

## УДАЛЕНИЕ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ВРОЖДЕННОЙ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КИСТИ У 4-Х МЕСЯЧНОГО РЕБЕНКА

Одним из приоритетных направлений деятельности НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы (НПЦ) является оказание помощи новорождённым и детям первого года жизни, больных солидными опухолями. В НПЦ имеется специализированное отделение патологии новорождённых и недоношенных детей, являющееся своеобразной площадкой на которой находятся больные самой разнообразной патологией, в том числе злокачественными опухолями. В состав НПЦ входят отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, операционная, оснащенная всем необходимым оборудованием, наконец, необходимые специалисты.

Врачами онкологами НПЦ выполняется весь необходимый спектр лечебной помощи младенцам, с установленным диагнозом злокачественной опухоли. Большим преимуществом НПЦ является его многопрофильность, что позволяет выполнять самые сложные операции командой, в составе которой хирурги-онкологи, ортопеды, нейрохирурги, челюстно-лицевые, пластические и сосудистые хирурги и т.д.

На страницах нашего сайта в разделе «Случаи из практики» мы рассказываем о наиболее сложных наблюдениях, с которыми встречаются детские онкологи НПЦ. Настоящая публикация посвящена сложной хирургической операции, выполненной ребенку по поводу злокачественной опухоли кисти. Следует сказать, что онкологические операции на кисти у новорожденных и детей 1-го года жизни, относятся к категории чрезвычайно сложных. Даже неверно выбранный доступ к опухоли, неправильный разрез, выполненный без учета иннервации и кровоснабжения, может привести к значительному ограничению функции кисти со всеми вытекающими из этого последствиями.

*Девочка Д., 4 мес, (12.03.2017 г. рождения) поступила в онкологическое отделение НПЦ с направляющим диагнозом, опухоль левой кисти - инфантильная фибросаркома.*

*Заболела в середине марта 2017 г., когда после инъекции в тыльную поверхность кисти мать заметила припухлость. Врачами поликлиники по месту жительства были назначены компрессы, на фоне которых припухлость увеличилась в размерах. В середине апреля ребенок был госпитализирован в одну из московских больниц, где после УЗИ была диагностирована флегмона левой кисти. Проводилась антибактериальная терапия, дренирование предполагаемой флегмоны. В конце апреля после рентгенографии кисти был заподозрен остеомиелит пястных пальцев левой кисти, по поводу чего девочка получала курсы антимикробной терапии. Отек уменьшился, и пациентка была выписана домой. Однако в начале июня припухлость в области кисти начала увеличиваться. Ребенок был повторно госпитализирован в стационар. Сделана биопсия новообразования на кисти. Гистологическое заключение: злокачественная опухоль мягких тканей – инфантильная фиб-*

росаркома (см. публикацию о данном виде опухоли на нашем сайте). Ребенок был госпитализирован в детское онкологическое отделение Федерального центра, где пациентке был проведен курс полихимиотерапии. Эффекта не было. От предложенной ампутации кисти родители отказались и обратились за помощью в НПЦ.

Состояние ребенка при поступлении субъективно удовлетворительное. По органам и системам без особенностей. Местно: при осмотре на тыльной поверхности кисти имеется опухоль, довольно плотной консистенции, безболезненная при пальпации, занимающая  $\frac{3}{4}$  поверхности тыла кисти. В центре опухоли послеоперационный рубец – место проведенной ранее биопсии. На ладонной поверхности аналогичной консистенции новообразование, состоящее из сливающихся узлов (рис. 1 а и б). Общие размеры опухоли кисти 4,5 x 5,0 x 5,0 см



Рис. 1 а. Внешний вид кисти ребенка при поступлении. На тыльной поверхности отчетливо определяется опухоль больших размеров, безболезненная при пальпации. Кожа над опухолью синюшная, не смещается в области биопсийного участка. Стрелкой отмечено место биопсии.



Рис. 1 б. На ладонной поверхности левой кисти определяется опухоль, состоящая из двух сливающихся узлов. Кожа над опухолью не изменена.

После обсуждения больной на консилиуме врачей онкологов совместно с руководителем научного отдела НПЦ проф. Шаровым Т. А. и зав. отделением проф. Ивановой Н. М. было принято решение о выполнении хирургического вмешательства в объеме удаления опухоли кисти – органосохраняющей операции. Учитывая большой объем опухоли, возможность прорастания опухолью сосудов, нервов и сухожилий кисти, родители ребенка были предупреждены о возможности интра- и послеоперационных осложнений, неврологических выпадений, нарушений функции кисти, ампутации пальцев (3 и 4) и возможно кисти.

При УЗИ + доплерографии опухоль имеет достаточно выраженную сосудистую сеть (рис. 2).

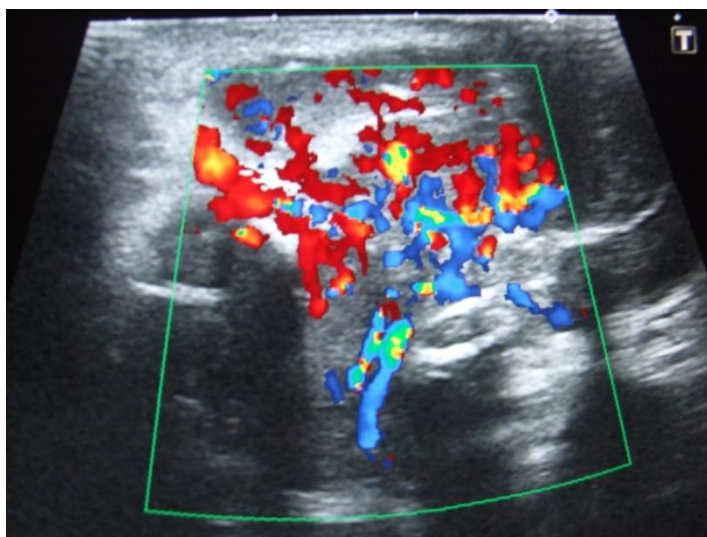


Рис. 2. УЗИ-доплерография. Опухоль левой кисти имеет выраженную сосудистую сеть, богатую васкуляризацию.

Пациентке проведена компьютерная ангиография и выполнена 3D реконструкция. Получено изображение опухоли, магистральных сосудов кисти, которые необходимо сохранить во время операции (рис. 3).



Рис. 3. Компьютерная ангиография, 3D реконструкция. Отчетливо определяется опухоль на ладонной и тыльной поверхности кисти, сосудистая дуга на ладонной поверхности, основные ма-

гистральные сосуды кисти. Опухоль распространяется с тыльной поверхности на ладонную через промежутки между пястными костями.

18 июля 2017 г. операция: удаление опухоли левой кисти, остеосинтез IV пястной кости спицей Киришнера.

(Операционная бригада: хирурги - проф. Шароев Т. А. (онколог-хирург), проф. Рыбчонок В.В. (сосудистый, пластический хирург); ассистент – к.м.н. Савлаев К.Ф.; анестезиолог Илларионов Ю. В.; операционная сестра – Смирнова А. А.)

Линии разрезов представлены на рисунках 5 а, б.



Рис. 5а. линия разреза на ладонной поверхности.

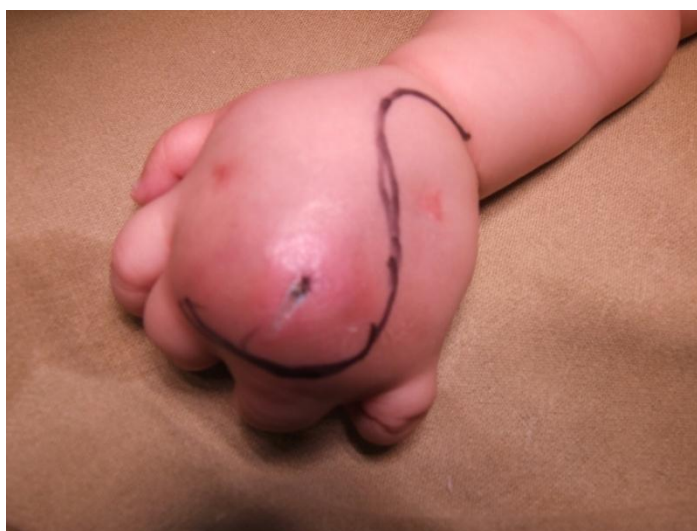


Рис. 5б. Линия разреза на тыльной поверхности.

Перед началом операции на нижнюю треть левого плеча наложен эластический резиновый жгут.

На первом этапе начата операция на ладонной поверхности. После рассечения кожи и отсепаровки кожных лоскутов бережно выделены нервы, сосудистая дуга с ее ветвями и сухожилия

сгибателей кисти и взяты на силиконовые турникеты (рис. 6). Опухоль на ладонной поверхности удалена острым путем макроскопически полностью (рис. 7).

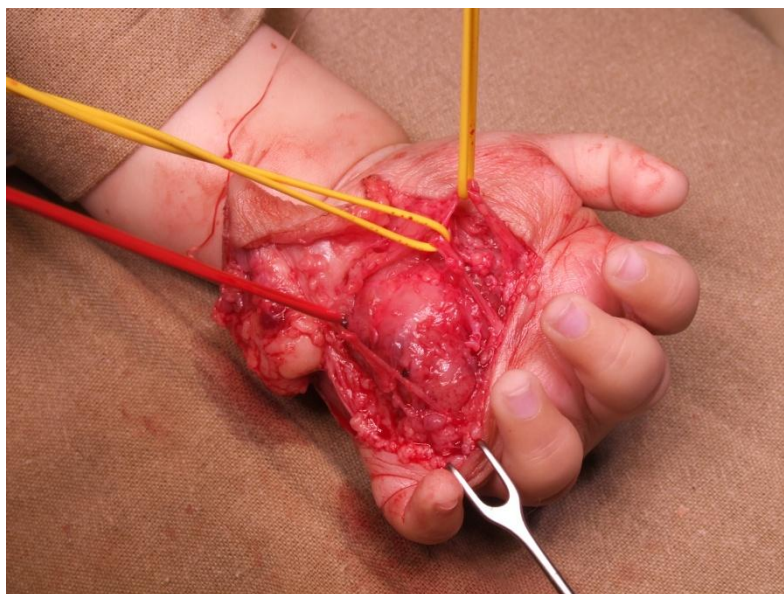


Рис. 6. Этап операции. Выделенные нервы, сухожилия сгибателей пальцев, сосуды над опухолью и взяты на силиконовые турникеты.



Рис. 7. Этап операции. Вид раневой поверхности после удаления опухоли.

На втором этапе произведено удаление опухоли на тыльной поверхности кисти. Сухожилия, сосуды, нервы выделены и взяты на силиконовые турникеты. Ввиду того, что опухоль не имела капсулы, ложе удаленной опухоли и внутренние поверхности кожных лоскутов обработаны методом аргоноплазменной коагуляции (рис. 8). Опухоль распространялась с тыльной на ладонную поверхность через промежутки пястных костей. После удаления опухоли и ревизии раны выявлена узурация (длительное сдавление опухолью) и перелом IV пястной кости. Произведен остеосинтез IV пястной кости спицей Киришнера. Макроскопически прорастания опухоли в кости не выяв-

лено. Снят эластический жгут. Время наложение жгута 45 мин. Признаков кровотечения нет. Кровь во время операции не переливалась. Гемоглобин к концу операции – 120 г/л. В ране оставлена силиконовая дренажная трубка для активной аспирации раневой полости (рис. 9). Кожные швы по Донати. Бинтование. Фиксация кисти гипсовой лонгетой от уровня левого плеча. Продолжительность операции – 2 часа.

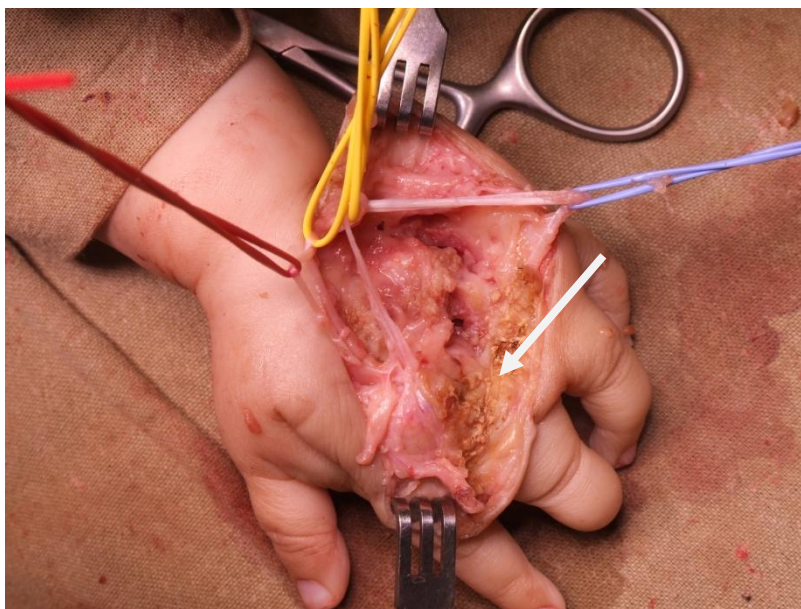


Рис. 8. Этап операции. Рана на тыльной поверхности кисти после удаления опухоли. Стрелкой отмечен вид жировой ткани кожного лоскута после его обработки плазменным потоком (светло-коричневый цвет жировой ткани).

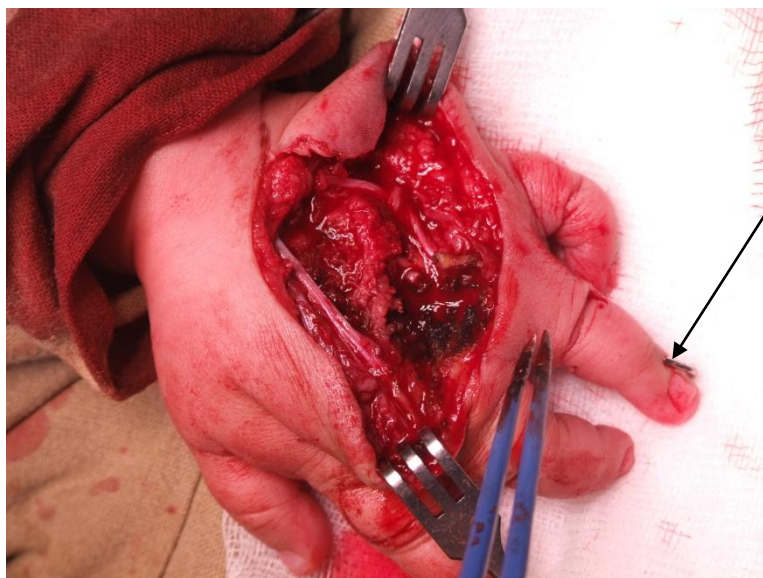


Рис. 9. Этап операции. Внешний вид раневой поверхности после удаления опухоли, снятия эластического жгута и установки металлической спицы для фиксации 4 пястной кости. Спица обозначена стрелкой.

На рис. 10 представлен внешний вид тыльной поверхности кисти через 18 часов после операции (фото сделано во время перевязки).



*Рис. 10. Вид кисти через 18 часов после операции (во время перевязки).*

Таким образом,

- несмотря на большие размеры и сложную анатомическую локализацию опухоли (кисть), возраст ребенка (4 месяца), адекватное обследование (УЗИ + доплерография, компьютерная ангиография с 3D реконструкцией) позволяют провести тщательную предоперационную подготовку и составить план операции;
- бригада врачей, состоящая из хирургов разных профилей, имеющая опыт выполнения операций на кисти, способна удалить новообразование сложной анатомической локализации и выполнить органосохраняющее хирургическое вмешательство, предотвратив тяжелую инвалидизацию маленького пациента..