

О. В. Беляк, С. Ф. Кошак, О. С. Петришин

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ТА КІСТ МЕЖИСТІННЯ

Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр

Актуальність

Діагностика та лікування патологічних процесів межистіння залишається актуальною проблемою торакальної хірургії. Найчастіше з новоутворів у межистінні зустрічаються лімфобластози; пухлини вилочкової, щитовидної залози, перикарду; пухлини та кисти невrogenного, мезенхімально-го, тератогенного та змішаного походження.

Мета дослідження

Вивчити власні результати діагностики та хірургічного лікування у 141 хворого з новоутворами та кистами межистіння

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовані результати обстеження 141 хворого з новоутворами та кистами межистіння віком 16–75 років, що знаходились на лікуванні в 1972–2015 роках. Крім основних клініко-лабораторних методів дослідження проводили рентгеноскопію, пряму та бокову рентгенографію, серединну томографію, КТ, МРТ, фібро бронхоскопію, ультразвукове дослідження. Для морфологічної верифікації діагнозу застосовували пункцію та прескаленну біопсію лімфатичних вузлів, трансторакальну аспіраційну біопсію під контролем рентгеноскопії або КТ, торакоскопію, торакотомію. В показаних випадках проводили пневмомедіастинографію, аортографію, радіоізотопне сканування, визначення гормонів щитовидної залози та фіброезофагогастроскопію, контрастування стравоходу. Оперовано 108 хворих, інші мали протипокази або відмовилися від хірургічного втручання.

Результати досліджень

Обстежено 82 жінки і 59 чоловіків, 62 % із них — віком до 50 років. Тривалість захворювання коливалась від 3 місяців до 5 років. Клінічна картина новоутворів межистіння залежала від їх розмірів, локалізації, темпів росту та взаємовідносин з сусідніми органами. У 22 % хворих патологічний процес був рентгенологічною знахідкою на профогляді при відсутності клінічних проявів. Трансторакальну міжреберно-загрудинну аспіраційну біопсію під контролем рентгеноскопії виконано у 27 пацієнтів (1972–1990 роки), позитивний результат отримано у 11 випадках. Аналогічну пункційну біопсію під контролем КТ (1990–2015 роки) проведено у 49 хворих: у 48,9 % матеріал цитологічно верифіковано після першої пункції, у 27,5 % — після другої; у 24,1 % виконано 3 пункції, але цитологічний діагноз не встановлено. Хірургічне втручання виконано у 108 пацієнтів. У 105 хворих використано трансплевральний боковий доступ, що забезпечив підхід до магістральних судин, кореня легень, переднього і заднього межистіння; у 3 випадках застосовано серединну стернотомію. Радикальні оперативні

втручання проведено у 96, паліативні — у 8, експлоративні торакотомії з біопсіями — у 4 хворих. Щільне зрощення пухлини з паренхімою легень у 5 випадках вимагало виконання лобектомії. У 2 випадках проведено видалення пухлини межистіння з висіченням ураженої ділянки перикарду. При видаленні новоутвору, зрощеного з магістральною судиною, у 2 пацієнтів вимушено залишено на судині ділянку пухлини для уникнення профузної кровотечі. Враховуючи можливість відходження дрібних судин пухлини межистіння від аорти, або інших магістральних стовбурів, проведено їх ретельну обробку.

Результати гістологічного дослідження матеріалу, отриманого при оперативному втручанні представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

№ п/п	Гістологічне заключення	Кількість хворих	Питома вага, %
1.	Невриноми	32	29,63 %
2.	Неврофіброма у пацієнта з хворобою Реклінгаузена	1	0,92 %
3.	Гангліоневроми	2	1,85 %
4.	Тімома	14	12,96 %
5.	Загрудинний зоб	3	2,78 %
6.	Лімфома	10	9,26 %
7.	Лімфосаркома	2	1,85 %
8.	Бронхогенна киста	15	13,89 %
9.	Тератома зріла багатокмерна	6	5,56 %
10.	Тератодермоїдна киста	7	6,49 %
11.	Киста перикарду	16	14,81 %
12.	Всього	108	100 %

Видалення неврофіброми межистіння у пацієнта з хворобою Реклінгаузена в післяопераційному періоді супроводжувалось інтраплевральною кровотечею, яка зупинена під час реторакотомії. При видаленні нагноєної бронхогенної кисти, ускладненої двобічною емпіємою, в післяопераційному періоді виникла тромбоемболія дрібних галузок легеневої артерії, яка ліквідована консервативно. У решти хворих ранній післяопераційний період перебігав без ускладнень. У 28 осіб виявили протипокази до хірургічного втручання: декомпенсацію життєво важливих органів і систем, поширення процесу на трахею, стравохід, аорту, плече-головний стовбур; раковий плеврит. Відмовились від операції 5 хворих. Всі пацієнти виписані в задовільному стані на амбулаторне лікування, а 12 осіб зі злоякісними новоутворами межистіння переведені в онкологічний центр на променеву та хіміотерапію.

Висновки

Клінічні ознаки новоутвору межистіння, як правило, є проявами синдромів: бронхолегеневого, неврологічного, міастенічного, компресії верхньої порож-

нистої вени. Традиційні рентгенологічні методи є стартовими дослідженнями при діагностиці пухлин та кист межистіння; КТ та МРТ суттєво підвищують інформативність про семіотику процесу і його взаємовідносини з органами та судинами. Трансторакальна аспіраційна біопсія під контролем КТ при новоутво-

рах переднього межистіння забезпечує високу інформативність і дозволяє отримати морфологічну верифікацію. Своєчасна госпіталізація хворих при підозрі на об'ємний процес межистіння в спеціалізовану клініку сприяє їх ранній діагностиці та радикальному хірургічному лікуванню.