

ЦЕНТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ ГЕПАТОБЛАСТОМЫ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ

Хирургия печени представляет собой сложный раздел медицины. Связано это с особенностями строения, кровоснабжения, функциональной деятельности органа. Операции на печени требуют от хирурга высокой квалификации, технического мастерства, быстрого принятия решений в случаях возникновения интраоперационных осложнений. В ещё большей степени всё выше изложенное касается хирургических вмешательств на печени у новорождённых и детей первого года жизни.

При операциях на печени по поводу злокачественных опухолей чаще всего выполняются резекции органа различного объема. Стандартными хирургическими вмешательствами являются правосторонняя или левосторонняя гемигепатэктомия (удаление правой или левой долей соответственно). В случаях расположения опухоли в одном из сегментов печени, может быть выполнены более экономные операции: сегментэктомии. Важно, чтобы после резекции печени в зоне вмешательства не остались опухолевые клетки.

В тех редких случаях, когда опухоль располагается в центральных отделах печени, хирургу необходимо для спасения жизни ребенка выполнить центральную резекцию органа. Это наиболее сложные операции на печени, часто сопровождающиеся интраоперационными осложнениями, наиболее грозным из которых является кровотечение.

Девочка М., 6 мес поступила в онкологическое отделение Научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого департамента здравоохранения г. Москвы (НПЦ) с направляющим диагнозом опухоль печени.

Со слов мамы ребенок развивался соответственно возрасту. В месячном возрасте при плановом обследовании амбулаторно было выявлено «неоднородное гетерогенное» новообразование печени 45х32х41 мм с четкими ровными контурами. Заподозрена гемангиома и рекомендовано контрольное УЗИ через 3 мес. Но спустя 1,5-2 мес родители заметили увеличение живота и уплотнение в эпигастральной области. Ребенок госпитализирован в больницу по месту жительства. При УЗИ от 20 марта 2019 г. выявлена опухоль, занимающая всю левую и большую часть правой долей печени, размерами 98х64х108мм ($V = 328.5 \text{ см}^3$) гетерогенной структуры за счет участков различной плотности.. Заключение: опухоль печени.

Анализ крови на опухолевый маркер эмбриональный белок альфа-фетопrotein (АФП) выявил значительное увеличение показателя АФП до 600398 МЕ.

При поступлении ребенка в НПЦ состояние пациентки было оценено как объективно тяжелое по основному заболеванию. Учитывая выше изложенное после проведенного консилиума

врачей онкологов совместно с заведующей отделением проф. Ивановой Н. М. и руководителем научного отдела проф. Шаровым Т. А. принято решение о проведении на 1 этапе предоперационной полихимиотерапии по лечению гепатобластомы (протоколу SIOPEL 4). После полихимиотерапии показатели АФП снизились до 3017 МЕ.

При компьютерной ангиографии опухоль, занимающая центральные отделы печени (S IVa-b, VIII сегменты), сократилась после проведенной полихимиотерапии до 62x46x78мм (рис. 1, 2).

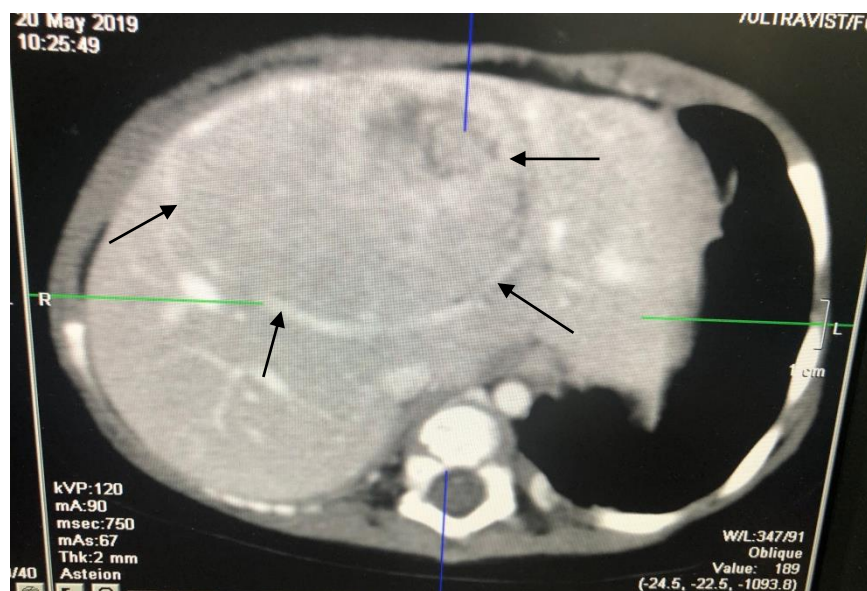


Рис. 1. На компьютерных ангиограммах отчетливо определяется больших размеров опухоль, занимающая центральные отделы печени. Граница опухоли отмечена стрелками.

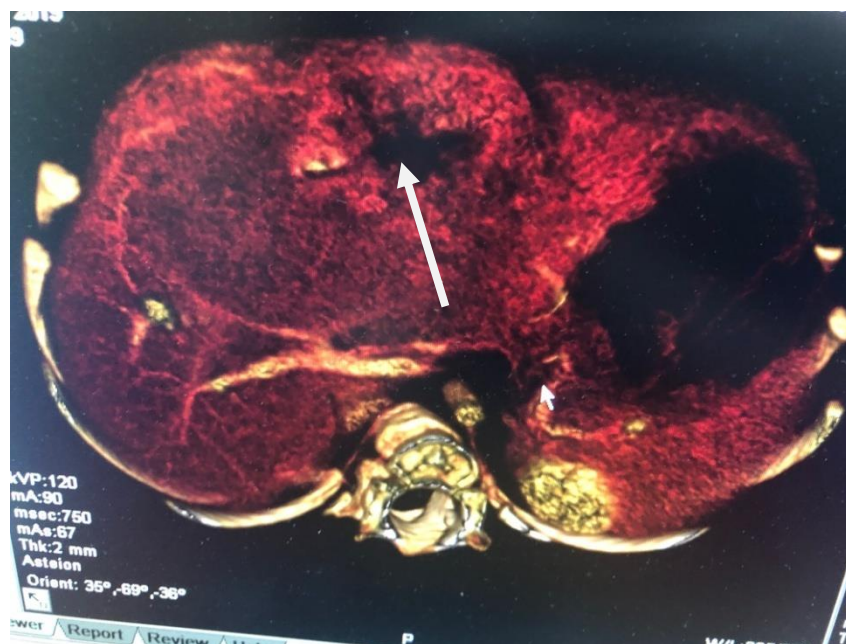


Рис. 2. Компьютерная ангиография. Реконструкция. Опухоль центральных отделов печени своей нижней границей интимно прилежит к сосудам печени (портальная ветвь), имеет полиморфное строение. Участки высокой плотности чередуются с кистозными структурами (отмечено белой стрелкой).

Ребенок подготовлен ко 2 этапу лечения – хирургическому.

28 мая 2019 операция: двуподреберная лапаротомия, резекция центральных отделов печени по поводу опухоли. Операционная бригада: хирург – проф. Шароев Т. А.; ассистенты: Рохоев М.А., Нишионов Д.К.; операционная сестра – Соловьева Ю. И.; анестезиолог – Сидоров Д. В.

Плазменным скальпелем вскрыта брюшная полость (рис. 3).



Рис. 3. Плазменным скальпелем рассекаются мягкие ткани: кожа, жировая клетчатка, мышцы брюшной стенки. Разрез выполнен бескровно.

Печень выделена из связок. При осмотре опухоль располагается в центральных отделах печени, имеет различную плотность: от интенсивно плотной, до участков кистозного строения. На рисунке 4 граница опухоли печени отмечена белой линией.



Рис. 4. Этап операции. Опухоль, занимающая центральные отделы печени, выступает за её пределы в области нижней, висцеральной поверхности. Желчный пузырь (отмечено белой стрелкой) распластан на поверхности опухоли.

Отступая от краев опухоли (примерно 1,5 см от каждого края) электроиглой намечена зона резекции. Желчный пузырь острым путём отделен от поверхности опухоли и сохранен (рис. 5).

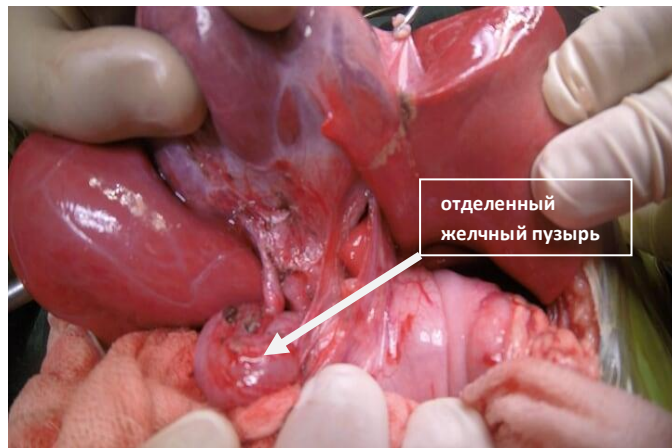


Рис. 5. Острым путём желчный пузырь отделен от поверхности опухоли и сохранён (отмечено белой стрелкой)

Водоструйным диссектором ERBE Jet в пределах видимых здоровых тканей рассечена паренхимы правой и левой долей печени (рис. 6).

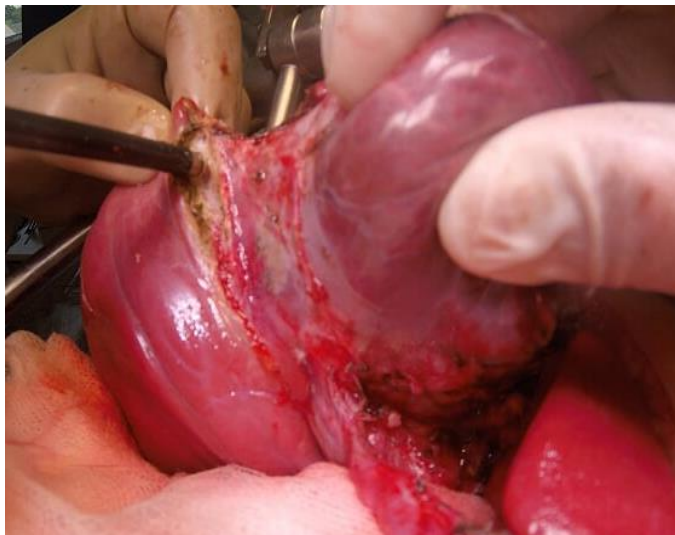


Рис. 6. Этап операции. Водоструйным диссектором выполняется резекция паренхимы правой доли в пределах видимых здоровых тканей.

Для оценки абластичности хирургического вмешательства резекция печени выполнялась под интраоперационным ультразвуковым контролем.

Наибольшую трудность представляло выделение правых и левых сосудов триады, поскольку ветви правой и левой триады были закрыты задней поверхностью опухоли. Благодаря применению во время операции водоструйного диссектора эта задача была решено без осложнений (рис. 7).

Центральный отдел печени с опухолью (сегменты IVa,b;VIII) выделен и удален вместе с новообразованием (рис. 8).

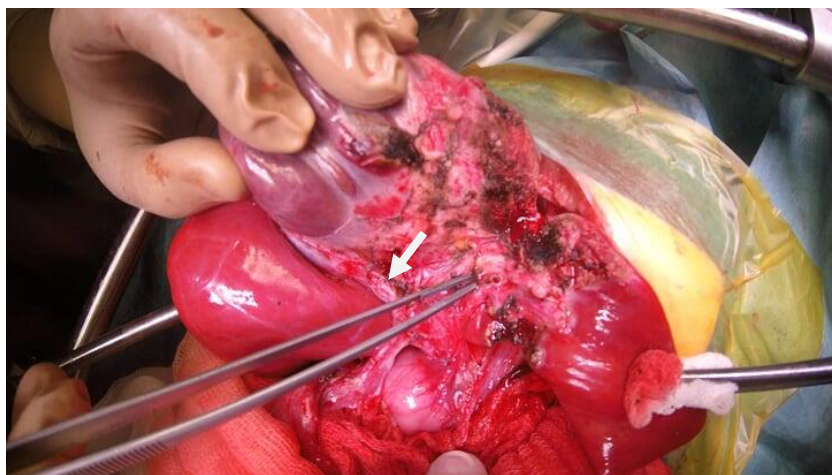


Рис. 7. Этап операции. Крупный артериальный ствол, кровоснабжающий опухоль, перевязан и пересечен (отмечено белой стрелкой). Конец пинцета направлен на левую печеночную артерию, которую необходимо отделить от опухоли и сохранить.

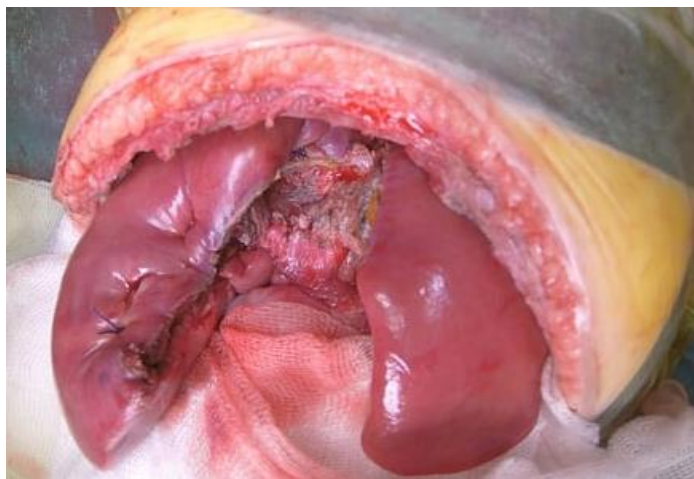


Рис. 8 . Центральный отдел печени (сегменты IVa,b\$ VIII) выделен вместе с опухолью и удален.

На рисунке 9 представлен макропрепарат удаленной опухоли. Размеры новообразования составляют 10 см в наибольшем измерении.

Течение послеоперационного периода без осложнений.

Гистологическое заключение: гепатобластома, фетальный вариант. В зоне резекции опухолевые клетки не обнаружены.

Учитывая радикальность выполненной оперативного вмешательства, гистологическое строение опухоли химиотерапия в послеоперационном периоде не назначалась. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой под наблюдение детского онколога и участкового педиатра.



Рис. 9. Макропрепарат удаленной опухоли

Таким образом, использование хирургических инноваций (водоструйного диссектора) при удалении опухолей центрального отдела печени у детей, позволяет выполнить операцию качественно, минимизировать кровопотерю и избежать осложнений опасных для жизни младенца; резекции центральных отделов печени при опухолях у детей первого года жизни являются, безусловно, чрезвычайно трудным разделом детской онкохирургии, требующим мастерства от оперирующего хирурга и всей операционной бригады.