

Дифференциальная диагностика новообразований забрюшинного пространства, печени и поджелудочной железы

В.Д. Федоров,

В.В. Цвиркун

Институт хирургии
им. А.В. Вишневского
РАМН
(директор — академик
РАМН
В.Д. Федоров),
Москва

В работе представлены основные принципы дифференциальной диагностики новообразований забрюшинного пространства, печени и поджелудочной железы на основании клинических проявлений и данных физикального обследования. Правильный анализ этих данных позволяет избрать рациональный план инструментального обследования, после чего более точно классифицировать конкретный клинический случай и моделировать предстоящую операцию. Это благоприятно сказывается на результатах лечения. Представления авторов аргументированы наблюдениями за 174 больными с неорганными забрюшинными опухолями. Важно, что этот опыт в течение 25 лет накапливался в учреждении, известном своими работами в области диагностики и лечения пациентов с новообразованиями печени и поджелудочной железы. Изложены наиболее интересные клинические случаи.

Differential Diagnosis of Retroperitoneal Liver and Pancreatic Neoplasms

V.D.Fiodirov,

V.V. Tsvirkun

A.V. Vishnevsky Institute
of Surgery, RAMSci
(Director-Academician
RAMS (V.D. Fiodorov),
Moscow

Presented in this work the basic principles of differential diagnosis of neoplasms in the retroperitoneal space, the liver and pancreas are based on clinical manifestations and physical examination findings. Correct analysis of data makes it possible to choose a reasonable plan for instrumental examination, so that a concrete clinical case may be classified and the forthcoming operation predicted for favorable effect of treatment. The material presented is supported by observations of 174 patients with nonorganic retroperitoneal tumors. It is important that this experience had been accumulated for 25 years in an institution known for its work in the field of diagnosing and treatment of patients with neoplasms of the liver and pancreas. The most interesting clinical cases are described in this text.

Клинические признаки болезни зависят от морфологических и функциональных изменений, ею вызываемых. Совершенно ясно, что характер проявления опухоли зависит от строения и функции того органа или органной структуры, в которых это новообразование возникло и развивается. Поджелудочная железа и печень являются органами, обладающими большими пластическими и компенсаторными возможностями. Поэтому новообразования в них способны длительное время развиваться бессимптомно и нередко выявляются самими пациентами или при обследовании по другому поводу. Исключение составляют опухоли желчных протоков, проявляющиеся за счет желтухи еще при небольших размерах, и гормонально активные опухоли. В данной публикации мы не касаемся дифференциальной диагностики новообразований селезенки и неэпителиальных опухолей желудка, потому что они более редки и имеют меньшее практическое значение, чем аналогичные образования в печени и поджелудочной железе. Кроме того, в нашей работе все предоперационные диагностические ошибки приходились на дифференциацию неорганных забрюшинных образований именно от очаговых поражений печени и поджелудочной железы. Самостоятельному подробному анализу подлежит также вопрос различий неорганных забрюшинных образований с неопластическими процессами в надпочечниках и особенно почках, так как они являются единственными полностью забрюшинными органами и имеют значительные эмбриогенетические особенности. К тому же данный вопрос достаточно подробно освещен в литературе [1,3,8, 13, 16, 17], чего нельзя сказать о теме нашего исследования.

В Институте хирургии им. А.В. Вишневского РАМН давно систематически изучаются вопросы диагностики и лечения больных с очаговыми образованиями печени и поджелудочной железы. Накоплен значительный опыт, освещенный в различных изданиях [2,4]. В последние годы предприняты усилия по систематизации и анализу накопленных наблюдений за 174 больными с неорганными забрюшинными новообразованиями. Все пациенты условно разделены на две группы: 81 наблюдение 1989-1996 гг., когда была разработана и целенаправленно использовалась специальная система диагностики и лечения с применением комплекса современных методов и 93 контрольных наблюдений 1970-1988 гг., накопленные в период, когда указанная система не действовала.

Соотношение больных со злокачественными и доброкачественными новообразованиями представлено в табл. 1. При анализе гистологического строения опухолей нам, как и другим исследователям, пришлось иметь дело с выраженным полиморфизмом (20 разновидностей) новообразований, которые, кроме того, часто имели смешанное строение. У 167 (96%) больных установлена гистологическая форма опухоли. Наиболее часто встречались опухоли мезодермального происхождения (58%); 27% опухолей были нейрогенными; дисэмбриогенетические, редкие и неясной природы опухоли составили 15%.

Группы больных	Злокачественные	Доброкачественные	Итого
Контрольная	56 (60%)	37 (40%)	93
Исследуемая	48 (59%)	33 (41%)	81
Всего	104 (60%)	70 (40%)	174

Были сделаны 194 операции (число операций и число больных не совпадает, так как ряд пациентов оперированы в обозреваемый период неоднократно). Операбельность составила 92%. Радикальные операции произведены в 121 (68%) случае, нерадикальные в - 57 (32%).

Помимо тщательного анализа клинической симптоматики и анамнестических данных для диагностики новообразований использовались "прямые" методы исследования, направленные на получение данных о числе опухолевых узлов) их размерах, четкости контуров (наличии капсулы), гомогенности, плотности, моно- или полицикличности (форма опухоли) и взаимоотношениях с окружающими анатомическими структурами (степень и характер контакта или разрушения, направление и степень дистопии) - всего 7 основных признаков.

К группе "непрямых" диагностических методов мы относим: обзорную рентгенографию, рентгеноконтрастные исследования желудочно-кишечного тракта, рентгеноконтрастные исследования мочевыделительной системы, пневмоконтрастные рентгенологические исследования, эндоскопические исследования (за исключением эндоскопического ультразвукового исследования и ретроперитонеоскопии), радиоизотопные методы исследования. "Прямыми" диагностическими методами являются: ультразвуковое исследование (УЗИ), включая дуплексное сканирование; компьютерная томография (КТ) в различных модификациях; ангиографические исследования (АГИ), включая артерио-, вено- и лимфографию. Реализация такой системы диагностики у больных с неорганными забрюшинными образованиями позволяет соответствующим образом классифицировать конкретный случай и устанавливать показания к оперативному лечению.

Дифференциальная диагностика любых заболеваний, в том числе опухолей, начинается с тщательного анализа клинических проявлений и лишь потом переходит в сферу данных специального обследования. К сожалению, многие недостаточно подготовленные и малоопытные хирурги считают, что современные высокоинформативные методы обследования делают первую - важнейшую часть диагностического процесса малозначимой, а то и вовсе ненужной. Это глубокое заблуждение, что мы постараемся ниже подтвердить.

Общеклиническое состояние больных с неорганными забрюшинными новообразованиями часто долгое время остается удовлетворительным. Причин этого, по-видимому, так же много, как морфологических форм этих образований. Основными среди них, по нашему мнению, являются три:

— слабое кровоснабжение наиболее часто встречаемых форм опухолей (из жировой ткани, из соединительной ткани, большей частью из гладкомышечной ткани, мезенхимом, кистозных и др.);

— возможность длительного роста новообразований в сторону брюшной полости без большого сопротивления;

— не часто встречающийся среди первичных опухолей инфильтративный рост, вследствие чего они не прорастают, а смещают и "обрастают" соседние органы и сосудистые структуры.

Ведущими характеристиками общеклинического состояния мы считаем известные признаки опухолевой интоксикации и потерю массы тела. Несоответствие между большими размерами новообразования и малой степенью его воздействия на гомеостаз является наиболее характерной чертой неорганных забрюшинных опухолей. Нам, как и другим авторам [3, 6, 18, 19], приходилось удалять саркомы массой до 12 кг у пациентов, не предъявлявших никаких жалоб, кроме наличия самостоятельно обнаруженных новообразований, занимавших чуть ли не всю брюшную полость. В исследуемой группе мы отказались от операции в связи с распространенностью процесса и истощением пациентов только в 6 случаях (7.4%).

Весьма скудно с точки зрения общеклинического состояния проявляют себя и новообразования печени, причем как опухоли, в том числе злокачественные, так и кисты, включая паразитарные, порой достигают очень больших размеров без клинических проявлений.

Иная ситуация складывается при поражениях поджелудочной железы: ухудшение состояния больных возникает раньше и быстро прогрессирует. Исключение составляют кистозные опухоли (цистаденомы) дистальных отделов органа, способные при больших размерах никак клинически не проявляться, и медленно растущие гормонально неактивные карциноиды, расположенные на расстоянии от большого дуоденального сосочка.

В таких случаях ухудшение состояния и клинические проявления часто возникают уже при IV стадии опухоли. Болевой синдром обусловлен ретенционным панкреатитом: поджелудочная железа значительно уплотнена и частично атрофирована, диаметр главного панкреатического протока увеличен. Последний признак является одним из ведущих при дифференциальной диагностике с неорганной забрюшинной опухолью.

По нашим данным, неорганные забрюшинные новообразования не сопровождаются билиарной и панкреатической гипертензией в виде механической желтухи и ретенционного панкреатита. Несмотря на выраженное смещение и сдавление органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, наблюдавшиеся у 29 больных в исследуемой группе (почти у половины оперированных), мы не видели признаков сдавления, а тем более обтурации протоковых систем печени и поджелудочной железы, что чаще указывает на органнй характер поражения. В то же время и при дифференциальной диагностике необходимо помнить о новообразованиях, расположенных в крючковидном отростке поджелудочной железы. Они также способны длительно протекать без желтухи и болевого синдрома как первого признака панкреатической гипертензии, но, никогда не достигают таких размеров, как неорганные забрюшинные новообразования. Другими словами, отсутствует то самое несоответствие между размерами и клиническими проявлениями опухоли, о котором мы уже говорили выше. Что касается болевого синдрома, то этот вопрос подлежит особому обсуждению.

Если взглянуть на данные весьма авторитетных отечественных и зарубежных авторов, представленные в табл. 2, отчетливо видна их полная солидарность именно в оценке частоты болей, особенно в животе. Казалось бы, все ясно: есть боли в животе и/или в пояснице - ищи забрюшинную опухоль. По нашим данным, это не совсем так. Нет возражений по поводу болей в пояснице или спине. Такая частота этого вида болей обусловлена долей нейрогенных опухолей среди неорганных забрюшинных новообразований - 27% в наших наблюдениях, что соответствует данным других авторов в таблице 2. Постоянные сильные, временами невралгического типа - "как током бьет" — боли в спине и пояснице характерны для забрюшинных нейрогенных опухолей, особенно злокачественных. Эти боли сравнимы с таковыми при опухолях тела и дистальных отделов поджелудочной железы.

В отношении болей в животе, связанных именно с наличием забрюшинной опухоли, наши данные расходятся с приведенными выше. Мы встречали их вдвое реже, причем их наличие и частота совпадали с так называемыми желудочно-кишечными расстройствами (см. табл. 2) — в основном запорами, метеоризмом и т.п. Очень часто подобные жалобы бывают задолго до появления опухоли и являются признаками колита, гастрита и т.д. В разговоре с пациентом нередко обнаруживается, что болью он называет чувство тяжести или ощущение "чужеродного" тела. Расценивать эти жалобы как болевой синдром, обусловленный опухолью, с нашей точки зрения, вряд ли правомочно.

Известно, что опухоли, за исключением нейрогенных, где бы они ни находились, некоторое время не вызывают болей. Печень вообще, как правило, сильно не болит. Характерно чувство тяжести, тупые ноющие боли, достаточно точно локализованные в подреберье и спине справа. Неорганные забрюшинные новообразования в 30% не дают и этой клиники, хотя легко выявляются при осмотре.

Образования в поджелудочной железе значительно скорее, т.е. при значительно меньших размерах, дают болевой синдром, как мы уже указывали, вследствие ретенционного панкреатита, а впоследствии поражения нервных сплетений. Особенно важно при изучении анамнеза обращать внимание на сильные болевые приступы, что может свидетельствовать о перенесенном панкреонекрозе с развитием соответствующих очаговых изменений. Невнимание или недооценка этого способны привести к диагностической ошибке.

Больного М., 19 лет, в течение 5 лет (с 1984 г.) периодически, чаще осенью и весной, беспокоили боли в эпигастрии, иногда опоясывающего характера. Мусульманин по вероисповеданию, недостаточного питания (масса тела 59 кг при росте 188 см), диету не нарушал, алкоголь никогда не принимал, травм не имел, на вредных производствах не работал. Тем не менее наблюдался и лечился консервативно по месту жительства по поводу хронического панкреатита. В 1988 г. при УЗИ выявлена киста головки поджелудочной железы. При поступлении в Институт хирургии в эпигастрии по средней линии нечетко пальпировалось неподвижное плотное безболезненное округлое образование диаметром более 5 см. По данным УЗИ и КТ подтверждено наличие кисты головки и тела поджелудочной железы. На операции 30.01.89 г., при которой планировалось формирование цистодигестивного соустья, обнаружено что антральный отдел желудка, начальный отдел двенадцатиперстной кишки, головка и тело поджелудочной железы со всеми расположенными здесь магистральными сосудами распластаны на ограниченно подвижном опухолевидном образовании плотноэластической консистенции размерами 8x6x4 см. Снизу, сверху и сзади к этому образованию прилегали нижняя аорта. От последних, как выяснилось в дальнейшем, отходили питающие опухоль короткие диаметром до 1 мм сосуды. При мобилизации опухоли произошел отрыв этих сосудов от аорты и чревного ствола, что потребовало ушивания дефектов их стенки. Этот этап в крайне трудных технических условиях сопровождался кровопотерей до 5.5 л, которая была адекватно возмещена. Полностью удаленная опухоль оказалась тератомой. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Конечно, у молодого человека, не имеющего никаких причин для развития панкреатита, а тем более кисты поджелудочной железы, можно было предположить врожденное забрюшинное новообразование. По-видимому, это предположение явилось бы поводом к выполнению ангиографии, данные которой, возможно, позволили бы предотвратить или быть более готовыми к опас-

Таблица 2. Частота симптомов неорганных забрюшинных опухолей (литературные данные)

Симптомы	Столяров В.И. и др. (в %)	Pinson C.W. а.о. (в %)
Боли в области живота	69	69
Боли в поясничной области	31	30
Боли и отеки нижних конечностей	8	15
Потеря массы тела	32	55
Увеличение живота	11	35
Желудочно-кишечные расстройства	26	27
Повышение температуры	11	12
Расстройства мочеиспускания	14	10

ному интраоперационному осложнению. В другом наблюдении, которое также закончилось благополучно, ошибка в дифференциальной диагностике привела к неправильному началу лечения.

Больного С., 62 лет, в течение года беспокоили периодические боли и чувство тяжести в эпигастриальной области. Пациент не скрывал частых эпизодов злоупотребления алкоголем. Поэтому пальпируемое в левом подреберье малоподвижное незначительно болезненное плотно-эластическое округлое моноциклическое образование диаметром 20 см было расценено как постнекротическая панкреатическая киста. Данные КТ подтвердили указанный диагноз, и, несмотря на то, что одним из "ультразвуковых" исследователей высказывалось предположение о неорганическом характере новообразования, 23.06.92 г. произведено пункционное дренирование кисты. Одновременно эвакуировано 600 мл желтоватой прозрачной жидкости с невысоким содержанием амилазы, затем суточный дебит отделяемого по дренажу не превышал 100 мл. При цитологическом исследовании отделяемого на фоне измененных эритроцитов определялись 30-40 лимфоцитов, частично в состоянии лизиса. Несмотря на промывания, постепенно появились признаки нагноения полости кисты. При фистулографии связи с панкреатическими протоками не выявлено. Оперирован 03.08.92 г. с тем же диагнозом. Выявлена неорганическая забрюшинная кистозная опухоль размерами 20 x 20 см, толстостенная, исходящая из забрюшинного пространства над верхним краем тела и хвоста поджелудочной железы, контактирующая с брюшной аортой, чревным стволом и его основными ветвями. Опухоль полностью удалена. При срочном гистологическом исследовании она трактовалась как кистозная гемангиолимфангиома с хроническим воспалением в ее внутренних отделах. Однако при плановом гистологическом исследовании опухоль оказалась лимфангиосаркомой. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Следовательно, у 3 наших больных (3.7%) найденное на операции неорганическое забрюшинное новообразование в предоперационном заключении не фигурировало даже в качестве варианта диагноза. Еще в одном случае у больной 15 лет предполагавшаяся неорганическая забрюшинная киста, казалось бы, полностью отделявшаяся от печени при физикальном и инструментальном обследовании, оказалась истинной кистой правой доли печени, с нижней поверхностью которой она была связана небольшой площадкой. Радикальная операция выполнена, как и планировалось, с использованием лапароскопической техники и благоприятным исходом, но такую ситуацию мы также считаем диагностической ошибкой.

Физикальное обследование больных с неорганическими забрюшинными образованиями имеет некоторые особенности, которые великолепно представлены в поистине нестареющей книге В.М. Мыша "Очерки хирургической диагностики" (1948 г.). Мы постоянно пользуемся в своей работе изложенными в этой книге приемами и настоятельно рекомендуем делать то же самое читателю. Не желая повторять классика, хотелось бы остановиться на некоторых моментах, имеющих непосредственное отношение к теме данной публикации.

В силу известных анатомических условий расположения печени и поджелудочной железы возможности их исследования с помощью физикальных методов ограничены. Абсолютно достоверных признаков, отличающих новообразования печени и поджелудочной железы от забрюшинных неорганических, не существует. Однако есть ряд признаков, на которые стоит обратить внимание.

Смещение края печени ниже реберной дуги, которое часто принимается за увеличение печени совсем не обязательно свидетельствует об органическом характере ее поражения. В 5 наблюдениях исследуемой группы крупные забрюшинные опухоли, расположенные позади печени, симулировали ее увеличение, причем сами при этом не определялись. Образование, расположенное в правом подреберье, с очень высокой степенью вероятности не является печенью или образованием, из нее исходящим. Наоборот, если на передней поверхности образования определяется кишка, это скорее всего означает, что оно является забрюшинным. Если при пальпации удастся "отделить" образование от печени, понятно, что оно, скорее всего, исходит не из нее. Однако приведенное выше наблюдение свидетельствует о том, что это не всегда так. Еще в 2 случаях больших гемангиом печени при пальпации создавалось впечатление, что опухоль отделяется от нее. Во многом изложенное выше относится и к зоне левого подреберья, но с точки зрения дифференциации с новообразованиями поджелудочной железы.

Однако в некоторых случаях крупные первичные забрюшинные неорганные опухоли практически полностью занимают тот или другой фланг брюшной полости, а между ними и брюшной стенкой не остается никаких образований. Мы встретились с такой ситуацией в 4 случаях. Кроме того, иногда забрюшинные опухоли, пролабируя через брыжейку поперечноободочной кишки, смещают петли тонкой кишки и непосредственно прилежат к брюшной стенке. Мы видели это во время 8 операций. В таких случаях кишечник определяется по периферии образования, которое становится частично как бы интраперитонеальным и при наличии достаточной подвижности трактуется как опухоль брыжейки или брюшной полости.

Что касается распространенного представления о неподвижности неорганических забрюшинных новообразований, то оно преувеличено. Действительно, мало или совсем неподвижными являются опухоли, исходящие или фиксированные к скелетно-мышечному аппарату, обычно нейрогенные или миогенные (из поперечнополосатой мускулатуры). В других случаях при небольших размерах неорганические забрюшинные опухоли более подвижны, чем новообразования печени и поджелудочной железы. Об этом необходимо помнить не только при осмотре больных, но и при проведении инструментальных методов обследования, особенно УЗИ и КТ, при которых обязательно полипозиционное исследование.

При плановом обследовании больных с подозрением на наличие неорганической забрюшинной опухоли клиницистам совершенно необходимо заранее ставить перед диагностами вопросы, на которые тем предстоит ответить. Так как если не направлять ход исследования, даже "прямые" методы не дают нужной информации и ограничиваются констатацией часто уже известного факта наличия опухоли. Такой подход к комплексу диагностических мероприятий мы называем программированной интерпретацией данных обследования и считаем его принципиально неотъемлемой частью разработанной системы лечения больных с неорганическими забрюшинными образованиями. Это позволило нам в исследуемой группе на 20-25% повысить эффективность УЗИ и КТ.

В меньшей степени это относится к АГИ, долгое время остававшемуся единственным среди "прямых" и, следовательно, основным методом выявления и дифференциации забрюшинных новообразований. Возможности этого метода хорошо изучены [8], и, даже имея четко сформулированные требования к интерпретации получаемых данных, трудно рассчитывать на какое-либо существенное повышение его информативности. Более того, мы считаем, что АГИ совсем не обязательно во всех случаях и должно выполняться по определенным показаниям. К абсолютным показаниям мы относим признаки нарушения кровообращения в каких-либо сосудистых бассейнах, например в нижних конечностях, возникающих вследствие наличия неорганической забрюшинной опухоли. Относительными показаниями являются необходимость более точно по источникам кровоснабжения дифференцировать неорганические и органические забрюшинные опухоли, а также уточнить общую ангиоархитектонику в зоне локализации опухоли.

В настоящем сообщении из соображений разумности объема публикации мы не останавливаемся подробно на возможностях выявления неорганических забрюшинных образований современными методами лучевой диагностики: УЗИ, КТ и АГИ. Их семиотика достаточно полно описана в литературе [1, 5, 10, 20] соответствующими специалистами. Значение этих методов, в том числе, для дифференциации новообразований печени и поджелудочной железы трудно переоценить. Как мы уже указывали выше, в исследуемой группе неверный предоперационный диагноз был только у 4 больных - менее 5%. В контрольной группе такие ошибки были почти в 2 раза чаще. Тем не менее предел возможностей есть и у этих методов.

Больная К., 56 лет, поступила с жалобами на умеренные боли тянущего характера и постоянное чувство тяжести в правом подреберье. Больной себя считала четыре года — с момента, когда в связи с появлением дискомфорта в правом подреберье было произведено УЗИ, при котором в задних сегментах печени обнаружены два очаговых образования 3,5 и 5 см, расцененных как гемангиомы. В последующем при контрольных УЗИ отмечен рост образований, появились указанные жалобы. При поступлении в Институт хирургии состояние удовлетворительное. При физикальном обследовании и непрямых методах гастроудоденоскопия, колоноскопия и рентгенологическое обследование грудной клетки, каких-либо существенных данных не получено. При УЗИ: в проекции 7, 8-го и частично 6-го сегментов печени определяется образование,

состоящее из двух сливающихся узлов, общим размером 135x80 мм. Образование с тонкой, но плотной капсулой, контуры его ровные, четкие. Структура латерального узла однородная, мягкотканая. Медиально расположенный узел неоднородной структуры с наличием внутри кальцината диаметром 29 мм и расположенного возле диафрагмы более плотного участка 55 x 44 мм. Диафрагма над медиальным узлом приподнята, контуры ее ровные. При дыхании и перемене положения тела смещения образования относительно печени не происходит. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. При КТ: печень обычных размеров, плотность паренхимы 69 ед. Н. В области 7 и 8-го сегментов определяется объемное образование сечением 96 x 85 мм в области верхнего полюса, где оно округлое; здесь преобладает жировая ткань плотностью 82 ед. Н. В средней трети оно состоит как бы из трех мягкотканых узлов плотностью 32-38 ед. Н. По задней поверхности в области 8-го сегмента в образовании кальцинированное включение 2 x 1 см плотностью 1500 ед. Н. Заключение: тератома правой доли печени. По существу уже здесь можно было прекратить диагностическую часть работы, но чисто теоретические сомнения в наличии тератомы в печени заставили продолжить исследования. Опухоль пунктирована под УЗ-контролем — цитограмма "может соответствовать тератоме". При АГИ: в правой поддиафрагмальной области - неправильной формы аваскулярное объемное образование размерами 135 x 105 мм. Образование немного смещает кверху правый купол диафрагмы; 6, 7 и 8-й сегменты печени как бы распластаны на образовании. Сосудистый рисунок печени ослаблен, воротная вена не расширена. Заключение: в первую очередь можно думать о забрюшинном образовании (кисте); менее вероятен печеночный генез образования. После этого состоялся консилиум, заключение которого стоит процитировать: "...образование, вероятнее всего, расположено в правой доле печени. При анализе предполагаемого генеза... наиболее вероятным представляется тератома с признаками злокачественного роста. Учитывая, что такого рода образования располагаются забрюшинно значительно чаще, нежели в печени, нельзя исключить, что данное образование исходит из латеральных отделов правого забрюшинного пространства, пролабируя в правую долю печени. Данные обстоятельства не влияют на тактику лечения и характер оперативного доступа. В связи с этим дальнейшее продолжение диагностических процедур нецелесообразно, больной показано оперативное лечение - удаление опухоли; при операции необходимо предусмотреть вероятность резекции печени." На операции 07.09.94 г. опухоль была сращена с ретроперитонеальной частью диафрагмы позади печени, которая была деформирована в 7-м и 8-м сегментах вдавливавшейся в нее опухолью. Последняя удалена; при гистологическом исследовании — тератома. Послеоперационный период без осложнений.

Ситуация в данном наблюдении теоретически находится за пределами диагностических возможностей. Опухоль, хотя и исходила из забрюшинной клетчатки позади ретроперитонеально расположенной части печени, практически всем своим объемом располагалась внутри последней, причем сначала, очевидно, тератома росла очень медленно, а в последние годы ее рост ускорился. Вследствие этого печень не смещалась, как бывает при интенсивном росте новообразования, а внедрение опухоли внутрь органа происходило за счет атрофии его паренхимы под воздействием очень слабой, но постоянной и длительной компрессии со стороны новообразования. Естественно, в таких условиях при любом сканировании (и УЗИ, и КТ) образование выглядело внутрипеченочным, и диагносты просто обязаны были это констатировать. Не могла помочь и ангиография. Само образование было практически аваскулярным, а имеющиеся изменения ангиоархитектоники печени совершенно логично могли объясняться наличием органной бессосудистой опухоли. Тем не менее опыт, накопленный и клиницистами, и специалистами-диагностами, позволил, отчасти интуитивно, вопреки формально имеющимся данным, установить правильный, даже с морфологической точки зрения, диагноз и избрать нужную лечебную тактику.

Все это еще раз подтверждает, что абсолютно надежных методов диагностики не существует и, по-видимому, вряд ли они появятся и станут доступными клиницистам в ближайшем будущем. Отсюда достоверность любого диагноза, даже операционного, до известной степени относительна. Поэтому, для того чтобы избавить пациента от риска неожиданных находок, в настоящее время, если хотя бы в одном из прямых методов обследования упоминается возможность наличия неорганной забрюшинной опухоли, мы вносим это в предоперационный диагноз в качестве одного

из вариантов, располагая их по степени вероятности. Такая тактика затрудняет деятельность статистиков, но позволяет максимально возможно подготовиться к любому развитию событий во время операции, что в конечном итоге служит главной цели - интересам больного.

Итак, дифференциальная диагностика неорганных забрюшинных образований является весьма непростым делом. Это занятие требует совершенных специальных знаний, широкой обще-медицинской эрудиции и большого клинического опыта всех врачей, участвующих в процессе диагностики. Если прибавить к этому необходимость наличия аппаратуры с большими возможностями, становится ясно, что использование разработанной системы диагностики и хирургического лечения больных с неорганными забрюшинными образованиями целесообразно в крупных многопрофильных учреждениях. Наконец, не надо забывать, что диагностика, даже самая сложная и точная, не самоцель. Главным остается эффективность лечения, что под силу только хирургам высокой квалификации. Мы надеемся, что в конце этой публикации уже нет необходимости доказывать архиважность оценки клинических проявлений и данных физикального обследования, правильный анализ которых позволяет избрать наиболее рациональный путь использования арсенала суперсовременных методов инструментальной диагностики. Причем попытки хирурга разделить эту нелегкую участь с диагностами лишены оснований. "Ибо не может быть признаваемо правильным ..., когда берущий на себя всю ответственность оперирующий хирург являлся бы лишь слепым исполнителем оперативного вмешательства по заказу другого поставившего распознание врача" (В.М. Мыш, 1948 г.).

Список литературы

1. *Бачиашвили А.К.* Комплексная диагностика, лечение и прогноз неорганных опухолей забрюшинного пространства. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1988.
2. *Вишневский В.А.* Обширные резекции печени // Сб. науч. трудов к 50-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН "Актуальные вопросы хирургии". М., 1995. С. 215-221.
3. *Даниель-Бек К.В., Шафир И.И.* Забрюшинные опухоли. М., 1976.
4. *Данилов М.В., Буриев И.М., Глабай В.П. и др.* Итоги развития хирургии поджелудочной железы // Сб. науч. трудов к 50-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН "Актуальные вопросы хирургии". М., 1995. С. 22-229.
5. *Комаров Ф.И., Вязицкий П.О., Селезнев Ю.К. и др.* Комплексная лучевая диагностика заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства (Атлас) РАМН. М.: Медицина, 1993. 496 с.
6. *Мыш В.М.* Очерки хирургической диагностики. Новосибирск, 1948. 171 с.
7. *Общая онкология: Руководство для врачей / Ред. Напалков Н.П.* Л.: Медицина, 1989. 648 с.
8. *Пецко А.Р.* Ангиография при забрюшинных органах и внеорганных опухолях. Дис. ... д-ра мед. наук., М., 1981.
9. *Столяров В.И., Доагалюк А.З.* Липосаркома забрюшинного пространства // Вест. хирургии. 1987. Т. 138. № 5. С. 43-46.
10. *Тодуа Ф.И., Федоров В.Д., Кузин М.И.* Компьютерная томография органов брюшной полости. (Атлас) АМН СССР. М.: Медицина, 1991. 448 с.
11. *Федоров В.Д., Цвиркун В. В.* Хирургическое лечение больных с неорганными забрюшинными опухолями // Сб. науч. трудов к 50-летию Института хирургии им. Л.В. Вишневского РАМН "Актуальные вопросы хирургии". М., 1995. С. 207-214.
12. *Цуркан А.М., Столяров В.И., Колосов А.Е.* Первичные и рецидивные неорганные опухоли забрюшинного пространства и малого таза. Кишинев-Штиинца, 1992. 150 с.
13. *Черкес В.Л., Ковалевский Е.О., Соловьев Ю.Н.* Внеорганные забрюшинные опухоли. М., 1976.
14. *Шанин А. П.* Забрюшинные опухоли. Л., 1961.
15. *Alvarenga J.C., Ball.B., Fisher C. et al.* Limitations of Surgery in the Treatment of Retroperitoneal Sarcoma // Br. J. Surg. 1991. Aug., 78(8). P. 912-916.
16. *Dalton R.R. et al.* Managment of Retroperitoneal Sarcomas // Surgery. 1989. V. 10. № 4. P. 725-733.
17. *Karakousis C.P., Velen A.T., Emrich L.J.* Manageent of Retroperitoneal Sarcomas and Patient Survival // Am. J. Surgery. 1985. V. 150. P. 376-380.

18. *Pinson C.W. et al.* Long-Term Results with Primary Retroperitoneal Tumors // Arch. Surgery. 1989. V. 124. №10. P. 1168-1173.
19. *Serio G. et al.* Surgical Strategy in Primary Retroperitoneal Tumors // Br. J. Surgery. 1989. V. 76. P. 385-389.
20. *Yang J.H.* Diagnosis and Treatment of Primary Retroperitoneal Tumors // Chung. Hua. Chuns. Liu. Tsa. Chih. 1992. Jul., 14(4). P. 311-313.