

© Коллектив авторов, 2015
УДК [616.33+616.348]-006.6-031.13-089

И. Н. Данилов, А. Н. Яицкий, А. А. Захаренко, К. Н. Вовин, А. Л. Быкова

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ С ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМ СИНХРОННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С АНОМАЛИЕЙ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В. М. Седов), ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ

Ключевые слова: рак желудка, рак ободочной кишки, синхронный рак, аномалия висцеральных сосудов

Первое наблюдение первично-множественной опухоли датируется 1804 г. (К. Rokitanski), позднее данные о множественных опухолях представлены в 1847 г. Regnault и в 1855 г. Barth. Основоположником изучения этой патологии по праву считается Т. Бильрот, который в 1869 г. не только описал случай первично-множественной опухоли, но и ввел критерии первичной множественности опухолей [1]. В России в 2011 г. впервые выявлено 24 774 больных с первично-множественными опухолями (17,5 на 100 000 населения), что составляет 4,7% от всех впервые выявленных злокачественных новообразований, синхронные опухоли составили 34,1% (8443) [3]. Рост заболеваемости первично-множественным синхронным и метасинхронным раком обуславливает актуальность нестандартных решений в хирургическом лечении таких больных [2, 4].

У больной Ч., 58 лет, в сентябре 2013 г. появились жалобы на общую слабость, снижение аппетита. Амбулаторно выявлена анемия тяжелой степени, что потребовало дообследования. При видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭФГДС) выявлены экзофитные разрастания, изъязвления и инфильтрация от верхней трети тела и до угла желудка по малой кривизне с переходом на переднюю и заднюю стенки. При гистологическом исследовании выявлены структуры тубулярно-ворсинчатой аденомы с умеренной и тяжелой дисплазией эпителия, с единичным микрофокусом, подозрительным на малигнизацию. При видеокOLONOSКОПИИ (ВКС) в области печеночного изгиба ободочной кишки выявлена

циркулярная экзофитная опухоль с бугристой изъязвленной поверхностью. При гистологическом исследовании опухолевых структур не выявлено. Направлена на обследование и лечение в онкологическое отделение нашей клиники. Госпитализирована в стационар 31.10.2013 г. При ФГДС, выполненной в клинике, — от нижней трети тела желудка по малой кривизне с переходом на переднюю и заднюю стенку определяется инфильтративное образование с бугристой, ворсинчатой, контактно кровоточивой поверхностью, распространяющееся на антральный отдел. Часть антрального отдела и препилорическая зона интактны. Гистологическое исследование биоптата из желудка: структуры умеренно дифференцированной аденокарциномы. При рентгеноскопии желудка по малой кривизне в области угла желудка с переходом на заднюю поверхность депо бариевой взвеси больших размеров с выраженным инфильтративным валом с нечеткими неровными контурами (рисунок).

При ВКС: в области печеночного угла ободочной кишки определяется циркулярное инфильтративное образование, суживающее и деформирующее просвет, со значительным трудом проходимое для аппарата, с бугристой контактно кровоточивой поверхностью, с наложениями фибрина и некротических масс. Гистологическое исследование биоптата из новообразования ободочной кишки: ворсинчато-тубулярная аденома с дисплазией II степени (интраэпителиальной неоплазией низкой степени) (см. рисунок, б). С целью оценки распространенности опухолевого процесса выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) брюшной полости и малого таза в ангиографическом режиме, выявлены признаки экзофитного образования нижней трети тела желудка по малой кривизне и задней стенке размером 24×49 мм. В области головки поджелудочной железы интимно прилежит к задней стенке желудка. Лимфатические узлы в области кардии, по малой кривизне, пилорической группы, парааортальной и паракаваальной групп размером до 7×9 мм. Подпилорический лимфатический узел разме-

Сведения об авторах:

Данилов Иван Николаевич (e-mail: ivandanilov75@mail.ru), Яицкий Андрей Николаевич (e-mail: andrei.yaitski@yandex.ru), Захаренко Александр Анатольевич (e-mail: 9516183@mail.ru), Вовин Кирилл Николаевич (e-mail: vovindm@gmail.com), Быкова Александра Львовна (e-mail: Lvovna83@mail.ru), ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8

ром 17×23×19 мм. В S_{III} левой доли и S_{IV-VI} правой доли печени гиподенсные очаги до 5 мм в диаметре — кисты (см. рисунок, в). В просвете желчного пузыря рентгеноконтрастный конкремент 2 мм в диаметре. Кисты почек диаметром 11 мм справа, 8 мм — слева. Свободной жидкости нет. В верхнем полюсе селезенки гиподенсное образование диаметром до 23 мм с нечетким неровным контуром, активно накапливающее контрастное вещество в венозную фазу (вероятнее вторичного характера). Субкапсулярно в верхнем и нижнем полюсах селезенки три гиподенсных образования размером от 5 до 9 мм, с более четкими контурами, не накапливающие контрастное вещество (кисты?) (см. рисунок, г). Выявлен вариант развития висцеральных артерий в виде отхождения общей печеночной артерии от верхней брыжеечной артерии (см. рисунок, д). Принимая во внимание макроскопическую картину малигнизации аденомы печеночного изгиба ободочной кишки, необходимость планирования оперативного вмешательства, объем которого изначально представлялся весьма обширным и мог быть изменен в зависимости от гистологической верификации образования в ободочной кишке, выполнена эндоскопическая частичная электроэксцизия опухоли с забором биопсийного материала из обнаженного основания аденомы (тотальное удаление не представлялось возможным). По данным гистологического исследования: ворсинчато-тубулярная аденома с дисплазией III (интраэпителиальной неоплазией высокой степени).

На основании данных обследования, был установлен диагноз: рак желудка cT3N1M0G2, стадия IIb, ворсинчато-тубулярная аденома с дисплазией III степени печеночного изгиба толстой кишки, состояние после эндоскопической электроэксцизии аденомы, новообразование селезенки, желчно-каменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Учитывая установленный диагноз, стенозирующий характер образования толстой кишки, эндоскопические макроскопические признаки малигнизации аденомы толстой кишки, техническую невозможность ее эндоскопического радикального удаления, новообразование селезенки, желчно-каменную болезнь и риск развития острого холецистита в послеоперационном периоде, принято решение о выполнении симультанного оперативного вмешательства — гастрэктомии с лимфодиссекцией в объеме D2 и спленэктомией, правосторонней гемиколэктомии, холецистэктомии.

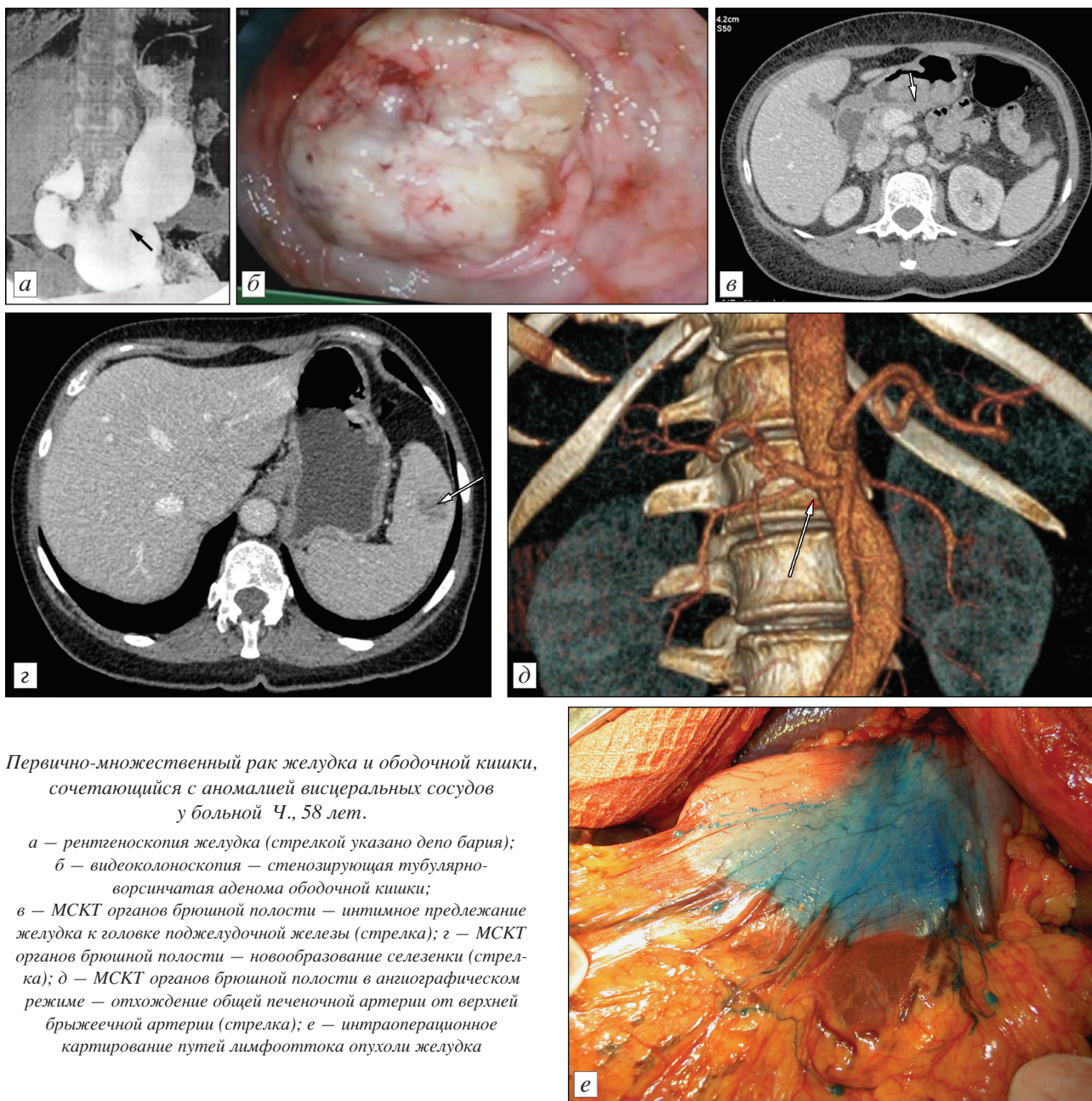
02.12.2013 г. больная оперирована. При ревизии в брюшной полости асцита, очаговых образований печени, брюшины нет. Парааортальные лимфатические узлы не увеличены. На границе средней и нижней трети тела желудка по малой кривизне пальпируется опухоль диаметром до 6 см, серозную оболочку не прорастает. В восходящем отделе ободочной кишки, ближе к печеночному изгибу пальпируется плотное образование диаметром 5 см, по противобрыжеечному краю прорастает серозную оболочку. В субпилорическом отделе желудка пальпируется плотный смещаемый лимфатический узел диаметром 2 см. Имеются увеличенные до 1 см паракардиальные лимфатические узлы. Отмечаются увеличенные до 1,5 см лимфатические узлы по ходу подвздошно-ободочной артерии. В желчном пузыре пальпируется конкремент диаметром 1,2 см. Пузырь без острых воспалительных изменений. Общий желчный проток не расширен. У верхнего полюса селезенки имеется добавочная селезенка диаметром 4 см. В нижнем полюсе селезенки имеются множественные кистозные образования размером до 0,5 см. Подобные образования имеются в области ворот селезенки. В толще верхнего полюса селезенки неотчетли-

во пальпируется более плотный участок округлой формы диаметром 2,5 см. У пациентки имеется анатомическая особенность в виде отхождения общей печеночной артерии от основания верхней брыжеечной артерии. Чревный ствол представляет собой бифуркацию селезеночной и левой желудочной артерии. Учитывая особенности анатомии больной, выполнено интраоперационное картирование лимфатических узлов желудка с целью улучшения визуализации путей лимфооттока (см. рисунок, е). Желудок мобилизован единым блоком с большим и малым сальниками, селезенкой, паракардиальной, параэзофагеальной клетчаткой и клетчаткой с лимфатическими узлами от зоны бифуркации чревного ствола. В типичном месте отсутствовали правая желудочная и желудочно-двенадцатиперстная артерии. Левая желудочная артерия перевязана и пересечена у основания. Селезеночная артерия и вена раздельно перевязаны и пересечены на уровне хвоста поджелудочной железы. Мобилизован правый фланк ободочной кишки с 20 см подвздошной кишки. Подвздошно-ободочная артерия перевязана у места отхождения от верхней брыжеечной артерии. Пересечена подвздошная кишка, пересечена поперечная ободочная кишка на границе проксимальной $1/3$ и дистальных $2/3$. Препарат удален. Выполнена холецистэктомия от шейки с раздельной перевязкой пузырного протока и пузырной артерии. Сформирован двухрядный илеотрансверзоанастомоз по типу «бок в бок». Сформирован впередиободочный эзофагоэнтоанастомоз на длинной петле с заглушкой приводящей петли по Шалимову с межкишечным анастомозом по Брауну. Оперативное вмешательство завершено дренированием левого поддиафрагмального пространства и подпеченочного пространства справа.

При гистологическом исследовании операционного материала тубулярно-ворсинчатой аденомы ободочной кишки выявлена ее малигнизация — умеренно дифференцированная аденокарцинома, в 3 сантиметрах от основного опухолевого узла определяется тубулярно-ворсинчатая аденома с малигнизацией и инвазией в ножку. Метастазов в лимфатические узлы не обнаружено; в селезенке патологических тканевых новообразований выявлено не было, имелись кисты различного диаметра. При исследовании препарата желудка из 22 лимфатических узлов в одном обнаружен тотальный метастаз аденокарциномы. На основании данных гистологического исследования операционного материала, установлен окончательный диагноз: первично-множественный синхронный рак, рак желудка pT2pN1M0G2Ro, стадия IIa, рак восходящего отдела ободочной кишки pT3pN0M0G2R0, стадия IIa, Dukes B.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Операционная рана зажила первичным натяжением. Пациентка была выписана на амбулаторное лечение на 11-е сутки после операции.

Таким образом, возможно редкое сочетание первично-множественного синхронного рака желудка и ободочной кишки при имеющейся у больной аномалии строения висцеральных сосудов. Выполнение МСКТ в ангиографическом режиме позволяет до оперативного вмешательства визуализировать и оценить характер строения магистральных сосудов верхнего этажа брюшной полости, планировать технические приемы выполнения лимфодиссекции и уровень пере-



Первично-множественный рак желудка и ободочной кишки, сочетающийся с аномалией висцеральных сосудов у больной Ч., 58 лет.

а — рентгеноскопия желудка (стрелкой указано депо бария);

б — видеокOLONоскопия — стенозирующая тубулярно-ворсинчатая аденома ободочной кишки;

в — МСКТ органов брюшной полости — интимное предлежание желудка к головке поджелудочной железы (стрелка); г — МСКТ органов брюшной полости — новообразование селезенки (стрелка); д — МСКТ органов брюшной полости в ангиографическом режиме — отхождение общей печеночной артерии от верхней брыжеечной артерии (стрелка); е — интраоперационное картирование путей лимфооттока опухоли желудка

сечения висцеральных сосудов, что существенно снижает риск интраоперационных осложнений и увеличивает возможность выполнения радикальной операции.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Важенин А.В., Бехтерева Е.И., Бехтерева С.А., Гюлов Х.Я. Очерки первичной множественности злокачественных опухолей. Челябинск: Иероглиф, 2000.

2. Седов В.М., Яицкий А.Н., Данилов И.Н.. Рак желудка. СПб.: Человек, 2009. 232 с.

3. Состояние онкологической помощи населению России в 2011 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012. 240 с.

4. Яицкий А.Н., Седов В.М. Опухоли кишечника. СПб.: АНТ-М, 1995. 376 с.

Поступила в редакцию 13.01.2015 г.