

УДК 616.27:616.13/.14-006.311

**СОСУДИСТОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ —
КАВЕРНОЗНАЯ ГЕАНГИОМА**

Тарасовец А. А., Ануфриев А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Похожай

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Средостение сложное анатомическое образование, находящееся в грудной полости расположенное между плевральными полостями. Спереди оно ограничено задней поверхностью грудины и реберными хрящами, сзади — передней поверхностью грудного отдела позвоночника, латерально-медиастинальной плеврой, снизу диафрагмой. Верхняя граница простирается до верхней апертуры грудной клетки.

Распространенность таких методов обследования как ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография привело к возрастанию частоты выявления новообразований средостения.

Образования средостения включают широкий спектр доброкачественных и злокачественных заболеваний. Они формируются из любой ткани, находящейся в средостении, и могут носить как первичный, так и вторичный характер [1].

Сосудистые опухоли средостения у взрослых составляют до 6 %, у детей — до 15 % всех новообразований этой локализации [2]

Одним из редко встречающихся доброкачественных образований средостения является гемангиома, которая составляет 0.5% всех опухолей средостения.

Гемангиомы — зрелые опухоли из кровеносных сосудов, содержат большое количество сосудов в виде капиллярных трубок, состоящих из эндотелиальных клеток. Это неправильно округлые, бугристые образования с наличием на поверхности расширенных сосудов.

Гемангиомы (кавернозная гемангиома, гемангиоэндотелиома) в средостении встречаются редко. 2/3 случаев локализуются в переднем средостении. Они имеют разнообразную форму, окружены соединительной капсулой. Могут быть множественными. Часто содержат флеболиты (кальцифицированные венозные тромбы).

Данные опухоли развиваются из стенки кровеносных сосудов. [3]

При кавернозной гемангиоме видны расширенные, тонкостенные, часто полнокровные сосуды, выстланные уплощенным эндотелием. В них могут быть тромбы и флеболиты. Встречаются сосуды капиллярного и артериального типа. В стоме обычно выражено хроническое воспаление. Синусоидальная разновидность отличается более четкими границами, дольчатым строением и сложными переплетениями тонкостенных сосудов, формирующих ложные сосочки. Встречаются расстройства кровообращения и кальцинаты. Достаточно часто происходит злокачественная трансформация опухоли.

Развивающиеся патологические очаги на начальном этапе не вызывают ярко выраженной симптоматики. Для опухолей на стадии прогрессирования характерно проявление медленной экспансии.

Клинически гемангиома средостения проявляется в виде различных симптомов, в зависимости от ее локализации. Общими признаками заболевания могут являться: приступы продолжительного сухого кашля, возникновение одышки при ходьбе и физических нагрузках, тахикардии, болезненность в области грудины, повышенная утомляемость, сонливость, периодическое чувство слабости, боли в суставах, кровохаркание. Возможно возникновение специфической симптоматики по причине давления новообразования на внутренние органы.

Цель

Описать клинический случай новообразования средостения — кавернозной гемангиомы.

Материал и методы исследования

Изучение истории болезни пациента, анамнеза, медицинского наблюдения, клинического обследования, данных КТ, рентгенографического, гистологического исследований.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка К. 35 лет.

Пол: женский.

Госпитализирована в торакальное отделение Гомельской областной туберкулезной клинической больницы с приема пульмонолога с целью проведения диагностики объемного образования средостения.

Жалобы на периодические боли за грудиной, слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, синдром ускоренного СОЭ.

Анамнез: Считает себя больной около 1 мес., когда появились вышеуказанные жалобы.

Обратилась к терапевту по месту жительства проведено рентгенологическое обследование ОГК с последующим КТ дообследованием.

Обследование: При КТ от 23.09.21. В переднем средостении за рукояткой грудины, интимно прилегая к восходящей аорте на уровне перехода в дугу и левой плечеголовной вене, определяется патологический субстрат округлой формы с довольно четкими и ровными контурами размером 16×20×19 мм.

С целью уточнения характера образования проведено КТ ОГК с контрастированием (рисунок 1) 13.10.21 при нативном сканировании, образование неоднородно накапливает контраст в артериальную фазу контрастирования преимущественно в периферических отделах +67 ед НУ в венозную до 90 ед. НУ

Диагноз: КТ картина объемного образования переднего средостения (необходимо дифференцировать между тимомой, лимфомой, лимфосаркомой, тератомой).

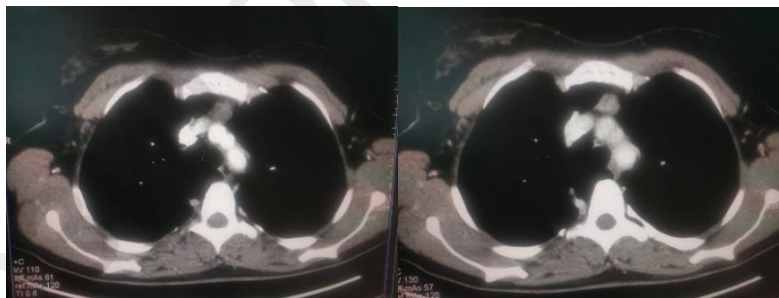


Рисунок 1 — КТ ОГК с контрастированием

УЗИ ОБП 13.10.21. Диффузные изменения в поджелудочной железе.

ФВД 08.10.21. Норма.

ЭКГ 19.10.21. Синусовый ритм, ЧСС 78 уд/мин., вертикальная ЭОС.

ФБС 11.10.21. Патологии не выявлено.

ФГДС 11.10.21. Патологии не выявлено.

ОАК 20.10.21. Н_б — 112; Ег — 3,6; Le — 9,2; СОЭ — 39 мм/ч.

Операции 20.10.21. Видеоассистированное удаление образования переднего средостения.

Гистологическое заключение 28.10.21 (рисунок 2): Опухоль представлена сосудистыми образованиями. Визуализируются расширенные, тонкостенные, часто полнокровные сосуды, выстланные уплощенным эндотелием. Заключение: кавернозная гемангиома.

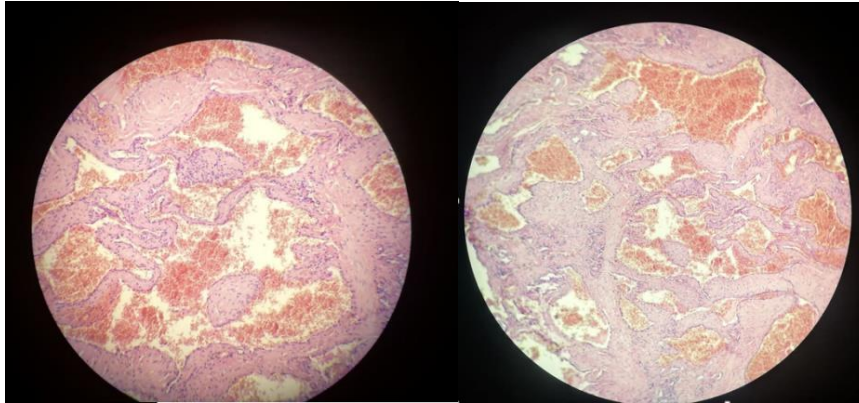


Рисунок 2 — Гистологический препарат опухоли

Посевы на МФ: МБТ, роста вторичной флоры из мокроты, ткани образования не обнаружено.

Диагноз: кавернозная гемангиома. 21.10.21. Операция видеоассистированное удаление образования переднего средостения слева.

Вывод

Редкость патологии, отсутствие специфических клинических проявлений и рентгенологической картины, и только хирургическая тактика ведения стала основным для верификации кавернозной гемангиомы средостения. Учитывая склонность к малигнизации и злокачественной трансформации хирургическое лечение является основополагающим в ведении пациентов.

Видеоторакоскопия позволяет решить вопросы диагностики и выполнить малоинвазивные хирургические вмешательства по удалению образования средостения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Потешкина, Н. Г. Образования средостения в клинической практике / Н. Г. Потешкина, А. А. Трошина // Медицинский совет. 2018. № 5. С. 104–108.
2. Бирюков, Ю. В. Сосудистые новообразования средостения / Ю. В. Бирюков, Р. И. Чарнецкий, Э. А. Годжелло // Хирургия. 1993. № 9. С. 70–76.
3. Мезенхимальные опухоли средостения (обзор литературы) / М. И. Давыдов [и др.] // НИИ Клинической онкологии ГУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН», г. Москва // Сибирский онкологический журнал. 2008. № 1. С. 64–74.

УДК 618.146-007.17-07

ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Умарова С. Ю., Гертман В. Д.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Беляковский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время диагностика дисплазии и своевременное ее лечение способствует снижению заболеваемости раком шейки матки. ДНК-тест на ВПЧ помогает верифицировать инфицированных женщин, которые являются группой риска [1].

Цитологический метод диагностики и профилактики злокачественных заболеваний шейки матки дает возможность оценить структуру и клеточный уровень повреждения тканей, попадающих в мазок-отпечаток.