

## Случай гигантской тератомы средостения с длительным бессимптомным течением

В.В.Погребняк, Н.В.Морозов, А.С.Клянчин, В.В.Долгополов,  
В.В.Потий, С.В.Перепелица, Г.Е.Кедалашвили, А.А.Мирошниченко,  
С.Ю.Остапенко, В.А.Пачевский

Луганский государственный медицинский университет, кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии (заведующий — профессор И.В.Иоффе), Луганская областная клиническая больница (главный врач — доцент Ф.Т.Соляник)  
Луганск, Украина

---

Развитие тератом в большинстве случаев зависит от величины и локализации, скорости роста патологического процесса в средостении, степени сдавления, смещения и прорастания жизненно важных органов, расположенных в средостении. У 1/3 больных с данной патологией клиническая симптоматика отсутствует. В данной работе представлен случай успешного хирургического лечения гигантской тератомы средостения.

**Ключевые слова:** средостение, тератома, оперативное лечение.

---

### Введение

Новообразования средостения (опухоли и кисты) в структуре всех онкологических заболеваний составляют 3-7% [1]. Среди новообразований средостения тератомы по частоте занимают второе место после невrogenных опухолей и составляют 10-15% [3, 6]. Наиболее часто они располагаются за грудиной, в среднем отделе переднего средостения, нередко выступая в ту или иную половину грудной полости. Многие из тератом средостения протекают бессимптомно и зачастую являются случайными флюорографическими находками [4]. Единственным рациональным методом лечения тератом средостения является радикальное их удаление. Ткани зрелых тератом являются потенциальным источником других опухолей, как доброкачественных, так и злокачественных (рак и саркомы) [5]. В связи с этим удаление опухолей и кист средостения необходимо производить как можно раньше, так как это является профилактикой их малигнизации или развития компрессионного синдрома [2].

Целью работы было обобщить опыт успешного хирургического лечения гигантского дермоида средостения.

### Клиническое наблюдение

Пациент П., 37 лет, поступил в отделение сердечно-сосудистой хирургии Луганской област-

ной клинической больницы 14.09.2009 г. с жалобами на общую слабость, небольшую одышку и сердцебиение при физической нагрузке, а также быструю утомляемость. Из истории заболевания отмечается постепенное развитие указанных симптомов на протяжении последних двух лет. Ранее жалоб не предъявлял.

При клиническом обследовании обращали на себя внимание бледность кожных покровов, при аускультации — небольшой систолический шум на верхушке, ЧСС 76 уд./мин. Признаков застойной сердечной недостаточности не было. Артериальное давление — 125/80 мм рт.ст. При объективном обследовании органов дыхания было обнаружено наличие жесткого дыхания, которое было более выражено справа. Причем в нижних отделах правого легкого оно было значительно ослаблено. Спирография: легкое снижение ФЖЕЛ. Со стороны других органов и систем, а также результатов лабораторных исследований патологических изменений не выявлено. На ЭКГ — синусовый ритм с частотой 78 уд./мин., без признаков гипертрофии сердца. Рентгенологическое исследование выявило участок затемнения в области правого кардиофрагмального угла, корня правого легкого, занимающий практически нижнюю половину плевральной области.

Клинический диагноз кисты перикарда, а также наличие клинических проявлений заболеваний определили показания к оперативному лечению.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Хирургическое вмешательство выполнено 18.09.2009 г. Правосторонняя передне-боковая торакотомия по V межреберному промежутку позволила оптимально визуализировать огромное новообразование, которое занимало все операционное поле, неподвижное, плотной консистенции, покрытое густой сосудистой сетью, интимно связанное с перикардом, грудной стенкой, легким. Удаление новообразования представляло определенные трудности, так как подойти к месту прикрепления было довольно сложно из-за больших размеров. С целью мобилизации опухоли произведена частичная краевая резекция правого легкого. Острым путем, с применением диатермии опухоль отделена от окружающих тканей и удалена. Размеры новообразования составили 22x21x20 см. Ножки опухоли не было, она была интимно сращена с перикардом.

Морфогистологическое исследование (24.09.2009 г. №№ 7754, 7755, 7756) определило диагноз — толстостенная однокамерная эпидермоидная киста перикарда, заполненная кашицеобразными массами желтоватого цвета, на внутренней поверхности с растущими волосами.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Получал лечение: антибиотики,

аналгетики, коррекция водно-щелочного баланса, препараты калия.

26.09.2009 г. пациент в удовлетворительном состоянии был выписан под наблюдение врача по месту жительства с рекомендациями продолжить лечение в стационаре по месту жительства. Контрольный осмотр 28.10.2010 г. — данных о рецидиве не отмечается.

## Выводы

1. Скучные клинические проявления опухоли средостения (общая слабость, небольшая одышка и сердцебиение при физической нагрузке, быстрая утомляемость) не исключают большие его размеры. Их развитие в большинстве случаев зависит от локализации, скорости роста, патологического процесса в средостении, степени сдавления, смещения и прорастания жизненно важных органов, расположенных в средостении.

2. Удаление опухолей и кист средостения необходимо производить как можно раньше, так как это является профилактикой малигнизации или развития компрессионного синдрома. Однако даже в случаях огромных новообразований не исключается вариант радикального хирургического лечения без повреждения соседних органов.

## Литература

1. Lau C.L., Davis R.D. Chapter 56: The Mediastinum, in Sabiston's Textbook of Surgery, 17th Ed. — Philadelphia: Elsevier, 2004. — P. 1738-1739, 1758.
2. Patel J., Park C., Michaels J., Rosen S., Kort S. Pericardial cyst: case reports and a literature review // Echocardiography. — 2004. — №21. — P. 72-269.
3. Noyes B.E., Weber T., Vogler C. Pericardial cysts in children: surgical or conservative approach? // J. Pediat. Surg. — 2003. — №38. — P. 5-1263.
4. Borges A.C., Gellert K., Dietel M., Baumann G., Witt C. Acute right-sided heart failure due to hemorrhage into a pericardial cyst // Ann. Thorac. Surg. — 2007. — №63. — P 7-845.
5. Komodromos T., Lieb D., Baraboutis J. Unusual presentation of a pericardial cyst // Heart Vessels. — 2004. — №19. — P. 49-51.
6. Shiraishi I., Yamagishi M., Kawakita A., Yamamoto Y., Hamaoka K. Acute cardiac tamponade caused by massive hemorrhage from pericardial cyst // Circulation. — 2008. — №101. — P. 7-196.

**В.В.Погребняк, М.В.Морозов, А.С.Клянчин, В.В.Долгополов, В.В.Потій, С.В.Перепелиця, Г.Є.Кедалашвілі, А.О.Мірошниченко, С.Ю.Остапенко, В.А.Пачевський. Випадок велетенської тератоми середостіння з тривалим безсимптомним перебігом. Луганськ, Україна.**

**Ключові слова:** середостіння, тератома, оперативне лікування.

Розвиток тератом у більшості випадків залежить від величини і локалізації, швидкості зростання патологічного процесу в середостінні, ступеня здавлення, зміщення і проростання життєво важливих органів, розташованих в середостінні. В 1/3 хворих з цієї патологією клінічна симптоматика відсутня. У цій роботі представлений випадок успішного хірургічного лікування велетенської тератоми середостіння.

**V.V.Pogrebnyak, N.V.Morozov, A.S.Klianchin, V.V.Dolgoplov, V.V.Potiy, S.V.Perpelitsa, G.E.Kedashvili, A.A.Miroshnichenko, S.Yu.Ostapenko, V.A.Pachevskiy. Case of giant dermoid of mediastinum with long asymptomatic course. Lugansk, Ukraine.**

**Key words:** mediastinum, teratoma, operative treatment.

The development mediastinal teratoma depends from a size and localization, speed of height of pathological process in a mediastinum, degrees of compression, displacement and invasion of vital important organs in a mediastinum. The clinical symptoms are absent in 1/3 patients with this pathology. There is the case of successful surgical treatment of giant teratoma of mediastinum in this article.

Надійшла до редакції 17.01.2011 р.