

УДК 917.553-006-089

**К.В. САМОЙЛОВ**

Самарский государственный медицинский университет  
Самарский областной клинический онкологический диспансер

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ОПУХОЛЬ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

Научный консультант – профессор О.И. Каганов

**В данной статье изучен опыт лечения больных с различными опухолями забрюшинного пространства. В исследовании применены современные методы диагностики, лечения, статистического анализа. Полученные результаты имеют определенную научную новизну и практическую значимость.**

*Ключевые слова: забрюшинная опухоль, результаты лечения.*

**K.V. SAMOILOV**

## **THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH TUMORS OF RETROPERITONEUM**

**This article describes the results of treatment of patients with malignant and benign retroperitoneal tumors.**

*Keywords: retroperitoneal tumor, treatment results.*

Введение. Неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) встречаются относительно редко в структуре онкологических заболеваний и составляют 0,02–0,6%<sup>12</sup>. Из всех НЗО злокачественные опухоли составляют 60–80%, доброкачественные – 20–

40%<sup>3</sup>. Большое разнообразие морфологических форм опухолей определяет повышенный интерес к эпидемиологии и структуре изучаемой патологии. В настоящее время разработано значительное количество методов комбинированного лечения НЗО, но основным радикальным методом лечения признано хирургическое вмешательство.

Резектабельность НЗО варьирует-

---

<sup>1</sup> Афанасьев С.Г., Августинович А.В., Усынин Е.А. и др. Случай успешного лечения гигантской забрюшинной неорганной миксолипомы // Сибирский онкологический журнал. – 2009. № 3 (33). С. 79–84.

<sup>2</sup> Каганов О.И. Клинико-морфологическое обоснование хирургического лечения больных с токсическими формами зоба: Автореф. дис. канд. техн. наук. Самара, 2004. – 44 с.

---

<sup>3</sup> Клименков А.А., Губина Г.И. Неорганные забрюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургическая тактика // Практическая онкология. – 2004. № 4 (20). С. 285–290.

ся от 25 до 73%<sup>4,5</sup>. Однако, даже после радикального удаления опухоли, часто не удается достичь стабилизации процесса и риск возникновения местных рецидивов остается высоким<sup>6,7</sup>.

Частота рецидивирования НЗО в мировой литературе оценивается в 30–70%<sup>8,9</sup>. Наиболее важным моментом, определяющим риск развития рецидива, является степень радикальности первой операции<sup>10</sup>. По данным отечественных и зарубежных авторов, зачастую, макроскопически не выявленная опухоль левая инвазия определяется в краях резекции при послеоперационном микроскопическом исследовании. Это явление наблюдается в 54–55 % выполненных операций, которые изначально расценивались как радикальные<sup>11</sup>. В связи с

этим хирурги максимально расширяют объем операции, как правило, за счет резекций соседних с опухолью анатомических структур, что приводит к большому объему кровопотери, возрастанием времени операции, частоты послеоперационных осложнений и летальности<sup>12</sup>.

Результаты лечения больных с диагнозом опухоль забрюшинного пространства до сих пор остаются неудовлетворительными, а прогноз малоутешительным<sup>13</sup>. Поэтому пути совершенствования тактики диагностики и лечения забрюшинных опухолей остаются актуальными<sup>14</sup>.

Материал и методы. На базе ГБУЗ Самарского областного клинического онкологического диспансера с 2008 по 2013 годы было проведено лечение у 176 пациентов, из них 49 мужчин и 127 женщин, соотношение составило 1:2. Средний возраст больных составил  $47,04 \pm 15,67$  лет.

Первичные больные поступили в абдоминальное отделение с диагнозом опухоль забрюшинного пространства. На догоспитальном этапе больным выполнялось КТ брюшной полости или МРТ малого таза с контрастным усилением, инструментальные исследования толстой кишки, желудка, легких, чрезкожная пункция новообразования с последующим цитологическим исследованием материала. Проведенные исследования позволя-

<sup>4</sup> Кутырёва Ю.Г., Труханова И.Г., Каганов О.И. и др. Использование методов экстракорпоральной непрерывной коррекции гомеостаза в интенсивной терапии критических состояний // Врач скорой помощи. – 2011. № 5. С. 11–14.016.

<sup>5</sup> Тявкин В.П., Сухарев В.М., Савинков В.Г., Каганов О.И. Способ обработки ложа желчного пузыря при лечении пациентов с диагнозом рак желчного пузыря // Патент России № RUS 2342096 23.03.2007039.

<sup>6</sup> Клименков А.А., Баронин А.А., Губина Г.И. и др. Основные принципы лечения забрюшинных неорганных опухолей // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – 2001. № 3. С. 33–37.

<sup>7</sup> Козлов С.В., Крюков Н.Н., Труханова И.Г., Стадлер В.В., Каганов О.И., Фролов С.А. Способ прогнозирования гемодинамических нарушений при индукции общей анестезии у больных с онкоабдоминальной патологией // Патент России № RUS 2428103 26.10.2009010.

<sup>8</sup> Зубков Р.А., Расулов Р.И. Непосредственные результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей // Сибирский онкологический журнал. – 2009. № 2 (32). С. 31–35.

<sup>9</sup> Кутырёва Ю.Г., Труханова И.Г., Каганов О.И. и др. Использование методов экстракорпоральной непрерывной коррекции гомеостаза в интенсивной терапии критических состояний // Врач скорой помощи. – 2011. № 5. С. 11–14.016.

<sup>10</sup> Крюков Н.Н., Труханова И.Г., Стадлер В.В., Белоконов В.И., Каганов О.И., Фролов С.А. Способ прогнозирования гемодинамической нестабильности на этапах вводного наркоза при онкоабдоминальных операциях у больных с сердечно-сосудистой патологией // Патент России № RUS 2417739 26.10.200909.

<sup>11</sup> Федоров В.Д., Цвиркун В.В. Хирургическое лечение больных с неорганными забрюшинными опухолями // Актуальные вопросы хирургии. Сб. научных трудов к 50-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН. М., 1995. С. 207–214.

<sup>12</sup> Кутырёва Ю.Г., Тимирбулатов Т.Ш., Вишняков В.А., Каганов О.И. Выбор оптимального сосудистого доступа при проведении заместительной почечной терапии // Врач скорой помощи. – 2011. № 9. С. 32–35.018.

<sup>13</sup> Кутырёва Ю.Г., Труханова И.Г., Каганов О.И. и др. Использование методов экстракорпоральной непрерывной коррекции гомеостаза в интенсивной терапии критических состояний // Врач скорой помощи. – 2011. № 9. С. 36–39.019.

<sup>14</sup> Тявкин В.П., Савинков В.Г., Каганов О.И. и др. Способ лечения пациентов с диагнозом рак желчного пузыря // Патент России № RUS 2343872 23.03.2007028.

Таблица 1

*Вид и число проведенных операций у больных с диагнозом  
забрюшинная опухоль*

| Вид операции                                 | Абсолютное число | %    |
|--|------------------|------|
| Удаление забрюшинной опухоли                 | 153              | 71,5 |
| Комбинированное удаление забрюшинной опухоли | 61               | 28,5 |
| Всего  | 214              | 100  |

ли определить размеры, локализацию опухоли, наличие инвазии в соседние структуры, но они были малоинформативными для определения гистологического типа опухоли. Все больные поступали на оперативное лечение в онкологическое отделение (абдоминальная онкология) ГБУЗ Самарского областного клинического онкологиче-

сопровождалась комбинированным удалением опухоли и соседних органов (таблица 2).

Было выявлено, что наибольшее число (n=47 (75,5%)) комбинированных операций было выполнено больным со злокачественными формами забрюшинной опухоли, тогда как при доброкачественной гистологической

Таблица 2

*Вид и число проведенных операций у больных с доброкачественной и злокачественной забрюшинной опухолью*

| Гистологическая форма опухоли | Удаление забрюшинной опухоли |      | Комбинированное удаление забрюшинной опухоли |      |
|-------------------------------|------------------------------|------|--|------|
|                               | Абс. число                   | %    | Абс. число                                   | %    |
| Доброкачественная             | 63                           | 62,4 | 8  | 14,5 |
| Злокачественная               | 38                           | 37,6 | 47   | 75,5 |
| Всего                         | 101                          | 100  | 55   | 100  |

ского диспансера.

Результаты исследования. Всем больным было проведено хирургическое лечение. Число и вид операции представлен в таблице 1.

Всего было выполнено 214 операций, из них по поводу первичной опухоли оперировано 176 больных, рецидивной опухоли – 38. Число радикальных операций – 185, паллиативных – 29. Удаление опухоли в капсуле в пределах здоровой ткани было выполнено в 153 случаях, 61 операция

форме было проведено лишь 8 (14,5%) расширенных операций ( $p < 0,05$ ).

Интраоперационная кровопотеря при комбинированных операциях составила  $410,91 \pm 113,31$  мл, при удалении опухоли в пределах здоровых тканей  $281,33 \pm 110,94$  мл ( $t=2,49$ ,  $p=0,015$ ). Время проведения комбинированной операции составила  $185,15 \pm 32,49$  мин., при удалении забрюшинной опухоли –  $58,33 \pm 27,14$  мин. ( $t=3,06$ ,  $p=0,003$ ). Послеоперационные осложнения были выявлены у 10 (16,4%)

Таблица 3

*Распределение больных по гистологическому виду  
забрюшинной опухоли*

| Гистологическая форма удаленной забрюшинной опухоли        | Абсолютное число | %          |
|--|------------------|------------|
| Злокачественные опухоли                                    |                  |            |
| Липосаркома  | 22               | 12,6       |
| Фибросаркома   | 20               | 11,5       |
| Нейрофибросаркома  | 17               | 9,6        |
| Лейомиосаркома   | 9                | 5,1        |
| веретенноклеточная саркома                                 | 9                | 5,1        |
| Хондросаркома  | 8                | 4,5        |
| Всего  | 85               | 48,4       |
| Доброкачественные опухоли                                  |                  |            |
| Фибролипома  | 30               | 17,1       |
| Нейрофиброма   | 22               | 12,5       |
| Ганглионеврома   | 9                | 5,1        |
| дермоидная киста   | 3                | 1,7        |
| эпителиальная опухоль                                      | 4                | 2,2        |
| Тератома   | 3                | 1,7        |
| Всего  | 71               | 40,3       |
| Опухоли, верификация которых требует дальнейшего уточнения |                  |            |
| мезенхимальная опухоль                                     | 11               | 6,2        |
| Гистиоцитомы   | 9                | 5,1        |
| Всего  | 20               | 11,3       |
| <b>Всего больных</b>                                       | <b>176</b>       | <b>100</b> |

больных после комбинированных операций и у 7 (4,5%) после удаления опухоли в пределах здоровой ткани ( $t=3,03$ ,  $p=0,004$ ); смертность в послеоперационном периоде составила 3 (4,9%) и 2 (1,3%) больных соответственно ( $p=0,043$ ). Послеоперационный койко-день при комбинированных операциях составил  $22,13 \pm 4,06$ , а при удалении опухоли –  $16,87 \pm 4,37$  дня ( $p=0,000$ ).

В послеоперационном периоде больным выставлялся клинический диагноз в зависимости от гистологического заключения удаленной опухоли (таблица 3).

По данным гистологических заклю-

чений злокачественная забрюшинная опухоль была выявлена у 85 больных (48,4%) и в 100% случаях была представлена различными формами сарком. Доброкачественная опухоль была диагностирована у 71 пациента (40,3%) и преобладали фибролипомы (17,1%) и нейрофибромы (12,5%). У 20 больных был выставлен гистологический диагноз мезенхимальная опухоль (6,2%) и гистиоцитомы (5,1%).

Мониторинг пациентов проводился в течение пяти лет. Рецидивы после хирургического лечения были выявлены у 57 (67%) больных со злокачественными формами забрюшинной опухоли и у 7 (35%) пациентов с опу-

холями, верификация которых требует дальнейшего уточнения. Из них у 8 пациентов прогрессия опухоли являлась показанием к повторной операции, 6 больных оперировались трижды, одному больному проведено четыре полостных операции.

За время наблюдения умерло 60 больных со злокачественными формами забрюшинной опухоли (n=85). Наиболее часто больные умирали в первый год после операции. Для данной группы больных был проведен расчет общей выживаемости. Одногодичная выживаемость составила - 42%, трехгодичная – 8%. Медиана общей выживаемости достигала 11 месяцев.

**Выводы.** При хирургическом лечении забрюшинных опухолей в 28% случаях выполнялись комбинированные операции с одномоментным удалением органов брюшной полости.

Интраоперационная кровопотеря

при комбинированных операциях составляла  $410,91 \pm 113,31$  мл, что значительно выше по сравнению с больными, у которых опухоли удаляются в пределах здоровых тканей  $281,33 \pm 110,94$  мл ( $t=2,49$ ,  $p=0,015$ ).

По данным гистологического заключения злокачественные забрюшинные опухоли были выявлены у 85 больных (48,4%) и в 100% случаях была представлена различными формами сарком, доброкачественные опухоли были диагностированы у 71 пациента (40,3%).

Рецидивы после хирургического лечения были выявлены у 57 (67%) больных со злокачественными формами забрюшинной опухоли, что являлось показанием к проведению повторных операций и повлияло на низкие показатели общей выживаемости - одногодичная выживаемость составила 42%, трехгодичная 8%, медиана общей выживаемости 11 месяцев.