

УДК 616.27-006.03-089

© Ю.В. Чикинев, Е.А. Дробязгин, Г.Н. Чагин, А.В. Кутепов

Клиническое наблюдение лечения пациента с гигантской опухолью переднего средостения

Ю.В. ЧИКИНЕВ^{1,2}, Е.А. ДРОБЯЗГИН^{1,2}, Г.Н. ЧАГИН², А.В. КУТЕПОВ^{1,2}Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Российская Федерация¹Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Российская Федерация²

Актуальность Данной публикации обусловлена ростом заболеваемости опухолями средостения.

Материал и методы Представлен случай диагностики и лечения пациента 48 лет с гигантской опухолью переднего средостения. В течение 10 лет до госпитализации в стационар пациент профилактический осмотр не проходил. При компьютерной томографии органов грудной клетки выявлена опухоль с четким ровными контурами, размерами 21x13x24 см. При операции обнаружено врастание опухоли в ткань легкого, прорастание сосудов корня верхней и нижней долей легкого. Отмечалась компрессия ткани легкого опухолью. В данной ситуации выполнение вмешательства, направленного на удаление опухоли, было невозможно. Объем оперативного вмешательства расширен до пньюмонэктомии и удаления опухоли.

Результаты и их обсуждение Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Наш пример носит описательный характер, демонстрируя особенности роста опухолей и диагностики при новообразованиях средостения.

Выводы Для разработки алгоритмов диагностики и лечения данной категории пациентов необходима дальнейшая систематизация данных. Поскольку оперативные вмешательства носят как правило «нестандартный» характер, и их объем очень часто может определен только интраоперационно, лечение этой категории пациентов должно проводиться в специализированных лечебных учреждениях, обладающих опытом оперативных вмешательств при новообразованиях средостения. Оптимальным является выполнение рентгенологического исследования органов грудной клетки 1 раз год и в случае выявления опухолевого процесса в средостении, проведение спиральной компьютерной томографии органов грудной клетки с целью уточнения диагноза.

Ключевые слова Опухоль переднего средостения, тимома, торакальная онкология

Treatment of a Patient with a Giant Tumor Anterior Mediastinum

Yu. V. CHIKINEV^{1,2}, E. A. DROBJAZGIN^{1,2}, G. N. CHAGIN², A. V. KUTEPOV^{1,2}Novosibirsk State University, 52 Krasnyi Ave., Novosibirsk, 630091, Russian Federation¹Novosibirsk State Regional Clinical Hospital, 130 Nemirovicha-Danchenko Str., Novosibirsk, 630087, Russian Federation²

Relevance of this publication due to increased incidence of tumors of the mediastinum.

Material and methods A case of diagnosis and treatment of a patient 48 years old with a giant tumor of the anterior mediastinum. For 10 years prior to admission to the hospital the patient routine inspection did not pass. CT scan of the chest revealed a tumor with clear smooth contours, dimensions 21x13x24 see when surgery revealed a tumor ingrowth into the tissue of the lung, vascular sprouting roots of the upper and lower lobes of the lung. There was compression of the lung tissue of the tumor. In this situation the fulfillment of the intervention aimed at tumor removal was impossible. The volume of surgical intervention expanded to pneumonectomy and removal of the tumor.

Results and their discussion Complications in the postoperative period were observed. Our case study is descriptive, showing the features of the growth of tumors and diagnosis of malignancy in the mediastinum.

Conclusion The development of algorithms for diagnosis and treatment of these patients required further systematization of data. Since the surgery are usually "non-standard" character, and their volume can often defined only intraoperatively, treatment of these patients should be performed in specialized medical institutions with expertise in surgery for tumors of the mediastinum. The optimum is to perform X-ray of the chest 1 times a year and in case of detection of tumor in the mediastinum, carrying a helical computed tomography of the chest in order to clarify the diagnosis.

Key words Anterior mediastinal tumor, thymoma, thoracic oncology

В настоящее время отмечается рост числа пациентов с опухолями средостения [1-3]. При анализе современной литературы, посвященной диагностике и лечению новообразований средостения, основная масса публикаций западных авторов носят описательный характер [4-8]. Внутригрудные гигантские опухоли — собирательное понятие, объединяющее в одну группу, по единым анатомическим границам, новообразования различного гистологического строения, клинического течения, степени злокачественности и прогноза. Соотношение злокачественных и доброкачественных

новообразований составляет 2:1. Определение исходной локализации процесса может быть сильно затруднено при гигантских опухолях, когда наблюдается поражения как переднего, так и заднего средостения с распространением процесса на большую часть гемиторакса, прорастание и сдавление опухолью структур средостения, легкого [1, 4-6, 8]. Небольшое число клинических наблюдений «в руках» одной группы исследователей и несовершенство методов визуализации не позволяет однозначно ответить на многие вопросы, касающиеся клиники, диагностики, морфологической

верификации, а также выбора оптимального метода лечения данного контингента больных. Все это обуславливает разноречивость взглядов по основным вопросам данной группы заболеваний и представляет большой научный интерес с учетом их малой изученности [2, 4].

Представляем опыт лечения пациента с гигантской опухолью переднего средостения и левой плевральной полости.

Больной Х. Возраст 48 лет. Поступил в клинику кафедры госпитальной хирургии Новосибирского Государственного медицинского университета, в отделение торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» 23.10.2009 г. с жалобами на чувство нехватки воздуха, тяжесть в левой половине грудной клетки.

Из анамнеза: в сентябре 2009 г. во время прохождения профилактического осмотра при флюорографии органов грудной клетки выявлена опухоль средостения с дислокацией в левую плевральную полость. До 2009 г. в течение 10 лет обследований не проходил. Госпитализирован для дообследования и оперативного лечения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычного цвета. Телосложение - нормостеник. Грудная клетка обычной формы. При дыхании отмечается асимметрия за счет отставания левой половины в акте дыхания. При пальпации грудной клетки болезненности нет. При перкуссии: справа во всех отделах ясный легочный звук, слева в боковых и передних отделах внизу притупление перкуторного звука. При аускультации: в легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы. Слева отмечается ослабление дыхания в передних и боковых отделах.

По данным рентгенографии органов грудной клетки и Р-КТ органов грудной клетки: в верхнем и среднем этажах переднего средостения и левой плевральной полости определяется объемное образование солидной неоднородной структуры с выраженным кальцинозом в толще образования, средней плотности 45 ед.Н., с четким ровными контурами, размерами 21×13×24 см. Образование прилежит больше площадью к средостению и передней грудной стенке слева, компремирует нижнюю долю левого легкого, смещает средостение вправо, компремирует левую легочную артерию. Бронхососудистое дерево оттеснено дорзально и медиально, рисунок усилен, уплотнен; легочная ткань нижней доли и нижних отделов верхней доли уплотнена по типу матового стекла. В артериальную фазу контрастирования определяется контрастирование множества мелких и средних сосудов в структуре образования. Средняя плотность образования при контактном усилении – 70 ед. Н. Правое легкое без особенностей. Трахея – в нижних отделах смещена вправо. Правые отделы сердца умеренно расширены. Грудной отдел аорты не изменен. Слева диафрагма опущена за счет давления опухолью. Заключение: гигантское объ-

емное образование переднего средостения, занимающее 3/4 левой половины грудной полости. Смещение средостения вправо (рис. 1 (а,б); 2 (а,б)).

По данным фибробронхоскопии: трахея свободно проходима для аппарата, просвет ее не изменен. Слизистая трахеи розовая. Карина бифуркации трахеи обычной формы, не смещена. Справа – слизистая бронхиального дерева без особенностей. Устья бронхов обычной формы. Слева - имеется сдавление бронхов нижней доли левого легкого и В 4-5 извне. Устья бронхов щелевидной формы, проходимы для аппарата. В остальных отделах бронхи свободно проходимы. Слизистая бронхиального дерева с обеих сторон умеренно диффузно гиперемирована, умеренно отечная. В просвете бронхов с обеих сторон вязкий слизистый секрет в умеренном количестве. Заключение: эндоскопические признаки сдавления бронхов нижней доли и В 4-5 верхней доли левого легкого извне. Катаральный I степени эндобронхит.

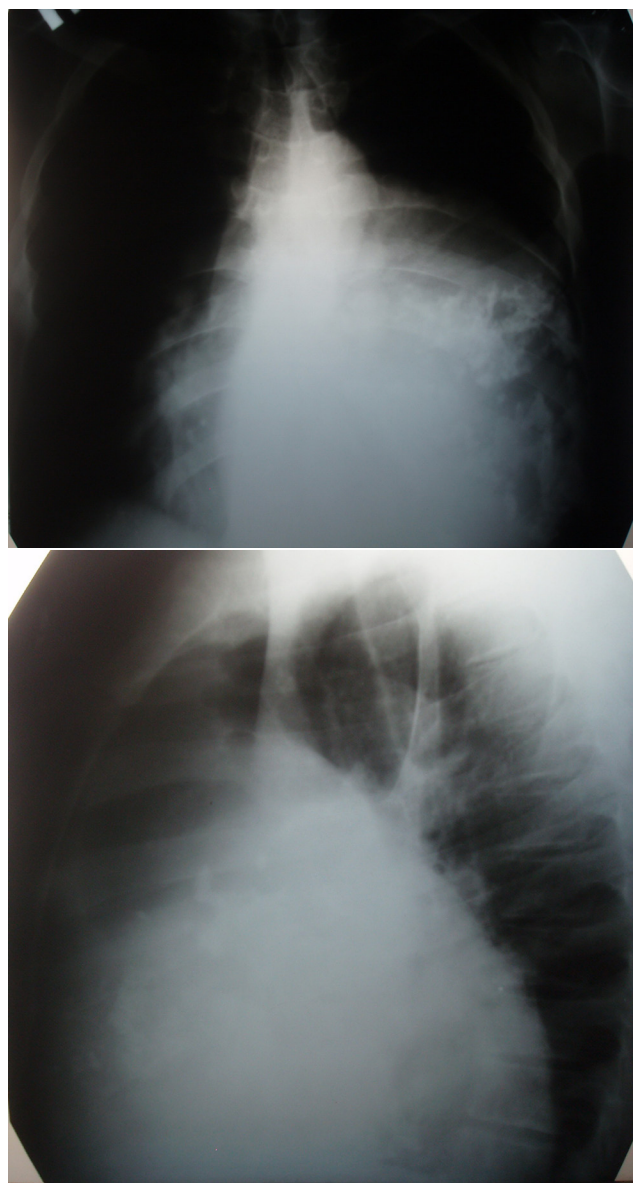


Рис. 1 (а, б). Описание в тексте

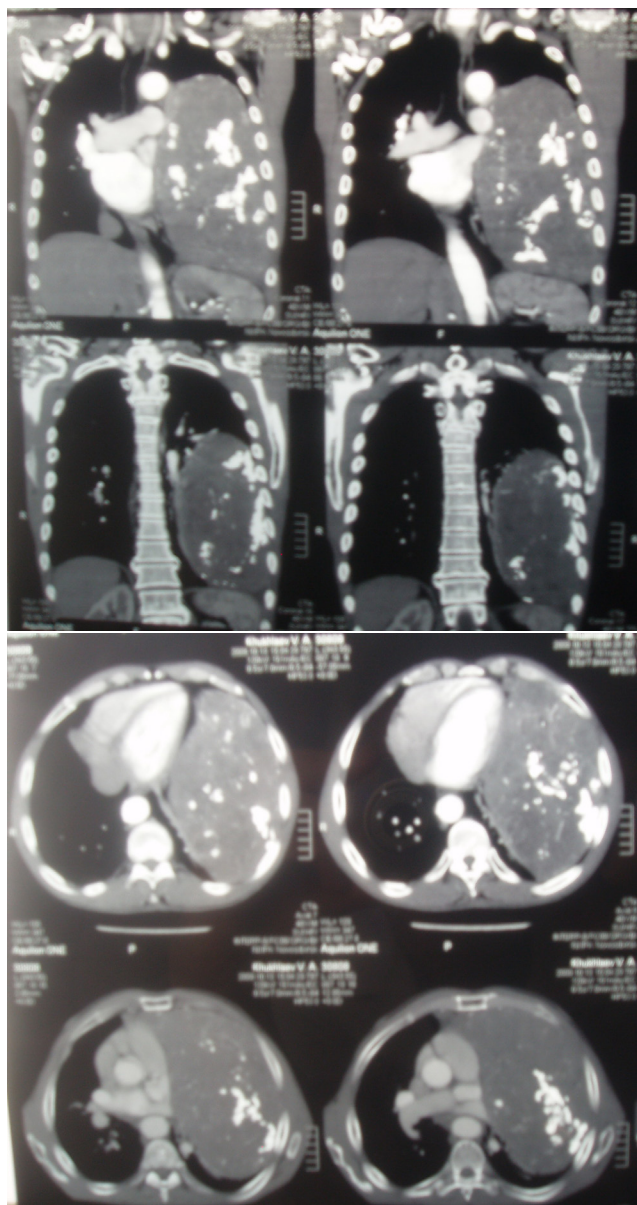


Рис. 2 (а, б). Описание в тексте

УЗИ сердца (26.10.2009 г.) – аорта 3,6 см в диаметре, уплотнена. Левый желудочек КДР 5,0; МЖП 1,05 см. Задняя стенка 0,95 см. Правое предсердие 4,2×4,6см. Правый желудочек КДР 3,7. Митральный клапан пик Е 0,6, пик А 0,3. Регургитация I ст. Легочная гипертензия есть – 37 мм рт.ст. Трикуспидальный клапан – регургитация I- II ст. Заключение: перегрузка правого предсердия. Аорта уплотнена. Митральная регургитация I ст. Трикуспидальная регургитация I-II ст. Стенки не утолщены. Легочная гипертензия I ст. Сократительная способность левого желудочка не снижена.

03.11.2009 г. операция: пульмонэктомия слева с удалением опухоли средостения. Выполнена переднебоковая торакотомия в V межреберье слева. Всю левую плевральную полость занимает опухоль 29×28×20 см (рис. 3), вследствие чего визуализировать левое легкое невозможно. Для улучшения доступа разрез

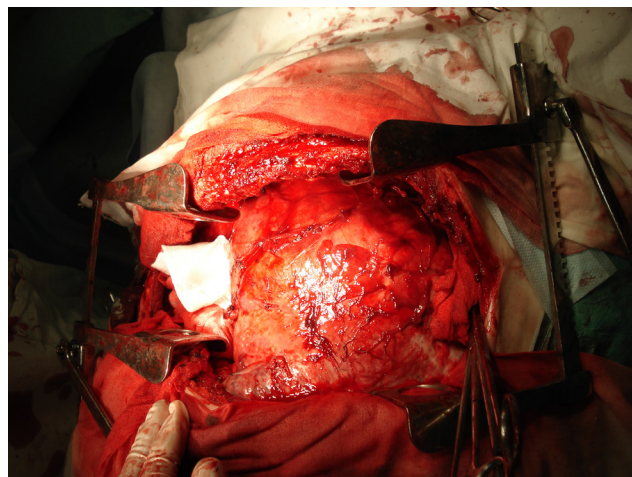


Рис. 3. Описание в тексте.

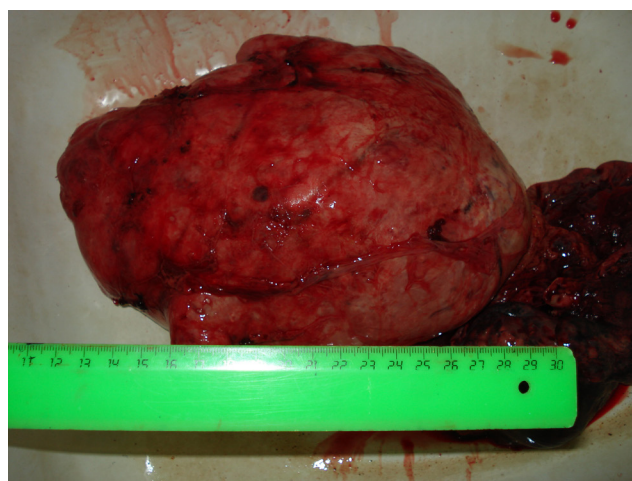


Рис. 4. Описание в тексте.

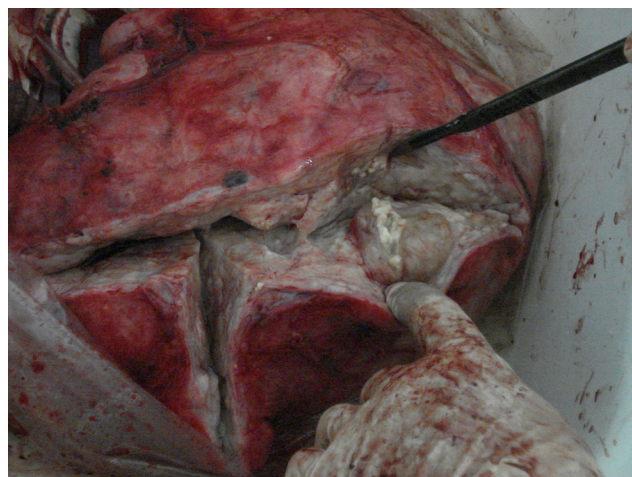


Рис. 5. Описание в тексте.

продлен на грудину. Выполнено поперечное пересечение грудины с перевязкой внутренней грудной артерии. С большими техническими трудностями опухоль отделена от средостения. Опухоль тесно спаяна с диафрагмой, куполом плевральной полости. По задней поверхности врастает в ткань легкого, что делает невозможным отделение опухоли от легкого. Выполнена пульмонэктомия и удаление опухоли. Общая кро-

вопотеря составила 3 литра. Ушивание торакотомной раны. Дренаживание плевральной полости

Вес опухоли 5 кг. Размеры 29×28×20 см (рис. 4, 5).

По данным патоморфологического исследования (№76371-99): опухоль эластической констинстенции, синюшно-розового цвета. На разрезе серо-розового цвета и дольчатого строения с частичными обызствлениями и в капсуле. Заключение: Тимомы тип В 1 с выраженным фиброзом стромы, с очаговыми дистрофическими изменениями (некрозы, кальциноз).

Выписан из клиники под наблюдение хирурга 25.11.2009 г. При контрольных осмотрах через 1, 6 и 12 месяцев после выписки состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Дополнительно осмотрен хирургом областной консультативной поликлиники в январе 2012 года (активный вызов). При рентгенографии органов грудной клетки данных за рецидив опухоли нет. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет.

Заключение

Как правило, опухоли подобных размеров, характеризуются медленным ростом и относительной

доброкачественностью. Наш пример носит описательный характер, демонстрируя особенности роста опухолей и диагностики при новообразованиях средостения. Необходима дальнейшая систематизация данных по лечению пациентов с данной патологией. Лечение этой категории пациентов должно проводиться в специализированных лечебных учреждениях, обладающих опытом оперативных вмешательств при новообразованиях средостения, поскольку у каждого пациента имеются свои индивидуальные особенности опухолевого роста и в ходе операции иногда необходимо принятие особенного и, как правило, нестандартного решения. Данный клинический пример демонстрирует необходимость проведения профилактических медицинских осмотров населения, а именно: выполнение рентгенографии (флюорографии) органов грудной клетки 1 раз в год для своевременного выявления и лечения опухолевых заболеваний средостения. При выявлении на рентгенограмме органов грудной клетки изменений в средостении, для уточнения диагноза показано выполнение спиральной компьютерной рентгеновской томографии.

Список литературы

1. Гагуа Р., Кучава В., Гзиршвили Л., Ломидзе З. Диагностика и результаты хирургического лечения редких гигантских опухолей внутригрудной локализации. Хирургия им. Н.И. Пирогова 2005; 2: 21–25.
2. Давыдов М.И., Мачаладзе З.О., Полоцкий Б.Е. и др. Мезенхимальные опухоли средостения (обзор литературы). Сибирский онкологический журнал 2008; 1(25): 64–74.
3. Трахтенберг А.Х., Вишнеvский А.А., Колбанов К.И., Головтеев В.В. Опухоли и кисты средостения. Материалы международной конференции «40 лет торакальной хирургии РНЦХ РАМН» 2003; 276—288.
4. Abi Ghanem M., Habambo G., Bahous J., Chouairy C., Abu Khalil B. Large thymolipoma causing primarily respiratory distress. *J. Med. Liban.* 2012; 2 (60): 106-109.
5. Asteriou C., Barbetakis N., Kleontas A., Konstantinou D. Giant mediastinal teratoma presenting with paroxysmal atrial fibrillation. *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.* 2011; 12 (2): 308-310.
6. Golash V.A giant anterior mediastinal teratoma presenting as orthopnea and dysphagia in an adult. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2005; 130 (2): 612-613.
7. Fazhoğulları O., Atalan N., Gürer O., Akgün S., Arsan S. Cardiac tamponade from a giant thymoma: case report. *J. Cardiothorac. Surg.* 2012; 6: 7-14.
8. Mohan Rao P.S., Moorthy N., Shankarappa R.K., Bhat P., Nanjappa M.C. Giant mediastinal thymolipoma simulating cardiomegaly. *J. Cardiol.*; 54 (2): 326-329.

Поступила 26.11.13г.

References

1. Gagua R., Kuchava V., Gzirishvili L., Lomidze Z. Diagnostics and results of the surgical treatment of rare giant intrathoracic tumors. *Khirurgiia im. N.I. Pirogova.* 2005; 2: 21–25. (in Russ.).
2. Davydov M.I., Machaladze Z.O., Polotskii B.E. Mesenchymal tumors of the mediastinum (review). *Sibirskii onkologicheskii zhurnal.* 2008; 1(25): 64–74. (in Russ.).
3. Trakhtenberg A.Kh., Vishnevskii A.A., Kolbanov K.I., Golovtееv V.V. *Opukholi i kisty sredosteniia* [Tumors and cysts of the mediastinum. Proc. of International Conf. *Materialy mezhdunarodnoi konferentsii «40 let torakal'noi khirurgii RNTsKh RAMN».* 2003; 276—288. (in Russ.).
4. Abi Ghanem M., Habambo G., Bahous J., Chouairy C., Abu Khalil B. Large thymolipoma causing primarily respiratory distress. *J. Med. Liban.* 2012; 2 (60): 106-109.
5. Asteriou C., Barbetakis N., Kleontas A., Konstantinou D. Giant mediastinal teratoma presenting with paroxysmal atrial fibrillation. *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.* 2011; 12 (2): 308-310.
6. Golash V.A giant anterior mediastinal teratoma presenting as orthopnea and dysphagia in an adult. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2005; 130 (2): 612-613.
7. Fazhoğulları O., Atalan N., Gürer O., Akgün S., Arsan S. Cardiac tamponade from a giant thymoma: case report. *J. Cardiothorac. Surg.* 2012; 6: 7-14.
8. Mohan Rao P.S., Moorthy N., Shankarappa R.K., Bhat P., Nanjappa M.C. Giant mediastinal thymolipoma simulating cardiomegaly. *J. Cardiol.* 54 (2): 326-329.

Recieved 26.11.2013

Информация об авторах

1. Чикинев Юрий Владимирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной и детской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета,
2. Дробязгин Евгений Александрович – д.м.н., ассистент кафедры госпитальной и детской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета, врач торакальный хирург, эндоскопист отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница». e-mail: evgenyidrob@inbox.ru
3. Чагин Георгий Николаевич – торакальный хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
4. Кутепов Антон Вадимович – к.м.н, ассистент кафедры госпитальной и детской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета, врач торакальный хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Information about the Authors

1. Chikinev Iu. - MD, Professor, Head of the Department of Hospital and Children's Surgery of the Novosibirsk State Medical University.
2. Drobiazgin E. - MD, Assistant of the Department of Hospital and Children's Surgery of the Novosibirsk State Medical University, Thoracic Surgion Department of Thoracic Surgery, endoscopist State Novosibirsk Regional Hospital. e-mail: evgenyidrob@inbox.ru.
3. Kutepov A. - PhD, Assistant of the Department of Hospital and Children's Surgery of the Novosibirsk State Medical University, Thoracic Surgion Department of Thoracic Surgery State Novosibirsk Regional Hospital.
4. Chagin G. - Thoracic Surgion Department of Thoracic Surgery State Novosibirsk Regional Hospital.