

БИЛАТЕРАЛЬНАЯ НЕФРОБЛАСТОМА: РЕЗЕКЦИЯ ЕДИНСТВЕННОЙ ПРАВОЙ ПОЧКИ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛИ

Билатеральная (двухсторонняя) нефробластома - редкая онкологическая патология детского возраста. Удельный вес билатеральной нефробластомы (БН) составляет не более 10% от всех опухолей почек у детей, на долю которых приходится 7% от общего числа всех злокачественных новообразований, включая и гемобласты. Ввиду редкости заболевание чаще дети больные БН поступают в педиатрические онкологические отделения, имеющие опыт лечения больных данной патологией. Лечение пациентов состоит из нескольких этапов, включающих полихимиотерапию, оперативное вмешательство, иногда лучевое лечение. Интенсивность терапии определяется размерами новообразований, распространенностью опухолевого процесса, морфологией первичной опухоли.

И всё же, в лечении БН наибольшие трудности представляет хирургический этап, по поводу которого и в настоящее время проводятся дискуссии об объемах операций, этапностью их выполнения, технике резекций, использовании методов хирургии.

Чрезвычайно сложными с точки зрения выбора тактики лечения являются пациенты, у которых одна из почек была уже удалена и в течение длительного периода проводилось консервативное лечение оставшейся почки. Речь идет о детях, которым по разным причинам операция на оставшейся почке не выполнялась в связи с техническими трудностями, опасностью развития острой и хронической почечной недостаточности или больных с морфологически диагностированным нефробластоматозом в оставшейся (единственной) почке.

Девочка Д., заболела в июле 2018 года, когда при диспансерном обследовании по месту жительства выявлены новообразования обеих почек, что подтверждено данными компьютерной томографии (КТ). Пациентка была госпитализирована в РНЦРР для лечения. Проведено обследование, включающее биопсию новообразования левой почки. При гистологическом исследовании диагностирован пролиферирующий перилобулярный нефробластематоз. После консилиума врачей было принято решение о проведении противоопухолевой полихимиотерапии по протоколу лечения нефробластомы SIOP. После 4 недельного курса полихимиотерапии (ПХТ) было проведено контрольное обследование, выявившее положительный эффект в виде сокращения опухолевых узлов обеих почек на более чем 50%. В августе 2018 г. была произведена лапароскопическая резекция левой почки с опухолью и биопсия узлов правой почки. Гистологическое исследование: в левой почке нефробластома, «чистый» бластемный вариант строения. Признаки лечебного патоморфоза не обнаружены. На периферии нефробластомы – очаги пролиферирующего перилобулярного бластематоза. В правой почке выявлен пролиферирующий перилобулярный нефробластематоз.

Референс диагностика в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева и Морозовской ДКБ г. Москвы подтвердила выше представленный диагноз.

В послеоперационном периоде по результатам КТ было зарегистрировано вторичное сморщивание левой почки (вероятно «из-за развившейся послеоперационной гематомы, сдавливающей сосудистую ножку почки»). В правой почке картина нефробластоматоза. Было принято решение о проведении за ребенком динамического наблюдения. ПХТ решено не проводить.

При обследовании в октябре 2018 г. после КТ выявлена картина новообразования правой почки без динамики. 09.09.2019г. контрольная КТ: пролиферирующий перилобулярный нефробластоматоз (два опухолевых узла в правой почке, без динамики с 08.2018 годом). Сморщивание и фиброзные изменения левой почки.

22.07.2020г. при контрольной КТ: нефробластематоз - отрицательная динамика, увеличение двух опухолевых узлов в правой почке. Сморщивание и фиброзные изменения левой почки.

В ноябре 2020 г. ребенок по договоренности был переведен для продолжения лечения в ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы» (НПЦ).

На консилиуме врачей совместно с профессорами Шароевым Т.А. и Ивановой Н.М. было решено начать полихимиотерапию (ПХТ) согласно клиническим рекомендациям по лечению злокачественных новообразований почек. Контрольное обследование после окончания курса ПХТ выявило сокращение опухолевых узлов в правой почке. Курсы ПХТ проводились под контролем функции почек и других органов и систем ребенка. В сентябре 2021 г. ПХТ была завершена. До июня 2022 г. проводилось динамическое наблюдение за пациенткой. В июне при контрольном обследовании (МРТ с контрастом) отмечено некоторое увеличение опухолевых узлов в правой почке.

На консилиуме врачей совместно с директором НПЦ проф. Притыко А.Г. и врачей отделений онкологии, лучевой диагностики, реанимации и интенсивной терапии было решено, ввиду опасности трансформации нефробластоматоза в нефробластому выполнить органосохраняющую операцию на правой почке: резекцию опухолевых узлов в пределах здоровой паренхимы. Была проведена оценка функции правой почки (удовлетворительная), остаточная функция левой, вторично сморщенной почки (30%), другие показатели функции почки, которые были удовлетворительными. Был также обсужден вопрос о возможном проведении гемодиализа в послеоперационном периоде.

На МРТ, произведенной с контрастированием перед операцией, в области верхнего полюса, на переднелатеральной поверхности определяется опухолевидное образование размерами до 4,0x3,0 см. Опухоль прилежит к лоханке почки. Структура новообразования неравномерная, состоящая из кистозного и более плотного компонентов (рис. 1а). На аксиальных срезах выявляется еще один участок размерами 0,3-0,4 см – участок нефробластоматоза (рис. 1б).



Рис. 1 а

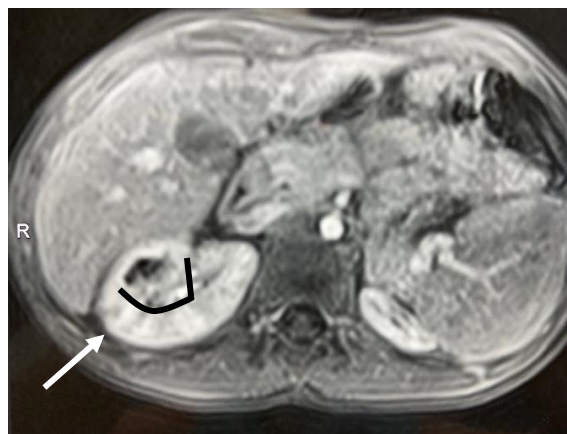


Рис. 1 б

Рис. 1а. МРТ с контрастом. Реконструкция. В области верхнего полюса правой почки на латеральной поверхности определяется дефект в виде округлого новообразования размерами 3,0х2,5 см

Рис. 1б. МРТ с контрастом. На аксиальных срезах в области верхнего полюса определяется новообразование кистозного строения, 4,0х3,0 см. В верхнем сегменте правой почки определяется еще одно новообразование до 0,3-0,4 см в диаметре (белая стрелка). Левая почка вторично сморщенная.

16 июня 2022 г. операция: поперечная правосторонняя лапаротомия, резекция правой почки. Операционная бригада: хирург – проф. Шароев Т.А., асс. – Рохоев М.А., операц. сестра – Соловьева Ю.И., Анестезиолог – Илларионов Ю.В.

С целью минимизации кровопотери разрез кожи, клетчатки и мышцы произведен методом электрохирургии (рис.2).



Рис. 2. Поперечная лапаротомия справа. С целью минимизации кровопотери разрез выполняется с использованием электрохирургии

При ревизии органов брюшной полости патологии не выявлено. При пальпации левой почки через брюшину отмечается её значительное сокращение в размерах (вторичное сморщивание). Поверхность почки местами неровная, данных за наличие опухолевых узлов при пальпации через брюшину нет. Вскрыта брюшина в правом боковом канале. Правая почка несколько увеличена в размерах. В области верхнего полюса органа имеется участок размерами 3,0х4,0 см,

возвышающийся над поверхностью почки (рис. 3). При пальпации в зоне описанного участка имеется уплотнение размерами до 1,0 см в диаметре.

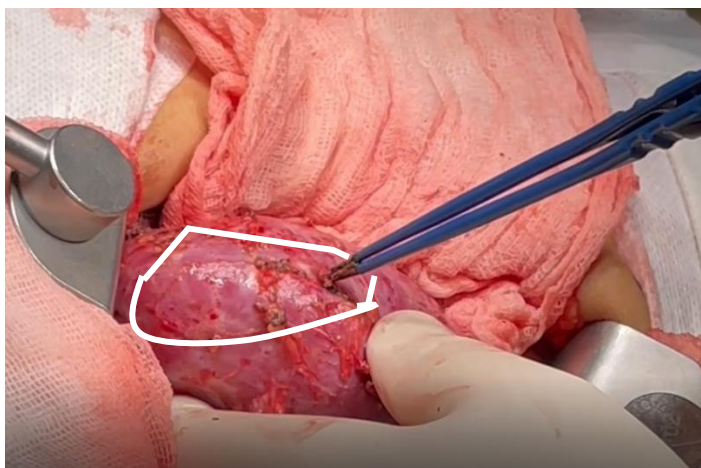


Рис. 3. Этап операции. Правая почка выведена в рану. В области верхнего полюса на переднелатеральной поверхности имеется участок, возвышающийся над поверхностью почки, размерами 4,0х3,0 см с неровной поверхностью, с уплотнением в центре размерами до 1,0 см в диаметре

Для уточнения границ участка – зоны резекции, объема удаляемой паренхимы, было выполнено интраоперационное УЗИ (рис. 4).



Рис. 4. Границы резекции и объем удаляемой паренхимы почки контролируются проведением интраоперационным ультразвуковым исследованием (врач Панина Н.С.)

Рассечена капсула почки вокруг участка с измененной паренхимой, содержащей опухоль. С помощью водоструйного диссектора произведена резекция части верхнего полюса. Современная рукоятка водоструйного скальпеля позволяет выполнять диссекцию паренхимы и одновременно электрокоагуляцию мелких сосудов в зоне резекции (рис. 5). Сосуды диаметром более 1 мм обрабатываются зажимом ViClamp. В процессе резекции почки в области удаляемой измененной паренхимы обнаружены 3 опухолевых узла размерами от 2 мм до 1 см в диаметре (рис. 6). Раневая поверхность почки после резекции обработана методом аргоноплазменной коагуляции (рис. 7) и закрыта пластиной НЕМОРАТЧН (рис. 8).

Макропрепарат удаленного участка почки с опухолевыми узлами представлен на рисунке 9.
Осложнений в процессе операции и в послеоперационном периоде не было.

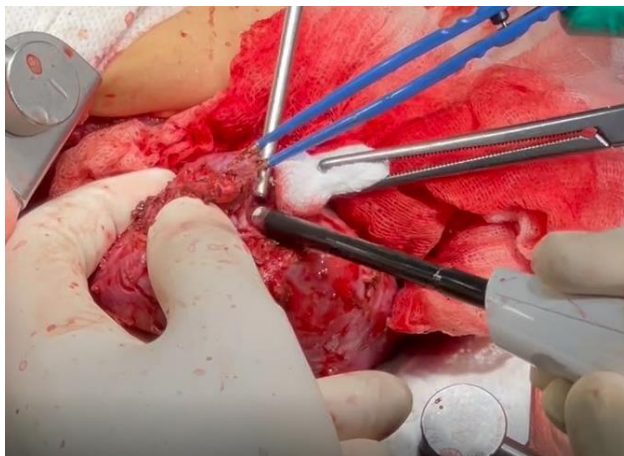


Рис. 5. Этап операции. Резекция почки с опухолью производится методом водоструйной диссекции (ERBE Jet). В руках хирурга рукоятка водоструйного диссектора, позволяющая выполнять диссекцию паренхимы и одновременно электрокоагуляцию.



Рис. 6. Сосуды диаметром более 1 мм обрабатываются зажимом Vi-Slat. В процессе резекции почки в области удаляемой паренхимы обнаружены 3 опухолевых узла размерами от 2 мм до 1 см в диаметре

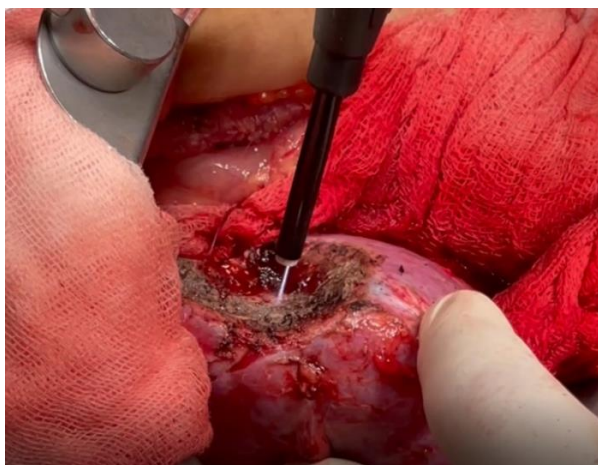


Рис. 7. Раневая поверхность почки после резекции обработана методом аргоноплазменной коагуляции



*Рис. 8. После обработки аргоноплазменным потоком раневая поверхность почки закрыта пластиной **HEMOPATCH***

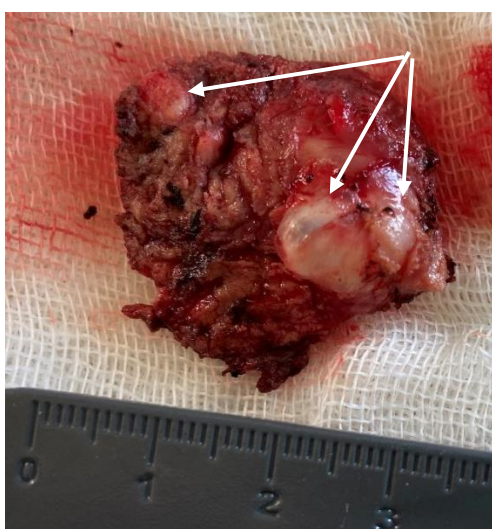


Рис. 9. Макропрепарат резецированного участка почки с опухолевыми узлами (белые стрелки)

Таким образом,

- операции у больных билатеральными нефробластомами на единственной почке сопряжены с определенным риском развития ряда осложнений, наиболее грозным из которых является почечная недостаточность;
- обследование больного должно включать все необходимые методы диагностики для оценки риска развития почечной недостаточности;
- использование инновационных методов хирургии позволяет минимизировать интра- и послеоперационные осложнения;
- операционная бригада должна иметь необходимую квалификацию и опыт выполнения сложных резекций почек при опухолях у детей, а операционный зал располагать необходимыми инновационными аппаратами и качественными хирургическими инструментами