

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОРГАНЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

М.Д. ДЖУРАЕВ, А.А. ЮСУПБЕКОВ, Ф.Г. УЛМАСОВ

Республиканский онкологический научный центр, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ҚОРИН ПАРДА ОРТИ НООРГАН ЎСМАЛАРИДА ТАШХИСЛАШ ВА ЖАРРОХЛИК УСУЛЛАРИ

М.Д. ДЖУРАЕВ, А.А. ЮСУПБЕКОВ, Ф.Г. УЛМАСОВ

Республика онкология илмий маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE RETROPERITONEAL EXTRA-ORGANIC TUMORS

M.D. DJURAEV, A.A. YUSUPBEKOV, F.G. ULMASOV

Republican Scientific Oncological Centre, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Мақолада қорин парда орти маҳаллий тарқаган ноорган ўсмалари бўйича 208 беморда ўтказилган жаррохлик амалиётларининг бевосита ва узоқ муддатдаги натижалари таҳлил қилинади. Шулардан 152 (73.1%) беморда хавфли ўсмалар, 56 (26.9%) беморда хавфсиз ўсмалар тасдиқланган. Радикал жаррохлик амалиётлари 64.8% беморларга, паллиатив амалиётлар 26.7% ва циторедуктив амалиётлар 8.3% беморларга ўтказилган. Комбинирлашган жаррохлик амалиётлари 52.8% беморларда бажарилган. Амалиёт вақтидаги ва амалитёдан кейинги умумий асоратлар 16.4% ни, ўлим кўрсаткичи эса 2.4%ни ташкил қилди. Беш йиллик яшаш муддати хавсиз қоринпарда орти ноорган ўсмаларида 83.3%ни, хавфли ўсмаларида эса 12.6% ни ташкил қилди. Шу кўрсаткич радикал амалиётдан сўнг 41.3%ни ва норадикал амалиётдани сўнг эса 9.6% га тенг бўлди. Рецидив кўрсаткичлари 5 йил мобайнида хавфли ўсмалар бўйича ўтказилган амалиётдан сўнг 73.7%ни, хавфсиз ўсмалардан сўнг эса 26.3%ни ташкил қилди.

Калит сўзлар: қорин парда орти соҳаси, ноорган ўсмалар, радикал, паллиатив ва циторедуктив амалиётлар.

The article provides a data of immediate and long term results of surgical treatment in 208 patients with locally spread nonorganic retroperitoneal tumors. Malignant tumors constituted 152 (71,3%) while benign tumors 56 (26.9%). Radical operations were performed to 64.8% of patients, palliative-26.7% and in 8.3% of cases operations were cytoreductive. From these, in 52.8% of cases operations had combined character. General, Intra- and postoperative complications constituted 16,4%, meanwhile postoperative lethal outcomes – 2,4%. 5-year survival rate of patients with benign tumors reached 83.3%, and malignant-12.6%. The same index after radical operation constituted 41,3%, and after non radical -9,6%. Relapses within 5 years after surgery for a malignant tumor occurred in 73.7%, and after a benign tumor - 26.3% of patients.

Key words: nonorganic retroperitoneal tumors, radical, palliative cytoreductive operations.

Актуальность. Неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) - новообразования, не имеющие органной принадлежности, развивающиеся из мягких тканей забрюшинного пространства. НЗО относят к саркомам мягких тканей. Среди сарком мягких тканей на долю забрюшинных опухолей приходится 10-15%[2]. Удельный вес НЗО среди онкологических патологий составляет 0,2-0,4%. НЗО представляет собой гетерогенную группу опухолей, которые классифицируют в зависимости от микроскопических признаков, степени дифференцировки тканей и биологического потенциала [3]. В целом гистогенетически забрюшинные опухоли можно разделить на 3 основные группы: 1 - опухоли мезодермального происхождения, 2 - опухоли невrogenного происхождения, 3 – опухоли из эмбриональных остатков (кисты и тератомы). Диагностика и ле-

чение НЗО представляет чрезвычайно сложную задачу. НЗО мезенхимального происхождения отличаются быстрым и агрессивным ростом. Если учесть, что НЗО более в 30% случаев могут метастазировать в другие органы, то зачастую они выявляются в запущенной стадии [4]. Существующие методы диагностики, обзорное и контрастное рентген исследование органов брюшной полости, МРТ, КТ, УЗИ и другие исследования, которые проводятся в рамках стандарта, хотя и могут в целом охарактеризовать первичную опухоль забрюшинного пространства, но в более 60% случаев дают ложноположительную информацию о степени прорастания опухоли в соседние органы и структуры, особенно в магистральные сосуды [1].

В связи с этим, в более 40% случаев, после интраоперационной ревизии меняется объем

и тактика хирургического вмешательства. Что требует совершенствования методов диагностики и хирургического лечения неорганных опухолей забрюшинного пространства является целью настоящего исследования.

Материалы и методы. С 2004 по 2013 годы в отделении абдоминальной хирургии РОНЦ по поводу неорганной саркомы забрюшинного пространства находилось 309 больных. Из них 208 (67,3%) больным произведены хирургические вмешательства по поводу доброкачественных опухолей 46 (22,2%), злокачественных 162 (77,9%). Мужчин - 115 (61%), женщин - 93 (39%), возраст больных колебался от 16 – 77 лет.

Подавляющее большинство пациентов находилось в возрасте до 60 лет – 188 (90,4%). Этот факт – развитие НЗО, главным образом, у пациентов трудоспособного возраста, придает данной проблеме особую социально-экономическую значимость. Согласно классификации у 172 (82,7) больных выявлены мезенхимальные, у 28 (13,5%) нейrogenные и у 8 (3,8%) эмбриональные опухоли.

С целью уточнения диагноза НЗО и степени распространенности помимо традиционных исследований, начиная с 2008 года в нашей практике широко использовались МСКТ с контрастированием нижней полой вены и аорты с висцеральными ветвями, а также диагностическая лапароскопия с целью уточнения истинной вовлеченности опухоли в соседние структуры и в целом для определения резектабельности процесса и объема вмешательства, за исключением гигантской опухоли, не позволяющей проводить лапароскопическое исследование.

При изучении местной распространенности НЗО установлено, что у 58 (27,8%) занимали одну анатомическую зону, у 117 (56,2%) – две и у 33 (15,8%) – три и более. Размер новообразо-

ваний в наибольшем измерении в среднем составил 20,2 см. Приведенные данные убедительно свидетельствуют о том, что в клинике концентрируются больные с местно распространенным опухолевым процессом.

Основным методом лечения первичных неорганных опухолей забрюшинного пространства является хирургический.

В наших наблюдениях к оперативным вмешательствам подвергались 254 больных, из них 208 (81,9%) произведено удаление опухоли, у 46 (18,1%) больных операции закончились эксплоративной лапаротомией. Опухоли злокачественной природы составили 162 (77,8%), доброкачественные – 66 (22,7%). Из них радикальное хирургическое вмешательство произведено 64,8% больным, паллиативное 26,7%, и циторедуктивное – 8,3% больным. Из них 52,8% операция носила комбинированный характер.

Наиболее ответственным моментом операции является выделение опухоли и так называемая «пробная мобилизация опухоли», в ходе чего осторожно осуществляется ориентировочная ревизия, устанавливается связь опухоли с окружающими органами и жизненно важными структурами, накладываются провизорные лигатуры на крупные сосуды и в принципе решается вопрос об объеме и характере хирургического вмешательства [4]. При этом грубое вывихивание в рану даже подвижной опухоли недопустимо. Известный американский хирург Р.Н. Sugarbaker (1992) советует придерживаться тактики «центростремительного направления диссекции», состоящей в том, что «...хирург должен повторно продвигаться по окружности опухоли, как работник, выкорчевывающий дерево и постепенно освобождающий корень, который, в конце концов будет пересечен топором» (рис. 1).



Рис. 1. Макропрепарат опухоли забрюшинного пространства

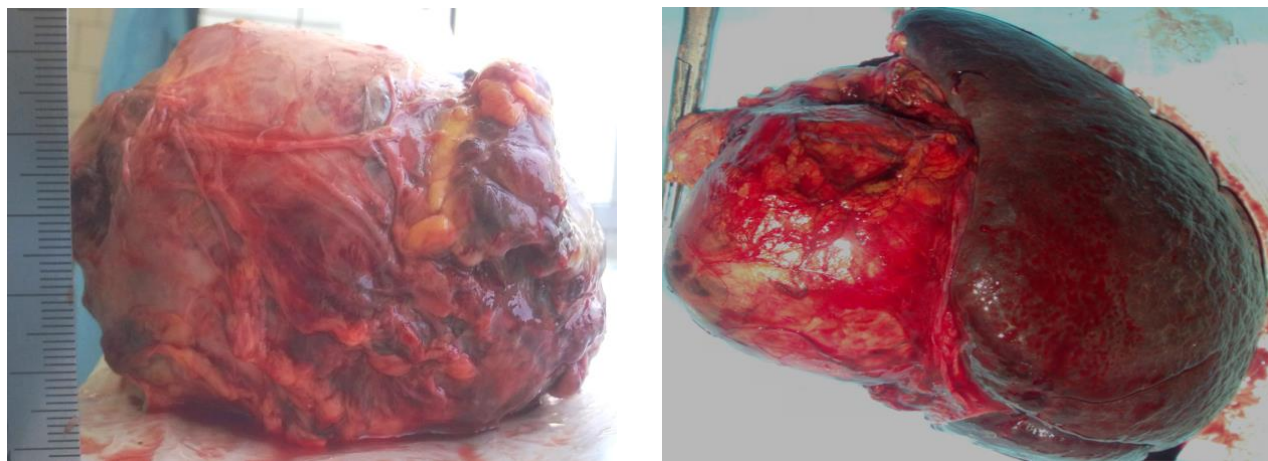


Рис.2. Макпрепарат после комбинированной операции

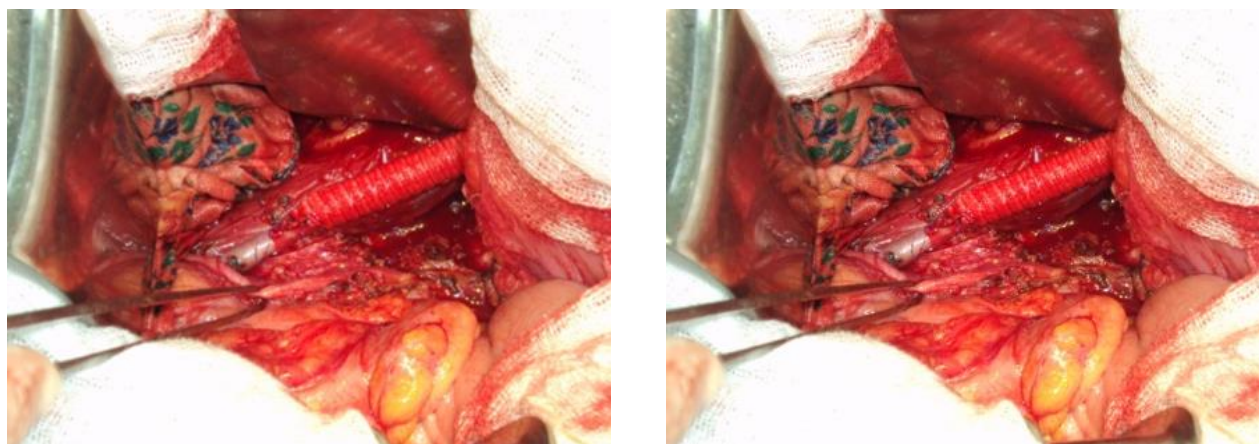


Рис. 3. Резекция и подвздошно-бедренное протезирование при прорастании опухоли в наружную подвздошную артерию

Радикальное хирургическое вмешательство предполагает удаление единым блоком первичной забрюшинной опухоли и пораженных окружающих структур с мобилизацией тканей вне пределов псевдокапсулы опухоли. При вовлечении в опухолевой процесс соседних органов (почка, селезенка, поджелудочная железа, надпочечник, желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая кишка, толстая кишка, прямая кишка, мочевого пузыря, матка, придатки матки, влагалище) или питающих их сосудов, в ходе радикальных операций выполняются комбинированные вмешательства с удалением или резекцией указанных органов (рис.2).

Крупные артериальные сосуды могут быть резецированы с замещением дефекта аллотрансплантатом (рис. 3).

Нижняя полая вена ниже почечных вен может быть перевязана (если препятствием к радикальному удалению опухоли является только ее вовлечение в процесс). По данным разных авторов (6,7,8), комбинированные радикальные операции выполняются в 17-39% случаях доброкачественных или злокачественных забрюшинных опухолей, а при только злокачественных до

48,1%. В наших наблюдениях в 52,8% (75) случаях были произведены комбинированные хирургические вмешательства. Основными компонентами комбинированного вмешательства были: тонкая и толстая кишка и их брыжейки, печень, селезенка, почки, мочеточники, передние и боковые стенки живота, магистральные сосуды, яичники, мочевого пузыря, поджелудочная железа и другие. В 12 (16%) случаях была выявлена инвазия в магистральные сосуды, из них в 3х случаях инвазии в области подвздошной артерии и вены, в 4 случаях в брюшную аорту, и в 5 случаях в нижнюю полую вену, из них у 2 больных выше и у 3 ниже отхождения почечной вены. Во всех 3х случаях при инвазии в подвздошную артерию произведена резекция общей и наружной подвздошной артерии с подвздошно-бедренным протезированием. В 2х случаях из 3 при прорастании в аорту произведена резекция аорты на протяжении с протезированием, а в 1 случае краевая резекция с пластикой стенки аорты. Во всех 5 случаях при инвазии опухоли в нижнюю полую вену выполнены резекция и пластика стенки сосудов. В 10 (4,8 %) случаях была выполнена резекция мочеточника как элемент ком-

бинированной операции, длина резекции составила от 2 до 10 см, справа 6, слева 4. В 5 случаях удалось за счет мобилизации мочеточника наложить уретро-уретро анастомоз. В 1 случае, учитывая явления выраженного гидронефроза и длины дефекта мочеточника, операция завершилась нефрэктомией. В 3 остальных случаях при дефекте мочеточника, составляющим от 8 до 10 см, нами были разработаны уникальные способы восстановления дефекта. В случае при дефекте 8 см справа был отсечен аппендикулярный отросток от слепой кишки с сохранением брыжейки, используя мобильность илеоцекального угла дефект мочеточника восстановлен аппендикулярным отростком путем формирования уретро-аппендикулярного анастомоза. В 1 случае при дефекте составляющий 6 см, произведена полная мобилизация левой почки с почечной артерией и веной и проксимальным концом мочеточника, за счет этого удалось низвести левую почку в целом на 6 см и сформировать уретро-уретро анастомоз с нефропексией. В 3 случае при аналогичной ситуации с дефектом уретры 5 см непрерывность мочеточника восстановлена, за счет мобилизации правого угла мочевого пузыря (рис. 4. и рис. 5.).

Обсуждения результатов. Весьма существен вопрос об операционных осложнениях, которые могут встречаться у каждого четвертого-пятого больного, причем послеоперационная летальность по данным различных авторов составляет 8-25%. Наиболее серьезными осложнениями являются: кровотечение (без ранения магистральных сосудов или в результате ранения крупных магистральных сосудов); последствия массивного переливания донорской крови (фибринолиз, ДВС-синдром). При ранении прилежащих сосудов, при диффузном кровотечении из ложа опухоли, особенно внутрикапсулярном вы-

делении стандартная тактика отсутствует. Зачастую попытка остановить кровотечение путем электрокоагуляции или ушивания ложа, хирурги теряют драгоценное время, за это время происходит значительное кровотечение. В нашей практике в 16 случаях, особенно при внутрикапсулярном выделении наблюдали диффузное кровотечение. Попытка коагулировать и ушить ложе закончились безуспешно. Для успешной остановки кровотечения нами используется тугое тампонирование ложа опухоли метровыми тампонами, в зависимости от диаметра ложа опухоли – конец тампонов выводится на переднюю брюшную стенку через контрапертуры последовательно и маркируется. Тампоны мы оставляем на 6-7 суток в зависимости от реакции организма и появления ослизнения. Тампоны удаляются последовательно, сначала самые поверхностные, потом средние и в конце самые нижние.

Из 16 больных, которым был использован метод тугой тампонады, 1 больная умерла вследствие ДВС синдрома. У остальных 15 больных после тампонады была обеспечена стойкая остановка кровотечения. Тампоны как указано, были удалены на 6-7 сутки под кратковременным ингаляционным наркозом. Осложнений не наблюдалось.

Общие интра- и послеоперационные осложнения составили 16,4% (34 больных). Из них интраоперационные осложнения у 24 (11,5%), и послеоперационные осложнения у 10 (4,8%) больных. Интраоперационные: по ходу мобилизации и удаления опухоли у 16 больных возникло диффузное кровотечение из ложа опухоли, у 2 больных массивное кровотечение в результате повреждении магистральных сосудов, 3 случаях повреждение целостности кишечника, в 2-х мочевого пузыря и в 1 селезенки.

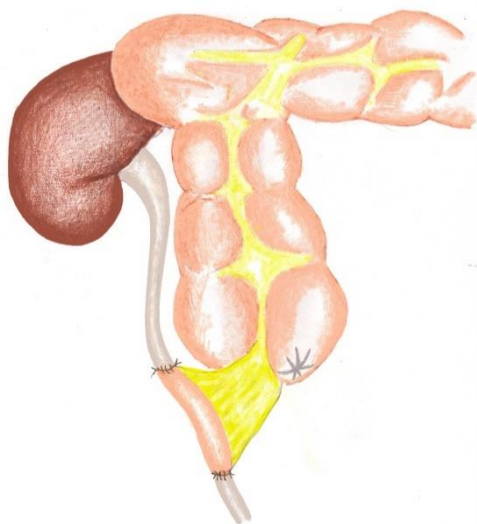


Рис. 4. Замещение дефекта мочеточника аппендикулярным отростком.

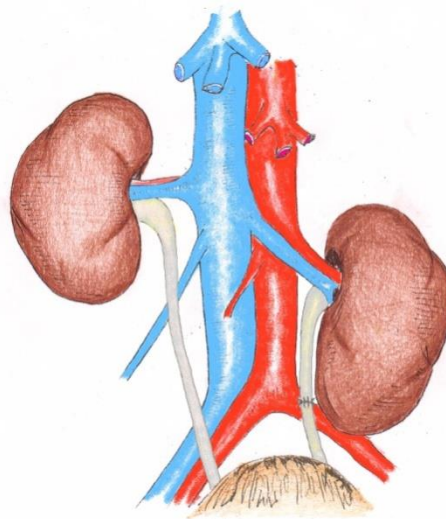


Рис. 5. Низведение левой почки для восстановления дефекта мочеточника.

В послеоперационном периоде структура осложнений непосредственно связанных с самой операцией была следующей: кровотечение из ложа удаленной опухоли-3, наружный толстокишечный свищ из сформированного колоколоанастомоза-1, паралитическая кишечная непроходимость у 2, панкреатит у 2, тромбоэмболия у 1, ОССН у 1 больного. Интраоперационно умерла 1 (0,4%) больная от ОССН, вследствие продолжающегося кровотечения и ДВС синдрома. В послеоперационном периоде умерло 5, из них 2 больных от внутрибрюшного кровотечения, 1 от тромбоэмболии, 1 от инфаркта миокарда, и еще 1 больной после релапаротомии по закрытию кишечного свища. Послеоперационная летальность составила 2,4%.

В наших наблюдениях пятилетняя выживаемость при НЗО после радикального хирургического лечения составила 41,3%, после нерадикального 9,6%.

Рецидивы неорганных опухолей после радикальных хирургических вмешательств выявлены в течение пяти лет в 60,8% случаях: соответственно у 26,3% больных с доброкачественными новообразованиями и у 73,7% - со злокачественными, причем у большинства больных (52%) рецидивы опухоли возникали в сроки до 18 месяцев после операции.

Заключение: В заключение необходимо отметить, что при неорганных забрюшинных опухолях не существует стандартных оперативных вмешательств. Любое из них, особенно при местно-распространенных опухолях, сопряжено с возможностью осложнений. Хирургическая бригада, выполняющая подобную операцию, должна в равной мере владеть навыками работы на всех органах брюшной полости и забрюшинного пространства, на сосудах. Данные операции возможны только при наличии высокопрофессиональной реанимационно-анестезиологической службы и адекватного материально-технического обеспечения.

Литература:

1. Игнатова Е.И. Видеолапароскопия с применением интраоперационного ультразвукового исследования в диагностике опухолевых заболеваний брюшной полости и забрюшинного про-

странства: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М. 2001. – 27 с.

2. Клименков А.А., Губина Г.И., Неорганные забрюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургической тактики // Практическая онкология. Т 5. №4 – 2004. С. 285-290.

3. Наврузов С.Н., Джураев М.Д., Юсупбеков А.А. Хирургическое лечение первичных неорганных забрюшинных опухолей // Рос. онкол. журн. – 2006. - №2. – С. 38-41.

4. Стилиди И.С., Губина Г.И., Неред С.Н. Непосредственные результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей // Рос.онкол. журн. – 2007. - №1. – С. 25-29.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

М.Д. ДЖУРАЕВ, А.А. ЮСУПБЕКОВ,
Ф.Г. УЛМАСОВ

Республиканский онкологический научный
центр, Республика Узбекистан, г. Ташкент

В статье обсуждаются непосредственные и отдаленные результаты 208 больных с неорганными опухолями забрюшинного пространства, которым произведены хирургические вмешательства. Опухоли злокачественной природы составили 152 (73,1%), доброкачественные – 56 (26,9%). Радикальные операции произведены 64,8% больным, паллиативные – 26,7% и циторедуктивные 8,3%. Из них 52,8% случаев операция носила комбинированный характер. Общие интра- и послеоперационные осложнения составили 16,4%, а послеоперационная летальность – 2,4%. 5-летняя выживаемость больных с доброкачественными опухолями достигла 83,3%, а со злокачественными – 12,6%. Этот же показатель после радикальной операции составил 41,3%, а после нерадикальной – 9,6%. Рецидивы, в течение 5 лет после операции, по поводу злокачественной опухоли, возникли у 73,7%, а после доброкачественной опухоли – 26,3% больных.

Ключевые слова: забрюшинное пространство, неорганные опухоли, радикальные, паллиативные и циторедуктивные операции