

УДАЛЕНИЕ РАБДОМИОСАРКОМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ

Рабдомиосаркома (РМС) - часто встречающаяся злокачественная опухоль детского возраста. Чаще РМС локализуется в области конечностей, туловища, области головы и шеи. Реже опухоль располагается в области грудной и брюшной полостей, области малого таза). Еще реже новообразование локализуется в области брыжейки тонкой или толстой кишки. В апреле 2017 г. на нашем сайте мы приводили наблюдение успешно проведенного лечения (в том числе хирургического этапа) при РМС брыжейки тонкой кишки у ребенка 2-х лет. Настоящая публикация посвящена еще одному наблюдению за пациентом 2 лет, которому проведено сложное хирургическое вмешательство по поводу рабдомиосаркомы (РМС) брюшной полости.

Мальчик Д., 2 лет заболел остро, когда в мае 2017 появились сильные боли в животе. Машиной скорой помощи ребенок был госпитализирован в одну из московских больниц, где диагноз острой хирургической патологии был снят. Проведенные ультразвуковое и магнитно-резонансное исследования выявили новообразование овальной формы, размерами до 6,5 см в диаметре, исходящее, более вероятно, из брыжейки тонкой кишки. Ребенок был переведен в НППЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войн-Ясенецкого ДЗ г. Москвы (НППЦ) для специального лечения. Состояние мальчика при поступлении было оценено как средней тяжести. Субъективно чувствовал себя удовлетворительно. При осмотре отмечалось увеличение объема живота за счет выбухания в области пупка. При пальпации определялось овальной формы новообразование, с довольно четким контуром, размерами 10,0 x 8,0 см, малоподвижное, умеренно болезненное. За период обследования в НППЦ (5 дней) наблюдался быстрый рост новообразования. Опухоль занимала весь нижний этаж брюшной полости, верхняя граница новообразования находилась выше пупка.

Опухоль брюшной полости очень быстро увеличивалась в размерах. При компьютерной томографии выполненной 2 июня 2017 г. ее размеры составляли уже 12,2 x 14,5 x 9,0 см. Опухоль имела кистозно-солидное строение, активно накапливала контраст, интимно прилежит к 12-перстной кишке, магистральным сосудам брыжейки, нижним отделам и ветвям аорты и нижней полой вене, прямой кишке (без убедительных признаков врастания).

Учитывая выраженный рост опухоли, 06.06.2017 пациенту была выполнена срочная биопсия, позволившая диагностировать эмбриональную рабдомиосаркому, высокой степени злокачественности (3 степень).

С 07.06. по август 2017 г. ребенку проведены 3 курса ПХТ по протоколу лечения РМС высокого риска. Контрольное компьютерно-томографическое исследование выявило положительную динамику в виде уменьшения размеров опухоли брюшной полости до 7,6x5,3x5,5 см.

Данных за метастазы нет.

15 августа 2017 г. операция: срединная лапаротомия, иссечение послеоперационного рубца с прилежащими тканями передней брюшной стенки, удаление опухоли брыжейки тонкой кишки. аппендэктомия.

Операционная бригада врачей: хирург – проф. Шароев Т. А., асс. Рохоев М. А., к.м.н. Нишионов Д.К., анестезиолог – Илларионов Ю. В.

Срединная лапаротомия с иссечением послеоперационного рубца с прилежащими тканями (место ранее проведенной открытой биопсии опухоли). При осмотре брюшной полости выявлена опухоль, овальной формы, серовато-багрового цвета, занимающая нижние отделы живота, имеющая бугристую поверхность, плотную консистенцию. Тонкая кишка с частью брыжейки на участке около 3 см интимно связаны с верхним полюсом опухоли и проходят по краю новообразования, огибая его (рис. 1, 2).

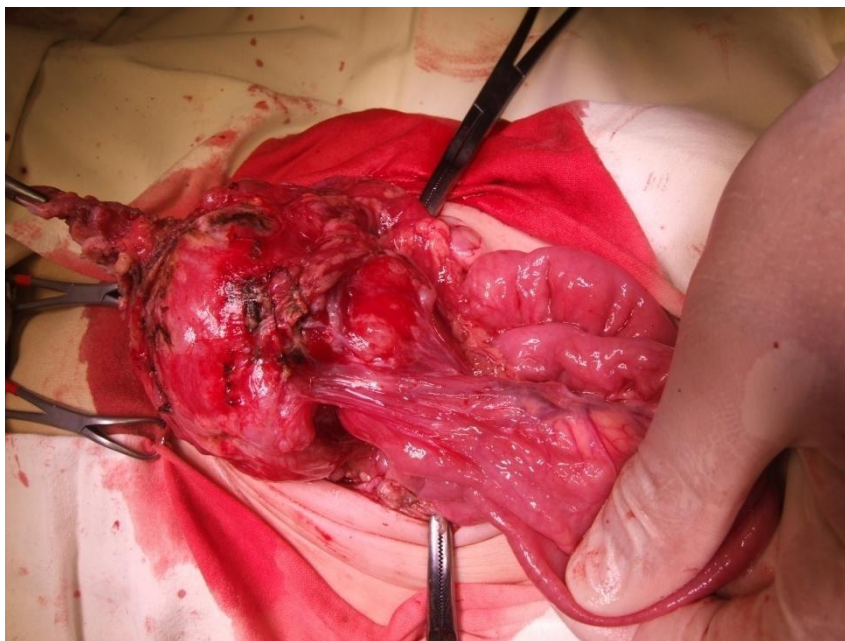


Рис. 1. Брыжейки тонкой кишки интимно связаны с верхним полюсом.

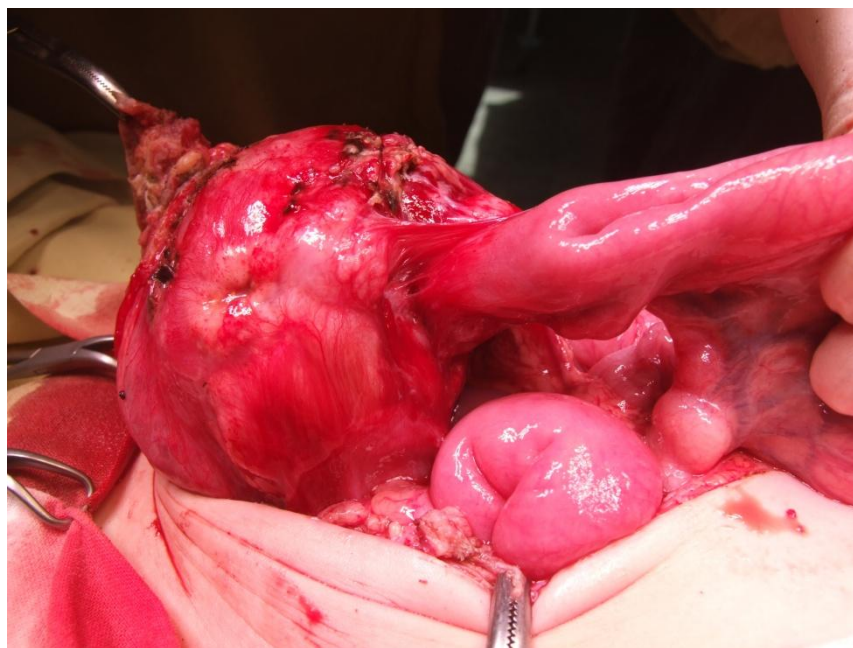


Рис. 2. Тонкая кишка на участке до 3 см прилежит к верхнему полюсу опухоли. Признаков врастания новообразования в стенку кишки нет.

Аппендикулярный отросток дистальным концом погружен в толщу опухоли (рис. 3). Передняя поверхность опухоли интимно прилежит к задней стенке мочевого пузыря (рис. 4).

Подвздошные сосуды и мочеточники проходят по задней поверхности новообразования.

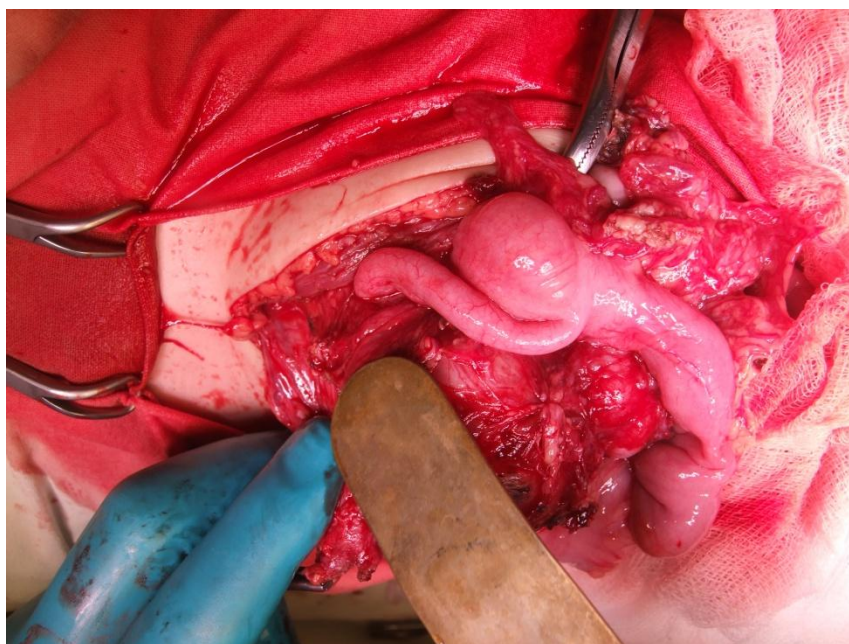


Рис. 3. Аппендикулярный отросток дистальным концом погружен в толщу опухоли

Передняя поверхность опухоли интимно прилежит к задней стенке мочевого пузыря (рис. 4).

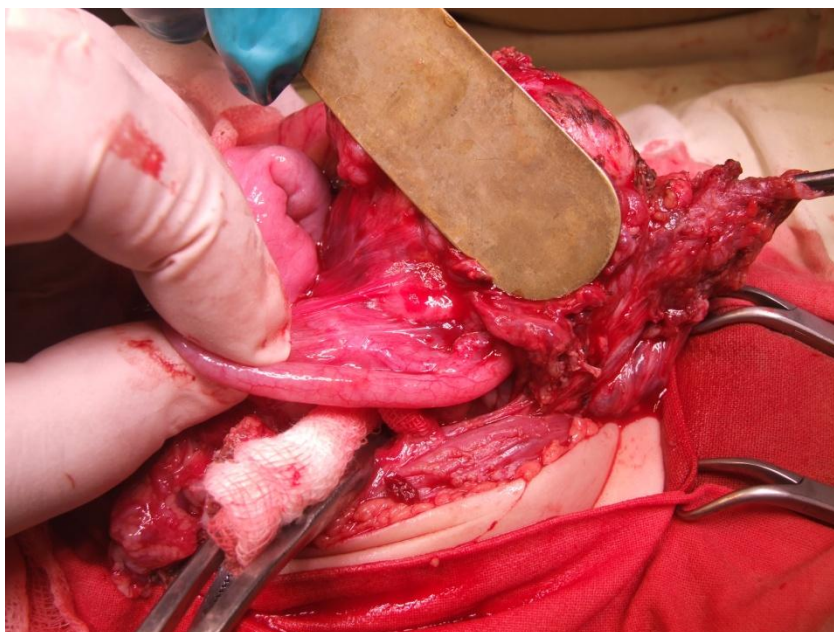


Рис. 4. Передняя поверхность опухоли прилежит к задней поверхности мочевого пузыря. На рисунке шпателем отодвигается опухоль. Пальцами хирург бережно подтягивает мочевой пузырь, который острым путем отделяется от поверхности новообразования.

Фрагмент тонкой кишки и брыжейки отделены от опухоли. Ввиду того, что аппендикулярный отросток был замурован в опухоль, была выполнена аппендэктомия.

Острым путем задняя стенка мочевого пузыря отделена от новообразования. Мочеточники и подвздошные сосуды проходят по задней поверхности и нижнему полюсу опухоли. Следует отметить, что правый мочеточник был резко смещен новообразованием влево и интимно связан со стенкой опухоли (рис. 5).

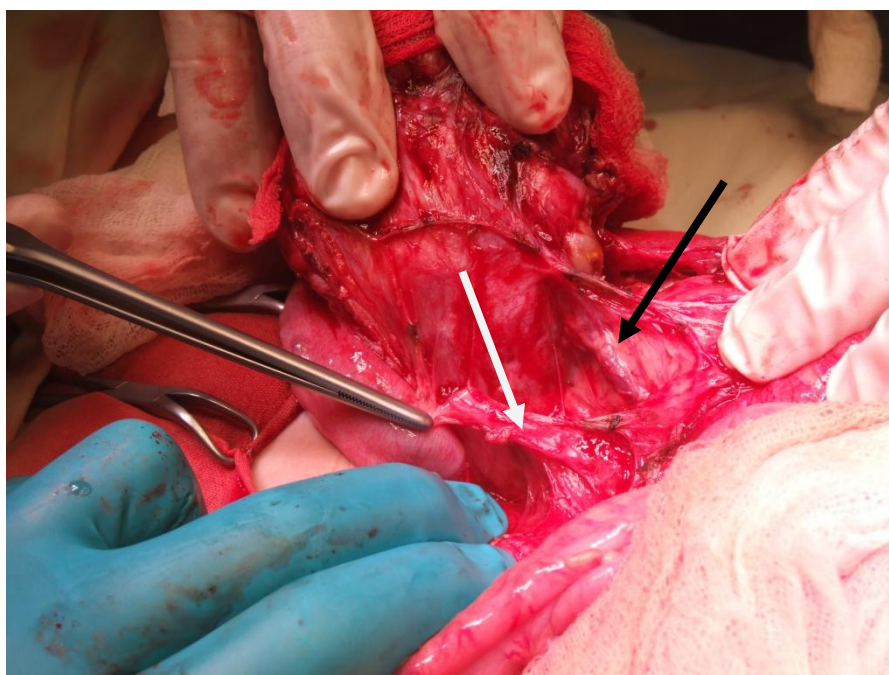


Рис. 5. Резко смещенный влево правый мочеточник (белая стрелка) отделяется от задней поверхности опухоли. Правая общая подвздошная артерия проходит по задней поверхности новообразования (черная стрелка).

С техническими трудностями острым путем правый и левый мочеточники отделены от опухоли и взяты на силиконовые турникеты (рис. 6). Опухоль полностью выделена из окружающих тканей и удалена.

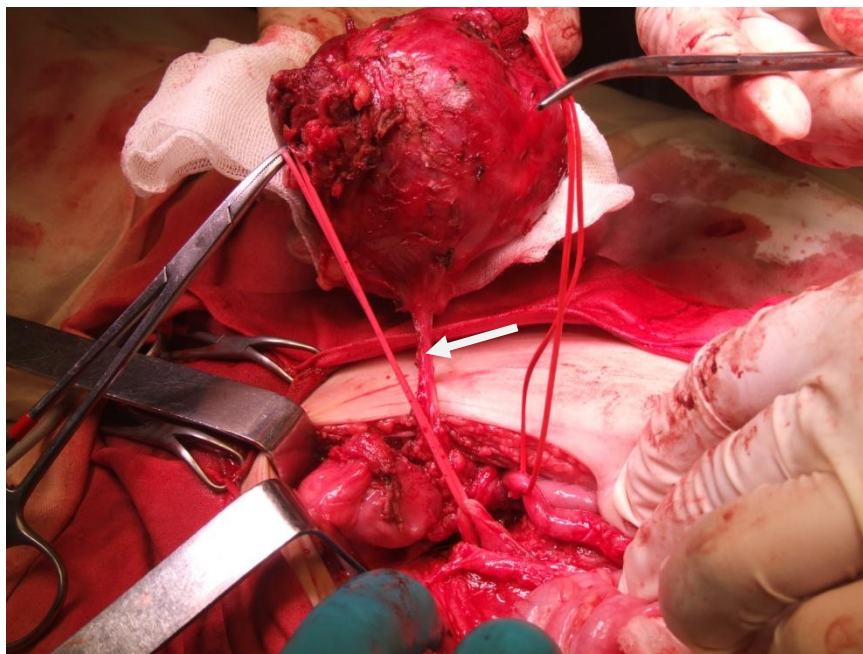


Рис. 6. Выделены оба мочеточника и взяты на силиконовые турникеты. Новообразование выделено из окружающих тканей. Стрелкой отмечена основная артерия, питающая опухоль.

Опухоль удалена моноблочно. Тщательный гемостаз. К ложу оперативного вмешательства поставлена силиконовая дренажная трубка, выведенная через контрапертуру на боковую поверхность живота. Осложнений во время операции и ближайшем послеоперационном периоде не было. Кровопотеря во время операции была минимальной и не требовала переливания компонентов крови.