

СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ:
УДАЛЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ОСТЕОСАРКОМЫ
ЛЕВОГО БЕДРА ИЗ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, ПЛЕВРЫ, ДИАФРАГМЫ,
ПЕРИКАРДА

Остеосаркома – злокачественное заболевание кости, отличительными чертами которого являются высокая биологическая агрессия, способность к быстрому росту, раннему метастазированию. Наиболее часто метастазы остеосаркомы регистрируются в легких. Уже при первичном поступлении при выполнении компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной (МРТ) томографии у ребенка может быть выявлено метастатическое поражение легких. Причем, количество метастатических очагов может варьироваться от единичных до множественных. Проводимая предоперационная полихимиотерапия, включающая введения высокодозного метатрексата, чаще всего оказывает выраженный терапевтический эффект в виде сокращения размеров первичной опухоли и метастазов, что позволяет произвести ребенку органосохраняющую операцию, удалить оставшиеся метастазы из легочной ткани. Между тем, бывают случаи, когда в процессе проведения противоопухолевого лечения, возникают локальные рецидивы первичной опухоли и метастазов в легких, которые со временем обрели резистентность к ранее проводимой ПХТ, могут увеличиться количественно и в размерах. Повторные рецидивы опухолевого процесса требуют проведения курсов противорецидивной ПХТ, эффективность которых значительно снижается. Это подтверждается и оценкой патоморфоза удаленных опухолевых узлов. В этих случаях хирургическое вмешательство может стать единственным методом, позволяющим достичь клинической ремиссии.

Мальчик П., 15 лет, заболел в декабре 2017 г., когда появились боли в нижней трети левого бедра. При комплексного обследования в ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, была диагностирована остеосаркома левой бедренной кости, хондробластный вариант строения, G3, метастазы в левое легкое. С января 2018 г. мальчику было проведено комбинированное лечение включающее: 1) предоперационную полихимиотерапию (ПХТ); 2) две операции в объеме: а) резекция дистального отдела левой бедренной кости с замещением дефекта эндопротезом коленного сустава и б) левосторонняя торакотомия, атипичная резекция S₄, S₆ левого легкого по поводу метастазов; 3) послеоперационные курсы ПХТ. Специальное лечение было завершено в декабре 2018 г. С июля по сентябрь 2019 г. пациент получал метрорномную химиотерапию.

В октябре 2019 г. был выявлен рецидив заболевания в мягких тканях левой подколенной ямки, метастазы в правом легком, по поводу чего пациент получал противорецидивные курсы ПХТ. В августе 2020 г. была выполнено операция на левой подколенной области: сегментарная резекция подколенных артерии и вены с остаточной опухолью мягких тканей левой подколенной области, пластика левой подколенной артерии аутовенозным трансплантатом.

В период с августа 2020 по август 2021 ребенку было проведено еще 8 курсов противорецидивной ПХТ. До июня 2021 г. ребенок получал метрономную химиотерапию и проводилось динамическое наблюдение за состоянием легких, костной системы и мягких тканей. В июне 2021 г. при КТ органов грудной клетки выявлены мелкие очаговые изменения в правом легком (метастазы), накапливающие контраст. Отмечена диссеминация метастазов по висцеральной и костальной плевре, легочной ткани, диафрагме. В левой грудной полости метастазы не выявлены. На фоне проведенной в период с июня по октябрь противорецидивной ПХТ, удалось добиться стабилизации метастатического процесса в грудной полости справа. На консилиуме врачей детских онкологов, лучевых диагностов, анестезиологов-реаниматологов, проведенного совместно с руководителем научного отдела проф. Шаровым Т.А. и заведующей онкологическим отделением проф. Ивановой Н.М. было принято решение о выполнении хирургического вмешательства в объеме торакотомии справа, удаления метастазов органов и тканей правой грудной полости. Риск операции оценивался как высокий. Согласие родителей на операцию было получено.

На рисунке 1 представлены компьютерные томограммы ребенка после проведенной противорецидивной ПХТ.

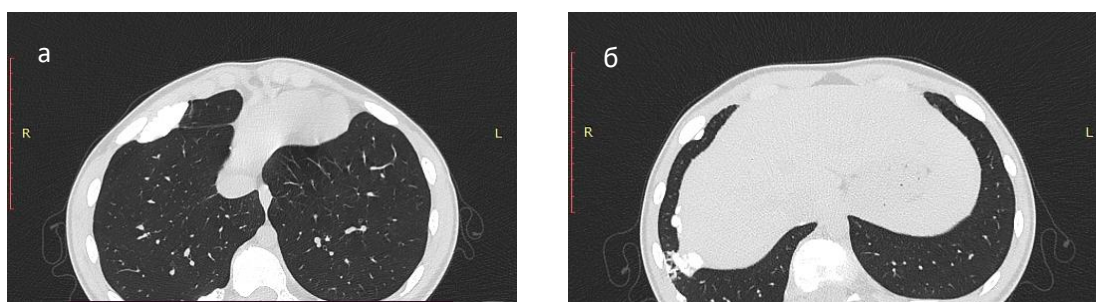


Рис.1 (а, б). Компьютерные томограммы органов грудной клетки ребенка П., 15 лет перед операцией. Отчетливо определяются метастатические очаги в области переднего отрезка VI ребра справа (а), очаговые изменения, расположенные субплеврально и в области диафрагмы (б)

26 октября 2021 г. операция: торакотомия справа, удаление метастазов правого легкого (атипичная резекция), костальной плевры, резекция переднего отрезка VI ребра, правого купола диафрагмы с пластикой местными тканями.

Операционная бригада: хирург – проф. Шаров Т.А., ассистенты- к.м.н. Савлаев К.Ф., к.м.н. Нишионов Д.К., операционная сестра – Соловьева Ю.И., Сучилкина И.Н. Анестезиолог – Илларионов Ю. В.

Переднебоковая торакотомия справа в V межреберье. Рассечены множественные спайки между тканью легкого и грудной стенкой, больше в нижних отделах грудной полости. В области переднего отрезка VI ребра определяется опухолевый узел, белого цвета, костной плотности, размерами ~ 4x2x2,5 см с врастанием в ребро. Произведено выделение переднего отрезка VI ребра с включением в блок удаляемых тканей межреберных мышц V и VI межреберий. Реберными кусачками Штилля-Гирца произведена резекция VI ребра в пределах видимых здоровых тканей (рис. 2). При ревизии грудной полости обнаружены множественные метастазы,

располагающиеся на костальной плевре размерами от 3 мм до 20 мм в диаметре. На рисунке 3 представлен один из метастатических узлов в области передней костальной плевры на передней поверхности грудной стенки. В S₈ правого лёгкого определяется опухолевый узел, костной плотности, белого цвета, размерами ~ 3,5 x 3,0 x 1,5 см (рис. 4). Произведена клиновидная резекция лёгкого на зажимах, рана легкого ушита непрерывным обвивным проленовым швом 4-0 на atraumaticной игле (рис. 5). При дальнейшей ревизии грудной полости выявлены ещё 30 метастатических узлов, расположенных субплеврально в легком, по ходу костальной плевры, диафрагмы. Метастазы неправильной формы, с неровной поверхностью, костной плотности, белого цвета, размерами ~ от 0,3 до 4 см. Опухолевые очаги были удалены с использованием методов электро- и радиоволновой хирургии макроскопически радикально. При удалении множественных метастатических узлов в области диафрагмы (рис. 6) образовался дефект размерами до 4 см, который был ушит викрилом, с пластикой местными тканями. Плевральная полость и рана промыты 0,9% хлоридом натрия. Контроль на гемо- и пневмостаз. Послойное ушивание раны грудной клетки с закрытием дефекта в области резецированного ребра грудными мышцами и оставлением силиконовой дренажной трубки, выведенной через контраппертуру. Внутрικοжный шов. Асептическая наклейка.

Сведения об операции:

- возраст ребенка – 15 лет
- длительность хирургического вмешательства – 7 час 20 мин;
- вес пациента – 55 кг;
- кровопотеря – 200 мл;
- общее число удаленных метастазов - 32



Рис. 2. Резецирован передний отрезок VI ребра вместе с метастатическими узлами

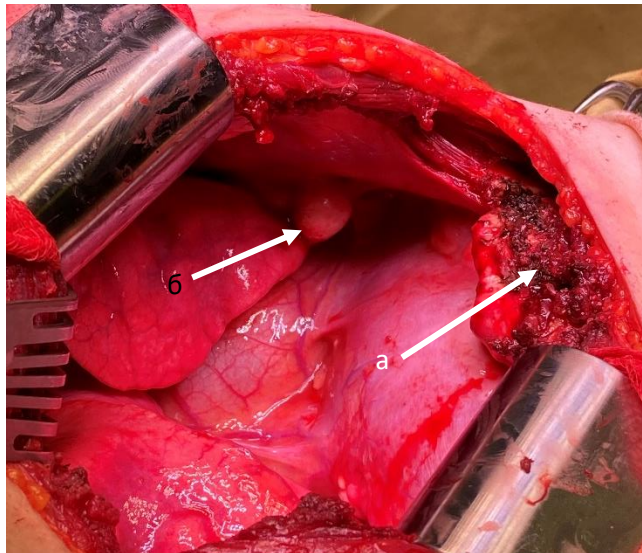


Рис. 3. Этап операции. Вид операционной раны после резекции переднего отрезка VI ребра с опухолью (белая стрелка – а). Определяется метастатический узел, расположенный на костальной плевре размерами до 1,0 см в диаметре и высотой до 1,2 см (белая стрелка – б)

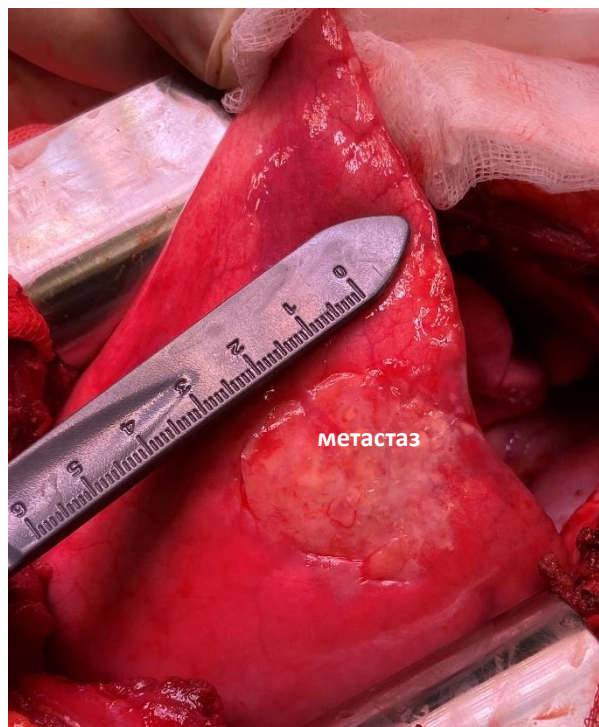


Рис. 4. В нижней доле правого легкого в VIII сегменте определяется метастатический узел костной плотности размерами 3,5x3,0x1,5 см

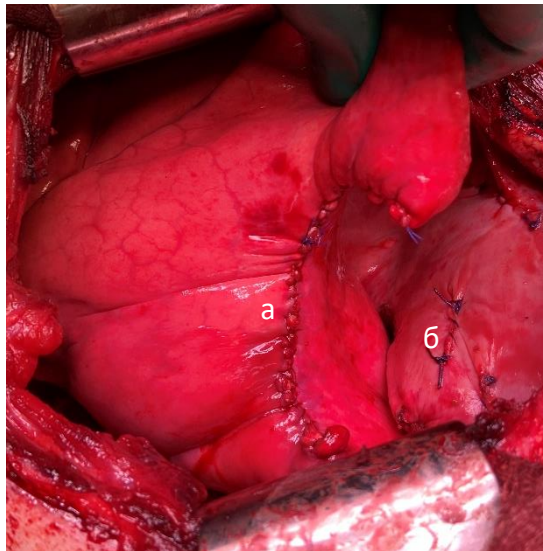


Рис. 5. Вид резецированного легкого после удаления метастаза (а). На рисунке справа вид диафрагмы после удаления метастазов и закрытия дефекта местными тканям (б)

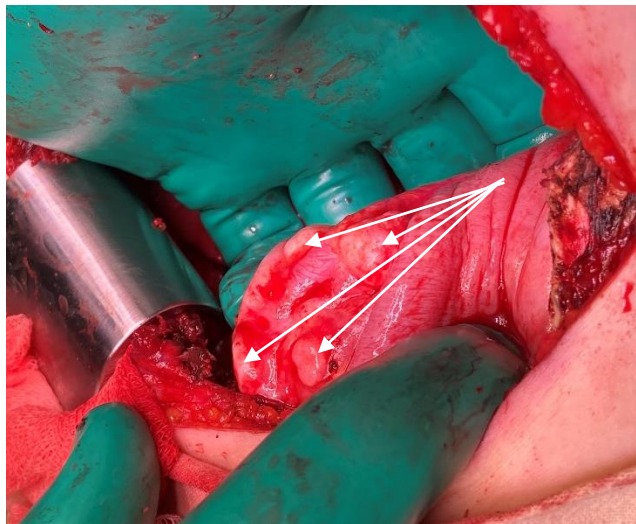


Рис. 6. Этап операции. Множественные метастатические очаги в области диафрагмы (белые стрелки)

Таким образом,

- представленное клиническое наблюдение демонстрирует трудности, которые могут возникнуть перед врачом детским онкологом в процессе лечения пациента, больного остеосаркомой;
- даже при достигнутой клинической ремиссии, адекватно проведенного комбинированного лечения, включающего курсы неoadъювантной и адъювантной полихимиотерапии и хирургической операции, пациент нуждается в динамическом наблюдении, т.к. возможно возникновение локального рецидива и/или метастазов, чаще регистрирующихся в легких;
- в случаях, когда химиотерапия кажется исчерпала свои возможности, при наличии даже множественных метастазах в легких, следует рассмотреть вопрос о

выполнении хирургического этапа, как единственного метода лечения способного не только продлить жизнь, но и вылечить пациента, о чем свидетельствуют пока еще редкие данные клинических наблюдений;

- обязательным условием для достижения успеха при выполнении хирургического этапа является опыт операционной бригады, способной выполнить самые сложные задачи, в том числе и в непредвиденных ситуациях.

Профессор Т.А. Шароев