

## ОБЗОР

### СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ И ОБЩИЕ ДАННЫЕ О ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ

*Н.И. Базаров, О.А. Мирзоев, К.М. Джурабекова*  
*Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;*  
*Республиканский онкологический научный центр МЗ РТ*

**Ключевые слова:** первично-множественные опухоли, полинеоплазия, синхронные и метакронные опухоли

Первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО), или полинеоплазия - одно-временное или поочередное образование очагов злокачественного роста. Они развиваются самостоятельно и независимо друг от друга в пределах одного или нескольких органов организма человека.

Прошло более 100 лет после появления работ [42], посвящённых вопросам первичной множественности опухолей, с обоснованием возможности существования этой патологии. Ещё в 1793 году американский врач J. Pearson описал большую с метакронным раком молочных желёз и матки, и даже предложил созданному в 1802 году медицинскому обществу по изучению природы и лечения рака в Лондоне внести вопросы первичной множественности в круг изучаемых проблем [49]. В первой половине XIX века в европейской литературе появились сообщения о первично-множественных опухолях.

После работ T. Billroth интерес к первичной множественности начал возрастать, появилась необходимость создания рабочих классификаций и чёткого определения понятия «первичная множественность опухолей».

В рассматриваемый период значительный вклад в учение о полинеоплазии внёс основатель советской онкологии Н.Н. Петров (1947). Были сформулированы принципы клинического подхода к первично-множественным злокачественным опухолям, определены возможности их диагностики на основе оригинальных критериев первичной множественности опухолей.

Частота развития первично-множественных злокачественных опухолей до сих пор не определена. По данным литературы, частота встречаемости полинеоплазии впервые была указана в 1947 году, что составило 0,32%. Ещё J. Warren и O.Gates (1932) [50], установили, что частота встречаемости первично-множественных злокачественных опухолей, по результатам изучения операционных препаратов, составляет 0,76%, а согласно результатам вскрытия, достигает 3,9%.

При сравнении частоты встречаемости первично-множественного рака, установленной американскими и европейскими исследователями, доказано, что она значительно выше. Согласно мнению большинства авторов, в последние десятилетия отмечается рост заболеваемости первично-множественными опухолями. И.В. Михирев и Т.Н. Михирева отметили увеличение её в 1961-1965гг. в 3,7 раза по сравнению с данным показателем в 1946 - 1956гг.. Показатель заболеваемости первично-множественными новообразованиями в России увеличился с 5,1 в 1998г. до 7,4 в 2003 г. на 100 000 населения, а доля больных с первично-множественными злокачественными новообразованиями от числа больных, с впервые в жизни установленным диагнозом, увеличилась с 1,7 до 2,5%) [36]. Этот рост обусловлен улучшением диагностики и лечения первично - множественных опухолей, а также увеличением продолжительности жизни больных. Не вызывает сомнения наличие связи между ростом заболеваемости солитарными и первично-множественными злокачественными опухолями, хотя частота встречаемости солитарных опухолей отдельных локализаций не всегда коррелирует с

частотой выявления первично-множественных опухолей [2], что обуславливает необходимость изучения частоты встречаемости первично-множественных опухолей по отдельным системам. Этиология и патогенез первично-множественных опухолей окончательно не установлены. Более частое их развитие в органах одной системы может свидетельствовать об её предрасположенности к полинеоплазии, то есть о так называемом раковом диатезе. Несомненно, имеется определённая связь между наследственностью и возникновением первично-множественного рака. В последние годы получены данные о повреждениях хромосомного аппарата у больных с первично-множественными опухолями органов пищеварительного тракта [39]. В настоящее время общепризнано, что зачатки опухолей могут находиться на разных этапах канцерогенеза и состоять из различных клонов опухолевых клеток, в результате слияния которых развивается полиморфный рак. Следовательно, при большом расстоянии между этими зачатками могут образоваться самостоятельные узлы первично-множественной опухоли, причём формирование этих очагов может происходить одновременно или последовательно. В онкогенезе большое значение придается синдрому канкрофилии, включающему гормонально-метаболические сдвиги и снижение активности иммунитета, которые повышают вероятность опухолевой трансформации клеток под влиянием экзогенных факторов и создают благоприятные условия в организме для их выживания. Факторы, обуславливающие образование первой опухоли, приводят к развитию второй и последующих опухолей в тех случаях, когда причины опухолевой трансформации и иммунодепрессии не устранены [23].

В литературе появляется всё больше публикаций, посвящённых роли ионизирующего излучения в развитии первично-множественных злокачественных опухолей. Их возникновение авторы связывают, во-первых, с частым облучением, которое практикуется при мониторинге онкологических больных; во-вторых, с лучевой терапией, которую проводят у половины больных со злокачественными опухолями; в-третьих, с комбинированным лечением, одним из вариантов которого является неадьювантная химиотерапия или послеоперационное облучение; в-четвёртых, с профессиональным и внешнесредовым облучением людей в результате катастроф (атомная бомбардировка в Японии, аварии на атомных электростанциях и др.) [46,48].

Определить точно риск развития второй опухоли после лучевого лечения в расчёте на 1сантигрей облучения в современных условиях не представляется возможным [39].

Х.М. Саидов и др. [7], изучив клинико-морфологические, а также фоновые проявления злокачественной полинеоплазии кожи лица у 60 пациентов, установили следующее: лица критического возраста (50-70 лет и старше), которым проводится лечение по поводу опухолеподобных процессов и доброкачественных опухолей, должны быть консультированы врачами - онкологами, а операционный материал должен быть подвергнут цито - морфологическому исследованию. Жители сельской местности, имеющие хронические ультрафиолетовые дерматозы без клинических проявлений, должны быть под наблюдением врача - кожнодерматолога, онколога. Морфологически у большинства пациентов (67%) установлен базальноклеточный рак, который у 20% сочетался с плоскоклеточным в соседних очагах кожи лица. В 15% случаев был установлен плоскоклеточный рак, а в 3% случаев были верифицированы злокачественная лимфома и низкодифференцированный рак, что свидетельствует о необходимости проведения обязательного патоморфологического исследования всех очагов новообразований. Фоновым состоянием для развития первично-множественных злокачественных опухолей лица явились: в 58% случаев - клинически здоровые участки кожи лица, из них базальноклеточный рак составил 30%, а плоскоклеточный рак - 28% случаев. Опыт показывает, что для развития множественных опухолей необходимо наличие стойких патологических изменений в организме, обуславливающих малигнизацию клеток в различных тканях и органах одновременно или последовательно. Ликвидация опухоли одним из существующих методов

может привести к излечению, но не всегда останавливает дальнейшее прогрессирование опухолевой болезни.

В настоящее время в онкологии применяют дифференцированный подход к оценке факторов, определяющих развитие опухолей. Возникновение злокачественных опухолей различных органов обусловлено воздействием сходных по принципиальной направленности, но различающихся по способу реализации патологических процессов, поэтому этиология и патогенез первично-множественных опухолей являются яркой иллюстрацией современной полиэтиологической теории канцерогенеза.

Развитие двух и более злокачественных опухолей у одного больного может быть обусловлено влиянием окружающей среды и ионизирующего излучения, наследственностью, лекарственной противоопухолевой терапией, иммунодефицитным состоянием и другими факторами [39].

Г.Б. Громовым [21] предлагается следующая схема развития рака кожи из очагов пигментной ксеродермы: солнечный свет - дистрофические изменения кожных покровов - фотодерматоз - светобоязнь - нарушение пигментобразования - гиперкератоз - кожный зуд - раковая опухоль.

Важное место в развитии злокачественных новообразований кожи отводится фактору “экспозиция солнечной радиации”, который при длительном присутствии во внешней среде человека оказывает кумулятивное воздействие. Кроме климатогеографических факторов, важное значение в развитии рака кожи, особенно эпителиальных злокачественных опухолей, имеют возраст, индивидуальный тип кожи, ослабление местного и общего иммунитета. В патоморфозе злокачественных новообразований условно выделяют четыре стадии развития: неравномерная диффузная гиперплазия, появление очаговых пролифератов, доброкачественная опухоль и злокачественная опухоль. Нередко очерёдность стадий развития опухолей нарушается, то есть вторая стадия может перейти в четвёртую, минуя третью. При устранении бластомогенных факторов превращение опухоли в злокачественную, может приостановиться или наступает её обратное развитие.

С целью изучения клинико-морфологических проявлений полинеоплазии кожи лица был проведён анализ клинического материала у 60 больных, которые находились под наблюдением в течение 3 и 5 лет [10]. Выбор периода наблюдения обусловлен тем, что рецидивы возникают в течение первых трёх лет после лечения, а метастазы и летальные исходы - в течение пяти лет после лечения рака кожи. Из 60 пациентов с полинеоплазией кожи лица 42 (70%) человека проживали в сельской местности, из них мужчин 7 (39%), женщин - 11 (61%). Значительное количество пациентов с полинеоплазией кожи лица из сельской местности было связано с длительным пребыванием их на открытом солнечном свете во время работы, где прямому попаданию солнечных лучей на кожу лица и других частей тела не препятствуют ни тень деревьев, ни здания. Кроме того, во время полевых работ сельские жители защищают головы тубетейками и платками, которые не имеют козырька, что способствует кумулятивному воздействию ультрафиолетовой радиации на открытые участки лица.

При анализе полового состава больных с полинеоплазиями кожи лица было установлено, что новообразования встречались у женщин - 31 (52%) чаще, чем мужчин - 29 (48%). Это обусловлено тем, что большинство женщин сельской местности с раннего детства до пожилого возраста привлекались к работам в поле для сбора хлопка и другой сельскохозяйственной продукции; в быту они выпекали хлеб в тандуре (горячая печь), а также готовили пищу на дровах из хлопчатника, который при возгорании даёт одномоментно высокую температуру, а дым (при сырых дровах) содержит производные бензопиренового ряда (3,4-бензопирен, антрацен, пирен, трёхокись мышьяка) и других канцерогенных агентов. Использование сельскими жителями для питья и мытья лица воды, содержащей в значительных концентрациях пестициды, инсектициды, гербициды, химические удобрения, также оказывает негативное воз-

действие на кожу и внутренние органы, что может явиться причиной развития полинеоплазии кожи лица [6].

А.Ф. Лазерев [35] при изучении зависимости уровня заболеваемости злокачественными опухолями щитовидной железы, кожи, лёгкого, толстой кишки, злокачественных лимфом, органов женской репродуктивной системы, печени и костей от качества поверхностных и подземных вод, рельефа местности, количества осадков, состава почвы, содержания микроэлементов и радионуклидов в почве, воде и продуктах растениеводства, установил взаимосвязь отдельных злокачественных новообразований с конкретными факторами окружающей среды и техногенеза (содержанием в поверхностных водах свинца, цинка, меди, молибдена, мышьяка; в почве - никеля, ванадия, хрома; высокой природной и техногенной радиоактивности; в атмосферном воздухе - токсических веществ и другие).

Таким образом, проведённое исследование определило зависимость развития каждого онкологического заболевания от конкретных факторов внешней среды и дало возможность проведения первичной гигиенической профилактики рака.

В этиологии злокачественных первично-множественных опухолей кожи лица важную роль играет пол, возраст, местожительство, работа на открытой местности без использования индивидуальных и коллективных средств защиты кожи от инсоляционных факторов, а позднее поступление пациентов с первично - множественными злокачественными новообразованиями кожи лица обусловлено незнанием широкого круга населения о возможности развития злокачественных опухолей на коже, а также низкой онкологической настороженностью врачей общего профиля.

В проблеме полинеоплазии критерии первичной множественности злокачественных опухолей служили предметом дискуссии. В 1883 году Т. Billrot [42] описал признаки первичной множественности злокачественных опухолей: опухоли анатомически обособлены, т.е. располагаются отдельно друг от друга; опухоли имеют разную гистологическую структуру; каждая опухоль даёт собственные метастазы.

Важным этапом в изучении первичной множественности опухолей явилась работа J.Warren и O.Gates (1932) [50], которые дали критерии первичной множественности злокачественных опухолей: каждая опухоль должна иметь чёткую картину злокачественности; опухоли должны располагаться раздельно; по возможности необходимо исключить вероятность метастатического происхождения одной опухоли по отношению к другой.

Исторически существует несколько классификаций первично-множественных злокачественных опухолей.

В классификациях Борета (1908), Л.М. Ратнер и А.М. Воротилкина (1939) учитывалась локализация опухолей в органах и системах органов, зависящих и независящих друг от друга.

В дальнейшем появились классификации Н.И. Непряхина (1926), Петрова (1946, 1961), Е.А. Цель (1947), Merhcimer et al. (1964).

В основу классификации Moertel Ch. (1964) была положена тканевая принадлежность, локализация и гистологическая структура опухолей.

Д.М. Абдурасулов и К. Е. Никишин [2], в своей классификации учитывали последовательность обнаружения первично-множественных новообразований, проводилось деление групп на подгруппы по тканевой принадлежности, гистологической структуре и локализации опухолевого процесса.

С.М. Слинчак (1968) предложил классификацию, включив в неё и время возникновения опухолей:

I. Синхронные множественные опухоли:

- 1) мультицентрические множественные опухоли в одном органе;
- 2) системные опухоли и опухоли парных органов;
- 3) несистемные множественные опухоли различных органов.

## II. Метакронные опухоли:

- 1) мультицентрические метакронные опухоли в одном органе.
- 2) системные метакронные опухоли и опухоли парных органов.

В последнее десятилетие проблема множественных новообразований приобрела особое значение в связи с наблюдаемым повышением частоты вторых, третьих и последующих опухолей, что связано с рядом обстоятельств. I. Hуbasek (1989) говорит о необходимости длительного наблюдения за пациентами, у которых противоопухолевое лечение онкологического заболевания оказалось эффективным.

Анализ клинических данных также показывает, что вероятность обнаружения второй опухоли увеличивается, если первая была выявлена у пациента в относительно раннем возрасте [47]. Эти данные свидетельствуют о необходимости включения пациентов, перенёсших онкологическое заболевание в раннем возрасте, в группу повышенного риска развития вторых опухолей.

Большинство авторов, изучающих полинеоплазии, шли по пути выделения отдельного органа, поражающегося при первично-множественном раке [13,29,31,33]. Однако некоторые учёные избирали системный подход к этой проблеме, анализируя полинеоплазию репродуктивной, пищеварительной, эндокринной, дыхательных систем [13,24,39,40,49]. Такой подход позволяет шире взглянуть на различные виды первично-множественных опухолей, определить частоту их сочетаний.

Другой причиной повышения частоты образования синхронных и метакронных очагов называют совершенствование методов диагностики и расширение арсенала диагностических средств. Применение эндоскопических и ультразвуковых методик, а также компьютерной и магнитно-резонансной томографии, серологического, иммунологического и иммуноморфологического исследований с применением специфических антител к опухолюассоциированным антигенам, позволяет обнаруживать новообразования незначительных размеров, которые часто не проявляются клинически.

При целенаправленном исследовании пациентов с применением новейших диагностических методов частота обнаружения множественных опухолей значительно превышает частоту их выявления при рутинном клиническом наблюдении за онкологическими больными [52].

Таким образом, в качестве причин возникновения первичной множественности злокачественных новообразований могут выступать самые разнообразные факторы: генетические, экологические, ятрогенные, вирусные, внутрисредовые.

В соответствии с теорией многостадийного канцерогенеза развитие неоплазии происходит в несколько этапов: появление инициированных клеток; фиксация в них генетических нарушений, приводящих к активации протоонкогенов; дальнейшая пролиферация инициированных клеток и их злокачественная трансформация; прогрессия злокачественных признаков и собственно опухолевого очага.

Один из актуальных аспектов проблемы первичной множественности опухолей - определение принципиальных позиций в выборе лечебной тактики. Это связано с увеличением контингента подобных больных. Определение стратегии лечения метакронно и синхронно выявленных опухолей - задача сложнее, чем планирование лечения одного злокачественного новообразования. В связи с разнообразием вариантов сочетания опухолей требуется ещё более дифференцированный подход к лечению каждого конкретного больного.

Отправными точками при выборе лечебной тактики, служат:

- синхронное или метакронное выявление опухоли;
- локализация, стадия и гистогенез каждой из них;
- прогноз каждой из выявленных опухолей;

-возраст и соматическое состояние больного, наличие нарушений, обусловленных опухолью;

-реальная оценка возможностей противоопухолевых воздействий применительно к каждой выявленной опухоли и их сочетанного применения.

Х.М. Саидов и соавторы [7] при лечении 46 пациентов с первично-множественными злокачественными новообразованиями кожи на фоне пигментной ксеродермии отметили успешность терапии с комплексными и комбинированными подходами, а также выполнение расширенных комбинированных оперативных вмешательств, применение сложных трансплантатов.

Порядок перечисления приведённых выше факторов не означает важности одного по сравнению с другим. Несомненно, список их можно увеличить, и он будет расти [7].

Только благодаря развитию различных методов диагностики, противоопухолевого воздействия и реабилитации стал реальным подход к лечебной тактике больных с первично – множественными опухолями.

Современная первичная и уточняющая диагностика в онкологии базируется на использовании традиционного рентгенологического исследования, эндоскопии, ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, различных вариантов морфологического исследования.

Хирургический метод обогатился ультразвуковой, лазерной и микрохирургической техникой, а также анестезиологическим обеспечением. Эндоскопическую хирургию применяют при операциях в диапазоне от паллиативных вмешательств типа реканализации частичной лазерной деструкции до радикального удаления опухоли. Всё перечисленное способствует развитию метода в двух направлениях:

- 1) расширение показаний к радикальным операциям при местно- распространённых опухолях адекватным закрытием больших дефектов и сохранением функции органов;
- 2) увеличение удельного веса органосберегающего лечения.

При планировании терапии с первично – множественными опухолями следует оценить возможности каждого метода противоопухолевого лечения, факторы, ограничивающие его применение и риск возникновения осложнений.

В методических подходах при синхронно и метакронно выявленных опухолях существует ряд общих положений. В первую очередь - это многообразие клинических ситуаций:

- поражение одного органа или системы;
- поражение парных органов;
- сочетание двух или нескольких солидных новообразований, либо солидного и системного;
- сочетание различных злокачественных опухолей, злокачественных и промежуточных;
- двух или нескольких промежуточных, злокачественных и доброкачественных новообразований.

К общим положениям относится оценка возможности планирования радикального и паллиативного лечения каждой выявленной опухоли и необходимость реабилитации.

Варианты клинической ситуации зависят и от степени распространённости каждой выявленной опухоли:

- малый рак двух или нескольких локализаций;
- малый рак или рак в начальных стадиях, в сочетании с более распространёнными, но подлежащими радикальному лечению опухолями;
- одна опухоль, подлежащая радикальному лечению, в сочетании с местно - распространённым раком или генерализованным процессом, по поводу которого может быть предпринято только паллиативное либо симптоматическое лечение;
- два или несколько новообразований, не подлежащих радикальному лечению.

Вместе с тем, в методических подходах при синхронно и метакронно выявленных первично-множественных опухолях существует ряд различий, влияющих на лечебную тактику. При

синхронных первично-множественных опухолях ситуация осложняется в связи с необходимостью лечения, часто комбинированного и комплексного, всех выявленных очагов, различающихся по чувствительности к лучевому и лекарственному воздействию. При невозможности одновременного лечения, чрезвычайно труден выбор последовательности воздействий на разные опухоли [41].

При метакронно диагностированных новообразованиях необходима оценка результатов лечения ранее выявленной опухоли, учёт функциональных и органических нарушений, обусловленных предыдущим лечением, и определение резервов организма носителя [41].

Основными методами профилактики первично – множественных злокачественных опухолей кожи лица является самообследование кожи в качестве надёжного скринирующего теста, вполне приемлемого для широких кругов населения. Необходимо повысить онкологическую настороженность врачей как терапевтического профиля, так и хирургического профиля. Таким образом, одной из важнейших проблем онкологии являются вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения, а также профилактики первично-множественных злокачественных опухолей различных локализаций, которые изученных, а доброкачественные новообразования подлежат изучению как мера профилактики злокачественной полинеоплазии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М., Двойрин В.В., Трапезников Н.Н. Статистика злокачественных новообразований в России и некоторых других странах СНГ. М., 1993
2. Абдурасулов Д.М., Никишин К.Е. Первично - множественные опухоли –Ташкент. Медицина, 1977
3. Айтаков А.П., Михайловский А.М. Первично-множественный рак лёгких//Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 1996. №2.-С57-60
4. Антонов А.Л., Самусенко П.А. К проблеме первично-множественных опухолей//Труды первого съезда Российского общества патологоанатомов (21-24 января 1997). М., 1996.-С.13-14
5. Ачинович С.Л., Пригожая Т.И., Михайлов И. В. Клинико-морфологические аспекты первично-множественных опухолей//Материалы 3-го съезда онкологов и радиологов СНГ, 25-28 мая 2004г., ч.1, -С.297
6. Базаров Н.И., Саидов Х.М., Зикирходжаев Д.З. К вопросу клинико-морф-фонных проявлений первично-множественных злокачественных опухолей кожи лица//Материалы VII научно-практической конференции ТИППМК. Душанбе. 2001. -С.56-57
7. Базаров Н.И., Саидов Х.М., Хусейнов И.Н. Лечение первично-множественных злокачественных опухолей кожи, появившихся на фоне пигментной ксеродермы//Материалы VII научно-практической конференции ТИППМК. Душанбе. 2001.-С.57-59
8. Базаров Н.И., Саидов Х.М., Маджидова Д.Х. Современные взгляды на хирургическое лечение солитарных и первично-множественных злокачественных опухолей кожи в области головы и шеи//Известия АН. РТ. 2002. №1-2, -С.41-50
9. Базаров Н.И., Саидов Х.М., Хусейнов З.Х. К вопросу о консервативных методах лечения эпителиальных первично-множественных и солитарных злокачественных опухолей кожи лица//Известия АН. РТ. 2002. №1-2.-С.72-81
10. Базаров Н.И., Саидов Х.М. О методических подходах в диагностике и лечение злокачественной полинеоплазии//Вестник Авиценны, 2004. №1-2,-С.100-104
11. Баштан В.П., Кравцова А.П., Лымарь Л.А., Литвиненко В.Е., Малиновский В.В., Корнеев О.В. Полинеоплазии у женщин Полтавского региона Украины//Материалы 3-го съезда онкологов и радиологов СНГ, 25-28 мая 2004г., ч.2, -С.21
12. Буглова Е.Е. Радиационно-индуцированная онкологическая заболеваемость населения Республики Беларусь, обусловленная облучением в результате Чернобыльской катастрофы

рофы // Автореф. докт. дисс. Минск, 2002

13. Бехтерева С.А., Важенин А.В., Васильева Т.А., Васильченко М.В. Первично-множественные злокачественные опухоли, возникшие после облучения // Высокие технологии лучевой терапии. Сборник научных трудов. Челябинск, 1995. -С. 3-5

14. Важенин А.В., Бехтерева С.А., Бехтерева Е.И., Гюлов Х.Я. Очерки первичной множественности злокачественных опухолей // Челябинск: Иероглиф, 2000

15. Васильченко Н.В., Бехтерева С.А., Васильева Т.А. Возможности повторного облучения у больных с первично-множественными опухолями // Вопросы онкологии, 1995. Т.41, №1.-С. 94-95

16. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М., ООО «Медицинское информационное агентство», 1998

17. Ганцев Ш.Х., Мерабишвили В.М., Куликов Е.И., Старинский В.В. и соавт. Распространённость и риск возникновения первично-множественных опухолей по материалам популяционного канцер-регистра // Российский онкологический журнал, 1998. №5.-С. 4-7

18. Гарькавцева Р.Ф., Казубская Т.П., Любченко Л.Н. Наследственный рак: идентификация, генетическая гетерогенность, медико-генетическое консультирование // Вестник Российской Академии медицинских наук. 2001, №9.-С.27-32

19. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М., Практика, 1999

20. Гречишкина О.Д., Николавцева Л.М. Первично-множественные злокачественные опухоли у гинекологических больных // Актуальные вопросы теоретической и клинической онкологии. Тезисы докладов. Оренбург, 1996. -С. 60-62

21. Громов Г.Б. Рак кожи у детей (клиника, диагностика и лечение) // Автореф. докт. дисс. М., 2000

22. Гаврилюк Д.В., Дыхно Ю.А., Артюхов И.П., Ильина М.В., Сидоров А.Н. Закономерности распространения первично-множественных злокачественных опухолей в Красноярском крае // Материалы 4 съезда онкологов и радиологов СНГ 28.09.2006. Баку. №16, -С.9

23. Дильман В.М., Михельсон В.М. Наследственная предрасположенность к раку у человека // Общая онкология/ Руководство для врачей. Л., Медицина, 1989.-С.87-118

24. Денисов А.П., Курдина Н.Е. Первично-множественной рак и злокачественные опухоли кожи // Клиническая медицина, 1995. №5. -С. 65-67

25. Ермошина Н.В., Сергеева Н.С., Ахмедова С.А. Опухлеассоциированный антиген СА-125 в норме и при патологических состояниях // Вопросы онкологии. 2000, Т.6, №5.-С. 529-537

26. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и профилактика рака // Вестник Российской Академии медицинских наук. 2001, №9.- С. 6-13

27. Иммуногистохимическая диагностика опухолей человека. Руководство для врачей – морфологов // Под ред. Петрова С.В., Киясова А.П. Казань, 1998

28. Имянитов Е.Н., Хансон Е.П. Молекулярные аспекты патогенеза первично-множественных опухолей // Российский онкологический журнал, 1998, №5.-С. 47-51

29. Калбанов К.И. Рак легкого при первично-множественных злокачественных опухолях (особенности выявления, диагностики и лечения) // Автореф. канд. дисс. М., 2001

30. Карабанов Г.Н., Каримов А.И. Гемореологические нарушения у онкологических больных с распространённым процессом // Паллиативная медицина и реабилитация. 2001, №3.-С. 26-27

31. Керимов Р.А. первично – множественный рак молочной железы (клиника, диагностика, лечение, прогноз) // Автореф. докт. дисс., М., 2001

32. Кишкун Г.И., Назаренко А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. М., Медицина, 2000

33. Колосюк В.А. Первично – множественные опухоли у больных раком щитовидной железы: обзор // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1998, №2.-С.101-105



34. Колядо В.Б., Киселёв В.И., Шойхет Я.Н., Колядо И.Б. Потеря здоровья населения Алтайского края при ядерных испытаниях на Семипалатинском полигоне//Реотроспективная медико-демографическая оценка. Барнаул, 1998
35. Лазарев А.Ф. Экологическая эпидемиология онкологических заболеваний. Материалы 4 съезда онкологов и радиологов СНГ .2006год. Баку, №49, -С.16
36. Михерев И.В., Михерева Т.Н. Первично- множественные злокачественные опухоли//Вопр. Онкол. 1976, №8. -С.79-83
37. Решетов А.Л., Кравцов А.Д. Наблюдение первично- множественных метакронных опухолей тройных локализаций//Российский онкологический журнал, 1996, №3. -С.41-44
38. Романчишен А.Ф., Колосюк В.А. Причинно- следственные связи при первично- множественных опухолях у больных с тиреоидной патологией // Хирургия эндокринных желёз (Материалы 4 Российского симпозиума по хирургической эндокринологии, Уфа, 26-28.09.1995). С-Пб, 1995
39. Сельчук В.Ю. Первично-множественные злокачественные опухоли (клиника, лечение и закономерности развития). Автореф. докт. дисс., М.1994
40. Чекаев Г.М. Первично-множественные опухоли желудочного тракта// Казанский медицинский журнал, 1995. №5. -С. 377-378
41. Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х., Первично-множественные злокачественные опухоли// Руководство для врачей. М., Медицина, 2000
42. Billroth C.A. T. Die allgemeine Chirurgie, Pathologie und Therarie.-Berlin; G.Riemer.1889.P.908
43. Brugnara S., Aldovini D. et al. Are p 27, p21 and p53 prognostic factors in ovarian carcinoma patients? // Eur. J.of Cancer. 2001. Vol. 37 (6). №10. P. 323
44. Beckmann M.W., Hanstein B., H.G. Bender und and.Wirkmechahismen ovarieller Steroidhormone und Antiestrogene Karsinogeneze der Mamma und des Endometriums. bersicht. Geburst sh.Frauenheilk.2000.-С.60:71-76
45. Carrier J., Mangard C.M., Le Mevel., Bignon L.J. Allelotype influence at GSTM1 locus on breast cancer susceptibility//Br. J. Cancer.1999.Vol.79.P.346-351
46. Elain Ron. Radiation carcinogenesis//Eur. J. of Cancer.2001.Vol.37(6).№10. P.136
46. Manavoglu O., Orhan B., Evrensel T. et.al. Second primary cancer due to radiotherapy and chemotherapy //J. Environ/Pathol/Toxicol.Oncol/ 1996.Vol.15.P.275-278
47. Neglia J., Meadows A.T., Robinson L.I. et al. Second neoplasms after acute lymphoblastic leukemia in children//New.Engl.J.Med.1991.Vol.15.P.273-280
48. Rubagotti A., Perrota A., Casella C., Boccardo F. Risk of new primaries after chemotherapy and/or tamoxifen treatment for early breast cancer//Ann. Oncol/1996.VOL.7.P.239-244
49. Shoenberg B. Multiple primary malignant neoplasms // Berlin; Springer Verlag, 1977
50. Valkomonico F., Grigolato G. et al. Ki-67: is it a prognostic index in node negative breast cancer patient? // Eur. J. of Cancer. 2001. Vol. 37(6). №10. P.121.50
51. Wanderas E.H., Fossa S.D., Tretli S. Risk of subsequent non-germ cell cancer after treatment of germ cell cancer in 2006 Norwegian male patients//Europ.J.Cancer.1997.Vol.15.P.253-262
52. Watanabe S. Multiple primary heoplasms; Role of autopsy, selected sited wit emphasys on Japan/Influence Tumor Dev. Host (Dordrecht etc.) 1989. 3.35-39

## ХУЛОСА

**Ақидаҳои муосир ва маълумоти умумӣ оиди  
омоси аз аввал серманбаъ**

**Н.И. Бозоров, О.А. Мирзоев, К.М. Ҷӯрабекова**

Муаллифони мақола ақидаҳои муосир ва маълумоти умумиро оиди омоси аз аввал серманбаъ, таҳаввулоти инкишофи онҳо, беморият, тасниф, авомили хатарнок, ташхис, табобат ва пешгирии дар мавриди полинеоплазия таҳлил кардаанд. Онҳо ба хулоса омаданд,

ки омӯзиши хеле муфассали омосҳои бадсифат, зарурияти ҷустуҷӯро оиди ташхиси саривақтӣ ва табобати полинеоплазияи бехатар бояд идома дод.

## SUMMARY

### ACTUAL VIEWS AND COMMON DATE ON FIRST-PLURAL TUMOURS

**N.I. Bazarov, O.A. Mirzoev, K.M. Jurabekova**

The authors of the article analyze actual views and common date on first-plural tumours, evolution, frequency, classification, risk-factors, diagnostics, treatment and prophylaxis under polyneoplasies. They arrive at the conclusion of detailed study of cancers, necessary of actual diagnostics and treatment of non-malignant tumours.



## ХИРУРГИЯ

### РЕКОНСТРУКЦИЯ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПРИ МИКРОТИИ

*У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, И.З. Саидов, З.Ф. Нуралиев*

*Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии*

**Ключевые слова:** микроотия, аутохрящ, реконструкция ушной раковины, лоскут височной фасции

**Актуальность.** Микроотия является одной из тяжёлых форм аномалии, которая характеризуется недоразвитием всей ушной раковины. Она может сочетаться с атрезией наружного слухового прохода, либо без атрезии последнего. Патология встречается у 1 из 6000 новорождённых европейской расы, причём соотношение между лицами мужского и женского пола составляет 2:1 или 3:1 [1,5,7]. Правосторонняя микроотия встречается в два раза чаще, чем левосторонняя. Различают три степени микроотии – I – согнутая, плоская и вросшая ушная раковина, II – малая, опущенная и свёрнутая ушная раковина, III – рудименты ушной раковины (только мочка или кожно-жировой валик) [3].

История реконструкции ушной раковины своими корнями началась ещё в древние времена (600 лет до нашей эры), о чём свидетельствуют описания в Sushruta-Samhita [11]. В Европе первое сообщение о реконструкции ушной раковины было опубликовано в XVI веке, автором которого являлся Tagliacozzi [15]. Впервые о применении аутохряща из ребра сообщил Gillies в 1920 году [8]. Современные возможности тотальной реконструкции ушной раковины с использованием аутохряща из рёберной дуги начались после опубликования работы R.C. Tanzer в 1959 году [16]. В дальнейшем его ученик и последователь В. Brent усовершенствовал технику реконструкции ушной раковины с использованием ауторёберного хряща при микроотии [6]. Оригинальную работу о новом способе тотальной реконструкции ушной раковины при микроотии в 1993 году опубликовал S. Nagata [12]. Автор совместил три первые этапа способа Brent в один этап и добился формирования ушной раковины в два этапа [14]. Последующие рабо-