

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ И ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616.33+616.36]-006.6-021.3-089

В. И. Чиссов, Л. А. Вашакмадзе, Д. В. Сидоров, В. В. Черемисов, В. М. Хомяков, А. Н. Андрианов

СИМУЛЬТАННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОМ СИНХРОННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА И ПЕЧЕНИ

ФГБУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена (дир. — акад. РАМН В. И. Чиссов) Минздравсоцразвития России

Сочетание рака желудка с первичным раком печени занимает третье место в структуре первично-множественных опухолей, ассоциированных с раком желудка, и составляет 14,3%. Преобладающими гистологическими формами являются тубулярная аденокарцинома желудка и гепатоцеллюлярная карцинома. На практике обнаружение очагового образования в печени у больных раком желудка, как правило, трактуется как метастатическое поражение, что нередко приводит к необоснованному отказу от радикального лечения. Между тем полноценное дооперационное обследование с обязательной гистологической верификацией как опухоли желудка, так и образования в печени с сопоставлением морфологической картины позволяет поставить правильный диагноз и запланировать потенциально радикальное вмешательство по поводу обеих нозологических форм.

Ключевые слова: первично-множественные опухоли, первичный рак печени, рак желудка, симультанные операции

SIMULTANEOUS SURGERY FOR GASTRIC AND HEPATIC POLYNEOPLASIA

V. I. Chissov, L. A. Vashakmadze, D. V. Sidorov, V. V. Cheremisov, V. M. Khomyakov, A. N. Andrianov

P. A. Herzen Moscow Oncology Research Institute, Ministry of Health and Social Development of Russia

The concurrence of gastric cancer and primary hepatic neoplasm ranks third in the structure of polyneoplasia associated with gastric cancer and accounts for 14.3%. Gastric tubular adenocarcinoma and hepatocellular carcinoma are predominant histological forms. In practice, the hepatic focal mass detected is generally interpreted as metastatic lesion, which frequently leads to unfounded refusal of radical treatment. At the same time, adequate preoperative examination with the obligatory histological verification of both a gastric tumor and a hepatic mass and the comparison of their morphological patterns permits one to make a correct diagnosis and to plan a potentially radical intervention for both nosological entities.

Key words: polyneoplasia, primary hepatic neoplasm, gastric cancer, simultaneous surgery

Заболеваемость первично-множественными злокачественными новообразованиями в России составляет около 8,0 на 100 000 населения, при этом на долю синхронно выявленных опухолей приходится 43,4%. Заболеваемость злокачественными новообразованиями желудка и печени в 2008 г. составила 28,61 и 4,56 на 100 000 населения соответственно [1, 2].

По данным ряда публикаций, частота первично-множественных опухолей, ассоциированных с раком желудка, составляет от 3,4 до 4,7% [4]. Наиболее часто второй локализацией опухоли у больных раком желудка является колоректальный рак и рак легкого (18,2—20,1%). Сочетание рака желудка с первичным раком печени занимает третье место в структуре первично-множественных опухолей, ассоциированных с раком желудка, и составляет 14,3% [4]. Преобладающими гистологическими формами являются тубулярная аденокарцинома желудка и гепатоцеллюлярная карцинома [7].

На практике обнаружение очагового образования в печени у больных раком желудка, как правило, трактуется как метастатическое поражение, что нередко приводит к необоснованному отказу от радикального лечения. Между тем полноценное дооперационное обследование с обязательной гистологической верификацией как опухоли желудка, так и образования в печени

с сопоставлением морфологической картины, позволяет поставить правильный диагноз и запланировать потенциально радикальное вмешательство по поводу обеих нозологических форм.

Приводим клиническое наблюдение

Большой И., 64 года, 01.02.2011 г. госпитализирован в отделение торакоабдоминальной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена с очаговым образованием в левой доле печени. Из анамнеза известно, что в январе 2011 г. при прохождении обследования в оздоровительном санатории, по данным ультразвукового исследования и компьютерной томографии органов брюшной полости, выявлено образование в левой доле печени. Большой обратился в институт с предварительным диагнозом: очаговое образование печени. При поступлении общее состояние пациента удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности, тургор сохранен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхательных и гемодинамических нарушений нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, выступает на 6 см ниже края реберной дуги.

В общем анализе крови, общем анализе мочи значимых отклонений не выявлено. В биохимическом анализе крови — умеренное повышение уровня печеночных ферментов. По данным серологического исследования обнаружен положительный HbSAg.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости в проекции IV сегмента печени выявлено объемное образование, оттесняющее и отдавливывающее среднюю печеночную вену, нельзя исключить подрастание. В брюшной полости свободной жидкости и дополнительных образований не выявлено.

Для корреспонденции: *Черемисов Вадим Владимирович* — канд. мед. наук, науч. сотр. отд-ния торакоабдоминальной онкологии; 125284, Москва, 2-й Боткинский пр., 3; e-mail:mnioi@mail.ru.



Рис. 1. Рентгенограмма желудка (описание в тексте).

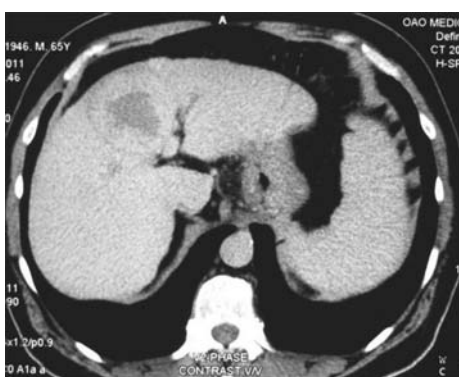


Рис. 2. Компьютерная томограмма органов брюшной полости (описание в тексте).

При эзофагогастродуоденоскопии в кардиальном и субкардиальном отделах по задней стенке желудка определяется опухоль протяженностью около 5 см, распространяющаяся на пищевод до уровня 39 см от резцов.

При рентгенологическом исследовании выявлена инфильтративно-язвенная опухоль кардиального и субкардиального отделов желудка с переходом на наддиафрагмальный отдел пищевода (рис. 1).

По данным компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастным усилением (рис. 2) печень увеличена, в паренхиме S_{IV} определяется образование округлой формы неоднородной структуры размером $6,6 \times 6,7$ см, наружный контур четкий, местами неровный. Образование интенсивно накапливает контрастный препарат в периферических отделах, сохраняя гиподенсивную зону в центральной части. В других отделах паренхимы дополнительные образования и очаги с измененной плотностью не выявлены, внутри- и внепеченочные протоки не расширены. Оценить вовлечение сегментарных ветвей воротной и нижней полой вен затруднительно.

При радионуклидном исследовании печени скintiграфическая картина очагового поражения левой доли в проекции IV сегмента. Общая барьерная функция печени не снижена. Скintiграфические признаки портальной гипертензии отсутствуют.

При морфологическом исследовании биоптатов из опухоли желудка определяются комплексы высокодифференцированной тубулярной аденокарциномы и участки низкодифференцированной аденокарциномы с наличием перстневидных клеток. По данным трансабдоминальной трепанобиопсии печени выявлена высокодифференцированная гепатоцеллюлярная карцинома.

Тактика лечения пациента обсуждена на консилиуме с участием химиотерапевтов и хирургов. Принимая во внимание ректабельный характер процесса и удовлетворительное общее

состояние больного, на первом этапе решено выполнить симультанную операцию.

10 февраля 2011 г. выполнено оперативное вмешательство в объеме проксимальной субтотальной резекции желудка с расширенной лимфаденэктомией D_2 , левосторонней гемигепатэктомии, холецистэктомии.

При ревизии брюшной полости выпота, диссеминации и метастазов в парааортальных лимфатических узлах не выявлено. Печень значительно увеличена в объеме, паренхима изменена по типу крупнонодулярного цирроза. Селезенка увеличена до 25×10 см. В левой доле печени в проекции S_{IV} определяется образование диаметром до 8 см. Проведено интраоперационное ультразвуковое исследование печени: в правой доле дополнительных образований не выявлено, в левой доле в проекции S_{IV} определяется очаговое образование диаметром 8 см. Произведена разметка границ здоровых тканей и топографии печеночных вен (рис. 3). Левая печеночная вена вовлечена в процесс, средняя — проходит по наружному контуру образования, правая — интактна.

В верхней трети желудка на уровне субкардиального отдела по задней стенке определяется опухолевое образование размером 2×3 см. Кардиальный отдел желудка расположен выше диафрагмы. Выполнена широкая сагиттальная диафрагмокрутомия. Произведена мобилизация грыжевой части желудка, наддиафрагмального и ретроперикардального сегментов пищевода. Грыжевая часть желудка смещена в брюшную полость. Опухоль распространяется на розетку кардии и минимально на дистальный отдел пищевода. С учетом локализации опухоли в грыжевой части желудка и минимального перехода на пищевод решено выполнить проксимальную субтотальную резекцию желудка из абдоминального доступа. Принимая во внимание локализацию очага в печени и достаточный объем остающейся паренхимы решено выполнить

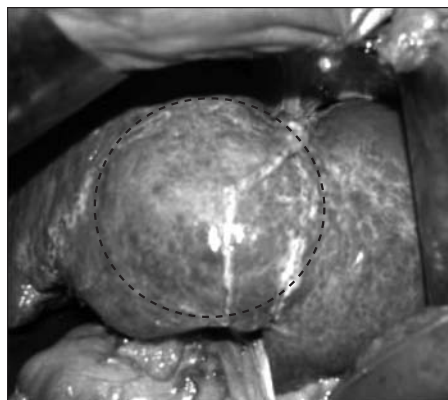


Рис. 3. Интраоперационная разметка опухоли и топографии магистральных сосудов печени под ультразвуковым контролем.

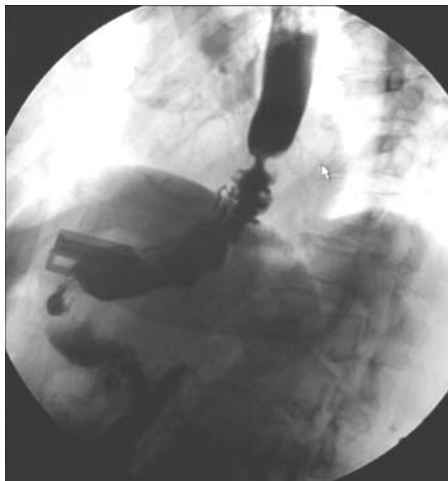


Рис. 4. Рентгенограмма желудка через 2 мес после операции. Анастомоз проходим, эвакуация не нарушена.

левостороннюю гемигепатэктомию. Срединная лапаротомия дополнена правосторонним поперечным разрезом.

Течение послеоперационного периода без осложнений.

По данным планового гистологического исследования рак желудка сложного строения — малодифференцированная тубулярная аденокарцинома в сочетании со слизистой аденокарциномой с наличием перстневидных клеток, выраженным периваскулярным и периневральным ростом, изъязвлением, прорастанием во все слои стенки желудка и пищевода, в жировую клетчатку, микроочагом инвазии серозного покрова. В проксимальном и дистальном краях резекции опухолевого роста не выявлено. В двух из 16 исследованных лимфатических узлов по малой кривизне имеются метастазы рака с инвазией окружающей жировой клетчатки. В печени высокодифференцированный гепатоцеллюлярный рак на фоне цирроза с обширными очагами некроза, кровоизлияниями, сосудистой инвазией. Опухоль удалена в пределах здоровых тканей. Метастазов в лимфатических узлах ворот печени не выявлено.

Клинический диагноз: первично-множественный синхронный рак: рак верхней трети желудка с переходом на пищевод IIIA стадии, pT3N1M0; рак левой доли печени IIIA стадии, pT3N0M0.

Тактика дальнейшего лечения обсуждена с химиотерапевтом: с учетом радикального характера операции и стадии опухолевого процесса дополнительное лекарственное лечение не показано. На 16-е сутки послеоперационного периода пациент выписан под наблюдение онколога по месту жительства.

В настоящее время находится под динамическим наблюдением без признаков прогрессирования заболевания. При рентгенологическом контроле анастомоз проходим, эвакуация не нарушена (рис. 4). Лабораторные показатели удовлетворительные.

При анализе зарубежной литературы нами обнаружены единичные публикации по данной проблеме. Так, в работе N. Koide и соавт. [6] приведены результаты лечения 396 больных раком желудка и 340 больных гепатоцеллюлярным раком. Синхронные опухоли желудка и печени выявлены у 10 (2,6%) больных. Радикальные вмешательства произведены у 8 из 10 больных. По сравнению с контрольной группой выживаемость при первично-множественном раке желудка и печени достоверно не различалась за исключением группы раннего рака желудка, где наличие синхронной опухоли в печени значительно ухудшило прогноз ($p < 0,01$) [6].

В работе T. Uenishi и соавт. [7] приводится опыт 13 радикальных вмешательств у больных синхронным раком желудка и печени. При последующем наблюдении у 7 из 13 больных развился рецидив гепатоцеллюлярного рака, в то время как рецидив рака желудка отмечен лишь у 1 больного. Таким образом, по мнению авторов, прогноз у больных с первично-множественным синхронным раком желудка и печени определяет течение гепатоцеллюлярного рака [7].

Остальные публикации посвящены описанию единичных клинических наблюдений, где применялись различные методы хирургического и консервативного лечения.

В целом следует отметить, что выполнение симультанных операций на желудке и печени, как правило, не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями и высокой летальностью [5—7]. Единственным отягощающим моментом является наличие сопутствующего цирроза печени, при котором возрастает риск печеночной недостаточности, а также длительной лимфореи после лимфаденэктомии [5].

В отечественной литературе мы не обнаружили работ, посвященных данной проблеме.

Заключение

Таким образом, обнаружение патологических очагов в печени у больного раком желудка является основанием для проведения дифференциальной диагностики между метастатическим поражением и первично-множественным раком печени с обязательной морфологической (гистологической) верификацией.

Наличие синхронных опухолей желудка и печени не является противопоказанием к хирургическому лечению. При удовлетворительном общем состоянии, отсутствии выраженной сопутствующей патологии, декомпенсированного цирроза печени возможно успешное выполнение симультанных операций.

Одномоментные резекции желудка и печени не сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений и летальностью. Отдаленные результаты лечения больных с синхронным раком желудка и печени в значительной степени определяются распространенностью и течением гепатоцеллюлярного рака.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2008 году / Под ред. В. И. Чиссова и др. — М., 2010.
2. Первично-множественные злокачественные опухоли: Руководство для врачей / Под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга. — М.: Медицина, 2000.
3. Chang J. Y., Kim B. H., Hong S. W. et al. // Korean J. Intern. Med. — 2003. — Vol. 18, N 2. — P. 115—118.
4. Eom B. W., Lee H. J., Yoo M. W. et al. // Am. J. Gastroenterol. — 1996. — Vol. 91, N 4. — P. 754—758.
5. Isozaki H., Okajima K., Ichinona T. et al. // Surg. Today. — 1997. — Vol. 27, N 1. — P. 17—21.
6. Koide N., Hanazaki K., Fujimori Y. et al. // Tunis Med. — 2006. — Vol. 84, N 5. — P. 321—323.
7. Uenishi T., Kubo S., Hirohashi K. et al. // Hepatogastroenterology. — 1998. — Vol. 45, N 20. — P. 492—495.

Поступила 25.04.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011

УДК 618.11-006.6-033.2:616.831-089-059

И. В. Решетов¹, А. М. Зайцев¹, Е. В. Филоненко¹, М. И. Куржупов²

НАБЛЮДЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИМЗГОВЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЯИЧНИКОВ

¹ФГБУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена (дир. — акад. РАМН В. И. Чиссов) Минздравсоцразвития России; ²ГУ Научно-исследовательский институт нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко (дир. — акад. РАН и РАМН А. Н. Коновалов)

Проведено наблюдение, которое демонстрирует эффективность комбинированного лечения внутримозговых метастазов, включающего хирургическое удаление метастаза с интраоперационной флюоресцентной диагностикой и фотодинамической терапией ложа удаленной опухоли и последующим облучением головного мозга. Больная жива в течение 17 мес после выявления внутримозговых метастазов.

Ключевые слова: рак яичников, внутримозговые метастазы, хирургическое лечение, интраоперационная флюоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия.