

Ю.В. Чикинев\*, \*\*, Е.А. Дробязгин\*, \*\*, Г.Н. Чагин\*\*

## Лечение пациента с гигантской опухолью переднего средостения

\* ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, 630091, Новосибирск, Красный проспект, 52  
\*\* ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», journal@meshalkin.ru

УДК 616.27-006.03-089  
ВАК 14.01.12

Поступила в редакцию  
1 октября 2012 г.

© Ю.В. Чикинев,  
Е.А. Дробязгин,  
Г.Н. Чагин, 2012

Представлен случай диагностики и лечения пациента 48 лет с гигантской опухолью переднего средостения. В течение 10 лет до госпитализации в стационар пациент не проходил профилактический осмотр. При компьютерной томографии органов грудной клетки выявлена опухоль, с четкими ровными контурами, размерами 21 × 13 × 24 см. При операции выявлено, что опухоль тесно спаяна с диафрагмой, куполом плевральной полости. По своей задней поверхности врастает в ткань легкого, прорастая в сосуды верхней и нижней доли легкого, что делает невозможным удаление опухоли без легкого. Отмечается компрессия ткани легкого, которое не участвует в дыхании. Выполнены пульмонэктомия и удаление опухоли. Послеоперационный период протекал без осложнений. Для ранней диагностики и лечения подобных опухолей необходимо проведение рентгенографии органов грудной клетки 1 раз в год.

Ключевые слова: опухоль переднего средостения; тимома; торакальная онкология.

В настоящее время отмечается рост числа пациентов с опухолями средостения [1–3]. Анализ современной литературы, посвященной диагностике и лечению новообразований средостения, показал, что основная масса публикаций носит описательный характер [4–8]. Представляем опыт лечения пациента с гигантской опухолью переднего средостения и левой плевральной полости.

Больной Х., 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 с жалобами на чувство нехватки воздуха, тяжесть в левой половине грудной клетки.

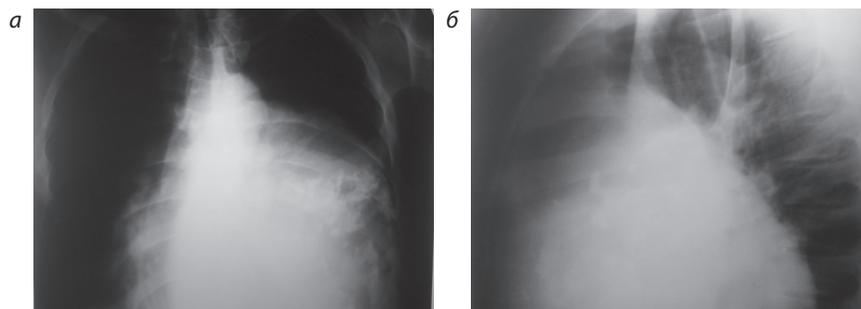
Из анамнеза: в сентябре 2009 г. во время прохождения профилактического осмотра при флюорографии органов грудной клетки выявлена опухоль средостения с дислокацией в левую плевральную полость. До 2009 г. в течение 10 лет обследований не проходил. Госпитализирован для дообследования и оперативного лечения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета. Телосложение – нормостеник. Грудная клетка обычной формы. При дыхании отмечается асимметрия, за счет отставания левой половины в акте дыхания. При

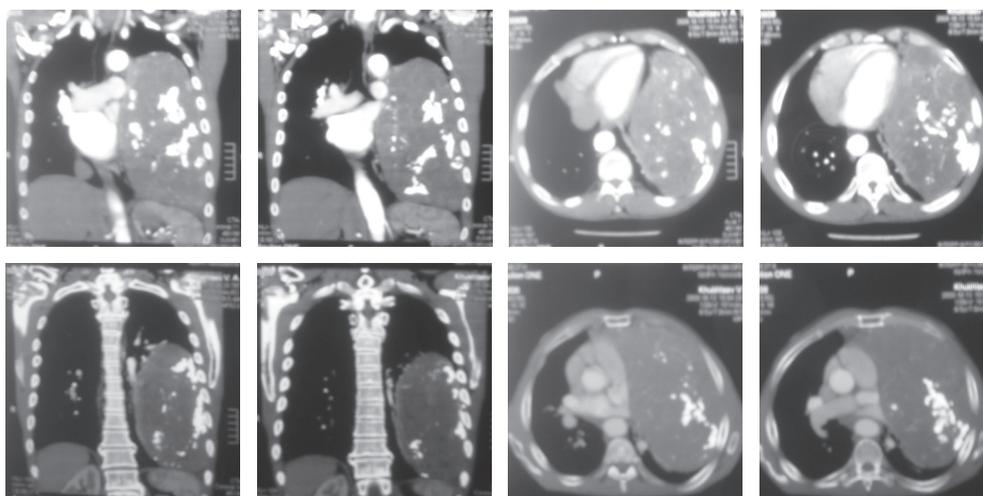
пальпации грудной клетки болезненности нет. При перкуссии: справа во всех отделах ясный легочный звук, слева в боковых и передних отделах внизу притупление перкуторного звука. При аускультации: в легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы. Слева отмечается ослабление дыхания в передних и боковых 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 четкими ровными контурами, размерами 21 × 13 × 24 см. Образование прилежит большей площадью к средостению и передней грудной стенке слева, сдавливает нижнюю долю левого легкого, смещает средостение вправо, сдавливает 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

**Рис. 1.**  
Рентгенография органов  
грудной клетки в пря-  
мой (а) и боковой (б)  
проекциях.



**Рис. 2.**  
Компьютерная  
томография органов  
грудной клетки.



смещена вправо. Правые отделы сердца умеренно расширены. Грудной отдел аорты не изменен. Слева диафрагма опущена за счет давления опухоли. Заключение: гигантское объемное образование переднего средостения, занимающее 3/4 левой половины грудной полости. Смещение средостения вправо (рис. 1 и 2).

По данным фибробронхоскопии: трахея свободно проходима, 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 бронхов язычковых сегментов верхней доли 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 бронхов язычковых сегментов верхней доли левого легкого извне. Катаральный I степени эндобронхит.

УЗИ сердца (26.10.2009) – аорта 3,6 см в диаметре, уплотнена. Левый желудочек КДР 5,0; МЖП 1,05 см. Задняя стенка 0,95 см. Правое предсердие 4,2×4,6 см. Правый желудочек КДР 3,7. Митральный клапан: пик Е 0,6, пик А 0,3. Регургитация I ст. Легочная гипертензия 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 операция: пульмонэктомия слева с удалением опухоли средостения. Выполнена левосторонняя переднебоковая торакотомия по V межреберью. Всю левую плевральную полость занимает опухоль 29×28×20 см, вследствие чего визуализировать левое легкое невозможно. Для улучшения доступа разрез 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 своей задней поверхности врастает

в ткань легкого (преимущественно верхняя доля и базальные сегменты), прорастая в сосуды верхней и нижней доли легкого, что делает невозможным удаление опухоли без легкого. Кроме этого за счет размеров опухоли отмечается выраженная компрессия ткани легкого, которое не участвует в дыхании. Выполнены пульмонэктомия и удаление опухоли. Общая кровопотеря составила 3 л. Ушивание торакотомной раны. Дренирование плевральной полости. Вес опухоли 5 кг. Размеры 29×28×20 см.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Переведен из отделения реанимации в профильное отделение через 3 суток после операции. В течение 8 суток сохранялось геморрагическое отделяемое по дренажу из плевральной полости в объеме до 250 мл. Дренаж из плевральной полости удален 11.11.2009. Швы с грудной стенки сняты 15.11.2009. Выписан из клиники под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства 25.11.2009.

По данным патоморфологического исследования (№ 76371-99): опухоль эластической консистенции, синюшно-розового цвета. На разрезе – серо-розового цвета и дольчатого строения с частичными обызвествлениями и в капсуле. Заключение: тимома, тип В 1, с выраженным фиброзом стромы, с очаговыми дистро-

фическими изменениями (некрозы, кальциноз). При контрольном осмотре через 1 мес. после выписки состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, явлений дыхательной недостаточности нет.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гагуа Р., Кучава В., Гзиришвили Л., Ломидзе З. // Хирургия им. Н.И. Пирогова. 2005. № 2. С. 21–25.
2. Давыдов М.И., Мачаладзе З.О., Полоцкий Б.Е. и др. // Сибирский онкологический журнал. 2008. № 1 (25). С. 64–74.
3. Трахтенберг А.Х., Вишневский А.А., Колбанов К.И., Головцев В.В. Опухоли и кисты средостения // Материалы международной конференции «40 лет торакальной хирургии РНЦХ РАМН». 2003. С. 76–288.
4. Abi Ghanem M., Habambo G., Bahous J. et al. // J. Med. Liban. № 2 (60). 2012. P. 106–109.
5. Asteriou C., Barbetakis N., Kleontas A., Konstantinou D. // Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. № 12 (2). 2011. P. 308–310.
6. Golash V.A. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. № 130 (2). 2005. P. 612–613.
7. Fazlıoğulları O., Atalan N., Gürer O., Akgün S., Arsan S. // J. Cardiothorac. Surg. № 6. 2012. P. 7–14.
8. Mohan Rao P.S., Moorthy N., Shankarappa R.K. et al. // J. Cardiol. № 54 (2). P. 326–329.

**Юрий Владимирович Чикинев** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной и детской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета.

**Евгений Александрович Дробязгин** – доктор медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной и детской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета,

врач-торакальный хирург, эндоскопист отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

**Георгий Николаевич Чагин** – торакальный хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».