
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

В.П. Харченко, В.Д. Чхиквадзе, А.А. Абдуллаева

Российский научный центр рентгенорадиологии Росмедтехнологий (РНЦРР)

Профсоюзная ул., 86, Москва, Россия, 117997

А.М. Сдвижков

ОКД № 1 ДЗ г. Москвы

ул. Бауманская, 17/1, Москва, Россия, 105005

Неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) являются редко встречающимися в клинической практике новообразованиями и составляют 0,01—0,3% всех новообразований человека. Основным методом лечения НЗО является хирургический, который выполняется 43—95% больным. В работе представлен анализ хирургического лечения 104 больных с неорганными забрюшинными опухолями. Полное удаление неорганных забрюшинных опухолей было выполнено 87 (83,7%) больным (из 104); частичное удаление НЗО — 7 (6,7%) больным. Эксплоративные лапаротомии были выполнены 8 (7,7%) больным. Симптоматические операции — 2 (1,9%) больным. Операбельность составила 88,1%, резектабельность — 90,3%. Уровень периоперационных осложнений составил 29,8%, госпитальной летальности — 4,2%. Проведенный анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных с НЗО свидетельствует о высоких показателях операбельности больных с НЗО и резектабельности опухолей. Операции при НЗО не сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности.

Ключевые слова: забрюшинные опухоли, хирургическое лечение неорганных забрюшинных опухолей.

Неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) являются редко встречающимися в клинической практике новообразованиями и составляют 0,01—0,3% всех новообразований человека [11, 18, 20]. Основным методом лечения НЗО является хирургический. История развития хирургии опухолей забрюшинного пространства насчитывает почти два столетия (Lizar, 1824). На сегодняшний день хирургическое лечение неорганных забрюшинных опухолей выполняется у 43—95% больных [14, 16, 19]. 30 лет назад по данным ряда авторов, резектабельность НЗО составляла 60—67% [12, 13]. На сегодняшний день резектабельность забрюшинных опухолей составляет 84,4—88,7% [15, 16, 17]. Однако даже с расширением показаний к хирургическому лечению НЗО больным необоснованно отказывают в специализированном лечении вследствие больших размеров опухоли. Доля пробных вмешательств остается достаточно высокой. Несмотря на достигнутый прогресс в хирургии неорганных забрюшинных опухолей, лечение их в клинической онкологии остается трудной задачей, и требует дальнейшего их изучения.

Материалы и методы исследования. За 15 лет в РНЦРР и ОКД № 1 ДЗ г. Москвы находились на лечении 118 больных с неорганными опухолями забрюшинного пространства. Женщин было 62 (52,5%), мужчин — 56 (47,5%). Возраст пациентов варьировал от 17 до 78 лет. Однако большая часть больных были в возрасте 45—69 лет. Средний возраст больных составил $53,8 \pm 1,3$ лет. Больных с первичными НЗО было 81, с рецидивными опухолями — 37.

Опухоли мезенхимального происхождения были выявлены у 92 (78%) больных, нейроэктодермального происхождения — у 24 (20,3%) и из эмбриональных остатков — у 2 (1,7%). Доброкачественные неорганные забрюшинные опухоли были у 10 (8,5%) больных, злокачественные — у 108 (91,5%).

Размер опухолей варьировал от 6 см до 70 см. Средний размер НЗО составил $19,67 \pm 9,32$ см.

Для определения локализации НЗО мы использовали схему зонального деления забрюшинного пространства, предложенную В.В. Цвиркуном [16] (рис. 1).

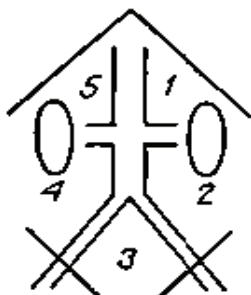


Рис. 1. Схема зонального деления забрюшинного пространства по В.В. Цвиркуну

В.В. Цвиркун выделил 5 анатомических зон забрюшинного пространства:

1 — между левым куполом диафрагмы сверху, супраренальным сегментом аорты справа, левой почечной артерией снизу и левой боковой брюшной стенкой;

2 — между левой почечной артерией сверху, инфраренальным сегментом аорты справа, левой общей подвздошной артерией снизу и левой боковой стенкой;

3 — тазовая — ниже подвздошных артерий и безымянной линии;

4 — между правой общей подвздошной артерией снизу, инфраренальным сегментом аорты слева, правой почечной артерией сверху и правой боковой брюшной стенкой;

5 — между правой почечной артерией снизу, супраренальным сегментом аорты слева, правым куполом диафрагмы и правой боковой брюшной стенкой.

Значимых различий в локализации неорганных забрюшинных опухолей нами выявлено не было. В 52 наблюдениях опухоли локализовались в левых отделах забрюшинного пространства, в 54 — в правых и в 13 — в малом тазу. В 9 наблюдениях опухоли занимали все отделы забрюшинного пространства, кроме малого таза. В нашем исследовании у 55 больных опухоли занимали 1 анатомическую зону, у 65 — две и более анатомические зоны.

Из 118 человек специфическое лечение получили 104 (88,1%) больных. 14 (10,7%) больным (11 больных с первичными НЗО, 3 с рецидивными НЗО) хирургическое лечение не проводилось, что было обусловлено выраженной генерализацией опухолей, наличием множественных отдаленных метастазов и тяжелой сопутствующей патологией. 6 больным (из 14) была проведена паллиативная полихимиотерапия, 2 — паллиативное химиолучевое лечение и 6 — симптоматическая терапия.

Из 104 больных, 94 (90,4%) были выполнены операции по поводу злокачественных НЗО и 10 (9,6%) — по поводу доброкачественных опухолей. Полное удаление неорганных забрюшинных опухолей было выполнено 87 (83,7%) больным (из 104); частичное удаление НЗО — 7 (6,7%) больным. Эксплоративные лапаротомии были выполнены 8 (7,7%) больным. Симптоматические операции — 2 (1,9%) больным (формирование обходного анастомоза и петлевая транзверзостомия) (табл. 1, 2).

Таблица 1

Хирургическое лечение у больных с первичными неорганными забрюшинными опухолями

Объем операции	Первичные НЗО
Полное удаление НЗО	60 (85,7%)
Циторедуктивные и паллиативные операции	4 (5,7%)
Симптоматические операции и пробные лапаротомии	6 (8,6%)
Всего	70 (100%)

Таблица 2

Хирургическое лечение у больных с рецидивными неорганными забрюшинными опухолями

Объем операции	Рецидивы НЗО
Полное удаление НЗО	27 (79,4%)
Циторедуктивные и паллиативные операции	3 (8,8%)
Симптоматические операции и пробные лапаротомии	4 (11,8%)
Всего	34 (100%)

Из 87 больных, которым выполнялось полное удаление НЗО, 78 (89,7%) больных были оперированы по поводу злокачественных НЗО и 9 (10,3%) — по поводу доброкачественных опухолей. Частичное удаление НЗО было выполнено 6 больным по поводу злокачественных НЗО и 1 — по поводу гигантской забрюшинной липомы.

Для оценки непосредственных результатов хирургического лечения исследовались показатели: операбельность, резектабельность, периоперационные осложнения и летальность.

Результаты исследования. Непосредственные результаты хирургического лечения оценивались у 104 больных из 118.

Операбельность составила 88,1%. Причинами неоперабельности больных были тяжелое общее состояние больных, обусловленное прогрессированием опухолей и тяжелая сопутствующая патология. Операбельность больных со злокачественными НЗО была 87,0%, больных с доброкачественными НЗО — 100%. Операбельность больных с первичными НЗО составила 86,4%, с рецидивами НЗО — 92,0%, что, на наш взгляд, обусловлено поздней первичной диагностикой НЗО.

Резектабельность — 90,3%. Причинами нерезектабельности неорганных забрюшинных опухолей были: выраженный местно-распространенный опухолевый рост, врастание опухоли в близкорасположенные органы и множественные отдаленные метастазы. Резектабельность первичных НЗО составила 91,4%, рецидивных НЗО — 88,2%. Резектабельность злокачественных НЗО составила 89,4%. Резектабельность доброкачественных НЗО составила 100%. Резектабельность первич-

ных злокачественных НЗО составила 90,1%, злокачественных рецидивных НЗО — 87,8%. Резектабельность НЗО в радикальном объеме составила — 83,6%; злокачественных НЗО — 83,0%, доброкачественных — 90%. Резектабельность первичных НЗО в радикальном объеме составила 85,7%, рецидивных НЗО — 79,4%.

Уровень периоперационных осложнений составил 29,8%.

Интраоперационные осложнения были у 18 (17,3%) больных: интраоперационное кровотечение — у 16 (15,3%) больных; повреждение мочеточника — у 1 больной и повреждение стенки поперечно-ободочной кишки — у 1 больной. Летальности из-за развития интраоперационных осложнений не возникло. Средняя кровопотеря при операциях в объеме полного удаления забрюшинной опухоли составила $1323,6 \pm 110,7$ мл, при комбинированных операциях — $1546,7 \pm 189,9$ мл. Выполнение повторных операций по поводу рецидивов НЗО не сопровождалось увеличением объема кровопотери в сравнении с первичными операциями. Средний объем кровопотери при первичных операциях в радикальном объеме составил $1340,3 \pm 102,9$ мл. Средний объем кровопотери при операциях в радикальном объеме по поводу рецидивов НЗО составил $1484,8 \pm 156,8$ мл.

Послеоперационные осложнения зафиксированы у 11 (10,5%) больных: у 6 (8,5%) больных с первичными НЗО и у 5 (14,7%) больных с рецидивными НЗО. Частота послеоперационных осложнений при операциях, в объеме полного удаления неорганный забрюшинной опухоли, составила 7,9% (5 из 63 операций), при выполнении комбинированных операций — 12,5% (3 из 24 операций).

Уровень госпитальной летальности при лечении НЗО составил 4,2% (5 пациентов). Одна больная умерла в послеоперационном периоде от острой почечной недостаточности. Одна больная — вследствие развития острого послеоперационного панкреатита, панкреонекроза, септических осложнений и полиорганной недостаточности. Один больной умер в связи с развитием несостоятельности швов кишечного анастомоза, разлитого гнойного перитонита и септических осложнений. Другой больной — от развития острой сердечно-сосудистой недостаточности, острого инфаркта миокарда. Один больной умер от ТЭЛА, источником которой явились тромбы глубоких вен нижних конечностей.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных с неорганными забрюшинными опухолями свидетельствует о высоких показателях операбельности больных с НЗО и резектабельности опухолей, что связано с улучшением диагностики НЗО, анестезиологического пособия и совершенствованием методик и хирургической техники при их удалении. Также установлено, что хирургические вмешательства по поводу первичных и рецидивных неорганных забрюшинных опухолей не сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Вашиакмадзе Л.А., Черемисов В.В., Бутенко А.В.* Онкология: национальное руководство / Под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — Гл. 21. — С. 739—748.

- [2] Бачиашвили А.К. Комплексная диагностика, лечение и прогноз неорганных опухолей забрюшинного пространства: Дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1998.
- [3] Даниель-Бек К.В., Шафир И.И. Забрюшинные опухоли. — М.: Медицина, 1976.
- [4] Наврузов С.Н., Юсупбеков А.А., Джурраев М.Д. Хирургическое лечение первичных неорганных забрюшинных опухолей // Российский онкологический журнал. — 2006. — № 2. — С. 38—41.
- [5] Стилиди И.С., Губина Г.И., Неред С.Н. и др. Непосредственные результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей // Вестник Московского онкологического Общества. — 2006. — № 5.
- [6] Федоров В.Д., Цвиркун В.В. Актуальные вопросы хирургии. Сб. научных трудов к 50-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН. — М., 1995. — С. 207—214.
- [7] Черемисов В.В., Ваиакмадзе Л.А., Хомяков В.М. Результаты хирургического лечения первичных и рецидивных неорганных опухолей забрюшинного пространства // XII Российский онкологический конгресс. Сборник материалов. — М., 2008. — С. 187—188.
- [8] Calo P.G., Congiu A., Ferelli C. et al. I tumori retroperitoneali primitivi // Nostra esperienza. Minerva Chir. — 1994. — № 49. — P. 43—49, 117—120.
- [9] Erzen D., Sencar M., Novak J. Retroperitoneal sarcoma: 25 years of experience with aggressive surgical treatment at Institute of Oncology, Ljubljana // J. Surg. Oncol. — 2005. — Jul 1. — 91(1). — P. 1—9.
- [10] Russo P., Kim Y., Ravindran S. et al. Nephrectomy during operative management of retroperitoneal sarcoma // Ann. Surg. Oncol. — 1997. — № 4—5. — P. 421—424.

DIRECT RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF RETROPERITONEAL TUMOURS

V.P. Harchenko, V.D. Chhikvadze, A.A. Abdullaeva

Russian Scientific Center of Roentgenoradiology (RSCRR)
Trade-union str., 86, Moscow, Russia, 117997

A.M. Sdvizhkov

Physician oncological dispensary № 1, Moscow
Baumansky str., 17/1, Moscow, Russia, 105005

Retroperitoneal tumours are rare and compose 0,01—0,3% of all tumours types. The basic method of retroperitoneal tumour treatment is surgical resection which is carried out in 43—95% of patients. In this study we present analysis of surgical treatment of 104 patients with retroperitoneal tumours. Complicated resection was made in 87 patients (83,7%); partial surgical resection — in 7 patients (6,7%), explorative laparotomies have been executed in 8 patients (7,7%), symptomatic operations — 2 patients (1,9%). Operability percentage — 88,1%. Resectability — 90,3%. Level of an intraoperation and postoperation complications was 29,8% and hospital lethality — 4,2%. Analysis of surgical treatment direct resultstestifies to high indicators of operability of patients with retroperitoneal tumours resectability. Surgical treatment of retroperitoneal tumours isn't accompanied with high frequency of postoperative complications and lethality.

Key words: retroperitoneal tumours, surgical treatment of retroperitoneal tumours.