

УДАЛЕНИЕ ЛИМФАНГИОМ У НОВОРОЖДЕННОГО И РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

В онкологические отделения поступают главным образом дети с подозрением или с уже подтвержденным диагнозом злокачественной опухоли. Между тем некоторые доброкачественные новообразования ведут себя достаточно агрессивно, имеют определенные признаки злокачественности (прорастают окружающие органы и ткани, способны рецидивировать), что сближает их со злокачественными новообразованиями. К таким новообразованиям относят гемангиомы и лимфангиомы.

Лимфангиомы – врожденная доброкачественная опухоль, образованная лимфатическими сосудами, имеющая разнокалиберные кистозные полости. Новообразование достаточно часто встречается в детском возрасте. Гистологически лимфангиома относится к зрелым опухолям. Между тем в процессе своего роста лимфангиома, достигая значительных размеров, может вызывать компрессию окружающих органов, тканей, вызывая серьезные анатомо-физиологические нарушения в организме больного. Радикальное удаление опухоли приводит к выздоровлению ребенка. Однако опухоли нередко располагаются в трудных анатомических областях, имеют связь с жизненно важными структурами организма ребенка (нервами, магистральными сосудами), повреждение которых может привести к серьезным осложнениям и даже к инвалидизации. Все это значительно усложняет оперативное вмешательство и требует высокого мастерства оперирующего хирурга.

В конце июля 2018 г. хирурги-онкологи НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого (НПЦ) провели сложные операции по поводу лимфангиом у двух детей с хорошими терапевтическими результатами.

Случай 1.

Москвичка А., от матери 31 года родилась доношенной. При УЗИ, выполненном за 1,5 месяца до рождения, было обнаружено массивное опухолевидное образование в области грудной стенки справа. Течение родов без особенностей. При рождении в области грудной стенки справа регистрировалась больших размеров мягкотканая опухоль размерами до 9 см в диаметре с распространением на правую подмышечную область. Ребенок направлен в отделение патологии новорождённых и недоношенных детей НПЦ для лечения.

Состояние при поступлении удовлетворительное. По органам и системам дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыделения без особенностей. При осмотре в области верхнего и среднего отделов грудной стенки справа определяется опухоль, эластической консистенции, имеющая довольно четкий, неровный контур. Новообразование распространяется на правую подмышечную область. Задняя граница опухоли доходит до угла лопатки (рис. 1)



Рис. 1. Внешний вид ребенка при поступлении. Опухоль больших размеров занимает верхний и средний отделы грудной стенки справа, распространяется на подмышечную область. Внутренняя граница опухоли находится на уровне соски, задняя - доходит до угла лопатки.

При компьютерной ангиографии в правой подмышечной области определяется объемное образование, размерами 10x9,0см, содержащее жидкостной компонент с нежной мелкодисперсной взвесью. Опухоль сдавливает и деформирует переднебоковую поверхность грудной клетки. Верхний полюс новообразования начинается от ключицы справа, нижний – на уровне IX ребра (рис. 2). Подключичные сосуды (артерия и вена) проходят в толще верхнего полюса опухоли (рис. 3).



Рис. 2. Компьютерная ангиография (реконструкция). Опухоль, состоящая из крупных кистозных полостей, размерами 96,5 x 37,0 мм, сдавливает и деформирует переднебоковую поверхность грудной клетки. Верхний полюс новообразования начинается от ключицы справа, нижний – на уровне IX ребра

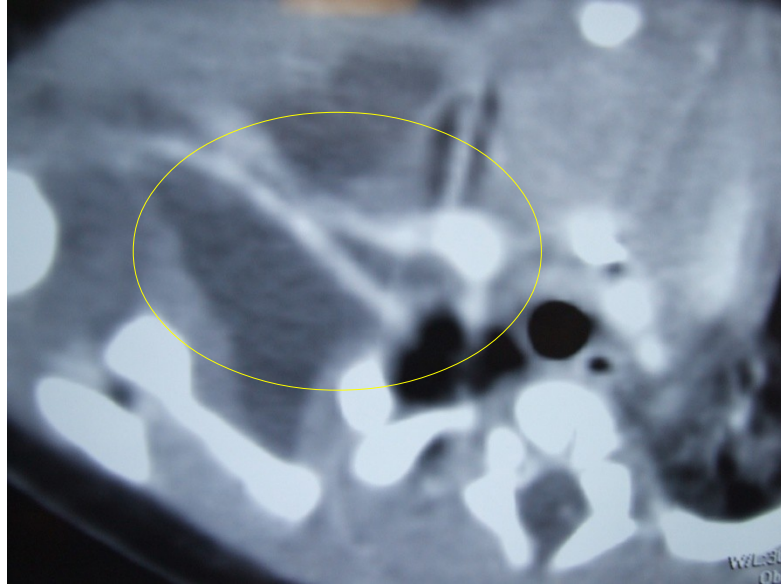


Рис. 3. Компьютерная ангиография. Отчетливо визуализируются подключичные сосуды (вена и артерия), проходящие в толще верхнего полюса новообразования (обозначено овалом)

После обсуждения ребенка на консилиуме врачей онкологов, рентгенологов совместно с руководителем научного отдела НПЦ хирургом проф. Шароевым Т. А., принято решение о выполнении хирургического вмешательства – удаления опухоли.

19 июля операция: удаления опухоли верхнего и среднего отдела грудной стенки и правой подмышечной области справа.

Операционная бригада: хирург - проф. Шароев Т. А., ассистент – Рохоев М. А., операционная сестра – Соловьёва Ю.И. Врач-анестезиолог – Илларионов Ю. В.

В положении больного на спине с небольшим поворотом влево (рис. 4.) произведен овальный разрез по средней подмышечной линии.



Рис. 4. Положение пациента на операционном столе.

Отсепарованы кожные лоскуты. В ране определяется больших размеров кистозная опухоль, эластической консистенции с тонкими стенками. Передняя поверхность новообразования закрыта мышцами грудной стенки (рис. 5).



Рис. 5. Дугообразный разрез по средней подмышечной линии. Отсепарованы кожные лоскуты с жировой клетчаткой.

Очень бережно опухоль выделена из окружающих тканей без повреждения капсулы (рис. 6).

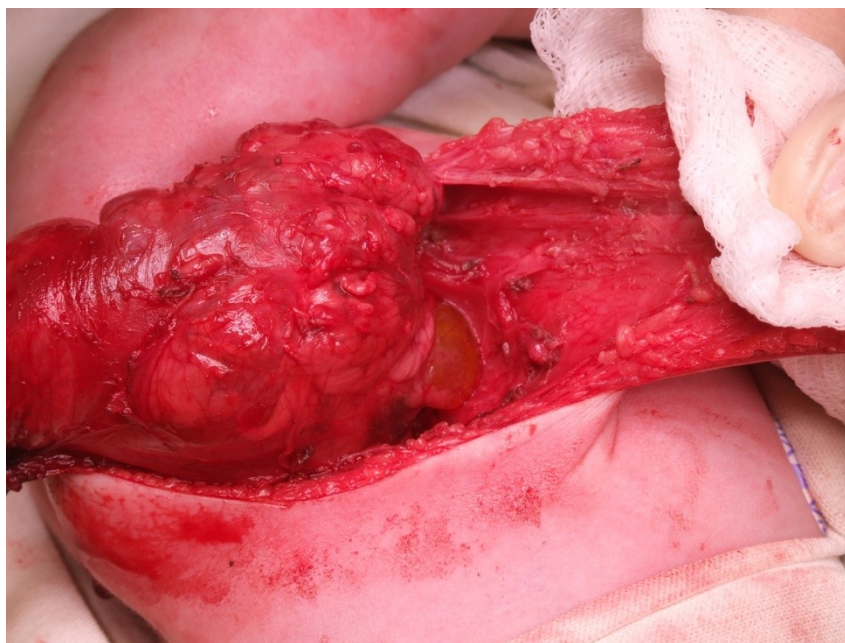


Рис. 6. Этап операции. Очень аккуратно опухоль выделяется из окружающих тканей.

С помощью водоструйного диссектора ERBE JET модульная станция ERBE VIO 300 D (компания ERBE Elektromedizin) и бережной механической диссекции тканей опухоль выделена из окружающих тканей, нервов и сосудов правой подмышечной и подключичной областей (рис. 6)

Обнаружено, что подключичные сосуды и сосудисто-нервный пучок правой подмышечной области проходят под капсулой задней поверхности опухоли.

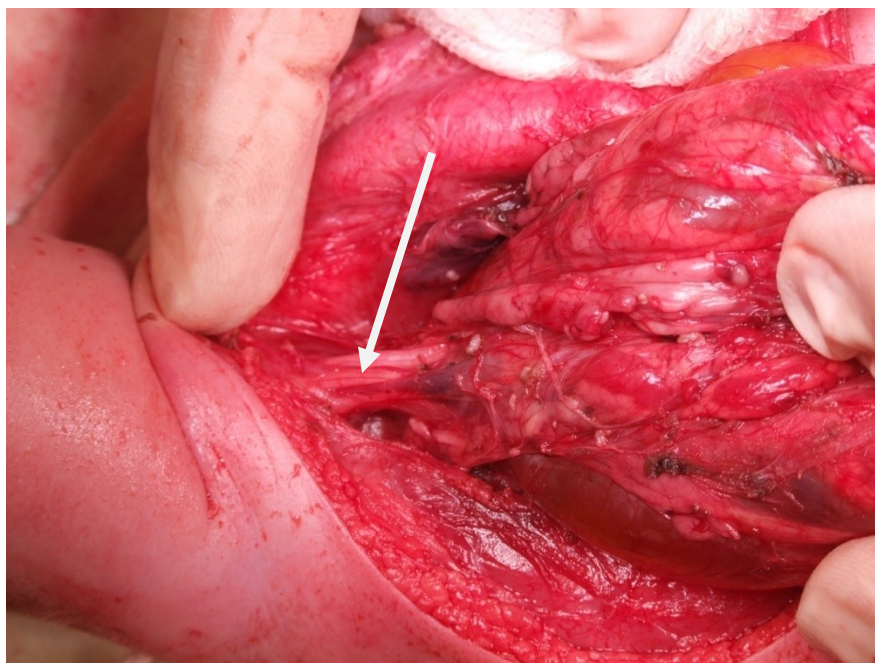


Рис. 6. Этап операции. В ране определяется сосудисто-нервный пучок правой подмышечной области (стрелка).

После выделения всех сосудистых магистралей и нервов методом водоструйной диссекции опухоль удалена единым блоком из грудной стенки и правой подмышечной области. Все сосуды и нервы подключичной и правой подмышечной областей сохранены (рис. 7).

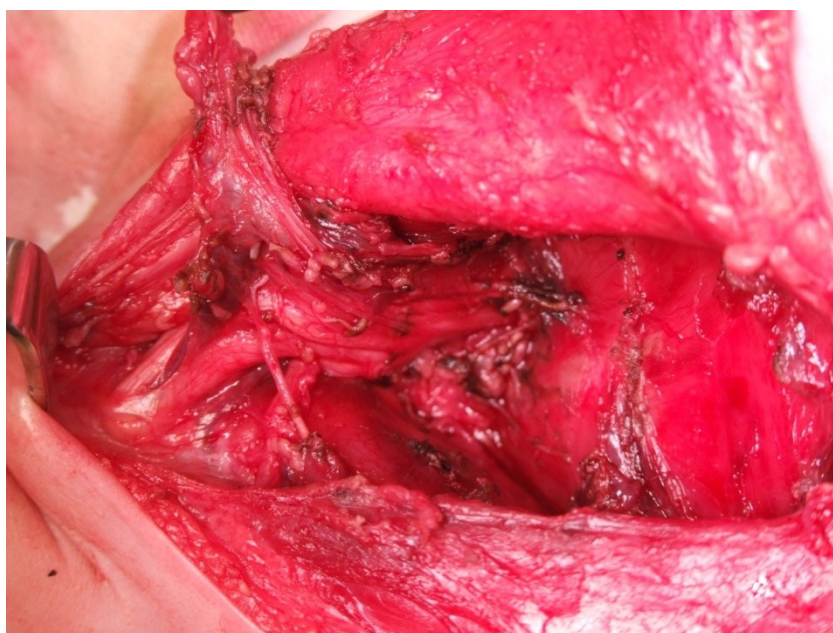


Рис.7 . Этап операции. Внешний вид операционной раны после удаления опухоли. Отчетливо определяется сосудисто-нервный пучок правой подмышечной области.

Макропрепарат удалённой опухоли представлен на рисунке 8.

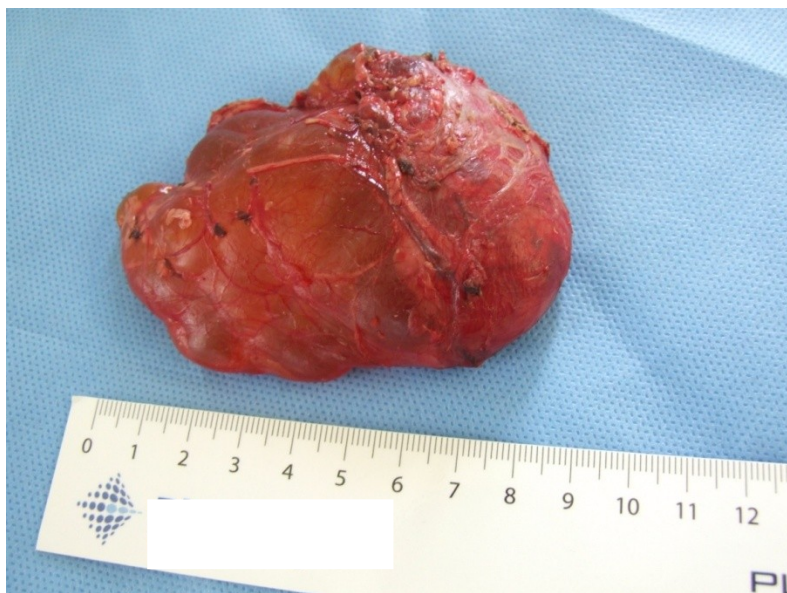


Рис. 8. Макропрепарат удаленной опухоли. Новообразование имеет кистозное строение, состоит из множественных, сливающихся крупных полостей. Опухоль, удалена в капсуле.

Внешний вид грудной стенки ребенка через неделю после операции представлен на рисунке 9.



Рис. 9. Внешний вид грудной стенки новорожденной спустя неделю после операции.

Случай 2.

Девочка Ч., 6 лет поступила в онкологическое отделение НПЦ по поводу опухоли мягких тканей правого предплечья и нижней трети плеча. С рождения у ребенка имелось видимое на глаз опухолевидное образование в области мягких тканей внутренней поверхности верхней трети предплечья, локтевой ямки и нижней трети плеча справа. Новообразование не беспокоило ребенка, увеличивалось вместе с ростом девочки. За 2 месяца до поступления пациентки в стационар НПЦ было зарегистрировано значительное увеличение размеров опухоли. Появилась

боли в правой руке в проекции новообразования. Состояние при поступлении оценено как удовлетворительное.

По органам и системам дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыделения без особенностей. Местно: при осмотре в области мягких тканей внутренней поверхности нижней трети предплечья, локтевой ямки и нижней трети плеча справа определяется узловатая опухоль. При пальпации новообразование имеет эластическую плотность, довольно четкий, неровный контур. Местами опухоль болезненная. Кожа над опухолью в области плеча и локтевой ямки не изменена. В области предплечья кожа над опухолью местами имеет синюшную окраску. Общие размеры новообразования 12,0 x 5,5 x 3,0 см. (рис. 1). Ограничения подвижности в локтевом суставе нет.

При УЗИ доплерографии и компьютерной ангиографии опухоль состоит из сливающихся крупных узлов. Сосудисто-нервный пучок в области локтевой ямки отчетливо не визуализируется.

На основании клинической картины болезни данных УЗИ и компьютерной томографии диагностирована лимфангиома мягких тканей верхней трети предплечья с переходом на локтевую ямку и нижнюю треть правого плеча.

После обсуждения пациентки на консилиуме врачей онкологов принято решение о выполнении хирургического вмешательства.

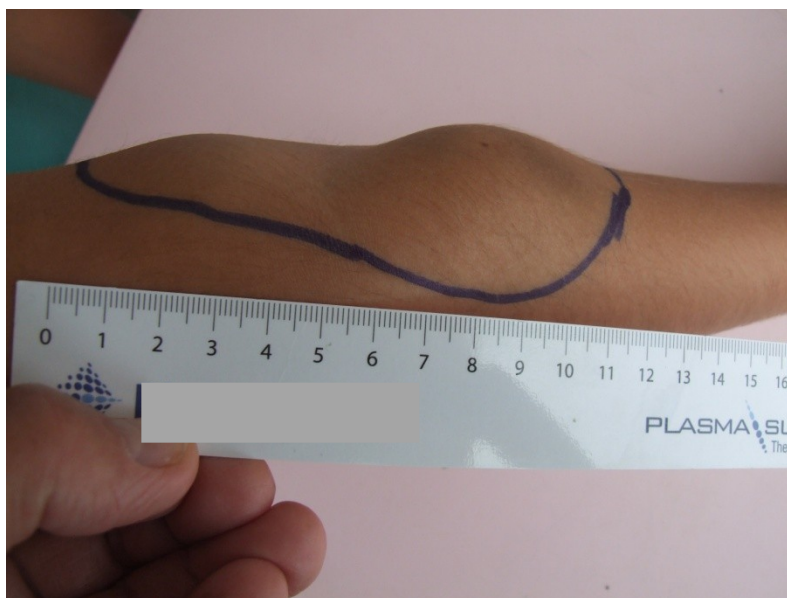


Рис. 1. В области внутренней поверхности предплечья, локтевой ямки и нижней трети плеча справа имеется видимая на глаз опухоль, эластической консистенции, общими размерами 12,0 x 5,5 x 3,0 см

24 июля 2018 г. операция: удаление опухоли мягких тканей (лимфангиомы) внутренней поверхности предплечья, локтевой ямки и плеча справа. Операционная бригада: хирург – проф.

Шароев Т. А., ассистент - Рохоев М. А., операционная сестра - Трофимова Н. Г., врач-анестезиолог -Илларионов Ю. В.

S-образный разрез над опухолью (рис. 2). После отсепаровки кожных лоскутов и выделения новообразования из окружающих тканей отчетливо определяются сосуды локтевой ямки (рис. 3).



Рис. 2. S-образный разрез кожи над опухолью..



Рис. 3. После отсепаровки кожного лоскута в ране определяются сосуды локтевой ямки, окружающие поверхность новообразования.

Магистральные сосуды и нервы локтевой ямки выделены и взяты на силиконовые турникеты (рис. 4).

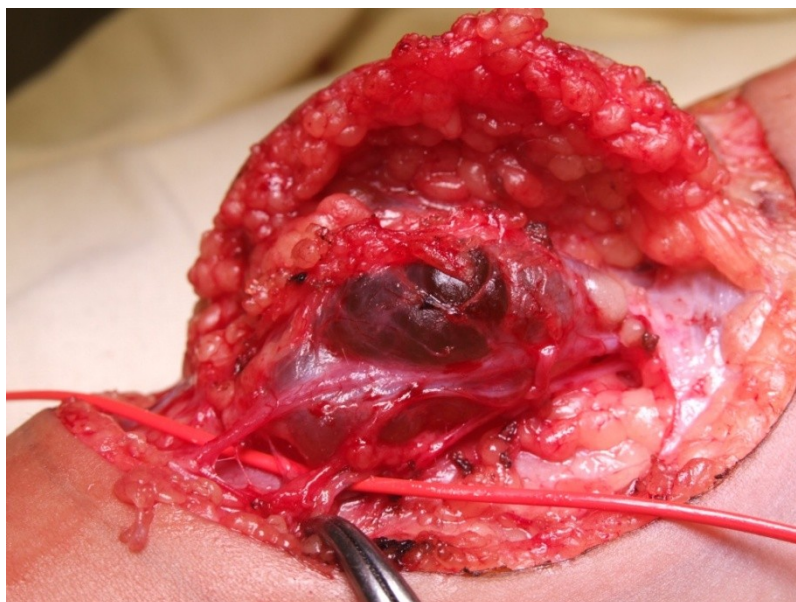


Рис. 5. Под выделенные сосуды и нервы локтевой ямки подведен силиконовый турникет.

Удалена опухоль верхней трети предплечья и локтевой ямки, а затем аналогичным способом выделена и удалена опухоль нижней трети внутренней поверхности правого плеча. Вид послеоперационной раны представлен на рисунке 6.

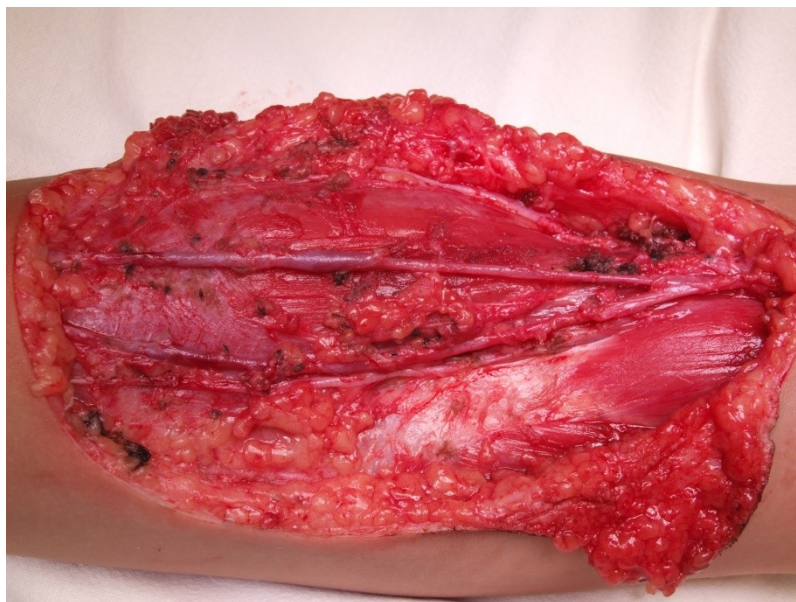


Рис. 6. Вид операционной раны после удаления всего массива опухоли предплечья, локтевой ямки и плеча. Магистральные сосуды и нервы сохранены.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Функция правой руки (плеча, предплечья, кисти) полностью сохранена.

Таким образом, приведенные случаи демонстрируют, что качественно выполненное хирургическое вмешательство по поводу лимфангиом больших размеров может быть произведено у детей любого возраста с хорошими онкологическими, функциональными и косметическими результатами.