

УДК 917.553-006-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ОПУХОЛЬ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

© 2015 О.И. Каганов¹, К.В. Самойлов², Т.Ф. Попова², А.Н. Сомов², С.М. Дудко²,
А.О. Довыборов¹

¹ Самарский государственный медицинский университет

² Самарский областной клинический онкологический диспансер

Поступила в редакцию 31.03.2015

В статье рассмотрены результаты лечения больных с злокачественными и доброкачественными забрюшинными опухолями.

Ключевые слова: *забрюшинная опухоль, результат лечения*

Неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) являются достаточно редкой патологией, они составляют от 0,03 до 1% всех новообразований и могут развиваться из жировой, нервной, соединительной ткани [1, 2]. При этом забрюшинные опухоли – это 15% всех мягкотканых сарком. Из всех НЗО злокачественными являются 60-80%, доброкачественными – 20-40% [5]. Забрюшинные опухоли чаще встречаются у женщин. Наибольшее число больных это люди молодого и среднего возраста (21-50 лет) [6, 14]. Под термином «забрюшинная опухоль» подразумеваются опухоли забрюшинного пространства, границами которого являются: задний париетальный листок брюшины, внутрибрюшная фасция, диафрагма, тазовое кольцо на уровне мыса. К органам забрюшинного пространства относятся: почки, мочеточники, надпочечники, частично восходящая и нисходящая ободочные кишки, двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа, аорта, нижняя полая вена, лимфатические сосуды, ветви нервных сплетений [16]. Диагностика и лечение опухолей забрюшинного пространства являются наиболее сложным разделом

клинической онкологии. Данные новообразования часто врастают в окружающие органы и ткани, поэтому их ранняя диагностика позволяет избежать травматичных хирургических вмешательств, большая часть которых носит паллиативный характер [17].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) – ведущий метод в плане скрининга, а также динамического наблюдения пациентов. Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) являются экспертными методами в оценке параметров новообразования, а также степени местной распространенности. Они позволяют определить, является ли опухоль внеорганной или исходит из забрюшинного органа и с точностью до 90% определить степень инвазии в часть органа, крупный магистральный сосуд. С точностью 60-80% томография выявляет специфические признаки, характерные для той или иной гистологической разновидности опухолей. Пункционная тонкоигольная биопсия применяется, как правило, под ультразвуковой навигацией с целью морфологической диагностики опухоли. По данным разных авторов верифицировать опухоль удается у 30-60% больных [1, 8].

Основным методом лечения опухолей забрюшинного пространства является хирургический. Резектабельность НЗО варьируется от 25 до 73% [9, 13]. Важный вопрос, который встает перед хирургом – адекватный доступ с целью обеспечения радикальности вмешательства. Доступы делятся на следующие группы: внебрюшинные, чрезбрюшинные и комбинированные. В настоящее время в подавляющем большинстве случаев применяется внутрибрюшинный доступ. Преимуществом данного доступа являются следующие аспекты: возможность полноценной ревизии, доступность анатомических

Каганов Олег Игоревич, доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии. E-mail: okaganov@yandex.ru

Самойлов Константин Васильевич врач-онколог консультативного отделения. E-mail: kos-ira@mail.ru

Попова Татьяна Филипповна, заведующая организационно-методическим отделом. E-mail: sod1@samtel.ru

Сомов Алексей Николаевич, заведующий популяционным раковым регистром. E-mail: sod1@samtel.ru

Дудко Сергей Михайлович, кандидат медицинских наук, заведующий отделением абдоминальной онкологии. E-mail: sod1@samtel.ru

Довыборов Александр Олегович, интерн

структур, малая травматичность [5, 15]. Для новообразований верхнего этажа живота с врастанием в диафрагму применяют различные модификации комбинированного торакоабдоминального доступа. При необходимости применяется комбинированное вмешательство – абдоминолюмботомия [4].

Наиболее важным этапом хирургического вмешательства также является ревизия и мобилизация опухоли. По данным отечественных авторов, только «острая» ревизия может дать истинную картину операбельности процесса [9]. Оценка операбельности без мобилизации, путем пальпаторного обследования опухоли и окружающих органов и тканей, не может представить объективную картину местной распространенности новообразования. Мобилизация данных опухолей должна проводиться от тех анатомических образований, которые скомпрометированы опухолью: магистральные сосуды, органы забрюшинного пространства и малого таза. Наличие инвазии опухоли свыше указанными структурами определяет ее резектабельность [5]. Операции по поводу забрюшинных опухолей сопровождаются высоким риском развития интра- и послеоперационных осложнений [7]. Лучевая терапия и химиотерапия мало эффективны, хотя могут использоваться при комбинированном лечении НЗО либо как самостоятельные методы при невозможности удаления опухоли [4, 12]. Результаты лечения больных с диагнозом опухоль забрюшинного пространства до сих пор остаются неудовлетворительными, а прогноз малоутешительным [8]. Это связано с рядом обстоятельств, в частности, выраженной склонностью к рецидивам, которые возникают в 13-82% случаев, частым прорастанием в смежные органы, тяжестью и травматичностью оперативных вмешательств [3, 11]. Поэтому пути совершенствования тактики диагностики и лечения забрюшинных опухолей остаются актуальными [10].

Таблица 1. Распределение больных с диагнозом забрюшинная опухоль по возрасту

Возраст больных (в годах)	Группа исследования (n=176)	
	абс. число	%
20-39	12	5,7
30-49	68	38,7
50-59	51	28,9
60-69	37	22,2
70 и более	8	4,5
всего	176	100

Материал и методы. На базе Самарского областного клинического онкологического диспансера (СОКОД) с 2008 по 2013 гг. было проведено лечение у 176 пациентов, из них 49 мужчин и 127 женщин, соотношение составило 1:2. Средний возраст больных составил $47,04 \pm 15,67$ лет (табл. 1).

Первичные больные поступили в абдоминальное отделение с диагнозом опухоль забрюшинного пространства. На догоспитальном этапе больным с целью определения распространенности процесса выполнялось УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости, забрюшинного пространства, МРТ малого таза с контрастным усилением, инструментальные исследования толстой кишки, желудка, легких, цистоскопия, изотопное исследование. Инвазия опухоли забрюшинного пространства в соседние органы на дооперационном этапе была выявлена у 42 пациентов (табл. 2). С целью верификации процесса выполнялась чрезкожная пункция новообразования с последующей цитологическим исследованием материала (табл. 3). Было выявлено, что несмотря на проведение повторных биопсий, у 44% пациентов верификация процесса на дооперационном этапе так и не было получена.

Таблица 2. Распределение больных с диагнозом забрюшинная опухоль по виду инвазии в соседние органы

Инвазия в орган	Абсолютное число	%
надпочечник	5	11,9
желудок	6	14,3
ободочная кишка	8	19,2
почка	11	26,2
поджелудочная железа	12	28,4
Всего	42	100

Таблица 3. Распределение больных по цитологическому диагнозу, полученному при диагностической биопсии забрюшинной опухоли

Цитологическое заключение	Абсолютное число	%
злокачественная опухоль	43	24,4
доброкачественная опухоль	55	31,3
не получена верификация	78	44,3
Всего	176	100

Таким образом, проведенные исследования позволяли определить размеры, локализацию опухоли, наличие инвазии в соседние структуры, но они были малоинформативными для верификации опухоли. Все больные поступали на оперативное лечение в отделение абдоминальной онкологии СОКОД.

Результаты исследования. Всем больным было проведено хирургическое лечение. Число и вид операции представлен в табл. 4. По сравнению с результатами дооперационного исследования было выявлено, что инвазия в соседние органы интраоперационно была дополнительно диагностирована у 19 больных, что составило 10,7% от общего числа пациентов. В послеоперационном периоде больным выставлялся клинический диагноз в зависимости от гистологического заключения удаленной опухоли (табл. 5).

Таблица 4. Вид и число проведенных операций у больных с диагнозом забрюшинная опухоль

Вид операции	Абсолютное число	%
удаление забрюшинной опухоли	115	65,3
комбинированное удаление забрюшинной опухоли	61	34,7
Всего	176	100

Таблица 5. Распределение больных по гистологическому виду забрюшинной опухоли

Гистологическая форма удаленной забрюшинной опухоли	Абсолютное число	%
злокачественные опухоли		
липосаркома	22	12,6
фибросаркома	20	11,5
нейрофибросаркома	17	9,6
лейомиосаркома	9	5,1
веретеноклеточная саркома	9	5,1
хондросаркома	8	4,5
всего	85	48,4
доброкачественная опухоль		
фибролипома	30	17,1
нейрофиброма	22	12,5
ганглионеврома	9	5,1
дермоидная киста	3	1,7
эпителиальная опухоль	4	2,2
тератома	3	1,7
всего	71	40,3
опухоли, верификация которых требует дальнейшего уточнения		
мезенхимальная опухоль	11	6,2
гистиоцитомы	9	5,1
всего	20	11,3
Всего больных	176	100

По данным гистологического заключения злокачественная забрюшинная опухоль была выявлена у 85 больных (48,4%) и в 100% случаях была представлена различными формами сарком. Доброкачественная опухоль была диагностирована у 71 пациента (40,3%) где преобладали

фибролипомы (17,1%) и нейрофибромы (12,5%). У 20 больных был выставлен гистологический диагноз мезенхимальная опухоль (6,2%) и гистиоцитомы (5,1%). Число радикальных операций у больных с злокачественными и доброкачественными формами – 147, паллиативных – 29 (табл. 5). Удаление опухоли в капсуле в пределах здоровой ткани было выполнено в 115 случаях, 61 операция сопровождалась комбинированным удалением опухоли и соседних органов (табл. 6). Было выявлено, что наибольший число ($n=47$ (75,5%)) комбинированных операций был выполнен больным со злокачественными формами забрюшинной опухоли, тогда как при доброкачественной гистологической форме было проведено лишь 8 (14,5%) расширенных операций ($p<0,05$).

Таблица 6. Вид и число проведенных операций у больных с доброкачественной и злокачественной забрюшинной опухолью

Гистологическая форма опухоли	Удаление забрюшинной опухоли		Комбинированное удаление забрюшинной опухоли	
	абс. число	%	абс. число	%
доброкачественная	63	62,4	8	14,5
злокачественная	38	37,6	47	75,5
Всего	101	100	55	100

Интраоперационная кровопотеря при комбинированных операциях составила $410,91 \pm 113,31$ мл, при удалении опухоли в пределах здоровых тканей $281,33 \pm 110,94$ мл ($t=2,49$, $p=0,015$). Время проведения комбинированной операции составила $185,15 \pm 32,49$ мин., при удалении забрюшинной опухоли – $58,33 \pm 27,14$ мин. ($t=3,06$, $p=0,003$). Послеоперационные осложнения были выявлены у 10 (16,4%) больных после комбинированных операций и у 7 (4,5%) после удаления опухоли в пределах здоровой ткани ($t=3,03$, $p=0,004$), смертность в послеоперационном периоде составила 3 (4,9%) и 2 (1,3%) больных соответственно ($p=0,043$). Послеоперационный койко-день в при комбинированных операциях составил $22,13 \pm 4,06$, а при удалении опухоли – $16,87 \pm 4,37$ дня ($p=0,000$).

Мониторинг пациентов проводился в течение 5 лет. Показатели безрецидивной выживаемости представлены на рис. 1. Из рисунка видно, что рецидивы после хирургического лечения были выявлены у 57 (67%) больных с злокачественными формами забрюшинной опухоли и у 7 (35%) пациентов с опухолями, верификация

которых, требует дальнейшего уточнения. Из них у 8 пациентов прогрессия опухоли являлась показанием к повторной операции, 6 больных оперировались трижды, одному больному проведено четыре полостных операции.

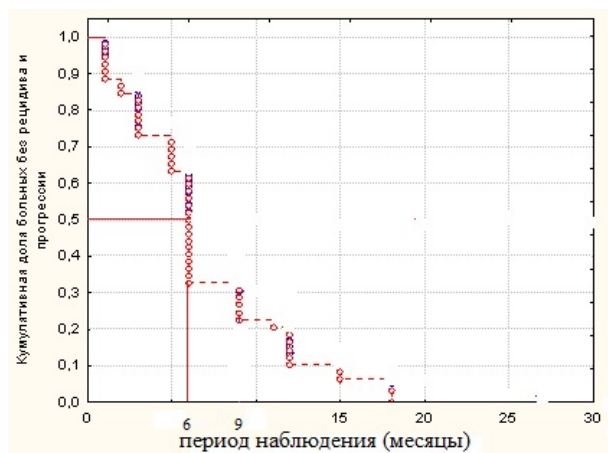


Рис. 1. Безрецидивная выживаемость в группе больных с злокачественной забрюшинной опухолью

Показатели общей выживаемости представлены на рис. 2. За время наблюдения умерло 60 больных со злокачественными формами забрюшинной опухоли (n=85). Наиболее часто больные умирали в первый год после операции. Для данной группы больных был проведен расчет общей выживаемости. Одногодичная выживаемость составила 42%, трехгодичная – 8%. Медиана общей выживаемости достигала 11 месяцев.

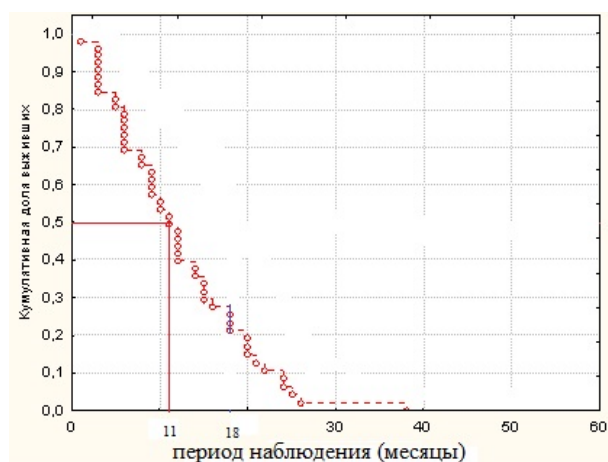


Рис. 2. Общая выживаемость в группе больных со злокачественной забрюшинной опухолью

Выводы: предоперационная диагностика в плане определения гистологической формы забрюшинных опухолей малоинформативна. Хирургическое лечение включает в себя высокий процент комбинированных операций с

одномоментным удалением органов брюшной полости, которые сопровождаются большим объемом интраоперационной кровопотери и большим процентом интраоперационных осложнений. В послеоперационном периоде высок риск развития рецидивов злокачественных форм забрюшинных опухолей, что является показанием к проведению повторных операций и влияет на низкие показатели общей выживаемости. Меzenхимальные опухоли и гистиоцитомы требуют обязательного проведения иммуногистохимического исследования для окончательной постановки диагноза учитывая высокий процент рецидива в данной группе больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Афанасьев, С.Г.* Случай успешного лечения гигантской забрюшинной неорганный миксолипомы / *С.Г. Афанасьев, А.В. Августиниович, Е.А. Усынин и др.* // Сибирский онкологический журнал. 2009. № 3 (33). С. 79–84.
2. *Белоконов, В.И.* Возможности метода радиочастотной абляции в лечении больных с новообразованиями печени, легких, желчного пузыря, почек / *В.И. Белоконов, С.В. Козлов, О.И. Каганов* // Практическая медицина. 2008. № 2 (26). С. 12-13.
3. *Зубков, Р.А.* Непосредственные результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей / *Р.А. Зубков, Р.И. Расулов* // Сибирский онкологический журнал. 2009. № 2 (32). С. 31-35.
4. *Каганов, О.И.* Клинико-морфологическое обоснование хирургического лечения больных с токсическими формами зоба: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Самара, 2004. 44 с.
5. *Каганов, О.И.* Комбинированное лечение метастазов колоректального рака в печени и легких с применением радиочастотной термоабляции: Автореф. дис. докт. мед. наук. – Самара, 2013. 47 с.
6. *Клименков, А.А.* Основные принципы лечения Забрюшинных неорганных опухолей / *А.А. Клименков, А.А. Баронин, Г.И. Губина и др.* // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2001. № 3. С. 33-37.
7. *Клименков, А.А.* Неорганные забрюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургическая тактика / *А.А. Клименков, Г.И. Губина* // Практическая онкология. 2004. № 4 (20). С. 285-290.
8. *Козлов, С.В.* Результаты лечения больных с диагнозом забрюшинные опухоли в онкологическом отделении (абдоминальная онкология) ГБУЗ СОКОД / *С.В. Козлов, О.И. Каганов, С.М. Дудко и др.* // Мат-лы ежегодной науч.-практ. конф. «Новые технологии в онкологии». – Самара, 2014. С. 66.
9. *Козлов, С.В.* Способ прогнозирования гемодинамических нарушений при индукции общей анестезии у больных с онкоабдоминальной патологией / *С.В. Козлов, Н.Н. Крюков, И.Г. Труханова и др.* // Патент России № RU 2428103. 26.10.2009.
10. *Крюков, Н.Н.* Способ прогнозирования гемодинамической нестабильности на этапах вводного наркоза при онкоабдоминальных операциях у больных с сердечно-сосудистой патологией / *Н.Н. Крюков, И.Г. Труханова, В.В. Стадлер и др.* // Патент России № RU 2417739. 26.10.2009.

11. Кутырёва, Ю.Г. Использование методов экстракорпоральной непрерывной коррекции гомеостаза в интенсивной терапии критических состояний / Ю.Г. Кутырёва, И.Г. Труханова, О.И. Каганов и др. // Врач скорой помощи. 2011. № 5. С. 11-14.
12. Кутырёва, Ю.Г. Выбор оптимального сосудистого доступа при проведении заместительной почечной терапии / Ю.Г. Кутырёва, И.Г. Труханова, О.И. Каганов и др. // Врач скорой помощи. 2011. № 9. С. 32-35.
13. Кутырёва, Ю.Г. Использование методов экстракорпоральной непрерывной коррекции гомеостаза в интенсивной терапии критических состояний / Ю.Г. Кутырёва, И.Г. Труханова, О.И. Каганов и др. // Врач скорой помощи. 2011. № 9. С. 36-39.
14. Тявкин, В.П. Способ лечения пациентов с диагнозом рак желчного пузыря / В.П. Тявкин, В.Г. Савинков, О.И. Каганов и др. // Патент России № RU 2343872. 23.03.2007.
15. Тявкин, В.П. Способ обработки ложа желчного пузыря при лечении пациентов с диагнозом рак желчного пузыря / В.П. Тявкин, В.М. Сухарев, В.Г. Савинков, О.И. Каганов // Патент России № RU 2342096. 23.03.2007.
16. Федоров, В.Д. Хирургическое лечение больных с неорганными забрюшинными опухолями / В.Д. Федоров, В.В. Цвиркун // Актуальные вопросы хирургии. Сб. научных трудов к 50-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН. – М., 1995. С. 207-214. .
17. Каганов, О.И. Результаты применения метода радиочастотной абляции колоректальных метастазов печени при циторедуктивных операциях // Аспирантский вестник Поволжья. 2008. № 3-4. С. 104-107.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT THE PATIENTS WITH THE DIAGNOSIS OF RETROPERITONEAL TUMOR

© 2015 O.I. Kaganov¹, K.V. Samoylov², T.F. Popova², A.N. Somov², S.M. Dudko², A.O. Dovyborov¹

¹ Samara State Medical University

² Samara Regional Clinical Oncology Center

In article results of treatment the patients with malignant and benign retroperitoneal tumors are considered.

Key words: *retroperitoneal tumor, treatment results*

Oleg Kaganov, Doctor of Medicine, Professor at the Oncology Department. E-mail: okaganov@yandex.ru
Konstantin Samoylov, Oncologist at the Consulting Department. E-mail: kos-ira@mail.ru
Tatiana Popova, Head of the Organizational and Methodical Department. E-mail: sod1@samtel.ru
Aleksey Somov, Head of the Population Cancer Register. E-mail: sod1@samtel.ru
Sergey Dudko, Candidate of Medicine, Head of the Abdominal Oncology Department. E-mail: sod1@samtel.ru
Alexander Dovyborov, Intern