

Сложный случай

ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ОБЕИХ ПОЧЕК У РЕБЕНКА 4-Х ЛЕТ ПО ПОВОДУ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕФРОБЛАСТОМЫ

На страницах нашего сайта мы приводим наиболее сложные случаи из практики, демонстрируя возможности современных методов лечения опухолей у детей, позволяющих вылечить ребенка даже в ситуациях, когда кажется, что шансов на помощь уже не осталось. Достижения в детской онкохирургии, благодаря внедрению в практику инновационных методов, позволили внести изменения в тактику хирургических вмешательств при ряде онкологических заболеваний, что в конечном итоге улучшило качество жизни детей, снизило травматичность операций и число осложнений.

Одним из примеров изменений подходов в детской онкохирургии является тактика операций у больных двухсторонними опухолями почек (билатеральной нефробластомой – БН).

Стандартом в хирургии БН является тактика, когда после предоперационной полихимиотерапии (ПХТ) выполняется операция сначала на менее пораженной почке в объеме органосохраняющего вмешательства – резекции органа с опухолью. Спустя некоторое время, после стабилизации деятельности оперированного органа, производится второй хирургический этап в объеме резекции или удаления (нефрэктомии) второй почки.

Анализ большого клинического собственного материала (более 100 оперированных больных БН) позволил пересмотреть некоторые аспекты хирургии у детей больных билатеральными опухолями почек. В последние годы в нашей клинике мы чаще стали выполнять одномоментные резекции почек по поводу двухсторонних опухолей. Разумеется, такие операции выполняются у определенной группы детей при наличии показаний.

Ребенок Я., 4 года, 2 месяца (20.04.2018 г. рождения), житель г. Таганрога, со слов мамы заболел в середине мая 2022 г., когда через две недели после перенесенной ветряной оспы появился кашель, затрудненное носовое дыхание, температура. Участковый педиатр, назначил пациенту виферон, антибиотики. В связи с развившимся ларингитом получал ингаляции, преднизолон внутрь. На фоне лечения температура не снижалась, и родители обратились в детскую городскую больницу. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов живота выявлены опухоли обеих почек.

Выполнена компьютерная томография (КТ) с контрастным усилением. Обе почки значительно увеличены в размерах. В нижнем полюсе правой почки определяется объемное мягкотканное образование размером 78,0x73,0x86,0 мм, неоднородной структуры, неравномерно накапливающее контрастное контрастное вещество, компремирующее желчный пузырь, оттесняющее брюшную аорту и петли кишечника. В верхнем полюсе левой почки определяется

новообразование размером 64,0х 53,0х60,0 мм мягкотканной плотности, однородной структуры, компрессирующее селезенку, хвост поджелудочной железы.

Заключение: объемные новообразования почек, нельзя исключить нефробластому обеих почек.

После заочной консультации ребенка по договоренности мальчик был переведен в онкологическое отделение №1 ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения г. Москвы» (НПЦ).

Состояние ребенка при поступлении оценено как средней тяжести. Самочувствие было удовлетворительным. Живот увеличен за счет опухолей обеих почек.

На основании анамнеза заболевания, возраста ребенка, данных проведенных визуализирующих методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ) ребенку выставлен диагноз: билатеральная нефробластома (С 64) Стадия V.

С 07.06.2022 г. на консилиуме врачей детских онкологов совместно с руководителем научного отдела проф. Шаровым Т.А. и зав. отделением проф. Ивановой Н.М. принято решение о проведении ребенку предоперационной полихимиотерапии (ПХТ) по протоколу лечения нефробластомы согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ. На фоне проводимой ПХТ зарегистрирован положительный эффект в виде сокращения опухолей обеих почек.

МРТ от 30.06.2022 г.: в нижнем полюсе правой почки определяется новообразование, неоднородной кистозно-солидной структуры, размерами 61х61х56мм. В верхне-переднем сегменте левой почки определяется аналогичное новообразование, размерами 49х28х43мм. После введения контрастного препарата отмечается интенсивное накопление контраста новообразованиями (рис. 1). Нельзя исключить прорастания новообразования в чашечки нижнего полюса правой почки. Сосудистая ножка правой почки и НПВ проходят по медиальной поверхности новообразования, без признаков прорастания.

Заключение: МР-признаки билатеральной нефробластомы.



Рис. 1. МРТ с контрастным усилением. в нижнем полюсе правой почки определяется новообразование, неоднородной кистозно-солидной структуры, размерами 61х61х56мм. В верхне-

переднем сегменте левой почки определяется аналогичное новообразование, размерами 49x28x43мм. После введения контрастного препарата отмечается интенсивное накопление контраста новообразованиями (отмечено стрелками)

После консилиума врачей-детских онкологов, лучевых диагностов, анестезиологов-реаниматологов, анализа данных лабораторных методов исследования, оценки функции обеих почек по результатам динамической реносцинтиграфии, было принято решение о выполнении одномоментной резекции обеих почек по поводу билатеральной нефробластомы.

6 июля 2022 г. операция: трансперитонеальная резекция обеих почек по поводу опухолей.

Операционная бригада: хирург – проф. Шароев Т.А., ассистент - к.м.н. Нишинов Д.К., анестезиолог – Илларионов Ю.В., операционная сестра – Соловьева Ю.И.

1 этап. Срединная поперечная лапаротомия слева. Послойно вскрыта брюшная полость. Выпота нет. При ревизии патологии со стороны органов брюшной полости не выявлено. Вскрыта брюшина в левом боковом канале. Левая почка с опухолью выделена из окружающих тканей и выведена рану. Почка освобождена от окружающей жировой ткани, скелетирована. Опухоль располагается на наружной поверхности среднего и верхнего сегментов органа. Выполнено интраоперационное УЗИ. Намечена граница резекции (рис. 2).

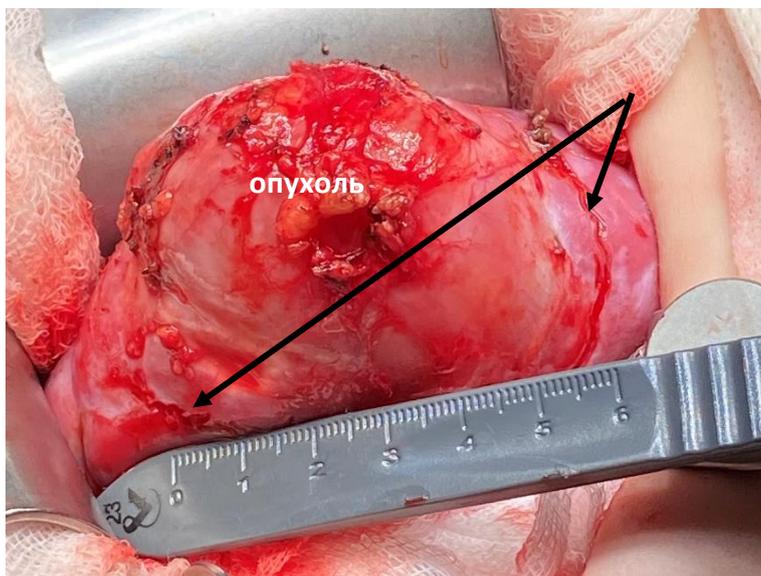


Рис. 2. Этап операции. Левая почка выведена в рану, скелетирована. Капсула опухоли тонкая, довольно плотная. Новообразование имеет плотноэластическую консистенцию. Размеры опухоли 5,5x3,5x3,0 см. Под контролем интраоперационного УЗИ намечена зона резекции (отмечено стрелками)

Используя методы электрохирургии и водоструйной диссекции (модульная станция VIO 3D компании ERBE Elektromedizin GmbH) выполнена резекция почки вместе с опухолью в пределах видимой здоровой паренхимы. Контрольное УЗИ по окончании резекции не выявило оставшейся патологической ткани.

При тщательном осмотре раневой поверхности почки после удаления опухоли был выявлен линейный участок размерами до 3 мм –дефект лоханки (рис. 3). Произведено ушивание дефекта проленом (7.0). Раневая поверхность обработана методом аргоноплазменной коагуляции. На ложе удаленной опухоли наложена герметизирующая гемостатическая пластина НЕМОРАТСН (рис. 4).

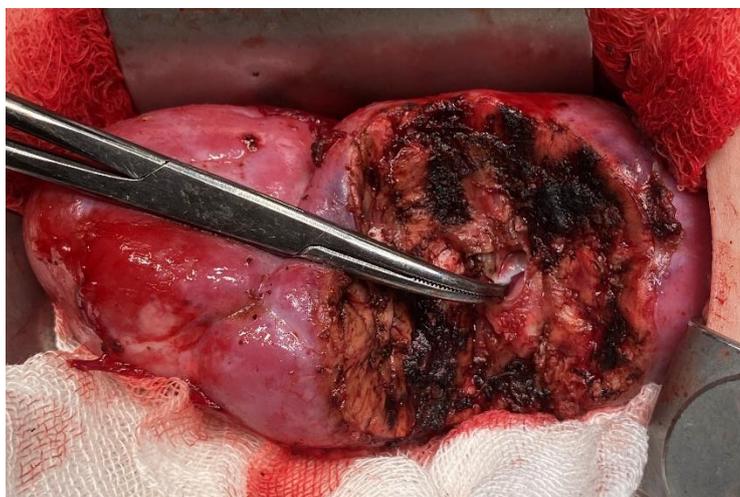


Рис. 3. Удалена опухоль на наружной поверхности средне-верхнего отдела левой почки. Раневая поверхность паренхимы обработана методом аргоноплазменной коагуляции. Диссектором показан дефект лоханки перед ушиванием.

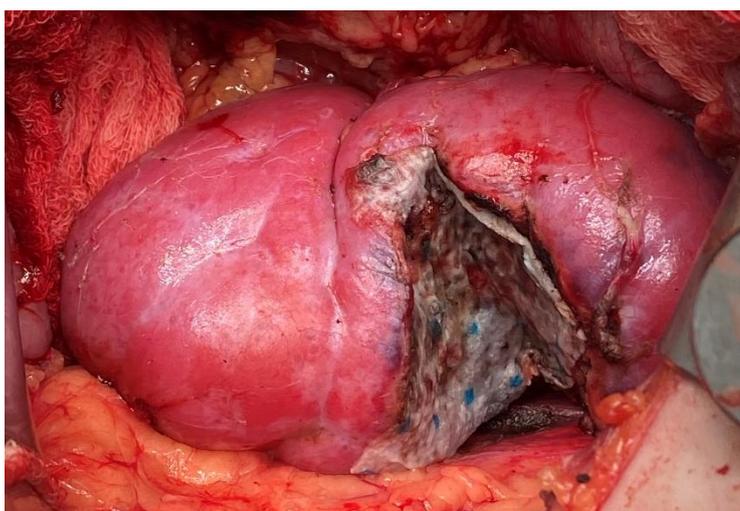


Рис. 4. На ложе удаленной опухоли наложена герметизирующая гемостатическая пластина НЕМОРАТСН

Послойное ушивание раны живота с оставлением в зоне резекции силиконовой дренажной трубки, выведенной через контраппертуру на боковую поверхность живота слева.

2 этап. Срединная поперечная лапаротомия справа. Послойно вскрыта брюшная полость. Выскрывается брюшина в правом боковом канале. Правая почка с опухолью выделена из окружающих тканей и выведена в рану. При осмотре опухоль занимает практически весь нижний полюс почки (рис. 5).

Под контролем УЗИ произведена разметка зоны резекции почки. Водоструйным диссектором ERBE Jet выполнена резекция почки с опухолью в пределах видимых здоровых тканей. Контрольное УЗИ остаточной опухоли не выявило. В процессе резекции были зарегистрированы два дефекта в

области собирательной системы почки (рис. 6), которые были ушиты проленовой нитью (7.0). Раневая поверхность почки обработана методом аргоноплазменной коагуляции. Ушивание раны живота послойное с оставлением в ложе операции силиконовой дренажной трубки, выведенной через контрраптуру на боковую поверхность живота справа.

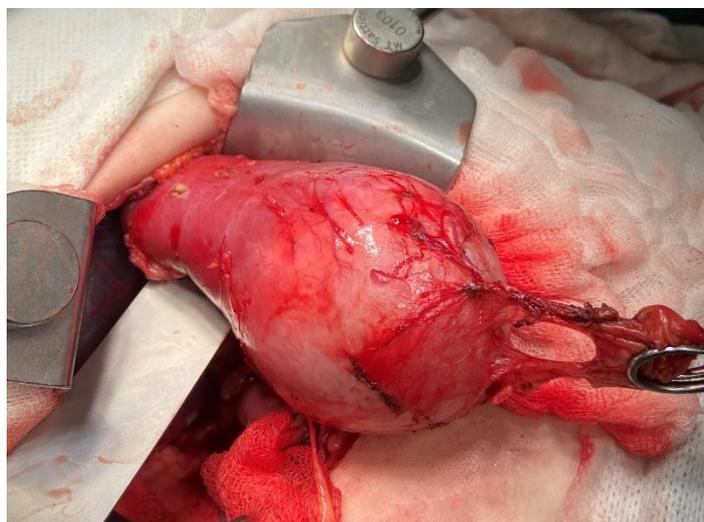


Рис. 5. Этап операции. Правая почка выделена из окружающих тканей и выведена в рану. Опухоль занимает практически весь нижний полюс почки.

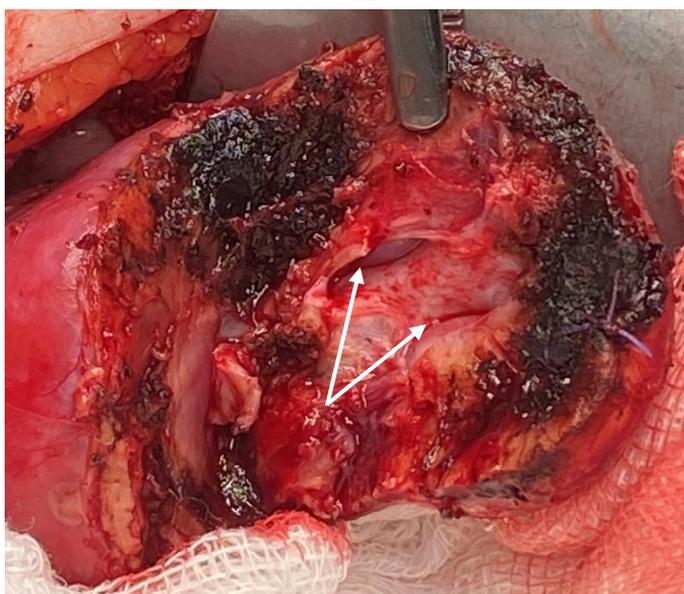


Рис. 6. Внешний вид почки после удаления опухоли нижнего полюса. На раневой поверхности паренхимы отчетливо определяются два дефекта в области собирательной системы почки (отмечены стрелками)

Макропрепараты удаленных опухолей представлены на рисунках 7а и 7б.

Гистологическое исследование № Н01580_22:

"1. Нефробластома, смешанный тип, гистологически группа промежуточного риска, локальная стадия I.

2. Нефробластома, регрессивный тип, гистологически промежуточная группа риска, локальная стадия I."

В краях резекции опухолевые клетки не обнаружены.

Следует подчеркнуть, что обе органосохраняющие операции были выполнены без пережатия сосудистой ножки почек.

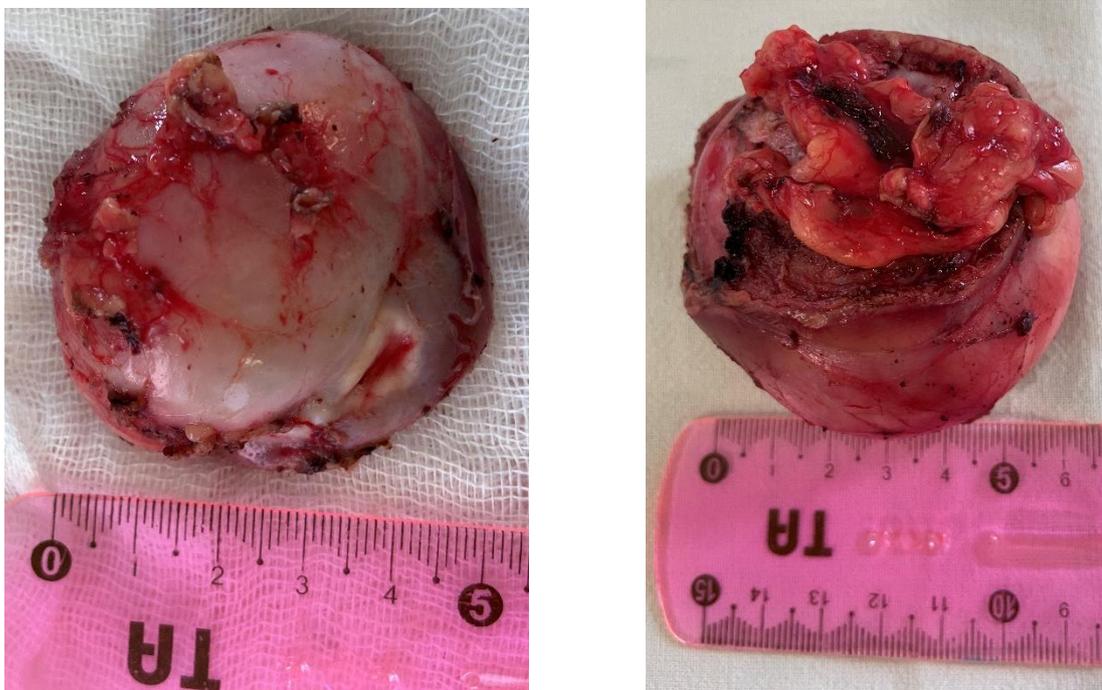


Рис. 7. Макпрепараты удаленных опухолей: 7а – опухоль левой почки; б – опухоль правой почки. Новообразования удалены макроскопически радикально в капсуле. Признаков повреждения капсулы опухолей нет.

Таким образом, тщательный отбор больных, адекватная оценка состояния органов и систем ребенка до- и после окончания предоперационной полихимиотерапии позволяет, в ряде случаев, выполнить пациенту одномоментное хирургическое вмешательство в объеме резекции почек при билатеральной нефробластоме. В специализированных детских онкологических клиниках, имеющих значительный опыт лечения билатеральных опухолей почек у детей, такие операции выполняются всё чаще и не являются эксклюзивными. Важным моментом, способствующим успеху выполнения одномоментных органосохраняющих операций, является оснащение операционной инновационным медицинским оборудованием (аппаратами и приборами), качественным хирургическим инструментарием и, разумеется, подготовленной операционной бригадой состоящей из опытного врачебного и сестринского персонала способного решать сложные хирургические задачи.

Проф. Т.А. Шароев