

© Коллектив авторов, 2001
УДК 617.553-006.04-089

А. А. Клименков, Г. И. Губина, С. Н. Неред, В. Ю. Сельчук,
А. А. Баронин, Р. Г. Юсифов, Т. Ф. Ибрагимов

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

НИИ клинической онкологии

В понятие неорганных забрюшинных опухолей (НЗО) включаются разнообразные по своей гистологической структуре новообразования мезенхимального, нейроэктодермального и дезэмбриогенетического происхождения, локализующиеся в забрюшинном пространстве между брюшинными листками брыжейки кишечника и подбрюшинно в полости таза. Расположение их в анатомической области, где проходят крупные артериальные и венозные сосуды, нервные стволы, мочевые пути, отражается на особенностях их клинических проявлений. Наиболее часто в забрюшинном пространстве развиваются липобластические, миогенные и нейрогенные опухоли, как доброкачественные, так и злокачественные. Последние обладают способностью к метастазированию, которое осуществляется главным образом гематогенным путем. Все виды этих новообразований склонны к рецидивированию [4, 7].

НЗО составляет не более 0,3% всех новообразований человека [2, 6]. Из-за столь низкой частоты данной патологии очень небольшое число лечебных учреждений располагает достаточным опытом лечения этой категории больных.

Научные публикации, как правило, основываются на малочисленных клинических наблюдениях. Большинство зарубежных авторов [3, 9] вообще рассматривают НЗО в едином комплексе с мягкотканными опухолями, основываясь на их гистогенезе, не учитывая локализацию. А именно последней определяется специфичность диагностических и лечебных подходов при этой патологии. Тот факт, что НЗО поражают главным образом лиц трудоспособного возраста, придает этой проблеме особую социально-экономическую значимость и неоспоренную актуальность.

Отделение абдоминальной онкологии НИИКО РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН располагает опытом лечения 716 больных с первичными и рецидивными НЗО. Он свидетельствует о том, что единственным радикальным способом лечения этих больных был и остается хирургический, и это подтверждается мнением всех исследователей, занимающихся проблемой НЗО [1, 5, 8]. Почти все оперативные вмешательства, производимые по поводу данной патологии, относятся к так называемым неклассифицируемым операциям из-за их сложности и нестандартности. На дооперационном этапе необходимо располагать информацией, достаточной для построения плана и технической оснащенности операции, адекватного анестезиологического и реанимационного ее обеспечения. Необходимо на дооперационном этапе составить четкое представление как об особенностях самого новообразования, так и о соматическом статусе больного (в смысле переносимости им предстоящего оперативного вмешательства), что возможно только при рациональном и последовательном применении целого комплекса диагностических мероприятий.

A.A.Klimenkov, G.I.Gubina, S.N.Nered, V.Yu.Selchuk,
A.A.Baronin, R.G.Yusifov, T.F.Ibragimov

BASIC PRINCIPLES OF SURGERY FOR NON-ORGANIC RETROPERITONEAL TUMORS

Institute of Clinical Oncology

Non-organic retroperitoneal tumors (NRT) are mesenchymal, neuroectodermal and desembryogenetic tumors of different histology located retroperitoneally between intestinal mesenteric leaves and subperitoneally in the pelvis. Their location in an anatomical site with large arteries and veins, nerve trunks, urinary tract is reflected in the tumor clinical manifestations. Benign and malignant lipoblastic, myogenous and neurogenous tumors are most common. Malignant tumors mainly metastasize by hematogenic route. All these tumor types have a high recurrence capacity [4,7].

The NRT are not more than 0.3% of all human tumors [2,6]. Owing to very few cases with such disease, only several clinics have experience in the treatment of this category of patients.

Scientific publications are as a rule based on few clinical cases. Most foreign authors [3,9] consider NRT together with soft-tissue tumors basing on their histogenesis rather than on location. While it is the location that determines specificity of diagnostic and treatment approaches in this pathology. This problem acquires socioeconomic significance because the disease mainly occurs in patients at working age.

The Abdominal Oncology Department, N.N.Blokhin CRC, RAMS, has the experience of managing 716 cases with primary and recurrent NRT. This experience demonstrates surgery to be the only radical approach to the treatment of this lesion, which is confirmed by all investigators of this problem [1,5,8]. Next to all surgical interventions for the pathology in question belong to so called unclassified operations because of their complicated and non-standard character. Preoperatively the surgeon should have sufficient information to plan the surgical procedure and its technical, anesthesiological and resuscitation support. The surgeon should have preoperatively a clear view of peculiarities of the tumor and the patient's somatic status (as to tolerability of the forthcoming surgical intervention) which is possible only if a variety of diagnostic means are engaged including physical, laboratory, general clinical, instrumental techniques.

In order to have a clear view of the tumor the surgeon should know the following characteristics: primary or recurrent (the number in succession) disease, clinical manifestations (impairment of adjacent organic functions), tumor location, number of nodes, sizes, clear/unclear-cut outline (capsule), texture, shape, blood supply, interactions with neighbor organs, status of large vessels, muscles and nerves (compression, displacement, invasion), relation to bones (for paravertebral and pelvic NRT); for malignant tumors: sites of possible metastasizing, tumor morphology.

Note, that efficacy of preoperative physical diagnosis is 75% and therefore is of much importance. Excretory urography supplemented with radioisotopic renography is mandatory in NRT since it detects even slight changes in position of mobile retroperitoneal structures due to a mass lesion (82.1% of cases), evaluates

Он включает в себя физикальные, лабораторные, общеклинические, инструментальные методы.

Характеристика НЗО заключается в ответе на следующие вопросы: первичная опухоль или ее рецидив (какой по счету), наличие или отсутствие клинических проявлений (важнейшее — есть ли нарушение функций подлежащих органов), расположение опухоли, число узлов, размеры, четкость контуров (говорит о выраженности капсулы), консистенция, форма, особенности кровоснабжения, взаимоотношения с окружающими органами, магистральными сосудами, мышцами и нервами (сдавление, смещение, прорастание), отношение к костным структурам (для НЗО паравerteбральной и тазовой локализации), для злокачественных новообразований — оценка зон возможного метастазирования, морфологическая принадлежность опухоли.

Не останавливаясь детально на значимости всех применяемых методов, подчеркнем лишь, что эффективность физикальной диагностики на этапе первичной оценки опухоли достигает 75%, поэтому пренебрегать ею неразумно. Обязательной при обследовании больных с НЗО является экскреторная урография, дополняемая радиоизотопной ренографией, что позволяет установить даже самые незначительные изменения в положении наиболее мобильных структур забрюшинного пространства, обусловленные наличием объемного патологического процесса (выявлены у 82,1% больных), оценить функциональное состояние обеих почек, поскольку 58,2% комбинированных операций сопровождается нефрэктомией. Главную роль в уточняющей диагностике играют специальные методы обследования: ультразвуковые (УЗИ), компьютерно-томографические (КТ), ангиографические (АГ) (аортоартериография, кавафлебография — при правосторонних и тазовых НЗО обязательна), магнитно-резонансная (МР) томография. Точность УЗИ, КТ- и АГ-исследований составила, по нашим данным, 83,5, 88,1 и 86,2% соответственно. Анализ МР-томограмм показал полное соответствие предоперационных данных и интраоперационных находок у 22 из 23 пациентов. Только в одном случае степень инфильтрации смежных структур была недооценена. Совершенствование этих методов, рациональность их применения позволили достичь довольно высокой степени предоперационной диагностики НЗО.

Так, при сочетании КТ и УЗИ с АГ правильный диагноз был поставлен в 96,4% случаев, при использовании всех вышеуказанных методов — в 98,2%.

Точность цитологической предоперационной диагностики (пункционная биопсия опухоли проводится под контролем УЗИ или КТ) колеблется от 79,1 до 87,7% при разных видах опухолей. Значимость этого исследования очевидна, поскольку в забрюшинном пространстве локализуются метастатические опухоли, паразитарные и псевдокисты, имеющиеся изменения могут являться проявлением системных заболеваний, врожденных пороков развития и т.д., когда лечебная тактика отлична от таковой при истинных НЗО.

Из 716 больных оперативные вмешательства выполнены у 515 (72,1%). Остальным пациентам было отказано в хирургическом лечении, главным образом в связи с распространенностью опухолевого процесса, значительно реже — в связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. В 318 (61,9%) случаях произведены радикальные операции, в 99 — паллиативные и в 101 — пробные. Столь большое количество паллиативных и пробных оперативных вмешательств во многом объясняется особенностями контингента больных, находящихся в отделении, стремлением даже

functioning of both kidneys (58.2% of combined operations include nephrectomy). Of principal importance in correct diagnosis are special investigations such as ultrasound (US), computed tomography (CT), magnetic resonance tomography (MR), angiography (AG) (arteriography, cavaphlebography are mandatory in right-sided and pelvic NRT). The US, CT and AG have respective accuracies of 83.5%, 88.1% and 86.2%. Preoperative MR findings were confirmed intraoperatively in 22 of 23 cases. In the remaining case infiltration of adjacent organs was underestimated. Rational employment and improvement of these techniques resulted in high quality preoperative diagnosis in NRT.

For instance, combined CT, US and AG investigation gave correct diagnosis in 96.4%, accuracy of all the above-mentioned investigations was 98.2%.

Preoperative cytological study had accuracy ranging from 79.1% to 87.7% depending upon tumor type. This study is very important, because a large variety of lesions are found retroperitoneally including metastatic tumors, parasitic and pseudocysts, the discovered changes may be manifestations of systemic disease, hereditary defects etc. and require a different treatment policy.

Of the 716 patients managed at our clinic 515 (72.1%) underwent surgery. The remaining cases were considered inoperable due to disease advance or (much rarer) due to severe concomitant diseases. Radical surgery was performed in 318 (61.9%), palliation in 99 and tentative operations in 101 cases. The large number of palliative and tentative operations was due to patients' individual statuses, attempts to remove at least a part of the tumor which had effect on both quality of life and survival of patients. Main reason for refusal of surgery was involvement of large vessels (63.1%) and/or invasion of organs not eligible to resection or removal.

Planning of surgical operation both for benign and malignant NRT is based on analysis of all diagnostic findings and involves clear vision of surgical access, approaches to tumor mobilization, probability of combined procedures (including resection and prosthesis of large vessels).

The variety of surgical accesses may be reduced to transperitoneal, extraperitoneal and combined. We performed transperitoneal incision in 90.6% of cases. Mid laparotomy using Sigal expanders provides a wide operation field with sufficient angle of vision needed for careful revision and free mobilization of the tumor. Combined thoracofrenoabdominotomy should be preferred in tumors located high under the diaphragm. Paravertebral NRT (especially when the spine or spinal canal are involved) require abdominolumbotomy. Abdominoperineal incision may be performed for some NRT. We developed transperitoneal ilioinguinal incision for this NRT type that provided a better exposure and convenience of surgical manipulations. It should be emphasized that the choice of operative access is made individually in every case depending upon tumor location, size, grade and involvement of adjacent organs and tissues as found preoperatively. We are in favor of wide mid laparotomy.

Tumor revision and mobilization are very important operation components. The revision is of much importance because preoperative visual and palpatory findings are not always sufficient to make final conclusion about true advance of disease. For instance, we managed to remove the tumor in 47 (55.3%) of 85 NRT patients considered inoperable after laparotomy at other clinics. Retrospective analysis of these cases demonstrated that

частично удалить опухоль, что не только отражается на комфортности жизни пациентов, но и сказывается на их выживаемости. Основной причиной отказа от выполнения радикальной операции является вовлечение в опухолевый процесс крупных магистральных сосудов (63,1%) и/или врастанием в структуры и органы, не подлежащие резекции или удалению.

Планирование оперативного вмешательства по поводу как доброкачественных, так и злокачественных НЗО основывается на анализе данных всех используемых диагностических методов и включает четкое представление о хирургическом доступе, особенностях мобилизации опухоли, вероятности выполнения комбинированной операции (в том числе резекции и протезирования магистральных сосудов).

Все многообразие операционных доступов, применяемых при удалении НЗО, принципиально можно свести к трем: чрезбрюшинному, внебрюшинному и комбинированному. Нами в 90,6% случаев был применен чрезбрюшинный доступ. Срединная лапаротомия с использованием ранорасширителей Сигала создает широкое операционное поле с достаточным углом зрения, необходимым для тщательной ревизии и свободной мобилизации опухоли. При новообразованиях, расположенных высоко под диафрагмой, предпочтение отдается комбинированному торакофреноабдоминальному доступу. Паравертебральная локализация НЗО (особенно при вовлечении в процесс позвоночника или пролабировании опухоли в спинномозговой канал) диктует необходимость использования абдоминолпомботомии. При тазовых НЗО в ряде случаев может быть использован брюшно-промежностный доступ. В отделении для НЗО этой локализации разработан чрезбрюшинный подвздошно-паховый доступ, позволяющий существенно улучшить экспозицию и удобство оперирования. Следует подчеркнуть, что вопрос об операционном доступе решается строго индивидуально, исходя из локализации и размеров, степени злокачественности опухоли, а также установленного до операции вовлечения в патологический процесс прилежащих органов и тканей. Подчеркиваем еще раз, мы отдаем неоспоримое преимущество широкой срединной лапаротомии.

Ответственные этапы оперативного вмешательства — ревизия и мобилизация опухоли. Особенностью этапа ревизии является то обстоятельство, что результаты дооперационного обследования, визуальные и пальпаторные данные далеко не всегда позволяют окончательно высказаться об истинной распространенности опухоли. Принципиальную значимость этого подтверждает следующий факт: из 85 больных с НЗО, которые были признаны неоперабельными при лапаротомии, выполненной в других лечебных учреждениях, нам удалось радикально удалить опухоль у 47 (55,3%). Ретроспективный анализ этих наблюдений показал, насколько субъективны были критерии отказа от выполнения радикальной операции. Только большие размеры опухоли, ее неподвижность, повышенная кровоточивость не могут служить основанием для признания опухоли неоперабельной. В подобных ситуациях данный вопрос может быть решен только в процессе мобилизации опухоли.

Как правило, мобилизация начинается с участков, свободных от взаимосвязи с соседними анатомическими структурами. Обычно это — переднелатеральная поверхность опухоли и ее полюсы, находящиеся в поле зрения хирурга. Труднодоступные участки новообразования выделяются в последнюю очередь, когда опухоль становится более подвижной и они становятся доступными визуальному контролю. При массивных НЗО для этого в ряде случаев

the reasons for refusal of surgery were subjective. Large tumor size, immobility, increased bleeding alone cannot be considered reasons for refusal of surgery. This problem may be solved only during tumor mobilization.

As a rule the mobilization starts with areas not linked with adjacent structures. It is usually the frontolateral tumor surface and its poles that are within surgeon's visual field. Tumor areas difficult to reach are mobilized the last of all when the tumor is more mobile and they can be examined visually. Large NRT are removed by fragments. Before isolating a primary or recurrent NRT, large vessels (aorta, lower vena cava, iliac arteries and veins) and the ureter (preoperative catheterization is recommended to improve its visualization) at the affected side are exposed. If necessary the vessels and the ureter are exposed at some length and are held with holders. This technique allows the vessels to be compressed for some time, to be ligated or sutured if wounded. Prophylactic ligation of internal iliac arteries is recommended to reduce blood loss in cases with pelvic NRT. Note, that the whole mobilization procedure should be carried out with due visual control of adjacent organs and structures. Otherwise serious complications, traumatism and increased operation volume are inevitable.

The NRT are as a rule capsulated. Previous manuals recommended intracapsular removal of the tumor to prevent intraoperative complications. While we prefer extracapsular tumor isolation en block with adjacent cellular tissue supplemented, if necessary, with resection or removal of the involved organ, since the capsule may have macroscopically undetectable invasion and the alleged compression of another organ is in fact its true invasion [7,8]. However, the need in combined surgery should be well weighed as to whether it really improves radicalism of surgery and whether the patient can withstand such operation. Combined operations were made in 128 (40.2% of radical operations) cases in our study. The surgery included nephrectomy (71), resection of colonic segments (28), splenectomy (29), resection of the pancreas (22), i.e. two or more organs were removed in some cases.

The probability of combined surgery increases with tumor size. It was most common in cases with liposarcoma. Vessel resection and prosthesis is recommended in cases with involvement of large vessels. However, this approach was not common: only 5 cases in our study. One patient underwent single-stage plasty of iliac vein and artery.

All the above-mentioned aspects are of still greater importance for recurrent NRT. Commissures, alterations in original topography and anatomy due to previous surgery make additional problems for the surgeon. It should be emphasized once again that there are no standard approaches to surgery for NRT and each procedure is absolutely individual. There are several requirements that should be satisfied strictly such as succession of operation stages, careful revision with due account of preoperative findings. Succession of acute mobilization 'from vessels', visualization of adjacent organs and vessels, etc. These operations should be performed by highly skilled surgeon teams with much experience in abdominal, retroperitoneal, small pelvic and vascular surgery.

Surgery for NRT is associated with various intra- and postoperative morbidity. The intraoperative morbidity includes injury of vessels, hollow organs or parenchymatous organs. In our study these complications were encountered in 43% of cases. This rate reduced to 23% over the last decade mainly owing to improvement

приходится прибегать к фрагментарному удалению опухоли. Перед выделением как первичных, так и рецидивных НЗО следует обнажить крупные магистральные сосуды (аорта, нижняя полая вена, подвздошные артерии и вены в зависимости от топике процесса) и мочеточник на стороне поражения (для лучшей визуализации целесообразна его катетеризация до операции). Сосуды и мочеточник при необходимости выделяются на протяжении и берутся на держалки. Этот прием позволяет временно пережать сосуд, наложить лигатуру или шов при его ранении. При тазовой локализации опухоли с целью уменьшения кровопотери в ряде случаев оправдана профилактическая перевязка внутренних подвздошных артерий. Подчеркиваем, что весь этап мобилизации должен происходить при должном визуальном контроле прилежащих к опухоли органов и структур. Невыполнение этого требования чревато развитием серьезных осложнений, увеличением травматичности и объема операции.

Как правило, НЗО развиваются в «капсуле». В руководствах прежних лет с целью профилактики интраоперационных осложнений рекомендовалось их внутрикапсулярное удаление. Мы отдаем предпочтение экстракапсулярному выделению опухоли острым путем, «от сосудов», в едином блоке с окружающей клетчаткой, при необходимости дополняя его резекцией или удалением органа, вовлеченного в процесс вторично, поскольку установлено, что капсула опухоли может иметь макроскопически невидимое прорастание опухоли, а якобы сдавление опухолью другого органа является истинным ее врастанием [7, 8]. Однако решая вопрос о выполнении комбинированной операции, необходимо ясно понимать, насколько расширение объема операции скажется на ее радикализме и будет ли она переносима больным с учетом его соматического статуса. По нашим данным, комбинированные операции были выполнены у 128 (40,2% от числа радикально оперированных) больных. Чаще всего приходилось выполнять нефрэктомия (у 71), резекцию различных отделов толстой кишки (у 28), спленэктомию (у 29), резекцию поджелудочной железы (у 22), т. е. у ряда пациентов производилось удаление или резекция 2, 3 органов и более.

Вероятность комбинированной операции возрастает с увеличением размеров опухоли. Наиболее часто они выполнялись при липосарcomaх. При вовлечении в опухолевый процесс магистральных сосудов правомочно выполнение их резекции с последующим протезированием. Однако необходимость в этом возникает нечасто. Мы прибегли к этим операциям лишь у 5 больных. В одном случае выполнена одномоментная пластика подвздошных вены и артерии.

Все вышеизложенное приобретает еще большую значимость при операциях по поводу рецидивов НЗО. Спаечный процесс, измененные топографоанатомические взаимоотношения вследствие ранее перенесенной операции создают дополнительные сложности для хирурга. В целом следует подчеркнуть, что при НЗО не существует стандартных оперативных вмешательств, каждое строго индивидуально. Для его выполнения необходимо строгое соблюдение целого ряда условий, в том числе этапность оперирования, тщательность ревизии с учетом данных дооперационного обследования, последовательность мобилизации острым путем, «от сосудов», визуализация подлежащих органов и сосудов и т. д. Эти операции должны выполняться высококвалифицированной бригадой хирургов, владеющих в полном объеме техникой оперативных вмешательств на органах брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза и навыками сосудистой хирургии.

of surgical technique and strict fulfilling of the above-mentioned requirements. Most severe intraoperative complication is bleeding due to injury of a large vessel, bleeding from sacral plexus in pelvic tumors, bleeding from lumbar veins in paravertebral tumors. Mean blood loss in such cases is 1500 ml and increases with operation extent. 26 patients had supermassive blood loss that was fatal in 2 cases due to disseminated intravascular coagulation. These findings necessitate comprehensive preparation to such surgical operations (sufficient supply of blood and blood components, substitutes, hemostatic agents, autotransfusion equipment), high-grade resuscitation and anesthesiology support.

Injury of a hollow or parenchymatous organ is the second commonest complication. It occurs as a result of attempts to separate the tumor from an adjacent organ that may also be involved. It is recommended in such cases to resect or remove such an organ en block with the tumor.

Postoperative complications may be stratified into related and unrelated to peculiarities of the surgical procedure. Their frequency ranges from 13.5% to 24.6%. Much attention should be paid to prevention of purulent inflammations especially if gastrointestinal tract is involved.

Among patients undergoing radical surgery 24 (7.6%) died early postoperatively. Over the last decade this rate decreased to 3.3% for simple and 4.8% for combined operations. The satisfactory immediate results were a reason to perform combined operations more frequently for locally advanced tumors, the greater extent of surgery did not affect follow-up results of NRT treatment.

Follow-up results of surgical intervention in NRT are directly related to tumor type. The 5-year survival in cases with benign tumors is 83.3% vs 12.6% for malignancies. The best follow-up results were observed for lipoplastic and neurogenous tumors (35.8% and 20.1%, respectively).

As to palliative surgery for NRT, the 5-year survival is 11.6% which renders these operations quite reasonable because they increase the patient's life span, improve life quality. Some of the patients received specific conservative treatment after the major portion of the tumor was removed.

The NRT are characterized by high recurrence rate after radical surgery even for benign tumors. The recurrence rate was 24.3% for benign NRT, 89.8% for malignant NRT. As a rule recurrence of malignant NRT develops within 18 months following radical surgery which necessitates careful monitoring of these patients because recurrence rates after simple and combined operations are similar.

There were 182 patients undergoing surgery for NRT recurrence. Of them 99 (54.4%) had radical surgery including 54 (54.5%) patients undergoing combined procedures. Postoperative lethality after radical surgery for recurrent tumors was 11.1%. Over the last 5 years this rate was not higher than 4.93% which was similar to the respective rate after surgery for primary NRT. These figures render reasonable active surgical strategy in NRT recurrence since 23.4% of the patients survive 5 years.

Prognosis in NRT depends upon several factors such as tumor type (benign/malignant), disease type (primary/recurrent), tumor size and histology. The diagnostic difficulties and results of surgical treatment require further improvement of the surgical methodology and development of supplementary treatment for NRT.

Удаление НЗО сопряжено с развитием различных осложнений как в ходе самой операции, так и в послеоперационном периоде. Среди первых мы выделяем три группы осложнений: связанные с повреждением сосудов, с травмой стенки полого органа и ранением паренхиматозного органа. При анализе всего клинического материала они выявлены в 43% случаев. В последнее десятилетие этот показатель снизился до 23% благодаря совершенствованию самой хирургической техники и четкому соблюдению указанных выше принципов оперирования. Среди интраоперационных осложнений самым серьезным является кровотечение, причинами которого могут быть ранение крупного сосуда, кровотечение из вен крестцового сплетения при тазовой локализации опухоли, кровотечение из поясничных вен при паравертебральной локализации опухоли. В среднем кровопотеря при подобных вмешательствах составляет 1500 мл. Она возрастает по мере увеличения объема оперативного вмешательства. У 26 больных имелись так называемые сверхмассивные кровопотери, закончившиеся в 2 случаях летальным исходом из-за присоединившегося синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Эти данные подчеркивают необходимость всесторонней подготовки к подобным операциям (достаточные запасы крови, ее компонентов, кровезаменителей, гемостатических средств, аппаратуры для аутоотрансфузий), высокого уровня реанимационно-анестезиологической службы.

Вторым по частоте осложнением является ранение полого или паренхиматозного органа. Оно возникает преимущественно при попытке отделения опухоли от прилежащего органа, вовлечение в патологический процесс которого вызывало сомнение. Поэтому в подобных случаях следует производить резекцию или удаление этого органа сразу, в едином блоке с опухолью.

Среди послеоперационных осложнений выделяются связанные с особенностями самой операции и не связанные с ними. Их частота колеблется в отдельные годы от 13,5 до 24,6%. Основное внимание должно уделяться профилактике и лечению гнойно-воспалительных осложнений, особенно если операция сопровождалась вмешательством на органах желудочно-кишечного тракта.

Среди всех радикально оперированных больных в ближайшем послеоперационном периоде умерли 24 (7,6%). За последнее десятилетие этот показатель снизился до 3,3% при простых операциях и 4,8% при комбинированных. Достигнутые непосредственные результаты позволили нам чаще прибегать к комбинированным оперативным вмешательствам при местнораспространенных новообразованиях, расширение объема операции не сказалось отрицательно на отдаленных результатах лечения НЗО.

Отдаленные результаты хирургического лечения НЗО находятся в прямой зависимости от характера опухоли. При доброкачественных НЗО 5-летняя выживаемость после радикальных операций, по нашим данным, равняется 83,3%, при злокачественных — лишь 12,6%. Наилучшие отдаленные 5-летние результаты были при липобластических и нейрогенных опухолях (35,8 и 20,1% соответственно).

Мы не останавливались специально на паллиативных операциях при НЗО. Подчеркнем лишь, что 5-летняя выживаемость после подобного объема оперативных вмешательств

составила 11,6%, что делает их выполнение совершенно оправданным, так как позволяет продлить жизнь, улучшить ее качество ряду больных, а после удаления основного массива опухоли у части из них применить специальные методы консервативного лечения.

Характерной особенностью НЗО является склонность к рецидивированию после радикально выполненной операции по поводу даже доброкачественных новообразований, в связи с чем их можно отнести только к условно доброкачественным. Это наблюдалось у 24,3% наших больных. При злокачественных опухолях число рецидивов возрастает до 89,8%. Как правило, наиболее часто рецидивы злокачественных НЗО возникают в первые 18 мес после радикального хирургического лечения, что требует обязательного динамического наблюдения за этой категорией больных, поскольку рецидивы диагностируются примерно с одинаковой частотой и после простых, и после комбинированных операций, на первый план выдвигается поиск дополнительных методов воздействия.

По поводу рецидива НЗО оперировано 182 пациента (из них 121 поступил первично). 99 (54,4%) больным выполнены радикальные операции, в 54 (54,5%) случаях они носили комбинированный характер. Послеоперационная летальность в группе радикально оперированных больных по поводу рецидива НЗО составила 11,1%. За последнее 5-летие этот показатель равняется 4,93%, что не отличается существенно от данного показателя при первичных НЗО. Эти цифры свидетельствуют о правомочности выполнения подобных оперативных вмешательств, тем более что 5-летний срок переживают 23,4% радикально оперированных больных. Это подтверждает целесообразность активной хирургической тактики при рецидивах НЗО.

Прогноз при НЗО определяется рядом факторов, основными из которых являются: характер опухоли (злокачественная или доброкачественная), вид опухолевого процесса (первичный или рецидивный), размеры опухоли и ее гистологическое строение.

Сложности диагностики, имеющиеся результаты хирургического лечения требуют дальнейшего совершенствования хирургического метода и разработки способов дополнительного лечения НЗО.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Bonvalot S. //J. Chir. (Paris). — 1999. — Vol. 136, N 2. — P. 61—66.
2. Calo P. G., Congiu A., Ferelli C. et al. //Minerva Chir. — 1994. — Vol. 49. — P. 43—49, 117—120.
3. Junginger T. //Arch. Chir. — 1998. — Vol. 115 (Suppl.). — P. 388—392.
4. Karakousis C. P., Gerstenbluth R., Kontzoglou K., Driscoll D. L. // Ibid. — 1995. — Vol. 130, N 10. — P. 1104—1109.
5. Marano I., Donnianni T., Di Lorenzo P. et al. //Radiol. Med. (Torino). — 1998. — Vol. 96, N 3. — P. 232—237.
6. Roggo A., Weder W., Mauch J. Y. et al. //Helf. Chir. Acta. — 1993. — Bd 60. — S. 117—120.
7. Serio G., Tenchini P., Nifosi F., Iacono C. //Br. J. Surg. — 1989. — Vol. 76, N 4. — P. 385—389.
8. Testini M., Catalano G. Jr., Macarini L., Paccione F. //Int. Surg. — 1996. — Vol. 81, N 1. — P. 88—93.
9. Whooley B. P., Mooney M. M., Gibbs J. F., Kraybill W. G. //Semin. Surg. Oncol. — 1999. — Vol. 17, N 1. — P. 83—87.

Поступила 19.03.2001 / Submitted 19.03.2001