

УДК 616-006.04-036.22 (575.2) (04)

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ  
ВНЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ  
ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА В КЫРГЫЗСТАНЕ**

*С.В. Головачев* – аспирант

---

The retroperitoneal tumors are the model rare tumors. They are characterized by high percentage of incurable cases and low survival rates. The article presents multifactorial analysis of epidemiology of the malignant extra-organs tumors of retroperitoneal space in Kyrgyzstan in various clinical-and-anatomical aspects since 1995 to 2005.

К опухолям, развивающимся в забрюшинном пространстве, относят новообразования, которые не исходят из забрюшинных органов и не являются вторичными метастатическими очагами, а развиваются из кровеносных и лимфатических сосудов, элементов клетчатки, нервной ткани. Заболеваемость первичными злокачественными внеорганными забрюшинными опухолями, по данным различных авторов, составляет 0,03–0,6% среди всех онкологических заболеваний. Чаще болеют женщины в возрасте 40–50 лет [1, 2]. Появление обобщающих клинических работ по забрюшинным опухолям, тщательное изучение опухолевого процесса дало возможность создать классификацию новообразований ретроперитонеального пространства, исходя из их гистологической структуры и локализации [3]. В настоящее время используется гистологическая классификация ВОЗ (1965 г.), согласно которой злокачественные опухоли забрюшинного пространства делят на три основные группы: мезенхимального происхождения (липо-, рабдомио-, лейомио-, гемангио-, лимфангио- и фибросаркома), эктодермального (нейрогенная саркома, невринома, ганглионейробластома, симпатобластома, шваннома), тератобластомы [4].

Установление диагноза забрюшинных опухолей представляет значительные трудности по ряду причин. Прежде всего это обусловлено локализацией новообразования: из-за рыхлости забрюшинной клетчатки опухоль длительное время растет, не вызывая сдавления окружающих органов и тканей. Практически все 4 основных этапа диагностики (клинический, лабораторный, рентгенологический и морфологический) должны проводиться параллельно, сокращая таким образом сроки обследования онкологического больного. Необходимым условием успешной диагностики является строгая и последовательная оценка результатов каждого этапа обследования [5]. “Золотым стандартом” диагностики является компьютерная или магнитно-резонансная томография, позволяющая оценить локализацию и распространенность процесса [6, 7].

Интерес к проблеме заболеваемости данными опухолями обусловлен в первую очередь тем, что большинство больных впервые обращаются к врачу на поздних стадиях течения болезни, когда лечебные мероприятия могут носить лишь паллиативный или симптоматический характер. Однако даже после проведения комплексной терапии результаты лечения остаются неудовлетворительными ввиду час-

того и упорного рецидивирования и высокой послеоперационной летальности [8].

В литературе не существует единой точки зрения по вопросу о том, какой срок наблюдения необходим за пациентом с забрюшинной опухолью, по истечении которого можно считать его практически выздоровевшим. Данные большинства авторов, проводящих анализ значительного количества наблюдений, позволяют считать достаточным срок, равный 2 годам, если в течение этого времени не выявляется рецидив опухоли или метастазы [8, 9].

По TNM данные опухоли классифицируют следующим образом [10]:

T1 – опухоль менее 5 см в наибольшем измерении;

T1a – поверхностная;

T1b – глубокая;

T2 – опухоль более 5 см в наибольшем измерении;

T2a – поверхностная;

T2b – глубокая;

N0 – отсутствие метастатического поражения региональных лимфоузлов;

N1 – регионарные лимфоузлы поражены метастазами;

M0 – отсутствие отдаленных метастазов;

M1 – наличие отдаленных метастазов;

G1 – высокая степень дифференцировки клеток опухоли;

G2 – умеренная степень дифференцировки клеток опухоли;

G3 – низкая степень дифференцировки клеток опухоли;

G4 – недифференцированная опухоль.

Группирование по стадиям:

Стадия IA	G1, G2	T1a, T1b	N0	M0
Стадия IB	G1, G2	T2a	N0	M0
Стадия IIA	G1, G2	T2b	N0	M0
Стадия IIB	G3, G4	T1a	N0	M0
Стадия IIC	G3, G4	T2a	N0	M0
Стадия III	G3, G4	T2b	N0	M0
Стадия IV	Любое G	Любое T	N1	M0
	Любое G	Любое T	Любое N	M1

Цель исследования. Учитывая актуальность проблемы заболеваемости злокачественными забрюшинными опухолями в общемировом масштабе, целесообразно провести сравнительный анализ заболеваемости этими опу-

холями в Кыргызстане по различным клинико-анатомическим аспектам.

**Материал и метод исследования.** Для достижения поставленной цели методом ретроспективного анализа изучены истории болезней из архива Национального центра онкологии (НЦО) Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за период 1995–2005 гг.

**Результаты исследования.** За указанный период 1995–2005 гг. в НЦО находилось на стационарном лечении 52 больных с впервые выявленным диагнозом злокачественной забрюшинной опухоли, преобладали женщины – 29 (56%). Таким образом, показатель заболеваемости в Кыргызстане на 100 тыс. населения составил 0,46 для мужчин и 0,58 – для женщин. Средний возраст больных – 43 года для женщин и 42 года для мужчин. При этом в заболеваемости отмечаются два возрастных пика: первый – в период 40–50 лет, а второй – 60–70 лет.

В географическом аспекте наибольшее число больных выявлено в Чуйской области – 27 человек (из них 10 проживали в Бишкеке), что составило 56%. На втором месте по заболеваемости – Нарынская область, где заболело 9 человек (17%). Пять больных (9,5%) выявлено в Джалал-Абадской области, по четыре (8%) – в Таласской и Иссык-Кульской областях. Наименьшее количество больных – трое – выявлено в Ошской области (5,5%). В этническом аспекте кыргызы составили абсолютное большинство – 30 человек (58%). Русские – на втором месте (13 человек – 25%). Немцы, узбеки, дунгане – по 2 человека; также среди заболевших украинец, карачаевец и кореец. Средний срок пребывания больного в стационаре составил 40 дней. Абсолютное большинство больных выявлено с IV стадией заболевания – 28 человек (54%), при этом у 12 больных опухоль прорастала в соседние органы и кости, у 9 имелись метастазы в легкие, кости или отдаленные лимфоузлы, у 5 – отдаленные метастазы в печень, у 2 метастазами были поражены головной мозг и перикард. III стадия заболевания выявлена у 13 больных (25%), II стадия – у 11 больных (21%). Асцит имелся у 7 больных (13%). У 9 больных течение заболевания осложнилось распадом опухоли (17%), у 2 имелась обусловленная опухолью кишечная

непроходимость (4%), у одного больного – механическая желтуха (2%). У 2 больных клиническая картина заболевания была обусловлена отдаленными метастазами, в то время как первичная опухоль протекала бессимптомно (2%).

Гистологически злокачественная шваннома составила 21%. На втором месте – нейробластома (13%). По 6% – симпатобластома, фибросаркома и недифференцированный рак, по 4% – липосаркома и злокачественная мезенхимомы. По 1 случаю заболеваемости – лейомиосаркома и гемангиоперицитомы (по 2% соответственно). Однако у 19 больных (36%) диагноз остался гистологически не верифицирован ввиду отказа больных от проведения инвазивных диагностических процедур (диагностическая лапаротомия, биопсия лимфоузлов).

Средняя продолжительность заболевания от появления первых симптомов до первичного обращения больного к врачу составила 7 месяцев, минимально – 1 месяц, максимально – 10 лет. Но лишь 17 больных (33%) направлены в НЦО врачами первичного звена непосредственно при первом обращении. В большинстве случаев (42%) больные направлялись в другие специализированные стационары (например, Кыргызский научно-исследовательский институт туберкулеза, Кыргызский научно-исследовательский институт кардиологии и терапии и даже Республиканскую клиническую инфекционную больницу), и уже оттуда после дополнительных диагностических манипуляций направлены в НЦО, в том числе 7 (13%) – после произведенных хирургических вмешательств. Восемь больных (15%) после первичного обращения лечились у врачей по месту жительства по поводу различных заболеваний со сходной симптоматикой, и лишь после неэффективности такого лечения направлялись в НЦО, либо в Республиканский диагностический центр и оттуда после дополнительных диагностических манипуляций в НЦО. 3 больных обратились в НЦО самостоятельно. У 2 больных заболевание протекало бессимптомно и они были направлены в НЦО после профилактических осмотров на производстве.

Чаще всего больным проводили только хирургическое лечение (36%). Комплексное противоопухолевое лечение проведено 10 больным (20%). Комбинированное химиолу-

чевое лечение получили 6 больных (12%), хирургическое лечение и химиотерапию – 3 больных (6%). Только химиотерапию получил 1 человек (2%), только лучевую терапию – 2 человека (4%). Десяти больным (20%) лечение не было показано ввиду распространенности процесса и тяжести общего состояния. Отказ от лечения составил 9% (5 больных). Радикальность лечения – 27%, при этом после хирургического лечения – 17% (9 человек), после комбинированного (химиотерапия и хирургическое лечение) – 8% (4 человека), после комплексного – 2% (лишь 1 случай). В остальном проведенное лечение носило лишь паллиативный или симптоматический характер. При этом девять человек умерли в течение первого месяца после обращения в НЦО: вследствие кахексии и прогрессирования заболевания 4 человека, вследствие развития послеоперационного перитонита 2 больных, вследствие сопутствующей патологии 3 больных (цирроз печени, тромбоэмболия легочной артерии). Отдаленные результаты лечения (наблюдение в течение 2 лет и более после первичной госпитализации) прослежены лишь в 29% случаев, остальных больных следует считать выбывшими из-под наблюдения.

Таким образом, ситуацию, сложившуюся в Кыргызстане с заболеваемостью злокачественными забрюшинными опухолями, в целом можно характеризовать как неудовлетворительную. Во-первых, это касается низкой онкологической настороженности врачей как первичного лечебного звена, так и специализированных стационаров. Во-вторых, крайне низкая санитарная просвещенность населения, что выражается в длительных сроках течения заболевания до первичного обращения к врачу. В-третьих, отсутствуют эффективные схемы лечения данной онкопатологии. Все это требует дальнейшего более углубленного изучения патогенеза данных опухолей и соответствующих регулятивных вмешательств Министерства здравоохранения по улучшению выявляемости заболевания на первичном звене лечебно-диагностической сети.

#### Литература

1. Канцерогенез / Под ред. Д.Г. Заридзе. – М.: Медицина, 2004. – 576 с.

2. Lambert R. An Overview of the Epidemiology and Prevention of Digestive Cancer // World Gastroenterology News. – 2003. – Vol. 8. – P. 21–25.
3. Proposal for a Council Recommendation on cancer screening presented by the European Commission. – Brussels, 2003.
4. Ferlay J., Bray S., Pisani P., Parkin D.M. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. – New-York, 2002. – 186 p.
5. Аллахвердян Г.С., Брюзгин В.В., Косырев В.Ю. Применение пункционной биопсии под контролем УЗИ на амбулаторном этапе обследования онкологических больных. Возможности современной онкологии в диагностике и лечении злокачественных заболеваний. – М., 2003. – С. 16–17.
6. Ishizaki Y., Wakayama T., Okada Y., Kobayashi T. Magnetic resonance for evaluation of obstructive jaundice // Amer. J. Gastroenterol. – 1993. – Vol. 88. – P. 2072–2077.
7. Габуня Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. – М.: Медицина, 1995. – С. 162–167.
8. Факторы прогноза в онкологии // Сб. научн. тр.; Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, В.И. Борисова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 1994. – 216 с.
9. Berrino F., Capocaccia R., Esteve J. et al. Survival of Cancer Patients in Europe: the EURO-CARE-2 Study // IARC Scientific Publications. – Lyon, France, 1999. – №151. – P. 12–24.
10. TNM. Классификация злокачественных опухолей. – 5-е изд., доп. и испр. – Л., 1997.