологического варианта и степени злокачественности на дооперационном этапе (Rathi A. et al., 2026). В этой связи повторная биопсия с расширением ИГХ-панели перед операцией не является облигатной: она способна уточнить прогностически значимые детали, однако не изменяет показания к хирургическому лечению и может привести лишь к неоправданной задержке начала терапии. Итоговая оценка гистологического варианта, степени злокачественности и внутриопухолевой гетерогенности целесообразна на полноценном операционном материале при условии его тщательного мультифокального сэмплинга.

Выводы. 1. Метапластическая карцинома молочной железы — редкая и морфологически крайне гетерогенная опухоль, диагностика которой, особенно при фиброматоз-подобном/веретенноклеточном варианте низкой степени злокачественности, сопряжена со значительными трудностями и требует применения ИГХ-панели, включающей панцитокератин, p63 и p40. 2. Расхождение между низким пролиферативным индексом по данным core-биопсии и более активным клиническим течением объясняется внутриопухолевой гетерогенностью и само по себе не отменяет установленный диагноз злокачественной эпителиальной опухоли. 3. Поскольку хирургическое лечение является методом первого выбора при верифицированной карциноме молочной железы, рутинное выполнение повторной биопсии с расширенной ИГХ-панелью до операции не является обязательным; окончательная оценка гистологического варианта и гетерогенности опухоли целесообразна по результатам тщательного исследования операционного материала.

Косимова Н. Р., Каюмова Н.Б.

Государственное учреждение Согдийский областной онкологический центр

СТРУКТУРА МОЛЕКУЛЯТНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗА 2023-2025 ГОДЫ

Расулов С.Р., Васихов Ш.А.

Актуальность. В Республики Таджикистан рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространённой онкологической патологией у женского населения и составляет 13,1% среди всех злокачественных новообразований. Рак молочной железы считается одним из первых злокачественных новообразований, для которых определение молекулярно-генетических подтипов, такие как экспрессия рецепторов к эстрогену и прогестерону, рецепторов эпидермального фактора роста 2-го типа (HER2) и индекс пролиферативной активности Ki-67, были внедрены в рутинную клиническую практику. Определение этих параметров осуществляется посредством иммуногистохимического (ИГХ) исследования.

Цель исследования. Проанализировать структуру молекулярно-биологических подтипов рака молочной железы на основании результатов иммуногистохимических исследований, выполненных в условиях лаборатории патоморфологии и иммуногистохимии опухолей человека ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ в период 2023-2025 годы.

Материал и методы исследования. Подвергались анализу результаты ИГХ исследования биопсионного и операционного материалов 1087 больных РМЖ, получивших лечение в условиях ГУ РОНЦ МЗиСЗНРТ в 2023-2025 годы. Больные находились в возрасте 19-83 лет, стадии I-II имели 402 (37%), в III стадии находились 570 (52,4%) и IV стадию имели 115 (10,6%) больных. Трепанбиопсия опухоли производилась с помощью полуавтоматических одноразовых биопсийных игл с регулировкой «MAGNUM» (BARD, США) G14 под УЗИ-навигацией. ИГХ-исследование произведено в условиях лаборатории патоморфологии и иммуногистохимии опухолей человека ГУ РОНЦ МЗиСЗНРТ.

Результаты и обсуждение. Определялись экспрессия ER и PR, HER2/neu и Ki-67. По результатам ИГХ исследование установлено, что частота встречаемости Люминального А подтипа составила 10,9% (118 случаев), Люминальный В подтип составил 52,4% (570 случаев), Her2-

позитивный подтип составил 14,8% (161 случай) и трижды негативный подтип составил 21,9% (238 случаев). Результаты показали, что в общей структуре за 3 года (N-1087) доминирующим подтипом стал Люминальный В молекулярно-генетических подтипов, что составил 52,4% (570 случаев). Высокоагрессивный трижды негативный вариант выявлялся часто и составил 21,9% (238 случаев). На третьем месте Her2-позитивный подтип и на четвертом - Люминального А подтип. Известно, что среди молекулярно-генетических подтипов РМЖ Люминальный А имеет наилучший прогноз, наихудшие показатели выживаемости у «Triplenegative», затем HER2 позитивный и Люминальный В подтип.

Выводы. За трехлетний период функционирования лаборатории успешно внедрена и масштабирована панель ИГХ-диагностики РМЖ, обеспечивающая выполнение 1087 исследований. в структуре выявленной патологии преобладал прогностически неблагоприятный Люминальный В подтип. Высокая доля трижды негативного рака указывает на необходимость поддержания высокой точности детекции маркеров для своевременного назначения агрессивных протоколов химиотерапии. Динамика роста объемов исследований подтверждает высокую востребованность лаборатории в практическом здравоохранении республики.

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». Тел: +992918682186. E-mail: same_rasulov@mail.ru

Васихов Шокирджон Анварович, зав. отделением патоморфологии и иммуногистохимии опухолей человека ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗНРТ. Тел: +992905145050. E-mail: shokir-vosikhov@mail.ru

ИЗУЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ МЕСТНО- РАСПРАСТРАНЕННЫХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.

Нуридинов Й.М., Сангинов Д.Р.Салихова Н.Ш. Саидова У.М.

Цель исследования. Изучение и определение прогностически значимых клинических и иммунологических критериев течения саркомы мягких тканей. (СМТ).

Материалы и методы. Изучены ретроспективно клинические данные 190 больных СМТ которые лечились с диагнозом СМТ в период 2018-2023гг в РОНЦ МЗСЗНРТ 190 больных (контрольная группа), и проспективно данные 50 больных, лечившихся с 2024-2025гг (основная группа). В основной группе будет проведено иммунологическое исследование в сыворотки крови (маркеры ИЛ-4, ИЛ-6, и ФНО-а) методом ИФА. Критериями включения являются представлены: пациенты от 18 и старше с морфологически установленным СМТ.

Результаты исследования. Будет установлен иммунобиологический спектр местнораспространенных сарком мягких тканей (экспрессия биомаркеров апоптоза и пролиферации: ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО-альфа), которые являются прогностическими факторами течения заболевания; Изучение иммунобиологических маркеров при онкологических заболеваниях отражает функциональное состояние иммунной системы, являющейся основой клинической интерпретацией и прогнозирования течения болезни, что в дальнейшем станет главной предпосылкой для проведения иммуно- или таргетной терапии; В практике, знание роли иммунобиологических маркеров у больных при саркомах мягких тканей позволит установить патогенетические особенности течения заболевания, его тяжесть и прогноз, дифференцировать периоды обострения и ремиссии, даст возможность оценить эффективность проводимой медикаментозной терапии.

Выводы. Показана тесная связь между ангиогенезом и микроокружением опухоли, а именно цитокинами, которые можно обнаружить в опухолях. Эти белки жестко регулируют ангиогенез внутри опухоли. Поскольку эти цитокины обладают проангиогенными свойствами, становится ясно, что воспаление и ангиогенез связаны с развитием саркомы.

Нуридинов Й.М., Сангинов Д.Р.Салихова Н.Ш. Саидова У.М.

Кафедра онкологии, ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино;

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ И СЗН РТ

ЖИДКОСТНАЯ БИОПСИЯ И ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ.

Нуритдинзода М.Р., Сангинов Д.Р., Хушкадамова О.Х.

Цель исследования. Изучить современные возможности применения искусственного интеллекта при анализе данных жидкостной биопсии для ранней диагностики злокачественных новообразований.

Материал и методы. Проведен анализ научной литературы, опубликованной в базах данных PubMed, Scopus и Web of Science за период 2018–2026 гг. Поиск осуществлялся с использованием ключевых слов: «liquid biopsy», «circulating tumor DNA», «ctDNA», «artificial intelligence», «machine learning», «early cancer detection», «multi-cancer detection». В обзор включены оригинальные исследования, систематические обзоры и метаанализы, посвященные применению алгоритмов машинного обучения для анализа циркулирующей опухолевой ДНК, РНК и других биомаркеров крови. Проведен сравнительный анализ диагностической эффективности современных технологий жидкостной биопсии и возможностей их интеграции с алгоритмами искусственного интеллекта.

Результаты исследования. Жидкостная биопсия является одним из наиболее перспективных направлений ранней диагностики онкологических заболеваний благодаря своей минимальной инвазивности и возможности многократного проведения исследования. Анализ циркулирующей опухолевой ДНК позволяет выявлять молекулярные изменения, связанные с развитием злокачественного процесса, еще до появления клинических симптомов заболевания. Однако интерпретация больших объемов молекулярных данных представляет собой сложную задачу. Использование алгоритмов искусственного интеллекта позволяет выявлять сложные закономерности и молекулярные сигнатуры, ассоциированные с различными типами опухолей. В исследованиях продемонстрирована возможность раннего выявления рака на основании комплексного анализа биомаркеров крови с применением методов машинного обучения. Интеграция технологий искусственного интеллекта с жидкостной биопсией способствует повышению чувствительности диагностики, снижению вероятности пропуска опухолевого процесса и расширению возможностей персонализированного подхода в онкологии.

Выводы. Сочетание жидкостной биопсии и искусственного интеллекта представляет собой перспективное направление развития современной онкологической диагностики. Использование алгоритмов машинного обучения позволяет повысить информативность молекулярных исследований и способствует более раннему выявлению злокачественных новообразований. Дальнейшее совершенствование данных технологий может стать важным шагом в развитии персонализированной онкологии и скрининговых программ будущего.

Нуритдинзода М.Р., Сангинов Д.Р., Хушкадамова О.Х.

Кафедра Онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ

ЦИФРОВАЯ ПАТОМОРФОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ОНКОЛОГИИ

Нуритдинзода М.Р., Сангинов Д.Р., Хушкадамова О.Х.

Цель исследования. Проанализировать современные возможности применения технологий искусственного интеллекта в патоморфологической диагностике злокачественных новообразований на основании данных научной литературы.

Материал и методы. Проведен анализ современной научной литературы, посвященной применению технологий искусственного интеллекта в патоморфологической диагностике злокачественных новообразований. Поиск публикаций осуществлялся в международных базах данных PubMed, Scopus и Web of Science за период с января 2018 г. по июнь 2026 г. с использованием ключевых слов и их комбинаций: «artificial intelligence», «machine learning», «deep learning», «digital pathology», «computational pathology», «cancer diagnosis», «histopathology», «whole slide imaging». При поиске использовались булевы операторы AND и OR. В обзор

включались оригинальные исследования, систематические обзоры и метаанализы, посвященные использованию алгоритмов искусственного интеллекта для анализа цифровых гистологических изображений и совершенствования морфологической диагностики опухолей. Отобранные источники были подвергнуты сравнительному анализу с оценкой диагностической точности алгоритмов, областей их применения и перспектив внедрения в клиническую практику.

Результаты исследования. Анализ литературы показал, что искусственный интеллект является одним из наиболее перспективных направлений развития современной патоморфологии. Алгоритмы глубокого обучения демонстрируют высокую эффективность при распознавании опухолевых клеток, классификации новообразований и оценке морфологических характеристик опухоли. Использование цифровых гистологических изображений позволяет автоматизировать выявление метастатического поражения лимфатических узлов, определение степени дифференцировки опухолей и количественную оценку тканевых структур. Ряд исследований продемонстрировал сопоставимую с экспертами-патоморфологами диагностическую точность при анализе цифровых препаратов. Особый интерес представляет возможность прогнозирования молекулярно-генетических характеристик опухоли на основании морфологических изображений, что открывает перспективы для развития персонализированного подхода в онкологии. Вместе с тем отмечается, что наиболее эффективным является использование искусственного интеллекта в качестве инструмента поддержки принятия врачебных решений, а не полной замены специалиста.

Выводы. Искусственный интеллект обладает значительным потенциалом в повышении эффективности патоморфологической диагностики злокачественных новообразований. Внедрение технологий цифровой патоморфологии и алгоритмов глубокого обучения способствует повышению точности, воспроизводимости и скорости диагностики. Дальнейшее совершенствование данных технологий может существенно расширить возможности персонализированной онкологии и повысить качество оказания специализированной медицинской помощи.

Нуритдинзода М.Р., Сангинов Д.Р., Хушкадамова О.Х.

Кафедра Онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ

УЛУЧШЕНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЛАНГЕРГАНСОКЛЕТОЧНЫМ ГИСТИОЦИТОЗОМ В УЗБЕКИСТАНЕ: ПРОБЛЕМЫ, РЕШЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Рустамова Х.М., Полатова Д.Ш.

Актуальность. Лангергансоклочный гистиоцитоз (ЛКГ) относится к редким заболеваниям детского возраста, требующим ранней диагностики и своевременного начала риск-адаптированной терапии. Несмотря на проводимые правительством реформы и развитие детской онкологической службы в Узбекистане, сохраняются существенные организационные и диагностические барьеры, влияющие на исходы заболевания.

Цель. Проанализировать существующие проблемы оказания медицинской помощи детям с ЛКГ в Узбекистане и определить основные направления совершенствования системы диагностики и лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 100 детей с морфологически и иммуногистохимически подтвержденным ЛКГ, диагностированных в 2013–2026 гг. в Научно-практическом медицинском центре детской онкологии, гематологии и иммунологии, и региональных учреждениях страны. Оценивали сроки диагностики, структуру заболевания, маршрутизацию пациентов, частоту ошибочных диагнозов и показатели общей выживаемости.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 2,7 года; 62,7% больных были мальчиками. У 34,3% детей диагностировано мультисистемное поражение с вовлечением органов риска. Наиболее частыми локализациями являлись костная система и кожа. Выявлены значительные проблемы ранней диагностики: ошибочный первоначальный диагноз установлен у 43,7% пациентов, до постановки диагноза дети в среднем обращались к врачу более 3 раз. Медиана общего диагностического интервала составила 68 дней, при этом основной вклад в

задержку вносил врачебный этап (44 дня). Отмечены выраженные региональные различия в сроках диагностики, свидетельствующие о неравномерной доступности специализированной помощи. Несмотря на достигнутую однолетнюю общую выживаемость 87%, поздняя диагностика остается ключевым фактором риска развития тяжелых форм заболевания и осложнений.

Дискуссия. Совершенствование оказания медицинской помощи должно включать повышение онкологической настороженности врачей первичного звена, разработку национального клинического маршрута пациентов с подозрением на ЛКГ, укрепление региональной патоморфологической и иммуногистохимической диагностики, внедрение молекулярно-генетических исследований (BRAF, MAP2K1), создание Национального регистра ЛКГ, развитие телемедицинских консультаций между регионами и референсным центром, а также регулярное обучение специалистов.

Выводы. Реализация комплекса организационных мероприятий позволит сократить сроки диагностики, снизить число ошибочных диагнозов, обеспечить своевременное начало терапии, повысить выживаемость и качество жизни детей с ЛКГ. Полученные результаты могут стать основой для формирования национальной стратегии оказания помощи пациентам с редкими детскими онкологическими заболеваниями в Узбекистане и странах Центральной Азии.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОБЛАСТОМой В РАЗРЕЗЕ ДЕТСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Янгибоев С.К., Рустамова Х.М., Солиев Ё.Х.

Актуальность темы

Нейробластома является одним из самых тяжёлых онкологических заболеваний детского возраста. В развивающихся странах пятилетняя выживаемость составляет лишь 20–30%. Несмотря на совершенствование протоколов лечения, результаты терапии в группе высокого риска остаются низкими. В Узбекистане имеются научные работы по нейробластоме, однако они в основном представлены небольшими клиническими наблюдениями. Масштабные национальные исследования, статистический анализ и международное сотрудничество в разработке клинических протоколов пока недостаточно развиты [1].

Цель исследования

Анализ диагностики, клинического течения, лечения и показателей выживаемости пациентов с нейробластомой, наблюдавшихся в НПМЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии.

Материалы и методы

В исследование включены 36 пациентов (0–14 лет), лечившихся в 2023–2025 гг. в НПМЦДОГиИ с подтверждённым диагнозом нейробластомы (гистология, иммуногистохимия, молекулярно-генетические методы). Ретроспективно изучались: пол и возраст, локализация первичной опухоли, стадия и группа риска на момент постановки диагноза, амплификация гена MYCN, степень дифференцировки опухолевых клеток, биохимические показатели (NSE, LDH), объём проведённого лечения (химиотерапия по протоколу NB-2004, хирургия, лучевая терапия), а также отдалённые результаты. Выживаемость оценивалась методом Каплана–Мейера. Средний период наблюдения составил 18 месяцев (диапазон 3–24 мес).

Результаты

Из 36 пациентов — 22 мальчика (61%) и 14 девочек (39%). Медиана возраста на момент постановки диагноза — 36 месяцев. У 56% детей заболевание выявлено в возрасте от 18 мес до 5 лет, что соответствует мировой эпидемиологической картине.

Локализация первичной опухоли:

надпочечники — 17 случаев (47%),

забрюшинное пространство — 11 случаев (31%),

пресакральная область и малый таз — 8 случаев (22%).

Распределение по группам риска (INRG, NCCN):

низкий риск — 12 (33%),

средний риск — 9 (25%),

высокий риск — 15 (42%).

Ключевые неблагоприятные факторы: амплификация MYCN и низкая степень дифференцировки опухоли. Амплификация MYCN выявлена у 13 пациентов (36%), все они относились к группе высокого риска.

Гистологическая классификация:

недифференцированные и мало дифференцированные формы — 20 случаев (56%), дифференцированные формы — 16 случаев (44%).

Метастазы на момент постановки диагноза выявлены у 20 детей (56%). Все пациенты получали химиотерапию по протоколу NB-2004 [2]. Хирургическое вмешательство проведено у 22 (61%), лучевая терапия — у 11 (31%). Средняя длительность лечения составила 6 месяцев.

Двухлетняя общая выживаемость — 78%, безсобытийная выживаемость — 64%.

По группам риска:

низкий риск — 100%,

средний риск — 89%,

высокий риск — лишь 60%.

Рецидив или прогрессирование отмечены у 9 пациентов (25%). К сожалению, 5 детей (14%) умерли вследствие прогрессирования заболевания или инфекционных осложнений.

Выводы

Ретроспективный анализ лечения нейробластомы в НПМЦДОГиИ за 3 года показал, что почти половина пациентов (42%) относятся к группе высокого риска. Двухлетняя выживаемость в этой группе составила 60%, что значительно ниже показателей ведущих международных центров (COG, SIOPEN), где пятилетняя выживаемость достигает 50–55%. Это подтверждает актуальность проблемы лечения пациентов высокого риска и необходимость дальнейших исследований и развития национальных протоколов в Узбекистане.

Vermeulen, J., De Preter, K., Naranjo, A., Vercruysse, L., Van Roy, N., Hellemans, J., ... Vandesompele, J. (2009). Predicting outcomes for children with neuroblastoma using a multigene-expression signature: A retrospective SIOPEN/COG/GPOH study. The Lancet Oncology, 10(7), 663–671. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(09\)70154-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(09)70154-8)

NB2004 Trial Protocol (GPOH, 2004) → http://nodgo.org/sites/default/files/protokol_neuroblastoma-1

Янгибоев С.К., Рустамова Х.М., Солиев Ё.Х., Научно-практический медицинский центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Ташкент

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОПОЭЗА ПРИ В- И Т-КЛЕТОЧНОМ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ У ДЕТЕЙ

Ризаева Ф.А., Маткаримова Д.С., Махмудова Б.М., Бабаханова Н.Н.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку изменений показателей периферической крови и костномозгового кроветворения у детей с В- и Т-клеточными вариантами острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) и определить особенности выраженности нарушений гемопоэза в зависимости от иммунологического варианта. **Материал и методы.** Проведено клинико-гематологическое исследование 70 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с впервые диагностированным ОЛЛ, проходивших обследование и лечение в специализированном центре детской онкологии, гематологии и иммунологии г. Ташкента в 2020–2026 гг. В зависимости от иммунологического варианта заболевания пациенты были распределены на две группы: В-ОЛЛ — 55 (78,6%) детей и Т-ОЛЛ — 15 (21,4%). Всем пациентам проводили общий анализ периферической крови с исследованием лейкоцитарной формулы, морфологическое исследование костного мозга с оценкой содержания бластных клеток и основных ростков кроветворения, а также иммунофенотипирование бластных клеток методом проточной цитометрии. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Сравнительный анализ выявил более выраженные нарушения периферического кроветворения у детей с Т-ОЛЛ. Уровень гемоглобина при Т-ОЛЛ составлял $57,1 \pm 1,8$ г/л против $66,2 \pm 1,9$ г/л при В-ОЛЛ, количество эритроцитов — $1,7 \pm 0,07 \times 10^{12}/л$ против $2,0 \pm 0,07 \times 10^{12}/л$. Наиболее выраженная тромбоцитопения также зарегистрирована при Т-ОЛЛ:

количество тромбоцитов составило $41,0 \pm 4,8 \times 10^9/\text{л}$ против $63,8 \pm 7,9 \times 10^9/\text{л}$ при В-ОЛЛ. Одновременно Т-клеточный вариант характеризовался более высоким уровнем лейкоцитов — $62,9 \pm 4,5 \times 10^9/\text{л}$ против $45,5 \pm 9,4 \times 10^9/\text{л}$ при В-ОЛЛ. Содержание бластных клеток в периферической крови при Т-ОЛЛ достигало $44,1 \pm 7,7\%$, тогда как при В-ОЛЛ составляло $34,8 \pm 3,8\%$. Количество нейтрофилов при Т-ОЛЛ снижалось до $17,1 \pm 2,1\%$ против $27,1 \pm 1,3\%$ при В-ОЛЛ. Наиболее существенные различия выявлены при исследовании костного мозга. Содержание бластных клеток при Т-ОЛЛ составляло $74,9 \pm 5,8\%$, при В-ОЛЛ — $65,5 \pm 2,5\%$. Доля нейтрофильных элементов была снижена соответственно до $10,0 \pm 2,1\%$ и $19,9 \pm 1,6\%$. При Т-ОЛЛ также отмечалось более выраженное сужение эритроидного и мегакариоцитарного ростков: сумма эритроидных элементов составляла $10,5 \pm 0,5\%$ против $12,2 \pm 0,2\%$ при В-ОЛЛ, количество мегакариоцитов — $2,0 \pm 0,3$ против $3,2 \pm 0,3$ соответственно.

Выводы. У детей с Т-клеточным ОЛЛ выявлены более выраженные нарушения гемопоэза по сравнению с В-клеточным вариантом заболевания, характеризующиеся более глубокой анемией, тромбоцитопенией и нейтропенией, повышенной бластной нагрузкой в периферической крови и костном мозге, а также более значительным угнетением гранулоцитарного, эритроидного и мегакариоцитарного ростков кроветворения. Полученные данные свидетельствуют о различной степени поражения гемопоэза при иммунологических вариантах ОЛЛ и обосновывают необходимость комплексной оценки показателей периферической крови, миелограммы и иммунофенотипических характеристик при клинико-гематологической оценке заболевания.

Ризаева Ф.А., Маткаримова Д.С., Махмудова Б.М., Бабаханова Н.Н., Научно-практический медицинский центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Ташкент, Республика Узбекистан, Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Республика Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ

Ризаева Ф.А., Маткаримова Д.С., Бабаханова Н.Н., Абдуллаев М.М.

Научно-практический медицинский центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Ташкент, Республика Узбекистан

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) у детей и оценить сроки установления диагноза с целью определения клинических признаков, имеющих значение для своевременного выявления заболевания.

Материал и методы. Проведено клиническое исследование 120 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с впервые диагностированным ОЛЛ, проходивших обследование и лечение в специализированном центре детской онкологии, гематологии и иммунологии г. Ташкента. Анализировали анамнестические данные, характер и сроки развития заболевания, жалобы пациентов, результаты объективного обследования и частоту основных клинических синдромов. Статистическую обработку данных проводили с использованием программного пакета BioStat 5.8.4.3 с применением методов описательной статистики.

Результаты исследования. Среди обследованных детей мальчики составили 72 (60,0%), девочки — 48 (40,0%); наиболее часто ОЛЛ диагностировался в возрастной группе 2–5 лет — у 54 (45,0%) пациентов. Постепенное развитие клинической симптоматики отмечалось у 78 (65,0%) детей, острое начало — у 42 (35,0%). Средний период от появления первых симптомов до установления диагноза составил $29,4 \pm 11,2$ дня. Диагноз был установлен в течение первых 14 суток у 34 (28,3%) пациентов, в сроки от 2 недель до 1 месяца — у 56 (46,7%), позднее одного месяца — у 30 (25,0%) детей.

В структуре первоначальных жалоб преобладали общая слабость — у 102 (85,0%) детей, бледность кожных покровов — у 97 (80,8%), повышение температуры тела — у 88 (73,3%), снижение аппетита — у 81 (67,5%), боли в костях и суставах — у 64 (53,3%), увеличение

лимфатических узлов — у 58 (48,3%) и кровоточивость — у 49 (40,8%). У большинства пациентов одновременно наблюдалось сочетание нескольких клинических синдромов.

Анемический синдром выявлен у 109 (90,8%) пациентов, интоксикационный — у 106 (88,3%), генерализованная лимфаденопатия — у 74 (61,7%). Гепатомегалия наблюдалась у 69 (57,5%) детей, спленомегалия — у 63 (52,5%), костно-суставной синдром — у 64 (53,3%), геморрагические проявления — у 49 (40,8%). Признаки поражения центральной нервной системы выявлены у 8 (6,7%) пациентов.

Выводы. Острый лимфобластный лейкоз у детей характеризуется выраженным клиническим полиморфизмом и высокой частотой неспецифических дебютных проявлений, что может существенно затруднять раннее распознавание заболевания. Наиболее характерным является сочетание анемического и интоксикационного синдромов с лихорадкой, лимфаденопатией, гепатоспленомегалией, костно-суставными и геморрагическими проявлениями. Установлено, что у 25,0% пациентов верификация диагноза происходила позднее одного месяца от появления первых симптомов, что указывает на сохраняющуюся проблему несвоевременной диагностики ОЛЛ. Полученные данные обосновывают необходимость комплексной оценки совокупности клинических симптомов и повышения онкогематологической настороженности врачей первичного звена, особенно при сочетании нескольких неспецифических проявлений, с целью сокращения диагностического интервала и своевременной верификации ОЛЛ у детей.

Ризаева Ф.А., Маткаримова Д.С., Бабаханова Н.Н., Абдуллаев М.М., Научно-практический медицинский центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Ташкент, Республика Узбекистан, Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Республика Узбекистан

ВНЕДРЕНИЕ СУРРОГАТНОГО ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА МОЛЕКУЛЯРНОГО СУБТИПИРОВАНИЯ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННЫХ РЕСУРСОВ: ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА В УЗБЕКИСТАНЕ

Саитов Б., Абдугаффоров А., Искандаров К., Айнакулов Н., Бокиев С.

Актуальность. Во многих странах с низким и средним уровнем дохода (LMIC) профилирование метилирования ДНК — референсный метод молекулярной классификации медуллобластомы в соответствии с классификацией ВОЗ 2021 года — не проводится рутинно из-за ограниченной инфраструктуры и высокой стоимости. Опубликованные суррогатные алгоритмы на основе иммуногистохимии (ИГХ), включающие β -катенин, YAP1, GAB1 и TP53, представляют собой практичную альтернативу для первичного молекулярного субтипирования.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ последовательных случаев медуллобластомы у детей в период с ноября 2025 года по июль 2026 года.

В исследование включено 6 пациентов мужского пола (медиана возраста — 6 лет). Исследовался материал опухоли, фиксированный в формалине и залитый в парафин (FFPE), с использованием разработанного в учреждении ИГХ-алгоритма, включавшего β -катенин, YAP1, GAB1 и TP53, с дополнительным применением других маркеров при наличии диагностических показаний.

Определение молекулярной группы проводилось в соответствии с опубликованными суррогатными ИГХ-алгоритмами и интегрировалось с результатами стандартного гистопатологического исследования.

Результаты. Суррогатное молекулярное субтипирование было успешно выполнено во всех 6 случаях с использованием имеющихся FFPE-образцов, без необходимости создания дополнительной инфраструктуры для проведения молекулярно-генетических исследований.

Были выявлены следующие молекулярные подгруппы:

WNT-активированная — 2 случая;

SHN-активированная, TP53 дикого типа — 2 случая;

не-WNT/не-SHN — 2 случая.

Определение опухолей группы 3 и группы 4 с помощью одной только иммуногистохимии было невозможно, поскольку их достоверная классификация требует комплексного молекулярного профилирования, в частности анализа метилирования ДНК.

Интеграция результатов суррогатной ИГХ с традиционным гистопатологическим исследованием позволила сформировать интегрированный диагноз в соответствии с принципами классификации ВОЗ и способствовала обсуждению стратификации риска в учреждении с использованием имеющихся диагностических ресурсов.

Заключение

Суррогатное молекулярное субтипирование на основе иммуногистохимии является осуществимым, доступным по стоимости и практически сразу внедряемым подходом для интеграции молекулярной классификации медуллобластомы у детей в соответствии с рекомендациями ВОЗ в условиях ограниченных ресурсов.

Несмотря на то, что суррогатная ИГХ не может заменить комплексное молекулярное профилирование, полученный опыт демонстрирует возможность эффективного использования существующей патоморфологической инфраструктуры для определения клинически значимых молекулярных подгрупп и поддержки интегрированного диагностического подхода в условиях, когда современные методы молекулярного тестирования недоступны на регулярной основе.

Саитов Бегали, Абдугафоров Азамжон, Искандаров Камол, Айнакулов Нодирбек, Боқиев Содикжон., Национальный детский медицинский центр, отделение детской гематологии и онкологии, Ташкент, Узбекистан

ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПОДТИПЫ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА.

Саитов Б., Акромов О., Тошматов С., Искандаров К., Сабилов Д.

Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Медуллобластома (МБ) является наиболее распространённой злокачественной опухолью головного мозга у детей. С гистологической точки зрения МБ подразделяется на несколько вариантов, включая классический, десмопластический/узелковый (DN), крупноклеточный/анапластический (LCA), медуллобластому с выраженной нодулярностью (MBEN) и медуллобластому без дополнительного уточнения (NOS). Гистологическое субтипирование имеет важное значение для стратификации риска и выбора тактики лечения.

Цель: оценить частоту встречаемости гистологически определяемых подтипов медуллобластомы у детей в когорте одного медицинского центра.

Материалы и методы: Ретроспективное исследование проведено на базе Национального детского медицинского центра, Узбекистан, в период с 2020 по 2025 год. В исследование включено 19 детей с диагностированной медуллобластомой. Возраст пациентов составлял от 10 месяцев до 14 лет 6 месяцев (медиана — 4 года 2 месяца). Среди пациентов было 13 мальчиков и 6 девочек. Всем пациентам выполнялась хирургическая резекция опухоли или биопсия в отделении нейрохирургии. Полученный материал исследован морфологический с использованием окраски гематоксилином и эозином.

Результаты: Десмопластический/узелковый вариант медуллобластомы являлся наиболее распространённым гистологическим подтипом — 8 случаев, за ним следовал классический вариант — 5 случаев. Медуллобластома NOS выявлена в 4 случаях, крупноклеточный/анапластический вариант — в 2 случаях. случаев медуллобластомы с выраженной нодулярностью (MBEN) выявлено не было.

Медуллобластома NOS встречалась чаще, чем можно было бы ожидать, что может быть связано с диагностическими трудностями вследствие перекрывающихся гистологических признаков, ограниченного объёма исследуемого материала или отсутствия дополнительных иммуногистохимических и молекулярно-генетических исследований. Крупноклеточный/анапластический вариант встречался относительно редко, а отсутствие случаев MBEN, вероятно, может быть обусловлено небольшим размером выборки.

Выводы. Полученные результаты подчёркивают важность точной гистопатологической оценки и свидетельствуют о необходимости совершенствования диагностических подходов для уменьшения числа случаев, классифицируемых как NOS, а также повышения точности стратификации риска и выбора тактики лечения детей с медуллобластомой.

Саитов Бегали, Акромов Олим, Тошматов Сухроб, Искандаров Камол, Сабилов Джахонгир., Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

ДИНАМИЧЕСКОЕ СОЧЕТАНИЕ ИЗМЕРИМОЙ ОСТАТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ И ЛИНЕЙНО-СПЕЦИФИЧЕСКОГО ДОНОРСКОГО ХИМЕРИЗМА В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ РЕЦИДИВА ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ АЛЛО-ТГСК

Сабилов Д.Р., Султон Ш.

Актуальность. Рецидив острого лейкоза после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК) остаётся критическим вариантом неудачи противоопухолевого лечения. Измеримая остаточная болезнь (MRD) и донорский химеризм нередко трактуются как взаимозаменяемые показатели, хотя они отражают разные биологические процессы: MRD непосредственно характеризует персистенцию лейкозного клона, тогда как химеризм показывает соотношение донорского и реципиентного кроветворения. Наибольшая гематоонкологическая ценность возникает при синхронной оценке их динамики.

Цель. Разработать клинически интерпретируемую схему совместного мониторинга MRD и линейно-специфического донорского химеризма для ранней стратификации риска рецидива острых лейкозов у детей после алло-ТГСК.

Материалы и методы. Выполнено структурированное аналитическое обобщение исследований 2016-2026 гг., посвящённых MRD и химеризму у 137 больных после алло-ТГСК при детском остром лимфобластном и остром миелоидном лейкозах. Приоритет отдавался проспективным педиатрическим когортам, высокочувствительным методам определения MRD и анализу клеточных фракций.

Основные результаты. Анализ химеризма выбран по иммунофенотипу лейкоза и трансплантационной платформе: при AML приоритетна миелоидная/CD33+ популяция, при ALL — релевантные CD34+/CD19+ или иные фракции; CD3+ химеризм дополнительно характеризует донорский Т-клеточный компартмент. Предлагается синхронный контроль до трансплантации и на днях +30, +60, +100, +180 и +365. Выделены четыре состояния: 1) MRD-отрицательность и стабильный полный донорский химеризм — относительно благоприятная траектория; 2) MRD-отрицательность при нарастании реципиентного сигнала в релевантной линии — предупреждение, требующее раннего повторного анализа; 3) MRD-позитивность при полном донорском химеризме — персистенция или повторная экспансия опухолевого клона при формально успешном приживлении; 4) одновременное увеличение MRD и реципиентного химеризма — наиболее неблагоприятный профиль. Универсальный порог смешанного химеризма для всех вариантов ALL и AML необоснован: существенны чувствительность метода, клеточная фракция, диагноз и скорость изменения. Следовательно, химеризм следует трактовать как временной ряд, а совместную матрицу MRD-химеризм — как основание для повторной пункции костного мозга, углублённой молекулярной диагностики и трансплантационного консилиума.

Выводы. MRD и линейно-специфический химеризм являются взаимодополняющими, но не взаимозаменяемыми маркерами. Их синхронная динамическая оценка создаёт более точную модель раннего рецидивного риска, чем изолированное использование любого показателя. Предлагаемый подход целесообразно проспективно валидировать в национальном регистре детской алло-ТГСК с раздельным анализом ALL и AML.

Immunotherapy of bone and soft tissue sarcomas. Experience of the Scientific Research Institute of Pediatric Oncology and Hematology in the application of anti-GD2 monoclonal antibodies and chemotherapy in children with refractory and relapsed GD2-positive solid tumors (updated data)

Relevance. Bone and soft tissue sarcomas account for about 15–20% of pediatric malignancies and include more than 75 histotypes. With modern multimodality treatment, 5-year overall survival (OS) for

localized disease reaches 70–80%. However, for metastatic patients, survival does not exceed 30% (lung metastases) or 10% (multifocal metastases). Relapse occurs in 30–40% of cases, and treatment options are limited due to heavy pretreatment and refractoriness. Therefore, immune-activating approaches and molecularly targeted therapies are highly promising.

Purpose. To improve treatment outcomes in children with refractory and relapsed bone and soft tissue sarcomas using anti-GD2 monoclonal antibodies (dinutuximab beta) in combination with 2nd/3rd line chemotherapy.

Materials and methods. The study included 51 patients with refractory, relapsed, or primary GD2-positive sarcomas treated from 2022 to 2026. Dinutuximab beta was given at 100 mg/m² for up to 6 courses. The cohort comprised: relapsed (n=32, 62.8%), refractory (n=17, 33.3%), and primary (n=2, 3.9%). Diagnoses: osteosarcoma (47.1%), Ewing's sarcoma (19.6%), embryonal rhabdomyosarcoma (13.7%), alveolar rhabdomyosarcoma (3.9%), and rare tumors (15.7%). Median follow-up from start of immunotherapy was 16.5 months.

Results. The objective response rate (ORR) was 84.4% (43/51), including complete response (CR) in 66.7% (34/51), partial response in 9.8% (5/51), stable disease in 7.8% (4/51), and progression in 15.7% (8/51). Median OS was 33.8 months; 1-year OS 84.6%, 2-year OS 71.8%. Median progression-free survival (PFS) was 14.0 months; 1-year PFS 53.3%, 2-year PFS 33.1%. Patients with relapsed disease had significantly better outcomes than those with refractory disease: median PFS 18.2 vs. 5.7 months (p=0.001); median OS 34.6 vs. 18.3 months (p=0.115, not significant). The most common adverse events were agranulocytosis (62.8% of cycles), infections (52.9%), and hemorrhagic syndrome (21.6%); toxicity was manageable, with immune-mediated events not exceeding grade 1–2.

Conclusion. The use of dinutuximab beta in children with relapsed and refractory bone and soft tissue sarcomas improves survival by 30–40% compared to historical controls, offering a promising option for patients with an extremely unfavorable prognosis.

Сабилов Д.Р., Ташкентский государственный медицинский университет,

Султон Ш., Национальный детский медицинский центр Ташкент, Республика Узбекистан.

СТРАТЕГИЯ ЖИЗНИ: РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ И ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В ЭВОЛЮЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Назаров А.Н., Аюбова М.С.

К 35-летию Государственной независимости Республики Таджикистан: достижения, детский и женский онкологический сектор, профилактика и реабилитация

Ключевые темы: Здравоохранения Таджикистана, 35 лет независимости, Лидер Нации Эмомали Рахмон, детская онкогематология, лейкоз, женское здоровье (РМЖ, РШМ), ранний скрининг, санаторно-курортная реабилитация.

1. Введение: 35 лет независимости и трансформационная роль Лидера Нации

За 35 лет Государственной независимости Республика Таджикистан прошла масштабный путь исторической трансформации. Обретение суверенитета в 1991 году поставило перед молодой страной сложнейшие задачи по формированию институтов государственности, преодолению кризисных явлений и созданию надежного фундамента социально-экономического развития. В ряду важнейших национальных приоритетов сохранение здоровья граждан, укрепление демографического потенциала и развитие системы здравоохранения заняли центральное место.

Определяющую роль в становлении современной модели национального здравоохранения сыграл Основатель мира и национального единства — Лидер нации, Президент Республики Таджикистан уважаемый Эмомали Рахмон.

С первых лет руководства страной Глава государства рассматривает охрану здоровья населения не как изолированную отраслевую задачу, а как фундаментальное условие национальной безопасности и долгосрочного человеческого развития.

Благодаря стратегическим инициативам Президента Таджикистана здравоохранение республики прошло путь от преодоления системного дефицита ресурсов до формирования высокотехнологичной, многоуровневой медицинской помощи. Были приняты фундаментальные государственные программы, обновлена нормативно-правовая база, модернизирована

инфраструктура и налажено международное сотрудничество. Особенное внимание Главы государства сосредоточено на онкологической службе — одной из наиболее наукоемких и ресурсоемких отраслей медицины, требующей постоянного обновления оборудования, внедрения инновационных протоколов и подготовки высококвалифицированных кадров.

2. Прорыв в онкологической службе Таджикистана

За годы независимости онкологическая служба Таджикистана претерпела глубокую структурную модернизацию. Если в начале 1990-х годов онкологическая помощь характеризовалась недостатком специализированного диагностического оборудования и узким спектром доступных методов лечения, то сегодня в стране сформирована современная вертикально-интегрированная система онкологической помощи.

2.1. Инфраструктурное переоснащение и технологии

При непосредственной поддержке Президента Республики Таджикистан в Душанбе и регионах были возведены и кардинально реконструированы ведущие профильные учреждения: Республиканский онкологический научный центр (РОНЦ), областные онкологические центры в Согдийской и Хатлонской областях, а также в ГБАО. В рамках государственных инвестиционных проектов и сотрудничества с международными партнерами (МАГАТЭ, ВОЗ, Глобальный фонд) онкологические центры страны были оснащены:

Современным лучевым оборудованием: высокоэнергетическими линейными ускорителями, аппаратами брахитерапии и современными комплексными системами дозиметрического планирования.

Направление	Применяемые инновации и меры	Результаты и эффекты
Профилактика и скрининг	Внедрение скрининговых программ РМЖ и РШМ; работа мобильных маммографических комплексов в сельских районах; национальная программа вакцинации против ВПЧ (вируса папилломы человека).	Раннее выявление предраковых состояний (дисплазий); охват школьниц вакцинацией против ВПЧ для предупреждения РШМ.
Современная диагностика	Широкое применение жидкостной цитологии, ВПЧ-тестирования, трепан-биопсии под УЗ-контролем, иммуногистохимического определения рецепторного статуса (HER2, ER, PR).	Точная верификация опухолей, исключение гипо- и гипердиагностики, назначение целевой (таргетной) терапии.
Органосохраняющее лечение	Переход от радикальных калечащих операций к органосохраняющим вмешательствам (онкопластическая резекция молочной железы), органосохраняющее лечение начальных стадий РШМ у молодых женщин.	Сохранение высокого качества жизни, психоэмоциональная адаптация женщин, сохранение репродуктивной функции.

Высокоточной диагностической техникой: компьютерными и магнитно-резонансными томографами (КТ и МРТ), цифровыми маммографами с функцией томосинтеза, ультразвуковыми системами экспертного класса.

Лабораторными комплексами: лабораториями иммуногистохимии и молекулярно-генетической диагностики, что позволило перейти от стандартной морфологической диагностики к персонализированной онкологии.

2.2. Прогресс в женской онкологии: рак молочной железы и рак шейки матки

Онкологические заболевания у женщин — в частности, рак молочной железы (РМЖ) и рак шейки матки (РШМ) — представляют собой серьезный медико-социальный вызов. За годы независимости в Таджикистане был достигнут значительный прогресс в борьбе с этими патологиями по трем основным направлениям:

Внедрение программ государственного скрининга позволило повысить долю больных РМЖ и РШМ, выявляемых на I–II стадиях, с 35–40% в прошлые годы до более чем 65–70% в современных условиях. Это кардинальным образом повлияло на показатели 5-летней выживаемости и снизило инвалидизацию женского населения.

3. Проблема детской онкогематологии: лейкозы и пути решения

Детская онкология — наименее многочисленная, но наиболее драматичная отрасль медицины. Среди всех злокачественных новообразований детского возраста гемобластозы (в первую очередь, острый лимфобластный лейкоз — ОЛЛ) занимают лидирующее место, составляя порядка 30–35% всех случаев.

3.1. Специфика заболевания и вызовы

Острый лейкоз у детей характеризуется быстрым, злокачественным размножением незрелых кроветворных клеток (бластов) в костном мозге. Без своевременного высокоинтенсивного лечения заболевание прогрессирует стремительно. Главными вызовами в детской онкогематологии остаются:

Раннее выявление: Начальные симптомы лейкоза (слабость, бледность, субфебрилитет, боли в костях, лимфаденопатия) часто маскируются под банальные ОРВИ, анемию или инфекционные заболевания, что требует высокой онконастороженности от семейных врачей и педиатров первичного звена.

Обеспеченность высокочувствительной терапией: Современное лечение лейкозов требует бесперебойного снабжения химиотерапевтическими препаратами, сопроводительной терапией (высокоэффективные антибиотики, антимикотики), а также компонентами крови.

3.2. Государственные инициативы и внедрение международных протоколов

По инициативе Президента Республики Таджикистан, уважаемого Эмомали Рахмона детская онкогематология получила статус приоритетного направления здравоохранения. В стране было открыто специализированное Республиканское отделение детской онкогематологии, а также созданы специализированные койки в регионах. Ключевые прорывы в этой сфере включают:

Внедрение стандартизированных протоколов терапии: Таджикские детские онкологи перешли на современные международно признанные протоколы лечения лейкозов (ALL-MB / ALL-BFM). Это позволило повысить показатель стойкой безрецидивной выживаемости при остром лимфобластном лейкозе у детей с менее чем 20–30% в прошлые годы до 70–75% в настоящее время.

Подготовка специализированных кадров: в рамках президентской программы подготовки кадров врачи-онкогематологи и медсестры прошли и продолжают проходить регулярное обучение и стажировки в ведущих мировых центрах — в Национальном медицинском исследовательском центре детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева (РФ), центрах Беларуси, Турции и стран Европы.

Государственная финансовая поддержка: Дети с онкологическими заболеваниями включены в категории граждан, получающих льготное и бесплатное обеспечение за счет бюджета, что снижает финансовое бремя на семьи.

4. Комплексный цикл: Профилактика, инновационное лечение и санаторно-курортная реабилитация

Современный подход к онкологии, реализуемый в Таджикистане, базируется на принципах непрерывного полного цикла: «Первичная профилактика → Ранняя диагностика → Высокотехнологичное лечение → Комплексная реабилитация».

4.1. Первичная и вторичная профилактика

Профилактика в онкологии включает в себя популяризацию здорового образа жизни, снижение воздействия канцерогенных факторов окружающей и производственной среды, повышение уровня осведомленности населения о первых признаках онкозаболеваний. Внедрение массовых медицинских осмотров и санитарно-просветительская работа позволили изменить отношение общества к онкологии, разрушив стереотип о ее неизлечимости.

4.2. Роль санаторно-курортного восстановления и реабилитации

После прохождения интенсивных курсов полихимиотерапии и лучевой терапии детский и взрослый организм нуждается в глубоком физическом и психологическом восстановлении. Таджикистан обладает уникальным природно-климатическим и бальнеологическим потенциалом, который под руководством Президента страны активно развивается и интегрируется в систему здравоохранения.

Правила и особенности санаторно-курортной реабилитации онкологических больных:

- Строгие медицинские показания: Санаторное лечение категорически противопоказано в острой фазе заболевания и во время проведения активной химио- или лучевой терапии. Оно назначается только в фазе стойкой клинико-лабораторной ремиссии по решению консилиума врачей-онкологов.

- Мягкие климатические факторы: Для онкологических больных (особенно детей, перенесших лейкоз) исключаются агрессивная инсоляция (прямые солнечные лучи) и тепловые физиопроцедуры. Акцент делается на ландшафтотерапию, аэротерапию, лечебную физкультуру (ЛФК) и лечебное питание.

- Отечественные здравницы: Курорты Таджикистана («Бахористон», «Ходжа Оби Гарм», «Оби Гарм», «Зумрад», «Зурон») предоставляют прекрасные условия для мягкой адаптации, восстановления психоэмоционального состояния детей и их родителей, укрепления нервной и сердечно-сосудистой систем.

5. Перспективы и взгляд в будущее

К 35-летию Государственной независимости Таджикистан подходит с четкой стратегией дальнейшего совершенствования онкологической службы. В числе приоритетных задач на ближайшую перспективу:

Развитие трансплантации костного мозга: Создание национальной программы и условий для проведения аутологичной и аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток детям с рецидивами и высокорисковыми формами лейкозов.

Расширение таргетной и иммунотерапии: Повышение доступности инновационных биологических и иммуноонкологических препаратов для лечения опухолей у женщин и детей.

Цифровизация онкослужбы: Формирование единого Национального онкологического регистра для точного мониторинга заболеваемости, выживаемости и оценки эффективности проводимого лечения.

Заключение

Достижения онкологической службы Республики Таджикистан за 35 лет независимости — это убедительное свидетельство эффективности государственной политики, направленной на сбережение народа. Личная поддержка и внимание Лидер Нации, Президента Республики Таджикистан уважаемого Эмомали Рахмона позволили превратить онкологию из сферы высокого риска в динамично развивающуюся отрасль высокотехнологичной медицины.

Каждый спасенный ребенок с лейкозом, каждая женщина, своевременно победившая рак груди или шейки матки — это не просто медицинская победа, это сохраненные семьи, укрепленный человеческий капитал и будущее независимого Таджикистана.

Источники и литература

1. Рахмон Э. Ш. Здравоохранение — важнейший приоритет социальной политики государства. Выступления и обращения Президента Республики Таджикистан. — Душанбе, 2020–2025 гг.

2. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Статистический ежегодник «Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан». — Душанбе, 2024.

3. Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года (утверждена Постановлением Правительства РТ).

4. Румянцев А. Г., Масчан А. А. Детская онкогематология: Руководство для врачей. — М.: ДЕАН, 2021.

5. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Глобальная инициатива по борьбе с детским раком (GICC): Информационный бюллетень ВОЗ. — Женева, 2023.

6. Ахмедов Б. П. Онкология: Учебное пособие для студентов и врачей. — Душанбе: «Маориф», 2019.

7. Международное агентство по изучению рака (IARC / WHO). GLOBOCAN: Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Country profile: Tajikistan, 2022/2024.

8. Республиканский онкологический научный центр МЗ и СЗН РТ. Клинические протоколы диагностики и лечения злокачественных новообразований. — Душанбе, 2023.

Назаров А.Н., Государственная служба медико – социальной экспертизы МЗ СЗН РТ,
Аюбова М.С. Врач акушер гинеколог, кольпоскопист ГУ ГЦЗ №7 г. Душанбе

РАЗРАБОТКА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТРЕХМЕРНОЙ ОРГАНОИДНОЙ МОДЕЛИ ГЛИОМЫ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

Блинов Д.С., Ахмаев Р.М., Шматок Д.О., Тимошкин Д.Е.

Цель работы – разработать новую нерегистрируемую тест-систему для диагностики *in vitro* – персонализированную органоидную платформу детских солидных опухолей, в том числе орфанных, для определения их первичной и приобретенной резистентности к химиотерапевтическим лекарственным средствам, препаратам таргетного и иммунобиологического лечения, а также в качестве *in vitro* модели доклинического исследования инновационных лекарственных средств на основе химического синтеза и биомедицинских клеточных продуктов

Объектом исследования являются ткани BRAF-мутантной глиомы низкой степени злокачественности пациентов, полученные интраоперационно, как источник формирования трехмерных органоидных культур.

При анализе полученных результатов можно сделать вывод о том, что сила цитотоксического действия исследуемых веществ молекулярно-направленного действия на органоидной культуре BRAF-мутантной глиомы низкой степени злокачественности, имеющей различия, обусловленные экспрессией BCRP1 протеина, способствующего обратному транспорту молекул из опухолевой клетки, может быть расценена в аспекте возможного механизма резистентности опухоли.

Так, нами показано, что резистентность к траметинибу и дабрафенибу BRAF-мутантной глиомы низкой степени злокачественности может быть обусловлена обратным BCRP1-опосредованным транспортом молекул активного вещества. Таким образом, результаты экспериментов демонстрируют, что предварительная инкубация органоидов в течение недели с препаратами приводит к развитию резистентности, выраженной в активации механизмов обратного транспорта, снижении цитотоксичности препаратов и сохранении способности к росту.

Особенно выраженный эффект был отмечен в группе органоидов, инкубированных в течение недели с комбинацией дабрафениб+траметиниб, что может объясняться синергическим влиянием данных препаратов на клеточные механизмы устойчивости. На основании сопоставления цитотоксического действия ЛХТ-13-19 в специфических культурах BRAF-мутантной глиомы низкой степени злокачественности и проведения генетического профилирования клеток данных

культур, подвергшихся химиотерапевтическому воздействию, мы установили, что мутации ряда генов ассоциированы с формированием химиорезистентности BRAF-мутантной глиомы низкой степени злокачественности к инновационному ингибитору EGFR ЛХТ-13-19.

Блинов Д.С., Ахмаев Р.М., Шматок Д.О., Тимошкин Д.Е. ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, г. Москва

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Грачев Н.С., Старокорова К.Д., Лопатин А.В., Бабаскина Н.В., Ворожцов И.Н.

Рак щитовидной железы у детей является малораспространенным заболеванием: на его долю приходится до 2% от всех злокачественных новообразований, выявляемых в педиатрической популяции (3,8% от всех солидных опухолей). В последнее десятилетие отмечается повышение частоты встречаемости карциномы щитовидной железы, что связано с улучшением качества диагностики на амбулаторном этапе.

Алгоритм диагностики включает в себя УЗИ щитовидной железы, гортани и лимфатических узлов шеи с обязательным стадированием выявленного новообразования по системе TI-RADS, цитологическое исследование материала (с оценкой по системе Bethesda), полученного путем тонкоигольной аспирационной биопсии опухоли под контролем УЗИ, оценку гормонального профиля щитовидной железы, МСКТ органов грудной клетки при подозрении на злокачественный характер процесса.

Основным методом лечения является радикальное оперативное вмешательство. В тиреоидной хирургии для пациентов как взрослого, так и детского возраста, специфическими осложнениями являются парез гортани и первичный гипопаратиреоз, которые могут возникнуть в результате повреждения возвратного гортанного нерва и паращитовидных желез. Интраоперационные риски напрямую зависят от стадии и распространенности опухолевого процесса: наличия экстратиреоидного распространения, инвазии в прилежащие ткани и органы, вовлечения магистральных сосудов. С целью обеспечения интраоперационной безопасности пациента все хирургические вмешательства могут быть выполнены только с использованием интраоперационного нейрофизиологического мониторинга (ИОНМ) возвратного гортанного нерва. Проведение операции на щитовидной железе у детей без применения ИОНМ недопустимо.

Пациентам детского возраста с распространенной папиллярной карциномой щитовидной железы, которые могут быть отнесены к промежуточной и высокой группе риска по развитию рецидива заболевания, показано проведение курса радиойодтерапии в специализированных медицинских центрах.

ЦИРКУЛИРУЮЩИЙ GD2 – НОВЫЙ БИОМАРКЕР ЖИДКОСТНОЙ БИОПСИИ ПРИ НЕЙРОБЛАСТОМЕ: ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Иванов Н.С., Шаманская Т.В., Качанов Д.Ю., Ларин С.С.

Цель исследования.

Дисialogанглиозид GD2 экспрессируется на плазматической мембране клеток нейробластомы (НБ) и выделяется в кровоток. Цель исследования – оценить роль циркулирующего GD2 (C18-липоформы) как диагностического и прогностического биомаркера у пациентов с НБ.

Материалы и методы.

Концентрацию циркулирующего GD2 (C18-липоформы) в периферической крови измеряли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрией (ВЭЖХ-МС/МС). Диагностическую роль оценивали с помощью ROC-анализа и многопараметрической логистической регрессии. Прогностическую значимость – методом Каплана-Мейера и однофакторной регрессии Кокса.

Результаты.

В исследование включен 161 пациент с клиническим подозрением на НБ: у 89 диагноз НБ подтвержден, 72 составили контрольную группу с другими опухолями. Уровень циркулирующего GD2 (C18-липоформы) был выше у пациентов с НБ и коррелировал с неблагоприятными

характеристиками опухоли: метастатической стадией ($p < 0,001$) и принадлежностью к группе высокого риска ($p < 0,001$). GD2 показал наиболее сбалансированные чувствительность и специфичность в сравнении с HCE и ЛДГ (68,5% / 87,8% против 93,1% / 8,3% и 45,6% / 80,0%) при лучшей интегральной эффективности (с более высоким AUROC ($0,837 \pm 0,032$ против $0,689 \pm 0,046$ и $0,721 \pm 0,069$)). В многопараметрической модели с включением всех трех маркеров независимым предиктором диагноза НБ оставался только GD2 (OR 1,07 на 1 нМ; 95% ДИ 1,04–1,11; $p < 0,001$); результаты подтверждены кросс-валидацией (средний AUC 0,838).

Прогностическая значимость биомаркера изучена у пациентов с НБ низкого риска. При локализованной НБ (стадии 1–3 по INSS) медианный предоперационный уровень C18GD2 составлял 19,0 нМ и снижался до 15,0 нМ после хирургического лечения ($p < 0,001$); при стадии 4S ($n=7$) медиана изменялась с 77,0 до 59,0 нМ ($p=0,063$). Исходные концентрации до начала специфической терапии не влияли на 3-летнюю БСВ (86,7% против 83,6%; $p=0,9$). Напротив, повышенный уровень GD2 на момент завершения запланированной терапии ассоциировался с худшей 3-летней БСВ во всей когорте (89,5% против 48,0%; $p=0,002$), в том числе у пациентов, получавших только хирургическое лечение (89,5% против 47,0%; $p=0,009$). В однофакторной регрессии Кокса уровень GD2 в конце терапии (непрерывная переменная) значимо ассоциировался с БСВ ($p=0,012$; OR 1,010; 95% ДИ 1,002–1,018), что соответствует повышению риска неблагоприятного события примерно на 1% на каждое увеличение GD2 на 1 нМ.

Выводы. Применение GD2 для жидкостной биопсии НБ отличается высокой специфичностью и чувствительностью. Помимо диагностической ценности, впервые продемонстрировано, что циркулирующий C18GD2 является новым прогностическим биомаркером при НБ низкого риска: его уровень по завершении терапии позволяет надежно прогнозировать прогрессирование и рецидив и выявлять пациентов, нуждающихся в интенсификации лечения.

Иванов Н.С., Шаманская Т.В., Качанов Д.Ю., Ларин С.С., ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» Минздрава России, Российская Федерация, Москва

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОЙ КАРЦИНОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО ПРОТОКОЛУ НФК-ДГОИ-2022

Рабеева Л.Л., Жуков Н.В.

Актуальность. Несмотря на высокую эффективность современных протоколов лечения локализованной НФК у детей, у части пациентов ($\approx 20\%$) не удается добиться излечения, что влечет за собой крайне неблагоприятный прогноз, обусловленный малой эффективностью доступных вариантов последующего лечения. Проблему представляет и лечение больных с первично-метастатической НФК, при которой 5-летняя ОВ составляет лишь 25–57%. Представляет проблему и токсичность лечения, ассоциированная с используемыми в детских протоколах 5-ФУ-содержащих режимов индукции.

Цель: оценить непосредственную эффективность и переносимость лечения пациентов с назофарингеальной карциномой в рамках оригинального риск-адаптированного протокола НФК-ДГОИ-2022.

Материалы и методы. В пилотный анализ включено 35 пациентов с морфологически верифицированным диагнозом НФК, получавших лечение по протоколу НФК-ДГОИ-2022 в детских лечебных учреждениях онкологического профиля России и Республики Казахстан в период с ноября 2022 года по август 2026 года (46 месяцев). Средний возраст больных на момент постановки диагноза составил 14,4 года (разброс 12–17 лет), соотношение мальчиков и девочек – 25/10. Среди 35 больных у 4 была II стадия заболевания, у 16 – III, у 8 – IVA, у 7 – IVB. В соответствии с протоколом пациенты группы стандартного и высокого риска (стадия II-IVA, $n=28$ и стадия IVB с метастатическими очагами, подлежащими облучению, $n=2$) получали индукционную терапию гемцитабином и цисплатином, химиолучевую терапию и поддерживающую терапию интерфероном- β /интерфероном- β + капецитабином/капецитабином, пациенты из группы очень высокого риска (IVB с метастатическими очагами не подлежащими лучевой терапии, $n=5$) – индукционную терапию гемцитабином, цисплатином и пембролизумабом,

химиолучевую терапию и поддерживающую терапию пембролизумабом и капецитабином. Объективный ответ после завершения каждого этапа лечения оценивался в рамках RECIST 1.1. Оценка токсичности проводилась согласно CTCAE 5.0.

Результаты. При медиане наблюдения, составившей 18 месяцев (максимальный период наблюдения 46 мес), рассчитанная по методу Каплана–Майера, 3-летняя выживаемость без прогрессирования (отрицательные события – прогрессирование заболевания или смерть от любой причины) составила 85%, общая выживаемость – 100%. Ни в одном случае не было отмечено тяжелых случаев непредвиденной токсичности или летальных исходов. Все этапы лечения проведены с соблюдением тайминга, предусмотренного протоколом лечения.

Выводы. Предварительный анализ продемонстрировал хорошую переносимость, высокую эффективность и выполнимость протокола НФК-ДГОИ-2022. Необходимо продолжение многоцентрового исследования до достижения планового числа включенных пациентов для окончательного анализа.

Рабеева Л.Л., Жуков Н.В. ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им.Дмитрия Рогачева» Минздрава России; Россия, 117997, Москва, ул. Саморы Машела, 1.

ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ РЕЦИДИВЕ И ПРОГРЕССИИ НЕЙРОБЛАСТОМЫ: ОПЫТ НМИЦ ДГОИ ИМ. ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Бабаян В.Р., Шаманская Т.В., Гвоздев А.А., Качанов Д.Ю.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России

Цель исследования. Описание клинических характеристик, особенностей диагностики, терапии и исходов у пациентов с ЦНС-рецидивом/прогрессией нейробластомы (НБ), а также сопоставление полученных результатов с данными международных исследований.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ серии пациентов с первым ЦНС-рецидивом/прогрессией НБ, проходивших один из этапов лечения в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева с января 2012 по май 2025 г. В анализ включались пациенты младше 18 лет с гистологически подтверждённым диагнозом НБ и ЦНС-событием, верифицированным методами МРТ и/или КТ с внутривенным контрастированием после централизованного референс-пересмотра. Под ЦНС-событием понимали поражение вещества, мягкой или паутинной оболочек головного либо спинного мозга. Пациенты с первичным поражением костей черепа и интракраниальным распространением из анализа исключались. Терапия первой линии проводилась в соответствии с рекомендациями протокола NB2004 (GPOH), а терапия ЦНС-события - с использованием индивидуального мультимодального подхода.

Результаты исследования. В исследование было включено пациентов, соотношение мальчиков и девочек составило 2,3:1, медиана возраста на момент первичного диагноза составила 32,5 месяца. У 35/36 пациентов изначально была установлена 4 стадия заболевания по системе INSS, что позволило стратифицировать их в группу высокого риска, у 1/36 пациента - стадия 4S по системе INSS (группа наблюдения). Анти-GD2-иммунотерапию в первой линии получили 15/35 (43%) пациентов. Частота ЦНС-событий среди 339 пациентов группы высокого риска, наблюдавшихся в Центре, составила 10,3%, что соответствует данным немецких исследований. Медиана времени от установления первичного диагноза до выявления ЦНС-события составила 16 месяцев. ЦНС-событие было изолированным в 69,4% и комбинированным в 30,6% случаев. Наиболее частым паттерном стало изолированное поражение паренхимы головного мозга (47,2%), реже встречалось изолированное поражение мозговых оболочек (30,6%) и сочетанное поражение и вещества мозга, и оболочек (22,2%). В 41,7% (n=15) случаев событие выявлено при проведении плановой нейровизуализации, ещё в 41,7% - манифестировало с развития неврологической симптоматики. Основным методом диагностики ЦНС-события являлась МРТ головного мозга с контрастированием (34/36, 94%). МЙБГ-сцинтиграфия оказалась ложноотрицательной у 7/13 (54%) обследованных пациентов. Терапия ЦНС-события носила мультимодальный характер: полихимиотерапия проведена 97% пациентов, лучевая терапия - 53% (краниоспинальное

облучение – 50% из них), нейрохирургическое вмешательство - 47%. Анти-GD2-иммунотерапию в терапии ЦНС-события получили 23,5% пациентов. Медиана ОВ после ЦНС-события составила 18,7 месяца, 1- и 2-летняя ОВ после события - 63,7% и 45% соответственно. С более благоприятным течением были ассоциированы завершение терапии первой линии (медиана ОВ после события не достигнута против 5,9 месяца в группе незавершивших терапию первой линии, log-rank $p < 0,001$) и выявление события при плановом обследовании (1-летняя ОВ после ЦНС-события 79,4%, медиана ОВ не достигнута против 46,7% и 6,6 месяцев соответственно в группе симптоматических пациентов, log-rank $p = 0,02$). Характер (изолированное или комбинированное) и паттерн (паренхима, оболочки или и паренхима, и оболочки) поражения ЦНС статистически значимо на выживаемость не влияли.

Выводы. Представленная серия является первой описанной серией в Российской Федерации и одной из крупных мировых когорт пациентов с ЦНС-событием НБ. Показатели выживаемости после ЦНС-события значительно превышают исторические (медиана выживаемости не более 6 месяцев), что достигнуто за счёт мультимодального подхода к терапии и своевременной диагностики ЦНС-события. ЦНС-прогрессия на фоне незавершённой терапии первой линии выделена как фактор особенно неблагоприятного прогноза. Выявление ЦНС-события при проведении плановой нейровизуализации методом МРТ ЦНС с контрастированием ассоциировано с более высокой выживаемостью, что обосновывает необходимость проведения проспективных исследований с включением рутинной нейровизуализации в алгоритмы наблюдения за пациентами с НБ группы высокого риска.

Бабаян В.Р., Шаманская Т.В., Гвоздев А.А., Качанов Д.Ю., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕЙРОБЛАСТОМУ ГРУППЫ ВЫСОКОГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО РИСКА

Уталиева Д.Т., Качанов Д.Ю., Шаманская Т.В.

Введение и цель. За последние десятилетия показатели выживаемости пациентов с нейробластомой (НБ) значительно улучшились. Вместе с тем увеличение числа излеченных пациентов сопровождается риском развития хронических состояний здоровья, связанных с проведенным объемом лечения (Flaadt T., Cancers, 2025). Цель исследования: оценить структуру и частоту отдаленных побочных эффектов терапии (ОПЭ) терапии у пациентов с НБ промежуточной и высокой групп риска, а также определить потенциальные факторы риска их развития.

Материалы и методы. В исследование включено 119 пациентов с нейробластомой, диагностированной в период с января 2012 г. по декабрь 2019 г. и которые завершили специфическую терапию по модифицированному протоколу GPOH NB2004 в условиях НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева. Исходно к группе низкого риска были отнесены 9/119 (8%) пациентов, промежуточного риска — 46/119 (39%), высокого риска — 64/119 (54%). В связи с прогрессированием заболевания 8 пациентов группы низкого риска в дальнейшем получали терапию, соответствующую промежуточной группе риска, и 1 пациент — терапию, соответствующую высокой группе риска. Таким образом, терапию для промежуточной группы риска получили 54/119 (45%) пациента, для высокой группы риска — 65/119 (55%). Пациентам группы высокого риска со смешанным ответом или стабилизацией заболевания после стандартных 6 курсов индукционной терапии согласно международным критериям оценки ответа и при отсутствии признаков прогрессирования проводилась интенсификация терапии. Начиная с июля 2014 г. пациентам с НБ высокой группы риска при наличии метаболически активной остаточной опухоли после завершения индукционной химиотерапии проводилась терапия ^{131}I -метайодбензилгуанидином (^{131}I -МИБГ). Лучевая терапия проводилась после высокодозной химиотерапии и первых курсов дифференцировочной терапии изотретиноином. Отличием от протокола являлось облучение первичной опухоли при неизвестном МИБГ-статусе в дозе 21 Гр, а

также облучение единичных метастатических очагов. Медиана периода наблюдения составила 96 месяцев (разброс 40–167 месяцев).

Результаты. Медиана возраста пациентов на момент установления диагноза составила 15 месяцев (разброс 0,46–104 месяца), на момент проведения исследования — 118 месяцев (разброс 50–216 месяцев). Химиотерапия проводилась всем пациентам — 119/119 (100%). Высокодозная химиотерапия с последующей ауто-ТГСК была проведена 63/119 (53%) пациентам, ^{131}I -МЙБГ терапия — 17/119 (14%), лучевая терапия — 35/119 (29%), иммунотерапия анти-GD2-направленными моноклональными антителами — 5/119 (4%). В качестве режима кондиционирования перед ауто-ТГСК использовались TreoMel у 83% и СЕМ у 17% пациентов. Противорецидивная терапия проводилась 22/119 (18%) пациентам. Отдаленные последствия лечения выявлены у 109/119 (92%) пациентов. Медиана количества отдаленных последствий на одного пациента составила 3 (разброс 1–7). Среди 109 пациентов с выявленными отдаленными последствиями 1 осложнение отмечалось у 12/109 (11%), 2 — у 21/109 (19%), 3 — у 25/109 (23%), 4 — у 14/109 (13%), 5 — у 19/109 (17%), 6 — у 14/109 (13%), 7 — у 4/109 (4%). Наиболее часто регистрировались нарушения со стороны костно-мышечной системы (78%), пищеварительной системы (46%), мочевыделительной системы (46%) и нарушение слуха (45%). У 12/119 (10%) пациентов после завершения лечения НБ развились вторые доброкачественные и злокачественные опухоли. По результатам многофакторного анализа факторами риска развития патологии щитовидной железы являлись ^{131}I -МЙБГ терапия ($p < 0,001$) и проведение ауто-ТГСК ($p = 0,020$). По данным однофакторного анализа фактором риска нарушения слуха являлась кумулятивная доза цисплатина ≥ 400 мг/м² ($p = 0,004$). Проведение ауто-ТГСК было ассоциировано с повышенным риском развития стоматологических аномалий ($p = 0,029$) и задержки роста (Z -score роста ≤ -2) ($p = 0,027$). Лучевая терапия также была ассоциирована с повышенным риском задержки роста ($p = 0,042$). Риск развития деформаций позвоночника был выше у пациентов с интраканальным распространением НБ и эпидуральной компрессией спинного мозга ($p = 0,022$), а также после проведения ламинотомии ($p = 0,028$) и торакотомии ($p = 0,023$). Проведение ауто-ТГСК и ^{131}I -МЙБГ терапии не было ассоциировано с повышенным риском развития ототоксичности, фокальной нодулярной гиперплазии печени, патологии почек или вторых опухолей.

Заключение. У подавляющего большинства пациентов с НБ после завершения противоопухолевого лечения выявлены отдаленные последствия терапии. У большинства пациентов отмечалось 3 и более отдаленных осложнения. Наиболее распространенными отдаленными последствиями являлись нарушения со стороны костно-мышечной системы, органов пищеварения и мочевыделительной системы, а также нарушение слуха. Наиболее тяжелым отдаленным последствием терапии было развитие вторых злокачественных опухолей. Высокая частота и характер отдаленных последствий определяют необходимость длительного динамического наблюдения пациентов, завершивших лечение НБ, с проведением регулярного скрининга и привлечением профильных специалистов в зависимости от спектра выявленных нарушений.

Уталиева Д.Т., Качанов Д.Ю., Шаманская Т.В. ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, отделение клинической онкологии, Москва, Российская Федерация

УЛЬТРАРЕДКИЕ ГЕРМИНАЛЬНЫЕ ХРОМОСОМНЫЕ АБЕРРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОБЛАСТОМой.

Скворцова М.А., Ясько Л.А., Качанов Д.Ю., Телешова М.В., Смирнова Л.А., Быкова А.В., Зайцева Н.В., Абасов Р.Х., Гуржиханова М.Х., Гаджиев А.А., Курникова М.А.

Цель исследования: Нейробластома (опухоль Вильмса, ОВ) является наиболее частой злокачественной опухолью почки у детей. Большинство случаев ОВ спорадические, однако примерно 15% случаев ассоциированы с синдромами предрасположенности к опухолям (СПО), которые повышают риск развития злокачественного образования и в ряде случаев приводят к двустороннему поражению почек. На сегодняшний день большинство известных генетических изменений, ассоциированных с ОВ, связаны с геном *WT1* (синдром опухоли Вильмса, тип 1) и с генетическими и эпигенетическими нарушениями в локусе 11p15, характерными для синдрома

Беквита-Видемана. В то же время в международной литературе появляются сообщения о взаимосвязи ОВ с хромосомными aberrациями, охватывающими большие участки различных хромосом и включающими десятки или сотни генов. Подобные случаи описаны крайне редко и чаще представлены единичными наблюдениями. В связи с этим целью настоящей работы является демонстрация клинических случаев пациентов, проходивших лечение в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачёва» Минздрава России, с ОВ и герминальными хромосомными aberrациями, в одном случае - в сочетании с патогенным вариантом в гене *BRCA1*.

Материалы и методы исследования: В исследование включены два пациента: пациент 1 (П1) - девочка 10 лет, в возрасте 3 лет выставлен диагноз «Нефробластома правой почки, регрессивный тип, II стадия, билатеральный нефробластоматоз»; пациент 2 (П2) - девочка 4 лет, в возрасте 3 лет выставлен диагноз «Мультифокальная нефробластома подковообразной почки на фоне перилобарного нефробластоматоза: нефробластома, смешанный тип, фокальная анаплазия (размер очага менее 15 мм), группа промежуточного риска, R1, III стадия; нефробластома, регрессивный тип, группа промежуточного риска, I стадия». Для проведения молекулярно-генетического исследования использовали ДНК, выделенную из лейкоцитов периферической крови пациентов. Полногеномное секвенирование выполняли на платформе DNBSEQ-T7 методом парно-концевого чтения.

Оценку клинической значимости выявленных вариантов проводили с использованием специализированных баз данных и данных научной литературы, представленной в базе PubMed. Для проведения сегрегационного анализа варианта в гене *BRCA1* использовали

метод секвенирования по Сэнгеру. Результаты исследования: У П1 верифицирована протяженная делеция, вовлекающая регион 22q13.31-22q13.33 ($\approx 3,9$ Мб), которая сочеталась с патогенным вариантом в гене *BRCA1*(NM_007294.4): c.5266dup, p.(Gln1756ProfsTer74). При проведении сегрегационного анализа установлено, что вариант в гене *BRCA1* унаследован от матери. У П2 протяженная делеция захватывала регион Xp22.33-Xp21.2 ($\approx 29,6$ Мб) и сочеталась с герминальной сбалансированной реципрокной транслокацией t(X;20)(p21.2;p13). В обоих случаях область делеции не включала гены, для которых известны ассоциации с предрасположенностью к развитию ОВ. У обоих пробандов отмечались фенотипические особенности: у П1 выявлены гипертелоризм, миндалевидный разрез глаз и задержка психоречевого развития; у П2 выявлены гипертелоризм, плоская переносица, воронкообразная деформация грудной клетки, вальгусная деформация стоп и деструкция зубов.

Выводы: Представленные случаи иллюстрируют, что ОВ может быть ассоциирована с протяжёнными хромосомными aberrациями. Выявление подобных генетических состояний у педиатрических пациентов с ОВ и выраженными фенотипическими особенностями подчёркивает важность применения молекулярно-генетической диагностики в клинической практике не только с целью верификации ультраредких генетических изменений, но и для обнаружения новых генов-кандидатов, потенциально повышающих риск развития ОВ.

Скворцова М.А., Ясько Л.А., Качанов Д.Ю., Телешова М.В., Смирнова Л.А., Быкова А.В., Зайцева Н.В., Абасов Р.Х., Гуржиханова М.Х., Гаджиев А.А., Курникова М.А. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения, Российской Федерации

ЛЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Нуридино Й.М., Салихова Н.Ш.

Цель исследования. Изучить лечение и диагностики некоторые аспекты клинического течения лимфангиом у детей.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили клинические данные 18 детей с лимфангиомой, находившихся на обследовании и лечении в ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ с 2014 по 2020гг., из которых мальчики составили – 12 (66,7%) наблюдений, девочки – 6 (33,3%). Возраст пациентов варьировал от 7 месяцев до 14 лет. План обследования включал в себя

стандартные общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, согласно протоколам диагностики, принятых в онкологии, среди которых УЗИ, а также морфологическое исследование были обязательным компонентом.

Результаты исследования. Основную группу пациентов составили дети в возрасте 0-3 лет - 12 (66,7%) наблюдений, 4-6 лет – 5 (27,8%) больных и 1 (5,5%) - в возрасте 14 лет, при этом лимфангиомы чаще встречались у мальчиков, нежели у девочек – 13 (72,2%) и 5 (27,8%) наблюдений соответственно. Следует подчеркнуть, что лимфангиомы часто локализовались в области мягких тканей лица и шеи – 14 (77,8%) детей, из которых в проекции околоушно-жевательной зоны – 11(78,6%) наблюдений (у грудных детей могло приводить к затруднению процесса вскармливания) и надключичной зоны – 3 (21,4%) случая. В 2 (11,1%) случаях наблюдалась лимфангиома подмышечной области и в 2 (11,1%) других очаг локализовался в коленном суставе. Размеры опухоли варьировали от 2,0 до 10,0 см, носившие солитарный характер. По гистологической принадлежности более 72,2% (13) образований пришлось на лимфангиомы кистозного характера, а в остальных 27,8% (5) случаев была представлена кавернозным вариантом.

Вывод. Наиболее частой локализацией является. Наиболее чаще Лимфангиома у детей встречается выше возраста. Клинические проявления лимфангиом у детей раннего возраста до 3 лет в проекции лимфатических коллекторов позволяет рассматривать данную патологию как результат порока развития лимфатической системы и неонатологом, а также семейным врачам с целью своевременного диагностирования и адекватного лечения.

Нуридино Й.М., Салихова Н.Ш., ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ, Таджикистан

ПЕРВИЧНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ: 14-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ОТДЕЛЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИИ И ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Быкова Г.В., Быков Ю.В., Пучков А.А., Стременкова И.А.

Цель исследования. Проанализировать структуру, клинические особенности, распространённость опухолевого процесса и результаты лечения первичных злокачественных опухолей печени у детей, наблюдавшихся в отделении гематологии и детской онкологии Краевой детской клинической больницы г. Ставрополя в 2011–2024 гг.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 15 случаев первичных злокачественных опухолей печени у детей, выявленных за 2011–2024 гг. Оценивали возраст на момент установления диагноза, морфологическую структуру новообразований, сроки и характер клинической манифестации, распространённость процесса по системе PRETEXT, наличие отдалённых метастазов, динамику уровня альфа-фетопротеина (АФП), объём противоопухолевого и хирургического лечения, а также исходы заболевания. У пациентов с гепатобластомой (ГБ) лечение проводилось с учётом группы риска по протоколам SIOPEL.

Результаты исследования. ГБ составила 86% всех наблюдений; по одному случаю были представлены эмбриональная саркома и гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК). Максимальный показатель заболеваемости ГБ за период наблюдения зарегистрирован в 2022 г. — 0,69 на 100 тыс. детского населения. Медиана возраста пациентов с ГБ при установлении диагноза составила 18 мес.; дети младше 2 лет составили 61,5%. У 84,6% пациентов диагноз был установлен в течение первого месяца после появления клинических признаков. Ведущими проявлениями были увеличение живота и гепатомегалия. Наиболее часто определялась стадия PRETEXT III. В 69% наблюдений опухоль поражала правую долю печени, в 15% — обе доли. У двух детей при первичной диагностике выявлены метастатические очаги в лёгких, в дальнейшем потребовавшие метастазэктомии.

После стратификации риска пациенты с ГБ получали предоперационную полихимиотерапию на базе Краевой детской клинической больницы. Хирургический этап проведён 11 детям; в 69% случаев выполнена частичная резекция печени. У двух пациентов с PRETEXT IV хирургическое лечение завершено трансплантацией печени; оба ребёнка живы, трансплантаты функционируют, достигнут полный ответ. После операции проводилась полихимиотерапия в соответствии с

группой риска. За период наблюдения полный ответ достигнут у 69% детей с ГБ. Зарегистрированы два летальных исхода до хирургического этапа, один случай прогрессирования с появлением метастатических очагов в лёгких и один рецидив; после последующих блоков полихимиотерапии у ребёнка с рецидивом достигнута ремиссия. Ребёнок с эмбриональной саркомой печени после лечения по протоколу CWS-2009 жив; у пациента 16 лет с нерезектабельной ГЦК зарегистрирован летальный исход через 10 мес. после установления диагноза.

Наиболее тяжёлое течение ГБ отмечено у девочки в возрасте 1 года 5 мес., у которой заболевание манифестировало спонтанным разрывом опухоли с внутрибрюшным кровотечением и геморрагическим шоком. Диагностирована ГБ сегментов S2, S3, S4 и S8, PRETEXT III, с вовлечением печёночной вены; пациентка отнесена к группе очень высокого риска. После трёх блоков предоперационной полихимиотерапии по протоколу SIOPEL-4 объём опухоли уменьшился на 76%, уровень АФП снизился до 21,2 нг/мл. Выполнена расширенная левосторонняя гемигепатэктомия; при морфологическом исследовании установлен лечебный патоморфоз IV степени. После завершения лечения достигнут полный клинический ответ, уровень АФП составил 3 ед/л.

Выводы. 1. В структуре первичных злокачественных опухолей печени у детей в Ставропольском крае преобладает ГБ, преимущественно выявляемая у детей первых двух лет жизни. 2. Несмотря на малоспецифичность начальных проявлений, у большинства пациентов диагноз устанавливался в течение первого месяца от манифестации; наиболее часто на момент первичного обследования определялась стадия PRETEXT III. 3. Многолетний опыт отделения гематологии и детской онкологии Краевой детской клинической больницы показывает возможность проведения основных этапов лекарственного противоопухолевого лечения на региональном уровне с последующим своевременным хирургическим вмешательством, включая трансплантацию печени в специализированном центре; полный ответ достигнут у 69% детей с ГБ.

Быкова Г.В., Быков Ю.В., Пучков А.А., Стременкова И.А., Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Краевая детская клиническая больница», г. Ставрополь, Российская Федерация, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», г. Ставрополь, Российская Федерация.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Савлаев К.Ф., Нишионов Д.К., Рохоев М.А., Иванова Н.М.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения детей, больных злокачественными опухолями костей путем эндопротезирования и реконструктивно-пластических операций.

Материалы и методы. В настоящее исследование были включено всего 89 детей: 50 мальчикам и 39 девочкам в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст – 11 лет), проходивших лечение с 2011 по 2026 год. Поражение дистального эпиметадиафиза бедренной кости было у 31 детей, проксимального эпиметадиафиза большеберцовой кости было у 17 пациентов, у 1 ребенка отмечалось дистальное поражение большеберцовой кости, 13 больных были с поражением проксимального эпиметадиафиза плечевой кости, 8 пациентов с поражением проксимального эпиметадиафиза бедренной кости, 3 детей с поражением диафиза бедренной кости, 1 девочка с поражением диафиза лучевой кости, 1 больной с поражением дистального эпиметадиафиза лучевой кости, 1 больной с опухолью III пястной кости, 1 девочка с опухолью X ребра, 5 детей с опухолями подвздошных костей, 1 девочка с опухолью лопатки, 1 мальчик с опухолью L 2 позвонка, 1 ребенок с опухолью рукоятки грудины. Эндопротезирование из них выполнено 76 пациентам: Удлиняющиеся эндопротезы имплантированы 55 пациентам от 4 до 16 лет, из них 31 имплантов не требовали дополнительного хирургического вмешательства для дистракции, которая осуществлялась за счет воздействия электромагнитного поля, 5 пациентам выполнены реконструктивно-пластические операции: сегментарная резекция проксимального метадиафиза лучевой кости и пластикой аутокостью; резекция IX - XI ребер с пластикой викрил-проленовой сеткой; резекция лучевой кости с транспозицией локтевой кости; экстирпация III пястной кости

правой кисти с пластикой аутокожью; резекция тела и рукоятки грудины с пластикой пластиной Пермакол.

Результаты исследования. В настоящее время 16 пациентов погибли от метастазов и прогрессирования болезни, 73 живы и находятся в ремиссии, ортопедический результат хороший и удовлетворительный. В оперированных суставах достигнут объем движений близкий к физиологическому, достаточный для выполнения рутинных действий. Оценка по MSTS составила в среднем: для верхней конечности – 86,7, для нижней конечности – 76,7.

Выводы. Органосохраняющее лечение путем эндопротезирования и реконструктивно-пластических операций является приоритетным направлением детской онкоортопедии, что имеет большое значение с деонтологических и социальных позиций, поскольку может существенно повысить результаты лечения и улучшить качество жизни пациентов.

Савлаев К.Ф., Нишонов Д.К., Рохоев М.А., Иванова Н.М. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы», Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТОБЛАСТОМОЙ ГРУППЫ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА. ОПЫТ НМИЦ ДГОИ ИМ. ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА.

Моисеенко Р.А., Ахаладзе Д.Г., Филин А.В., Качанов Д.Ю., ФГБУ

Ключевые слова: гепатобластома, группа высокого риска, группа очень высокого риска.

Введение: Гепатобластома (ГБ) – является самой частой злокачественной опухолью печени у детей в возрасте 0-14 лет. Внедрение интенсивной терапии на основе альтернирующих курсов цисплатина и карбоплатина/доксорубицина, а также дозо-компрессионных режимов введения цисплатина позволило значительно улучшить прогноз заболевания у пациентов группы высокого риска [Zsiros J., 2013].

Цель: изучить эффективность терапии ГБ у пациентов группы высокого риска (ВР) и очень высокого риска (ОВР), получавших лечение по протоколам группы SIOPEL.

Методы: В исследование включены пациенты с верифицированным диагнозом ГБ группы ВР и ОВР, получавшие терапию в ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева и ФГБНУ РНЦХ им. академика Б.В. Петровского за период 02.2012 г. по 07.2022 г. (125 мес). Для стратификации на группы риска использовались критерии группы SIOPEL. До 2017 г. все пациенты стратифицировались в группу ВР и получали лечение по протоколу SIOPEL-4, с 2017 г. проводилась дифференцированная терапия для пациентов группы ВР (протокол SIOPEL-3 HR) и ОВР (протокол SIOPEL-4). С 2017 г. в группу ОВР стратифицировались пациенты в возрасте старше 8 лет. Выживаемость оценивалась по методу Каплан-Майера. В данном исследовании оценивались общая выживаемость (ОВ), бессобытийная выживаемость (БСВ) и кумулятивная вероятность смерти. Анализ выживаемости проведен по состоянию на 01.04.23 г.

Результаты: За период 02.2012 г. – 07.2022 г. (125 мес) зарегистрировано 49 пациентов с ГБ группы ВР и ОВР в возрасте 0 до 13 лет. В анализ включено 47/49 (95,9%) пациентов, получавших терапию по протоколам группы SIOPEL. Медиана возраста на момент постановки диагноза ГБ составила 24,9 мес (разброс 4,7-154,9). Соотношение мальчики: девочки – 1,47:1. Распределение по стадиям PRETEXT: PRETEXT II – 13 (27,6%) пациентов, PRETEXT III – 18 (38,3%) пациентов, PRETEXT IV – 16 (34,1%) пациентов. Медиана уровня АФП у пациентов с известными точными значениями (n=45) на момент постановки диагноза составила 182431 нг/мл (разброс 0,85 - 1998000). 24/47 (51%) пациента имели инициальное метастатическое поражение легких. Объем отсроченной операции: резекция – 32 (68,1%) пациента, трансплантация – 12 (25,5%) пациентов, не было отсроченной операции – 3 (6,4%) пациента. Радикальность отсроченной операции: R0 – 41/47 (87,2%) пациента, R1 – 3/47 (6,4%) пациента, 3/47 (6,4%) пациента – операция не проводилась. Медиана наблюдения 39,2 мес (разброс 2,5 – 129,2). Из 47 пациентов, включенных в исследование, 37 (78,7%) живы, 10 (21,3%) погибли (2/10 – хирургические осложнения, 1/10 – инфекционные осложнения, 7/10 – прогрессия ГБ). Рецидивы/прогрессии отмечены у 14/47

(29,8%) пациентов, 7 (50%) из которых погибли от прогрессии ГБ. При анализе всей группы пациентов ($n=47$) 3-летняя ОВ и БСВ составила $80,1\pm6,0$ и $64,9\pm7,1$. В группе пациентов после трансплантации печени ($n=12$) 3-летняя ОВ и БСВ были равны $73,3\pm13,2$ и $64,2\pm14,4$. 3-летняя кумулятивная вероятность смерти от опухоли - $16,7\pm5,8$. 3-летняя кумулятивная вероятность смерти от других причин - $7,2\pm4,0$. Статистически значимых различий в показателях выживаемости между группами с отдаленными метастазами и без метастазов выявлено не было. 3-летняя ОВ и БСВ в группе пациентов с отдаленными метастазами $76,5\pm9,4$ и $57,1\pm10,3$, в группе пациентов без метастазов $77,6\pm8,8$ и $73,0\pm9,4$, соответственно. $P_{ОВ}=0,919$ (log-rank), $P_{БСВ}=0,440$ (log-rank).

Вывод: Полученные в исследовании данные согласуются с оригинальными исследованиями группы SIOPEL. Подтверждена выполнимость и эффективность инкорпорирования трансплантационных технологий в лечение пациентов с ГБ группы ВР и ОВР.

Моисеенко Р.А., Ахаладзе Д.Г., Филин А.В., Качанов Д.Ю., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, Россия, г. Москва, ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского», Россия, г. Москва.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗАДЕРЖКУ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Ходжаева Н.Н., Содиков Н.М., Азими М.

Цель исследования. Изучить структуру и динамику заболеваемости острым лейкозом у детей в Республике Таджикистан за 2020–2025 гг. и выявить независимые предикторы диагностической задержки для оптимизации ранней диагностики и профилактики осложнений.

Материал и методы. Исследование включало два компонента: ретроспективный анализ всех зарегистрированных случаев острого лейкоза у детей до 14 лет в Республике Таджикистан за 2020–2025 гг. на основе официальной медицинской статистики, и проспективное когортное исследование 50 детей до 14 лет с впервые диагностированным острым лейкозом (ОЛЛ или ОМЛ по критериям ВОЗ 5-го издания), без предшествующей химиотерапии. Для каждого пациента регистрировали дату первых симптомов, дату первичного обращения, тип учреждения первичного обращения, выполнение общего анализа крови, доступность гематологического анализатора, место проживания и дату верификации диагноза; рассчитывали общий диагностический интервал. Независимые предикторы задержки выявляли методом многофакторного регрессионного анализа с расчётом отношения рисков (ОР) и 95% доверительного интервала (ДИ); критический уровень значимости $p<0,05$.

Результаты исследования. По данным ретроспективного анализа выявляемость острого лейкоза составила 4–5 случаев на 100 000 детского населения; наибольшее число случаев зафиксировано в 2023 году (89), острые формы составили 82,4%, ОЛЛ – 80,6%, что соответствует мировым данным. Наиболее уязвимой возрастной группой являлись дети 0–4 лет; отмечена более высокая регистрация случаев среди сельского населения. По данным проспективного когортного исследования медиана общего диагностического интервала составила 45,2 дня (интерквартильный размах 28–67 дней), с наибольшими задержками на доспециализированном этапе. Многофакторный анализ выявил четыре независимых предиктора задержки: ограничение доступности гематологических анализаторов в периферических учреждениях (ОР 3,8; 95% ДИ 2,5–5,4), невыполнение общего анализа крови при первичной оценке (ОР 3,2; 95% ДИ 2,1–4,9), первичное обращение в учреждения первичной медико-санитарной помощи вместо направления к специалисту (ОР 2,8; 95% ДИ 1,9–4,1) и проживание в сельской местности (ОР 2,1; 95% ДИ 1,4–3,2). Три из четырёх предикторов имеют инфраструктурный и организационный, а не клинический характер.

Выводы. Диагностическая задержка острого лейкоза у детей в Республике Таджикистан обусловлена преимущественно барьерами первичного звена здравоохранения, а не атипичностью клинической картины заболевания. Выявленные предикторы позволяют предложить трёхэтапный алгоритм ранней диагностики, основанный на повышении онкологической настороженности

врачей первичного звена, обязательном выполнении общего анализа крови при наличии двух и более неспецифических симптомов свыше 1–2 недель, и укреплении лабораторной инфраструктуры. Реализация этих мер, наряду с внедрением комплексной программы профилактики инфекционных и геморрагических осложнений, требует консолидированных организационных усилий и может способствовать повышению выживаемости детей с острым лейкозом в республике.

Ходжаева Н.Н., Кафедра детских болезней №2, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»,

Содилов Н.М., Медицинский центр «Фараби», Душанбе, Республика Таджикистан,

Азими М., Кафедра детских болезней №2, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМИ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ

Ходжаева Н.Н., Содилов Н.М., Азими М.

Цель исследования. Изучить частоту, структуру и клиническое значение сопутствующих заболеваний у детей с впервые диагностированными острыми лейкозами в условиях специализированного гематологического отделения.

Материал и методы. Проведено проспективное наблюдательное когортное исследование на базе детского гематологического отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан (январь 2023 – декабрь 2025 гг.). В исследование включено 80 пациентов в возрасте 1–15 лет с впервые верифицированным острым лейкозом (ОЛЛ или ОМЛ), ранее не получавших противоопухолевого лечения: 45 мальчиков (56%) и 35 девочек (44%); до 5 лет – 28 детей (35%), 5–10 лет – 26 (32,5%), старше 10 лет – 26 (32,5%). Оценка коморбидности проводилась в первые 7 дней госпитализации до начала специфической терапии и включала сбор анамнеза, физикальный осмотр, лабораторные (общий и биохимический анализ крови, ферритин, витамин В12, коагулограмма, ИФА на маркеры вирусных инфекций) и инструментальные исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ брюшной полости и почек, по показаниям – ЭГДС, нейросонография, МРТ головного мозга), а также осмотры профильных специалистов. Статистическая обработка выполнена в SPSS Statistics 26.0.

Результаты исследования. Хотя бы одно сопутствующее заболевание выявлено у 27 из 80 пациентов (33,8%): у 22 (27,5%) – одно состояние, у 4 (5,0%) – два, у 1 (1,25%) – три, у 1 (1,25%) – четыре и более (синдром Дауна с врождённым пороком сердца, гипотиреозом и рецидивирующими респираторными инфекциями). В структуре коморбидности преобладали болезни пищеварительной системы (12,5%), болезни костно-мышечной системы и метаболические нарушения (по 10%), болезни нервной системы и инфекционные заболевания (по 8,75%), врождённые аномалии, болезни крови и эндокринной системы (по 2,5%), болезни органов дыхания (1,25%). Активные или персистирующие инфекции выявлены у 8,75% пациентов (n=7), преимущественно реактивация герпесвирусных инфекций (цитомегаловирус – 3, вирус Эпштейна–Барр – 2); у всех пациентов с активными герпесвирусными инфекциями в ходе индукционной химиотерапии развились тяжёлые бактериальные осложнения. У двух пациентов выявлены наследственные синдромы, ассоциированные с повышенным риском лейкозогенеза (синдром Дауна, нейрофиброматоз 1-го типа). У детей младше 10 лет достоверно чаще регистрировались гастроинтестинальные, иммунные и инфекционные нарушения. Осложнения индукционной терапии III–IV степени тяжести (СТСАЕ) развились у 66,7% пациентов с коморбидностью против 39,6% без неё (p=0,023).

Выводы. Сопутствующая патология выявляется у каждого третьего ребёнка (33,8%) с впервые диагностированным острым лейкозом, преимущественно со стороны желудочно-кишечного тракта, обмена веществ и инфекционных процессов, и достоверно ассоциирована с более тяжёлым течением индукционной терапии. Девочки и дети младше 10 лет составляют группу повышенного риска инфекционных и гастроинтестинальных осложнений. Целесообразны расширенный мультидисциплинарный скрининг сопутствующей патологии до начала терапии,

обязательное серологическое обследование на герпесвирусные инфекции, индивидуализация протоколов лечения у пациентов с наследственными синдромами и персонализированная профилактика осложнений с учётом выявленной коморбидности.

Ходжаева Н.Н., Кафедра детских болезней №2, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»,

Содилов Н.М., Медицинский центр «Фараби», Душанбе, Республика Таджикистан,

Азими М., Кафедра детских болезней №2, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

ЕВРАЗИЙСКАЯ ШКОЛА ДЕТСКОГО ОНКОЛОГА И ГЕМАТОЛОГА: ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА ДЛЯ КАДРОВОГО РАЗВИТИЯ ВРАЧЕЙ СТРАН СНГ И КООРДИНАЦИЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Коган С.А., Киргизов К.И., Сагоян Г.Б., Скачкова А.Ю.

Цель: изучение результатов деятельности образовательного ресурса для специалистов стран Евразии, занятых в сфере детской онкологии и онкогематологии.

Материалы и методы: аналитический, контент-анализ и классификационный анализ. В качестве материалов использовалась учетно-отчетная документация ООО «РОДОГ» за период 2022-2025 гг.

Результаты: При анализе образовательной активности с 2022 по 2025 гг. было выявлено следующее - всего проведено 95 онлайн-заседаний ЕШДОГ, на 31-м из которых, в качестве спикеров выступали зарубежные специалисты из 7 стран-участников, состоялись 2 очные встречи (г. Москва, Россия, 2024 и 2025 гг). За отчетный период на трансляции ЕШДОГ были зарегистрированы более 400 участников из стран Евразии (Россия, Беларусь, Азербайджан, Армения, Туркменистан, Узбекистан, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Монголия) и европейских стран (Франция, Великобритания). В период 2022-2025 гг. обсуждено 180 пациентов. Таким образом, в ходе реализации Школы сформирована устойчивая структура академического обмена опытом и клинического консилиума.

Основными форматами работы ЕШДОГ являются: разбор клинических случаев (47 эфиров), лекции (29 эфиров) и «Molecular Tumor Board» (МТВ) - виртуальный онкоконсилиум (13 трансляций). Последний формат начат с 2024 года, в ходе которого ведущие российские и зарубежные эксперты (генетики, молекулярные биологи, детские онкологи и другие) обсуждают пациентов после проведенного комплексного генетического профилирования опухоли с целью определения клинической значимости генетических находок и подбора персонализированной (в том числе таргетной) терапии.

В настоящее время при участии ВОЗ на сайте РОДОГ реализован проект «Образовательный портал», где в формате видеолекций доступен модуль по ранней диагностике злокачественных новообразований у детей, в котором представлена информация по основным направлениям развития детской онкологии – гематологии в мире, показателям заболеваемости и смертности детей от ЗНО, онконастороженности и признаках отдельных нозологических форм ЗНО у детей. После прохождения обучения специалист имеет возможность ответить на тестовые вопросы, решить ситуационные задачи и получить именной сертификат. В

Деятельность данной платформы получила профессиональное признание: в 2024 году ЕШДОГ стала финалистом в номинации «Проект года» ежегодной Премии им. акад. А.И. Савицкого, в 2025 году – получила премию АНО «Евразия» в номинации «По зову сердца».

Выводы: Функционирующая платформа ЕШДОГ убедительно доказывает свою результативность как в выстраивании мультидисциплинарной помощи, так и в профессиональном развитии врачей. Использование виртуальных консилиумов и специализированных образовательных ресурсов содействует стандартизации диагностических и лечебных алгоритмов, укреплению международных связей и обеспечению широкого доступа к актуальным знаниям для врачей Евразийского региона, специализирующихся на детской онкологии и гематологии.

Коган С.А., Киргизов К.И., Сагоян Г.Б., Скачкова А.Ю. ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва, Россия, ООО «Российское общество детских онкологов и гематологов», г. Москва, Россия

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОЙ НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ.

Мустафаев Т.К., Хайитов Ф.Э., Нуриддинов К.Р., Каримов О.М., Бобоев М.М., Курбонова Ш.Т., Хадиев Р.К., Аликулов У.О.

В структуре ЗНО у детей доля нефробластомы составляет 6,5 - 8% случаев. Хирургический метод в комплексном лечении местнораспространенной нефробластомы является неотъемлемой частью.

Цель: оценить эффективности хирургического метода в комплексном лечении местнораспространенной нефробластомы у детей.

Материал и методы: с 2007 по 2026 гг. в РНПМЦОиР МЗ РУз и ФОФ РНПМЦОиР пролечено 45 больных с местнораспространенной нефробластомой у детей. После комплексного обследования (УЗИ, МСКТ, МРТ, ПЭТ (по показаниям), у части больных морфологическая верификация, анализ крови (общие, биохимические, онкомаркеры для диффдиагностики)) всем больным установлена T₃N₀₋₁M₀ стадия опухолевого процесса. Из 45 больных у 32 (71,1 %) диагностирован тромб в почечной вене, у 4-х (8,8%) - в нижней полой вене (НПВ), у 8 (17,7 %) прорастание в паравerteбральные и поясничные мышцы, у 2-х нисходящий отдел толстой кишки. На первом этапе проведено от 2-х до 4-х курсов неoadьювантной ПХТ. Из 30 больных с опухолевым тромбом оперированы 32 (71,1 %). Из них у 16 (35,5%) тромб локализовался в почечной вене и произведена нефрэктомия, лимфодиссекция с тромбэктомией. У 2 (4,4 %) произведена операция в объеме нефрэктомия, лимфодиссекция, кавотомия с тромбэктомией. У 5 (11,1%) пациентов выявлено прорастание в стенку НПВ. Этим больным произведена нефрэктомия с краевой резекцией стенки НПВ. У больных с прорастанием в мышцы проведена нефрэктомия с иссечением мягких тканей в пределах здоровой ткани с соблюдением радикальности и у 2- х больных - нефрэктомия с гемикольэктомией слева.

В послеоперационном периоде летальных исходов не наблюдалось. В послеоперационном периоде проведена химиолучевая терапия по протоколу. Ведется постоянный клинико-инструментальный контроль (УЗИ, рентгенологический, МСКТ, ПЭТ (по показаниям), анализы крови и мочи). В последние годы нами изучается иммуногистохимические и молекулярно-генетические особенности течения нефробластомы у детей. Этот аспект играет большую роль в выборе персонализированных программ лечения нефробластомы.

В комплексном лечении местнораспространенной нефробластомы у детей хирургический метод является высокоэффективным, улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Мустафаев Т.К., Хайитов Ф.Э., Нуриддинов К.Р., Каримов О.М., Бобоев М.М., Курбонова Ш.Т., Хадиев Р.К., Аликулов У.О. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент, МЗ РУз, ²Alfraganus Universiti, Кафедра хирургических болезней, Ташкент, РУз, Ферганский областной филиал РСНПМЦОиР, Фергана, РУз, Ташкентский Медицинский Университет, Научно-практический медицинский центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Ташкент, МЗ РУз.

ВЫБОР ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ

Хайитов Ф.Э., Мустафаев Т.К., Бобоев М.М., Нуриддинов К.Р., Аликулов У.О., Каримов О.М., Каримов М.Н.

Цель исследования. Изучить значение, роль объема хирургических вмешательств в комбинированном лечении гепатобластомы у детей.

Материалы и методы. В отделении детской онкохирургии РСНПМЦОиР, ФОФ РСНПМЦОиР и НПМЦДОГиИ МЗ РУз с 2012 по 2025 годы у 72 больных детей с

гепатобластомой проведено комбинированное лечение. Возраст больных колебался от 1 месяца до 7 лет, в среднем составил 12 месяцев. При поступлении всем больным проведены стандартные методы исследования (осмотр, рентгенологические исследования, УЗИ, МСКТ (или ПЭТ-КТ), АФП в крови, комплекс анализов крови и морфологическое исследование).

По данным УЗИ и МСКТ первичные размеры опухоли колебались от 46 до 195 мм. Показатель уровня АФП выше нормы от 10 до 10000 раз. Для определения морфологических характеристик новообразования была выполнена трепан-биопсия под контролем УЗИ. Диагноз установлено по категории PRETEXT (I - IV).

На первом этапе проведена неoadъювантная ПХТ по протоколом SIOPEL-2 и SIOPEL-4 (начиная с 2019 года).

Распределение больных по PRETEXT: I – II - 39 (54,2 %) , III – 14 (19,5%), IV - 19 (26,3%). На первом этапе проведена неoadъювантная ПХТ по схеме SIOPEL-2, SIOPEL-4 (начиная с 2019 года). Из 72-х больных у 61 - 84,7% закончили первый этап комбинированного лечения – курсы ПХТ. 4 (5,6%) больных пропали из-под наблюдения. 7 (9,7%) больных умерли в процессе лечения: 5 - от прогрессии опухолевого процесса, 2 - от осложнений ПХТ.

Из 61 больных после курсов неoadъювантной полихимиотерапии у 23 (37,7%) больных наблюдалось регрессия опухолевого процесса более чем на 75 %, у 22 (36,1%) – регрессия до 50 % от первоначального объема, у 16 (26,2%) – стабилизация процесса.

Эффективность проведенной неoadъювантной химиотерапии изучена с помощью УЗДГ, МСКТ (ПЭТ-КТ), определения уровня АФП в крови и оценена по рекомендациям ВОЗ (2005 г.).

После проведенной полихимиотерапии было произведено хирургические вмешательства у 56 (91,8%) больных детей: у 7 (12,5%) больных операция закончилась эксплоративной лапаротомией с биопсией; 12 (21,5%) больным произведена резекция VII-VIII сегментов печени; у 17 (30,4%) - атипическая резекция V-VI сегментов; у 6 (10,7%) - резекция II – III сегментов; у 7 (12,5%) - атипическая резекция VI -VII сегментов; у 4 (7,1%) - левосторонняя гемигепатэктомия; и у 3 (5,3%) – правосторонняя гемигепатэктомия. Основными моментами в выборе объема резекции печени явились: тщательный анализ первоначальных (перед началом неoadъювантной ПХТ) данных УЗДГ, МСКТ, ПЭТ-КТ, их сопоставление с данными контрольных исследований в динамике лечебного процесса, стратификация и персонализация лечения с учетом факторов риска заболевания.

В послеоперационном периоде осложнений и летальных случаев не наблюдалось. После хирургических вмешательств проведены АПХТ по протоколу. Из 49 больных после резекции печени в сроки наблюдения от 3 месяцев до 13 лет после операции 42 (85,7%) ребенка наблюдаются без признаков рецидива заболевания, у 7 (14,3%) больных отмечено прогрессирование (продолжений рост, рецидив и отдаленные метастазы).

Выводы.

1. Радикальные хирургические вмешательства в комбинации с современной полихимиотерапией дают возможность выздоровления при гепатобластоме у детей.

2. Выбор объема хирургического вмешательства у каждого больного проводится на основе стратификации и персонализации с учетом факторов риска, эффективности неoadъювантного лечения, характера регрессии первичной опухоли и внутриорганных метастазов.

Хайитов Ф.Э., Мустафаев Т.К., Бобоев М.М., Нуриддинов К.Р., Аликулов У.О., Каримов О.М., Каримов М.Н., Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент, МЗ РУз., Alfraganus Universiti, Кафедра хирургических болезней, Ташкент, РУз., Научно-практический медицинский центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Ташкент, МЗ РУз., Ферганский областной филиал РСНПМЦОиР, Фергана, РУз.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

**Муродзода А.И., Умарова М.Н., Хайталиева Н.Р., Мадаминова З.А., Олимзода С.М.,
Азимов С.Х., Негматова Д.А.**

Актуальность: Специализированная помощь детям с онкологическими заболеваниями начала организовываться в Республике Таджикистан (в бывшем СССР) в 70-х годах прошлого века. В 1973 году, на базе отделения общей онкологии Республиканского клинического онкологического диспансера (РКОД), открываются две палаты для диагностики и лечения детей с предопухолевыми заболеваниями и злокачественными новообразованиями. В последующем, на базе этих детских онкологических палат в 1976 году было открыто первое детское онкологическое отделение.

Цель исследования: Изучить организацию онкологической службы в Республике Таджикистан

Материал и методы: Республика Таджикистан государство в Центральной Азии. Таджикистан расположен в предгорьях Памира и не имеет выхода к морю. Это наименьшее по площади государство Средней Азии-93% территории Таджикистана из 142,9 тыс.км² занимают горы, Общее население Таджикистана составляет 10,497. Численность детей до 18 лет 4403306

Отделение детской онкологии единственное отделение в Республике (30 коек), Отделение детской онкогематологии в Согде на (20 коек), и в Хатлоне (20 коек).

В год до 1 000 детей с онкологическими заболеваниями получают лечение.

Количество первичных больных достигает до 250

Всего в Республике 75 коек для детей с онкозаболеваниями. Головным учреждением онкослужбы является Республиканский онкологический научный центр МЗ и СЗН РТ на 235 коек. Структура детской заболеваемости полностью соответствует возрастным особенностям. На первом месте в структуре детской онкологической заболеваемости находятся лимфомы. В настоящее время отделение детской онкологии РОНЦ укомплектовано квалифицированными кадрами, способными выполнять сложные комбинированные и расширенные оперативные вмешательства, провести лечение согласно разработанным протоколам (сложные комбинированные и расширенные оперативные вмешательства), ПХТ(протоколы SIOP, BFM, CWS, NB и др). Учитывая географические особенности страны (93% занимают горы), отдаленность регионов друг от друга, в районах, где нет специализированных детских онкологических кабинетов и отделений, помощь детям со злокачественными новообразованиями оказывают различные специалисты детских больниц и специалисты областных онкоцентров.

Выводы: Таким образом, за последние десятилетия достигнуты значительные успехи в онкопедиатрической службе Таджикистана: укреплен материально – техническая база детского отделения, подготовлены высококвалифицированные кадры способные решать сложные задачи в данной области. Многолетний опыт создания и функционирования детской онкологической службы в других странах СНГ и дальнего зарубежья показывает, что наиболее эффективной является централизованная помощь детям со злокачественными новообразованиями

Умарова М.Н., Хайталиева Н.Р., Мадаминова З.А., Олимзода С.М., Азимов С.Х., Негматова Д.А., Государственное учреждение « Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

**Муродзода А.И., Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Хайталиева Н.Р. Олимзода С. М
Азимов С.Х. ГУ**

Актуальность: Тератобластома это одна из злокачественных опухолей, структура которой содержит эмбриональные ткани различной степени дифференцировки. Наиболее частым компонентом незрелых тератом является опухоль желточного мешка, дисгерминомы, незрелая нейрогенная ткань. Тератоидные опухоли встречаются до 6,0% случаев от опухолей у детей. У новорожденных и грудных детей они обнаруживаются в 22% наблюдений, причем

тератобластомы у детей до 1 года наблюдаются в 30% случаев. В детском отделении РОНЦ за последние пять лет с 2017-2021гг наблюдались 27 больных с тератобластой крестцово-копчиковой области, что составило 2,7% от общего количества первично выявленных больных с онкопатологией.

Цель исследования: лечение тератобластом крестцово-копчиковой области у детей в РТ.

Материал и методы: За 2017-2021 годы зарегистрировано 992 случая первично выявленных больных, из которых 27 (100%) детей с тератобластомами крестцово-копчиковой области. Из них 11(40,7%) мальчиков, 16(59,3%) девочек. Возраст детей распределился следующим образом: до 1 года 5(18,5%) детей, от 1-4 лет 15(55,5%), 4-7 лет 4(14,8%) ребенка, с 7 лет и выше 3(11,2%) больных. Согласно протоколам детям проведено полное обследование: УЗИ, КТ брюшной полости и забрюшинного пространства, КТ легких, определение онкомаркера АФП, пункционная биопсия и трепанбиопсия.

Результат исследования. Из 27 (100%) больных детей 19 получили лечение, родители 8 больных детей отказались от лечения. На момент поступления 16(59,2%) детей были с III стадией, 11(41,8%) детей с IV стадией. При поступлении у 8 детей наблюдались явления сдавления органов малого таза, что сопровождалось нарушением работы функций органов малого таза: затрудненное мочеиспускание и непроизвольный акт дефекации. У 3 больных было метастатическое поражение легких. АФП при поступлении у 9(33%) больных был в пределах нормы: от 7 Ед до 10 Ед. У 18(67%) больных показатели АФП были высокими и колебались от 230 до 350 Ед. На первом этапе лечения 7(36,5%) больным выполнено оперативное вмешательство и от 4 до 6 курсов адъювантной ПХТ, 8(42,1%) больных получают комплексное лечение: 2 курса неoadъювантной ПХТ, операция и курсы адъювантной ПХТ. Родители 4(21,4%) больных детей после операционного вмешательства отказались от проведения адъювантной ПХТ. В настоящий момент у 7 больных детей наблюдается ремиссия, и они находятся на динамическом наблюдении, 5 детей находятся в процессе лечения. У 6 детей, учитывая нарушение ритма лечения, отмечалась прогрессия заболевания в виде роста опухоли и появления метастазов в легкие. Один ребенок погиб от генерализации заболевания.

Вывод: Проблема лечения больных с тератобластомой крестцово-копчиковой области является актуальной в РТ. На прогноз лечения влияет распространенность опухоли, уровень опухолевых маркеров, размеры опухоли, а так же её химиорезистентность. Наше исследование показало, что даже при распространенном процессе выбор адекватной тактики лечения приводит к полной регрессии опухоли и ремиссии заболевания.

Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Хайталиева Н.Р. Олимзода С. М Азимов С.Х. ГУ «Республиканский онкологический научный центр» РТ.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ В РТ

Олимзода С.М., Муродзода А.И., Хайталиева Н.Р., Мадаминова З.А. Азимов С.Х., Умарова М.Н.

Первичные злокачественные опухоли печени составляют 1-2% всех злокачественных опухолей у детей. Наиболее частые формы: гепатобластома, гепатоцеллюлярная карцинома и саркома. Гепатобластома является наиболее частой первичной злокачественной опухолью печени у детей в возрасте от 0-14 лет. Радикальное удаление опухоли остаётся ключевым фактором улучшения выживаемости детей с ЗНО печени. При гепатобластоме выживаемость 95% и выше достижима только при выполнении резекции в объеме R0. Отдаленная выживаемость у пациентов с локализованными формами заболевания приближается к 90%, при этом значительная часть больных требует проведения химиотерапии.

Цель исследования. Диагностика и лечение злокачественных новообразований печени у детей в условиях д/о ГУ РОНЦ РТ.

Материал и методы исследования: в условиях д/о ГУ РОНЦ за период 2020–2024г. зарегистрировано 21 случай ЗНО печени. Из них мальчиков – 16 больных, девочек- 5. Возраст пациентов колеблется: до 1 года - 4 детей, от 1 до 4-х лет-9 детей, от 4 до 14 лет - 8 детей. В момент поступления дети поступили с жалобами на наличие образования в брюшной полости.

Всем больным согласно протоколам было выполнено комплексное обследование и выработана тактика дальнейшего лечения..

Результаты: В процессе обследования выявилось, что у 10 больных имеется мтс поражение легких, 4 больных имели местно распространенный процесс, у 7 больных имелась операбельная опухоль печени. Согласно протоколам лечения 3 больным проведена неоадьювантная ПХТ, 8 больным произведено оперативное вмешательство. Из них правостороннюю гемигепатэктомию проведено 1 ребенку, левосторонняя гемигепатэктомию проведена у 2 детей и 5 больным проведена сегментэктомия. 1 ребенок получил паллиативную ПХТ, 10 больных отказались от предложенного лечения. У 18 пациентов результаты гистологического исследования гепатобластома, у 1 ребенка Эмбриональная рабдомиосаркома, Фокальная нодулярная гиперплазия, и гемангиома. В настоящий момент на динамическом наблюдении находятся 4 больных. Судьба остальных детей не известна

Вывод: Хирургическое лечение детей с опухолями печени остается актуальной задачей в комплексной терапии ЗНО печени в современной детской онкологии. Прогноз определяется ранней диагностикой и правильным стадированием. (PRETEXT). Эффективность лечения существенно повышает комбинированный подход: неоадьювантная химиотерапия + хирургия+адьювантная химиотерапия.

ВНЕДРЕНИЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИМИОТЕРАПИИ

**Муродзода А.И, Хайталиева Н.Р., Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Азимов С.Х.,
Олимзода М., Холов Ф.Б.**

Ключевые слова: детская онкология, парентеральное питание, полихимиотерапия, осложнения

Резюме: В тезисе описан парентельное питание у детей со злокачественными новообразованиями в процессе осложнения полихимиотерапии.

Актуальность. Проведение интенсивной химиотерапии у детей со злокачественными новообразованиями часто сопровождается осложнениями, приводящими к снижению или невозможности полноценного перорального питания. Мукозит, стоматит, тошнота и рвота, диарея, выраженная интоксикация и другие осложнения могут способствовать развитию нутритивной недостаточности, потере массы тела и ухудшению переносимости противоопухолевого лечения. В таких ситуациях нутритивная поддержка является важной составляющей комплексной терапии.

Цель исследования. Оценить эффективность внедрения парентерального питания у детей со злокачественными новообразованиями при осложнениях химиотерапии и его влияние на поддержание нутритивного статуса и переносимость лечения.

Материалы и методы. Проведён анализ применения парентерального питания у детей, получающих химиотерапию в детском отделении ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН Республики Таджикистан. Показаниями к назначению нутритивной поддержки являлись выраженное снижение перорального питания у 12 из 27 больных, невозможность адекватного энтерального питания у 6 из 27 больных, тяжёлый мукозит у 2 из 27 больных, повторная рвота у 5 из 27 больных, диарея и другие осложнения у 27 больных, препятствующие обеспечению физиологических потребностей в энергии и белке. Проводилась оценка массы тела, общего состояния у всех больных, переносимости химиотерапии и лабораторных показателей в динамике. Парентеральное питание назначалось с учётом возраста, массы тела, клинического состояния и при тяжелых осложнениях. При восстановлении функции ЖКТ осуществлялся постепенный переход на энтеральное и пероральное питание. Такой подход соответствует принципам педиатрического парентерального питания, включая необходимость регулярной нутритивной и лабораторной оценки и постепенного перехода на энтеральное питание при его переносимости.

Результаты. Внедрение парентерального питания у 27 больных позволило обеспечить нутритивную поддержку детей в период наиболее выраженных осложнений химиотерапии, когда полноценное энтеральное или пероральное питание было невозможно. На фоне проведения

нутритивной поддержки отмечалась стабилизация массы тела и общего состояния пациентов, улучшение обеспечения энергетических и белковых потребностей и возможность продолжения противоопухолевого лечения. По мере уменьшения выраженности осложнений осуществлялся переход на энтеральное и пероральное питание.

Заключение. Внедрение парентерального питания является важным компонентом поддерживающей терапии детей с онкологическими заболеваниями при тяжёлых осложнениях химиотерапии. Своевременная нутритивная поддержка способствует профилактике выраженной нутритивной недостаточности и позволяет обеспечить непрерывность противоопухолевого лечения. Применение парентерального питания требует индивидуального расчёта потребностей и мониторинга электролитов, глюкозы, функции печени и других показателей с учётом риска метаболических и катетер-ассоциированных осложнений. ESPGHAN отдельно выделяет организационные аспекты, венозный доступ и осложнения как ключевые компоненты безопасного парентерального питания у детей.

Муродзода А.И., Хайталиева Н.Р., Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Азимов С.Х., Олимзода М., Холов Ф.Б., По данным детского отделения ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Республики Таджикистан.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЕ МИЕЛОГРАММ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯ ГУ РОНЦ ГУ«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР» МЗ И СЗН РТ

**Муродзода А.И., Хайталиева Н.Р., Дёмина Е.Г., Мадаминова З.А., Умарова М.Н.,
Олимзода С.М., Азимов С.Х.**

Ведение. Миелограмма – представляет собой морфологическое исследование костного мозга, которое играет ключевую роль в диагностике онкогематологических заболеваний у детей. Анализ клеточного состава костного мозга позволяет оценить патологические изменения и определить тактику лечения.

Цель исследования. Оценить результатов миелограмм у детей с лимфомой до и после проведения химиотерапии и определить диагностическую значимость исследования костного мозга в динамике лечения.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов обследования детей со злокачественными новообразованиями находившихся на лечении в детском отделении ГУ«Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ в период с 2025 по 08. 2026г. Всего за указанный период было обследовано 376 детей из них 66 положительные. ОЛЛ-у 37 больных, ОМЛ-19, Болезнь Гоша- 4 больных, Лейшмании – 5, больных, Нимана пика-1. В исследование включались пациенты с диагностированными лимфомами которым выполнялись исследование костного мозга методом пункции с последующим цитоморфологическим анализом миелограммы. Оценивали клеточность костного мозга соотношение основных ростков кроветворения содержание бластных клеток лимфоцитов миелоидных и эритроидных элементов а также изменения показателей в динамике после химиотерапии.

Результат исследования. Все дети с подтверждённым диагнозом получили лечения согласно протоколу лечения и на 8 день лечения проценты бластной клетки с 97% снизилась до 5%.

При исследовании миелограмм у детей с лимфомами до начала специфического лечения оценивался исходный клеточный состав костного мозга и наличие признаков его поражения. В динамике после проведения химиотерапии отмечались изменения клеточности костного мозга и соотношения ростков кроветворения степень которых зависело от интенсивности проводимого лечения и состояния пациента. Повторное исследование костного мозга позволяло оценить выраженность миелосупрессии восстановление кроветворения и динамика патологических изменений.

Вывод. Миелограмма является важным компонентом комплексного обследования детей с лимфобластным диагнозом. Исследование костного мозга до начала терапии позволяет уточнить распространённость заболевания а проведение исследования в динамике после химиотерапии даёт возможность оценить степень угнетения кроветворения и его последующее восстановление.

Полученные данные могут использоваться для своевременной коррекции лечебной тактики и повышения безопасности противоопухолевой терапии у детей.

Динамика иммунного статуса у детей со злокачественными новообразованиями в процессе полихимиотерапии

Ключевые слова: детская онкология, иммунный статус, полихимиотерапия

Резюме: В тезисе описана динамика иммунного статуса у детей со злокачественными новообразованиями в процессе полихимиотерапии.

Актуальность: Злокачественные новообразования у детей сопровождаются выраженными изменениями иммунной системы. Нарушения клеточного и гуморального иммунитета могут быть обусловлены как самим опухолевым процессом, так и проводимой полихимиотерапией. Оценка иммунного статуса имеет важное значение для определения степени иммунодефицита, оценки риска инфекционных осложнений и мониторинга восстановления иммунной системы в процессе лечения.

Цель исследования: Изучить особенности иммунного статуса у 36 детей со злокачественными новообразованиями и оценить его динамику на различных этапах противоопухолевого лечения.

Материалы и методы: Проведено исследование иммунного статуса у 36 детей со злокачественными новообразованиями, находившихся на лечении в детском отделении ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН Республики Таджикистан. Оценивали показатели общего анализа крови, абсолютное количество лимфоцитов, а также основные субпопуляции лимфоцитов методом проточной цитометрии: CD3+ Т-лимфоциты, CD4+ Т-хелперы, CD8+ цитотоксические Т-лимфоциты, CD19+ В-лимфоциты и CD16+/CD56+ NK-клетки. При возможности определяли уровни иммуноглобулинов IgG, IgA и IgM. Исследования проводились до начала химиотерапии и в динамике лечения.

Результаты: У детей со злокачественными новообразованиями выявлялись изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета различной степени выраженности. У 6 из 36 пациентов до начала полихимиотерапии было выявлено выраженное снижение показателей Т-клеточного звена иммунитета. В связи с выраженным снижением Т-лимфоцитов проведение полихимиотерапии у данных пациентов не было возможности до коррекции выявленных иммунологических нарушений. Наиболее выраженные изменения наблюдались в период проведения полихимиотерапии и характеризовались снижением абсолютного количества лимфоцитов и отдельных субпопуляций иммунокомпетентных клеток. Степень иммунологических нарушений зависела от вида опухоли, распространённости заболевания и интенсивности проводимой противоопухолевой терапии. В период восстановления кроветворения отмечалась постепенная положительная динамика показателей иммунного статуса.

Выводы: Комплексная оценка иммунного статуса позволяет выявлять нарушения клеточного иммунитета до начала полихимиотерапии. Выявление выраженного снижения Т-клеточного звена у 36 обследованных пациентов имело непосредственное практическое значение для определения тактики лечения и временного отказа от проведения полихимиотерапии. Динамический мониторинг иммунного статуса может иметь значение для своевременного выявления пациентов с повышенным риском инфекционных осложнений и индивидуализации сопроводительной терапии.

НЕЙРОБЛАСТОМ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

**Муродзода А.И., Хайталиева Н.Р., Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Олимзода С.М.,
Азимов С.Х.**

Актуальность исследования. Нейробластома является эмбриональной злокачественной опухолью, развивающейся из клеток-предшественников симпатической нервной системы. Она составляет 8-10% от всех злокачественных опухолей у детей и в настоящее время остается «проблемной» опухолью в онкопедиатрии, так как её биологическое поведение непредсказуемо (спонтанная регрессия, созревание в ганглионеврому, склонность к агрессивному развитию), а мало изученность факторов риска участвующих в этиопатогенезе обуславливают определённые сложности в выявлении ранних стадий заболевания и лечения запущенных стадий.

Цель. Проанализировать некоторые клинические проявления нейробластом у детей в Республиканском онкологическом научном центре» МЗ СЗН Республике Таджикистан. Материал и методы: в период с 2023 по 2025 гг. в детском отделении ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ на обследовании и лечении находились 19 больных с нейробластомой в возрастной категории от 1 месяцев до 4 лет, среди которых мальчики составили 12 (63,2%) наблюдений, девочки – 7 (36,8%). Пик заболеваемости приходится на 1(73%) году – 11 детей из 19. По топической принадлежности первичная опухоль локализовалась в забрюшинном пространстве – 14 (73,6%) случаев и средостении – 5 (33,4%), в связи с чем клиника в основном складывалась из жалоб на увеличение размеров живота, кашель, затруднение глотания, дыхания, отдышку, срыгивания у грудничков, а также слабость, потливость, субфебрилитет. Гистологическая характеристика нейробластом была представлена в основном ганглионейробластомой и низкодифференцированной типами опухолей. Все пациенты на момент обращения имели IV стадию опухолевого процесса. План обследования включал стандартный алгоритм диагностических мероприятий, принятых в онкологии.

Результаты и их обсуждения. Проведенное исследование показало, что наиболее часто нейробластома проявляется в первый год жизни ребенка, причем мальчики подвержены этой патологии чаще девочек – 63,2% и 36,8% соответственно. Чаще нейробластома локализуется в забрюшинном пространстве и средостении, по гистологической характеристике преобладали ганглионейробластомы и низкодифференцированные типы опухолей. При изучении клинического течения нейробластом каких-либо патогномоничных симптомов нами не выявлено, при этом необходимо отметить, что часто заболеваемость носило скрытое течение и проявлялось только на поздней стадии. Лечение этой категории больных в виду запущенности процесса носило паллиативный характер, 15 из которых проведена химиотерапия по схеме Блок А и Б, а 4 отправлены на симптоматическое лечение по месту жительства ввиду генерализации процесса, метастатическим поражением легких, скелета и отдалённых лимфатических узлов.

Вывод. Отсутствие специфической симптоматики и клинических проявлений нейробластом у детей приводит к тому, что большая часть пациентов поступают в профильные учреждения с запущенными стадиями опухолевого процесса. Данный факт диктует необходимость включить в алгоритм обследования УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства при планировании профилактических осмотров детей в возрасте до 1 месяцев. Необходим более высокий уровень онкологической настороженности среди врачей педиатрической службы, после родовые обследование и их более тесное взаимодействие с детскими онкологами в рамках повышения ранней выявляемой нейробластомы и уменьшении частоты запущенных случаев.

Муродзода А.И., Хайталиева Н.Р., Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Олимзода С.М., Азимов С.Х. Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ (Таджикистан, г. Душанбе)

СТРУКТУРА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2020–2025 ГОДЫ.

Мадаминова З.А., Хайталиева Н.Р., Умарова М.Н. Олимзода С. Азимов С.Х

Введение: Злокачественные новообразования у детей остаются одной из актуальных проблем здравоохранения. Анализ структуры заболеваний необходим для оценки деятельности специализированной службы и определения направлений совершенствования ранней диагностики. Проведено ретроспективное исследование данных отделения детской онкологии за 2020–2025 гг. Проанализированы 1140 впервые выявленных случаев злокачественных новообразований у детей. Среднее число новых пациентов составило 190 в год. Наиболее часто встречались неходжкинские лимфомы, лимфома Ходжкина, опухоли ЦНС, нефробластома и саркомы мягких тканей. Большинство пациентов поступали на II–IV стадиях заболевания

Цель исследования: Изучить структуру впервые выявленных злокачественных новообразований у детей по данным отделения детской онкологии ОНЦ за 2020–2025 годы.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ годовых отчетов отделения детской онкологии. Оценены нозологическая структура, распределение по полу, стадиям заболевания, регионам проживания и летальность.

Результаты: За исследуемый период зарегистрировано 1140 впервые выявленных случаев злокачественных новообразований у детей, в среднем 190 ежегодно. Наибольшее число случаев отмечено в 2024 году (224), наименьшее — в 2020 году (163). Соотношение мальчиков и девочек: Мальчики составили 55,7%, девочки — 44,3%, то есть 1,3:1. Это соответствует данным большинства международных исследований в детской онкологической заболеваемости. В структуре заболеваемости преобладали неходжкинские лимфомы, лимфома Ходжкина, опухоли ЦНС, нефробластома и саркомы мягких тканей. Большинство детей поступали на II–IV стадиях. За период зарегистрировано 129 летальных исходов.

Вывод: Полученные данные свидетельствуют о росте выявляемости злокачественных новообразований у детей и сохраняющейся проблеме поздней диагностики. Совершенствование раннего выявления и повышение онкологической настороженности врачей первичного звена являются важными направлениями развития детской онкологической службы РТ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.

Актуальность. Возраст пациентов является одним из важных факторов, определяющих клиническое течение и биологические особенности глиальных опухолей. Изучение возрастных различий иммуногистохимического профиля позволяет более полно оценить пролиферативную активность, генетическую нестабильность и особенности опухолевой прогрессии.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ экспрессии иммуногистохимических маркеров Ki-67, p53 и ATRX у пациентов молодого, среднего, пожилого и старческого возраста с глиальными опухолями головного мозга.

Материалы и методы. В исследование включены 100 пациентов с глиальными опухолями головного мозга. Пациенты были распределены на три возрастные группы: I группа — 18–44 года (30 пациентов), II группа — 45–60 лет (30 пациентов), III группа — старше 60 лет (40 пациентов). Проведено иммуногистохимическое исследование с определением экспрессии маркеров Ki-67, p53 и ATRX.

Результаты. Выявлена возрастная динамика экспрессии иммуногистохимического профиля глиальных опухолей. В I группе отмечалась преимущественно низкая экспрессия Ki-67 (15–20%) и p53 (10–15%), при этом для ATRX чаще наблюдалась потеря экспрессии. Во II группе показатели имели промежуточные значения: Ki-67 — 25–35%, p53 — 25–30%, ATRX характеризовался смешанным типом экспрессии. В III группе отмечалось дальнейшее увеличение экспрессии Ki-67 до 40–50% и p53 до 40–50%, тогда как ATRX преимущественно сохранял ядерную экспрессию. С возрастом отмечалось последовательное увеличение пролиферативной активности и экспрессии p53. Наиболее выраженные показатели выявлялись у пациентов старше 60 лет. Одновременно наблюдалась возрастная тенденция к сохранению экспрессии ATRX в старшей возрастной группе, тогда как у молодых пациентов потеря ATRX встречалась чаще.

Вывод. Сравнительный анализ показал наличие возраст-ассоциированных различий иммуногистохимического профиля глиальных опухолей. Увеличение возраста пациентов сопровождалось повышением экспрессии Ki-67 и p53, что может отражать увеличение пролиферативной активности и геномной нестабильности опухоли. В то же время выявлена тенденция к сохранению ATRX у пациентов старшего возраста. Полученные результаты подтверждают целесообразность учета возрастных особенностей иммуногистохимического профиля при прогнозировании течения заболевания и персонализации лечения.

Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.

Бухарский областной филиал РСНПМЦ ОиР МЗ РУз

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.

Актуальность. Глиальные опухоли у пациентов пожилого и старческого возраста характеризуются высокой частотой агрессивных форм, в том числе глиобластом, неблагоприятным прогнозом и ограниченными возможностями комплексного лечения. Поэтому изучение иммуногистохимических особенностей опухоли имеет важное значение для оценки ее биологического поведения, прогноза и выбора лечебной тактики.

Цель исследования. Изучить особенности экспрессии иммуногистохимических маркеров Ki-67, p53 и ATRX у пациентов пожилого и старческого возраста с глиальными опухолями головного мозга.

Материалы и методы. Проведен патоморфологический и иммуногистохимический анализ опухолевой ткани пациентов старше 60 лет с глиальными опухолями головного мозга. Исследована экспрессия Ki-67, p53 и ATRX. Ki-67 оценивали по индексу пролиферации, p53 — по характеру и интенсивности ядерной экспрессии, ATRX — по сохранности или утрате ядерной экспрессии. В исследовании использовались моноклональные антитела Ki-67 (30-9), p53 (DO-7) и ATRX (D5).

Результаты. У пациентов старше 60 лет отмечалась преимущественно высокая пролиферативная активность опухолевых клеток. Экспрессия Ki-67 в исследуемых случаях достигала 40–50%, а при глиобластомах WHO grade 4 превышала 40%, преимущественно в гиперклеточных участках и вокруг зон некроза. Экспрессия p53 характеризовалась выраженным диффузным ядерным окрашиванием, с долей позитивных клеток около 40–60%, что соответствовало высокой активности опухолевого процесса и накоплению мутантного белка TP53. При исследовании ATRX преимущественно выявлялась сохраненная ядерная экспрессия; в описанных случаях глиобластомы доля позитивных клеток составляла 70–90%.

Вывод. У пациентов пожилого и старческого возраста глиальные опухоли характеризуются преимущественно высокой пролиферативной активностью, выраженной экспрессией p53 и преимущественно сохраненной экспрессией ATRX. Полученные данные свидетельствуют о выраженном агрессивном биологическом потенциале опухолей данной возрастной категории и могут использоваться при прогностической стратификации пациентов и выборе индивидуальной лечебной тактики.

Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.

Бухарский областной филиал РСНПМЦ ОиР МЗ РУз

КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА И КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Иззатиллоев Д.Б., Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.

Актуальность. Метастатическое поражение центральной нервной системы является прогрессирование рака молочной железы, требующим индивидуального выбора хирургической и последующей комплексной терапии. Особую клиническую значимость имеют солитарные метастазы, доступные для хирургической резекции, а также поражение костей черепа с интракраниальным распространением.

Цель. Изучить непосредственные результаты хирургического лечения метастатического поражения головного мозга и костей черепа при раке молочной железы.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 11 пациенток с раком молочной железы, которым выполнено хирургическое лечение метастатического поражения головного мозга и костей черепа. Оценивали возраст, гистологический вариант, TNM-стадию первичной опухоли, сроки развития метастазов, характер метастатического поражения, локализацию, неврологический статус до и после операции, объём хирургического вмешательства. По характеру метастатического поражения выделены внутримозговые метастазы и метастазы костей черепа. Внутримозговые очаги выявлены у 9 (81,8%) пациенток, метастатическое поражение костей черепа — у 2 (18,2%).

Среди внутримозговых метастазов отмечались поражения лобной, теменной, лобно-теменной областей и мозжечка. В 10 (90,9%) случаях выявлялся одиночный доминирующий метастатический очаг. Множественное поражение головного мозга отмечено у 1 (9,1%) пациентки. Размеры внутримозговых очагов варьировали

Результаты. Хирургическое лечение включало микрохирургическое удаление внутримозговых метастазов и резекцию поражённых костей черепа. У 7 пациентов произведено тотальное удаление опухоли, у 4 субтотальное. После хирургического лечения отмечалось положительная неврологическая динамика. У пациенток с исходным гемипарезом после операции отмечен его регресс, а у большинства больных наблюдалось уменьшение общемозговой и мозжечковой симптоматики. В отдельных случаях сохранялась остаточная атаксия. Нового стойкого неврологического дефицита в доступном послеоперационном периоде не отмечено.

Заключение. При метастатическом поражении головного мозга и костей черепа хирургическое лечение должно рассматриваться как компонент комплексной терапии с последующим применением лучевого и системного лечения с учётом биологических характеристик опухоли, которое позволяет улучшить показатели выживаемости качество жизни больных.

Иззатиллов Д.Б., Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.

Бухарский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии; кафедра онкологии Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сины

КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОЛИДНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

Д.Б. Иззатиллов, Г.Н. Саидов, М.А. Гафур-Ахунов

Актуальность: Метастатическое поражение центральной нервной системы является одним из наиболее тяжёлых проявлений прогрессирования злокачественных новообразований и существенно ухудшает качество жизни и прогноз пациентов. Современная лечебная стратегия при метастазах в головной мозг включает хирургическое удаление, лучевую терапию и системное противоопухолевое лечение.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения метастатических поражений головного мозга и костей черепа у пациентов с различными солидными злокачественными новообразованиями.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ 18 пациентов с метастатическими поражением головного мозга. В исследуемую группу вошли 13 женщин и 5 мужчин. В структуре первичных злокачественных новообразований преобладал рак молочной железы — 11 (61,1%) пациентов, рак лёгкого отмечен у 2 (11,1%), щитовидной железы — у 2 (11,1%), почечно-клеточный рак — у 1 (5,6%), меланома кожи — у 1 (5,6%). В 1 (5,6%) случае первичный очаг злокачественного новообразования не был установлен. Анализировали данные анамнеза, результаты МРТ и КТ головного мозга, локализацию и распространённость метастатического процесса, характер хирургического вмешательства и последующее комбинированное лечение.

Результаты: при метастазах рака молочной железы наиболее часто выполнялось удаление внутримозговых очагов, в том числе из лобной, теменной и мозжечковой областей. Всем пациентам метастатическим поражением головного мозга с различных локализаций первичного очага произведено микрохирургическое удаление образования с последующей комбинирование лечение. При множественных метастатических поражениях головного мозга хирургическая тактика носила селективный характер. Так, у пациента с неустановленным первичным очагом выявлены множественные образования правой лобно-теменной и обеих затылочных областей. В связи с размерами и клинической значимостью лобно-теменного очага выполнена его хирургическая резекция.

Заключение: при солитарных внутримозговых метастазах основными задачами хирургического лечения являлись декомпрессия, удаление опухолевой ткани, а при

множественных метастазах операция преимущественно выполнялась на наиболее крупном или клинически значимом очаге.

Д.Б. Иззатиллов, Г.Н. Саидов, М.А. Гафур-Ахунов.

Бухарский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

СУПРАТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ IDH-МУТАНТНОЙ И IDH-ДИКОГО ТИПА ГЛИОБЛАСТОМЫ: ВЛИЯНИЕ НА ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ

Халилов Д.И., Назаров А.Ф., Карагузин Р.А., Сафин Л.Ф., Ахмадеев М.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Россия, 450008 Уфа, Ленина 3,

Государственное Автономное Учреждение Здравоохранения Республиканский Клинический Онкологический Диспансер Минздрава РБ, Россия, 450054 Уфа, проспект Октября 73/1

3Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Клиническая больница скорой медицинской помощи Минздрава РБ, Россия, 450092 Уфа, Батырская 39/2.

Цель исследования. Супратотальная резекция (SupTR), предполагающая удаление не только контраст-усиливающего компонента глиобластомы, но и прилежащей FLAIR-гиперинтенсивной перитуморозной зоны, рассматривается как перспективная стратегия улучшения выживаемости. Однако клиническое обоснование данного подхода в зависимости от молекулярного статуса IDH остается недостаточно изученным. Целью настоящего исследования стала оценка влияния SupTR на общую выживаемость (OS) и выживаемость без прогрессирования (PFS) у пациентов с IDH-мутантной и IDH-дикого типа глиобластомой в большой ретроспективной когорте с учетом современных молекулярных классификаций (WHO 2021).

Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование на базе двух клинических центров: отделения нейроонкологии ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Республики Башкортостан (г. Уфа) и кафедры нейрохирургии и медицинской реабилитации ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России. В исследование включено 659 пациентов с впервые диагностированной супратенториальной глиобластомой, оперированных в период с 2023 по 2026 год. Степень резекции оценивалась по ранней послеоперационной МРТ (48–72 часа) с волюметрическим анализом контрастируемых T1-взвешенных изображений и FLAIR-последовательностей с использованием программного обеспечения 3D Slicer. Резекция классифицировалась как субтотальная (STR, <95% удаления контрастируемого компонента), тотальная (GTR, 100% удаление контрастируемого компонента при сохранении FLAIR-зоны) и супратотальная (SupTR, полное удаление контрастируемого компонента и всей FLAIR-перитуморозной зоны). Дополнительно рассчитывался коэффициент степени SupTR (отношение объема послеоперационной полости к исходному объему FLAIR-изменений). Все операции выполнялись с использованием одностоечной нейронавигационной системы «АВТОПЛАН», флуоресцентной навигации с 5-аминолевулиновой кислотой (Аласенс) и интраоперационного нейромониторинга. Молекулярный статус IDH определялся иммуногистохимически и подтверждался секвенированием по Сэнгеру при сомнительных результатах. Статистический анализ включал метод Каплана–Мейера, лог-ранговый критерий и многофакторную регрессионную модель пропорциональных рисков Кокса.

Результаты исследования. SupTR достигнута у 103 пациентов (15,6%), GTR - у 316 (48,0%), STR — у 240 (36,4%). Частота SupTR была выше в группе IDH-мутантных опухолей (22,2% против 12,5%; $p=0,001$). Медиана OS в группе SupTR составила 26,8 месяца (95% ДИ 24,1–29,5), что значимо превышало показатели в группах GTR (19,4 месяца) и STR (14,2 месяца) ($p<0,001$). В подгруппе IDH-мутантных глиобластом медиана OS при SupTR достигла 38,4 месяца против 24,1 месяца при GTR ($p<0,001$); в подгруппе IDH-дикого типа — 22,3 месяца против 17,2 месяца ($p<0,001$). Многофакторный анализ подтвердил независимую связь SupTR с улучшением OS (OR 0,54; 95% ДИ 0,41–0,71; $p<0,001$) и PFS (OR 0,56; 95% ДИ 0,43–0,73) после поправки на возраст, функциональный статус, метилирование MGMT и адъювантную терапию. Анализ с использованием ограниченных кубических сплайнов показал, что пороговые значения степени

SupTR различаются в зависимости от IDH-статуса: для IDH-мутантных опухолей оптимальный порог составил $\geq 120\%$, для IDH-дикого типа — $\geq 150\%$. Частота послеоперационных неврологических дефицитов не различалась между группами SupTR и GTR (16,8% против 17,2%; $p=0,89$).

Выводы. Супратотальная резекция, выполненная с применением современных методов нейронавигации и интраоперационного мониторинга в условиях специализированного нейроонкологического центра, ассоциируется со значительным увеличением общей и безпрогрессивной выживаемости у пациентов с глиобластомой без повышения частоты неврологических осложнений. Наибольший клинический эффект наблюдается у пациентов с IDH-мутантным статусом и метилированием промотора MGMT. Полученные данные обосновывают клиническую целесообразность широкого применения SupTR в рутинной хирургической практике и подчеркивают необходимость учета молекулярного статуса для планирования оптимального объема резекции. Результаты исследования поддерживают внедрение SupTR как приоритетной хирургической стратегии при лечении глиобластом на современном этапе технологического развития нейрохирургии.

Ключевые слова: глиобластома, супратотальная резекция, IDH-мутация, тотальная резекция, общая выживаемость, выживаемость без прогрессирования, FLAIR-объем

Халилов Д.И., Назаров А.Ф., Карагузин Р.А., Сафин Л.Ф., Ахмадеев М.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Россия, 450008 Уфа, Ленина 3,

Государственное Автономное Учреждение Здравоохранения Республиканский Клинический Онкологический Диспансер Минздрава РБ, Россия, 450054 Уфа, проспект Октября 73/1

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВ, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ РЦЖ.

Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., И.К. Ниязов., Гафоров К.А.

Цель исследования. Оценка изменения цитокинов, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α в зависимости от распространенности опухолевого процесса.

Материал и методы. Результаты исследования основных цитокинов в зависимости от стадии болезни РЦЖ были разделены на две группы: ранние стадии (1 и 2 стадии) и поздние стадии (3 и 4 стадии). Известно, что в развитии канцерогенеза в щитовидной железе большое внимание уделяется иммунным реакциям, которые играют важную роль в элиминации трансформирующих клеток. Эти факты определяют целесообразность сравнительной оценки цитокинового статуса в динамике распространения неоплазии при РЦЖ. Цитокины синтезируются иммунокомпетентными клетками и играют ключевую роль в воспалительных и противовоспалительных реакциях организма, в регуляции процессов пролиферации, дифференцировки и апоптоза, цитотоксичности клеток, межклеточных взаимодействиях и в развитии злокачественных новообразований.

Нами проведена сравнительная оценка значений цитокинового статуса при РЦЖ. Результаты исследования показали, что у обследованных больных сывороточное содержание ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО-альфа значительно повышены.

Результаты исследования. Анализ показал, что уровень ИЛ-4 в крови был повышен контроля в 2,3 раза при 1 и 2 стадиях заболевания. А при 3 и 4 стадиях ИЛ-4 был достоверно снижен в 2,5 раза по отношению к контрольным значениям. Между группами сравнение показало, что ИЛ-4 на ранних стадиях повышен в 5,7 раз, чем на поздних стадиях.

Анализ показал, что уровень ИЛ-6 в крови был повышен контроля в 1,5 раза при 1 и 2 стадиях заболевания. А при 3 и 4 стадиях ИЛ-6 был достоверно повышен в 6,9 раза по отношению к контрольным значениям. Между группами сравнение показало, что ИЛ-6 на поздних стадиях повышен в 4,4 раза, чем на ранних стадиях.

Анализ показал, что уровень ФНО-альфа в крови был повышен контроля в 1,9 раза при 1 и 2 стадиях заболевания. А при 3 и 4 стадиях ФНО-альфа был достоверно повышен в 4,2 раза по отношению к контрольным значениям. Между группами сравнение показало, что ФНО-альфа на поздних стадиях повышен в 2,2 раза, чем на ранних стадиях.

Выводы. Видно, что ИЛ-4 демонстрирует иммунорегуляторную дисрегуляцию. ИЛ-4 относится к Th2-цитокинам и связан с гуморальным иммунитетом, иммунной регуляцией, подавлением части клеточного противоопухолевого ответа.

Секреция ИЛ-6 стимулируется ИЛ-1 и α -ФНО. Также ИЛ-6 играет важную роль в дифференцировании В-лимфоцитов, их превращении в плазматические клетки, которые секретируют иммуноглобулины. ИЛ-6 является провоспалительным цитокином, также индуцирует канцерогенез, стимулируя, развитие опухоли а также ИЛ-6 усиливает рост и метастазирование опухолевых клеток.

Из результатов видно, что высокий TNF- α может стимулировать ангиогенез, усиливать опухолевую инвазию, коррелировать с агрессивностью опухоли.

Однако, следовательно, для прогрессирующего рака щитовидной железы характерно повышение ИЛ-6 и TNF- α , снижение ИЛ-4, дисбаланс Th1/Th2 и относительное усиление Th2-цитокинов, включая ИЛ-4.

Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., И.К. Ниязов., Гафоров К.А. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан, ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЦИТОКИНОВ, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., Ниязов И.К., Гафоров К.А.

Цель исследования. Оценка изменения цитокинов, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α в зависимости от степени дифференцировки опухолевого процесса.

Материал и методы. В связи с получением значимых результатов при оценке показателей до и после лечения, на следующем этапе был проведён сравнительный анализ уровней цитокинов внутри основной группы пациентов с раком щитовидной железы (РЩЖ) в зависимости от степени дифференцировки опухоли. Проанализирован уровень цитокинов у пациентов с высокодифференцированным РЩЖ с равнозначными контрольными значениями людей с перенесённым или излеченным РЩЖ.

Результаты исследования. Анализ показателей больных с высокодифференцированным РЩЖ показал, что уровень ИЛ-4 был повышен: до лечения - в 5,5 раза, после лечения - в 5,9 раза, а в динамике наблюдения - в 6,5 раза по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Повышение ИЛ-4 указывает на устойчивую активацию Th2-опосредованного иммунного ответа. Самый высокий уровень выявлен в динамике наблюдения. Изучение ИЛ-6 выявило, что до лечения концентрация ИЛ-6 составила $14,51 \pm 4,10$ пг/мл и достоверно превышала контрольные значения ($7,05 \pm 0,23$ пг/мл). В динамике лечения ИЛ-6 оставался повышенным ($14,86 \pm 3,39$ пг/мл). После лечения наблюдалось увеличение ИЛ-6 до $17,83 \pm 4,51$ пг/мл, что также достоверно выше контрольной группы. Самое высокое значение уровня ИЛ-6 характерно для этапа после лечения. Сравнительный анализ показал, что ИЛ-6 остаётся стабильно повышенным у пациентов с высокодифференцированным РЩЖ. Уровень ИЛ-6 был достоверно повышен со значениями сравниваемой группы до лечения в 2,1 раза, после лечения - в 2,5 раза, в динамике наблюдения - в 2,1 раза. Между исследуемыми группами различий не выявлено.

Уровень ФНО- α до лечения составил $4,97 \pm 0,76$ пг/мл и был снижен по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). В динамике лечения выявлено увеличение концентрации ФНО- α до $7,44 \pm 2,02$ пг/мл, после лечения показатель сохранялся повышенным ($6,27 \pm 2,44$ пг/мл), чем контрольные значения. Контрольная группа: уровень ФНО- α составил $5,35 \pm 0,75$ пг/мл. Сравнительный анализ между группами показал, что максимальные значения ФНО- α наблюдаются в динамике лечения, тогда как после лечения отмечается тенденция к снижению, однако показатель остаётся выше контрольных значений.

Выводы. Таким образом, у пациентов с высокодифференцированным РЩЖ на всех этапах лечения сохраняются достоверно повышенные уровни исследуемых цитокинов по сравнению с контрольной группой. Отсутствие их нормализации после лечения может свидетельствовать о

длительно сохраняющихся иммуновоспалительных изменениях, что подчёркивает целесообразность использования цитокинового профиля как дополнительного маркера оценки течения заболевания и эффективности терапии.

Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., И.К. Ниязов., Гафоров К.А. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан, ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ПОЛОСТИ РТА: ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Барот З.З., Бобомуродов Ш.М.

Цель исследования: Провести клинико-статистическую оценку структуры рака полости рта, определить особенности лечебной тактики и изучить влияние различных вариантов лечения, включая хирургический компонент, на функциональное состояние и качество жизни пациентов.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ историй болезни 102 пациентов с раком полости рта, получавших специализированное лечение в Государственном учреждении «Республиканский онкологический научный центр» в 2019-2024гг. Анализу подвергались возрастно-половые характеристики пациентов, локализация и распространённость опухолевого процесса, TNM-стадия, морфологическая структура новообразований, характер проведённого лечения и его основные результаты. В зависимости от распространённости заболевания пациенты получали хирургическое, лучевое, лекарственное либо комбинированное и комплексное лечение. Для оценки качества жизни использовали специализированные международные инструменты EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-H&N35, позволяющие оценить общее состояние пациента, функциональные возможности и выраженность основных симптомов.

Результаты: В исследуемой группе преобладали пациенты с опухолями альвеолярного отростка нижней челюсти - 38 (37,3%) случаев и языка - 32 (31,4%). Опухоли альвеолярного отростка верхней челюсти диагностированы у 14 (13,7%), дна полости рта - у 10 (9,8%), слизистой оболочки щеки - у 5 (4,9%) и нижней губы - у 3 (2,9%) пациентов.

При стадировании заболевания установлено, что 65,6% больных имели местно-распространённый опухолевый процесс категории T3-T4, что свидетельствует о сохраняющейся проблеме поздней диагностики рака полости рта. В морфологической структуре преобладал плоскоклеточный ороговевающий рак средней степени дифференцировки (G2), выявленный у 52,9% пациентов.

Хирургический метод являлся наиболее значимым компонентом лечебной программы. Самостоятельное хирургическое лечение проведено у 41 пациента. У части больных оперативное вмешательство сочеталось с лучевой или лекарственной терапией, а у пациентов с распространённым процессом использовались комплексные схемы лечения. Такой подход позволял одновременно решать две основные задачи - обеспечение радикального контроля опухоли и уменьшение риска последующего прогрессирования заболевания.

Анализ качества жизни показал, что наиболее существенные нарушения были связаны с болью, затруднением приёма пищи и глотания, сухостью полости рта, нарушением социальных контактов и снижением общей функциональной активности. На выраженность симптомов оказывали влияние локализация опухоли, объём хирургического вмешательства и необходимость дополнительной лучевой и лекарственной терапии.

Особое значение имела оценка качества жизни после завершения основного этапа лечения. Полученные данные показали, что эффективность лечения пациентов с раком полости рта не может оцениваться исключительно по показателям локального контроля опухоли или выживаемости. Функциональное восстановление, способность пациента к самостоятельному приёму пищи и общению, уменьшение болевого синдрома и сохранение социальной активности являются важными критериями успешности современной онкологической помощи.

Выводы: Рак полости рта в значительной части случаев диагностируется на местно-распространённых стадиях, что требует применения активной мультимодальной лечебной

тактики. Хирургический метод сохраняет ключевое значение в лечении резектабельных опухолей и должен рассматриваться не изолированно, а как часть индивидуализированной программы комбинированного или комплексного лечения. Одновременно расширение объёма хирургического вмешательства и последующей противоопухолевой терапии может сопровождаться выраженными функциональными нарушениями, оказывающими непосредственное влияние на качество жизни.

Барот З.З., Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр», Республика Таджикистан, г. Душанбе,

Бобомуродов Ш.М. Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОГО РАКА РОТОГЛОТКИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Абдикаримов А.Х.

Актуальность. ВПЧ-ассоциированный рак ротоглотки является самостоятельным клиническо-молекулярным подтипом опухолей головы и шеи, отличающимся от ВПЧ-негативных форм особенностями биологии, клинического течения, чувствительности к лечению и прогноза. Рост распространённости данной формы рака определяет необходимость более точной оценки прогностических факторов и индивидуализации лечения.

Цель. Охарактеризовать основные клинические и молекулярно-прогностические особенности ВПЧ-ассоциированного рака ротоглотки и оценить их значение для выбора лечебной тактики.

Материалы и методы. Проведён анализ современной научной литературы по вопросам эпидемиологии, клинических проявлений, морфологических и молекулярных характеристик, диагностики, прогноза и лечения ВПЧ-ассоциированного рака ротоглотки.

Результаты. ВПЧ-положительные опухоли чаще выявляются у относительно молодых пациентов, преимущественно мужчин, нередко без выраженного анамнеза курения и употребления алкоголя. Для них характерны небольшие размеры первичной опухоли (T1–T2), преимущественная локализация в области небных миндалин и корня языка, а также выраженное регионарное метастазирование, включая кистозные метастазы в шейных лимфатических узлах. Первичная опухоль может длительно протекать малосимптомно, поэтому первым проявлением заболевания нередко становится поражение лимфатических узлов шеи. Ключевое диагностическое и прогностическое значение имеют экспрессия p16INK4a, генотип ВПЧ, вирусная нагрузка и физический статус вирусного генома. Наиболее часто выявляется ВПЧ-16. Для подтверждения ВПЧ-ассоциации применяются иммуногистохимическое исследование p16, ПЦР и RNA in situ-гибридизация. ВПЧ-положительные опухоли характеризуются большей чувствительностью к химиолучевой терапии, лучшим локорегионарным контролем и более высокой общей выживаемостью. Биологические особенности этих опухолей нашли отражение в пересмотре системы стадирования TNM 8-го издания. Изучаются методы деэскалации лечения, направленные на снижение токсичности при сохранении онкологической эффективности. Вместе с тем неблагоприятными факторами остаются активное курение, большой объём опухоли, экстракапсулярное распространение и отдельные молекулярные характеристики.

Выводы. ВПЧ-ассоциированный рак ротоглотки представляет собой неоднородную группу опухолей с преимущественно благоприятным прогнозом и высокой чувствительностью к химиолучевому лечению. Комплексная оценка ВПЧ-статуса, клинических, морфологических и молекулярных факторов позволяет повысить точность прогностической стратификации и обосновать персонализированный выбор лечебной тактики.

Абдикаримов А.Х. Ташкентский медицинский университет.

ЗНАЧИМОСТЬ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ РАКА ПОЛОСТИ РТА **Юсупбеков Ах.А., Хасанов А.И., Абдукаримов А.Х., Нишанов Л.А.**

Введение. Пациенты с инфицированным вирусом папилломы человека (ВПЧ) раком полости рта на поздней стадии и/или со значительным курением в анамнезе подвержены более высокому риску рецидива. Индукционная таргетная терапия перед химиолучевой терапией (ХРТ) может улучшить результаты.

Цель. Оценить целесообразность и безопасность индукционного применения таргетной терапии перед ХРТ у пациентов с запущенными стадиями РПР.

Материал и методы. Объектом исследования были 38 пациентов с ВПЧ-положительный статусом РПР Т4 и/или N2/N3 стадии и анамнезом курения >10 пачек сигарет/год. Пациенты, получали стандартный режим ХРТ (70 Гр с цисплатином, контрольная группа, n = 18), либо двух инфузий таргетной терапии с последующей ХРТ (основная группа, n = 20) в период с 2021 года по 2025 года. Первичной конечной точкой была доля пациентов, получивших полное лечение в установленные сроки, что определялось как 13–17-й дни. Вторичные конечные точки включали онкологические исходы и токсичность.

Результаты. Первичная конечная точка не была достигнута: двое из 18 пациента с основной группы получали цисплатин в дозе менее 200 мг/м². Острые нежелательные явления 4-й и 5-й степени тяжести наблюдались только в контрольной группе, у 3-х пациентов. Двухлетняя кумулятивная частота рецидивов (95 % ДИ) составила 7,3 % (от 1,9 до 18,0) в контрольной группе по сравнению с 15,0 % (от 3,6 до 34,0) в основной группе.

Заключение. Применение таргетной терапии в качестве индукционной терапии перед химиолучевой терапией не соответствовало заранее установленному пороговому значению выполнимости из-за снижения дозы цисплатина после развития токсичности у 10 % пациентов. Частота рецидивов была несколько ниже в группе, получавшей таргетной терапии, но этот вывод требует подтверждения.

Ключевые слова: рак полости рта, химиолучевая терапия, таргетная терапия, цетуксимаб.
контакты: dr.yuaa96@gmail.com

ВПЧ-ассоциированный рак ротоглотки: клинико-морфологические особенности и прогностическое значение ВПЧ-статуса

Юсупбеков Ах.А., *Республиканский патолого-анатомический центр, Ташкент, Узбекистан,*

Хасанов А.И., *Республиканский патолого-анатомический центр, Ташкент, Узбекистан,*

Абдукаримов А.Х., *Республиканский патолого-анатомический центр, Ташкент, Узбекистан,*

Нишанов Л.А., *Республиканский патолого-анатомический центр, Ташкент, Узбекистан.*

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН **Абдукаримов А.Х., Юсупбеков А.А.**

Актуальность. В последние десятилетия отмечается изменение эпидемиологического профиля рака ротоглотки, связанное с увеличением доли опухолей, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ). ВПЧ-позитивный рак ротоглотки рассматривается как самостоятельный клинико-биологический подтип плоскоклеточного рака головы и шеи, имеющий отличительные факторы риска, морфологические особенности, характер течения и прогноз.

Цель. Обобщить современные данные о клинико-эпидемиологических и молекулярных особенностях ВПЧ-ассоциированного рака ротоглотки, а также определить значение ВПЧ-статуса для диагностики, прогнозирования и выбора лечебной тактики.

Материалы и методы. Проведён анализ современных отечественных и зарубежных литературных источников, посвящённых эпидемиологии, биологии ВПЧ, механизмам вирус-индуцированного канцерогенеза, диагностике и лечению рака ротоглотки. Рассмотрены данные о роли генотипа вируса, вирусной нагрузки и физического статуса ВПЧ в формировании клинических исходов.

Результаты. Установлено, что наиболее значимым высокоонкогенным генотипом при раке ротоглотки является ВПЧ-16, выявляемый в большинстве ВПЧ-позитивных опухолей. Основными механизмами канцерогенеза являются экспрессия онкобелков E6 и E7, инактивация p53 и pRb, нарушение регуляции клеточного цикла и геномная нестабильность. ВПЧ-ассоциированные опухоли чаще локализуются в области небных миндалин и корня языка, характеризуются небольшим первичным очагом при выраженном регионарном метастазировании и нередко сопровождаются кистозным поражением шейных лимфатических узлов. Для диагностики ВПЧ-статуса широко применяется иммуногистохимическое исследование экспрессии p16INK4a. Для прямого подтверждения вирусной инфекции используются ПЦР и гибридизация *in situ*. Комплексное применение указанных методов позволяет повысить точность диагностики и прогностической стратификации. ВПЧ-позитивный рак ротоглотки отличается более высокой чувствительностью к лучевой и химиолучевой терапии, более высокой общей и безрецидивной выживаемостью и меньшей частотой локорегионарных рецидивов по сравнению с ВПЧ-негативными опухолями. ВПЧ-статус учитывается в современной системе TNM и является важным компонентом персонализированного подхода к лечению.

Заключение. ВПЧ-статус имеет существенное диагностическое и прогностическое значение при раке ротоглотки. Интеграция клинических, морфологических и молекулярных характеристик ВПЧ, включая генотип, вирусную нагрузку и физический статус вирусного генома, способствует более точной оценке прогноза и индивидуализации лечения. Перспективным направлением является дальнейшее изучение критериев риск-адаптированной терапии и деэскалации лечения у пациентов с ВПЧ-позитивными опухолями.

Ключевые слова: рак ротоглотки, вирус папилломы человека, ВПЧ-ассоциированный рак, p16, диагностика, прогноз, персонализированное лечение.

Абдикаримов А.Х., Юсупбеков А.А. Ташкентский государственный медицинский университет

ДИНАМИКА IL-6, IL-10 И TNF- α В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сулайманов Д.А.

Цель исследования. Оценить особенности изменения сывороточных концентраций IL-6, IL-10 и TNF- α у больных раком щитовидной железы в зависимости от стадии опухолевого процесса и определить их потенциальную диагностическую и прогностическую значимость.

Материал и методы. В исследование включены 95 больных морфологически подтвержденным раком щитовидной железы, находившихся под наблюдением в 2019–2026 гг. Пациенты были распределены на группы с I–II и III–IV стадиями заболевания. Контрольную группу составили практически здоровые лица, сопоставимые по возрасту и полу. Критериями исключения являлись ВИЧ/СПИД, злокачественные новообразования других локализаций, обострение аутоиммунных, аллергических и инфекционных заболеваний, а также беременность. Сывороточные концентрации IL-6, IL-10 и TNF- α определяли методом иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием тест-систем «Human» (Германия). Статистическую обработку проводили с расчетом $M \pm m$ и применением критерия Стьюдента–Фишера; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У больных раком щитовидной железы выявлено статистически значимое повышение всех исследованных цитокинов по сравнению с контрольной группой. При I–II стадиях концентрация IL-10 составила $19,05 \pm 1,66$ пг/мл против $7,55 \pm 1,36$ пг/мл в контроле, IL-6 — $21,33 \pm 1,52$ против $5,22 \pm 1,14$ пг/мл, TNF- α — $9,64 \pm 1,55$ против $3,65 \pm 0,72$ пг/мл ($p < 0,05$). При III–IV стадиях отмечено дальнейшее достоверное повышение показателей: IL-10 достигал $28,55 \pm 3,42$ пг/мл, IL-6 — $52,59 \pm 5,11$ пг/мл, TNF- α — $25,45 \pm 3,22$ пг/мл. По сравнению с I–II стадиями уровень IL-10 увеличился на 49,9%, IL-6 — в 2,47 раза (на 146,6%), TNF- α — в 2,64 раза (на 164,0%) ($p < 0,05$). Наиболее выраженная стадийная динамика отмечена для IL-6 и TNF- α , что отражает усиление системного иммуновоспалительного ответа по мере прогрессирования опухолевого процесса.

Выводы. У больных раком щитовидной железы сывороточные концентрации IL-6, IL-10 и TNF- α достоверно повышены по сравнению со здоровыми лицами и имеют выраженную стадию зависимость. Максимальные значения регистрируются при III–IV стадиях, особенно для IL-6 и TNF- α . Определение данных цитокинов может использоваться как дополнительный иммунологический инструмент комплексной оценки активности и распространенности опухолевого процесса и выделения больных, нуждающихся в более интенсивном наблюдении.

Сулайманов Д.А. Международный медицинский университет «Central Asian Medical University», Фергана; Институт иммунологии и геномики человека Академии наук Республики Узбекистан, Ташкент, Республика Узбекистан

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сулайманов Д.А.

Цель исследования. Изучить гендерные особенности сывороточных концентраций IL-6, IL-10 и TNF- α у больных раком щитовидной железы и оценить их значение в характеристике иммунновоспалительного ответа.

Материал и методы. В исследование включен 91 пациент с морфологически подтвержденным раком щитовидной железы, находившийся под наблюдением в онкологических медицинских учреждениях г. Ташкента в 2019–2026 гг. Мужчины составили 38,5%, женщины — 61,5%. Контрольную группу составили практически здоровые лица, сопоставимые по возрасту и полу. Критериями исключения являлись ВИЧ/СПИД, злокачественные новообразования других локализаций, обострение аутоиммунных, аллергических и инфекционных заболеваний, а также беременность. Сывороточные концентрации IL-6, IL-10 и TNF- α определяли методом иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием тест-систем «Human» (Германия). Статистическую обработку проводили с расчетом $M \pm m$ и применением критерия Стьюдента–Фишера; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У больных раком щитовидной железы независимо от пола выявлено статистически значимое повышение уровней IL-6, IL-10 и TNF- α по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). У мужчин концентрация IL-10 составила $29,25 \pm 3,22$ пг/мл против $7,55 \pm 1,36$ пг/мл в контроле, у женщин — $17,55 \pm 3,44$ пг/мл; уровень у мужчин был на 40,0% выше, чем у женщин ($p < 0,05$). Наиболее выраженные гендерные различия установлены для IL-6 и TNF- α . У мужчин IL-6 достигал $61,57 \pm 3,95$ пг/мл, у женщин — $35,84 \pm 5,12$ пг/мл; показатель у мужчин был выше на 71,8% ($p < 0,05$). Концентрация TNF- α у мужчин составила $27,45 \pm 1,94$ пг/мл, у женщин — $7,12 \pm 2,63$ пг/мл, то есть у мужчин была выше в 3,85 раза ($p < 0,05$). Относительно контроля IL-10 у мужчин был выше в 3,9 раза, IL-6 — в 11,8 раза, TNF- α — в 7,5 раза; у женщин соответствующее увеличение составило 2,3, 6,9 и около 2 раз. Полученные данные указывают на более выраженную активацию опухоль-ассоциированного воспаления и иммунорегуляторных нарушений у мужчин.

Выводы. Цитокиновый профиль у больных раком щитовидной железы имеет выраженные гендерные особенности. У мужчин уровни IL-6, IL-10 и TNF- α достоверно выше, чем у женщин; наиболее значимые различия установлены для IL-6 и TNF- α . Выраженный цитокиновый дисбаланс у мужчин может отражать более интенсивную активацию системного иммунновоспалительного ответа и должен учитываться при комплексной клинико-иммунологической оценке больных раком щитовидной железы.

Сулайманов Д.А. Международный медицинский университет «Central Asian Medical University», Фергана; Институт иммунологии и геномики человека Академии наук Республики Узбекистан, Ташкент, Республика Узбекистан

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ NLR, PLR и SII У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., Ниязов И.К., Ганиев Д.Ф.

Цель исследования. Изучение изменения показателей воспалительных индексов у больных с РЩЖ до и после лечения на основе общего анализа крови.

Материал и методы. В исследование были включены данные о пациентах, лечившихся в Республиканском онкологическом научном центре Таджикистана за период 2016-2025 гг. Следует представить основные гематологические и абсолютно доступные данные оценки течения заболевания и эффективности лечения, которые очень важны и нужны для практического здравоохранения.

Речь идёт о доступной лабораторной диагностике при раке щитовидной железы. В клинической практике и исследованиях всё чаще используют не только стандартные показатели общего анализа крови (ОАК), но и воспалительные и иммунологические индексы, которые помогают прогнозировать агрессивность опухоли, риск метастазирования, рецидив, выживаемость и ответ на лечение.

Результаты исследования. При РЩЖ показатели могут оставаться нормальными на ранних стадиях, но при агрессивном или распространённом процессе часто наблюдаются воспалительные изменения. Наиболее характерные изменения наблюдаются по значениям нейтрофилов, повышение которых связано с опухолевым воспалением, продукцией цитокинов, инвазией и метастазами. Также важны показатели лимфоцитов, снижающие и отражающие угнетение противоопухолевого иммунитета, хроническое воспаление, иммунное истощение и тромбоциты, которые повышаются и связаны с ангиогенезом, ростом опухоли и метастазированием.

Из зарубежной литературы известны основные прогностические индексы, особенно используемые в онкологии. Однако до сих пор эти индексы до конца не изучены, но уже показаны в литературе, что они обладают выраженными прогностическими данными. NLR — Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio – это есть соотношение нейтрофилов к лимфоцитам. Клиническое значение заключается в следующем: высокий NLR ассоциирован с папиллярным раком, инвазией, метастазами в лимфоузлы, рецидивом и худшей выживаемостью. В норме составляет 1-2. 2-3 - неблагоприятный прогноз, а 4-5 - высокая вероятность агрессивного течения. PLR - Platelet-to-Lymphocyte Ratio - это есть соотношение тромбоцитов к лимфоцитам. Повышение PLR связано с опухолевым воспалением, метастазированием, прогрессированием заболевания. Нормативные значения $PLR \approx 100-150$, а неблагоприятный прогноз отражает $>150-200$. SII - Systemic Immune-Inflammation Index - это системный иммуновоспалительный индекс. Считается одним из наиболее информативных индексов. Высокий SII связан с инвазией капсулы, лимфогенными метастазами, рецидивом, агрессивным течением.

Вывод. Комбинация повышенных значений NLR, PLR и SII отражает выраженность системного воспалительного ответа и иммунной дисрегуляции при раке щитовидной железы. Повышение NLR более 5, PLR более 200 и SII более 1500 ассоциировано с агрессивным течением опухоли, экстратиреоидной инвазией, регионарным и отдалённым метастазированием, а также снижением общей и безрецидивной выживаемости. Комплексная оценка данных индексов может использоваться как доступный прогностический алгоритм стратификации риска у больных с РЩЖ.

Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., Ниязов И.К., Ганиев Д.Ф. ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. ГУ Республиканский онкологический научный центр. Таджикистан

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВ, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ РЩЖ.

Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., Ниязов И.К., Ганиев Д.Ф.

Цель исследования. Оценка изменения цитокинов, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α в зависимости от распространенности опухолевого процесса.

Материал и методы. Результаты исследования основных цитокинов в зависимости от стадии болезни РЩЖ были разделены на две группы: ранние стадии (1 и 2 стадии) и поздние стадии (3 и 4 стадии). Известно, что в развитии канцерогенеза в щитовидной железе большое внимание уделяется иммунным реакциям, которые играют важную роль в элиминации трансформирующих клеток. Эти факты определяют целесообразность сравнительной оценки цитокинового статуса в динамике распространения неоплазии при РЩЖ. Цитокины синтезируются иммунокомпетентными клетками и играют ключевую роль в воспалительных и противовоспалительных реакциях организма, в регуляции процессов пролиферации, дифференцировки и апоптоза, цитотоксичности клеток, межклеточных взаимодействиях и в развитии злокачественных новообразований.

Нами проведена сравнительная оценка значений цитокинового статуса при РЩЖ. Результаты исследования показали, что у обследованных больных сывороточное содержание ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО-альфа значительно повышены.

Результаты исследования. Анализ показал, что уровень ИЛ-4 в крови был повышен контроля в 2,3 раза при 1 и 2 стадиях заболевания. А при 3 и 4 стадиях ИЛ-4 был достоверно снижен в 2,5 раза по отношению к контрольным значениям. Между группами сравнение показало, что ИЛ-4 на ранних стадиях повышен в 5,7 раз, чем на поздних стадиях.

Анализ показал, что уровень ИЛ-6 в крови был повышен контроля в 1,5 раза при 1 и 2 стадиях заболевания. А при 3 и 4 стадиях ИЛ-6 был достоверно повышен в 6,9 раза по отношению к контрольным значениям. Между группами сравнение показало, что ИЛ-6 на поздних стадиях повышен в 4,4 раза, чем на ранних стадиях.

Анализ показал, что уровень ФНО-альфа в крови был повышен контроля в 1,9 раза при 1 и 2 стадиях заболевания. А при 3 и 4 стадиях ФНО-альфа был достоверно повышен в 4,2 раза по отношению к контрольным значениям. Между группами сравнение показало, что ФНО-альфа на поздних стадиях повышен в 2,2 раза, чем на ранних стадиях.

Выводы. Видно, что ИЛ-4 демонстрирует иммунорегуляторную дисрегуляцию. ИЛ-4 относится к Th2-цитокинам и связан с гуморальным иммунитетом, иммунной регуляцией, подавлением части клеточного противоопухолевого ответа.

Секреция ИЛ-6 стимулируется ИЛ-1 и α -ФНО. Также ИЛ-6 играет важную роль в дифференцировании В-лимфоцитов, их превращении в плазматические клетки, которые секретируют иммуноглобулины. ИЛ-6 является провоспалительным цитокином, также индуцирует канцерогенез, стимулируя, развитие опухоли, а также ИЛ-6 усиливает рост и метастазирование опухолевых клеток.

Из результатов видно, что высокий TNF- α может стимулировать ангиогенез, усиливать опухолевую инвазию, коррелировать с агрессивностью опухоли.

Однако, следовательно, для прогрессирующего рака щитовидной железы характерно повышение ИЛ-6 и TNF- α , снижение ИЛ-4, дисбаланс Th1/Th2 и относительное усиление Th2-цитокинов, включая ИЛ-4.

Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., Ниязов И.К., Ганиев Д.Ф. ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино., Таджикистан. ГУ Республиканский онкологический научный центр. Таджикистан

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЦИТОКИНОВ, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., Ниязов И.К., Ганиев Д.Ф.

Цель исследования. Оценка изменения цитокинов ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α в зависимости от степени дифференцировки опухолевого процесса.

Материал и методы. В связи с получением значимых результатов при оценке показателей до и после лечения, на следующем этапе был проведён сравнительный анализ уровней цитокинов внутри основной группы пациентов с раком щитовидной железы (РЩЖ) в зависимости от степени дифференцировки опухоли. Проанализирован уровень цитокинов у пациентов с

высокодифференцированным РЦЖ с равнозначными контрольными значениями людей с перенесённым или излечённым РЦЖ.

Результаты исследования. Анализ показателей больных с высокодифференцированным РЦЖ показал, что уровень ИЛ-4 был повышен: до лечения - в 5,5 раза, после лечения - в 5,9 раза, а в динамике наблюдения - в 6,5 раза по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Повышение ИЛ-4 указывает на устойчивую активацию Th2-опосредованного иммунного ответа. Самый высокий уровень выявлен в динамике наблюдения. Изучение ИЛ-6 выявило, что до лечения концентрация ИЛ-6 составила $14,51 \pm 4,10$ пг/мл и достоверно превышала контрольные значения ($7,05 \pm 0,23$ пг/мл). В динамике лечения ИЛ-6 оставался повышенным ($14,86 \pm 3,39$ пг/мл). После лечения наблюдалось увеличение ИЛ-6 до $17,83 \pm 4,51$ пг/мл, что также достоверно выше контрольной группы. Самое высокое значение уровня ИЛ-6 характерно для этапа после лечения. Сравнительный анализ показал, что ИЛ-6 остаётся стабильно повышенным у пациентов с высокодифференцированным РЦЖ. Уровень ИЛ-6 был достоверно повышен со значениями сравняемой группы до лечения в 2,1 раза, после лечения - в 2,5 раза, в динамике наблюдения - в 2,1 раза. Между исследуемыми группами различий не выявлено.

Уровень ФНО- α до лечения составил $4,97 \pm 0,76$ пг/мл и был снижен по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). В динамике лечения выявлено увеличение концентрации ФНО- α до $7,44 \pm 2,02$ пг/мл, после лечения показатель сохранялся повышенным ($6,27 \pm 2,44$ пг/мл), сравнению с контрольными значениями. Контрольная группа: уровень ФНО- α составил $5,35 \pm 0,75$ пг/мл. Сравнительный анализ между группами показал, что максимальные значения ФНО- α наблюдаются в динамике лечения, тогда как после лечения отмечается тенденция к снижению, однако показатель остаётся выше контрольных значений.

Вывод. Таким образом, у пациентов с высокодифференцированным РЦЖ на всех этапах лечения сохраняются достоверно повышенные уровни исследуемых цитокинов по сравнению с контрольной группой. Отсутствие их нормализации после лечения может свидетельствовать о длительно сохраняющихся иммуновоспалительных изменениях, что подчёркивает целесообразность использования цитокинового профиля как дополнительного маркера оценки течения заболевания и эффективности терапии.

Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., Ниязов И.К., Ганиев Д.Ф. ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино., Таджикистан. ГУ Республиканский онкологический научный центр. Таджикистан

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ КОЖИ ВЕК

Назаров Ш.О., Сангинов Д.Р., Махмудова Л.Ш., Абдукахоров П.М.

Актуальность. В структуре онкозаболеваемости в Республике Таджикистан злокачественные новообразования органов зрения занимают 9-10 место. Ежегодно регистрируются от 15 до 26 больных, показатель заболеваемости составляет 0,5 – 0,7 на 100 000 населения. По данным литературы, частота рака кожи век в структуре злокачественных новообразований органов зрения в разных регионах составляет 5 – 55 %, а в Таджикистане она составляет 58 %, что указывает на высокую частоту рака кожи век, связанную скорее всего с уровнем инсоляции.

Цель исследования. Оценка результатов реконструктивно-пластических операций у больных с БКР кожи век Республике Таджикистан.

Материал и методы. За период 2017-2024 гг. в стационаре ГУ «РОНЦ» МЗ СЗН РТ под нашим наблюдением находились 55 больных с диагнозом БКР кожи век, все случаи верифицированы морфологически. Также диагноз основывался на данных анамнеза, комплексного клинического-инструментального и лабораторного обследования. Мужчин было -29, женщин -26, преобладали пациенты старше 65 лет – 18(32,72%) больных. Преимущественно опухоль локализовалась в области нижнего века (60%), внутреннего угла глазной щели (13%), в (27%) на верхнем веке. Из них 55 больных были с узловой формой БКР кожи век. Этим больным выполнены различные варианты реконструктивно-восстановительных операций.

Результаты. Выбор метода пластики определялся стадией заболевания, размерами опухоли и локализацией поражения, а также характеристикой дефекта. Всем 55 больным выполнены радикальные хирургические вмешательства. В зависимости от размера образовавшегося после иссечения дефекта, выполнялись следующие виды реконструктивно-восстановительные операции: ротационный лоскут по Tenzel – 6 (10,90%), свободный тарзальный (хрящевой) лоскут – 5 (9,09%), тарзоконъюнктивный лоскут по Haghes – 29 (52,72%), замещение дефекта верхнего века по Catler-Beard – 15 (27,27%). В послеоперационном периоде в течение от 2 до 6 лет наблюдения осложнений не отмечается, рецидив развился у 1 (1,81%) больного с опухолью верхнего века за 13 месяцев после операции.

Выводы. При узловой форме БКР кожи век одномоментная реконструкция век после иссечения опухоли, должна проводиться с учетом локализации, распространенности опухоли и должна быть направлена на восстановление каркаса век и достижение максимального функционального и косметического результата.

Назаров Ш.О., Сангинов Д.Р., Махмудова Л.Ш., Абдукахоров П.М.

Кафедра онкологии ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗС ЗН РТ

УВЕАЛЬНАЯ МЕЛАНОМА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МОРФОЛОГИЯ ОПУХОЛИ

Назаров Ш.О., Сангинов Д.Р., Махмудова Л.Ш., Абдукахоров П.М.

Актуальность. Увеальная меланома (УМ) у детей и подростков является редкой патологией и составляет менее 1,5% всех случаев УМ, однако представляет значимый клиничко-научный интерес ввиду отличий от данного заболевания у взрослых. Увеальная меланома у детей характеризуется более благоприятными клиничко-морфологическими особенностями: преобладанием слабопигментированных форм, частой локализацией в хориоиде и цилиарном теле, а также веретеночлеточным гистологическим типом.

Цель работы: Провести анализ особенностей клинического течения УМ у детей по данным обращаемости в отделении офтальмоонкологии ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ за период с января 2011 - декабрь 2025 (15 лет).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ случаев УМ у пациентов – детей и подростков (до 16 лет), находившихся на стационарном лечении в отделении детской онкологии ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ.

Результаты. За 15-летний период в Республиканском онкологическом научном центре Республики Таджикистан выявлено 17 случаев увеальной меланомы у детей и подростков, что составило 8,9% от общего числа пациентов с УМ.

Средний возраст пациентов детской группы составил 6,1 года; заболевание чаще выявлялось у мальчиков (61%), преимущественно с односторонним поражением глаза (58%).

Основными клиническими проявлениями были снижение или отсутствие зрения, появление патологической ткани в зрачковой зоне, боли и покраснение глаза; длительность симптомов до постановки диагноза достигала одного года.

Во всех случаях в связи с запущенностью процесса выполнена энуклеация глаза с последующим гистологическим исследованием.

В большинстве наблюдений (15 из 17) выявлен веретеночлеточный тип опухоли; амеланотические формы увеальной меланомы не зарегистрированы.

Выводы. Полученные результаты подтверждают благоприятный прогноз детской увеальной меланомы. Высокие показатели запущенности увеальной меланомы указывает на необходимость раннего выявления больных на уровне первичного звена. Целесообразно разработать клинические протоколы данной нозологии.

Назаров Ш.О., Сангинов Д.Р., Махмудова Л.Ш., Абдукахоров П.М.

Кафедра онкологии ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗС ЗН РТ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

И.М. Нуриддинов, Баротов З.З., Сатторова М.А., Салихова Н.Ш.

Цель исследования. Особенности клинического течения рака кожи головы и шеи.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили клинические данные 205 больных с ЛРКГШ, находившихся на лечении в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ с 2014 по 2018 гг., из которых женщины составили 100 (43%) наблюдений, мужчины - 105 (57%). Возраст пациентов варьировал от 20 до 90 лет. Пик заболеваемости как для мужчин, так и для женщин приходился на возраст 60-69 лет. Диагностический алгоритм включал клинические, морфологические и рентгенологические методы исследования.

Результаты исследования. ЛРКГШ клинически наиболее часто был представлен экзофитной – 80 (45,6%) наблюдений и инфильтративно-язвенной формой роста – 90 (35,8%) случаев. В 92 (18,5%) диагностирован поверхностный тип. В зависимости от морфологической принадлежности недефференцированная форма базалиомы превалировала над другими гистотипами и составила 210 наблюдений, в свою очередь солидная 130 случаев, смешанная - 20, аденоидная – 12 и пигментная – в 12 случаях. Наиболее излюбленной локализацией являлись следующие анатомические зоны: По стадиям опухолевого процесса больные были распределены следующим образом: T1N0M0 – 76 больных, T2N0M0 – 90, T3N0M0 – 50 и T4N0M0 – 10 пациентов. Практически все пациенты вошедшие в исследование получили лечение, из которых 105 (21,1%) проведено исключительно хирургическое лечение, у 28 (5,6%) в комбинации с лучевой терапией, в 31(6,2%) случае проведена криотерапия опухолевых очагов и лишь в 5 случаях лечение не проведено ввиду отказа пациентов от проведения терапии либо из-за распространённости процесса.

Выводы. является относительно благоприятной формой рака кожи, локализующейся на открытых участках тела, с преимущественно экзофитной формой роста, в возрастной категории 60-69 лет.

И.М. Нуриддинов, Баротов З.З., Сатторова М.А., Салихова Н.Ш.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ
Кафедра онкологии лучевой диагностики и лучевой терапии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Нуриддинов Й.М., Салихова Н.Ш.

Актуальность. Главная цель системы паллиативной помощи– это продление жизни и улучшение её качества у онкологических больных. Последнее десятилетие характеризуется неуклонным ростом заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований полости рта. Около 65% пациентов обращаются в специализированные учреждения с III и IV стадиями опухоли, характеризующихся угнетением таких функций полости рта, как жевание, глотание, дыхание и речь. Большинство больных излечить невозможно, поэтому актуальной является разработка концепции улучшения качества жизни посредством паллиативного удаления опухоли с реконструкцией послеоперационных дефектов.

Цель исследования. Определить улучшение результатов лечения как компонента паллиативной терапии запущенного рака органов полости рта.

Материал и методы. В основу исследования положен анализ 30 пациентов раком слизистой оболочки полости рта распространённостью T₄N₁₋₂M₀, которым в период с 2018 по 2023 гг. в условиях ГУ РОНЦ произведены паллиативные «операции спасения» с одномоментным замещением обширных дефектов, посредством выполнения реконструктивно-восстановительных операций.

Результаты. Оценка качества жизни по шкале Карновского производилась при поступлении в стационар и при выписке. Качество жизни пациентов на момент поступления в стационар не превышало 20% и было обусловлено болью, затруднением речи, жевания и глотания,

слюнотечением, неприятным запахом из-за рта, распадом и кровоточивостью опухоли. «Операция спасения» заключалась в широком иссечении первичной опухоли и регионарных метастазов с замещением дефектов кожи и слизистой оболочки различными видами лоскутов. У всех 30 больных отмечено полное или частичное восстановление функций органов полости рта и ощутимое повышение качества жизни. Неприятные ощущения, характерные для распространенной злокачественной опухоли полностью ликвидированы. Показатели самочувствия по шкале Карновского составили в среднем около 70%.

Вывод. Детальное изучение влияния реконструкции дефектов полости рта на качество жизни больных местно-распространенным раком, станет основой для разработки стандартов паллиативной терапии данной патологии.

Нуридинов Й.М., Салихова Н.Ш.

ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ

Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДЕФЕКТАХ ВЕК И ОКОЛООРБИТАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Нуридинов Й.М., Салихова Н.Ш.

Актуальность. Обширные послеоперационные дефекты, возникающие после удаления опухолей, рубцов, врожденных патологий век требуют проведения различных реконструктивно-пластических операций для восстановления нормальной трехмерной анатомии и функции век. Детали оперативного вмешательства должны включать в себя размер и место расположения предполагаемого дефекта, возраст больного, васкуляризацию окружающих тканей. Выполнение реконструктивных операций на веках является своевременной и актуальной проблемой офтальмоонкологии и офтальмологии.

Цель исследования: Анализ результатов пластики дефектов век и окружающих зон лица

Материалы и методы: Обширные послеоперационные дефекты, возникавшие после удаления опухолей, рубцов, врожденных патологий век требуют проведения реконструктивно-пластических операций. Проанализированы реконструктивно-восстановительных операций на веках и околоорбитальной области у 14 пациентов со злокачественными опухолями век и околоорбитальной зоны, врожденными дефектами век и посттравматическими рубцами век. Во всех случаях опухолевых поражений век цито-гистологическое исследование опухолей выявило базально-клеточный рак. Со злокачественными опухолями век было 12 пациентов, 1. Ребенок с колобомой верхнего века и 1 больной с посттравматическими рубцами век глаза. Распространенность опухолевого процесса в объеме T2aN0M0 определена у 8 больных, T2bN0M0 у 4-х больных. Всем пациентом со злокачественными опухолями век было осуществлено радикальное удаления опухоли.

Результаты исследование: Хирургическое вмешательство приводило к возникновению значительных дефектов кожи, в том числе, возникновению сквозных дефектов век, размером более 2,5 см. Пластика дефектов век создание задней ламиллярной пластинки, производилось перемещенным тарзо-конъюнктивальным лоскутом того же глаза или надкостничным лоскутом скуловой кости; создание передней ламиллярной пластинки, производилось местными тканями, перемещенным лоскутом или свободным кожным лоскутом, взятым с верхнего века того же глаза.

Заключение: Таким образом выполнены не только радикальные по объему хирургические вмешательства, но и изучены достаточно удовлетворительные анатомо-эстетико-косметические результаты, что ускорило как медицинскую так и социальную реабилитацию этих сложных больных.

Нуридинов Й.М., Салихова Н.Ш.

ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ

Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ С ЗАКРЫТИЕМ ДЕФЕКТОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПО ПОВОДУ РАКА

Нуриддинов Й.М., Хусейнзода З..Х., Салимов Ф.И., Назаров Ш.О.

Цель исследования. Определить роль и место одномоментных реконструктивно-восстановительных операций с закрытием дефектов слизистой оболочки полости рта по поводу рака в плане реабилитации и комплексной терапии.

Материал и методы исследования. Исследование носило рандомизированный характер, в которое вошли 20 пациентов, находившихся на лечении в ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ с 2015 по 2018 гг. и которые в зависимости от лечебной тактики были разделены на 2 группы. Первой группе, состоящей из 32 (53,3%) пациентов на первом этапе проведена радикальная расширенно-комбинированная операция с одномоментной реконструкцией дефекта и последующим химиолучевым лечением, а второй группе - 28 (46,7%) больных вначале проведен неоадьювантный курс химиолучевой терапии и уже на втором этапе - операция на первичном очаге и зонах регионарного лимфооттока. Опухолевой процесс считался резектабельным при T2-4N1-2M0 стадиях, в то время как при T4N3M0-1 процесс трактовался как нерезектабельный и все лечебные мероприятия носили исключительно паллиативный характер, с целью улучшения качества жизни больных. План обследования больных включал в себя традиционные методы диагностики, принятые в онкологии.

Результаты исследования. Предварительная оценка результатов I и II фаз рандомизированного исследования показала явное преимущество тактики лечения, используемой в 1 группе пациентов. Констатировано статистически достоверное снижение послеоперационных гнойно-некротических осложнений в 1 группе больных по сравнению со 2 группой (22% и 39% соответственно). Восстановление основных функций полости рта в 1 группе имели место на 10-12 сутки после начала лечения, тогда как аналогичный показатель во 2 группе достигался в среднем через 1,5-2 месяца. Качество жизни больных 1 группы значительно превышало качество жизни пациентов 2 группы.

Вывод. Таким образом, хирургический метод остается основным методом лечения злокачественных опухолей головы и шеи, особенно при местно-распространенных новообразованиях, соответствующих T3 и T4. Проведенное исследование показало, что наилучшие результаты получены при применении хирургического метода лечения на первом этапе, в сочетании с консервативной терапией.

Нуриддинов Й.М., Хусейнзода З..Х., Салимов Ф.И., Назаров Ш.О.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ

Кафедра онкологии лучевой диагностики и лучевой терапии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

ПИГМЕНТНАЯ КСЕРОДЕРМА В РАМКАХ РАБОТЫ МУЛЬТИЦЕНТРА ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕНОДЕРМАТОЗОВ ВЫСОКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

Белышева Т.С., Шарапова Е.В., Зеленова Е.Е., Варфоломеева С.Р.

Абстракт

Введение. Пигментная ксеродерма – орфанное наследственное заболевание из группы онкоассоциированных генодерматозов, в основе которого лежит нарушение эксцизионной репарации нуклеотидов. Это приводит к развитию фотосенсибилизации и множественных злокачественных опухолей кожи уже в детском возрасте. Лечение пациентов направлено на достижение локального контроля над опухолями кожи и включает в себя хирургическое удаление очагов рака кожи, а также мультимодальное лекарственное лечение.

Материалы и методы. В 2026 году на базе НИИ детской онкологии и гематологии имени академика РАМН Л.А. Дурнова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России был создан Мультицентр для диагностики, лечения и динамического наблюдения пациентов с генодерматозами высокого онкологического риска, включая пигментную ксеродерму. Все пациенты, соответствующие диагностическим критериям, проходили комплексное лабораторно-инструментальное исследование, включая

молекулярно-генетическое исследование. Лечение осуществлялось в рамках утвержденных протоколов лечения.

Результаты. В рамках работы Мультицентра было выявлено 13 пациентов с пигментной ксеродермой в возрасте от 5 до 30 лет, соотношение по полу составило 1,2:1 (с преобладанием пациентов женского пола). По результатам генетического исследования выявлены патогенные варианты в генах *XPC* (N=8) и *XPA* (N=3), близкородственные браки родителей пациентов отмечены в 8 (62%) случаях. Внекожные изменения (узлы щитовидной железы, скелетные деформации, неврологические нарушения) установлены в 7 (54%) случаях, выраженный когнитивный дефицит был ассоциирован исключительно с патогенными вариантами в гене *XPA*. У 100% пациентов отмечено развитие злокачественных опухолей – базальноклеточный (N=9) и плоскоклеточный рак кожи (N=7), базальноплоскоклеточный рак (N=1) и меланома кожи (N=3). Сочетание всех видов злокачественных опухолей кожи диагностировано у 2 (15%) пациентов. В одном случае наблюдалась множественная меланома кожи – 6 первичных опухолей за период с 13 до 19 лет. Минимальный возраст обнаружения первой опухоли – 5 лет.

Всем пациентам выполнялось хирургическое лечение. В двух случаях (15%) по достижению пациентами 18 лет была назначена терапия ингибиторами сигнального пути Hedgehog (висмодегиб, сонидегиб) для лечения местно-распространенного базальноклеточного рака кожи. В трех случаях (23%) была инициирована анти-PD1 иммунотерапия (пембролизумаб, ниволумаб) для лечения распространенного плоскоклеточного рака и меланомы кожи у пациентов старше 18 лет.

Заключение. Полученные данные демонстрируют высокий риск реализации злокачественного потенциала у пациентов с пигментной ксеродермой уже в детском возрасте. Учитывая гено-фенотипические корреляции, включая внекожные проявления, необходимо привлечение мультидисциплинарной команды специалистов и комплексное обследование пациентов с раннего детского возраста в зависимости от вовлеченного гена. Своевременная диагностика синдрома позволяет начать профилактические мероприятия (полное ограничение инсоляции), что во многом может влиять на исход заболевания.

Ключевые слова: пигментная ксеродерма, *XPC*, *XPA*, базальноклеточный рак, плоскоклеточный рак, меланома, висмодегиб, сонидегиб, иммунотерапия

Автор для корреспонденции: Бельшева Татьяна Сергеевна, klinderma@bk.ru

Бельшева Т.С., Шарапова Е.В., Зеленова Е.Е., Варфоломеева С.Р. НИИ детской онкологии и гематологии имени академика РАМН Л.А. Дурнова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России; Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами президента Российской Федерации; Россия, 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, 19, стр.1А, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА КОЖИ ПО ДАННЫМ ЗА 2025 ГОД

Райхонов Ф.Х., Абдуллозода Н.Х., Акрамова С.А.

Цель исследования. Изучить клинико-морфологические и эпидемиологические особенности рака кожи по данным ГУ «Республиканский онкологический научный центр» за 2025 год.

Материалы и методы исследования. Проведен сплошной ретроспективный анализ 211 первичных случаев рака кожи, зарегистрированных в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» за 2025 год. Изучены возрастно-половые характеристики пациентов, стадии опухолевого процесса (I–IV), географическое распределение случаев, анатомическая локализация новообразований, морфологическая структура и методы верификации диагноза. Для оценки характера роста плоскоклеточного рака кожи дополнительно анализировалось соотношение *carcinoma in situ* и инвазивных форм.

Результаты исследования. Из 211 пациентов мужчины составили 53,6% (n=113), женщины — 46,4% (n=98). Средний возраст больных составил 66,5 года.

В структуре зарегистрированных случаев преобладали опухоли I–II стадий — 76,3% (n=161), в том числе I стадии — 71 случай, II стадии — 90 случаев. Доля опухолей III–IV стадий составила 23,7% (n=50), из них III стадии — 40, IV стадии — 10 случаев.

Наибольшее число случаев зарегистрировано в районах республиканского подчинения (77 случаев) и Хатлонской области (80 случаев). III–IV стадии выявлены у 25 из 77 пациентов (32,5%) в районах республиканского подчинения и у 20 из 80 пациентов (25,0%) в Хатлонской области.

В анатомической структуре преобладали поражения открытых участков тела: кожа лица — 56,9% (n=120), волосистая часть головы — 17,1% (n=36), конечности — 14,2% (n=30), туловище — 11,8% (n=25).

В морфологической структуре преобладал базальноклеточный рак — 50,7% (n=107). Плоскоклеточный рак диагностирован у 33 пациентов (15,6%), среди которых *carcinoma in situ* составила 51,5% (n=17), инвазивные формы — 48,5% (n=16). Аденокарцинома выявлена в 1,9% случаев (n=4), другие морфологические варианты составили 21,3% (n=45).

На амбулаторном этапе с применением аспирационной биопсии с последующим гистологическим исследованием диагноз верифицирован у 48 пациентов, в том числе у 32 больных с базальноклеточным и 16 — с плоскоклеточным раком. У 23 пациентов (10,9%) диагноз был установлен на основании клинико-цитологического исследования без полноценной гистологической верификации.

Выводы. Рак кожи в исследуемой группе преимущественно выявлялся у пациентов пожилого возраста: средний возраст составил 66,5 года, с небольшим преобладанием мужчин (53,6%). В структуре зарегистрированных случаев преобладали опухоли I–II стадий (76,3%), однако доля III–IV стадий составила 23,7%, что подчёркивает необходимость дальнейшего совершенствования ранней диагностики, особенно на региональном уровне. Преимущественная локализация опухолей на коже лица и волосистой части головы (74,0% случаев) может свидетельствовать о значимой роли хронической инсоляции в структуре рака кожи. Выявление 10,9% случаев без полноценной гистологической верификации указывает на необходимость повышения доступности и качества морфологической диагностики подозрительных новообразований кожи на амбулаторном этапе.

Райхонов Ф.Х., Абдуллозода Н.Х., Акрамова С.А.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр», г. Душанбе, Таджикистан.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫРАЖЕННОГО ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА ПОСЛЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА

**Мусин Ш.И., Шарифгалеев И.А., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Гузь А.О.,
Баймуратов Т.Р., Шафикова М.Р., Исмакова А.Ш.**

Введение. Рак полости рта остаётся одной из наиболее значимых проблем клинической онкологии головы и шеи. Высокая доля пациентов, впервые обращающихся на стадиях III–IVA, а также ограниченные возможности комбинированного лечения заставляют искать стратегии улучшения онкологических исходов. Неоадьювантная химиотерапия (НАХТ) рассматривается как потенциальный подход для снижения частоты отдалённого метастазирования, уменьшения локальной распространённости опухоли и увеличения вероятности достижения R0-резекции. Несмотря на отсутствие улучшения выживаемости в общей популяции, подгруппа пациентов с выраженным патоморфологическим ответом (cPR+MPR) после НАХТ представляет особый интерес с точки зрения потенциального выигрыша в исходах лечения.

Цель. Оценить выживаемость пациентов с резектабельным раком слизистой полости рта стадий III–IVA в зависимости от патоморфологического ответа на неоадьювантную химиотерапию.

Материалы и методы. В исследование включено 194 пациента, получавших лечение с 2020 по июль 2024 года в отделении опухолей головы и шеи республиканского онкологического диспансера г.Уфа, Россия. Медиана возраста составила 63 года (Q1–Q3: 55–69). Женщины

составили 48,5% (94/194), мужчины — 51,5% (100/194). Наиболее частой локализацией первичной опухоли являлся язык — 52,1% (101/194); опухоли дна полости рта встречались у 21,1% (41/194), щеки — у 9,3% (18/194), альвеолярного отростка — у 17,5% (34/194). НАХТ в режиме DCF получали 12,4% пациентов (24/194), остальные 87,6% (170/194) были оперированы первично (nPR). Медиана наблюдения составила 15 месяцев (Q1-Q3: 8–29). Патоморфологическую оценку проведено у всех пациентов, получивших НАХТ: полный ответ (pCR) выявлен у 12,5% (3/24), выраженный патоморфологический ответ (MPR - $\leq 10\%$ жизнеспособной опухоли) - у 29,2% (7/24), неблагоприятный патоморфологический ответ (non-MPR $> 10\%$ жизнеспособной опухоли) - у 58,3% (14/24).

Результаты. Показатель 24-месячной безрецидивной выживаемости (БРВ) в группе пациентов с полным и благоприятным патоморфологическим ответом (сPR/MPR) составил 80%, тогда как в группе пациентов с неблагоприятным патоморфологическим ответом и в группе пациентов первичного хирургического лечения (non-MPR/nPR) - 59,7% ($p=0,07$). Показатель 24-месячной общей выживаемости (ОВ) в группе сPR/MPR достиг 100%, по сравнению с 66,6% у пациентов с non-MPR/nPR ($p=0,041$). Медиана БРВ и ОВ в группе сPR/MPR не достигнута.

Выводы. Выраженный патоморфологический ответ (MPR/pCR) после НАХТ является значимым прогностическим фактором и ассоциирован с улучшением БРВ и достоверно более высокой ОВ у пациентов с резектабельным раком слизистой полости рта III–IVA стадий. Эти данные подтверждают целесообразность использования патоморфологического ответа как раннего суррогатного маркера эффективности неоадьювантной терапии и обосновывают необходимость дальнейших исследований по его интеграции в алгоритмы лечения.

Ключевые слова: резектабельный рак полости рта, неоадьювантная химиотерапия; патоморфологический ответ, MPR, pCR

Мусин Ш.И., Шарифгалеев И.А., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Гузь А.О., Баймуратов Т.Р., Шафикова М.Р., Исмакова А.Ш.

ГАУЗ РКОД Минздрава РБ, Россия, Республика Башкортостан, г.Уфа, проспект Октября, 73/1, 450054, ФГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ, Россия, Республика Башкортостан, г.Уфа, улица Ленина, 3, 450008, ГАУЗ ЧОКЦО и ЯМ, Россия, Челябинская область, г. Челябинск, улица Блюхера, 42, 454087.

ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПЛАСТИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ДЕФЕКТОВ ПРИ РАКЕ ГУБЫ

Набиева Г.В., Гулиев Ф.А.

Актуальность. Реконструкция дефектов губы представляет собой важный этап в комплексном лечении опухолей данной локализации. В арсенале современной хирургии имеется широкий спектр методик, выбор которых обусловлен анатомической локализацией поражения, его протяжённостью, а также наличием метастазов в регионарные лимфатические узлы.

Пластическая реконструкция может осуществляться путём первичного закрытия, использования локальных или свободных лоскутов. Несмотря на относительную техническую простоту, первичное закрытие не всегда возможно при обширных резекциях, так как может привести к функциональным и эстетическим нарушениям.

В таких ситуациях предпочтение отдается локальным пластическим методикам, в частности лоскуту по Аббе–Эстландеру, лоскуту Бернара, а также V-Y-образному лоскуту, которые обеспечивают более удовлетворительные анатомо-функциональные и косметические результаты.

Цель исследования. Определить частоту выявления рака губы, а также результаты хирургического лечения с помощью пластической реконструкции на базе Национального Центра Онкологии.

Материалы и методы. Наше исследование основано на ретроспективном анализе результатов лечения 220 пациентов (177 (80,4%) мужчин и 43 (19,6%) женщин), которым была проведена хирургическая операция с пластической реконструкцией дефекта, на базе Национального Центра Онкологии в период с января 2017 г. по декабрь 2024 г. Большинство пациентов принадлежало к

возрастной группе 61-70 лет (37,5%). Рак верхней губы был обнаружен у 61 (27,7%) пациентов, а рак нижней у 159 (72,3%).

Результаты. Согласно результатам патогистологического исследования у 162 пациентов (73,6%) был обнаружен плоскоклеточный рак губы, у 49 (22,3%) базальноклеточный рак, у 5 (2,3%) веррукозная карцинома, у 2 (0,9%) трихилеммальная карцинома, у 2 (0,9%) аденоиднокистозная карцинома.

Всем пациентам была проведена хирургическая операция, которая в 75 (34,1%) случаях сопровождалась иссечением шейных лимфатических узлов. Пластическая реконструкция тканей была выполнена 165 (75%) пациентам, у которых размер опухоли был 2 см и выше. Стоит отметить, что чаще всего была использована техника по Аббе-Эстландеру (62%).

Заключение. Оптимальная тактика лечения пациентов с раком губы включает радикальное хирургическое иссечение первичной опухоли, лимфодиссекцию при наличии показаний, а также последующую реконструктивно-пластическую операцию. При наличии обширного послеоперационного дефекта применение пластических лоскутов позволяет не только закрыть дефект, но и достичь удовлетворительных функциональных и эстетических результатов.

Использование местных или свободных лоскутов обеспечивает надёжность реконструкции, способствует восстановлению контуров губы и сохранению её ключевых функций, включая артикуляцию, мимику и прием пищи.

Набиева Г.В., Гулиев Ф.А. Национальный Центр Онкологии, г. Баку, Азербайджан.

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ УЛУЧШАЕТ ХИРУРГИЧЕСКИЙ КРАЙ ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА

Мусин Ш.И., Шарифгалеев И.А., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Гузь А.О., Баймуратов Т.Р., Шафикова М.Р., Исмакова А.Ш.

Введение. Адекватные хирургические края резекции являются одним из ключевых прогностических факторов при плоскоклеточном раке полости рта. Несмотря на широкое применение расширенных резекций и современных методов реконструкции, достижение отрицательных (R0) краёв при стадиях III–IVA остаётся сложной задачей ввиду анатомических ограничений и глубокой инвазии опухоли. Неоадьювантная химиотерапия (НАХТ) рассматривается как потенциальный инструмент для уменьшения опухолевой массы, снижения глубины инвазии и повышения резектабельности. Однако влияние НАХТ на статус краёв резекции при раке полости рта изучено недостаточно.

Цель. Оценить влияние неоадьювантной химиотерапии на хирургический клиренс и радикальность резекции у пациентов с резектабельным раком полости рта III–IVA стадий.

Материалы и методы. В исследование включено 194 пациента, проходивших лечение в 2020–2024 гг. в отделении опухолей головы и шеи РКОД (г. Уфа, Россия). Медиана возраста составила 63 года (Q1–Q3: 55–69); женщины — 48,5% (94/194), мужчины — 51,5% (100/194). Наиболее частой локализацией опухоли являлся язык (52,1%), далее — дно полости рта (21,1%), щека (9,3%) и альвеолярный отросток (17,5%). Неоадьювантная химиотерапия по режиму DCF проведена 24 пациентам (12,4%); остальные 170 пациентов (87,6%) были оперированы первично. Границы опухоли перед НАХТ маркировались тушью. Патоморфологический ответ оценивали как полный (pCR), выраженный благоприятный (MPR, $\leq 10\%$ жизнеспособной опухоли) и неблагоприятный (non-MPR). Параметры краёв резекции и радикальности анализировали с использованием StatTech v.4.10.3.

Результаты. Статус краёв резекции достоверно зависел от степени патоморфологического ответа на НАХТ. У пациентов с полным ответом опухолевая ткань отсутствовала, и оценка краёв резекции не проводилась. Наибольшее расстояние до латерального края резекции зарегистрировано у пациентов с благоприятным ответом (MPR): 10,0 мм [9,5–11,5], что значимо превышало показатели как у пациентов первичного хирургического лечения (nPR: 5,5 мм [3,0–10,0], $p=0,034$), так и у пациентов с неблагоприятным ответом (ufPR: 3,0 мм [1,0–9,0], $p=0,022$). Общая межгрупповая разница была статистически значимой ($p=0,025$). По радикальности резекции все пациенты с благоприятным патоморфологическим ответом (pCR/MPR) имели R0-

резекцию — 100% (9/9). В группе первичного хирургического лечения R0 была достигнута у 160 пациентов (95,2%), R1 — у 8 пациентов (4,8%) ($p>0,05$).

Выводы. Полученные результаты демонстрируют, что неоадьювантная химиотерапия способствует увеличению хирургического клиренса и повышению частоты R0-резекций у пациентов с раком полости рта, особенно при достижении выраженного патоморфологического ответа (MPR/pCR). Патоморфологический ответ после НАХТ может служить важным маркером резектабельности и качества хирургического лечения. Дальнейшие проспективные исследования необходимы для уточнения показаний к НАХТ и интеграции оценки патоморфологического ответа в алгоритмы лечения рака полости рта.

Ключевые слова: рак полости рта; плоскоклеточный рак; неоадьювантная химиотерапия; хирургические края резекции; R0-резекция; патоморфологический ответ.

Мусин Ш.И., Шарифгалеев И.А., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Гузь А.О., Баймуратов Т.Р., Шафикова М.Р., Исмакова А.Ш.

ГАУЗ РКОД Минздрава РБ, Уфа, Россия,

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава РФ, Уфа, Россия,

ГАУЗ ЧОКЦО и ЯМ, Челябинск, Россия.

ЧАСТОТА ОРГАНОСПЕЦИФИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТЕЙ

Олимов А.М., Кодиров А.А., Абдурахимов А.Х., Джонибекова Р.Н.

Цель исследования. Изучение частоты и лечения органоспецифических опухолей челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования. Данное исследование было проведено ретроспективно на больных с органоспецифическими опухолями челюстно-лицевой области в ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» на кафедре челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино с 2024 по 2026 годы. Средний возраст составил 35-50 лет. В данном исследовании приняли участие 88 человек (40 мужчин 45,4%, 48 женщин 54,6%) и были проанализированы медицинские карты, данные конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ, КТ) и ортопантограммы (ОПГ), цитологическое и гистологическое исследование. Всем больным проведено консультирование врача-онколога.

Анатомо-топографические особенности челюстно-лицевой области обуславливают быстрое распространение опухолевого процесса на соседние области. Хирургическое лечение как единственное радикальное вмешательство при данной патологии, особенно при расширенных операциях, приводит к тяжелым нарушениям актов жевания, глотания, речи, дыхания и к обезображиванию лица.

В современной статистике заболеваемости и смертности онкологические заболевания в последние годы заняли ведущее место. Поэтому интерес к изучению опухолей челюстно-лицевой области неизменно растет.

Результаты исследования. По результатам нашего исследования выявлены следующие органоспецифические опухоли, т.е. присущие только для данной области (одонтома, амелобластома, эпulis, опухоли исходящие из паренхимы слюнных желез, и т.д.). По данным литературы и нашим наблюдениям, наиболее часто встречаются фолликулярная киста - 22 больных у- 25,0%, эпulis-12 больных, 13,6%, амелобластома-10 больных, 11,4%, одонтома- 7 больных, 7,9%, и смешанные опухоли- 17 больных 19,3%. По результатам проведенного исследования, среди больных с органоспецифическими опухолями челюстно-лицевой области выявлены следующие причинные зубы -2,3, 3,6, 3,8, 1,3, 4,6, 4,8. Среди больных с органоспецифическими опухолями ретенционная киста встречалась у -10 больных (11,4%) больных, нагноение опухолей встречалась у 10 (11,4%) больных.

Больные получали комплексное лечение включая операции по удалению новообразований а также антибиотики, витамины и симптоматическое лечение.

Выводы. Таким образом, надежда на выздоровление больных с органоспецифическими опухолями и раком челюстно-лицевой области значительно повышается в тех случаях, когда

заболевание распознано в начальных стадиях развития и незамедлительно начато лечение. Поэтому знание характерных особенностей проявления опухолевых процессов челюстно-лицевой области совершенно необходимо для врача любой специальности.

Олимов А.М., Кодиров А.А., Абдурахимов А.Х., Джонибекова Р.Н. Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан. ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

МАССА ТЕЛА, ГОЛОДАНИЕ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РАКА: ПОТЕНЦИАЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ РАКА

Осфури Э., Ниязов И.К.

Актуальность. Избыточная масса тела является признанным фактором риска развития ряда злокачественных новообразований. По оценкам, до 11,5% случаев рака могут быть связаны с избыточной массой тела, причем влияние ожирения может быть более выраженным у женщин и лиц моложе 60 лет. В связи с этим контроль массы тела и изучение метаболических вмешательств, включая интервальное голодание, представляют потенциальный интерес для профилактики и терапии рака. Интервальное голодание вызывает комплекс адаптивных клеточных реакций, влияющих на регуляцию глюкозы, воспаление, стрессоустойчивость и энергетический метаболизм.

Материалы и методы. Проведен анализ опубликованных экспериментальных и клинических исследований, посвященных влиянию избыточной массы тела и интервального голодания на метаболические процессы, связанные с канцерогенезом и терапией злокачественных опухолей. Особое внимание уделено изменениям уровня кетоновых тел, инсулина, глюкозы, IGF-1, лептина и аминокислот, а также клеточным механизмам адаптации к голоданию, включая аутофагию, репарацию ДНК, антиоксидантную защиту, митохондриальный биогенез и регуляцию воспаления.

Результаты. Интервальное голодание приводит к повышению уровня кетоновых тел, прежде всего β -гидроксibuтирата, уже через 8–12 часов после начала голодания. Одновременно отмечается снижение циркулирующих уровней IGF-1, лептина, инсулина и глюкозы, а также изменение аминокислотного профиля. Повторяющиеся периоды голодания активируют адаптивный стрессовый ответ клеток, сопровождающийся усилением антиоксидантной защиты, репарации ДНК, контроля качества белков, митохондриального биогенеза и аутофагии, а также снижением воспаления.

Кетоновые тела участвуют в регуляции ряда молекулярных путей, включая PGC-1 α , FGF21, NAD⁺, сиртуины, PARP1 и CD38, оказывая системное влияние на метаболизм. Кроме того, β -гидроксibuтират потенциально может влиять на метаболизм опухолевых клеток, конкурируя с лактатом за клеточные транспортеры. Предполагается, что накопление внутриклеточного лактата может приводить к снижению pH и подавлению активности ключевых гликолитических ферментов.

Однако экспериментальные и клинические исследования демонстрируют неоднозначные результаты. Кетоновые тела могут оказывать как противоопухолевое, так и потенциально проопухолевое действие, причем даже при опухолях одного и того же органа, например при колоректальном раке. Эффект может зависеть от метаболической чувствительности опухоли и специфических онкогенных мутаций.

Выводы. Контроль массы тела и интервальное голодание представляют перспективные направления для изучения в контексте профилактики и терапии злокачественных новообразований. Метаболические изменения, возникающие при голодании, могут воздействовать на ключевые клеточные механизмы, связанные с воспалением, стрессоустойчивостью и энергетическим обменом опухолевых клеток. Вместе с тем потенциальное противоопухолевое действие кетоновых тел не является универсальным и может зависеть от биологических особенностей конкретной опухоли. Необходимы дальнейшие исследования для определения опухоль-специфических механизмов действия кетоновых тел и клинической эффективности различных режимов интервального голодания.

Осфури Э., Врач-гематолог-онколог, больница Тохид, г. Джам, Иран,

Ниязов И.К., Врач-онколог, Отделение общей онкологии ГУ РОНЦ, Душанбе, Таджикистан.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Актуальность. Первичные новообразования проксимального отдела бедренной кости составляют до 10% всех костных опухолей и характеризуются высокой агрессивностью. Проблема выбора оптимального метода реконструкции после радикальной резекции остается дискуссионной из-за высокого риска осложнений и необходимости восстановления биомеханики тазобедренного сустава в условиях дефицита мягких тканей.

Цель исследования. Оценить эффективность и онкологическую безопасность эндопротезирования при замещении пострезекционных дефектов проксимального отдела бедренной кости у пациентов с первичными опухолями и опухолеподобными заболеваниями.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 46 пациентов (29 мужчин, 17 женщин) в возрасте от 16 до 63 лет (средний возраст - 47 лет). В 86,9% случаев диагностированы злокачественные процессы (гигантоклеточная опухоль - 17, хондросаркома - 11, остеосаркома - 6 и др.). У 65,2% больных заболевание осложнилось патологическим переломом. Всем пациентам выполнена резекция проксимального отдела бедренной кости (объем от 5 до 25 см) с одномоментным или отсроченным эндопротезированием модульными системами (Aescular, SMR, Wagner Revision). Сроки наблюдения составили от 1 года до 19 лет.

Результаты. Органосохраняющий характер операции позволил активизировать пациентов на 3–4-е сутки после вмешательства. Функциональный результат по шкале MSTs через 6–24 месяца признан отличным у 25 (54,3%) и хорошим у 20 (43,4%) пациентов. Общая частота осложнений составила 17,3% (8 случаев), включая вывихи головки эндопротеза (8,6%), парапротезную инфекцию (6,5%) и асептическую нестабильность (2,2%). Локальный рецидив опухоли отмечен в 3 случаях (6,5%), что было ассоциировано с исходными патологическими переломами и диссеминацией процесса. Летальность, связанная с прогрессированием основного заболевания, составила 8,7%.

Заключение. Эндопротезирование проксимального отдела бедра является эффективным методом лечения, обеспечивающим восстановление опороспособности конечности у 97,7% больных. Тщательное предоперационное планирование с определением морфометрических параметров имплантата и использование компонентов с двойной мобильностью позволяют минимизировать специфические осложнения. Наличие патологического перелома является неблагоприятным прогностическим фактором, требующим расширения границ резекции для обеспечения онкологической радикальности.

Ключевые слова: онкоортопедия, проксимальный отдел бедренной кости, остеосаркома, резекция кости, модульное эндопротезирование, шкала MSTs.

Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Узбекистан.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОСТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Цель исследования. Изучить динамику заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований костей в Республике Узбекистан за период 2016–2024 гг., а также оценить их распределение по полу, возрасту, регионам и стадиям заболевания.

Материалы и методы. Проведен анализ официальных статистических данных о случаях злокачественных новообразований костей в Республике Узбекистан за 2016–2024 гг. Информация

получена из отчетных форм онкологических учреждений по форме №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. При расчете показателей использовались данные о среднегодовой численности населения по регионам республики.

Результаты. За исследуемый период в Республике Узбекистан впервые выявлено 3116 случаев ЗНО костей, зарегистрировано 2141 смертельный случай. В среднем ежегодно регистрируется более 300 новых случаев заболевания и более 200 случаев смерти от ЗНО костей. В 2024 году зарегистрировано 325 новых случаев, что составило 1,1% от всех впервые выявленных злокачественных новообразований, и 216 случаев смерти — 1,4% от общей онкологической смертности. В структуре онкологической заболеваемости ЗНО костей занимали 22-е место, а в структуре смертности — 20-е место. В течение 2016–2024 гг. отмечалась тенденция к снижению как абсолютного числа заболевших, так и показателей заболеваемости и смертности на 100 000 населения. При этом показатели среди мужчин оставались несколько выше, чем среди женщин. В 2024 году заболеваемость составила 1,1 на 100 000 населения среди мужчин и 0,7 на 100 000 среди женщин, смертность — соответственно 0,7 и 0,4 на 100 000 населения. Выявлены выраженные региональные различия. В 2024 году наиболее высокий показатель заболеваемости отмечен в Джизакской области — 1,4 на 100 000 населения, городе Ташкенте — 1,2 и Ферганской области — 1,1. Наиболее низкие показатели зарегистрированы в Сырдарьинской области — 0,3, Кашкадарьинской — 0,6 и Наманганской — 0,7 на 100 000 населения. В целом по республике показатель заболеваемости снизился с 1,2 в 2016 году до 0,9 на 100 000 населения в 2024 году. Анализ возрастной структуры показал значительную долю пациентов молодого возраста. Наибольшее количество случаев среди обоих полов приходилось на возрастную группу 20–44 года. У мужчин эта группа составила 30,8%, у женщин — 29,7% от всех зарегистрированных случаев за исследуемый период. Положительная динамика отмечена в отношении стадии заболевания. Доля пациентов с I–II стадиями увеличилась с 53,1% в 2016 году до 67,1% в 2024 году, тогда как доля больных с III стадией снизилась с 36,2% до 19,1%.

Вывод. В Республике Узбекистан в 2016–2024 гг. отмечается тенденция к снижению заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований костей. Заболеваемость среди мужчин несколько выше, чем среди женщин, при этом значительная доля пациентов приходится на возраст 20–44 года. Отмечается положительная динамика в отношении ранней диагностики: доля пациентов с I–II стадиями заболевания увеличилась, а распространенность III стадии снизилась. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования системы раннего выявления ЗНО костей, особенно среди лиц молодого возраста, а также проведения регионально ориентированных профилактических и диагностических мероприятий.

Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Узбекистан.

САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ТУЛОВИЩА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ.

Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Актуальность. Злокачественные опухоли мягких тканей характеризуются склонностью к местному рецидивированию и гематогенному метастазированию. Саркомы туловища представляют особую проблему вследствие близости жизненно важных органов и сосудисто-нервных структур. Цель исследования — изучить клиническое течение, возможности лучевой диагностики, эффективность лечения и факторы прогноза у больных саркомами мягких тканей туловища.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 226 больных со злокачественными опухолями мягких тканей туловища, находившихся на лечении в

Хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата РСНПМЦОиР МЗ РУз. Оценивали локализацию, размеры, распространенность и гистологическую структуру опухолей. Диагностический комплекс включал клиническое обследование, УЗИ, КТ и МРТ. МРТ применяли для оценки мягкотканного компонента, границ и глубины инвазии, взаимоотношений опухоли с мышцами, фасциями и сосудисто-нервными структурами. Выживаемость анализировали методом Life-table.

Результаты. Наиболее часто опухоли локализовались в мягких тканях грудной стенки (42,3%) и передней брюшной стенки (32,5%), реже — в ягодичной (15,8%), поясничной (7,2%) и подмышечной (2,4%) областях. Более агрессивное течение отмечалось при ангиогенных, миогенных и неклассифицируемых саркомах. УЗИ позволяло визуализировать опухоль, определить глубину ее расположения и связь с окружающими тканями. КТ была высокоинформативна при оценке размеров, местной распространенности и вовлечения соседних органов. МРТ имела особую диагностическую ценность благодаря высокой тканевой контрастности и мультипланарной визуализации, позволяя точнее определять границы опухоли, распространение по мышечно-фасциальным пространствам, вовлечение сосудисто-нервных структур, зоны некроза и перитуморального отека. Диффузионно-взвешенная МРТ и карты измеряемого коэффициента диффузии дополнительно характеризуют клеточность опухоли и могут использоваться при выборе зоны биопсии и оценке ответа на лечение. Наилучшие результаты получены при комплексном и комбинированном лечении: 5-летняя выживаемость составила $71,2 \pm 9,0\%$ и $72,6 \pm 10,4\%$ соответственно, после только хирургического лечения — $54,9 \pm 4,2\%$. При химиолучевом лечении 3-летняя выживаемость составила $21,5 \pm 7,7\%$.

Заключение. Диагностика и лечение сарком мягких тканей туловища требуют комплексного подхода. КТ позволяет оценить местную распространенность и вовлечение соседних органов, а МРТ наиболее информативна для локальной оценки мягкотканного компонента, границ, глубины инвазии и отношения опухоли к критическим анатомическим структурам. Совместное применение КТ и МРТ повышает точность планирования радикального хирургического вмешательства. Комбинированное и комплексное лечение обеспечивает лучшие показатели выживаемости. Основными прогностическими факторами являются возраст и пол пациента, локализация, размеры и подвижность опухоли, прорастание окружающих структур и гистологическая форма.

Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Узбекистан.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Давлетов Р.Р., Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Цель исследования. Оценить результаты эндопротезирования плечевого сустава после сегментарной резекции проксимального отдела плечевой кости у пациентов с опухолевым поражением.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 52 пациентов с опухолями проксимального отдела плечевой кости, находившихся на лечении в хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата РСНПМЦОиР МЗ РУз в период с 2007 по 2025 гг. Мужчины составили 22 (42,3%), женщины - 30 (57,7%). Возраст пациентов варьировал от 16 до 72 лет, средний возраст - 36 лет. Всем больным выполнена сегментарная резекция проксимального отдела плечевой кости с замещением костного дефекта металлическим эндопротезом плечевого сустава собственной конструкции. Диагноз во всех случаях был морфологически верифицирован. В структуре выявленных опухолей преобладали доброкачественная гигантоклеточная опухоль - 21 (40,4%), злокачественная гигантоклеточная опухоль - 9 (17,3%), остеогенная саркома - 7 (13,5%) и хондросаркома - 6 (11,5%). Также диагностированы метастатические поражения и другие опухолевые процессы.

Результаты. При рентгенологическом исследовании у 13 (25%) пациентов выявлен патологический перелом. МРТ позволила уточнить распространенность опухолевого процесса и выявить мягкотканый компонент у 22 из 26 обследованных пациентов. ПЭТ/КТ выполнена 12 пациентам, у 3 (27,3%) из них выявлены метастазы в легких.

При злокачественных опухолях хирургическое лечение выполнялось с учетом морфологической структуры опухоли и необходимости комбинированной терапии. Срок наблюдения составил от 6 месяцев до 15 лет. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 6 (11,5%) пациентов: инфекционно-воспалительные - у 3 (5,7%), вывих головки эндопротеза - у 2 (3,8%), нестабильность ножки эндопротеза с формированием свища - у 1 (1,9%). В четырех случаях выполнено реэндопротезирование, у одного пациента эндопротез удален, один пациент получил консервативное лечение. Локальный рецидив выявлен у 2 (3,8%) пациентов, метастазы в легких - у 5 (9,6%). После операции у 80% пациентов отсутствовал болевой синдром. Функциональные результаты по шкале MSTS оценены у 77% больных. По шкале Enneking отличные результаты получены у 12 пациентов, хорошие - у 35, удовлетворительные - у 7. В целом отличные и хорошие функциональные результаты отмечены у 86,3% пациентов.

Вывод. Эндопротезирование плечевого сустава после сегментарной резекции проксимального отдела плечевой кости является эффективным методом органосохраняющего хирургического лечения пациентов с опухолевым поражением данной локализации. Применение разработанного эндопротеза позволяет сохранить конечность, уменьшить болевой синдром и восстановить её функциональное состояние. Отличные и хорошие функциональные результаты получены у 86,3% пациентов, что сопровождается улучшением качества жизни.

Давлетов Р.Р., Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Узбекистан.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.

Давлетов Р.Р., Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Актуальность. Несмотря на возможность сохранения конечности и восстановления её функции, выполнение обширной резекции и реконструкции сопровождается риском развития ортопедических и инфекционно-воспалительных осложнений, которые могут потребовать повторного хирургического вмешательства.

Цель исследования. Изучить структуру и частоту послеоперационных осложнений у пациентов после эндопротезирования плечевого сустава по поводу опухолевого поражения проксимального отдела плечевой кости, а также оценить методы их лечения.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 52 пациентов с опухолями проксимального отдела плечевой кости, находившихся на лечении в РСНПМЦОиР МЗ РУз в период с 2007 по 2025 гг. Всем пациентам выполнена сегментарная резекция проксимального отдела плечевой кости с замещением костного дефекта металлическим эндопротезом плечевого сустава. Возраст пациентов составил от 16 до 72 лет, средний возраст - 36 лет. Длительность послеоперационного наблюдения варьировала от 6 месяцев до 5 лет. Послеоперационные осложнения оценивали с учетом их характера и необходимости проведения консервативного или повторного хирургического лечения.

Результаты. После эндопротезирования плечевого сустава осложнения зарегистрированы у 6 из 52 пациентов (11,5%). По характеру осложнения были разделены на две основные группы: ортопедические и инфекционно-воспалительные. Ортопедические осложнения выявлены у 3 пациентов, инфекционно-воспалительные - также у 3 пациентов. Среди ортопедических осложнений у 2 пациентов (3,8%) развился вывих головки эндопротеза. В обоих случаях потребовалось выполнение реэндопротезирования плечевого сустава. У 1 пациента (1,9%) через 3 года после операции выявлены нестабильность ножки эндопротеза и формирование свища. В

связи с развитием данного осложнения эндопротез был удален, повторная реконструкция плечевого сустава не выполнялась. Инфекционно-воспалительные осложнения отмечены у 3 пациентов (5,7%). В одном случае проведено консервативное лечение, в двух случаях потребовалось выполнение реэндопротезирования. Таким образом, большинство осложнений потребовали хирургической коррекции. В общей структуре осложнений из 6 случаев 4 (66,6%) потребовали реэндопротезирования, 1 (16,7%) - консервативного лечения и 1 (16,7%) - удаления эндопротеза с иссечением свища. Помимо ранних и поздних осложнений, при длительном наблюдении у 2 пациентов (3,8%) выявлен локальный рецидив опухоли, а у 5 пациентов (9,6%) - метастазы в легких.

Вывод. В исследованной группе пациентов частота послеоперационных осложнений после эндопротезирования плечевого сустава составила 11,5%. Наиболее частыми осложнениями были инфекционно-воспалительные процессы и вывих головки эндопротеза. В большинстве случаев развитие осложнений требовало повторного хирургического лечения - реэндопротезирования. Полученные результаты свидетельствуют о том, что эндопротезирование плечевого сустава после сегментарной резекции проксимального отдела плечевой кости является эффективным органосохраняющим методом, однако требует тщательной хирургической техники, надежной фиксации эндопротеза и мышечно-сухожильных структур, а также длительного послеоперационного наблюдения для своевременного выявления инфекционных и механических осложнений.

Давлетов Р.Р., Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Узбекистан.

РАДИОМИКА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ ПО ДАННЫМ КТ

Нуржабов А.И., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Цель исследования. Оценить возможности радиомического анализа КТ-изображений в дифференциации доброкачественных и злокачественных опухолей костей и определить наиболее информативные текстурные параметры для построения предиктивной модели.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ КТ-изображений 47 пациентов с гистологически и клинически верифицированными опухолями костей, из которых 18 имели доброкачественные и 29 — злокачественные новообразования. Текстурный анализ выполняли с использованием программного пакета PyRadiomics. Для сравнения 39 радиомических параметров применяли критерий Краскела–Уоллиса. Наиболее значимый признак использовали для построения модели логистической регрессии с последующей перекрестной валидацией.

Результаты. Из 39 исследованных текстурных параметров статистически значимые различия между доброкачественными и злокачественными опухолями выявлены для одного показателя — DISCRETIZED_AUC_CSH. На его основе сформирована логистическая регрессионная модель для прогнозирования характера опухолевого процесса. Перекрестная валидация подтвердила устойчивость полученного подхода на исследуемой выборке. Индекс текстурной гетерогенности, рассчитанный на основе модели, продемонстрировал наибольшую прогностическую точность. Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования количественных характеристик КТ для неинвазивной дифференциации опухолей костей и дополнения стандартной визуальной оценки пространственной неоднородностью опухолевой ткани.

Обсуждение. Радиомический анализ позволяет извлекать из стандартных КТ-изображений количественные признаки, не всегда доступные при визуальной оценке. Выявление статистически значимого параметра DISCRETIZED_AUC_CSH среди 39 исследованных признаков подтверждает перспективность оценки внутритуморной гетерогенности для дифференциальной диагностики. При этом радиомика должна рассматриваться как дополнительный, а не заменяющий

морфологическую верификацию метод. Для подтверждения воспроизводимости результатов необходимы исследования на более крупных независимых выборках.

Заключение. Радиомический анализ КТ является перспективным неинвазивным инструментом дифференциации доброкачественных и злокачественных опухолей костей. Параметр DISCRETIZED_AUC_CSH оказался наиболее информативным среди 39 исследованных признаков и был использован для построения логистической регрессионной модели. Полученные данные показывают, что радиомика способна дополнить стандартную КТ количественной оценкой внутритуморной пространственной неоднородности и в перспективе повысить точность дифференциальной диагностики опухолей костей.

Нуржабов А.И., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз, Узбекистан,

Ташкентский государственный медицинский университет

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОСТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Цель исследования. Изучить динамику заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований костей в Республике Узбекистан за период 2016–2024 гг., а также оценить их распределение по полу, возрасту, регионам и стадиям заболевания.

Материалы и методы. Проведен анализ официальных статистических данных о случаях злокачественных новообразований костей в Республике Узбекистан за 2016–2024 гг. Информация получена из отчетных форм онкологических учреждений по форме №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. При расчете показателей использовались данные о среднегодовой численности населения по регионам республики.

Результаты. За исследуемый период в Республике Узбекистан впервые выявлено 3116 случаев ЗНО костей, зарегистрировано 2141 смертельный случай. В среднем ежегодно регистрируется более 300 новых случаев заболевания и более 200 случаев смерти от ЗНО костей. В 2024 году зарегистрировано 325 новых случаев, что составило 1,1% от всех впервые выявленных злокачественных новообразований, и 216 случаев смерти — 1,4% от общей онкологической смертности. В структуре онкологической заболеваемости ЗНО костей занимали 22-е место, а в структуре смертности — 20-е место. В течение 2016–2024 гг. отмечалась тенденция к снижению как абсолютного числа заболевших, так и показателей заболеваемости и смертности на 100 000 населения. При этом показатели среди мужчин оставались несколько выше, чем среди женщин. В 2024 году заболеваемость составила 1,1 на 100 000 населения среди мужчин и 0,7 на 100 000 среди женщин, смертность — соответственно 0,7 и 0,4 на 100 000 населения. Выявлены выраженные региональные различия. В 2024 году наиболее высокий показатель заболеваемости отмечен в Джизакской области — 1,4 на 100 000 населения, городе Ташкенте — 1,2 и Ферганской области — 1,1. Наиболее низкие показатели зарегистрированы в Сырдарьинской области — 0,3, Кашкадарьинской — 0,6 и Наманганской — 0,7 на 100 000 населения. В целом по республике показатель заболеваемости снизился с 1,2 в 2016 году до 0,9 на 100 000 населения в 2024 году. Анализ возрастной структуры показал значительную долю пациентов молодого возраста. Наибольшее количество случаев среди обоих полов приходилось на возрастную группу 20–44 года. У мужчин эта группа составила 30,8%, у женщин — 29,7% от всех зарегистрированных случаев за исследуемый период. Положительная динамика отмечена в отношении стадии заболевания. Доля пациентов с I–II стадиями увеличилась с 53,1% в 2016 году до 67,1% в 2024 году, тогда как доля больных с III стадией снизилась с 36,2% до 19,1%.

Вывод. В Республике Узбекистан в 2016–2024 гг. отмечается тенденция к снижению заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований костей. Заболеваемость среди

мужчин несколько выше, чем среди женщин, при этом значительная доля пациентов приходится на возраст 20–44 года. Отмечается положительная динамика в отношении ранней диагностики: доля пациентов с I–II стадиями заболевания увеличилась, а распространенность III стадии снизилась. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования системы раннего выявления ЗНО костей, особенно среди лиц молодого возраста, а также проведения регионально ориентированных профилактических и диагностических мероприятий.

Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Узбекистан.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Актуальность. Первичные новообразования проксимального отдела бедренной кости составляют до 10% всех костных опухолей и характеризуются высокой агрессивностью. Проблема выбора оптимального метода реконструкции после радикальной резекции остается дискуссионной из-за высокого риска осложнений и необходимости восстановления биомеханики тазобедренного сустава в условиях дефицита мягких тканей.

Цель исследования. Оценить эффективность и онкологическую безопасность эндопротезирования при замещении пострезекционных дефектов проксимального отдела бедренной кости у пациентов с первичными опухолями и опухолеподобными заболеваниями.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 46 пациентов (29 мужчин, 17 женщин) в возрасте от 16 до 63 лет (средний возраст — 47 лет). В 86,9% случаев диагностированы злокачественные процессы (гигантоклеточная опухоль — 17, хондросаркома — 11, остеосаркома — 6 и др.). У 65,2% больных заболевание осложнилось патологическим переломом. Всем пациентам выполнена резекция проксимального отдела бедренной кости (объем от 5 до 25 см) с одномоментным или отсроченным эндопротезированием модульными системами (Aescular, SMR, Wagner Revision). Сроки наблюдения составили от 1 года до 19 лет.

Результаты. Органосохраняющий характер операции позволил активизировать пациентов на 3–4-е сутки после вмешательства. Функциональный результат по шкале MSTS через 6–24 месяца признан отличным у 25 (54,3%) и хорошим у 20 (43,4%) пациентов. Общая частота осложнений составила 17,3% (8 случаев), включая вывихи головки эндопротеза (8,6%), парапротезную инфекцию (6,5%) и асептическую нестабильность (2,2%). Локальный рецидив опухоли отмечен в 3 случаях (6,5%), что было ассоциировано с исходными патологическими переломами и диссеминацией процесса. Летальность, связанная с прогрессированием основного заболевания, составила 8,7%.

Заключение. Эндопротезирование проксимального отдела бедра является эффективным методом лечения, обеспечивающим восстановление опороспособности конечности у 97,7% больных. Тщательное предоперационное планирование с определением морфометрических параметров имплантата и использование компонентов с двойной мобильностью позволяют минимизировать специфические осложнения. Наличие патологического перелома является неблагоприятным прогностическим фактором, требующим расширения границ резекции для обеспечения онкологической радикальности.

Ключевые слова: онкоортопедия, проксимальный отдел бедренной кости, остеосаркома, резекция кости, модульное эндопротезирование, шкала MSTS.

Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Узбекистан.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ БЕДРА С МОДУЛЬНЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ КОЛЕННОГО СУСТАВА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Барот З.З., Дустов Х.С., Бобомуродов Ш.М.

Актуальность: Саркомы мягких тканей (СМТ) конечностей представляют собой сложную группу злокачественных новообразований (ЗНО), лечение которых требует комплексного и мультидисциплинарного подхода. При местно-распространённых опухолях нижней конечности основным методом локального контроля является хирургическое лечение. Современная концепция лечения направлена на выполнение радикальной органосохраняющей операции с сохранением функции конечности. При распространении опухолевого процесса на структуры, прилежащие к коленному суставу, одним из вариантов реконструктивного этапа лечения является эндопротезирование коленного сустава.

Цель: представить клинический случай успешного органосохраняющего лечения при СМТ бедра.

Материалы и методы: Пациент А. 31 года, СМТ нижней трети левого бедра, МКБ-10: С49.2, T3N0M0, III стадия. Диагноз верифицирован на основании КТ, МРТ и после открытой биопсии. Гистологическое заключение: №37398 от 29.12.2025г: Ангиосаркома мягких тканей. По результатам ИГХ №37398/25 от 26.02.2026г: морфологическая картина соответствовала Недифференцированной мелкокруглоклеточной саркоме, индекс пролиферативной активности Ki-67 - 42%. На этапе комплексного лечения пациент получил IV курса полихимиотерапии по схеме AI и дистанционную гамма-терапию в СОД-39Гр. После проведения неоадьювантного лечения пациент был подготовлен к хирургическому этапу.

Результаты: Выполнено органосохраняющее хирургическое вмешательство с удалением опухолевого образования в пределах здоровой зоны, откуда на 12, 3, 6, 9 часах взята биопсия на R₀ (края резекции) и реконструкцией поражённого сегмента конечности с эндопротезированием коленного сустава. Особую клинико-морфологическую значимость имели результаты послеоперационного морфологического исследования №41962 от 03.08.2026г. Выявлены остаточные клетки саркомы на фоне выраженного склероза и фиброза. Степень лечебного патоморфоза по системе TRG I степень, объём остаточной опухолевой ткани составил всего 3%. Все представленные края резекции интактны, что соответствует R₀-резекции. Пациент был выписан на 11-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по дальнейшей реабилитации и наблюдению по месту жительства.

Выводы: благодаря применению реконструктивной технологии удалось сохранить конечность и создать условия для последующего восстановления её опорной и двигательной функции. Применение комбинированного лечения, включающего химиотерапию, лучевую терапию и радикальное хирургическое удаление опухоли с эндопротезированием коленного сустава, адьювантная химиотерапия позволяет сохранить конечность и создать предпосылки для восстановления её функции. Эндопротезирование является важным компонентом реконструктивной онкохирургии при опухолевом поражении периартикулярной области и может рассматриваться как эффективная альтернатива калечащим операциям у тщательно отобранных пациентов.

Барот З.З., Дустов Х.С., Бобомуродов Ш.М.

Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр», МЗ СЗН Республика Таджикистан.

НМЦ «Шифобахш» МЗ СЗН Республика Таджикистан.

Государственное образовательное учреждение «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» Республика Таджикистан.

НОВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ Г. БОХТАРА ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдурахмонов Ю.Б., Караев И.И., Мирзоев М.Ш., Ахмадчонов Ч.А., Сотибольдиева О.И.

Аннотация

В статье представлены результаты работы Онкологического областного центра (ООЦ) г. Бохтара Хатлонской области по совершенствованию хирургических методов лечения злокачественных новообразований.

Рассматриваются современные принципы онкохирургии, этапы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов.

Приведён перечень выполненных в центре операций различной сложности, включая эвисцерации малого таза, операции Вертгейма, гемигепатэктомии, панкреатодуоденальные резекции и трансдиафрагмальные экстирпации пищевода.

Отмечается положительная динамика результатов лечения, повышение радикальности вмешательств, снижение осложнений и улучшение качества жизни пациентов.

Ключевые слова: онкохирургия, эвисцерация малого таза, операция Вертгейма, гемигепатэктомия, панкреатодуоденальная резекция, позадилонная внепузырная простатэктомия и трансдиафрагмальные экстирпации пищевода, хирургическое лечение, ООЦ г. Бохтар.

Введение

Онкологические заболевания остаются одной из ведущих причин смертности в мире и в Республике Таджикистан. Современная онкология располагает следующими методами лечения: **хирургический, химиотерапевтический, лучевой, гормональный, иммуно-, таргетный и генно-инженерный.**

Среди них **хирургическое лечение** остаётся основным и наиболее радикальным методом борьбы со злокачественными опухолями.

Цель онкохирургических операций — **полное удаление опухоли**, сохранение или восстановление функций поражённого органа, **предупреждение рецидивов** и повышение выживаемости пациентов.

Эффективность лечения обеспечивается **комплексным подходом**, включающим точную диагностику, радикальное хирургическое вмешательство и, при необходимости, последующую химио- и лучевую терапию.

Новые хирургические методы и опыт ООЦ г. Бохтар

Онкологический центр города Бохтар активно внедряет сложные и радикальные хирургические методики, что демонстрирует высокий уровень квалификации его специалистов. Ниже приведён перечень операций, отражающий спектр хирургических достижений центра.

1. Эвисцерация малого таза (15 случаев)

Показания: Местно-распространённый рак органов малого таза (матка, прямая кишка, мочевой пузырь), когда органосохраняющие операции невозможны.

Описание: Процедура включает радикальное удаление всех или большинства органов малого таза.

Задняя эвисцерация (12 случаев): Экстирпация матки с придатками и экстирпация прямой кишки.

Передняя эвисцерация (3 случая): Экстирпация матки с придатками и цистэктомия (формирование уростомы по Брикеру).

Послеоперационный уход: Строгий контроль жизненных функций, тщательное дренирование и адекватное обезболивание.

2. Расширенная экстирпация матки (Операция Вертгейма) (29 случаев)

Показания: Рак шейки матки.

Описание: Радикальная операция, включающая удаление матки, парацервикальных структур и обязательную регионарную лимфаденэктомию.

Послеоперационный уход: Интенсивный мониторинг, направленный на профилактику тромбоэмболических и инфекционных осложнений.

3. Позадилонная внепузырная простатэктомия (8 случаев)

Показания: Рак и аденома предстательной железы. В ООЦ в одном случае выполнена радикальная операция при раке простаты, в остальных — при аденоме.

Описание: Удаление предстательной железы и, при необходимости, регионарных лимфоузлов через доступ в позадилонном пространстве, вне мочевого пузыря.

Послеоперационный уход: Активное наблюдение за восстановлением функции мочевого пузыря и профилактика инфекции мочевыводящих путей.

4. Гемигепатэктомия (право- и левосторонняя) (5 случаев)

Показания: Первичные или метастатические опухоли печени.

Описание: Резекция правой или левой доли печени. Требуется высочайшей точности в выделении сосудисто-секреторных структур и безупречного гемостаза.

Послеоперационный уход: Мониторинг функции печени и контроль за возможной кровопотерей.

5. Панкреатодуоденальная резекция - ПДР (операция Уиппла) (2 случая)

Показания: Опухоли головки поджелудочной железы, дистального отдела общего желчного протока или фатерова сосочка.

Описание: Одна из самых сложных операций в абдоминальной хирургии. Включает резекцию опухоли с частью поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишкой, желчным пузырем и последующей сложной реконструкцией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Послеоперационный уход: Пристальный контроль функции поджелудочной железы, ЖКТ и профилактика панкреатических свищей.

6. Трансдиафрагмальная экстирпация пищевода (Операция Марка Б. Орингера) (4 случая)

Показания: Рак пищевода, локализованный в нижней и средней трети.

Описание: Инновационная операция, при которой экстирпация пищевода проводится с доступом через диафрагму, что минимизирует травматичность. После удаления поражённого участка проводится реконструкция пищевода.

Послеоперационный уход: Интенсивный контроль дыхательной функции, раннее начало энтерального питания через назогастральный зонд.

Заключение

Онкологическая хирургия в ООЦ г. Бохтара достигла нового уровня развития, что подтверждается выполнением широкого спектра сложных и высокотехнологичных операций.

Радикальные вмешательства в сочетании с современными методами химио- и лучевой терапии позволяют повышать качество и продолжительность жизни онкологических больных.

Продолжающееся совершенствование хирургических технологий, междисциплинарное взаимодействие и системная реабилитация пациентов являются залогом дальнейших успехов в лечении онкологических заболеваний в Хатлонской области.

Литература

1. Давыдов М.И., Поляков А.Н. *Онкология: национальное руководство*. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.

2. Блохин Н.Н. *Современные направления в онкохирургии*. — М.: Медицина, 2021.

3. NCCN Guidelines Version 2.2025 — *Oncology Clinical Practice Guidelines*.

4. WHO Cancer Surgery Report, Geneva, 2024.

5. Материалы Онкологического областного центра г. Бохтара, 2020–2026 гг.

Абдурахмонов Ю.Б., Караев И.И., Мирзоев М.Ш., Ахмадчинов Ч.А., Сотiboldиева

О.И.

Областной онкологический центр г.Бохтар, Хатлонский область.

ГЕНЕАЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА И РАК: ОТ БИОЛОГИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ К САМОПОЗНАНИЮ И МЕЖПОКОЛЕНЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Комилов Д.Р.

Аннотация: В тезисе рак рассматривается на пересечении философской антропологии, генетики, онкологии и биоэтики. В рамках исследования предлагается авторская философско-генеалогическая модель онкологического заболевания, связывающая биологическое наследие, клеточные изменения, экосистему опухоли, социальную среду, смысл и человеческую ответственность. Генеалогия понимается как анализ происхождения, трансформации, осмысления и критической оценки полученных человеком условий. Научная новизна заключается в интеграции указанных измерений в шестичленную модель «ген - клетка - экосистема опухоли - социальная среда - смысл - ответственность» и в переходе от человека как «наследника риска» к человеку как субъекту формирования ответственного наследия.

Ключевые слова: генеалогия человека, рак, биологическое наследие, ген, клетка, экосистема опухоли, самопознание, биоэтика, генеалогическая совесть, человеческое достоинство, межпоколенческая ответственность.

Тезис: Рак представляет собой не только биологическую реальность, но и проблему человеческого бытия, самопознания, выбора и ответственности. В книге «Чанбахои фалсафии илми “Саратоншиносӣ”» подчёркивается: «Рак является многополюсной научной, философской, социальной и духовной проблемой» [1, с. 4; пер. автора]. Такая формулировка максимально близко воспроизводит исходное таджикское определение «мушкилоти бисёркутбаи илмӣ, фалсафӣ, иҷтимоӣ ва маънавӣ». Поэтому сведение рака исключительно к нарушению клеточных механизмов недостаточно: заболевание затрагивает телесность, самопонимание, семейные отношения, социальную среду и отношение человека к будущему.

Предлагаемая философско-генеалогическая модель не является клинической классификацией. В данном исследовании генеалогия означает анализ происхождения, изменения и осмысления условий, с которыми человек сталкивается, а также их последующую критическую оценку. При этом необходимо различать наследственность как механизм биологической передачи и наследие как совокупность знаний, ценностей, норм и практик, передаваемых между поколениями.

В онкологии принципиально важно также разграничивать участие генетических изменений в возникновении заболевания и наследственную предрасположенность к нему. Генетические изменения могут возникать в соматических клетках в течение жизни, тогда как в части случаев повышенный риск связан с наследуемыми вариантами. Отсюда следует философски значимый вывод: наследственная предрасположенность не тождественна судьбе, а риск не является неизбежным приговором болезни.

Рак представляет собой динамически изменяющийся процесс. Гетерогенность опухоли, генетические и эпигенетические изменения, метастазирование и формирование устойчивости к лечению свидетельствуют о сложности её клеточной истории. Современные исследования подтверждают роль эпигеномной гетерогенности в эволюции опухоли, разнообразие эволюционных путей метастазирования и динамический характер приобретённой терапевтической устойчивости.

Однако опухолевая клетка существует внутри системы биологических отношений. Поэтому экосистема опухоли используется здесь как аналитическая категория, включающая опухолевое микроокружение, иммунные механизмы, сосудистую сеть, микробиом и межклеточные взаимодействия.

На этой основе в рамках исследования выделяются шесть взаимосвязанных аналитических уровней, не образующих линейной цепи причин: ГЕН - КЛЕТКА - ЭКОСИСТЕМА ОПУХОЛИ - СОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА - СМЫСЛ - ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.

В данной модели ген обозначает уровень наследственных предпосылок и биологического риска; клетка - уровень соматических и эпигенетических изменений; экосистема опухоли - систему внутренних биологических взаимодействий; социальная среда - условия жизни и доступ к медицинской помощи; смысл - личностное переживание болезни, её интерпретацию и

переосмысление жизненных ориентиров; ответственность - личное, профессиональное, семейное и межпоколенческое отношение к знанию, выбору и заботе.

Именно при переходе от биологической информации к человеческому самопониманию возникает собственно философская проблема. В книге «Асабшиносй» сформулирован принцип: «Наука является наукой лишь тогда, когда превращает знание в смысл, информацию - в понимание, а понимание - в совесть» [2, с. 3; пер. автора]. Сам текст этого положения находится на третьей странице электронной версии книги. Применительно к онкологии это означает, что медицинская и генетическая информация приобретает гуманистическое значение тогда, когда способствует обоснованному решению, корректному пониманию вероятностного характера риска, защите достоинства и заботе о пациенте.

Генетическая информация имеет особое генеалогическое измерение, поскольку в определённых случаях её значение выходит за пределы одного человека и может затрагивать биологически родственных лиц. Отсюда возникают вопросы информированного согласия, конфиденциальности, автономии пациента, принципов права знать и права не знать, а также совместного принятия решений врачом и пациентом. Вместе с тем онкологический диагноз характеризует состояние человека, но не исчерпывает его личность и человеческое достоинство. Важным элементом концепции является различие генеалогической и межпоколенческой ответственности. Первая обращена к критическому осмыслению того, что человек получает из прошлого, вторая - к содержанию того, что посредством знаний, решений и социальных практик передаётся будущему. Это различие непосредственно заложено в концепции «Генеалогии человека».

В данном контексте используется авторское понятие «генеалогическая совесть» - способность человека осознавать происхождение полученных условий, критически оценивать их и формировать ответственное отношение к наследию. Её нормативными ориентирами выступают обоснованность знания, человеческое достоинство и справедливость. Поэтому генеалогическая совесть не предполагает поиска «наследственной вины» и препятствует превращению биологической наследственности в основание морального обвинения.

Принцип междисциплинарного осмысления человека имеет историко-философские параллели. В монографии «Авиценноведение в Таджикистане в XX и начале XXI вв.» подчёркивается: «Учение Абуали ибн Сина - разносторонне и тесно связано как с естественными, так и с социо-гуманитарными науками» [3, с. 5]. Этот принцип созвучен предлагаемому подходу: современное понимание онкологического заболевания требует одновременно биологического объяснения и философского анализа смысла, выбора и достоинства.

Таким образом, человеку передаются не только биологические предпосылки. Он сам участвует в формировании интеллектуального, нравственного и социального наследия - знаний, культуры здоровья, норм заботы и отношения к больному человеку. Поэтому центральный переход настоящего тезиса можно определить как движение от человека - «наследника риска» к человеку - субъекту формирования ответственного наследия.

Заключение: Философско-генеалогический анализ рака показывает, что человека нельзя редуцировать к гену, клетке или медицинскому диагнозу. Он одновременно является наследником биологических предпосылок, субъектом самопознания и участником формирования наследия, передаваемого будущим поколениям. Следовательно, философия рака должна быть не философией страха, фатализма и вины, а философией знания, человеческого достоинства, заботы, справедливости и ответственности. Человек не только наследует условия прошлого, но и формирует то наследие знания, заботы и ответственности, которое будет передано будущему.

Комилов Далер Рустамович, дотсент.

Литература

1. Муродзода А. И., Комилов Д. Р. Чанбаҳои фалсафии илми «Саратоншиносй» [Философские аспекты науки об онкологии]: руководство для специалистов сферы здравоохранения. – Душанбе: ЧДММ «Хирадмандон», 2025. – 110 с.
2. Комилов Д. Р., Муродзода А. И. Асабшиносй [Нейронаука]. – Душанбе, 2026. – 216 с.

3. Комилов Д. Р. Авиценноведение в Таджикистане в XX и начале XXI вв. / под ред. С. А. Ахмедова. – Душанбе, 2020. – 127 с.
4. Комилов Д. Р. Генеалогияи инсон: фалсафаи пайдоиш, худшиносӣ, мерос ва масъулияти инсон [Генеалогия человека: философия происхождения, самопознания, наследия и ответственности человека]: научная монография. – Душанбе, 2026. – 219 с.
5. Laisné M., Lupien M., Vallot C. Epigenomic heterogeneity as a source of tumour evolution // Nature Reviews Cancer. – 2025. – Vol. 25. – P. 7–26.
6. Naxerova K. Evolutionary paths towards metastasis // Nature Reviews Cancer. – 2025. – Vol. 25. – P. 545–560.
7. Soragni A., Knudsen E. S., O'Connor T. N. et al. Acquired resistance in cancer: towards targeted therapeutic strategies // Nature Reviews Cancer. – 2025. – Vol. 25. – P. 613–633.

КОМИЛОВ ДАЛЕР РУСТАМОВИЧ, кандидат философских наук, доцент, заведующий кафедрой истории и межкультурных связей Таджикского международного университета иностранных языков имени Сотима Улугзода

МАСЪУЛИЯТИ АХЛОҚИИ ТАБИБ ДАР ОШКОРСОЗӢ ВА МАҲДУДСОЗИИ ҲАҚИҚАТИ БЕМОР

Комилов Д.Р.

АННОТАТСИЯ: Дар тезис масъалаи масъулияти ахлоқии табиб ҳангоми ошкорсозӣ, марҳилабандӣ ё маҳдудсозии иттилооти клиникӣ аз мавқеи фалсафаи тиб, биоэтика ва вичдоншиносӣ таҳлил мегардад. Асоснок карда мешавад, ки ҳақиқати беморӣ танҳо маълумоти ташхисӣ набуда, ба автономия, ҳолати равонӣ, умед, шаъну шараф ва интиҳоби минбаъдаи бемор таъсир мерасонад. Фарқи байни пинҳонсозӣ, ошкорсозии марҳилавӣ, ҳуқуқ ба надоништан, сирри тиббӣ ва таъхири истисноии иттилоот муайян карда мешавад. Мафҳумҳои «вичдони тиббӣ», «осеби иттилоотӣ» ва модели «табиб ҳамчун муҳофизи маъно» ҳамчун воситаҳои таҳлили масъулияти клиникӣ пешниҳод мегарданд. Хулоса мешавад, ки меъёри ахлоқӣ расонидани ҳақиқати боэтимод бо эҳтироми автономия, қобилияти дарк, ҳолати равонӣ ва шаъну шарафи бемор мебошад.

Калидвожаҳо: ахлоқи тиббӣ, биоэтика, вичдони тиббӣ, ҳақиқати клиникӣ, автономияи бемор, ҳуқуқ ба надоништан, ризоияти огоҳона, осеби иттилоотӣ, саратоншиносӣ, зеҳни сунъӣ.

МАТНИ ТЕЗИС

Асри XXI бо рушди тибби дақиқ, рақамисозӣ ва зеҳни сунъӣ имконияти шинохти бемориро васеъ кардааст, аммо ҳамзамон саволи амиқи ахлоқиро пеш мегузорад: табиб ҳақиқати вазнини клиникиро ба бемор чӣ гуна бояд расонад?

Масъала танҳо «гуфтан ё нагуфтан» нест. Дар амал ташхис метавонад нисбатан муайян бошад, аммо пешгӯӣ эҳтимолӣ; бемор метавонад тамоми ҳақиқатро талаб кунад, дар ҳоле ки оила хоҳиши пинҳон кардани онро дошта бошад; ё худ бемор метавонад қисми маълумотро надоништан хоҳад. Аз ин рӯ, объекти таҳқиқ муносибати ахлоқии табибу бемор ҳангоми мубодилаи иттилооти клиникӣ буда, предмети он меъёрҳои ахлоқӣ ва вичдоншиносии ошкорсозӣ, таъхир ва маҳдудсозии ҳақиқати беморӣ мебошад.

Мақсади таҳқиқ муайян намудани ҳудуди ахлоқии ошкорсозӣ ва маҳдудсозии иттилооти тиббӣ ва пешниҳод намудани модели инсонгароёнаи қароргирӣ мебошад. Таҳқиқ хусусияти назариявӣ-концептуалӣ дошта, аз усулҳои фалсафӣ, герменевтикӣ, биоэтикӣ, муқоисавӣ, меъёрӣ-ҳуқуқӣ ва таҳлили клиникӣ истифода мебарад.

Фарзияи асосӣ чунин аст: пинҳонсозии доимии маълумоти муҳим аз бемори болиғи дорои қобилияти қароргирӣ ва хоҳишманди гирифтани иттилоот набояд ба меъёри умумии тиб таъдил ёбад; дар айни замон ҳақиқат низ набояд бераҳмона, яқбора ва бидуни дарназардошти ҳолати шахс расонида шавад.

Дар ин таҳқиқ мафҳуми вичдони тиббӣ ҳамчун қобилияти табиб барои пайвастании дониши клиникӣ бо ростқавлӣ, ҳамдардӣ, масъулият, автономия ва эҳтироми шаъну шарафи бемор фаҳмида мешавад. Вичдоншиносӣ чойгузини биоэтика, деонтология ё *ethics of care* нест; он сатҳи

масъулияти шахсии табибро дар вазъияте ошкор менамояд, ки протокол, қонун, манфиати бемор ва ҳолати воқеии ӯ бо ҳам бармехӯранд.

Дар ин ҷо бояд байни чанд мафҳум фарқ гузошт. Сирри тиббӣ ҳифзи маълумоти бемор аз шахсони сеюм мебошад. Ҳуқуқ ба надоништан интихоби ҳуди бемор барои нагирифтани қисми иттилоот аст. Ошкорсозии марҳилавӣ расонидани маълумот мувофиқи хоҳиш ва қобилияти дарки бемор мебошад. Аммо пинҳонсозӣ қасдан маҳрум намудани бемори қобили қарор аз иттилооти барои интихоби ӯ муҳим аст.

Эъломияи Лиссабони Ассотсиатсияи ҷаҳонии тиббӣ ҳуқуқи беморро ба маълумот эътироф намуда, ҳамзамон ҳуқуқи ӯро барои бо дархости ошкоро нагирифтани баъзе иттилоот ва интихоби шахсе, ки маълумот ба ӯ дода шавад, қабул мекунад. Он танҳо дар ҳолати мавҷуд будани асоси ҷиддӣ барои хавф ба ҳаёт ё саломатии бемор истисноӣ маҳдудро пешбинӣ менамояд.

Аз ин ҷо мафҳуми маҳдудсозии истисноии терапевтӣ ба миён меояд. Ва он набояд ба иҷозати умумӣ барои пинҳон кардани ташҳис таъдил ёбад. Дастури ахлоқии АМА таъкид мекунад, ки иттилоотро метавон мувофиқи хоҳиш ва қобилияти қабули бемор марҳилавӣ расонд, аммо таъхири иттилоот бояд истисноӣ, муваққатӣ, асоснок ва дорои нақшаи бозгашт ба ошкорсозӣ бошад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон низ масъала дорои заминаи мустақими ҳуқуқӣ мебошад. Кодекси тандурустӣ ҳуқуқи шахрвандро ба гирифтани маълумоти зарурӣ оид ба вазъи саломатӣ муқаррар карда, ҳамзамон пешбинӣ мекунад, ки агар маълумот ба бемор таъсири ҷиддӣ расонида тавонад, он метавонад маҳфӣ нигоҳ дошта шавад. Кодекси амалкунанда тағйироти то 17 июни соли 2026-ро дар бар мегирад.

Аммо аз нигоҳи биоэтикӣ мафҳуми «таъсири ҷиддӣ» набояд бо ҳар гуна тарс, гиря ё изтиробии табиӣ бемор баробар карда шавад. Дар акси ҳол истисно метавонад ба патернализми доимӣ таъдил ёбад. Аз ин рӯ, пеш аз маҳдудсозии иттилоот бояд қобилияти қароргирии бемор, хавфи воқеии зарар, хоҳиши ҳуди ӯ ва имкони истифодаи дастгирии равонӣ арзёбӣ карда шавад.

Мафҳуми осеби иттилоотӣ дар ҳамин замина аҳаммият пайдо мекунад. Осеби иттилоотӣ зарарест, ки на аз ҳуди ташҳис, балки аз вақт, шакл, забон, қатъият ё бераҳмӣ расонидани маълумот ба вучуд меояд. Ҳамин тавр, ростқавлӣ танҳо гуфтани маълумот нест; тарзи расонидани он низ масъулияти ахлоқӣ дорад.

Ин масъала махсусан дар саратоншиносӣ ҳассос мебошад. Дар ин соҳа бояд байни ташҳиси аввалия, бозгашти беморӣ, пешрафти беморӣ, пешгӯии умр ва гузариш ба ёрии паллиативӣ фарқ гузошт. Дастури навшудаи ASCO аз 10 март соли 2026 тавсия медиҳад, ки маълумоти ташҳисӣ ва пешгӯӣ ба ниёзҳои бемор мутобиқ карда шуда, ҳолати эҳсосӣ, омодагӣ ба гирифтани иттилоот, ҳадафҳои таъбиат ва иштироки шабакаи дастгирии ӯ ба назар гирифта шаванд.

Дар ҳамин ҷо фарқи ҳақиқати оморӣ ва пешгӯии инфиродӣ низ муҳим аст. Нишондиҳандаи омории зиндамонӣ ба гурӯҳи беморон тааллуқ дорад ва наметавонад безҳатиётона ба як шахси мушаххас ҳамчун муҳлати қатъии зиндагӣ пешниҳод карда шавад. Эътирофи номуайяний қисми ростқавли касбии табиб мебошад.

Табиб ҳамчунин бояд байни умеди воқеӣ ва умеди бардурӯғ фарқ гузорад. Агар имкони шифои комил маҳдуд гардад, умед метавонад ба назорати беморӣ, сабуксозии дард, нигоҳдории сифати зиндагӣ, ҳузури наздикон ва интихоби бошуурокаи бемор равона карда шавад. Ахлоқи тиб талаб намекунад, ки барои ҳифзи умед воқеият таҳриф шавад.

Нақши оила низ муҳим аст. Дар муҳити оиламехвар ҳешовандон қисми низоми дастгирии бемор мебошанд, аммо агар бемори болиғ қобилияти қароргирӣ дошта бошад, оила набояд худкорона ҷойгузини иродаи ӯ гардад. Автономияи муносибатӣ имкон медиҳад, ки аҳаммияти оила ва фарҳанг эътироф гардад, аммо интихоби ҳуди бемор дар марказ боқӣ монад.

Ҳамин равиш мафҳуми шаъну шарафи инсон-ро мушаххас мекунад: бемор набояд танҳо ҳамчун ташҳис, рақам ё объекти идоракунии клиникӣ дида шавад. Шаъну шараф маънои эътирофи ӯ ҳамчун субъекти дорои ҳуқуқ, арзиш, интихоби шахсӣ ва қобилияти маънодоод кардани зиндагии худ мебошад. Этимоди тиббӣ низ аз салоҳият, ростқавлӣ, шаффофият ва эҳтиром ба ҳамин субъект ба вучуд меояд.

Дар таҳқиқ модели «табиб ҳамчун муҳофизи маъно» пешниҳод мегардад. Ин мафҳум истиораи адабӣ нест. Он чор вазифаро ифода мекунад: табиб ҳамчун донандаи ҳақиқати клиникӣ; ҳамчун тарҷумони забони тиб ба забони фаҳмои инсон; ҳамчун ҳомии шаъну шараф; ва ҳамчун шарикӣ бемор дар қабули қарор. Яъне табиб маъноӣ зиндагии беморро муайян намекунад, балки қобилияти ҳуди беморро барои интихоби маънодор ҳифз менамояд.

Дар асри зеҳни сунъӣ масъала боз ҳам мураккабтар мегардад. Алгоритм метавонад ташҳис ё эҳтимоли пешгӯиро ҳисоб кунад, аммо хатоҳои интихоби маълумот, ғарзнокӣ алгоритмӣ, фаҳмондашавандагӣ ва номуайянии натиҷаҳо талаб мекунанд, ки назорати инсонӣ нигоҳ дошта шавад. Созмони ҷаҳонии тандурустӣ ҳифзи автономия, шаффофият, фаҳмопазирӣ, амният ва ҷавобгариро аз принципҳои асосии истифодаи АИ дар тандурустӣ медонад.

Аз ин рӯ, зеҳни сунъӣ метавонад воситаи муайянсозии иттилоот бошад, аммо набояд мустақилона соҳиби салоҳияти ахлоқии расонидани хабарҳои сарнавиштсоз гардад.

НАВГОНИИ ИЛМӢ ВА НАТИҶАҲО

Дар доираи таҳқиқи мазкур:

фарқи байни пинҳонсозӣ, ошкорсозии марҳилавӣ, ҳуқуқ ба надониш ва сирри тиббӣ мушаххас карда шуд;

«вичдони тиббӣ» ҳамчун категорияи масъулияти шахсии табиб таъриф гардид;

мафҳуми «осеби иттилоотӣ» барои арзёбии зарари тарзи расонидани ҳақиқат истифода шуд;

модели «табиб ҳамчун муҳофизи маъно» пешниҳод гардид;

зарурати фарқгузори пешгӯии оморӣ аз пешгӯии инфиродӣ ва нигоҳ доштани назорати инсонӣ бар қарорҳои алгоритмӣ асоснок карда шуд.

Меъёри мухтасари амалиро метавон чунин ифода намуд:

ҳақиқати бозътимод - арзёбии қобилияти бемор - муайян кардани хоҳиши ӯ ба иттилоот - дарназардошти ҳолати равонӣ ва оила - расонидани марҳилавии маълумот - дастгирии равонӣ - қарори муштарак ва бознигарӣ. Ин модели ахлоқии қароргирӣ мебошад.

ХУЛОСА

Масъалаи ошкорсозӣ ва маҳдудсозии ҳақиқати беморӣ на танҳо масъалаи иттилоот, балки масъалаи автономия, вичдон, шаъну шараф ва эътимоди инсон мебошад. Пинҳонсозии ҳақиқат набояд ба меъёри умумӣ табдил ёбад; ҳамзамон ошкорсозӣ низ набояд ба интиқоли механикӣ ва бераҳмонаи маълумот фуру бурда шавад.

Меъёри ахлоқӣ дар ростқавлии инсонгароёна ифода меёбад: ҳақиқат бояд дуруст, фаҳмо, марҳилавӣ ва мутобиқ ба қобилияти дарк ва хоҳиши бемор расонида шавад. Таъхири иттилоот танҳо ҳамчун истисноӣ муваққатӣ, асоснок ва бознигариишаванда қобили баррасӣ мебошад.

Аз ин рӯ, табиби асри ХХI на танҳо соҳиби технология ва дониш, балки миёнарави масъул байни ҳақиқати илмӣ ва ҷаҳони маънавии бемор мебошад. Ояндаи тиб аз тавозуни илм ва вичдон вобаста аст: ҳақиқат бе бераҳмӣ, умед бе дурӯғ ва технология бе азбайнбурдани инсон.

Комилов Далер Рустамович - номзоди илмҳои фалсафа, дотсент, мудири кафедраи таърих ва робитаҳои байнифарҳангии Донишгоҳи байналмилалӣ забонҳои хориҷии Тоҷикистон ба номи Сотим Улуғзода.

СОҲИБИХТИЁРИИ ОЯНДА ДАР ЗИНДАГИИ БАӢДИ ТАБОБАТИ САРАТОН: ФЕНОМЕНОЛОГИЯИ ЧИСМ, ХАВФ, ҲУВИЯТ ВА УҒУҚИ ИМКОНИЯТ

Комилов Д.Р., Чалилов С.

Аннотатсия: Дар тезис таҷрибаи инсон баъд аз марҳилаи асосии табобати саратон ҳамчун масъалаи мустақили феноменологияи ҷисм, герменевтикаи ҳувиёт, фалсафаи вақт ва биоэтика таҳлил мегардад. Масъалаи асосӣ на танҳо зинда мондани биологӣ ё назорати клиникӣ беморӣ, балки нигоҳ доштани мақоми инсон ҳамчун субъекти маънодеҳанда, интихобкунанда ва амалкунанда дар шароити номуайянии минбаъда мебошад. Дар доираи таҳқиқ модели концептуалии «ҷисм - хавф - ҳувиёт - оянда» пешниҳод мешавад, ки дар он қобилияти амал унсури пайванддиханда буда, «соҳибхтиёрӣ оянда» сифати муносибати инсон бо тамоми ин сохторро ифода менамояд. Соҳибхтиёрӣ оянда қобилияти инсон барои нигоҳ доштани мақоми субъект дар маънидод, тарҳрезӣ ва амал нисбат ба зиндагии минбаъда, дар ҳузури номуайянии клиникӣ ва

махдудиятҳои воқеии ҷисмонӣ, иҷтимоӣ ва иқтисодӣ, муайян карда мешавад. Навовариҳои концептуалӣ дар муттаҳид кардани онҳо дар як сохтори ягонаи таҳлил ва баррасии оянда уфуқи бисёримкониятӣ, на ҳамчун идомаи яксенариявии таҳлиси гузашта, ифода меёбад.

Калидвожаҳо: саратон, survivorship, соҳибхитиёрии оянда, ҷисми зиндагӣшуда, хавф, ҳувияти ривоятӣ, қобилияти амал, бисёримкониятии оянда, шаъну шараф, автономияи муносибатӣ, биоэтика.

Тезис: Мафҳуми байналмилалӣ cancer survivorship аз ҳуди лаҳзаи таҳлис оғоз шуда, одамони ҳам бо саратон зиндагидошта ва ҳам аз бемории фаъол озодбударо дар бар мегирад. Ҳамзамон ин мафҳум таҷрибаҳо ва мушкilotи ҷисмонӣ, равонӣ, иҷтимоӣ ва иқтисодиро низ фаро мегирад. Аммо модели мазкур ҳудуди тангтар дорад, ки он пеш аз ҳама ба таҷрибаи инсонҳое дахл мекунад, ки марҳилаи асосии табобатро гузашта, дар назорати минбаъда ё дигар вазъияти баъдитабобатӣ қарор доранд.

Ин маҳдудсозӣ муҳим аст, зеро таҷрибаи шахси дорои бемории барвақт ва пешомади нисбатан мусоид бо таҷрибаи шахси дорои хавфи баланди бозгашт, бемории музмин ё прогрессивӣ яқсон нест. Аз ин рӯ, модели пешниҳодшаванда тавсифи умумии ҳамаи беморони саратон ҷаҳорҷӯбаи умумии фалсафӣ мебошад, ки дараҷа ва шакли таъбиқи он бояд вобаста ба вазъи клиникӣ, навъи беморӣ, табобат ва шароити зиндагӣ тафовут дошта бошад.

Дар асари «Ҷанбаҳои фалсафии илми “Саратоншиносӣ”» низ саратон аз ҳудуди воқеияти сирф биологӣ берун бароварда шуда, масъалаи илмӣ, фалсафӣ, иҷтимоӣ ва маънавӣ таҳлил мешавад. Аз ин замина саволи асосӣ ба миён меояд: вақте беморӣ дигар тамоми фазои ҷисмро ишғол намекунад, оё метавонад тамоми фазои ояндаро ишғол намояд?

Объекти таҳқиқ таҷрибаи зиндагии инсон баъд аз марҳилаи асосии табobati саратон мебошад.

Предмети таҳқиқ муносибати мутақобили ҷисми зиндагӣшуда, хавфи бозгашт, ҳудфаҳмии шахс, сохтори вақт ва қобилияти маънодеҳӣ, тарҳрезӣ ва амал нисбат ба оянда мебошад.

Ҳадафи таҳқиқ асоснок кардани модели концептуалие, ки имкон медиҳад байни хавфи воқеии клиникӣ ва ба принсипи бартаридоштаи тафсири тамоми зиндагии минбаъда табдил ёфтани хавф фарқ гузошта шуда, соҳибхитиёрии оянда ҳамчун шакли маҳдуд, муносибатӣ ва шароитманди субъектият тавзеҳ дода шавад.

Методология ва заминаи фалсафӣ: Таҳқиқ ба ҳамгироии феноменология, герменевтика, фалсафаи вақт, таҳлили концептуалӣ, биоэтика ва равиши имкониятҳо таъяс менамояд.

Аз Морис Мерло-Понти мафҳуми ҷисми зиндагӣшуда гирифта мешавад: ҷисм барои инсон танҳо объектӣ мушоҳида ё табобат нест, балки шартӣ ибтидоии ҳузури ӯ дар ҷаҳон мебошад. Аз Пол Рикёр мафҳуми *ҳувияти ривоятӣ* гирифта мешавад, ки мутабиқи он шахс ҳудро тавассути пайванди рӯйдодҳои зиндагӣ ба як ривояти маънодор мефаҳмад. Аз Мартин Хайдеггер фаҳмиши оянда ҳамчун уфуқи имконият аҳаммият пайдо мекунад. Инсон бо он имкониятҳое, ки ба сӯи онҳо зиндагӣ мекунад. Аммо модели пешниҳодшаванда ба тақрори ин мафҳумҳо маҳдуд намешавад. Масъалаи он маҳз дар нуқтаи буриши ҷисми тағйирёфта, хавфи клиникӣ, ривояти шахсӣ ва қобилияти нигоҳ доштани ояндаи бисёримкониятӣ қарор дорад. Дар назарияи Амартя Сен ва Марта Нуссбаум барои фарқгузорӣ байни озодии номиналӣ ва имконияти воқеии амал аҳаммият дорад: доштани интиҳоби назариявӣ ҳанӯз маънои доштани имконияти воқеии амалро надорад. Дар баробари ин, равиши автономияи муносибатӣ нишон медиҳад, ки субъектият дар ҳолигӣ ташаккул намеёбад; оила, муносибатҳои иҷтимоӣ, захираҳо ва институтҳо метавонанд озодии инсонро васеъ ё маҳдуд созанд. Дар тамоми ин таҳқиқ танҳо як таъриф истифода мешавад. Соҳибхитиёрии оянда, қобилияти инсон барои нигоҳ доштани мақоми субъекти маънодеҳанда, интиҳобкунанда ва амалкунанда дар маънидод, тарҳрезӣ ва амал нисбат ба зиндагии минбаъда, дар шароити номуайянии клиникӣ ва маҳдудиятҳои воқеии ҷисмонӣ, муносибатӣ, иҷтимоӣ ва иқтисодӣ мебошад. Ин мафҳум бо автономия бештар ба худмуайянкунӣ ва қарор дахл дорад, бо қобилияти амал танҳо яке аз унсурҳои он мебошад. Инсон «барқароршавии қаҳрамонона»-ро талаб намекунад. Бо умед яқсон нест, зеро ҳатто дар набудани хушбинии зиёд субъектият метавонад нигоҳ дошта шавад, бо future orientation баробар нест, зеро танҳо фикр қардан ё нақша кашидан ба оянда кофӣ нест. Ва бо ҳувияти ривоятӣ низ яқсон нест, зеро соҳибхитиёрии оянда

ғайр аз худфаҳмӣ имкони воқеии амалро низ дар бар мегирад. Пас соҳибхитиёри маъноӣ ҳукмронӣ бар натиҷаи беморӣ надорад. Маъноӣ аз даст надодани мақоми субъект дар назди натиҷае мебошад.

Қисми баъди табобат метавонад дорои доғ, ҳастагӣ, тағйири функсия, осори табобат ё ҳассосияти нав нисбат ба ҳар аломати бадан бошад. Дар ин ҳолат ҳисм се вақтро ба ҳам мепайвандад. Гузаштаре хотираи беморӣ, ҳозираре таҷрибаи зиндагӣшуда ва ояндаре ҳамчун имкони ҳавф ё имкони зиндагӣ. Аз ҳамин рӯ, ҳисм на танҳо миёнарави ҳавф аст; он қисми ҳувият мебошад. Тағйири ҳисм метавонад ривояти инсонро дар бораи кӣ буданаш дигар кунад, ва тағйири ривоят, баръакс, метавонад тарзи таҷрибаи ҳамин ҳисмро дигар созад. Муносибати ҳисм - ҳавф - ҳувият - оянда, бинобар ин, ҳаттӣ нест. Мутақобил, бозгаштпазир ва динамики мебошад. Ҳисм ҳавфро эҳсосшаванда мекунад, ҳавф ба худфаҳмӣ таъсир мерасонад, ҳувият тарзи тасаввури ояндаре тағйир медиҳад, аммо тасаввури оянда низ метавонад тарзи фаҳмидани ҳисм ва ҷойгоҳи бемориро дар биография аз нав созад.

Се падида бояд аз ҳам қатъиян ҷудо карда шаванд. Ҳавфи клиникӣ эҳтимоли тиббии бозгашт ё пешрафти беморӣ мебошад. Тарси бозгашт таҷрибаи равонӣ ва субъективии инсон нисбат ба ин эҳтимол аст. Таҳқиқоти систематикӣ соли 2025 низ нишон медиҳад, ки тарси бозгашт метавонад дар гурӯҳҳои гуногуни зиндамондагон назаррас бошад ва бо саломатии равонӣ ва сифати зиндагӣ робита дошта бошад. Аммо ишғоли маъноӣ оянда аз ҷониби ҳавф категорияи феноменологию герменевтикӣ мебошад, ки вазъиятеро ифода мекунад, ки дар он ҳавф аз як воқеияти муҳими тиббӣ ба меъёри бартаридоштаи тафсири тамоми оянда табдил меёбад. Пас на ҳар фикр дар бораи бозгашт ва на ҳар назорати тиббӣ «ишғол» мебошад. Ишғол танҳо он вақт оғоз меёбад, ки ҳавф ба таври номутаносиб уфуқҳои дигари маъно, нақша ва худфаҳмиро маҳдуд созад. Ҳушёрӣ тиббӣ воқеиятро эътироф мекунад; ишғоли маъноӣ воқеиятро ба ягона забони оянда табдил медиҳад.

Таҳлили саратон метавонад қисми муҳими биография гардад, вале аз ин худ аз худ барнамеояд, ки он бояд қисми марказии ҳувият то охири зиндагӣ боқӣ монад. Аз тарафи дигар, барои баъзе шахсон маҳз ҳувияти *survivor* метавонад манбаи ҳамбастагӣ, неру ва маъно бошад. Аз ин рӯ, фалсафа набояд аз инсон талаб кунад, ки ҳатман аз ҳувияти онкологӣ дур шавад. Масъала дар озодии ахлоқию герменевтикий худтаърифкунӣ мебошад: инсон бояд то ҳадди имкон тавонад муайян кунад, ки таҷрибаи саратон дар ривояти зиндагӣ ӯ қадом ҷойро мегирад. Аз ҳамин сабаб, «дезонкологизатсияи ҳувият» танҳо як имкони тафсири аст, на меъёри ҳатмии «солим шудан». Мақсад фаромӯш кардани беморӣ нест; мақсад пешгирӣ аз он аст, ки як воқеаи биографӣ ҳуқуқи маънодод кардани тамоми шахсиятро ба худ монополия кунад. Дар маркази назарияи соҳибхитиёрии оянда мафҳуми бисёримкониятии оянда қарор мегирад. Бисёримкониятии оянда нигоҳ доштани зиёда аз як имконияти зиндагӣ аз ҷиҳати шахсӣ маънодор дар шароити номуайяний мебошад. Ин «фикрронии мусбат» нест. Ин қаролати он нест, ки беморӣ дигар барнамегардад. Баръакс, бисёримкониятӣ аз эътирофи воқеии номуайяний оғоз мешавад, аммо намегузорад, ки номуайяний ҳамаи сценарияҳои зиндагиро ба як сценарияи ягона «бозгашт ё набозгашти саратон» фурӯ кашад. Инсон метавонад ҳамзамон ҳавфро эътироф кунад ва барои фарзанд, илм, касб, дӯстӣ, муҳаббат, эҷод, сафар ё оромии одӣ зиндагӣ низ уфуқ дошта бошад.

Аз ин рӯ, бисёримкониятии оянда шартӣ феноменологии соҳибхитиёрии оянда мебошад. Дар ин назария истилоҳи англисии *agency* танҳо дар истифодаи аввал ҳамчун қобилияти амал (*agency*) оварда шуда, минбаъд «қобилияти амал» истифода мешавад. Қобилияти амал маъноӣ онро дорад, ки инсон имкони воқеии ҳаракат ба сӯи баъзе аз имкониятҳои интихобкардаи худро дорад. Аммо чунин қобилият танҳо ба иродаи шахсӣ вобаста нест. Шахсе метавонад нақша дошта бошад, вале мушкилоти молиявӣ, бекорӣ, норасоии нақлиёт, нигоҳубини оила, маҳдудияти ҳисмонӣ ё дастрас набудани хизматрасонии тиббӣ имкони амалро танг созанд. Таҳлили фароғири соли 2025 низ нишон медиҳад, ки ниёзҳои иҷтимоӣ дар байни зиндамондагон саратон масъалаҳои молиявӣ, меҳнатӣ ва дигар монеаҳои иҷтимоиро дар бар мегиранд.

Аз ин рӯ, соҳибхитиёрии оянда муносибати мебошад: субъект ояндаи худро танҳо намесозад; қобилияти ӯ дар дохили шабакаи оила, ҷомеа, тиб ва институтҳо таҳаққуқ меёбад. Аз ҳамин ҷо принсипи ахлоқӣ равшан мешавад. Масъулият бояд бо имконияти воқеии амал мутаносиб бошад. Ин мантиқи он аз фарқи байни қобилияти номиналӣ ва қобилияти воқеӣ

бармеояд. Агар инсон аз ҷиҳати назариявӣ ҳуқуқи интиҳоб дошта бошад, вале беморӣ, камбизоатӣ, муҳити иҷтимоӣ ё набудани дастрасӣ имкони амалро аз ӯ гирифта бошад, нисбат додани масъулияти пурра ба ҷунин шахс аз ҷиҳати ахлоқӣ ноодилона аст. Аз ин рӯ, инсон барои биологияи омос, тағйироти молекулавӣ ё бозгашти беморӣ худ аз худ гунаҳкори ахлоқӣ нест. Масъулият дар он ҷое маъно пайдо мекунад, ки дониш + озодии интиҳоб + имкони воқеии амал то дараҷаи кофӣ мавҷуд бошанд.

Ин аст нуктае, ки фалсафаи соҳибхитиёрии оянда бо фалсафаи адолат мепайвандад. Модели пешниҳодшаванда занҷири сабабӣ нест. Он системаи муносибатҳои мутақобил мебошад: ҶИСМ - ХАВФ - ҲУВИЯТ- ОЯНДА дар дохили шароити: ОИЛА - ҶОМЕА - ИҚТИСОД - ТИБ - ИНСТИТУТҲО. Қобилияти амал миёни имконият ва воқеият пул месозад.

Соҳибхитиёрии оянда бошад, натиҷаи охирини ин занҷир нест, балки сифати умумии муносибати инсон бо ҳамин майдони мураккаб мебошад. Аз ҳамин сабаб онро ба resilience, hope ё autonomy фурӯ кашидан мумкин нест. Дар доираи таҳқиқ модели концептуалие пешниҳод мешавад, ки ҷисм, хавф, ҳувият, оянда ва қобилияти амалро дар як сохтори ягонаи таҳлил муттаҳид мекунад. Даъвои навоарӣ ҷунин нест, ки ҳар яке аз ин масъалаҳо қаблан номаълум буданд. Баръакс, адабиёти фалсафӣ, психоонкологӣ ва survivorship ҳар кадоми онҳоро аз ҷиҳатҳои гуногун баррасӣ кардааст. Навоарӣ дар тарзи муносибаткунонии онҳо ҷой дорад. Хавф ҷӣ гуна метавонад уфуқи ояндаро яксенариявӣ кунад. Ҳувият ҷӣ гуна метавонад беморию дар худ ҷой диҳад, бе он ки ба беморӣ редуксия шавад. Ва инсон дар кадом шароити воқеӣ метавонад ояндаро ҳамчун фазои зиёда аз як имконияти маънодор нигоҳ дорад. Моделро метавон тавассути мусоҳибаҳои амиқи феноменологӣ ва таҳлили ривоятии таҷрибаи одамони баъди табобати асосӣ санҷид. Се меҳвари оператсионалӣ пешниҳод мешаванд. Маънододан: шахс ояндаро бештар бо кадом забон тавсиф мекунад, хавф, имконият, интизорӣ, маҳдудият ё нақша?

Тарҳрезӣ: оё ӯ метавонад ҳадафҳои шахсӣ, оилавӣ, касбӣ ё дигар ҳадафҳои миёна ва дарозмуддат бисозад ва онҳоро то ҷӣ андоза аз сенарияи саратон мустақил мебинад? Қобилияти амал: кадом захираҳои ҷисмонӣ, иҷтимоӣ, иқтисодӣ ва институтсионалӣ иҷрои ин нақшаҳоро имконпазир ё ғайриимкон мекунад? Илова бар ин, метавон шахсони дорои хавфи клиникалии нисбатан монандро муқоиса кард, то муайян гардад, ки чаро дар яке хавф иттилоӣ тиббӣ менамояд, вале дар дигаре ба принципи бартаридоштаи маънодеҳии оянда табдил меёбад.

Хулоса: Модели пешниҳодшуда нишон медиҳад, ки зиндагии баъди табобати асосии саратонро танҳо бо мафҳумҳои зиндамонӣ, ремиссия ё сифати зиндагӣ пурра шарҳ додан душвор аст, зеро дар ин вазъият ҷисми зиндагӣшуда, хавфи клиникӣ, худфаҳмӣ ва уфуқи оянда дар муносибати мутақобил қарор мегиранд. Соҳибхитиёрии оянда нигоҳ доштани мақоми субъект дар маънидод, тарҳрезӣ ва амал дар дохили воқеияти номуайян мебошад. Дар «Генеалогияи инсон» низ инсон ҳамзамон ҳамчун вориси шароит ва ҳамчун иштирокчи сохтани шароити минбаъдаи зиндагӣ фаҳмида мешавад. Дар заминаи survivorship ин андеша шакли махсус мегирад: инсон наметавонад таърихи бемории худро бекор кунад, аммо метавонад дар ҳудуди имкониятҳои воқеии худ муносибати онро бо оянда аз нав муайян созад. Соҳибхитиёрии оянда қобилияти инсон аст, ки хавфро яке аз ҳақиқатҳои зиндагии худ эътироф кунад, аммо ояндаро ба як ҳақиқат маҳдуд насозад. Ба ҳамин маъно, ояндаи соҳибхитиёр ояндаи бисёримконият аст.

Рӯйхати адабиёт

1. Мерло-Понти М. Phenomenology of Perception. – London; New York: Routledge.
2. Ricoeur P. Oneself as Another. – Chicago: University of Chicago Press, 1992.
3. Heidegger M. Being and Time. - Albany: State University of New York Press, 2010.
4. Sen A. Development as Freedom. - New York: Alfred A. Knopf, 1999.
5. Nussbaum M. C. Creating Capabilities: The Human Development Approach. - Cambridge, MA: Harvard University Press, 2011.
6. Mackenzie C., Stoljar N. (eds.). Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. – New York: Oxford University Press, 2000.
7. Муродзода А. И., Комилов Д. Р. Ҷанбаҳои фалсафии илми «Саратоншиносӣ». - Душанбе: «Хирадмандон», 2025. - 110 с.

8. Комилов Д. Р. Генеалогияи инсон: фалсафаи пайдоиш, худшиносӣ, мерос ва масъулияти инсон. - Душанбе, 2026.

9. National Cancer Institute. Cancer Survivorship: Definitions.

10. Chen Z., Ni P., Wu B. et al. Fear of cancer recurrence among adolescent and young adult cancer survivors: a mixed-methods systematic review // Journal of Cancer Survivorship. - 2025.

11. Thompson T. et al. Social Needs in Cancer Survivors: A Scoping Review and Future Directions // Current Oncology Reports. - 2025. - Vol. 27. - P. 717-733.

КОМИЛОВ ДАЛЕР РУСТАМОВИЧ, номзади илмҳои фалсафа, дотсент, мудири кафедраи таърих ва робитаҳои байнифарҳангии Донишгоҳи байналмилалӣ забонҳои хориҷии Тоҷикистон ба номи Сотим Улуғзода,

ЧАЛИЛОВ СИҶОУДДИН, табиби Маркази илмӣ ҷумҳуриявӣ саратоншиносӣ

ФИЛОСОФИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МОЛЧАНИЯ В МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ: КОГДА ЗНАНИЕ ОПЕРЕЖАЕТ ДОКАЗАТЕЛЬНО ОБОСНОВАННОЕ ДЕЙСТВИЕ

Комилов Д.Р.

Аннотация

В тезисе исследуется особая ситуация современной молекулярной онкологии, при которой диагностическая технология уже способна выявлять биологически и прогностически значимую информацию о сохранении опухолевого процесса или повышенном риске рецидива, тогда как доказательно обоснованное клиническое действие, способное улучшить исход конкретного пациента именно на основании данного результата, ещё может отсутствовать либо оставаться неопределённым. Для философского обозначения этой ситуации в рамках проведённого концептуального анализа предлагается понятие «диагностическое молчание» эпистемико-праксеологический разрыв, то есть расхождение между достигнутым уровнем клинически значимого знания и доказательно обоснованной возможностью преобразовать это знание в соразмерное действие.

Диагностическое молчание не означает отсутствия информации, диагностической ошибки, некомпетентности врача или обычной клинической неопределённости. Оно возникает в более узкой ситуации, когда новое знание уже способно изменить оценку будущего пациента и его отношение к собственной жизни, но ещё не породило действия, клиническая полезность которого доказана с достаточной степенью надёжности. В исследовании разграничиваются аналитическая валидность, клиническая валидность, клиническая полезность и клиническая применимость результата; уточняется различие между прогностическим, предиктивным и предлагаемым автором опережающим знанием. В единую философскую структуру вводятся также категории «знание с неопределённым действием», «эпистемическая правдивость», «молекулярное время болезни», «темпоральная автономия субъекта в отношении медицинского знания» и «биографическое воздействие молекулярной информации». Концептуальная новизна заключается в философском анализе не самой технологии молекулярного тестирования, а того промежуточного пространства, в котором медицинское знание уже начинает преобразовывать человеческое настоящее, тогда как возможность доказательно изменить предполагаемое будущее ещё остаётся ограниченной.

Ключевые слова: рак, диагностическое молчание, молекулярная онкология, циркулирующая опухолевая ДНК, молекулярная остаточная болезнь, знание, медицинская неопределённость, решение, действие, биоэтика, время, достоинство, ответственность.

Постановка проблемы

История медицины никогда не представляла собой совершенно прямолинейного движения от симптома к диагнозу, а от диагноза - к лечению, однако классическая клиническая модель всё же предполагала определённую направленность знания к действию: чем точнее определена патологическая реальность, тем уже становится поле клинической неопределённости и тем яснее могут быть основания последующего вмешательства.

Молекулярная онкология существенно усложнила эту структуру. Современные технологии позволяют после хирургического или другого лечения, проведённого с излечивающей целью,

обнаруживать циркулирующую опухолевую ДНК - ctDNA (англ. circulating tumour DNA - циркулирующая опухолевая ДНК) и признаки молекулярной остаточной болезни - MRD (англ. molecular residual disease - молекулярная остаточная болезнь) ещё до появления очевидного клинического или радиологического рецидива. ESMO в рекомендациях 2022 года указывает, что обнаружение молекулярной остаточной болезни или молекулярного рецидива после лечения раннего рака обладает высокой клинической валидностью для предвосхищения будущего рецидива во многих типах опухолей, однако использование MRD для рутинного руководства лечением не было рекомендовано вследствие отсутствия доказанной клинической полезности.

Ещё показательнее руководство ASCO 2026 года. Экспертная группа отмечает большой объём данных о клинической валидности ctDNA, но значительно более ограниченный объём проспективных доказательств клинической полезности. Для ctDNA-определения MRD панель не обнаружила убедительных данных, показывающих, что действие именно на основании результата такого тестирования улучшает исход пациента, за единичным возможным исключением; аналогичная проблема сохраняется при мониторинге рецидива.

Следовательно, медицина всё чаще сталкивается с принципиально новой асимметрией:

способность узнать о потенциальном будущем заболевания может возрастать быстрее, чем способность доказательно это будущее изменить. Именно эта асимметрия составляет исходную проблему философии диагностического молчания. Слово «диагностическое» в предлагаемом понятии не означает, что диагноз отсутствует или что диагностическая система перестаёт функционировать. Напротив, речь идёт о ситуации, порождённой новым диагностическим знанием. Диагностическая технология уже «сказала» нечто клинически значимое: обнаружила сигнал, изменила вероятность, уточнила риск или выявила молекулярный след заболевания. Молчание появляется не до знания, а после его возникновения, в момент перехода от полученной информации к клинически обоснованному действию.

Поэтому понятие можно определить следующим образом: Диагностическое молчание - это возникающий вследствие диагностически полученного знания эпистемико-праксеологический разрыв между клинически значимой информацией и ещё недостаточно доказанной возможностью преобразовать её в действие, улучшающее исход конкретного пациента. Иначе говоря, слово «диагностическое» характеризует источник проблемы, а не отсутствие диагноза. Не всякая медицинская неопределённость является диагностическим молчанием. Пол К. Дж. Хан рассматривает медицинскую неопределённость как многомерное явление, связанное с источниками, предметами и носителями неопределённости, а её управление как самостоятельную задачу современной медицины. Он подчёркивает, что неопределённость невозможно просто устранить; важным становится развитие способности рационально существовать и действовать в её условиях.

Предлагаемое понятие уже этого широкого поля. Диагностическое молчание возникает только при одновременном наличии трёх условий: уже получено биологически или клинически значимое знание, обладающее достаточной степенью достоверности для изменения оценки состояния или риска, это знание изменяет представление о вероятном будущем заболевания и потенциально способно воздействовать на решения, самопонимание или жизненное планирование пациента, доказательно обоснованное клиническое действие, способное на основании именно этой информации соразмерно улучшить исход пациента, ещё отсутствует либо его полезность недостаточно установлена. Если первого условия нет, перед нами преимущественно незнание или диагностическая неопределённость. Если третье условие отсутствует и существует ясное доказательно обоснованное действие, возникает обычная клиническая ситуация принятия решения. Только совпадение всех трёх условий формирует пространство диагностического молчания.

От аналитической достоверности к клиническому действию Философская проблема диагностического молчания невозможна без строгого разграничения уровней доказательности.

Аналитическая валидность - analytical validity (аналитическая валидность) показывает, насколько точно и воспроизводимо тест обнаруживает исследуемый молекулярный объект.

Клиническая валидность - clinical validity (клиническая валидность) отражает достоверность связи результата теста с заболеванием, прогнозом или клиническим исходом.

Клиническая полезность - clinical utility (клиническая полезность) относится к более сильному требованию: улучшает ли применение теста и последующее действие на основании его результата реальный исход пациента. В руководстве ASCO 2026 года клиническая полезность именно поэтому связывается с доказательством того, что действие, предпринятое на основании ctDNA-информации, приводит к лучшим исходам.

Наконец, clinical actionability (возможность клинического действия на основании результата) обозначает возможность связать молекулярный результат с конкретным клиническим вмешательством.

Следовательно: точность измерения не равна клинической значимости; клиническая значимость не равна доказанной пользе вмешательства; а наличие возможного действия ещё не доказывает, что именно это действие улучшит исход. Именно в этом различии заключено одно из главных оснований предлагаемой концепции. Необходимо также различать три формы знания. Прогностическое знание сообщает о вероятности определённого исхода независимо от конкретного вмешательства. Предиктивное знание в онкологическом смысле помогает определить вероятность пользы от определённого лечения. Предлагаемое в данной работе опережающее знание относится к иной плоскости.

Опережающее знание - это клинически значимое знание, которое входит в жизнь человека раньше полного клинического проявления соответствующего события и вследствие этого способно изменить настоящее ещё до наступления прогнозируемого будущего. Следовательно, «опережающее» не означает более точное предсказание. Прогностический и предиктивный термины описывают информационную функцию биомаркера, тогда как «опережающее знание» описывает временное и человеческое положение знания.

Тест может обладать прогностической ценностью, но опережающим знанием его результат становится тогда, когда он, ещё до клинического события, входит в биографию человека.

В этой точке принципиальное значение приобретает философия Жоржа Кангилема. Его анализ нормального и патологического показывает, что болезнь невозможно полностью свести к простому статистическому отклонению или единичной измеряемой величине; само различие нормального и патологического связано с более широкой жизненной и нормативной организацией организма.

Для молекулярной онкологии отсюда следует важное предостережение: молекулярный сигнал является реальным биологическим фактом, но сам по себе ещё не исчерпывает клинического и человеческого статуса человека. Человек может быть молекулярно положительным и одновременно не иметь клинически проявленного рецидива. Эти два положения нельзя ни отождествить, ни искусственно противопоставить. В этом промежутке и появляется вопрос онтологии болезни: с какого момента патологический процесс становится болезнью не только биологически, но и клинически и биографически - с момента молекулярного изменения, его обнаружения или клинического проявления? Предлагаемая концепция не даёт на этот вопрос искусственно однозначного ответа, напротив, она показывает, что новые технологии сделали само различие этих моментов философски необходимым. Термин «молекулярное время» в настоящем исследовании не обозначает отдельную биологическую временную систему и не претендует на статус стандартного онкологического понятия. Это аналитическая философская категория.

Молекулярное время болезни это аналитическое обозначение момента, в котором молекулярное знание о патологическом процессе начинает опережать его клиническую проявленность. Ему противопоставляется не другое «объективное время», а клиническое время - момент, когда заболевание становится обнаруживаемым посредством клинической картины, визуализации или иных установленных критериев. Именно разрыв между этими двумя уровнями создаёт необычную человеческую ситуацию: биологически значимая информация уже относится к возможному будущему, но психологически и биографически это будущее начинает действовать в настоящем. Поэтому молекулярный тест способен не просто описать вероятность будущего события, но изменить само переживание времени.

Философия Ганса-Георга Гадамера позволяет увидеть вторую сторону проблемы. В его размышлениях о здоровье и медицинской практике здоровье не сводится к отдельному измеряемому параметру; оно связано с самим способом присутствия человека в мире, его деятельностью, отношениями и повседневной вовлечённостью.

Это особенно важно для молекулярной диагностики. Тест способен выявить то, чего человек ещё не ощущает как болезнь. Но медицина имеет дело не только с молекулярным объектом, а с человеком, в жизнь которого это знание входит.

Поэтому правильный медицинский ответ невозможно свести к механической формуле:

обнаружен показатель - немедленно требуется вмешательство. Между научным фактом и врачебным действием располагается пространство клинического суждения, оценки доказательств, соразмерности риска и человеческого контекста. Именно здесь философия диагностического молчания соприкасается с герменевтикой медицинской практики: результат необходимо не только получить, но и правильно понять в конкретной человеческой ситуации. Поэтому прежнюю формулу «знание без действия» необходимо окончательно отвергнуть как чрезмерно абсолютную. Медицина редко остаётся совершенно без возможностей. Даже если специфическое лечение на основании результата не доказано, возможны повторное тестирование, наблюдение, дополнительная визуализация, междисциплинарное обсуждение, включение в клиническое исследование или совместное принятие решения. Корректнее говорить: знание с неопределённым действием это знание, клиническая значимость которого уже достаточна для внимания и интерпретации, но доказательная связь с наилучшим последующим вмешательством ещё недостаточно установлена. Здесь особенно важно различать отсутствие действия и обоснованное невмешательство. Иногда воздержание от терапии с недоказанной пользой, при сохранении организованного наблюдения, представляет собой более рациональную форму действия, чем преждевременное вмешательство. Биографическое воздействие: «до результата» и «после результата». Молекулярная информация способна создавать не только психологическую тревогу. Её воздействие глубже. Получение результата может разделить биографическое время человека на два периода: жизнь до знания и жизнь после знания.

До результата человек может воспринимать себя как завершившего основное лечение и возвращающегося к обычной жизни. После получения молекулярно неблагоприятной информации тот же человек, при неизменной клинической картине и даже неизменном физическом самочувствии, может начать понимать себя как находящегося «на пути к возможному рецидиву». Следовательно, информация способна изменить не только эмоциональное состояние, но и структуру саморассказа человека о собственной жизни. Прошлое получает новое толкование. Настоящее превращается в период ожидания.

Будущее становится более условным.

Именно это в настоящем исследовании обозначается как биографическое воздействие молекулярной информации. Информация становится биографическим событием тогда, когда она начинает перестраивать связь между прошлым, настоящим и будущим субъекта.

В условиях диагностического молчания недостаточно просто «сообщить пациенту правду».

Проблема значительно сложнее, поскольку правдивым может быть сам результат, но неверной степень уверенности, которую ему приписывают. Поэтому предлагается категория эпистемической правдивости: Эпистемическая правдивость, это обязанность сообщать не только содержание медицинского результата, но и степень его достоверности, пределы интерпретации, характер неопределённости и границы клинических выводов, которые на основании этого результата допустимо делать.

Она требует различать: что тест действительно обнаружил, что результат позволяет утверждать о риске, чего он не позволяет утверждать о конкретном лечении, и какая часть решения по-прежнему остаётся неопределённой. В этом отношении концепция сближается с анализом Хана: неопределённость следует не маскировать, а распознавать, структурировать и учиться рационально с ней обращаться.

Научная честность, следовательно, проявляется не только в правильном утверждении известного, но и в правильном обозначении неизвестного. Поскольку опережающее знание

способно изменить настоящее до появления клинического события, возникает вопрос не только о содержании информации, но и о времени её получения. Поэтому корректнее говорить не об «автономии знания», а о: темпоральной автономии субъекта в отношении медицинского знания. Под ней понимается возможность пациента там, где это не создаёт непосредственного доказанного риска для его жизни и здоровья, участвовать в определении времени, формы и глубины получения информации, обладающей потенциально значительным биографическим воздействием, но ограниченной непосредственной клинической применимостью. Речь не идёт о сокрытии клинически необходимой информации. Речь идёт о более тонком принципе: этически значимо не только то, что человек узнаёт, но и то, когда и в каком контексте это знание входит в его жизнь. Таким образом, время сообщения информации становится частью медицинской этики.

Предлагаемая концепция позволяет различать научный, нормативно-рекомендательный и индивидуально-клинический уровни диагностического молчания. На научном уровне недостаточно доказано, какое действие улучшает исход. На нормативно-рекомендательном уровне доказательства могут существовать, однако ещё не сформировано устойчивое профессиональное руководство для рутинного применения. На индивидуальном уровне даже при существовании допустимых действий остаётся вопрос о том, какое из них соразмерно конкретному человеку, его состоянию, ценностям и допустимому для него риску. Эта классификация устраняет чрезмерно простую формулу «медицина не знает, что делать». Медицина может обладать значительным знанием и всё же сохранять разные уровни неопределённости относительно того, как именно это знание должно преобразоваться в действие. Предлагаемая модель является не линейной цепью, а взаимодействием пяти областей: технология определяет, что и насколько точно можно обнаружить, знание устанавливает клиническое значение обнаруженного, клиническая применимость определяет, какие действия допустимо связать с результатом, решение соотносит доказательства с конкретным пациентом, человеческое измерение показывает, что само знание делает с его временем, идентичностью и будущим. Поэтому диагностическое молчание возникает не просто «между тестом и лечением», а на пересечении доказательности, решения и человеческого существования. В рамках проведённого концептуального анализа предлагается использовать понятие «диагностическое молчание» для обозначения описанной выше специфической ситуации. При этом не утверждается, что проблемы MRD, ctDNA, неопределённости, клинической полезности или человеческого переживания риска ранее не исследовались. Напротив, они имеют значительную клиническую и философскую литературу. ASCO и ESMO прямо демонстрируют существование разрыва между клинической валидностью ряда ctDNA-применений и более ограниченной доказанностью клинической полезности действий, предпринимаемых на основании этих результатов. Пол Хан разработал многомерную концепцию медицинской неопределённости и её переносимости. Кангилем показал философскую сложность границы между нормальным и патологическим. Гадамер связывал медицину и здоровье с более широкой формой человеческого существования, не сводимой к измеряемому показателю. Специфика предлагаемой модели состоит в другом в объединении этих проблем вокруг особого временного и практического разрыва, при котором молекулярное знание уже обладает достаточной силой, чтобы изменить образ будущего человека, но ещё не обладает достаточной клинической применимостью, чтобы гарантированно изменить само это будущее.

Заключение

Молекулярная онкология открывает перед медициной возможность обнаруживать некоторые патологические процессы раньше, чем они становятся очевидной клинической реальностью. Однако, чем раньше знание входит в пространство возможного будущего, тем сложнее становится вопрос о пределах того действия, которое это знание способно доказательно оправдать. Именно поэтому диагностическое молчание нельзя понимать как отсутствие знания. Оно возникает тогда, когда три обстоятельства соединяются одновременно: существует клинически значимая информация; она меняет оценку будущего пациента; но доказательно соразмерное действие, способное улучшить это будущее именно на основании полученного знания, ещё не установлено.

В таком случае молекулярная диагностика создаёт принципиально новую ситуацию: медицина уже может изменить представление человека о будущем, не всегда имея возможность столь же уверенно изменить само будущее.

Отсюда следует центральный философский тезис: Диагностическое молчание - это не молчание знания, а молчание доказательно обоснованного действия перед знанием, которое уже начало изменять человеческую жизнь. Медицинская ответственность в этой ситуации состоит не в заполнении неопределённости искусственной уверенностью, а в точном различении границ обнаруженного, известного, доказанного и практически допустимого.

В книге «Асабшиносй» сформулирована мысль: «Наука является наукой лишь тогда, когда превращает знание в смысл, информацию в понимание, а понимание - в совесть» [перевод автора]. В контексте диагностического молчания эта формула приобретает дополнительное содержание: научная совесть проявляется не только в способности получать всё более тонкую информацию, но и в способности не приписывать ей большего практического значения, чем позволяют доказательства. Поэтому итоговое положение исследования можно сформулировать следующим образом: Наука ответственна не только за истинность произведённого знания; она ответственна и за точность границы, отделяющей то, что уже известно, от того, что на основании этого знания ещё не доказано как правильное действие.

Литература

1. Lockwood C. M., Messersmith H. J., Kim A. S. et al. Circulating Tumor DNA Testing in Solid Tumors and Lymphoma: ASCO Guideline // JCO Oncology Practice. – Published online June 18, 2026. – DOI: 10.1200/OP-26-00311.
2. Pascual J., Attard G., Bidard F.-C. et al. ESMO recommendations on the use of circulating tumour DNA assays for patients with cancer: a report from the ESMO Precision Medicine Working Group // Annals of Oncology. – 2022. – Vol. 33, No. 8. – P. 750–768. – DOI: 10.1016/j.annonc.2022.05.520.
3. Han P. K. J. Uncertainty in Medicine: A Framework for Tolerance. – Oxford: Oxford University Press, 2021.
4. Canguilhem G. The Normal and the Pathological. – New York: Zone Books, 1991.
5. Gadamer H.-G. The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age. – Oxford: Polity Press, 1996.
6. Муродзода А. И., Комилов Д. Р. Чанбаҳои фалсафии илми «Саратоншиносй» [Философские аспекты науки об онкологии]. – Душанбе: «Хирадмандон», 2025. – 110 с.
7. Комилов Д. Р., Муродзода А. И. Асабшиносй. – Душанбе, 2026. – 216 с.

КОМИЛОВ ДАЛЕР РУСТАМОВИЧ, кандидат философских наук, доцент, заведующий кафедрой истории и межкультурных связей Таджикского международного университета иностранных языков имени Сотима Улугзода.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ.

Мамадалиева Я.С., Гулмирзаева З.Р., Набиева Д.У., Талипов Р.Н., Журабоев Д.Н.

Цель исследования: изучить 10-летнюю динамику основных показателей заболеваемости рака шейки матки в Ташкентской области.

Материал и методы исследования: на основании изучения статистических отчетов по форме SSV № 7, нами проведен анализ основных показателей заболеваемости рака шейки матки в Ташкентской области в период 2016-2025гг.

Результаты: по данным статистических отчетов в 2016 году в Ташкентской области зарегистрировано 122 случаев первично выявленных больных раком шейки матки, что составило 4,3 на 100 тыс. населения. В динамике отмечен рост этого показателя и в 2018 выявлено 156 больных, а в 2025 году количество впервые заболевших больных РШМ составило 193, показатели заболеваемости составили 6,3 на 100 тыс. населения. Отмечено снижение показателей смертности на 100 тыс населения с 3,4 в 2016 году до 3,0 в 2025 году. Вместе с тем в динамике значительно

(почти 2 раза) улучшалось выявление больных при проведении профилактических осмотров. Если в 2016 году при профилактических осмотрах выявлено 36,1% больных, а в 2025 году выявление больных увеличилось до 55,4%. Соответственно за этот период улучшилось выявление больных в ранних стадиях (I-II). В 2016 году больные с I-II стадиями выявлены в 61,4% случаев, в 2018 году - 44,6%, в 2019 году увеличилась до 51,4%, а в 2025 году составила - 61,2%. Увеличилась 5-летняя выживаемость больных с 44,9% в 2016 году до 71,2% в 2025 году.

Заключение: Динамика основных онкологических показателей при раке шейки матки в Ташкентской области за последние 10 лет несколько изменилось, отмечено увеличение показателей заболеваемости и снижение смертности, улучшалась работа по профилактике и ранней диагностики и увеличилась 5-летняя выживаемость. Это является предварительным результатом проведения широкомасштабного скринингового исследования в Республике Узбекистан.

Мамадалиева Я.С., Гулмирзаева З.Р., Набиева Д.У., Талипов Р.Н., Журабоев Д.Н.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОР, Ташкент, Узбекистан.

ДИНАМИКА 5-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ.

Мамадалиева Я.С., Гулмирзаева З.Р., Набиева Д.У., Талипов Р.Н., Журабоев Д.Н.

Цель исследования: изучить показатели 5-летней выживаемости в динамике больных раком шейки матки в Ташкентской области.

Материал и методы исследования: на основании ежегодного статистического отчета по онкологии в Ташкентской области по форме СSV № 7 и сводных изучены показатели 5-летней выживаемости больных раком шейки матки.

Результаты: Проведен анализ 5-летней выживаемости больных РШМ с учетом показателей заболеваемости с 2020 года по 2025 годы в динамике. В 2020 году выявлено 165 больных, заболеваемость на 100 тыс. населения составила-5,6 и в 2025 году выявлено-193 больных, а заболеваемость составила-6,3.

В 2020 году количество больных, выявленных на ранних стадиях заболевания шейки матки, составило 50,3%, а в 2025 году этот показатель увеличился до 71,2%. 5-летняя выживаемость больных в динамике в 2020 году составила- 51,6%, в 2025 году отмечено увеличение выживаемости до 53,1%. Рост показателей выявления больных на ранних стадиях и увеличение показателей выживаемости обусловлено проведением широкомасштабного скрининга во всех районах и городах Ташкентской области. Благодаря проведению этих мероприятий в регионах области улучшилась ситуация в отношении диагностики фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Во всех центральных многопрофильных поликлиниках регионов организованы кабинеты «Онко-назорат», врачи и медсестры прошли обучение по профилактике и скринингу рака шейки матки.

Мамадалиева Я.С., Гулмирзаева З.Р., Набиева Д.У., Талипов Р.Н., Журабоев Д.Н.
Ташкентский областной филиал РСНПМЦОР, Ташкент, Узбекистан.

РАК ЯИЧНИКОВ В УЗБЕКИСТАНЕ: НАЦИОНАЛЬНЫЕ ТРЕНДЫ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ.

Набиева Д.У., Гофур-Ахунов М.А., Мамадалиева Я.С., Ибрагимов Р.Р.

Актуальность. Рак яичников (РЯ) является одной из наиболее неблагоприятных злокачественных опухолей женской репродуктивной системы. Около 90% случаев представлены эпителиальными опухолями. Высокая летальность при РЯ во многом обусловлена бессимптомным или малосимптомным течением заболевания на ранних стадиях и отсутствием эффективного популяционного скрининга. Оценка динамики заболеваемости и региональных различий необходима для совершенствования онкологической помощи и планирования профилактических мероприятий.

Цель исследования. Охарактеризовать динамику и региональные особенности заболеваемости раком яичников в Республике Узбекистан в 2016–2024 гг.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ заболеваемости РЯ среди женского населения Узбекистана за 2016–2024 гг. Рассчитывали грубый показатель заболеваемости (CR) и возраст-стандартизованный показатель (ASR) на 100 000 женского населения. ASR определяли методом прямой стандартизации по мировому стандарту ВОЗ. Для показателей рассчитывали 95% доверительные интервалы.

Результаты. За исследуемый период число зарегистрированных случаев РЯ увеличилось с 721 до 1131, а ASR — с 4,9 до 6,2 на 100 000, что соответствует приросту на 26,5%. Статистически значимый положительный тренд выявлен в Наманганской области — 7,90% в год (95% ДИ 3,61–12,37; $p=0,008$) и Ташкентской области — 4,16% (95% ДИ 1,27–7,14; $p=0,025$). Значимое превышение общереспубликанского уровня отмечено в г. Ташкенте (SRR 1,84; $p<0,001$), Бухарской (SRR 1,26; $p=0,044$) и Ташкентской областях (SRR 1,27; $p=0,009$). Более низкие показатели зарегистрированы в Навоийской (SRR 0,60; $p=0,026$) и Самаркандской областях (SRR 0,55; $p<0,001$). Достоверное увеличение ASR за 2016–2024 гг. также установлено в г. Ташкенте, Бухарской, Кашкадарьинской, Наманганской, Сурхандарьинской и Сырдарьинской областях.

Заключение. В Узбекистане наблюдается умеренный рост заболеваемости раком яичников при выраженной региональной неоднородности. Полученные данные обосновывают необходимость усиления эпидемиологического мониторинга и дифференцированного планирования онкологической помощи в регионах с устойчивым ростом заболеваемости.

Набиева Д.У., Гофур-Ахунов М.А., Мамадалиева Я.С., Ибрагимов Р.Р., Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

СОЗДАНИЕ СИСТЕМНОГО МОЛЕКУЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА «ДНК-АПТАМЕР-PLGA-ПРЕПАРАТ» С ТАРГЕТНОЙ ЭЛИМИНАЦИЕЙ ОПУХОЛИ РАКА ЯИЧНИКОВ НА ОСНОВЕ ИНГИБИРОВАНИЯ ДНК И PARP1

Набиева Д.У., Гафур-Ахунов М.А., Ибрагимов А.А., Зиев Я.С.

Актуальность. Рак яичников (РЯ) остается одной из актуальных проблем онкогинекологии, что связано с высокой летальностью и ограничениями традиционной химиотерапии, включая токсическое воздействие на нормальные ткани. Перспективным направлением является создание систем таргетной доставки препаратов на основе ДНК-аптамеров. Одной из важных молекулярных мишеней является PARP1 — ключевой фермент репарации ДНК после генотоксического воздействия.

Цель исследования. Создать молекулярную системную противоопухолевую платформу на основе ДНК-аптамеров с таргетным воздействием на опухолевые клетки РЯ, их ДНК и PARP1.

Материалы и методы. На основе технологии Cell-SELEX разработана модельная система «аптамер-препарат», включающая лиганд, линкер и лекарственный компонент. Для получения ДНК-аптамеров использовали опухолевые клетки РЯ и банк олигонуклеотидов, сформированный после обработки тотальной ДНК рестриктазами BamHI, EcoRI, HindIII, MboI, PstI и XhoI. Разработаны модели: ДНК-аптамер к опухолевым клеткам, ДНК-аптамер-цисплатин и олапариб, нагруженный в наночастицы PLGA. Итоговый системный комплекс включал цисплатин-аптамер-PLGA-олапариб.

Результаты. Опухолевые клетки культивировали *in vitro* в среде RPMI-1640 в течение 72 часов. Цисплатин и доксорубин ингибировали синтез ДНК примерно на 75%, олапариб — на 15% по сравнению с контролем. При комбинированном применении олапариба с цисплатином и доксорубином ингибирование синтеза ДНК составляло от 65% до 85%, максимальный эффект наблюдался при комбинации олапариб-цисплатин-доксорубин. Предполагаемый механизм связан с повреждением ДНК цисплатином, ингибированием топоизомераз доксорубином и блокированием PARP1 олапарибом, что приводит к нарушению репарации ДНК и активации апоптоза опухолевых клеток.

Заключение. Полученные результаты демонстрируют перспективность применения ДНК-аптамеров и PLGA-наночастиц как системы адресной доставки противоопухолевых препаратов. Предложенная платформа может стать основой для разработки таргетной химиотерапии рака яичников с преимущественным воздействием на опухолевые клетки.

Набиева Д.У., Гафур-Ахунов М.А., Ибрагимов А.А., Зиев Я.С., Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. Национальный биофармацевтический научно-исследовательский институт, Ташкент, Узбекистан

ХОРИОКАРЦИНОМА МАТКИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Мухамадӣ Н.З., Умарзода С.Г., Музаффарзода М.М., Ёрова П.Р.

Цель. Изучить возможности лечения больных с резистентными и рецидивирующими формами злокачественной трофобластической болезни на примере клинического случая. Демонстрация клинического случая хориокарциномы тела матки IV стадии с метастазами в альвеолярный отросток верхней челюсти, лёгкие и селезёнку, прогрессирующей на фоне второй линии схемы ЕМА-СО, с анализом динамики β -ХГЧ и результатами перехода на резервный режим ЕМА-ЕР.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации пациентки Р., 40 лет, наблюдавшейся в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» с 2018 по 2023 гг. Диагноз верифицирован гистологически (выскабливание полости матки, цитология метастаза). Использованы лабораторные (уровень β -ХГЧ сыворотки) и инструментальные методы (УЗИ, КТ верхней челюсти и грудной клетки, МРТ головного мозга, рентгенография). Оценивались схемы и количество курсов химиотерапии, динамика опухолевого маркера и объективный ответ.

Результаты. У пациентки с исходным гистологически подтвержденным диагнозом «неполный инвазивный пузырный занос» (2018г.) после 3 курсов монокимиотерапии (метотрексат + лейковорин) и 2 курсов полихимиотерапии (карбоплатин, метотрексат, лейковорин) была зафиксирована прогрессия заболевания; лечение было прервано на 5 лет. При обращении в марте 2023 года появилось образование в области верхней челюсти слева, уровень β -ХГЧ составил 238,4 ММЕ/мл. При обследовании выявлены метастазы в альвеолярный отросток верхней челюсти (цитологически подтверждён метастаз хорионкарциномы), нижнюю долю левого лёгкого и селезёнку; МРТ головного мозга патологии не выявила, УЗИ – подозрение на поражение правого яичника. Проведено 4 курса химиотерапии по схеме ЕМА-СО. Динамика ХГЧ: 238,4 $\rightarrow$ 452,0 $\rightarrow$ 125 $\rightarrow$ 324,0 МЕ/мл – к окончанию 4-го курса отмечен рост, что расценено как прогрессия. Схема заменена на ЕМА-ЕР (2 курса). На контрольных КТ отмечена частичная регрессия метастаза в челюсти, достигнута стабилизация процесса. Пациентке рекомендованы продолжение химиотерапии, и оперативное вмешательство.

Выводы. Данный случай демонстрирует, что при прогрессировании на фоне стандартной схемы: (первая линия - МЕТОТРИКСАТ + ЛЕЙКОВОРИН, вторая линия – ЕМА-СО, при прогрессии – ЕМА-ЕР). ЕМА-СО переход на резервный режим ЕМА-ЕР может позволить добиться частичного ответа и стабилизации даже у пациенток с множественными метастазами. Ключевыми факторами, повлиявшими на исход, явились нарушение схемы лечения. Клинический случай подчёркивает важность непрерывного мониторинга β -ХГЧ и своевременной коррекции терапии при первых признаках резистентности.

Мухамадӣ Н.З., Умарзода С.Г., Музаффарзода М.М., Ёрова П.Р. ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ, г. Душанбе, Республика Таджикистан.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ РАКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ II СТАДИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Мухамадӣ Н.З., Музаффарзода М.М., Бобохонова М.Н., Саиди А.

Цель. На основе анализа клинико-диагностических особенностей и непосредственных результатов лечения больных РШМ II стадии определить наиболее эффективные подходы к терапии и факторы, влияющие на их исходы.

Материалы и методы. Проанализированы данные 56 пациенток с морфологически подтверждённым РШМ II стадии (IIA – 44,6%, IIB – 55,4%), пролеченных в 2018–2024 гг. Изучены возрастная структура, социально-демографические характеристики, факторы риска,

гистологический тип и степень дифференцировки. Проведён анализ различных методов лечения (хирургический, лучевой, комбинированный) с оценкой непосредственного ответа (RECIST), осложнений (RTOG/EORTC) и доступности лучевой терапии. Статистический анализ выполнен с использованием критериев χ^2 и t-критерия.

Результаты. Основными факторами риска явились ВПЧ-инфекция (73,2%), начало половой жизни до 18 лет (67,9%) и наличие 4 и более родов (48,2%). Полная ремиссия достигнута у 69,6% пациенток после комбинированного лечения (хирургия в сочетании с лучевой или химиотерапией), что статистически значимо выше, чем после изолированной хирургии (56,3%) и лучевой терапии (47,1%) ($p=0,042$). Частота прогрессирования заболевания в раннем периоде также была минимальной в группе комбинированного лечения (8,7%), тогда как при хирургическом подходе она составила 12,5%, а при лучевом – 17,6% ($p=0,038$). Тяжёлые осложнения (III–IV степени) достоверно чаще регистрировались после лучевой терапии (23,5%) по сравнению с хирургическим (12,5%) и комбинированным (13,0%) методами ($p=0,049$). Среднее время ожидания начала лучевого лечения составило $21,3 \pm 5,7$ дня. У 23,5% пациенток курс лучевой терапии прерывался – в половине случаев по техническим причинам, в половине – по организационным. Среди пациенток с перерывами прогрессирование наблюдалось в 41,7% случаев, тогда как при непрерывном лечении – только в 11,5% ($p=0,023$).

Выводы. В структуре РШМ II стадии в Таджикистане преобладают пациентки с более распространённой IIb стадией, сельские жительницы и женщины наиболее активного репродуктивного возраста. Комбинированное лечение обеспечивает наилучшие непосредственные результаты с минимальной частотой прогрессирования и приемлемым уровнем осложнений. Лучевая терапия сопряжена с высоким риском перебоев, что существенно ухудшает прогноз. Полученные данные позволяют рекомендовать комбинированный подход как предпочтительный у пациенток с РШМ II стадии при условии сохранной операбельности, а при выборе лучевого метода – обеспечить его непрерывность для достижения оптимальных результатов.

Мухамадӣ Н.З., Музаффарзода М.М., Бобохонова М.Н., Саидан А. ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ, г. Душанбе, Республика Таджикистан.

ПРОБЛЕМА МИОСТЕАТОЗА В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ: ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Хашимов Б.Б., Шаханова Ш.Ш.

Актуальность.

Миостеатоз — жировая инфильтрация скелетных мышц — в последние годы рассматривается как важный компонент нарушений композиции тела у онкологических больных. В онкогинекологии, особенно при метастатических формах рака, миостеатоз может оказывать существенное влияние на переносимость системной противоопухолевой терапии и отдалённые онкологические исходы. Однако его распространённость и клиническое значение у пациенток с онкогинекологическими опухолями остаются недостаточно изученными.

Цель исследования. Оценить частоту миостеатоза у пациенток с онкогинекологическими злокачественными новообразованиями и определить его прогностическое значение в отношении токсичности химиотерапии и показателей выживаемости.

Материалы и методы. В исследование включены 45 пациенток с онкогинекологическими злокачественными новообразованиями (рак яичников, шейки матки и тела матки), получавших системную химиотерапию. Оценка миостеатоза проводилась методом компьютерной томографии на уровне L3 с определением средней плотности скелетных мышц (HU). Токсичность химиотерапии оценивалась по шкале CTCAE, анализировались частота редукции доз и отсрочки курсов. Прогностическая значимость миостеатоза оценивалась в отношении общей (OS) и безрецидивной выживаемости (PFS).

Результаты. Признаки миостеатоза были выявлены у 26 (57,8%) пациенток. У больных с миостеатозом достоверно чаще развивалась тяжёлая токсичность химиотерапии ($\text{grade} \geq 3$ по CTCAE) по сравнению с пациентками без миостеатоза (53,8% vs 26,3%, $p<0,05$). Необходимость редукции доз или отсрочки курсов химиотерапии отмечалась у 46,1% пациенток с миостеатозом

против 21,1% без него. Наличие миостеатоза ассоциировалось со снижением медианы общей и безрецидивной выживаемости.

Заключение. Миостеатоз является распространённым и клинически значимым состоянием у пациенток с онкогинекологическими злокачественными новообразованиями. Его наличие ассоциировано с повышенным риском токсичности химиотерапии и неблагоприятными онкологическими исходами. Оценка миостеатоза с использованием компьютерной томографии может рассматриваться как важный элемент стратификации риска и персонализации лечения в онкогинекологии.

Хашимов Б.Б., Шаханова Ш.Ш. Самаркандский Государственный медицинский университет

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ МАССИВНОЙ АКУШЕРСКОЙ КРОВОПОТЕРЕ: ОПЫТ ВЫЕЗДНОЙ РЕАНИМАЦИОННО-ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОНКОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Кабиров А.Г., Давлатзода Д.А., Насриддинов Дж.М., Мадмаров Л.М.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациенток с массивной кровопотерей за счёт своевременной трансфузионной терапии и избирательного подбора гемокомпонентов.

Материал и методы. Исследование включало два этапа. На первом этапе изучены стандарты оказания экстренной помощи при массивной кровопотере. На втором этапе проанализирован опыт оказания экстренной трансфузионной помощи выездной реанимационно-трансфузиологической бригадой с лабораторией гемостаза: изучено применение компонентов крови на основании экстренных показателей гемостаза у реципиентов.

Результаты исследования. Обследовано 26 родильниц, из которых в исследуемую группу вошли 12 пациенток в возрасте от 19 до 44 лет, перенесших в родах массивную кровопотерю. На фоне реанимационных мероприятий, поддержания функции жизненно важных органов и профилактики тромбоэмболических осложнений проводилась компонентная трансфузионная терапия. Дилуционная коагулопатия, связанная с использованием кристаллоидных и коллоидных кровезаменителей, выявлена у 60% пациенток и она усугублялась на фоне сниженных адаптивных возможностей организма и сопутствующих заболеваний. Своевременная гемотрансфузионная терапия, назначенная с учётом истощения адаптивных резервов организма, позволила добиться нормализации показателей гемостаза при использовании меньшей дозы трансфузионных сред в исследуемой группе по сравнению с контрольной ($p < 0,05$).

Выводы. Тактика оптимизации трансфузионной терапии, основанная на строгом учёте сопутствующих заболеваний и показателей гемостаза, а также на поддержке функции жизненно важных органов, при разрешении массивной кровопотери донорской плазмой с учётом коморбидного фона реципиента снижает риск дилуционной коагулопатии, уменьшает объём переливаемой плазмы, быстрее нормализует целевые параметры гемостаза. Данный подход применим не только в акушерстве, но и при коррекции коагулопатии у онкологических больных с массивной интраоперационной или опухоль-ассоциированной кровопотерей.

Кабиров А.Г., Давлатзода Д.А., Насриддинов Дж.М., Мадмаров Л.М. ГУ «Республиканский научный центр крови» Душанбе, Республика Таджикистан

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ТОКСИЧНОСТИ ТРЁХ РЕЖИМОВ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ IV СТАДИИ

Муродзода А.И., Доутова Л.Р., Каримова Ф.Н.

Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗ РТ

Введение. Неоадьювантная химиотерапия рассматривается как один из подходов к лечению местно-распространённого рака шейки матки, направленный на уменьшение объёма опухоли и

повышение резектабельности. Наиболее изученными являются схемы на основе цисплатина и фторурацила (DDP+FU), а также с включением доксорубина (DDP+FU+DOX). В последние годы внимание исследователей привлекают режимы на основе таксанов и производных платины (ТС). Сравнительная оценка эффективности и безопасности этих режимов в одной когорте остаётся актуальной задачей.

Цель исследования. Сравнить непосредственную эффективность и профиль токсичности трёх режимов неоадьювантной химиотерапии у пациенток с раком шейки матки IIВ стадии.

Материалы и методы. В исследование включены 112 пациенток, разделённых на три группы: I – ТС (паклитаксел + карбоплатин, n=49); II – DDP+FU+DOX (цисплатин + фторурацил + доксорубин, n=26); III – DDP+FU (цисплатин + фторурацил, n=37). Оценивались: динамика размеров опухоли по данным МРТ, объективный ответ по RECIST 1.1, степень лечебного патоморфоза по классификации Е.Ф. Лушников, частота хирургических вмешательств, частота и степень токсических осложнений по шкале RTOG/EORTC. Статистический анализ выполнен с использованием критериев χ^2 , ANOVA, U-Манна-Уитни.

Результаты исследования. Наибольшая регрессия опухоли отмечалась в группе ТС – уменьшение размера на $43,8 \pm 12,4\%$ ($p=0,009$). Частота объективного ответа (CR+PR) в группе ТС составила 61,2%, что статистически значимо превышало показатели в группе DDP+FU+DOX (46,2%) и в группе DDP+FU (35,1%) ($p=0,028$). Частота радикальных операций была наиболее высокой в группе ТС (77,6% против 65,4% и 59,5%, $p=0,034$). Выраженный лечебный патоморфоз (III–IV степень) среди оперированных пациенток отмечен у 60,5% в группе ТС, у 52,9% в группе DDP+FU+DOX и у 45,5% в группе DDP+FU ($p=0,041$). Частота тяжёлых осложнений (III–IV степени) была минимальной в группе ТС – 24,5%, тогда как в группе DDP+FU+DOX данный показатель составил 53,8%, в группе DDP+FU – 35,1% ($p=0,028$). Наиболее выраженные межгрупповые различия зафиксированы по частоте лейкопении ($p=0,018$), нейтропении ($p=0,031$), тошноты/рвоты ($p=0,045$), стоматита ($p=0,048$) и кардиотоксичности ($p=0,045$), при этом наиболее неблагоприятный профиль отмечен в группе DDP+FU+DOX.

Выводы. Режим ТС (паклитаксел + карбоплатин) продемонстрировал наиболее высокую непосредственную эффективность, включая наибольшую регрессию опухоли, наивысшую частоту объективного ответа, радикальных операций и выраженного лечебного патоморфоза. Профиль токсичности данного режима является наиболее благоприятным, с наименьшей частотой тяжёлых осложнений. Трёхкомпонентная схема DDP+FU+DOX не показала значимых преимуществ перед двухкомпонентной DDP+FU, но сопровождалась существенно более высокой частотой токсических осложнений. Полученные данные свидетельствуют о предпочтительности режима ТС при выборе неоадьювантной химиотерапии у пациенток с раком шейки матки IIВ стадии.

Доутова Л.Р., Каримова Ф.Н. Таджикский государственный медицинский университет им Абуали ибни Сино

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА (экспрессия биологических маркеров p53 и Ki67) РАКА ЯИЧНИКОВ

Каримова Ф.Н., Доутова Л.Р.

Рак яичников является одной из наиболее частых форм злокачественных новообразований женских половых органов, а его лечение остается важной проблемой клинической онкологии. Прогноз заболевания зависит не только от стадии и стратегии противоопухолевого лечения, но и ряда молекулярных факторов, определяющих биологические свойства рака яичников.

Материалы и методы исследования. В наше исследование было включено 18 больных серозной, гранулезоклеточной, эндометриоидной и муцинозной цистаденокарциномой яичников II–III стадий.

Проанализирован прогноз заболевания в зависимости от клинических и молекулярных (изучена экспрессия белков p53, Ki67 факторов. Возраст исследованных нами больных колебался от 28 до 58 лет.

Результаты и обсуждения. Экспрессия Кл-67 была установлена во всех исследованных нами образцах независимо от гистологической структуры опухоли. Его содержание было выше в

клетках серозной цистаденокарциномы (51,2%), в клетках эндометриоидной (10,2%), муцинозной цистаденокарциномы (11,5, %), гранулезоклеточной опухоли (12,2%). Также было выявлено, что высокая степень экспрессии белка Ki-67 коррелирует с возрастом больных серозной цистаденокарциномой. С стадии заболевания серозного рака пропорционально увеличивалось содержание белка Ki-67. При наличии миомы экспрессия белка также достоверно повышалась. Маркер Ki-67 выявлен во всех образцах. Высокий индекс Ki-67 в ткани опухоли сопряжен с неблагоприятным прогнозом у больных раком яичников II-III стадий. Эта зависимость более наглядно проявляется у больных серозной цистаденокарциномой яичников. В этой связи маркер Ki-67 может рассматриваться в качестве молекулярного фактора прогноза рака яичников начальных стадий.

Проведенные молекулярные исследования показали, что экспрессия мутантного белка p53 имела место во всех наблюдениях серозного рака. У 2 больных с эндометриоидным раком яичников и в 3 случаях муцинозного рака яичников. Показано, что этот белок чаще всего экспрессируется клетками рака яичников умеренной и низкой степени дифференцировки.

Выводы. При анализе взаимосвязи маркеров и отдаленных результатов лечения обнаружили, что экспрессия белков p53 и Ki67 имеет важное прогностическое значение при раке яичников. Определение экспрессии белков p53, Ki67 может нести полезную информацию о биологическом поведении опухоли уже на ранних стадиях рака яичников.

Каримова Ф.Н., Таджикский государственный медицинский университет им Абуали ибни Сино

Доутова Л.Р. Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗ РТ

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ВНУТРИБРЮШНАЯ АЭРОЗОЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПОД ДАВЛЕНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ КАНЦЕРОМАТОЗОМ

Музаффарзода М.М., Мухамадӣ Н.З., Бобохонова М.Н., Ньматова З.Р.

Введение. Рак яичников остаётся одной из наиболее летальных онкогинекологических патологий. Перитонеальный карциноматоз является основной причиной прогрессирования и смерти при распространённых формах. Стандартное комбинированное лечение не всегда обеспечивает адекватный контроль над перитонеальным процессом, особенно при высоком индексе поражения. Внутрибрюшная аэрозольная химиотерапия под давлением (PIRAC) представляет собой инновационный метод локорегионарного воздействия, обеспечивающий равномерное распределение цитостатика и высокую концентрацию в опухолевой ткани. В Республике Таджикистан опыт применения PIRAC ограничен. Настоящее исследование представляет первую систематическую оценку эффективности и безопасности разработанного протокола мультимодального лечения с включением PIRAC.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность протокола мультимодального лечения с включением PIRAC у пациенток с распространённым эпителиальным раком яичников и перитонеальным карциноматозом.

Материалы и методы. Проспективное одноцентровое исследование включало 53 пациентки с морфологически подтверждённым эпителиальным раком яичников III–IV стадии FIGO и перитонеальным карциноматозом (медиана PCI 36). Протокол включал циторедуктивную операцию, три процедуры PIRAC с интервалом 6–8 недель (цисплатин 10,5 мг/м² + доксорубин 2,1 мг/м² или паклитаксел 20 мг/м² + доксорубин 2,1 мг/м²) и системную химиотерапию карбоплатином (AUC 5–6) с паклитакселом (175 мг/м²). Оценивали динамику CA125, HE4, PCI, морфологический ответ по PRGS, объективный ответ по RECIST 1.1, качество жизни (EORTC QLQ-C30, QLQ-OV28), общую выживаемость и токсичность по CTCAE v5.0.

Результаты. После лечения медиана CA125 снизилась с 501 до 59 Ед/мл ($p < 0,001$), медиана PCI – с 36 до 18 баллов ($p < 0,001$). Благоприятный морфологический ответ (PRGS 1–2) достигнут у 90,6% пациенток, полный патоморфоз (PRGS 1) – у 69,8%. Объективный ответ по RECIST 1.1

составил 88,7%, полное разрешение асцита – 62,3%. Медиана общей выживаемости достигла 26 месяцев, трёхлетняя выживаемость – 39,6%. Отмечено статистически значимое улучшение качества жизни по EORTC QLQ-C30 (общий статус здоровья с 48 до 58 баллов, $p=0,008$) и снижение симптомов по QLQ-OV28 (желудочно-кишечные, тазовые, мочевыделительные). Тяжёлые нежелательные явления III–IV степени зарегистрированы в 2,1% процедур, процедур-ассоциированной летальности не было.

Заключение. Разработанный протокол мультимодального лечения с включением РПАС продемонстрировал высокую эффективность и благоприятный профиль безопасности у пациенток с распространённым раком яичников и перитонеальным карциноматозом. Метод обеспечивает выраженный локорегионарный ответ, улучшение выживаемости и качества жизни. Полученные результаты обосновывают внедрение РПАС в клиническую практику; требуются дальнейшие многоцентровые исследования.

ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ ЦИТОЛОГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЭПОХУ ТРЕПАН-БИОПСИИ: СОХРАНЯЕТСЯ ЛИ ЕЕ РОЛЬ?

Солиев Ф.

Актуальность. Современные стандарты диагностики рака молочной железы предусматривают широкое применение трепанбиопсии. Однако тонкоигольная аспирационная цитология (ТАЦ), несмотря на снижение ее роли в первичной диагностике, сохраняет практическое значение в исследовании регионарных лимфатических узлов и образований, труднодоступных для трепанбиопсии. В связи с этим оценка места ТАЦ в современных диагностических алгоритмах при заболеваниях молочной железы представляет значительный клинический интерес и остается актуальной задачей.

Цель исследования. Оценить современное значение тонкоигольной аспирационной цитологии (ТАЦ) в диагностике заболеваний молочной железы и определить ее место в эпоху широкого применения трепанбиопсии (ТБ).

Материалы и методы. Проведен анализ данных литературы, посвященных диагностической эффективности ТАЦ и ТБ при патологии молочной железы. Дополнительно проанализирован собственный материал РОНЦ за 2025 год. У 45 пациенток с морфологически подтвержденным раком молочной железы выполнена ТАЦ регионарных лимфатических узлов с последующим сопоставлением результатов с клиническими данными и результатами трепан-биопсии первичной опухоли.

Результаты. Трепан-биопсия в настоящее время является основным методом морфологической верификации опухолей молочной железы благодаря высокой чувствительности и специфичности, возможности оценки гистологической структуры опухоли, определения степени инвазии и исследования прогностических и предиктивных биомаркеров. Вместе с тем ТАЦ сохраняет ряд преимуществ, включая минимальную инвазивность, низкую стоимость, быстрое получение результата и возможность применения при локализациях, затрудняющих выполнение ТБ. В собственном исследовании из 45 пациенток подтвержденным с помощью ТБ раком молочной железы у 38 (84,4%) было подтверждено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов по данным ТАЦ. При сопоставлении результатов с клиническими данными и результатами трепанбиопсии первичной опухоли отмечена высокая степень диагностического соответствия, что подтверждает информативность метода при оценке метастатического поражения регионарных лимфатических узлов и свидетельствует о его высокой диагностической ценности в отдельных клинических случаях.

Заключение. Несмотря на доминирующую роль трепанбиопсии в современной диагностике заболеваний молочной железы, тонкоигольная аспирационная цитология не утратила своего значения. Метод может эффективно использоваться в качестве дополнительного инструмента диагностики, особенно при исследовании лимфатических узлов, расположенных в анатомически сложных зонах, а также в случаях, когда выполнение трепанбиопсии ограничено.

Солиев Ф., ГУ Республиканский онкологический научный центр. Таджикистан.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ЦИТОЛОГИИ ПРИ ОЦЕНКЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Солиев Ф.

Актуальность. Статус регионарных лимфатических узлов является одним из ключевых прогностических факторов при раке молочной железы. Морфологическая верификация метастатического поражения лимфатических узлов необходима для определения стадии заболевания и выбора лечебной тактики.

Цель исследования. Изучить эффективность тонкоигольной аспирационной цитологии в диагностике метастатического поражения регионарных лимфатических узлов у пациенток с раком молочной железы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования 45 пациенток с морфологически подтвержденным раком молочной железы. Всем пациенткам выполнялась тонкоигольная аспирационная цитология подозрительных регионарных лимфатических узлов с последующим сопоставлением результатов с клинико-инструментальными данными и морфологическим исследованием.

Результаты. По результатам проведенного исследования метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов было подтверждено у 38% пациенток. Метод ТАЦ позволил получить диагностически значимый материал в большинстве наблюдений и обеспечил дооперационную морфологическую верификацию метастатического процесса.

Заключение. Тонкоигольная аспирационная цитология является эффективным методом диагностики метастатического поражения регионарных лимфатических узлов при раке молочной железы. Метод характеризуется малой инвазивностью, технической доступностью и может использоваться в качестве метода первичной морфологической верификации при подозрении на лимфогенное метастазирование.

Солиев Ф., ГУ Республиканский онкологический научный центр. Таджикистан.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015–2025 ГОДЫ

Гафкр-Ахунов К.М., Абдихакимов А.Н., Тухтабоева М.Т., Журабоев Д.Н.

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) остается одной из ведущих онкологических патологий женского населения. Наряду с динамикой первичной заболеваемости важным показателем эффективности онкологической помощи является частота выявления заболевания в IV стадии. Анализ многолетних региональных данных позволяет оценить тенденции заболеваемости и выявить проблемные аспекты ранней диагностики РМЖ.

Цель исследования. Изучить многолетнюю динамику первичной заболеваемости раком молочной железы и частоты выявления IV стадии в Ташкентской области за 2015–2025 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ годовых статистических данных по раку молочной железы (С50) в Ташкентской области за 2015–2025 гг. Показатель первичной заболеваемости оценен на 100 тыс. населения. За исследуемый период зарегистрировано 4137 впервые выявленных случаев РМЖ. Для оценки временных тенденций использовали линейный регрессионный анализ; различия уровней заболеваемости оценивали с расчетом отношения показателей и 95% доверительного интервала ($p < 0,05$).

Результаты. В 2015 г. в Ташкентской области было впервые зарегистрировано 285 случаев РМЖ, что соответствовало 12,2 на 100 тыс. населения. К 2025 г. число впервые выявленных случаев увеличилось до 521, то есть на 82,8%, а показатель заболеваемости достиг 16,6 на 100 тыс. населения, увеличившись на 36,8%. Соотношение показателей заболеваемости в 2025 и 2015 гг. составило - 1,37 (95% ДИ 1,18–1,58; $p < 0,001$). Отмечен значимый восходящий тренд первичной заболеваемости РМЖ со среднегодовым линейным приростом около 0,35 случая на 100 тыс. населения ($p = 0,017$). Наиболее низкий показатель зарегистрирован в 2020 г. — 10,74 на 100 тыс., после чего наблюдалось восстановление и дальнейшее увеличение заболеваемости: до 14,7 в 2022

г., 14,4 в 2023 г. и максимального за весь период значения 16,65 на 100 тыс. населения в 2025 г. За это время РМЖ в IV стадии, увеличилось с 37 случаев в 2015 г. до 67 случаев в 2025 г. При этом удельный вес IV стадии среди впервые выявленных больных существенно не изменился: 12,9% в 2015 г. и 12,86% в 2025 г. ($p=0,960$). Статистически значимой тенденции к снижению доли IV стадии в течение 2015–2025 гг. не установлено ($p=0,638$). Максимальный показатель запущенности зарегистрирован в 2023 г., когда на IV стадию приходилось 18,72% впервые выявленных случаев.

Выводы. В Ташкентской области РУз в 2015–2025 гг. отмечено значимое увеличение первичной заболеваемости раком молочной железы. За десять лет показатель вырос на 36,8% и увеличение выявляемости заболевания не сопровождалось устойчивым снижением удельного веса IV стадии, который на протяжении исследуемого периода сохранялся в среднем на уровне около 15%.

Гафкр-Ахунов К.М., Абдихакимов А.Н., Тухтабаева М.Т., Журабоев Д.Н., РСНПМЦОиР
Ташкентский областной филиал

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ СТАДИЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аллабергганова Х.М., Тухтабаева М.Т., Латипов Б.Б., Журабоев Д.Н.

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости женщин. Несмотря на совершенствование методов ранней диагностики и комплексного лечения, даже при начальных стадиях заболевания возможно развитие местного рецидива и отдалённых метастазов. Значительную роль в прогрессировании заболевания играют молекулярно-генетические особенности, биологическая гетерогенность и иммуногистохимический подтип опухоли.

Цель исследования. Оценить результаты лечения больных ранними стадиями рака молочной железы с учётом клинико-морфологических и биологических характеристик опухоли.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 52 больных ранним РМЖ. Размер первичной опухоли составлял от 0,5 до 2,0 см. У 8 (15,4%) пациенток диагностирован рак in situ TisN0M0, у 44 (84,6%) - T1N0M0. Опухоль правой молочной железы выявлена у 25 (48,1%), левой - у 25 (48,1%), двустороннее поражение - у 2 (3,8%) больных. Люминальный А подтип установлен у 19 (36,5%), люминальный В HER2-позитивный - у 3 (5,8%), HER2-негативный люминальный вариант - у 17 (32,7%), трижды негативный - у 10 (19,2%), нелюминальный HER2-позитивный - у 3 (5,8%) пациенток. Хирургическое лечение получили 11 (21,1%), комбинированное - 25 (48,1%), комплексное - 16 (30,8%) больных. Оперативное вмешательство на первичном очаге и регионарных лимфатических узлах выполнено у 51 (98,1%) пациентки.

Результаты. Продолжительность наблюдения составила от 1 до 5 лет. Рецидив опухоли зарегистрирован у 1 (1,9%) больной через 1,5 года после лечения. У 2 (3,8%) пациенток выявлены отдалённые метастазы в лёгких и костях скелета. Во всех случаях прогрессирования заболевания опухоли относились к трижды негативному молекулярному подтипу.

Заключение. При ранних стадиях РМЖ современное комплексное лечение обеспечивает благоприятные результаты у большинства пациенток. Вместе с тем сохраняется риск рецидивирования и отдалённого метастазирования, особенно при трижды негативном подтипе опухоли, что свидетельствует о необходимости учитывать биологические характеристики РМЖ при выборе лечебной тактики и последующем динамическом наблюдении.

Аллабергганова Х.М., Тухтабаева М.Т., Латипов Б.Б., Журабоев Д.Н., РСРПМЦОР,
Хорезмский, Бухарский и Ташкентский областные филиалы

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мирзоева Д.С.

Введение. Рак молочной железы занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости среди женского населения и остаётся основной причиной смерти от злокачественных новообразований. В последние десятилетия всё большее внимание уделяется

модифицируемым факторам риска, среди которых особое место принадлежит ожирению. Избыточная жировая ткань служит источником эстрогенов и провоспалительных цитокинов, создавая гормональный и метаболический фон, благоприятствующий малигнизации эпителия молочной железы. Несмотря на наличие зарубежных данных, региональные исследования, отражающие связь ожирения с клиническим течением РМЖ, остаются единичными, что определяет актуальность настоящей работы.

Цель исследования. Изучить ассоциацию между ожирением и клинико-морфологическими характеристиками РМЖ.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации 823 пациенток с гистологически подтверждённым диагнозом РМЖ, обратившихся в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» в 2022–2023 годах. Для каждой пациентки вычислен индекс массы тела (ИМТ) по стандартной формуле и степень ожирения определена согласно критериям ВОЗ. Изучались возраст, стадия заболевания по системе TNM и наличие ожирения. Статистический анализ выполнен с применением критериев Колмогорова–Смирнова, Шапиро–Уилка и χ^2 , различия признаны значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$) выявлено у 240 пациенток, что составило 29,2% от всей выборки. Распределение по степеням ожирения было следующим: первая степень – 57,9% (139 из 240), вторая – 29,6% (71), третья – 12,5% (30). В возрастной структуре преобладали больные 40–69 лет – 86,3% (207 из 240); при этом более тяжёлые степени ожирения (II и III) достоверно чаще регистрировались у женщин 50–69 лет ($p < 0,05$). Анализ стадийности показал, что среди пациенток с ожирением значительно выше доля распространённых форм. Так, III стадия отмечена у 56,0% (134), IV – у 21,3% (51). В группе без ожирения эти показатели составили 38,5% и 12,7% соответственно ($p < 0,05$ для обоих сравнений).

Выводы. Результаты свидетельствуют о высокой распространённости ожирения среди больных РМЖ в регионе (около 30%) и о его статистически значимой связи с более поздними стадиями опухолевого процесса. Выявленные закономерности указывают на ожирение как на неблагоприятный прогностический фактор, что диктует необходимость включать управление массой тела в программы комплексного ведения онкологических пациентов. Для уточнения механизмов влияния ожирения на прогрессию РМЖ и разработки эффективных профилактических мер требуются дальнейшие проспективные наблюдения и популяционные исследования.

Мирзоева Д.С., ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ, г. Душанбе, Республика Таджикистан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛОКАЛЬНОГО ТРИАМЦИНОЛОНА ПРИ НЕЛАКТАЦИОННОМ МАСТИТЕ

Мирзоева Д.С.

Введение. Нелактационный мастит, в особенности идиопатический гранулематозный мастит, представляет собой хроническое воспалительное заболевание молочной железы неясной этиологии, клинически и по данным инструментальных методов нередко имитирующее злокачественный процесс. Маститоподобный рак молочной железы требует исключения на этапе первичной диагностики, что обуславливает необходимость проведения всего комплекса обследований, включая пункционную биопсию и гистологическое исследование, в условиях специализированного онкологического учреждения. После верификации доброкачественной природы воспалительного инфильтрата перед врачом встаёт вопрос о выборе оптимальной консервативной терапии. Стандартное лечение системными кортикостероидами нередко сопровождается побочными эффектами и не всегда приводит к стойкому регрессу. В последние годы локальная инъекционная терапия кортикостероидами рассматривается как эффективный органосохраняющий подход, позволяющий достичь высокой концентрации препарата непосредственно в очаге воспаления при минимальном системном действии.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность локальной инъекционной терапии триамцинолона ацетонидом у пациенток с нелактационным маститом.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов лечения 26 пациенток с верифицированными формами нелактационного мастита (идиопатический гранулематозный мастит и очаговый склерозирующий аденоз), получавших локальную инъекционную терапию (препарат Кеналог) в маммологических кабинетах ГУ «Республиканский онкологический научный центр» в период 2024–2025 годов. Всем пациенткам перед началом терапии выполнена комплексная дифференциальная диагностика, включающая УЗИ, маммографию, аспирационную биопсию и гистологическое исследование, для исключения маститоподобной формы рака молочной железы. Препарат вводился локально в среднем в дозировке 0,1 мг/кг массы тела на одну процедуру. Критериями оценки служили динамика ультразвуковой картины, регресс локальных симптомов (гиперемия, болезненность, инфильтрация), частота хирургических вмешательств и частота побочных эффектов.

Результаты. Полный регресс заболевания на фоне консервативной терапии достигнут у 20 пациенток (76,9%). У 6 пациенток (23,1%) с обширными инфильтративными формами применение инъекций в качестве неоадьювантного метода позволило добиться уменьшения объёма воспалительного инфильтрата более чем на 50% от исходных показателей, что создало условия для последующего органосохраняющего хирургического лечения с удовлетворительным косметическим результатом. Быстрое купирование болевого синдрома в течение первой недели наблюдалось у 25 пациенток (96,2%). Побочные эффекты в виде транзиторной локальной атрофии подкожно-жировой клетчатки в зоне введения зарегистрированы у 2 пациенток (7,7%). Серьёзных нежелательных явлений не отмечено.

Выводы. Локальная инъекционная терапия триамцинолона ацетонидом продемонстрировала высокую клиническую эффективность при нелактационном мастите. В 76,9% случаев удалось избежать хирургического вмешательства. При обширных формах метод позволил уменьшить инфильтрацию и провести органосохраняющие операции с хорошим косметическим эффектом. Профиль безопасности является благоприятным. Полученные результаты обосновывают целесообразность широкого применения метода в клинической практике маммологических отделений.

Мирзоева Д.С., ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ, г. Душанбе, Республика Таджикистан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА «ТИМОЦИН» ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мирзоева Д.С.

Введение. Диссеминированный рак молочной железы (ДРМЖ) остаётся одной из наиболее сложных клинических проблем в онкологии, сопровождаясь выраженным болевым синдромом, снижением качества жизни и иммунологическими нарушениями. Традиционные подходы к лечению часто ограничены из-за тяжёлого состояния пациенток и распространённости метастатического процесса. В связи с этим поиск эффективных и безопасных методов паллиативной помощи, включая иммуномодуляцию, представляет значительный интерес. Препарат тимусного происхождения «Тимоцин» известен своей способностью стимулировать Т-клеточный иммунитет. В последние годы появились данные о его влиянии на выработку β-эндорфина, что может способствовать снижению болевого синдрома и улучшению общего состояния пациенток.

Цель исследования. Изучить клиническую и иммунологическую эффективность применения иммуномодулятора «Тимоцин» в комплексной паллиативной терапии больных диссеминированным раком молочной железы.

Материалы и методы. В исследование включены 36 пациенток с ДРМЖ, находившихся на лечении в отделении маммологии и реконструктивно-пластических операций и химиотерапевтическом отделении ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ. Средний возраст составил 52,5 лет (диапазон 30–75 лет). У 33 пациенток диагностирован рецидивно-диссеминированный процесс, у 3 – первично-диссеминированный. Всем пациенткам в дополнение к паллиативной терапии назначался препарат «Тимоцин» внутримышечно по 1 мл

ежедневно в течение 10 дней. Иммунологическое исследование и определение концентрации β -эндорфина в сыворотке крови проводились до и после курса терапии. Физическое состояние оценивалось по модифицированной шкале Карновского. Статистический анализ выполнен с использованием U-критерия Манна–Уитни и T-критерия Вилкоксона.

Результаты исследования. До начала лечения у пациенток отмечалось снижение содержания Т-лимфоцитов (CD3) – $47,37 \pm 1,08\%$, Т-хелперов (CD4) – $29,4 \pm 0,44\%$, NK-клеток (CD16) – $8,89 \pm 0,45\%$. После курса терапии эти показатели достоверно повысились: CD3 – до $54,57 \pm 0,98\%$ ($p < 0,05$), CD4 – до $32,8 \pm 0,56\%$ ($p < 0,05$), CD16 – до $11,02 \pm 0,65\%$ ($p < 0,05$). Содержание В-лимфоцитов (CD20), рецепторов к IL-2 (CD25), рецепторов пролиферации (CD71) и фагоцитоза (CD32) также имело тенденцию к повышению, но различия не достигли статистической значимости ($p > 0,05$). Концентрация β -эндорфина в крови возросла в среднем с $0,341 \pm 0,05$ нг/мл до $0,724 \pm 0,04$ нг/мл ($p < 0,05$). На фоне терапии отмечено снижение потребности в наркотических анальгетиках с 6–7 инъекций в сутки до 2, а некоторые пациентки полностью переведены на ненаркотические препараты. Физическое состояние по шкале Карновского улучшилось с 40% до 60%, что соответствовало снижению потребности в посторонней помощи и повышению повседневной активности. Приведены клинические примеры, подтверждающие положительную динамику.

Выводы. Применение иммуномодулятора «Тимоцин» в комплексной паллиативной терапии ДРМЖ способствует нормализации показателей клеточного иммунитета, значительному увеличению концентрации β -эндорфина, что ассоциируется с уменьшением болевого синдрома и снижением потребности в наркотических анальгетиках. Метод не требует специального оборудования, экономически доступен и не обладает токсическими свойствами. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности включения «Тимоцина» в программы паллиативной помощи для улучшения качества жизни пациенток с генерализованными формами рака молочной железы.

Мирзоева Д.С., ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ, г. Душанбе, Республика Таджикистан

УДК 618.19-006.6-089

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СРАВНЕНИИ С МАСТЭКТОМИЕЙ: ОПЫТ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Муродзода А.И., Юлдошев М.Ш., Обидов Д.С.

Актуальность. Рак молочной железы занимает лидирующее место в структуре онкологической заболеваемости среди женщин как в мире, так и в Республике Таджикистан. Выбор между органосохраняющими операциями (ОСО) и радикальной мастэктомией по-прежнему вызывает дискуссии, несмотря на сопоставимость онкологических результатов обоих подходов при ранних стадиях. В условиях Таджикистана, где значительная доля пациенток поступает с распространёнными формами заболевания, а доступность реконструктивной хирургии ограничена, сравнительная оценка эффективности и безопасности ОСО представляет выраженный научный и практический интерес.

Цель исследования. Оценить и сравнить отдалённые онкологические результаты и качество жизни пациенток с раком молочной железы, перенёсших органосохраняющие операции и радикальную мастэктомию, на основе данных реальной клинической практики ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Республики Таджикистан.

Материалы исследования. Проведён ретроспективный анализ данных 162 пациенток с раком молочной железы, получавших хирургическое лечение в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Республики Таджикистан за период 2018–2025 гг. Методом сплошной выборки сформированы две группы: органосохраняющие операции ($n=41$) и радикальная мастэктомия ($n=121$). Оценивались отдалённые онкологические результаты, частота местных рецидивов и показатели качества жизни пациенток.

Методы исследования. Оценка эффективности хирургического лечения основывалась на анализе частоты местных рецидивов, показателей безрецидивной и общей выживаемости. Качество жизни пациенток оценивалось с использованием стандартизированных опросников. Для сравнения результатов между группами применялись стандартные методы статистического анализа. Выживаемость анализировалась методом Каплана–Майера.

Результаты. Проанализированы данные 162 пациенток (средний возраст 52.4 ± 9.7 года). В группе органосохраняющих операций ($n=41$) местные рецидивы зарегистрированы у 12.2% пациенток (5 из 41), в группе радикальной мастэктомии ($n=121$) — у 11.6% (14 из 121). Пятилетняя безрецидивная выживаемость составила 76.8% в группе ОСО и 74.2% в группе мастэктомии, общая выживаемость — 82.4% и 79.5% соответственно. Показатели качества жизни по шкале EORTC QLQ-C30 были достоверно выше в группе ОСО (76.4 ± 8.2 vs 68.9 ± 9.1 балла, $p<0.05$). Общая частота послеоперационных осложнений составила 14.6% в группе ОСО и 24.8% в группе мастэктомии.

Выводы. Органосохраняющие операции продемонстрировали сопоставимую с радикальной мастэктомией онкологическую эффективность при достоверно лучших показателях качества жизни пациенток. Полученные данные свидетельствуют о перспективности более широкого применения органосохраняющего подхода в хирургическом лечении рака молочной железы в условиях реальной клинической практики и требуют дальнейшего изучения на большей выборке.

¹Муродзод А.И., ¹Юлдошев М.Ш., Обидов Д.С. ГУ «Республиканский онкологический научный центр»

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ФЕНОТИПИРОВАНИЕ ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМЫ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Камалова Б.З., Шаханова Ш.Ш.

Актуальность. Вторичная лимфедема верхней конечности является одним из наиболее значимых осложнений комплексного лечения рака молочной железы. Клиническое течение заболевания отличается выраженной неоднородностью, обусловленной различным соотношением жидкостного, фиброзного и жирового компонентов. Традиционная оценка степени отека не всегда отражает характер структурной перестройки тканей, что обосновывает необходимость фенотипирования лимфедемы с использованием комплекса клинических и инструментальных методов.

Цель исследования. Определить клинико-инструментальные фенотипы вторичной лимфедемы верхней конечности у больных после лечения рака молочной железы.

Материалы и методы. В исследование включены 89 больных раком молочной железы с вторичной лимфедемой верхней конечности после проведенного противоопухолевого лечения. Всем пациенткам выполняли клиническую оценку выраженности отека, измерение окружности верхних конечностей в стандартизированных анатомических точках с последующим расчетом их объема и относительной межконечностной разницы. Стадию лимфедемы определяли в соответствии с классификацией International Society of Lymphology.

Для оценки состояния мягких тканей проводили ультразвуковое исследование кожи и подкожно-жировой клетчатки с определением их толщины, эхогенности и структурной неоднородности. Выраженность фиброзных изменений дополнительно оценивали методом эластографии. При наличии возможности в комплекс обследования включали биоимпедансный анализ для количественной оценки жидкостного компонента.

На основании совокупности клинических и инструментальных признаков пациенток распределяли на четыре основных фенотипа: **жидкостный**, характеризующийся преобладанием интерстициального отека при минимальных структурных изменениях тканей; **фиброзный**, при котором доминировали уплотнение и снижение эластичности тканей; **жировой**, характеризующийся преимущественной гипертрофией подкожно-жировой клетчатки; и **смешанный**, сочетающий признаки двух и более структурных компонентов.

Результаты. Проведенное фенотипирование позволило выявить клиническую неоднородность вторичной лимфедемы у обследованных пациенток. Различные варианты

заболевания характеризовались неодинаковым соотношением жидкостного, фиброзного и жирового компонентов, что не всегда соответствовало только величине увеличения объема конечности или клинической стадии лимфедемы. Наиболее выраженные структурные изменения мягких тканей отмечались при фиброзном и смешанном фенотипах, тогда как при жидкостном варианте преобладали признаки накопления интерстициальной жидкости при относительно сохраненной структуре тканей.

Заключение. Вторичная лимфедема после лечения рака молочной железы представляет собой гетерогенное состояние, которое целесообразно оценивать не только по степени увеличения объема конечности, но и с учетом характера структурной перестройки тканей. Клинико-инструментальное выделение жидкостного, фиброзного, жирового и смешанного фенотипов может способствовать более дифференцированному выбору лечебно-реабилитационной тактики и дальнейшему изучению факторов прогрессирования лимфедемы.

Камалова Б.З., Шаханова Ш.Ш., Самарканский Государственный медицинский Университете

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ ВИТАМИНА Д У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Муродзода А.И., Файзуллаев Н.А., Каримов Д.М.

Актуальность. Витамин Д — жирорастворимый витамин, участвующий в регуляции кальций-фосфорного обмена и поддержании здоровья костной ткани. Его активная форма — кальцитриол — также участвует в регуляции роста и дифференцировки клеток. В экспериментальных исследованиях показана способность активных форм витамина Д подавлять размножение опухолевых клеток, стимулировать их программируемую гибель — апоптоз — и уменьшать образование сосудов в опухоли. Изучение уровня 25-гидроксивитамина Д — 25(ОН)Д — у пациенток с раком молочной железы в Республике Таджикистан представляет интерес для оценки обеспеченности витамином Д и дальнейшего изучения его связи с клиническими характеристиками заболевания.

Цель исследования. Оценить уровень 25(ОН)Д и частоту его сниженных значений у пациенток с раком молочной железы в исследуемой выборке.

Материалы и методы. Проведён описательный анализ клинических данных 33 пациенток с раком молочной железы. Проанализированы результаты определения уровня 25(ОН)Д в нг/мл, а также имеющиеся данные гистологического и иммуногистохимического (ИГХ) исследований опухоли. По гистологическим заключениям оценивали тип опухоли и степень её дифференцировки, а по данным ИГХ — молекулярный подтип и HER2-статус. Для уровня 25(ОН)Д рассчитаны медиана, абсолютные и относительные частоты. Использованы следующие категории: <12 нг/мл — уровень, соответствующий риску дефицита; 12–<20 нг/мл — уровень потенциальной недостаточности; ≥20 нг/мл — уровень, достаточный для большинства людей. В двух случаях уровень 25(ОН)Д составил <5 нг/мл.

Результаты. Медиана уровня 25(ОН)Д составила 10,0 нг/мл. У двух пациенток (6,1%) концентрация была ниже 5 нг/мл; максимальное значение составило 72,0 нг/мл. Уровень <12 нг/мл выявлен у 17 пациенток (51,5%), от 12 до <20 нг/мл — у 9 (27,3%). Таким образом, у 26 из 33 пациенток (78,8%) концентрация 25(ОН)Д была ниже 20 нг/мл. Значения ≥20 нг/мл зарегистрированы у 7 пациенток (21,2%), включая один результат 72,0 нг/мл с учётом приёма препаратов витамина Д.

По представленным данным ИГХ преобладал люминальный В подтип — 20 случаев (60,6%), в том числе HER2-негативный — 18 и HER2-позитивный — 1. Люминальный А подтип выявлен у 2 пациенток (6,1%), трижды негативный — у 5 (15,2%). У 3 пациенток (9,1%) отмечен HER2-позитивный статус, у 1 (3,0%) — HER2-негативный статус. По данным гистологического исследования степень дифференцировки G1 зарегистрирована у 1 пациентки (3,0%), G2 — у 27 (81,8%), G3 — у 4 (12,1%).

Заключение. В исследуемой выборке пациенток с раком молочной железы преобладали сниженные уровни 25(ОН)Д: у 78,8% пациенток концентрация была ниже 20 нг/мл, а у 51,5% —

ниже 12 нг/мл. Полученные результаты обосновывают необходимость дальнейшего изучения обеспеченности витамином Д в данной группе с учётом возраста, сезона обследования, проводимого лечения и приёма препаратов витамина Д.

Ключевые слова: рак молочной железы, витамин Д, 25(ОН)Д, дефицит витамина Д, иммуногистохимия, гистологическая степень дифференцировки, Республика Таджикистан.

Муродзода Акбар Исматулло, Файзуллаев Нурулло Абдуллаевич, Каримов Додихудо Махмаднаимович., Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр», отделение химиотерапии злокачественных опухолей и паллиативной помощи.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ TRAM-ЛОСКУТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рахмонов К.А., Мурадова З.М.

Актуальность. Современное хирургическое лечение рака молочной железы направлено не только на обеспечение онкологической радикальности, но и на восстановление анатомической формы молочной железы, улучшение функциональной и эстетической реабилитации пациенток. Одним из вариантов аутологичной реконструкции является использование TRAM-лоскута, позволяющего восполнить значительный дефицит мягких тканей после мастэктомии. В Самаркандском филиале РСНПМЦОиР реконструктивно-пластические операции с применением TRAM-лоскута выполняются с 2020 года.

Цель исследования. Оценить непосредственные и отдалённые результаты реконструкции молочной железы с использованием TRAM-лоскута у больных раком молочной железы и провести сравнительный анализ одномоментной и отсроченной реконструкции.

Материалы и методы. В исследование включены 24 пациентки с раком молочной железы II–IIIА стадий в возрасте от 25 до 50 лет; средний возраст составил 37,5 года. Основную группу составили 14 (58,3%) пациенток, которым после радикальной мастэктомии по Маддену была выполнена одномоментная реконструкция молочной железы TRAM-лоскутом. В группу сравнения вошли 10 (41,7%) пациенток, которым реконструкция была проведена отсроченно. Среди всех пациенток IIА стадия заболевания отмечалась у 4 (16,6%), IIБ — у 13 (54,2%), IIIА — у 7 (29,2%) больных.

Оценивали непосредственные и отдалённые хирургические осложнения, онкологические результаты, а также косметический результат через 6 месяцев после операции с учётом формы, симметричности и консистенции реконструированной молочной железы. Эстетический результат классифицировали как отличный, хороший, удовлетворительный или неудовлетворительный.

Результаты. В группе одномоментной реконструкции послеоперационные осложнения зарегистрированы у двух пациенток: в одном случае наблюдался некроз TRAM-лоскута, в другом — послеоперационная грыжа передней брюшной стенки. В группе отсроченной реконструкции непосредственных послеоперационных осложнений не отмечено.

После одномоментной реконструкции отличный косметический результат получен у 4 (28,6%) пациенток, хороший — у 8 (57,2%), удовлетворительный — у 1 (7,1%), неудовлетворительный — у 1 (7,1%). Таким образом, отличный и хороший эстетический результат был достигнут у 85,8% больных. При отсроченной реконструкции отличный результат отмечен у 4 (40,0%), хороший — у 5 (50,0%), удовлетворительный — у 1 (10,0%) пациентки; отличный и хороший результат составил в совокупности 90,0%.

Выводы. Реконструкция молочной железы с использованием TRAM-лоскута позволяет получить благоприятные эстетические результаты как при одномоментном, так и при отсроченном восстановлении. Одномоментная реконструкция способствует более раннему восстановлению объёма и формы молочной железы и создаёт условия для ранней реабилитации пациенток. Вместе с тем после предшествующей неoadъювантной терапии при одномоментной реконструкции необходимо учитывать риск послеоперационных осложнений. По представленным данным авторов, применение TRAM-лоскута при отсутствии противопоказаний не сопровождалось ухудшением общей и безрецидивной выживаемости.

Рахмонов К.А., Мурадова З.М., Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Самарканд, Узбекистан

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А В ЛЕЧЕНИИ КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРЫ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Найдина К.А., Зикирходжаев А.Д., Аблицова Н.В.

Актуальность. Капсулярная контрактура (КК) остается наиболее частым осложнением реконструктивно-пластических операций с использованием имплантатов, достигая 30% случаев, а после лучевой терапии — 50%. Хирургическое лечение является золотым стандартом, однако оно сопряжено с риском рецидива и хирургической травмой. Поиск эффективных консервативных методов лечения остается актуальной задачей.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения ботулотоксина типа А (БТА) в лечении капсулярной контрактуры у пациенток после реконструктивно-пластических операций по поводу рака молочной железы.

Материалы и методы. Проведено открытое проспективное когортное исследование (2023-2025 гг.) на базе МНИОИ им. П.А. Герцена. Включено 100 пациенток с КК II-IV степени после комбинированного/комплексного лечения РМЖ. I группа (n=50) — КК II-III степени, консервативная терапия БТА (курс 3 инъекций по 200 ЕД с интервалом 3-4 недели). II группа (n=50) — КК III-IV степени, хирургическое лечение (капсулэктомия с заменой имплантата). Оценка включала УЗИ с измерением толщины капсулы, морфологическое исследование, опросники Breast-Q и визуальную аналоговую шкалу.

Результаты. Общая эффективность консервативной терапии составила 80 % (полный эффект — 54,2 %, частичный — 25,8 %). При КК II степени эффективность достигла 100%, при III степени — 68,2%. Толщина капсулы по УЗИ снизилась с $1,78 \pm 0,49$ мм до $1,16 \pm 0,42$ мм ($p < 0,001$). Независимыми предикторами ответа на БТА явились: толщина капсулы $\leq 1,5$ мм (ОШ=5,2; $p=0,003$), II степень КК (ОШ=7,8; $p=0,001$), отсутствие кальцификации (ОШ=3,1; $p=0,04$). Морфологически полиуретановое покрытие имплантата ассоциировалось с меньшей толщиной капсулы ($1,88 \pm 0,5$ против $2,38 \pm 0,7$ мм; $p=0,04$) и меньшим содержанием миофибробластов. Применение БТА не ухудшило онкологических исходов: 3-летняя безрецидивная выживаемость в I группе составила 100 %, во II — 90,9 % ($p=0,18$). Качество жизни по шкале Breast-Q значительно улучшилось в обеих группах, физическое благополучие было выше в группе БТА (81 ± 9 против 76 ± 11 ; $p=0,01$).

Выводы. Ботулотоксин типа А является эффективным и безопасным методом консервативного лечения капсулярной контрактуры, позволяя избежать хирургического вмешательства у 80% пациенток. Наилучшие результаты достигаются при КК II степени и толщине капсулы $\leq 1,5$ мм по УЗИ. Рекомендовано проведение УЗИ-мониторинга через 6, 12 и 24 месяца после реконструкции для раннего выявления пациентов, которым показана терапия БТА.

Найдина Карина Александровна, Зикирходжаев Азиз Дильшодович, Аблицова Наталья Валерьевна, МНИОИ им.П.А.Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Автор ответственный: Найдина Карина Александровна, +7(920)428-89-89, karina_naidina@mail.ru

ОТДАЛЁННЫЕ ЭСТЕТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Зикирходжаев А. Д.

Введение. Реконструкция молочной железы является неотъемлемой частью комплексного лечения рака молочной железы и направлена не только на восстановление формы, но и на улучшение качества жизни, самооценки и психоэмоционального состояния пациентки. Однако

оценка эстетического результата в раннем послеоперационном периоде не отражает истинного исхода, результат определяется со временем. В отдаленном периоде могут развиваться такие осложнения, как капсулярная контрактура, риплинг, ротация имплантата, асимметрия, которые могут быть связаны с лучевой и системной терапией. Ранний результат не равен отдаленному.

Цель. Оценить отдалённые эстетические результаты различных методов реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и определить факторы, влияющие на удовлетворённость пациенток в отдаленном периоде.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 160 пациенток. Средний возраст — $45 \pm 2,5$ года. Сроки наблюдения составил от 1 года до 14 лет, в среднем 7,9 лет. Носительство мутаций BRCA1/BRCA2/CHEK2 выявлено у 12 пациенток (7,5%). Распределение по стадиям: 0 ст. — 32,5%, I ст. — 33,1%, IIА ст. — 18,8%, IIВ ст. — 12,5%, IIIА ст. — 3,1%. Были выполнены следующие варианты реконструкции: имплантаты и экспандеры, аутологичные лоскуты (TRAM, DIEP, ТДЛ), комбинированные методы, а также онкопластические резекции с редукционной маммопластикой контралатеральной молочной железы. Удовлетворённость оценивали по анкете-опроснику и шкале BREAST-Q; критериями успеха определены стабильность (stability), симметрия (symmetry) и форма (shape). Дополнительно анализировали динамику ИМТ и суммарный психологический показатель (шкала 1–5 баллов).

Результаты. В раннем периоде (1–2 года) значимых различий в зависимости от вида реконструкции не выявлено. Имплантаты демонстрируют предсказуемую форму и быстрое восстановление, однако в отдалённом периоде отмечаются капсулярная контрактура, риплинг, ротация имплантата, усиление асимметрии и негативное влияние лучевой терапии. Аутологичные лоскуты обеспечивают стабильную форму, естественность; при этом сохраняются такие недостатки, как длительность операции, состояние донорской зоны, липонекроз, потеря объёма и асимметрия при изменении массы тела. Удовлетворённость результатом в раннем периоде и через 7,9 года снизилась в среднем на 22,9 %. В долгосрочном периоде эстетическая удовлетворённость была значимо выше после реконструкции TRAM-лоскутом по сравнению с имплантатами, а наилучшие показатели отмечены при DIEP-лоскуте. Реконструкция любым методом даёт значимо более высокие оценки по сравнению с мастэктомией без реконструкции.

Лучевая терапия остаётся наиболее устойчивым фактором неудовлетворительного отдалённого результата: повышает риск осложнений и реконструктивных неудач, снижает эстетическую оценку и удовлетворённость. К другим значимым факторам относятся повышенный ИМТ, курение, инфекции и ранние послеоперационные осложнения.

При органосохраняющем лечении удовлетворённость пациенток после обычной и онкопластической резекции оказалась сопоставимой (OR 0,90; 95% CI 0,62–1,30); высокое качество жизни отмечено примерно у 75% пациенток. Лучевая терапия ($p = 0,001$) являлась ключевым фактором развития фиброза, деформации, смещения сосково-ареолярного комплекса и потери объёма.

Выводы. Оценка эстетического результата в раннем послеоперационном периоде не отражает истинного исхода, и должна оцениваться как минимум через 5–8 лет. В долгосрочном периоде аутологичные методы (TRAM, DIEP, ТДЛ) обеспечивают более высокую эстетическую удовлетворённость по сравнению с имплантатами. Имплантаты остаются предсказуемым и востребованным методом, однако необходимо учитывать риски осложнений в отдаленном периоде. Нет универсального метода реконструкции, а есть правильный выбор для конкретной пациентки.

Зикирходжаев Азиз Дильшодович, д.м.н., профессор, Заведующий отделением реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии», г. Москва

ЕКТОРАЛЬНАЯ КЛЕТЧАТКА ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ: ЕСТЬ ЛИ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ?

Юлдошев У.Р., Сангинова С.А., Гайратова Н.К.

Цель. Проанализировать морфологические особенности межпекторальной клетчатки у пациенток с раком молочной железы и оценить частоту её метастатического поражения в условиях рутинной клинической практики.

Материалы и методы. С февраля по апрель 2026 года в ГУ РОНЦ г.Душанбе в отделении маммологии и реконструктивно-пластической хирургии было проведено проспективное исследование. В исследование были включены 30 пациенток с верифицированным раком молочной железы ПА-ПВ стадий, которым выполнялась радикальная мастэктомия или радикальная резекция в условиях рутинной клинической практики. В рамках оперативного вмешательства межпекторальная клетчатка удалялась в соответствии с принятой хирургической тактикой, после чего её объём выделяли как отдельный операционный материал. Все образцы направлялись на стандартное патоморфологическое исследование с оценкой наличия или отсутствия опухолевых клеток. Для каждой пациентки фиксировались клиничко-морфологические характеристики первичной опухоли, объём выполненного вмешательства и результаты гистологического анализа межпекторальной клетчатки.

Результаты. Результаты патоморфологического исследования показали, что у 30 пациенток после хирургического лечения по поводу рака молочной железы в исследуемом материале, а именно в межпекторальной клетчатке не было выявлено опухолевых клеток. Во всех образцах лишь была выявлена жировая ткань, без признаков метастатического поражения.

Заключение. Таким образом, Полученные данные свидетельствуют о крайне низкой вероятности вовлечения данного анатомического пространства при ранних стадиях заболевания (T1-4N0-2M0) и позволяют рассматривать межпекторальную клетчатку как область с ограниченной диагностической значимостью в рамках рутинного хирургического вмешательства. Результаты исследования подчёркивают необходимость дальнейшего изучения роли межпекторальной клетчатки в лимфогенном распространении опухоли и могут служить основанием для обсуждения оптимизации объёма операции в соответствии с современными представлениями о биологии рака молочной железы.

Юлдошев У.Р., Сангинова С.А., Гайратова Н.К. ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ

ОПЫТ 106 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕННЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Муродзода А.И., Миразимов Ф.М., Ятимов М.М.

Введение. Панкреатодуоденальная резекция одна из самых сложных операций в абдоминальной хирургии, сопряженная со значительной послеоперационной заболеваемостью и смертностью. Достижения в современной хирургии позволили снизить послеоперационную летальность до уровня ниже 5% в крупных центрах. Тем не менее частота развития осложнений остается на высоком уровне, порой достигая 55-60 %.

Цель исследования оценить непосредственные лечения пациентов с опухолями периампулярной области после панкреатодуоденальных резекций, выполненных в ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ.

Материал и методы. В торакоабдоминальном отделении ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ проведен ретро- и проспективный анализ данных 106 пациента с опухолями периампулярной области, перенесших панкреатодуоденальную резекцию в период с августа 2020 г по сентябрь 2025г. Общехирургические осложнения оценивались по классификации Clavien-Dindo, специфические по классификации ISGPS. Проведен сравнительный анализ длительности оперативного вмешательства, объема кровопотери, длительности госпитализации. В рамках онкологических результатов проведен анализ стадии опухолевого процесса по классификации TNM и количества R0/R1 резекций.

Результаты. Открытая ПДР выполнена 98, лапароскопическая ПДР 8 пациенту. Доля лапароскопических панкреатодуоденальных резекций 7,5 %. Пластика воротной вены проведено в 6 случаев. Медиана длительности операции 370 мин, средний объем кровопотери 411,8 мл. В 97,2 и 2,8 % случаев выполнена R0 и R1-резекция соответственно. В среднем длительность госпитализации составила 14,8 дней. Доля тяжелых осложнений (класс IV по Clavien-Dindo) - 8,5%. Панкреатические фистулы класса C по классификации ISGPF возникли в 3,7 % случаев после операций. Тридцатидневная летальность составила 4,7 %.

Заключение. Хирургическое лечение пациентов с опухолями периампулярной области безопасно и необходимо выполнять в центрах с большим объемом операций. Низкий уровень тяжелых осложнений класса IV по Clavien-Dindo и 30-дневной летальности после ПДР в нашем центре (8,5 % и 4,7 % соответственно) аналогичен показателям, зарегистрированным в других крупных центрах.

Муродзода А.И., Миразимов Ф.М., Ятимов М.М.

Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр», г. Душанбе, Таджикистан.

МОЛЕКУЛЯРНОЕ ПРОФИЛИРОВАНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ В ТАДЖИКИСТАНЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Джамshedов Д.Ш., Муродзода А.И., Сангинов Дж.Р., Юлдошев Р.З., Li Z.

Актуальность. Рак пищевода и опухоли кардиоэзофагеальной зоны остаются актуальной проблемой онкологии стран Центральной и Восточной Азии. Географические и этнические различия заболеваемости предполагают наличие особенностей биологии и молекулярно-генетического профиля опухолей. Для Таджикистана данные о молекулярных характеристиках плоскоклеточного рака пищевода и аденокарциномы кардиоэзофагеальной зоны ограничены. Сравнительное изучение опухолевого материала пациентов Таджикистана и Китая позволит определить особенности молекулярного ландшафта заболевания и потенциальные терапевтические мишени.

Цель. Изучить молекулярно-биологические и генетические особенности рака пищевода и аденокарциномы кардиоэзофагеальной зоны у пациентов Таджикистана с последующим сравнительным анализом с популяцией Восточной Азии.

Материалы и методы. На базе ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСН Республики Таджикистан совместно с Shanghai Chest Hospital сформирован международный исследовательский проект. Планируется включение около 300 пациентов с плоскоклеточным раком пищевода и аденокарциномой кардиоэзофагеальной зоны. Исследование предусматривает анализ архивного и проспективно собранного опухолевого материала. Запланировано расширенное иммуногистохимическое исследование с выполнением около 300 иммуногистохимических реакций, оценкой экспрессии PD-L1, статуса системы репарации неспаренных оснований ДНК MMR и микросателлитной нестабильности MSI. Для углублённого молекулярного профилирования предусмотрены RNA-seq и полноэкзомное секвенирование WES. Полученные данные будут сопоставлены с молекулярными характеристиками опухолей пациентов Восточной Азии.

Результаты. Сформирован дизайн сравнительного трансэтнического исследования и определён комплекс морфологических, иммуногистохимических и молекулярно-генетических исследований. Формируется клинико-морфологическая база и коллекция опухолевого материала пациентов Таджикистана. Ожидается изучение геномного атласа аденокарциномы кардиоэзофагеальной зоны с определением спектра соматических изменений, особенностей экспрессии генов, иммунологических маркеров и потенциальных терапевтических мишеней. Отдельным направлением станет сравнительный анализ молекулярного профиля плоскоклеточного рака пищевода и аденокарциномы кардиоэзофагеальной зоны между популяциями Центральной и Восточной Азии. Молекулярный этап исследования продолжается.

Выводы. Совместное исследование Республиканского онкологического научного центра Республики Таджикистан и Shanghai Chest Hospital создаёт основу для комплексного изучения молекулярного и геномного ландшафта рака пищевода и аденокарциномы кардиоэзофагеальной зоны у пациентов Таджикистана. Планируемое исследование около 300 пациентов позволит получить первые систематизированные данные для данной популяции, оценить межпопуляционные различия и сформировать научную базу для развития персонализированных подходов к диагностике и лечению.

Джамshedов Д.Ш., Муродзода А.И., Сангинов Дж.Р., Юлдошев Р.З., Li Z.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗН Республики Таджикистан, Душанбе,

Shanghai Chest Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Шанхай, Китай

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРЕДИКТОР РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ РАКОМ ПИЩЕВОДА И КАРДИИ

Юсупбеков А.А., Исмаилова Ж.А., Умиров А.А., Пулатов С.С.

Введение: Важным показателем в процессе лечения и реабилитации онкобольных выступает отношение к своему заболеванию, которое является значимым компонентом «внутренней картины болезни» и во многом определяет комплементность пациента, которое в свою очередь выступает важным фактором эффективности лечения и выживаемости.

Целью настоящего исследования явился изучение влияния отношения к болезни на КЖ у пациентов раком пищевода и кардиоэзофагеальной зоны.

Материал и методы: Объектом исследования явились 107 пациентов раком пищевода (61 пациента, 57,0%) и кардиоэзофагеальной зоны (46 пациента, 43,0%) лечившихся в РСНПМЦОиР. Выбор нозологий С15.2,3 и С16.1 обусловлено выраженным клиническим симптомокомплексом патологии с последующим неизбежным нарушением гомеостатических показателей организма пациента. Предметом исследования было изучение отношения пациентов к своему диагнозу и методу лечения с последующей оценкой влияния психосоциального статуса на эффективность лечения и реабилитации. Для достижения цели использовано опросники SF-36 «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» и EORTC QLQ-C30. Всего изучены 30 психосоматических показателей.

Результаты исследования: отмечалась прямая зависимость выраженности тревожного и панического состояния от стадии заболевания. У пациентов с IV-стадией рака пищевода и кардиоэзофагеальной зоны в 47,8% случаев выявлена тревожность и в 52,2% - паническое состояние. Гистологическая принадлежность опухоли статистически достоверно влиял на психосоматический статус пациентов. Манифестация тревожности и панического состояния была свойственна пациентам с плоскоклеточной карциномой и перстеновидноклеточным раком – 51,5 на 55,5% и 19,3 на 22,2% соответственно ($p < 0,05$). В отличие от этого, дифференциация опухоли (градация G) статистически достоверно не влиял на выраженность того или иного психологического состояния.

Одним из основных факторов влияющих на психологический статус пациентов РП и КЭР была дисфагия. У 45 пациентов с дисфагией 1-2 степени отмечалась спокойствие по отношению к патологическому процессу. При 3-степени дисфагии в 48 и 25% случаев наблюдался синдром тревожности и паники со стороны пациентов, а при 4-степени – уровень панического состояния доходило до 52,9% среди пациентов.

Выраженность послеоперационной боли в 3-4 балла по ВША сопровождался в 50% случаев тревожностью, а в 5-6 баллов – до 41,7%. Однако. У последней группы уменьшение показателя тревожности сменялся паническим состоянием, который имел место у 50% пациентов.

Заключение: проведенный анализ психосоматического статуса у пациентов РП и КЭР свидетельствует, что он имеет многофакторный генез и зависит от гендерно-возрастных параметров организма и клинко-морфологических свойств злокачественного новообразования. При поступлении в стационар у всех пациентов РП и КЭР имеет место реагирование на болезнь в

виде 4 психосоматического состояния, что значительно влияет качество жизни пациентов, усиливая интенсивность боли и ухудшая эмоциональное состояние пациента

Ключевые слова: рак пищевода и кардиоэзофагеальной зоны, психологический статус, качество жизни, болевой синдром.

Юсупбеков А.А., Исмаилова Ж.А., Умиров А.А., Пулатов С.С.

РСНПМЦ Онкологии и Радиологии,

РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации; 3. Ташкентский Государственный медицинский университет, Узбекистан.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПО ТИПУ DOUBLE TRACT В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Сангинов Дж.Р., Туйчиев Н.Т., Холбеков М.М.

Актуальность. Рак кардиального отдела желудка относится к сложным локализациям злокачественных опухолей желудка, при которых выбор оптимального объёма резекции и способа реконструкции пищеварительного тракта имеет принципиальное значение.

Традиционная тотальная гастрэктомия позволяет выполнить радикальное удаление опухоли, однако сопровождается выраженными функциональными и нутритивными последствиями.

Проксимальная резекция желудка с реконструкцией по типу Double Tract позволяет сохранить дистальную часть желудка и одновременно создать дополнительный путь прохождения пищи, что рассматривается как перспективный вариант профилактики послеоперационного рефлюкса и нутритивных нарушений.

Цель исследования. Оценить возможность и непосредственные результаты применения проксимальной резекции желудка с реконструкцией по типу Double Tract у больных раком кардиального отдела желудка.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов хирургического лечения 5 пациентов с морфологически верифицированным раком кардиального отдела желудка, которым выполнена проксимальная резекция желудка с реконструкцией по типу Double Tract. Среди оперированных пациентов было 2 женщины (40%) и 3 мужчин (60%), средний возраст которых составлял 64 г. Всем пациентам выполнено хирургическое вмешательство с удалением проксимального отдела желудка, сохранением дистальной части органа и последующей реконструкцией пищеварительного тракта по типу Double Tract.

Результаты. У всех 5 пациентов удалось выполнить запланированное оперативное вмешательство в объёме проксимальной резекции желудка с реконструкцией Double Tract. Использование данной методики позволило сохранить часть желудка и сформировать альтернативный путь прохождения пищи через тонкую кишку. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено. Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 12 койко-дней: в среднем 4 койко-дня до операции и 8 койко-дней после операции. Полученный первоначальный клинический опыт свидетельствует о технической выполнимости данного вида реконструкции при раке кардиального отдела желудка.

Заключение. Проксимальная резекция желудка с реконструкцией по типу Double Tract является перспективным органосохраняющим методом хирургического лечения пациентов с раком кардиального отдела желудка. Наш первоначальный опыт показывает техническую осуществимость данной методики. Для объективной оценки её преимуществ необходим дальнейший набор пациентов и анализ отдалённых функциональных, нутритивных и онкологических результатов.

Сангинов Дж.Р., Туйчиев Н.Т., Холбеков М.М.

ГОУ «ТГМУ- имени Абуали ибни Сино»

ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА С ПРИМЕНЕНИЕМ КРИОДЕСТРУКЦИИ

Сангинов Д.Р., Хужамкулов А.А., Хомидов Б.М.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности хирургического и комбинированного лечения опухоли Клацкина с применением интраоперационной криодеструкции.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 82 пациентов с морфологически верифицированной опухолью Клацкина. Пациенты были разделены на две группы: ретроспективную (2010–2017 гг., n=40) и проспективную (2018–2023 гг., n=42). В проспективной группе у 20 пациентов дополнительно применяли интраоперационную криодеструкцию с использованием жидкого азота. Для диагностики и оценки распространённости опухолевого процесса использовали ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ), чрескожную чреспечёчную холангиографию (ЧЧХГ), а также морфологические методы исследования.

Результаты исследования. В I группе (2010–2017 гг.) хирургическое лечение опухоли Клацкина проводилось без применения криогенных технологий. Радикальные оперативные вмешательства были выполнены у 62,5% пациентов, паллиативные — у 37,5%. Общая частота рецидивов составила 70%, из них ранние рецидивы (в течение первого года после операции) наблюдались у 32,5% пациентов, поздние — у 37,5%. Однолетняя выживаемость составила 75%, трёхлетняя — 32,5%.

Во II группе (2018–2023 гг.), в которой у 20 пациентов дополнительно применялась интраоперационная криодеструкция, частота радикальных операций увеличилась до 71,4%, а доля паллиативных вмешательств снизилась до 28,5%. Общая частота рецидивов составила 61,9%, при этом частота ранних рецидивов снизилась до 30,9%, поздних — до 31,0%. Однолетняя выживаемость увеличилась до 83,3%, а трёхлетняя — до 47,6%. Таким образом, показатель трёхлетней выживаемости увеличился на 15,1 процентного пункта.

У пациентов, получивших криолечение, отмечалось улучшение абластичности хирургического вмешательства, а также более благоприятное течение послеоперационного периода. Среди пациентов данной группы 65% составляли женщины, большинство из которых находились в возрасте 44–60 лет. При распределении опухолей по классификации Bismuth–Corlette преобладал II тип (50%), что определяло выбор хирургической тактики в пользу центральной резекции.

Реабилитационные показатели также были лучше у пациентов II группы: заживление послеоперационных ран первичным натяжением наблюдалось у 93% пациентов против 88% в I группе. Применение криогенных технологий позволило расширить возможности выполнения радикальных оперативных вмешательств, особенно при сложных типах IIIa и IIIb по классификации Bismuth–Corlette, благодаря локальному контролю опухолевого процесса и снижению риска его распространения в зоне оперативного вмешательства.

Выводы. Ранняя диагностика опухоли Клацкина, основанная на применении современных методов лучевой визуализации, способствует повышению резектабельности опухолевого процесса и достижению высокой степени абластичности хирургических вмешательств. Применение сверхнизких температур жидкого азота в составе комбинированного лечения способствует повышению вероятности достижения радикальной резекции (R0), снижению риска рецидива заболевания и улучшению показателей выживаемости пациентов.

Сангинов Д.Р., Хужамкулов А.А., Хомидов Б.М.

Кафедра онкологии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино.

ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗ СЗН РТ

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Юлдашев Р.З., Джамshedов Дж. Ш., Дилшодов С.А., Рахими А.А., Урунбоев А.Э.

Цель исследования. Провести анализ непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО) желудка в зависимости от локализации и показателей иммуногистохимических маркеров.

ГИСО представляют собой редкую группу мезенхимальных новообразований, развивающихся из интерстициальных клеток, клеток Кахала, которые стимулируют моторику желудочно-кишечного тракта. Клетки опухоли экспрессируют ген c-KIT, суррогатным маркером для определения которого является иммуногистохимический маркер CD-117. Более 80% случаев ГИСО содержат мутации в генах KIT и PDGFRA.

Материал и методы. Представлен анализ диагностики и лечения 27 больных со стромальными опухолями желудка по материалам Онкологического научного центра РТ за период 2020-2025 гг. в возрасте от 40 до 74 лет; мужчин – 11 (от 26 до 73 лет; средний возраст $67 \pm 6,1$ года), женщин – 16 (от 16 до 85 лет; средний возраст $58 \pm 7,7$ года).

У 8 человек опухоль локализовалась в кардиальном отделе желудка, локализация опухоли в проекции тела желудка наблюдалась у 13 пациентов, антрально-пилорическая зона была поражена у 6 больных. Экстраорганный тип роста опухоли имел место в 15 случаях, при этом размер опухолевого процесса колебался от 2 до 15 см.

Опухоль осложнялась желудочным кровотечением у 12 пациентов, такое осложнение, как перфорация опухоли, у исследованных пациентов не зарегистрировано.

Результаты. Все пациенты были прооперированы с применением органосохраняющих методик без выполнения лимфодиссекции. Послеоперационное осложнение - дегерметизация линии швов с развитием разлитого перитонита и летальным исходом - имело место у 1 больного. При гистологическом исследовании опухолей смешанный вариант встретился в 6 наблюдениях, в остальных случаях примерно в равном соотношении встречались веретенчатый и эпителиоидноклеточный варианты.

Выводы. Типичным иммунофенотипом клеток ГИСО является экспрессия CD117 и Kit 67, который подвергался динамичному контролю на этапе диагностики, лечения и наблюдения. Таргетная терапия ингибиторами тирозинкиназы использована у 12 больных.

Выживаемость прослежена у 15 пациентов: одногодичный срок пережили 100% пациентов, трёхлетняя выживаемость зарегистрирована у 65% и пятилетняя - у 40% больных.

Юлдашев Р.З., Джамshedов Дж. Ш., Дилшодов С.А., Рахими А.А., Урунбоев А.Э.

Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Республиканский онкологический научный центр

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ПРОКСИМАЛЬНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА С ИНВАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Юлдашев Р.З., Джамshedов Дж. Ш., Дилшодов С.А., Мирзоев А.Дж., Урунбоев А.Э.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ непосредственным и отдаленных результатов оперативного лечения проксимального рака желудка с распространением на пищевод в зависимости от варианта торакоабдоминального доступа.

Материал и методы. В период с 2015 по 2025 г проведено радикальное лечение 64 больному кардиоэзофагеальным раком II- III ст. В I группе операции из торакоабдоминального доступа справа (операция типа Lewis) выполнены 31 больным, во II группе из левостороннего торакафренолапаротомного доступа (операция типа Ohsawa-Garlock) – 17 больным. В III группу включили пациентов, которым лапаро-диафрагматомный доступ обеспечивал радикальность операции у 16 больных. Объем оперативных вмешательств составил: гастрэктомия с резекцией н/з пищевода с формированием внутригрудного эзофагоэноанастомоза у 16 больных, субтотальная проксимальная резекция желудка с формированием стебля из большой кривизны гастро-эзофаго-анастомозом из доступа Ohsawa-Garlock у 17, и у 31 больных операция завершилась доступом Люиса.

Результаты. Уровень послеоперационной летальности в сравниваемых группах: 8,3 и 7,4%, 4,7% основная причина смерти – тромбоэмболические осложнения (3 больных), 1 больной умер от медиастинита вследствие некроза желудочного трансплантата. Послеоперационные терапевтические осложнения развились в 41,6, 37,0% и 21,0% случаев, чаще всего встречалась пневмония на стороне операции за счет длительного коллабирования легкого на этапе мобилизации пищевода и формирования анастомоза. Недостаточность соустья имело место у 2 больных из I группы, которые купированы консервативно, и по 1 из второй и третьей группы больных. При оценке отдаленных результатов установлено, что рецидив в зоне анастомоза развился у 1 пациента (4,2%) после операции типа Lewis и у 3 больных (11,1%) после операции типа Ohsawa-Garlock и у 3 после гастрэктомии с резекцией н/з пищевода. Живы без признаков прогрессирования, в сроки наблюдения от 1 до 5 лет – 51,7%. 55,6 и 70,8% больных, соответственно.

Выводы. Таким образом, правосторонний торакоабдоминальный доступ является предпочтительным при выполнении радикальных операции у больных раком желудка с распространением на пищевод, который соответствует всем требованиям онкологического радикализма.

Юлдашев Р.З., Джамshedов Дж. Ш., Дилшодов С.А., Мирзоев А.Дж., Урунбоев А.Э.
Кафедра онкологии ТГМУ им Абуали ибни Сино
Республиканский онкологический научный центр

МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ СЛОЖНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЯХ ПИЩЕВОДА: ОДНОЦЕНТРОВОЙ ОПЫТ

Решетов И.В., Черемисов В.В., Сукорцева Н.С., Привалов М.А., Бобоев М.О.

Цель исследования. Представить опыт применения микрохирургической реваскуляризации аутологических трансплантатов при сложных реконструкциях пищевода и оценить непосредственные результаты хирургического лечения.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 8 пациентов, которым в 2024–2026 гг. в Сеченовском Университете выполнены сложные реконструктивные вмешательства на пищеводе с применением микрохирургических технологий. Показаниями к реконструкции являлись злокачественные новообразования пищевода (n=6), последствия хирургического лечения рака гортани (n=1) и посттравматический дефект пищевода (n=1). В исследуемой группе было 6 мужчин (75%) и 2 женщины (25%). Медиана возраста составила 57 лет (30–70 лет).

Для реконструкции использовали тощекишечный (n=1), толстокишечный с включением илеоцекального угла (n=5), желудочно-сальниковый (n=1) трансплантаты и сегмент левой половины толстой кишки (n=1). Во всех наблюдениях выполняли микрохирургическую реваскуляризацию проксимального отдела трансплантата (a. et v. ileocolica, a. et v. colica media, a. et v. gastroepiploica) и реципиентных сосудов шеи (a. thyroidea superior, a. transversa cervicis, v. jugularis interna) по типу «конец в конец» или «конец в бок». Интраоперационную оценку перфузии проводили с применением флуоресцентной ангиографии с индоцианином зелёным (ICG) и доплерографии. Минимально инвазивные технологии на резекционном этапе, включая торакоскопический и гибридный доступы, применены у 6 (75%) пациентов. Оценка послеоперационных осложнений проводилась по классификации Clavien–Dindo. У пациентов с плоскоклеточным раком дополнительно учитывали клинико-морфологический фенотип опухоли на основе p16, p53 и PD-L1. Продолжительность наблюдения составила 3–34 месяца, медиана — 24 месяца.

Результаты. Одномоментная реконструкция пищевода выполнена у 4 (50%) пациентов, отсроченная – у 4 (50%). Всего сформировано 20 микрососудистых анастомозов. Интраоперационно адекватность перфузии трансплантата и проходимость сформированных микрососудистых анастомозов, оценённых методом флуоресцентной ангиографии с индоцианином зелёным (ICG), подтверждены во всех наблюдениях. По результатам ICG-ангиографии у 2 (25%) пациентов скорректирована хирургическая тактика: изменение уровня

пересечения трансплантата и ревизия анастомоза. Ранних тромбозов микрососудистых анастомозов и повторных микрохирургических вмешательств не зарегистрировано.

Несостоятельности пищеварительных анастомозов не зарегистрировано (0/8). Пероральный прием жидкости с последующим расширением диеты начинали в среднем на $5,4 \pm 1,2$ сутки после операции. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 2 (25%) пациентов: у 1 (12,5%) - нагноение послеоперационной раны шеи (Clavien–Dindo II), у 1 (12,5%) - мезентериальный тромбоз с некрозом толстокишечного трансплантата и летальным исходом (Clavien–Dindo V). Осложнений I и III–IV степени не зарегистрировано.

Пероральное питание восстановлено у всех 7 выживших пациентов (100%), полноценное питание per os достигнуто в сроки от 7 до 12 суток. К моменту последнего наблюдения 6 из 7 (85,7%) пациентов были независимы от дополнительного зондового или стомального питания. Дисфагия отмечена у 1 (14,3%) пациента, необходимости в эндоскопической дилатации или повторном вмешательстве не возникло.

Выводы. Микрохирургическая реваскуляризация в сочетании с интраоперационной оценкой перфузии расширяет реконструктивные возможности при использовании кишечных аутотрансплантатов при сложных реконструкциях пищевода и глотки. Выбор реконструктивной стратегии должен основываться на индивидуальных анатомо-сосудистых особенностях пациента, предоперационной визуализации и интраоперационной оценке перфузии трансплантата. Сочетание клинко-морфологической классификации плоскоклеточных карцином на основе фенотипических предикторов может рассматриваться как компонент персонализированного подхода к лечению.

Решетов И.В., Черемисов В.В., Сукорцева Н.С., Привалов М.А., Бобоев М.О.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Университетская клиническая больница №1. Клиника онкологии, реконструктивной хирургии и радиологии. Онкологическое отделение хирургических методов лечения

ЗНАЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО

Юсупбеков А.А., Раззаков У.С., Мадияров Б.Т., Усманов Б.Б.

Цель. Использование неинвазивной жидкостной биопсии для улучшения результатов ранней диагностики рака легкого.

Материалы и методы. Рак лёгкого (РЛ) остаётся основной причиной смертности от онкологических во всём мире. К сожалению, примерно у 75% пациентов заболевание диагностируется на поздней стадии (III, IV). Несмотря на значительные инвестиции и прогресс в исследованиях РЛ, только до 17-20% случаев РЛ диагностируется на ранних стадиях. По данным РСНПМЦ Онкологии и радиологии Республики Узбекистан (2025г), за 2000-2024гг. в Республике Узбекистан выявлено более 34 795 пациентов с различными формами рака легкого с динамикой ежегодного прироста первичной выявляемости до 8%. В 2024 г. по республике зарегистрировано 1785 пациентов с впервые выявленным раком легкого. При этом у 37,3% установлено и IV стадия заболевания. Современные методы диагностики (МСКТ, ПЭТ/КТ, НДКТ) обладают высокой чувствительностью, но низкой специфичностью. Частота ложноположительных результатов составляет для НДКТ и приводит к большому количеству ненужных последующих процедур. Разработка методов ранней диагностики, особенно неинвазивных, является важнейшим компонентом в повышении общей выживаемости и улучшении прогноза при раке лёгкого.

Результаты. В отличие от инвазивной биопсии лёгочной ткани, для выявления биомаркеров РЛ жидкостная биопсия с использованием образца крови или другой биологической жидкости является неинвазивной. В настоящее время для диагностики РЛ в крови можно обнаружить такие биомаркеры, как циркулирующая внеклеточная опухолевая ДНК (вкДНК, внеклеточная РНК (вкРНК), экзосомы, опухолеспецифические тромбоциты (ОСПТ) и циркулирующие опухолевые клетки (ЦОК).

Заключение. Необходимо идентифицировать и валидировать высокочувствительную и специфичную панель циркулирующих (miRNAs) и циркулирующей опухолевой ДНК (ctDNA) из

плазмы. Эта панель позволит надежно дифференцировать лиц с ранней стадией рака легкого (РЛ) от лиц с доброкачественными заболеваниями легкого, демонстрируя диагностическую точность по сравнению с используемыми в настоящее время неинвазивными маркерами (например, определения уровня онкомаркеров).

Юсупбеков А.А., Раззаков У.С., Мадияров Б.Т., Усманов Б.Б.

Республиканский научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии;
Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Юсупбеков А.А., Раззаков У.С., Мадияров Б.Т., Усманов Б.Б.

Цель. Сравнительный анализ результатов комбинированного лечения немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ).

Материалы и методы. Анализируются результаты комбинированного лечения немелкоклеточного рака легкого за период 2020-2025 гг. За последние 6 лет в центре пролечено 1030 пациентов с диагнозом «рак легкого», в 87,5% случаев верифицирован немелкоклеточный рак. Показатель хирургической активности при НМРЛ составил 27,8%. Распределение по стадиям заболевания: - I – 1,1%, II – 21,2%, III – 36,8% и IV стадия — 35,4%. В остальных случаях оставалась неуточненной. Годичная летальность составила 42%. Радикальное хирургическое вмешательство выполнено в 7,3%, из них процент высокотехнологических вмешательств составил 5,3%, паллиативное - 2,0% случаев. За последние 5 лет выполнено 308 (100%) оперативных вмешательств при НМРЛ. Процент радикальных вмешательств составил 36,8% (113 пациентов), диагностических вмешательств - 63,2% (195 случая). Из них, и расширенно-комбинированные пневмонэктомии выполнены у 19 пациентов (15,8%), лобэктомии у 36 (29,4%), билобэктомии в 23 (17,6%), VATS ассистированное прецепзионное удаление опухоли у 44 (41,17%) пациентов. Количество трахеобронхопластических и ангиопластических операций за последние 5 лет составило 19. Комбинированное лечение при 2-й стадии начинали с хирургического, а при IIIA стадии проводили неоадьювантную ПХТ (4 цикла, с первой линии) с последующим оперативным вмешательством, и адьювантной терапией. Частота послеоперационных осложнений: сердечно-сосудистая недостаточность - 5,1 %; внутриплевральное кровотечение - 2,9%; нарушение бронхиальной проходимости, пневмония — 5,9%; тромбоз эмболия - бронхиальный свищ с эмпиемой плевры - 3,1 %; нагноение послеоперационной раны - 3,4%; ранняя послеоперационная летальность - Заключение. Хирургическое пособие немелкоклеточного рака легкого, как компонент комбинированного лечения, является одним из основных методов. Объем вмешательства стадией процесса, уровнем поражения регионарных лимфатических узлов, гистологической структурой опухоли, функциональным состоянием пациента.

Юсупбеков А.А., Раззаков У.С., Мадияров Б.Т., Усманов Б.Б.

Республиканский научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии;
Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

SCREENING-DETECTED VERSUS INTERNATIONAL EARLY-DETECTION RATES IN LUNG CANCER: EVIDENCE FOR EXPANDING ORGANIZED SCREENING IN UZBEKISTAN

Xadjiyev D.Sh., Tojiddinov O.A., Saparbaev A.I., Rajapov J.B.

Background: Preventive screening with low-dose computed tomography (LDCT) has been shown internationally to shift lung cancer diagnosis toward earlier, more treatable stages and to reduce lung cancer mortality in high-risk populations.

Aim: To evaluate the contribution of preventive screening to lung cancer detection in the Khorezm region of Uzbekistan against outcomes reported by established international screening programs (2020–2025).

Materials and Methods: Screening-detection data from the Khorezm regional oncology registry (2020–2025) were analyzed alongside published outcomes of major national and randomized screening initiatives: the Dutch–Belgian NELSON trial, the US National Lung Screening Trial (NLST), China's

national LDCT early-screening protocol, and South Korea's K-LUCAS/National Lung Cancer Screening Program.

Results: In Khorezm, preventive examinations identified 106 of 411 cases (25.8%), with a marked gender gap (91 men vs. 15 women). Internationally, organized LDCT screening produces substantially higher early-stage yields: in the NELSON trial, approximately 69% of screen-detected cancers were Stage IA–IB, contributing to a 24–26% reduction in lung cancer mortality among men and 33–61% among women over 10 years of follow-up; the NLST reported 50% Stage I detection among screened participants, versus roughly 70% Stage III/IV in unscreened populations. South Korea's K-LUCAS achieved 53.6% Stage I and 15.9% Stage II detection, three times the early-detection rate of its unscreened national registry, prompting the 2019 launch of a national screening program. China's national early-screening protocol raised opportunistic LDCT-detected early-stage cases to 84.8% and increased the nationwide Stage I proportion from 46.3% to 65.6%. No comparable organized screening program currently exists in Khorezm or in Uzbekistan as a whole.

Conclusion: Although opportunistic preventive examinations already account for a quarter of lung cancer detections in Khorezm, this yield remains far below the early-stage detection achieved by organized LDCT programs abroad. Given the demonstrated mortality benefit of structured screening in the United States, Europe, China, and South Korea, establishing a targeted, organized LDCT screening program for high-risk smokers in Khorezm and across Uzbekistan represents a high-priority, evidence-based public health intervention.

Keywords: lung cancer screening, low-dose CT, early detection, mortality reduction, Uzbekistan, international experience.

Xadjiyev D.Sh., Tojiddnov O.A., Saparbaev A.I., Rajapov J.B. Khorezm Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Urgench, Uzbekistan.

LUNG CANCER INCIDENCE AND STAGE DISTRIBUTION IN THE KHOREZM REGION OF UZBEKISTAN VERSUS GLOBAL BENCHMARKS (2020–2025): A COMPARATIVE REGISTRY-BASED ANALYSIS

Xadjiyev D.Sh., Tojiddnov O.A., Saparbaev A.I., Rajapov J.B.

Background: Lung cancer remains a leading cause of cancer-related mortality worldwide, and treatment outcomes are strongly determined by the stage at diagnosis. Comparative regional analyses can reveal gaps in early-detection capacity between countries with and without organized screening.

Aim: To compare lung cancer incidence dynamics and stage distribution in the Khorezm region of Uzbekistan (2020–2025) with corresponding official statistics from the United States, the European Union, China, South Korea, and India for the same period.

Materials and Methods: Regional oncology registry data from Khorezm (411 newly diagnosed lung cancer cases, 2020–2025) were compared with data from the US SEER program (2016–2022), the EU Joint Research Centre cancer burden reports, Chinese national early-screening protocol reports, the Korean National Lung Cancer Screening Program/K-LUCAS project, and the Indian National Cancer Registry Programme (NCRP).

Results: In Khorezm, incidence rose from 2.90 to 4.08 per 100,000 population between 2020 and 2024, before declining to 3.48 in 2025; only 5.8% of cases were diagnosed at Stage I, while 60.8% were diagnosed at Stage III–IV. By comparison, 23.7% of US cases are diagnosed at a localized (Stage I-equivalent) stage (SEER, 2016–2022) — roughly four times the Khorezm proportion. Following implementation of a national early-screening and precise-diagnosis protocol, China's proportion of Stage I diagnoses rose from 46.3% to 65.6%, with a corresponding 5-year survival of 90.4%. South Korea's K-LUCAS screening program achieved a combined Stage I–II detection rate of 69.5%, three times higher than in its unscreened national cancer registry population. In contrast, India — which, like Uzbekistan, lacks an organized national screening program — reports distant metastasis in 44.0–47.6% of lung cancer patients at diagnosis, a pattern resembling that observed in Khorezm.

Conclusion: The stage distribution of lung cancer in the Khorezm region parallels that of India, a country without organized screening, and is markedly worse than in the United States, China, and South

Korea, where structured early-detection programs have shifted diagnosis toward earlier, curable stages. These findings underscore the urgent need to establish an organized low-dose CT screening program for high-risk populations in Uzbekistan.

Keywords: lung cancer, stage distribution, cancer registry, screening, Khorezm, international comparison

Xadjiyev D.Sh., Tojiddnov O.A., Saparbaev A.I., Rajapov J.B.

Khorezm Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Urgench, Uzbekistan.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В УСЛОВИИ РОНЦ РТ

Муродзода А.И., Сатторов Ф.А., Сангинов Д.Р., Ишмирзоев С.Э.

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты применения ERAS-протокола у пациентов пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу колоректального рака.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов хирургического лечения 18 пациентов с колоректальным раком в возрасте 60–78 лет. Пожилые пациенты составили 12 (66,7%), старческого возраста - 6 (33,3%). Мужчин было 12 (66,7%), женщин - 6 (33,3%).

Правосторонняя гемиколэктомия выполнена у 3 (16,7%) пациентов, левосторонняя гемиколэктомия - у 2 (11,1%), резекция сигмовидного кишечника - у 8 (44,4%), передняя резекция прямой кишки - у 5 (27,8%). Лапароскопические операции выполнены у 8 (44,4%) пациентов, открытые - у 10 (55,6%). Периоперационное ведение осуществлялось по модифицированным принципам протокола ERAS.

Результаты. У большинства пациентов послеоперационное восстановление протекало без выраженной задержки функции кишечника. Энтеральное питание и активизацию пациентов начинали с первых послеоперационных суток. Первое отхождение газов отмечалось в среднем на 1,5-е сутки, первый стул - на 3-и сутки. Средняя продолжительность госпитализации составила около 4 суток. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 3 (16,7%) пациентов. Несостоятельность кишечного анастомоза отмечена у 1 пациента (5,6%). Инфекция послеоперационной раны наблюдалась у 3 (16,7%) пациентов. Повторное хирургическое вмешательство потребовалось 1 (5,6%) пациенту. Повторных госпитализаций и послеоперационной летальности не зарегистрировано.

Выводы. Применение ERAS -протокола у пациентов пожилого и старческого возраста при хирургическом лечении колоректального рака позволяет обеспечить раннее восстановление двигательной активности и функции кишечника при относительно короткой продолжительности госпитализации.

Муродзода А.И., Сатторов Ф.А., Сангинов Д.Р., Ишмирзоев С.Э.

ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ

ГООУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан

РОЛЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ БЕЗ ДРЕНАЖЕЙ

Муродзода А.И., Сатторов Ф.А., Сангинов Д.Р., Ишмирзоев С.Э.

Цель исследования: изучить роль С-реактивного белка и прокальцитонина для раннего выявления несостоятельности у пациентов после хирургического лечения колоректального рака без установки дренажей.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов хирургического лечения 18 пациентов с колоректальным раком в возрасте 60–78 лет. Пожилые пациенты составили 12 (66,7%), старческого возраста - 6 (33,3%). Мужчин было 12 (66,7%), женщин - 6 (33,3%). Лапароскопические операции выполнены у 8 (44,4%) пациентов, открытые - у 10 (55,6%). Периоперационное ведение осуществлялось по принципам ERAS. У всех 18 пациентов рутинное дренирование брюшной полости не выполнялось. В послеоперационном периоде

проводилось динамическое определение СРБ и прокальцитонина. Для оценки воспалительного ответа использовали пороговые значения СРБ 100 мг/л и прокальцитонина 0,5 нг/мл.

Результаты. При анализе динамики СРБ на 3-и сутки у 13 (72,2%) пациентов показатель находился в пределах до 100 мг/л, у 5 (27,8%) - в диапазоне 101–200 мг/л. На 5-е сутки количество пациентов с уровнем СРБ до 100 мг/л увеличилось до 16 (88,9%), тогда как у 2 (11,1%) пациентов сохранялись значения 101–200 мг/л. Динамика прокальцитонина имела сходную тенденцию. На 3-и сутки уровень РСТ $\leq 0,5$ нг/мл отмечался у 12 (66,7%) пациентов, тогда как у 6 (33,3%) пациентов показатель превышал 0,5 нг/мл. На 5-е сутки количество пациентов с РСТ $\leq 0,5$ нг/мл увеличилось до 15 (83,3%), а число пациентов с уровнем $>0,5$ нг/мл уменьшилось до 3 (16,7%). Повторное хирургическое вмешательство потребовалось 1 (5,6%) пациенту. При этом повышение СРБ и/или прокальцитонина следует рассматривать не как самостоятельный фактор развития осложнения, а как основание для более тщательной клинической оценки пациента и, при необходимости, проведения инструментального обследования.

Выводы. Отказ от рутинного дренирования в данной серии наблюдений не сопровождался увеличением послеоперационных осложнений.

Динамический контроль СРБ и прокальцитонина является дополнительным инструментом послеоперационного наблюдения. Повышенные показатели требуют оценки в совокупности с клинической картиной и другими методами диагностики, в плане снижения послеоперационных осложнений.

Муродзода А.И., Сатторов Ф.А., Сангинов Д.Р., Ишмирзоев С.Э.

ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА HER2-СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Муродзода А. И., Васихов Ш.А., Ахмедова Т.А., Юлдошев М.Ш.

Цель исследования. Определить частоту и характер экспрессии HER2 в опухолевой ткани у пациентов с колоректальным раком методом иммуногистохимического исследования и оценить возможность использования данного маркера для молекулярной стратификации пациентов.

Материалы и методы. В исследование включены 20 пациентов с морфологически верифицированным колоректальным раком, выявленными за первый 2 квартала 2026 г., у пациентов, получавших лечение в ГУ «РОНЦ» МЗ СЗН РТ. Исследование проводили на парафиновых блоках операционного материала. После стандартного гистологического исследования выполняли иммуногистохимическое окрашивание с использованием антител к HER2. Оценивали интенсивность и характер мембранной экспрессии HER2 в опухолевых клетках. Результаты иммуногистохимического исследования классифицировали по категориям 0, 1+, 2+ и 3+ по критерии HERACLE для колоректального рака. Опухоли с результатом ИНС 0–1+ расценивали как HER2-негативные, результат ИНС 2+ — как сомнительный и требующий подтверждения методом *in situ hybridization* (ISH/FISH) для определения амплификации гена ERBB2, а выраженную мембранную экспрессию ИНС 3+ — как HER2-положительный статус. Для колоректального рака определение HER2 рекомендуется начинать с ИГХ, а при результате 2+ проводить подтверждающее ISH-исследование.

Результаты. В исследуемой группе из 20 пациентов преобладали опухоли с отсутствием или низкой экспрессией HER2. 17 наблюдений (85%) соответствовали категориям ИНС 0 и 1+. Умеренная мембранная экспрессия HER2, соответствующая категории ИНС 2+ не была выявлена. В 3 (15%) наблюдениях при наличии выраженной интенсивной мембранной экспрессии, соответствовала ИНС 3+, опухоль расценивалась как HER2-положительная.

Выводы. HER2-статус является потенциально значимым предиктивным биомаркером при колоректальном раке, особенно для подбора таргетной терапии и прогноза заболевания. В нашем исследовании отмечается большая частота HER2-положительного колоректального рака по сравнению с мировой статистикой (не более 3%). Необходимо изучить данную проблематику на более широкой когортной группе.

Муродзода А. И., Васихов Ш.А., Ахмедова Т.А., Юлдошев М.Ш.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр»

Кафедра онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕФИЦИТА СИСТЕМЫ РЕПАРАЦИИ НЕСПАРЕННЫХ ОСНОВАНИЙ ДНК ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Муродзода А. И., Васихов Ш.А., Ахмедова Т.А., Юлдошев М.Ш.

Цель исследования. Провести иммуногистохимическую оценку состояния системы MMR у пациентов с колоректальным раком и определить частоту выявления опухолей с MMR-дефицита (dMMR).

Материал и методы. В исследование включены 20 пациентов с морфологически верифицированным колоректальным раком, выявленным за первый квартал 2026 г. у пациентов, получавших лечение в ГУ «РОНЦ» МЗ СЗН РТ. Исследование проводили на парафиновых блоках опухолевой ткани операционного материала после гемиколэктомии. После стандартного гистологического исследования выполняли иммуногистохимическое исследование с использованием антител к четырём основным белкам системы репарации неспаренных оснований ДНК: MLH1, PMS2, MSH2 и MSH6. Оценивали наличие или отсутствие ядерной экспрессии указанных белков в опухолевых клетках с положительным внутренним контролем. Сохранённая ядерная экспрессия всех четырёх белков расценивалась как pMMR. Отсутствие экспрессии одного или нескольких белков при наличии положительного внутреннего контроля расценивалось как dMMR. Особое внимание уделяли характеру сочетанной утраты экспрессии белков: MLH1/PMS2 и MSH2/MSH6, поскольку данные пары функционально связаны. Выявление dMMR рассматривалось как признак высокой вероятности микросателлитной нестабильности (MSI-H) и являлось основанием для дальнейшего молекулярно-генетического обследования в соответствии с клиническими показаниями.

Результаты. В результате проведённого иммуногистохимического исследования у 20 пациентов с колоректальным раком были выявлены различные варианты экспрессии белков MMR. У 17 (85%) исследованных опухолей сохранялась ядерная экспрессия MLH1, PMS2, MSH2 и MSH6, что соответствовало профилю pMMR. В 3 (15%) выявлялась утрата экспрессии белков системы MMR, преимущественно в виде сочетанной потери MSH2/MSH6 в 2 (10%) случаях и 1 сочетанный случай PMS2/MSH6, что соответствовало профилю dMMR и указывало на высокую вероятность микросателлитной нестабильности.

Выводы. Иммуногистохимическое исследование белков MLH1, PMS2, MSH2 и MSH6 является информативным методом скрининга дефекта системы репарации ДНК при колоректальном раке. Определение MMR-статуса позволяет выявлять пациентов с высокой вероятностью MSI-H, которым может быть рекомендовано дальнейшее молекулярно-генетическое исследование. Полученная информация имеет важное значение для прогностической оценки заболевания и выбора персонализированной тактики лечения, включая рассмотрение иммунотерапии у соответствующей категории пациентов.

Муродзода А. И., Васихов Ш.А., Ахмедова Т.А., Юлдошев М.Ш.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр»

Кафедра онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ

Муродзода А.И., Расулов С.Р., Джанобилов Ш.Б.

Цель исследования: Показать ближайшие результаты хирургическое лечение рака почки с применением видеоэндоскопических технологий.

Актуальность: Рак почки (РП) является одним из наиболее распространенных онкоурологических злокачественных новообразований. Ежегодно в мире диагностируется 270000 случаев. Приблизительно 116000 человек умирают от этой болезни каждый год, что делает рак почки одним из самых смертельных урологических злокачественных новообразований. В РТ по данным ГУ «РОНЦ» злокачественных новообразований почки составило 16 на 100000 населения.

Материал и методы исследования. По данным ГУ «РОНЦ» при МЗСЗН Республики Таджикистан в 2024 году в Республике Таджикистан было зарегистрировано 89 пациентов. Были выявлены I- стадия 8-пациентов (8.9%), II- стадия 33-пациентов (37.07%), III-стадия 28-пациентов (31.4%), IV-стадия 20-пациентов. Проанализированы результаты лечения 81 больных находящихся в отделении онкоурологии ГОУ “РОНЦ” МЗ СЗН РТ за период 2024 года. Среди них 46 (56.7 %) больных составили мужчины и 35 (43.2%) больных составило женщин. Возрастная вариация составляет 24-78 года, а пик заболеваемости приходится на 40-68 годы.

Результаты. Из 81 больных раком почки было произведено открытая нефрэктомия 56 (69.1 %) больным, открытая резекция почки 15 (18.5%) больным, лапароскопическая нефрэктомия 2 (2.46%) больным, лапароскопическая резекция почки 1 (1.23%) больным. Средняя прибываемость больных в стационаре составило от 3 до 6 дней. Пациентам после малоинвазивных вмешательств назначили наркотические анальгетики в первые сутки

Лапароскопическая резекция почки возраст больной составило 34 года. Опухоль у больной Стадия I (T1bN0M0), локализовалась в верхнем полюсе правой почки размер опухоли составил 2.5x 4.5 см. Средняя продолжительность операции составило 221 минут. Резекцию почки проводили при временном ишемии сосудистым зажимом введенным через троакар, время пережатия не превышало 30 минут. Объем интраоперационной кровопотери составило 210 мл. Гистологическое заключение: Почечноклеточный рак. Края резекции без атипии. Срок госпитализации больного составило 5 койко дней.

В группе пациентов с лапароскопической нефрэктомией было 2 мужчин, 49 лет и 57-лет. В одном случае диагностировано поражение левой почки, а в другом поражение правой почки. У обоих пациентов опухоль локализовались в чашечно -лоханочной системе с. T2-T3 стадией, была у пациентов. Средняя продолжительность операции составило 186 минут. Объем интраоперационной кровопотери составило 160 мл. Гистологическое заключение в обоих случаях был светлоклеточный рак. Срок госпитализации больного 4- койко дней.

Выводы. Лапароскопическая резекция и нефрэктомия почки современным методом лечения рака почки выполняемых по показаниям. Преимущество видеоэндоскопических вмешательств заключается в сокращение пребывания больного в стационаре, меньше использование анальгетических препаратов, минимизация интраоперационных кровопотерь, уменьшение послеоперационных осложнений и косметический эффект.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ПРОСТАТЭКТОМИЮ

Измайлов А.А., Муфазалов Ф.Ф., Гарифуллин А.И., Чапрак А.Б., Гончарова О.В.

Актуальность. Рекомендации AUA/ASTRO/SUO (2024) рекомендуют раннюю спасительную ЛТ при биохимическом рецидиве после РПЭ и добавление АДТ у пациентов с факторами высокого риска. При этом исследования, определившие современные подходы к послеоперационной ЛТ, в частности RADICALS-RT, не включали пациентов с персистирующим ПСА. В связи с этим послеоперационную ЛТ целесообразно рассматривать с учетом трех клинических сценариев, включая консолидирующую ЛТ при персистирующем ПСА. Уровень ПСА $\geq 0,1$ нг/мл через 6–8 недель после РПЭ рассматривается как признак вероятного сохранения опухолевой активности и неблагоприятного прогноза.

Цель. Определить частоту факторов высокого риска у пациентов после РПЭ, получающих ЛТ, и оценить соответствие назначения АДТ современным клиническим рекомендациям.

Материалы и методы. В анализ включали пациентов после РПЭ, получавших послеоперационную ЛТ в Республиканском клиническом онкологическом диспансере (г. Уфа) с января 2020 по апрель 2026 г., при наличии послеоперационного гистологического заключения и данных о динамике ПСА и отсутствии отдаленных метастазов. В зависимости от уровня ПСА и его динамики выделяли три группы: адъювантная ЛТ (ПСА <0,1 нг/мл), консолидирующая ЛТ (ПСА ≥0,1 нг/мл) и спасительная ЛТ (два измерения ПСА >0,1 нг/мл).

Результаты. В итоговую когорту вошли 172 пациента. У 68% больных выявлен хотя бы один фактор высокого риска. Наиболее часто встречались ПСА >0,5 нг/мл (27%), pT3b/T4 (25%), ISUP 4/5 (19,8%) и N1 (10,5%). При распределении по режимам ЛТ медианный уровень ПСА перед лечением составил 0,029 нг/мл в группе адъювантной ЛТ, 0,53 нг/мл в группе консолидирующей и 1,01 нг/мл в группе спасительной ЛТ. Частота R1 была наиболее высокой в группе адъювантной ЛТ (100%). Медианное время от операции до спасительной ЛТ составило 23 месяца (табл. 1). АДТ получали 28,5% пациентов, при этом 24-месячный курс назначался только в 3% случаев, несмотря на высокую частоту неблагоприятных факторов.

Таблица 1. Характеристики пациентов и лечения в зависимости от режима лучевой терапии

Показатель	Адъювантная (n=74, 43%)	Консолидирующая (n=43, 25%)	Спасительная (n=55, 32%)
Медианный ПСА перед ЛТ, нг/мл	0,029	0,53	1,01
Частота R1*, %	100	85	23
Медианное время до ЛТ, мес.	3	4	23
<i>*Примечание: частота R1 составила 55,8% во всей когорте.</i>			

Выводы. Более двух третей пациентов, получавших послеоперационную ЛТ, имели хотя бы один фактор высокого риска, при этом четверть больных получала консолидирующую ЛТ. АДТ применялась преимущественно у пациентов с неблагоприятными характеристиками, однако длительная гормональная терапия назначалась редко. Необходимы дальнейшие исследования для персонализации послеоперационной терапии и оценки оптимальной тактики лечения пациентов с персистирующим ПСА.

Измайлов А.А., Муфазалов Ф.Ф., Гарифуллин А.И., Чапрак А.Б., Гончарова О.В.

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа, Российская Федерация

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации, г. Уфа, Российская Федерация

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ПОЛНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ОТВЕТЕ НА ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ В РАМКАХ СТРАТЕГИИ WATCH AND WAIT

Попов М.Н., Аюпов Р.Т., Феоктистов Д.В., Проценко В.А.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, Уфа

Актуальность: Стратегия Watch and Wait при раке прямой кишки рассматривается как перспективная альтернатива радикальному хирургическому лечению у пациентов, достигших полного клинического ответа после неoadъювантной терапии. Такой подход позволяет избежать послеоперационных осложнений, сохранить функцию прямой кишки и улучшить качество жизни пациентов без ухудшения онкологических результатов в тщательно отобранных группах. Вместе с тем остаются нерешёнными вопросы, касающиеся оптимальных критериев отбора пациентов для органосохраняющей тактики, точности оценки полного клинического ответа, а также факторов риска местного рецидива и необходимости последующего спасительного хирургического лечения.

Дальнейшее изучение данных аспектов имеет важное значение для повышения безопасности и эффективности стратегии Watch and Wait в клинической практике.

Цель: провести сравнительный анализ показателей выживаемости у пациентов с раком прямой кишки, достигших полного клинического ответа после химиолучевой терапии, и пациентов без полного клинического ответа.

Материалы и методы:

Группа пациентов, получившая комбинированное лечение по поводу рака прямой кишки с июня 2019г по апрель 2025г, у которых был установлен полный клинический ответ и выбрана тактика «watch and wait», сравнивалась с группой контроля – пациентами, включёнными в рандомизированное клиническое исследование LIVELOC trial (ClinicalTrials.gov NCT05745909). Сравнение групп проводилось с помощью построения кривых Каплана-Майера, лог-ранк теста и проведения унивариантной регрессии Кокса.

Результаты:

37 пациентов с раком прямой кишки включено в группу динамического наблюдения и 146 пациентов в группу контроля. Группы сопоставимы по основным характеристикам. 3-у PFS и 3-у OS составила 72,16% и 89,19% в группе Watch and Wait и 77,4% и 86,02% в группе контроля соответственно ($p=0.98$). Таким образом не получено статистически значимых различий в 3-летней общей и безрецидивной выживаемости. По итогам унивариантной логистической регрессии Кокса на безрецидивную выживаемость оказывали влияние EMVI - HR 5.2 (95% CI 1.1 - 24.5; $p = 0.037$), G3 дифференцировка опухоли по данным гистологии до начала лечения - HR 3,04 (95% CI 1,24 - 7,46; $p = 0,015$) и несостоятельность коло-ректального анастомоза в группе прооперированных больных - HR 4,21 (95% CI 1,78 - 9,95; $p = 0,001$).

Выводы: 3-летняя общая и безрецидивная выживаемость сопоставима в сравниваемых группах. На безрецидивную выживаемость влияют EMVI, G3 дифференцировка опухоли и несостоятельность колоректального анастомоза, что должно учитываться при выборе тактики ведения пациента.

Попов М.Н. (drmpopov@gmail.com), **Аюпов Р.Т.** (ru2003@bk.ru), **Феокистов Д.В.** (dimafeoktistov@mail.ru), **Проценко В.А.**

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, Уфа

БИОПСИЯ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА МЕТОДОМ ДВОЙНОЙ ДЕТЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА

Измайлов А.А., Чапрак А.Б., Каримова А.Г., Хазиев А.Р.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак предстательной железы; биопсия сигнального лимфоузла; радикальная простатэктомия; тазовая лимфаденэктомия

АКТУАЛЬНОСТЬ: Рак предстательной железы (РПЖ) - одно из ведущих злокачественных новообразований у мужчин со среднегодовым темпом прироста 3,98% в Российской Федерации (РФ). В 2024 году доля РПЖ в структуре онкологической заболеваемости у мужчин в РФ составила 20,7%, занимая 1 место. При хирургическом лечении РПЖ для оценки поражения лимфатических узлов у пациентов промежуточного и высокого риска золотым стандартом является проведение расширенной тазовой лимфаденэктомии (ТЛАЭ), позволяющей в 94% случаев стадировать заболевание. Выполнение ТЛАЭ ведет к увеличению времени оперативного вмешательства, повышает риски интраоперационных и послеоперационных осложнений. Частота выявления пораженных лимфатических узлов в группе промежуточного и высокого риска не превышает 20 %. На наш взгляд эффективная методика интраоперационной детекции и удаления сигнальных лимфатических узлов позволило бы избежать ряда осложнений радикальной простатэктомии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить возможность двойной детекции сигнального лимфатического узла при раке предстательной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 76 пациентов с локализованными формами рака простаты, которым проведена радикальная простатэктомия (РПЭ) с двойной детекцией сигнального лимфатического узла при помощи ^{99m}Tc -технеция и индоцианина зеленого с отдельным морфологическим исследованием удаленного препарата. Во всех случаях мы наблюдали накопление индоцианина зеленого в лимфоузлах с высоким уровнем накопления радиофармпрепарата. Всем пациентам была проведена расширенная ТЛАЭ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование были включены 76 пациентов. Средний возраст пациентов составил $67 \pm 4,67$ года (от 52 до 76 лет). Медиана исходного ПСА составила 12,01 нг/мл. Средний объем предстательной железы составлял 37 см³.

При гистологическом исследовании до операции распределение пациентов по шкале ISUP было следующим: ISUP 1 - 2 пациента, ISUP 2 - 23 пациента, ISUP 3 - 24 пациента, ISUP 4 - 13 пациентов, ISUP 5 - 14 пациентов. После операции гистологическая картина распределилась следующим образом: ISUP 2 - 28 пациентов, ISUP 3 - 22, ISUP 4 - 5, ISUP 5 - 19 пациентов. Случаев с ISUP 1 после операции не наблюдалось.

Медиана удаленных сигнальных ЛУ составила 2, медиана общего количества удаленных ЛУ после расширенной ТЛАЭ составила 17. При морфологическом исследовании в 11 случаях отмечено поражение сигнального ЛУ опухолью при интактном общем лимфоколлекторе. В 2 случаях были выявлены метастазы в других лимфоузлах без поражения сигнальной группы. Спустя 3 месяца после лечения у всех наблюдаемых пациентов отмечается следовой уровень ПСА крови.

ВЫВОДЫ

Выполнение биопсии сигнального лимфатического узла при РПЭ является перспективным методом, который в будущем может сократить количество выполняемых тазовых лимфаденэктомий и снизить риски возможных осложнений. Применение двойной детекции сигнального лимфатического узла позволяет точно определять сигнальные группы лимфоузлов, используя плюсы каждого из двух методов детекции. Требуется дальнейшее наблюдение и накопление опыта для оценки эффективности биопсии сигнальных лимфоузлов при радикальной простатэктомии и применения описанной методики двойной детекции. В настоящее время в Республиканском клиническом онкологическом диспансере начата работа по комбинированной детекции сигнального лимфатического узла с использованием смешанного препарата, содержащего индоцианин зеленый и радиофармпрепарат ^{99m}Tc -технеций.

Измайлов А.А., Чапрак А.Б., Каримова А.Г., Хазиев А.Р. ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», МЗ РБ г. Уфа, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ НАВИГАЦИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ИНТРАФАСЦИАЛЬНОЙ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Чапрак А.Б., Измайлов А.А., Кочкин А.Д.

Ключевые слова: рак предстательной железы; радикальная простатэктомия; нервосберегающая простатэктомия, флуоресценция, индоцианин зеленый

Актуальность: Радикальная простатэктомия (РПЭ) – золотой стандарт лечения локализованных форм рака простаты как в нашей стране, так и за рубежом. Учитывая длительную продолжительность жизни после радикального лечения, запрос к результатам РПЭ стал включать не только онкологический радикализм, но и функциональные результаты. Важный аспект сохранения эрекции и континенции – сохранение сосудисто-нервных пучков (СНП) и перипростатической анатомии во время операции. Однако, несмотря на позитивные функциональные результаты, проведение интрафасциального нервосбережения сопряжено с риском непреднамеренного повреждения псевдокапсулы простаты, а следовательно риска положительного хирургического края (ПХК). Плотное прилегание к псевдокапсуле простаты перипростатической фасции и СНП является значимым фактором сложности выполнения нервосбережения. Применение гидропрепаровки несколько облегчает этот маневр, а

использование для этого раствора индоцианина зеленого позволяет улучшить интраоперационную дифференцировку слоя диссекции.

Цель исследования: изучить возможности метода флуоресцентной гидропрепаровки перипростатической фасции при лапароскопической интрафасциальной нервосберегающей простатэктомии

Материалы и методы: Проведен промежуточный анализ 38 больных раком простаты, которым была выполнена лапароскопическая нервосберегающая простатэктомия с использованием флуоресцентной гидропрепаровки перипростатической фасции раствором индоцианина зеленого в период с мая по декабрь 2025 г. в условиях отделения онкоурологии ГАУЗ РКОВ МЗ РБ, г. Уфа.

Результаты: Всем пациентам удалось получить объективную идентификацию необходимого слоя диссекции и выполнить интрафасциальную нервосберегающую простатэктомию с сохранением перипростатической фасции. Двустороннее нервосбережение выполнено 35 из 38 (92,1%) пациентов, одностороннее – у 3 из 38 (7,9%). По результатам гистологического заключения ПХК отмечен у 5 из 38 пациентов (13,2%): у 4 он был одиночным, у 1 пациента отмечено 2 очага ПХК. Через 3 месяца ни у одного больного не отмечен уровень ПСА $\geq 0,1$ нг/мл. При медиане наблюдения 7,4 месяца признаков биохимического рецидива не выявлено. Функциональные результаты качества удержания мочи после операции представлены в таблице 1.

Частота социального удержания мочи, определенного как использование до 1 страховочной прокладки в сутки через 3 месяца отмечена у 32/38 пациентов (84,2%; 95% ДИ 68,7–94,0), через 6 месяцев – у 29/30 (96,7%; 95% ДИ 82,8–99,9), через 9 месяцев – у 17/17 (100,0%; 95% ДИ 80,5–100,0) пациентов. Любая эректильная реакция, субъективно оцененная пациентами, отмечена у 10,5% пациентов через 3 месяца, у 36,7% через 6 месяцев и у 41,2% через 9 месяцев. Данные показатели говорят об отдельных признаках восстановления функции у части пациентов, а не в когорте в целом и требуют более длительного наблюдения.

Выводы: Эффективность и безопасность описанной методики требует дальнейшего изучения и сравнительного анализа с классическими методами нервосбережения. Описанный нами метод гидравлической препаровки тканей при помощи индоцианина зеленого визуально упрощает идентификацию слоя интрафасциальной диссекции, а флуоресцентная навигация позволяет сохранять объективные визуальные ориентиры в режиме реального времени. По данным различных исследований частота ПХК при интрафасциальном нервосбережении может достигать более 35%, однако это позволяет получить удовлетворительные функциональные результаты качества мочеиспускания и эректильной функции. Предложенный нами метод демонстрирует техническую выполнимость, приемлемые ранние патоморфологические результаты и контроль хирургического края. Стоит отметить, что требуются более длительные сроки наблюдения за пациентами, а также прямое сравнение метода с классическим подходом к интрафасциальному нервосбережению для более полной оценки онкологической безопасности и функциональной эффективности предлагаемого подхода.

Чапрак А.Б., ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», МЗ РБ г. Уфа,

Измайлов А.А., ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа,

Кочкин А.Д., ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России; Россия, г.Нижний Новгород

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЧЕУДЕРЖАНИЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАЗНЫХ ВАРИАНТАХ СПАСИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Хафизов Кодиржон Олимович, Рахимов Нодир Махамматкулович

Актуальность. После радикальной простатэктомии результат лечения для пациента определяется не только уровнем ПСА и отсутствием опухолевой прогрессии. Если сохраняется

или вновь появляется недержание мочи, именно оно нередко становится главным ограничением повседневной жизни.

Ситуация ещё сложнее при биохимическом рецидиве. Пациенту требуется дополнительное противоопухолевое лечение, но одновременно нужно сохранить или восстановить функцию мочеудержания. Эти задачи приходится решать параллельно. В клинической практике такой функциональный компонент часто оценивается уже после появления выраженных жалоб.

Цель исследования. Оценить частоту и выраженность клинически значимого недержания мочи после радикальной простатэктомии у больных раком предстательной железы с биохимическим рецидивом при различных вариантах спасительной терапии.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный одноцентровый анализ 501 пациента с морфологически подтверждённым раком предстательной железы после радикальной простатэктомии и последующим биохимическим рецидивом. В зависимости от варианта спасительного лечения выделены две группы. В первую вошли 209 пациентов, получавших системную гормональную терапию без сальважного облучения ложа предстательной железы. Вторую составили 292 пациента, которым проводилась сальважная дистанционная лучевая терапия, в части случаев с включением регионарных тазовых лимфатических узлов.

В группе гормонотерапии недержание мочи оценивали клинически. У пациентов после сальважной лучевой терапии дополнительно применяли pad-test и опросник ICIQ-SF. Клинически значимым считали недержание не менее 2-й степени по pad-test и/или выраженность симптомов не менее категории «средняя» по ICIQ-SF.

Результаты. В группе гормонотерапии клинически значимое недержание мочи зарегистрировано у 12 из 209 пациентов — 5,7%. В группе сальважной лучевой терапии интегральный показатель составил 146 из 292 пациентов — 50,0%. То есть функционально значимые нарушения удержания мочи в этой когорте встречались существенно чаще. Отдельная оценка качества жизни показала сходную картину. По ICIQ-SF средние, тяжёлые и очень тяжёлые проявления недержания составляли значительную часть наблюдений. В одной из сводных таблиц клинически значимые формы по ICIQ-SF отмечены у 162 из 292 пациентов — 55,5%.

При относительно небольшом объёме потери мочи субъективная тяжесть симптомов могла быть выше, чем ожидалось по pad-test: страх утечки, ограничение социальной активности и постоянная зависимость от средств защиты заметно увеличивали функциональное бремя.

Практические рекомендации. У пациентов после радикальной простатэктомии, которым планируется спасительная терапия по поводу биохимического рецидива, оценку мочеудержания следует проводить до начала дополнительного лечения, а затем повторять в динамике. Одних жалоб недостаточно. Наиболее практичным выглядит сочетание объективной оценки потери мочи с pad-test и пациент-ориентированного опросника ICIQ-SF. Это позволяет раньше выявить больных, которым необходима более интенсивная реабилитация тазового дна и более частое урологическое наблюдение. Пациенты, направляемые на сальважную лучевую терапию, требуют особенно внимательного функционального контроля. Здесь лучше не ждать, пока инконтиненция станет стойкой.

Хафизов К.О. Рахимов Н. М.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Республика Узбекистан

УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ В ХИРУРГИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Измайлов А.А., Фарганов А.Р., Чапрак А.Б., Хазиев А.Р.

Ключевые слова: рак почки, радикальная нефрэктомия, резекция почки, осложнения.

Актуальность: Рак почки (ПКР) является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний в России. По данным статистики, в 2022 году было зарегистрировано более 29 тысяч новых случаев заболевания. Россия также занимает 4-е место в мире по смертности от этого заболевания (более 9 тысяч случаев в 2022 г.), Заболеваемость ПКР в России демонстрирует рост, который связан как с реальным увеличением распространённости заболевания, так и с улучшением методов диагностики. При этом снижение смертности происходит медленнее, что отражает сохраняющуюся тяжесть заболевания на поздних стадиях.

Цель: провести комплексный анализ хирургического опыта в лечении рака почки, накопленного в ГАУЗ РКОД МЗ РБ г. Уфы, с целью разработки оптимального алгоритма действий в экстремальных интраоперационных ситуациях и минимизации риска осложнений.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ хирургического видеоматериала из собственного архива хирургов онкоурологического отделения ГАУЗ РКОД МЗ РБ

Результаты: По результатам анализа видеоархива была разработана классификация наиболее частых интраоперационных осложнений. К ним были отнесены: сосудистые осложнения (массивное кровотечение из почечных сосудов, повреждение нижней полой вены, аорты); повреждение соседних органов (селезенка, печень, кишечник, поджелудочная железа и т.д.); урологические осложнения (ранение мочеточника, вскрытие чашечно-лоханочной системы)

Выводы: для предотвращения осложнений, необходимо придерживаться следующим принципам: детальное предоперационное планирование для выбора оптимальной тактики; соблюдения во время операции строгой хирургической дисциплины и применения современных технологий с готовностью к тактической коррекции («План Б»); коллективная ответственность всей операционной бригады за мониторинг состояния и безопасность пациента.

Измайлов А.А., Фарганов А.Р., Чапрак А.Б., Хазиев А.Р.

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», МЗ РБ г. Уфа,

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа,

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ КРАЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ.

Измайлов А.А., Чапрак А.Б., Каримова А.Г., Хазиев А.Р.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Тактика ведения пациентов с положительным хирургическим краем после радикальной простатэктомии остается предметом обсуждения среди онкоурологов. Наша цель – разобраться, у какой группы пациентов достаточно будет ограничиться наблюдением, а кому показано проведение адъювантной терапии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценить влияние положительного хирургического края на биохимический и локальный рецидив, на общую и канцерспецифическую выживаемость, определить необходимость проведения адъювантного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ 813 пациентов, прооперированных в объеме лапароскопической радикальной простатэктомии за 2019- 2024 гг. в условиях отделения онкоурологии ГАУЗ РКОД МЗ РБ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Любой положительный хирургический край увеличивает риски биохимического рецидива, однако лишь при неблагоприятных морфологических факторах, а также протяженности положительного хирургического края более 3 мм или же множественного поражения, увеличивается не только риск рецидива, но и смертность от заболевания. А в отношении адъювантной терапии у пациентов с положительным хирургическим краем до сих пор не существует однозначного ответа. Был проведен анализ данных четырех рандомизированных исследований, посвященных адъювантной лучевой терапии. В данных исследованиях отмечалось улучшение показателей выживаемости без биохимического рецидива, однако при оценке 10-

летней выживаемости статистически значимых различий выявлено не было. В ходе нашего ретроспективного анализа были получены следующие результаты: у 232 пациентов (28,54%) отмечен положительный хирургический край (ПХК). Медиана ПСА у этих пациентов составила 11,4 нг/мл (IQR 7,96 – 19,2); Медиана объема простаты 42,8 см³ (IQR 32,8 – 57,8). Стоит отметить, что у группы R+ частота верификации поражения л/узлов составила 23/232 (14,56%) в отличие от группы R0, где частота поражения лимфатических узлов составила 16/581 (5,26%). Среди 232 пациентов с положительным хирургическим краем (ПХК) распределение было следующим: <3 мм – 102 пациента, ≥3 мм – 33, множественное поражение (2 очага) – 58, (>2 очагов) – 39. В группе <3 мм (n=102): pT2 – 70, pT3a – 22, pT3b – 9, pT4 – 1. ПСА ≥0,1 нг/мл через 3 мес. – у 17 (16,7%). Адъювантная ДЛТ – 15 (14,7%), консолидирующая – 12 (11,8%), ранняя спасительная – 0. Наблюдение – 75 (73,5%), из них биохимический рецидив (БХР) у 4 (5,3%). Умерло 5. В группе ≥3 мм (n=33): pT2 – 23, pT3a – 7, pT3b – 3, pT4 – 0. ПСА ≥0,1 нг/мл – у 4 (12,1%). Адъювантная ДЛТ – 10 (30,3%), консолидирующая – 2 (6,1%), ранняя спасительная – 0. Наблюдение – 21 (63,6%), БХР у 2 (9,5%). Умерло 2. При множественном поражении (2 очага, n=58): pT2 – 32, pT3a – 7, pT3b – 19. ПСА ≥0,1 нг/мл – у 8 (13,8%). Адъювантная ДЛТ – 12 (20,7%), консолидирующая – 4 (6,9%), ранняя спасительная – 4 (6,9%). Наблюдение – 38 (65,5%), БХР у 4 (10,5%). Умерло 3. При множественном поражении (>2 очагов, n=39): pT2 – 16, pT3a – 15, pT3b – 8. ПСА ≥0,1 нг/мл – у 7 (17,9%). Адъювантная ДЛТ – 6 (15,4%), консолидирующая – 7 (17,9%), ранняя спасительная – 2 (5,1%). Наблюдение – 16 (41%), БХР у 2 (12,5%). Умерло 2.

ВЫВОДЫ

Положительный хирургический край на сегодняшний день не является абсолютным показанием для дальнейшего адъювантного лечения. Индивидуальный подход к решению вопроса о необходимости дальнейшего лечения с учетом всех факторов позволит снизить не только количество проводимой адъювантной терапии, но и снизить количество возможных постлучевых осложнений у данной категории пациентов. Всех пациентов необходимо строго и тщательно наблюдать с целью своевременного назначения спасительного лучевого лечения. Дальнейшие же исследования и наблюдения за этой непростой группой пациентов позволят в дальнейшем разработать четкие и понятные алгоритмы для достижения наиболее позитивных результатов.

Измайлов А.А., Чапрак А.Б., Каримова А.Г., Хазиев А.Р.

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», МЗ РБ г. Уфа
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава
России, г. Уфа

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Кадырова З.У., Сангинов Д.Р., Зоиров Р.А.

Цель исследования. Анализ клинической, социальной и экономической эффективности программы ускоренного восстановления (ПУВ) при хирургическом лечении рака ободочной кишки.

Материалы и методы. Проведён анализ публикаций международных научно-медицинских баз данных GLOBOCAN, Scopus, Pubmed, Library, РИНЦ за период 2012 до 2025 гг. с использованием ключевых слов «colon cancer», «ERAS», «ускоренное восстановление», «colorectal surgery», «postoperative complications», посвящённых применению протоколов ERAS в колоректальной хирургии. В обзор включены оригинальные исследования, оценка результатов клинических исследований, систематических обзоров и метаанализов.

Результаты исследования. Рак ободочной кишки занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости и смертности населения. Согласно данным международной базы онкологической статистики GLOBOCAN, ежегодно в мире регистрируется около 1,9 млн новых случаев колоректального рака, при этом смертность достигает около 935 тыс. случаев в год. Колоректальный рак занимает третье место по распространённости среди злокачественных новообразований и второе место среди причин смерти от онкологических заболеваний. Анализ данных современной литературы свидетельствует о том, что программа ускоренного

выздоровления в хирургии рака ободочной кишки обладает доказанной клинической эффективностью, способствует улучшению социальной реабилитации пациентов и обеспечивает экономическую целесообразность её внедрения. По данным зарубежных исследований, внедрение ПУВ позволяет снизить прямые затраты на лечение одного пациента в среднем на 15–30 %. Сокращение койко-дня на 2–5 суток приводит к значительной экономии ресурсов стационара. В пересчёте на один хирургический койко-день экономический эффект может составлять от 200 до 500 условных единиц, в зависимости от уровня оснащённости клиники и структуры затрат. В масштабах отделения это позволяет увеличить оборот койки на 20–30 % без расширения коечного фонда. Снижение частоты послеоперационных осложнений также оказывает выраженный экономический эффект. Лечение одного осложнения увеличивает стоимость госпитализации в среднем на 30–60 %, а при развитии тяжёлых инфекционных осложнений — более чем в 2 раза. Использование ПУВ за счёт профилактики осложнений позволяет существенно снизить эти затраты. Даже частичная реализация адаптированных элементов ПУВ потенциально позволяет сократить длительность госпитализации на 2–3 суток, снизить частоту осложнений на 15–25 % и оптимизировать использование материальных и кадровых ресурсов без значительных дополнительных финансовых вложений.

Выводы. Программа ускоренного восстановления является эффективным инструментом оптимизации хирургического лечения рака ободочной кишки, обеспечивающим: клинические преимущества для пациентов, социальную адаптацию больных, экономическую выгоду для системы здравоохранения, рациональное использование медицинских ресурсов. Реализация ПУВ в онкохирургии должна рассматриваться как комплексная медицинская технология, несущая клиническую, социальную и экономическую эффективность.

Кадырова З.У., Сангинов Д.Р., Зоиров Р.А.

ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан

ТЕНДЕНЦИЯ ОМОЛОЖЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Зоиров Р. А., Махмад М., Сангинов Дж. Р., Наибов М.Х.

Цель исследования. Оценить тенденцию омоложения КРР и отдельные результаты лечения.

Материалы и методы. Проанализированы клинические случаи КРР у молодых пациентов, пролеченных в РОНЦ за период 2022–2024 гг. Мужчин было 27 (54%), женщин - 23 (46%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 39 лет; в 12 (24%) случаях возраст находился в диапазоне 28–32 лет. Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 3 лет. Все пациенты подверглись комплексному обследованию с использованием современных методов диагностики.

Результаты. Пациенты, поступившие с III–IV стадией заболевания, составили 52% (n = 26), с I–II стадией - 48% (n = 24). Хирургическое вмешательство проведено у 46 (92%) пациентов, из них неoadъювантную химиотерапию получили 15 (30%), химиолучевую терапию - 21 (42%). Выполнены следующие виды операций: экстирпация прямой кишки - у 11 (22%) пациентов, передняя резекция прямой кишки - у 17 (34%), правосторонняя гемиколэктомия - у 8 (16%), левосторонняя гемиколэктомия - у 2 (4%), резекции - у 7 (14%) пациентов. По данным морфологического исследования во всех случаях выявлена аденокарцинома. Изучение отдалённых результатов показало, что в течение 1 года летальные исходы зарегистрированы у 10 (20%) пациентов, 2 года прожили 34 (68%), а 3 года - 25 (62,5%) пациентов. Таким образом, 1-, 2- и 3-летняя выживаемость составила 80%, 68% и 62,5% соответственно.

Выводы. По данным нашего исследования и других публикаций, этот тревожный тренд становится всё более распространённым явлением. При этом поздние стадии заболевания преобладают при первичном обращении, что может указывать на агрессивное течение опухолевого процесса, подтверждаемое показателем 3-летней выживаемости, составившим 62,5%.

Зоиров Р. А., Махмад М., Сангинов Дж. Р., Наибов М.Х.

ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» Таджикистан

ЛЕЧЕНИЕ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Джумаев Т. Дж., Сангинов Дж. Р., Дилшодзода Б.Д.

ГУ РОНЦ МЗСН РТ

ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино" Таджикистан

Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов с НМИРМП.

Материалы и методы: Проведено проспективное исследование результатов лечения 94 пациентов с НМИРМП, находившихся на лечении в отделении урологии и проктологии РОНЦ в период с 2023 по 2025 гг. Среди пациентов было 66 (70,2%) мужчин и 28 (29,8%) женщин. Возраст больных составил от 22 до 90 лет. Первичный рак мочевого пузыря диагностирован у 90 (95,7%) пациентов, рецидивный - у 4 (4,3%). Всем пациентам выполнены ультразвуковое исследование и обзорная цистоскопия. Компьютерная томография органов малого таза проведена у 29 (31,2%) пациентов, магнитно-резонансная томография - у 54 (58%). Всем больным выполнена трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря.

Результаты: у всех пациентов диагностирована стадия заболевания T1. Одиночная опухоль выявлена у 55 (59%) пациентов, множественные опухолевые узлы - у 39 (42%). По степени дифференцировки опухоли G1 выявлена у 24 (25,5%) пациентов, G2 - у 53 (56%), G3 - у 16 (17%). Размер опухоли до 3 см отмечен у 12 (12,7%) пациентов, более 3 см - у 82 (87,2%). Все пациенты с опухолью G2 получили однократную внутрипузырную химиотерапию. Полный курс внутрипузырной терапии доксорубицином проведён 25 (26,6%) пациентам, БЦЖ-терапия - 7 (7,4%) пациентам. За период наблюдения до 34 месяцев рецидив заболевания развился у 29 (30,8%) пациентов, более одного рецидива отмечено у 4 (4,3%) больных. Все пациенты находятся под динамическим наблюдением онколога.

Выводы: НМИРМП составляет значительную долю пациентов, получающих лечение по поводу рака мочевого пузыря. Основным методом хирургического лечения является трансуретральная резекция опухоли. Качественное и радикальное выполнение ТУР имеет важное значение для профилактики рецидива и улучшения результатов лечения. Частота рецидивирования в течение периода наблюдения до 34 месяцев сопоставима с данными литературы.

Джумаев Т. Дж., Сангинов Дж. Р., Дилшодзода Б.Д.

ГУ РОНЦ МЗСН РТ

ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино" Таджикистан

РАК ПОЧКИ: ТЕНДЕНЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Мухиддинов У.Р., Сангинов Дж.Р., Нажмудинов А.Х.

Цель исследования. Проанализировать тенденции заболеваемости способов оперативного вмешательства при раке почки.

Материал и методы исследования. Подвергнуты анализу 250 пациентов, пролеченных в условиях онкоурологического отделения РОНЦ, за период 2020г -37 (14,8%) 2021г – 42 (16,8%) 2022г – 51 (20,4%) 2023г – 57(22,8%) 2024г – 63(25,2%) пациентов. Возраст пациентов варьировал от 21 до 75 лет, мужчин было 157(62,8%), женщин 93 (37,2%). Длительность анамнеза: до трех месяцев- 77 (30,8%) пациентов, до 6 месяцев- 132 (52,8%), до 1 года- 31 и свыше одного - 10 (4,0%) пациентов. У 78% пациентов выявлены коморбидности, чаще всего анемия (18,3%), холецистит (14,7%), сахарный диабет (7,8%), гепатит В (7,7%), метаболический синдром (7,8%). По стадиям заболевания у 155 (62,0%) пациентов отмечены T1, T2, у 85 (34,0 %) T3 и у 10 (4,0%) пациентов T4. Были использованы УЗИ, КТ с в/в контрастированием (n=250), также 10(4,0%) пациентам выполнена трепан биопсия.

Результаты. У 46 (18,9%) пациентов выявлена опухоль почки размером 4 см, у 64 (25,6%) пациентов свыше 7см, у 68 (27,2%) пациентов > 7 см, ограничено почкой. У 40 (16%) пациентов опухоль выросла в почечные вены, околопочечную клетчатку в пределах фасции Герота, распространение опухоли за пределы фасции Герота, в брыжейку толстого кишечника, с метастазом в печень и в толстую кишку, что имело место у 32 (12,8%) пациентов. Открытая радикальная нефрэктомия произведена 198 (79,2%) пациентам, лапароскопическая нефрэктомия

произведена 10(4%), открытая резекция почки 35 (14,0%), лапароскопическая резекция почки у 5(2,0%), тромбэктомия из почечной вены- 13 (5,2%), из НПВ-5 (2,0%) пациентам, резекция НПВ-1 (0,4%) пациенту. При морфологическом исследовании светлоклеточная карцинома установлена у 210 (84,0%) пациентов. Папиллярная карцинома – у 34 (13,6%), хромофобный вариант – 6 (2,4%). Сроки наблюдения отдаленных результатов составляют до 5 лет, 5-летняя общая выживаемость составила 78,9%.

Заключение. Изучение динамики заболеваемости РП показало неуклонный рост. Хирургический метод лечения остается эффективным как при ранних, так и при местно-распространенных стадиях болезни. Отмечается тенденция к увеличению выполнения лапароскопических хирургических вмешательств при раке почки.

Мухиддинов У.Р., Сангинов Дж.Р., Нажмуудинов А.Х.

ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: ВОПРОСЫ, ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Сангинов Д.Р., Наибов М.Х. Зоиров Р.А., Шариф К.

Актуальность: Рак ободочной кишки как важная нозология колоректального рака также имеет стабильную тенденцию к росту заболеваемости. По данным 2025 году данная патология заняла 2-е ранговое место в структуре ЗНО в Республике Таджикистан.

Цель исследования. Изучение результатов диагностики и лечения рака ободочной кишки.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 68 больных, находящихся в отделение онкопроктологии ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ за 2022 г. Основой для анализа, послужили истории болезни и амбулаторные карты больных. Мужчин было 47 (69%), женщин 21 (31%). Возрастная вариация составила от 22 до 82 гг, пик заболеваемости приходится на возраст 45-59 (41,2%) лет. Для уточнения диагноза всем больным проведена УЗИ, а также КТ (n=63), колоноскопия (n=41) и ирригография (n=6).

Результаты. Опухолевый процесс локализовался в слепой и восходящей части толстого кишечника у 26 (38,2%) больных, в сигмовидной кишке у 20 (29,4%), в нисходящем отделе у 15 (22,05%) и в поперечно-ободочной кишке у 7 (10,2%) больных. У всех больных морфологически верифицирован диагноз, при этом до операции у 4 – 5,8% больных.

Все больные подверглись оперативному вмешательству. Радикальные операции выполнены у 54 (79,4%) больных, паллиативные у 14 (20,5%), при местном распространенном процессе метастатическом раке двум больным проведено комбинированное хирургическое вмешательство. Правосторонняя гемиколэктомия проведена у 26 (38,2%), левосторонняя у 21 (30,8%), резекция сигмовидной кишки 13 (19,1%) больным, резекция поперечно-ободочной кишки у 7 (10,2%), одному больному наложен двустольный анус. Послеоперационное нагноение раны развился у 16 (23,5%) больных. Из 11 больных с колостомой в сроки 4-6 месяцев 8 больным восстановили непрерывность кишечника. Адювантную химиотерапию получили 28 (41,1%) больных. У 11 (16,1%) больных в сроки до 3 лет развился рецидив опухоли.

Выводы. Для рака ободочной кишки характерна тенденция к стабильному росту и поздняя диагностика заболевания. Основным методом лечения является хирургическое вмешательство, эффективность которого коррелирует со стадией заболевания.

Сангинов Д.Р., Наибов М.Х. Зоиров Р.А., Шариф К.

ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. Таджикистан, Душанбе.

ГУ Республиканский онкологический научной центр МЗСЗН РТ. Таджикистан, Душанбе

ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ, ОСЛОЖНЁННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ

Одинаев Х.С., Одилов А.Ю., Нажмидинов Х.Н.

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Душанбе, Таджикистан

²Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациенток с раком шейки матки, осложнённым гидронефрозом, посредством оптимизации тактики дренирования верхних мочевых путей.

Материал и методы. В период с 2023 по 2025 гг. на базе ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» на стационарном лечении находились 65 пациенток в возрасте от 42 до 70 лет с диагнозом рака шейки матки, осложнённого гидронефрозом.

Всем пациенткам проводилось комплексное обследование, включавшее общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, оценку показателей системы гемостаза, а также ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей.

Результаты исследования. По данным ультразвукового исследования, гидронефроз II степени выявлен у всех 65 пациенток. Правосторонний гидронефроз диагностирован у 30 (46,2%) пациенток, левосторонний – у 15 (23,1%), двусторонний – у 20 (30,8%).

У пациенток с двусторонней обструкцией верхних мочевых путей заболевание характеризовалось более выраженными нарушениями уродинамики и функционального состояния почек. У данной категории больных отмечалось повышение уровня креатинина и мочевины крови, а также анемия различной степени тяжести, что свидетельствовало о нарушении азотовыделительной функции почек.

С целью восстановления оттока мочи и декомпрессии верхних мочевых путей 40 (61,5%) пациенткам выполнено ретроградное стентирование мочеточников, 25 (38,5%) – чрескожная пункционная нефростомия. Двустороннее стентирование мочеточников выполнено 12 пациенткам, двусторонняя пункционная нефростомия – 8 пациенткам.

Ретроградное стентирование мочеточников применялось в качестве метода выбора у пациенток, у которых имелась техническая возможность проведения стента через зону опухолевой обструкции, что позволяло минимизировать инвазивность вмешательства. При невозможности проведения стента через зону обструкции вследствие выраженной опухолевой инфильтрации или технических трудностей выполнялась чрескожная пункционная нефростомия, обеспечивавшая непосредственную декомпрессию чашечно-лоханочной системы.

После выполнения дренирующих вмешательств у пациенток отмечалась положительная клиническая динамика. При ультразвуковом исследовании почек и мочевыводящих путей в послеоперационном периоде отмечались восстановление оттока мочи и регресс ультразвуковых признаков гидронефроза. Положительная динамика отмечалась также со стороны показателей функционального состояния почек. В обеих группах к третьим суткам после декомпрессии наблюдалось снижение уровня креатинина крови до нормальных значений, что свидетельствовало об эффективности проведённой декомпрессии в восстановлении оттока мочи и коррекции обструктивных нарушений функции почек.

В послеоперационном периоде всем пациенткам проводилась комплексная консервативная терапия, включавшая антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. У 4 пациенток в связи с выраженной анемией и снижением уровня гемоглобина ниже 70 г/л однократно проводились гемотрансфузия и плазматрансфузия.

Анализ послеоперационных осложнений показал, что после чрескожной пункционной нефростомии осложнения зарегистрированы у 4 (16,0%) пациенток: у 3 отмечалось обострение хронического пиелонефрита, у 1 – миграция нефростомического дренажа наружу, что потребовало его коррекции. После ретроградного стентирования мочеточников осложнения наблюдались у 3 (7,5%) пациенток и проявлялись гематурией и дискомфортом при мочеиспускании. Все

выявленные осложнения имели благоприятное течение и были купированы консервативными методами.

На 3–4-е сутки после оперативного вмешательства пациентки в удовлетворительном состоянии переводились в Республиканский научный центр онкологии для дальнейшего проведения специализированного лечения.

Выводы. Ретроградное стентирование мочеточников при технической возможности его выполнения является предпочтительным методом благодаря меньшей инвазивности и отсутствию наружного дренажа, что способствует лучшей переносимости вмешательства и сохранению качества жизни пациенток. При невозможности проведения стента через зону опухолевой обструкции чрескожная пункционная нефростомия является эффективным и надёжным методом декомпрессии верхних мочевых путей. Выбор метода дренирования должен осуществляться индивидуально с учётом степени и характера опухолевой обструкции, функционального состояния почек и технической возможности выполнения ретроградного стентирования.

СПОСОБ ПОЛНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ РЕПОЗИЦИИ ИЛЕОКОНДУИТА ПРИ ОПЕРАЦИИ БРИКЕРА

Мираков Р.С., Ризоев Х.Х., Аминов З.А., Мухаббатов Х.Дж.

Цель исследования. Оценить безопасность и эффективность авторской методики полной экстраперитонеальной репозиции илеокондуита при операции Брикера.

Материал и методы исследования. В исследование включено 21 пациент, оперированных в период с 20* по 20* г. Мужчин - 18, женщин - 3. Средний возраст 56 лет, от 24 до 76 лет. Показания: инвазивный рак мочевого пузыря - 14, нейрогенная дисфункция - 2, интерстициальный цистит - 3, лучевой цистит - 1, экстрофия мочевого пузыря - 1. Всем выполнена радикальная цистэктомия с расширенной тазовой лимфаденэктомией и формированием илеокондуита по авторской методике. Сегмент подвздошной кишки 25-35 см на расстоянии 30 см от илеоцекального угла репонировался в экстраперитонеально сформированное ложе в правой подвздошной области. Анастомоз мочеточников - с проксимальной частью кондуита. Дистальный конец выводился на переднюю брюшную стенку.

Результаты исследования. Интраоперационно кровотечение отмечено у 3 пациентов. В послеоперационном периоде: несостоятельность кишечного анастомоза - у 2, частичная несостоятельность уретеро-конduitного анастомоза - у 3, инфекционные осложнения - у 2. Летальный исход - 1 пациент с сахарным диабетом. Средний срок наблюдения составил - месяцев. Случаев перитонита, выраженной спаечной болезни и кишечной непроходимости, связанных с кондуитом, не отмечено.

Выводы. Полная экстраперитонеальная репозиция илеокондуита при операции Брикера позволяет снизить риск перитонита, спаечного процесса и лимфоцеле за счёт изоляции кишечного трансплантата от брюшной полости. Методика технически сложнее, но особенно показана пациентам группы высокого риска. Требуется дальнейшего изучения на большем материале.

Мираков Р.С., Ризоев Х.Х., Аминов З.А., Мухаббатов Х.Дж.

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

Мхитарян Л.А., Бакиров Б.А.

Башкирский Государственный Медицинский Университет, Уфа, Россия

Актуальность. Ph-негативные миелопролиферативные новообразования (МПН) представляют собой группу гематологических нарушений, характеризующихся аномальной пролиферацией клеток миелопоэза в костном мозге. Эти заболевания включают истинную полицитемию (ИП), эссенциальную тромбоцитемию (ЭТ) и первичный миелофиброз (ПМФ). Одним из ключевых

моментов патогенеза ХМПЗ считается активация JAK-STAT-сигнального пути, обусловленная наличием мутации в гене янускиназы рецепторов цитокинов JAK2, CALR, MPL.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ состава микробиоты кишечника у пациентов, находящихся на различных режимах терапии (гидроксимочевина, интерферон, руксолитиниб), и оценить частоту встречаемости патогенных и симбиотических микроорганизмов.

Материалы и методы. Проведение исследования было одобрено этическим комитетом Башкирского государственного медицинского университета (протокол №3 от 12.03.2025). В исследование были включены 110 пациентов старше 18 лет с установленным диагнозом МПН согласно критериям ВОЗ 2022года. Пациенты были разделены на группы в зависимости от терапии: в зависимости от вида проводимого лечения пациенты разделены на терапевтические группы: «руксолитиниб» (n=22), «гидроксимочевина» (n=45), «интерферон альфа-2b» (n=26), «без медикаментозной терапии» (n=17).

Каждому пациенту для оценки состояния микробиома толстого кишечника проведено исследование кала на Колонофлор-16. Материалом для исследования являлись пробы свежевыделенных фекалий массой (объёмом) не менее 1-3 г (1-3 мл), которые пациенты самостоятельно забирали в стерильный пластиковый контейнер и доставляли в лабораторию, где они хранились до начала исследования при + 2-8° С не более 48 часов. При необходимости более длительного хранения клинического образца готовили фекальную суспензию с глицерином, которую хранили в морозильной камере при температуре не выше -18°С – не более 1 месяца, при температуре -70°С – длительно. Выделение ДНК из фекалий проводили набором реагентов «Экспресс-ДНК-Био» от ООО «Компания Алкор-БИО» (Россия) в соответствии с инструкцией производителя. Количественную и качественную оценку состояния микробиоценоза толстого кишечника для выявления дисбиотических нарушений производилась методом ПЦР в реальном времени (ПЦР-РВ, qRT-PCR) с помощью тест-системы «КОЛОНОФЛОР-16 (биоценоз)» производитель ООО «Альфалаб», Россия.

Результаты. Снижение уровня бифидобактерий выявлено у 17,8% пациентов на гидроксимочевине, у 15,4% на интерфероне-альфа-2b, у 11,8% в группе без терапии и у 36,4% на руксолитинибе. Уровень *Enterobacter* в группе гидроксимочевины составил 31,1%, при интерфероне-альфа-2b — 30,8%, без терапии — 23,5% (p=0,854). *Staphylococcus aureus* обнаружен у 20% (гидроксимочевина), 19,2% (интерферон-альфа-2b), 13,6% (руксолитиниб) и 5,9% (без терапии), p=0,557. Уровень *Klebsiella pneumoniae* составил 13,3% (гидроксимочевина), 15,4% (интерферон-альфа-2b) и 18,4% (руксолитиниб), в то время как в группе без терапии данный микроорганизм не выявлен (0%). Частота встречаемости *Clostridium perfringens* составила 24,4%, 11,5% и 9,1% на терапии гидроксимочевинной, интерфероном и руксолитинибом соответственно, против 5,9% без лечения. *Akkermansia muciniphila* была зафиксирована только у 1 пациента из всех групп.

Нами выявлено что значительное влияние на уровень *Fusobacterium nucleatum* оказывает проводимая терапия. Данный микроорганизм полностью отсутствует у всех пациентов, получающих специфическую терапию гидроксимочевинной, руксолитинибом и интерфероном. Однако в группе пациентов, не получающих терапию, наблюдается ее встречаемость в 11,8% случаев (p=0,011). Отсутствие представленности данной бактерии у пациентов, получающих терапию основного заболевания подтверждает влияние терапии на микробиоту толстого кишечника. Нами выявлено, что пациенты, получающие терапию гидроксимочевинной имеют значительное снижение лактобактерий по сравнению с группами, получающих другие виды терапии.

Наиболее изучена роль *Fusobacterium nucleatum* в развитии колоректального рака. Бактерия способствует росту опухоли, её метастазированию и развитию устойчивости к химиотерапии за счет белков адгезии (FadA и Fap2) для прикрепления к клеткам опухоли. Кроме того, *Fusobacterium nucleatum* подавляет противоопухолевый иммунитет, нарушая работу иммунных клеток. Её также связывают с патогенезом развития других солидных опухолей, где бактерия часто рассматривается как «пассажир», которая не инициирует опухоль из здоровой ткани, а присоединяется к уже сформировавшимся раковым клеткам, ускоряя их рост и распространение.

Снижение лактобактерий на фоне приема гидроксимочевина может свидетельствовать о влиянии данного препарата на изменения микробиома кишечника, что в свою очередь, может оказывать влияние на общий иммунитет, хроническое воспаление, а также прогрессию заболевания.

Выводы. Наше исследование подчеркивает важность мониторинга состояния микробиоты у пациентов с МПН, что может быть полезно для оптимизации терапевтических подходов. Основываясь на полученных данных, мы рекомендуем учитывать изменения микробиоты при разработке новых стратегий терапии и профилактики, что, в свою очередь, может существенно улучшить качество жизни пациентов с хроническими миелопролиферативными заболеваниями. Необходимо продолжать изучения в данной области для более полного понимания взаимосвязи микробиоты и прогрессии заболевания.

Мхитарян Л.А., Бакиров Б.А., Башкирский Государственный Медицинский Университет, Уфа, Россия.

АСПЕКТЫ ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Азимова М.А., Насырова Х.К., Нишанов Д.А.

Ташкентский Государственный Медицинский Университет. Ташкент, Узбекистан

Республиканский паталого-анатомический центр, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на очевидную связь развития злокачественных новообразований молочной железы с гормональным статусом, имеются определенные вопросы в отношении морфо-функциональных изменений органов эндокринной системы, в частности, щитовидной железы (ЩЖ). Непосредственное влияние процесса химиотерапии рака на структурно-функциональный статус щитовидной железы, патоморфологические трансформации тиреоидной ткани в зависимости от сроков и методов проведения лечения рака молочной железы не изучены основательно.

Цель исследования. Изучение клинических проявлений тиреоидной дисфункции и специфических лабораторных показателей в зависимости от гистологического и молекулярно-генетического профиля РМЖ.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 136 больных с верифицированным с T2N0-2M0 стадией рака молочной железы (РМЖ), которые получали комбинированно – комплексное лечение с 2020 по 2024 годы. Выраженность клинических проявлений тиреоидного генеза оценивали по нескольким признакам, был проведён анализ симптоматики в зависимости от градации G и степени экспрессии иммуногистохимических маркеров, с последующим изучением их влияния на функциональный статус щитовидной железы (ЩЖ). Функциональное состояние ЩЖ оценивали на основании изучения уровня тиреоидных гормонов в сыворотке периферической крови через 1-2 дня после завершения 4-х курсов химиотерапии.

Результаты. Установлено, что клинические проявления функционального состояния ЩЖ у больных РМЖ выражался полиморфизмом симптоматики. Наиболее частым субъективным проявлением являлась повышенная утомляемость, которая встречалась в среднем у 85,4% пациенток основных групп. Клинические признаки тиреоидной дисфункции кардиоваскулярного и нейрогенного генеза отмечались у 29,2% и 22,6% пациенток соответственно. Проявления астеновегетативного синдрома наблюдались у 24,1% больных. При анализе признаков гипо- или гипертиреоза было установлено отсутствие зависимости от гистологической дифференцировки опухолевых клеток. В отличие от этого, люминальные типы РМЖ имели существенные влияние на выраженность тиреоидной дисфункции. Luminal B тип и индекс пролиферации более 35% наиболее часто сопровождался признаками тиреоидной дисфункции по сравнению с Luminal A типом и Ki-67 менее 35%.

Заключение. Сигнатуры агрессивности течения РМЖ могут служить предикторами выраженности тиреоидной дисфункции у больных, получавших комбинированное лечения. Несмотря на наличие индивидуальных колебаний показателей, отражённых стандартными отклонениями, их диапазон не выходил за пределы физиологических значений, что исключает

наличие как явных, так и субклинических форм тиреоидной дисфункции. В совокупности полученные результаты позволяют расценивать исходное состояние тиреоидной системы как эутиреоидное, без признаков гормональных и аутоиммунных нарушений, что обеспечивает корректную основу для последующего анализа динамики показателей на фоне комбинированной терапии рака молочной железы.

Азимова М.А., Насырова Х.К., Нишанов Д.А., Ташкентский Государственный Медицинский Университет. Ташкент, Узбекистан; Республиканский паталого-анатомический центр, Ташкент, Узбекистан

ВЫБОР ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Халматов Б.А., Гафур-Ахунов М.А., Турдибеков Ш.М., Журабоев Д.Н.

Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) остаётся наиболее распространённым злокачественным новообразованием среди женщин. Метастатический РМЖ (МРМЖ) в большинстве случаев является неизлечимым заболеванием, поэтому основными задачами лечения являются контроль опухолевого процесса, увеличение продолжительности жизни и сохранение её качества. Паллиативная позволяет продлить жизни больных и улучшить качества жизни

Цель исследования. Оценить результаты применения различных режимов паллиативной химиотерапии у пациентов с МРМЖ и выбор системного лечения.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения **1130** пациентов с МРМЖ, получавших паллиативную системную терапию в течение 2018–2025 годов. Метастазы выявлены в костях у 46% (n=520), в печени — 22% (n=249), в лёгких — 17% (n=192), в головном мозге — 9% (n=102), в других органах — 6% (n=68). С учётом биологического подтипа опухоли, распространённости процесса, предшествующей терапии и общего состояния применялись: АС — 25% (n=283), CAF/FAC — 19% (n=215), CMF — 13% (n=147), паклитаксел + карбоплатин — 17% (n=192), другие режимы, включая винорелбин и гемцитабин, — 5% (n=57). При костных метастазах дополнительно применялась костно-модифицирующая терапия. Оценивали ORR, PFS, OS, динамику болевого синдрома и скелетные осложнения.

Результаты. При применении АС и CAF/FAC медиана общей выживаемости составила около 24 месяцев, объективный ответ — 49%. Для комбинации паклитаксел + карбоплатин медиана PFS составила около 9 месяцев, при CMF объективный ответ — 32%. У пациентов с костными метастазами костно-модифицирующая терапия способствовала контролю болевого синдрома и снижению риска скелетных осложнений.

Вывод. Выбор системной терапии при МРМЖ должен быть индивидуализирован с учётом биологического подтипа опухоли, темпа прогрессирования, локализации метастазов, предшествующего лечения и общего состояния пациента. Химиотерапия сохраняет важную роль в лечении этой категории больных и позволяет провести контроль заболевания и улучшить качества жизни.

Халматов Б.А., Гафур-Ахунов М.А., Турдибеков Ш.М., Журабоев Д.Н.

Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

МАННИТОЛ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЦИСПЛАТИНА И МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ГИПОКАЛИЕМИИ

Shukurova.M.A. Bakhtiyorova M.U. Abduxakimova M.A. Aziziy A.A

Актуальность: Цисплатин является одним из наиболее эффективных противоопухолевых препаратов, широко применяемых при лечении солидных опухолей. Однако его использование ограничивается нефротоксичностью, которая может сопровождаться нарушениями водно-электролитного обмена. Одним из значимых осложнений является гипокалиемия, развитие

которой связано с повреждением почечных канальцев, потерей магния и сопутствующими желудочно-кишечными потерями. Маннитол применяется в некоторых схемах гидратации для профилактики цисплатин-индуцированной нефротоксичности, однако его рутинное использование остаётся дискуссионным.

Цель исследования: Рассмотреть механизм развития гипокалиемии после введения цисплатина, определить роль гипомагниемии в возникновении данного осложнения и оценить значение маннитола в профилактике нефротоксичности и возможном усилении электролитных нарушений.

Материалы и методы: Проведён анализ опубликованных клинических исследований и систематических обзоров, посвящённых профилактике цисплатин-индуцированной нефротоксичности, применению маннитола и нарушениям электролитного обмена. Рассмотрены механизмы повреждения почечных канальцев, влияние осмотического диуреза на экскрецию электролитов, а также роль магния в регуляции почечных потерь калия.

Результаты: Цисплатин вызывает повреждение почечных канальцев, что приводит к нарушению реабсорбции воды и электролитов. Одним из наиболее характерных нарушений является гипомагниемия, которая может сохраняться даже после восстановления функции почек. Дефицит магния усиливает секрецию калия в почечных канальцах и способствует развитию гипокалиемии. Дополнительными факторами могут быть рвота, диарея, недостаточное поступление электролитов и сопутствующая терапия.

Маннитол представляет собой осмотический диуретик, увеличивающий выведение воды с мочой. Его применение после введения цисплатина направлено на поддержание адекватного диуреза и потенциальное снижение риска нефротоксичности. Однако современные данные не подтверждают необходимость его обязательного назначения всем пациентам. Эффективность маннитола зависит от дозы цисплатина, объёма гидратации и исходного состояния почек.

Осмотический диурез может увеличивать доставку натрия в дистальные отделы нефрона и способствовать усилению секреции калия. Поэтому у пациентов с уже существующей канальцевой дисфункцией маннитол потенциально может способствовать электролитным потерям. Вместе с тем систематические обзоры не выявили убедительного увеличения частоты гипокалиемии при использовании маннитола по сравнению с контрольными схемами гидратации. Клинически гипокалиемия может проявляться мышечной слабостью, судорогами, парестезиями, запорами и нарушениями сердечного ритма. При выраженном дефиците калия повышается риск аритмий, особенно при сопутствующей гипомагниемии. Коррекция гипокалиемии без устранения дефицита магния может быть недостаточно эффективной, поскольку почечные потери калия продолжаются.

Заключение: Маннитол после введения цисплатина может использоваться в отдельных протоколах гидратации для поддержания диуреза, однако его рутинное назначение не является универсально необходимым. Гипокалиемия после цисплатина представляет собой многофакторное осложнение, в котором ведущую роль часто играет гипомагниемия с последующим усилением почечной экскреции калия. Поэтому профилактика и лечение должны включать адекватную гидратацию, контроль функции почек и регулярный мониторинг магния и калия.

EVIDENCE-BASED OPTIMIZATION OF ANTIEMETIC PROPHYLAXIS IN CHEMOTHERAPY: PRACTICAL CONSIDERATIONS FOR ONCOLOGY PRACTICE IN UZBEKISTAN

Shukurova.M.A. Bakhtiyorova M.U. Abduxakimova M.A. Aziziy A.A

Medical Oncology, Uzbekistan, Tashkent

Background: Chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) remains one of the most troublesome adverse effects of anticancer treatment. Inadequately controlled symptoms may impair quality of life, reduce oral intake, contribute to dehydration, and interfere with treatment continuity. Although effective antiemetic strategies are available, their implementation in routine oncology practice requires accurate assessment of emetic risk, appropriate selection of prophylaxis, and timely management of breakthrough

symptoms. In Uzbekistan, strengthening evidence-based supportive care is an important component of improving the quality and safety of systemic anticancer treatment.

Objective: To review current evidence-based approaches to the prevention and management of CINV and to identify practical considerations for optimizing antiemetic prophylaxis in oncology practice in Uzbekistan.

Materials and Methods: A narrative review of published clinical studies, systematic reviews, and international clinical practice guidelines addressing CINV was conducted. The review focused on emetic risk classification, acute and delayed nausea and vomiting, patient-related risk factors, antiemetic drug selection, and management of breakthrough symptoms. Particular attention was given to the practical implementation of evidence-based recommendations in the clinical setting of Uzbekistan.

Results. The risk of CINV depends on the emetogenic potential of the chemotherapy regimen, patient-related risk factors, and the effectiveness of antiemetic prophylaxis. Appropriate prevention requires assessment of the chemotherapy regimen before treatment, identification of individual risk factors, and selection of an antiemetic combination according to the expected emetic risk.

Current international recommendations emphasize the importance of preventing both acute and delayed nausea and vomiting. For highly emetogenic chemotherapy, combination prophylaxis is recommended, with olanzapine incorporated into the antiemetic regimen. For moderately emetogenic chemotherapy, the choice of prophylaxis should be based on the specific regimen and patient risk factors. Low- and minimal-emetic-risk regimens generally require less intensive prophylaxis, helping to avoid unnecessary medication use.

An important principle of CINV management is that prevention is preferable to treatment after symptoms develop. Inadequate prophylaxis during the first cycle may increase the risk of subsequent nausea and vomiting. Therefore, patients should be reassessed before each cycle, and the antiemetic regimen should be modified when clinically indicated. Breakthrough symptoms require prompt treatment with an appropriate rescue antiemetic and reassessment of the existing prophylactic strategy.

In the context of Uzbekistan, optimization of antiemetic care should focus on integrating risk assessment and prophylaxis into routine chemotherapy practice. Practical priorities include documenting the emetogenic risk of each regimen, identifying patients at increased risk of CINV, ensuring appropriate administration of prophylactic medication, and providing clear patient education regarding delayed symptoms and when to seek medical assistance. The availability and affordability of recommended antiemetic medications should also be considered when developing locally applicable treatment approaches.

Conclusion: Optimizing antiemetic prophylaxis is an essential component of safe and effective chemotherapy delivery. Evidence-based selection of antiemetic regimens, prevention of acute and delayed CINV, and timely management of breakthrough symptoms can improve patient comfort and support treatment continuity. In Uzbekistan, incorporating standardized CINV assessment and evidence-based supportive care into routine oncology practice may help strengthen the quality of systemic anticancer treatment. Further local research is needed to evaluate the prevalence of CINV, current prescribing practices, and barriers to optimal antiemetic care.

Keywords. chemotherapy-induced nausea and vomiting, antiemetic prophylaxis, supportive care, chemotherapy, olanzapine, oncology practice, Uzbekistan.

PREVENTION AND MANAGEMENT OF FEBRILE NEUTROPENIA IN PATIENTS RECEIVING CYTOTOXIC CHEMOTHERAPY: PRACTICAL CONSIDERATIONS FOR ONCOLOGY PRACTICE IN UZBEKISTAN

Shukurova.M.A. Bakhtiyorova M.U. Abduxakimova M.A. Aziziy A.A

Medical Oncology, Uzbekistan, Tashkent

Background. Febrile neutropenia (FN) remains one of the most clinically significant complications of cytotoxic chemotherapy. It may result in severe infection, hospitalization, chemotherapy dose delays or reductions, treatment discontinuation, and potentially life-threatening complications. Although the risk of FN varies substantially according to the chemotherapy regimen and patient characteristics, many episodes can be prevented through appropriate risk assessment and timely supportive care.

Contemporary oncology practice emphasizes prevention rather than management of FN after its occurrence. The decision to use granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) prophylaxis should be based on the estimated FN risk associated with the chemotherapy regimen together with individual patient-related risk factors. Current ASCO recommendations support primary G-CSF prophylaxis when the expected risk of FN is approximately 20% or higher, while selected patients receiving regimens with lower expected risk may also require prophylaxis because of additional risk factors.

For patients who develop fever during neutropenia, FN should be considered a medical emergency. Rapid clinical assessment, appropriate microbiological investigations, risk stratification, and timely administration of empiric antibacterial therapy are essential components of management.

Aim: To review current evidence-based approaches to the prevention and management of febrile neutropenia in patients receiving cytotoxic chemotherapy and to identify practical considerations for improving FN-related care in oncology practice in Uzbekistan.

Materials and Methods. A narrative review of current international clinical practice guidelines, consensus recommendations, and relevant published clinical evidence was performed. The review focused on four major aspects of FN management: assessment of chemotherapy-related and patient-related risk factors; primary and secondary G-CSF prophylaxis; early recognition and management of established FN; and practical implementation of standardized supportive-care pathways in oncology practice.

Particular attention was given to recommendations from the American Society of Clinical Oncology (ASCO), the Infectious Diseases Society of America (IDSA), and other international oncology supportive-care guidance.

Results. The evidence indicates that prevention of FN should begin before the first chemotherapy cycle. Initial risk assessment should consider the myelotoxicity of the planned regimen as well as patient-related factors such as advanced age, poor performance status, comorbidities, previous chemotherapy or radiotherapy, advanced disease, pre-existing neutropenia, impaired nutritional status, and previous episodes of FN.

Primary G-CSF prophylaxis is recommended when the anticipated FN risk from chemotherapy is approximately 20% or higher, provided that an equally effective and safe regimen without G-CSF is not available. For regimens associated with a lower FN risk, prophylaxis may still be appropriate when significant patient-specific risk factors are present. Secondary prophylaxis should be considered after a previous FN episode when maintaining chemotherapy dose intensity remains clinically important.

When FN occurs, rapid assessment of the patient's clinical condition and infection risk is essential. Fever in a neutropenic patient should generally be presumed to represent infection unless an alternative explanation is established. Current ASCO/IDSA guidance recommends prompt clinical assessment and administration of the first dose of empiric antibacterial therapy within one hour of triage. Initial treatment should provide appropriate coverage for serious bacterial infection, with modification according to clinical presentation, previous microbiological results, local resistance patterns, and risk of resistant organisms.

Risk stratification is essential for determining the appropriate treatment setting. Validated tools such as the Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) risk index can assist in identifying selected patients who may be candidates for outpatient management, whereas clinically unstable or high-risk patients require hospital-based treatment and close monitoring.

For oncology practice in Uzbekistan, implementation of a standardized FN pathway may improve consistency of care. Such a pathway should include documented FN risk assessment before chemotherapy, clear criteria for G-CSF prophylaxis, patient education regarding fever and infection symptoms, rapid access to oncology or emergency services, standardized initial investigations, timely empiric antimicrobial therapy, and subsequent reassessment according to clinical and microbiological findings.

Discussion. The management of FN should not be viewed as an isolated complication occurring after chemotherapy. It represents a continuum beginning with chemotherapy selection and risk assessment and extending through prophylaxis, patient education, early recognition, antimicrobial treatment, and decisions regarding subsequent chemotherapy.

In routine oncology practice, under-recognition of individual FN risk may lead to preventable treatment interruptions, while indiscriminate use of G-CSF or antimicrobial therapy may increase treatment burden and healthcare costs. Therefore, a risk-adapted approach is preferable to a uniform strategy.

For Uzbekistan, the development of institution-level algorithms based on international recommendations may be particularly valuable. Such algorithms could help standardize supportive care across oncology departments while allowing adaptation to locally available G-CSF preparations, antimicrobial agents, laboratory capacity, hospital infrastructure, and antimicrobial resistance patterns.

Limitations. This study is a narrative evidence review and does not include a prospective or retrospective analysis of patients treated in Uzbekistan. Therefore, it cannot provide estimates of the local incidence of FN, hospitalization rates, antimicrobial resistance, or treatment-related mortality. Further prospective and multicenter studies are needed to evaluate the epidemiology, management patterns, and outcomes of FN in Uzbek oncology practice.

Conclusion. Febrile neutropenia remains a potentially life-threatening complication of cytotoxic chemotherapy, but its clinical impact can be reduced through systematic risk assessment, appropriate G-CSF prophylaxis, patient education, early recognition, and timely empiric antimicrobial treatment. Prevention should begin before chemotherapy rather than after FN develops.

For oncology practice in Uzbekistan, the implementation of standardized, evidence-based FN prevention and management pathways may improve patient safety, reduce avoidable treatment interruptions, and support more consistent delivery of anticancer therapy.

PREVENTION OF CISPLATIN-INDUCED NEPHROTOXICITY: THE ROLE OF HYDRATION AND ELECTROLYTE MONITORING

Shukurova.M.A. Bakhtiyorova M.U. Abduxakimova M.A. Azizi A.A

Medical Oncology, Uzbekistan, Tashkent

Introduction and Relevance of the Problem. Cisplatin remains one of the most effective cytotoxic agents used in the treatment of several solid tumors, including head and neck, lung, urothelial, gynecological, gastrointestinal, and testicular malignancies. Despite its established antitumor efficacy, cisplatin-induced nephrotoxicity remains one of its most important dose-limiting toxicities and may compromise the ability to deliver planned chemotherapy. Cisplatin nephrotoxicity is multifactorial and involves direct tubular epithelial injury, oxidative stress, inflammation, renal vasoconstriction, and disturbances in renal electrolyte handling. Clinically, renal injury may manifest several days after administration as an increase in serum creatinine and a decline in glomerular filtration, accompanied by renal wasting of magnesium and other electrolytes. Repeated cisplatin exposure may result in cumulative and potentially permanent impairment of renal function. The prevention of cisplatin-associated kidney injury therefore represents an important component of chemotherapy safety. Adequate hydration has traditionally been considered the cornerstone of prevention; however, contemporary evidence emphasizes that hydration should be integrated with baseline renal assessment, magnesium and electrolyte monitoring, avoidance of concomitant nephrotoxins, and appropriate cisplatin dose selection.

Aim. To review current evidence regarding the prevention of cisplatin-induced nephrotoxicity, with particular emphasis on intravenous hydration, magnesium and electrolyte monitoring, renal function assessment, and practical strategies applicable to routine oncology practice.

Materials and Methods. A narrative review of international clinical guidelines, consensus recommendations, systematic reviews, and relevant clinical studies addressing cisplatin-induced nephrotoxicity was performed. The review focused on five major components of nephrotoxicity prevention: identification of patient- and treatment-related risk factors; baseline and serial assessment of kidney function; intravenous and oral hydration strategies; magnesium and other electrolyte monitoring and replacement; and individualized cisplatin administration, including consideration of dose modification and avoidance of concomitant nephrotoxic medications. Particular attention was given to contemporary supportive-care recommendations and evidence regarding short-duration hydration and the role of mannitol.

Results: The evidence supports a multidimensional approach to preventing cisplatin-induced nephrotoxicity.

1. Baseline risk assessment

Before each cisplatin-containing regimen, renal function and electrolyte status should be assessed. Relevant parameters include serum creatinine, estimated glomerular filtration rate (eGFR), magnesium, potassium, calcium, albumin, and clinical fluid status. Patient-related risk factors include pre-existing renal dysfunction, older age, previous cisplatin exposure, hypertension, hypoalbuminemia, and concomitant administration of nephrotoxic medications. Higher individual cisplatin doses and greater cumulative exposure are also associated with increased renal risk. When eGFR is below 60 mL/min/1.73 m², directly measured GFR may be preferred for initial cisplatin dosing, particularly when the planned dose exceeds 50 mg/m² or when creatinine-based eGFR may be unreliable.

2. Hydration as the cornerstone of prevention

Intravenous isotonic saline hydration remains the principal preventive strategy. The objective is to maintain adequate intravascular volume and renal perfusion while promoting sufficient urine flow and reducing renal exposure to cisplatin. Evidence from contemporary reviews supports the use of shorter, lower-volume hydration protocols in appropriately selected patients. Hydration protocols of approximately 2–6 hours and 2–4 L total volume have demonstrated efficacy in preventing cisplatin nephrotoxicity, particularly when magnesium supplementation is incorporated. Therefore, prolonged inpatient hydration should not automatically be considered necessary for every patient receiving cisplatin. Instead, hydration should be individualized according to cisplatin dose, renal function, cardiovascular status, age, performance status, oral fluid intake, and institutional protocol.

3. Magnesium monitoring and supplementation

Hypomagnesemia is both a consequence and a potential risk factor for cisplatin-associated kidney injury. Cisplatin can cause renal magnesium wasting, while magnesium deficiency may further increase susceptibility to nephrotoxicity. Contemporary nephro-oncology recommendations therefore support routine monitoring of serum magnesium in patients receiving cisplatin. Magnesium supplementation should be incorporated into cisplatin hydration according to institutional protocols and corrected when deficiency is present. Current eviQ recommendations, for example, incorporate magnesium sulfate into prehydration regimens and emphasize correction of electrolyte abnormalities before treatment.

4. Potassium and other electrolyte disturbances

Cisplatin-associated renal tubular dysfunction may result in electrolyte abnormalities, particularly hypomagnesemia and, in some patients, hypokalemia. Electrolytes should therefore be monitored before subsequent treatment cycles and corrected when clinically significant. An important practical point is that potassium abnormalities may be difficult to correct when magnesium deficiency persists. Consequently, electrolyte replacement should not focus exclusively on serum potassium without evaluating magnesium status.

5. Role of mannitol

The routine use of mannitol remains controversial. Its theoretical benefit is based on osmotic diuresis and increased urinary flow; however, clinical evidence has not established a universally required role for mannitol in all cisplatin regimens. Current eviQ guidance has removed mannitol from its default hydration schedules while noting that it may be considered in selected circumstances, including high-dose cisplatin of ≥ 100 mg/m², according to institutional policy. Similarly, international consensus guidance describes the evidence supporting mannitol as limited and suggests considering it particularly with high-dose cisplatin. Thus, routine administration of mannitol should not replace adequate saline hydration and electrolyte management.

Limitations This study is a narrative evidence review and does not include original patient-level data from Uzbekistan. Consequently, the local incidence of cisplatin-induced nephrotoxicity, electrolyte abnormalities, hospitalization, or permanent renal impairment cannot be estimated. Differences among cancer types, cisplatin doses, hydration protocols, and definitions of nephrotoxicity also limit direct comparison between available studies.

Conclusion: Cisplatin-induced nephrotoxicity remains a clinically important and potentially dose-limiting complication of cancer treatment. Current evidence supports a preventive strategy based on individual risk assessment, adequate isotonic saline hydration, routine magnesium and electrolyte monitoring, correction of abnormalities, avoidance of additional nephrotoxins, and appropriate renal-

function-based treatment decisions. Short-duration hydration can be an effective approach in appropriately selected patients, while the routine use of mannitol remains uncertain and should be individualized rather than considered mandatory. For oncology practice in Uzbekistan, implementation of standardized cisplatin nephrotoxicity prevention protocols may improve chemotherapy safety, reduce preventable renal complications, and support more consistent delivery of cisplatin-based treatment.

Cisplatin nephrotoxicity prevention is not simply about giving more fluid; it is about maintaining renal perfusion, correcting electrolyte disturbances, monitoring kidney function, and individualizing treatment throughout the entire cisplatin course.

Keywords: cisplatin; nephrotoxicity; acute kidney injury; hydration; magnesium; hypomagnesemia; electrolyte monitoring; renal function; chemotherapy; supportive care.

ВЛИЯНИЕ САРКОПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Гарифуллина А.Г., Бакиров Б.А., Ласынова Г.Х.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Россия

Введение. Хронические миелопролиферативные заболевания (ХМПЗ), включающие истинную полицитемию, эссенциальную тромбоцитемию и первичный миелофиброз, представляют собой группу клональных заболеваний крови, ассоциированных с хроническим системным воспалением, повышенным риском тромботических осложнений и трансформацией в острый лейкоз. Системное воспаление, опосредованное повышенной продукцией провоспалительных цитокинов (TNF- α , IL-6, IL-1 β), активацией NF- κ B и JAK2/STAT3-сигналинга, создает предпосылки для развития саркопии — прогрессирующего генерализованного мышечного заболевания, характеризующегося снижением мышечной силы, массы и физической работоспособности. Саркопия, в свою очередь, ассоциирована с падениями, переломами, функциональной зависимостью и снижением выживаемости, однако ее влияние на качество жизни пациентов с ХМПЗ остается недостаточно изученным. Данное исследование направлено на восполнение этого пробела.

Цель. Оценить влияние саркопии на качество жизни пациентов с ХМПЗ с использованием специализированных опросников FACIT-F и EQ-5D, а также проанализировать взаимосвязь саркопии с индексом коморбидности Чарлсона.

Методы. В проспективное наблюдательное исследование включено 56 пациентов с верифицированным диагнозом ХМПЗ (истинная полицитемия, эссенциальная тромбоцитемия, первичный миелофиброз). Диагностика саркопии проводилась согласно критериям Европейской рабочей группы EWGSOP2 (2019) с оценкой мышечной силы методом кистевой динамометрии (<27 кг для мужчин, <16 кг для женщин), мышечной массы с помощью биоимпедансометрии (индекс SMI $<7,0$ кг/м² для мужчин, $<5,5$ кг/м² для женщин) и физической работоспособности (скорость ходьбы $<0,8$ м/с). Качество жизни оценивалось с использованием опросников EQ-5D (визуальная аналоговая шкала VAS и индекс полезности, рассчитанный по британскому тарифу) и FACIT-F (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy — Fatigue, диапазон 0–52 балла, норма ≥ 30 баллов). Коморбидная нагрузка оценивалась по индексу Чарлсона. Статистический анализ выполнен с использованием U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. Саркопия диагностирована у 8 пациентов (14,3% от всей когорты). Возраст пациентов с саркопией был значимо выше по сравнению с группой без саркопии ($68,9 \pm 6,5$ против $56,6 \pm 14,8$ года; $p < 0,05$). Пациенты с саркопией демонстрировали статистически значимо более низкие показатели качества жизни по всем использованным шкалам. Средний балл EQ-5D VAS составил $63,1 \pm 9,6$ в группе саркопии против $70,8 \pm 12,3$ в группе без саркопии ($p < 0,05$), при этом обе группы оказались ниже популяционной нормы для возрастной группы 60–69 лет (75 баллов). Индекс здоровья EQ-5D был ниже при саркопии: $0,736 \pm 0,264$ против $0,843 \pm 0,196$ ($p < 0,05$), причем разница ($-0,107$) превысила порог минимального клинически значимого различия (MCID=0,07). Стоит отметить, что 37,5% пациентов с саркопией имели индекс полезности ниже 0,70, что свидетельствует о выраженном снижении качества жизни. По шкале FACIT-F, отражающей выраженность хронической усталости, парадоксально более высокие баллы

зафиксированы в группе саркопении ($21,6 \pm 8,9$ против $14,5 \pm 8,0$), что, однако, может отражать эффект сниженных ожиданий или меньшей физической активности в этой группе. Критически важно, что у 87,5% пациентов с саркопенией и у 97,9% пациентов без саркопении баллы FACIT-F были ниже порога нормы (<30), что подтверждает ведущую роль хронической усталости как ключевого симптома при ХМПЗ. Индекс коморбидности Чарлсона оказался значимо выше в группе саркопении ($4,9 \pm 1,7$ против $3,3 \pm 2,3$; $p < 0,05$), что указывает на более тяжелую сопутствующую патологию у этих пациентов.

Выводы. Саркопения у пациентов с ХМПЗ ассоциирована с клинически значимым снижением качества жизни по данным как общего (EQ-5D), так и симптом-специфического (FACIT-F) инструментов. Пациенты с саркопенией имеют более высокую коморбидную нагрузку и более низкую субъективную оценку здоровья. Полученные результаты обосновывают необходимость рутинного скрининга саркопении у всех пациентов с ХМПЗ с использованием кистевой динамометрии и биоимпедансметрии для своевременного назначения мультидисциплинарной реабилитации, включающей нутритивную поддержку (белок $1,2\text{--}2,0$ г/кг/сут, витамин D ≥ 800 МЕ/сут) и физические тренировки. Дальнейшие проспективные исследования необходимы для оценки эффективности реабилитационных программ в улучшении качества жизни данной категории пациентов.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МУТАЦИЙ BRCA1 И BRCA2 ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Муродзода А.И., Юлдошев М.Ш., Обидов Д.С.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр»

Актуальность. Рак молочной железы является наиболее распространённым злокачественным новообразованием среди женщин. Значимую роль в развитии наследственных форм заболевания играют патогенные варианты генов BRCA1 и BRCA2, кодирующих белки, участвующие в репарации повреждений ДНК. Выявление герминальных мутаций BRCA1/2 имеет важное значение для оценки наследственного риска, генетического консультирования, определения тактики профилактического наблюдения родственников и выбора персонализированной терапии. В Республике Таджикистан данные о распространённости и спектре патогенных вариантов BRCA1/2 остаются ограниченными, что определяет актуальность проведения локальных молекулярно-генетических исследований.

Цель исследования. Изучить частоту и молекулярно-генетические особенности патогенных вариантов генов BRCA1 и BRCA2 у пациенток с патологией молочной железы в Республике Таджикистан.

Материалы исследования. Проведён анализ результатов молекулярно-генетического обследования 63 пациенток. Генетическое тестирование выполнялось преимущественно по клиническим показаниям, включая молодой возраст, тройной негативный фенотип опухоли и наличие отягощённой семейной истории онкологических заболеваний, а также по собственной инициативе пациенток. В исходной клинической выборке у 49 пациенток диагноз рака молочной железы был подтверждён морфологически.

Методы исследования. Молекулярно-генетический анализ патогенных вариантов BRCA1 и BRCA2 проводился методом полимеразной цепной реакции. Исследование выполнялось на образцах периферической венозной крови. Анализировалась панель наиболее клинически значимых вариантов BRCA1/BRCA2, включавшая BRCA1 185delAG, 4153delA, 5382insC, 3819delGTAAA, 3875delGTCT, 300T>G (Cys61G), 2080delA и BRCA2 6174delT.

Результаты. Среди обследованных пациенток патогенные варианты генов BRCA1/BRCA2 были выявлены в 4 случаях. Во всех положительных случаях обнаружен один и тот же патогенный вариант — **BRCA1 (5382insC)**. Патогенные варианты BRCA2 в исследуемой группе не выявлены. Все пациентки с выявленной мутацией BRCA1 имели отягощённую семейную историю онкологических заболеваний и тройной негативный фенотип опухоли. Среди пациенток с клиническими признаками повышенного наследственного риска мутации были выявлены в 4 из 9 случаев. Распределение мутационно-положительных случаев по стороне поражения молочной

железы было равномерным: у двух пациенток опухоль локализовалась в левой молочной железе и у двух — в правой. Выявление патогенного варианта BRCA1 имело непосредственное клиническое значение для определения дальнейшей лечебной тактики. Пациенткам с подтверждённым мутационным статусом была назначена таргетная терапия ингибитором PARP — олапарибом. Вместе с тем отсутствие мутаций у части пациенток с клиническими признаками высокого генетического риска может быть связано с ограниченным спектром вариантов, определяемых используемой ПЦР-панелью.

Выводы. Проведённое исследование позволило выявить патогенный вариант **BRCA1 (5382insC)** у пациенток с раком молочной железы в исследуемой популяции Республики Таджикистан. Все выявленные мутационно-положительные случаи характеризовались сочетанием отягощённой семейной истории и тройного негативного фенотипа опухоли. Полученные результаты подтверждают клиническую значимость молекулярно-генетического тестирования пациенток с повышенным наследственным риском. Ограниченный спектр вариантов, определяемых методом ПЦР, обосновывает необходимость дальнейшего внедрения более широких методов генетического исследования, включая NGS, для полноценной оценки мутаций BRCA1/BRCA2 и других генов наследственной предрасположенности к раку молочной железы.

КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЭНДОКРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ CDK4/6 ПРИ HR+/HER2–МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ризаев Т.А., Улмасов Ф.Г.

СамГосМУ

Актуальность. Комбинация эндокринной терапии с ингибиторами циклинзависимых киназ 4/6 (CDK4/6) является одним из основных направлений системного лечения HR-положительного/HER2-отрицательного метастатического рака молочной железы. Вместе с тем продолжительность клинического эффекта существенно различается, что обуславливает необходимость выделения клинических и биологических признаков, ассоциированных с эндокринорезистентностью. Оценка этих факторов может способствовать индивидуализации эндокринного компонента лечения и раннему выявлению пациенток с повышенным риском прогрессирования.

Цель исследования. Определить клиничко-биологические факторы эндокринорезистентности, ассоциированные с эффективностью комбинированной эндокринной терапии и ингибиторов CDK4/6 у больных HR+/HER2– метастатическим раком молочной железы, и разработать подход к стратификации риска раннего прогрессирования.

Материалы и методы. В исследование включены 34 пациентки с морфологически подтвержденным HR+/HER2– метастатическим раком молочной железы, получавшие эндокринную терапию в комбинации с ингибитором CDK4/6. Медиана возраста составила 58 лет [межквартильный интервал 51–66 лет]. В постменопаузе находились 26 (76,5%) пациенток. Де novo метастатический процесс диагностирован у 12 (35,3%), рецидив заболевания после предшествующего радикального лечения — у 22 (64,7%) больных.

Костные метастазы выявлены у 24 (70,6%) пациенток, висцеральные — у 18 (52,9%), поражение печени — у 11 (32,4%), трех и более зон метастазирования — у 13 (38,2%). Клинические признаки предшествующей эндокринорезистентности определялись у 15 (44,1%) пациенток. Высокая пролиферативная активность опухоли, определяемая как Ki-67 $\geq 20\%$, отмечена у 17 (50,0%), уровень рецепторов прогестерона PgR $< 20\%$ — у 14 (41,2%) пациенток.

В качестве ингибитора CDK4/6 рибоциклиб получали 18 (52,9%), палбоциклиб — 10 (29,4%), абемациклиб — 6 (17,6%) больных. Ингибитор ароматазы использовали в качестве эндокринного компонента у 20 (58,8%), фулвестрант — у 14 (41,2%) пациенток.

Эффективность оценивали по частоте объективного ответа, контролю заболевания и выживаемости без прогрессирования (ВБП). Анализ ВБП выполняли методом Каплана–Мейера, различия оценивали log-rank тестом. Для определения факторов риска прогрессирования

использовали регрессионную модель Кокса. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Полный ответ зарегистрирован у 2 (5,9%), частичный ответ — у 14 (41,2%), стабилизация заболевания — у 11 (32,4%) и прогрессирование — у 7 (20,6%) пациенток. Частота объективного ответа составила **47,1%**, контроль заболевания — **79,4%**.

При медиане наблюдения 15,8 месяца медиана ВБП во всей группе составила **14,6 месяца**. У пациенток без клинических признаков эндокринорезистентности медиана ВБП достигала **18,4 месяца**, тогда как при наличии эндокринорезистентности — **9,7 месяца** ($p=0,018$).

Наличие метастазов в печени также было ассоциировано с сокращением ВБП: **8,9 против 17,6 месяца** у пациенток без поражения печени ($p=0,022$). При Ki-67 $\geq 20\%$ медиана ВБП составила **10,2 месяца**, при Ki-67 $< 20\%$ — **18,1 месяца** ($p=0,031$). У пациенток с экспрессией PgR $< 20\%$ медиана ВБП была **9,4 месяца** по сравнению с **17,8 месяца** при PgR $\geq 20\%$ ($p=0,028$).

В однофакторном Сох-анализе риск прогрессирования был выше при наличии исходной эндокринорезистентности — **HR 2,41; 95% ДИ 1,12–5,18; $p=0,025$** , метастазах в печени — **HR 2,58; 95% ДИ 1,18–5,63; $p=0,017$** , Ki-67 $\geq 20\%$ — **HR 2,18; 95% ДИ 1,01–4,70; $p=0,047$** и PgR $< 20\%$ — **HR 2,27; 95% ДИ 1,05–4,90; $p=0,037$** .

С учетом выявленных факторов пациентки были условно стратифицированы по количеству неблагоприятных признаков. При наличии 0–1 фактора 12-месячная ВБП составила **72,2%**, тогда как при сочетании ≥ 2 факторов — **31,3% (log-rank $p=0,009$)**.

Заключение. Эффективность комбинации эндокринной терапии с ингибиторами CDK4/6 у больных HR+/HER2– метастатическим раком молочной железы неоднородна. Клиническая эндокринорезистентность, наличие метастазов в печени, Ki-67 $\geq 20\%$ и низкая экспрессия PgR ассоциировались с более высоким риском раннего прогрессирования. Комплексная оценка этих показателей позволяет выделить группу пациенток с неблагоприятным прогнозом и может использоваться как основа для персонализации эндокринного компонента терапии и более интенсивного мониторинга эффективности лечения. Полученные результаты требуют подтверждения на большей выборке.

ПРОБЛЕМЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПЕПТИДНОГО АНАЛЬГЕТИКА ТАФАЛГИН

Орлова В.Н.

ГБУЗ РК «Крымский республиканский онкологический клинический диспансер имени В.М. Ефетова». отделения противоопухолевой лекарственной терапии

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения Тафалгина у онкологических пациентов с хроническим болевым синдромом в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы. Были проанализированы результаты обезболивающей терапии ЛП Тафалгин у 41 онкологического пациента, 21 (51%) женщины и 20 (49%) мужчин, возраст от 29 до 78 лет.

Из них 28 (68%) пациентов имели 2 клиническую группу и получали химиотерапию, а 13 (32%) пациентов, имевших 4 клиническую группу, получали только симптоматическую терапию. Основной причиной болевого синдрома у пациентов являлось основное онкологическое заболевание или осложнениями основного заболевания. Тафалгин назначался в дозе 4 мг от 1 до 6 раз в сутки. Пациенты получали ЛП Тафалгин в монотерапии (29 пациентов) или в комбинации с НПВП: нурофен, кетопрофен, кеторолак (10 пациентов) или опиоидными анальгетиками: трамадолом (2 пациента).

Результаты исследования. Клинически значимое снижение боли в ответ на терапию Тафалгином наблюдалось у всех пациентов. При этом, у 20 (50%) пациентов после введения Тафалгина боль не превышала 3 баллов по шкале NRS, то есть был достигнут достаточный обезболивающий эффект. Наиболее лучшие результаты были достигнуты у пациентов с опухолями головы и шеи, яичников, шейки матки и ободочной кишки.

Нежелательные реакции были отмечены у 1 (2,4%) пациентки, у которой после введения препарата возникло ощущение потери контроля над своим телом. НР прошла самостоятельно, после отмены препарата.

Выводы. Применение Тафалгина у онкологических пациентов обеспечивало высокую клиническую эффективность и отличалось благоприятным профилем безопасности.

Результаты свидетельствуют о рациональности включения Тафалгина в рутинную практику обезболивания онкологических пациентов как на этапе химиотерапии, так и у паллиативных пациентов. Применение Тафалгина особенно оправдано у больных с плохой переносимостью наркотических опиоидных анальгетиков.

СОЗДАНИЕ СИСТЕМНОГО МОЛЕКУЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА «ДНК-АПТАМЕР-PLGA-ПРЕПАРАТ» С ТАРГЕТНОЙ ЭЛИМИНАЦИЕЙ ОПУХОЛИ РАКА ЯИЧНИКОВ НА ОСНОВЕ ИНГИБИРОВАНИЯ ДНК И PARP1

Набиева Д.У., Гафур-Ахунов М.А., Ибрагимов А.А., Зиев Я.С.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. Национальный биофармацевтический научно-исследовательский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Рак яичников (РЯ) остается одной из актуальных проблем онкогинекологии, что связано с высокой летальностью и ограничениями традиционной химиотерапии, включая токсическое воздействие на нормальные ткани. Перспективным направлением является создание систем таргетной доставки препаратов на основе ДНК-аптамеров. Одной из важных молекулярных мишеней является PARP1 — ключевой фермент репарации ДНК после генотоксического воздействия.

Цель исследования. Создать молекулярную системную противоопухолевую платформу на основе ДНК-аптамеров с таргетным воздействием на опухолевые клетки РЯ, их ДНК и PARP1.

Материалы и методы. На основе технологии Cell-SELEX разработана модельная система «аптамер-препарат», включающая лиганд, линкер и лекарственный компонент. Для получения ДНК-аптамеров использовали опухолевые клетки РЯ и банк олигонуклеотидов, сформированный после обработки тотальной ДНК рестриктазами BamHI, EcoRI, HindIII, MboI, PstI и XhoI. Разработаны модели: ДНК-аптамер к опухолевым клеткам, ДНК-аптамер-цисплатин и олапариб, нагруженный в наночастицы PLGA. Итоговый системный комплекс включал цисплатин-аптамер-PLGA-олапариб.

Результаты. Опухолевые клетки культивировали *in vitro* в среде RPMI-1640 в течение 72 часов. Цисплатин и доксорубин ингибировали синтез ДНК примерно на 75%, олапариб — на 15% по сравнению с контролем. При комбинированном применении олапариба с цисплатином и доксорубином ингибирование синтеза ДНК составляло от 65% до 85%, максимальный эффект наблюдался при комбинации олапариб-цисплатин-доксорубин. Предполагаемый механизм связан с повреждением ДНК цисплатином, ингибированием топоизомераз доксорубином и блокированием PARP1 олапарибом, что приводит к нарушению репарации ДНК и активации апоптоза опухолевых клеток.

Заключение. Полученные результаты демонстрируют перспективность применения ДНК-аптамеров и PLGA-наночастиц как системы адресной доставки противоопухолевых препаратов. Предложенная платформа может стать основой для разработки таргетной химиотерапии рака яичников с преимущественным воздействием на опухолевые клетки.

BODY WEIGHT, FASTING AND CANCER PREVALENCE: A POTENTIAL FOR CANCER PREVENTION AND THERAPY

Ebrahim Osfour

MD Hematologist-Oncologist, Tohid Hospital, Jam City, Iran

Background. Excess body weight is a well-established risk factor for the development of several types of cancer. It is estimated that up to 11.5% of cancer cases may be attributable to excess body weight, with the impact of obesity potentially being greater among women and individuals younger than 60 years. Therefore, weight management and the investigation of metabolic interventions, including intermittent fasting, are of potential interest for cancer prevention and therapy. Intermittent fasting induces a range of

adaptive cellular responses that influence glucose regulation, inflammation, stress resistance, and energy metabolism.

Materials and Methods. An analysis of published experimental and clinical studies was conducted to evaluate the effects of excess body weight and intermittent fasting on metabolic processes associated with carcinogenesis and cancer treatment. Particular attention was given to changes in ketone bodies, insulin, glucose, IGF-1, leptin, and amino acid levels, as well as cellular adaptive mechanisms associated with fasting, including autophagy, DNA repair, antioxidant defense, mitochondrial biogenesis, and regulation of inflammation.

Results. Intermittent fasting increases circulating ketone bodies, particularly β -hydroxybutyrate, as early as 8–12 hours after the onset of fasting. At the same time, circulating levels of IGF-1, leptin, insulin, and glucose decrease, accompanied by changes in the amino acid profile. Repeated fasting periods activate an adaptive cellular stress response characterized by enhanced antioxidant defense, DNA repair, protein quality control, mitochondrial biogenesis, and autophagy, together with reduced inflammation.

Ketone bodies regulate several molecular pathways, including PGC-1 α , FGF21, NAD⁺, sirtuins, PARP1, and CD38, thereby exerting systemic effects on metabolism. In addition, β -hydroxybutyrate may potentially influence tumor-cell metabolism by competing with lactate for cellular transporters. It has been proposed that intracellular lactate accumulation may decrease intracellular pH and suppress the activity of key glycolytic enzymes. However, experimental and clinical studies have demonstrated heterogeneous findings. Ketone bodies may exert both antitumor and potentially protumor effects, even in tumors arising from the same organ, such as colorectal cancer. These effects may depend on tumor metabolic sensitivity and specific oncogenic mutations.

Conclusions. Weight management and intermittent fasting represent promising areas for further investigation in the context of cancer prevention and therapy. Metabolic changes induced by fasting may influence key cellular mechanisms involved in inflammation, stress resistance, and tumor-cell energy metabolism. However, the potential antitumor effects of ketone bodies are not universal and may depend on the biological characteristics of individual tumors. Further research is needed to clarify tumor-specific mechanisms of ketone-body action and to determine the clinical efficacy of different intermittent fasting regimens.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ХИМИОТЕРАПИЯ-ИНДУЦИРОВАННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Нуритдинзода М.Р., Сангинов Дж.Р., Хушкадамова О.Х.

Кафедра онкологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность профилактики химиотерапия-индуцированной тошноты и рвоты (ХИТР) у пациентов, получающих противоопухолевую лекарственную терапию.

Материал и методы. Проведено проспективное клиническое исследование на базе ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Республики Таджикистан. В исследование включены 30 пациентов, получавших противоопухолевую химиотерапию в 2024–2025 гг. В зависимости от эметогенного потенциала проводимой терапии 23 (76,7%) пациента получали высокоэметогенные режимы, 4 (13,3%) — умеренноэметогенные и 3 (10%) — низкоэметогенные режимы. Оценку тошноты и рвоты проводили в острой (0–24 часа) и отсроченной (24–120 часов) фазах после каждого курса химиотерапии с использованием критериев CTCAE v5.0. Антиэметическая профилактика назначалась с учётом эметогенного риска проводимого лечения. При высокоэметогенной химиотерапии применяли комбинацию антагониста NK1-рецепторов, ондансетрона и дексаметазона; при умеренноэметогенных режимах — ондансетрон и дексаметазон с индивидуальным решением о назначении антагониста NK1-рецепторов.

Результаты исследования. В группе высокоэметогенной химиотерапии выраженность симптомов ХИТР не превышала I степени. При применении режима AC тошнота I степени отмечалась только на первом курсе в острой и отсроченной фазах, после чего на последующих курсах симптомы отсутствовали. При режиме ddAC тошнота I степени регистрировалась на

первых двух курсах, а начиная с третьего курса клинически значимых проявлений не отмечалось. При режимах ABVD и EP тошнота и рвота отсутствовали на всех оцениваемых курсах. При режимах AI, DCF, TC, R-CHOP и BEACOPP отдельные эпизоды тошноты I степени наблюдались преимущественно в отсроченной фазе, при отсутствии рвоты.

У пациентов, получавших умеренноэметогенную химиотерапию, при режиме FOLFOX6 тошнота I степени отмечалась в острой и отсроченной фазах на протяжении оцениваемых курсов, при этом рвота не регистрировалась. При XELOX клинических проявлений тошноты и рвоты не выявлено. У пациентов, получавших низкоэметогенные режимы с бевацизумабом, ниволумабом и трастузумабом, проявлений ХИТР также не зарегистрировано. В целом во всех анализируемых режимах тошнота соответствовала 0–I степени по CTCAE v5.0, а случаев рвоты II–IV степени не отмечено.

Вывод. Применение антиэметической профилактики с учётом эметогенного потенциала противоопухолевых режимов позволило обеспечить эффективный контроль химиотерапия-индуцированной тошноты и рвоты. Во всех исследуемых группах выраженность тошноты не превышала I степени, при этом эпизоды рвоты II–IV степени отсутствовали. Полученные результаты подтверждают целесообразность использования комбинированных антиэметических схем для профилактики как острой, так и отсроченной ХИТР в условиях реальной клинической практики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ДЕНОСУМАБ» (XGEVA) ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Муродзода А.И., Бакиев С.А., Файзуллаев Н.А.,
ГУ РОНЦ МЗ и СЗ РТ Душанбе, Таджикистан**

Введение. Ввиду возможности развития дополнительных осложнений коррекция гиперкальциемии, наряду с основной целью, является актуальной задачей современной химиотерапии распространенного рака молочной железы. Предлагаются разные схемы для устранения гиперкальциемии, которая связана с метастазами опухоли.

Цель: оценить эффективность препарата «Деносумаб» при лечении больных с распространенным раком молочной железы.

Материал и методы: лечение проведено 37 больным с распространенным раком молочной железы (РРМЖ), которые имели метастазы в разные кости. Медиана возраста составила 46 лет (от 27 до 65 лет). В 16 случаях пациентки имели также метастазы в легких и других органах. У всех больных наблюдалась разная степень раковой интоксикации организма, а в 11 случаях – дисфункция почек 1-2-й степени. Лечение проводилось комплексно с учетом характера опухоли. Деносумаб назначали по 120мг с соблюдением всех требований его использования.

Результаты: клиническое наблюдение показало, что препарат хорошо переносится больными и достаточно активен для коррекции гиперкальциемии связанной опухолью. Начиная с 10-го дня после его приема у 16 больных отмечалась нормализация уровня кальция в крови (2,7 ммоль/л) после первого курса лечения, у 18 – после второго курса, а у остальных 3 его уровень снизился только до 3,1ммоль/л. Невыраженные побочные эффекты (чувство тошноты, головная боль, анорексия, кожный зуд) наблюдались только у 4 пациенток и они особого лечения не требовали. У 3 из 11 больных с дисфункцией почек наблюдалось усиление нарушения азотистого обмена, и требовалось соответствующее лечение почек. В 5 случаях отмечалось усиление анемии, которая была скорректирована использованием традиционных схем для онкологических больных. Токсичности III-IV степени, а также выраженных нарушений гемодинамики и реакции на месте введения препарата у пациенток не наблюдались. В целом препарат больные переносили удовлетворительно.

Заключение: полученные данные указывают на высокую эффективность препарата Деносумаба для коррекции гиперкальциемии у больных с распространенным раком молочной железы, который хорошо переносится пациентами и выраженных осложнений не дает.

ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РОЛЬ ПОДГРУПП ER-LOW И HER2-LOW

Хушкадамова О.Х., Сангинов Дж.Р., Нуритдинзода М.Р.,

Цель исследования — оценить иммуногистохимическую структуру трижды негативного рака молочной железы и выявить признаки гетерогенности опухоли в клинической практике.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 220 случаев трижды негативного рака молочной железы, зарегистрированных в РОНЦ РТ в 2023–2025 гг. Оценивались показатели иммуногистохимического профиля опухоли (ER, PR, HER2, Ki-67).

Результаты. Анализ показал, что трижды негативный фенотип опухоли не является однородным. В структуре ТНПМЖ выявлены подгруппы с низкой экспрессией гормональных рецепторов (ER-low) и HER2-low статусом. Большинство опухолей характеризовалось высокой пролиферативной активностью (Ki-67 >50%), что отражает агрессивный биологический характер заболевания. Выявленные особенности подтверждают необходимость более детального иммуногистохимического анализа при диагностике рака молочной железы.

Выводы. Трижды негативный рак молочной железы представляет собой гетерогенную группу опухолей. Выделение подгрупп ER-low и HER2-low имеет важное значение для уточнения биологического профиля опухоли и может повлиять на выбор терапевтической тактики в будущем.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Хушкадамова О.Х., Сангинов Дж.Р., Нуритдинзода М.Р.,

Цель исследования — оценить динамику числа пациенток с раком молочной железы и впервые выявленных случаев заболевания в Республиканском онкологическом научном центре Республики Таджикистан за период 2021–2025 гг.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ данных онкологического регистра РОНЦ РТ. Оценены показатели общего числа больных раком молочной железы, состоящих на учёте, а также числа впервые выявленных случаев за 2021–2025 гг.

Результаты. За анализируемый период отмечен устойчивый рост числа пациенток с раком молочной железы. Общее число больных, состоящих на учёте, увеличилось с 2901 в 2021 году до 4158 в 2025 году. Одновременно число впервые выявленных случаев возросло более чем в два раза — с 481 до 1008. Выявленная динамика отражает не только возможный рост заболеваемости, но и улучшение ранней диагностики за счёт внедрения скрининговых программ, повышения онкологической настороженности населения и врачей, а также совершенствования системы учёта онкологических больных.

Выводы. Увеличение числа пациентов с раком молочной железы в Республике Таджикистан обусловлено комплексом факторов, включая улучшение диагностики и эффективность работы канцер-регистра. Полученные данные подчёркивают необходимость дальнейшего развития скрининговых программ и совершенствования системы онкологического учёта.

ПРОФИЛАКТИКА ОТСРОЧЕННОЙ РВОТЫ НА ФОНЕ ВЫСОКОЭМЕТОГЕННОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Бакиев С.А., Барот З.З., Файзуллоев Н.А., Норов Х.О.

ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗ РТ

Целью работы является изучение результатов профилактики и лечения различных форм тошноты и рвоты у больных раком пищевода в процессе проводимой высокоэметогенной химиотерапии.

Материал и методы: Изучить частоту и особенности развития отсроченной тошноты и рвоты у больных раком пищевода в процессе высокоэметогенной химиотерапии. Разработать эффективную схему профилактики отсроченной тошноты и рвоты у больных раком пищевода в процессе химиотерапии.

В работе использованы материалы клинических наблюдений за 83 больными раком пищевода, получавшими цитостатическую терапию, базовым препаратом которой является цисплатин, назначенный по наиболее распространенной схеме.

Из 83 больных только 2 (1,5%) поступили в клинику с I степенью дисфагии. II степень дисфагии имело абсолютное большинство больных – 60 (80,15%), III степень дисфагии имела место у 13 пациента (16,5), что составило 15,44% случаев и у 8 (2,94%) больных была установлена IV степень дисфагии.

Выводы: Отсроченная рвота развивается у 61,03% больных на фоне высокоэметогенной химиотерапии. Дисфагия II-III степени у пациентов резко осложняет течение тошноты и рвоты – появляются загрудинные боли (65,0% больных), кровохарканье (14,4% пациентов). Применение антиэметогенной терапии в комплексе противорвотной профилактики обеспечивает надлежащий контроль над отсроченной рвотой у 69,5% пациентов, что способствует сокращению риска возникновения рефрактерной рвоты на 34,4%. После окончания каждого курса высокоэметогенной химиотерапии больным с отсроченной рвотой показано применение антиэметиков антагонистов 5-HT₃ рецептора (Зофран, Гранисетрон, Ондансетрон или Эметрон) в комплексе с дексаметазоном и сопроводительная терапия на протяжении 3-4 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИ ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ

Бакиев С.А., Файзуллоев Н.А., Барот З.З., Норов Х.О.

ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗ РТ

Актуальность: Разные патологии желудка довольно часто встречаются у больных раком желудка, нередко они развиваются у пациентов до появления опухоли. Поэтому устранение патологии ЖКТ, которые могут стать причиной осложнений, наряду с лечением основной патологии, является актуальной задачей паллиативной помощи данному контингенту больных.

Цель: повышение эффективности паллиативной терапии и качества жизни больных с распространенными опухолями желудка путем диагностики и лечения патологии ЖКТ.

Материал и методы: диагностика и лечение желудка проведено 35 больным с распространенными опухолями желудка, которые лечились в отделении паллиативной помощи ГУ РОНЦ МЗ и СЗ РТ. Преобладали мужчины (21 человек) и медиана возраста больных составила 52 года (от 30 до 74 лет). Чаще (20 случаев) опухоль локализовалась в выходном отделе желудка. У всех больных наблюдалась разная степень раковой интоксикации. С учетом характера опухоли все они получали многокомпонентное паллиативное лечение. Для диагностики рака желудка проводилось соответствующее комплексное обследование больных.

Результаты исследования: среди обследованных больных выявлялся хронический гастрит (8) или его обострение (7), язва желудка (10), эрозивный гастрит (6), гастродуоденит (4).

Больные с хроническим гастритом, эрозивный гастрит и гастродуоденит получали комплексную противовоспалительную терапию, в двух случаях проводилась перевязка левой желудочной артерии для остановки геморрагии. Одному пациенту с кровотечением потребовалось оперативное вмешательство. Хронические заболевания во всех случаях устранялись после коррекции диеты и медикаментозной терапии.

Выводы: диагностика и соответствующее комплексное лечение (в т.ч. оперативное) с учетом характера заболеваний повышает эффективность сопроводительного лечения желудка и улучшает качество жизни больных при паллиативной терапии опухолей желудочно-кишечного тракта.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПРОФИЛИРОВАНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КАК ОСНОВА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА: ОПЫТ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Муродзода А.И., Юлдошев М.Ш., Ахмедова Т.А.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр»

Актуальность. Колоректальный рак характеризуется выраженной молекулярной неоднородностью, что определяет различия в биологическом поведении опухоли, прогнозе и чувствительности к различным видам лекарственной терапии. Современная диагностика КРР предполагает определение ключевых молекулярных маркеров, позволяющих уточнить биологические особенности опухоли и индивидуализировать лечебную тактику. Особое значение

имеют мутации генов KRAS, NRAS и BRAF, изменения POLE, микросателлитная нестабильность (MSI) и статус HER2. Комплексная оценка указанных характеристик способствует более рациональному выбору терапии и является важным компонентом персонализированной онкологии.

Цель исследования. Изучить молекулярно-генетические характеристики колоректального рака и определить значение основных молекулярных маркеров для формирования персонализированного подхода к диагностике и лечению пациентов.

Материалы исследования. Материалом исследования послужили результаты молекулярно-генетического и иммуногистохимического обследования 48 пациентов с колоректальным раком на период 2025г и 2026г.

Методы исследования. Молекулярно-генетическое исследование включало определение мутационного статуса генов KRAS, NRAS, BRAF и POLE, оценку микросателлитной нестабильности (MSI) и амплификации гена HER2. Для выявления генетических изменений применялись методы полимеразной цепной реакции (PCR) и секвенирования нового поколения (NGS), оценка HER2 проводилась методом иммуногистохимического исследования (ИHC). Полученные результаты анализировались с учётом выявленных молекулярных изменений и их потенциального значения для выбора персонализированной лечебной тактики.

Результаты. В исследование вошли 48 пациентов с колоректальным раком. Из них 33 обследовали в 2025 году и 15 за 9 месяцев 2026 года. Анализы проводились методами PCR, NGS и ИHC в условиях ГУ «РОНЦ» и в лабораториях за пределами республики. Мутация гена KRAS нашлась у 11 пациентов (22,9%), гена BRAF у 4 (8,3%), гена NRAS у 1 (2,1%) и гена POLE у 1 (2,1%). Микросателлитная нестабильность (MSI) выявлена у 5 пациентов (10,4%), а положительный статус HER2 у 7 (14,6%). В 2025 году всего выявили 21 молекулярное изменение, причём у 2 пациентов совпали изменения сразу в двух генах. Мутации KRAS в 2025 году встречались у 30,3% пациентов (10 из 33), а в 2026 году у 6,7% (1 из 15). Доля HER2-положительных случаев за это время выросла с 12,1% до 20,0%. Так как количество пациентов пока немного, эти изменения нужно считать предварительными. Мутации KRAS, NRAS и BRAF важны при решении о назначении анти-EGFR препаратов, MSI помогает решить вопрос об иммунотерапии, а статус HER2 нужен для выбора анти-HER2 терапии.

Выводы. Проведение молекулярно-генетического профилирования при колоректальном раке позволяет выявлять клинически значимые молекулярные изменения, имеющие значение для выбора персонализированной лечебной тактики. Опыт Республики Таджикистан за 2025 год и 9 месяцев 2026 года демонстрирует возможность практического применения комплексного молекулярного профилирования КРР с использованием PCR, NGS и ИHC. Дальнейшее развитие данного направления, расширение доступности генетического тестирования и внедрение современных молекулярных исследований могут способствовать совершенствованию персонализированного подхода к лечению пациентов с колоректальным раком.

АГРЕГАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У ДОНОРОВ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ТРОМБОКОНЦЕНТРАТА ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Давлатзода Д.А., Кабиров А.Г., Кубиддинов А.Ф., Саидов Дж.С.

ГУ «Республиканский научный центр крови»

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучение особенностей агрегационной функции тромбоцитов у доноров крови для повышения эффективности тромбоконцентрата в трансфузионной терапии.

Материал и методы. Проанализированы результаты агрегации тромбоцитов и коагулограммы у 200 доноров. Контрольную группу составили 50 здоровых лиц (не доноров) в возрасте от 20 до 60 лет. Кровь у доноров и лиц контрольной группы для исследования гемостаза забирали в стандартные гемостазиологические вакутейнеры с антикоагулянтом. Доноры разделены по возрасту и кратности кроводач на группы: «А» 18–29 лет ($n=50$, $11,2 \pm 0,7$ донаций), «В» 30–44 года ($n=50$, $19,9 \pm 0,7$ донаций), «С» 45–54 года ($n=50$, $29,2 \pm 0,8$ донаций), «D» 55–65 лет ($n=50$, $37,5 \pm 0,5$

донаций). Результаты обработаны статистически с определением $M \pm m$, критерия Стьюдента (t) и уровня значимости (p).

Результаты исследования. Повышение агрегации тромбоцитов выявлено у 18 (9%) доноров группы «А», 29 (14,5%) группы «В», 58 (29%) группы «С» и 71 (35,5%) — группы «D». У доноров групп «А» и «В» по сравнению с группами «С» и «D» агрегация тромбоцитов достоверно снижена ($p < 0,05$), с преобладанием прокоагулянтных параметров. С возрастом и увеличением кратности кроводач показатели агрегационной функции тромбоцитов у доноров нарастают ($p < 0,05$).

Выводы. Агрегационная функция тромбоцитов в тромбоконцентрате, заготавливаемом от доноров разных возрастных категорий, существенно различается и по-разному влияет на результаты лечения в зависимости от качества тромбоконцентрата. Заготовку и клиническое применение тромбоконцентрата, в том числе для коррекции тромбоцитопении у онкологических больных, целесообразно проводить с учётом агрегационной функции тромбоцитов донора и избирательного подбора компонента. С возрастом доноров показатели агрегационной функции тромбоцитов возрастают, что требует соответствующих профилактических мероприятий при отборе доноров.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ДОНОРОВ КАК ИНСТРУМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Давлатзода Д.А., Шамсзода Б.А., Кубиддинов А.Ф., Ризоев В.С.

ГУ «Республиканский научный центр крови» Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Повышение вирусной и иммунологической безопасности гемотрансфузий и снижение доли забракованных компонентов крови за счёт оптимизации и широкого использования национального регистра доноров.

Материал и методы. С 2011 года в рамках национального проекта реформы здравоохранения и развития Службы крови под управлением ГУ «Республиканский научный центр крови» внедрены национальный регистр доноров и единое информационное пространство Службы крови Республики Таджикистан. Проведён анализ динамики выявления инфекционных маркеров с использованием национального регистра доноров; разработан порядок дообследования и включения в перечень категорий риска, запрещённых к повторной донации; организован мониторинг данной категории доноров.

Результаты исследования. За 2018 год по республике проведено 45 200 донаций; доля забракованных доноров составила: по гепатиту В - 2,0%, гепатиту С - 1,3%, сифилису - 1,12%, ВИЧ-1,2 - 0,8%; в целом по гемотрансмиссивным инфекциям - в среднем 4,3% от общего числа донаций. За 2022 год число донаций возросло до 65 200. Доля забракованных доноров составила: по гепатиту В - 1,21%, гепатиту С - 0,63%, сифилису - 0,73%, ВИЧ-1,2 - 0,73%. В целом по гемотрансмиссивным инфекциям в среднем 2,64% от общего числа донаций.

Выводы. Использование высокочувствительных и специфических тест-систем, автоматизации тестирования и ПЦР-диагностики крови первичных и повторных доноров, в том числе в пуле образцов, наряду с единой информационной системой Службы крови Республики Таджикистан, способствует снижению риска трансфузионной передачи инфекций реципиентам, включая онкологических больных, нуждающихся в повторных гемотрансфузиях, и сокращению доли забракованных компонентов крови. Одновременно увеличивается доля доноров из группы населения с низким риском гемотрансмиссивных инфекций.

ХИМИО- И ГОРМОНОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ в Согдийский областной онкологический Центр, г. Худжанд

Хусейнов Ш.Х., Гулов Б.Н., Абдуллоев А.А., Содирова Г.У.,

Согдийский областной онкологический Центр, г. Худжанд

Актуальность. Химио- и гормонотерапия играют существенную роль в лечении рака молочной железы (РМЖ) при всех стадиях заболевания. Это объясняется особенностями опухоли — даже на ранних стадиях велик риск существования отдалённых микрометастазов, особенно при наличии

факторов риска (поражении подмышечных лимфоузлов, отрицательных рецепторах эстрадиола и прогестерона, гиперэкспрессии HER-2/neu и т. д.).

Цель исследования. Применение химио- и гормонотерапии значительно улучшило результаты лечения операбельного РМЖ. При запущенном РМЖ химиотерапия и гормонотерапия являются основными методами лечения, позволяющими значительно продлить жизнь больного и улучшить ее качество.

Материал и методы исследования. В Согдийском областном онкологическом центре (СООЦ) применяются наиболее эффективные схемы неадьювантной химиотерапии, такие как: АС, ТАС, таксаны + трастузумаб.

Результаты исследования и их обсуждение. Особенно важным показателем является достижение регрессии опухоли, т. е. неоперабельные формы РМЖ стали операбельными. По данным СООЦ за 2022 г., 387 больных РМЖ прошли курс неадьювантного лечения. Проведение неадьювантной ХТ и последующей операции позволяет протестировать опухоль на чувствительность ее к тому или иному способу терапевтического воздействия (терапевтический патоморфоз) с последующей коррекцией послеоперационной ХТ или ГТ.

Адьювантная химиотерапия больных РМЖ – это, как правило, комбинированная терапия, которая проводится в течение 4–6 месяцев после операции и должна начинаться в максимально приближенные к операции сроки. В СООЦ принято изменение традиционных критериев выбора адьювантной терапии раннего РМЖ. Используются антрациклинсодержащие комбинации АС, ТС, Т + карбоплатин, паклитаксел 12 недель, паклитаксел + трастузумаб. Использование этих комбинаций снижает относительный риск рецидива, смерти, увеличивая 5-летнюю и общую выживаемость.

Профилактическое назначение гормонотерапии заключается в применении антиэстрогенов (тамоксифен, фарестон и др.), а также высокоселективных ингибиторов ароматазы. При назначении гормонотерапии главными определяющими факторами являются возраст больных, экспрессия РЭ, РП в клетках опухоли и менструальный статус. Традиционными препаратами первой линии гормонотерапии у больных в менопаузе, применяемыми в СООЦ, являются антиэстрогены – тамоксифен и торемифен. В настоящее время в I линии эндокринотерапии альтернативой тамоксифену являются антиароматазные препараты – анастрозол, летрозол и экземестан. Во II линии эндокринотерапии больных РМЖ в менопаузе вместо прогестинов используются антиароматазные препараты (анастрозол, летрозол, экземестан).

Дифференцированный подход по фенотипам в практике СООЦ (по стандартам RUSSCO): В повседневной практике СООЦ противоопухолевая терапия (химио-, таргет- и гормонотерапия) назначается индивидуально с учетом молекулярно-биологического подтипа опухоли:

Люминальный А: Основой лечения является адьювантная гормонотерапия (тамоксифен или ингибиторы ароматазы: анастрозол, летрозол, экземестан). Химиотерапия назначается только при наличии дополнительных факторов высокого риска.

Люминальный Б (HER2-негативный): Применяется химиотерапия на основе антрациклинов (АС, ТС) и таксанов (паклитаксел, доцетаксел) в сочетании с гормонотерапией (тамоксифен или ингибиторы ароматазы, при необходимости с овариальной супрессией или добавлением абемациклиба при высоком риске).

Люминальный Б (HER2-позитивный): Используются комбинации АС - (таксаны + трастузумаб + пертузумаб), DCH + трастузумаб + пертузумаб, DC + трастузумаб с последующим проведением обязательной гормонотерапии.

HER2-позитивный (нелюминальный): Проводятся схемы анти-HER2-терапии (DCH + трастузумаб + пертузумаб, АС → (таксаны + трастузумаб + пертузумаб), Р + трастузумаб) и трастузумаб эмтанзин (Т-DM1) при наличии резидуальной опухоли после предоперационного лечения.

Тройной негативный РМЖ: Применяются интенсивные режимы химиотерапии (уплотненные схемы ddAC → паклитаксел) с включением препаратов платины (карбоплатина) в соответствии с клиническими показаниями.

Выводы. Сегодня существует много вариантов лечения больных РМЖ, и выбор того или иного метода зависит от многих факторов. Предпочтения пациента чаще всего влияют на выбор лечения, поэтому необходимо обстоятельное разъяснение потенциальной пользы и риска в каждом конкретном случае.

Хусейнов Ш.Х., Гулов Б.Н., Абдуллоев А.А., Содирова Г.У., Согдийский областной онкологический Центр, г. Худжанд

ХУЛОСАИ СЪЕЗД

Ҳамин тариқ, Анҷумани саратоншиносон ва радиологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон соли 2026-ро ҳамчун ҳамоиши навбатии мутахассисон, майдони пешниҳоди натиҷаҳои таҳқиқот ё василаи табодули таҷрибаи клиникӣ арзёбӣ намудан барои дарки моҳияти воқеии он кофӣ набуда, зеро дар паси ҳар масъалае, ки дар доираи ин Форум баррасӣ мегардад. Аз ташҳиси молекулавӣ, радиомика ва патоморфологияи рақамӣ то ҷарроҳии мураккаб, радиотерапия, дорутерапия, биоэтика ва ёрии паллиативӣ саволи бунёдигарона қарор дорад. Илм дар назди ҳаёт, вақт, номуайяни, озодӣ, масъулият ва сарнавишти инсон чӣ мавқеъ дорад ва дониши тиббӣ то кадом андоза метавонад аз сатҳи тавсифи беморӣ ба сатҳи ҳифзи маъноӣ зиндагӣ боло равад.

Онкология аз ҷумлаи соҳаҳои нодири илмист, ки дар он ҳақиқат метавонад арзиши мустақими ҳаётӣ пайдо кунад, зеро иштибоҳи назариявӣ дар бисёр илмҳо имкон дорад баъдтар ислоҳ шавад, аммо таъхир дар ташҳис, ҳатто марҳилабандӣ, интиҳоби нодурусти тактика, эътимоди аз ҳад зиёд ба технология ё сарфи назар намудани ҳолати воқеии бемор метавонад бо он чизе андоза шавад, ки баъд дигар барқарор намегардад, бо вақти аз дастрафта, имконияти аз байнрафта, функцияи гумшуда ва баъзан бо умри кӯтоҳшудаи инсон.

Аз ҳамин ҷиҳат, вақт дар онкология категорияи клиникӣ, ахлоқӣ ва ҳатто ҳастишиносӣ мебошад, зеро як фосилаи кӯтоҳи таъхир метавонад маъноӣ гузариш аз марҳилаи маҳаллӣ ба бемории паҳншударо дошта бошад. Дар ҳоле ки як ташҳиси саривақтӣ метавонад ба бемор имконияти ҷарроҳии радикалӣ, табобати камосебтар, нигоҳ доштани узв ё солҳои иловагии зиндагиро диҳад. Ҳамин аст, ки ташҳиси барвақт шакли илмӣ мубориза бо нобозгаштии вақт мебошад. Аммо барвақттар ҳамеша ба таври худкор маъноӣ беҳтарро надорад. Илми муосир моро водор месозад, ки дар баробари аҳамияти ташҳиси барвақт ҳатари ташҳиси зиёдотӣ ва табобати зиёдотиро низ дар назар гирем, зеро ошкор намудани тағйироте, ки эҳтимол ҳеҷ гоҳ ба бемории аз ҷиҳати клиникӣ муҳим табдил намеёфт, метавонад шахсро ба силсилаи озмоишҳо, изтироб, даҳлатҳои нолозим ва зарари пешгиришаванда ворид созад. Аз ин рӯ, фалсафаи ташҳиси барвақт бояд на ба принсипи ҳар қадар бештар ошкор кунем, ҳамон қадар беҳтар, балки ба меъёри ғоидаи исботшудаи клиникӣ, таносуби манфиат ва зарар ва эҳтироми интиҳоби огоҳонаи бемор таъя намояд.

Ҳар қадар онкология аз ҷиҳати технологӣ пешрафта мегардад, масъалаи масъулият низ ҳамон қадар амиқтар мешавад, зеро имконияти бештар на танҳо озодии бештар барои амал, балки уҳдадорӣ саҳттар барои дурусттар дониш, дақиқтар санҷидан ва эҳтиёткорона қарор қабул карданро ба миён меорад. Агар тиб дирӯз имкони муайян намудани баъзе тағйироти молекулавиро надошт, имрӯз чунин имконият дорад. Агар дирӯз омосҳои аз ҷиҳати морфологӣ монанд ҳамчун як гурӯҳи ягона фаҳмида мешуданд, имрӯз маълум аст, ки дар паси номи ягонаи нозологӣ метавонанд биологияҳои гуногун, роҳҳои сигналии мухталиф, пешомадҳои нобаробар ва ҷавобҳои гуногун ба табобат мавҷуд бошанд.

Ин афзоиши дониш, агар дуруст фаҳмида шавад, набояд ба худбодари аз ҳад зиёди илмӣ оварда расонад; баръакс, он бояд фарҳанги хоксории маърифатӣ-ро қавитар созад, зеро ҳар кашфи нав ҳамзамон нишон медиҳад, ки қабати дигари нодоништа ҳанӯз боқӣ мондааст. Дар онкология, ки қарорҳо аксаран дар шароити номуайяни қабул мешаванд, табиб бояд фарқи байни он чизеро, ки медонад, он чизеро, ки бо эҳтимол пешбинӣ мекунад, ва он чизеро, ки ҳанӯз далели кофӣ надорад, равшан нигоҳ дорад.

Маҳз дар ҳамин ҷо масъалаи эпистемологияи онкология пайдо мешавад, то кучо метавонем ҳақиқатро дар бораи беморӣ бидонем ва бо кадом дараҷаи итминон онро ба қарори клиникӣ табдил диҳем?

Дар илми тиб далел ҳеҷ гоҳ танҳо рақам нест. Нишондиҳандаи омӯрӣ, фосилаи эътимод, маркер, тасвир, профили молекулавӣ ё алгоритми пешгӯӣ танҳо вақте маъноӣ клиникӣ пайдо мекунад, ки ба саволи мушаххаси бемор ҷавоб диҳад. Аз ҳамин сабаб, байни дониш, эҳтимол, пешгӯӣ ва қарор бояд фарқи равшан нигоҳ дошта шавад: дониш он чизест, ки далел дастгирӣ мекунад; эҳтимол дараҷаи номуайяниро ифода мекунад; пешгӯӣ имконияти ояндаро арзёбӣ менамояд; қарор бошад, амалест, ки дар он арзишҳо, хавфҳо, афзалиятҳои бемор ва масъулияти

касбии табиб низ иштирок мекунад. Аз ин рӯ, ҳар қадар тиб дақиқтар мешавад, ҳамон қадар бояд дар баёни номуайяни низ дақиқтар гардад.

Табиб ҳақ надорад эҳтимолро ҳамчун яқин, пешгӯиро ҳамчун тақдир ва маҳдудияти далелро ҳамчун ҳақиқати қатъӣ ба бемор пешниҳод бикунад. Ин ҷо ростқавли илмӣ ба ҷузъи ахлоқи клиникӣ табдил меёбад.

Аз ҳамин нуқтаи назар, тиббӣ дақиқ маъмуи тағйири амиқи муносибати тиб ба инсон аст. Он эътирофи он ҳақиқат мебошад, ки ду бемор метавонанд ташҳиси яксон дошта бошанд, вале бемории онҳо аз ҷиҳати биологӣ яксон набошад; ду омос метавонанд дар як узв ташаккул ёбанд, аммо профили молекулавӣ ва роҳҳои сигналии гуногун дошта бошанд; ду бемор метавонанд як протоколи муолиҷа гиранд, вале онро ба таври гуногун таҳаммул кунанд, ба он ҷавоби гуногун диҳанд ва ҳатто аз ҷиҳати арзишҳои шахсӣ ҳадафҳои гуногуни табобат дошта бошанд.

Аз ҳамин ҷо онкология шакл мегирад: аз бемории умумӣ ба бемори мушаххас, аз протоколи абстрактӣ ба қарори мувофиқ ба контексти воқеӣ, аз модели «бемори миёна» ба шахсияти биологӣ, клиникӣ ва иҷтимоии инсон. Аммо ин фардисозӣ, агар аз принсипи адолат ҷудо шавад, метавонад ба шакли нави нобаробарӣ оварда расонад. Агар ташҳиси молекулавӣ, доруҳои ҳадафманд, радиотерапияи дақиқ ё ҷарроҳии мураккаб танҳо барои қисми маҳдуди аҳоли дастрас бошанд, пешрафти технологӣ метавонад дар як вақт ҳам имконият офарад ва ҳам фосилаи байни гурӯҳҳои аҳолиро зиёд кунад.

Аз ин рӯ, масъала он аст, ки он барои кӣ, дар кучо, бо кадом арзиш, бо кадом тартиби роҳнамоӣ ва бо кадом афзалияти тақсимои захираҳо дастрас мегардад.

Дар ин ҷо онкология аз адолати инфиродӣ ба адолати тақсимои мегузарад. Низоми тандурустӣ наметавонад танҳо ба саволи «кадом табобат барои ин бемор беҳтар аст?» ҷавоб диҳад; он ҳамзамон бояд ба саволи душвортари «чӣ гуна захираҳои маҳдудро тавре тақсим кунем, ки ғоидаи умумии саломатӣ бештар ва нобаробарии пешгиришаванда камтар гардад?» посух ҷӯяд.

Ҳамин андеша нисбат ба зехни сунӣ низ аҳамияти асосӣ дорад. Алгоритм метавонад ҳазорҳо тасвирро дар фосилаи кӯтоҳ таҳлил кунад, метавонад аломатҳои нозукеро муайян созад, ки чашми инсон онҳоро осон аз назар гузаронад, метавонад хавфро гурӯҳбандӣ кунад ва табибро дар интиҳоби қарор дастгирӣ намояд, вале алгоритм бемориро таҷриба намекунад, тарси инсонро эҳсос намекунад, арзиши сукутро намефаҳмад, вазни ахлоқии баёни ҳақиқатро бар дӯш намегирад ва наметавонад масъулияти маънавии қарори тақдирсозро ба ҷойи инсон қабул кунад.

Ояндаи тиб аз ин рӯ набояд ҳамчун рақобати соддаи «инсон ё мошин» тасаввур карда шавад; он бештар ба ҳамкории қудрати ҳисоббарории технология бо қобилияти тафаккур, таҷриба, ҳамдардӣ ва масъулияти касбии инсон вобаста хоҳад буд.

Зехни сунӣ метавонад имконияти табибро васеъ кунад, вале масъулияти ӯро аз байн намебарад; баръакс, ҳар қадар воситаи қароргирӣ мураккабтар шавад, ҳамон қадар зарурати донишмандии маҳдудият, манбаи додаҳо, ҳатари ғаразнокӣ ва шароити татбиқи он бештар мегардад.

Радиотерапияи муосир низ, агар аз ҳамин мавқеъ ба он назар кунем, танҳо масъалаи дастгоҳ, воя ва нақшаи техникӣ нест; он фарҳанги дақиқист, ки дар он як миллиметр метавонад байни назорати омос ва осеби бофтаи солим фарқ гузорад, як иштибоҳи хурд метавонад оқибати калон ба бор овардад ва як низоми мукаммали кафолати сифат метавонад аз хатое пешгирӣ намояд, ки баъд ислоҳ кардани он дигар имконнопазир гардад. Аз ин рӯ, дақиқият яке аз шаклҳои масъулияти касбӣ мебошад, ки дониш, интизом, стандарт, назорат ва ҳисоботдиҳиро ба як низоми ягона мепайвандад.

Ҷарроҳии онкологӣ низ дар ҳамин мантиқ аз ҳаҷми максималии мудохила ба фалсафаи тавозуни асоснок мегузарад, зеро ҳадафи ҷарроҳ муайян намудани он ҳадде мебошад, ки дар он радикализми онкологӣ бо амнияти инсон, ҳифзи узв, функсия ва сифати минбаъдаи зиндагӣ созгор мегардад.

Маҳорати ҷарроҳ, ки чӣ қадар метавонад хориҷ намояд. Маҳорати воқеӣ дар он аст, ки бидонад чӣ қадар бояд хориҷ кард, чӣ қадарро метавон нигоҳ дошт ва дар кучо идомаи мудохила дигар ғоидаи клиникӣ надорад. Ин ҷо фарқи байни имконияти техникӣ ва хиради клиникӣ ошкор мегардад.

Онкологияи муосир аз мо талаб мекунад, ки пеш аз он бипурсем: «оё анҷом додани он барои ҳамин бемор, дар ҳамин марҳила, бо ҳамин хавф ва бо ҳамин ҳадафи табобат воқеан асоснок аст?». Ин тағйири савол худ тағйири фалсафаи тиб мебошад.

Ҳамин гуна, биопсияи моеъ, радиомика, профилсозии генетикӣ, иммуногистохимия, патоморфологияи рақамӣ ва дигар технологияҳои нав танҳо вақте ба пешрафти воқеӣ табдил меёбанд, ки аз марҳилаи қолибияти илмӣ гузашта, ба марҳилаи эътимодноӣ, валидасияи беруна, ғоидаи клиникӣ, қобили татбиқ будан ва беҳтар шудани натиҷаи бемор расанд. Илм набояд мафтуни нав будани технология гардад; вазифаи ҷомеаи илмӣ санҷидани он аст.

На ҳар чизи нав ҳатман муфид аст, на ҳар чизи мураккаб ҳатман самаранок аст ва на ҳар чизи гаронарзиш ҳатман ба натиҷаи беҳтар мерасонад. Аз ҳамин сабаб, тибби далелмехварро дурусттар аст на ҳамчун маҷмуи усулҳои оморӣ, балки ҳамчун фарҳанги худдорӣ аз даъвоҳои исботнашуда ва интизоми фикр дар назди номуайяни ғаҳмид. Ин сарҳад дар онкология аҳамияти махсус дорад, зеро дар паси ҳар рақам ва ҳар натиҷаи оморӣ инсон қарор дорад. Аз ҳамин ҷиҳат, яке аз масъалаҳои бунёдии Анҷуман бояд фарҳанги маълумоти боэътимод бошад. Низоми тиббӣ танҳо ҳамон ҷизро оқилона идора карда метавонад, ки онро дуруст мешиносад, ва танҳо ҳамон ҷизро дуруст мешиносад, ки онро бо меъёрҳои ягона, маълумоти пурра, тартиби стандартизатсияшуда ва усулҳои боэътимод ҷен менамояд.

Регистри саратон аз ин рӯ, шакли хотираи институтсионалӣ ва илмӣ бемории саратон дар ҷомеа мебошад, оинаест, ки дар он низоми тандурустӣ метавонад на тасавури худро, балки воқеияти худро бинад. Чанд нафар бемор мешаванд, дар кадом марҳила ташхис мегарданд, кадом табобат мегиранд, чӣ натиҷа доранд, нобаробарӣ дар қучо пайдо мешавад ва дар кадом ҳалқаи занҷири хизматрасонӣ бемор вақтро аз даст медиҳад. Низоме, ки худро дақиқ ҷен намекунад, худро пурра шинохта наметавонад; низоме, ки худро пурра намешиносад, наметавонад ояндаи худро танҳо бо иродаи нек ва таҳмин тарҳрезӣ намояд.

Аз ин рӯ, таҳқиқоти бисёрмарказӣ, стандартизатсияи маълумот, регистри популятсионӣ, мониторинги зиндамонӣ, арзёбии сифати зиндагӣ ва таҳлили нобаробарии дастрасӣ на қорҳои иловагӣ, балки қисмати худшиносии илмӣ онкологияи миллии мебошанд.

Дар ин замина, масъулиятро танҳо ба табиб ё муҳаққиқ нисбат додан низ нокифоя аст. Натиҷаи бемор аз қарори як шахс бештар аст, ки он аз тарзи роҳнамоӣ, дастрасии нақлиётӣ, вақти интизорӣ, ғаъолияти лаборатория, патоморфология, таъминот, доруворӣ, физикаи тиббӣ, нигоҳдории таҷҳизот, низоми маълумот, маблағгузорӣ ва идоракунии муассисаҳо вобаста мебошад. Аз ин рӯ, масъулияти онкологӣ ҳамзамон масъулияти инфиродӣ ва масъулияти низомӣ аст.

Табиби донишманд дар низоми носозгор метавонад имконияти худро пурра амалӣ карда наметавонад; дастгоҳи пешрафта бе кадри омодашуда метавонад ба захираи истифода нашуда табдил ёбад, протоколи хуб бе логистикаи дуруст метавонад дар қоғаз бимонад ва барномаи скрининг бе роҳи равшани тасдиқи ташхис ва табobati минбаъда метавонад ба ҷои ғоида изтироб ва таъхир эҷод кунад.

Ҳамин тавр, илм, клиника ва идоракунии тандурустӣ бояд ба якдигар ҳамчун қисмҳои як низом нигаранд.

Дар ҳамин замина, 35-солагии Истиқлоли давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои соҳаи тандурустӣ бояд масъулияти таърихӣ барои гузариш ба марҳилаи нави сифат ғаҳмида шавад. Соҳибистиклолӣ ҳамзамон зарурати бунёди меъёрҳои миллии сифат, мактаби илмӣ худ, захираи кадри худ ва қобилияти мустақили худбаҳодиҳии низомро ба миён гузошт.

Агар марҳилаҳои аввалини истиқлол барои таъсиси муассисаҳо, сохтмони инфрасохтор, таҳкими сохтор ва таъмини хизматрасониҳои асосӣ аҳамияти аввалиндараҷа дошта бошанд, марҳилаи нав бояд беш аз пеш марҳилаи сифат, стандарт, илм, рақамикунонӣ, масъулият, арзёбӣ ва натиҷа бошад. Дар ҷунин марҳила савол дигар танҳо он нест, ки чанд дастгоҳ дорем, балки он аст, ки онҳо бо кадом стандарт, бо кадом қафолати сифат ва бо кадом натиҷаи клиникӣ истифода мешаванд; савол танҳо он нест, ки чанд муассиса сохта шудааст, балки он аст, ки бемор дар дохили ин муассисаҳо чӣ роҳро тай мекунад ва чӣ натиҷа мегирад; савол танҳо он нест, ки чанд мутахассис омода шудааст, балки он аст, ки онҳо то кадом андоза ба фарҳанги далел, омӯзиши

пайваста, ҳамкориҳои бисёрсоҳавӣ ва масъулияти касбӣ пайвастаанд. Ин гузариш аз миқдор ба сифат, аз инфрасохтор ба натиҷа ва аз мавҷудият ба самаранокӣ яке аз нишонаҳои камолоти ҳар низоми тандурустӣ мебошад.

Анҷумани мазкур, аз ҳамин мавқеъ, бояд на танҳо ҷойи гузориши он чизе бошад, ки анҷом дода шудааст, балки фазои пурсидани он чизе бошад, ки ҳанӯз дуруст анҷом нашудааст, ҳанӯз пурра доништа нашудааст ва ҳанӯз бояд омӯхта шавад.

Илм аз итминони мутлақ оғоз намешавад; аксар вақт он аз эътирофи дақиқи маҳдудияти дониш оғоз меёбад.

Бузургии муҳаққиқ танҳо дар зиёдии ҷавобҳои ӯ нест; баъзан он дар сифати саволе зоҳир мегардад, ки пеш аз дигарон мебинад ва ҷуръати ба миён гузоштани онро дорад. Агар Анҷуман тавонад дар баробари пешниҳоди натиҷаҳо чанд саволи воқеан муҳими нави илмиро низ шакл диҳад, он яке аз вазифаҳои асосии худро иҷро хоҳад кард. Саволи дуруст бисёр вақт аз ҷавоби шитобкорона арзишмандтар аст, зеро ҷавоби носанҷида метавонад баҳсро бандад, вале саволи дуруст метавонад самти таҳқиқоти навро боз намояд. Дар маркази ҳамаи ин андешаҳо, сарфи назар аз мураккабии технология ва гуногунии истилоҳот, як ҳақиқати асосӣ боқӣ мемонад.

Бемор барои низоми тандурустӣ «ҳолат», «кат», «марҳила», «кейс» ё «омор» нест; ӯ шахсест, ки пеш аз беморӣ зиндагии худро дошт, ҳангоми беморӣ маънои бисёр чизҳоро аз нав месанҷад ва пас аз табобат мехоҳад на танҳо зинда монад, балки ба зиндагии пурмазмун баргардад.

Аз ин рӯ, зиндамонӣ бе сифати зиндагӣ, табобат бе қадру қимат, технология бе дастрасӣ ва илм бе масъулият наметавонанд меъёри пурраи муваффақияти онкология бошанд.

Ҳатто ёрии паллиативӣ, ки баъзан нодуруст ҳамчун нишонаи нотавонии тиб фаҳмида мешавад, дар асл метавонад яке аз баландтарин шаклҳои инсонгароии клиникӣ бошад, зеро вақте ки имконияти табobati радикалӣ маҳдуд мегардад, масъулияти табиб барои сабук кардани дард, идора намудани аломатҳо, ҳифзи оромӣ, қадру қимат ва сифати рӯзҳои боқимонда аз байн намеравад. Тиб на ҳамеша метавонад маргро пешгирӣ кунад, вале ҳамеша метавонад кӯшиш намояд, ки инсон дар назди беморӣ танҳо, бедифоъ ва безътибор намонад. Ин ҷо онкология бо ҳастишиносии инсон рӯ ба рӯ мешавад.

Саволи тиб ҳамеша танҳо «чанд сол?» нест; баъзан саволи «чӣ гуна зиндагӣ?» аҳамияти камтар надорад. Аз ҳамин сабаб, сифати зиндагӣ дар онкология нишондиҳандаи дуҷумдараҷа нест, балки яке аз ченакҳои маъноии натиҷаи табобат мебошад.

Масъалаи умед ва ҳақиқат низ дар ҳамин сатҳ аҳамияти махсус пайдо мекунад. Табиб набояд умеди бардурӯғ диҳад, зеро умед, ки бар фиреб бунёд шудааст, эътимодно ба вайрон мекунад; ҳамзамон ӯ набояд ҳақиқатро ба шакле баён намояд, ки инсонро аз имкони интиҳоби огоҳона, аз маънои рӯзҳои боқимонда ва аз умеди воқеӣ маҳрум созад.

Вичдони касбии табиб дар онкология маҳз дар ҳамин тавозун зоҳир мешавад: риояи далел, эътирофи номуайяний, худдорӣ аз зиёдадармонӣ, эҳтироми иродаи бемор, ростқавлӣ дар баёни пешомад ва масъулият барои ҳар қарор. Ҳақиқат дар тиб набояд пинҳон карда шавад, аммо тарзи баёни он низ ҷузъи ахлоқи тиббӣ мебошад. Аз ин нуқтаи назар, ҳулосаи воқеии Анҷуманро на шумораи саҳифаҳои маҷмуа, на теъдоди маърузаҳо, на унвонҳои илмӣ иштирокчиён ва на мураккабии истилоҳоти истифодашуда муайян хоҳад кард.

Арзиши он баъдтар, берун аз толори Анҷуман санҷида мешавад дар он ки оё саволи имрӯз ба таҳқиқоти фардо табдил меёбад; оё таҳқиқот ба далели бозътимод мерасад; оё далел ба протокол ва стандарт ворид мешавад; оё протокол ба амалияи воқеӣ мерасад; ва оё амалияи тағйирёфта дар ниҳоят сарнавишти беморро беҳтар мекунад.

Агар аз самараи ҳамин муколамаи илмӣ як беморӣ барвақттар ошкор шавад, як ташҳис саҳеҳтар гардад, як мудохилаи нолозим пешгирӣ шавад, як ҷарроҳӣ бо осеби камтар анҷом ёбад, як нақшаи радиотерапия дақиқтар таҳия гардад, як дору ба бемори муносибтар интиҳоб шавад, як дарди саҳт сари вақт сабук карда шавад ва як инсон на танҳо чанд моҳи бештар, балки рӯзҳои босифаттар зиндагӣ кунад, пас дониш аз ҳудуди матн гузафта, ба вазифаи аслии худ беҳтар намудани имкони зиндагӣ наздик шудааст. Шояд маҳз дар ҳамин ҷо фарқи байни илми навишташуда ва илми амалкунанда ошкор гардад. Илми навишташуда дар саҳифа сабт мешавад, илми амалкунанда ба қарори клиникӣ, стандарт, алгоритм ва натиҷаи бемор табдил меёбад.

Аммо ин муқоиса набояд арзиши матн ва таҳқиқоти назариявиро кам кунад, зеро ҳар қарори дурусти клиникӣ аз садҳо саҳифа дониш, аз таҷрибаи чандинсолаи мутахассисон, аз меҳнати лабораторӣ, таҳлили оморӣ, баҳси илмӣ ва интизоми фикрӣ ба вучуд меояд.

Китоб, мақола, лаборатория, клиника ва Анҷуман шаклҳои гуногуни як талошанд. Талоши инсон барои фаҳмидани беморӣ то он дараҷае, ки тавонад ҳаётро оқилона, одилона ва самараноктар ҳифз намояд.

Бузургии илми тиб дар он аст, ки ҳудуди имкони инсонро пайваста васеъ менамояд. Бемориро пештар мебинад, табиати онро мефаҳмад, табобатро дақиқтар интихоб мекунад, аз азоби нолозим мекоҳад ва барои инсон вақтеро бармегардонад, ки беморӣ меҳост аз ӯ бигирад.

Вақт, дар ин маъно, яке аз арзишмандтарин натиҷаҳои мебошад, ки онкология метавонад ба инсон ҳада намояд, зеро барои илми оморӣ як моҳи иловагии зиндагӣ метавонад танҳо воҳиди вақт дар қачи зиндамонӣ бошад, аммо барои шахси воқеӣ он метавонад имкони дидани фарзанд, анҷом додани кори нотаом, баргаштан ба хона, оштии қардан, сухани дермондари гуфтан ё танҳо чанд ҳафтаи зиндагии пурмаъно бошад.

Дар ҳамин ҷо рақами оморӣ аз ҳудуди омор берун шуда, ба сарнавишти инсон табдил меёбад. Ин нуқтаест, ки илм бояд дақиқиро бо инсонгарой муттаҳид созад. Ва ин ҳамон нуқтаест, ки фалсафаи онкология аз дохили ҳуди клиника ба вучуд меояд, на аз берун аз он.

Онкология моро ҳар рӯз бо маҳдудияти дониш рӯ ба рӯ мекунад, вале маҳдудият набояд сабаби даст кашидан аз ҷустуҷӯ бошад. Баръакс, ҳар чизе, ки имрӯз номуайян аст, метавонад саволи таҳқиқоти фардо гардад; ҳар беморе, ки ба табobati стандартӣ ҷавоб наметаҳад, метавонад моро ба фаҳмиши биологияи дигаре роҳнамоӣ кунад; ҳар ноқомие, ки бо ростқавлии илмӣ таҳлил мешавад, метавонад ба дониш табдил ёбад.

Аз ин рӯ, илми ҳақиқӣ аз қобилияти омӯхтан аз ноқомӣ низ сохта мешавад. Ҷомеаи илмие, ки танҳо натиҷаҳои мусбатро мекоҳад бишнавад, худро аз ҳақиқат дур мекунад; ҷомеае, ки маҳдудият, натиҷаи манфӣ ва номуайяниро низ ҳамчун қисми дониш мепазирад, барои пешрафти воқеӣ заминаи солим фароҳам меорад.

Ин фарҳанги ростқавлии илмӣ бояд яке аз арзишҳои бунёдии ҳар Анҷумани ҷиддии тиббӣ бошад. Зеро дар тиб ҳақиқати нороҳаткунанда аз итминони зебои бардурӯғ арзишмандтар аст. Дар ниҳоят, ҳамаи роҳҳои ин Анҷуман аз микроскоп то секвенатор, аз КТ то радиотерапия, аз ҷарроҳӣ то паллиатив, аз биостатистика то зехни сунӣ ба як нуқтаи инсон соҳиби ҳаёт, инсон маънои вучуд доштани ҳуди регистр, инсон меъёри ахлоқии арзиши технология ягона мерасанд. Агар ин марказ аз назар дур шавад, тиб метавонад аз ҷиҳати техникӣ пешрафта гардад, вале аз ҷиҳати фалсафаи инсонӣ ақиб монад.

Қамолоти онкологияро аз ин рӯ бояд бо он низ арзёбӣ кард, ки мо чӣ қадар дурусттар мефаҳмем, қай бояд амал кунем, қай бояд худдорӣ намоем, чӣ гуна номуайяниро шарҳ диҳем, чӣ гуна ҳақиқатро ба бемор расонем ва чӣ гуна қадру қимати инсонро дар тамоми роҳи беморӣ ҳифз намоем. Дар ҳамин сатҳ дониш ба масъулият, малака ба вичдон ва технология ба ахлоқи истифодаи технология наздик мешавад. Онкология шояд беш аз бисёр соҳаҳои дигари тиб ҳамзамон бо ду ҳадди бузурги ҳастии инсон умед ва маҳдудияти ҳаёт сарукор дорад.

Табиб ҳақ надорад умеди бардурӯғ диҳад, вале ҳақ надорад умеди асоснокро низ аз инсон бигирад. Муҳаққиқ ҳақ надорад номуайяниро ҳамчун ҳақиқати қатъӣ пешниҳод кунад, вале набояд аз номуайянии тарсида, ҷустуҷӯро қатъ намояд. Технология ҳақ надорад инсонро ба маҷмуи додаҳо кам кунад, вале метавонад ба инсон кумак намояд, агар дар дасти дониш, таҷриба ва масъулияти касбӣ қарор гирад.

Аз ҳамин рӯ, фалсафаи баландтарини онкологияро метавон дар як андешаи бунёдӣ ҷамъбаст кард. Мо бемориро меомӯзем, то инсонро беҳтар ҳифз намоем, далел меҷӯем, то қарорро аз гумон ҷудо созем, технология месозем, то имконияти зиндагиро васеъ кунем ва донишро ҷамъ мекунем, то масъулияти худро дар назди ҳаёт дақиқтар иҷро намоем.

Дар ҳамин маъно, Анҷумани саратоншиносон ва радиологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон соли 2026 метавонад бештар аз як рӯйдоди илмӣ бошад, ки он метавонад ба фазое табдил ёбад, ки дар он саратоншиносии миллӣ худро аз нав месанҷад, марзҳои дониши худро муайян менамояд,

афзалиятҳои ояндаро ба тарозуи далел мегузорад ва масъулияти худро дар назди бемор, ҷомеа ва наслҳои минбаъда амиқтар дарк мекунад.

Дар ин ҷо чор меҳвари асосии ҳуди Анҷуман ба як мантиқи ягона мепайванданд. Ташҳиси барвақт бояд вақти аз дастрафтaro кам кунад, тиббӣ дақиқ бояд қарорро ба биология ва хусусияти бемори мушаххас наздик созад; радиотерапияи пешрафта бояд дақиқиро ба амният ва натиҷаи беҳтар табдил диҳад; ва ҳамгироии илм ба амалия бояд кафолат диҳад, ки дониш дар ҳудуди мақола ва минбар боқӣ намонад.

Агар аз ҷунин фазои илмӣ фарҳанги устувори дақиқӣ дар дониш, ростқавлӣ дар далел, эҳтиёт дар қарор, адолат дар тақсимои имкониятҳо ва инсондӯстӣ дар табобат ба вучуд ояд, арзиши Анҷуман аз рӯзи баргузори он хеле фаротар хоҳад рафт. Зеро анҷуман ба охир мерасад, маҷмуа баста мешавад, маърузаҳо хотима меёбанд, вале як савол боқӣ мемонад: оё мо тавонистем аз дониш ба фаҳмидан, аз фаҳмидан ба масъулият ва аз масъулият ба ҳифзи беҳтари ҳаёти инсон бирасем?

Агар посух ба ин савол дар солҳои минбаъда дар ташҳиси барвақттар, қарорҳои саҳеҳтар, табobati беҳтартар, дастрасии одилонатар, зиндамони бештар ва зиндагии босифаттари беморон намоён гардад, он гоҳ аҳамияти воқеии ин Анҷуман на дар суҳан, балки дар натиҷаҳои ҷишаванда ва ҳаёти беҳтар ҳифзшудаи инсонҳо сабт хоҳад шуд.

Ва шояд ҳамин баландтарин шакли мондагории илм бошад, ки он ки донишамон дар беҳтар шудани умри дигарон идома ёбад.

Дар ниҳоят, тамоми ин андешаҳо ба се мафҳуми бунёдӣ ҳақиқат, масъулият ва ҳаёт ҷамъ меоянд. Ҳақиқат ҳамчун вазифаи илм барои шинохти воқеият бидуни худфиребӣ, масъулият ҳамчун уҳдадории табиб, муҳаққиқ ва низоми тандурустӣ барои табдил додани дониш ба қарори оқилона ва одилона ва ҳаёт ҳамчун меъёри ниҳонӣ, ки арзиши ҳар технология, ҳар таҳқиқот, ҳар қарор ва ҳар дастоварди онкологиро муайян менамояд.

Маҳз дар ҳамин пайванди ҳақиқат, масъулият ва ҳаёт фалсафаи аслии Анҷумани саратоншиносон ва радиологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон маънои комил пайдо мекунад.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СЪЕЗДА

Таким образом, рассматривать Съезд онкологов и радиологов Республики Таджикистан 2026 года исключительно как очередную встречу специалистов, площадку для представления результатов научных исследований или средство обмена клиническим опытом было бы недостаточно для понимания его подлинной сущности, поскольку за каждым вопросом, обсуждаемым в рамках настоящего Форума, от молекулярной диагностики, радиомикки и цифровой патоморфологии до сложной хирургии, радиотерапии, лекарственной противоопухолевой терапии, биоэтики и паллиативной помощи стоит более фундаментальный вопрос: какое место занимает наука перед лицом жизни, времени, неопределённости, свободы, ответственности и человеческой судьбы и в какой степени медицинское знание способно перейти от описания болезни к сохранению жизни, достоинства и её человеческого смысла.

Онкология относится к числу тех областей науки, в которых истина приобретает непосредственное значение для человеческой жизни, поскольку теоретическая ошибка во многих научных дисциплинах может быть исправлена позднее, тогда как задержка диагностики, ошибка стадирования, неверный выбор лечебной тактики, чрезмерное доверие к технологии или игнорирование реального состояния пациента могут измеряться тем, что впоследствии невозможно полностью вернуть, утраченным временем, потерянной терапевтической возможностью, нарушенной функцией и, в отдельных случаях, сокращённой продолжительностью жизни.

С этой точки зрения время в онкологии представляет собой не только хронологическую, но одновременно клиническую, нравственную и онтологическую категорию, поскольку даже относительно короткая задержка при определённых видах опухолей может иметь клинически значимые последствия для стадии заболевания и возможностей лечения, тогда как своевременная диагностика способна предоставить пациенту возможность радикального вмешательства, менее травматичного лечения, сохранения органа или дополнительных лет жизни. Именно поэтому ранняя диагностика может рассматриваться как научно организованная форма противостояния необратимости времени.

Однако принцип «раньше — значит лучше» не является безусловным. Современная онкология требует одновременно учитывать риск гипердиагностики и избыточного лечения, поскольку выявление изменений, которые могли бы никогда не приобрести клинической значимости, способно привести к дополнительным обследованиям, тревоге, ненужным вмешательствам и предотвратимому вреду; вместе с тем противоположная крайность недостаточная диагностика, недолечивание или неоправданная задержка лечения также несёт клинические и этические риски. Следовательно, философия раннего выявления должна основываться не на принципе «чем больше обнаружим, тем лучше», а на доказанной клинической пользе, соотношении пользы и вреда, своевременности помощи и уважении к информированному выбору пациента.

К этому необходимо добавить первичную профилактику, поскольку зрелая противораковая политика начинается не только там, где опухоль уже может быть диагностирована, но и там, где ещё возможно снизить вероятность её возникновения посредством научно обоснованного воздействия на модифицируемые факторы риска, профилактических программ и повышения медицинской грамотности населения.

Чем более технологически развитой становится онкология, тем глубже становится вопрос ответственности, поскольку расширение возможностей означает не только большую свободу действия, но и более строгую обязанность точнее знать, тщательнее проверять и осторожнее принимать решения. Если ещё вчера медицина не обладала возможностью выявлять определённые молекулярные изменения, то сегодня такая возможность существует; если морфологически сходные опухоли ранее могли восприниматься как относительно единая группа, то сегодня известно, что за одним нозологическим названием могут скрываться различные биологические варианты, сигнальные пути, прогнозы и ответы на лечение.

Рост знания, если понимать его правильно, не должен вести к научной самоуверенности; напротив, он должен укреплять культуру эпистемической, то есть познавательной, скромности по

отношению к границам собственного знания, поскольку каждое новое открытие одновременно расширяет поле известного и обнаруживает новый горизонт ещё не познанного. В онкологии, где значительная часть решений принимается в условиях вероятности и неопределённости, врач обязан ясно различать то, что подтверждено знанием, то, что может быть предположено с определённой вероятностью, и то, для чего доказательств пока недостаточно.

Именно здесь возникает центральный эпистемологический вопрос онкологии: что именно мы знаем о заболевании, насколько надёжно мы это знаем и с какой степенью обоснованности можем превратить имеющееся знание в клиническое решение?

При этом следует принципиально различать истину и доказательство: истина относится к самой реальности заболевания, тогда как доказательство представляет собой научно организованный путь приближения к её достоверному пониманию. Ни статистический показатель, ни доверительный интервал, ни биомаркер, ни медицинское изображение, ни молекулярный профиль, ни прогностический алгоритм сами по себе не исчерпывают клиническую истину; они приобретают значение тогда, когда помогают обоснованно ответить на конкретный вопрос конкретного пациента.

По этой причине необходимо чётко различать знание, вероятность, прогноз и клиническое решение: знание опирается на совокупность надёжных доказательств; вероятность выражает степень неопределённости; прогноз оценивает возможное развитие событий; клиническое решение представляет собой акт профессионального суждения и выбора, в котором наряду с научными данными участвуют риски, ценности, клинический контекст, предпочтения пациента и ответственность медицинского специалиста.

По мере того как медицина становится точнее, она должна становиться точнее и в языке описания собственных ограничений. Врач не имеет права представлять вероятность как достоверность, прогноз как неизбежную судьбу, а ограниченные данные как окончательную истину; именно в способности честно обозначить границу между доказанным, вероятным и неизвестным научная добросовестность превращается в часть клинической этики.

С этой позиции прецизионная медицина означает не просто расширение молекулярной диагностики, а переход к более точной стратификации заболевания на основании его биологических характеристик, тогда как персонализированная медицинская помощь является понятием более широким и включает не только биологию опухоли, но также индивидуальные ценности, состояние, жизненные цели и информированные предпочтения самого пациента.

Два пациента могут иметь одинаковый нозологический диагноз, но различаться по биологии заболевания; две опухоли одного органа могут иметь различные молекулярные профили и сигнальные пути; два пациента могут получать сходное лечение, но по-разному его переносить, по-разному отвечать на него и иметь разные цели лечения.

Именно отсюда формируется современная онкология: от общей нозологической категории к конкретному пациенту, от абстрактного протокола к решению, соответствующему клиническому контексту, от модели «среднего пациента» к реальному человеку с его биологическими, клиническими, психологическими и социальными особенностями.

Однако персонализация, если она будет оторвана от принципа справедливости, способна стать источником новой формы неравенства. Если молекулярная диагностика, таргетные препараты, высокоточная радиотерапия или сложные хирургические технологии доступны только ограниченной части населения, технологический прогресс может одновременно расширять возможности медицины и увеличивать дистанцию между теми, кто способен получить эти возможности, и теми, для кого они остаются недоступными.

Поэтому вопрос заключается не только в том, существует ли технология, но и в том, кому она доступна, где она доступна, при каких затратах, через какую систему маршрутизации и с каким приоритетом распределяются ограниченные ресурсы.

На этом уровне онкология переходит от справедливости по отношению к отдельному пациенту к распределительной справедливости. Система здравоохранения должна отвечать не только на вопрос «какое лечение оптимально для этого пациента?», но и на более сложный

вопрос: как распределять ограниченные ресурсы таким образом, чтобы максимизировать доказанную пользу для здоровья, не допуская предотвратимого и необоснованного неравенства.

Вопрос приоритизации поэтому является не только экономическим, но и этическим: решение о том, какая технология должна быть внедрена первой, для каких групп пациентов она принесёт наибольшую пользу и какие затраты общество способно обоснованно принять, требует соединения клинических доказательств, оценки технологий здравоохранения и принципов справедливого распределения ресурсов.

Та же логика имеет принципиальное значение применительно к искусственному интеллекту. Современные цифровые системы способны за короткое время анализировать тысячи изображений, обнаруживать признаки, которые могут быть незаметны человеческому глазу, стратифицировать риск и поддерживать клинициста при принятии решений, однако алгоритм не переживает болезнь, не испытывает человеческого страха, не понимает нравственной значимости молчания, не несёт морального бремени сообщения тяжёлой правды и не может вместо человека принять ответственность за решение, затрагивающее чужую жизнь.

Будущее медицины поэтому следует понимать не как соперничество «человека и машины», а как ответственное соединение вычислительных возможностей цифровых систем с человеческими способностями к клиническому мышлению, профессиональному суждению, состраданию и нравственной ответственности.

Искусственный интеллект способен расширить возможности врача, но не устраняет его ответственности; напротив, чем сложнее система поддержки решений, тем важнее понимание происхождения данных, ограничений модели, риска алгоритмической предвзятости, смещения данных и условий, в которых результаты алгоритма могут или не могут быть перенесены на конкретного пациента.

Современная радиология в этом процессе выполняет фундаментальную роль не только как средство визуализации, но и как способ видеть болезнь, определять её распространённость, оценивать ответ на лечение, контролировать динамику и направлять последующие клинические решения. Переход от преимущественно анатомического изображения к функциональной, количественной и радиомической информации превращает медицинское изображение из иллюстрации заболевания в самостоятельный источник диагностического и прогностического знания.

Радиотерапия, рассматриваемая с этой же позиции, является не только вопросом оборудования, дозы и технического плана, но и культурой точности, в которой даже небольшое пространственное отклонение при определённых клинических условиях может иметь значимые последствия для баланса между контролем опухоли и защитой здоровых тканей, тогда как развитая система обеспечения качества способна предотвращать ошибки, последствия которых впоследствии могут быть труднообратимыми.

Поэтому точность в радиотерапии является одной из форм профессиональной ответственности, связывающей знания, медицинскую физику, дозиметрию, стандарты, дисциплину, контроль качества и подотчётность в единую систему.

Хирургическая онкология в той же логике переходит от идеи максимального объёма вмешательства к философии обоснованного баланса, поскольку задача хирурга заключается не в удалении максимально возможного объёма тканей, а в определении той границы, при которой онкологическая адекватность резекции сочетается с безопасностью пациента, сохранением функции, снижением осложнений и приемлемым качеством последующей жизни.

Профессиональное мастерство хирурга проявляется поэтому не в том, сколько он способен удалить, а в способности определить, сколько действительно необходимо удалить, что возможно сохранить и в какой момент дальнейшее расширение вмешательства перестаёт увеличивать клиническую пользу.

Именно здесь техническая возможность должна быть подчинена клиническому суждению и клинической мудрости.

Современная онкология требует задавать не только вопрос «можно ли это сделать?», но прежде всего вопрос: «Обосновано ли это вмешательство для данного пациента, при данной

стадии, данном риске, данной биологии опухоли и данной цели лечения?» Изменение самого вопроса свидетельствует об изменении философии медицинского действия.

Жидкостная биопсия, радиомика, генетическое профилирование, иммуногистохимия, цифровая патоморфология и другие инновационные технологии становятся подлинным прогрессом только тогда, когда проходят путь от научной привлекательности к аналитической и клинической валидации, внешней воспроизводимости, клинической полезности, реализуемости и доказанному улучшению значимых для пациента исходов.

Научное сообщество не должно очаровываться самой новизной технологии: задача науки состоит не в том, чтобы восхищаться новым, а в том, чтобы отличать новое от действительно полезного.

Не всё новое обязательно полезно, не всё сложное обязательно эффективно и не всё дорогостоящее обязательно приводит к лучшему исходу. Именно поэтому доказательная медицина должна пониматься не только как набор статистических инструментов, но и как интеллектуальная и нравственная культура отказа от недоказанных утверждений, признания неопределённости и готовности изменять решения при появлении более надёжных данных.

В этом контексте культура качественных данных становится одной из основ современной онкологии. Медицинская система способна рационально управлять только тем, что она достаточно точно понимает, и способна понимать это только тогда, когда информация собирается по согласованным критериям, является полной, сопоставимой, проверяемой и пригодной для анализа.

Популяционный канцер-регистр поэтому представляет собой не просто совокупность показателей, а форму институциональной и научной памяти онкологии, позволяющую системе здравоохранения видеть не желаемое представление о себе, а собственную реальность: сколько людей болеет, на каких стадиях устанавливается диагноз, какие виды лечения используются, каковы клинические исходы, где формируются различия в доступе и на каком участке маршрута пациент теряет критически важное время.

Человек при этом является не только единицей регистра, а причиной существования самого регистра, поскольку смысл накопления данных заключается не в статистике как таковой, а в способности преобразовать её в более разумную профилактику, диагностику, лечение и планирование помощи.

Система, которая недостаточно точно измеряет собственную деятельность, не может полностью познать себя; система, которая не знает себя, не способна научно проектировать своё будущее только на основе намерений и предположений.

Поэтому многоцентровые исследования, стандартизация информации, развитие популяционного канцер-регистра, мониторинг выживаемости, оценка качества жизни и анализ неравенства доступа являются не второстепенными задачами, а частью научного самопознания национальной онкологии.

При этом ответственность нельзя возлагать исключительно на отдельного врача или исследователя. Исходы пациента зависят от целой системы: маршрутизации, транспортной доступности, времени ожидания, качества лабораторной и патоморфологической диагностики, лекарственного обеспечения, медицинской физики, технического обслуживания оборудования, информационных систем, финансирования и управления.

Следовательно, онкологическая ответственность имеет по меньшей мере три взаимосвязанных уровня: индивидуальный, относящийся к профессиональному решению конкретного специалиста; институциональный, относящийся к качеству организации работы медицинского учреждения; и системный, относящийся к тому, как организованы финансирование, маршрутизация, стандарты и доступность помощи в целом.

Даже высококвалифицированный врач в плохо организованной системе может оказаться не в состоянии реализовать свои профессиональные возможности; современное оборудование без подготовленного персонала может превратиться в малоиспользуемый ресурс; хороший протокол без соответствующей логистики может остаться на бумаге; программа скрининга без маршрута подтверждения диагноза и дальнейшего лечения способна вместо ожидаемой пользы создавать тревогу, задержку и дополнительные риски.

Следовательно, наука, клиническая практика, управление медицинской организацией и система здравоохранения должны рассматриваться не как параллельные сферы, а как разные уровни одного процесса.

В этом контексте 35-летие Государственной независимости Республики Таджикистан для здравоохранения может быть осмыслено как историческая ответственность за переход к новому этапу качества, когда наряду с развитием инфраструктуры всё более значимыми становятся национальные стандарты, научная школа, кадровая устойчивость, способность к внутренней оценке качества и измерению результатов.

Если ранние этапы независимости объективно требовали значительного внимания к созданию учреждений, строительству инфраструктуры, укреплению организационной системы и обеспечению базовых услуг, то новый этап закономерно ставит вопросы качества, стандартизации, науки, цифровизации, ответственности, оценки эффективности и измеримых клинических исходов.

Теперь важно спрашивать не только, сколько оборудования имеется, но и по каким стандартам оно используется, как обеспечивается его качество и каковы результаты лечения; не только сколько учреждений создано, но и какой маршрут проходит пациент внутри системы; не только сколько специалистов подготовлено, но и насколько их деятельность включена в культуру доказательности, непрерывного обучения, междисциплинарного взаимодействия и профессиональной ответственности.

Переход от количества к качеству, от инфраструктуры к исходам и от наличия ресурсов к доказанной эффективности является одним из признаков зрелости системы здравоохранения.

С этой позиции настоящий Съезд должен быть не только местом представления уже выполненной работы, но и пространством, где профессиональное сообщество способно поставить вопросы о том, что ещё недостаточно хорошо сделано, что пока не полностью известно и что ещё предстоит исследовать.

Наука не начинается с абсолютной уверенности; нередко её подлинное движение начинается с точного признания границ собственного знания.

Величие исследователя определяется не только количеством имеющихся у него ответов; иногда оно проявляется в способности увидеть раньше других действительно значимый вопрос и иметь интеллектуальную смелость поставить его.

Если Съезд наряду с представлением результатов сможет сформулировать новые научно значимые вопросы и тем самым открыть перспективные направления исследований, он выполнит одну из своих наиболее важных функций, поскольку правильно поставленный вопрос способен продвигать знание значительно дальше, чем убедительно сформулированный, но недостаточно проверенный ответ.

Несмотря на всё многообразие технологий и терминов, в центре онкологии остаётся одна принципиальная реальность — человек.

Для системы здравоохранения пациент не является «случаем», «койкой», «стадией» или статистической единицей; это человек, имевший жизнь до болезни, переосмысливающий многие её значения во время болезни и стремящийся после лечения не просто сохранить биологическое существование, но вернуться к максимально полноценной и осмысленной жизни.

Поэтому выживаемость без качества жизни, лечение без сохранения достоинства, технологический прогресс без справедливой доступности и научное знание без ответственности не могут рассматриваться как достаточные критерии зрелости онкологии.

Паллиативная помощь, которую иногда ошибочно воспринимают как признание бессилия медицины, в действительности является одной из наиболее выраженных форм клинического гуманизма, поскольку ограничение возможностей радикального лечения не прекращает ответственности медицины за облегчение боли, контроль симптомов, психологическую поддержку, сохранение достоинства и качества оставшегося времени.

Вопрос достойного отношения к человеку в конце жизни относится не к периферии медицины, а к её нравственному ядру: невозможность излечить не означает невозможности помочь.

Именно здесь онкология непосредственно соприкасается с онтологией человеческого существования с вопросами жизни, смерти, достоинства, надежды и конечности человеческого времени.

Поэтому вопрос медицины не исчерпывается вопросом «сколько лет человек проживёт?»; во многих ситуациях не менее существенным становится вопрос «как он будет жить это время?»

Качество жизни вследствие этого является не вторичным дополнением к выживаемости, а самостоятельным измерением клинического результата.

При этом выживаемость остаётся измеримым клиническим показателем, тогда как жизнь является более широким человеческим и ценностным понятием, включающим достоинство, отношения, способность действовать, принимать решения и сохранять значимые для человека формы существования.

Вопрос надежды и истины приобретает здесь особую глубину. Врач не должен давать ложную надежду, потому что надежда, построенная на искажении реальности, разрушает доверие; однако он не должен лишать пациента и обоснованной надежды, которая даже при невозможности излечения может быть связана с облегчением боли, сохранением функции, временем с близкими, завершением важных дел или возможностью самостоятельно определять приоритеты оставшейся жизни.

Профессиональная совесть врача в онкологии проявляется именно в способности сохранять такое равновесие и выступает не просто субъективным переживанием, а механизмом нравственного самоконтроля профессионального решения: следованием доказательствам, признанием неопределённости, отказом как от необоснованного избыточного лечения, так и от неоправданного недолечивания, уважением автономии пациента, честностью при обсуждении прогноза и готовностью нести ответственность за последствия принятого решения.

Право пациента на информацию является фундаментальным, однако в сфере генетической и прогностической информации также необходимо уважать автономно выраженное желание человека ограничить объём информации, которую он хочет получить, если это допускается клинической и правовой ситуацией.

При этом болезнь человека редко существует в социальном вакууме: семья и близкие нередко становятся важной частью ухода, коммуникации и поддержки, однако участие семьи не должно подменять автономную волю самого пациента там, где пациент способен самостоятельно принимать решения.

Следовательно, истина в медицине не должна скрываться, но способ её сообщения, объём информации, момент разговора и уважение к автономии человека сами являются частью профессиональной этики.

Настоящая ценность Съезда вследствие этого будет определяться не числом страниц сборника, количеством докладов, академическими званиями участников или сложностью использованной терминологии, а тем, что произойдёт после завершения научного форума.

Станет ли сегодняшний вопрос предметом завтрашнего исследования; превратится ли исследование в надёжное доказательство; войдёт ли доказательство в стандарт или клинический алгоритм; дойдёт ли алгоритм до реальной практики; и приведёт ли изменившаяся практика к более благоприятным и измеримым исходам для пациентов?

Если в результате этого научного диалога хотя бы одно заболевание будет выявлено своевременнее, один диагноз станет точнее, одно необоснованное вмешательство будет предотвращено, один пациент избежит недостаточного лечения, одна операция будет выполнена с меньшей травматичностью, один план радиотерапии станет точнее, один препарат будет назначен тому пациенту, у которого вероятность пользы действительно выше, одна тяжёлая боль будет своевременно облегчена и один человек получит возможность прожить не только дольше, но и лучше, тогда научное знание выйдет за пределы текста и приблизится к своей непосредственной человеческой цели.

Именно здесь становится видимым различие между наукой, зафиксированной в тексте, и наукой, воплощённой в практике: первая сохраняет и передаёт знание, вторая превращает его в клиническое решение, стандарт, организационное изменение и измеримый результат.

Это различие, однако, не уменьшает значения фундаментального и теоретического знания, поскольку каждое обоснованное клиническое решение основывается на длительном накоплении научных данных, лабораторной работе, статистическом анализе, профессиональном опыте и критической дискуссии.

Книга, научная статья, лаборатория, клиника и Съезд представляют собой различные формы единого интеллектуального и профессионального стремления человека понять болезнь настолько глубоко, чтобы научиться защищать жизнь более разумно, справедливо и эффективно.

Величие медицинской науки заключается не в обещании устранить конечность человеческой жизни, а в способности расширять пространство возможностей человека: раньше выявлять болезнь, глубже понимать её биологию, точнее выбирать лечение, уменьшать предотвратимые страдания и, когда это возможно, возвращать человеку время, которое заболевание стремилось у него отнять.

В этом смысле дополнительное время приобретает двойную природу: для статистики оно может быть единицей на кривой выживаемости, тогда как для конкретного человека оно может означать возможность увидеть близкого, закончить начатое, вернуться домой, примириться, сказать давно не сказанные слова или просто прожить определённый период жизни в соответствии со своими ценностями.

Именно здесь статистический показатель становится частью человеческой биографии, а научная точность должна соединяться с гуманизмом.

Онкология ежедневно напоминает о границах знания, однако эти границы не должны становиться основанием для отказа от поиска. То, что сегодня остаётся неопределённым, завтра может стать исследовательским вопросом; пациент, не отвечающий на стандартное лечение, может указать на неизвестный биологический механизм; неудачный результат при честном анализе способен стать источником нового знания.

Подлинная наука поэтому развивается не только благодаря успехам, но и благодаря способности учиться на отрицательных результатах, ограничениях и ошибках.

Научное сообщество, желающее видеть только положительные результаты, рискует отдалиться от реальности; сообщество, способное открыто обсуждать отрицательные результаты и неопределённость, формирует более надёжную основу для прогресса.

Культура научной честности вследствие этого является одной из фундаментальных ценностей серьёзного медицинского форума, поскольку в медицине неудобная истина ценнее привлекательной, но ложной уверенности.

В конечном итоге все пути настоящего Съезда от микроскопа до секвенатора, от радиологии и компьютерной томографии до радиотерапии, от хирургии до паллиативной помощи, от биостатистики до искусственного интеллекта сходятся в одной точке: в человеке как носителе жизни, в человеке как причине существования медицинских данных и в человеке как нравственном критерии ценности технологии.

Если этот центр будет утрачен, медицина способна стать более совершенной технически и одновременно беднее в своём человеческом измерении.

Поэтому зрелость онкологии определяется не только тем, сколько мы способны сделать, но и тем, насколько правильно понимаем, когда следует действовать, когда необходимо воздержаться, как объяснять неопределённость, как сообщать тяжёлую правду, как предотвращать как избыточное, так и недостаточное лечение и как сохранять достоинство человека на всём протяжении заболевания.

На этом уровне знание приобретает ответственность, профессиональное мастерство нравственное измерение, а технология этику собственного применения.

Онкология, возможно, более многих других областей медицины постоянно существует между двумя фундаментальными пределами человеческого бытия надеждой и конечностью человеческой жизни.

Врач не имеет права создавать ложную надежду, но не должен лишать человека надежды обоснованной; исследователь не имеет права представлять неопределённость как окончательную истину, но также не должен прекращать научный поиск из-за наличия неопределённости;

технология не должна превращать человека в набор биологических или цифровых данных, но способна существенно помогать ему, если остаётся инструментом знания, опыта и профессиональной ответственности.

Поэтому высшая философия онкологии может быть выражена в одной фундаментальной мысли: мы изучаем болезнь, чтобы лучше защищать человека; ищем доказательства, чтобы не подменять знание предположением; создаём технологии, чтобы расширять возможности жизни; и накапливаем знания, чтобы точнее исполнять ответственность перед человеком и перед жизнью.

В этом смысле Съезд онкологов и радиологов Республики Таджикистан 2026 года способен стать чем-то большим, чем научное событие: пространством, в котором национальная онкология критически оценивает собственное состояние, определяет границы знания, формулирует будущие приоритеты на основании доказательств и глубже осознаёт свою индивидуальную, институциональную и системную ответственность перед пациентом, обществом и последующими поколениями.

В единую логику здесь соединяются основные направления Форума: профилактика должна уменьшать вероятность предотвратимой болезни; ранняя диагностика сокращать потерю критически важного времени; радиология давать более точное представление о болезни и её динамике; прецизионная медицина соотносить биологию заболевания с выбором терапии; персонализированная помощь учитывать ценности и цели конкретного пациента; передовая радиотерапия — превращать точность в безопасность; а интеграция науки в практику — не позволять знанию оставаться только в статье, докладе или дискуссии.

Если такая научная среда сформирует устойчивую культуру точности знания, честности доказательств, осторожности решений, справедливости распределения возможностей и гуманизма лечения, ценность Съезда выйдет далеко за пределы даты его проведения.

Съезд завершится, сборник будет закрыт, доклады закончатся, но останется вопрос: смогли ли мы перейти от знания к пониманию, от понимания к ответственному решению, а от ответственного решения к лучшей защите человеческой жизни?

Если ответ на этот вопрос в последующие годы проявится в более эффективной профилактике, более ранней диагностике, более точной радиологической и молекулярной оценке, более обоснованных решениях, более безопасном лечении, снижении как избыточного, так и недостаточного лечения, более справедливом доступе, большей выживаемости и лучшем качестве жизни, тогда подлинное значение настоящего Съезда будет записано не только в документах, но и в измеримых результатах для пациентов.

И, возможно, именно в этом заключается наиболее высокая форма научной преемственности: не просто в сохранении знания на страницах, а в его продолжении в более качественной жизни других людей.

В конечном итоге все эти размышления сходятся к трём фундаментальным понятиям — истине, ответственности и жизни.

Истина является критерием знания: она требует от науки видеть реальность такой, какова она есть, и отличать доказанное от предполагаемого.

Ответственность является критерием действия: она требует от врача, исследователя, медицинского учреждения и системы здравоохранения превращать знание в обоснованное, этически допустимое и справедливое решение.

Жизнь является критерием ценности: именно по тому, насколько наши технологии, исследования, стандарты и решения способны предотвращать болезнь, уменьшать страдание, сохранять достоинство и улучшать значимые для пациента исходы, в конечном счёте определяется их человеческая ценность.

Именно в этом единстве истины как критерия знания, ответственности как критерия действия и жизни как критерия ценности философия Съезда онкологов и радиологов Республики Таджикистан обретает своё наиболее полное содержание.

CONCLUSION OF THE CONGRESS

Thus, to regard the 2026 Congress of Oncologists and Radiologists of the Republic of Tajikistan solely as another gathering of specialists, a platform for presenting research findings, or a means of exchanging clinical experience would be insufficient for understanding its true significance, because behind every issue considered within this Forum from molecular diagnostics, radiomics and digital pathology to complex surgery, radiotherapy, systemic anticancer therapy, bioethics and palliative care lies a more fundamental question: what position does science occupy in relation to life, time, uncertainty, freedom, responsibility and human destiny, and to what extent can medical knowledge move from describing disease towards protecting life, human dignity and the meaning that a person gives to life?

Oncology is among those fields of science in which truth may acquire direct significance for human life, because while a theoretical error in many disciplines may be corrected later, delayed diagnosis, incorrect staging, an inappropriate therapeutic strategy, excessive confidence in technology or disregard for a patient's actual condition may be measured by what cannot later be fully restored lost time, a lost therapeutic opportunity, impaired function and, in some cases, shortened human life.

From this perspective, time in oncology is not merely chronological but simultaneously clinical, ethical and ontological, because even a relatively short delay in certain malignancies may have clinically meaningful consequences for disease stage and therapeutic options, whereas timely diagnosis may offer a patient the possibility of curative-intent surgery, less traumatic treatment, organ preservation or additional years of life. Early diagnosis may therefore be understood as a scientifically organized response to the irreversibility of time.

Yet the principle that "earlier is always better" is not absolute. Contemporary oncology requires us to consider the risks of overdiagnosis and overtreatment, because detecting abnormalities that might never have become clinically significant can expose a person to further investigations, anxiety, unnecessary interventions and preventable harm; at the same time, the opposite problems underdiagnosis, undertreatment and unjustified delay in treatment carry their own clinical and ethical risks. The philosophy of early detection should therefore be grounded not in the maxim "the more we detect, the better," but in demonstrated clinical benefit, the balance of benefit and harm, timeliness of care and respect for informed patient choice.

Primary prevention must be included in the same logic, because a mature cancer-control policy begins not only at the point at which a tumour can already be detected, but also where the probability of disease can still be reduced through scientifically justified action on modifiable risk factors, preventive programmes and improvement of population health literacy.

The more technologically advanced oncology becomes, the deeper the question of responsibility becomes, because greater capability means not only greater freedom to act but also a stricter obligation to know more accurately, verify more carefully and decide more cautiously. If medicine yesterday lacked the ability to identify certain molecular alterations, today such capability exists; if morphologically similar tumours were once treated as a relatively homogeneous group, it is now understood that a single nosological label may conceal different biological subtypes, signalling pathways, prognoses and responses to treatment.

If properly understood, this expansion of knowledge should not lead to scientific overconfidence; rather, it should strengthen a culture of epistemic humility intellectual humility regarding the limits of what we know because every new discovery expands the known while simultaneously revealing another horizon of the unknown. In oncology, where a substantial proportion of decisions are made under conditions of probability and uncertainty, a physician must clearly distinguish what is supported by knowledge, what may reasonably be predicted with a certain probability and what still lacks sufficient evidence.

It is here that the central epistemological question of oncology emerges: what exactly do we know about a disease, how reliably do we know it, and with what degree of justification may we transform that knowledge into a clinical decision?

A principled distinction must therefore be maintained between truth and evidence. Truth concerns the reality of disease itself, whereas evidence is the scientifically organized means by which we approach a more reliable understanding of that reality. No statistical measure, confidence interval, biomarker,

medical image, molecular profile or predictive algorithm exhausts clinical truth by itself; each acquires clinical meaning when it helps answer a specific question for a specific patient in a sufficiently justified manner.

For this reason, knowledge, probability, prognosis and clinical decision should remain conceptually distinct: knowledge rests upon a body of reliable evidence; probability expresses the degree of uncertainty; prognosis evaluates possible future developments; and a clinical decision is an act of professional judgment and choice, in which scientific evidence interacts with risks, values, clinical context, patient preferences and professional responsibility.

As medicine becomes more precise, it must also become more precise in the language with which it describes its own limitations. A physician has no right to present probability as certainty, prognosis as inevitable destiny or limited evidence as final truth; the ability to define honestly the boundary between the established, the probable and the unknown is precisely where scientific integrity becomes part of clinical ethics.

From this perspective, precision medicine is not merely an expansion of molecular testing but an approach to more accurate stratification of disease on the basis of biological characteristics, whereas personalized care is a broader concept that incorporates not only tumour biology but also the individual patient's condition, values, life goals and informed preferences.

Two patients may have the same nosological diagnosis while their diseases differ biologically; two tumours arising in the same organ may have different molecular profiles and signalling pathways; and two patients receiving similar treatment may tolerate it differently, respond differently and pursue different therapeutic goals.

This is where contemporary oncology takes shape: from a general disease category towards the specific patient, from the abstract protocol towards context-sensitive judgment, and from the model of the "average patient" towards the real person with biological, clinical, psychological and social individuality.

Yet personalization, if separated from justice, can create new forms of inequality. If molecular diagnostics, targeted drugs, precision radiotherapy or complex surgical technologies are available only to a limited proportion of the population, technological progress may simultaneously expand the capabilities of medicine and widen the distance between those who can access them and those who cannot.

The issue is therefore not only whether a technology exists, but for whom it is available, where it is available, at what cost, through what referral pathway and according to what priorities limited resources are allocated.

At this level, oncology moves from justice at the individual-patient level to distributive justice. A healthcare system must answer not only the question, "Which treatment is optimal for this patient?" but also the more difficult question: how should limited resources be distributed so that proven health benefit is maximized without creating preventable and unjustified inequity?

Priority setting is therefore not merely an economic exercise but an ethical one: decisions about which technology should be introduced first, which patient groups are most likely to benefit and which costs can reasonably be accepted require the integration of clinical evidence, health technology assessment and principles of fair resource allocation.

The same logic is fundamental to artificial intelligence. Contemporary digital systems can analyse thousands of images within a short period, identify subtle features that may escape the human eye, stratify risk and support clinical decision-making; yet an algorithm does not experience illness, feel human fear, understand the moral significance of silence, bear the ethical weight of communicating difficult truth or assume, in place of a human being, responsibility for a decision that affects another person's life.

The future of medicine should therefore not be understood as a competition between "human and machine," but as a responsible integration of the computational capabilities of digital systems with human capacities for clinical reasoning, professional judgment, compassion and moral responsibility.

Artificial intelligence may extend a physician's capabilities, but it does not remove the physician's responsibility; on the contrary, the more complex the decision-support system becomes, the more important it is to understand the origin of its data, the limitations of the model, the risk of algorithmic bias, dataset shift and the conditions under which its outputs can or cannot be applied to an individual patient.

Modern radiology plays a fundamental role in this process not merely as a means of producing images, but as a way of seeing disease, determining its extent, evaluating treatment response, monitoring change over time and guiding subsequent clinical decisions. The movement from predominantly anatomical imaging towards functional, quantitative and radiomic information transforms the medical image from a representation of disease into an independent source of diagnostic and prognostic knowledge.

Radiotherapy, viewed through the same lens, is not merely a matter of equipment, dose and technical planning; it is also a culture of precision in which even a small spatial deviation, under particular clinical conditions, may have clinically meaningful consequences for the balance between tumour control and protection of healthy tissues, while a robust quality-assurance system can prevent errors whose consequences may later be difficult or impossible to reverse.

Precision in radiotherapy is therefore one form of professional responsibility, linking knowledge, medical physics, dosimetry, standards, discipline, quality assurance and accountability within a single system.

Surgical oncology follows the same logic in moving away from the idea of maximal intervention towards a philosophy of justified balance, because the surgeon's task is not to remove the greatest possible volume of tissue, but to determine the boundary at which oncologic adequacy of resection remains compatible with patient safety, preservation of function, reduction of complications and acceptable subsequent quality of life.

Professional surgical skill is therefore not demonstrated by how much can be removed, but by the ability to determine how much truly needs to be removed, what can safely be preserved and when further extension of an intervention ceases to increase clinical benefit.

It is here that technical possibility must be subordinated to clinical judgment and clinical wisdom.

Contemporary oncology requires us to ask not only, "Can this be done?" but, more importantly: "Is this intervention justified for this patient, at this stage, with this level of risk, this tumour biology and this treatment goal?" A change in the question itself reflects a change in the philosophy of medical action.

Liquid biopsy, radiomics, genetic profiling, immunohistochemistry, digital pathology and other emerging technologies become genuine progress only when they move from scientific attractiveness towards analytical and clinical validation, external reproducibility, clinical utility, feasibility and demonstrated improvement in outcomes that matter to patients.

The scientific community should not be captivated by novelty itself: the task of science is not to admire what is new, but to distinguish what is new from what is genuinely useful.

Not everything new is necessarily useful, not everything complex is necessarily effective and not everything expensive necessarily produces a better outcome. Evidence-based medicine should therefore be understood not only as a set of statistical tools but also as an intellectual and ethical culture of restraint from unsupported claims, acknowledgement of uncertainty and willingness to revise decisions when more reliable evidence emerges.

Within this framework, a culture of high-quality data becomes one of the foundations of contemporary oncology. A healthcare system can rationally manage only what it understands with sufficient accuracy, and it can understand this only when information is collected according to agreed criteria and is sufficiently complete, comparable, verifiable and suitable for analysis.

A population-based cancer registry is therefore not simply a collection of indicators, but a form of institutional and scientific memory that enables the healthcare system to see not the image it wishes to have of itself, but its actual reality: how many people develop cancer, at what stage they are diagnosed, which treatments they receive, what clinical outcomes occur, where inequities arise and at what point along the care pathway patients lose critically important time.

The human being is not merely a unit within the registry but the reason for the registry's existence, because the purpose of accumulating data is not statistics for their own sake but the possibility of translating them into more rational prevention, diagnosis, treatment and planning of care.

A system that does not measure itself with sufficient accuracy cannot fully understand itself; a system that does not understand itself cannot scientifically design its future on the basis of intention and assumption alone.

Multicentre research, data standardization, development of a population-based cancer registry, survival monitoring, quality-of-life assessment and analysis of inequalities in access are therefore not secondary activities but components of the scientific self-understanding of national oncology.

Responsibility, however, cannot be assigned exclusively to the individual physician or researcher. Patient outcomes depend upon an entire system: referral pathways, transport accessibility, waiting times, the quality of laboratory and pathological diagnosis, medicine supply, medical physics, maintenance of equipment, information systems, financing and management.

Oncological responsibility therefore has at least three interconnected levels: individual responsibility, concerning the professional decision of the clinician; institutional responsibility, concerning the organization and quality of work within the healthcare institution; and system-level responsibility, concerning financing, referral pathways, standards and access to care across the healthcare system.

Even an excellent physician within a poorly organized system may be unable to realize his or her professional potential; advanced equipment without adequately trained personnel may become an underused resource; a sound protocol without appropriate logistics may remain on paper; and a screening programme without a clear pathway for diagnostic confirmation and subsequent treatment may generate anxiety, delay and additional risk instead of the expected benefit.

Science, clinical practice, healthcare-institution management and the healthcare system should therefore be understood not as parallel domains but as different levels of one process.

Within this context, the 35th anniversary of the State Independence of the Republic of Tajikistan may be understood in healthcare as a historical responsibility to move towards a new stage of quality, in which, alongside infrastructure development, national standards, scientific capacity, workforce sustainability, internal quality assessment and measurement of outcomes become increasingly important.

If the early stages of independence objectively required substantial attention to establishing institutions, building infrastructure, strengthening organizational structures and ensuring basic services, the new stage naturally raises questions of quality, standardization, science, digitalization, accountability, evaluation of effectiveness and measurable clinical outcomes.

The relevant questions are therefore no longer only how much equipment exists, but according to which standards it is used, how its quality is assured and what clinical outcomes follow; not only how many institutions have been established, but what pathway patients follow through them; not only how many specialists have been trained, but how deeply their professional activity is embedded in a culture of evidence, continuing education, multidisciplinary collaboration and professional responsibility.

The transition from quantity to quality, from infrastructure to outcomes and from the availability of resources to demonstrated effectiveness is one of the signs of a mature healthcare system.

From this perspective, the Congress should not only be a place for presenting completed work, but also a space in which the professional community can ask what has not yet been done well enough, what is not yet fully known and what still requires investigation.

Science does not begin with absolute certainty; its genuine movement often begins with precise recognition of the limits of knowledge.

The greatness of a researcher is not determined only by the number of answers available; it may also be revealed in the ability to identify a genuinely important question before others and in the intellectual courage to formulate it.

If, alongside presenting findings, the Congress is able to formulate scientifically significant new questions and open promising directions of inquiry, it will fulfil one of its most important functions, because a well-formulated question can sometimes advance knowledge further than a persuasive but insufficiently tested answer.

Despite the diversity of technologies and terminology, one fundamental reality remains at the centre of oncology the human being.

For a healthcare system, a patient is not a “case,” a “bed,” a “stage,” or a statistical unit; a patient is a person who had a life before illness, who reconsiders many of its meanings during illness and who, after treatment, seeks not merely biological survival but the fullest possible return to a meaningful life.

Survival without quality of life, treatment without preservation of dignity, technological progress without equitable access and scientific knowledge without responsibility cannot therefore be considered sufficient criteria of mature oncology.

Palliative care, sometimes mistakenly perceived as an acknowledgement of medicine's powerlessness, is in fact one of the clearest expressions of clinical humanism, because limitation of curative options does not end medicine's responsibility to relieve pain, control symptoms, provide psychological support and preserve dignity and the quality of remaining time.

Dignity at the end of life does not belong to the periphery of medicine but to its moral core: the inability to cure does not mean the inability to help.

It is here that oncology directly encounters the ontology of human existence — questions of life, death, dignity, hope and the finitude of human life.

The question of medicine is therefore not exhausted by "How many years will a person live?"; in many circumstances an equally important question is "How will that person live the time that remains?"

Quality of life is consequently not a secondary supplement to survival but an independent dimension of clinical outcome.

At the same time, survival is a measurable clinical endpoint, whereas life is a broader human and value-laden concept that includes dignity, relationships, agency, the ability to make decisions and the preservation of forms of existence that remain meaningful to the individual.

The relationship between hope and truth acquires particular depth at this point. A physician should not create false hope, because hope built upon distortion of reality destroys trust; yet neither should the physician deprive the patient of justified hope, which even when cure is no longer possible may concern relief of pain, preservation of function, meaningful time with family, completion of important matters or the ability to determine personal priorities for the remainder of life.

Professional conscience in oncology is revealed precisely in the ability to maintain this balance and should be understood not simply as a subjective feeling but as a mechanism of ethical self-regulation in professional decision-making: adherence to evidence, acknowledgement of uncertainty, avoidance of both unjustified overtreatment and unjustified undertreatment, respect for patient autonomy, honesty in discussing prognosis and willingness to assume responsibility for the consequences of a decision.

The patient's right to information is fundamental; however, particularly in relation to genetic and prognostic information, respect should also be given to an autonomously expressed wish to limit the amount of information the patient chooses to receive when the clinical and legal context permits this.

Illness also rarely exists in a social vacuum: family members and close relatives frequently become an important part of care, communication and support, yet family involvement should not replace the autonomous will of a patient who retains decision-making capacity.

Truth in medicine should therefore not be concealed, but the manner in which it is communicated, the amount of information provided, the timing of the conversation and respect for autonomy are themselves components of professional ethics.

The true value of the Congress will consequently not be determined by the number of pages in its proceedings, the number of presentations, the academic titles of participants or the complexity of its terminology, but by what happens after the scientific forum has ended.

Will today's question become tomorrow's research? Will research generate reliable evidence? Will evidence enter a standard or clinical algorithm? Will the algorithm reach real clinical practice? And will transformed practice produce better and measurable patient outcomes?

If, as a result of this scientific dialogue, even one disease is detected more appropriately and earlier, one diagnosis becomes more accurate, one unnecessary intervention is avoided, one patient is protected from undertreatment, one operation is performed with less morbidity, one radiotherapy plan becomes more precise, one medicine is selected for a patient in whom the probability of benefit is genuinely greater, one episode of severe pain is relieved in time and one person gains the opportunity not merely to live longer but to live better, then scientific knowledge will have moved beyond the boundaries of text and closer to its immediate human purpose.

It is here that the distinction becomes visible between science recorded in text and science translated into practice: the former preserves and communicates knowledge, whereas the latter transforms that knowledge into a clinical decision, a standard, an organizational change and a measurable outcome.

This distinction does not diminish the importance of fundamental or theoretical knowledge, because every well-founded clinical decision rests upon the long accumulation of scientific evidence, laboratory work, statistical analysis, professional experience and critical debate.

A book, a scientific article, a laboratory, a clinic and a Congress are different forms of a single human intellectual and professional endeavour to understand disease deeply enough to protect life more rationally, more fairly and more effectively.

The greatness of medical science lies not in promising to abolish the finitude of human life, but in expanding the space of human possibility: detecting disease earlier, understanding its biology more deeply, choosing treatment more precisely, reducing preventable suffering and, where possible, returning to the person time that disease sought to take away.

In this sense, additional time has a dual nature: in statistics it may be represented as a unit on a survival curve, whereas for an individual it may mean the opportunity to see a loved one, complete unfinished work, return home, reconcile, say words long left unspoken or simply live a period of life in accordance with personal values.

It is here that a statistical endpoint becomes part of a human biography and scientific precision must be joined with humanism.

Oncology reminds us every day of the limits of knowledge, yet these limits should not become a reason to abandon inquiry. What is uncertain today may become tomorrow's research question; a patient who does not respond to standard treatment may point towards an unrecognized biological mechanism; and an unsuccessful result, when analysed honestly, may become a source of new knowledge.

Genuine science therefore advances not only through success, but through the ability to learn from negative results, limitations and error.

A scientific community that wishes to see only positive findings risks distancing itself from reality; a community capable of discussing negative findings and uncertainty openly creates a more reliable foundation for progress.

A culture of scientific integrity is consequently one of the fundamental values of a serious medical forum, because in medicine an uncomfortable truth is more valuable than an attractive but false certainty.

Ultimately, all pathways of this Congress from microscope to sequencer, from radiology and computed tomography to radiotherapy, from surgery to palliative care, from biostatistics to artificial intelligence converge upon one point: the human being as the bearer of life, the human being as the reason medical data exist, and the human being as the ethical criterion by which the value of technology is judged.

If this centre is lost, medicine may become technically more sophisticated while becoming poorer in its human dimension.

The maturity of oncology is therefore determined not only by how much we are capable of doing, but by how well we understand when to act, when to refrain, how to explain uncertainty, how to communicate difficult truth, how to avoid both overtreatment and undertreatment, and how to preserve human dignity throughout the course of illness.

At this level, knowledge acquires responsibility, professional skill acquires a moral dimension and technology acquires an ethics of use.

Oncology, perhaps more than many other fields of medicine, constantly exists between two fundamental limits of human existence hope and the finitude of human life.

A physician has no right to manufacture false hope, yet should not deprive a person of justified hope; a researcher has no right to present uncertainty as final truth, but neither should uncertainty become a reason to abandon scientific inquiry; technology should not reduce a person to a collection of biological or digital data, yet it can provide substantial benefit when it remains an instrument guided by knowledge, experience and professional responsibility.

The highest philosophy of oncology may therefore be expressed in one fundamental proposition: we study disease in order to protect the human being more effectively; we seek evidence so that knowledge is

not replaced by assumption; we develop technologies in order to expand the possibilities of life; and we accumulate knowledge so that we may fulfil our responsibility to the human being and to life with greater precision.

In this sense, the 2026 Congress of Oncologists and Radiologists of the Republic of Tajikistan may become more than a scientific event: it may become a space in which national oncology critically evaluates its own condition, defines the boundaries of its knowledge, formulates future priorities on the basis of evidence and develops a deeper understanding of its individual, institutional and system-level responsibilities to patients, society and future generations.

The principal directions of the Forum converge here within a single logic: prevention should reduce the probability of preventable disease; early diagnosis should reduce the loss of critically important time; radiology should provide a more accurate understanding of disease and its evolution; precision medicine should connect disease biology with treatment selection; personalized care should incorporate the values and goals of the individual patient; advanced radiotherapy should transform precision into safety; and integration of science into practice should prevent knowledge from remaining confined to an article, a presentation or a discussion.

If such a scientific environment creates a durable culture of precision in knowledge, honesty in evidence, caution in decision-making, justice in the distribution of opportunities and humanism in treatment, the value of the Congress will extend far beyond the date on which it is held.

The Congress will end, the proceedings will close and the presentations will conclude, yet one question will remain: have we succeeded in moving from knowledge to understanding, from understanding to responsible decision-making, and from responsible decision-making to better protection of human life?

If, in subsequent years, the answer becomes visible in more effective prevention, earlier diagnosis, more accurate radiological and molecular assessment, better-founded clinical decisions, safer treatment, reduced overtreatment and undertreatment, fairer access, greater survival and better quality of life, then the true significance of this Congress will be written not only in documents but in measurable patient outcomes.

And perhaps this is the highest form of scientific continuity: not merely that knowledge remains on the page, but that it continues in the better lives of other people.

Ultimately, all these reflections converge upon three fundamental concepts truth, responsibility and life.

Truth is the criterion of knowledge: it requires science to see reality as it is and to distinguish what has been demonstrated from what remains assumed.

Responsibility is the criterion of action: it requires the physician, researcher, healthcare institution and healthcare system to transform knowledge into decisions that are justified, ethically acceptable and fair.

Life is the criterion of value: the human worth of every technology, study, standard and clinical decision is ultimately judged by the extent to which it can prevent disease, reduce suffering, preserve dignity and improve outcomes that matter to patients.

It is precisely in this unity of truth as the criterion of knowledge, responsibility as the criterion of action, and life as the criterion of value that the philosophy of the Congress of Oncologists and Radiologists of the Republic of Tajikistan acquires its fullest meaning.

ҚАТЪНОМА

**Анҷумани онкологҳо ва радиологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон
«Онкология ва радиологияи муосир: ташҳиси барвақтӣ, тиббӣ дақиқ, радиотерапияи
пешрафта ва ҳамгироии илм ба амалияи миллии тандурустӣ»**

Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

16 октябри соли 2026

Иштирокчиёни Анҷуман бо дарназардошти натиҷаҳои илмӣ, таҷрибаи клиникӣ, масъалаҳои ташҳис, табобат, радиотерапия, тиббӣ дақиқ, онкологияи кӯдакон, технологияҳои рақамӣ, реабилитатсия ва масъалаҳои ахлоқие, ки дар доираи барномаи илмӣ анҷуман муҳокима гардидаанд, зарур мешуморанд, ки самтҳои зерин барои рушди минбаъдаи хизмати онкологӣ ва радиологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон мавриди баррасӣ ва татбиқи марҳилавӣ қарор дода шаванд:

1. Низоми миллии эпидемиология ва бақайдгирии саратон тақвият дода шавад.
2. Пешгирии ибтидоии бемориҳои саратон ҳамчун самти мустақили фаъолияти зиддисаратонӣ ҷудо карда шавад.
3. Барномаи ташҳиси барвақтӣ аз шакли чорабиниҳои ҷудогона ба низоми пайвастаи клиникӣ табдил дода шавад.
4. Алгоритмҳои ягонаи роҳатдиҳӣ ва ҳаракати беморони онкологӣ таҳия ва стандартӣ гардонида шаванд.
5. Ташҳиси лабораторӣ, ситологӣ, морфологӣ ва иммуногистохимиявӣ ба низоми ягонаи таъмини сифати ёрии онкологӣ ворид карда шавад.
6. Тиббӣ дақиқ танҳо бо анҷом додани озмоиши молекулавӣ баробар доништа нашуда, арзиши он аз рӯи таъсир ба қарори клиникӣ ва натиҷаи бемор арзёбӣ карда шавад.
7. Технологияҳои нав аз рӯи сатҳи омодагӣ ва далелнокии клиникӣ гурӯҳбандӣ карда шаванд.
8. Истифодаи зеҳни сунъӣ бо валидацияи ҳатмӣ, ҳифзи маълумот ва назорати касбии инсон амалӣ карда шавад.
9. Радиотерапия ҳамчун низоми комплексии технологӣ ва клиникӣ бо кафолати ҳатмии сифат рушд дода шавад.
10. Дар ҷарроҳии онкологӣ принсипи «радикалӣ, вале на аз ҳад зиёд» бо риояи таъвозуни назорати онкологӣ, амният, ҳифзи функсия ва сифати зиндагӣ татбиқ карда шавад.
11. Усулҳои инноватсионии табобат, аз ҷумла RPPAC, бо эҳтиёткориҳои методологӣ ва дар асоси далелҳои клиникӣ арзёбӣ карда шаванд.
12. Онкологияи кӯдакон ҳамчун барномаи алоҳидаи афзалиятнок тақвият дода шавад.
13. Барои кӯдакони гирифтори бемориҳои саратонӣ ёрии паллиативӣ ва назорати дарозмуддат тақвият дода шавад.
14. Шӯроҳои бисёрсоҳавии клиникӣ — MDT — барои ҳолатҳои мураккаб ба яке аз меъёрҳои фаъолияти марказҳои онкологӣ табдил дода шаванд.
15. Реабилитатсияи онкологӣ ҳамчун қисми мустақили континууми ташҳис, табобат ва назорати минбаъда эътироф карда шавад.
16. Низоми тайёр намудани кадрҳо мутобиқи эҳтиёҷоти воқеии технологӣ, клиникӣ ва илмӣ хизмати онкологӣ бознигарӣ карда шавад.
17. Нақши ҳамшираҳои онкологӣ ва дигар кормандони миёнаи тиббӣ дар низоми таъмини сифат расман тақвият дода шавад.
18. Биоэтика, розигии огоҳона ва ҳифзи маълумоти генетикиро рақамӣ ба унсурҳои стандартҳои фаъолияти онкологӣ табдил дода шаванд.
19. Адолати минтақавӣ дар дастрасӣ ба ёрии онкологӣ ва арзёбии иқтисодии технологияҳои тиббӣ ба меъёрҳои муҳими қабули қарор табдил дода шаванд.
20. Натиҷаҳои анҷуман ба механизми назоратшавандаи баъди анҷуман табдил дода шуда, иҷрои пешниҳодҳо, ташкили гурӯҳҳои корӣ, лоиҳаҳои бисёрмарказӣ ва дигар натиҷаҳои амалӣ мунтазам арзёбӣ ва ҳуҷҷатгузорӣ карда шаванд.

Қатънома ба принсипе така менамояд, ки пешрафти воқеии онкология на танҳо бо шумораи технологияҳо ва хизматрасониҳо, балки бо ташхиси барвақттар, дақиқии бештар, интихоби асосноки табобат, коҳиши зарари пешгиришаванда, беҳтар гардидани зиндамонӣ ва сифати зиндагии бемор арзёбӣ карда шавад. Ин мантиқ бо платформаи илмии ҳуди анҷуман, ки аз натиҷаи илм ба қарори клиникӣ ва аз қарор ба натиҷаи ченшавандаи бемор гузаштанро таъкид мекунад, мувофиқ мебошад.

РЕЗОЛЮЦИЯ

Съезда онкологов и радиологов Республики Таджикистан

«Современная онкология и радиология: ранняя диагностика, прецизионная медицина, передовая лучевая терапия и интеграция научных достижений в национальную практику здравоохранения»

Душанбе, Республика Таджикистан

16 октября 2026 года

Участники Съезда, принимая во внимание представленные научные результаты, клинический опыт и обсуждённые вопросы диагностики, лечения, радиотерапии, прецизионной медицины, детской онкологии, цифровых технологий, реабилитации и биоэтики, считают целесообразным определить следующие направления дальнейшего развития онкологической и радиологической службы Республики Таджикистан:

21. Усилить национальную систему эпидемиологического мониторинга и регистрации онкологических заболеваний.

22. Выделить первичную профилактику онкологических заболеваний в качестве самостоятельного направления противораковой деятельности.

23. Преобразовать программу ранней диагностики из совокупности разрозненных мероприятий в непрерывную клиническую систему.

24. Разработать и стандартизировать единые алгоритмы маршрутизации онкологических пациентов.

25. Интегрировать лабораторную, цитологическую, морфологическую и иммуногисто-химическую диагностику в единую систему обеспечения качества онкологической помощи.

26. Не отождествлять прецизионную медицину исключительно с проведением молекулярного тестирования; её ценность оценивать по влиянию на клиническое решение и исходы пациента.

27. Классифицировать новые технологии в соответствии с уровнем их клинической готовности и доказательности.

28. Применение искусственного интеллекта осуществлять при обязательной валидации, защите данных и профессиональном контроле со стороны специалиста.

29. Развивать радиотерапию как комплексную технологическую и клиническую систему с обязательным обеспечением качества.

30. В онкологической хирургии соблюдать принцип «радикально, но не чрезмерно», обеспечивая баланс между онкологическим контролем, безопасностью, сохранением функций и качеством жизни.

31. Инновационные методы лечения, включая PIPAC, оценивать с должной методологической осторожностью и на основе клинических доказательств.

32. Развивать детскую онкологию в качестве отдельной приоритетной программы.

33. Усилить паллиативную помощь и долгосрочное наблюдение за детьми с онкологическими заболеваниями.

34. Сделать мультидисциплинарные клинические консилиумы — MDT — одним из стандартов работы онкологических центров при ведении сложных клинических случаев.

35. Признать онкологическую реабилитацию самостоятельной составной частью континуума диагностики, лечения и последующего наблюдения.

36. Пересмотреть систему подготовки кадров в соответствии с реальными технологическими, клиническими и научными потребностями онкологической службы.

37. Официально усилить роль онкологических медицинских сестёр и других специалистов среднего медицинского персонала в системе обеспечения качества.

38. Сделать биоэтику, информированное согласие и защиту генетических и цифровых данных стандартными компонентами онкологической практики.

39. Сделать региональную справедливость в доступе к онкологической помощи и экономическую оценку медицинских технологий важными критериями принятия решений.

40. Преобразовать результаты Съезда в систему контролируемого постконгрессного мониторинга с регулярной оценкой и документированием выполнения рекомендаций, деятельности рабочих групп, многоцентровых проектов и других практических результатов.

41. Настоящая Резолюция исходит из того, что реальный прогресс онкологической службы должен оцениваться не только количеством технологий и оказанных услуг, но прежде всего **более** ранним выявлением заболевания, повышением точности диагностики, более обоснованным выбором лечения, снижением предотвратимого вреда, улучшением выживаемости и качества жизни пациентов.

RESOLUTION

Congress of Oncologists and Radiologists of the Republic of Tajikistan

“Modern Oncology and Radiology: Early Diagnosis, Precision Medicine, Advanced Radiotherapy, and the Integration of Scientific Advances into National Healthcare Practice”

Dushanbe, Republic of Tajikistan

16 October 2026

The participants of the Congress, taking into account the scientific findings, clinical experience, and discussions addressing diagnosis, treatment, radiotherapy, precision medicine, pediatric oncology, digital technologies, rehabilitation, and bioethics, consider it appropriate to identify the following priorities for the further development of oncology and radiology services in the Republic of Tajikistan:

- 42. Strengthen the national system for cancer epidemiological surveillance and cancer registration.**
- 43. Establish primary cancer prevention as a distinct area of national cancer-control activity.**
- 44. Transform the early-diagnosis programme from a set of fragmented activities into a continuous clinical system.**
- 45. Develop and standardize unified referral and patient-navigation algorithms for oncology patients.**
- 46. Integrate laboratory, cytological, morphological, and immunohistochemical diagnostics into a unified oncology quality-assurance system.**
- 47. Precision medicine should not be equated solely with molecular testing; its value should be assessed according to its impact on clinical decision-making and patient outcomes.**
- 48. Classify new technologies according to their level of clinical readiness and strength of supporting evidence.**
- 49. The use of artificial intelligence should be subject to mandatory validation, data protection requirements, and professional human oversight.**
- 50. Develop radiotherapy as an integrated technological and clinical system with mandatory quality assurance.**
- 51. In oncologic surgery, adhere to the principle of “radical, but not excessive,” maintaining an appropriate balance between oncologic control, patient safety, functional preservation, and quality of life.**
- 52. Innovative treatment approaches, including PIPAC, should be evaluated with appropriate methodological caution and on the basis of clinical evidence.**
- 53. Develop pediatric oncology as a separate priority programme.**
- 54. Strengthen palliative care and long-term follow-up for children with cancer.**
- 55. Make multidisciplinary clinical tumor boards — MDTs — a standard component of oncology-centre practice for complex clinical cases.**
- 56. Recognize oncology rehabilitation as an independent component of the continuum of diagnosis, treatment, and follow-up care.**
- 57. Review and redesign workforce training in accordance with the actual technological, clinical, and scientific needs of oncology services.**
- 58. Formally strengthen the role of oncology nurses and other mid-level healthcare professionals within the quality-assurance system.**
- 59. Make bioethics, informed consent, and the protection of genetic and digital data standard components of oncology practice.**
- 60. Make regional equity in access to oncology care and the economic evaluation of health technologies important criteria in healthcare decision-making.**
- 61. Transform the outcomes of the Congress into a structured post-Congress monitoring mechanism, with regular evaluation and documentation of the implementation of recommendations, the activities of working groups, multicentre projects, and other practical outcomes.**

This Resolution is based on the principle that genuine progress in oncology should be assessed not merely by the number of technologies introduced or services delivered, but primarily by earlier cancer detection, greater diagnostic accuracy, better-founded treatment selection, reduction of preventable harm, improved survival, and better quality of life for patients.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА PH-НЕГАТИВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН. Нагаев И.Р., Бакиров Б.А.....
2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И СТЕПЕНЬ КОНТАМИНАЦИИ HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА. Юсупбеков А.А., Туйчиев О.Д., Умиров А.А. Пулатов С.С.....
3. НАСЛЕДИЕ АБУАЛИ ИБНИ СИНО И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ОНКОЛОГИИ Сангинов Д.Р., Хусейнзода З.Х., Муродзода А.И., Ниязов И.К.....
4. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА. Муродзода А.И., Иброхимзода С.Ч., Курбонов А.У., Нажмуддинов Х.Х.....
5. ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ. Муродзода А.И., Иброхимзода С.Ч., Абдуллоев С.Х.....
6. РОЛЬ МАММОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН. Муродзода А.И., Иброхимзода С.Ч., Курбонов А.У., Ш.К. Бегов.....
7. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЁГКОГО. Муродзода А.И., Иброхимзода С.Ч., Курбонов А.У., Абдуллоев С.Х.....
8. КЛИНИКО ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФИБРОЗНОЙ КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ГО ТИПА. Муродзода А.И., Холматова Х.К., Рахмонов Б.И.....
9. ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛИЗКОФОКУСНОЙ РЕНТГЕНОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ КОЖИ T1–T2. Сатторова М.А., Аслиддинова А.М., Зардодхонова М.Т.....
10. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНТГЕНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЫ. Сатторова М.А., Аслиддинова А.М., Зардодхонова М.Т.....
11. ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛИЗКОФОКУСНОЙ РЕНТГЕНОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. Сатторова М.А., Аслиддинова А.М., Зардодхонова М.Т.....
12. ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ТОПОМЕТРИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ (ОБЗОР). Сатторова М.А., Аслиддинова А.М., Зардодхонова М.Т.....
13. ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Азимова М.А., Насырова Х.К., Нишанов Д.А.....
14. THE ROLE OF LABORATORY DIAGNOSTICS IN THE EARLY DETECTION OF ONCOLOGICAL DISEASES. Ismoilova N.....
15. РАК ЭНДОМЕТРИЯ: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ. Муродзода А.И., Ахмедова Т.А., Сангинов Дж. Р.....

- 16. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕТАПЛАСТИЧЕСКОЙ КАРЦИНОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РЕДКОСТЬ, ГЕТЕРОГЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОЗА.** Косимова Н. Р., Каюмова Н.Б.....
- 17. СТРУКТУРА МОЛЕКУЛЯТНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗА 2023-2025 ГОДЫ.** Расулов С.Р., Васихов Ш.А.....
- 18. ИЗУЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ МЕСТНО- РАСПРАСТРАНЕННЫХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.** Нуридинов Й.М., Сангинов Д.Р.Салихова Н.Ш. Саидова У.М.....
- 19. ЖИДКОСТНАЯ БИОПСИЯ И ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ.** Нуритдинзода М.Р., Сангинов Д.Р., Хушкадамова О.Х.....
- 20. ЦИФРОВАЯ ПАТОМОРФОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ОНКОЛОГИИ.** Нуритдинзода М.Р., Сангинов Д.Р., Хушкадамова О.Х.....
- 21. УЛУЧШЕНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЛАНГЕРГАНСОКЛЕТОЧНЫМ ГИСТИОЦИТОЗОМ В УЗБЕКИСТАНЕ: ПРОБЛЕМЫ, РЕШЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ.** Рустамова Х.М., Полатова Д.Ш.....
- 22. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОБЛАСТОМой В РАЗРЕЗЕ ДЕТСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.** Янгибоев С.К., Рустамова Х.М., Солиев Ё.Х.....
- 23. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОПОЭЗА ПРИ В- И Т-КЛЕТОЧНОМ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ У ДЕТЕЙ.** Ризаева Ф.А., Маткаримова Д.С., Махмудова Б.М., Бабаханова Н.Н.....
- 24. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ.** Ризаева Ф.А., Маткаримова Д.С., Бабаханова Н.Н., Абдуллаев М.М.....
- 25. ВНЕДРЕНИЕ СУРРОГАТНОГО ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА МОЛЕКУЛЯРНОГО СУБТИПИРОВАНИЯ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННЫХ РЕСУРСОВ: ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА В УЗБЕКИСТАНЕ.** Сайтов Б., Абдугафоров А., Искандаров К., Айнакулов Н., Боқиев С.....
- 26. ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПОДТИПЫ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА.** Сайтов Б., Акроров О., Тошматов С., Искандаров К., Сабилов Д.....
- 27. ДИНАМИЧЕСКОЕ СОЧЕТАНИЕ ИЗМЕРИМОЙ ОСТАТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ И ЛИНЕЙНО-СПЕЦИФИЧЕСКОГО ДОНОРСКОГО ХИМЕРИЗМА В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ РЕЦИДИВА ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ АЛЛО-ТГСК.** Сабилов Д.Р., Султон Ш.....
- 28. СТРАТЕГИЯ ЖИЗНИ: РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ И ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В ЭВОЛЮЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.** Назаров А.Н., Аюбова М.С.....

- 29. РАЗРАБОТКА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТРЕХМЕРНОЙ ОРГАНОИДНОЙ МОДЕЛИ ГЛИОМЫ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ.** Блинов Д.С., Ахмаев Р.М., Шматок Д.О., Тимошкин Д.Е.....
- 30. РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ.** Грачев Н.С., Старокорова К.Д., Лопатин А.В., Бабаскина Н.В., Ворожцов И.Н.....
- 31. ЦИРКУЛИРУЮЩИЙ GD2 – НОВЫЙ БИОМАРКЕР ЖИДКОСТНОЙ БИОПСИИ ПРИ НЕЙРОБЛАСТОМЕ: ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ.** Иванов Н.С., Шаманская Т.В., Качанов Д.Ю., Ларин С.С.....
- 32. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОЙ КАРЦИНОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО ПРОТОКОЛУ НФК-ДГОИ-2022.** Рабаева Л.Л., Жуков Н.В.....
- 33. ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ РЕЦИДИВЕ И ПРОГРЕССИИ НЕЙРОБЛАСТОМЫ: ОПЫТ НМИЦ ДГОИ ИМ. ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.** Бабаян В.Р., Шаманская Т.В., Гвоздев А.А., Качанов Д.Ю.....
- 34. ОТДАЛЕННЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕЙРОБЛАСТОМУ ГРУППЫ ВЫСОКОГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО РИСКА.** Уталиева Д.Т., Качанов Д.Ю., Шаманская Т.В.....
- 35. УЛЬТРАРЕДКИЕ ГЕРМИНАЛЬНЫЕ ХРОМОСОМНЫЕ АБЕРРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С.....**
- 36. НЕФРОБЛАСТОМОЙ.** Скворцова М.А., Ясько Л.А., Качанов Д.Ю., Телешова М.В., Смирнова Л.А., Быкова А.В., Зайцева Н.В., Абасов Р.Х., Гуржиханова М.Х., Гаджиев А.А., Курникова М.А.....
- 37. ЛЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОМ У ДЕТЕЙ.** Нуриддино Й.М., Салихова Н.Ш.....
- 38. ПЕРВИЧНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ: 14-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ОТДЕЛЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИИ И ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ.** Быкова Г.В., Быков Ю.В., Пучков А.А., Стременкова И.А.....
- 39. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.** Савлаев К.Ф., Нишонов Д.К., Рохоев М.А., Иванова Н.М.....
- 40. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТОБЛАСТОМОЙ ГРУППЫ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА. ОПЫТ НМИЦ ДГОИ ИМ. ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА** Моисеенко Р.А., Ахаладзе Д.Г., Филин А.В., Качанов Д.Ю., ФГБУ.....
- 41. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗАДЕРЖКУ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.** Ходжаева Н.Н., Содиков Н.М., Азими М.....
- 42. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМИ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ.** Ходжаева Н.Н., Содиков Н.М., Азими М.....
- 43. ЕВРАЗИЙСКАЯ ШКОЛА ДЕТСКОГО ОНКОЛОГА И ГЕМАТОЛОГА: ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА ДЛЯ КАДРОВОГО РАЗВИТИЯ ВРАЧЕЙ СТРАН СНГ И КООРДИНАЦИЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.** Коган С.А., Киргизов К.И., Сагоян Г.Б., Скачкова А.Ю.....

- 44. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОЙ НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ.** Мустафаев Т.К., Хайитов Ф.Э., Нуриддинов К.Р., Каримов О.М., Бобоев М.М., Курбонова Ш.Т., Хадиев Р.К., Аликулов У.О.....
- 45. ВЫБОР ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ.** Хайитов Ф.Э., Мустафаев Т.К., Бобоев М.М., Нуриддинов К.Р., Аликулов У.О., Каримов О.М., Каримов М.Н.....
- 46. ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.** Муродзода А.И., Умарова М.Н., Хайталиева Н.Р., Мадаминова З.А., Олимзода С.М., Азимов С.Х., Негматова Д.А.....
- 47. ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.** Муродзода А.И., Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Хайталиева Н.Р. Олимзода С. М Азимов С.Х.....
- 48. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ в РТ.** Олимзода С.М., Муродзода А.И., Хайталиева Н.Р., Мадаминова З.А., Азимов С.Х., Умарова М.Н.....
- 49. ВНЕДРЕНИЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИМИОТЕРАПИИ.** Муродзода А.И., Хайталиева Н.Р., Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Азимов С.Х., Олимзода М., Холов Ф.Б.....
- 50. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЕ МИЕЛОГРАММ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯ ГУ РОНЦ ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР» МЗ И СЗН РТ.** Муродзода А.И., Хайталиева Н.Р., Дёмина Е.Г., Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Олимзода С.М., Азимов С.Х.....
- 51. НЕЙРОБЛАСТОМ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.** Муродзода А.И., Хайталиева Н.Р., Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Олимзода С.М., Азимов С.Х.....
- 52. СТРУКТУРА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ» РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2020–2025 ГОДЫ.** Мадаминова З.А., Хайталиева Н.Р., Умарова М.Н. Олимзода С. Азимов С.Х.....
- 53. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.** Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.....
- 54. ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.** Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.....
- 55. КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА И КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Иззатиллоев Д.Б., Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.....
- 56. КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОЛИДНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ.** Иззатиллоев Д.Б., Саидов Г.Н., Гафур-Ахунов М.А.....

- 57. СУПРАТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ IDH-МУТАНТНОЙ И IDH-ДИКОГО ТИПА ГЛИОБЛАСТОМЫ: ВЛИЯНИЕ НА ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ.** Халилов Д.И., Назаров А.Ф., Карагузин Р.А., Сафин Л.Ф., Ахмадеев М.А.....
- 58. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВ, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ РЦЖ.** Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., И.К. Ниязов., Гафоров К.А.....
- 59. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЦИТОКИНОВ, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., Ниязов И.К., Гафоров К.А.....
- 60. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ПОЛОСТИ РТА: ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ.** Барот З.З., Бобомуродов Ш.М.....
- 61. КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОГО РАКА РОТОГЛОТКИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ.** Абдикаримов А.Х.....
- 62. ЗНАЧИМОСТЬ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ РАКА ПОЛОСТИ РТА.** Юсупбеков Ах.А., Хасанов А.И., Абдукаримов А.Х., Нишанов Л.А.....
- 63. РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН.** Абдикаримов А.Х., Юсупбеков А.А.....
- 64. ДИНАМИКА ИЛ-6, ИЛ-10 И TNF- α В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Сулайманов Д.А.....
- 65. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Сулайманов Д.А.....
- 66. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ NLR, PLR и SPI У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., Ниязов И.К., Ганиев Д.Ф.....
- 67. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВ, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ РЦЖ.** Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., Ниязов И.К., Ганиев Д.Ф.....
- 68. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЦИТОКИНОВ, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Сангинов Д.Р., Салимов Ф.И., Ниязов И.К., Ганиев Д.Ф.....
- 69. УВЕАЛЬНАЯ МЕЛАНОМА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МОРФОЛОГИЯ ОПУХОЛИ.** Назаров Ш.О., Сангинов Д.Р., Махмудова Л.Ш., Абдукахоров П.М.....
- 70. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ.** И.М. Нуриддинов, Баротов З.З., Сатторова М.А., Салихова Н.Ш.....
- 71. ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.** Нуридинов Й.М., Салихова Н.Ш.....

- 72. РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДЕФЕКТАХ ВЕК И ОКОЛООРБИТАЛЬНОЙ ЗОНЫ.** Нуридинов Й.М., Салихова Н.Ш.....
- 73. РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ С ЗАКРЫТИЕМ ДЕФЕКТОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПО ПОВОДУ РАКА.** Нуриддинов Й.М., Хусейнзода З.Х., Салимов Ф.И., Назаров Ш.О.....
- 74. ПИГМЕНТНАЯ КСЕРОДЕРМА В РАМКАХ РАБОТЫ МУЛЬТИЦЕНТРА ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕНОДЕРМАТОЗОВ ВЫСОКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА.** Бельшева Т.С., Шарапова Е.В., Зеленова Е.Е, Варфоломеева С.Р.....
- 75. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА КОЖИ ПО ДАННЫМ ЗА 2025 ГОД.** Райхонов Ф.Х., Абдуллозода Н.Х., Акрамова С.А.....
- 76. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫРАЖЕННОГО ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА ПОСЛЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА.** Мусин Ш.И., Шарифгалеев И.А., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Гузь А.О., Баймуратов Т.Р., Шафикова М.Р., Исмакова А.Ш.....
- 77. НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ УЛУЧШАЕТ ХИРУРГИЧЕСКИЙ КРАЙ ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА.** Мусин Ш.И., Шарифгалеев И.А., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Гузь А.О., Баймуратов Т.Р., Шафикова М.Р., Исмакова А.Ш.....
- 78. ЧАСТОТА ОРГАНОСПЕЦИФИЧЕКИХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТЕЙ.** Олимов А.М., Кодиров А.А., Абдурахимов А.Х, Джонибекова Р.Н.....
- 79. МАССА ТЕЛА, ГОЛОДАНИЕ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РАКА: ПОТЕНЦИАЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ РАКА.** Осфури Э., Ниязов И.К.....
- 80. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.** Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.....
- 81. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОСТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.** Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.....
- 82. САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ТУЛОВИЩА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ.** Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.....
- 83. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.** Давлетов Р.Р., Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.....
- 84. ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.** Давлетов Р.Р., Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.....

- 85. РАДИОМИКА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ ПО ДАННЫМ КТ.** Нуржабов А.И., Абдикаримов Х.Г., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.....
- 86. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОСТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.** Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.....
- 87. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.** Абдикаримов Х.Г., Гафур-Ахунов М.А., Давлетов Р.Р., Насиров С.К., Нуржабов А.И., Болтабоев А.Т., Султон Ш.А., Асамединов Н.К., Султонов Б.Б.....
- 88. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ БЕДРА С МОДУЛЬНЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ КОЛЕННОГО СУСТАВА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.** Барот З.З., Дустов Х.С., Бобомуродов Ш.М.....
- 89. ГЕНЕАЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА И РАК: ОТ БИОЛОГИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ К САМОПОЗНАНИЮ И МЕЖПОКОЛЕНЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.** Комилов Д.Р.....
- 90. МАСЪУЛИЯТИ АХЛОҚИИ ТАБИБ ДАР ОШКОРСОЗЎ ВА МАҲДУДСОЗИИ ҲАҚИҚАТИ БЕМОР.** Комилов Д.Р.....
- 91. СОҲИБИХТИЁРИИ ОЯНДА ДАР ЗИНДАГИИ БАЪДИ ТАБОБАТИ САРАТОН: ФЕНОМЕНОЛОГИЯИ ЧИСМ, ХАВФ, ҲУВИЯТ ВА УФУҚИ ИМКОНИАТ.** Комилов Д.Р., Чалилов С.....
- 92. ФИЛОСОФИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МОЛЧАНИЯ В МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ: КОГДА ЗНАНИЕ ОПЕРЕЖАЕТ ДОКАЗАТЕЛЬНО ОБОСНОВАННОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Комилов Д.Р.....
- 93. ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ.** Мамадалиева Я.С., Гулмирзаева З.Р., Набиева Д.У., Талипов Р.Н., Журабоев Д.Н.....
- 94. ДИНАМИКА 5-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ.** Мамадалиева Я.С., Гулмирзаева З.Р., Набиева Д.У., Талипов Р.Н., Журабоев Д.Н.....
- 95. РАК ЯИЧНИКОВ В УЗБЕКИСТАНЕ: НАЦИОНАЛЬНЫЕ ТРЕНДЫ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ.** Набиева Д.У., Гофур-Ахунов М.А., Мамадалиева Я.С., Ибрагимов Р.Р.....
- 96. СОЗДАНИЕ СИСТЕМНОГО МОЛЕКУЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА «ДНК-АПТАМЕР-PLGA-ПРЕПАРАТ» С ТАРГЕТНОЙ ЭЛИМИНАЦИЕЙ ОПУХОЛИ РАКА ЯИЧНИКОВ НА ОСНОВЕ ИНГИБИРОВАНИЯ ДНК И PARP1.** Набиева Д.У., Гафур-Ахунов М.А., Ибрагимов А.А., Зиеяв Я.С.....
- 97. ХОРИОКАРЦИНОМА МАТКИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).** Мухамадӣ Н.З., Умарзода С.Г., Музаффарзода М.М., Ёрова П.Р.....
- 98. ПРОБЛЕМА МИОСТЕАТОЗА В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ: ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ.** Хашимов Б.Б., Шаханова Ш.Ш.....

- 99. КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ МАССИВНОЙ АКУШЕРСКОЙ КРОВОПОТЕРЕ: ОПЫТ ВЫЕЗДНОЙ РЕАНИМАЦИОННО-ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОНКОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.** Кабиров А.Г., Давлатзода Д.А., Насриддинов Дж.М., Мадмаров Л.М.....
- 100. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ТОКСИЧНОСТИ ТРЁХ РЕЖИМОВ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПВ СТАДИИ.** Муродзода А.И., Доутова Л.Р., Каримова Ф.Н.....
- 101. МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА (экспрессия биологических маркеров p53 и Ki67) РАКА ЯИЧНИКОВ.** Каримова Ф.Н., Доутова Л.Р.....
- 102. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ВНУТРИБРЮШНАЯ АЭРОЗОЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПОД ДАВЛЕНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ЯИЧНИКОВ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ КАНЦЕРОМАТОЗОМ.** Музаффарзода М.М., Мухамадӣ Н.З., Бобохонова М.Н., Нёъматова З.Р.....
- 103. НОВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ Г. БОХТАРА ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ.** Абдурахмонов Ю.Б., Караев И.И., Мирзоев М.Ш., Ахмадчонов Ч.А., Сотибольдиева О.И.....
- 104. ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ ЦИТОЛОГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЭПОХУ ТРЕПАН-БИОПСИИ: СОХРАНЯЕТСЯ ЛИ ЕЕ РОЛЬ?** Солиев Ф.....
- 105. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ЦИТОЛОГИИ ПРИ ОЦЕНКЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Солиев Ф.....
- 106. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015–2025 ГОДЫ.** Гафкр-Ахунов К.М., Абдихакимов А.Н., Тухтабоева М.Т., Журабоев Д.Н.....
- 107. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ СТАДИЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Аллаберганова Х.М., Тухтабаева М.Т., Латипов Б.Б., Журабоев Д.Н.....
- 108. ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Мирзоева Д.С.....
- 109. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛОКАЛЬНОГО ТРИАМЦИНОЛОНА ПРИ НЕЛАКТАЦИОННОМ МАСТИТЕ.** Мирзоева Д.С.....
- 110. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА «ТИМОЦИН» ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Мирзоева Д.С.....
- 111. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СРАВНЕНИИ С МАСТЭКТОМИЕЙ: ОПЫТ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.** Муродзода А.И., Юлдошев М.Ш., Обидов Д.С.....
- 112. КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ФЕНОТИПИРОВАНИЕ ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМЫ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Камалова Б.З., Шаханова Ш.Ш.....

- 113.ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ ВИТАМИНА Д У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Муродзода А.И., Файзуллаев Н.А., Каримов Д.М.....
- 114.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАМ-ЛОСКУТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Рахмонов К.А., Мурадова З.М.....
- 115.ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А В ЛЕЧЕНИИ КАПСУЛЯРНОЙ КОНТРАКТУРЫ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Найдина К.А., Зикиряходжаев А.Д., Аблицова Н.В.....
- 116.ОТДАЛЁННЫЕ ЭСТЕТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Зикиряходжаев А.Д.....
- 117.МЕЖПЕКТОРАЛЬНАЯ КЛЕТЧАТКА ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ: ЕСТЬ ЛИ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ?.** Юлдошев У.Р., Сангинова С.А., Гайратова Н.....
- 118.ОПЫТ 106 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕННЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ.** Муродзода А.И., Миразимов Ф.М., Ятимов М.М.....
- 119.МОЛЕКУЛЯРНОЕ ПРОФИЛИРОВАНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ В ТАДЖИКИСТАНЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ.** Джамshedов Д.Ш., Муродзода А.И., Сангинов Дж.Р., Юлдошев Р.З., Li Z.....
- 120.ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРЕДИКТОР РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ РАКОМ ПИЩЕВОДА И КАРДИИ.** Юсупбеков А.А., Исмаилова Ж.А., Умиров А.А., Пулатов С.С.....
- 121.РЕКОНСТРУКЦИЯ ПО ТИПУ DOUBLE TRACT В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА.** Сангинов Дж.Р., Туйчиев Н.Т., Холбеков М.М.....
- 122.СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА С ПРИМЕНЕНИЕМ КРИОДЕСТРУКЦИИ.** Сангинов Д.Р., Хужамкулов А.А., Хомидов Б.М.....
- 123.ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ.** Юлдашев Р.З., Джамshedов Дж. Ш., Дилшодов С.А., Рахими А.А., Урунбоев А.Э.....
- 124.ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ПРОКСИМАЛЬНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА С ИНВАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ.** Юлдашев Р.З., Джамshedов Дж. Ш., Дилшодов С.А., Мирзоев А.Дж., Урунбоев А.Э.....
- 125.МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ СЛОЖНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЯХ ПИЩЕВОДА: ОДНОЦЕНТРОВОЙ ОПЫТ.** Решетов И.В., Черемисов В.В., Сукорцева Н.С., Привалов М.А., Бобоев М.О.....
- 126.ЗНАЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО.** Юсупбеков А.А., Раззаков У.С., Мадияров Б.Т., Усманов Б.Б.....

- 127.КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО.** Юсупбеков А.А., Раззаков У.С., Мадияров Б.Т., Усманов Б.Б.....
- 128.SCREENING-DETECTED VERSUS INTERNATIONAL EARLY-DETECTION RATES IN LUNG CANCER: EVIDENCE FOR EXPANDING ORGANIZED SCREENING IN UZBEKISTAN.** Xadjiyev D.Sh., Tojiddnov O.A., Saparbaev A.I., Rajapov J.B.....
- 129.SCREENING-DETECTED VERSUS INTERNATIONAL EARLY-DETECTION RATES IN LUNG CANCER: EVIDENCE FOR EXPANDING ORGANIZED SCREENING IN UZBEKISTAN.** Xadjiyev D.Sh., Tojiddnov O.A., Saparbaev A.I., Rajapov J.B.....
- 130.LUNG CANCER INCIDENCE AND STAGE DISTRIBUTION IN THE KHOREZM REGION OF UZBEKISTAN VERSUS GLOBAL BENCHMARKS (2020–2025): A COMPARATIVE REGISTRY-BASED ANALYSIS.** Xadjiyev D.Sh., Tojiddnov O.A., Saparbaev A.I., Rajapov J.B.....
- 131.LUNG CANCER INCIDENCE AND STAGE DISTRIBUTION IN THE KHOREZM REGION OF UZBEKISTAN VERSUS GLOBAL BENCHMARKS (2020–2025): A COMPARATIVE REGISTRY-BASED ANALYSIS.** Xadjiyev D.Sh., Tojiddnov O.A., Saparbaev A.I., Rajapov J.B.....
- 132.ОПТИМИЗАЦИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В УСЛОВИИ РОНЦ РТ.** Муродзода А.И., Сатторов Ф.А., Сангинов Д.Р., Ишмирзоев С.Э.....
- 133.РОЛЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ БЕЗ ДРЕНАЖЕЙ.** Муродзода А.И., Сатторов Ф.А., Сангинов Д.Р., Ишмирзоев С.Э.....
- 134.ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА HER2-СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.** Муродзода А. И., Васихов Ш.А., Ахмедова Т.А., Юлдошев М.Ш.....
- 135.ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА HER2-СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.** Муродзода А. И., Васихов Ш.А., Ахмедова Т.А., Юлдошев М.Ш.....
- 136.ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕФИЦИТА СИСТЕМЫ РЕПАРАЦИИ НЕСПАРЕННЫХ ОСНОВАНИЙ ДНК ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.** Муродзода А. И., Васихов Ш.А., Ахмедова Т.А., Юлдошев М.Ш.....
- 137.НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ.** Муродзода А.И., Расулов С.Р., Джанобилов Ш.Б.....
- 138.ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ПРОСТАТЭКТОМИЮ.** Измайлов А.А., Муфазалов Ф.Ф., Гарифуллин А.И., Чапрак А.Б., Гончарова О.В.....
- 139.СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ПОЛНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ОТВЕТЕ НА ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ В РАМКАХ СТРАТЕГИИ WATCH AND WAIT.** Попов М.Н., Аюпов Р.Т., Феоктистов Д.В., Проценко В.А.....
- 140.БИОПСИЯ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА МЕТОДОМ ДВОЙНОЙ ДЕТЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА.** Измайлов А.А., Чапрак А.Б., Каримова А.Г., Хазиев А.Р.....

- 141.ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ НАВИГАЦИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ИНТРАФА-
СИОНАЛЬНОЙ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ.** Чапрак А.Б., Измайлов А.А.,
Кочкин А.Д.....
- 142.ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЧЕУДЕРЖАНИЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ
ПРОСТАТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ
РАЗНЫХ ВАРИАНТАХ СПАСИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ.....**
- 143.УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ В ХИРУРГИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПОЧЕК.** Измайлов А.А., Фарганов А.Р., Чапрак А.Б., Хазиев А.Р.....
- 144.ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ КРАЕМ
ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ.** Измайлов А.А., Чапрак А.Б., Каримова А.Г.,
Хазиев А.Р.....
- 145.ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ
РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.** Кадырова З.У., Сангинов Д.Р., Зоиров Р.А.....
- 146.ТЕНДЕНЦИЯ ОМОЛОЖЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ТАДЖИКИСТАНЕ.**
Зоиров Р. А., Махмад М., Сангинов Дж. Р., Наибов М.Х.....
- 147.ЛЕЧЕНИЕ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.** Джумаев Т.
Дж., Сангинов Дж. Р., Дилшодзода Б.Д.....
- 148.РАК ПОЧКИ: ТЕНДЕНЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА.**
Муҳиддинов У.Р. , Сангинов Дж.Р., Нажмудинов А.Х.....
- 149.РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: ВОПРОСЫ, ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ.** Сангинов Д.Р., Наибов М.Х. Зоиров Р.А., Шариф К.....
- 150.ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ ШЕЙКИ
МАТКИ, ОСЛОЖНЁННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ.** Одинаев Х.С.,Одилов А.Ю., Нажмидинов
Х.Н.....
- 151.СПОСОБ ПОЛНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ РЕПОЗИЦИИ ИЛЕОКОНДУИТА
ПРИ ОПЕРАЦИИ БРИКЕРА.** Мираков Р.С., Ризоев Х.Х., Аминов З.А., Мухаббатов Х.Дж.....
- 152.ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ.** Мхитарян Л.А., Бакиров Б.А.....
- 153. АСПЕКТЫ ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Азимова М.А., Насырова Х.К., Нишанов Д.А.....
- 154.ВЫБОР ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.** Халматов Б.А., Гафур-Ахунов М.А., Турдибеков Ш.М., Журабоев
Д.Н...
- 155.МАННИТОЛ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЦИСПЛАТИНА И МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ
ГИПОКАЛИЕМИИ.** Shukurova.M.A. Bakhtiyorova M.U. Abduxakimova M.A. Aziziy A.A.....
- 156.EVIDENCE-BASED OPTIMIZATION OF ANTIEMETIC PROPHYLAXIS IN
CHEMOTHERAPY: PRACTICAL CONSIDERATIONS FOR ONCOLOGY PRACTICE IN
UZBEKISTAN.** Shukurova.M.A. Bakhtiyorova M.U. Abduxakimova M.A. Aziziy A.A.....

157. PREVENTION AND MANAGEMENT OF FEBRILE NEUTROPENIA IN PATIENTS RECEIVING CYTOTOXIC CHEMOTHERAPY: PRACTICAL CONSIDERATIONS FOR ONCOLOGY PRACTICE IN UZBEKISTAN. Shukurova.M.A. Bakhtiyorova M.U. Abduxakimova M.A. Aziziy A.A.....

158. PREVENTION OF CISPLATIN-INDUCED NEPHROTOXICITY: THE ROLE OF HYDRATION AND ELECTROLYTE MONITORING. Shukurova.M.A. Bakhtiyorova M.U. Abduxakimova M.A. Aziziy A.A.

159. ВЛИЯНИЕ САРКОПЕНИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. Гарифуллина А.Г., Бакиров Б.А., Ласынова Г.Х.....

160. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МУТАЦИЙ BRCA1 И BRCA2 ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН. Муродзода А.И., Юлдошев М.Ш., Обидов Д.С.....

161. КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЭНДОКРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ CDK4/6 ПРИ HR+/HER2–МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Ризаев Т.А., Улмасов Ф.Г.

162. ПРОБЛЕМЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПЕПТИДНОГО АНАЛЬГЕТИКА ТАФАЛГИН. Орлова В.Н.

163. СОЗДАНИЕ СИСТЕМНОГО МОЛЕКУЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА «ДНК-АПТАМЕР–PLGA–ПРЕПАРАТ» С ТАРГЕТНОЙ ЭЛИМИНАЦИЕЙ ОПУХОЛИ РАКА ЯИЧНИКОВ НА ОСНОВЕ ИНГИБИРОВАНИЯ ДНК И PARP1. Набиева Д.У., Гафур-Ахунов М.А., Ибрагимов А.А., Зиеяв Я.С.

164. BODY WEIGHT, FASTING AND CANCER PREVALENCE: A POTENTIAL FOR CANCER PREVENTION AND THERAPY. Ebrahim Osfouri.....

165. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ХИМИОТЕРАПИЯ-ИНДУЦИРОВАННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ. Нуритдинзода М.Р., Сангинов Дж.Р., Хушқадамова О.Х.....

166. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ДЕНОСУМАБ» (XGEVA) ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Муродзода А.И., Бакиев С.А., Файзуллаев Н.А.

167. ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РОЛЬ ПОДГРУПП ER-LOW И HER2-LOW. Хушқадамова О.Х., Сангинов Дж.Р., Нуритдинзода М.Р...

168. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН. Хушқадамова О.Х., Сангинов Дж.Р., Нуритдинзода М.Р.....

169. ПРОФИЛАКТИКА ОТСРОЧЕННОЙ РВОТЫ НА ФОНЕ ВЫСОКОЭМЕТОГЕННОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПИЩЕВОДА. Бакиев С.А., Барот З.З., Файзуллоев Н.А., Норов Х.О.....

170. РЕЗУЛЬТАТЫ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИ ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ. Бакиев С.А., Файзуллоев Н.А., Барот З.З., Норов Х.О.....

171.МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПРОФИЛИРОВАНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КАК ОСНОВА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА: ОПЫТ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН. Муродзода А.И., Юлдошев М.Ш., Ахмедова Т.А.....

172.АГРЕГАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У ДОНОРОВ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ТРОМБОКОНЦЕНТРАТА ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. Давлатзода Д.А., Кабиров А.Г., Кубиддинов А.Ф., Саидов Дж.С.....

173.НАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ДОНОРОВ КАК ИНСТРУМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. Давлатзода Д.А., Шамсзода Б.А., Кубиддинов А.Ф., Ризоев В.С.....

174.ХИМИО- И ГОРМОНОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ в Согдийский областной онкологический Центр, г. Худжанд. Хусейнов Ш.Х., Гулов Б.Н., Абдуллоев А.А., Содирова Г.У.....

Хулоса.....