

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ НЕОРГАННОЙ ЗАБРЮШИННОЙ ФИБРОМЫ

¹Ладутько И.М., ²Василевская Е.В., ²Лазаревич Н.А.,
²Жуков А.В., ²Земляник А.Н., ¹Фелькина Е.А., ²Домаренок Е.П.,
¹Орловский Ю.Н.

¹Институт повышения квалификации и переподготовки
кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный
медицинский университет»,

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Опухоли, которые локализуются в забрюшинном пространстве, между листками брюшины брыжеек кишечника, под брюшиной в полости таза и не имеющие органной принадлежности, объединяются в понятие неорганных забрюшинных опухолей (НЗО), которые являются редкой патологией и по мнению различных авторов составляют от 0,03 до 1,0% всех новообразований человека и чаще встречаются у женщин преимущественно молодого и среднего возраста (21-50 лет). Первое описание НЗО дал Venivieni в 1507 г., а в 1829 г. Lobstein предложил термин «забрюшинная саркома». С учетом строения задней брюшной стенки в процессе эмбриогенеза забрюшинное пространство является областью, где представлены все виды тканей человека, любая из которых может стать источником новообразования. НЗО являются чрезвычайно разнообразной по своему морфологическому строению группой новообразований, различаются в зависимости от происхождения и подразделяются на доброкачественные и злокачественные. Так из жировой ткани формируются липомы, липосаркомы; из соединительной – фибромы, фибро-

саркомы; из гладкомышечной – лейомиомы, лейомиосаркомы; из перечно-полосатой мышечной ткани – рабдомиомы, рабдомиосаркомы; из кровеносных сосудов происходят гемангиомы, ангиосаркомы, гемангиоперицитомы; а из оболочек нервов – нейрофибромы, нейролемоммы и др. В последнее время появились научные публикации, касающиеся проблемы НЗО, но большинство из них представляют собой описание отдельных клинических случаев.

Для диагностики заболевания применяется комплекс исследований, включающий лабораторные анализы, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, КТ, МРТ-диагностика, которые позволяют определить локализацию и размер опухоли, инвазию в соседние органы и наличие метастазов, а также диагностическая лапароскопия, биопсия с гистологической верификацией опухоли для выбора эффективной тактики лечения.

Возможность хирургического удаления НЗО определяется, особенностями самой опухоли, степенью ее распространенности на соседние органы, наличием или отсутствием отдаленных метастазов; а также общим состоянием больного с точки зрения переносимости им оперативного вмешательства, наличием адекватного реанимационно-анестезиологического и технического обеспечения операции. Радикальные хирургические вмешательства удается выполнить в целом не более чем у 20-35% больных.

Операции по поводу НЗО относятся к числу очень сложных хирургических вмешательств. Хотя хирургическое удаление опухоли является основным и единственно радикальным методом лечения данной патологии, рецидивы опухоли возникают у значительной части пациентов. Успешность полной хирургической резекции зависит от гистологического строения опухоли и наличия метастазов в соседние органы. Крайне редко наблюдается злокачественная трансформация первично доброкачественных опухолей, а спустя большие сроки после удаления возможно развитие вторых, отличных по гистологической структуре новообразований. Альтернативы хирургическому методу на сегодняшний день не существует, так как надежды, возлагавшиеся на лучевую и химиотерапию не оправдались.

Цель исследования: оценить результаты проведенных диагностических исследований и эффективность хирургического лечения гигантской неорганный забрюшинной опухоли.

Оптимизация диагностики и лечения пациентов

Материал и методы. На базе хирургического отделения УЗ «ГТ БСМП» г. Минска находилась и оперирована пациентка с гигантской неорганный забрюшинной опухолью. Это наблюдения и явилось материалом нашего исследования. Приводим данный клинический случай.

Клиническое наблюдение.

Пациентка, 66 лет, обратилась в стационар с жалобами на объемное образование в брюшной полости. Из анамнеза известно, что болеет в течение года, не лечилась, за медпомощью до 10.09.21 г. не обращалась. На момент госпитализации состояние пациентки оценивалось как средней степени тяжести. Пульс 78 уд/мин., ритмичный, АД 115/70 мм рт. ст. При пальпации живота в брюшной полости определяются объемное образование, занимающее практически всю брюшную полость, смещаемое, безболезненное, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтика кишечника не изменена. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лабораторном анализе крови лейкоциты (WBC) $8,94 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты (RBC) $4,11 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин (Hb) 126 г/л, гематокрит (Ht) 0,385.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и брюшной полости: легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных теней. Диффузно усилен легочный рисунок. Плевральные синусы свободны, свободного газа и урвней жидкости обнаружено не было.

УЗИ ОБП: Печень увеличена, ПЗР 150 мм, структура неоднородная, эхогенность смешанная. Контуры печени неровные, четкие. Венозный рисунок обеднен, внутрпеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь размером 82x46 мм, стенка 3 мм, в просвете замазкообразная желчь. Холедох 4 мм, портальная вена 11 мм. Поджелудочная железа не лоцируется. Селезенка размером 116x52 мм, с четким, ровным ом, однородной структуры, обычной эхогенности. Почки без особенностей. Область надпочечников без видимой структурной патологии. Свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не выявлено в момент осмотра. По передней поверхности брюшной стенки лоцируется неоднородное изоэхогенное образование с неровными нечеткими контурами с единичными сигналами кровотока размерами более 250 мм. Заключение: диффузные изменения печени, образование брюшной полости.

Пациентка была госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом объемное образование брюшной полости неуточненное.

ФГДС 14.09.2021: Заключение: Рефлюкс-гастрит.

ФКС 14.09.2021: Аппарат введен до купола слепой кишки. Патологии не найдено.

КТ ОГК+ОБП 16.09.2021: Легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Средостение не смещено, структурно. Увеличенных медиастинальных л/у не выявлено. Жидкости в плевральных полостях не выявлено. Печень обычных размеров, формы и плотности. Структура паренхимы гомогенна. Участки патологической плотности не выявлены. Желчный пузырь обычной формы, стенки четкие, конкременты не определяются. Селезенка – без особенностей. Поджелудочная железа расположена обычно, форма и структура не изменена, размеры не увеличены. Почки расположены обычно. Размеры в пределах нормы. Форма, структура паренхимы однородная. ЧЛС не изменены. Надпочечники – без особенностей. Забрюшинное пространство свободное, лимфоузлы не визуализируются. При КТА – просвет сосудов свободно проходим, аневризматических расширений, расслоений не выявлено. Большую часть брюшной полости занимает экстраорганный многоузловое образование размерами 232x250x170мм с участками кистозного некроза и единичными кальцинатами Заключение: ОГК без структурной патологии, объемное образование брюшной полости (возможно, ГИСО).

В динамике в лабораторном анализе крови WBC – $7,05 \times 10^9/\text{л}$, RBC – $4,06 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 127 г/л, Ht – 0,379.

Диагностическая лапароскопия, лапаротомия. 16.09.2021: через разрез над пупком введен троакар с лапароскопом. При ревизии всю брюшную полость занимает образование сверху прикрытое сальником, в видимых отделах метастазов нет. Верхний этаж брюшной полости осмотреть невозможно из-за опухоли. Решено выполнить верхне-среднесрединную лапаротомию. При ревизии всю брюшную полость занимает образование, к которому интимно припаян сальник. Желудок оттеснен кверху, распластан на опухоли, поперечно-ободочная кишка и тонкий кишечник оттеснены книзу. Образование находится в проекции желудочно-ободочной связки. Прядь большого сальника рассечена. Опухоль белесоватого цвета, многоузловая, размерами около 300 мм в диаметре. Решено отделить опухоль

от прилежащих тканей и при возможности удалить. На зажимах по окружности опухоль освобождена от желудка, толстой кишки, выделена до основания, которое располагается у корня брыжейки тонкой кишки и не прорастает в последнее. Опухоль резецирована (весом около 7 кг). Брюшная полость санирована, гемостаз.

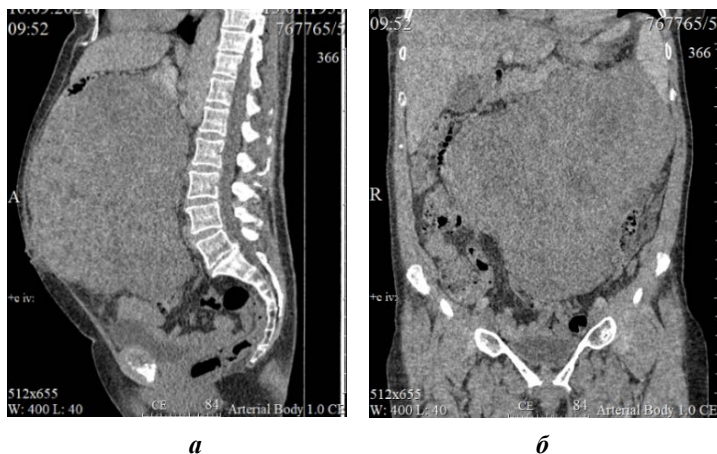


Рис. 1. а, б – КТ брюшной полости, в – удаленная опухоль

Диагноз после операции: Опухоль брюшной полости гигантских размеров. Саркома?

При гистологическом исследовании с учетом ИГХИ морфологическая картина соответствует солитарной фиброзной опухоли. Фрагменты жировой ткани с полнокровием сосудов.

В течение суток проводилось лечение в ОРИТ, в последующем – в хирургическом отделении. Течение послеоперационного периода без особенностей, осложнений не было. Выписана на 23 сутки после поступления и 17 сутки после операции. Через 18 месяцев после операции жалоб не предъявляет, рецидива и прогрессирования процесса не отмечается.

Результаты и обсуждение.

В приведенном нами случае и по данным литературы, как правило, длительное время НЗО никак себя не проявляют. Если новообразование доброкачественное и достигает больших размеров, оно оказывает давление на ближайшие органы, вызывая нарушения их функции, наблюдаются симптомы общего недомогания, тошнота, рвота, потеря аппетита, нарушение мочеиспускания, отеки нижних конечностей, может развиваться одышка в связи с давлением на диафрагму. Новообразование больших размеров можно заметить самостоятельно.

Несмотря на совершенствование методов обследования, диагностика НЗО остается весьма трудной. По данным большинства исследователей, правильный диагноз до операции в целом устанавливается не более чем в 70% случаев, а к моменту обращения таких больных за врачебной помощью лишь половина из них подлежит оперативному лечению, причем в 21-26% случаев операция оказывается паллиативной или завершается пробной лапаротомией.

В ряде случаев резектабельность опухоли точно устанавливается только при лапаротомии, желательна с тщательным сопоставлением данных дооперационных ультразвуковой, рентгеновской компьютерной или ядерно-магнитно-резонансной томографии и ангиографии с находками непосредственно в ходе операции. **При доброкачественных новообразованиях и опухолях низкой степени злокачественности** выполняется их хирургическое удаление в пределах здоровых тканей с высокой вероятностью достижения благоприятного результата. При этом дополнительного противоопухолевого лечения, как правило, не требуется.

Следует отметить, что при НЗО не существует стандартных оперативных вмешательств. Хирургическая бригада, выполняющая подобную операцию, должна в равной мере владеть навыками работы на всех органах брюшной полости и забрюшинного пространства, а также на сосудах. Выполнение такого рода операций возможно только при наличии хирургов, анестезиологов и реаниматологов высокой квалификации. При решении вопроса о целесообразности комбинированной операции с резекцией близлежащих органов необходимо понимать, насколько расширение объема скажется на повышении радикализма, и будет ли операция переносима больным с учетом его соматического статуса.

Выводы:

1. В дооперационной диагностике НЗО высокой информативностью обладают УЗИ и КТ органов брюшной полости, в сомнительных случаях вопрос о возможности операции должен решаться в пользу лапаротомии как заключительного диагностического этапа, так как резектабельность опухоли точно устанавливается только во время операции.

2. Оптимальным доступом при хирургическом лечении НЗО является срединная лапаротомия, позволяющая провести полноценную ревизию брюшной полости, оценить расположение опухоли и ее взаимоотношения с окружающими структурами, создает достаточную ширину зоны операционного действия для удобства манипулирования в глубине раны, обеспечить подход к магистральным сосудам для их возможного пережатия или лигирования.

3. Радикальное и абластичное удаление новообразования, расположенного забрюшинно, является единственным надежным вариантом лечения данных опухолей. Данный случай успешного лечения НЗО показывает, что отказ от оперативного вмешательства требует крайне веских обоснований.

4. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения НЗО связано с своевременным ранним выявлением этих новообразований, внедрением в амбулаторную диагностику УЗИ как обязательного компонента обследования любого пациента, при должной настроженности и квалификации специалистов.