

## Неорганические Доброкачественные Опухоли: Фиброма

Шаринова Эльвина Мидатовна<sup>1</sup>

**Резюме:** В статье представлена информация о неорганических опухолях, их встречаемости во время эксперимента и их морфология. В экспериментальных исследованиях на белых беспородных крысах 1 случай на 30 подопытных крыс была обнаружена опухоль в брюшной полости. Выделенная опухоль была исследована морфологически.

**Ключевые слова:** фиброма, доброкачественная опухоль, неорганическая опухоль, брюшная полость.

### Актуальность

Неорганические забрюшинные опухоли – группа новообразований, происходящих из тканей забрюшинного пространства, в том числе из жировой, мышечной, соединительной и нервной ткани, лимфоузлов, лимфатических и кровеносных сосудов и эмбриональных элементов. Группа забрюшинных опухолей не включает в себя онкологические процессы в органах, расположенных в данном пространстве, а также метастатические поражения забрюшинных лимфоузлов при опухолях других локализаций. Причинами объединения столь разнородных заболеваний в одну группу являются сходные особенности клинического течения, общие методы диагностики и терапии [3, 4].

Забрюшинные опухоли могут быть как злокачественными, так и доброкачественными. Встречаются редко, по различным данным составляют от 0,03 до 0,3% от общего количества онкологических заболеваний. Некоторые специалисты полагают, что эта цифра занижена из-за диагностических затруднений при выявлении данной патологии. Обнаруживаются преимущественно в возрасте 50 лет и старше. Представители обоих полов страдают одинаково часто [2, 3, 15].

Существуют исследования, свидетельствующие о повышении риска развития некоторых видов новообразований данной локализации при воздействии гербицидов и пестицидов, особенно – диоксина и производных феноксиацетоновой кислоты. Механизм стимуляции роста забрюшинных опухолей в подобных случаях пока не выяснен. Есть версии, как о прямом воздействии, так и об опосредованном влиянии в результате подавления иммунитета при токсическом воздействии химикатов [1, 10].

Этиология забрюшинных опухолей мало изучена. К факторам, предрасполагающим к развитию данной группы новообразований, относят воздействие ионизирующего излучения, подтверждением чего служат случаи развития опухолей у пациентов, которым проводилась лучевая терапия по поводу других заболеваний [11].

В последующее столетие появилось довольно много научных публикаций, касающихся проблемы НЗО. К сожалению, большинство из них основывается на малочисленных клинических наблюдениях или представляет собой описание отдельных клинических случаев. Ряд зарубежных авторов вообще рассматривают НЗО в едином комплексе с мягкоткаными новообразованиями, исходя только из их гистогенеза, не учитывая локализацию, а именно последней во многом определяется специфичность диагностической и лечебной тактики. Этот факт объясняется, главным образом, редкостью данной патологии. По мнению различных авторов, НЗО составляют от 0,03 до 1,0% всех новообразований человека [12, 17].

Согласно исследованиям W. Wirbatz и соавт. (1963) впервые забрюшинную опухоль описал Beniwiени в 1507 году, который обнаружил ее на аутопсии. В последующем забрюшинную липому описал G.B. Morgagni (1761), также обнаруживший опухоль при вскрытии трупа женщины. Неорганические забрюшинные опухоли (НЗО) являются достаточно редкими и встречаются менее чем в 1% случаев среди всех новообразований человека. Данные опухоли относятся к первичным, развивающимся из ретикулярной, жировой и соединительной тканей, фасций, мышц, кровеносных и лимфатических сосудов, лимфатических узлов, расположенных забрюшинно. Метастатические поражения забрюшинных лимфатических узлов, а также образования, органная принадлежность которых определена, не относятся к НЗО [13, 16].

В российской литературе впервые о НЗО сообщили Н.Н. Филиппов и М.М. Кузнецов в 1890 году. В дальнейшем Н.Н. Петров в 1905 году описал клиническое наблюдение забрюшинной кистозной лимфангиомы. Всё это даёт важное положение о том, что первое представление о нерезектабельности забрюшинной опухоли нередко оказывается ошибочным [6, 7, 13].

<sup>1</sup> Бухарский государственный медицинский институт

Фибромы — группа доброкачественных новообразований, поражающих различные ткани человеческого организма. Опухоли формируются из коллагеновых волокон, обладающих различной плотностью и эластичностью. Очаги патологии могут располагаться на коже, костях и стенках внутренних органов детей и взрослых. Онкологи рассматривают фиброматоз как предраковое состояние. Одиночные или множественные фибромы могут поражать легкие, молочные железы, печень, кожные покровы, слизистую оболочку ротовой полости и т. д. Разрастание соединительной ткани происходит под действием различных факторов: неблагоприятной экологической обстановки, тяжелых травм, бактериальных или вирусных инфекций [5, 16].

### Цель исследования

Предполагается дать понятие о неорганных брюшных опухолях, изучить морфологически и гистопатологически структуру опухоли, а также проанализировать выявленные неорганные брюшные опухоли во время эксперимента.

### Методы исследования

В ходе исследования выявлен 1 случай из 30 оперативно удаленных брюшных опухолей, исследования проводились в научно-исследовательской лаборатории Бухарского государственного медицинского института. Выделенную ткань опухоли исследовали морфометрическим и гистопатологическим методом. Окраска гематоксилином и эозином общей патологии. При общей патологии из опухоли вырезали по 1 кусочку размером 1,5×1,5 см и затвердевали в 10% нейтрализованном формалине. После промывки в проточной воде в течение 2–4 ч ее обезживали в концентрированных спиртах и хлороформе, залили в парафин и придали форму кирпичика размером 2×3 см. Срезы размером 5–8 мкм делали из парафиновых блоков и окрашивали гематоксилином и эозином. Гистологические препараты просматривали под объективами 10, 20, 40, 100 светового микроскопа и фотографировали необходимые участки.

### Результаты исследования

Выделенная опухолевая ткань размером 4×2,5 см округлой формы, плотной консистенции, при разрезе заполненной кашеобразной массой (рис. 1,2). При микроскопическом исследовании видны клетки фибробласты и фиброциты, лимфоцитарная инфильтрация, макрофаги (рис. 3,4). Выделенная опухоль была морфометрически и гистологически исследована и признана фибромой.

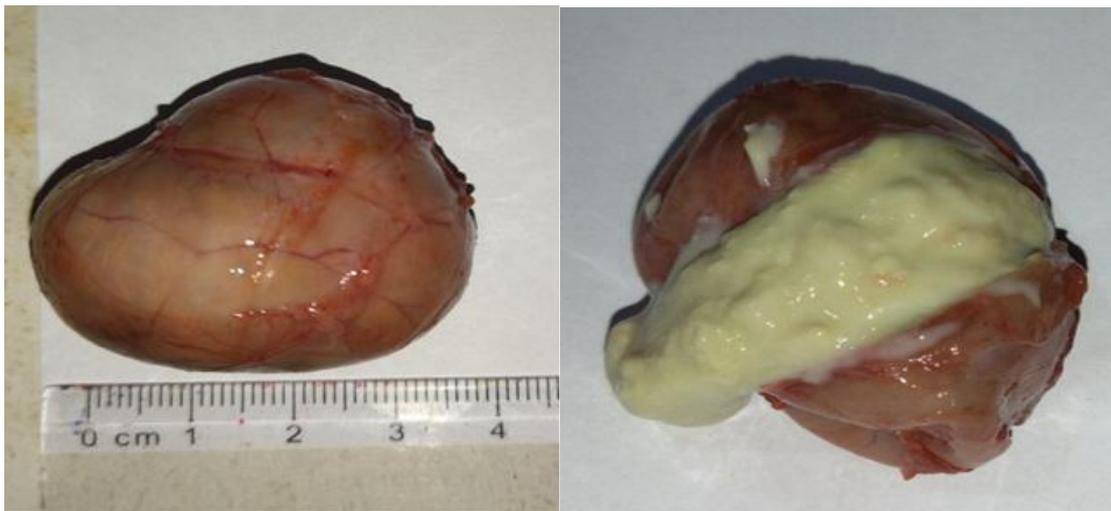


Рис 1, 2. Макроскопия опухоли брюшной полости.

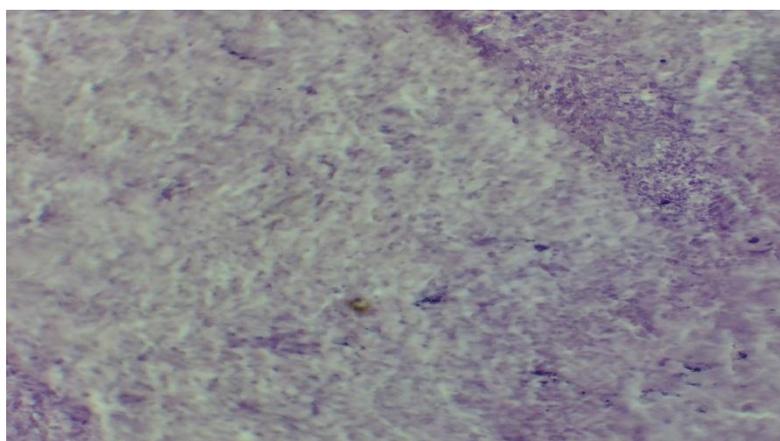


Рис 3. Фиброма. Окраска гематоксилин-эозином 10×20

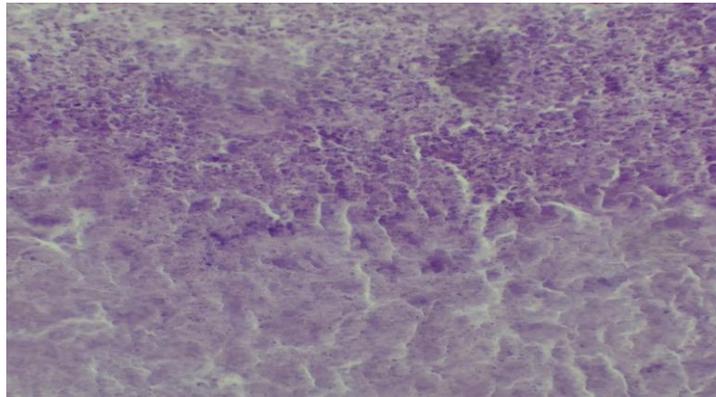


Рис 4. Фиброма. Клетки фибробласты и фиброциты, лимфоцитарная инфильтрация, макрофаги, окраска гематоксилин-эозин 10x20

### Заключение

В заключении можно сказать, что неорганные опухоли могут носить доброкачественный характер и являются оперативной находкой, либо могут быть обнаружены посмертно.

Отсутствие детальной характеристики клинического материала забрюшинных опухолей в целом не позволяет провести их корректный анализ. Но имеющиеся данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования диагностики и разработки способов дополнительного лечебного воздействия у больных с НЗО.

### Литература

1. Аничков Н.Н. О злокачественных нейромах (нейробластомах) симпатической нервной системы // Новый хирургический архив. – 1924. – №27. – С.335-342.
2. Балас А.Н., Олейник Н.Н., Шабелянски В.Б. Забрюшинные кисты // Клиническая хирургия. – 1985. – №5. – С.59-60.
3. Бачиашвили А.К., Черкес В.Л. Неорганные забрюшинные опухоли таза // Хирургия. – 1989. – №5. – С.79-83.
4. Боева М.П. Об ошибках в распознавании и лечении забрюшинных опухолей // Вестник хирургии. – 1960. – №4. – С.112-116.
5. Гаген-Торн И.Э. К вопросу о забрюшинных опухолях // Труды 6-го съезда Российских хирургов. – М., 1906-1907. – С.180-184.
6. Гукасян А.А. К клинике и диагностике забрюшинных опухолей // Советская медицина. – 1956. – №1. – С.42-45.
7. Гуртовой Н.В. Мезенхимальные опухоли забрюшинного пространства: Дисс. канд. мед. наук. – М., 1937.
8. Даниель-Бек К.В., Шафир И.И. Забрюшинные опухоли. – М.: Медицина, 1976. – 190 с.
9. Довгалоук А.З., Трунин М.А., Столяров В.И. Первичные и рецидивные опухоли забрюшинного пространства неорганного происхождения // Вестник хирургии. – 1983. – Т. 131. №4. – С.53-57.
10. Клименков А.А., Губина Г.И. Неорганные забрюшинные опухоли: основные принципы диагностики и хирургической тактики // Практическая онкология Т5, №4 - 2004 г. – С.285-290
11. Курзанцева О.М., Медведева Н.Л., Морозова Н.А. Современная лучевая диагностика, тактика ведения неорганных забрюшинных опухолей // Избранные лекции по клинической онкологии. М., 2000: 420–436.
12. Нечипоренко АН. Идиопатический ретроперитонеальный фиброз (болезнь Ормонда): клиника, диагностика и вариант хирургического лечения. Проблемы Здоровья и Экологии. 2020; 65(3):12–18
13. Hiller W.F., Jahne J., Tusch G. et al. Der operativen therapie primarer und rezidivierender retroperitonealer liposarcome // Langenbecks Arch. Chir. – Suppl. Kongressbd. – 1996. – Vol. 113. – P. 234\_236.
14. Herman K., Kusy T. Retroperitoneal sarcoma – the continued for surgery and oncology // Surg. Oncol. – 1998. – Vol.7(1-2). – P. 77\_81.
15. Kilkenny J.W. IIIrd, Bland K.I., Copeland E.M. Retroperitoneal sarcoma: the University of Florida experience // J. Amer. Coll. Surg. – 1996. – Vol. 182(4). – P. 329\_339.
16. Storm F.K., Mahvi D.M. Diagnosis and management of retroperitoneal soft\_ tissue sarcoma // Ann. Surg. – 1991. – Vol.214. – P. 2\_10.
17. Zhan Y.G., Li G.C., Wan D.C. Primary retroperitoneal tumor an analysis of 303 cases // Chung. Hua. Chung. Liu. Tsa. Chin. – 1994. – Vol. 16(5). – P. 379\_383