

СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ

Сегодня трудно удивить детского онколога успехами в лечении нефробластомы. В детские онкологические отделения РФ постоянно поступают дети, с различными стадиями нефробластомы, которым проводится программная терапия согласно международным протоколам лечения данного заболевания с хорошими лечебными результатами. У 10% больных нефробластомой выявляются билатеральные опухоли, лечение которых имеет некоторые особенности в основном касающиеся хирургического этапа. Между тем, в ряде случаев встречаются пациенты с нефробластомой резистентной к проводимой химиотерапии. И, несмотря на адекватно проводимую специальную терапию, у этих больных возникают локальные рецидивы и метастазы, резистентные к полихимиотерапии (ПХТ). У этих больных хирургический этап занимает особое место в программе комплексного лечения.

*Девочка С., 5 лет, заболела в мае 2016, когда появились боли в животе. Боли продолжались в течение суток. В это же время мать заметила асимметрию живота у ребенка за счет выбухания левой половины. При прощупывании в месте выбухания определялась плотная опухоль, занимающая левую половину живота. Машиной скорой помощи девочка была госпитализирована в больницу г. Екатеринбурга. После выполненного УЗИ органов живота заподозрена опухоль левой почки - нефробластома. 23 мая 2016 пациентка была переведена в онкологическое отделение, где после проведенного комплексного обследования, включающего компьютерную томографию, диагностировано двустороннее поражение почек. Размеры опухоли **левой почки** составляли 13,1x10,7x9,0 см, не исключалась инвазия опухоли в просвет левой почечной вены. Были выявлены регионарные увеличенные метастатические лимфоузлы. В **правой почке** обнаружены множественные опухолевые узлы. Таким образом, у ребенка диагностирована билатеральная нефробластома, ст. IVb с метастазами в забрюшинные лимфоузлы. Метастазы в других органах и тканях не выявлены.*

Больной проведена программная терапия по протоколу лечения нефробластомы. 23 августа 2016 г. операция: срединная лапаротомия, удаление левой почки и биопсия опухолевых узлов в правой почке. Гистологическое и иммуногистохимическое заключение: нефробластома слева, смешанный вариант строения; в правой почке картина пери- и интралобарнонефробластоматоза.

С сентября 2016 г. девочке продолжили программную ПХТ по протоколу SIOP-2001. В октябре 2016 г. при контрольном обследовании выявлены метастазы в обоих легких. Проведена курсовая ПХТ по протоколу 2-й линии (4 курса ПХТ по схеме ICE). Контрольное обследование выявило увеличение размеров метастазов в легких. Получила дополнительно курс ПХТ с антрациклиновым антибиотиком на фоне которого зарегистрирована дальнейшая отрицательная динамика процесса в легких и был выявлен локальный рецидив в культе левой, удаленной почки.

Дважды ребенок был консультирован в одном из московских федеральных центров. Рекомендовано продолжить лечение по месту жительства.

Ввиду отсутствия эффекта от второй линии ПХТ, девочке назначена 3-я линия ПХТ и дистанционное облучение левой половины живота (области рецидива удаленной левой почки). После окончания лучевой терапии и ПХТ при контрольном обследовании выявлено дальнейшее увеличение метастазов в легких и сокращение в размерах локального рецидива в культе сосудистой ножки левой почки. Родители ребенка обратились за помощью в НПЦ специализированной медицинской помощи им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы.

Состояние больной при поступлении объективно было оценено как тяжелое по основному заболеванию. Субъективно девочка чувствовала себя удовлетворительно. Регистрировалась умеренная одышка при физической нагрузке. Проведена компьютерная томография (КТ) легких и органов живота. На КТ легких отмечено наличие крупных метастазов в правом лёгком в верхней и средней долях (рис. 1, 2). В правом легком обнаружены метастазы в верхней и нижней долях (рис. 3). При компьютерной ангиографии органов живота выявлен рецидив в проекции сосудистой культи левой (удаленной почки) и два опухолевых узла в оставшейся правой почке (рис. 4, 5).

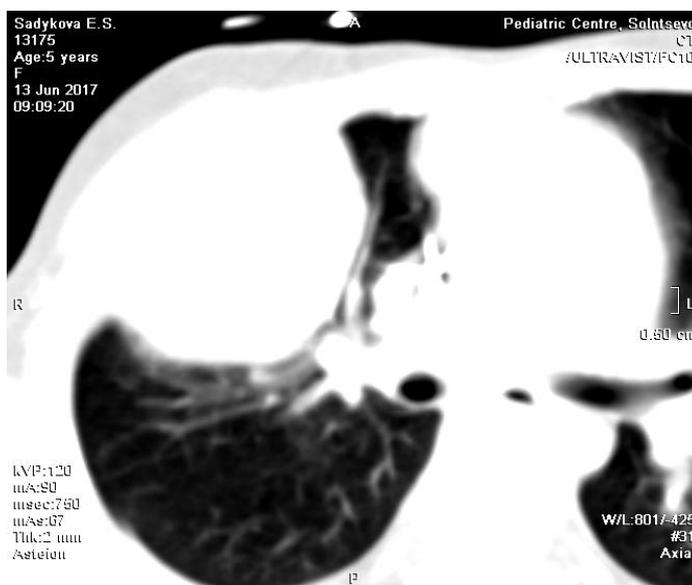


Рис. 1. КТ органов грудной клетки. В правом легком в верхней и средней долях больших размеров метастатическая опухоль, прилежащая к среднему и верхнедолевому бронхам. Нижнедолевой бронх находится вне патологического процесса.

После консилиума врачей онкологов принято решение о выполнении хирургического лечения.

15 июня 2017 г. выполнен 1 хирургический этап – торакотомия справа, билобэктомия. При ревизии легкого нижняя доля оказалась интактной, свободной от метастазов. Таким образом удаление верхней и средней долей явилось радикальной операцией. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было.

22 июня 2017 г. произведен 2 хирургический этап – торакотомия слева, резекция левого легкого по поводу двух метастазов (в верхней и нижней долях). Осложнений не было.

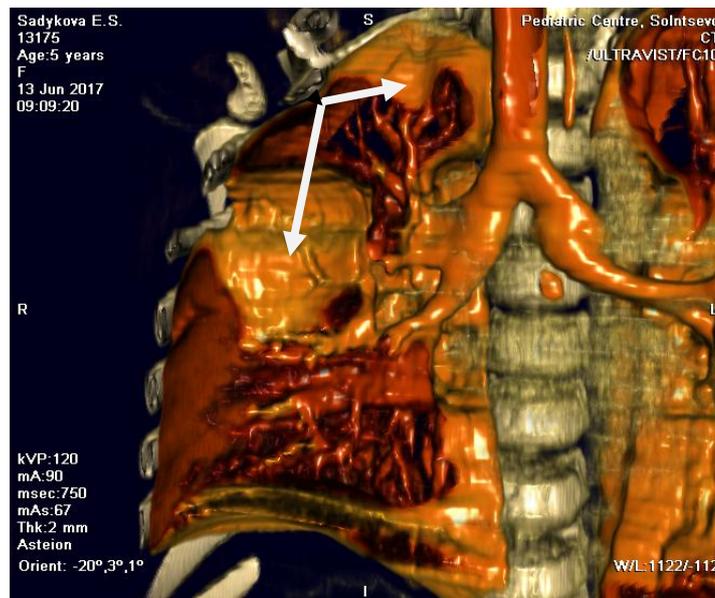


Рис. 2. Компьютерная ангиография. Реконструкция. На снимке отчетливо определяются массивный метастаз в средней и небольших размеров вторичная опухоль в верхней долях правого легкого (обозначено стрелками).

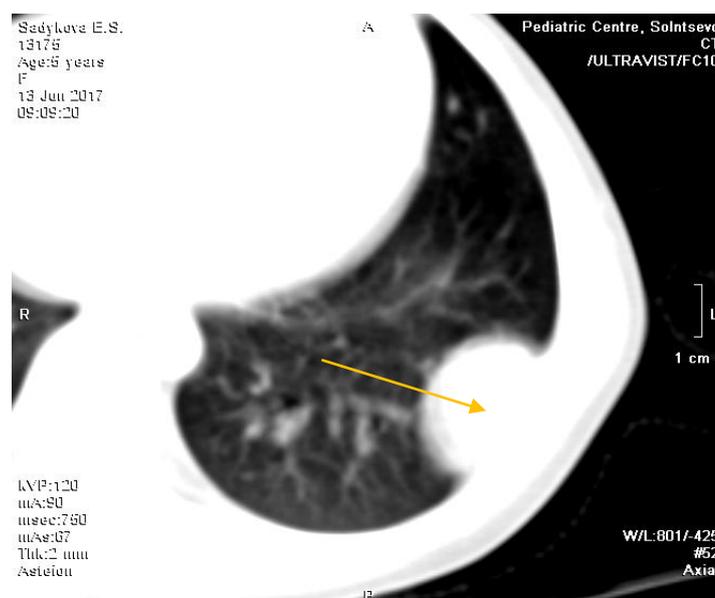


Рис. 3. Компьютерная томография. Метастатический узел в левом легком (обозначено стрелкой).

Спустя еще 6 дней был выполнен 3 хирургический этап – релапаротомия, резекция правой почки по поводу опухолевых узлов и удаление локального рецидива на сосудистой ножки удаленной левой почки. При ревизии правой (единственной) почки обнаружены 5 опухолевых узлов расположенных в области среднего и нижнего сегментов почки). Наибольший узел размерами 2,0x2,5 см располагался в области нижнего полюса (рис. 6, 7).

С целью минимизации кровопотери резекция опухолевых узлов была выполнена плазменным скальпелем PlasmaJet (компания PlasmaSurgicalRussia). Применяемым потоком плазмы производится одновременно резка и коагуляция ткани. Раневые поверхности закрыты пластинами Тахокомба. Затем произведено удаление локального рецидива в области сосудистой ножки левой, ра-

нее удаленной почки. Опухоль удалена в блоке с жировой клетчаткой и прилежащими лимфоузлами. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было.

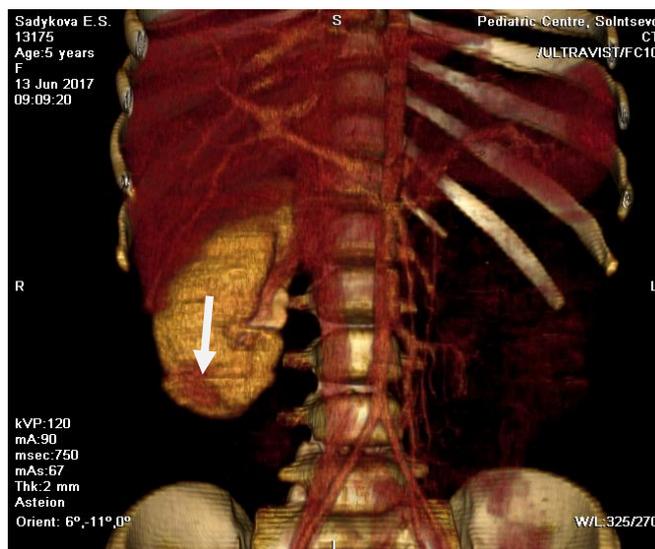


Рис. 4. Компьютерная ангиография больной С., 5 лет. Реконструкция. В нижнем полюсе правой почки определяется опухолевый узел (обозначено стрелкой).

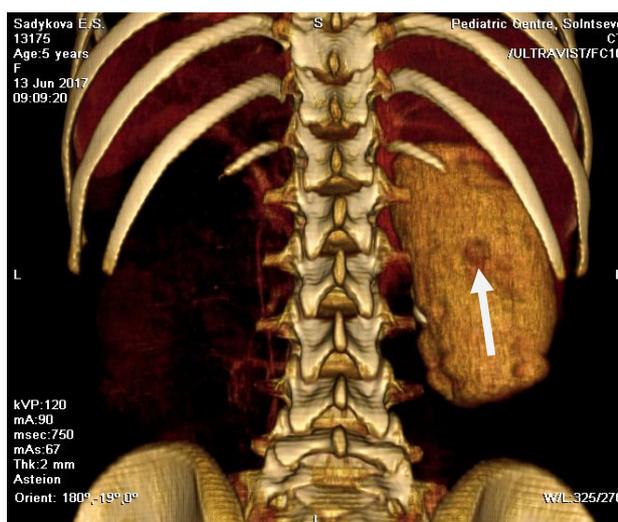


Рис. 5. Компьютерная ангиография больной С., 5 лет. Реконструкция. На задней поверхности почки определяется опухолевый узел (обозначено стрелкой).

На 6 сутки после 3 операции ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии без признаков заболевания с рекомендациями продолжения специального (консервативного) лечения в онкопедиатрическом отделении по месту жительства.

Хирургические вмешательства выполнены бригадой врачей: хирург – проф. Шароев Т. А., асс. Рохоев М.А. и к.м.н. Нишионов Д.К., анестезиолог – Сидоров Д.В. Опер. сестра: Смирнова А.А.

Таким образом,

- 1) за короткий период (14 дней) 5 летней больной билатеральной нефробластомой с множественными метастазами в легкие, локальным рецидивом и опухолевыми узлами в оставшейся правой почке, удалось выполнить три успешные операции по

поводу распространенного опухолевого процесса и добиться полной клинической ремиссии;

2) для успешного проведения операции по поводу злокачественной опухоли, расположенной в сложной анатомической области, имеющей большие размеры, распространенность на соседние органы и ткани, необходима тщательная подготовка, включающая:

- курсы полихимио-, а при необходимости лучевой терапии;
- адекватные методы визуализирующего обследования;
- подготовленную команду хирургов и анестезиологов-реаниматологов, имеющую опыт выполнения данных операции и послеоперационного выхаживания больного.



Рис. 6. Правая почка. В области среднего и нижнего отделов определяются множественные (4) опухолевые узлы. Картина нефробластоматоза после проведенных курсов химиотерапии.



Рис. 7. Правая почка. В области нижнего полюса определяется опухолевый узел до 2,0x2,5 см. Макроскопически нельзя исключить трансформацию нефробластоматоза в нефробластому.