

¹ Минский городской клинический онкологический диспансер, г. Минск

² Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, г. Минск

ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ВНЕАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ПАРААНГЛИОМЫ ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ.

Введение. Согласно классификации эндокринных опухолей ВОЗ (2004 г.) надпочечниковая параанглиома (феохромочитома) - это опухоль из хромоафинных клеток мозгового слоя надпочечника, продуцирующую катехоламины. Внеадпочечниковые опухоли симпатических и парасимпатических параанглиев классифицированы как внеадпочечниковые параанглиомы.

Как известно, внеадпочечниковая феохромоцитома является достаточно редкой опухолью, заболеваемость которой составляет до 1 случая на 2 миллиона человек в год. Наиболее часто (до 90%) внеадпочечниковые параанглиомы локализуются в парааортальной области на уровне от диафрагмы до нижних полюсов почек. Гораздо реже встречаются хромоафинные опухоли в грудной клетке (включая сердце и перикард), в области основания мозга, в мошонке. Описаны параанглиомы с локализацией во внутреннем ухе. Специфических клинических проявлений секретирующей внеадпочечниковой параанглиомы на сегодняшний день не установлено. Возникающие при выбросе катехоламинов характерные симптомы - высокое значение АД, тахикардия, потливость, слабость, головная боль, внутренняя дрожь и др., выявляемые как по отдельности, так и в комбинации, - зачастую расцениваются как эссенциальная гипертензия или нейроциркуляторная дистония. Основными методами выявления внеадпочечниковых параанглиом считаются магнитно-резонансная или компьютерная томография. В первую очередь считается необходимым исследовать органы брюшной полости, малого таза, грудной клетки и шеи.

Цель исследования. Оценить собственные данные и данные мировой литературы по торакоскопическому удалению секретирующей внеадпочечниковой параанглиомы заднего средостения.

Материал и методы. В нашем случае у пациента мужского пола в возрасте 15 лет при рентгенологическом исследовании, выполненном в связи с клиническими признаками пневмонии, помимо таковой зафиксировано наличие объемного образования в средостении. После разрешения острой внегоспитальной пневмонии пациент был направлен в РНПЦ ДОГ и И. Установлено, что наследственный анамнез у пациента не отягощен. Были предъявлены жалобы на появившиеся в последние 2-3 месяца головные боли. Зафиксировано так же было уже при данной госпитализации повышенное до 150/90 артериальное давление. Биохимические и общие показатели крови и мочи были без отклонений. Электрокардиограмма и ультразвуковое исследование органов брюшной полости так же не выявили патологических изменений. При компьютерной и магнитно-резонансной томографии было подтверждено

наличие гомогенного мягкотканого образования в паравертебральной области справа на уровне Th III-V размерами, 54 x 48 x 42 мм без признаков проникновения в спинномозговой канал. Данные результаты обследования были интерпретированы как опухоль заднего средостения, вероятнее нейрогенной природы без признаков инвазивного роста. Соответственно такому заключению пациенту была предложена торакоскопическая операция. Сопутствующим диагнозом была установлена нейроциркуляторная дистония. Видеоассистированная торакоскопия была выполнена с использованием 3-х торакоцентезов в положении пациента на животе, что позволило получить хорошую визуализацию в зоне операции без использования ретракторов легкого. Сразу с началом выделения опухоли было отмечено повышение артериального давления до 175-200/130-120 Hg. Прекращение манипуляций сопровождалось нормализацией такового. Так же отмечалась значительная кровоточивость тканей в области опухоли.

Результаты и обсуждение. Медикаментозно удалось стабилизировать артериальное давление на уровне 150/90 Hg и используя монополярную коагуляцию и аппарат Liga Sure Atlas контролировать кровотечение и завершить выделение опухоли торакоскопически. Послеоперационный период не сопровождался какими-либо осложнениями и пациент был выписан из стационара через 12 дней. Послеоперационный период был использован для проведения дополнительного обследования в связи с возникшим четким убеждением о гормональной активности удаленной опухоли. Были выполнены УЗИ, КТ органов брюшной полости. Других очагов опухолевого поражения не выявлено, а природа опухоли была подтверждена гистологически - диагностирована паравертебральная параанглиома. Нами не встречено в литературе данных о торакоскопическом удалении параанглиом внутригрудной локализации. Во всех случаях торакоскопического начала операции была произведена конверсия к торакотомии для её завершения (из-за развивавшегося кровотечения или критических подъемов артериального давления).

Выводы. Выполнением данной операции подтверждена возможность торакоскопического удаления параанглиомы, локализующейся в заднем средостении.