

УДК 616.1 (575.2) (04)

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ

Н.К. Абдраева – аспирант

Mediastinum cysts take considerable part in mediastinum pathology and contain 18,5% of all malignant tumors. The main aspects of clinics and diagnostics of mediastinum cysts and modern methods of treatment of this pathology are shown in this article.

Кисты средостения занимают значительное место в медиастинальной патологии и составляют 18,5% всех новообразований этой локализации. Выделяют истинные или первичные кисты средостения, развившиеся из органов (бронхогенные, перикардиальные, энтерогенные) и лимфатических сосудов, а также паразитарные (чаще всего эхинококковые) и развившиеся из пограничных областей (например, менингеальные кисты, т.е. развившиеся из оболочек спинного мозга и др.) [1–3].

Нами анализирована клинико-рентгенологическая семиотика 18 больных, получивших хирургическое лечение в условиях НЦО МЗ КР и НГ МЗ КР с 1980 по 2005 г. Преобладали больные в возрасте 20–29 лет и женщины (13 из 18) или 72,2%

Перикардиальные кисты, впервые описанные в 1852 г. Rokitanski, являются пороками развития в эмбриональном периоде и встречаются от 3,3% до 14,2% от всех новообразований средостения. Патогенез их связан с нарушением формирования перикарда, а возможно, и плевры на различных этапах эмбрионального развития [1, 2]. Кроме врожденных, могут встречаться и приобретенные кисты перикарда воспалительного и травматического характера или паразитарной (эхинококковые) природы [2, 6].

В наших наблюдениях удельный вес перикардиальных кист составил 33,3%. Макроскопически эти кисты представляли собой полостные образования неправильной формы, с тонкими стенками, содержащие прозрачную

бесцветную жидкость серозного или серозно-геморрагического характера, поверхность которых гладкая серо-желтого цвета, иногда с жировыми включениями.

Наиболее часто перикардиальные кисты располагались в правом кардиодиафрагмальном углу (60%). В левом кардиодиафрагмальном углу выявлено в 30% и 10% в других отделах перикарда. Бессимптомное течение выявлено в 50% случаев и их обнаруживали случайно при рентгенологическом обследовании больных по поводу другой патологии.

Клинические проявления в виде неприятных ощущений в области сердца, сердцебиения, одышки, сухого кашля, возникающим при перемене положения тела, физической нагрузке отмечены в 33,3%. При больших кистах перикарда обнаруживали симптомы компрессии окружающих органов – пищевода, бронхов, предсердий, коронарных артерий, а также отставание грудной клетки при дыхании, деформации ее над образованием. С течением времени выраженность указанных жалоб нарастала.

Диагностика перикардиальных кист в основном базируется на многоосевой рентгеноскопии и рентгенографии грудной клетки. Рентгенологически с ровными четкими контурами, во всех проекциях, тень всегда связана с тенью сердца. Изменение формы кисты при использовании дыхательных проб представляется важным рентгенологическим симптомом и является свидетельством тонких стенок.

Информативным методом, в плане дифференциальной диагностики, является компьютер-

ная томография, которая позволяет не только выявить образование, определить его размеры, но также оценить толщину стенок кисты, характер содержимого, взаимоотношение с соседними анатомическими структурами [4, 5, 7–9].

Достаточно высокоинформативным и необременительным для пациента оказалась ультразвуковая эхокардиография (ЭхоКГ) [2, 6]. Дифференциальная диагностика кист перикарда довольно трудна. Их следует отличать от дермоидных кист средостения, кист легкого, аневризм аорты. Комплексное использование перечисленных методов исследования позволяет исключить большинство из этих заболеваний и установить истинный характер патологии [5, 6, 8, 9].

Бронхогенные кисты, описанные впервые Langenbeck в 1971 г., занимают второе место по частоте (5–10%). В наших наблюдениях их удельный вес составил 16,7% (две женщины и один мужчина).

Макроскопически представлены тонкостенные кистозные, как правило, однокамерные образования, округлой формы с тонкой стенкой. Около 80% бронхогенных кист прилежали к трахее или крупным бронхам и располагались в заднем средостении. Изнутри поверхность блестящая, выстлана эпителием, содержит прозрачную или светло-коричневую слизистую жидкость. Иногда бронхогенные кисты достигали весьма значительных размеров.

Микроскопически в стенке бронхогенных кист обнаруживали ткани, характерные для трахеи и бронхов. Хотя в литературе описаны случаи злокачественного перерождения, ни в одном наблюдении признаков малигнизации нами не обнаружено [2].

При рентгенологическом исследовании полуовальной или грушевидной формы, с четкими гладкими контурами, примыкающих к трахее или крупным бронхам, образования при кашле давали толчкообразное смещение, указывающее на тесную связь с трахеобронхиальным деревом. При сообщении кисты с просветом трахеобронхиального дерева в ней определяли уровень жидкости. Это свидетельствует о поступлении воздуха и слизи. В аналогичных случаях попадание контрастного вещества в ее полость при бронхографии позволяло однозначно ставить диагноз в пользу бронхогенной

кисты средостения. Стенки бронхогенной кисты иногда могут быть обызвествлены [5, 7].

По данным литературы, энтерогенные кисты, описанные в 1971 г. Landenbeck встречаются в 4–5% [1, 3]. Это врожденные дисэмбриональные образования, представляющие участки пищеварительного тракта, полностью или частично отделенные от него. Гастроэнтерогенные кисты происходят из зачатков пищеварительного тракта. Микроскопически кисты могут напоминать стенку желудка, пищевода, тонкой кишки. Известны редкие случаи развития рака в стенке кисты [2]. В наших наблюдениях их удельный вес составил 11,1%.

Содержимое кист зависит от принадлежности клеток, выстилающих внутреннюю поверхность ее стенки, представлено обычно сливкообразной жидкостью или студенистой массой. В связи с тем, что внутренняя оболочка некоторых кист выстлана желудочным эпителием, продуцирующим соляную кислоту, могут возникать изъязвления стенки, кровотечения из язв и их перфорация. Располагаются гастроэнтерогенные кисты, как правило, в заднем средостении. Они имеют более толстую стенку, чем бронхогенные кисты и в ряде случаев имеют ножку, связанную с пищеводом. Рентгенологически обнаруживалось неправильно округлой или овоидной формы образование с вертикальным расположением его длинного диаметра.

Кисты грудного лимфатического протока встречаются очень редко – 5,56%. Располагаются в заднем средостении и проявляются симптомами сдавления пищевода и трахеи. Отмечено усиление симптомов при приеме жирной пищи.

Диагноз может быть поставлен при лимфосцинтиграфии, но, как правило, ставится на операционном столе при вмешательстве по поводу неуточненной опухоли средостения, как это было в нашем наблюдении.

Истинные кисты тимуса (вилочковой железы) встречаются достаточно редко, если исключить кистозные тератомы и кистозные тимомы. В наших наблюдениях киста тимуса наблюдалась в 5,6%.

По происхождению кисты вилочковой железы делятся на 3 группы: 1 – врожденные; 2 – воспалительные; 3 – опухолевые.

Клиническая картина кист средостения зависит от их размеров, локализации и степени ком-

прессии окружающих органов, а также развития осложнений (нагноение, прорыв содержимого в дыхательные пути, плевральную полость, медиастинит и т.д.). Располагаются, как правило, в переднем средостении, возможен выход на шею. Могут достигать очень больших размеров, распространяясь до диафрагмы. Диагностируется с помощью рентгено-компьютерной томографии и ультразвукового сканирования. В стенке кисты нередко обнаруживаются кальцинаты [2, 6].

Панкреатические псевдокисты могут распространяться выше диафрагмы. Чаще местом перехода является аортальное или пищеводное отверстие диафрагмы, реже – отверстие Морганьи или эрозия диафрагмы. Диагноз ставится на основании РКТ, выявляющим переход кистозного образования через диафрагму. Для диагностики может быть использована эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография (ЭРХПГ). Разрыв кисты может привести к плевриту с высоким содержанием амилазы. В наших наблюдениях не было случая панкреатических кист средостения [2, 6].

Эхинококковые кисты средостения выявлялись довольно часто (22,2%), хотя, по данным литературы, это редко встречающиеся кисты [1]. Заболевание чаще наблюдается в странах с развитым животноводством, может быть в любом возрасте, независимо от пола.

Клиническая картина эхинококковой кисты протекает различно в зависимости от размеров, локализации паразита, наличия или отсутствия осложнений, возраста больных и сопутствующих заболеваний. При небольших размерах кисты протекает бессимптомно. При больших размерах кисты сдавливаются соседние органы и структуры, в связи с чем появляются боли, одышка, дисфагия, синдром сдавления верхней полой вены.

Одним из ведущих методов обследования является рентгенологический. Тень кисты однородна, имеет округлую или овальную форму, четкие контуры. Наличие в тени циркулярных обызвествлений, вызванных отложением извести в хитиновой оболочке погибшего паразита, свидетельствует о эхинококкозе. Несомненно, высокоинформативными при проведении дифференциальной диагностики являются метод иммунофлюоресцентной реакции и определение специфических антител [2].

Лечение кист средостения исключительно оперативное, несмотря на редкость малигнизаций этих образований. Оптимальным хирургическим доступом является торакотомный, который применяли во всех случаях. Активная хирургическая тактика оправдана в связи с опасностью осложнений: нагноение, сдавление окружающих органов и сосудов, образование в стенках кист пептических язв, разрыв стенки или пенетрация в прилежащие органы, аррозия сосудов [1–3].

Таким образом, природа и генез кист средостения многообразны. Клинические проявления, рентгенологическая семиотика зависят не только от локализации и размеров, но и от их гистогенеза. Полноценная трактовка клинических, рентгенологических симптомов позволяет провести адекватную дифференциальную диагностику и выбрать рациональную хирургическую тактику. Своевременное хирургическое вмешательство исключая возможность присоединения тех или иных осложнений в клиническом течении кист средостения не представляет собой высокий операционно-анестезиологический риск, непосредственные и отдаленные результаты удовлетворительны.

Литература

1. Вишневский А.А., Адамян А.А. Хирургия средостения. – М.: Медицина, 1977. – С. 195–240.
2. Давыдов М.И., Малаев С.Г., Высоцкая И.В., Полоцкий Б.Е., Мачаладзе З.О., Волков С.М. Заболевания органов средостения. Пособие для врачей. – 2003.
3. Козлов В.В., Казакевич В.И., Михайлина Т.В. // Российск. онколог. ж. – 2001. – №1. – С. 12–14.
4. Кузнецов И.Д., Розенитраух Л.С. Рентгенодиагностика опухолей средостения. – М.: Медицина, 1970. – С. 43–68.
5. Лукьянченко Б.Я. Распознавание опухолей и кист средостения. – М., 1958.
6. Розенитраух Л.С., Винер М.Г. Дифференциальная рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания и средостения: Руководство для врачей. – М., 1991. – С. 1–2.
7. Werneke K., Vassalo P., Peters P.E. et al. // Radiology. – 1990. – Bd. 30. – S. 532–540.
8. Werneke K., Vassalo P., Potter P. Et al. // Radiology. – 1990. – Vol. 175. – P. 137–143.