

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОРГАНЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Р.А. Зубков, Р.И. Расулов

*Областной онкологический диспансер, г. Иркутск
664035, г. Иркутск, ул. Фрунзе, 32, e-mail: rzub@yandex.ru*

Проведен сравнительный анализ непосредственных результатов комбинированных операций и изолированное удаление неорганных забрюшинных опухолей. В исследование включены 97 больных со злокачественными первичными и рецидивными новообразованиями, тесно связанными с окружающими органами. Выполнено 106 операций, из них 56 носили комбинированный характер, оперировано 52 пациента, в 50 случаях выполнено изолированное удаление опухоли, оперировано 45 больных. Выявлено, что при комбинированных операциях значительно увеличивается объем кровопотери и продолжительность вмешательства, отмечено увеличение количества послеоперационных осложнений, однако эти различия не значимы.

Ключевые слова: неорганные забрюшинные опухоли, хирургическое лечение.

SHORT-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF NON-ORGANIC RETROPERITONEAL TUMORS

*R.A. Zubkov, R.I. Rasulov
Regional Oncological Clinic, Irkutsk
32, Frunze Street, 664035-Irkutsk, e-mail: rzub@yandex.ru*

Comparative analysis of short-term results of combined operations and isolated removal of non-organic retroperitoneal tumors has been carried out. The study included 97 patients with malignant primary and recurrent tumors adjacent to surrounding organs. A total of 106 operations were performed, 56 of them were combined operations (52 patients were operated on), and isolated tumor removal was performed in 50 cases (45 patients were operated on). It has been found that the hemorrhage volume and surgery duration are significantly increased during the combined operations resulting in the increase in the rate of postoperative complications, however, these differences are not significant.

Key words: non-organic retroperitoneal tumors, surgical treatment.

В настоящее время разработано значительное количество методов комбинированного лечения неорганных забрюшинных опухолей (НЗО), но основным радикальным методом лечения признано хирургическое вмешательство. Однако даже после радикального удаления резектабельной опухоли не удается достичь стабилизации процесса, и серьезной проблемой лечения НЗО является высокий риск возникновения местных рецидивов [4, 7]. Частота рецидивирования при НЗО в мировой литературе оценивается в 30–70 % [5–7]. Наиболее важным моментом, определяющим риск развития рецидива, является степень радикальности первой операции, которая зачастую нивелируется инвазией опухоли в соседние органы и структуры [5, 6]. При этом далеко не всегда на этапе ревизии и/или до начала мобилизации однозначно можно сделать выводы о местной распространенности опухоли и заинтересованности смежных образований. Более того, по данным отечественных и зарубежных авторов, ситуацию, при которой макроскопически не выявленная опухолевая инвазия определяется в

краях резекции при послеоперационном микроскопическом исследовании, трудно назвать редкой. Это явление наблюдается в 54–55 % выполненных операций, которые изначально расценивались как радикальные [2, 5].

Вышеизложенное определяет стремление хирургов к максимальному расширению объема операции при НЗО, даже в случае подозрения на опухолевую инвазию. Практически речь идет о превентивном расширении объема вмешательства, как правило, за счет резекций соседних с опухолью анатомических структур, что не всегда возможно с функциональной точки зрения. Кроме того, увеличение уровня хирургической агрессии сопровождается большей кровопотерей, возрастанием времени операции, частоты периоперационных осложнений и летальности [1, 2]. Причем до настоящего времени нет ясности в непосредственной и отдаленной эффективности комбинированных хирургических вмешательств по поводу НЗО в сравнении с изолированным удалением этих опухолей, что определило актуальность исследования.

Цель исследования – провести сравнительный анализ непосредственных результатов комбинированных операций и изолированного удаления неорганных забрюшинных опухолей

Материал и методы

Работа выполнена на базе Иркутского областного онкологического диспансера. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с неорганными забрюшинными опухолями, выявленных на территории области за период с 1993 по 2006 г. и получивших радикальное хирургическое лечение. В анализ были отобраны наблюдения, в которых НЗО имели тесную связь с лежащими органами и структурами. Кроме того, критериями включения в исследование являлись:

- возраст пациентов 15 и более лет;
- радикальное хирургическое вмешательство по поводу первичной неорганной опухоли забрюшинного пространства или её рецидива;
- размер опухоли более 5 см;
- злокачественный характер опухолевого процесса;
- отсутствие отдаленных метастазов на момент постановки диагноза.

Критерии исключения:

- возраст пациентов менее 15 лет;
- лимфопролиферативные заболевания с поражением забрюшинного пространства; паразитарные заболевания и метастатическое поражение забрюшинного пространства; органические опухоли забрюшинного пространства;
- доброкачественный характер опухолевого процесса;
- наличие отдаленных метастазов.

За указанный период в Иркутском ООД получил лечение 171 пациент с НЗО, при этом хирургические вмешательства выполнены в 148 (86,5 %) случаях. В соответствии с представленными критериями включения и исключения

выделено 97 больных, которым выполнено 106 операций. Количество вмешательств превышает число пациентов, поскольку несколько больных были оперированы повторно по поводу рецидивов опухоли.

Комбинированные операции выполнены 52 пациентам, из них было 20 мужчин и 32 женщины, средний возраст составил $52,53 \pm 12,91$ года, всего проведено 56 хирургических вмешательств. Изолированное удаление опухоли выполнено у 45 больных (15 мужчин, 30 женщин), средний возраст – $47,78 \pm 14,34$ года, всего в этой группе было выполнено 50 операций. Таким образом, было выделено 2 группы с примерно равным количеством хирургических вмешательств. В обеих группах преобладали женщины, что соответствует данным о половом распределении в эпидемиологии НЗО [6]. При статистическом анализе полученных данных значимых различий по половому и возрастному составу в исследуемых группах нет.

В большинстве случаев были оперированы больные с I и III стадией опухолевого процесса (табл. 1) согласно TNM-классификации UICC 6-го пересмотра. Наличие пациентов с IV стадией заболевания в группе радикально прооперированных объясняется особенностями классификации мягкотканых сарком, в этих наблюдениях при гистологическом исследовании операционного материала были выявлены метастазы в регионарные лимфоузлы, что позволило отнести данные хирургические вмешательства к категории, несмотря на распространенность патологического процесса. При анализе таблиц сопряженности при помощи критерия χ^2 выявлено, что $p=0,62$, значимых различий по стадиям опухолевого процесса в сравниваемых группах нет (табл. 1).

В ходе изучения гистологической характеристики удаленных опухолей, включая рецидивы, установлено, что большая их часть представлена опухолями мезенхимы, преимущественно ли-

Таблица 1

Распределение больных в сравниваемых группах в зависимости от стадии опухолевого процесса, абс. ч. (%)

Вид вмешательства	Стадия процесса		
	I	III	IV
Комбинированное (n=52)	24 (46,2)	24 (46,2)	4 (7,6)
Изолированное (n=45)	21 (46,7)	18 (40,0)	6 (13,3)

Таблица 2

**Распределение больных в сравниваемых группах
в зависимости от морфологической характеристики опухолевого процесса, абс. ч. (%)**

Гистотип опухоли	Вид хирургического вмешательства	
	Комбинированное (n=56)	Изолированное (n=50)
Опухоли мезехимы		
Липосаркома	14 (25,0)	14 (28,0)
Лейомиосаркома	13 (23,2)	11 (22,0)
Плеоморфная саркома	5 (8,9)	4 (8,0)
Гемангиоперицитомы	4 (7,1)	4 (8,0)
Фибросаркома	3 (5,4)	2 (4,0)
Ангиосаркома	2 (3,6)	2 (4,0)
Рабдомиосаркома	-	1 (2,0)
Нейрогенные опухоли		
MPNST	9 (16,1)	11 (22,0)
Герминогенные опухоли		
Тератома	3 (5,4)	-
Опухоли эндокринной системы		
Злокачественная параганглиома	3 (5,4)	1 (2,0)

посаркомой и лейомиосаркомой (табл. 2), что соответствует литературным данным о гистологической характеристике НЗО [1, 4]. Далее по частоте встречаемости следуют опухоли из периферических нервных стволов, так называемые Malignant peripheral nerve sheath tumors (MPNST). При анализе таблиц сопряженности при помощи критерия χ^2 выявлено, что $p=0,196$, значимых различий по морфологической характеристике опухолей в группах нет.

Результаты и обсуждение

При анализе особенностей комбинированных операций установлено, что в 30 (53,6 %) случаях

выполнялась резекция или удаление одного органа, вмешательство на двух органах выполнено у 13 (23,2 %) пациентов, на трех – у 9 (16 %), на четырех и более органах – у 4 (7,2 %) больных (табл. 3). В связи с частой одновременной инвазией НЗО в разные анатомические структуры общее количество пораженных органов (102) превышает число выполненных операций (56). Особенно следует отметить, что сочетанные ангиохирургические вмешательства выполнены 11 пациентам, при этом ятрогенное повреждение магистральных сосудов живота произошло в 2 наблюдениях (ранение нижней полой и наружной подвздошной вены), гемостаз достигнут с

Таблица 3

**Частота резекций смежных органов и структур
при комбинированных вмешательствах по поводу НЗО**

Резецированный или удаленный орган	Количество вмешательств, абс. ч. (%)
Почка	29 (28,6)
Надпочечник	18 (17,7)
Магистральные сосуды живота	9 (8,8)
Ободочная кишка	8 (7,8)
Поджелудочная железа	7 (6,8)
Прямая кишка	4 (3,9)
Желудок	4 (3,9)
Диафрагма	3 (2,9)
Другие	20 (19,6)
Всего	102 (100)

помощью сосудистого шва. В остальных случаях резекция сосуда с различными вариантами восстановления магистрального кровотока выполнена в связи с опухолевой инвазией.

При анализе характеристик хирургических вмешательств установлено, что средняя продолжительность комбинированных операций составила $196,6 \pm 92,7$ мин, при изолированном удалении опухоли – $140,7 \pm 58,4$ мин. При анализе полученных данных при помощи Т-критерия Манна–Уитни выявлено, что вероятность ошибочного отклонения нулевой гипотезы составляет около 0,7 % ($p=0,007$), следовательно, различия в продолжительности операции значимы.

Показатели кровопотери для комбинированных операций составили в среднем 1229 ± 1007 мл, для изолированных вмешательств – 788 ± 710 мл. При анализе полученных данных при помощи Т-критерия Манна–Уитни выявлено, что $p=1,3$, следовательно, различия в показателях значимы. Массивные интраоперационные кровотечения возникли в ходе 3 комбинированных вмешательств и в процессе 2 изолированных удалений опухоли. Во всех случаях причиной кровотечений являлось ятрогенное повреждение магистральных сосудов, что потребовало сосудистого шва, и крупных венозных сплетений. При повреждении переднего крестцового сплетения гемостаз достигнут путем программированного тампонирувания полости малого таза.

При оценке тяжести течения послеоперационного периода выявлено, что в группе комбинированных вмешательств ($n=56$) послеоперационные осложнения возникли в 10 (17,9 %) случаях. При изолированных вмешательствах ($n=50$) – у 5 (10,0 %) больных

(табл. 4). Для выявления значимости полученных различий использовали критерий χ^2 . При этом вероятность ошибочного отклонения нулевой гипотезы составляет 0,379, что говорит об отсутствии значимости различий. Для выявления значимости полученных различий использовали критерий χ^2 , который составил 5,57 ($p=0,234$), значимых различий в группах нет.

Средний послеоперационный койко-день при комбинированных вмешательствах составил $14,48 \pm 6,08$, при изолированных – $14,8 \pm 6,07$ койко-дня. При анализе полученных данных при помощи Т-критерия Манна–Уитни выявлено, что $p=0,917$, различия не значимы.

Выводы

- при комбинированных хирургических вмешательствах по поводу НЗО и операциях по изолированному удалению внеорганных забрюшинных новообразованиях нет значимых различий по полу, возрасту, стадии и морфологии опухолевого процесса у больных сравниваемых групп;

- при комбинированных операциях по поводу НЗО чаще всего приходится резецировать один смежный орган. Наиболее часто выполняется сочетанная нефрэктомия или нефрадреналэктомия;

- при выполнении комбинированных вмешательств значимо увеличивается кровопотеря и продолжительность операции;

- выполнение комбинированных операций приводит к увеличению количества послеоперационных осложнений, однако эти различия не значимы, но продолжительность послеоперационного периода не возрастает.

Таким образом, выполнение комбинированных операций у больных со злокачественными

Таблица 4

Частота и характеристика послеоперационных осложнений в сравниваемых группах, абс. ч. (%)

Послеоперационные осложнения	Вид хирургического вмешательства	
	Комбинированное ($n=56$)	Изолированное ($n=50$)
Послеоперационное кровотечение	2 (3,6)	-
Гнойные осложнения	5 (8,9)	2 (4,0)
Кишечные свищи	2 (3,6)	1 (2,0)
Перевязка мочеточника	-	2 (4,0)
Нейропатия бедренного нерва	1 (1,8)	-
Всего	10 (17,9)	5 (10,0)

внеорганными новообразованиями, несмотря на значительную техническую сложность, вполне оправдано с точки зрения функциональной целесообразности и переносимости хирургических вмешательств. Оценка радикальности и отдаленной эффективности подобных высокотехнологичных операций требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горзов П.П. Хирургическое лечение неорганных опухолей забрюшинного пространства: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1993. 23 с.

2. Клименков А.А., Губина Г.И. Неорганные забрюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургической тактики // Практическая онкология. 2004. № 4. С. 3–7.

3. Федоров В.Д., Цвиркун В.В. Хирургическое лечение больных с неорганными забрюшинными опухолями // Актуальные вопросы хирургии. М., 1995. С. 207–214.

4. Цвиркун В.В. Неорганные забрюшинные образования: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2000. 42 с.

5. Alldinger I., Yang Q., Pilarsky C. Retroperitoneal Soft Tissue Sarcomas: Prognosis and Treatment // Anticancer research. 2006. Vol. 26. P. 243–251.

6. Erzen D., Sencar M., Novac J. Retroperitoneal Sarcoma: 25 Years of Experience With Aggressive Surgical Treatment at the Institute of Oncology, Ljubljana // J. Surg. Oncol. 2005. Vol. 91. P. 2–9.

7. Gockel I., Oberholzer K., Gonner U., Mantai S. Retroperitoneal sarcomas: diagnostic and therapy // Zentralbl Chir. 2006. Vol. 131. P. 223–229.

Поступила 13.05.08