

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Улмасов Ф.Г.¹

Хужакулов Ш.Ш.²

Даржи Чираг³

Abstract: *Диагностика и лечение неорганных забрюшинных опухолей (НЗО) являются одними из важных и трудных разделов клинической онкологии. Сложность диагностики и лечения НЗО обусловлена большим разнообразием морфологических форм опухолей, вариабельностью их расположения в забрюшинном пространстве и отсутствием специфической клинической картины на ранних стадиях развития заболевания [8,14, 23, 33, 39, 90, 97].*

Большинство зарубежных исследователей [27, 49, 88, 95, 103, 117] рассматривают НЗО в едином комплексе с мягкоткаными новообразованиями, исходя только из гистогенеза, не учитывая их локализацию, однако именно последней во многом определяется специфичность диагностической и лечебной тактики.

Keywords: современное, диагностики

¹ Заведующий кафедрой онкологии Самаркандского государственного медицинского университета

² Магистрант кафедры онкологии Самаркандского государственного медицинского университета

³ Ассистент кафедры онкологии Самаркандского государственного медицинского университета

Введение

Диагностика и лечение неорганных забрюшинных опухолей (НЗО) являются одними из важных и трудных разделов клинической онкологии. Сложность диагностики и лечения НЗО обусловлена большим разнообразием морфологических форм опухолей, вариабельностью их расположения в забрюшинном пространстве и отсутствием специфической клинической картины на ранних стадиях развития заболевания [8,14, 23, 33, 39, 90, 97].

Большинство зарубежных исследователей [27, 49, 88, 95, 103, 117] рассматривают НЗО в едином комплексе с мягкоткаными новообразованиями, исходя только из гистогенеза, не учитывая их локализацию, однако именно последней во многом определяется специфичность диагностической и лечебной тактики.

Частота встречаемости НЗО, по показателям литературы разных лет, значительно варьирует, при этом прослеживается прямо пропорциональная временная связь между развитием диагностических методов и частотой распространения НЗО. В частности, В. А. Кочнев (2004) отмечает, что частота возникновения НЗО составляет 0,02–0,4% [21], в публикации Р. G. Calo et al. (1994) этот показатель варьирует от 0,03 до 0,6 % [70]. По данным современных авторов, частота распространения НЗО значительно выше и достигает 1 % от всех злокачественных новообразований [5, 19, 37, 47, 51]. Такое увеличение выявляемости НЗО связано, очевидно, с широким внедрением новейших методов инструментальной диагностики. В Узбекистане по данным РСНПМЦОиР МЗ РУз в 2017г заболеваемость НЗО составила 1% от общего числа онкопатологии.

Согласно классификации Международного противоракового союза, НЗО относят к саркомам мягких тканей, и на их долю среди всех сарком мягких тканей приходится 10–20 %. И при этом 14–44 % из них имеют доброкачественный и в 56– 86 % – злокачественный характер роста [8,21,24,49,59,165].

Забрюшинные опухоли неорганического происхождения встречаются в любом возрасте, но преимущественно в интервале от 40 до 60 лет. И при этом у женщин они возникают примерно в 1,5 раза чаще, чем у мужчин [2, 12, 63, 86, 113].

Диагностика неорганных забрюшинных опухолей включает в себя комплекс мероприятий, начиная с изучения анамнестических данных, лабораторных исследований, а также результаты различных специальных методов обследования (УЗИ, КТ, МРТ, прямая ангиография, МСКТ- ангиография). Основными задачами этих методов являются, с одной стороны, уточнение диагноза в максимально краткие сроки, с другой – оценка опухолевого процесса (первичная опухоль или ее рецидив (какой по счету), локализация и число опухолевых узлов, размеры, четкость контуров (говорит о выраженности псевдокапсулы), консистенция, плотность, форма, взаимоотношения с окружающими органами, магистральными сосудами и другими структурами (сдавление, смещение, прорастание), отношение к костным образованиям (особенно при саркомах паравертебральной и тазовой локализации, а также грудной стенки), оценка зон возможного метастазирования, морфологическая принадлежность) для определения возможности выполнения и объема предполагаемого оперативного вмешательства [2, 8,13, 20, 49, 115].

Первый этап диагностики включает тщательный сбор анамнеза, осмотр и пальпация больного. При осмотре следует обратить внимание на форму живота, объем нижних конечностей, наличие расширенных вен семенного канатика. При больших размерах новообразования нередким признаком является расширение вен передней брюшной стенки и нижних конечностей [5, 14, 33, 63, 108]. На основании пальпаторных данных можно судить о наличии и размерах опухоли, её

подвижности, может быть составлен план дальнейшего диагностического обследования [23, 27, 39, 48].

Начиная с 70-х гг. XX в. ультразвуковая диагностика, наряду с другими методами обследования, нашла большое применение в распознавании опухолей забрюшинного пространства [3, 19, 76]. УЗИ является скрининговым методом в диагностике первичных неорганных опухолей забрюшинного пространства [2, 3, 6, 21, 36, 39]. Прежде всего, этот метод дает возможность подтвердить наличие новообразования, заподозренного его клиническим проявлением. Высокая информативность, неинвазивность, относительная простота выполнения, возможность многократного повторения исследования, относительная дешевизна метода, позволяют УЗИ занимать ведущее место в диагностике неорганных забрюшинных опухолей. Чувствительность метода — 74,6%, специфичность — 78,6%, точность — 75,4% [3, 6, 8, 44, 45]; правильная оценка распространения внеорганной опухоли на соседние анатомические структуры устанавливается в 64% случаев, причем эффективность оценки распространенности выше у больных с тазовой локализацией опухоли [5, 14, 42, 49].

Кроме того, УЗИ считается основным методом инструментального мониторинга пациентов после операции по поводу неорганных забрюшинных опухолей [2, 13, 39, 63].

К несомненным преимуществам УЗИ можно отнести возможность выполнения аспирационной биопсии тонкой иглой с цитологическим исследованием. Кроме того, использование автоматических биопсийных игл значительно упрощает инвазивные манипуляции и уменьшает процент соответствующих осложнений [3, 8, 13, 39, 45].

Основными задачами биопсии под контролем лучевых методов диагностики являются установление морфологической природы новообразования, определение первичности или вторичности опухолевого процесса, уточнение локализации первичного очага при метастатических поражениях [2, 8, 39, 45]. Эффективность использования таких методов с диагностической и лечебной целью, несомненно, очень высока. К сожалению, в диагностике неорганных забрюшинных опухолей пункционная аспирационная биопсия редко дает однозначные результаты. Точность цитологической диагностики колеблется в пределах от 79 до 87,7 % [6, 10, 16].

Компьютерная томография (КТ) является высокоинформативным методом и в диагностике забрюшинных неорганных новообразований. В задачи метода входят: подтверждение забрюшинного расположения опухоли, получение информации о ее размерах, структуре, природе и исходной локализации, уточнение связи с прилежащими органами, и выявление метастатических очагов [14, 20, 36, 38]. При выявлении опухоли необходимо исключить ее органное происхождение, чему способствует правильная интерпретация ряда признаков, к которым относятся характер деформации органа, признак фантомного органа (если опухоль исходит из небольшого по размерам органа, то выявление этого органа не представляется возможным) и источник васкуляризации внеорганной саркомы.

Выявление источника и интенсивности васкуляризации опухоли — важная задача при КТ и МРТ исследовании. К гиперваскуляризованным опухолям относятся гемангиоперицитомы, к умеренно васкуляризованным злокачественная фиброзная гистиоцитома, лейомиосаркома, и в несколько меньшей степени — другие виды сарком. Липосаркома, лимфома и многие доброкачественные опухоли характеризуются слабой васкуляризацией.

Дискутабельным остается вопрос о возможностях КТ в определении морфологического вида опухоли. Некоторые опухоли обладают рядом КТ- и МРТ- признаков, которые позволяют установить правильный диагноз. Так, характерной особенностью лимфангиом и ганглионевром

является рост между структурами и сосудами забрюшинного пространства без компрессии их просвета; опухоли симпатической нервной системы растут вдоль симпатической цепочки и имеют продолговатую форму. Возможность определения характера и плотности содержимого опухоли ещё больше сужает диагностический ряд. Липосаркомы и липомы чаще всего встречаются в забрюшинном пространстве. КТ и МРТ позволяет выявить жировую ткань по плотности сигнала, при этом гомогенность и четкие контуры опухоли свидетельствуют о липоме, гетерогенность и отсутствие четких контуров — о липосаркоме. Тератомы также характеризуются наличием включений по плотности близких к жировой ткани, при этом установке правильного диагноза способствует выявление жидкости и кальцинатов. Чувствительность метода составляет до — 88,1%, специфичность - 94,7%, точность — 90,2% [8,20, 36, 42, 45].

Магнитно-резонансная томография представляется методом выбора и в случае подозрения на нейрогенную опухоль, так как в подобных ситуациях всегда необходимо исключить опухоль типа "песочных часов", а в отношении нервной ткани магнитно-резонансная томография более чувствительна, чем компьютерная. Чувствительность метода составляет - 94,9 %, специфичность — 95,5%, точность — 95,1% [20, 45]. Однако, нозологическая диагностика по данным этих высокоточных методов исследования также может носить лишь предположительный характер.

Многослойная компьютерная томография (МСКТ) представляет собой дальнейшее развитие в технологии КТ. Многослойные компьютерные томографы обеспечивают огромный выигрыш в производительности, который может быть использован для значительного уменьшения времени сканирования, более тонкой коллимации срезов или увеличения длины сканирования. Многослойное сканирование преобразует КТ из трансаксиального метода изображения в истинно трехмерный метод [6, 33, 38, 59, 72]. Контрастирование сосудов в момент исследования и применение магнитно-резонансной томографии повышает точность визуализации магистральных сосудов, что важно для исключения или выявления их инвазии, или компрессии [33; с. 38, 45, 63]. Биопсия первичных неопластических опухолей, резектабельных на основании данных инструментальных методов обследования, нецелесообразна, так как получение гистологического диагноза не влияет на тактику лечения. Пункция опухоли под контролем компьютерной томографии или ультразвукового исследования с забором материала для гистологического и цитологического исследования, показана лишь в следующих случаях:

- 1) при подозрении на лимфому или герминогенную опухоль забрюшинного пространства,
- 2) при планировании предоперационного лечения,
- 3) если по данным инструментальных исследований опухоль является нерезектабельной,
- 4) при подозрении на метастатический характер образований в забрюшинном пространстве.

Большую помощь хирургу при выполнении оперативного вмешательства могут оказать данные ангиографии, рентгеноконтрастного метода исследования сосудов. Анатомической предпосылкой ангиографии является атипизм ангиоархитектоники и избыточная васкуляризация, которые свойственны многим опухолям и отличают их от нормальных тканей. При ангиографии можно выявить как прямые, так и косвенные признаки неопластических забрюшинных опухолей.

К прямым ангиографическим признакам относятся:

- 1) расширение питающих опухоль артерий и наличие в новообразовании собственных опухолевых патологических сосудов;
- 2) ненормально длительное время задержки контрастного вещества в этих сосудах;
- 3) пропитывание контрастным веществом всего массива опухоли или отдельных его участков.

Косвенным признаком является смещение и сдавление крупных артериальных стволов и

паренхиматозных органов. Специфичность метода составляет — 87,5%, чувствительность метода — 78,0%, точность — 80,7%. [8,16, 20, 39, 73].

Илеокаваграфия — контрастное исследование вен имеет большое значение в диагностике неорганных забрюшинных опухолей. Этот метод, как и аортография, помогает при решении вопроса о резектабельности опухоли. Наличие относительно тонких стенок сосудов и низкого давления в них позволяют выявить деформации их контуров, а с учетом развития коллатерального кровообращения можно планировать ход операции, существенно расширяя объём хирургического пособия. Зная уровень блокады и степень развития коллатералей, можно иногда заранее запланировать перевязку магистральных вен, в том числе и нижней полой вены. Этот метод помогает не только диагностировать новообразование, но и решить вопрос об операбельности [3, 16, 36, 47].

Помимо вышеперечисленных методов диагностики НЗО имеет место и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), которая может сообщить дополнительную функциональную/биологическую информацию о забрюшинной опухоли и, возможно, позволит дифференцировать характер злокачественности опухоли (высокий либо низкий индекс злокачественности) [1, 14, 20, 143]. Авторы отмечают высокую эффективность данного метода исследования при диагностировании ранних форм развития рецидива опухоли, отдаленных метастазов и в оценке проведенного лечения. Однако метод является дорогостоящим, в связи с чем, ограничен в использовании.

Анализ полученной на дооперационном этапе информации должен позволять объективно оценить клиническую ситуацию в каждом конкретном случае с учетом всех интра- и послеоперационных рисков.

Литература:

1. Абдуллаева А.А., Харченко В.П., Чхиквадзе В.Д., Сдвижков А.М., Чазова Н.Л. Хирургическое и комбинированное лечение мезенхимальных неорганных забрюшинных опухолей Журнал [Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России](#) 2011.№2-С.17-20
2. Бабаджанян С.С. Клиника и диагностика первичных внеорганных забрюшинных опухолей таза // Дисс. ... канд. мед наук. — Москва.1978.
3. Бачиашвили А.К. Комплексная диагностика, лечение и прогноз неорганных опухолей забрюшинного пространства // Дисс. ... докт. мед. наук. — Москва. 1988
4. Владанов И.П. Злокачественная фиброзная гистиоцитома забрюшинного пространства малого таза // Клиническая хирургия. 1994.- № 7. — С. 68-69.
5. Горбуров Г.Ф., Диагностика и лечение первичных неорганных опухолей забрюшинного пространства / Г.Ф. Горбуров, А.М. Мережко, И.Л. Горский, А.А. Воронежский, А.К. Бабенко // Клиническая хирургия. — 1996. — № 7. — С. 11-13.
6. Горзов И.И. и Столяров В.И. Современные методы диагностики и лечения нейрогенных опухолей забрюшинного пространства// [«РМЖ» №2 от 09.10.2012](#) стр. 47.
7. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е., Мачаладзе З.О. Гигантские опухоли забрюшинного пространства. Доклад на второй ежегодной Российской научно-практической конференции «Торакальная онкология». Красн. край, п. Ольгинка 2004.

8. Давыдов М.М. Стратегия хирургии внеорганных сарком торако-абдоминальной локализации Диссертационная работа д.м.н. // – Москва. 2015 г.
9. Джураев М.Д., Наврузов С.Н., Юсупбеков А.А. [Хирургическое лечение первичных неорганных забрюшинных опухолей](#) // Российский онкологический журнал, 2006.-N 2.-С.38-41
10. Довгалюк А.З. Первичные и рецидивные опухоли забрюшинного пространства не органного происхождения / А.З. Довгалюк, М.А. Трунин, В.И. Столяров // Вестник хирургии. – 1983. – №4. – С. 53-57.
11. Довгалюк А.З. Повторные операции при забрюшинных опухолях не органного происхождения / А.З. Довгалюк, В.И. Столяров // Вестник хирургии. – 1984. – № 11. – С. 48-52.
12. Зубков Р.А., Расулов Р.И. Эпидемиология неорганных забрюшинных опухолей в иркутской области // Сибирский медицинский журнал, 2008, № 1 стр 57-59 (Шевченко 1974).
13. Ижевский Г.Б. Комплексная диагностика объёмных образований забрюшинного пространства // Дисс. ...канд. мед.наук.- М. – 1995.- С. 21.
14. Какиашвили Н.Н. Методы лучевой диагностики в оптимизации диагностической и хирургической тактики при неорганных забрюшинных опухолях // Дисс. к.м.н. – Москва. – 2008 год.
15. Клименков А.А., Патютко Ю.И., Бачиашвили А.К. и др. Комбинированные оперативные вмешательства у больных с забрюшинными неорганными опухолями // Хирургия. 1986. - №9. - С. 84-88.
16. Клименков А.А., Губина Г.И. Неорганные забрюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургической тактики // Практическая онкология. 2004. - Т. 5, № 4. - С. 285-290.
17. Клименков А.А. Основные принципы лечения забрюшинных неорганных опухолей / А.А. Клименков, А.А. Баронин, Г.И. Губина, С.Н. Неред, Р.Г. Юсифов, Т.Ф. Ибрагимов // Вестник РОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН. – 2003, С. 33-37.
18. Кныш И.Т. Хирургическое лечение больных с внеорганными опухолями таза / И.Т. Кныш, Н.Г. Кононенко // Вестник хирургии. 1981. – № 12. – С. 72-78.
19. Комаров Ф.И. Клиническая лучевая диагностика заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства / Ф.И. Комаров, П.О. Вязицкий, Ю.К. Селезнев, и др. // Москва. «Медицина». – 1993. – С. 496.
20. Котляров П.М. Дифференциальная диагностика внутри и забрюшинных неорганных опухолей по данным комплексного лучевого обследования. Материалы VII Всероссийского научного форума «Радиология 2006» / П.М. Котляров, А.В. Винникова, Е.В. Шадури, Е.В. Егорова // Москва. – 2006. – С. 296.