

# Содержание

Благодарности .....	3
Участники издания .....	7
Предисловие.....	8
Список сокращений и условных обозначений.....	9
<b>Грудная клетка .....</b>	11
1. Лейомиосаркома плевры.....	12
2. Патология молочной железы .....	15
3. Метастаз рака почки в сердце.....	19
4. Грыжа диафрагмы .....	22
5. Шваннома средостения .....	26
6. Эмбриональная карцинома сердца .....	29
7. Туберкулезный плеврит.....	32
8. Мезотелиальная киста средостения .....	35
9. Постлучевой остеомиелит рукоятки грудины.....	38
10. Гемангиома сердца .....	42
<b>Печень и желчный пузырь .....</b>	47
11. Метастаз в желчный пузырь .....	48
12. Гепатоцеллюлярный рак .....	50
13. Периваскулярная эпителиоидноклеточная опухоль .....	54
14. Муцинозная кистозная опухоль.....	56
15. Комбинированная опухоль желчных протоков и желчного пузыря.....	59
16. Метастазы нейроэндокринной опухоли в печень .....	62
17. Гемангиома связки печени .....	65
18. Фокальная узловая гиперплазия.....	68
19. Холангикарцинома .....	71
20. Гемангиома печени с внутренним кровоизлиянием .....	76
21. Кальцифицирующая гнездная стромально-эпителиальная опухоль печени .....	81
22. Солитарная фиброзная опухоль печени .....	86
23. Мелкая холангикарцинома .....	89
24. Гепатоцеллюлярный рак .....	93
25. Ранний гепатоцеллюлярный рак .....	97
26. Холангикарцинома + желчнокаменная болезнь .....	100
27. Эмбриональная саркома печени .....	103
28. Бифенотип = гепатоцеллюлярный рак + холангикарцинома .....	106
29. Эхинококкоз печени .....	110
30. Абсцесс печени .....	114
31. Опухоль мелких сосудов печени.....	117
32. Спленоуз в печени.....	120
<b>Надпочечники .....</b>	123
33. Гетеротопия надпочечника .....	124
34. Кровоизлияние в надпочечник.....	127
35. Кавернозная гемангиома надпочечника .....	131
36. Гематома надпочечника .....	133
<b>Почки .....</b>	135
37. Онкоцитома .....	136
38. Паразитарная киста.....	139

39. Светлоклеточный почечно-клеточный рак.....	142
40. Околопочечная гематома .....	145
41. Папиллярная почечно-клеточная карцинома .....	147
42. Опухоль почки на фоне поликистоза .....	150
43. Нефробластома.....	153
44. Посттравматическая киста .....	156
45. Двусторонняя антиомиолипома .....	159
46. Опухоль мочеточника.....	161
47. Аномалия развития почки (добавочная долька) .....	164
48. Папиллярная почечно-клеточная карцинома.....	167
49. Неходжкинская В-клеточная лимфома почки.....	169
50. Киста почки с геморрагическим компонентом .....	172
<b>Поджелудочная железа .....</b>	<b>175</b>
51. Две синхронные опухоли в поджелудочной железе.....	176
52. Эхинококкоз .....	179
53. Нейроэндокринная опухоль .....	183
54. Серозная цистаденома .....	185
55. Серозная цистаденома .....	189
56. Муцинозная кистозная опухоль .....	191
57. Муцинозная кистозная опухоль.....	194
58. Парадуodenальный панкреатит .....	196
59. Нейроэндокринная опухоль .....	199
60. Солидная псевдопапиллярная опухоль .....	202
61. Нейроэндокринная опухоль.....	204
62. Муцинозная кистозная опухоль .....	207
63. Две синхронные опухоли в поджелудочной железе .....	210
64. Солитарная фиброзная опухоль .....	216
65. Диффузная В-крупноклеточная лимфома .....	219
66. Нейроэндокринная опухоль .....	228
<b>Селезенка.....</b>	<b>231</b>
67. Метастаз эстезионейробластомы в селезенку .....	232
68. Добавочная долька селезенки .....	235
<b>Желудочно-кишечный тракт.....</b>	<b>239</b>
69. Гастроинтестинальная стромальная опухоль желудка.....	240
70. Гастроинтестинальная стромальная опухоль .....	243
71. Гастроинтестинальная стромальная опухоль .....	246
72. Мелкоклеточная лимфома MALT-типа тонкой кишки .....	249
73. Нейроэндокринная опухоль двенадцатиперстной кишки .....	251
74. Гастроинтестинальная стромальная опухоль двенадцатиперстной кишки .....	254
75. MALT-лимфома желудка.....	257
76. Опухоль ободочной кишки .....	260
77. Дубликационная киста двенадцатиперстной кишки.....	263
78. Муцинозная опухоль аппендициса .....	267
79. Локальный амилоидоз двенадцатиперстной кишки .....	270
<b>Забрюшинные неорганные новообразования .....</b>	<b>275</b>
80. Липосаркома.....	276
81. Экстраадреналовая параганглиома .....	279
82. Липосаркома с тромбозом нижней полой вены .....	282
83. Гибернома .....	286
84. Лейомиоматоз, интравенозный лейомиоматоз.....	289
85. Болезнь Кастлемана .....	292
86. Злокачественная параганглиома.....	296
87. Ганглионеврома .....	299
88. Идиопатический ретроперитонеальный фиброз (болезнь Ормонда).....	301
89. Добропачественная шваннома .....	305

90. Неорганская недифференцированная веретеноклеточная саркома .....	308
91. Лейомиосаркома .....	311
92. Недифференцированная мелкокруглоклеточная саркома .....	314
93. Солитарная фиброзная опухоль .....	317
94. Липосаркома .....	321
95. Хондросаркома позвонка L <sub>III</sub> .....	324
<b>Разное.....</b>	<b>327</b>
96. Госсипибома (брюшная полость) .....	328
97. Госсипибома (область таза).....	331
98. Хроническая забрюшинная гематома .....	335
99. Хронический абдоминальный абсцесс .....	337
100. Жировой некроз брыжейки тощей кишки + хронический абсцесс большого сальника.....	340

# Предисловие

Мы решили представить малую часть из накопленного за долгие годы в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина интересных, сложных и необычных клинических наблюдений, которые, несомненно, будут полезны самому широкому кругу врачей-онкологов, торакальных и абдоминальных хирургов, врачей лучевой диагностики. Кроме того, отдельные клинические наблюдения были любезно предоставлены нашими коллегами из ряда других медицинских клиник, в том числе НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, МНИОИ им. П.А. Герцена — филиала НМИЦ радиологии, ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, ММНКЦ им. С.П. Боткина, кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовского Университета).

Следует подчеркнуть, что целый ряд представленных наблюдений имеет совершенно уникальный характер, другие наблюдения можно считать поучительными, отдельные случаи имеют педагогическое значение, и все они обязательно будут интересны с образовательной точки зрения.

Наш опыт свидетельствует о том, что корректное дооперационное распознавание выявляемых объемных образований в торакоабдоминальной области нередко бывает исключительно сложным процессом, даже с использованием современных визуализирующих и даже морфологических методов (при пункциях и биопсиях). А корректный заключительный диагноз становится возможным лишь после интраоперационной ревизии, хирургического удаления обнаруженного новообразования и его детального морфологического исследования с применением иммуногистохимических методик. Выявляемое порой внешнее сходство опухолевых и неопухолевых процессов для предварительной (дооперационной) оценки их характера требует самого пристального внимания ко всем деталям проявления заболевания, в частности к подробному анамнезу пациентов и особенностям их жалоб. Несомненно, большое значение имеет и клиническая картина развития патологического процесса в динамике.

# Эмбриональная карцинома сердца

Данное наблюдение любезно предоставлено сотрудниками ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России: доктором Евгением Валерьевичем Кондратьевым, кандидатом медицинских наук, заведующим отделением рентгенологии, и докторами Д.В. Калининым, В.Б. Филатовой.

Пациент Б. 33 лет обратился в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского с жалобами на одышку в покое, субфебрильную температуру, чувство слабости и недомогания, которые беспокоили его в течение 5 мес.

Начало заболевания связывает с появлением в марте 2017 г. интенсивных болей в поясничной области справа и фебрильной температуре, по поводу чего в экстренном порядке был госпитализирован в хирургическое отделение районной больницы по месту жительства с диагнозом «мочекаменная болезнь». При обследовании установлен диагноз «хронический пиелонефрит», в связи с чем получал антибактериальную терапию в течение 4 сут. Выписан на 5-е сутки в период апирексии, но эпизоды фебрильной температуры, потливости и слабости неоднократно повторялись и в последующем, при этом за медицинской помощью пациент не обращался, продолжая работать.

С июня 2017 г. стал отмечать сухой интенсивный кашель, сопровождающийся головокружением. Постепенно нарастала одышка, сохранялись ознобы. В конце того же месяца с явлениями гипотонии, выраженной одышкой в покое и высокой температурой был экстренно госпитализирован в ту же районную больницу с диагнозом «инфекционный эндокардит», откуда был быстро переведен в областную клиническую больницу, где при дообследовании выявлено объемное образование в правых отделах сердца с умеренной обструкцией выводного тракта правого желудочка и ствола легочной артерии. На фоне антибактериальной, противовоспалительной и диуретической терапии состояние пациента было стабилизировано, температура нормализовалась.

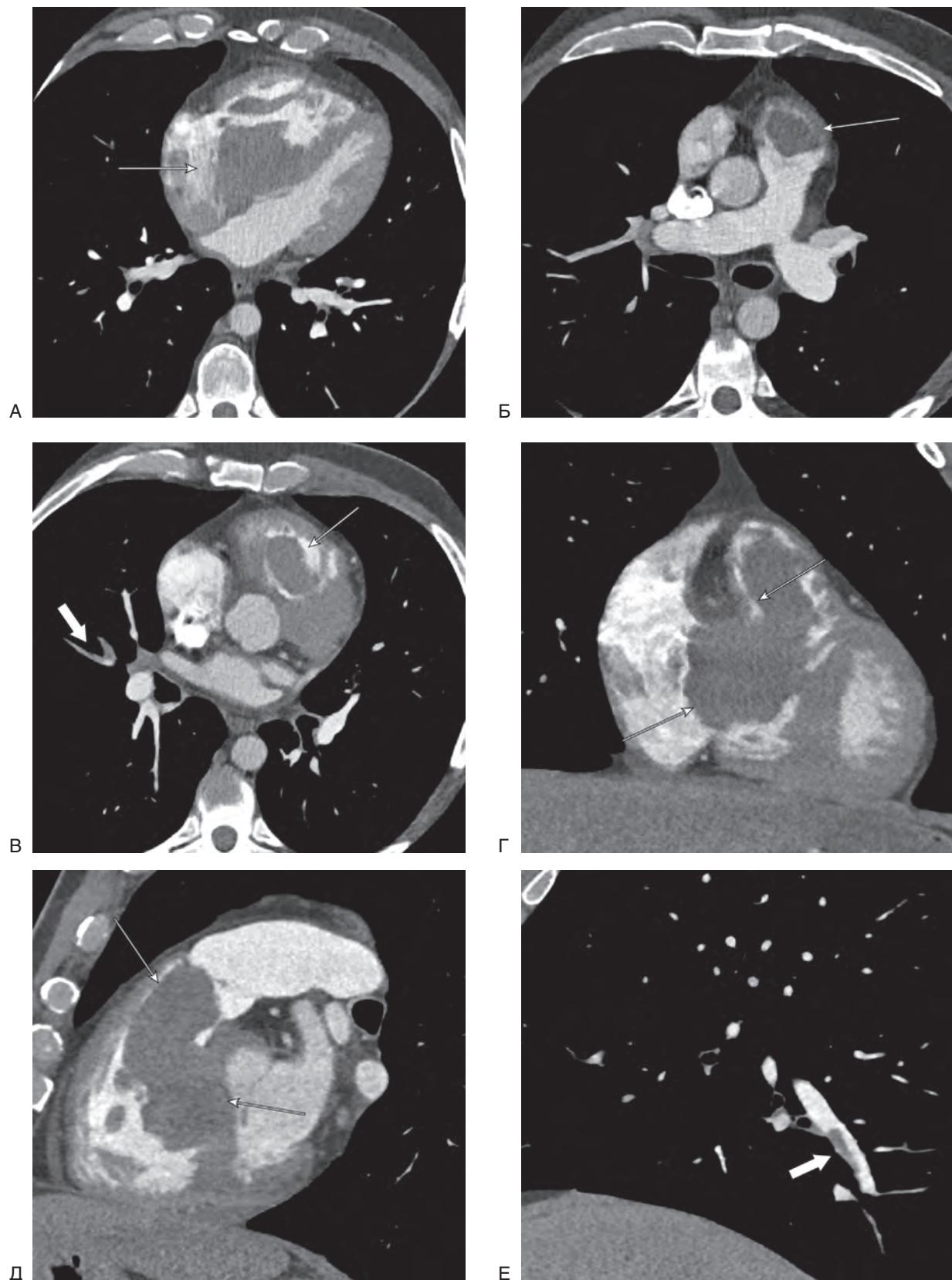
Рекомендовано дальнейшее дообследование и оперативное лечение в отделении кардиохирургии

НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского. При поступлении пациенту была выполнена эхокардиография и выявлено, что в полости правого предсердия определялось гиперэхогенное образование неправильной формы размерами около  $27 \times 44$  мм, которое через отверстие триkuspidального клапана пролабировало в полость правого желудочка и ствол легочной артерии (предположительно, прораставшее из межпредсердной перегородки).

При последующем КТ-исследовании сердца с внутривенным контрастированием и с электрокардиографической синхронизацией в полости правого предсердия было выявлено неправильной формы мягкотканное образование (с КТ-плотностью +30...+45 HU нативно) с неровными бугристыми контурами и малозаметным усилением при внутривенном контрастировании. Данное образование своим широким основанием располагалось на межпредсердной перегородке, широко прилегало к предсердно-желудочковому клапану (по передней полуокружности и медиально), а также к межжелудочковой перегородке в полости правого желудочка (на протяжении до 25 мм) и к передней стенке правого желудочка до уровня клапана легочной артерии (**рис. 6.1, А–Д – тонкие стрелки**). Размер образования около  $56 \times 57 \times 62$  мм. Легочный ствол был не расширен (около 3 см), его просвет контрастировался удовлетворительно. Отмечен частичный тромбоз артерий легочных сегментов С4 и С9 справа (**рис. 6.1, В, Е – толстые стрелки**).

При обсуждении полученных результатов всех исследований рекомендовано оперативное вмешательство в объеме удаления опухолевого образования правых отделов сердца с протезированием триkuspidального клапана биологическим протезом Epic 31 mm в условиях искусственного кровообращения.

28.07.2017 проведена срединная стернотомия, при ревизии правого предсердия визуализировалось объемное образование с неровным контуром размерами около  $4 \times 6$  см, которое инфильтрировало межпредсердную и межжелудочковую перегородки,



**Рис. 6.1.** Компьютерные томограммы с электрокардиографической синхронизацией пациента Б. 33 лет с эмбриональной карциномой сердца, реконструированные в диастолу: А–В — аксиальные томограммы отображают исходную локализацию опухоли на межпредсердной перегородке и ее распространение через правый желудочек, его выводной тракт, а также клапан легочной артерии в просвет легочного ствола (*тонкие стрелки*), тромботические массы в ветви С4 легочной артерии справа (В — *толстая стрелка*); Г — фронтальная проекция отображает положение опухоли в правом желудочке (*стрелка*); Д, Е — на сагиттальных проекциях отчетливо видны дистальная граница опухоли на уровне клапана легочной артерии (*тонкие стрелки*) и тромботические массы в ветви С9 легочной артерии справа (*толстая стрелка*)

атриовентрикулярный узел и створки триkuspidального клапана (септальную, заднюю). Продольно рассечен ствол легочной артерии, опухоль и тромботические массы удалены из правого желудочка в возможном объеме. Удаленный материал направлен на гистологическое исследование.

Согласно результатам гистологического и ИГХ-исследования, *картина эмбриональной карциномы* (первичной опухоли сердца) (рис. 6.2, А–В).

Послеоперационный период протекал без особых особенностей. Пациент в удовлетворительном состоянии был выписан под наблюдение кардиолога, хирурга и онколога по месту жительства.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Как известно, первичные опухоли сердца встречаются редко, их частота, по данным аутопсий, составляет 0,001–0,3% от всех случаев, из которых только 5–6% являются злокачественными, чаще всего это саркома, лимфома и мезотелиома. В то же время метастатическое поражение сердца встречается в 20–40 раз чаще — в 6–20% аутопсий пациентов с распространенными злокачественными новообразованиями [1, 2].

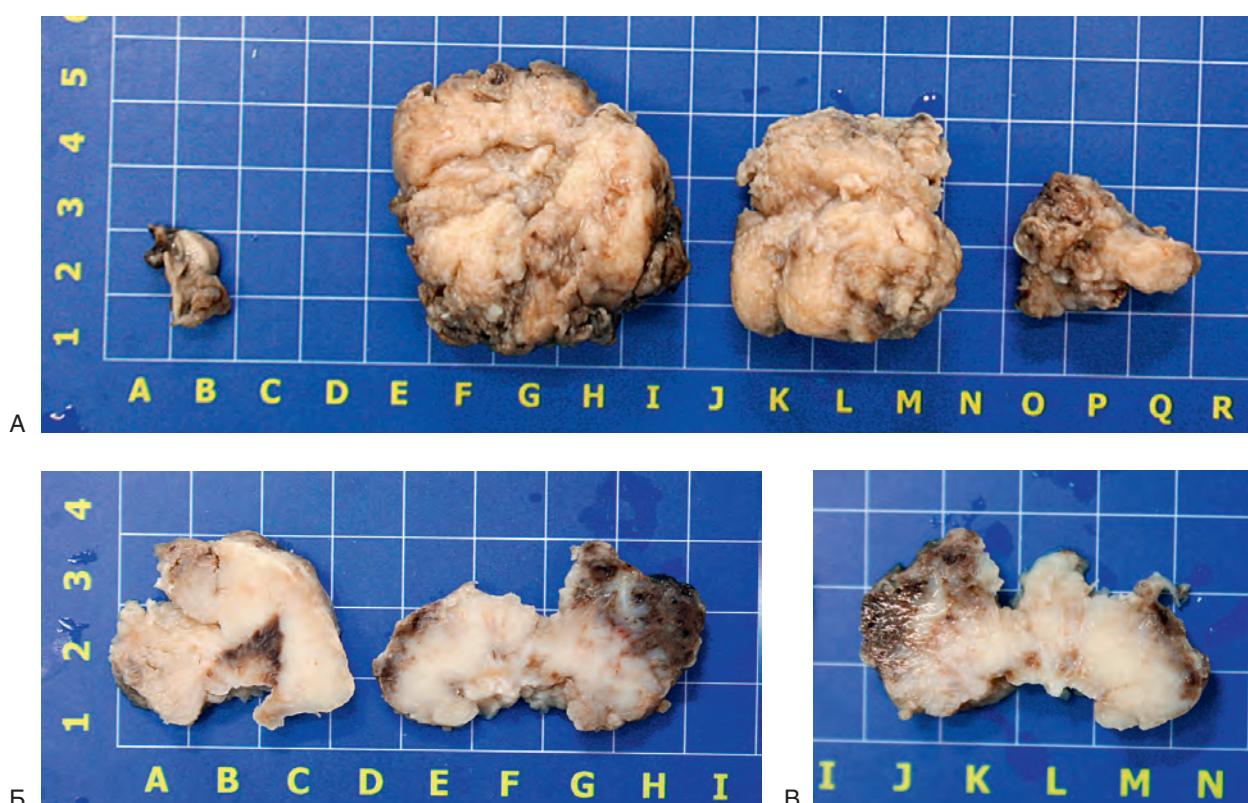
Новообразования сердца могут визуализироваться с помощью различных методов лучевой диагностики. Трансторакальное или транспищеводное УЗИ — обычно первый метод исследования соответствующих пациентов после сбора анамнеза,

физикального осмотра и лабораторных анализов, но наилучшим методом исследования сердца по праву считается МРТ с электрокардиографической синхронизацией. В то же время как для диагностики, так и для предоперационного планирования тактики оперативного вмешательства вполне допустима и КТ сердца с электрокардиографической синхронизацией [3]. При этом известно, что корректная дифференциальная диагностика различных опухолей сердца с помощью лучевых методов исследования обычно представляет собой довольно сложную задачу [3].

В представленном нами наблюдении формальная картина опухолевого поражения сердца сомнений не вызывала, однако дифференцировать первичный и метастатический процесс представлялось крайне затруднительным. Только при полноценном обследовании всех органов и систем пациента и отсутствии признаков опухолевых изменений в других органах или в анамнезе пациента можно было думать о первичной опухоли сердца.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Al-Mamgani A., Baartman L., Baaijens M. et al. Cardiac metastases // Int. J. Clin. Oncol. 2008. Vol. 13. P. 369–372.
2. Butany J., Nair V., Naseemuddin A. et al. Cardiac tumours: Diagnosis and management // Lancet Oncol. 2005. Vol. 6. P. 219–228.
3. Bussani R., Castrichini M., Restivo L. et al. Cardiac Tumors: Diagnosis, Prognosis, and Treatment // Curr. Cardiol. Rep. 2020. Vol. 22. N. 12. P. 169.



**Рис. 6.2.** Удаленный макропрепарат — фрагменты опухолевого массива того же пациента Б. 33 лет. А — общий вид, Б, В — на разрезе

# Туберкулезный плеврит

Данное наблюдение любезно предоставлено сотрудниками ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России: доктором Евгением Валерьевичем Кондратьевым, кандидатом медицинских наук, заведующим отделением рентгенологии, и доктором В.Б. Филатовой.

Пациентка К. 44 лет обратилась в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского с жалобами на слабость, периодическую одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза: считала себя заболевшей в течение 2 мес, когда впервые стала отмечать выраженную одышку. При обращении к врачу по месту жительства выявлен массивный левосторонний плеврит, рекомендована госпитализация. В условиях стационара по месту жительства проведена плевральная пункция с эвакуацией 700 мл жидкости. Проведена антибактериальная терапия. При контрольной рентгенографии органов грудной клетки объем определяемой и ранее выявленной жидкости в левой плевральной полости без видимой динамики. Рекомендована консультация и определение тактики лечения в отделении торакальной хирургии НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского.

При госпитализации в названное учреждение пациентке выполнена КТ грудной клетки, в левой плевральной полости определялось значительное количество свободной жидкости (примерно 800 мл) с КТ-плотностью +8 HU (рис. 7.1, А–Г), и компрессионный ателектаз С6 левого легкого. Междолевая плевра слева была неравномерно утолщена до 3 мм (рис. 7.1, В, Г – стрелки), а на висцеральном листке плевры определялись мелкие узелковые утолщения до 1–1,5 см (рис. 7.1, А, Б – стрелки). Рекомендовано цитологическое исследование жидкости из левой плевральной полости для исключения злокачественной мезотелиомы.

Проведена видеоторакоскопическая ревизия левой плевральной полости, адгезиолизис, биопсия плевры. При ревизии: в плевральной полости – мутный хилезный выпот в объеме около 200 мл. По всей поверхности верхней и нижней долей левого легко-

го – белесоватые сращения. По париетальной и висцеральной поверхностям плевры – мелкозернистые образования. Междолевая плевра утолщена. В заднем синусе – творожистое, инкапсулированное, покрытое фибрином плотноэластичное образование, которое было иссечено с помощью электрокоагуляции. Все взятые материалы отправлены на бактериологическое и цитологическое исследования. Из переднего синуса взяты биоптаты плевры (1×1 см) и отправлены на гистологическое исследование. Интраоперационный диагноз: «гидроторакс слева, плеврит неясного генеза».

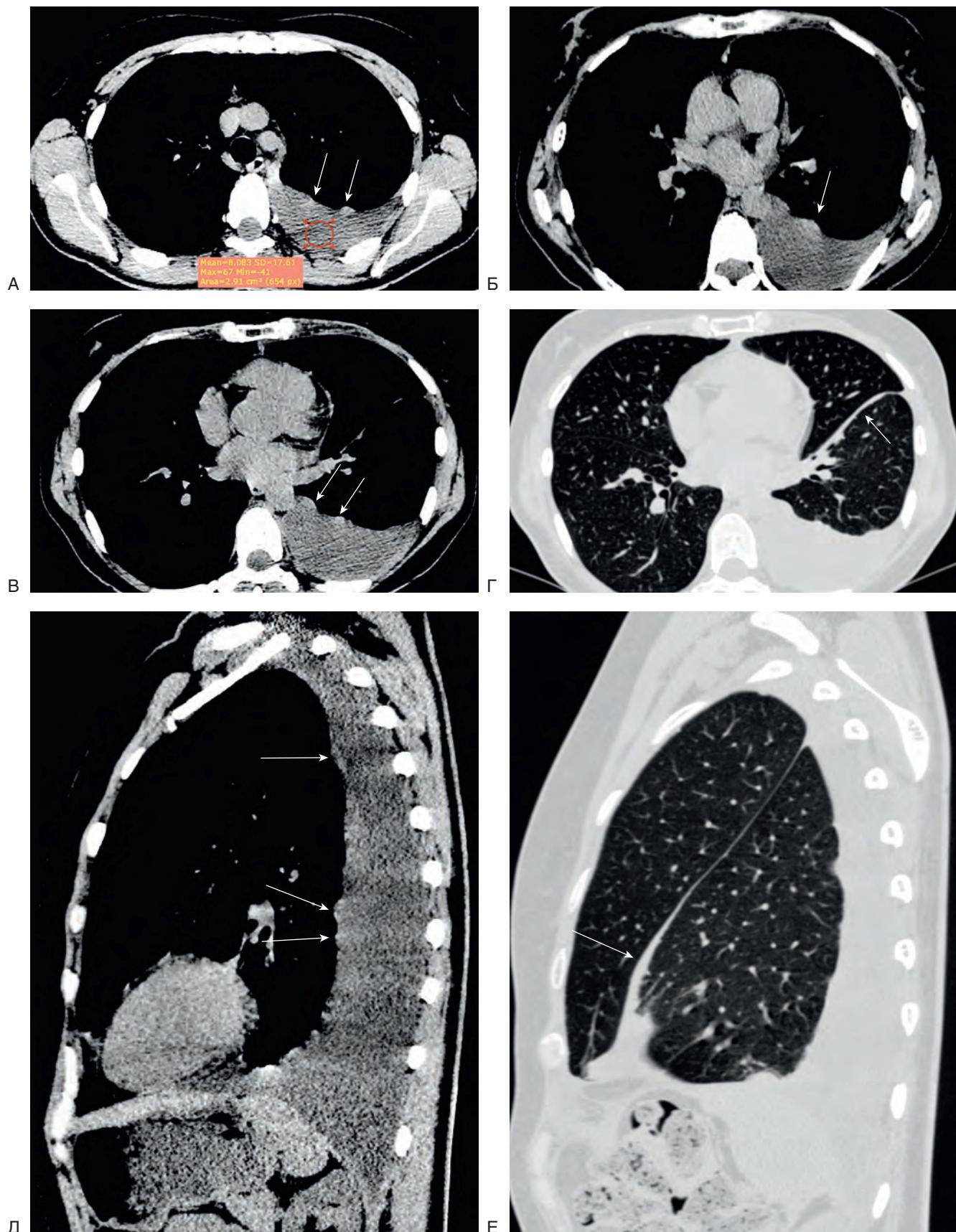
При гистологическом исследовании: фрагменты плевры с некрозами и очаговой мононуклеарной инфильтрацией в ее толще, специфические гранулемы из эпителиоидных клеток, лимфоцитов и гигантских многоядерных клеток Пирогова–Ланханса с участками казеозного некроза в центре. Мезотелий с очаговой пролиферацией. **Заключение: гистологическая картина туберкулезного плеврита.**

Послеоперационный период протекал гладко. В удовлетворительном состоянии пациентка выпущена под наблюдение хирурга и фтизиатра по месту жительства.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Представленное нами наблюдение, несомненно, имеет значительный клинический интерес, обусловленный сравнительной редкостью подобных случаев в крупных медицинских учреждениях неинфекционного профиля. Затруднения в корректном распознавании природы выявленных при КТ изменений в грудной клетке у нашей пациентки можно объяснить как отсутствием в ее анамнезе контактов с туберкулезными больными, так и недостаточным знакомством врачей-рентгенологов с проявлениями этого уже сравнительно редкого заболевания в крупных городах.

Как известно, по этиологии плевриты подразделяются на инфекционные (стафилококковые,



**Рис. 7.1.** Компьютерные томограммы пациентки К. 44 лет с туберкулезным плевритом. А–Г — аксиальная проекция: в левой плевральной полости — массивное количество свободной жидкости (с КТ-плотностью +8 HU) при наличии многочисленных узелковых утолщений на висцеральной плевре (А–В, Д — стрелки) с компрессионным ателектазом сегмента С6. Д, Е — сагиттальная проекция: отчетливо определяется неравномерно утолщенная междолевая плевра левого легкого (Е — стрелка), так же как и в аксиальной проекции (Г — стрелка)

пневмококковые, туберкулезные, вирусные, паразитарные и пр.) и неинфекционные (ревматоидные, карциноматозные, застойные и др.). Наиболее часто инфекционные плевриты наблюдаются при пневмониях различной этиологии и туберкулезе. Туберкулезный плеврит выявляется у 3–25% соответствующих пациентов [1, 6]. Выделяют два вида поражения плевры при туберкулезе: параспецифическое (аллергический плеврит) и специфическое (собственно туберкулез плевры) [6].

К наиболее частым симптомам этого патологического процесса относят кашель (~70%), как правило, непродуктивный, и боли в грудной клетке (~70%), обычно плевритические [3, 4]. У большинства таких пациентов отмечается лихорадка, но примерно в 15% случаев температура может быть нормальной. При большом объеме выпота наблюдается одышка. Менее выраженная клиническая симптоматика проявляется умеренными болями в грудной клетке с субфебрильной лихорадкой, непродуктивным кашлем, потерей веса и утомляемостью [4]. Плевральная пункция с аспирацией жидкости показана всем подобным больным с выпотом. В сложных случаях приоритет имеют эндоскопические методы (торакоскопия с биопсией плевры), при которых удается получить гораздо больше диагностической информации, чем только при аспирации [1]. Выпот микобактериальной этиологии всегда экссудативного характера, как правило, односторонний, на стороне поражения [2]. Анализ клеточного содержимого дает сведения о фазе и характере воспаления. Для

туберкулеза в плевральном содержимом характерен уровень pH >7,30, кроме того, отмечаются низкое содержание уровня глюкозы (<3,33 ммоль/л), высокое содержание белка (0,5 г/л) и аденоzindezамины (>40 МЕ/л) [1, 2]. При лечении симптомы и рентгенологические изменения у пациента постепенно стихают. Температура обычно нормализуется в течение 2 нед, но лихорадка может сохраняться до 2 мес. Плевральная жидкость со временем абсорбируется. Резидуальное утолщение плевры может возникать примерно у 50% пациентов спустя 6–12 мес от начала терапии [5].

## ЛИТЕРАТУРА

- Семенова О.В. Плевриты при туберкулезе легких // Лечебное дело. 2009. № 3. С. 4–8.
- Cohen L.A., Light R.W. Tuberculous Pleural Effusion // Turk Thorac. J. 2015. Vol. 16. N. 1. P. 1–9.
- Moudgil H., Sridhar G., Leitch A.G. Reactivation disease: the commonest forms of tuberculous pleural effusion in Edinburgh. 1980–1991 // Respir. Med. 1994. Vol. 88. P. 301–304.
- Yone E.W., Kenge A.P., Moifo B. et al. Prevalence and determinants of extrapulmonary TB involvement in patients with pulmonary tuberculosis in a Sub-Saharan African country: a cross-sectional study // Scand. J. Infect. Dis. 2013. Vol. 45. P. 104–111.
- Barbas C.S., Cukier A., de Varvalho C.R. et al. The relationship between pleural fluid findings and the development of pleural fluid thickening in patients with pleural tuberculosis // Chest. 1991. Vol. 100. P. 1264–1267.
- Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного плеврита. М., 2024.

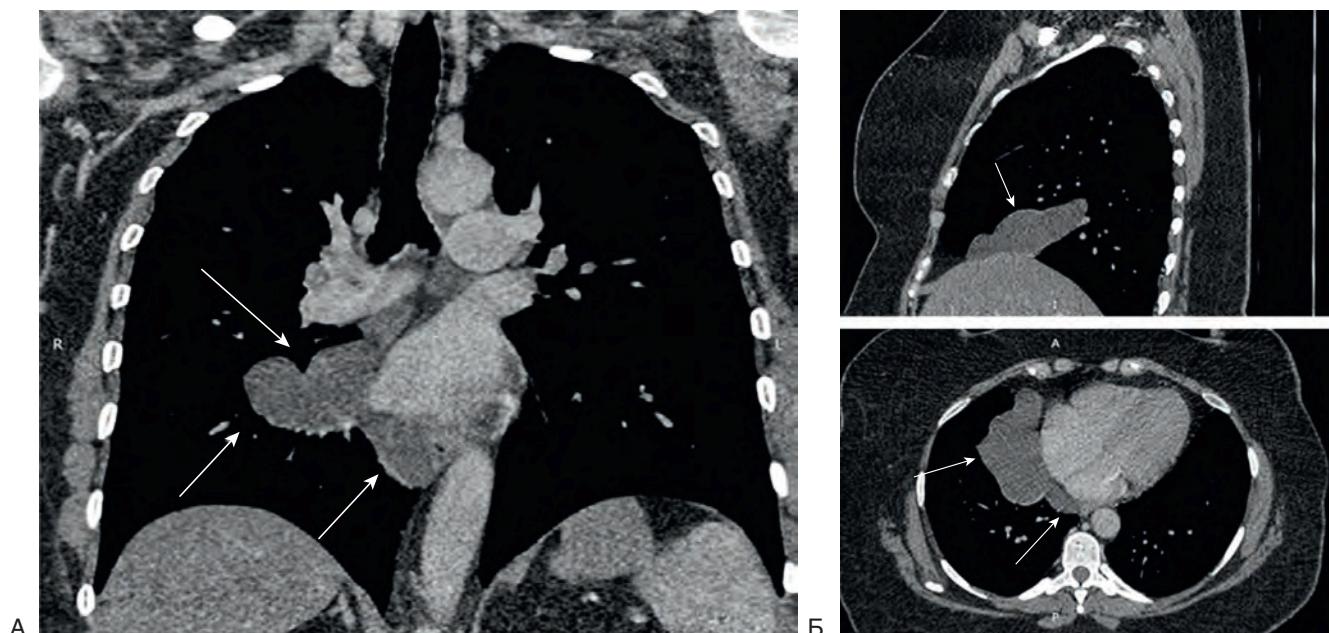
# Мезотелиальная киста средостения

Пациентка Т. 50 лет. При прохождении диспансеризации по месту жительства по данным КТ у нее была заподозрена опухоль заднего средостения, расположенная преимущественно справа. Каких-либо жалоб пациентка не предъявляла. Самостоятельно (в течение того же месяца) пациентка обратилась для дообследования и консультации в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина.

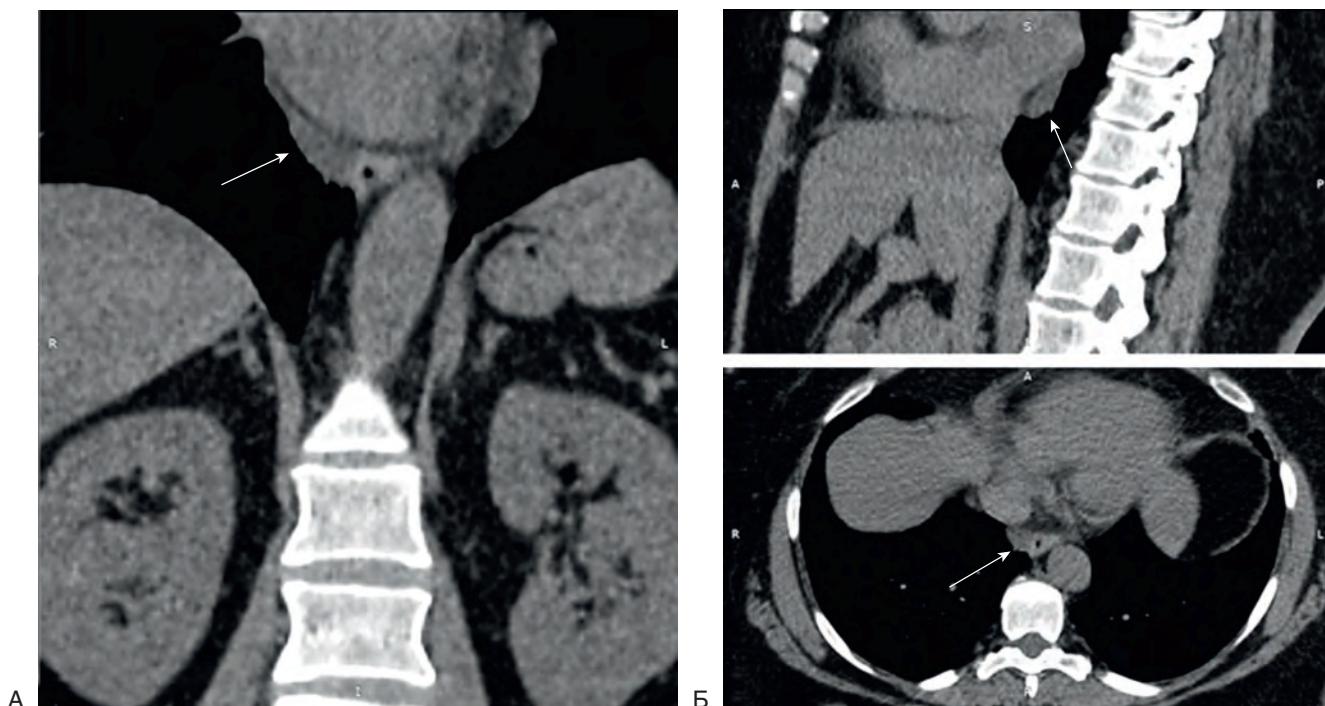
При поступлении в онкоцентр пациентка по-прежнему каких-либо значимых жалоб не предъявляла. Общий и биохимический анализ крови — без особенностей.

При контрольной КТ грудной клетки с внутривенным контрастированием было выявлено следующее: в правом кардиодиафрагмальном синусе, распространяясь под корнем легкого в заднее средостение, определялось кистозное образование

неправильной формы, с неоднородной внутренней структурой, преимущественно жидкостной КТ-плотности +4 HU, но с включением отдельных жировых фрагментов, без видимых признаков ее усиления (при внутривенном контрастировании). Наибольшие размеры образования в аксиальной проекции — 11,5×5,5 см (рис. 8.1). Данное образование широко прилежало к стенке правого предсердия от уровня впадения верхней полой вены (ВПВ) до уровня НПВ, оттесняло ткань легкого, смещая корень правого легкого кзади, тесно прилежало к левому предсердию между правыми легочными венами и распространялось в заднее средостение под нижней легочной веной. В заднем средостении фрагмент образования располагался между НПВ и правой стенкой пищевода. На дополнительно представленных результатах КТ-исследования грудной клетки,



**Рис. 8.1.** Компьютерные томограммы грудной клетки с внутривенным контрастированием пациентки Т. 50 лет с мезотелиальной кистой средостения (стрелки). А — фронтальная проекция, Б — сагиттальная и аксиальная проекции. Подробные пояснения в тексте



**Рис. 8.2.** Фрагменты представленного (выполненного 6 мес ранее) компьютерно-томографического исследования грудной клетки (без внутривенного контрастирования) той же пациентки Т. 50 лет с мезотелиальной кистой средостения. Подробно описанное выше кистовидное образование определялось уже и тогда, но было значительно меньших размеров (стрелки)

выполненного по месту жительства 6 мес назад, описанное выше кистозное образование определялось и ранее, но было значительно меньших размеров (**рис. 8.2**). **Заключение:** выявленное образование необходимо дифференцировать между кистой и лимпосаркомой (ЛС).

Для уточнения особенностей структуры данного образования в средостении была выполнена МРТ грудной клетки (**рис. 8.3**), согласно результатам которой сделано следующее **заключение:** кистозное образование средостения — дифференцировать между кистой (перикарда? энтерогенной?) и лимфангiomой (при аномальном расположении грудного лимфатического протока). Паразитарная природа образования маловероятна.

Учитывая полученные результаты, хорошее самочувствие пациентки и отсутствие у нее малейших жалоб, было рекомендовано динамическое наблюдение с последующей явкой в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина.

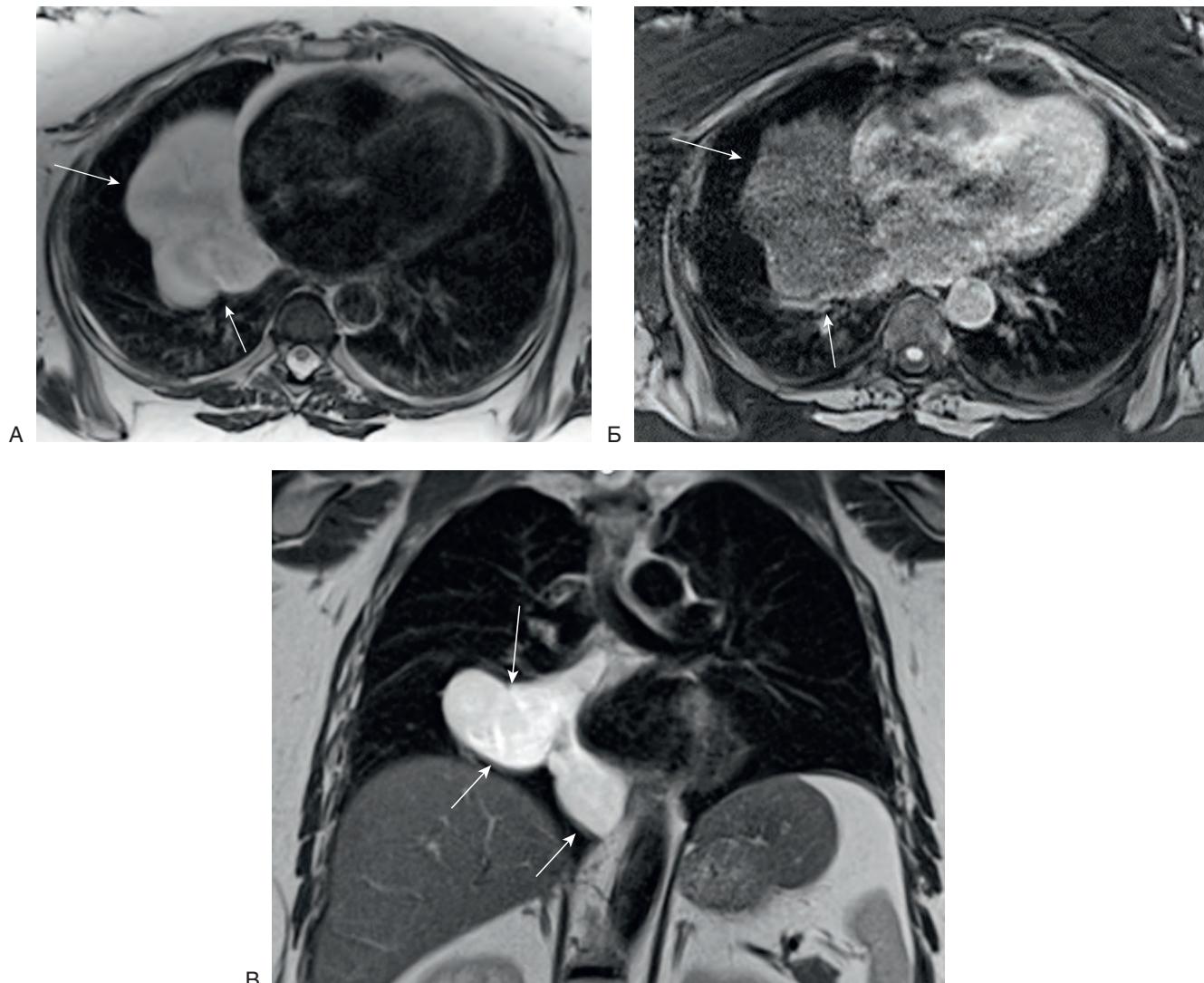
При контрольном КТ-исследовании грудной клетки через последующие 8 мес отмечено некоторое увеличение всех размеров данного образования, но за весь истекший период наблюдения (а именно за 14 мес) его увеличение было выраженным (сравнить **рис. 8.2** и **8.3**). Поэтому решено расширить объем уточняющих исследований в условиях стационара НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. В частности, проведена трансторакальная пункция, которая оказалась нерезультивной: полученный материал — без элементов опухоли. При последующем эндоУЗ-исследовании (УЗ — ультразвуко-

вой) — за стенкой пищевода определялось крупное кистозное образование анэхогенной структуры с четкими контурами размерами до 6 см в диаметре. От пункции было решено отказаться ввиду отсутствия в нем солидного компонента.

При обсуждении всех полученных данных на мультидисциплинарном консилиуме с учетом отчетливого роста выявленного образования принято решение о хирургическом вмешательстве. Было выполнено торакоскопическое удаление новообразования средостения вместе с регионарными лимфатическими узлами.

При морфологическом исследовании удаленного макропрепарата: *макроскопически* — в жировой клетчатке кистозное образование (уже вскрытое при операции) размером до  $8 \times 1,5 \times 0,5$  см с гладкими стенками. На одном из участков кисты ее стенка плотная, складчатая, серовато-розового цвета. *Микроскопически* стенки кисты представлены фиброзной тканью, на периферии — деформированная легочная паренхима. На большем протяжении внутренней поверхности стенки отсутствует выстилка, но на одном из участков стенка выстлана одним слоем кубических эпителиоидных клеток. Проведено дополнительное ИГХ-исследование с антителами к *calretinin*, *WT1*, *D2-40*, *HBME-1*. **Заключение:** морфологическая картина соответствует **мезотелиальной кисте**, вероятно, сформировавшейся в исходе плеврита.

Послеоперационный период гладкий, без особых особенностей. Пациентка была выписана под наблюдение хирурга по месту жительства.



**Рис. 8.3.** Магнитно-резонансные томограммы грудной клетки той же пациентки Т. 50 лет с мезотелиальной кистой средостения. А, Б — аксиальные проекции в Т2 и Т1, В — коронарная проекция в Т2. Крупное кистозное образование сложной формы с четкими волнистыми контурами и однородной внутренней структурой: гиперинтенсивной в Т2 (А и В — стрелки), гипоинтенсивной в Т1 (Б — стрелки). Более подробные пояснения в тексте

## ОБСУЖДЕНИЕ

Формальный диагноз кисты в данном случае был не слишком сложен, но корректно высказаться о ее генезе было затруднительно. Мы решили привести это наблюдение ввиду его редкости в нашей клинической практике.

Мезотелиальные кисты — это доброкачественные образования, возникающие из листков плевры, перикарда и брюшины, обычно выстланы одним слоем мезотелиальных клеток и заполнены жидкостным содержимым [1]. Кисты могут быть врожденными или приобретенными. Редко встречаются в грудной полости, обычно располагаются в переднем средостении, в правом кардиодиафрагмальном углу в 51–70% случаев и в 22–38% случаев в левом кардиодиафрагмальном углу [2].

Клиническая картина неспецифична, обычно они являются случайной находкой. Иногда они могут увеличиваться без каких-либо симптомов, а также вызывать одышку, плевральный выпот, боль в груди и ортопноэ [3].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Hanen S. et al. Unusual Location of Coelomic Cysts // J. Respir. Dis. 2018. Vol. 8. P. 33–37.
2. Feigin D.S. et al. Pericardial cysts: a radiologic-pathologic correlation and review // Radiology. 1977. 125. Vol. 1. P. 15–20.
3. Manabe T., Oka S., Ono K. Unusual giant multilocular mesothelial cyst of mediastinum // Surg. Case Rep. 2020. Vol. 6. P. 1–5.