

Сложный случай
ВОЗМОЖНОСТИ ИННОВАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ
В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ:
ОРГАНСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ НА ПРАВОЙ ПОЧКЕ ПО ПОВОДУ
НЕФРОБЛАСТОМЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ОРГАНЫ И
ТКАНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Операции на почках по поводу нефробластомы (опухоли Вилмса), часто выполняются детскими хирургами-онкологами. Стандартным объёмом хирургического вмешательства при нефробластоме у детей является удаление почки с опухолью – нефрэктомия. В последние десятилетия всё чаще хирурги-онкологи выполняют и органосохраняющие операции – резекции почек различного объема. Разумеется, органосохраняющие операции имеют свои четкие показания и противопоказания. Отбор больных производится тщательно. Можно даже сказать, что резекции почек при опухолях – «штучные» операции. Конечно, консервативная хирургия требует высококлассной подготовки и врача хирурга и его помощников, включая операционную сестру.

НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого (НПЦ) является лидером в области консервативной хирургии при опухолях почек у детей. Чаще всего резекции почек производятся у больных опухолью Вилмса при локализованных стадиях (I-II), когда новообразование находится в пределах анатомической области почки и не выходит за пределы капсулы органа или опухоли. При этом сосуды ворот почки, мочеточник и лоханка не должны быть вовлечены в опухолевый процесс. Для определения показаний к органосохраняющей операции пациенту проводится тщательное обследование с использованием всего арсенала современных диагностических средств. Наличие регионарных и/или отдаленных метастазов не является противопоказанием для выполнения органосохраняющего хирургического вмешательства на почке.

Между тем, жизнь преподносит хирургу-онкологу самые разные сюрпризы и часто со знаком «минус». Ответы на эти сложные вопросы нередко приходится решать во время операции, непосредственно у операционного стола. Об одном таком сложном случае, который был в нашей клинике недавно, хотелось бы рассказать.

Ребенок В., 3 лет 8 мес, со слов мамы заболел в декабре 2017 года у мальчика появились боли в животе. В начале февраля 2018 г. пациент был проконсультирован в детской городской клинической больнице им. Н. Ф. Филатова №13, где был осмотрен хирургом, выполнено ультразвуковой исследование (УЗИ) органов живота. При УЗИ выявлено новообразование правой почки, больших

размеров. Заподозрена злокачественная опухоль, нефробластома (опухоль Вилмса). По инициативе матери мальчик был госпитализирован в онкологическое отделение Морозовской городской детской клинической больницы. Диагноз нефробластомы правой почки был установлен на основании визуализирующих методов исследования: УЗИ, компьютерная томография (КТ). Проведенное комплексное обследование выявило множественные метастазы в печень, лимфоузлы брюшной и забрюшинной областей. Диагностирована IV клиническая стадия заболевания. С 13 февраля 2018 г. больному был начат курс противоопухолевой полихимиотерапии (ПХТ) по международному протоколу лечения нефробластомы (SIOP-2001). По просьбе матери для дальнейшего лечения, выполнения хирургического этапа, мальчик был переведен в онкологическое отделение Научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы (НПЦ).

При УЗИ брюшной полости от 16.02.18 в области нижнего полюса правой почки выявлено объемное образование размерами 10,0 x 8,3 x 6,2 см, умеренной васкуляризации. Забрюшинно в области сосудистой ножки правой почки множественные лимфатические узлы неоднородной структуры размерами от 10 до 20 мм. В печени участки умеренно повышенной эхогенности диаметром до 14 мм (метастазы) (рис. 1).

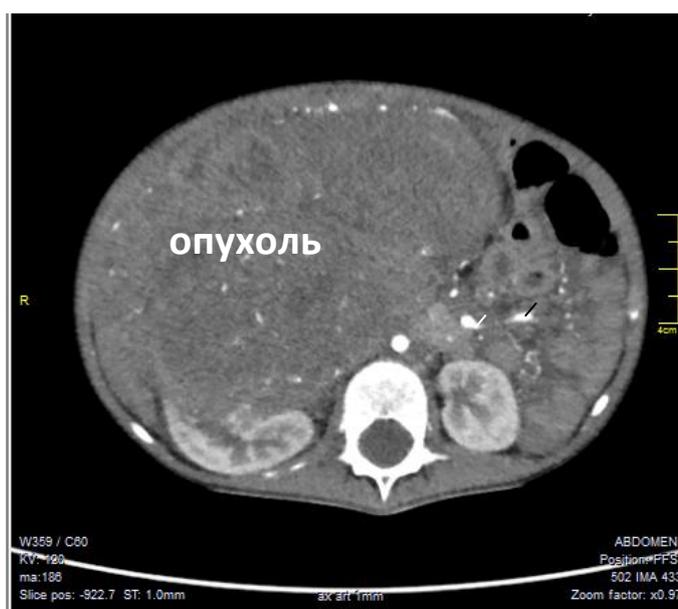


Рис. 1. Компьютерная томография больного В., 3 г. 8 мес. (до начала предоперационной химиотерапии). Опухоль размерами 12,0 x 10,0 x 8,0 см исходит из нижнего полюса правой почки, занимает всю правую половину живота, переходит через среднюю линию.

С целью верификации диагноза 2 марта 2018 г. была произведена диагностическая пункция опухоли правой почки тонкой иглой под контролем УЗИ. Диагноз: злокачественная опухоль, нефробластома.

В результате проведенной предоперационной ПХТ был зарегистрирован выраженный терапевтический эффект в виде значительного сокращения размеров первичной опухоли правой почки до 4 см в диаметре (рис. 2), лимфоузлы забрюшинной и брюшной областей перестали визуализи-

роваться, в печени определяются гиподенсивные очаги в правой (S_6) и левой долях (S_3) до 6,6 и 4,0 мм в диаметре. Убедительных признаков увеличения лимфоузлов не выявлено.

После обсуждения ребенка на консилиуме врачей совместно с руководителем научного отдела проф. Шароевым Т. А., зав. онкологическим отделением проф. Ивановой Н. М., врачами онкологами, лучевыми диагностами и анестезиологами-реаниматологами, принято решение о выполнении хирургического этапа.

28 марта 2017 г. операция: лапаротомии, резекция нижнего сегмента правой почки (A16.28.003); резекция сальника с множественными метастазами; термоабляция опухолей печени (A16.14.037); резекция печени атипичная (A16.14.030); резекция поперечно-ободочной кишки с наложением асцендо-трансверзо анастомоз бок в бок (A16.18.017).

Операционная бригада: хирург – проф. Шароев Т. А., асс. Рохоев М. А., к.м.н. Савлаев К. Ф. Операционная сестра Трофимова Н.А. Анестезиолог – Илларионов Ю.В.

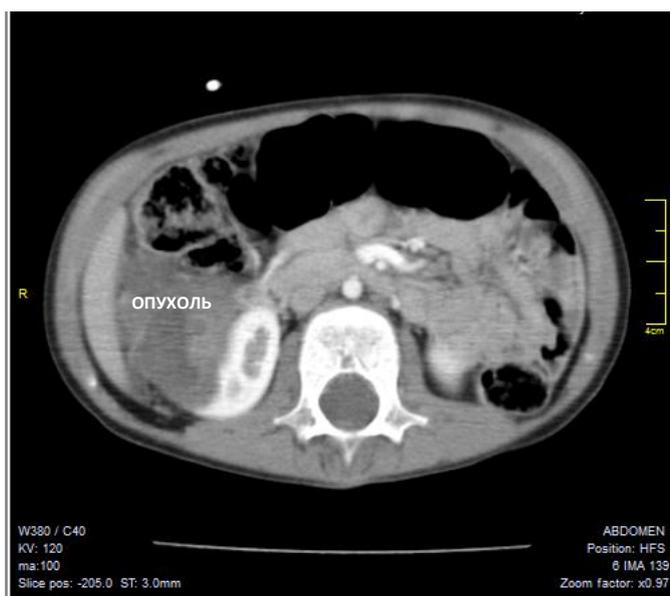


Рис. 2. Компьютерная ангиография после проведенной химиотерапии. В области нижнего полюса правой почки определяется опухоль размерами 3,7 x 3,3 x 2,7 см, слабоинтенсивно накапливающая контрастное вещество. Убедительных признаков увеличения лимфоузлов не выявлено. В сравнении с предыдущим исследованием (от 12 февраля 2018 г.) регистрируется выраженная положительная динамика.

- 1) Верхнесрединная лапаротомия, дополненная поперечным разрезом от средней линии к XII ребру. При ревизии органов брюшной полости обнаружены множественные метастатические узлы оранжево-желтого цвета в области сальника размерами от 0,2 до 2,0 см, плотной консистенции (рис. 3).



Рис. 3. Этап операции. При ревизии сальника отмечается наличие множественных метастатических узлов размерами от 0,5 до 2 см, оранжево-желтого и сероватого цвета.

В области брыжейки тонкой кишки и корня брыжейки выявлены множественные плотнo-эластической консистенции увеличенные до 1,0-1,5 см, имеющие белый цвет. При ревизии правого бокового канала определяется опухоль, исходящая из нижнего полюса правой почки. Новообразование имеет пестрый цвет. Опухоль прорастает брюшину, врастает в сальник, подрастает к стенке восходящего отдела толстой кишки на участке до 4 см.

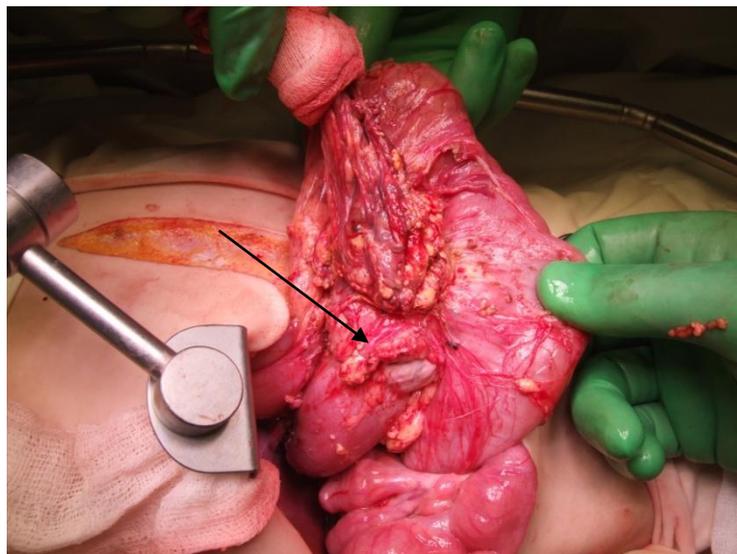


Рис. 4. Этап операции. Опухоль, исходящая из нижнего полюса правой почки (отмечено стрелкой), прорастает брюшину, врастает в сальник, брыжейку слепой и восходящего отдела толстой кишки.

Слепая кишка интимно связана с образовавшимся опухолевым конгломератом. С техническими трудностями острым путем слепая кишка и восходящий отдел толстой кишки отделены от опухоли. При этом была скелетирована брыжеечная поверхность восходящего отдела толстой кишки на участке до 4 см. Сальник с метастатическими узлами резецирован. Увеличенные брыжеечные лимфоузлы взяты на биопсию. Удалены все видимые увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Далее вскрыта брюшина в правом боковом канале.

Острым путём правая почка с опухолью выделена из окружающих тканей. Правый надпочечник не изменен и отделен от верхнего полюса почки.

- 2) При осмотре почки отмечено, что опухоль исходит из наружной поверхности нижнего полюса органа. Имеет плотную консистенцию, неровную поверхность. Размеры новообразования 4,5 x 4,0 x 4,0 см. Границы опухоли в области почки отчетливые. $\frac{3}{4}$ почки имеют нормальную паренхиму (рис. 5).

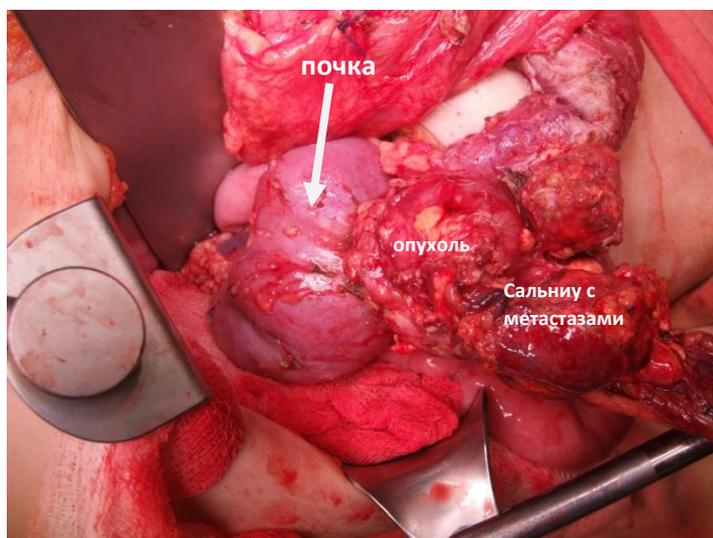


Рис. 5. Этап операции. Опухоль с конгломератом, состоящим из брыжейки, сальника с метастатическими узлами выделен из окружающих тканей единым блоком. Новообразование исходит из наружной поверхности нижнего полюса почки, имеет плотную консистенцию, неровную поверхность. Размеры новообразования 4,5 x 4,0 x 4,0 см.

Сосудистая ножка почки и мочеточник интактны. Принято решение о выполнении органосохраняющей операции – резекции нижнего полюса правой почки с опухолью. После определения границы резекции плазменным скальпелем рассечена паренхима почки по границе резекции. Водоструйным диссектором ERBE Jet (компания ERBE Elektromedizin GmbH, Германия) выполнена резекция нижнего полюса почки в пределах видимых здоровых тканей. Лоханка почки не вовлечена в опухолевый процесс.

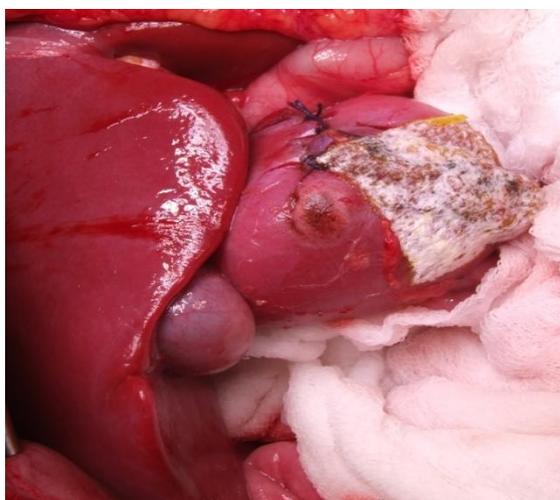


Рис. 6. Внешний вид почки после резекции опухоли.

Вскрытые чашечки на границе среднего и нижнего отдела почки ушиты проленовой нитью. Тщательный гемостаз. Раневая поверхность почки закрыта пластиной Тахокомба (рис. 6).

- 3) *При ревизии печени обнаружены два метастатических участка в правой доле, размерами 4 мм и 2 мм в диаметре. Оба очага располагались в области 5 и 6 сегментов печени. Выполнена высокочастотная термоабляция метастазов после чего оба участка удалены из паренхимы печени электроиглой в пределах видимых здоровых тканей (рис. 7).*

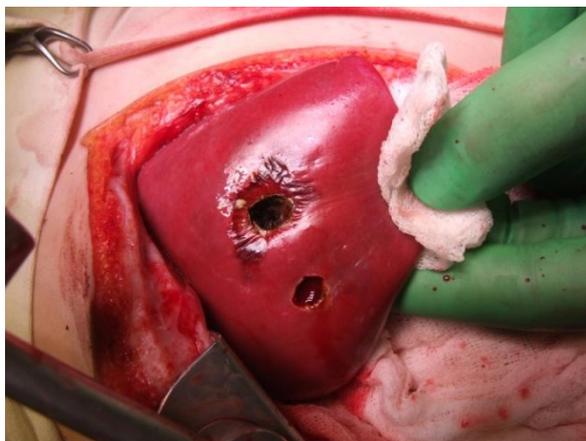


Рис. 7. Внешний вид печени после термоабляции и удаления метастазов.

- 4) *При ревизии диафрагмального пространства обнаружены множественные участки на поверхности диафрагмы размерами от 4 мм до 20 мм в диаметре, оранжево-желтого цвета, толщиной до 0,5-1 мм – метастазы (рис. 7). Общее число метастазов - 15. Все видимые патологические участки на поверхности диафрагмы удалены. Раневая поверхность обработана плазменным скальпелем.*
- 5) *Произведена повторная ревизия участка восходящего отдела толстой кишки. Брыжеечная поверхность кишки имеет голубоватый цвет. Явных признаков некроза нет. Однако имеется видимая на глаз ишемия стенки кишки в указанной области. Проведен консилиум у операционного стола совместно с профессором Бурковым И. В. Принято решение о выполнении резекции участка восходящего отдела толстой кишки. Произведена резекция фрагмента восходящей кишки с наложением анастомоза между восходящей и поперечно ободочной кишкой «бок в бок».*

Операция завершилась установкой силиконовых дренажных трубок в поддиафрагмальную область, в зону кишечного анастомоза и в область резецированной почки.

Осложнений во время операции не было.

Течение послеоперационного периода без осложнений.

Таким образом, использование современных технологий в детской онкохирургии и большой опыт врачей онкологов-хирургов, позволяет успешно выполнить самые сложные операции даже в случаях распространенных опухолевых процессов и сохранить ребенку орган, пораженный опухолью.