

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ CASE REPORTS

DOI: 10.29413/ABS.2019-4.2.20

### Гигантская неорганичная забрюшинная опухоль в сочетании с кистой придатков матки

Богомолов Н.И., Гончаров А.Г., Томских Н.Н., Гончарова Ю.Ю.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России (672090, г. Чита, ул. Горького, 39а, Россия)

Автор, ответственный за переписку: Богомолов Николай Иванович, e-mail: mangutonon@yandex.ru

#### Резюме

Описан опыт диагностики и лечения гигантской неорганичной забрюшинной опухоли в сочетании с кистой придатков матки.

Больная П., 43 лет, госпитализирована в онкологическое отделение, с диагнозом «Опухоль брюшной полости, правого яичника?». Состояние удовлетворительное, при пальпации живота обнаружено бугристое образование, плотноэластической консистенции, от лона до эпигастральной области. При УЗИ выявлено гомогенное опухолевидное образование размером 30×28 см от границ матки до печени. При выполнении срединной лапаротомии обнаружена опухоль (36×26×20 см) гантелеобразной формы в забрюшинном пространстве с вовлечением брыжейки тонкой кишки, нижней горизонтальной части 12-перстной кишки, брыжейки поперечно-ободочной кишки, верхнебрыжеечных сосудов, аорты и тощей кишки. В правых придатках киста 12–15 см в диаметре с заворотом и некрозом. Выполнена аднексэктомия. Экспресс-биопсия лимфоузла выявила клетки, подозрительные на злокачественные. Опухоль мобилизована и удалена единым блоком с забрюшинной клетчаткой, лимфоузлами в сочетании с резекцией 70 см тощей кишки и окончатой резекцией 12-перстной кишки. Образовавшийся дефект кишки 9×7 см ушит прецизионным однорядным швом. Сформирован межкишечный анастомоз «конец-в-конец». Выполнена назоинтестинальная интубация. Брюшная полость ушита, установлены два трубчатых дренажа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Гистологическое заключение: фиброзная гистиоцитома брыжейки кишки с озлокачествлением в центре узла, в яичнике – тотальное геморрагическое пропитывание всех слоёв, отёк. Онкокомиссия рекомендовала наблюдение. Через 1,5 года пациентка обратилась с аналогичной клиникой. Во время лапаротомии обнаружен рецидив опухоли, узлы которой располагались в забрюшинном пространстве, в брюшной полости с прорастанием в органы и крупные сосуды. Случай признан неоперабельным, лапаротомная рана ушита наглухо. Выписана домой через 16 суток после операции.

**Ключевые слова:** неорганичная забрюшинная опухоль, диагностика, хирургия, лечение

**Для цитирования:** Богомолов Н.И., Гончаров А.Г., Томских Н.Н., Гончарова Ю.Ю. Гигантская неорганичная забрюшинная опухоль в сочетании с кистой придатков матки. *Acta biomedica scientifica*. 2019; 4(2): 142-145. doi: 10.29413/ABS.2019-4.2.20

### Huge Non-Organ Retroperitoneal Tumor in Combination with a Cystoma of Uterine Appendages

Bogomolov N.I., Goncharov A.G., Tomskikh N.N., Goncharova Y.Y.

Chita State Medical Academy (ul. Gor'kogo 39a, Chita 672090, Russian Federation)

Corresponding author: Nikolay I. Bogomolov, e-mail: mangutonon@yandex.ru

#### Abstract

The article describes the experience of successful diagnostics and treatment of giant non-organ extraperitoneal tumor combined with a cystoma of uterine appendages. Patient P, 43 years old, was hospitalized in the oncology department, diagnosed with "Abdominal tumor, right ovary?". The state was satisfactory, after palpation of the abdomen, a lumpy formation of a densely elastic consistency, from the womb to the epigastric region, was found. An ultrasound revealed a homogeneous tumor formation 30×28 cm from the border of the uterus to the liver. When performing median laparotomy, a dumbbell-shaped tumor (36×26×20 cm) was found in the retroperitoneal space with involvement of the mesentery of the small intestine, lower horizontal portion of the duodenum, mesentery of the transverse colon, superior mesenteric vessels, aorta and jejunum. In the right appendages, a cystoma 12–15 cm in diameter was found, with inversion and necrosis. Adnexectomy was performed. An express lymph node biopsy revealed cells suspicious for malignancy. The tumor was mobilized and removed as a single unit with retroperitoneal tissue, lymph nodes in combination with resection of 70 cm of the jejunum and fenestrated resection of the duodenum. The resulting gut defect 9×7 cm was sutured with a precision single-row suture. Inter-intestinal anastomosis "end-to-end" was formed. Naso-intestinal intubation was performed. The abdominal cavity was sutured, and two tubular

*drainages were installed. The postoperative period was uneventful. The histological conclusion: fibrous histiocytoma of the mesentery of the intestine with malignancy in the center of the node, in the ovary – total hemorrhagic infiltration of all layers, edema. The tumor conference consultation was recommended. After 1.5 years, the patient was admitted with the same clinical picture. During laparotomy, a tumor recurrence was discovered, the nodes of which were located in the retroperitoneal space, in the abdominal cavity with invasion to organs and large vessels. The case was recognized as inoperable, the laparotomic wound was closed completely. Sixteen days after surgery the patient was discharged.*

**Key words:** non-organ retroperitoneal tumor, diagnosis, surgery, treatment

**For citation:** Bogomolov N.I., Goncharov A.G., Tomskikh N.N., Goncharova Y.Y. Huge Non-organ Retroperitoneal Tumor in Combination with a Cystoma of Uterine Appendages. *Acta biomedica scientifica*. 2019; 4(2): 142-145. doi: 10.29413/ABS.2019-4.2.20

## ВВЕДЕНИЕ

Неорганные опухоли в забрюшинном пространстве встречаются редко, протекают скрыто, не имеют патогномичной клинической симптоматики и, нередко, являются находкой во время лапаротомии [1]. Современные средства визуализации – УЗИ, КТ, МРТ, применённые своевременно, помогают диагностировать либо заподозрить опухоль в забрюшинном пространстве [2–4]. Приводим наше наблюдение.

Пациентка П., 43 лет, и.б. 7403, жительница дальней станции Забайкальской железной дороги, поступила в онкологическое отделение клиники с жалобами на резкое увеличение живота и кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза установлено, что до мая 2014 г. была здоровой, очередная и последующие менструации отсутствовали, в связи с чем больная считала себя беременной. Появление кровянистых выделений из половых путей заставило обратиться за помощью, после чего была направлена в Дорожную больницу. После осмотра гинекологом переведена в онкологическое отделение с диагнозом «Опухоль брюшной полости, правого яичника?».

При осмотре: состояние удовлетворительное, астенична. Кожа чистая, периферические лимфоузлы не увеличены, молочные железы мягкие. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, АД 120/60 мм рт. ст., ЧСС 80 в мин. Живот мягкий, пальпируется бугристое образование, плотноэластической консистенции, безболезненное от лона до эпигастральной области. Границы печени по Курлову 9×8×7 см. Селезёнка нормальных размеров. Стул, мочеиспускание в норме.

При влагалищном исследовании матка обычных размеров. Придатки отдельно не определяются, пальпируется вышеописанное образование. Сложилось впечатление, что оно исходит из правых придатков.

В анализе крови ускоренная, до 42 мм, СОЭ и палочкоядерный сдвиг до 6. Анализ мочи и биохимические показатели в норме. УЗИ-исследование показало уплотнение стенок желчного пузыря, диффузные изменения поджелудочной железы, расширение чашечек правой почки, гомогенное опухолевидное образование размером 30×28 см, от границ матки до печени. Ректороманоскопия патологии не выявила. Больная готовилась к ирригоскопии, однако ночью состояние резко ухудшилось, возникла клиника острого живота, заподозрен заворот кисты, больная переведена в реанимацию, осуществлена предоперационная подготовка.

По экстренным показаниям под наркозом выполнена срединная лапаротомия, в брюшной полости серозно-геморрагический выпот. При ревизии обнаружена гигантская (36×26×20 см) опухоль ганте-

леобразной формы, исходящая из брыжейки тонкой кишки и забрюшинного пространства с вовлечением в процесс нижней горизонтальной части 12-перстной кишки, брыжейки поперечно-ободочной кишки, верхнебрыжеечных сосудов, аорты и тощей кишки (рис. 1). Правые придатки представлены кистой до 12–15 см в диаметре с заворотом на 360° и некрозом. Выполнена правосторонняя аднексэктомия. Экспресс-биопсия лимфоузла показала зрелую жировую ткань и клетки, подозрительные на злокачественные. В связи с реальной угрозой кишечной непроходимости решено попытаться удалить опухоль.



**Рис. 1.** Вид опухоли на операции.

**Fig. 1.** The view of the tumor during the surgery.

В ходе операции мобилизованы здоровые участки тощей кишки, остро и тупо выделены и отделены верхнебрыжеечные сосуды, опухоль мобилизована с распластанной на ней частью тощей кишки, удалена единым блоком с забрюшинной клетчаткой, лимфоузлами в сопровождении с окончатой резекцией нижней горизонтальной части 12-перстной кишки. Образовавшийся дефект 9×7 см ушит в поперечном направлении атравматической иглой прецизионным однорядным швом. Непрерывность тощей кишки восстановлена межкишечным анастомозом «конец-в-конец». Выполнена назоинтестинальная интубация кишки, зонд проведён до илеоцекального угла. Применены меры абластики и антибластики. Брюшная полость дренирована трубчатыми дренажами и ушита наглухо.

Макропрепарат: Опухоль плотной консистенции, гантелеобразной формы, состоящая из двух, овоидной формы, узлов, срастающихся с тощей кишкой на протяжении 64 см. Общая масса составила 3687 г, на разрезе – «рыбье мясо» (рис. 2). Яичник и маточная труба в виде кисты до 15 см диаметром.

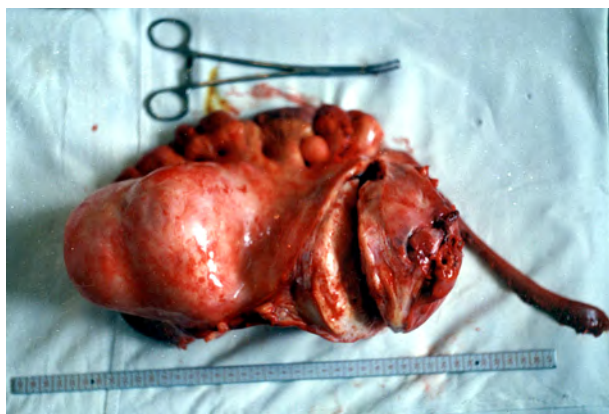


Рис. 2. Операционный макропрепарат.

Fig. 2. Gross specimen examination.

Послеоперационный период протекал без осложнений, зонд удалён на 7-е сутки, дренажи – на 5–7-е сутки, швы сняты на 14-е сутки.

Гистология № 23419-24. Макроскопически: отрезок кишки 98 см, стенки не изменены, слизистая серая, складчатая, в просвете обычное содержимое. В брыжейке два больших узла 14 и 16 см в диаметре, на разрезе белого цвета волокнистого строения. Яичник 7×5×3 см, маточная труба на разрезе с кистой, заполненной сгустками крови и жидкостью. Микроскопически: фиброзная гистиоцитома брыжейки кишки с озлокачествлением в центре узла. Характерен диморфный состав клеток с наличием фибробластоподобных и гистиоидных элементов, а также гигантских многоядерных атипичных клеток типа Тутона и клеток типа остеокластов, поля фиброза, очаговый миксоматоз стромы, встречаются «муаровые» структуры. На периферии – псевдокапсула из зрелых гистиоцито-фибробластных клеток. В стенке кишки строение сохранено, циркуляторные расстройства. В яичнике – тотальное геморрагическое пропитывание всех слоёв, отёк.

Заключение консилиума онкологов: лучевое, химиотерапевтическое лечение не показано. Рекомендовано наблюдение.

Через 1,5 года пациентка обратилась в связи с аналогичной клиникой. Вновь считала себя беременной. После обследования и подготовки в срочном порядке оперирована. Во время лапаротомии диагностирован рецидив опухоли («канцероматоз»), множество опухолевых узлов в забрюшинном пространстве, по всей брюшной полости с прорастанием в поджелудочную железу, желудок, печень, аорту и другие структуры, признаков кишечной непроходимости нет. Случай признан неоперабельным, брюшная полость ушита наглухо. Выписана домой через 16 суток после операции. В дальнейшем, по данным врача линейной больницы, больная погибла от истощения и прогрессирования процесса.

#### Сведения об авторах

**Богомолов Николай Иванович** – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный изобретатель РФ, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, e-mail: Mangutonon@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1436-8511>

**Гончаров Андрей Геннадьевич** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий курсом оперативной хирургии и топографической анатомии, ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, e-mail: Genuinandros@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7579-3426>

**Томских Наталья Николаевна** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии, ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, e-mail: Tomskihnata@gmail.com

**Гончарова Юлия Юрьевна** – врач-терапевт высшей категории, ординатор дневного стационара клиники, ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, e-mail: YLionsun@yandex.ru

При ретроспективной оценке клинического наблюдения, следует отметить, что опухоль могла быть диагностирована на ранней стадии при условии своевременного обращения к специалистам и применением современных средств визуализации. Сложность клинической ситуации состояла в экстренном выполнении вмешательства с ограниченными возможностями экспресс-гистологического исследования. Выбранный объём операции оправдал себя.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описано клиническое наблюдение больной, считавшей себя беременной. Оперирована в экстренном порядке с клиникой острого живота, обусловленного заворотом и некрозом кисты придатков матки. Интраоперационно выявлена гигантская неорганическая забрюшинная опухоль, прорастающая в 12-перстную и тощую кишку с угрозой возникновения высокой кишечной непроходимости. Киста и забрюшинная опухоль с фрагментом 12-перстной и тощей кишок удалены. В связи с рецидивом опухоли через 1,5 года предпринята диагностическая лапаротомия и случай признан неоперабельным. Уникальность описанного наблюдения представляет практический интерес не только и не столько сложностью морфологической картины заболевания, сколько обоснованными, решительными и профессиональными действиями хирургов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Ю.В., Соловьев Н.А., Маркина Р.Н., Любимцев Д.В., Волчанская С.В., Яргина Е.Е., и др. Особенности диагностики и лечения доброкачественных забрюшинных неорганических опухолей. *Анналы хирургии*. 2003; (4): 40-44.
2. Онкология: национальное руководство / Гл. ред. Чиссова В.И., Давыдова М.И. 2008; М.: ГЭОТАР-Медиа.
3. Патологическая анатомия: национальное руководство / Гл. ред. Пальцев М.А., Кактурский Л.В., Зайратьянц О.В. 2011; М.: ГЭОТАР-Медиа.
4. Aaltonen LA, Hamilton SR, WHO Classification of Tumors. *Pathology and genetics of tumours of the digestive system*. 2000; Lyon: Oxford: IARC Press.

#### REFERENCES

1. Ivanov YuV, Solovyov NA, Markina RN, Luybimtsev DV, Volchanskaya SV, Yargina EE, et al. Features of diagnostics and treatment of benign retroperitoneal non organ tumors. *Annaly khirurgii*. 2003; (4): 40-44. (In Russ.)
2. Chissova VI, Davydova MI. (eds). *Oncology: National Guidelines*. 2008; M.: GEOTAR-Media. (In Russ.)
3. Pal'tsev MA, Kakturskiy LV, Zayrat'yants OV. (eds). *Pathological anatomy: National Guidelines*. 2011; M.: GEOTAR-Media. (In Russ.)
4. Aaltonen LA, Hamilton SR, WHO Classification of Tumors. *Pathology and genetics of tumours of the digestive system*. 2000; Lyon: Oxford: IARC Press.

**Information about the authors**

**Nikolay I. Bogomolov** – Dr. Sc. (Med.), Professor, Honored Inventor of the Russian Federation, Honored Doctor of the Russian Federation, Head of the Department of Hospital Surgery, Chita State Medical Academy, e-mail: Mangutonon@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1436-8511>

**Andrey G. Goncharov** – Cand. Sc. (Med.), Docent, Head of the Course of Operational Surgery and Topographical Anatomy, Chita State Medical Academy, e-mail: Genuinandros@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7579-3426>

**Nataliya I. Tomskikh** – Cand. Sc. (Med.), Teaching Assistant at the Department of Advanced Level Surgery, Chita State Medical Academy, e-mail: Tomskihnata@gmail.com

**Yuliya Y. Goncharova** – High Level Certificate Physician, Resident Physician at the Day Patient Clinical Department, Chita State Medical Academy, e-mail: YLionsun@yandex.ru

Статья получена: 27.06.2018. Статья принята: 20.03.2019. Статья опубликована: 26.04.2019.  
Received: 27.06.2018. Accepted: 20.03.2019. Published: 26.04.2019.