

ИНФАНТИЛЬНАЯ ФИБРОСАРКОМА КИСТИ У РЕБЕНКА 2 МЕСЯЦЕВ

Злокачественные опухоли у детей первого года жизни составляют 0,5-2% от числа всех злокачественных новообразований в детском возрасте. Инфантильная фибросаркома (ИФ) – редкая опухоль у детей периода новорожденности. По данным некоторых авторов ИФ на первом году жизни составляет почти 24% от всех сарком мягких тканей, занимая в их структуре 2-е место после рабдомиосаркомы.

Наиболее частой локализацией ИФ являются различные анатомические области нижних конечностей. Клинически опухоль выглядит в виде мягкотканного массива, имеющего обильную васкуляризацию. Вот почему, в качестве предварительного диагноза до операции или биопсии фигурируют такие нозологические формы как гемангиома или гемангиоперицитомы.

На первом этапе лечения предпочтение отдается хирургическому методу. После операции чаще проводится полихимиотерапия.

Учитывая редкость заболевания, каждый новый случай данного вида опухоли представляет большой интерес для врачей клиницистов: детских онкологов, хирургов, педиатров, патологоанатомов.

Мальчик И., 1 месяца жизни, поступил в онкологическое отделение НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы (НПЦ) с направляющим диагнозом опухоль левой кисти. Новообразование было обнаружено при рождении ребенка. Опухоль размерами до 1,5-2,0 см располагалась на ладонной поверхности левой кисти. Ультразвуковое исследование плода, выполненное на 33 неделе беременности патологии не выявило. Со слов матери в течении первых 5 дней жизни новообразование резко увеличилось в размерах, распространилось на тыльную поверхность кисти и достигло размеров 3,0-3,5 см в диаметре. В дальнейшем опухоль увеличивалась в объеме вместе с ростом ребенка. К моменту поступления в НПЦ размеры новообразования кисти составляли до 4,0 см в диаметре (рис. 1а, 1б).

Проведено комплексное обследование. Диагностическая аспирационная пункция опухоли не позволила установить диагноз. УЗИ с доплерографией показало высокую васкуляризацию опухоли, что не позволяло исключить сосудистую природу новообразования (гемангиому, гемангиоперицитому?).

После проведенного консилиума врачей онкологов, неонатологов, рентгенологов принято решение о выполнении на первом этапе хирургического вмешательства в объеме удаления опухоли мягких тканей кисти. Послеоперационная тактика будет определена

после получения результатов гистологического и иммуногистохимического анализов опухоли.



Рис. 1 а. Опухоль мягких тканей левой кисти занимает 2/3 ладонной поверхности. Кожа над опухолью в центральной части изменена, имеет багровый цвет с некоторым синюшным оттенком. Отчетливо определяется подкожная венозная сеть.



Рис. 1 б. Опухоль переходит с ладонной на тыльную поверхность кисти. Новообразование имеет довольно четкие ровные контуры. Граница опухоли проходит в основании первого и указательного пальцев кисти.

В конце декабря 2016 г. операция: удаление опухоли левой кисти. Перед хирургами стояла задача – удалить опухоль и сохранить все многообразие функции кисти.

S-образный разрез над опухолью. Острым путем отсепарирована кожа над новообразованием. Опухоль в капсуле состоит из участков плотной, хрящевой консистенции с чередованием мягкотканых структур (рис. 2).



Рис. 2. Острым путем отсепарирована кожа над опухолью. Магистральные сосуды кисти, нервы и сухожилия проходят в основании новообразования.

Крупные сосуды кисти интимно прилежат к опухоли. Нервные стволы и сухожилия проходят в основании новообразования. Их выделение представляло значительные технические трудности. С целью минимальной травматизации сосудов, нервов и сухожилий кисти во время операции использовался водоструйный диссектор компании ERBE Elektromedizine (GmbH, Германия). После выделения магистральных сосудов, основных нервов и сухожилий кисти опухоль удалена. (рис. 3). Макропрепарат опухоли представлен на рисунке 4.

Операция выполнена бригадой врачей в составе: хирург – проф. Шароев Т. А., ассистент - к.м.н., Савлаев К. Ф., анестезиолог – Илларионов Ю. В.

Гистологический диагноз: инфантильная фибросаркома.

Течение послеоперационного периода без осложнений. В настоящее время ребенок получает полихимиотерапию и восстановительное лечение. Внешний вид кисти после удаления опухоли и снятия швов представлен на рис.5.

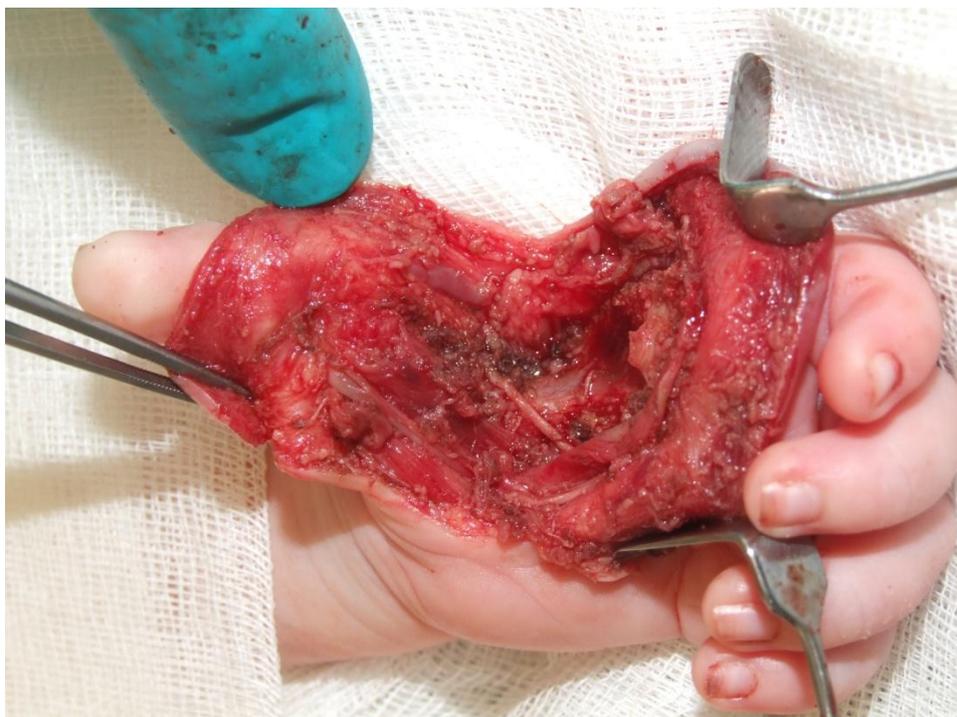


Рис. 3. Вид раны после удаления опухоли кисти. В основании раны определяются пястные кости, сосуды и нервы.



Рис. 4. Макропрепарат. Опухоль удалена в капсуле, имеет довольно четкий, неровный контур, состоит из участков хрящевой и мягкой тканой плотности. Имеются кровоизлияния в опухоли.



Рис. 5. Внешний вид кисти после удаления опухоли и снятия швов.