

## Первичная мезотелиома брюшины (клиническое наблюдение)

*И.А. Соколова, \*Т.Л. Лемина, М.А. Ашитко,  
А.Е. Леонович, \*М.В. Маевская, А.И. Шехтер*

*Отдел и кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии*

*\* Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии  
им. В.Х. Василенко Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова*

Мезотелиома – первичная опухоль из клеток мезотелиального происхождения, входящих в состав серозных оболочек. В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями злокачественная мезотелиома составляет 0,16%, а смертность – около 0,38% смертности от всех злокачественных новообразований [1, 2].

В 1908 г. Miller и Wynn впервые описали “...злокачественную опухоль, исходящую из эндотелия брюшины и продуцирующую мукоидную асцитическую жидкость”. Мезотелиома брюшины составляет примерно 1/5 всех мезотелиом; частота – 1–2 случая на 1000000 человек [2, 3, 4, 5]. Заболевают преимущественно люди старше 40 лет, большей частью мужчины. Основным этиологическим фактором возникновения и развития злокачественных мезотелиом является контакт с асбестом [1, 3, 6].

По характеру роста мезотелиомы делятся на диффузные и локализованные. Диффузные – характеризуются злокачественным течением и составляют до 75% всех наблюдений [1, 4].

В брюшной полости мезотелиома поражает преимущественно сальник и имеет форму нерезко ограниченного узла или нескольких сливающихся узлов. В толще инфильтратов и узлов располагаются полости, заполненные серозным, кровянистым или слизистым содержанием [1, 7, 8, 9].

Мезотелиома имеет тенденцию к быстрой диссеминации по лимфатическим сосудам серозной оболочки. Возможны также контактные, имплантационные метастазы, метастазы в регионарных лимфатических узлах. Отдаленные метастазы обнаруживаются в легких, головном мозге, печени и даже в костном мозге [1, 4].

Выделяют 3 гистологические формы мезотелиомы: фиброзная, эпителиальная (мезотелиальная) и смешанная [1, 7, 9, 10].

Злокачественная мезотелиома характеризуется, как правило, прогрессирующим течением – средняя продолжительность жизни больных с поражением брюшины составляет около года [3, 8]. При небольшом размере опухоли течение, как правило, бессимптомное. При увеличении опухолевой массы появляются симптомы, зависящие от степени инвазии в прилежащие структуры и/или от количества продуцируемой жидкости.

Пациенты обычно приходят с жалобами на асцит, локальные боли в животе, признаки частичной кишечной непроходимости. Отсюда врач-рентгенолог, как правило, первый и основной диагност этих новообразований.

### **Приводим клиническое наблюдение больного с первичной мезотелиомой брюшины**

Пациент З., 47 лет, поступил с жалобами на слабость, быструю утомляемость, отсутствие аппетита, дискомфорт в правом подреберье, увеличение живота в объеме, а также похудание на 15 кг за 4 мес. Считает себя больным около года, когда появились и стали нарастать вышеуказанные симптомы болезни. С подозрением на цирроз печени поступил в Клинику пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Видимые слизистые бледные, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Над поверхностью легких – дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. Частота дыхания – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ослаблены, ЧСС – 84 в мин. АД 115/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот увеличен в объеме, асцит. В эпигастрии слева пальпируется плотное болезненное образование

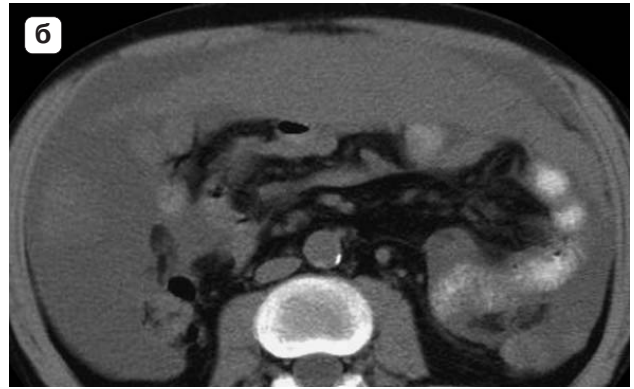
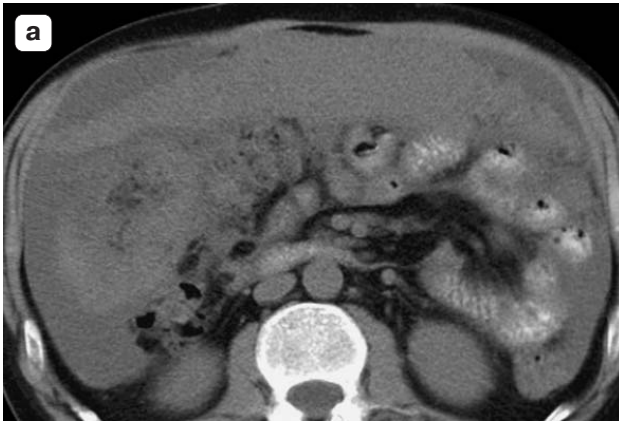


Рис. 1.

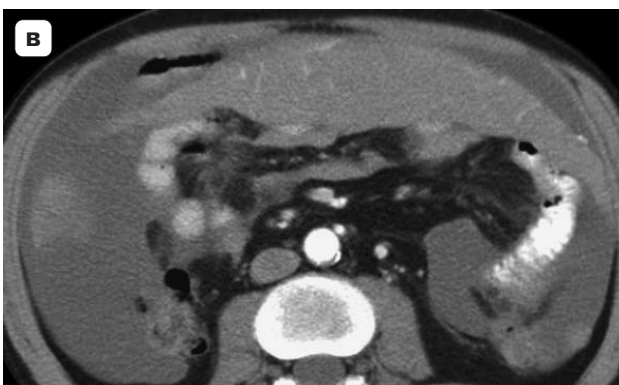
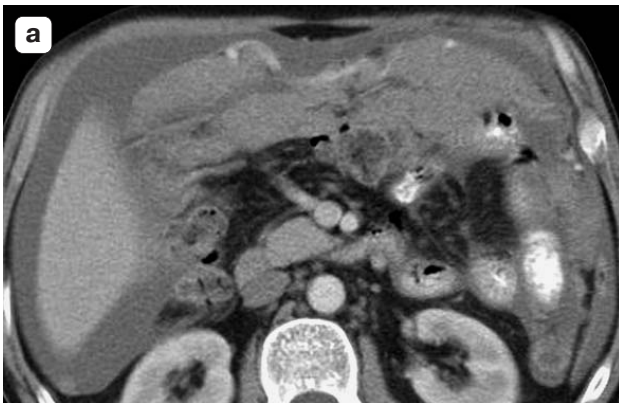


Рис. 2.

без четких контуров. Печень не увеличена. Селезенка, почки не пальпируются.

В клиническом анализе крови отмечена нормохромная анемия (Hb – 107,9 г/л, эритроциты  $3,95 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,81); моноцитоз (12%); тромбоцитоз ( $757,2 \times 10^9$ /л); ускорение СОЭ (60 мм/ч). Биохимические показатели крови – в пределах нормы.

При ЭГДС выявили недостаточность кардии, гастродуоденит с атрофией слизистой. При колоноскопии обнаружено сужение части кишки вследствие вдавления извне в области перехода нисходящей кишки в сигмовидную.

При ультразвуковом исследовании и спиральной компьютерной томографии (СКТ) брюшной полости (с внутривенным болюсным введением 100 мл омнипака) в правой плевральной полости, в брюшной полости – вокруг печени, селезенки, в межпечельных пространствах, в нижнем кармане малого сальника – обнаружили умеренное количество жидкости (рис. 1, 2).

На листках брюшины, формирующих большой сальник, и окружающих его связках, выявили массивное мягкотканное гомогенное образование размерами  $25 \times 7 \times 10$  см, выполняющее весь объем сальника (симптом “сальникового пирога”) (см. рис. 1).

В артериальную фазу исследования в структуре образования визуализировались извитые сосуды (см. рис. 2). Градиент контрастирования патологического образования составил около 25 ед.Н.

Вдоль листков брюшины обнаружены мелкие узловатые образования той же структуры (см. рис. 2). Очаговые образования в структуре паренхиматозных органов не были выявлены. Увеличения абдоминальных и забрюшинных лимфоузлов не отмечено. По результатам КТ-

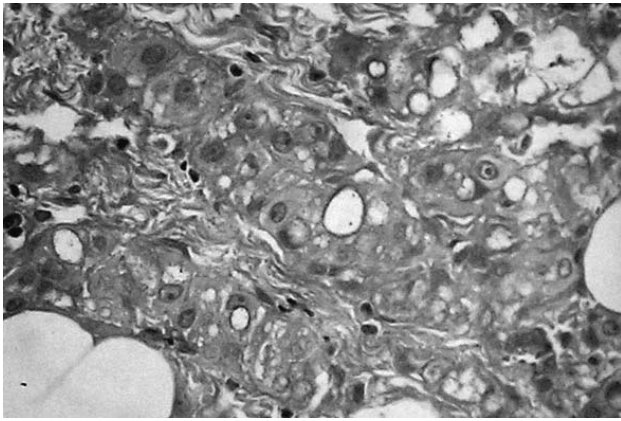


Рис. 3.

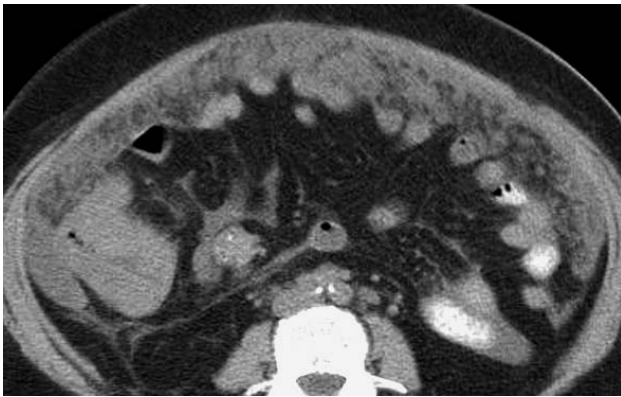


Рис. 4.

исследования было высказано предположение об опухолевом поражении большого сальника, карциноматозе брюшины.

В онкологическом стационаре пациенту выполнили лапароскопическую биопсию, материал взят из большого сальника. При гистологическом исследовании выявлены зоны скопления атипичных мезотелиальных клеток с формированием тубулопапиллярных псевдожелезистых структур. Окончательное заключение: злокачественная мезотелиома брюшины, эпителиальная форма (рис. 3).

По данным литературы и собственным клиническим наблюдениям [2, 9], в отличие от первичной мезотелиомы внутрибрюшинные метастазы при КТ проявляются диффузным утолщением париетального листка брюшины, канцероматозом сальника и/или асцитом. Утолщение листков брюшины является след-

ствием высыпания на ее поверхности мелких опухолевых узелков. На компьютерных томограммах визуализируется только выраженная степень поражения брюшины, когда ее толщина достигает 2–3 мм. При этом внутренняя поверхность париетальной брюшины становится бахромчатой и к ней нередко подпадают прилежащая стенка желудка, печень, большой сальник, ободочная кишка. Канцероматоз сальника в КТ-изображении характеризуется появлением в его жировой структуре диффузно расположенных хлопьевидных очагов, диаметр которых составляет 5–15 мм. При этом увеличивается объем сальника (рис. 4).

Таким образом, лучевые методы исследования (УЗИ и КТ) позволили не только выявить первичную мезотелиому брюшины, но и дифференцировать ее с метастатическим процессом.

### Список литературы

1. Бычков М.Б., Шамилов А.К., Иванова Ф.Г., Горбунова В.А. Мезотелиома плевры и брюшины // Российский онкологический журнал. 1997. № 4, С. 48–51.
2. Raptopoulos V., Gourtsoyiannis N. Peritoneal carcinomatosis // Eur. Radiol. 2001. V. 11. N 11. P. 2195–2206.
3. Sugarbaker P.H., Acherman Y.I., Gonzalez-Moreno S. et al. Diagnosis and treatment of peritoneal mesothelioma: The Washington Cancer Institute experience // Semin. Oncol. 2002. V. 29. N 1. P. 51–61.
4. Krismann M., Muller K.M. Malignant mesothelioma of the pleura, pericardium and peritoneum: etiology, pathogenesis, pathology // Chirurg. 2000. V. 71. N 8. P. 877–886.
5. Daskalogiannaki M., Prassopoulos P., Raissaki M. et al. Malignant peritoneal mesothelioma presenting with respiratory symptoms. // Eur. Radiol. 2000. V. 10. N 5. P. 814–816.
6. Dodson R.F., O'Sullivan M.F., Huang J. et al. Asbestos in extrapulmonary sites: omentum and mesentery // Chest. 2000. V. 117. N 2. P. 486–493.
7. Лухачев Ю.П., Балдин Д.Г., Зайцева Н.К. и др. О мезотелии и злокачественной мезотелиоме перикарда // Арх. пат. 1999. № 2. С. 11–15.
8. Pickhardt P.J., Bhalla S. Primary neoplasms of peritoneal and sub-peritoneal origin: CT findings // RadioGraphics. 2005. V. 25. N 4. P. 983–995.
9. Baker P.M., Clement P.B., Young R.H. Malignant peritoneal mesothelioma in women: a study of 75 cases with emphasis on their morphologic spectrum and differential diagnosis // Am. J. Clin. Pathol. 2005. V. 123. N 5. P. 724–737.
10. Kerrigan S.A., Turnnir R.T., Clement P.B. et al. Diffuse malignant epithelial mesotheliomas of the peritoneum in women: a clinicopathologic study of 25 patients // Cancer. 2002. V. 94. N 2. P. 378–385.