Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии

Реферат

Опухоли средостения

Подготовила: студентка педиатрического факультета 5 курса 3 группы Мулдагалиева Э.Ю

Волгоград-2022

Содержание

1. Введение………………………………………………………….………..3
2. Тератома………………………………..…………………….……………4
3. Тимома……………………………………………………………………..8
4. Лечение…………………………………………………………………….12
5. Список литературы………………………………………………….…….15

Введение

Средостение - часть грудной полости, ограниченная спереди грудиной, сзади - позвоночником. Покрыто внутригрудной фасцией, по бокам — медиастинальной плеврой. Сверху границей является верхняя апертура грудной клетки, снизу — диафрагма.

В соответствии с Парижской анатомической номенклатурой средостение делится на четыре отдела – верхний, передний, средний и задний. Верхнее выше условной плоскости, проведенной на уровне верхнего края корней легких (уровень 4 грудного позвонка). В переднем средостении расположены: вилочковая железа, часть дуги аорты с ее ветвями, верхняя полая вена с ее истоками, сердце и перикард, грудная часть блуждающих нервов выше уровня корней легких, диафрагмальные нервы, трахея и начальные отделы бронхов, нервные сплетения, лимфатические узлы. В заднем средостении: нисходящая часть аорты, непарная и полунепарная вены, пищевод, грудная часть блуждающих нервов ниже корней легких, грудной лимфатический проток, пограничный симпатический ствол вместе с чревными нервами, нервные сплетения, лимфатические узлы. Границей между передним и задним отделами верхнего средостения служит трахея.

Доброкачественные опухали:

Фибромы.

Неврогенные опухоли.

Тератоидные образования (включая дермоидные кисты).

Липомы, гиберномы.Тимомы.

Сосудистые опухоли.

Остеомы.

Хондромы

Злокачественные опухоли:

Первичные.

Лимфогранулематоз.

Саркомы (обычно лимфосаркомы).

Сосудистые опухоли.

Остеобластокластома и хондросаркома.

Нейробластома

Вторичные.

Метастазы рака различных органов.

Метастазы саркомы.

Метастазы меланомы

Тератома

Тератомы делятся на зрелые и незрелые. Все зрелые тератомы хорошо инкапсулированы, неправильно округлой или овальной формы, различной величины. На разрезе часто видны кисты. Незрелые имеют вид солитарных узлов, иногда с мелкими полостями. Поверхность их бугристая, ткань плотная. Содержимое таких кист – похожая на сало тягучая масса, бу- рая жидкость, волосы. Тератомы могут включать участки желез, зубы, кости, иногда и частично развитый плод.

Выделяют бессимптомно протекающие, неосложненные, но проявляющиеся клинически и осложненные тератомы. Располагаясь в переднем средостении, чаще в средней его трети, тератомы сопровождаются кардиоваскулярными нарушениями (тахикардия, сжимающая боль в области сердца), хотя боли встречаются реже, чаще возникает одышка и цианоз. Компрессия крупных бронхов, трахеи ведет к одышке, иногда к приступообразному кашлю, кровохарканью. Инфицирование опухоли вызывает повышение температуры и нарастание симптоматики.

Основной диагностический метод – комплексное рентгенологическое исследование. При этом определяется округлое или овоидное образование с четкими границами,не смещающиеся при глотании и кашле, в нем могут выявляться зубы, кости. Чаще всего тератомы приходится дифференцировать от медиастинального зоба, тимомы и перикардиальной кисты. При медиастинальном зобе в отличие от тератом одышка более выражена, могут быть явления тиреотоксикоза. Тимома часто располагается посредине, тератомы – сбоку от средней линии

Неврогенные опухоли

Составляют 30% всех первичных новообразований средостения

Могут исходить из различных нервных стволов средостения и нервных элементов различных органов средостения - из ганглиев и стволов симпатического нерва, блуждающих и межреберных нервов, оболочек спинного мозга.

Неврогенные опухоли располагаются в заднем средостении. Опухоли обычно располагаются в костно-вертебральном синусе и по мере роста распространяются на боковую поверхность позвоночника и задние отделы ребер; большей частью новообразование расположено с одной стороны, но может находиться и кпереди от позвоночника, вдаваясь в обе плевральные полости, иногда частично проникая в позвоночный канал в виде «песочных часов».

Из клеток симпатического нервного ствола возникают ганглионеврома, нейробластома, симпатикобластома и феохромацитома, а к опухолям, образовавшимся из переферических нервов, относятся неврома, нейрофиброма и невринома. Хемодектома – опухоль из клеток хеморецепторов или хеморецепторных телец, преимущественно из кадиоаортальной группы телец, располагающихся вокруг дуги аорты, растет медленно, обрастая вокруг крупных сосудов, нервных стволов.

Ганглионеврома имеет округлую форму. Капсула выражена хорошо, «ножка» широкая.

Ганглионейробластома характеризуется более низкой дифференциацией элементов, дезорганизацией структуры, ее так же называют неврогенной саркомой. Метастазирует медленно, но нередко наблюдается обширное метастазирование. Низкодифференцированные неврогенные саркомы зарактеризуются бурным, инфильтративноо характера ростом, ранним, отдаленным метастазированием.Невринома, или шваннома, берет начало из шванновских оболочек нерва. Опхоль округлой или овальной формы, капсула выражена хорошо. Харатенизуется медленным ростом. Нейрофиброма - опухоль из фиброзных элементов нервных стволов, имеет округлую форму. Ножка опухоли широкая, связана с нервом. Нейрофиброма - некапсулированная опухоль и в процессе своего роста диффузно прорастает периневральную соединительную ткань, более склонна к озлокачествлению.

Симптомалогия и клиника неврогенных опухолей средостения. Выделяют три группы признаков:

1.Неврологические признаки.

2.Сдавление сосудов и органов средостения.

3.Деформация костей грудной клетки.

1. Боли в груди, головные боли, синдром Горнера, изменение чувствительности кожи на стороне поражения, парезы нижних конечностей.

При малигнизации неврогенной опухоли усиливаются боли, ухудшается самочувствие, отмечается быстрое увеличение тени опухоли в средостении, которое теряет четкость контуров. Наблюдается смещение органов средостения.

Появление синдрома Горнера: птоз, миоз и энофтальм говорит о сдавлении симпатического ствола.

2. Вторая группа симптомов обусловлена сдавлением органов средостения и сосудов - боли в груди, одышка, сердцебиение, расширение подкожных вен («голова Медузы»).Симптомы, связанные с нарушением функции органов грудной полости вследствие давления опухоли, симптомы интоксикации организма. Чаще отмечается болевой синдром, повышенная утомляемость, слабость, зоны гипестезии, одышка, кашель, повышенная температура тела, потливость, похудание, раздражительность, сердцебиение, чувство сдавления за грудиной, осиплость голоса, симптом Горнера, онемение рук.

Решающее значение в диагностике рентгенологическое исследование - овальная или округлой формы интенсивная, гомогенная тень, имеющая четкие контуры, располагающаяся в задне-верхних отделах средостения. Узуры тел позвонков и ребер, расширение межреберных промежутков и разрыв реберно-позвоночных сочленений. При опухолях типа «песочных часов» отмечается расширение межпозвоночных отверстий.

Мезенхимальные опухоли

Это опухоли из волокнистой соединительной ткани (фибромы), из хрящевой и костной ткани (хондрома, остеохондрома, остеобластокластома), из остатков спинной струны (хордома), из жировой ткани (липома, гибернома), опухоли из различных мезенхимальных тканей (мезенхимомы), опухоли, исходящие из сосудов (гемангиомы, лимфангиомы и др.), опухоли из мышечной ткани (лейомиомы, рабдомиомы).

Фиброма средостения– довольно редкое заболевание. Обычно эти опухоли локализуются в переднем и реже в заднем средостении. Источником их образования являются соединительно-тканные пластинки, фасции, фиброзные слои плевры и другие фиброзные элементы. Опухоль 4-5 см. в диаметре находится в капсуле. В ранних стадиях фибромы клинически не проявляются, при увеличении опухоли появляются неприятные ощущения, тяжесть и боли в груди, кашель, одышка.

Выделяют три группы симптомов, связанных с локализацией опухоли в средостении:

при нахождении опухоли в переднем средостении доминирует респираторные, кардиальные и венозные симптомы.

расположенная в среднем средостении опухоль вызывает респираторные симптомы и симптомы, связанные с вовлечением в патологический процесс возвратного нерва.

для опухолей заднего средостения характерны хилоторакс, дисфагия, корешковые боли.

У больных с опухолями задне-верхнего отдела средостения иногда наблюдается сдавление пограничного симпатического ствола с последующим симптомом Горнера.

Липомы и гиберномы.

Встречаются наиболее часто у женщин, склонных к ожирению

По локализации эти опухоли можно разделить на пять групп:

медиастинальные (распологаются только в средостении)

шейно-медиастинальные (на шее и в средостении)

абдомино-медиастинальные (опухоли из предбрюшинной клетчатки передней брюшной стенки, проникающие в переднее средостение через щель Лорея)

интрамуральные (локализуются в органах грудной полости и средостения)

парастернально-медиастинальные (распологаются в виде песочных часов в переднем средостении и впереди от реберных хрящей)

Структура липом средостения дольчатая. Опухоль окружена тонкой капсулой, плотновата, имеет форму того пространства, которое она занимает. Редко в ткани жировой опухоли можно увидеть скопления крупных, незрелых жировых клеток - «тутовые ягоды». Опухоль из этих клеток эмбрионального типа называют гиберномой. Размеры различные. Гибернома окружена более плотной капсулой, дольчата.

Липомы средостения развиваются медленно и не дают вначале никаких симптомов. При локализации опухоли вблизи сердца, между сердцем и костной частью грудной клетки появляются неприятные ощущения, боль в груди, одышка. При локализации опухоли вблизи пищевода могут быть симптомы дисфагии.

Иногда липомы распластываются по наружному, переднему или заднему контуру сердца, создавая впечатление расширения границ сердечной тени, но наиболее частая локализация – правый кардиодиафрагмальный угол, где при рентгенологичесом исследовании определяется однородная тень овальной формы, малой интенсивности, с четкими контурами, прилегающая к сердцу и диафрагме.

Крайне редко некоторыеторые из опухолей перерождаются в липосаркомы, что характеризуется признаками сдавления органов и сосудов средостения.

Лимфангиома средостения.

Происходят в связи с нарушением развития и формирования лимфатических сосудов и вен, имеют тонкие стенки соединительнотканного характера, множество полостей, содержащих белковую массу, выстланных изнутри эндотелием.

Кисты вилочковой железы.

По происхождению кисты делят на три группы

Врожденные

восполительные

опухолевые.

Врожденные кисты вызваны ретенцией тимо фарингиального протока, в просвете которого скапливается жидкость или кровь. Кисты воспалительного происхождения крайне редки. При опухолях вилочковой железы возникновение кисты связано с дегенерацией и некрозом опухоли. Могут приводить к сдавлению трахеи и нарушению дыхания. Склонны к инфильтративному росту и малигнизации.

Тимомы

Делятся на 3 большие группы: эпителиальные, лимфоидные и тератоидные.

Термином «тимома» называют органоспецифическую опухоль тимуса, гистогенез которой связан с его эпителием, и состоящую из эпителиального и лимфоидного компонентов. Похожие опухоли, но с выраженной атипией эпителиальных клеток расценивали как рак тимуса. Различают опухоли, исходящие из мозгового и коркового слоев тимуса: эпителиоидная тимома и лимфоидная тимома. Выделяют гиперплазию и задержку иволюции вилочковой железы. Тимомы могут быть доброкачественными и злокачественными. Типичное расположение тимом- в переднем отделе верхнего средостения

Больные жалуются на слабость, быструю утомляемость, потливость, повышение температуры тела, осиплость голоса, чувство сдавления за грудиной, похудание, кашель. Наиболее частый и ранний симптом – боль в грудной клетке.

Большое место в рентгенодиагностике опухолей отводится пневмомедиастинографии.

Крупные тимомы проявляются чувством тяжести за грудиной, одышкой, сердцебиением; у детей они могут вызывать деформацию грудной клетки. Злокачественные опухоли вилочковой железы характеризуются бурным инфильтративным ростом, ранним и обширным метастазированием.

У 10-50% больных с тимомами и задержкой инволюции тимуса выявляются симптомы миастении, которая может протекать в двух формах: глазной и генирализованной. Глазная миастения проявлается слабостью мышц глазного яблока и век, птоз и диплопия. Для генерализованной миастении характерны резкая мышечная слабость скелетной мускулатуры, нарушения жевания, глотания, речи, дыхания, развития мышечной гипотрофии. Дисфагия и дизартрия, ранними симптомами болезни и обычно имеют место у 40% всех больных. При миастеническом кризе отмечается нарушение функции дыхательной мускулатуры, вплоть до апноэ.

Классификация миастении osserman(1958)

Группа 1-глазная форма: вовлечение отдельных мышечных групп, преимущественно глазных. Проявляется птозом и двоением. Очень мягкая, не приводит к летальному исходу.

Группа 2 – генерализованная: медленное начало, часто с глазных симптомов, с тенденцией к генерализации и вовлечением скелетной и бульбарной мускулатуры. Дыхательная система не поражается, обычно мягкое течение с низкой смертностью.

Группа 3 – острая молниеносная: быстрое начало со слабостью бульбарных и скелетных мышц, ранними расстройствами дыхания. Очень тяжелая форма с высокой смертностью.

Группа 4 – поздняя тяжелая: обострения у больных 1 и 2 групп, примерно через 2 года после начала болезни, симптомы и течение аналогичны 3 группе.

Группа 5 – с мышечными атрофиями: описательная, сборная группа включающая больных 1, 2, 3 групп, но с наличием диффузных мышечных атрофий.

Практически все больные М. нуждаются в инструментальных исследованиях, которые целесообразно проводить, начиная от неинвазивных методов, и только при безуспешности последних переходить к инвазивным.

Рентгенологическое исследование. Рентгеноскопия и обычная рентгенография при гиперплазии вилочковой железы и небольших по размерам опухолях (менее 4-5 см.) неинформативны. Только в тех случаях, когда опухоль достигает размеров превышающих размеры тени средостения, можно распознать опухоль по изменению внешних контуров тени средостения (менее 30-40% случаев).Пневмомедиастинография.

КТ.

ЯМРТ.

Электронейромиография(нервно-мышечная проводимость).

Пневмомедиастинография (150-600 см3)

Загрудинный зоб.

Чаще встречается у женщин (3 : 1), старше 40 лет.

Загрудинный зоб Кохер разделял на:

1.тиреоптоз (опущение щитовидной железы за грудину),

2.загрудинно расположенный зоб добавочной железы – аберрантный зоб, полностью отграниченный от щитовидной железы и обладающий самостоятельной подвижностью.

Загрудинные зобы следует разделять по локализации на: ныряющие, загрудинные, внутригрудные.

Ныряющий зоббольшей своей частью располагается за грудиной, а меньшей – на шее. При глотании, кашле, натуживании узел перемещается кверху, не выходя полностью из-за рукоятки грудины.

Загрудинный зоб располагается целиком за грудиной, однако его верхний полюс удается прощупать пальцем, особенно во время пробы Вальсальвы (натуживание при закрытом рте и сдавлении пальцами носовых ходов).

Внутригрудной зобпри пальпации не выявляется. Загрудинный зоб чаще располагается позади рукоятки грудины справа или слева от трахеи, в зависимости от исходной его зоны.

Так же как при зобе медиастинальные струмы могут быть эутиреоидными, гипо- и гепертиреоидными. Чаще встречаются узловые, реже диффузные формы

Чаще встречается правосторонний загрудинный зоб, реже – левосторонний и еще реже другие локализации его.

Характерный симптом - смещение тени вверх во время пробы Вальсальвы. Важным симптомом является также сдавление и девиация трахеи, что видно на рентгенограмме.

Длительное сдавление и девиация трахеи приводят к трахеомаляции, развитию хронического бронхита, эмфиземы легких.

При весьма больших размерах загрудинного зоба отмечается непостоянная охриплость голоса, симптом Горнера, реже нарушение функции диафрагмального нерва, симптомы сдавления крупных сосудов средостения (плечеголовные вены). Расширение и пульсация подкожных вен шеи. Застой крови в венозной системе лица и головы обусловливает головные боли, покраснение имбибицию склер, отек лица, частые носовые кровотечения, появление голова медузы. Большие загрудинные струмы могут вызывать сдавление пищевода, дисфагию.

Опухоли из лимфоретикулярной ткани. Лимфосаркомы и лимфогранулематоз

Злокачественные поражения лимфоретикулярной ткани: первичная ретикулосаркома лимфатических узлов, лимфосаркома и гигантофолликулярная лимфома, а также лимфогранулематоз объединяется под общим названием «лимфомы».

Ретикулосаркому, диффузную и нодулярную лимфосаркому называют также «злокачественными лимфомами». Поражают чаще лиц молодого и среднего возраста. Характеризуясь выраженным инфильтративным ростом, опухолевый процесс быстро поражает капсулу узлов и распространяется на окружающие органы: перикард, сердце, легкие, сосуды и т.д. Быстрый, бурный рост опухоли рано приводит к сдавлению органов средостения и развитие компрессионого синдрома. Метастазируют лимфогенным путем в органы, содержащие лимфоидную ткань; печень , костный мозг, селезенка, кожа, легкие.

Лимфогранулематоз . в 15-30% встречается первичное локальное поражение лимфатических узлов средостения. Чаще в возрасте 20-45 лет. Клиника медиастинальных форм обусловлена вначале интоксикацией, а при больших размерах – компрессией прилежащих органов средостения. С развитием процесса возникает ремиттирующая температура, кожный зуд, иногда возникает обильный пот, слабость, отмечается похудание. С ростом опухоли появляются загрудинная боль, чувство тяжести в груди, кашель и медленно нарастающая одышка, увеличение печени и селезенки, изменения красной крови и костного мозга. Изменения в крови – лейкоцитоз и лейкопения, увеличение СОЭ. Поражение медиастинальных лимфатических узлов может быть подтверждено лимфографией, медиастиноскопией, биопсией лимфоузла.

При медиастинальных лимфомах наиболее часто поражается лимфатические узлы переднего и переднего верхнего отделов средостения, корней легких. Рентгенологически: расширение срединной тени в верхнем и среднем отделах,с одной с двух сторон. Очертания четкие, часто волнистые, полициклические.

Псевдоопухолевые заболевания средостения.

1.аневризма аорты

2.менингоцеле

3.эхинококковая киста

4.туберкулема

5.гранулема средостения

6.Эхинококкоз средостения.

7.Туберкулез.

Внутригрудные менингоцелепорок развития твердой мозговой оболочки. В средостении через отверстие для нерва выпячивается часть арахноидальной оболочки спинномозгового нервного корешка. Рентгенологически округлой формы тень, расположенная в заднем средостении и сливающаяся с тенью позвоночника. В позвоночнике, головках и шейках ребер имеются узуры и рарефикация.

Дифференциальная диагностика:

1.рентгенография перед и после эвакуации из спинномозгового канала с помощью пункции 15-20 мл. жидкости

2.рентгенография после введения воздуха в спинномозговой канал

3.миелография.

Лечение

Лечение – оперативное. Удаление опухоли или кисты средостения.

Лечение злокачественных опухолей средостения требует индивидуального подхода. Применение лучевой и химиотерапии показано при большинстве злокачественных опухолей средостения, как в комбинации с оперативным лечением, так и самостоятельно.

Выбор доступа зависит от локализации новообразования. При локализации в переднем средостении используют срединную продольную или продольно поперечную стернотомию, передне – боковую торакотомию; при поражении задних отделов средостения – боковую или задне –боковую торакотомию. Для удаления медиастинального зоба может потребоваться сочетание шейного доступа и торакотомии. Из шейного доступа даже загрудинного зоба, шейно- медиастинальных липом. Для удаления абдомино – медиастинальных липом используют трансректальный продольный разрез предней брюшной стенки от уровня реберной дуги справа или слева.

Тотальную тимэктомию необходимо производить возможно раньше, как только установлен диагноз генерализованной медиастении, особенно при прогрессирующем течении ее. Риск операции при ранней тимэктомии минимальный, вероятность получения благоприятного эффекта увеличивается, устраняется опасность появления побочного неблагоприятного действия медикаментозного лечения.

Большинство хирургов отдает предпочтение срединной (частичной или полной) стернотомии.

Некоторые авторы при частичной стернотомии дополнительно пересекают грудину в поперечном направлении на уровне третьего - четвертого межреберья. Другие исследователи считают целесообразным дополнить стернотомию поперечным разрезом на шее, что по их мнению, облегчает удаление верхних отростков вилочковой железы и позволяет выявить эктопированные дольки. Некоторые производят левостороннюю косую частичную стернотомию, которая, по мнению авторов, соответствует положению вилочковой железы в переднем средостении, уменьшает возможность повреждения медиастернальной плевры, меньше повреждает костный мозг.В поисках уменьшения частоты остеомиелита грудины, медиастенита при сочетании стернотомии с трахеостомией, улучшения доступа к корню легкого некоторые хирурги предлагают левосторонний внеплевральный доступ, левостороннюю торакотамию, чрездвуплевральный доступ с поперечной стернотомией. При больших инвазивных тимомах предложена также заднебоковая торакотомия.

Шейный доступ (трансцервикальная тимэктомия), преимуществом которого считают малую травматичность, более легкое течение послеоперационного периода и хороший косметический эффект, до сих пор имеет своих приверженцев, хотя трансцервикальная тимэктомия не обеспечивает необходимой радикальности операции, особенно при тиоме, таит опасность повреждения крупных сосудов и плевры, сопровождается худшими отдаленными результатами, что значительно снижает ее достоинства.

Таким образом, срединная стернотомия является основным хирургическим доступом к вилочковой железе, в том числе при опухолевом ее поражении. С косметической целью некоторые авторы дугообразный кожный разрез у женщин проводят супра- и даже субмаммарно, затем отслаивают кожный лоскут вверх и производят, как обычно, срединную стернотомию. Недостатками дугообразного доступа являются большая травматичность и снижение чувствительности в зоне отслоенной кожи. При необходимости провести более тщательную ревизию или выполнить более расширенную операцию неполную (частичную) стернотомию легко продлить до полной или дополнить поперечным рассечением левой или правой половины грудины, торакотомией.

Наиболее адекватным объемом хирургического вмешательства у больных миастенией при неопухолевом поражении вилочковой железы считается тимэктомия, при тиоме – полное удаление опухоли и всей ткани вилочковой железы, а также максимально широкое удалние клечатки переднего средостения, в которой нередко выявляются очаги тимической ткани.

Список литературы

1. Онкология. 2-е издание Агаев И.Н. 2005
2. Онкология: национальное руководство / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1072 с.
3. Патологическая анатомия: национальное руководство / под ред. М. А. Пальцева, Л. В. Кактурского, О. В. Зайратьянца. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1264 с
4. рактическая онкология: избранные лекции / под ред. С. А. Тюляндина, В. М. Моисеенко. – СПб.: Центр ТОММ, 2004. – 784с
5. Клиническая онкология: учебное пособие / под ред. П. Г. Брюсова, П. Н. Зубарева. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 455 с.