

КОМПЛЕКСНЫЙ КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И ПРИЧИН ИХ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ



Джураев Миржалол Дехканович¹, Улмасов Фирдавс Гайратович²

1 - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚОРИН ПАРДА ОРТИ НООРГАН ЎСМАЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ҚАЙТАЛАНИШ САБАБЛАРИ: КЛИНИК ВА ТАШКИЛИЙ ЁНДАШУВНИНГ КОМПЛЕКС ТАҲЛИЛИ

Джураев Миржалол Дехканович¹, Улмасов Фирдавс Гайратович²

1 - Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

COMPREHENSIVE CLINICAL AND ORGANIZATIONAL ANALYSIS OF RETROPERITONEAL INORGANIC TUMORS AND CAUSES OF THEIR RECURRENCE

Jurayev Mirjalol Dekhkanovich¹, Ulmasov Firdavs Gayratovich²

1 - Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада қорин парда орти ноогран ўсмалари (ҚПОНУ)ни ташхислаш ва даволаш бўйича комплекс таҳлил натижалари келтирилган, уларнинг қайта пайдо бўлиши хавф омиллари баҳоланган. Қўп соҳали ёндашув зарурияти, мультвисцерал резекциялардан фойдаланиш ҳамда диспансер кузатув тизимини қайта кўриб чиқиш зарурлиги асосланган. Қайталанувчи ҚПОНУ билан оғриган 276 бемор маълумотлари ретроспектив таҳлил қилинди. Яшаб қолиш ва рецидивнинг бошланиш муддати билан боғлиқ прогностик аҳамиятга эга омиллар аниқланди. клиник ва ташкилий бошқарувни такомиллаштириш бўйича таклифлар ишлаб чиқилган.

Калит сўзлар: қорин парда орти ноогран ўсмалари, рецидив, мультвисцерал резекция, диспансер кузатув, жарроҳлик даволаш.

Abstract. This article presents the results of a comprehensive analysis of the diagnosis and treatment of retroperitoneal inorganic tumors (RIT), including assessment of recurrence risk factors. The need for a multidisciplinary approach, the use of multivisceral resections, and a revision of follow-up protocols are substantiated. A retrospective study of 276 patients with recurrent RIT was conducted. Prognostically significant factors affecting survival and timing of recurrence were identified. Strategies for optimizing clinical and organizational management of RIT patients are proposed.

Keywords: retroperitoneal inorganic tumors, recurrence, multivisceral resection, follow-up monitoring, surgical treatment.

Введение. Неорганные опухоли забрюшинного пространства (НЗО) представляют собой особую нозологическую категорию, характеризующуюся отсутствием органной принадлежности и высокой вариабельностью гистогенеза. Их клиническое течение зачастую бессимптомно, диагностика запаздывает, а оперативное лечение требует высокой квалификации и оснащённости. Несмотря на редкость (0,2–0,4% всех онкологических заболеваний), НЗО представляют серьёзную проблему для здравоохранения в связи с высокой частотой рецидивов, технической сложностью операций и недостаточной результативностью химио-лучевого воздействия [1].

Забрюшинное пространство представляет собой сложную анатомическую зону, включающую в себя жировую клетчатку, лимфатические структуры, сосуды и элементы нервной системы, но не содержащую полноценных паренхиматозных органов. В связи с этим, опухоли, возникающие в данной области и не ассоциированные с каким-либо конкретным органом, получили наименование неорганых забрюшинных опухолей (НЗО) [2]. Они включают широкий спектр новообразований различного гистогенеза - от мезенхимальных сарком до нейрогенных опухолей и эмбриональных остатков.

Несмотря на свою относительную редкость (менее 0,5% всех онкологических заболеваний), НЗО представляют значительную клинко-онкологическую проблему [3]. Во-первых, их бессимптомное или малосимптомное течение на ранних стадиях приводит к диагностике преимущественно в запущенных формах, когда опухоль уже достигает значительных размеров. Во-вторых, локализация новообразования в непосредственной близости к магистральным сосудам, важным нервным и органным структурам делает хирургическое вмешательство технически трудным и сопряжённым с высоким риском [4].

Кроме того, при НЗО отсутствуют чёткие клинические и радиологические критерии раннего выявления, что обуславливает необходимость совершенствования не только тактики лечения, но и системы их клинко-диагностического наблюдения. Дополнительную сложность представляет высокий процент рецидивов даже после радикального хирургического вмешательства, что требует пересмотра существующих подходов к диспансерному контролю и адъювантной терапии.

В условиях современного онкологического процесса в Узбекистане накоплен ценный опыт диагностики и лечения НЗО, который до настоящего времени не получил должного научного обобщения. В этой связи систематизация клинических данных, оценка эффективности применяемых методов, выявление прогностических маркеров рецидива и формирование унифицированного подхода к ведению данной группы больных является актуальной задачей научной онкологии и практического здравоохранения.

Цель исследования. Совершенствование клинических и организационных подходов к диагностике и лечению НЗО и их рецидивов.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование носит смешанный (ретроспективно-проспективный) характер и охватывает период наблюдения с 2010 по 2024 год. В исследование включены 348 пациентов с неорганными опухолями забрюшинного пространства (НЗО), пролеченных в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР) и его Самаркандском филиале. Из общего числа пациентов 276 имели рецидивное течение заболевания, что позволило сформировать репрезентативную выборку для анализа факторов риска повторного роста опухоли и оценки эффективности различных лечебных подходов.

Применялись следующие методы диагностики: ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная

томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), морфологическое исследование (гистология, иммуногистохимия), обзорная и контрастная рентгенография. Все пациенты проходили биохимический и клинический анализ крови, оценку функции печени и почек, определение уровня опухолевых маркеров (по показаниям).

Лечебные мероприятия включали:

- хирургическое вмешательство (радикальное, условно радикальное, паллиативное, циторедуктивное);
- мультिवисцеральные резекции при вовлечении соседних органов и структур;
- лучевую терапию (предоперационную, послеоперационную, паллиативную);
- полихимиотерапию в неоадъювантном, адъювантном и самостоятельном режиме.

Из 348 пациентов: 184 перенесли хирургическое вмешательство, из которых 81 - радикальное, 86 - паллиативное, 17 - циторедуктивное; лучевая терапия применялась у 31 пациента, химиотерапия - у 251, в том числе комплексная терапия - у 27 пациентов. При мультिवисцеральных вмешательствах наиболее часто удалялись: селезёнка, почка, участки кишечника, поджелудочная железа.

Для оценки краткосрочных и отдалённых результатов лечения проводился мониторинг по следующим параметрам: непосредственный эффект (по критериям ВОЗ), срок безрецидивной выживаемости, общая выживаемость, частота и структура осложнений, частота повторных операций. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакета Statistica v.12 и Excel. Использовались методы описательной статистики, критерий χ^2 , анализ ассоциаций (OR, RR с 95% доверительными интервалами), корреляционный анализ, логистическая регрессия и Kaplan–Meier анализ. и проспективном анализе 348 случаев НЗО, включая 276 пациентов с рецидивами. Возрастной диапазон составил от 18 до 79 лет.

Применялись комплексные методы диагностики (УЗИ, КТ, МРТ, морфология), химиотерапия, лучевое и хирургическое лечение. Статистическая обработка включала методы корреляционного анализа, χ^2 -критерий, анализ безрецидивной выживаемости и оценку непосредственного и отдалённого эффекта лечения.

Результаты и обсуждение. Анализ ретроспективных данных показал, что рецидив неорганных забрюшинных опухолей в большинстве случаев развивается в первые два года после первичного лечения.

Таблица 1. Распределение больных по методам лечения (n=348)

Метод лечения	Количество больных	% от общего числа
Хирургическое вмешательство	184	52,9%
- Радикальное	81	23,3%
- Паллиативное	86	24,7%
- Циторедуктивное	17	4,9%
Лучевая терапия	31	8,9%
Химиотерапия	251	72,1%
Комплексная терапия (хир+ПХТ+ЛТ)	27	7,8%

У 61 пациента (22,1%) рецидив был выявлен в течение первого года наблюдения, у 48 пациентов (17,4%) - во второй год, у 40 пациентов (14,5%) - между третьим и пятым годами. Лишь у 127 пациентов (46,0%) не было признаков рецидива в течение пятилетнего периода.

При оценке взаимосвязи между клинической стадией заболевания и сроками рецидива была выявлена достоверная корреляция. У пациентов с IV стадией опухолевого процесса рецидив возникал преимущественно в первые два года (до 87,5% случаев), тогда как IA и IB стадии встречались исключительно у пациентов, не имевших рецидива в течение 5 лет. Это подчёркивает значимость клинической стадии как прогностического маркера.

Гистогенез опухоли также влиял на вероятность и сроки рецидива [5]. Наиболее ранние рецидивы были зафиксированы при нейрогенных опухолях и опухолях из эмбриональных листков, в то время как мезодермальные опухоли демонстрировали более благоприятное течение.

Анатомическая локализация оказалась значимым фактором: опухоли, локализованные в среднем этаже брюшинного пространства, ассоциировались с более продолжительной ремиссией. В противоположность, при локализации в тазовой зоне или верхнем этаже рецидивы возникали значительно чаще и раньше.

Радикальность первичного вмешательства оказалась основополагающим фактором прогноза. У пациентов с радикально выполненными операциями пятилетняя безрецидивная выживаемость составила 89,8%, тогда как при паллиативных и циторедуктивных вмешательствах этот показатель не превышал 10%.

Применение мультивисцеральных резекций значительно повышало вероятность достижения онкологической радикальности. Наиболее эффективными в плане профилактики рецидивов были резекции с удалением селезёнки, участков кишечника и почек. Наименее эффективной и чаще сопровождающейся рецидивом оказалась резекция поджелудочной железы.

Анализ послеоперационных осложнений показал, что наиболее частыми были кровотечения (14,1%), ишемические события со стороны сердца (7,6%), гематомы и абсцессы (2–3%). Послеоперационная летальность составила 4,3%.

Эффективность химиотерапии зависела от длительности и схемы лечения. У пациентов, получивших 6 и более курсов, полный эффект достигнут у 67,8%, частичный - у 21,7%, отсутствие эффекта - у 9,1%, прогрессирование - у 1,4%. Комплексное лечение (операция + ПХТ + ЛТ) обеспечивало наилучшие результаты: у 77,8% достигнут полный эффект, у 18,5% - частичный, у 3,7% - отсутствие эффекта.

Таким образом, исследование выявило ключевые клиничко-организационные и биологические факторы, влияющие на течение заболевания и формирование рецидивов. Их учёт позволяет существенно повысить эффективность лечения НЗО и улучшить долгосрочные результаты. Проведённый анализ показал, что наиболее значимым фактором, определяющим риск рецидива, является радикальность первичной операции.

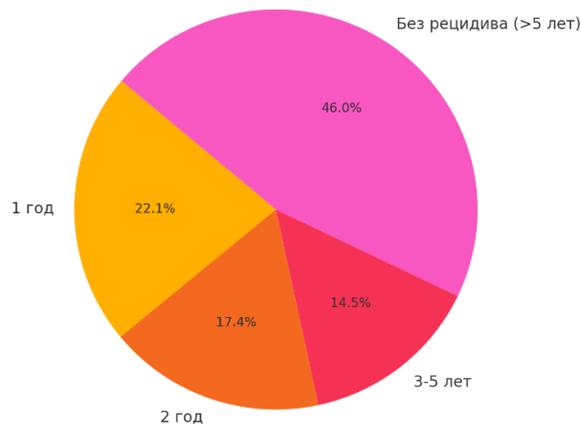


Рис. 1. Распределение рецидивов по срокам наблюдения (n=276)

У 89,8% пациентов, переживших 5 лет без рецидива, первичное вмешательство носило радикальный характер. Напротив, в группе с рецидивом в течение первого года радикальные вмешательства отсутствовали. Кроме того, установлено, что анатомическая локализация опухоли влияет на прогноз: опухоли среднего этажа брюшинного пространства ассоциируются с более продолжительной ремиссией по сравнению с опухолями тазовой зоны и верхнего этажа.

Прогностически неблагоприятными также являются нейрогенные опухоли и опухоли эмбрионального происхождения. При этом степень дифференцировки опухоли и стадия процесса (особенно IV стадия) прямо коррелируют с риском раннего рецидива [6,7]. Установлено, что мультивисцеральные резекции повышают вероятность радикального удаления опухоли и, соответственно, увеличивают продолжительность безрецидивного периода.

Уровень послеоперационных осложнений составил 20,7% для ранних осложнений и 6,5% для поздних. Наиболее частыми осложнениями являлись кровотечения, ишемия миокарда, спаечная болезнь. Общая послеоперационная летальность составила 4,3%. Проведённый анализ показал, что повторные операции при рецидивах должны выполняться в специализированных центрах с подготовленной хирургической и реанимационной бригадой.

Комплексная терапия (хирургия + химио- и/или лучевая терапия) показала максимальную эффективность: полный эффект достигнут у 77,8% пациентов, получивших все три метода лечения. Показано, что при развитии феномена множественной лекарственной резистентности эффективность последующих курсов ПХТ значительно снижается.

Выводы:

1. Радикальность первичного вмешательства является ключевым прогностическим фактором.
2. Анатомическая локализация опухоли, её морфогенез и стадия влияют на риск рецидива.
3. Мультивисцеральные резекции целесообразны для достижения онкологической радикальности.
4. Существующая система диспансерного наблюдения нуждается в пересмотре с учётом данных по поздней диагностике рецидивов.
5. Комплексная терапия повышает вероятность стойкой ремиссии и должна быть стандартом лечения рецидивов НЗО.

Литература:

1. Королук И.П., Пашковецкая Н.В. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения рецидивов ретроперитонеальных опухолей // Онкология. 2019. Т. 21, №4. С. 55–62.
2. Ризаев Ж. А. и др. Здоровоохранение и перспективы развития медицинской науки и врачебного образования в Узбекистане // Medical Journal of Uzbekistan. – 2024. – №. 4. – С. 412-420.
3. Ризаев Ж. А., Абдуллаев А. С., Кубаев А. С. Перспективы лечения невритов в комплексе с этилметилгидроксипиридина сукцинат и комбилипен // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. – 2022. – С. 20-24.
4. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.
5. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Лим Т. В. Влияние хронического гастродуоденита на гигиеническое состояние полости рта при стоматите и гингивите у больных // Conferencea. – 2025. – Т. 1. – С. 39-40.
6. Ризаев Ж. А. и др. Психоэмоциональное поведение подростков в различных стоматологических процедурах // Science and Education. – 2023. – Т. 4. – №. 2. – С. 375-383.
7. Ризаев Ж. А. и др. Changes in the mucous membranes of the oral cavity in patients depending on the clinical course of covid-19 // Журнал Стоматологии и кранио-фациальных исследований. – 2022. – Т. 3. – №. 1.
8. Abdullaeva A.A., Djurakulov S.Kh., Sultanov M.A. Surgical and combined treatment of mesenchymal inorganic retroperitoneal tumors // Journal Bulletin of the Russian Scientific Center for X-ray Radiology. 2011. №2. С. 17–20.
9. Brennan M.F., Antonescu C.R., Maki R.G. Management of Soft Tissue Sarcoma. Springer, 2016.
10. ESMO Guidelines Committee. Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology, 2022.
11. Fletcher C.D.M. et al. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. 5th Edition. IARC Press, 2020.
12. Gronchi A., Pollock R.E. Quality of surgery and outcome in soft tissue sarcomas // Ann Surg Oncol. 2013; 20(7): 2115–2117.
13. Stoeckle E., Coindre J.M., Bonvalot S. Prognostic factors in retroperitoneal sarcoma: a multi-institutional study of 658 cases // Cancer. 2001; 92(2): 359–368.

КОМПЛЕКСНЫЙ КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И ПРИЧИН ИХ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ

Джураев М.Д., Улмасов Ф.Г.

Резюме. В статье представлены результаты комплексного анализа диагностики и лечения неорганных забрюшинных опухолей (НЗО), включая оценку факторов риска их рецидива. Обоснована необходимость мультидисциплинарного подхода, использования мультивисцеральных резекций, а также пересмотра схемы диспансерного наблюдения. Проведён ретроспективный анализ 276 пациентов с рецидивными НЗО. Выявлены прогностически значимые факторы, влияющие на выживаемость и сроки появления рецидива. Предложены пути оптимизации клинической и организационной тактики ведения больных с НЗО.

Ключевые слова: неорганные забрюшинные опухоли, рецидив, мультивисцеральная резекция, диспансерное наблюдение, хирургическое лечение.