

Наблюдения наших читателей

Наблюдение № 1

Больная Т., 45 лет. Жалобы на одышку при ходьбе, боли в области сердца, постоянный сухой кашель, колющие боли в груди при глубоком вдохе.

На прямой рентгенограмме и томограммах (рисунков) легочные поля прозрачны, патологических теней в них не определяется. Правый реберно-диафрагмальный синус зарашен. Сердце располагается в правой половине грудной клетки. Правая легочная вена аномально впадает в нижнюю полую вену (синдром “ятагана”).

Синдром “ятагана” (scimitar syndrome, гипогенетический легочный синдром, венолобарный синдром) получил свое название по аномальной легочной вене, вертикально идущей в правом ле-

гочном поле сверху вниз и медиально. Постепенно расширяясь, она впадает в нижнюю полую вену выше или ниже диафрагмы. Характерная форма этой вены имеет сходство с кривой турецкой саблей – ятаганом. Примерно у четверти пациентов с этим синдромом наблюдаются врожденные аномалии: гипоплазия правого легкого, дефекты перегородки сердца, дэкстрокardia, врожденные бронхоэктазы и дивертикулы трахеи, правосторонние грыжи Бохдалека. Сам по себе синдром “ятагана” без сопровождающих более тяжелых аномалий не должен рассматриваться как патологическое состояние, но при наличии достаточных клинических подозрений пациент должен быть обследован на наличие вышеуказанных аномалий.

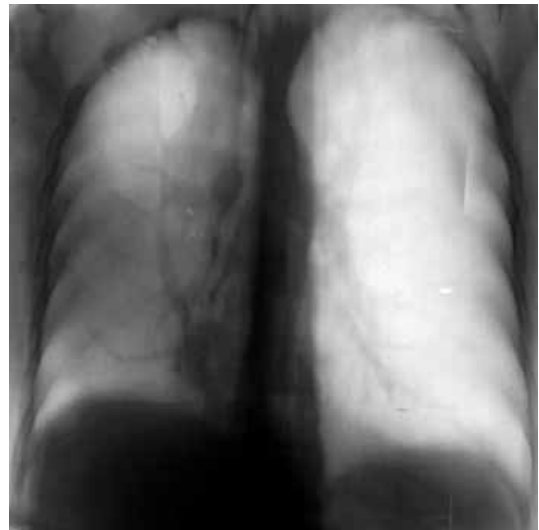
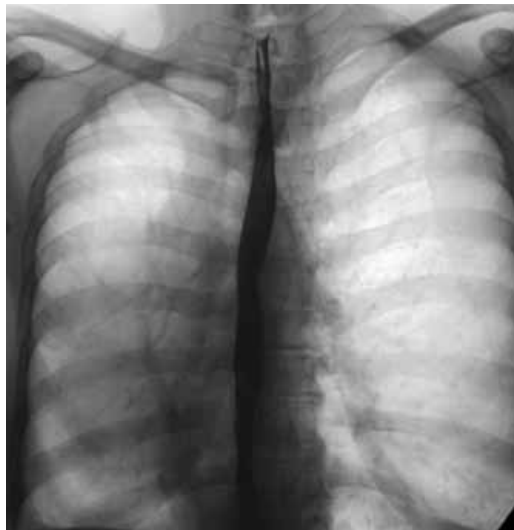


Рисунок.

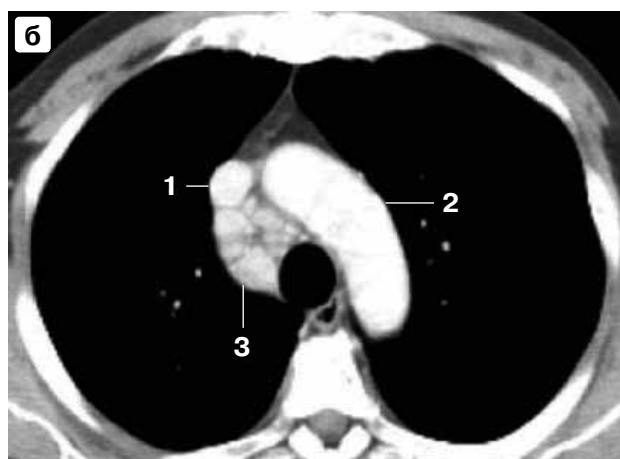
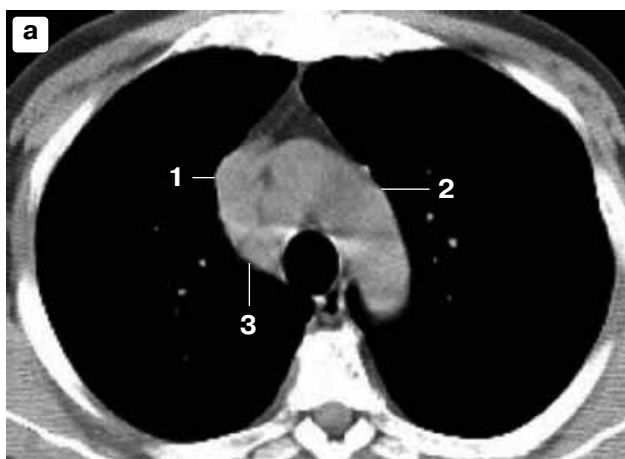
Наблюдение № 2

Больной Н., 62 года. Жалоб не предъявляет. Во время диспансеризации при профилактическом рентгеновском исследовании органов грудной клетки отмечено расширение тени средостения, преимущественно справа. Легкие без особенностей. Для выяснения характера патологического процесса в средостении назначена компьютерная томография.

Справа в ретрокавальном пространстве верхнего средостения определяется конгломерат увеличенных лимфатических узлов размерами до 2 см в диа-

метре с достаточно четкими контурами. На компьютерных томограммах с контрастным усилением (100 мл “Ультрависта-300” внутривенно со скоростью 2 мл/с) лимфатические узлы интенсивно и равномерно накапливают контрастное вещество.

На томограммах с контрастным усилением видно, что в артериальную фазу плотность накопления контрастного препарата увеличенными лимфатическими узлами соответствует плотности контраста в крупных сосудах (аорте). Этот признак патогномничен для болезни Кастельмана (гиалиново-сосу-



Компьютерные томограммы органов грудной клетки. а – нативное исследование, б – с контрастным усилением. 1 – верхняя полая вена, 2 – дуга аорты, 3 – группа увеличенных лимфатических узлов ретроаортального пространства.

дистый тип) и связан с пролиферацией капилляров в пределах пораженных лимфатических узлов. Диагностически существенно, что никакая другая лимфома, как и нормальные лимфатические узлы, не накапливает в такой степени контрастный препарат.

Других изменений со стороны органов грудной клетки не обнаружено. При исследовании органов брюшной полости увеличения лимфатических узлов нет. Органы брюшной полости и забрюшинного пространства без особенностей.

На протяжении пяти лет наблюдения за пациентом видимой динамики не отмечено.

Болезнь Кастельмана (ангиофолликулярная гиперплазия лимфатических узлов, ангиоматозный лимфоид, опухоль Кастельмана, гигантская доброкачественная лимфома, гамартома лимфатических сосудов, гигантская гиперплазия лимфатических узлов) – редкое опухолевидное заболевание, характеризующееся доброкачественным течением и проявляющееся гиперплазией одного или множества лимфатических узлов в грудной клетке, желудке или на шее. Точная причина заболевания неизвестна, хотя некоторые исследователи связывают развитие болезни с повышением выработки лимфатической тканью интерлейкина-6.

Болезнь может проявляться в локализованной или распространенной форме. Локализованная форма наиболее часто поражает средостение (70%), однако могут вовлекаться в патологический процесс и другие органы, например поджелудочная железа, надпочечники, забрюшинное пространство, брыжейка, брюшная полость, таз. Расширение среднего или заднего средостения за счет мягкотканного образования (аденопатия), выявленное при рентгенографии грудной клетки, в большинстве случаев является случайной находкой. Клинические симптомы заболевания отсутствуют или неспецифичны и

связаны с размером и локализацией опухоли. Больные могут жаловаться на сухой кашель, дисфонию, рецидивирующие инфекции, вызванные компрессией дыхательных путей. Обычно болезнь характеризуется медленно прогрессирующим течением. Гистологически определяется обширная пролиферация капилляров в пределах пораженных лимфатических узлов и лимфоцитарная инфильтрация. Лечение хирургическое, и при выполнении субтотальной резекции прогноз благоприятный.

Реже встречаемый тип – распространенный – характеризуется мультицентричной лимфаденопатией, гепатоспленомегалией. Интенсивная капиллярная пролиферация, наблюдаемая при гиалиново-сосудистом типе заболевания, в данном варианте отсутствует.

При гиалиново-сосудистом типе болезни Кастельмана на рентгенограммах грудной клетки типично обнаружение четко очерченных дополнительных образований с гладкими или дольчатыми контурами в пределах средостения. Компьютерная томография без контрастного усиления выявляет объемное образование средостения, обычно однородное по плотности, хотя могут наблюдаться и гетерогенные включения. После введения контрастного препарата образование значительно увеличивает свою плотность, причем накопление происходит равномерно и соизмеримо с плотностью контрастированных сосудов (например, аорты). Повреждение обычно охватывает правую либо левую половину средостения или лежит над верхушками легких. Границы опухоли могут быть нечетко очерчены, и она может тесно прилегать к соседним органам. Обызвествления нетипичны (5–10%).

Наблюдение предоставлено
А.Л. Юдиным и Ю.А. Абович