
ОПЫТ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

УДК: 611-018.6-089.12:616-006.6

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

О.И. Кит, В.Ф. Касаткин, А.Ю. Максимов, А.Н. Морошан

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону
344037, Россия, г. Ростов-на-Дону, 14 линия, 63,
e-mail: rnioi@list.ru*

Представлены результаты хирургического лечения первичных и рецидивных неорганных забрюшинных опухолей. Правильный выбор тактики в ходе оперативного вмешательства может повысить резектабельность при подобных новообразованиях большого размера, снизить частоту послеоперационных осложнений, повысить выживаемость после обширных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: неорганные забрюшинные опухоли, хирургическое лечение, резектабельность.

SURGICAL TREATMENT FOR NON-ORGAN RETROPERITONEAL TUMORS

O.I. Kit, V.F. Kasatkin, A.Yu. Maksimov, A.N. Moroshan
*Rostov Cancer Research Institute of Russian Medical Technologies, Rostov-on-Don
63, Line 14 Street, 344037-Rosstov-on-Don, Russia,
e-mail: rnioi@list.ru*

Results of surgical treatment for primary and recurrent non-organ retroperitoneal tumors have been presented. The right choice of surgical approach can increase respectability for these large tumors, reduce the rate of postoperative complications and increase survival rate after extended surgeries.

Key words: non-organ retroperitoneal tumors, surgical treatment, resectability.

Неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) являются достаточно редкой патологией, они составляют от 0,03 до 1 % всех новообразований и могут развиваться из жировой, сосудистой, нервной, соединительной ткани и эмбриональных листков [1, 2, 8]. Из всех НЗО злокачественные опухоли составляют 60–80 %, доброкачественные – 20–40 % [7, 10]. Эта патология характеризуется длительным отсутствием клинических проявлений и не имеет патогномоничных симптомов, что зачастую приводит к установлению правильного диагноза уже при распространенных опухолевых процессах. Резектабельность забрюшинных опухолей варьирует от 25 до 73 % [4–6, 9]. Важной особенностью неорганных забрюшинных опухолей является способность к рецидивированию, которые возникают в 13–82 % случаев. В первый год после хирургического вмешательства возраст заболевания примерно у 25 % больных, в течение первых 2 лет после лечения – у 50 %. Отдаленное

метастазирование диагностируется в 19–32 % наблюдений [3, 8, 9].

Основным методом лечения первичных и рецидивных неорганных забрюшинных опухолей является хирургическое вмешательство. Лучевая терапия и химиотерапия мало эффективны, хотя могут использоваться при комбинированном лечении НЗО либо как самостоятельные методы при невозможности удаления опухоли. Поэтому пути совершенствования тактики хирургического лечения остаются актуальными.

В ТАО ФГУ РНИОИ Минздравсоцразвития России в период с 1987 по 2011 г. по поводу НЗО было прооперировано 299 больных. Из них мужчин было 139 (46,5 %), женщин – 160 (53,5 %). По возрасту пациенты распределились следующим образом: 30–39 лет – 27 (9 %), 40–49 лет – 48 (16,1 %), 50–59 лет – 101 (33,8 %); 60–69 лет – 79 (26,4 %); 70–79 лет – 27 (9 %); моложе 30 лет – 17 (5,7 %) пациентов.

Диагностические лапаротомии выполнены 100 (33,5 %) больным. Основными причинами нерезектабельности процесса явилось прорастание в магистральные сосуды (нижняя полая вена, аорта, подвздошные артерии и вены, чревный ствол) и метастатическое поражение брюшины.

Радикально прооперированы 199 (66,5 %) пациентов. Из них 53 (26,6 %) больным операции выполнены по поводу рецидивной опухоли забрюшинного пространства, 146 (73,4 %) – по поводу первичных НЗО. Важно отметить, что опухоли забрюшинного пространства больших размеров (20 см и более) были выявлены в 137 (68,8 %) наблюдениях. В лечении по месту жительства 27 (13,6 %) больным было отказано в связи с размерами опухоли и распространенностью процесса.

При гистологическом исследовании удаленных препаратов у радикально прооперированных больных установлено, что в 50 (25,2 %) случаях была выявлена липосаркома различной степени дифференцировки, в 13 (6,5 %) – злокачественная гастроинтестинальная стромальная опухоль, в 19 (9,6 %) – лейомиосаркома, в 43 (21,7 %) – злокачественная мезенхимомы, в 10 (5 %) – лимфосаркома, в 7 (3,5 %) – нейрофибросаркома, в 13 (6,5 %) – ангиолейомиосаркома, в 8 (4 %) – злокачественная параангиома, в 9 (4,5 %) – злокачественная гистиоцитома, в 4 (2 %) – злокачественная гемангиоперицитомы, в 6 (3 %) – хондросаркома, в 6 (3 %) – фибросаркома, в 2 (1 %) наблюдениях в – злокачественная ганглионевринома.

Тактика лечения НЗО имеет свои особенности, необходимо четко выбирать хирургический доступ, соблюдать последовательность этапов вмешательства, оперирующая бригада должна быть готова выполнить комбинированные операции. При всем разнообразии оперативных доступов, применяемых при удалении НЗО, их можно объединить в 3 группы: чрезбрюшинные, внебрюшинные и комбинированные. В нашем институте применяется чрезбрюшинный доступ, который обеспечивает максимальную возможность оценить расположение и взаимосвязь опухоли с соседними органами и структурами и позволяет выбрать оптимальный способ удаления опухоли под постоянным контролем всех органов и питающих сосудов. Следует помнить, что к каждой выполняемой операции, подход должен быть индивидуальным.

Представляем вашему вниманию случай комбинированной операции по поводу гигантской забрюшинной опухоли.

Больная Е., 1954 г.р., поступила в ТАО РНИОИ 19.01.10 с диагнозом: неорганическая опухоль забрюшинного пространства, с прорастанием в тело и хвост поджелудочной железы, левую почку, ободочную кишку. Анамнез около 2 лет. Первым симптомом заболевания стало появление образования в брюшной полости, которое постепенно увеличивалось в размерах. Больная в лечебные учреждения не обращалась. Ухудшение состояния отметила с ноября 2009 г., когда образование достигло больших размеров. В декабре 2010 г. обратилась за медицинской помощью по месту жительства в г. Краснодаре. При обследовании выявлена неорганическая забрюшинная опухоль. Предложено хирургическое лечение. При лапаротомии выявлено новообразование, прорастающее в тело и хвост поджелудочной железы, левую почку, ободочную кишку. Случай признан нерезектабельным. По месту жительства рекомендовано симптоматическое лечение.

Через 2 мес больная самостоятельно обратилась в ФГУ «РНИОИ» Минздравсоцразвития с жалобами на наличие объемного образования в брюшной полости, тошноту, боли в мезогастррии слева, запоры. При СРКТ и УЗИ органов брюшной полости диагноз подтвержден, выявили забрюшинную опухоль 35 см в диаметре, прорастающую в тело и хвост поджелудочной железы, левую почку, ободочную кишку, плотно прилегающую к желудку. При ФГДС: сдавление кардиального отдела и тела желудка извне.

Операция выполнена 26.01.10 под эндотрахеальным наркозом в положении больной на спине. После иссечения послеоперационного рубца выполнена срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости выявили опухоль до 35 см в диаметре, плотную на ощупь, вовлекающую в процесс тело и хвост поджелудочной железы, левую почку, распластывающую на себе петли ободочной кишки (прорастание в поперечно-ободочную кишку), плотно прилегающую к телу желудка. Петли кишки раздуты, заполнены каловыми массами. Отдаленных метастазов не выявили. В связи с размерами опухоли, вовлечением в процесс нескольких органов и возможной массивной кровопотерей, первым этапам проведена ревизия и мобилизация

сосудов опухоли, перевязаны и пересечены основной сосуд, питающий опухоль, – селезеночная артерия и основной венозный ствол опухоли – левая почечная вена, а также мелкие артериальные и венозные ветви, которые участвовали в кровоснабжении новообразования. Тупым и острым путем удалось отделить опухоль от желудка. Затем опухоль была мобилизована и удалена в едином блоке с левой почкой, поджелудочной железой, ободочной кишкой, селезенкой. Резекция тела и хвоста поджелудочной железы выполнена по способу, разработанному в нашем институте (патент РФ № 2277868, от 20.06.06). Данная методика заключается в следующем: после визуализации культи панкреатического протока ее край фиксировали 2 противоположно наложенными зажимами, которые размещали как можно ближе к верхнему и нижнему краям культи поджелудочной железы. Делили край панкреатического протока на равные секторы, считая, что верхний зажим располагается на 12 часах, нижний – на 6 часах условного циферблата. Прошивали стенку панкреатического протока, вкалывались, отступая от стенки на 2 мм, в ткань поджелудочной железы на 9 часах, проводили лигатуру иглой через просвет протока, вкалывались в стенку протока на 3 часах. Выкалывались, проводя лигатуру через ткань железы на протяжении 2 мм. Аналогичные действия производили со 2-й (вкол – на 7 часах, выкол – на 4 часах) и 3-й лигатурами (вкол – на 10 часах, выкол – на 2 часах условного циферблата). Последовательно связывали концы 1-го шва сначала с 2-й, а затем с 3-й лигатурой. Ободочную кишку пересекли в пределах здоровых тканей, проксимально – на уровне печеночного изгиба, дистально – на уровне сигмовидной кишки. Проксимальный участок ободочной кишки вывели на переднюю брюшную стенку справа в виде одноствольной колостомы. Брюшную полость дренировали 2 силиконовыми трубками, установленными к культе поджелудочной железы и в ложе удаленной опухоли. Операционную рану ушили послойно.

Результаты послеоперационного гистологического исследования опухоли: высокодифференцированная липосаркома.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи удалили на 11-е сут, швы сняли на 14-е сут после операции. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана на амбулаторное лечение через 20 сут после операции.

Больная оперирована повторно 15.04.10, выполнено реконструктивное вмешательство на толстой кишке, послеоперационный период протекал без осложнений.

При контрольном обследовании через 7 мес после первого оперативного вмешательства больная жалоб не предъявляла, питание не нарушено, диеты не придерживается. Физиологические отправления в норме. Прибавила в весе на 6 кг.

Таким образом, представленный клинический случай показывает, что правильный выбор тактики в ходе хирургического вмешательства может повысить резектабельность неорганных забрюшинных опухолей большого размера, снизить послеоперационные осложнения и кровопотерю, повысить выживаемость после обширных оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев С.Г., Августининович А.В., Усынин Е.А. и др. Случай успешного лечения гигантской забрюшинной неорганный миксолипомы // Сибирский онкологический журнал. 2009. № 3 (33). С. 79–84.
2. Зубков Р.А., Расулов Р.И. Непосредственные результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей // Сибирский онкологический журнал. 2009. № 2 (32). С. 31–35.
3. Клименков А.А., Губина Г.И. Неорганные забрюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургическая тактика // Практическая онкология. 2004. № 4 (20). С. 285–290.
4. Bevilacqua R.G., Rogatko A., Hajdu S.I. et al. Prognostic factors in primary retroperitoneal soft-tissue sarcomas // Arch. Surg. 1991. Vol. 126. P. 328–334.
5. Hassan I., Park S.Z., Donohue J.H. et al. Operative management of primary retroperitoneal sarcomas: a reappraisal of an institutional experience // Ann. Surg. 2004. Vol. 239. P. 244–250.
6. Karakousis C.P., Gerstenbluth R., Kontoglou K. et al. Retroperitoneal sarcomas and their management // Arch. Surg. 1995. Vol. 130. P. 1104–1109.
7. Kilkenny J.W. IIIrd, Bland K.I., Copeland E.M. Retroperitoneal sarcoma: the University of Florida experience // J. Amer. Coll. Surg. 1996. Vol. 182 (4). P. 329–339.
8. Kim S.H., Cho N.H., Tallini G. et al. Prognostic role of cyclin D1 in retroperitoneal sarcomas // Cancer (Phil.). 2001. Vol. 91. P. 428–434.
9. Pirayesh A., Chee Y., Helliwell T.R. et al. The management of retroperitoneal soft tissue sarcoma: a single institution experience with a review of the literature // Eur. J. Surg. Oncol. 2001. Vol. 27. P. 491–497.
10. Singer S., Corson J.M., Demetri G.D. et al. Prognostic factors predictive of survival for truncal and retroperitoneal soft tissue sarcoma // Ann. Surg. 1995. Vol. 221 (2). P. 185–195.

Поступила 20.06.11