

УДК 611-018.6-089.12:616-006.6

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

© 2012 г. О.И. Кит, В.Ф. Касаткин, А.Ю. Максимов, А.Н. Морошан

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт,
14 линия, 63, г. Ростов н/Д, 344037,
rnoi@list.ru

Rostov Research Cancer Institute,
14 line, 63, Rostov-on-Don, 344037,
rnoi@list.ru

Были проанализированы данные 299 больных, получивших лечение в период с 1987 по 2011 гг. по поводу первичных и рецидивных неорганных забрюшинных опухолей. Полученные результаты свидетельствуют о том, 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.

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

299 patients with primary retroperitoneal sarcomas and its relapses were analysed, got treatment from 1987 to 2011 on cause. The got results are indicative of that that right choice tactics in the course of surgical interference can raise resectability retroperitoneal sarcomas of the big size, reduce the postoperative complications and blood losses, raise survival after extensive operative interference.

Keywords: retroperitoneal sarcomas, relapses, surgical treatment, resectability.

Неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) представляют собой новообразования, не имеющие органной принадлежности, развивающиеся из мягких тканей, расположенных в забрюшинном пространстве (жировой, соединительной, сосудистой, нервной), а также из эмбриональных элементов.

Неорганные забрюшинные опухоли встречаются крайне редко и составляют от 0,03 до 1 % всех опухолевых заболеваний [1–3]. Злокачественные забрюшинные опухоли составляют от 60 до 80 % всех опухолей забрюшинного пространства, а доброкачественные – от 20 до 40 % [4, 5]. Опухоли забрюшинного

пространства характеризуются длительным течением без каких-либо клинических проявлений, что приводит к установлению диагноза уже в запущенных формах болезни или наличию гигантских образований в брюшной полости. Резектабельность забрюшинных опухолей колеблется от 25 до 73 % [5–9]. Одной из важных характеристик НЗО является их способность к рецидивированию после хирургического лечения (13–82 %), однако способность к их метастазированию невелика (19–32 %) [5–10].

Больные обращаются в онкологические клиники уже с гигантскими и местно-распространенными опухолями. Наиболее частой причиной запущенности является несвоевременное обращение больных за специализированной помощью.

Основным методом лечения НЗО является хирургический. Следует отметить, что существуют описания химиолучевой и интраоперационной лучевой терапии, но эти методы находятся на стадии изучения. Проводились многочисленные исследования по применению химиотерапии и лучевой терапии в комплексном и комбинированном лечении НЗО, однако существенного повышения выживаемости по сравнению с только хирургическим лечением не получено. Исходя из того, что альтернативы хирургическому лечению при опухолях забрюшинного пространства не существует, становится очевидным важность оптимизации тактики хирургического лечения при первичных и рецидивных НЗО.

Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения, увеличение радикализма хирургического лечения, снижение числа диагностических лапаротомий за счет оптимизации тактики оперативного вмешательства.

В ТАО ФГУ РНИОИ Минздравсоцразвития России в период с 1987 по 2011 г. по поводу НЗО было прооперировано 299 больных. Из них 139 мужчин (46,5 %), 160 женщин (53,5 %). По возрасту мужчины и женщины были распределены следующим образом: от 30 до 39 лет – 27 чел. (9 %); от 40 до 49 – 48 чел. (16,1 %); от 50 до 59 – 101 чел. (33,8 %); от 60 до 69 – 79 чел. (26,4 %); от 70 до 79 – 27 чел. (9 %); моложе 30 лет – 17 чел. (5,7 %). При гистологическом исследовании удаленных препаратов у радикально прооперированных больных установлено, что у 50 пациентов (25,2 %) была выявлена липосаркома различной степени дифференцировки, злокачественная гастроинтестинальная стромальная опухоль – у 13 больных (6,5 %), лейомиосаркома – у 19 (9,6 %), злокачественная мезенхимомы – у 43 (21,7 %), лимфосаркома – у 10 (5 %), нейрофибросаркома – у 7 (3,5 %), ангиолейомиосаркома – у 13 (6,5 %), злокачественная параганглиома – у 8 (4 %), злокачественная шваннома – у 9 (4,5 %), злокачественная гистиоцитома – у 9 (4,5 %), злокачественная гемангиоперицитомы – у 4 (2 %), хондросаркома – у 6 (3 %), фибросаркома – у 6 (3 %), злокачественная ганглионевринома – у 2 больных (1 %). Диагностические лапаротомии было выполнено 100 (33,5 %). 199 (66,5 %) больных были прооперированы радикально. В период с 1987 по 2000 г. было выполнено 52 (52 %) диагностические операции, с 2001 по 2011 г. – 48 (48 %). Основными причинами нерезектабельности процесса явились прорастание в магистральные сосуды (нижняя полая вена,

аорта, подвздошные артерии и вены, чревный ствол) и метастатическое поражение брюшины 53 (26,6 %) больных были прооперированы 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 у 137 (68,8 %) больных.

В лечении по месту жительства 27 (13,6 %) больным было отказано в связи с размерами опухоли и распространенностью процесса.

Тактика лечения НЗО имеет свои особенности: 1) четко выбирать хирургический доступ; 2) соблюдать последовательность этапов оперативного вмешательства; 3) при необходимости выполнять комбинированные операции. Необходимо помнить, что с совершенствованием диагностических методов исследования уже на диагностическом этапе можно исключить больных, которым опухоль нельзя удалить в связи с наличием метастатического поражения и распространенностью процесса.

При всем разнообразии оперативных доступов, применяемых при удалении НЗО, их можно объединить в 3 основные группы: чрезбрюшинные, внебрюшинные и комбинированные. В нашем институте единственным доступом является чрезбрюшинный, так как он максимально дает возможность оценить расположение и взаимосвязь опухоли с соседними органами и структурами и выбрать оптимальный способ удаления опухоли под постоянным контролем всех органов и питающих сосудов. Так же часто срединная лапаротомия была дополнена поперечным разрезом по Юингу, что позволяет увеличить визуальный контроль питающих опухоль сосудов и вовлеченных в процесс органов.

Важным моментом является соблюдение этапов оперативного вмешательства: а) визуальный контроль над состоянием сосудов, окружающих и питающих опухоль, а также соседних органов; б) последовательная мобилизация опухоли; в) выделение питающих сосудов и отделение опухоли от соседних органов (например, для опухолей малого таза характерно развитие коллатералей, поэтому удаление опухоли необходимо производить после перевязки внутренних подвздошных сосудов с последующей перевязкой возможных путей притока крови (маточные артерии, мочепузырные артерии), после этого можно приступать к перевязке венозных коллатералей, а только потом можно перевязывать основной венозный ствол); г) при невозможности удаления опухоли без соседних органов выполнять комбинированные оперативные вмешательства. Следует помнить, что каждая выполняемая операция не является стандартной, и подход к ней должен быть индивидуальным.

Хотим представить интересный случай комбинированного удаления гигантской забрюшинной опухоли.

Больная Е., 22.01.1954 г.р., поступила в ТАО РНИОИ 19.01.2010 г. с диагнозом: неорганическая опухоль забрюшинного пространства с прорастанием в тело и хвост поджелудочной железы, левую почку, ободочную кишку. Болеет около 2 лет. Первым проявлением стало увеличение образования в брюшной полости, которое росло постепенно. Больная в лечебные учреждения не обращалась. Ухудшение состоя-

ния отметила с ноября 2009 г., когда опухолевидное образование достигло больших размеров. В декабре 2010 г. обратилась за медицинской помощью по месту жительства в г. Краснодаре. При обследовании выявлена НЗО. Предложено хирургическое лечение. При лапаротомии выявлена НЗО, прорастающая в тело и хвост поджелудочной железы, левую почку, ободочную кишку. Случай признан нерезектабельным, объем ограничили диагностическим. 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 мезогастрии слева, запоры. Было проведено дообследование. 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 и поджелудочной железе (не исключается прорастание). При ФГДС выявили сдавление кардального отдела и тела желудка извне, прорастание не выявили. С учетом размеров опухоли и отсутствия гистологической структуры лучевая терапия и химиотерапия являются неэффективными. Больную госпитализировали в ТАО РНИОИ для попытки хирургического удаления опухоли.

Операция выполнена 26.01.2010 г. Под ЭТН+ИВЛ в положении больной на спине с иссечением послеоперационного рубца выполнили срединную лапаротомию. При ревизии брюшной полости выявили опухоль больших размеров, до 35 см в диаметре, плотную на ощупь, бугристую, вовлекающую в процесс тело и хвост поджелудочной железы, левую почку, расплывающую 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. Приняли решение выполнить попытку радикального удаления опухоли вместе с вовлеченными в процесс органами. В связи с размерами опухоли, вовлечением в процесс нескольких органов и возможной массивной кровопотерей при мобилизации и удалении образования первым этапом решили выполнить ревизию и мобилизацию питающих сосудов с последующей их перевязкой. С этой целью при ревизии был выявлен и выделен основной питающий опухоль сосуд (селезеночная артерия) и мелкие питающие сосуды. Сосуды были перевязаны и пересечены. Вторым этапом была выполнена мобилизация венозной системы опухоли. Выделили основной венозный ствол опухоли (левая почечная вена) и мелкие венозные ветви, которые легировали и пересекли. Тупым и острым путем удалось отделить опухоль от желудка. Следующим этапом выполнили мобилизацию опухоли единым блоком с левой почкой, поджелудочной железой, ободочной кишкой, селезенкой. Ободочную кишку пересекли на уровне печеночного угла (выше места прорастания опухоли) и на уровне сигмовидной кишки (ниже места прорастания опухоли). Проксимальную и дистальную культю ушили двухрядным швом. Легировали и пересекли сосуды, питающие тело и хвост поджелудочной железы. Поджелудочную

железу пересекли. В нашем институте разработан способ резекции тела и хвоста поджелудочной железы, на который получен патент РФ № 2277868 от 20 июня 2006 г. Способ осуществляли следующим образом. Находили культю панкреатического протока. Фиксировали край культи протока двумя зажимами, которые размещали один напротив другого, как можно ближе к верхнему и нижнему краям культи поджелудочной железы соответственно. Делили край панкреатического протока на равные секторы, считали, что верхний зажим располагается на 12 ч, нижний – на 6 ч. Прошивали стенку панкреатического протока, вкалывались, отступая от стенки на 2 мм, в ткань поджелудочной железы на 9 ч, проводили лигатуру иглой через просвет протока, вкалывались в стенку протока на 3 ч. Выкалывались, проводя лигатуру через ткань железы на протяжении 2 мм. Вкалывались иглой со второй лигатурой в стенку протока со стороны просвета на 7 ч, проводили лигатуру в ткани железы, отступая на 2 мм от наружной стенки протока, выкалывались на 4 ч. Вкалывались иглой с 3-й лигатурой в ткань железы на 10 ч, отступая от стенки протока на 2 мм, проводили лигатуру в ткани железы, прошивали стенку протока на 2 ч, выводя лигатуру через просвет протока наружу. Последовательно затягивали наложенные швы. Связывали концы лигатуры первого шва с концами лигатуры 2-го шва, затем концы лигатуры первого шва с концами лигатуры 3-го шва. При удалении НЗО открываются клетчаточные пространства, удаляются сальники, меняется анатомическое расположение органов. Поэтому в ходе операции необходимо ушивать культю поджелудочной железы наиболее надежным способом, чтобы снизить вероятность панкреатического затека, который может заканчиваться фатально. Следующим этапом мобилизовали левую почку с надпочечником. Сосуды, питающие ее, легировали и пересекли. Левый мочеточник перевязали и пересекли. Орган, включающий в себя опухоль, участок толстой кишки, тело и хвост поджелудочной железы, селезенку, левую почку с надпочечником, удалили единым блоком. Проксимальный участок ободочной кишки вывели на переднюю брюшную стенку справа и оформили в виде одностольной колостомы. Брюшную полость осушили, дренировали двумя силиконовыми трубками, установленными к культе поджелудочной железы и в ложе удаленной опухоли слева, и вывели через контрапертуры на переднюю брюшную стенку слева. Операционную рану ушили послойно, наглухо.

Гистологическая структура опухоли – высокодифференцированная липосаркома.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Колостоме открыли на 2-е сут, 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.

15.04.2010 г. больная повторно оперирована. Была выполнена реконструктивная операция на толстом кишечнике. Реконструктивно-пластический этап также проходил без осложнений.

Больная осмотрена через 7 мес. после удаления забрюшинной опухоли, корпаро-каудальной резекции

поджелудочной железы, нефрадреналэктомии слева, спленэктомии, резекции ободочной кишки. Жалоб не предъявляет. Питание не нарушено, диеты не придерживается. Физиологические испражнения в норме, диурез не нарушен. Прибавила в весе на 6 кг.

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

Литература

1. Цвиркун В.В. Диагностика и лечение забрюшинных неорганных опухолей: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001.
2. Луцицкий М.А., Савич В.Л. Опыт диагностики и хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей // Вестн. хирургии. 1988. № 8. С. 125–128.
3. Prognostic role of cyclin D1 in retroperitoneal sarcomas / S.H. Kim [et al.] // Cancer (Phila.). 2001. № 91. P. 428–434.
4. Singer S., Corson J.M., Demetri G.D. Prognostic factors predictive of survival for truncal and retroperitoneal soft tissue sarcoma // Ann. Surg. 1995. Vol. 221(2). P. 185–195.
5. Kilkenny J.W., ITIrd, Bland K.I., Copeland E.M. Retroperitoneal sarcoma: the University of Florida experience // J. Amer. Coll. Surg. 1996. Vol. 182(4). P. 329–339.
6. Hassan I., Park S.Z., Donohue J.H. Operative management of primary retroperitoneal sarcomas: a reappraisal of an institutional experience // Ann. Surg. 2004. № 239. P. 244–250.
7. Pirayesh A., Chee Y., Helliwell T.R. The management of retroperitoneal soft tissue sarcoma: a single institution experience with a review of the literature // Eur. J. Surg. Oncol. 2001. № 27. P. 491–497.
8. Bevilacqua R.G., Rogatko A., Hajdu S.I. Prognostic factors in primary retroperitoneal soft-tissue sarcomas // Arch. Surg. 1991. № 126. P. 328–334.
9. Karakousis C.P., Gerstenbluth R., Kontzoglou K. Retroperitoneal sarcomas and their management // Arch. Surg. 1995. № 130. P. 1104–1109.
10. Комбинированные оперативные вмешательства у больных с забрюшинными неорганными опухолями / А.А. Клименков [и др.] // Хирургия. 1986. № 9. С. 84–88.

Поступила в редакцию

4 июня 2011 г.