

УДАЛЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ УЗЛОВ ЭПИТЕЛИОИДНОЙ ГЕМАНГИОЭНДОТЕЛИОМЫ ПЕЧЕНИ У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВОДОСТРУЙНОЙ ХИРУРГИИ И ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ

Эпителиоидная гемангиоэндотелиома – редкое опухолевое заболевание, которое развивается из клеток эндотелия, выстилающих синусоидные капилляры, и распространяется вдоль них и вдоль ветвей воротной вены. Некоторые авторы считают данный вид опухоли разновидностью ангиосаркомы низкой степени злокачественности. Наблюдается в любом возрасте, в том числе детском. Связи с полом не выявлено.

Почти в 50% течение случаев гемангиоэндотелиома сопровождается метастазированием в регионарные лимфатические узлы. Местные рецидивы или метастазы после операции развиваются в 1/3 случаев, включая поражение поверхностных мягких тканей. Прогноз хуже при поражении внутренних органов. Дифференциальный диагноз гемангиоэндотелиомы проводится с ангиолимфоидной гиперплазией с эозинофилией, которая часто имеет дольчатое строение, выраженный воспалительный компонент и множество хорошо сформированных кровеносных сосудов, аденокарциномой, содержащей в вакуолях опухолевых клеток муцин, миксоидной хондросаркомой, которая имеет дольчатое строение, клетки, окрашенные положительно на протеин S-100, но внутрицитоплазматические и просветы отсутствуют. Лечение гемангиоэндотелиомы заключается в широкой эксцизии с ревизией регионарных лимфатических узлов.

Хотя после установления диагноза показана резекция печени, на практике в большинстве случаев выполнить частичную гепатэктомию достаточно трудно из-за мультифокального роста и тотального поражения органа. Тотальную резекцию (т.е. трансплантацию печени) можно выполнить лишь малой части больных, у некоторых из которых на момент операции уже есть метастазы. Выживаемость в первые два года после пересадки печени составляет 82%, в течение 5 лет – 43%. Основная причина смерти – рецидив опухоли. Описаны случаи рецидива опухоли из метастазов после трансплантации печени. Доказательства того, что пересадка улучшает прогноз у этой категории больных, отсутствуют. Из-за значительного дефицита доноров и длительного нахождения больных в листе ожидания трансплантация печени показана лишь ограниченному числу пациентов. Химиотерапия, селективная химиотерапия с эмболизацией артерий опухоли и лучевая терапия при эпителиоидной гемангиоэндотелиоме неэффективны.

История развития заболевания: у мальчика С., 14 лет, при плановом обследовании в школе в октябре 2015 г. при УЗИ выявлены новообразования в печени. Обследовался в ДКБ

г. Чебоксары. Произведена биопсия новообразования печени. Гистологическое заключение: эпителиоидная гемангиоэндотелиома.

При компьютерной томографии легких обнаружены дополнительные очаговые тени в ткани легких – метастазы (?).

В Научно-исследовательском институте детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина диагноз эпителиоидной гемангиоэндотелиомы печени был подтвержден. В марте 2016 г. пациент получил лечение Вотриентом. На фоне проведенной терапии зарегистрирована отрицательная динамика патологического процесса в печени.

После консультации в Научно-практическом центре специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы (НПЦ) ребенок был госпитализирован в онкологическое отделение НПЦ для лечения.

Состояние ребенка при поступлении субъективно было вполне удовлетворительным. При контрольной компьютерной ангиографии в печени выявлены 7 опухолевых узлов размерами от 2 до 5 см в диаметре, расположенных в правой (четыре) и левой (три) долях печени (рис. 1). В легких обнаружены множественные очаговые изменения, которые следовало дифференцировать с метастазами.

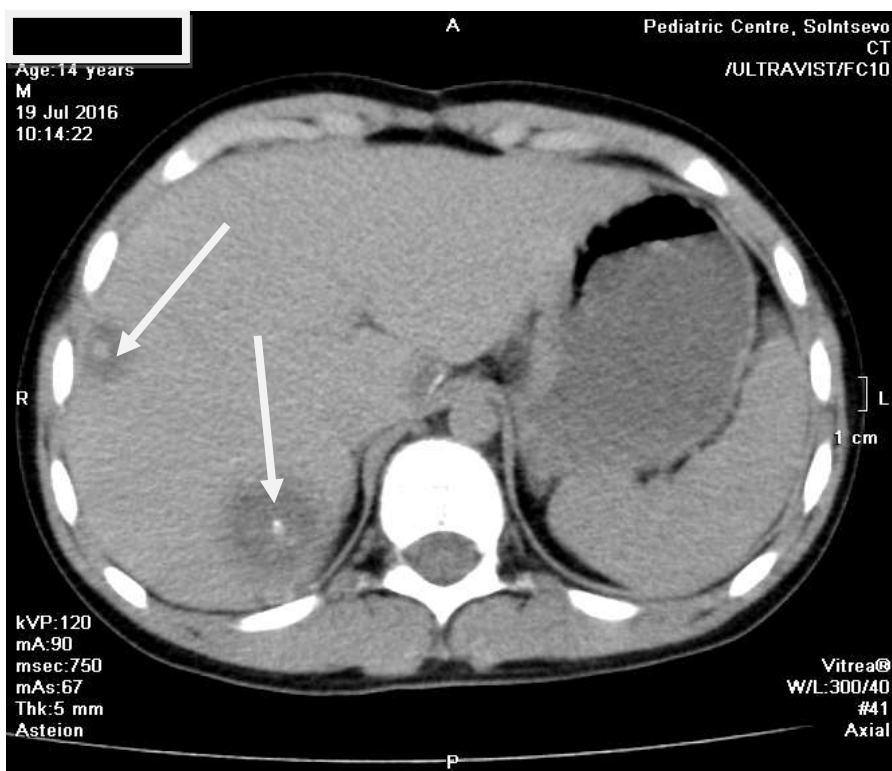


Рис. 1. Компьютерная томография ребенка Я., 14 лет. Стрелками обозначены участки опухолевого поражения в правой доле печени.

Учитывая данные анамнеза, локализацию опухолевого процесса и проведенное обследование, несоответствие клинической картины и данных проведенного

морфологического исследования (распространенная форма эпителиоидной гемангиоэндотелиомы с обширными изменениями в легких), было решено выполнить эндоскопическую биопсию печени (удаление одного из очагов опухоли).

07.06.16 произведено оперативное вмешательство в объеме: видеоэндоскопическая атипичная резекция VI сегмента правой доли печени. По данным проведенного морфологического и иммуно-гистохимического исследования удаленного опухолевого узла диагностирована эпителиоидная гемангиоэндотелиомой печени.

После обсуждения ребенка на консилиуме врачей с руководителем научного отдела НПЦ проф. Шаровым Т. А. и заведующей отделением проф. Ивановой Н. М. принято решение о выполнении операции в объеме удаления и термоабляции опухолевых узлов в печени.

21 июля 2016 г. операция: (хирург проф. Шаров Т. А., ассистенты к.м.н. Нишионов Д. К. и Рохоев М. А., анестезиолог Илларионов Ю. В.).

Двуподреберным разрезом вскрыта брюшная полость. При ревизии печени отмечается наличие множественных опухолевых узлов, плотной, местами хрящевой консистенции, имеющих довольно четкий, местами неровный контур. Опухоли имеют белый цвет, выступают над поверхностью печени на 1,0 мм (рис. 2).

4 опухолевых узла располагаются в правой (5, 6, 7, 8 сегменты) и три узла в левой (2, 3, 4) долях печени. Размеры наибольшего узла в правой доле составили 5,0 x 4,0 см. Наименьший размер опухоли - 2,5 см расположен в левой доле на границе 2 и 3 сегментов органа.

Три опухолевых узла, расположенные в краевых долях печени, были удалены с использованием водоструйного диссектора - ERBE Jet, Германия (рис. 3) Остальные 4 опухолевых узла были подвержены высокочастотной термоабляции - COOII TIP, США (рис. 4, 5).

Кровопотеря во время операции была минимальна (менее 100 мл) и не требовала переливания крови. В реанимационном отделении ребенок находился в течение суток, после чего был переведен в палату онкологического отделения. Осложнений во время и после операции не было.

Таким образом, использование инновационных технологий в хирургии печени у детей (водоструйная диссекция и высокочастотная термоабляция) при распространенных опухолевых процессах, позволяет качественно выполнить самые сложные операции, минимизировать кровопотерю и избежать интра- и послеоперационных осложнений.



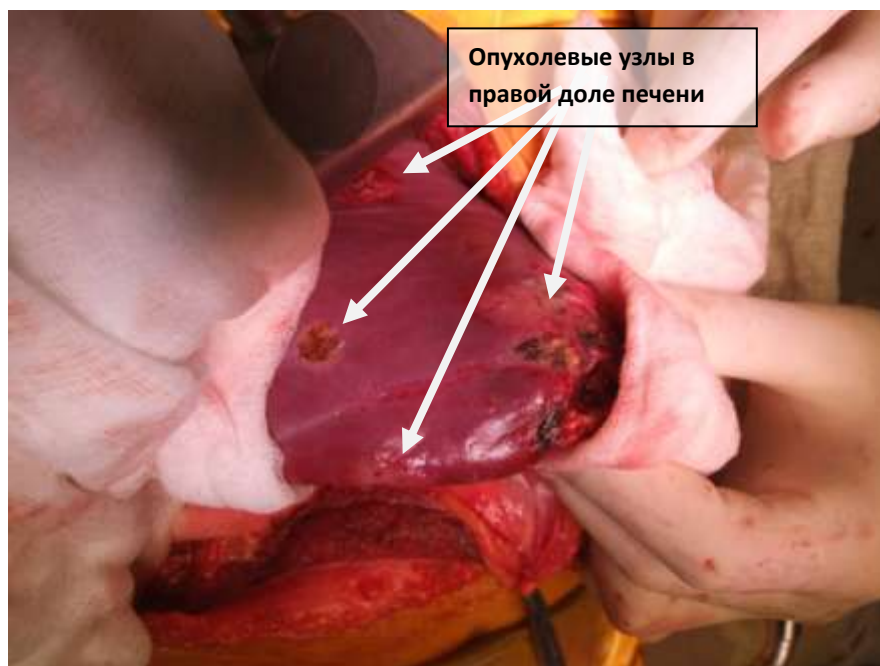


Рис. 2. Этап операции. В правой доле печени отчетливо визуализируются опухолевые узлы (обозначены стрелками).



Рис. 3. Внешний вид правой доли печени после резекции 6-7 сегментов. Раневая поверхность закрыта пластинами Тахокомба.



Рис. 4. Высокочастотная термоабляция опухолевого очага в области правой доле печени.

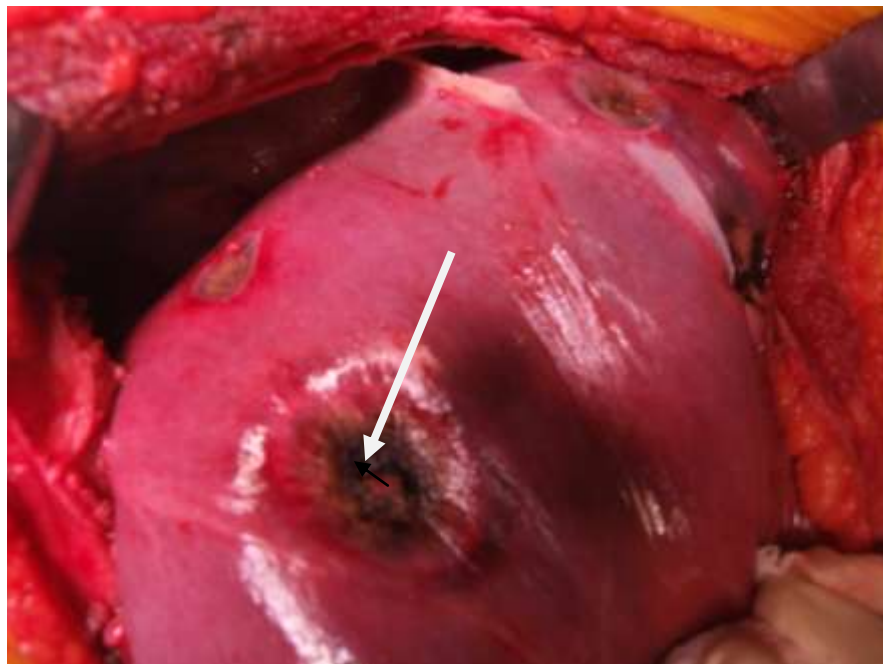


Рис. 5. Внешний вид участка печени после выполнения высокочастотной термоабляции (отмечено стрелкой)



Рис. 6. Макропрепарат. Два опухолевых узла удаленные из правой доли печени методом водоструйной диссекции.