



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (55) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

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

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

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

УЧРЕДИТЕЛИ:

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

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

5 (55)

2023

май

Received: 20.04.2023, Accepted: 30.04.2023, Published: 15.05.2023.

УДК 616.345-031.14-006-077-089

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ И МЕТАСТАЗОВ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

М.К.Галдиев <https://orcid.org/0009-0008-6914-9862>

Г.Н.Саидов Email: SaidovG@mail.ru

Ш.К.Мухаммедаминов Email: MuxammedinovSh@mail.ru

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
Бухарской областной филиал республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

✓ Резюме

В статье проводится анализ частоты рецидивов и метастазов при первично-множественных злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта в зависимости от характера поражения. Все больные разделены на четыре группы в зависимости от характера поражения: синхронные первично-множественные злокачественные опухоли, метахронные первично-множественные злокачественные опухоли, метахронно-синхронные первично-множественные злокачественные опухоли и синхронно-метахронные первично-множественные злокачественные опухоли. Наиболее часто рецидив опухоли и отдельные метастазы зарегистрированы при метахронных ПМЗО. Наиболее часто отдаленных метастазов выявлены в печени и отмечен канцероматоз брюшной полости.

Ключевые слова: первично-множественная злокачественная опухоль, желудочно-кишечный тракт, пищевод, желудок, толстая кишка, комбинированное лечение, комплексное лечение.

ANALYSIS OF THE FREQUENCY OF RELAPSES AND METASTASIS IN MULTIPLE PRIMARY MALIGNANT TUMORS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

M.K.Galdiev <https://orcid.org/0009-0008-6914-9862>

G.N.Saidov Email: SaidovG@mail.ru

Sh.K.Mukhammedaminov Email: MuxammedinovSh@mail.ru

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1
Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

Bukhara Regional Branch Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of
Oncology and Radiology

✓ Resume

The article analyzes the frequency of relapses and metastases in primary multiple malignant tumors of the gastrointestinal tract, depending on the nature of the lesion. All patients were divided into four groups depending on the nature of the lesion: synchronous primary multiple malignant tumors, metachronous primary multiple malignant tumors, metachronous-synchronous primary multiple malignant tumors and synchronous - metachronous primary multiple malignant tumors. The most common tumor recurrence and individual metastases were registered in metachronous PMMT. The most common distant metastases were found in the liver and abdominal cavity carcinomatosis was noted.

Keywords: primary multiple malignant tumor, gastrointestinal tract, esophagus, stomach, colon, combined treatment, complex treatment.

OSHQOZON-ICHAK YO'LLARINING BIRLAMCHI-KOP'LAMCHI XAVFLI O'SMALARIDA RETSIDIV VA METASTAZLARINING UCHRASHINI TAHLIL QILISH

M.K.Galdiev <https://orcid.org/0009-0008-6914-9862>

G.N.Saidov Email: SaidovG@mail.ru

Sh.K.Mukhammedaminov Email: MuxammedinovSh@mail.ru

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1

Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi
Buxoro viloyati filiali.

✓ Rezyume

Maqolada zararlanish tabiatiga qarab, oshqozon-ichak traktining birlamchi-ko'plamchi xavfli o'smalarida retsidivlar va metastazlar chastotasi tahlil qilinadi. Barcha bemorlar zararlanishning tabiatiga qarab to'rt guruhga bo'lingan: sinxron birlamchi ko'p xavfli o'smalar, metaxron birlamchi ko'p xavfli o'smalar, metaxron-sinxron birlamchi ko'p xavfli o'smalar va sinxron-metaxron birlamchi ko'p xavfli o'smalar. Eng ko'p uchraydigan o'smaning retsidivlanish va uzoqlashgan metastazlanishlari metaxron BKXO`da qayd etilgan. Eng tez-tez uchraydigan uzoq metastazlar jigarda topilgan va qorin bo'shlig'i karsinomatozi qayd etilgan.

Kalit so'zlar: birlamchi ko'p xavfli o'sma, oshqozon-ichak trakti, qizilo'ngach, oshqozon, yo'g'on ichak, kombinatsiyalangan davolash, kompleks davolash.

Актуальность

Первично-множественные опухоли (ПМО) - это независимое возникновение и развитие у одного больного двух или более новообразований. Совокупный анализ данных литературы дает возможность представить следующие характеристики ПМО [1-9].

В 1985 г. финские исследователи, проанализировав материал финского Реестра рака за период 1953-1979 гг. (279 745 больных раком, 774 518 людей с высоким риском развития), выявили 5871 новый случай первично-множественного рака [13]. При анализе данных 67 746 случаев рака яичников, зарегистрированных в различных регионах Соединенных Штатов Америки, за период 1992-1997 гг. первично-множественный рак выявили в 11 073 случаях [14]. Швейцарские исследователи проанализировали данные из Швейцарского ракового регистра Vaud и Neuchatel (885 000 жителей) в период 2005-2010 гг. Было зарегистрировано 24 859 случаев первичного рака, из них первично-множественный рак выявили у 3127 (13%) больных, в 578 (2.3%) случаях это были синхронные опухоли [15]. В России в 2012 г. впервые выявлено 29 763 первично-множественные опухоли (20,8 на 100 000 населения), тогда как в 2011 г. их число составляло 24 774 случая. ПМО в России составляют 5,7% всех впервые выявленных злокачественных новообразований. Синхронные опухоли составляют 30,1% [16].

По данным статистических отчетов в 2019 году в Республике Узбекистан выявлено 121 первично - множественные опухоли (0,4 на 100 тыс. населения), что составил и 0,5% от всех впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями. 25,5% (31 случаев) из числа первично- множественных опухолей возникли синхронно (М.Н. Тиллашайхов и соавт., 2019).

В 2020 году впервые выявлено 202 больных первично-множественные злокачественные опухоли (0,6% на 100 тыс. населения), что составляет 0,9% от первично- выявленных больных. Число больных синхронными поражениями составляло -39,1% (79 случаев). На учете состоять - 744 первично-множественные злокачественные опухоли больных (0,7% от всех пациентов) (М.Н. Тиллашайхов 2020). Показатели 5 летней выживаемости остаются крайне низкими и в последние годы колебались от 3,6 % (2020 г) до 15,7% (2015 г.)

Лечение больных первично-множественными злокачественными опухолями представляет немалые трудности. К сожалению, на сегодняшний день сохраняется порочная практика рассматривать больных первично-множественными злокачественными новообразованиями как инкурабельных, что ведет к отказу от радикального противоопухолевого лечения [18].

По данным В.И. Чиссова, отправными точками при выборе лечебной тактики у таких больных

служат [12]:

- 1) синхронное или метахронное выявление опухоли;
- 2) локализация, стадия, гистогенез каждой из них;
- 3) прогноз каждой из выявленных опухолей;
- 4) возраст и соматическое состояние больного, наличие нарушений, обусловленных опухолью;
- 5) реальная оценка возможностей противоопухолевых воздействий применительно к каждой выявленной опухоли и их сочетанного применения.

Если состояние больного позволяет, необходимо лечить все опухоли параллельно либо последовательно.

При планировании терапии первично-множественных злокачественных опухолей следует с особой объективностью оценивать возможности каждого метода противоопухолевого лечения, факторы, ограничивающие его применение, и риск возникновения осложнений. Нельзя добиться высокой степени непосредственного воздействия, подавления роста одной или всех опухолей любой ценой без учета прогноза относительно каждой из них.

Прогноз в лечении синхронных опухолей значительно ниже по сравнению с метахронными, несмотря на некоторые обнадеживающие индивидуальные результаты. Результаты лечения метахронных опухолей достоверно не отличаются от результатов лечения солитарных опухолей.

Только скорейшее использование агрессивных методов лечения является успешным с точки зрения выживаемости [19].

Цель исследования: анализ частоты рецидивов и метастазов при первично-множественных злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта в зависимости от характера поражения.

Материал и методы

Под нашим наблюдением 115 больных с первично-множественными злокачественными опухолями (ПМЗО) желудочно-кишечного тракта, которые проведено лечение в условиях БОФ РСНПМЦОиР и в клинике РСНПМЦОиР с 2010 г. по 2023 годы.

Из 115 больных лица мужского пола составило 63 (53,9%) и женского пола – 53 (46,1%). Возраст больных составили от 24 до 80 лет, в среднем составил – 56,9 лет. Большинство больных были в возрастной группе – 50-59 лет – 24 (20,8%) и 60-69 лет – 39 (33,9%), реже 40-49 лет 18 (15,8%) и 70-79 лет (16,5%) (Таблица №1).

Таблица №1.

Распределение больных по полу и возрасту

пол	Количество больных	Возраст, лет.						
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	>80 лет
Мужчины	62	0	7	9	13	21	11	1
Женщины	53	2	5	9	11	18	8	0
Всего	115	2	12	18	24	39	19	1

Продолжительности анамнеза во многом связана с характером поражения. При определении характера поражения основное внимание уделено состоянию пораженного органа и сроки появления второй или третьей опухоли. С учетом срока появления первичной опухоли, вторичной опухоли и третьей опухоли. Все больные распределены на четыре группы: синхронное ПМЗО – 65 (56,6%), метахронное ПМЗО – 35 (30,4%), метахронно-синхронное ПМЗО – 8 (6,9%) и синхронно-метахронные ПМЗО – 7 (6,1%) (Рис.1).



Локализация опухолевого процесса при синхронных первично-множественных злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта из 65 больных у 2 (3,1%) - отмечено поражение пищевода и желудка, у 1 (1,5%) - пищевода и восходящего отдела толстой кишки, у 3 (4,6%) - желудка и восходящего отдела толстой кишки, у 1 (1,5%) желудка и сигмовидной кишки, у 1 (1,5%) - желудка и ректосигмоидного отдела, у 4 (6,2%) - желудка и прямой кишки, у 1 (1,5%) - тонкой кишки и восходящего отдела толстой кишки, у 2 (3,1%) - слепой кишки и сигмовидной кишки, у 3 (4,6%) - восходящего отдела толстой кишки и поперечно ободочной кишки, у 4 (6,2%) - восходящего и нисходящего отделов толстой кишки, у 2 (3,1%) - восходящего отдела толстой кишки и сигмовидной кишки, у 2 (3,1%) - восходящего отдела и ректосигмоидного отдела толстой кишки, у 2 (3,1%) - восходящего отдела толстой кишки и прямой кишки, у 2 (3,1%) - поперечно-ободочной кишки и нисходящего отдела толстой кишки, у 4 (6,2%) - поперечно-ободочной кишки и сигмовидной кишки, у 2 (3,1%) - поперечно-ободочной кишки и прямой кишки, у 1 (1,5%) - нисходящего отдела толстой кишки и сигмовидной кишки, у 2 (3,1%) - нисходящего отдела и ректосигмоидного отдела, у 3 (4,6%) - нисходящего отдела и сигмовидной кишки, у 3 (4,6%) сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела, у 9 (13,8%) - сигмовидной кишки и прямой кишки, у 10 (15,4%) - ректосигмоидного отдела и прямой кишки, у 1 (1,5%) - сигмовидная кишка и поджелудочная железа.

При метахронных ПМЗО желудочно-кишечного тракта из 35 больных у 3 (8,6%) - первичная опухоль локализовались в анальном канале, у 4 (11,4%) - в прямой кишке, у 3 (8,6%) - ректосигмоидного отдела толстой кишки, у 2 (5,7%) - нисходящего отдела толстой кишки, у 1 (2,8%) - селезеночной изгибе толстой кишки, у 5 (14,3%) - поперечно-ободочной кишке, у 7 (20%) - восходящего отдела толстой кишки, у 4 (11,4%) - слепой кишки, у 5 (14,3%) - сигмовидной кишке, у 1 (2,8%) - в желудке.

Вторая опухоль при метахронных ПМЗО локализовались в 8 (22,8%) - случаях в желудке, в 2 (5,7%) - поджелудочной железе, в 1 (2,8%) - тонкой кишке, в 3 (8,6%) - восходящем отделе толстой кишки, в 2 (5,7%) - поперечно-ободочной кишке, в 2 (5,7%) - в нисходящем отделе толстой кишки, в 7 (20%) - сигмовидной кишке, в 2 (5,7%) - ректосигмоидном отделе и в 8 (22,8%) - в прямой кишке.

При метохронно-синхронных ПМЗО желудочно-кишечного тракта первичная опухоль локализовались в 1 (12,5%) - в прямой кишки и ректосигмоидном отделе и желудка, в 1 (12,5%) - в слепой кишке и восходящем отделе толстой кишки и молочной железе, в 1 (12,5%)

нисходящем отделе толстой кишки и поперечно-ободочной кишки и слепой кишки, в 1 (12,5%) в яичнике и желудке сигмовидной кишки, в 1 (12,5%) в сигмовидной кишки и ректосигмоидного отделе и теле матки, в 1 (12,5%) восходящем отделе толстой кишки и поперечной ободочной кишки и тело матки, в 1 (12,5%) в анальном канале, ректосигмоидного отделе и простате и в 1 (12,5%) желудке и поперечно-ободочной кишки и яичнике.

При синхронно-метахронных ПМЗО первичная синхронная опухоли сочетались: в 1 (14,3%) нисходящая обычная кишка, сигмовидная кишка и прямая кишка, в 1 (14,3%) восходящая толстая кишка, сигмовидная кишка и тонкая кишка, в 1 (14,3%) восходящий ободочная кишка, прямая кишки и рак тела матки, в 1 (14,3%) анальный канал, поперечно-ободочная кишка и рак молочной железы, в 1 (14,3%) прямая кишка, поперечно-ободочная кишка и забрюшинная опухоль, в 1 (14,3%) поперечно-ободочная кишка, нисходящая кишка и рак молочной железы и в 1 (14,3%) восходящая ободочная кишка и поперечно-ободочная кишка и рак простаты.

Все больные обследовались и проведены клинико-лабораторные исследования, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, УЗИ, МСКТ органов брюшной полости, МРТ малого таза, фиброэзофагогастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, морфологическое исследования (цитологическое, гистологическое иммуногистохимическое при необходимости), ПЭТ/КТ при необходимости. Морфологическое исследование проводилось при всех формах и локализациях опухоли и диагноз верифицирован гистологически из биопсийного или операционного материала. Степень распространения опухоли при синхронных и метахронных опухолях отдельно стадирована для каждой опухоли и метастатического поражения органов.

Выбор метода лечения и объем оперативного вмешательства во многом зависло от характера поражения и степени распространения опухоли (Таблица №2).

Таблица №2

Распределение больных в зависимости от характера поражения и методов лечения

Методы лечения	Синхронная ПМЗО	Метахронная ПМЗО	Метахронно-синхронная ПМЗО ЖКТ	Синхронно-метахронная ПМЗО ЖКТ
Хирургическое	-	2	1	-
Комбинированное	46	29	6	4
Комплексное	10	4	1	3
Химиотерапевтическое	7	-	-	-
Лучевая терапия	1	-	-	-
Симптоматическое лечение	1	-	-	-
Всего (n=115)	65	35	8	7

Как видно из представленные данные в таблице №2, из 115 больных с первично-множественными злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта у 3(2,6%) проведено только хирургическое лечение, у 85 (73,9%) – комбинированное лечение (ОП+ХТ), у 17 (14,8%) – комплексное лучевая терапия и у 1 (0,86%) – симптоматическое лечение.

Объем оперативного вмешательства как в самостоятельном виде лечения, так в сочетании комбинированного и комплексного лечения проводился по стандарту с учетом локализации опухоли и характера поражения.

Химиотерапия и лучевая терапия в самостоятельном виде, а также симптоматическое лечение проводилось при запущенных стадиях опухолевого процесса с профилактической или симптоматической целью.

Схемы химиотерапии в группе больных комбинированного и комплексного лечения подобраны с учетом локализации опухоли, согласно стандарту лечения, принятой МЗ Руз.

Результат и обсуждение

Результаты лечения зависели от наличия рецидивов и метастазов после проведенного лечения, а также прогрессирования опухоли. Появление рецидивов и метастазов опухоли нами изучено в зависимости от характера поражения (Таблица №3).

Таблица №3

Распределение больных в зависимости от характера поражения и рецидива, метастазов

Характер поражения	Количества больных	Частота рецидивов и метастазов	
		Рецидивы	Метастазы
Синхронная ПМЗО	65	7 (10,8%)	27 (41,5%)
Метахронная ПМЗО	35	8 (22,8%)	21 (60,0%)
Метахронно-синхронная ПМЗО ЖКТ	8	1 (12,5%)	3 (37,5%)
Синхронно-метахронная ПМЗО ЖКТ	7	1 (14,2%)	2 (28,6%)
Всего	115	17 (14,8%)	53 (46,1%)

В группе больных с синхронной первично-множественной злокачественной опухоли из 65 больных у 7 (10,8%) выявлен рецидивов опухоли и у 27 (41,5%) отдаленные метастазы. В группе метахронной первично-множественной злокачественной опухоли из 35 больных у 8 (22,8%) выявлен рецидивов опухоли и у 21 (60,0%) отдаленные метастазы. В группе больных с метахронно-синхронными ПМЗО из 8 больных у 1 (12,5) выявлен рецидив опухоли и у 3 (37,5%) отдаленные метастазы, а в группе с синхронно-метахронными ПМЗО из 7 больных у 1 (14,3%) выявлен рецидив опухоли и у 2 (28,6%) отдаленные метастазы.

В целом из 115 больных у 17 (14,8%) выявлен рецидив опухоли и у 53 (46,1%) отдаленные метастазы (Таблица №4).

Таблица №4

Распределение больных в зависимости от характера поражения и локализации метастазов

Характер поражения	Печень	В легких	.Головной мозг.	Канцероматоз брюшной полости.	Всего
Синхронная ПМЗО	13 (48,2%)	-	2 (7,4%)	12 (44,4%)	27 (100%)
Метахронная ПМЗО	13 (61,9%)	1 (4,7%)	-	7 (33,3%)	21 (100%)
Метахронно-синхронная ПМЗО ЖКТ	2 (66,6%)	-	-	1 (33,4%)	3 (100%)
Синхронно-метахронная ПМЗО ЖКТ	1 (50%)	-	1 (50%)	-	2 (100%)
Всего	29 (%)	1 (1,9%)	3 (5,6%)	20 (37,7%)	53 (100%)

Наиболее часто из 53 больных у 29 (54,7%) выявлены метастазы в печени, у 20 (37,7%) отмечено канцероматоз брюшной полости, у 3 (5,6%) выявлены метастазы в головном мозге и у 1 (1,9%) – в легких.

Сроки появления рецидива опухоли составили от 6 до 48 месяцев, в среднем составил – 24 мес.

Сроки появления отделенных метастазов зависели от характера поражения ПМЗО. При этом в группе больных синхронными ПМЗО они составили от 2 до 160 мес, в среднем составил – 43,2 мес.

При метахронных ПМЗО сроки появления отдаленных метастазов составили от 3 мес. до 372 мес, в среднем составили – 110,3мес.

При метахронно-синхронных ПМЗО желудочно-кишечного тракта сроки появления отдаленных метастазов составили от 51 до 361 мес, в среднем составили – 55,4мес.

При синхронно-метахронных ПМЗО желудочно-кишечного тракта сроки появления отдаленных метастазов составили от 3 до 41 мес, в среднем составили – 22 мес.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют, что первично-множественные злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта отличаются друг от друга по характеру поражения желудочно-кишечного тракта, течению заболевания, по частоте появления рецидивов и метастазов опухоли, несмотря на проведение радикальных оперативных вмешательств, комбинированных и комплексного методов лечения.

Выводы

1. При первично-множественных злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта частота рецидивов опухоли составляет 14,8%. Наиболее часто рецидив опухоли зарегистрирован при метакронных ПМЗО 22,8% и синхронно-метакронных ПМЗО – 14,2%, чем синхронных ПМЗО – 10,8% и метакронно-синхронных ПМЗО – 12,5%.
2. При первично-множественных злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта в 46,1% выявлены отдаленные метастазы. Наиболее часто отдаленные метастазы выявлены при метакронных ПМЗО – 60,0% и синхронных ПМЗО - 41,5%, чем при синхронно-метакронных ПМЗО – 28,6%.
3. Наиболее часто отдаленные метастазы при ПМЗО желудочно-кишечного тракта, зарегистрированы в печени - 54,7% и отмечен концероматоз брюшной полости - 37,2%, реже в головном мозге и 6% и в легких - 1,9%.
4. Сроки появления отдаленных метастазов колебались от 3 месяца до 372 месяц с учетом характера поражения. При синхронных ПМЗО желудочно-кишечного тракта в среднем отдаленные метастазы появились через 43,2 месяц, при метакронных ПМЗО - 110,3 мес., при метакронно-синхронных ПМЗО - 55,4 мес. и синхронно-метакронных ПМЗО - 22 мес.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. A Review of the Definition for Multiple Primary Cancers in the United States. Workshop Proceedings From December 4-6, 2002, in Princeton, New Jersey. Ed. Howe H.L. Springfield (IL): North American Association of Central Cancer Registries, May 2003 40.
2. Онкология: Национальное руководство. Гл. ред. акад. РАМН В.И. Чиссов и акад. РАН и РАМН М.И. Давыдов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 537-539.
3. Гореликова О.Н. Первично-множественные злокачественные опухоли. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 1992 4(3):53-62.
4. the ovary in the United States, 1992-1997. Cancer. 2003 97(10, Suppl):2660-2675.
5. Levi F., Randimbison L., Rafael B.M. et al. Second primary cancers in the Vaud and Neuchatel Cancer Registries. Eur. J. Cancer Prev. 2015 24(2):150-154.
6. Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена. Первичном множественные злокачественные опухоли (поли неоплазии). <http://www.mnioi.ru/istorii-patsientov/3985/> (дата обращения 5.01.2015 г.).
7. Бехтерева С.А., Важенин А.В. Метахронные первично множественные опухоли женских половых органов. Роль лучевой терапии в развитии второй опухоли. Вопросы онкологии. 2003 1:103-108.
8. Chen K., Wang X., Yang F. et al. Clinical features and treatment outcome of multiple primary lung cancer patients with different imaging performance. Zhonghua Wai Ke Za Zhi. 2015 53(10):731-736.
9. Li X., Kang J., Pan Q. et al. Genetic analysis in a patient with nine primary malignant neoplasms: a rare case of Li- Fraumeni syndrome. Oncol. Rep. 2015. [Epub ahead of print].
10. Кныш В.И., Ананьев В.С., Владанов И.П. Диагностика первично-множественного синхронного рака толстой кишки. Клиническая хирургия. 1987 5:17-18.
11. Владанов И.П. Первично-множественные злокачественные новообразования толстой кишки: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1988. 166 с.
12. Расулов А.О., Унгиадзе Г.В., Мамедли З.З. и др. Клинический пример: успешное лечение синхронного рака прямой и сигмовидной кишки с помощью мини- инвазивных технологий. Онкологическая колопроктология. 2014 2:41-45.
13. Ошейчик В.А. Рак толстой кишки при первично-множественных злокачественных опухолях. М., 2004 122.
14. Finan P. J., Ritchie J. K., Hawley P. R. Synchronous and “early” metachronous carcinomas of the colon and rectum. Br. J. Surg. 1987 74:945-947.
15. Свиридов А.А. Рак желудка в аспекте синхронных первично-множественных злокачественных новообразований: Автореф. дис. . канд. мед наук. М., 2003. 143 с.
16. Wu C.W., Lo S.S., Chen J.H. et al. Multiple primary cancers in patients with gastric cancer. Hepatogastroenterology. 2006 53(69):463-467.
17. Максимов С.Я. Первично множественные опухоли органов репродуктивной системы. Практическая онкология. 2009 10(2):117-123.
18. Ma S.K., Zhang H.T., Sun Y.C., Wu L.Y. Synchronous primary cancers of the endometrium and ovary: review of 43 cases. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2008 30(9):690-694.
19. Сидоренко Ю.С., Шелякина Т.В., Титова Е.В и др. Проблемы первично-множественных процессов у больных раком молочной железы. Сибирский онкологический журнал. 2010 1(37):18-22.
20. Леонов О.В. Первично-множественный рак с поражением мочеполовых органов (клиника, диагностика, лечение). М., 2011 247.

Поступила 20.04.2023