

- logs as antitumor agents. *Ann. Oncol.* 2006; 17(12): 1733–42.
9. Kølby L., Persson G., Franzén S., Ahrén B. Randomized clinical trial of the effect of interferon alpha on survival in patients with disseminated midgut carcinoid tumours. *Br. J. Surg.* 2003; 90(6): 687–93.
10. Faiss S., Pape U.F., Böhmig M., Dörffel Y., Mansmann U., Golder W. et al. Prospective, randomized, multicenter trial on the antiproliferative effect of lanreotide, interferon alfa, and their

- combination for therapy of metastatic neuroendocrine gastroenteropancreatic tumors – the International Lanreotide and Interferon Alfa Study Group. *J. Clin. Oncol.* 2003; 21: 2689–96.
11. Arnold R., Rinke A., Klose K., Müller H., Wied M., Zamzow K. et al. Octreotide versus octreotide plus interferon-alpha in endocrine gastroenteropancreatic tumors: A randomized trial. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2005; 3: 761–71.

Поступила 23.06.14  
Received 23.06.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 617.553-006-06:616.137+616.1461-089

Терешин О.С.<sup>1</sup>, Зотов С.П.<sup>2</sup>, Важенин А.В.<sup>1</sup>

## НЕЙРОФИБРОМЫ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПСЕВДООПУХОЛИ ЗАБРЮШИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, УДАЛЕНИЕ КОТОРЫХ ПОТРЕБОВАЛО РЕЗЕКЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ – РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

<sup>1</sup>ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» Минздрава Челябинской области, 454087, г. Челябинск; <sup>2</sup>МУЗ «Городская клиническая больница № 8», 454071, г. Челябинск

*Представлены отдаленные результаты лечения 5 пациентов, оперированных по поводу «незлокачественных» образований забрюшинного пространства, имевших признаки местно-агрессивного роста с вовлечением крупных сосудов. Во всех случаях отделение опухоли от окружающих структур оказалось невыполнимым и ее удаление вынужденно производилось en block с сегментом сосуда – нижней полой вены и (или) общей подвздошной артерии. Артерия резецирована и протезирована в двух случаях. Нижняя полая вена в одном случае замещена протезом, в одном – резецирована на протяжении без восстановления и дважды выполнялась боковая резекция с заплатой из политетрафторэтилена в одном наблюдении. Окончательный диагноз в трех случаях – нейрофиброма, в двух – воспалительная псевдоопухоль. Результаты прослежены в сроки от 19 до 280 мес. Ремиссия во всех наблюдениях, в двух имеются признаки компенсированной венозной недостаточности.*

**Ключевые слова:** нейрофиброма; воспалительная псевдоопухоль забрюшинной локализации; резекция нижней полой вены; резекция общей подвздошной артерии.

**Для цитирования:** Российский онкологический журнал. 2014; 19(6): 32–35.

RETROPERITONEAL NEUROFIBROMAS AND INFLAMMATORY PSEUDOTUMORS, RESULTS OF RESECTIONS, INVOLVING MAJOR VESSELS

*Tereshin O.S.<sup>1</sup>, Zotov S.P.<sup>2</sup>, Vazhenin A.V.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Chelyabinsk regional oncologic dispensary, 454087, Chelyabinsk, Russian Federation; <sup>2</sup>City clinic № , 454071, Chelyabinsk, Russian Federation

*Long-term results of 5 patients treatment, operated for non-malignant formations of the retroperitoneal space, with signs of locally aggressive growth involving large vessels are presented. In all cases, the separation of the tumor from the surrounding structures proved impossible and its forced removal was performed en block with a segment of the vessel – the inferior vena cava and (or) common iliac artery. Resected and a prosthetic artery in two cases. Inferior vena cava in one case is substituted with prosthesis in 1 – resected for without recovery and double lateral resection was performed with a patch of polytetrafluoroethylene (PTFE) in one case. The final diagnosis in 3 cases – neurofibroma, a 2 – inflammatory pseudotumor. Results were evaluated in terms from 19 to 280 months. Remission in all cases, there are two signs of compensated venous insufficiency.*

**Key words:** neurofibroma; inflammatory retroperitoneal pseudotumor; vena cava resection; common iliac artery resection.

**Citation:** Rossiiskii onkologicheskii zhurnal. 2014; 19(6): 32–35

Хорошо известной особенностью злокачественных опухолей забрюшинной локализации является длительный бессимптомный рост и значительная местная распространенность к моменту начала ле-

чения, в том числе с вовлечением крупных сосудов. У нас имеется опыт лечения и наблюдения 5 пациентов с «незлокачественными» опухолями забрюшинного пространства, удаление которых потребовало выполнения комбинированной резекции с сегментом сосуда – нижней полой вены и (или) общей подвздошной артерии. Во время операций были найдены опухолевые узлы, имевшие признаки инвазивного роста. Их удаление производилось en block в пределах здоровых тканей, по общим правилам он-

Для корреспонденции: Терешин Олег Станиславович – канд. мед. наук, зав. 3-м онкологическим отд-нием; 454087, г. Челябинск, ул. Блюхера, д. 42, e-mail: olegter@mail.ru.

Correspondence to: Oleg Teryeshin – MD, Phd; e-mail: olegter@mail.ru.

Таблица 1

## Краткая характеристика пациентов

№	Пол, возраст	Диагноз	Размер опухоли, мм	Операция	Время наблюдения, мес.	Результат
1	Ж, 39 лет	Нейрофиброма забрюшинного пространства	39	Резекция НПВ с пластикой заплатой	105	Ремиссия
2	М, 44 года	Нейрофиброма забрюшинного пространства	100	Резекция НПВ с протезированием, реимплантацией левой почечной вены, нефрэктомия справа	180	Ремиссия
3	М, 38 лет	Злокачественный карциноид тонкого кишечника ТЗН1М0, III ст. Воспалительная псевдоопухоль брыжейки тонкой кишки и забрюшинной локализации	40	Резекция тонкой кишки, мочеточника, резекция ОПА с протезированием	19	Ремиссия
4	М, 19 лет	Рецидивная нейрофиброма забрюшинного пространства	240	Резекция НПВ, резекция правой ОПА с протезированием аутовеной	280	Ремиссия
5	Ж, 42 года	Псевдоопухоль (туберкулез) забрюшинного пространства	38	Боковая резекция НПВ	27	Ремиссия

Примечание. НПВ – нижняя полая вена, ОПА –общая подвздошная артерия.

кологии. Окончательный диагноз: нейрофиброма в трех случаях и воспалительная псевдоопухоль в двух наблюдениях.

## Материал и методы

В период с 1991 г. по 2008 г. в ГБУЗ ЧОКОД и ГКБ № 8 г. Челябинска было оперировано 5 пациентов с опухолями забрюшинной локализации, отделить которые от крупных сосудов и других анатомических структур (почки, мочеточника) технически оказалось невозможно. Диагнозы, выставленные после окончательного гистологического исследования, оказалось для нас в определенной степени сюрпризом. Краткая характеристика пациентов и операций представлена в таблице 1.

У пациентки 1 при УЗИ, МРТ брюшной полости была выявлена опухоль с четкими контурами размером 34×22×39 мм на уровне X–XI грудных позвонков в забрюшинном пространстве. На операции: опухоль интимно прилежит к позвоночнику на 5 см ниже уровня диафрагмы. Для ее удаления выполнена боковая резекция НПВ с замещением фрагментом сосудистого протеза из политетрафторэтилена, без осложнений. Гистологическое заключение – нейрофиброма. Наблюдение 105 мес, признаков рецидива нет, принимает варфарин.

У пациента 2 при УЗИ и КТ в забрюшинном пространстве найдено образование 10×8 см, расположенное между правой почкой и полой веной, имеющее капсулу, смещение правого мочеточника медиально. Ретроградная каваграфия: отклонение НПВ вправо на уровне D<sub>XII</sub>–L<sub>II</sub>, дефект наполнения на этом уровне с нечеткими контурами. На операции: в забрюшинном пространстве – узел 15×8 см, распространяющийся от нижней поверхности печени до правой почечной вены. При срочном гистологическом исследовании – нейрофиброма. В процессе выделения отмечен местно-инвазивный характер роста. Опухоль удалена единым блоком с супраренальным сегментом НПВ общей длиной 7 см и правой почкой. Произведено протезирование НПВ фторлон-лавсановым протезом диаметром 22 мм и длиной 7 см. Левая почечная вена вшита в протез конец в

бок. Время окклюзии НПВ составило 32 мин. Осложнения: гематома в зоне операции в первые сутки, релапаротомия для удаления гематомы. Умеренно выраженная почечная недостаточность с повышением уровня мочевины до 17,5 ммоль/л и креатинина до 236 мкмоль/л, купирована стандартной терапией. Гистологическое заключение: нейрофиброма с явлениями отека, опухолевая ткань окутывает почечные сосуды и сегмент нижней полой вены. После выписки принимал фенилин. Через 2,5 года у пациента клинически и при каваграфии диагностирован тромбоз протеза, венозная гипертензия единственной левой почки. С целью уменьшения венозной гипертензии выполнено почечно-брыжеечное вено-венозное соустье. При контрольном обследовании через 180 мес – магистральные сосуды брюшной полости без видимой патологии. Парааортально – увеличенные до 20 мм лимфатические узлы без патологического накопления контраста. Клинических проявлений синдрома НПВ нет.

У пациента 3 в возрасте 38 лет при УЗИ и КТ было найдено объемное внеорганный образование в проекции брыжейки тонкой кишки, на уровне L<sub>III</sub>–S<sub>II</sub>, размером 6,5×5×9 см, признаки сдавления правого мочеточника. На операции – забрюшинное пространство справа занято опухолью, которая врастает в брыжейку кишечника, правый мочеточник, окутывает подвздошные сосуды. Произведено удаление опухоли с резекцией тонкой кишки, илеоцекального угла, резекция правого мочеточника, отделение от аорты и НПВ, резекция правой общей подвздошной артерии с пластикой аллотрансплантатом. Гистологическое заключение – злокачественный карциноид тонкого кишечника с прорастанием всей стенки, метастазы в 3 лимфатических узла брыжейки тонкого кишечника; воспалительная псевдоопухоль брыжейки тонкой кишки и тканей забрюшинного пространства с вовлечением сосудов, мочеточника, вероятно, являющаяся следствием микроперфорации карциноида тонкой кишки. Наблюдение 19 мес – ремиссия.

Пациент 4, 19 лет, обратился с жалобами на боли в пояснице. Из анамнеза известно, что в возрасте 13 лет ему выполнено удаление десмоидной

опухоли правой подвздошной области с резекцией передней брюшной стенки, мочевого пузыря, участка толстой кишки, перевязкой правой внутренней подвздошной артерии, удалением правого семенного канатика, правосторонней орхэктомией, перевязкой правой наружной подвздошной вены. Обследован, диагностирован рецидив забрюшинного новообразования справа с обструкцией правого мочеточника с развитием вторичного уретерогидронефроза. На операции – опухоль 16×24×8 см, врастает в НПВ (ее инфраренальный отдел тромбирован), правую подвздошную артерию и мочеточник. Произведено удаление опухоли единым блоком с сегментом НПВ (без реконструкции), правой подвздошной артерией и мочеточником. Участок резецированной артерии замещен сегментом большой подкожной вены. Гистологическое заключение: нейрофиброма. Послеоперационный период осложнился спаечной кишечной непроходимостью, что потребовало релапаротомии. Через 280 мес наблюдения – пульсация артерий правой нижней конечности сохранена на всем протяжении, явления лимфovenозной недостаточности умеренные. При КТ – картина тромбоза НПВ, подвздошных вен. Аневризма нижней трети НПВ. Гепатомегалия. Данных, указывающих на рецидив заболевания, нет.

У пациентки 5 в возрасте 42 лет при КТ выявлено образование забрюшинного пространства с подозрением на инвазию в НПВ, правые почечные артерию и вену. Операция – удаление опухоли забрюшинного пространства, нефрэктомия справа (невозможно выделить элементы почечной ножки), боковая резекция нижней полой вены. Гистологическое заключение – продуктивно-некротическое воспаление в паранефральной клетчатке с формированием очага 3,8 см, который прилежит к надпочечнику и стенке лоханки, вероятно, микобактериальной этиологии. После осмотра фтизиатром выставлен окончательный диагноз туберкулеза забрюшинного пространства. При контрольном обследовании через 27 мес признаков рецидива в забрюшинном пространстве нет.

### Результаты и обсуждение

Опухоли нейрогенного происхождения составляют до четверти внеорганных забрюшинных опухолей. Это нейрофибромы, невриномы, шванномы, нейрогенные саркомы, ганглионевромы, симпатобластомы и др. Они обладают склонностью к обширному местному распространению со сдавлением и проращением прилежащих органов и сосудов, что затрудняет радикальное удаление. Разграничение их на доброкачественные и злокачественные может быть неоднозначно даже при использовании иммуногистохимического исследования, также не всегда возможна дооперационная верификация диагноза [1–3]. В случае выраженных признаков местно-агрессивного роста, удаление опухолевого узла оказывается возможным лишь путем резекции en bloc со всеми вовлеченными структурами, как это принято при лечении злокачественных новообразований. Солитарная забрюшинная нейрофиброма встречается редко, что объясняет характер большинства публикаций в виде единичных наблюдений [4]. Опухоль часто является проявлением нейрофиброматоза 1-го типа, ассоциированного с мутацией гена *NF1*

[5, 6]. Во всех наших наблюдениях нейрофиброма забрюшинного пространства (NB: в анализ включались только опухоли с местно-агрессивным ростом) расценена как самостоятельное заболевание. Единственно выполнимым технически методом лечения оказалась резекция в пределах здоровых тканей и выполнение комбинированной операции, что вполне согласуется с опытом и рекомендациями других авторов [1–3]. Из трех операций при нейрофиброме одна прошла без осложнений. У двух других пациентов зафиксированы ранние послеоперационные осложнения – образование забрюшинной гематомы, кратковременное повышение уровня креатинина и мочевины, кишечная непроходимость. Поздние осложнения – умеренная лимфovenозная недостаточность и тромбоз протеза НПВ с венозной гипертензией единственной почки (описание приведено выше). При сроках наблюдения, превышающих 8, 15 и 23 года, признаков рецидива опухоли нет.

В наших наблюдениях воспалительной псевдоопухоли была найдена причина патологического процесса – микроперфорация кишки и туберкулез. В литературе среди возможных причин упоминаются хроническая инфекция, аутоиммунные заболевания, травма [7]. В ряде случаев воспалительная псевдоопухоль трактуется как самостоятельное заболевание [8, 9]. Авторами используются различные наименования данной патологии: гистиоцитомы, (фибро)ксантомы и др., чаще встречается термин «воспалительная миофибробластная опухоль» [7, 9]. При анализе данных предоперационного обследования нам не удалось найти специфических черт, позволяющих предположить диагноз воспалительной псевдоопухоли, что соответствует данным литературы [7]. При сроках наблюдения 19 и 27 мес при контрольном обследовании признаков рецидива не найдено.

### Заключение

Воспалительная псевдоопухоль и нейрофиброма забрюшинного пространства могут обладать местно-агрессивным ростом и требовать выполнения комбинированных резекций, в том числе с резекцией крупных сосудов. Несмотря на техническую сложность, эти операции могут быть произведены с низким уровнем осложнений. Получены хорошие отдаленные результаты лечения нейрофибром. Отдаленные результаты при воспалительных псевдоопухолях, вероятно, будут определяться течением основного заболевания, что требует продолжения наблюдений.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Клименков А.А., Губина Г.И. Неорганные забрюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургической тактики. *Практическая онкология*. 2004; 5: 285–91.
2. Саламов А.К., Богов К.К., Плиев Р.Н., Какабадзе С.А., Бородин А.В., Аляутдинова В.Т. Рецидивирующая нейрофиброма забрюшинного пространства. *Урология*. 2010; 6: 63–5.
3. Ghani A.R., Ariff A.R., Romzi A.R., Sayuthi S., Hasnan J., Kaur G. et al. Giant nerve sheath tumour: report of six cases. *Clin. Neurol. Neurosurg.* 2005; 107(4): 318–24.
4. Casey A.T. Neurological pictures. Massage of a giant retroperitoneal neurofibroma. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2006; 77(7): 814.
5. Cavallaro G., Crocetti D., Pedullà G., Giustini S., Letizia C., De Toma G. Retrocaval mass in patient with von Recklinghausen disease: case report. *G. Chir.* 2012; 33(1–2): 26–30.

6. Cherqui A., Kim D.H., Kim S.H., Park H.K., Kline D.G. Surgical approaches to paraspinal nerve sheath tumors. *Neurosurg. Focus.* 2007; 22(6): E9.
7. Patnana M., Sevrakov A.B., Elsayes K.M., Viswanathan C., Lubner M., Menias C.O. Inflammatory pseudotumor: the great mimicker. *Am. J. Roentgenol.* 2012; 198: W217–27.
8. Poves I., Alonso S., Jimeno M., Bessa X., Burdío F., Grande L. Retroperitoneal inflammatory pseudotumor presenting as a pancreatic mass. *J. Pancreas (Online).* 2012; 13(3): 308–11.
9. Yi X.L., Lu H.Y., Wu Y.H., Li W.H., Meng Q.G., Cheng J.W. et al. Inflammatory myofibroblastic tumor with extensive involvement of the bladder in an adolescent: a case report. *World J. Surg. Oncol.* 2013; 11: 206.

## REFERENCES

1. Klimenkov A.A., Gubina G.I. Extravisceral retroperitoneal tumors: main principles of diagnostics and surgical tactics. *Prakticheskaya onkologiya.* 2004; 5(4): 285–91. (in Russian)
2. Salamov A.K., Bogov K.K., Pliev R.N., Kakabadze S.A., Borodina A.V., Alyautdinova V.T. Recurrent retroperitoneal neurofibroma. *Urologiya.* 2010; 6: 63–5. (in Russian)
3. Ghani A.R., Ariff A.R., Romzi A.R., Sayuthi S., Hasnan J., Kaur

G. et al. Giant nerve sheath tumour: report of six cases. *Clin. Neurol. Neurosurg.* 2005; 107(4): 318–24.

4. Casey A.T. Neurological pictures. Massage of a giant retroperitoneal neurofibroma. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2006; 77(7): 814.
5. Cavallaro G., Crocetti D., Pedullà G., Giustini S., Letizia C., De Toma G. Retrocaval mass in patient with von Recklinghausen disease: case report. *G. Chir.* 2012; 33(1–2): 26–30.
6. Cherqui A., Kim D.H., Kim S.H., Park H.K., Kline D.G. Surgical approaches to paraspinal nerve sheath tumors. *Neurosurg. Focus.* 2007; 22(6): E9.
7. Patnana M., Sevrakov A.B., Elsayes K.M., Viswanathan C., Lubner M., Menias C.O. Inflammatory pseudotumor: the great mimicker. *Am. J. Roentgenol.* 2012; 198: W217–27.
8. Poves I., Alonso S., Jimeno M., Bessa X., Burdío F., Grande L. Retroperitoneal inflammatory pseudotumor presenting as a pancreatic mass. *J. Pancreas (Online).* 2012; 13(3): 308–11.
9. Yi X.L., Lu H.Y., Wu Y.H., Li W.H., Meng Q.G., Cheng J.W. et al. Inflammatory myofibroblastic tumor with extensive involvement of the bladder in an adolescent: a case report. *World J. Surg. Oncol.* 2013; 11: 206.

Поступила 07.07.14  
Received 07.07.14



## IX Всеармейская научно-практическая конференция с международным участием «БАРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ РАНЕННЫХ, БОЛЬНЫХ И ПОРАЖЁННЫХ»

**ОРГАНИЗАТОРЫ:** Главное военно-медицинское управление МО РФ, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ, Научно-практическое общество баротерапевтов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, ООО «Ком-Форум»

### ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Приглашаем Вас принять участие в работе

**IX Всеармейской научно-практической конференции с международным участием «Баротерапия в комплексном лечении и реабилитации раненных, больных и поражённых», которая будет проводиться 28—29 мая 2015 года**

по адресу: Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Большой Сампсониевский проспект, д.1, клуб.

На конференции предполагается рассмотреть теоретические и прикладные вопросы гипербарической оксигенации (ГБО) при лечении раненных, больных и поражённых; проблему реабилитации человека со сниженной работоспособностью различными видами и методами баротерапии; теоретические и практические положения гипербарической физиологии и водолазной медицины.

1 Гипербаротерапия: лечебная компрессия, лечебная рек-компрессия при специфических профессиональных заболеваниях водолазов, аэробаротерапия, оксигенобаротерапия, нормоксическая гипербаротерапия. ГБО как средство повышения работоспособности, лечения и реабилитации пациентов с различной патологией;

2 Нормобарическая баротерапия: оксигенотерапия, карбогенотерапия, оксигенотерапия, интервальная гипоксическая терапия. Использование дыхательных смесей с различным парциальным давлением газов;

3 Гипобаротерапия: общая — непрерывная, периодическая; локальная — периодическая вакуумдекомпрессия, импульсная;

4 Диагностика, лечение и профилактика специфической профессиональной патологии лиц, пребывающих в условиях повышенного давления газовой и водной среды. Определение индивидуальной устойчивости водолазов к факторам гипербарии (декомпрессионное газообразование, токсическое действие высоких парциальных давлений азота и кислорода);

5 Меры безопасности при проведении сеансов баротерапии.

В рамках конференции будет организована выставка современных образцов медицинского и водолазного оборудования.

О формах и условиях участия в конференции, порядке оформления тезисов можно уточнить в организационном комитете: ООО «Ком-Форум», Тел/факс 8-812-310-11-97 E-mail: info@baltika21.ru, it-med@inbox.ru. Сайт: www.baltika21.ru

Кроме того, по интересующим вопросам, Вы можете обратиться на кафедру физиологии подводного плавания Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова к членам организационного комитета: Андрусенко Андрей Николаевич 8-812-495-72-43; 8-904-636-44-36; an.a.an@mail.ru; Шитов Арсений Юрьевич 8-812-495-72-87; 8-911-707-87-80; arseniyshitov@mail.ru