



В. В. Бойко,
А. Г. Краснояружський,
П. І. Корж, В. В. Кріцак

ТАКТИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НОВОУТВОРЕННЯМИ ЗАДНЬОГО СЕРЕДОСТІННЯ

Харьковский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

Резюме. Представлено досвід оперативного лікування 84 хворих за період з 1992 по 2013 роки, з новоутвореннями заднього середостіння, з них 39 хворих за період з 2004 по 2013 рік з використанням мініінвазивних технологій та аплікаційної методики інтраопераційного гемостазу. Завдяки застосуванню даних технологій вдалося зменшити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді інтраопераційних та післяопераційних кровотеч в 4 рази, а також зменшити середню тривалість перебування хворого у стаціонарі після відеоторакоскопічних операцій порівняно з відкритими операціями удвічі: з 10,3 до 5,6 діб.

Ключові слова: новоутворення заднього середостіння, невриноми, відеоторакоскопія, аплікаційний гемостаз.

Вступ

Пухлини та кісти середостіння, які в середньому складають близько 1 % усіх пухлин людини [1, 2], є відносно рідкісними захворюваннями, із них пухлини заднього середостіння щодо всіх пухлин середостіння займають від 23 до 30 % [3, 5]. Попри це, вони з кожним роком привертають до себе все більше уваги лікарів різних спеціальностей, а особливо хірургів. Новоутворення середостіння (надалі – НС) є надзвичайно різноманітними за морфологічними формами та генезом. Вони можуть бути доброякісними та злоякісними, тканевими та кістозними, виходити із власних тканин органів середостіння, із дистопованих у середостіння тканин. Нейрогенні пухлини є найбільш поширеними серед пухлин заднього середостіння, вони складають 19–39 % серед пухлин середостіння і близько 75 % серед усіх пухлин заднього середостіння [4, 5]. Ці пухлини є доброякісними у 70–80 % пацієнтів та розвиваються з периферичних нервів, у тому числі із симпатичних гангліїв, парагангліїв, шванівських клітин. Решта 25 % від пухлин заднього середостіння займає гетерогенна група рідкісних пухлин, включаючи лімфоми, тератоми, саркоми та ін.

Клінічні прояви НС перш за все обумовлені функціональними та анатомічними порушеннями, які виникають завдяки втягненню в процес різноманітних органів і структур середостіння, які розташовані поряд із пухлиною. Одним із перших проявів пухлин заднього середостіння є біль у грудній клітці, кашель, неврологічна симптоматика. У 40 % пацієнтів клінічні симптоми НС не проявляються у зв'язку з фізіологічними властивостями та вираженістю компенсаторних механізмів середостіння. Особливо це стосується

доброякісних новоутворень, які виявляються випадково на рутинній рентгенографії органів грудної клітки.

Мета дослідження

Поліпшити безпосередні та віддалені результати оперативного лікування хворих з пухлинами заднього середостіння з використанням мініінвазивних технологій та аплікаційних методик інтраопераційного гемостазу.

Матеріали та методи досліджень

За період з 1992 по 2013 рік у клініці ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМН України» проліковано 84 хворих з новоутвореннями заднього середостіння. Із них 42 хворих із невриномами заднього середостіння, 10 – з лейоміомами стравоходу, 11 – з бронхогенними та перибронхіальними кістами, 8 – з лімфомами, 13 – зі злоякісними пухлинами різного генезу, яким було виконано циторедуктивні операції. У табл. 1 показано групи хворих з такими патологіями. До групи порівняння входять хворі за період від 1992 по 2004 рік, під час оперативного втручання щодо яких не використовувались мініінвазивні технології та аплікаційні методики інтраопераційного гемостазу. В основну групу увійшли пацієнти за період від 2004 по 2013 рік, у лікуванні яких використовувались мініінвазивні технології для профілактики та зупинки кровотечі, в інтраопераційному і ранньому післяопераційному періоді застосовувались аплікаційні методи гемостазу з використанням препарату «ТахоКомб».

Як і більшість авторів, навіть у сьогоднішній час, при широкому впровадженні у клініку нових методів обстеження – КТ, МРТ тощо, рекомендуємо дотримуватись двоетапного обстеження хворих з медіастенальною патологією.

Таблиця 1

Структура новоутворень заднього середостіння, з приводу яких було виконано оперативні втручання

Види новоутворень заднього середостіння	Група порівняння (n=45)		Основна група (n=39)		Усі хворі
	Абс.	%	Абс.	%	
Невриноми заднього середостіння	22	48,9	20	51,3	42
Кисти середостіння	6	54,5	5	45,5	11
Лейоміоми середостіння	6	60	4	40	10
Лімфоми	5	62,5	3	37,5	8
Злоякісні новоутворення різної генези (циторедуктивні операції)	6	46,2	7	53,8	13

Перший етап є обов'язковим для всіх хворих і передбачає застосування рутинних, загальних методів: багатопроєкційну рентгеноскопію, рентгенографію, прицільних, первинно збільшених рентгенограм, «жорстких знімків», томографію. На другому етапі використовуються різноманітні додаткові методи клініко-рентгенологічного дослідження. При цьому, вибір додаткового методу визначається його діагностичними можливостями і даними, які були отримані на першому етапі дослідження. До додаткових рентгенологічних діагностичних методів обстеження хворих відносимо КТ, МРТ, ангіографію, контрастування стравоходу.

Традиційні рентгеновські методи є стартовими дослідженнями при діагностиці пухлин середостіння і мають чутливість 76,6 %, специфічність – 63,1 %, точність – 51,8 %. Рентгеноскопія визначає обсяг і локалізацію пухлини, дозволяє провести ряд функціональних тестів. Рентгенографія виявляє не тільки грубі, але й досить тонкі структурні зміни в паренхімі новоутворення, його капсулі, його зв'язок з оточуючими органами, що має важливе значення для розробки тактики лікування та прогнозу захворювання. Стає очевидним, що аналізуючи симптоми, які виявлені рентге-

носкопією, рентгенографією, вже на першому етапі дослідження можна провести навіть диференціальну діагностику з деякими захворюваннями. До числа типових «майже патогномонічних» рентгенологічних симптомів нейрогенних пухлин є їх локалізація в задньому середостінні, в реберно-хребетному куті.

За даними більшості авторів виявлено, що КТ дозволяє більш точно визначати біологічний характер новоутворення, його структуру, розміри, контури, ступінь поширеності процесу, взаємовідносини пухлини із сусідніми органами, великими магістральними судинами, зміненими регіонарними лімфовузлами. КТ має великі діагностичні можливості: так, чутливість методу склала 89,5 %, специфічність – 88,2 %, точність – 81,3 %. Одним з недоліків методу є променеве навантаження для хворого.

Більш чутливою, специфічною, точною (98,4; 82,8; 84,4 % відповідно) у діагностиці пухлиноподібних новоутворень середостіння виявилася МРТ [5]. Перевагою методу служить і те, що МРТ не пов'язана з іонізуючим випроміненням. Крім того, МРТ, на відміну від КТ, дозволяє отримати зображення у всіх площинах, що сприяє більш точному визначенню поширення патологічного процесу в середостінні.

Результати досліджень та їх обговорення

Одним із методів діагностики та оперативного лікування в нашій клініці використовується відеоторакоскопія, яка дозволяє за відсутності вираженого злукового процесу у плевральній порожнині оглянути і виконати необхідні маніпуляції в усіх відділах середостіння з боку огляду.

Діагностична відеоторакоскопія виконується щодо НС з метою біопсії (рис. 1, 2), для подальшої морфологічної верифікації діагнозу



Рис. 1. Відеоторакоскопія лімфаденопатія заднього середостіння



Рис. 2. Біопсія лімфатичного вузла заднього середостіння



і уточнення пухлинного ураження в тих випадках, коли виконання біопсії іншими менш інвазивними методами неможливе. Нами було проведено 25 відеоторакоскопічних операцій при новоутвореннях заднього середостіння, що становить 29,7 % від загальної кількості операцій. Із них: 11 операцій при кістах заднього середостіння; 8 – при лімфомах; 6 – при невриномах.

Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі після відеоторакоскопічних операцій порівняно з відкритими операціями зменшилась удвічі: з 10,3 до 5,6 діб.

Хірургічне лікування у вигляді відкритих операцій залишається основним методом лікування при новоутвореннях заднього середостіння.

Для оперативного лікування таких новоутворень ми використовували трансплевральний доступ у вигляді бокової торакотомії, виконаний у 59 хворих (70,2 %). Він довів свою меншу травматичність порівняно з усіма іншими методами, супроводжується меншою крововтратою і, що особливо важливо, дозволяє підійти до магістральних судин грудної клітки, до кореня легенів, до переднього, середнього і заднього відділів середостіння.

Основною метою оперативного втручання є повне видалення новоутворення, при злоякісних новоутвореннях необхідне також видалення медіастинальної клітковини та лімфатичних вузлів. З метою підвищення радикалізму застосовуються комбіновані операції з резекцією оточуючих органів.

Нами було прооперовано 42 пацієнти з нейрогенними пухлинами заднього середостіння (рис. 3, 4). Із них у 25 хворих при гістологічному дослідженні виявлено невриному, у 12 – нейрофіброму, у 3 – гангліоневриному, у 2 – нейрогенну саркому.



Рис. 3. Невринома заднього середостіння

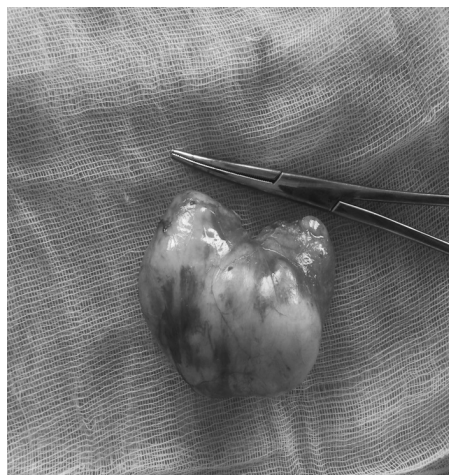


Рис. 4. Видалена невринома заднього середостіння

Одним із проявів пухлин заднього середостіння є синдром здавлення нижньої порожнистої вени, він спостерігався нами в однієї хворої з гігантською невриномою заднього середостіння, локалізованої в нижніх відділах правої плевральної порожнини, в задньому кардіально-діафрагмальному синусі. Синдром здавлення нижньої порожнистої вени супроводжувався незначним набряком нижніх кінцівок та набряком нижньої половини тулуба, порушенням функції нирок та ін. Після видалення невриноми симптоми здавлення вказаної вени ліквідувались.

У випадку неможливості повного видалення пухлини застосовувались паліативні (циторедуктивні) операції. За період дослідження було виконано 13 паліативних операцій при злоякісних пухлинах заднього середостіння, які спрямовані на максимальне видалення пухлинної тканини, створення більш сприятливих умов для проведення комбінованої терапії та профілактику розвитку ускладнень, що пов'язані із поширенням пухлини на оточуючі тканини.

Одним із основних завдань хірурга під час операції є досягнення надійного гемостазу як запоруки сприятливого результату оперативного втручання. Попри широкий вибір стандартних методів зупинки кровотечі, інколи досить важко досягти бажаного гемостазу під час оперативних втручань. У таких випадках у нашій клініці широко застосовується препарат «ТахоКомб», що випускається фірмою Хаслунд Нікомед Фарма АГ (Австрія). «ТахоКомб» є абсорбуючим гемостатичним засобом для місцевого застосування. Складається з колагенової пластини, яка вкрита з одного боку компонентами фібринового клею (висококонцентрованого фібриногену і тромбіну), що сприяє згортанню крові. Сторону, яка покрита активними речовинами і позначена жовтим кольором, накладають на рану по-



верхню і злегка притискають протягом 3-5 хв. (рис. 5, 6). Головною особливістю цього препарату є те, що він повністю складається із біологічних компонентів крові й при нанесенні його на уражену ділянку він імітує фізіологічний механізм гемостазу. Препарат «ТахоКомб» був застосований під час операції у 15 хворих для профілактики кровотечі в ранньому післяопераційному періоді й дозволив досягти надійного гемостазу в ділянці післяопераційної поверхні. У групі порівняння у 9 хворих спостерігалась кровотеча в післяопераційному періоді різного ступеня тяжкості, що склало 20 % від загальної кількості прооперованих хворих. В основній групі – тільки у 2 хворих, відповідно – 5,1 %. Як свідчать результати дослідження, застосування препарату «ТахоКомб» дозволило зменшити післяопераційні ускладнення у вигляді кровотечі практично у 4 рази.



Рис. 5 Ділянка видалення пухлини заднього середостіння



Рис. 6. Застосування «ТахоКомбу» в ділянці післяопераційної рани

Висновки

1. Застосування відеоторакоскопічних операцій при пухлинах заднього середостіння допомогло досягти зменшення післяопераційних ускладнень та зменшити терміни перебування хворих у стаціонарі.

2. Основою оперативного лікування пухлин заднього середостіння є його радикальність. У випадку зі злоякісними новоутвореннями обов'язковим є видалення медіастинальної клітковини з лімфатичними вузлами. При неможливості повного видалення пухлини виконуються циторедуктивні операції.

3. Застосування препарату «ТахоКомб» дозволило зменшити величину післяопераційних ускладнень, таких як кровотеча в ранньому та віддаленому післяопераційних періодах практично в 4 рази.

ЛІТЕРАТУРА

1. Колесникова Р. С. Клиника, диагностика и хирургическое лечение опухолей и кист средостения : автореф. дис. ... доктора мед. наук / Р. С. Колесникова . – М.: 1965. – 27 с.
2. Лукьянченко Б. Я. Распознавания опухолей и кист средостения / Б. Я. Лукьянченко. – М. : Медгиз, 1958. – 234 с.
3. Стариков В. И. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография в диагностике опухолей

средостения / В. И. Стариков, А. Н. Белый, И. Н. Канищева // Онкология. – 2002. – Т. 4, № 2. – С. 113–116.
4. Marchevsky A. Surgical Pathology of the Mediastinum / A. Marchevsky, M. Kaneko // 2nd ed New York: Raven Press. – 1992. – N 2. – P. 319-337.
5. Posterior Mediastinal Tumors: Outcome of Surgery / Abdel Rahman, Mohamed A. Sedera, Ismail A. Mourad, [et al.] // Journal of the Egyptian Nat. Cancer Inst. – 2005. – Vol. 17 – N 1. – P. 1-8.



ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ

*В. В. Бойко,
А. Г. Краснояружский,
П. И. Корж,
В. В. Крицак*

Резюме. В статье представлен опыт оперативного лечения 84 больных за период с 1992 по 2013 гг., с новообразованиями заднего средостения, из них 39 больных за период с 2004 по 2013 год с использованием миниинвазивных технологий и аппликационной методики интраоперационного гемостаза. Благодаря применению данных технологий удалось уменьшить количество послеоперационных осложнений в виде интраоперационных и послеоперационных кровотечений в 4 раза, а также уменьшилась средняя длительность пребывания больного в стационаре после видеоторакоскопических операций по сравнению с открытыми операциями вдвое: с 10,3 до 5,6 дней.

Ключевые слова: новообразования заднего средостения, невриномы, видеоторакоскопия, аппликационный гемостаз.

THE TACTICS OF
THE DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF PATIENTS
WITH TUMORS OF THE
POSTERIOR MEDIASTINUM

*V. V. Boyko,
A. G. Krasnoyaruzhsky,
P. I. Korzh,
V. V. Kritsak*

Summary. The article presents the experience of surgical treatment of 84 patients from 1992 to 2013 years, with the posterior mediastinum tumors, including 39 patients from 2004 to 2013 years, using minimally invasive technologies and applicative methodology of intraoperative hemostasis. Due to application of these technologies could reduce the number of postoperative complications in the form of intraoperative and postoperative bleeding in 4 times and decreased average length of hospital stay after VATS operations compared with open surgery in 2 times: from 10.3 to 5.6 days.

Key words: posterior mediastinum tumors, neuromas, VATS, application hemostasis.