

тельной динамики со стороны гепатобилиарной системы и патологии ободочной кишки выявлено не было.

Выводы

Несмотря на то, что в доступной литературе желчнокаменная болезнь относится к исключаяющим первично-склерозирующий холангит критериям, в клинической практике подобные случаи все же могут встретиться. Решающими методами дифференциальной диагностики будут гистологическое исследование и магнитно-резонансная томография.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Холедохолитиаз, имитирующий первичный склерозирующий холангит / М. П. Королев [и др.] // Вестник хирургии. – 2017. – № 4(176). – С. 93–96.
2. Федорова, М. Г. Некоторые особенности склеротических процессов в стенках желчных протоков и желчного пузыря при хронических заболеваниях желчевыводящих путей (обзор литературы) / М. Г. Федорова, Е. В. Комарова, Н. О. Цыплихин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2022. – № 2. – С. 143–155.

УДК 616.27-006

Н. М. Пырх, М. А. Цыкунов

Научный руководитель:

ассистент кафедры хирургических болезней № 2 М. И. Астапенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ГИГАНТСКОЕ ОБЪЕМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ

Введение

Гигантские новообразования средостения в клинической практике встречаются довольно редко. В настоящее время, за опухоли средостения принимают те новообразования, которые развиваются из тканей, эмбриогенетически принадлежащих этой анатомической области, либо же из тех тканей, которые по той или иной причине были дислоцированы в средостение. Новообразования средостения из нервной, лимфоидной, сосудистой, соединительной, мезенхимальной и жировой ткани принято относить к первичным неорганным опухолям. Наиболее высокий риск заболеваемости у лиц молодого и среднего возраста, одинаков для женщин и мужчин [1, 2, 3].

Цель

Представлено клиническое наблюдение пациента с гигантской опухолью средостения. Обсудить вопросы диагностики на основе визуализирующих технологий, выявить оптимальные методы диагностики.

Материал и методы исследования

Данные медицинских карт стационарного пациента; данные рентген-архива; данные гистологического исследования операционного материала.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка Л., 59 лет. Госпитализирована первично в терапевтическое отделение стационара с жалобами на одышку, появляющуюся при небольшой физической нагрузке, удушье, общую слабость, быстрое насыщение при сохранении аппетита. Со слов, данные жалобы появились в течение нескольких месяцев, быстро прогрессировали, особенно в летнее время. РФО проходит ежегодно. Работала инженером, профессиональные вред-

ности отсутствовали. Из перенесенных заболеваний: лапароскопическая холецистэктомия; тотальная гистероэктомия матки, придатков и верхней трети влагалища с интраоперационным стентированием обеих почек в связи с заболеванием шейки матки (лейомиома шейки матки больших размеров); пластика свободной послеоперационной вентральной грыжи. Инвалид 2 группы с возраста 52 лет в связи с коксартрозом коленных и тазобедренных суставов. Страдает ожирением 3 степени. Семейный анамнез: мать умерла от колоректального рака в возрасте 79 лет, брат в связи с опухолью мозга в возрасте 52 лет.

При общем осмотре: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6 °С. Рост 169 см, вес 128 кг, индекс массы тела 44,8 кг/м². Аускультативно: дыхание везикулярное, ослаблено над всей поверхностью левой половины грудной клетки. Перкуторно: над правой половиной грудной клетки ясный легочной звук, над левой половиной притуплен над всей поверхностью грудной клетки. Частота дыхательных движений 20 в минуту, SpO₂ – 96%. Тоны сердца приглушены, ритмичные, в области верхушки сердца систолический шум, акцент и расщепление II тона над легочной артерией. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст., ЧСС 78 ударов в минуту.

При лабораторном исследовании было выявлено повышение СРБ до 27 мг/мл, остальные показатели оставались в пределах нормы.

УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей: диффузные изменения печени по типу стеатогепатоза, конкремент правой почки, наличие свободной жидкости в левой плевральной полости.

УЗИ сердца: систолическая функция левого желудочка сохранена. Диастолическая дисфункция левого желудочка по 1 типу. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Дилатация левого предсердия, правого предсердия. Регургитация на митральном клапане 1–2 степени, трикуспидальном – 2 степени.

Рентгенография ОГК: на фоне усиленного, обогащенного легочного рисунка слева субтотально снижена пневматизация легочной ткани, за счет наличия жидкости до уровня V ребра по задним отрезкам. Корни малоструктурированы. Сердце расширено в поперечнике. Правый синус свободный. Заключение: Левосторонний большой гидроторакс.

КТ ОГК нативное: справа в S10 единичный кальцинат размером до 2 мм. Средостение смещено вправо, дополнительных образований не выявлено. Увеличенных лимфатических узлов не прослеживается. В перикарде физиологическое количество жидкости. В переднем средостении определяется жировое скопление плотностью 95 НУ без признаков инкапсулирования. Трахея и бронхи проходимы. Плевральные полости: слева в плевральной полости осумкованная жидкость толщиной до 9 мм. Мягкие ткани грудной стенки – дополнительных образований не определяется. Периферические лимфатические узлы: надключичные, подключичные и подмышечные не увеличены. Выраженные дегенеративные изменения грудного отдела позвоночника за счет деформирующего спондилеза. Костные структуры: костно-деструктивных изменений не выявлено. На прилежащих сканах органов брюшной полости надпочечники не утолщены. Конкремент правой почки до 3 мм. Заключение: левосторонний гидроторакс. Липоматоз средостения.

КТ ОГК с внутривенным усилением: справа в S 10 кальцинат. Слева в плевральной полости определяется осумкованный по передней грудной стенке выпот 97×158×200 мм. (примерно около 3 литров жидкости), на фоне которого паракостально участки, накапливающие контрастное вещество. Определяются компрессионные ателектазы вентральных отделов нижней доли и язычковых сегментов средней доли. Клетчатка в левом кардиофрагмальном синусе инфильтрирована с наличием в ней единичного округлого лимфоузла до 10 мм. Средостение: смещено, дополнительных образований не выявлено. Увеличенных лимфоузлов не прослеживается. В перикарде физиологическое количество

жидкости. Трахея и бронхи проходимы. Справа в плевральной полости выпот не определяется. Мягкие ткани грудной стенки: дополнительных образований не определяется. Периферические лимфоузлы: надключичные, подключичные, подмышечные не увеличены. Костные структуры: деструктивных изменений не выявлено. Надпочечники в попавших сканах не утолщены. Заключение: КТ – картина может соответствовать вторичным изменениям плевры слева, дифференцировать с мезотелиомой. Осумкованный гидроторакс слева. Компрессионные ателектазы левого легкого. Единичный паракардиальный лимфоузел.

Фибробронхоскопия: левосторонний диффузный катаральный бронхит 1 степени.

Выполнена пункция левой плевральной полости, получено 600 мл выпота, данные цитологического исследования: бесструктурное вещество, многочисленные нейтрофильные лейкоциты, лимфоциты, гистиоциты, группы клеток мезотелия с признаками реактивных изменений.

Выполнено дренирование левой плевральной полости, получено до 200 мл серозной жидкости. При исследовании плевральной жидкости стандартными методами клинически значимых отклонений не обнаружено. При выполнении контрольной рентгенографии динамика отсутствовала. В связи с этим принято решение о выполнении диагностической торакоскопии. Интраоперационно обнаружено гигантское образование, занимающее всю плевральную полость, исходящее из переднего средостения. Выполнена переднебоковая торакотомия, образование размером 25×20 см, весом 4300 грамм удалено. Гистологическое заключение (cito): микроскопическое описание: мягкотканная опухоль с вариабельной клеточностью, с большим количеством ветвящихся сосудов с периваскулярной пролиферацией отростчатых клеток с межклеточным миксоматозом. Митотическая активность низкая. Участки некроза. Патогистологическое заключение (в плановом порядке): сосуды с периваскулярной пролиферацией отростчатых клеток с межклеточным миксоматозом. Солитарная фиброзная опухоль.

Пациентка направлена на консультацию к онкологу, стекла – блоки выданы для гистологического пересмотра. Диагноз солитарной фиброзной опухоли средостения подтвержден, химиотерапия и лучевая терапия впоследствии не назначались.

Выводы

На сегодняшний день наиболее целесообразным неинвазивным методом диагностики новообразований средостения является компьютерная томография с внутривенным усилением, но при нетипичных опухолях данное исследование может ввести в заблуждение ввиду накопления опухолью контрастного вещества, что может соответствовать иным показателям коэффициента абсорбции. Единственным оптимальным методом лечения является радикальное хирургическое лечение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мезенхимальные опухоли средостения / М. И. Давыдов [и др.] // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – С. 25.
2. Бойко, В. В. Новые подходы к предоперационной подготовке и борьбе с послеоперационными осложнениями у больных с компрессионным синдромом, обусловленным новообразованиями средостения / В. В. Бойко, А. Г. Красноярский // Международный медицинский журнал. – 2009. – С. 58–61.
3. Takeo, S. Video-assisted extended thymectomy in patients with thymoma by lifting the sternum / S. Takeo, T. Sakada, T. Yano // Ann. Thorac. Surg. – 2000. – P. 1721–1723.
4. Хоффер, М. Компьютерная томография. Базовое руководство / М. Хоффер. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – М. : Мед.лит., 2008. – 228 с.