

ДОБАВОЧНЫЙ ЗАГРУДИННЫЙ ЗОБ, УДАЛЕННЫЙ ЧРЕЗДУПЛЕВРАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ

Проф. *И. Б. Олешкевич* и кандидат медицинских наук *В. С. Баженов*

Из кафедры госпитальной хирургии (зав. — проф. *И. Б. Олешкевич*) Витебского
медицинского института

Больной Т., 52 лет, поступил в клинику 18/III 1960 г. с жалобами на одышку, сердцебиение при ходьбе, чувство сдавления за грудиной. Считает, что заболел около 4 лет назад, когда стал отмечать одышку при физической нагрузке. Одышка постепенно нарастала, затем появилось чувство сдавления за грудиной, и больной стал отмечать чувство полноты в верхней половине туловища.

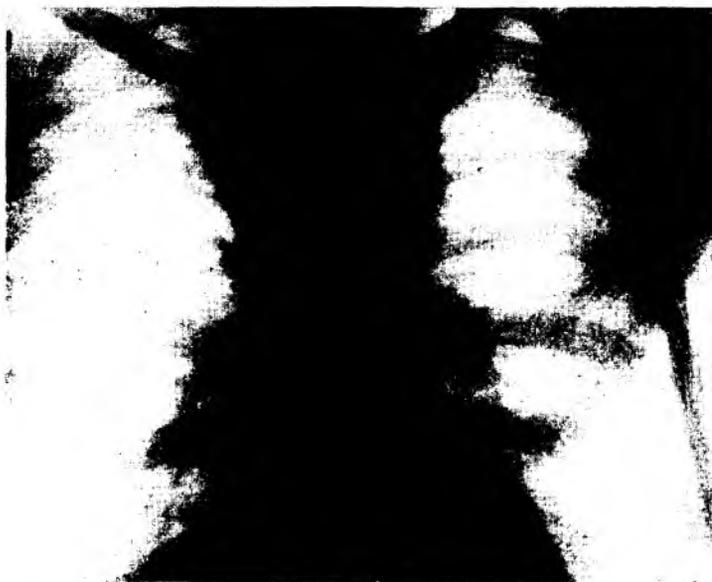


Рис. 1.

Объективно: больной крепкого сложения. Подкожно-жировой слой развит хорошо: Отмечается пастозность верхней половины туловища, лица и шеи; имеются расширенные вены на шее и передней поверхности грудной клетки. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сердце: тоны приглушены, границы в пределах нормы. Артериальное давление 125/70 мм ртутного столба. Венозное давление 130 мм водяного столба. Электрокардиограмма — левый тип. В легких: справа, над и под ключицей дыхание усилено, по остальным полям справа и слева

дыхание везикулярное. Анализы крови, мочи и биохимические исследования крови без отклонений от нормы. Проба Квика 74,3%. Основной обмен по Крогу +3%. Туберкулезных палочек и атипичных клеток в мокроте не обнаружено. При рентгенографии грудной клетки в верхней половине средостения определяется овальной формы затемнение, сливающееся с тенью сердца и выходящее за пределы грудины как в правую, так и в левую сторону. Трахея смещена вправо и видна по правому контуру затемнения (рис. 1). На томофлюорограмме затемнение за грудной просматривается от грудины до позвонокпечника, т. е. на всю глубину средостения. При рентгеноскопии с барием отмечается смещение пищевода вправо. При исследовании с радиоактивным J^{131} определяемая у больного опухоль средостения включает в себя около 12% препарата. Диагноз: загрудинный зоб.

Отсутствие связи опухоли средостения с нормальной щитовидной железой на шее, смещение трахей и пищевода вправо, а не сдавление их в переднезаднем направлении ставили под сомнение диагноз загрудинного зоба. Высказано предположение о наличии добавочного загрудинного зоба или дермоидной кисты средостения. Наличие одышки при малейшей нагрузке и симптомов сдавления верхней полой вены являлись абсолютными показаниями для операции. Проба Штанге 43 секунды, проба Собрале 30 секунд, проба Мартинэ — пульс после нагрузки становится исходным через 2 минуты. Спирометрия 2500 см³. Учитывая, что опухоль занимает средостение над сердцем на всю глубину, располагаясь в зоне крупных артериальных и венозных сосудов, решено оперировать чрездуплевральный доступом с поперечным пересечением грудины.

Операция 23/IV под интубационным эфирно-кислородным наркозом с применением релаксантов. Обе плевральные полости вскрыты по второму межреберью, соответственно поперечно перепилена грудина. После вскрытия средостения обнаружена опухоль плотнoэластической консистенции с распластанными на ней левой безымянной, правой безымянной и верхней полой венами. Левая подключичная и левая общая сонная артерии оттеснены опухолью влево, безымянная артерия — вправо. Опухоль вылучилась довольно легко. Жировая клетчатка переднего средостения погружена в ложе опухоли. Грудная клетка ушита послойно, на грудину наложены проволочные швы. В обе плевральные полости вставлены двойные дренажи для постоянной аспирации воздуха и экссудата, которые удалены через 2 суток.

В первые дни после операции из-за невозможности откашливания мокроты самим больным производилась аспирация ее резиновым зондом, введенным в трахею через нос. Удаленная опухоль размером 12×8×8 см (рис. 2), плотнoэластической консистенции. На разрезе опухоль похожа на кистозный зоб. При микроскопии — участки гомогенизированной соединительной ткани со скоплениями фолликулов типа фолликулов щитовидной железы (доцент А. А. Николаев).

2/VI больной выписан в хорошем состоянии. Одышка и пастозность верхней половины туловища исчезли. Проба Штанге 50 секунд, проба Собрале 22 секунды. Венозное давление 102 мм водяного столба. Спирометрия 3000 см³.

Чрездуплевральный доступ с поперечным пересечением грудины позволил легко удалить добавочный загрудинный зоб без повреждения крупных артериальных и венозных стволов. При подобных операциях необходимо производить трахеостомию, при помощи которой можно эффективно бороться с рядом возможных осложнений: гипоксия, ателектаз легкого, пневмония, отек легкого, терминальное состояние.



Рис. 2.