

## О ПОВТОРНЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА



Ачилов Мирзакарим Темирович<sup>1</sup>, Джаббаров Зокир Исмаилович<sup>2</sup>, Ахмедов Гайрат Келдибаевич<sup>1</sup>  
1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;  
2 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### РЕТРОПЕРИТОНЕАЛ СОҶА ЎСМАЛАРИДА ТАКРОРЛАНГАН ВА КОМБИНИРЛАНГАН ОПЕРАЦИЯЛАР ҲАҚИДА

Ачилов Мирзакарим Темирович<sup>1</sup>, Джаббаров Зокир Исмаилович<sup>2</sup>, Ахмедов Гайрат Келдибаевич<sup>1</sup>  
1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;  
2 – Республика шошинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### ON REPEATED AND COMBINED OPERATIONS FOR TUMORS OF THE RETROPERITONEAL SPACE

Achilov Mirzakarim Temirovich<sup>1</sup>, Jabbarov Zokir Ismailovich<sup>2</sup>, Akhmedov Gayrat Keldibaevich<sup>1</sup>  
1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;  
2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [dr\\_gayrat@inbox.ru](mailto:dr_gayrat@inbox.ru)

---

**Резюме.** Мақолада ретроперитонеал бўшлиқнинг анатомияси, физиологияси ва кенг тарқалган ўсмалари бўйича замонавий адабиётлардан маълумотлар келтирилган. Ретроперитонеал бўшлиқнинг ўсмаларини даволашнинг жарроҳлик ва бошқа усуллари ҳақида умумий маълумот берилган. Шунингдек, ушбу таъхис қўйилган беморнинг клиник ҳолати ҳам мисол сифатида киритилган.

**Калит сўзлар:** ретроперитонеал бўшлиқ, ўсмалар, жарроҳлик резекцияси, комбинацияланган даволаш.

**Abstract.** The article presents information from modern literature on the anatomy, physiology and encountered malignant tumors of the retroperitoneal space. An overview of surgical and other methods of treating tumors of the retroperitoneal space is shown. Also, an example of a clinical case of a patient with this diagnosis is inserted.

**Key words:** retroperitoneal space, tumors, surgical resection, combined treatment.

---

Понятием «забрюшинное пространство» понимается пространство, расположенное позади брюшины, под fascia endoabdominalis, и является частью полости живота. Забрюшинное пространство разделяется с помощью fascia retroperitonealis на два отдела: передний и задний. В переднем отделе забрюшинного пространства расположены две пары почек, надпочечников, мочеточников с паранефральной клетчаткой. В заднем отделе находятся аорта, нижняя полая вена, нервные сплетения, лимфатические узлы и начальный отдел грудного лимфатического протока, окруженные клеточными массами. Кроме того, в забрюшинном пространстве расположены поджелудочная железа, восходящий и нисходящий отделы двенадцатиперстной кишки [3, 7, 11].

Онкологические заболевания, расположенные в забрюшинном пространстве, разделяются на органические и неорганические. Неорганическим забрюшинным опухолям (НЗО) относятся новообразования, которые в основном (70%) развиваются из мезентериальных зачатков [1, 5,

16]. Их источниками служат: эктопированные гистологические структуры, эмбриональные элементы, жировая, соединительная, мышечная, сосудистая и нервная ткани.

Исходя из заключений многих литературных источников, можно сказать, что из всех забрюшинных опухолей около 80% имеют злокачественный характер. Из всех злокачественных опухолей мягких тканей забрюшинные саркомы составляют 15-17% [4, 9, 12]. Наиболее часто встречающимися ретроперитонеальными мезенхимальными опухолями являются липосаркома и лейомиосаркома, которые составляют 70% и 15% соответственно [14]. Частой локализацией забрюшинных неорганических образований является паранефральная клетчатка, клетчатка латеральных каналов и брыжейки тонкой и толстой кишки. Показатель пятилетней выживаемости колеблется от 19,5–20% до 62% [2, 18].

При лечении больных с забрюшинными опухолями основным методом является полная хирургиче-

ская резекция. Резектабельность этих опухолей варьируется от 25% до 72%. Однако даже после полного удаления ретроперитонеальных опухолей могут возникать рецидивы, что приводит к летальности до 75% [6, 10].

Одним из видов комплексного лечения является химиотерапия (неoadьювантная или адьювантная), которая показывает малоэффективные результаты и незначительно влияет на общую выживаемость. Лучевая терапия также имеет свои ограничения, поскольку опухоли забрюшинного пространства расположены рядом с магистральными сосудами и соседними структурами, что затрудняет воздействие лучей. Поэтому эффективность лучевой терапии остается малоизученной в отношении отдаленных результатов лечения. Та же ситуация наблюдается и при таргетной терапии, а также при применении ингибиторов контрольных точек иммунного ответа, направленных на молекулярно-генетические нарушения. Следовательно, основным методом лечения остается хирургическое вмешательство, которое имеет определенные преимущества по сравнению с комбинированной терапией [8, 13].

Это во многом обусловлено особенностями клинических проявлений опухолей забрюшинного пространства, в первую очередь — их «бессимптомным» развитием. Свободный и почти неограниченный рост опухолей в рыхлой забрюшинной клетчатке долгое время остается незаметным для пациента. Первые признаки заболевания обычно проявляются в виде симптомов, связанных с давлением опухоли на близлежащие органы, нервные и сосудистые стволы, а также при обнаружении пальпируемой опухоли в животе. Далее рост новообразования может приводить к осложнениям, таким как кишечная непроходимость, сдавление мочеточников и блокада почек, кровотечения из распадающихся опухолей или прорастания крупных сосудов. Однако симптомы «сдавления», «прорастания» и «смещения» появляются обычно поздно, когда удаление опухоли становится сложным и требует выполнения расширенных операций из-за тесной связи опухоли с магистральными сосудами и соседними органами [4, 15].

До настоящего времени не предложены эффективные методы раннего активного выявления НЗО, которые часто имеют злокачественный потенциал. Большинство пациентов обращаются в специализированные онкологические клиники с массивными местно-распространенными опухолями. Единственным вариантом раннего определения этих образований является плановая и тщательная диспансеризация всех групп населения. Совместный анализ объема, площади поверхности, размера опухоли и степени злокачественности не выявил достоверной корреляции с прогрессированием заболевания и выживаемостью. Однако объем опухоли прямо пропорционален увеличению степени злокачественности образования [6].

Если у пациента выявлен НЗО, необходимо определить тактику лечения по следующим критериям [8, 17]:

- 1) Характер опухоли.
- 2) Возможность хирургического удаления опухоли.

### 3) Объем планируемой операции.

При рецидиве НЗО ответ на первый вопрос кажется ясным. Однако крайне редко наблюдается злокачественная трансформация первично доброкачественных опухолей, а спустя значительное время после удаления возможно развитие вторичных новообразований, отличных по гистологической структуре.

Хирург определяет тактику лечения по следующим критериям [11]:

- а) Состояние опухоли относительно окружающих тканей (сосуды, органы и ткани);
- б) Направление для мобилизации опухоли;
- в) Применение правил абластики — радикальное разделение опухоли от окружающих тканей;
- г) Главная цель — удалить опухоль с измененными окружающими тканями одним блоком.

Опухоль удаляется в пределах здоровых тканей с тщательным морфологическим контролем по линии резекции. При наличии псевдокапсулы ее вскрытие и вылушивание опухолевого узла недопустимы, так как капсула часто содержит элементы опухоли. Следует также избегать вскрытия просвета опухоли с кистозным компонентом. Забрюшинные саркомы могут врастать в мышцы задней брюшной стенки, создавая видимость неподвижной, вколоченной опухоли. Это не является признаком нерезектабельности. В таких случаях выполняют резекцию мышц в пределах здоровых тканей [5, 11].

Радикальное удаление забрюшинных новообразований связано с риском массивного и сверхмассивного кровотечения, повреждения жизненно важных органов, и относится к числу очень травматичных вмешательств с высокой степенью операционного риска. Необходимо обеспечить полноценное анестезиологическое сопровождение [4, 6].

Комбинированные операции оправданы при удалении опухолей верхнего этажа забрюшинного пространства, как «регионарные резекции», и только широкое моноблочное удаление опухоли с окружающими органами и тканями в границах анатомического региона с предварительной перевязкой магистральных сосудов и удалением регионарных лимфатических узлов и коллекторов лимфооттока позволяет соблюдать принцип абластичности [19].

Хирургическая тактика во многом зависит от расположения опухоли слева или справа от позвоночного столба. Возможности радикального лечения, соблюдения принципа абластичности и предотвращения неконтролируемого кровотечения определяются доступом к магистральным сосудам. При левостороннем расположении опухоли удаление пораженных органов начинается с последовательного пересечения селезеночной артерии в месте ее отхождения от чревного ствола, селезеночной вены — в месте ее слияния с воротной веной, поджелудочной железы — в области перешейка. Это позволяет выделить брюшную аорту и нижнюю полую вену, взять их на турникеты (для временного гемостаза), пересечь и перевязать магистральные кровеносные сосуды, идущие к опухоли, а также практически бескровно мобилизовать опухоль вместе с регионарными лимфатическими узлами.

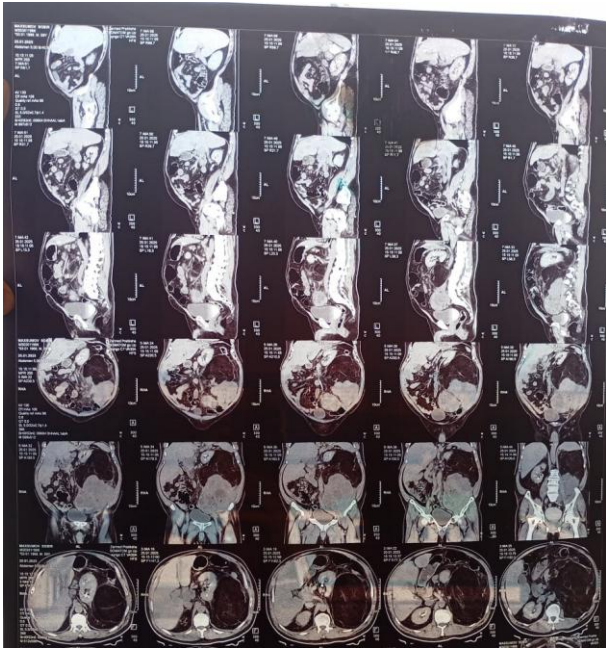


Рис. 1. Мультиспиральная томограмма больного



Рис. 2. Положение больного на операционном столе



Рис. 3. Макропрепарат удаленным одним блоком

При правостороннем расположении опухоли мобилизацию удаляемого органоконплекса следует начать с рассечения париетального листка брюшины и резекции печени, что позволит выделить поддиафрагмальный отдел нижней полой вены, воротную вену и почечные сосуды.

Хирургическое лечение включало высокий процент комбинированных и сочетанных операций с одномоментным удалением органов брюшной полости и забрюшинного пространства, что не сопровождалось осложнениями в раннем и позднем послеоперационном периоде. Высокие показатели одно-, трех- и пятилетней выживаемости пациентов свидетельствуют об эффективности радикального (R0) хирургического лечения. Однако частое развитие рецидивов и повторные оперативные вмешательства приводят к снижению выживаемости.

#### Клинический случай:

Больной М., 1966 года рождения, из Самаркандской области, Булунгурского района, поступил 23.01.2025 г. с жалобами на боли в левом подреберье ноющего характера, которые незначительно усилива-

ются при физической нагрузке. В левой половине живота обнаружено болезненное, неподвижное образование плотной структуры больших размеров. Отмечается неотхождение газов и стула, тошнота. Беспокоили слабость, головная боль, рези при мочеиспускании, похудение. Из анамнеза: по поводу забрюшинного образования в 2013-2018 годах была выполнена лапаротомия. После операции химио- и лучевой терапии не получал.

Ухудшение общего состояния отмечает в течение последних 2-3 месяцев, когда впервые появились боли в левом подреберье и слабость. При осмотре больной имеет правильное телосложение, кожные покровы бледно-розовой окраски. Пульс 90 в минуту, ритмичный, с удовлетворительным наполнением. АД 110/90 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левой половине, где определяется плотное, неподвижное опухолевидное образование с гладкой поверхностью размером 20x25x35 см. Верхний полюс образования не удается достичь. Перитонеальных симптомов нет. Газы не отходят, стула не было в течение 3 дней.

При МСКТ выявлено оттеснение левой почки влево и вверх. Правая почка неизменена, нарушений функции почки нет. Образование связано с аортой и подвздошными сосудами. В печени множественные метастатические узлы. Отмечено увеличение селезенки. Множественные признаки Клойбера (рис. 1).

Анализ крови: Hb – 52 г/л, СОЭ – 60 мм/ч, общий белок – 46 г/л, сахар в крови – 11,0 ммоль/л, мочевины – 22,1 ммоль/л, креатинин – 215 мкмоль/л, общий билирубин – 25,4 мкмоль/л. Больному проведена неоднократная гемотрансфузия и консервативные мероприятия. Из-за неэффективности консервативных мер, больному на 3-е сутки после госпитализации была выполнена широкая лапаротомия (рис. 2).

Произведена мобилизация опухоли по описанной методике тупым и острым путем, опухоль удалось полностью выделить и удалить единственным блоком с правой половины толстого кишечника. Наложена трансверзо-сигмальный анастомоз конец-конец.

На разрезе макропрепарата в центре полость, заполненная розовой рыхлой тканью, капсула плотная, толщиной до 2 см, серовато-желтого цвета (рис. 3). Заключение гистологического исследования: фибросаркома.

В послеоперационном периоде развилась двусторонняя пневмония, SO<sub>2</sub> 60%, проведены реанимационные мероприятия и антибиотикотерапия. На 12-е сутки после операции выявлены признаки несостоятельности анастомоза, в связи с чем была произведена повторная лапаротомия, санация брюшной полости и формирование одностольной трансверзостомы. После улучшения общего состояния, на 28-е сутки после операции больной был выписан из стационара.

**Выводы.** Опухоли брюшинного пространства являются более злокачественными, чем опухоли других частей тела. Это связано с особенностями тканей, расположением, связью с соседними органами, а также с поздним выявлением заболевания. Полное удаление опухоли является более радикальным методом лечения, чем другие методы комбинированной терапии.

### Литература:

1. Аллахвердян А.С. Резекция проксимального отдела желудка и грудного отдела пищевода при кардиоэзофагеальном раке комбинированным лапароторакоскопическим доступом. Некоторые особенности и ближайшие результаты: научное издание / А.С. Аллахвердян // Эндоскопическая хирургия. - 2016. - Том 22, №3. - С. 3-5.
2. Ачилов М.Т., Ахмедов Г.К., Алимов Ж.И. Гастрэктомия при желудочных кровотечениях. // «Наука и мир». № 7 (83), 2020, Стр 62-65.
3. Ачилов М.Т., Ахмедов Г.К. Панкреатодуоденальная резекция: асосий тушунчалар, турлари ва асоратлари. // Журнал биомедицины и практики. Спец.выпуск-2. Часть-8. Ташкент-2020. Стр. 960-966.
4. Клименков А.А., Губина Г.И. Неорганные брюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургической тактики. // Практическая Онкология • Т. 5, № 4 – 2004. С. 285-290.
5. Назиров Ф. Г. Прогноз осложнений/пользы лапароскопической рукавной резекции желудка у пациентов с морбидным ожирением по универсальному бариатрическому калькулятору BSRBC: Материалы XXV Рес-

публиканской научно-практической конференции "Вахидовские чтения - 2021" "Новые тенденции в мини-инвазивной торакоабдоминальной и сердечно-сосудистой хирургии" (Ташкент, 23 апреля 2021) / Ф. Г. Назиров, Ш. Х. Хашимов, У. М. Махмудов // Хирургия Узбекистана: научно-практический журнал. - 2021. - N 1. - С. 60.

6. Омельченко Д.В., Васин А.Б. Результаты хирургического лечения больных с диагнозом «неорганный злокачественный опухоль брюшинного пространства» // Креативная хирургия и онкология, Том 13, № 1, 2023. С. 45-50.

7. Оспанов О. Б. Сравнение результатов по снижению массы тела и вероятности после осложнений после бесстеплерного и степлерного лапароскопического гастрешунтирования при морбидном ожирении: научное издание / О. Б. Оспанов, Г. А. Елеуов // Эндоскопическая хирургия: научно-практический журнал. - 2019. - Том 25, N 5. - С. 26-30.

8. Сажин А. В. и др. Хирургическое лечение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных распространенным перитонитом: прогностические результаты // Эндоскопическая хирургия: научно-практический журнал. - 2019. - Том 25, N 4. - С. 46-54.

9. Стилиди И. С. и др. Дистальная дуоденальная резекция: новый способ хирургического лечения при опухолевом поражении двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова: научно-практический рецензируемый журнал. - 2019. - N 9. - С. 5-12.

10. Тошкенбоев Ф.Р., Гуламов О.М., Ахмедов Г.К., Шеркулов К.У. Применение малоинвазивных операций при малигнизированных язвах желудка. // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. №1. 2024. С. 44-47.

11. Butti F, Vanoni-Colombo A, Djafarri R, Allemann P, Calmes JM, Fournier P. Roux-en-Y Gastric Bypass with Manual Intracorporeal Anastomoses in 3D Laparoscopy: Operative Technique. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2020 Aug; 30(8):879-882. doi: 10.1089/lap.2020.0098. Epub 2020 May 14. PMID: 32407156.

12. Fujimoto D, Taniguchi K, Kobayashi H. Double-Tract Reconstruction Designed to Allow More Food Flow to the Remnant Stomach After Laparoscopic Proximal Gastrectomy. World J Surg. 2020 Aug;44(8):2728-2735. doi: 10.1007/s00268-020-05496-0. PMID: 32236727.

13. Gulamov O.M., Ahmedov G.K., Khudaynazarov U.R., Saydullayev Z.Ya. Diagnostic and treatment tactics in gastroesophageal reflux disease. // Texas Journal of Medical Science Date of Publication:18-03-2022. A Bi-Monthly, Peer Reviewed International Journal. Volume 6. P. 47-50.

14. Jones MW. Simple Instrument Modification to Aid in Laparoscopic Gastric Wraps for Posterior Funduplications. JSLS. 2023 Jan-Mar;27(1):e2022.00090. doi: 10.4293/JSLS.2022.00090. PMID: 37009063; PMCID: PMC10065755.

15. Kaplan K, Turgut E, Okut G, Bag YM, Sumer F, Kayaalp C. Helicobacter pylori Increases Gastric Compliance on Resected Stomach After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. Obes Surg. 2021 Nov;31(11):4776-4780. doi: 10.1007/s11695-021-05616-2. Epub 2021 Aug 3. PMID: 34345956.

16. Matsukubo M, Kaji T, Onishi S, Harumatsu T, Nagano A, Matsui M, Murakami M, Sugita K, Yano K, Yamada K, Yamada W, Muto M, Ieiri S. Differential gastric emptiness according to preoperative stomach position in neurological impaired patients who underwent laparoscopic fundoplication and gastrostomy. *Surg Today*. 2021 Dec;51(12):1918-1923. doi: 10.1007/s00595-021-02274-w. Epub 2021 Mar 30. PMID: 33786644.
17. Rothenberg KA, Palmer BJ, Idowu O, Kim S. Laparoscopic Magnet-Assisted Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Placement. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2019 Mar; 29 (3):430-432. doi: 10.1089/lap.2018.0343. Epub 2018 Nov 8. PMID: 30407112.
18. Temirovich, A. M., Keldibaevich, A. G., Inoyatovich, N. S., Shonazarovich, S. I., & Ochilovich, M. F. (2022). Features of diagnostics and surgical tactics for Hiatal hernias. *International Journal of Health Sciences*, 6(S2), 6029–6034.
19. Toshkenboyev F.R., Gulamov O.M., Ahmedov G.K. Types and Complications of Gastric Resection Operas //

*International Journal of Alternative and Contemporary Therapy*. IJACT, Volume 2, Issue 6, 2024, 149-153.

**О ПОВТОРНЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ  
ОПЕРАЦИЯХ ПРИ ОПУХОЛЯХ  
ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

*Ачилов М.Т., Джаббаров З.И., Ахмедов Г.К.*

**Резюме.** В статье представлены сведения из современной литературы о анатомии, физиологии и злокачественных опухолях брюшного пространства. Обзорно рассматриваются хирургические и другие методы лечения опухолей брюшного пространства. Также приведен пример клинического случая больного с данным диагнозом.

**Ключевые слова:** Брюшное пространство, опухоли, хирургическая резекция, комбинированное лечение.