

# Хирургическое лечение низкодифференцированной аденокарциномы желудка с метастазами в печени, селезенке и поджелудочной железе

**Представляем вниманию читателей опыт паллиативной комбинированной гастрэктомии со спленэктомией, левосторонней гемиколэктомией, резекцией левой доли печени, энуклеацией метастаза в правой доле печени, резекцией хвоста поджелудочной железы.**



Схема, демонстрирующая расположение очагов опухолевого поражения

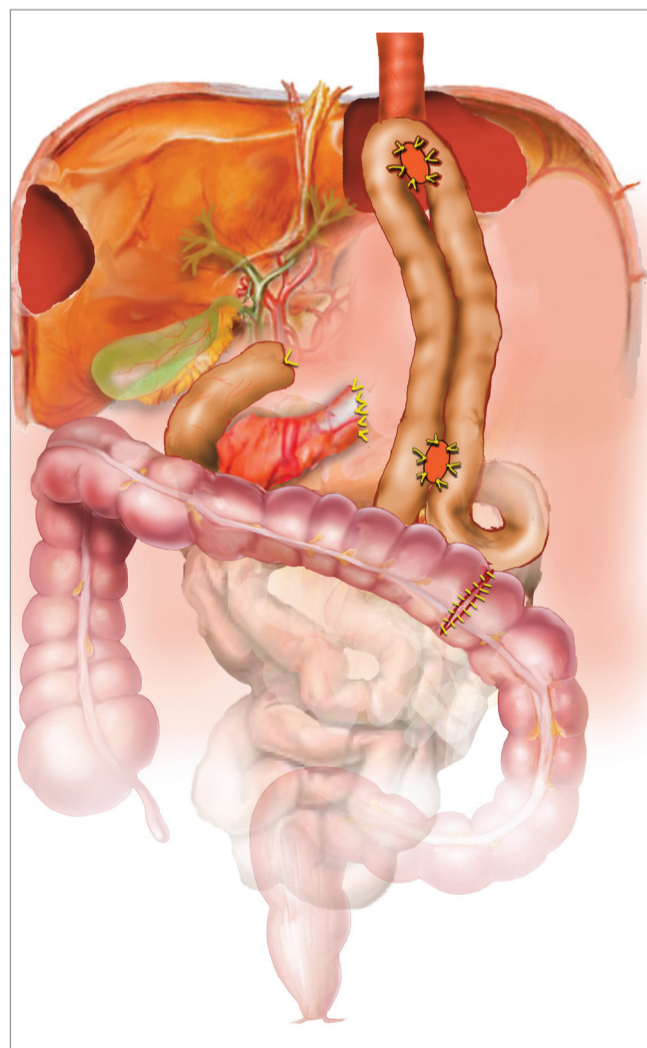


Схема проведения хирургического вмешательства. Формирование пищеводно-тонкокишечного анастомоза с энтероэнтероанастомозом по Брауну

Пациент С. 1952 г. р. находился на стационарном лечении в хирургическом отделении ДОПЦ № 7 с 15.10.2012, окончательный диагноз – низкодифференцированная аденокарцинома желудка T4N2M1 (метастазы в левой и правой долях печени). Поступил в отделение с жалобами на недомогание, умеренные ноющие боли в эпигастральной области, бледность кожных покровов, похудение на 16 кг с весны 2012 г.

Считает себя больным около нескольких месяцев, когда стали беспокоить перечисленные жалобы.

9.10.12 пациент был обследован по месту жительства в городской больнице №2 и городском онкологическом диспансере г. Енакиеве (Донецкая обл.). Общий анализ крови: незначительный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом в лейкоцитарной формуле (лейкоциты  $9,63 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерные 11%), умеренная анемия за счет сниженного среднего содержания гемоглобина в эритроците (эритроциты  $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин 100,3 г/л, среднее содержание гемоглобина в эритроците 22,26 пг, цветовой показатель 0,66). Остальные показатели в пределах нормы. Биохимический анализ крови без особенностей. СА 72,4 – 32,26 ед/мл (референтный интервал 0-6,9).

По результатам фиброгастроуденоскопии (ФГДС) был заподозрен рак желудка, ультразвуковое исследование органов брюшной полости в левой доле печени позволило определить дополнительное образование размерами 8,6×6,1 см.

На основании результатов обследования пациент был направлен в ДОПЦ, куда поступил 15.10.12 для дальнейшей диагностики и лечения.

Анамнез жизни: туберкулез, тифы, паратифы, малярию, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ-инфицированность отрицает. Аллергические реакции не наблюдались. На диспансерном учете не состоит. Ранее не оперировался.

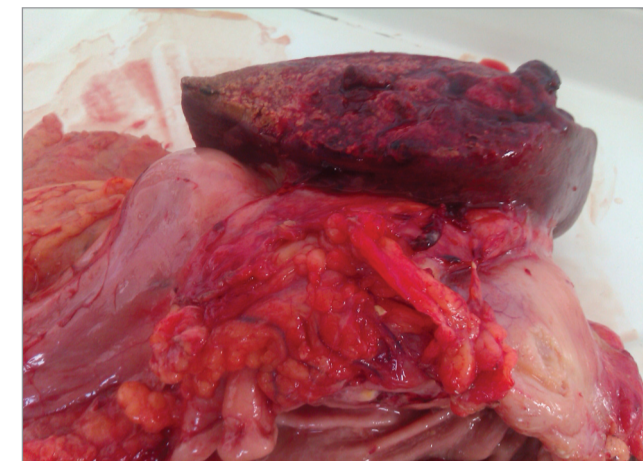
Объективный статус: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые – бледной окраски. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Перкуторные границы сердца и легких в пределах физиологических норм, над легкими ясный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80/мин. АД 115/80 мм рт. ст. Температура тела 36,5 °С. Живот мягкий, несколько болезненный при пальпации в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины нет. Доступные пальпации отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств. Печень у края реберной дуги, селезенка и почки не пальпируются, поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены. Ректально: сфинктер тоничен, на высоте пальца без патологии, ампула заполнена калом обычного цвета.

В анализах крови при поступлении отмечается нарастание анемии. Гемоглобин 86 г/л. Остальные показатели без динамики.

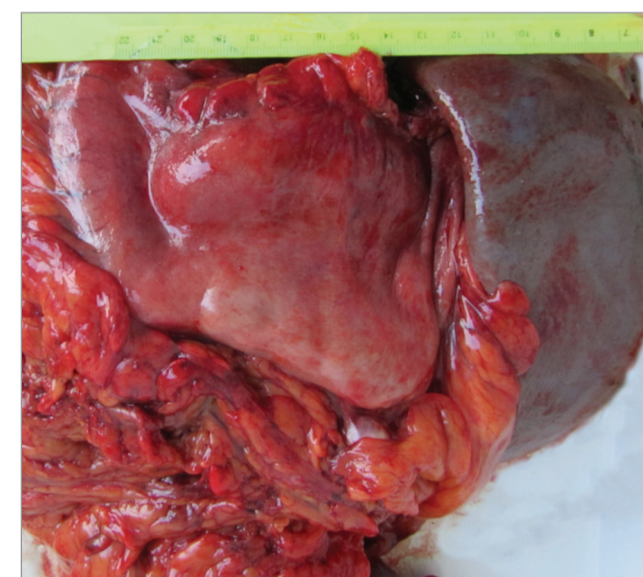
При повторной ФГДС в ДОПЦ от 15.10.12: в средней трети желудка с переходом на нижнюю треть определяется опухоль со смешанным ростом, другой патологии не обнаружено. Заключение: смешанный рак желудка, T4.

17.10.12 выполнена спиральная компьютерная томография с пероральным контрастированием и внутривенным усилением. Исследование позволило определить неравномерное утолщение стенок желудка в области тела по малой и большой кривизне размером 3,4 см в поперечнике. Печень увеличена в размерах за счет очагов пониженной плотности в левой доле: S4 до 2,2 см в диаметре, S2 11×6,1 см; в правой доле определяются аналогичные очаги в S6 до 2,8 см, S7 до 1,3 см в диаметре. Кишечник неравномерно выполнен контрастным веществом, утолщение стенки; сужения просвета не выявлено. Заключение: заболевание желудка, очаговые изменения печени вторичного характера.

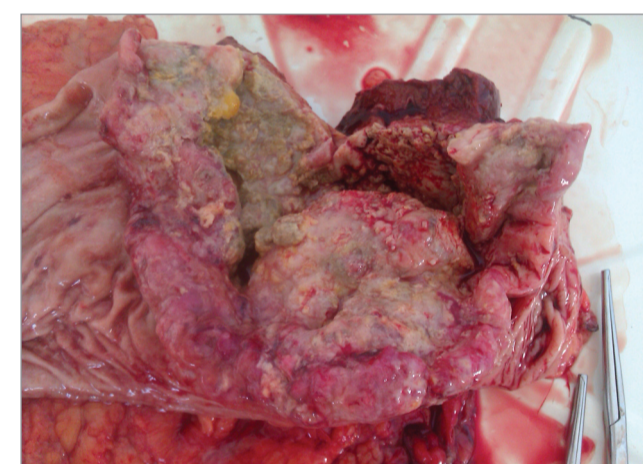
Общепринятой тактикой лечения рака желудка при аналогичной распространенности процесса является проведение химиотерапии. Однако, учитывая кровотечение в анамнезе, клинические данные, показатели крови, данные выполненных обследований, пациенту было



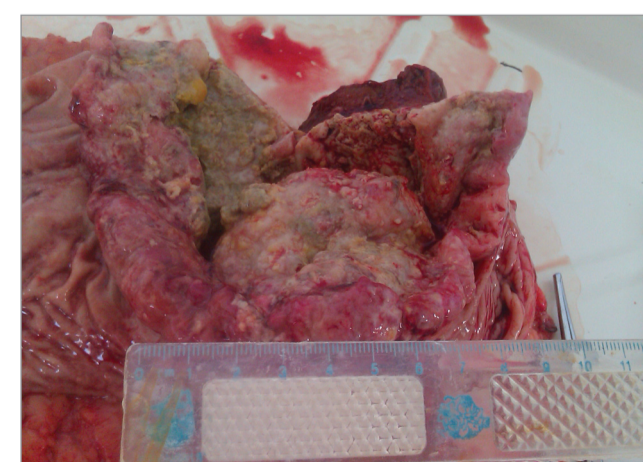
Удаленный органоконкомплекс с селезенкой



Удаленный органоконкомплекс с селезенкой (вид сверху)

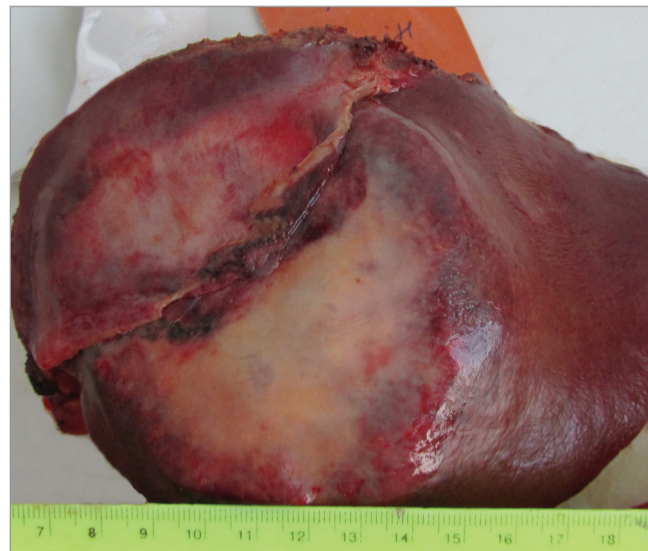


Пенетрация опухоли желудка в печень



Размеры опухоли желудка

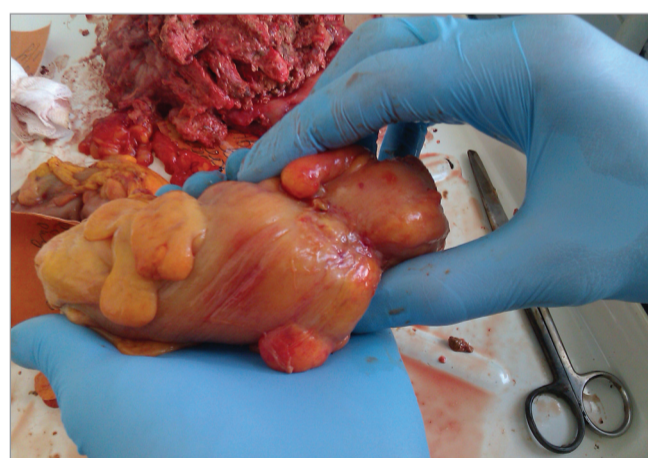
# Резекция желудка при аденокарциноме желудка с метастазированием в печень



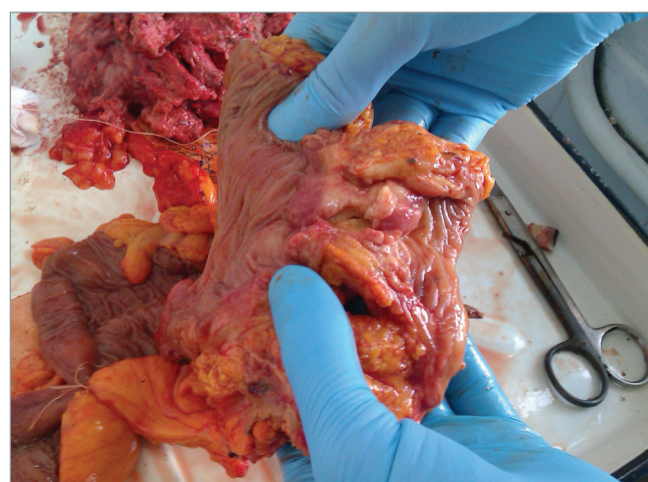
Резекция левой доли печени



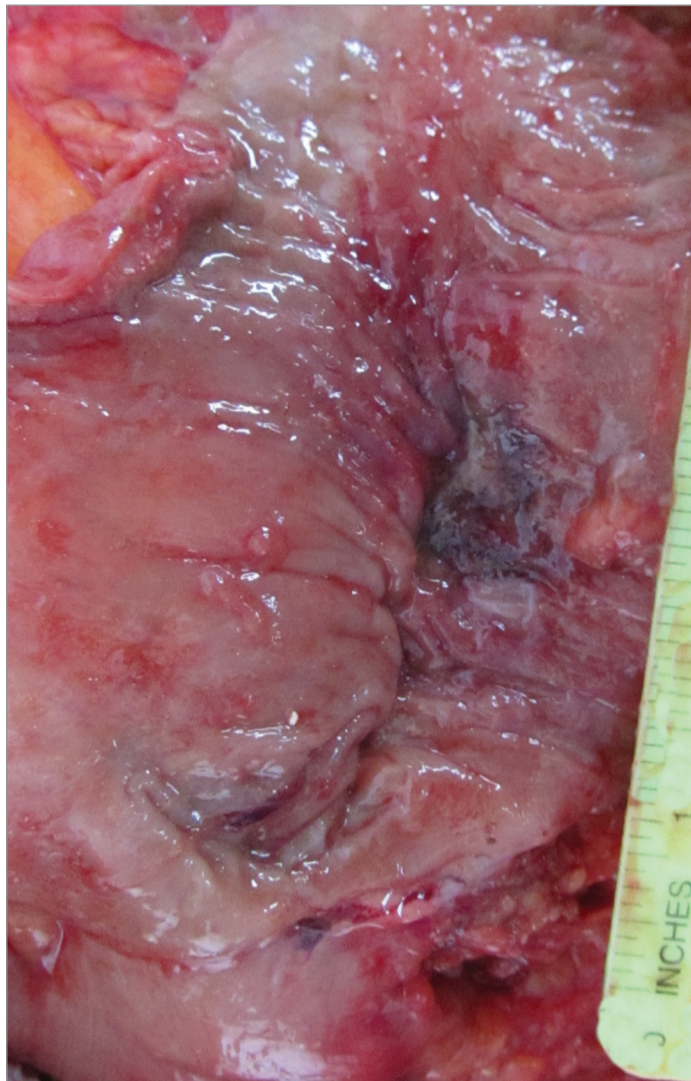
Метастазы в VI сегменте правой доли печени



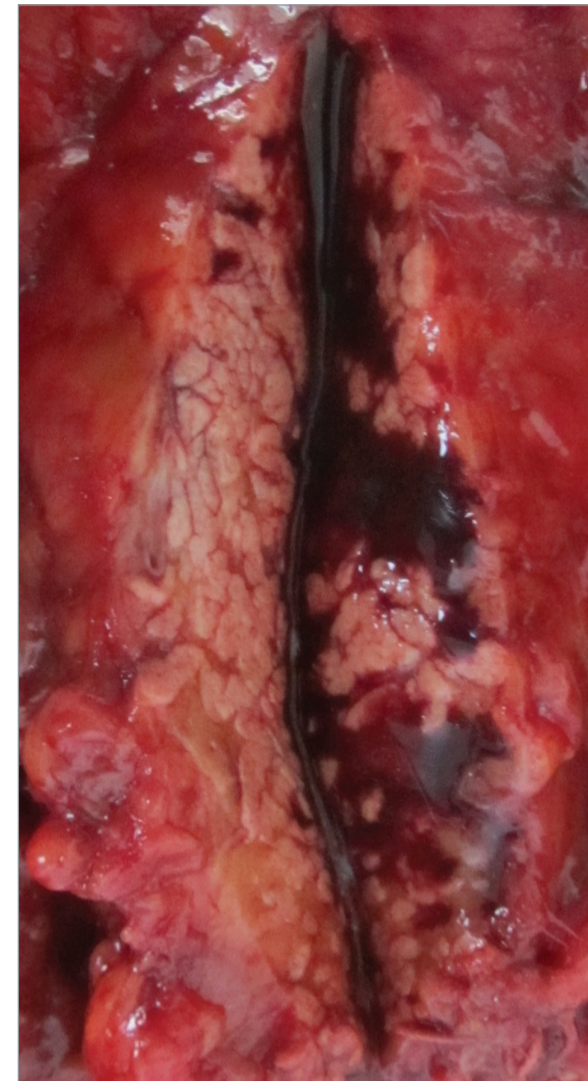
Удаленный участок поперечной ободочной кишки



Удаленный участок поперечной ободочной кишки (после рассечения)



Прорастание опухоли желудка в поперечную ободочную кишку (вид при рассечении кишки)



Резекция хвоста поджелудочной железы

решено выполнить паллиативную гастрэктомию для устранения причины хронической кровопотери и профилактики развития острого кровотечения в просвет желудка, которое может возникнуть из-за распада опухоли или прорастания последней в сосуды стенки желудка с дальнейшей их перфорацией.

После предоперационной подготовки, гемостатической терапии, инфузионной терапии, переливания 3 доз эритроцитарной массы по 200 мл к 23.10.12 удалось достичь повышения уровня гемоглобина до 106 г/л.

23.10.12 пациенту выполнено хирургическое вмешательство. При ревизии определялась опухоль нижней трети желудка с переходом на среднюю треть, суживающая просвет до 1 см в диаметре, которая прорастала все слои стенки желудка, врастала в брыжейку поперечноободочной части толстой кишки и селезеночный угол последней. В правой доле печени определялись метастатические узлы до 2 см в диаметре, в левой доле печени — единственный узел, занимающий практически весь S2 до 12 см в диаметре. Увеличенная левая доля печени прилежала к кардиальному отделу желудка, верхней части тела желудка, оттесняя его кзади и влево, что обуславливало невозможность мобилизации желудка по малой кривизне без резекции левой доли печени с метастазом. При дальнейшей мобилизации желудка по задней поверхности определялось врастание опухоли в хвост поджелудочной железы. Учитывая распад опухоли, высокий риск развития острого кровотечения, было рекомендовано выполнение паллиативной комбинированной гастрэктомии, резекции левой доли печени, левосторонней гемиколэктомии, резекции хвоста поджелудочной железы, спленэктомии. Произведена резекция левой доли печени, удаление опухоли в едином блоке с селезеночным углом толстой кишки, хвостом поджелудочной железы, селезенкой. По авторской методике был сформирован пищеводно-тонкокишечный анастомоз с энтероэнтероанастомозом по Брауну, инвагинационный толсто-толстокишечный анастомоз.

Интраоперационно проводилось введение ингибиторов протеолиза. Пациент был переведен в отделение реанимации №1, где ему проводилась интенсивная терапия с использованием эндолимфатической

антисекреторной терапии, комбинированной трехкомпонентной антибиотикотерапии.

В ближайшем послеоперационном периоде проводилась трансфузия 10 доз по 250 мл свежзамороженной плазмы с целью коррекции гипопротейнемии, а также трансфузия 1 дозы эритроцитарной массы для коррекции анемии. Дренажи извлечены на 10-е сутки. В последующем у пациента сохранялся субфебрилитет. При контрольном УЗИ на 12-е сутки в левом подреберье вдоль левого фланка определялся затек жидкости, который был дренирован. После промывания дренажа растворами антисептиков на 2-е сутки удалось добиться снижения лихорадки; через 7 дней дренаж был извлечен.

Пациенту проведен курс послеоперационной эндолимфатической химиотерапии (фторурацил 4000 мг). На 21-е сутки после операции пациент был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Хирургическое лечение, оставаясь ведущим методом в лечении онкологических больных, позволяет добиться хороших результатов даже при запущенных стадиях заболевания — продлить жизнь больным и улучшить ее качество. Наряду с развитием органосохраняющих методов в хирургии, актуален поиск возможностей для расширения показаний к проведению хирургического лечения у той категории пациентов, которые ранее признавались неоперабельными в связи с распространенностью опухолевого процесса либо тяжелым общим состоянием. Хирургическое лечение в представленном клиническом случае позволило добиться положительных результатов при расположении опухолевых очагов, технически сложном для подобного вмешательства.