

## КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ

И. В. Иоффе, О. Н. Мироненко, В. В. Валуйский, А. К. Пызин,  
А. В. Дайнеко, Н. В. Васильев, В. В. Потий

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», Кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии (зав. каф. – Заслуженный врач Украины, доктор мед. наук, проф. И. В. Иоффе), г. Луганск, Украина

Было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование 131 больного с опухолями средостения. Систематизированы основные клинические варианты течения опухолей средостения как миастенический синдром бронхо-легочной недостаточности, синдром верхней полой вены. Показана высокая информативность компьютерной и магнитно-резонансной томографии органов средостения в раннем диагностическом периоде. Обоснована эффективность оперативного лечения данного контингента больных.

**Ключевые слова:** опухоли, средостение, компьютерная томография, хирургическое лечение.

**Вступление.** Опухоли средостения (ОС) являются актуальной проблемой торакальной хирургии в связи со сложностью их своевременной диагностики и ранним появлением осложнений.

По данным ряда авторов [3, 12, 15, 17], новообразования органов средостения встречаются в 0,5–3 %. Эта проблема включает в себя такие заболевания как гемангиомы, лимфангиомы, опухоли вилочковой железы, медиастинальную форму болезни Брилла-Симмерса, мышечные опухоли из наружных слоев стенки пищевода, гладкомышечной ткани стенок артерий и бронхов, ангиофибромы, заградный зуб и др. [1, 2, 5, 8, 13, 14, 20].

Клиническая картина ОС вызывает диагностические сложности, так как отличается длительным бессимптомным периодом, отсутствием характерных признаков заболевания. Тем не менее, наиболее часто встречаемыми симптомами при данной патологии являются: субфебрилитет неясного генеза, неврологические расстройства, компрессионный синдром со стороны сосудов и органов средостения [2, 4, 9, 10, 13, 18, 19]. По мнению ряда авторов, в клинике ОС, в 78,3 % случаев преобладают субъективные симптомы и в 21,7 % бессимптомный тип течения заболева-

ния [9]. Другие исследователи описывают при сосудистых ОС дополнительно такие признаки как наличие врожденных пороков развития (деформации кистей, аномалии легочной ткани) или сочетание их с опухолями другой локализации [1, 2].

В диагностике новообразований средостения ведущее место отводится рентгеновским методам: R-скопии, R-графии, томографии, ангиографии и компьютерной томографии органов средостения и грудной клетки, как наиболее информативным [4, 11, 15, 16].

Несмотря на множество имеющихся публикаций в отношении ОС, многие вопросы клиники, современных методов диагностики, тактики ведения больных с данной патологией окончательно еще не разрешены. В связи с этим, целью нашей работы было проанализировать случаи ОС, определить группу наиболее часто встречаемых нозологических форм, дать им клинико-неврологическую характеристику, оценить эффективность оперативного лечения.

**Материал и методы исследования.** Было проведено комплексное клиническое обследование 131 больного с новообразованиями средостения, которые находились на лечении в отделении торакальной хирургии Луганской областной клинической больницы. Наряду с общеклиническим обследованием проводилось изучение неврологического статуса, применялись инструментальные методы – бронхоскопия (БС), рентгеновские – R-скопия, R-графия органов грудной клетки, средостения, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) органов средостения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Среди обследуемых было 77 женщин и 54 мужчины. Распределение больных по возрастному признаку представлено в таблице 1.

Как видно из данных, приведенных в таб-

Таблица 1

## Возрастной состав больных с опухолями средостения

Возраст обследуемых	Удельный вес, %
До 30 лет	33,3
От 31 до 50 лет	23,5
От 51 до 60 лет	29,4
Старше 60	13,8

Таблица 2

## Продолжительность болезни у пациентов с опухолями средостения

Продолжительность болезни, мес. Количество наблюдений, %	Количество наблюдений, %
От 1 до 6	39,3
От 7 до 12	25,5
Свыше 12	17,6

лице 1, ОС чаще диагностировались у лиц молодого возраста. Давность развития заболевания колебалась в пределах от нескольких месяцев до 6 лет, в среднем составила  $14,8 \pm 1,2$  месяца.

Первые признаки болезни у изучаемых пациентов были несистемными, чаще субъективными. Так, у 21,6 % больных ОС развились на фоне респираторных явлений с кашлем, иногда со слизистой мокротой, повышением температуры тела до субфебрильных цифр, появлением головной боли, светобоязни, общего недомогания.

В 17,6 % случаев заболевание дебютировало признаками миастении – слабость в руках, ногах, нарушение речи, глотания, опущение век, двоение перед глазами. В большинстве наблюдений (43,3 %) имели место симптомы компрессии верхней полой вены. У этой группы больных также наблюдались неврологические расстройства в виде нервозности, частых головных болей, головокружений, приступов озноба, сердцебиения, болей в сердце, повышения артериального давления до 180/100 мм. рт. ст. Эти симптомы были связаны с раздражением вегетативных образований средостения опухолевым процессом.

У 5,8 % пациентов преобладали симптомы компрессии плечевого сплетения – боль в плечевом, локтевом суставах, пастозность тканей надплечья, нарушение чувствительности в области плеча, ограничение движений в плечевом суставе. В 7,8 % случаев ОС были диагностированы на фоне хронического трахеобронхита при очередном рентгеновском обследовании. У 3,9 % больных в начале за-

болевания отмечались признаки снижения функции спинного мозга в виде слабости в ногах, онемения в грудной клетке, нарушения функции тазовых органов. Вероятно, эти симптомы были связаны с гемодинамическими расстройствами в средних грудных сегментах спинного мозга (Т<sub>7</sub>–Т<sub>8</sub>).

Таким образом, у обследуемых больных наиболее частыми клиническими проявлениями ОС были синдромы верхней полой вены и трахеобронхиальной дисфункции.

При клиническом обследовании у большинства пациентов (80,4 %) имели место неспецифические воспалительные изменения в периферической крови (ускорение СОЭ, анемия, лейкоцитоз со сдвигом влево), нарушение показателей обмена (78,4 %), структуры бронхиального аппарата при бронхоскопии (70,6 %), деформация, либо сдавление стенок пищевода при фиброзофагогастроудоденоскопии (11,8 %).

Результаты компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов грудной клетки и средостения представлены в таблице 3.

По данным КТ органов грудной клетки, среди образований органов средостения преобладали опухоли и кисты преимущественно передне-верхних отделов средостения, а также гиперплазия вилочковой железы.

Дальнейшая тактика ведения больных с ОС заключалась в оперативном лечении. Операции были выполнены 90,2 % больным, в остальных случаях оперативное лечение не проводилось из-за наличия у больных метастазов в другие органы, а также из-за отка-

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

каза больных от операции. При опухолях переднего средостения применяли трансстернальный доступ, а при локализации опухоли в заднем средостении – правостороннюю или левостороннюю торакотомию, в зависимости от преимущественного направления роста опухоли.

Ранний послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. 74,5 % больных были выписаны из отделения в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение, 25,5 % были переведены в онкодиспансер для проведения курса лучевой и химиотерапии.

Результаты гистологического исследования представлены в таблице 4.

Результаты проведенного гистологического исследования указывают на то, что среди опухолей средостения по частоте случаев преобладают доброкачественные опухоли –

тимомы, гиперплазия вилочковой железы, соединительнотканые кисты средостения, липомы, пороки развития. Среди злокачественных новообразований чаще встречаются злокачественная мезенхиома средостения, клеточный лимфогранулематоз.

Представляет определенный интерес выявленная нами зависимость между выраженностью миастенического синдрома и морфологией опухолей средостения. У 10 % больных, прооперированных по поводу тимомы, отсутствовал клинически миастенический синдром. В то время как в процессе у 14 % больных с миастенией во время операции были обнаружены гиперплазия вилочковой железы, липома, дермоидная киста средостения. Очевидно, что в наших наблюдениях тимомы не сопровождалась гиперпродукцией тимических гормонов и соответствующей дисфункцией Т-системы иммунитета, в связи с чем клиничес-

Таблица 3

### Результаты компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии

Диагноз	Количество наблюдений, %
Гиперплазия вилочковой железы	18,5%
Опухоли средостения	23,4%
Киста средостения	25,4%
Опухоли органов грудной клетки	13,6%
Киста перикарда	7,7%
Метастазы в органы средостения	7,7%
Опухоли кардиодиафрагмального угла	3,7%

Таблица 4

### Результаты гистологического исследования у больных с патологией средостения

Гистологическое заключение	Удельный вес, %
Тимома дифференцированная	15,6
Эпидермоидная тимома	3,9
Лимфоидная форма тимомы	3,8
Гиперплазия вилочковой железы	11,7
Тератома	3,9
Соединительнотканная киста Средостения	19,7
Злокачественная тератома с лимфосаркомой	1,9
Дермоидная киста средостения	1,9
Папиллярная киста средостения	1,9
Нейрофиброма	1,9
Злокачественная мезенхиома Средостения	3,9
Липома	10,7

ки отсутствовал миастенический синдром. В свою очередь, наличие миастении при других доброкачественных опухолях средостения (ли-помах, дермоидных кистах), либо при гиперплазии вилочковой железы, вероятно связано с наличием в этих опухолях лимфоидных фолликулов, обуславливающих аутоиммунные изменения, нарушения эпителиально-лимфоидного взаимодействия в вилочковой железе, с последующим развитием миастенических реакций. Наши предположения совпадают с мнением [6, 7, 8].

**Вывод.** Таким образом, полученные результаты позволяют сделать следующие

выводы: 1. Возможны три основных варианта клинической картины опухолей средостения:

- бронхолегочный симптомо-комплекс с вегетативными расстройствами надсегментарного уровня;
- миастенический синдромокомплекс;
- синдром верхней полой вены с вегетативными расстройствами сегментарного уровня.

2. Всем больным с опухолями средостения целесообразно проведение КТ – и МРТ – обследования в ранние сроки. Единственным наиболее эффективным методом лечения новообразований средостения является хирургический.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бирюков Ю. В., Чарнецкий Р. И., Годже-ло Э. А. Сосудистые новообразования средостения // Хирургия. – 1991. – № 4. – С. 3–7.
2. Бирюков Ю. В., Чартцкий Р. И., Годже-ло Э. А. Сосудистые новообразования средостения // Хирургия. – 1993. – № 9. – С. 70–75.
3. Вишневский А. А., Хирургия средосте-ния. – Москва. – 1977. – С. 306.
4. Гринцов Г. А., Ступаченко Д. О., Кра-вец Е. М. Диагностика и лечение тимом при миастении // Збірник наук, праць співробіт-ків КМАПО ім. П.Л. Шупіка. – К. – 2001. – Вип.10. – С. 196–197.
5. Дербилова Т. И., Рейхруд В. М., Кононен-ко В. Г. Патология средостения в практике фтизиатра // Проблемы туберкулеза. – 1991. – № 10. – С. 50–53.
6. Зайратьянц О. В., Ветшее П. С., Ипполи-тов И. Х. Морфологическая и клинико-им-мунологическая характеристика двух типов миастении // Архив патологии. – 1991. – Т. 53. – С. 22–26.
7. Зайратьянц О. В., Ветшев П. С., Хави-сон В. Х. Патология тимуса при миастении: причина или следствие // Сов. медицина. – 1990. – №8. – С. 18 – 25.
8. Коваленко П. П., Хоронько Ю. В. Хирур-гическое лечение больных с доброкачествен-ными опухолями и кистами средостения // Хирургия. – 1992. – №3. – С. 18–20.
9. Китаев В. В., Зубарев А. В. Подозрение на опухоль средостения // Сов. медицина. – 1992. – №2. – С. 33–34.
10. Лобзин В. С., Сайкоа Л. А., Поляко-ва Л. А. Критерии тяжести и прогноза течения миастении // Журнал невропатологии и пси-хиатрии им. С. С. Корсакова. – 1985. – №1. – С. 12–15.
11. Ловегин Е. В., Митрофанов М. А., Лит-винов П. Д. Значение компьютерной, магнит-но-резонансной и ультразвуковой томографии в определении распространенности рака легко-го на средостение // Вестник рентгенологии и радиологии. – 1996. – № 1. – С. 25–29.
12. Петроевский Б. В. Патология средостения Хирургия средостения // М: Медицина. – 1972. – 263с.
13. Шимко З. Т., Донченко В. А. Случай ги-гантской лейомиомы средостения //Клин. ме-дицина. – 1992. – №3–4. – С. 62–64.
14. Шкондин О. М., Мироненко О. М., Ери-шев Ю. М. Швидко виростаючи ангиома средо-стіння // Український радіологічний журнал. – 1998. – №1. – С. 93–94.
15. A. E. Grasso, Rory O'Hanlon, Didier Locca and DJ. Pennell Cardiovascul; Magnetic Reson-ance of Thymoma // Circulation. – 2009. – V. 120. – P. 1453–1455.
16. Armas P. B., Borges A. A., Barrable D. A. Tumores medlastinales experiencianen 15 anos // Rev. cub. Cir. – 1990. – Vol. 29. – №2– P. 257–262.
17. Beau V. Duwe, Daniel H, Sterman and Alt I. Musani Tumors of the Mediastinum // Chest. – 2005. – Vol. 128. – P. 2893–2909.
18. Detterbeck FC, Jantz MA, Wallace M, Vansteenkiste J, Silvestri GA, American College of Chest Physicians. Invasive mediastinal staging of lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition), // Chest. – 2007. – P. 202–220.
19. Diagnostic Strategies for Mediastinal Tu-mors and Cysts // Thoracic Surgery Clinics. – 2009. – V. 19. – P. 29–35.
20. Macchiarini P. Primary tracheal tumours // Lancet Oncol. – 2006. – № 2. – P. 83–91.

І. В. Іоффе, О. М. Мироненко,  
В. В. Валуйський, О. К. Пизін,  
А. В. Дайнеко, М. В. Васильєв, В. В. Потій

### КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН І КІСТ СЕРЕДОСТІННЯ

м. Луганськ, Україна

**Резюме.** Було проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження 131 хворого з пухлинами середостіння. Систематизовані основні клінічні варіанти перебігу пухлин середостіння як міастенічний, бронхо-легеневої недостатності, синдром верхньої порожнистої вени. Показано високу інформативність комп'ютерної і магнітно-резонансної томографії органів середостіння в ранньому діагностичному періоді. Обґрунтовано ефективність оперативного лікування даного контингенту хворих.

**Ключові слова:** пухлини, середостіння, комп'ютерна томографія, оперативне лікування.

I. V. Ioffe, O. N. Mironenko,  
V. V. Valuiskiy, A. K. Pyzin, A. V. Daineko,  
N. V. Vasiliev, V. V. Potiy

### CLINIC, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF MEDIASTINAL TUMORS AND CYSTS

Lugansk, Ukraine

**Summary.** The complex clinical-instrumental inspection of 131 patients with tumors of mediastinum was conducted. The main clinical variants of current of tumours of mediastinum as miastenic, of branch pulmonary usufficientcy, syndrome of upper vena cava are systematized. The high selfdescriptiveness of computer is show and is magnetic – resonant tomography of bodies of mediastinum in early diagnostic period. The efficiency of operating treatment of the given quota of the patients is reasonable.

**Key words:** tumors, mediastinum, computer tomography, operating treatment