

© CC 0 Коллектив авторов, 2025
УДК 616.438-006.311.03-089
<https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-2-94-97>

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ТИМУСА

С. Ю. Дворецкий, Р. П. Мишра*, М. А. Дворецкая, А. Э. Мюрзеп, А. Л. Акопов

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова
197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8

Поступила в редакцию 02.12.2024 г.; принята к печати 14.03.2025 г.

Представлен клинический случай успешного хирургического лечения больной с редким заболеванием – кавернозная гемангиома тимуса.

Ключевые слова: опухоль средостения, кавернозная гемангиома тимуса, тимэктомия

Для цитирования: Дворецкий С. Ю., Мишра Р. П., Дворецкая М. А., Мюрзеп А. Э., Акопов А. Л. Хирургическое лечение кавернозной гемангиомы тимуса. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2025;184(2):94–97. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-2-94-97>.

* **Автор для связи:** Радех Прадипович Мишра, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: mishra@bk.ru.

SURGICAL TREATMENT OF CAVERNOUS HEMANGIOMA OF THE THYMUS

Sergey Yu. Dvoreckiy, Radezh P. Mishra*, Maria A. Dvoreckaya, Andrey E. Myurzep, Andey L. Akopov

Pavlov University
6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia

Received 02.12.2024; accepted 14.03.2025

A clinical case of successful surgical treatment of a patient with a rare disease – cavernous hemangioma of the thymus is presented.

Keywords: mediastinal tumor, cavernous hemangioma of the thymus, thymectomy

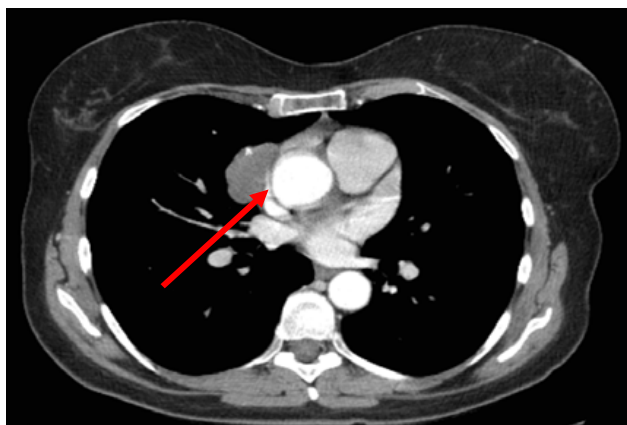
For citation: Dvoreckiy S. Yu., Mishra R. P., Dvoreckaya M. A., Myurzep A. E., Akopov A. L. Surgical treatment of cavernous hemangioma of the thymus. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2025;184(2):94–95. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-2-94-97>.

* **Corresponding author:** Radezh P. Mishra, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: mishra@bk.ru.

Введение. Частота новообразований средостения в структуре онкологических заболеваний составляет около 1 %. Злокачественные и доброкачественные опухоли средостения диагностируются в соотношении 4:1. Кавернозная гемангиома тимуса относится к мягкотканым (мезенхимальным) сосудистым опухолям средостения [1]. По мнению ряда авторов, кавернозная гемангиома – это не новообразование, а скорее врожденная венозная мальформация с возможностью развития во всех частях тела, хотя в вилочковой железе она встречается крайне редко [2].

Клиническое наблюдение. Пациентка У., 57 лет, обратилась в клинику с диагнозом «опухоль средостения». Жалоб не предъявляла, около месяца назад во время прохождения профилактического обследования при выполнении мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки (МСКТ) выявлено новообразование средостения. Самостоятельно обратилась в клинику для определения дальнейшей тактики лечения.

По данным МСКТ в средостении на уровне перикарда правого предсердия выявляется мягкотканное,



а



б

Рис. 1. Опухоль средостения (указана стрелкой). МСКТ в аксиальной (а) и фронтальной (б) проекциях, средостенный режим
Fig. 1. Mediastinal tumor (indicated by arrow). MSCT in axial (a) and frontal (б) projections, mediastinal mode

частично кальцинированное (преимущественно по периферии) новообразование, размером 3,6×2,1 см, плотностью на нативном исследовании до +35Нс, умеренно накапливающее контрастный препарат до +47Нс в портальную фазу. Во всех отделах легких «свежих» очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. МСКТ-картина перикардального мягкотканного новообразования центрального средостения (тимомы?) (рис. 1).

Значимой сопутствующей патологии не выявлено. Наличие новообразования средостения явилось показанием к хирургическому лечению. 08.11.2023 г. выполнена операция – видеоторакоскопия справа, удаление опухоли средостения. Выписка из протокола операции: «... Под эндобронхиальным наркозом в положении на спине с поворотом на левый бок установлены три торакопорта (рис. 2).

Карботоракс 8 мм рт. ст. При видеоторакоскопической ревизии: жидкости в плевральной полости нет, париетальная и висцеральная плевра не изменена, лимфатические узлы средостения не увеличены. В проекции вилочковой железы на 1,5 см медиальнее правого диафрагмального нерва на перикарде определяется многоузловое кистозно-солидное образование, диаметром до 3 см. Жировая клетчатка инволютивного тимуса не изменена (рис. 3).

При помощи эндоскопического Harmonic Ace произведена мобилизация опухоли средостения вместе с окружающей жировой клетчаткой переднего средостения с сохранением правого диафрагмального нерва (рис. 4).

Удаленный препарат помещен в пластиковый контейнер – эвакуирован из плевральной полости (рис. 5). Контроль на гемостаз и инородные тела. Гемостатическая губка к зоне операции. Продленный дренаж по Бюлау к зоне операции. Послойный шов раны...».

Длительность операции составила 45 мин, кровопотери не было. Пациентка экстубирована в опера-



Рис. 2. Расстановка торакопортов
Fig. 2. Placement of thoracoports

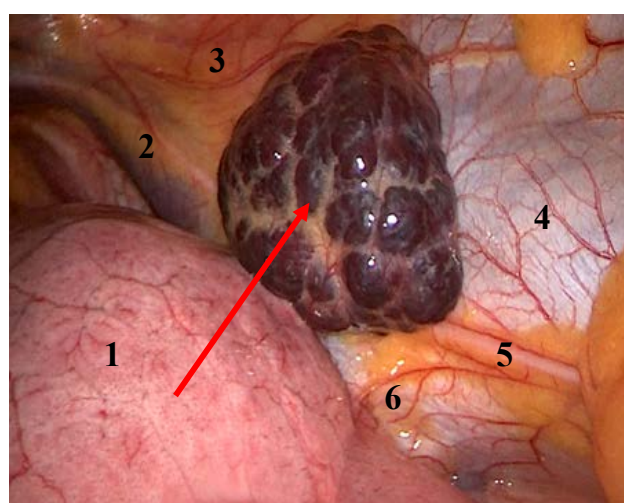


Рис. 3. Опухоль средостения (указана стрелкой): 1 – правое легкое; 2 – верхняя полая вена; 3 – жировая клетчатка переднего средостения; 4 – правый желудочек; 5 – правый диафрагмальный нерв; 6 – корень правого легкого

Fig. 3. Mediastinal tumor (indicated by arrow): 1 – right lung; 2 – vena cava superior; 3 – fatty tissue of the anterior mediastinum; 4 – right ventricle; 5 – right phrenic nerve; 6 – root of the right lung

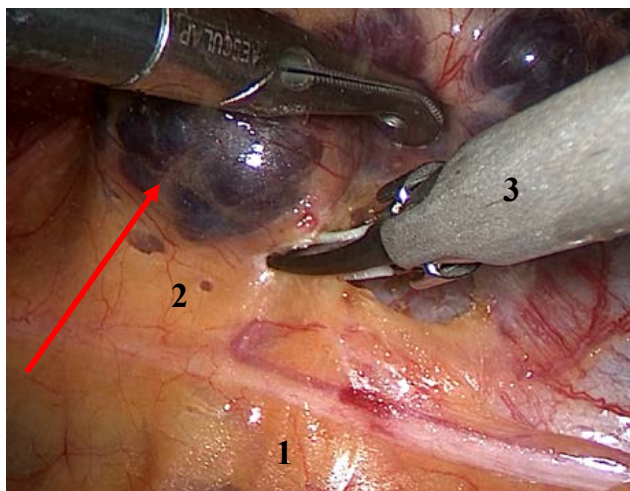


Рис. 4. Мобилизация опухоли средостения (указана стрелкой): 1 – правый диафрагмальный нерв; 2 – жировая клетчатка переднего средостения; 3 – эндоскопический Harmonic Ace

Fig. 4. Mobilization of the mediastinal tumor (indicated by the arrow): 1 – right phrenic nerve; 2 – fatty tissue of the anterior mediastinum; 3 – endoscopic Harmonic Ace

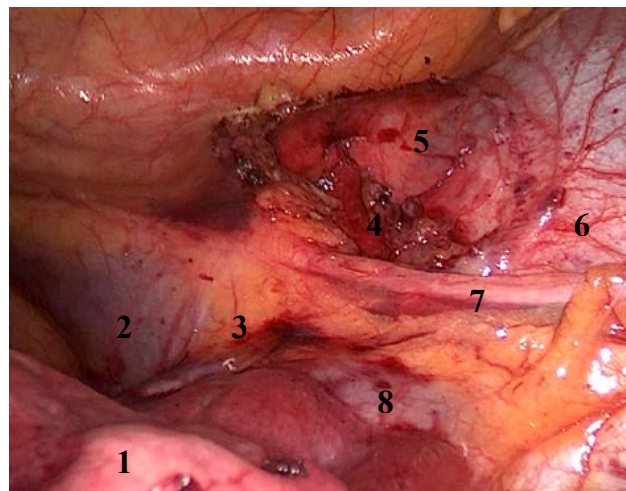
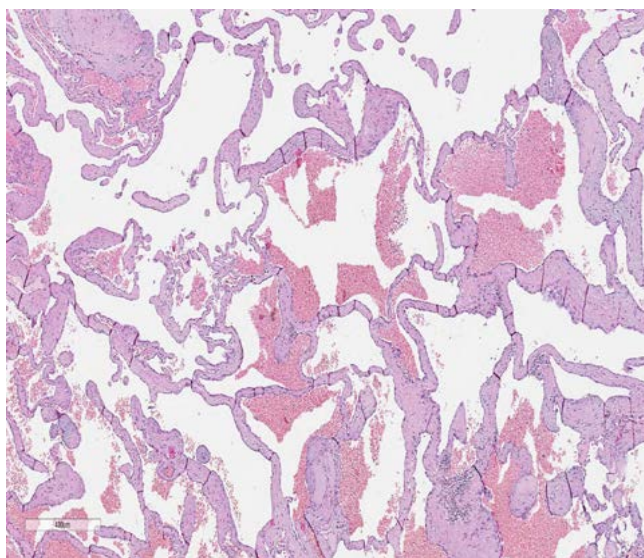


Рис. 5. Окончательный вид: 1 – правое легкое; 2 – верхняя полая вена; 3 – правое предсердие; 4 – ложе удаленной опухоли; 5 – восходящая часть грудной аорты; 6 – правый желудочек; 7 – правый диафрагмальный нерв; 8 – корень правого легкого

Fig. 5. Final view: 1 – right lung; 2 – superior vena cava; 3 – right atrium; 4 – bed of the removed tumor; 5 – ascending thoracic aorta; 6 – right ventricle; 7 – right phrenic nerve; 8 – root of the right lung



а



б

Рис. 6. Кавернозная гемангиома тимуса. Макропрепарат удаленной опухоли средостения (а). Микропрепарат: множественные кавернозные полости, выстланные эндотелием. Окраска гематоксилин и эозин, увеличение 400 (б)

Fig. 6. Cavernous hemangioma of the thymus. Macroscopic specimen of the removed mediastinal tumor (a). Microscopic specimen: multiple cavernous cavities lined with endothelium. Hematoxylin and eosin staining, magnification 400 (b)

ционной и в течение первых суток после операции переведена на профильное отделение. Гладкий послеоперационный период. Дренаж из плевральной полости удален на следующий день после операции. Выписка пациентки из стационара на 4-е сутки после операции. По данным гистологического исследования – кавернозная гемангиома, возрастная инволюция тимуса (рис. 6). Спустя 8 месяцев после операции данных за рецидив опухоли не получено.

Обсуждение. Впервые кавернозная гемангиома тимуса была описана D. Lungenschmid et al. в 1990 г. [3]. Гемангиомы средостения встречаются менее чем в 0,5 % случаев от всех опухолей средо-

стения [4, 5]. К 2024 г. в англоязычной литературе опубликовано всего 11 случаев хирургического удаления кавернозной гемангиомы тимуса [6, 7]. Диагноз гемангиомы практически невозможно сформулировать на предоперационном этапе, а предоперационная биопсия с целью гистологической верификации новообразования средостения в случаях подозрения на резектабельное новообразование тимуса не показана.

Хирургическое удаление опухоли рекомендовано в качестве основного метода как диагностики, так и радикального лечения при доброкачественных или резектабельных злокачественных новооб-

разованиях вилочковой железы [17]. В ряде случаев удаление сосудистой опухоли средостения может быть чрезвычайно трудным или невозможным из-за ее интимного прилегания к магистральным сосудам или сердцу. В этих случаях, возможно, следует отдать предпочтение эмболизации сосудов опухоли или лучевой терапии [4].

Вывод. Кавернозная гемангиома тимуса – крайне редко встречающееся заболевание, диагноз устанавливается только при патоморфологическом исследовании. Поэтому локализованной опухоли средостения показано оперативное лечение, позволяющее не только провести окончательную морфологическую верификацию, но и выполнить радикальное удаление новообразования.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

- Опухоли средостения. Клинические рекомендации. 2020. URL: <https://oncology-association.ru> (дата обращения: 20.04.2025).
- Ose N., Kobori Y., Takeuchi Y. et al. Cavernous hemangioma of the thymus: a case report. *Surgical Case Reports*. 2016. Vol. 2, № 1. P. 10. <https://doi.org/10.1186/s40792-016-0137-6>.

- Lungenschmid D., Schöpf R., Dietze O. et al. Computerized tomography diagnosis of cavernous thymus hemangioma and differentiation from other mediastinal hemangiomas. *Röntgenblätter*. 1990. Vol. 43. P. 301–4.
- Пикин О. В., Рябов А. Б., Колбанов К. И., Степанов С. О. Опухоли средостения: сборник / под ред. академика РАН, профессора А. Д. Каприна. М.: Молодая гвардия, 2019. 232 с.
- Yoshino N., Okada D., Ujiie H. et al. Venous hemangioma of the posterior mediastinum. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2012. Vol. 18. P. 247–50. <https://doi.org/10.5761/atcs.cr.11.01706>.
- Zheng C., Zhang F., Tu S. et al. Cavernous hemangioma of the thymus: A case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2018. Vol. 97, № 30. P. e11698. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011698>.
- Shen C., Liang Y., Xu H. et al. Cavernous hemangioma of thymus misdiagnosed as thymoma: a case report. *World J Surg Oncol*. 2014. Vol. 12. P. 323. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-12-323>.
- Joobeur S., Ben Saad A., Migaou A. et al. Rare case of cavernous hemangioma of the thymus. *Med Case Rep*. 2019. Vol. 14. P. 29. <https://doi.org/10.1016/j.rmcr.2019.100986>.

REFERENCES

- Mediastinal tumors. Clinical guidelines. 2020. URL: <https://oncology-association.ru> (accessed: 20.04.2025). (In Russ.).
- Ose N., Kobori Y., Takeuchi Y. et al. Cavernous hemangioma in the thymus: a case report. *Surgical Case Reports*. 2016. Vol. 2, № 1. P. 10. <https://doi.org/10.1186/s40792-016-0137-6>.
- Lungenschmid D., Schöpf R., Dietze O. et al. Computerized tomography diagnosis of cavernous thymus hemangioma and differentiation from other mediastinal hemangiomas. *Röntgenblätter*. 1990;43:301–4.
- Pikin O. V., Ryabov A. B., Kolbanov K. I., Stepanov S. O. Mediastinal tumors: a collection / eds by Academician of the Russian Academy of Sciences, Professor A. D. Kaprin. Moscow, Molodaya Gvardiya, 2019. 232 p. (In Russ.).
- Yoshino N., Okada D., Ujiie H. et al. Venous hemangioma of the posterior mediastinum. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2012;18:247–50. <https://doi.org/10.5761/atcs.cr.11.01706>.
- Zheng C., Zhang F., Tu S. et al. Cavernous hemangioma of the thymus: A case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 9(30):e11698. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011698>.
- Shen C., Liang Y., Xu H. et al. Cavernous hemangioma of thymus misdiagnosed as thymoma: a case report. *World J Surg Oncol*. 2014;12:323. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-12-323>.
- Joobeur S., Ben Saad A., Migaou A. et al. Rare case of cavernous hemangioma of the thymus. *Med Case Rep*. 2019;14:29. <https://doi.org/10.1016/j.rmcr.2019.100986>.

Информация об авторах:

Дворецкий Сергей Юрьевич, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры онкологии факультета послевузовского образования, заведующий онкологическим отделением № 4 (торакальной хирургии) клиники НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-8746-9343; **Мишра Радеж Прадипович**, кандидат медицинских наук, врач-торакальный хирург онкологического отделения № 4 (торакальной хирургии) клиники НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-8387-9182; **Дворецкая Мария Алексеевна**, кандидат медицинских наук, врач-рентгенолог отделения рентгеновской компьютерной томографии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-3136-5825; **Мюрзеп Андрей Эдуардович**, ассистент кафедры патологической анатомии с патологоанатомическим отделением, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-9211-9700; **Акопов Андрей Леонидович**, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела торакальной хирургии клиники НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-8698-7018.

Information about authors:

Dvoreckiy Sergey Yu., Dr. of Sci. (Med), Associate Professor, Professor of the Department of Oncology of the Faculty of Postgraduate Education, Head of the Oncology Department № 4 (Thoracic Surgery) of the Clinic of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-8746-9343; **Mishra Radezh P.**, Cand. of Sci. (Med), Thoracic Surgeon of the Oncology Department № 4 (Thoracic Surgery) of the Clinic of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-8387-9182; **Dvoreckaya Maria A.**, Cand. of Sci. (Med), Radiologist of the Department of X-ray Computed Tomography, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-3136-5825; **Myurzep Andrey E.**, Assistant of the Department of Pathological Anatomy with the Pathology Department, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-9211-9700; **Akopov Andey L.**, Dr. of Sci. (Med), Professor, Head of the Thoracic Surgery Department of the Clinic of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-8698-7018.