

РЕЗЕКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПО ПОВОДУ ОПУХОЛИ

Опухоли печени представляют собой достаточно редкую патологию у детей возраста старше одного года. Между тем, в онкопедиатрических отделениях, в которых занимаются лечением детей с данной тяжелой патологией, такие пациенты не являются редкостью. Особую группу представляет дети периода новорожденности, у которых опухоли печени были диагностированы в первые дни жизни. Это связано с необходимостью нахождения детей в специализированных отделениях, а порой и реанимации для новорожденных, особенностями питания пациентов, наличие соответствующего штата специалистов (врачей неонатологов) и т.д.

Наиболее сложным этапом лечения больного опухолью печени является хирургическое вмешательство. Чаще всего речь идет об удалении сегментов или одной из долей печени. Такие операции нередко сопровождаются интра- и послеоперационными осложнениями. Наиболее тяжелым и опасным осложнением при операциях на печени является кровотечение. Особенно актуальна данная проблема при операциях на печени у новорожденных и маловесных детях, имеющих малый общий объем циркулирующей крови (до 300 мл). Еще более сложными представляются случаи, когда опухоль занимает центральные отделы печени и вероятность осложнений повышается. В таких ситуациях обсуждается вопрос о возможности выполнения операции – резекции центральных отделов печени.

Мальчик Л., родился доношенным от 2 беременности, вторых своевременных нормальных родов, от женщины 38 лет с отягощенным соматическим и гинекологическим анамнезом. Вес при рождении 3220 грамм, рост 53 см. Состояние при рождении оценивалось как средней степени тяжести, обусловленной дыхательной недостаточностью 1-2 степени, выраженным синдромом угнетения центральной нервной системы на фоне риска реализации внутриутробной инфекции. С рождения проводилась дополнительная дотация кислорода через палатку. Энтеральное кормление усваивал. 20.11.17 ребенок переведен в ОРИТ для новорожденных детей ДГКБ им.

З. А. Башляевой с диагнозом: аспирационная пневмония, церебральная ишемия легкой степени, острый период, синдром угнетения центральной нервной системы, конъюгационная желтуха. Ребенок получал антибактериальную, инфузионную (с парентеральным питанием) и посиндромную терапию.

При УЗИ органов брюшной полости 20.11.17: эхо-признаки объемного патологического образования печени (гепатобластома?)

По данным КТ брюшной полости 21.11.17: признаки объемного образования печени, опухоль (гепатобластома?).

Ребенок переведен в отделение патологии новорождённых и недоношенных детей НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого (НПЦ) для проведения специального (противоопухолевого) лечения в возрасте 6 дней жизни.

При осмотре живот увеличен в объеме (38,5 см) за счет объемного новообразования, при пальпации плотно-эластичной консистенции, выступающего на 7,5 см из-под края правой реберной дуги и на 5,0 см из-под края левой реберной дуги. В неврологическом статусе сохраняется умеренная мышечная гипотония, гипорефлексия.

При компьютерной ангиографии отчетливо визуализируется опухоль больших размеров, активно накапливающая контраст, расположенная в центральных отделах печени (рис. 1).

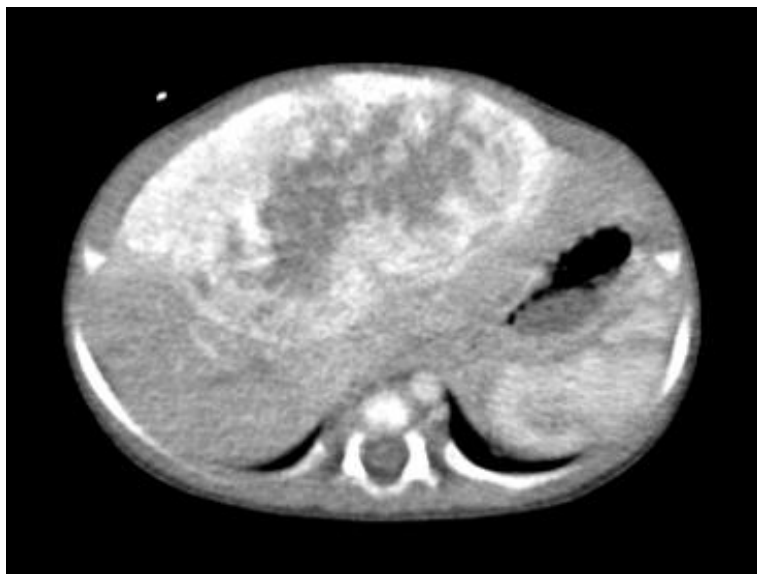


Рис. 1. Компьютерная ангиография ребенка Л., 6 дн. жизни. Опухоль располагается в центральных отделах печени, активно накапливает контрастное вещество. Более плотные участки располагаются на периферии новообразования. В центральных отделах участки кистозной плотности.

Для решения вопроса о возможности выполнения хирургического вмешательства – резекции центральных отделов печени, решено произвести пациенту прямую ангио- и венографию. Для этого мальчик был переведен в ДКБ №13 г. Москвы, где ему была выполнена общая абдоминальная ангиография, целиакография, мезетерикография и венография (зав. отделение Галибин И. Е.). По данным проведенного исследования (зав. отд. получены данные, свидетельствующие об опухоли центральных отделов печени, более вероятно злокачественной природы – гепатобластомы.

После обсуждения пациента на консилиуме врачей отделений неонатологии, онкологии, лучевой диагностики, анестезиологии и реаниматологии совместно с директором НПЦ проф. Присько А. Г., руководителем научного отдела, хирургом проф. Шароевым Т. А. и зав. отделением онкологии проф. Ивановой Н. М. было принято решения о выполнении хирургического вмешательства в объеме:

1) лапароскопической ревизии печени с оценкой возможности резекции печени с опухолью;

2) в случае невозможности производства обширной операции ограничиться биопсией опухоли или конверсии в открытую операцию – резекции центральных отделов печени с опухолью.

Риск операции чрезвычайно высокий о чем родители ребенка были предупреждены.

21 декабря 2017 г. произведено хирургическое вмешательство. На первом этапе выполнена лапароскопическая ревизия печени (хирурги Рохоев М. А. и к.м.н. Котловский А. М.).

Установлено, что опухоль занимает центральные отделы. После оценки всех факторов решено перейти к открытой операции по удалению опухоли.

Хирургическая бригада: хирург – проф. Шароев Т. А., ассистенты – Рохоев М. А., к.м.н. Савлаев К.Ф. Операционная сестра Соловьева Ю. И. Анестезиолог – Илларионов Ю. В. Анестезисты: Догадова Т. Ф., Илларионова Е. П.

Двухподреберная лапаротомия. После рассечения связок печени орган выведен в рану. Опухоль занимает центральные отделы печени. Интактными остаются 2,3 сегменты левой доли и часть 5, 6 и 7 и часть 8 сегментов правой доли (рис. 2).

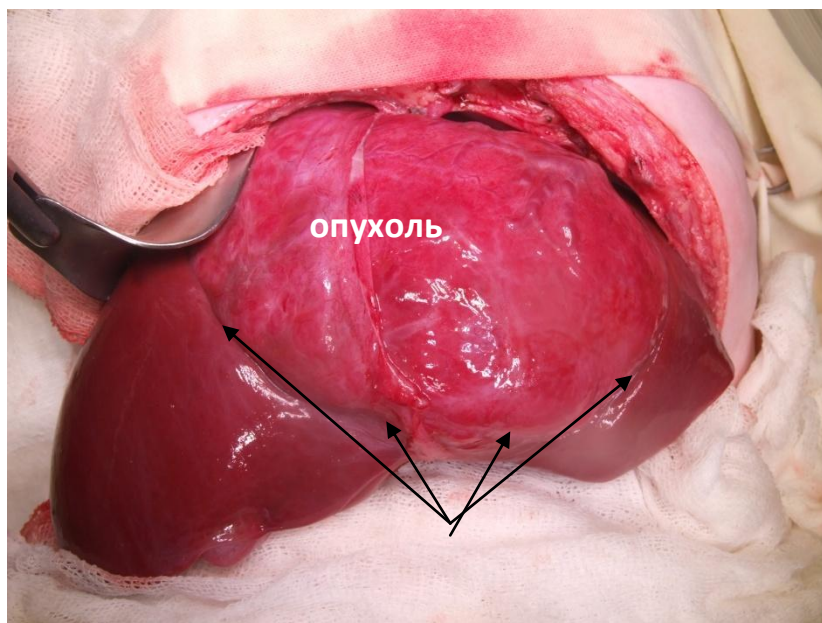


Рис. 2. Этап операции. В рану выведена печень. В центральных отделах органа отчетливо определяется больших размеров опухоль, имеющая достаточно четкие границы (отмечены стрелками). Остаются интактными часть правой (часть 5, 6, 7 и часть 8 сегменты) и часть левой (2, 3 сегменты) долей.

Выделены печеночные вены. Оценена возможность сохранения оттока крови от печени после резекции органа по правой и левой печеночным венам (рис. 3).

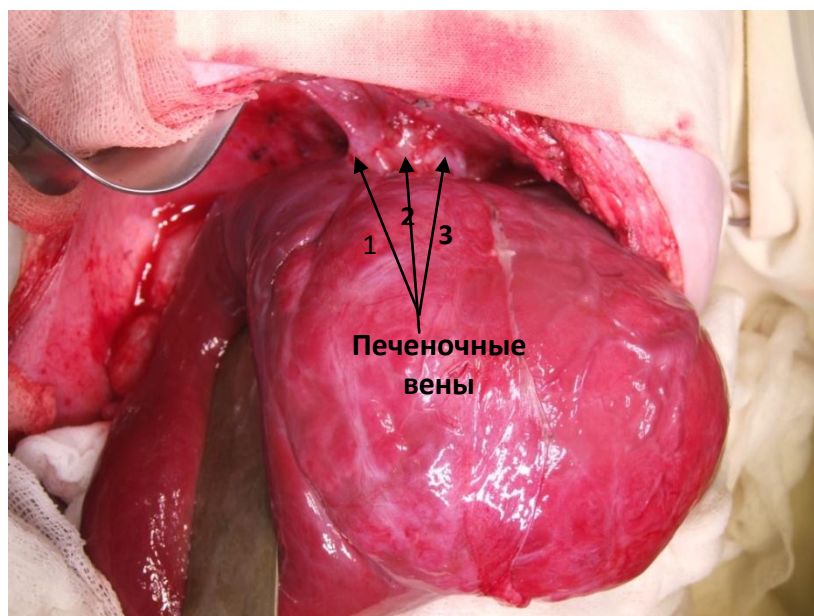


Рис. 4. Этап операции. На рисунке представлены печеночные вены, по которым осуществляется отток от опухоли и здоровых отделов печени в нижнюю полую вену. 1- правая, 2- средняя и 3- левая печеночные вены.

С помощью водоструйного диссектора ERBE Jet (компания ERBE Elektromedizin, Германия) произведено выделение опухоли из здоровой паренхимы печени. Операция сопровождалась постоянным ультразвуковым контролем (интраоперационная доплерография) для оценки краев резекции печени с точки зрения абластики и расположения основным ветвей сосудистой триады. Крупные сосудистые ветви выделены, перевязаны и пересечены (рис. 5).

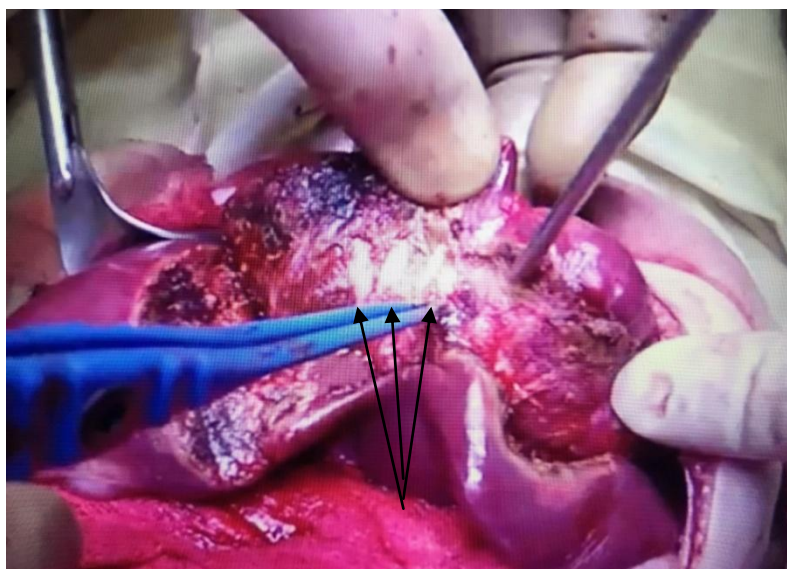


Рис. 5. Этап операции. С помощью водоструйного диссектора ERBE Jet (компания ERBE Elektromedizin, Германия) выполняется резекция сегментов правой и левой долей печени в пределах границ свободных от опухоли, что было определено выполненной интраоперационной ультразвуковой доплерографией. В нижних отделах визуализируются крупные сосуды печени (отмечено стрелками).

Опухоль полностью выделена из окружающей здоровой паренхимы печени и под контролем УЗИ доплерографии отсечена от основания печени над нижней полой веной (рис. 6).

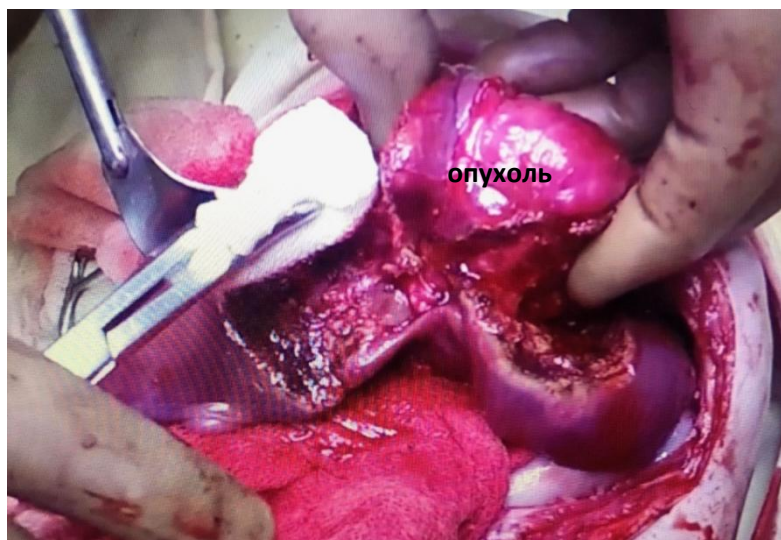


Рис. 6. Момент резекции. Опухоль отделена от неповрежденных сегментов правой и левой долей печени. Тщательное и бережное выделение сосудов водоструйным диссектором позволяет избежать ранения магистральных сосудов органа.

Вид раневой поверхности печени после её обработки методом аргоноплазменной коагуляции (Plasma Jet, компания Plasma Surgical, США) представлен на рис. 7.



Рис. 7. Раневая поверхность печени после удаления опухоли центральных отделов. Паренхима оставшейся здоровой печени обработана методом аргоноплазменной коагуляции (Plasma Jet).

Сведения о ребенке и операции представлены ниже:

- возраст пациента 3 недели жизни*
- вес ребенка 3 кг 600 г*

- *объем циркулирующей крови* 320,0 мл
- *продолжительность операции* 4,5 часа
- *кровопотеря* 140,0 мл
- *перелито эритромаcсы* 100,0 мл
- *максимальное падение Hb во время операции* 86 г/л
- *Hb к концу операции* 110 г/л
- *вес удаленной опухоли* 80 г (!)

Течение послеоперационного периода без особенностей, без осложнений. Мальчик выписан 3 января 2018 г. домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, для оценки возможности выполнения операции по поводу опухоли у новорожденных, расположенных в трудных анатомических зонах печени, необходимы:

- тщательная предоперационная подготовка, включающая использование адекватных методов визуализирующего обследования (компьютерная ангиография, прямая общая и селективная ангиография и венография использование современных компьютерных диагностических программ) с последующей оценкой рисков анестезии и оперативного вмешательства;
- окончательная оценка резектабельности проведением лапароскопической ревизии органов брюшной полости и печени (по возможности всех сегментов);
- использование во время операции современных диагностических и хирургических технологий, позволяющих визуализировать архитектуру сосудов печени, определить зону резекции с учетом абластики, минимизировать кровопотерю и предотвратить смертельно опасные осложнения (кровотечение, печеночная недостаточность);
- хирургическая бригада, имеющая опыт выполнения операций на печени.