

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

А.В. АВГУСТИНОВИЧ, С.Г. АФАНАСЬЕВ, Е.Н. САМЦОВ, М.Ю. ВОЛКОВ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) составляют от 0,03 до 1,0% всех новообразований человека. В связи с этим литературные данные представлены немногочисленными клиническими наблюдениями. Большое разнообразие морфологических форм, вариабельность топографо-анатомического источника роста НЗО создают объективные трудности в проведении дифференциальной диагностики с опухолями матки и яичников.

Цель исследования – разработать методы дифференциальной диагностики при неорганных забрюшинных опухолях.

Материал и методы. В торакоабдоминальном отделении НИИ онкологии СО РАМН в 2006–2008 гг. наблюдалось 6 пациенток с Ds: гигантская неорганная забрюшинная опухоль. Все больные были женщины, их возраст колебался от 27 до 59 лет, в среднем составил 44 года. Все опухоли имели размеры, превышающие в наибольшем измерении 10 см, занимали брюшную полость и частично или полностью малый таз. На дооперационном этапе проведен полный комплекс диагностических мероприятий, включающий в себя ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, по показаниям пациентам выполнялись эндоскопические методы диагностики, экскреторная урография. Всем пациентам выполнялась компьютерная томография с болюсным усилением органов брюшной полости и малого таза.

Нами был разработан способ дифференциальной диагностики гигантских НЗО с новообразованиями яичников и матки. При КТ-исследовании определяли угол наклона продольной оси тела матки относительно продольной оси влагалища и рассчитывали промонториумно-опухолевый коэффициент (K), по формуле: $K = L_p / L_0$, где: L_p – расстояние

от лобка до промонториума, L_0 – наибольший размер опухоли в сагиттальной проекции.

Результаты. При $K < 1,0$ определяют гигантское объемное образование, располагающееся как в полости малого таза, так и в брюшной полости. При $K \leq 1,0$ и угле наклона тела матки менее 90° , определяют опухоль, исходящую из забрюшинного пространства. При $K \leq 1,0$ и угле наклона тела матки более 90° определяют опухоль, исходящую из яичников. При значении $K > 1,0$ опухоль изолированно занимала брюшную полость или малый таз или частично распространялась на соседнюю анатомическую область. При этом угол наклона тела матки существенно не различался.

Всем пациенткам удалось радикально удалить опухоль, в 3 случаях выполнены комбинированные операции ввиду распространения процесса на соседние органы. Максимальная масса макропрепарата составила 13 кг. После планового гистологического исследования доброкачественные опухоли диагностированы у 4 пациенток, из них у 2 – миксолипомы, у 1 – нейрофиброма, у 1 – ксантогранулема Оберлинга. У 2 больных диагностированы злокачественные липосаркомы. Рецидив опухоли возник у одной пациентки с липосаркомой через год после проведенного хирургического лечения, которая была повторно удалена. Остальные пациентки живы без признаков прогрессирования.

Выводы. Хирургическое лечение и диагностика гигантских неорганных забрюшинных опухолей представляет большие трудности, которые связаны с тем, что ввиду довольно длительного бессимптомного течения эти новообразования в большинстве случаев обнаруживаются несвоевременно, когда опухоль, достигнув большой величины, имеет тесную связь с соседними органами. Необходим комплексный подход к диагностике и лечению данных новообразований.