

Клинико-рентгенологические наблюдения

И.А. Осиповская, Н.М. Агапова, Т.А. Обухова

Госпиталь ветеранов войны № 3 Департамента здравоохранения г. Москвы

Фиброзирующий альвеолит

В последние годы большое внимание уделяется фиброзирующему альвеолиту – заболеванию, которое до сих пор не имеет утвердившегося названия и этиология которого до сих пор неизвестна.

Фиброзирующий альвеолит характеризуется воспалением и фиброзом легочного интерстиция и воздухоносных пространств, деформацией структурно-функциональных единиц паренхимы, что приводит к нарушению газообмена, прогрессирующей дыхательной недостаточности и гибели больного.

Данное наблюдение интересно тем, что мы могли в течение нескольких лет проследить, как развивалось это заболевание.

Больной, 1927 г. р., поступил в наш госпиталь по поводу пневмонии в нижней доле правого легкого (рис. 1).

Была проведена адекватная антибиотикотерапия, в результате которой отмечалась положительная динамика.

На рентгенограмме от 25.05.2001 г. отмечаются умеренная деформация легочного рисунка, в основном, в прикорневых зонах и менее выраженная – в средних и нижних латеральных отделах по пневмосклеротическому типу. Структура корней легких фиброзно уплотнена. Отмечается незначительное смещение сердечной тени влево как результат левостороннего сколиоза (рис. 2).

Через 4 года больной снова поступил в ГВВ № 3 с двухсторонней пневмонией.

После проведенной терапии отмечена положительная динамика.

На рентгенограмме – идентичная картина, выражающаяся в умеренной деформации легочного рисунка преимущественно в нижних и средних отделах легких.

Через 1,5 года, в 2005 г., мы видим резкие изменения в обоих легких, выражающиеся

в деформации легочного рисунка по мелкосетчатому типу с участками просветлений и затемнений, с наличием выраженных линейных теней, с умеренной гиповентиляцией преимущественно в нижних и средних отделах, с распространением этих изменений на периферию (рис. 3).

Клинически в это время выставлялся диагноз: ХОБЛ, пневмосклероз, хронический бронхит, эмфизема легких.

В конце 2006 г. состояние больного резко ухудшилось, выросла легочно-сердечная недостаточность, одышка. С этими жалобами больной был госпитализирован в ГКБ № 81, где на основании проведенного обследования и анализа рентгенограмм в динамике с 2001 г. было высказано предположение о наличии фиброзирующего альвеолита и начата стероидная терапия.

В январе 2007 г. больной вновь поступил в наш госпиталь. На произведенных рентгенограммах и при анализе рентгенограмм в динамике в обоих легких отмечается резкое нарастание изменений легочного рисунка по мелкосетчатому типу с наличием мелкоочаговых участков уплотнений и просветлений легочной ткани и линейной тяжести. Следует отметить, что нарастание изменений идет как бы снизу вверх при относительной интактности корней, состояние которых на всем протяжении с 2001 г. остается практически стабильным (рис. 4).

При КТ-исследовании отмечаются ретикулярные изменения в базальных отделах по типу матового стекла, более грубая тяжесть, округлые кистовидные просветления, что формирует так называемое сотовое легкое. Патогномичными являются поражение базальных и субплевральных отделов (рис. 5–10).

Паттерн “сотовое легкое” соответствует прогрессированию фиброза соединительной

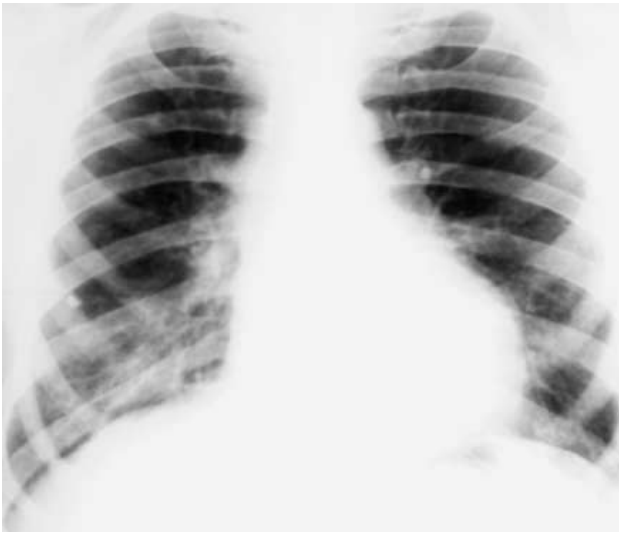


Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.

ткани, а паттерн матового стекла – клеточной инфильтрации (является прогностически лучшим, поддается стероидной терапии).

“Золотым стандартом” диагностики при фиброзирующем альвеолите является хирургическая биопсия, но при этом невероятно высока летальность. (Через 30 дней погибает до 22% больных.)

Клинически фиброзирующий альвеолит выражается надсадным кашлем при отсутствии кровохарканья, миалгиями, артралгиями. Определяется синдром “баранных палочек”, при аускультации – крепитация по типу “треска целлофана”.

Прогноз неблагоприятный. Выживаемость – 5–7 лет.



Puc. 5.



Puc. 6.



Puc. 7.



Puc. 8.



Puc. 9.



Puc. 10.

Злокачественная гемангиоперицитома толстой кишки

Гемангиоперицитома — неэпителиальная опухоль кровеносных и лимфатических сосудов, образованная множеством капилляров, окруженных веретенообразными и круглыми клетками — перицитами. Зрелые формы являются доброкачественными образованиями, незрелые — злокачественными.

Мы представляем случай первично-множественной злокачественной гемангиоперицитомы желудочно-кишечного тракта.

Больная К., 87 лет, поступила в ГВВ № 3 с жалобами на боли в нижних и средних отделах живота перед дефекацией, вздутие, урчание в животе, уменьшающиеся после дефекации, многолетние запоры, ухудшение состояния в последние несколько месяцев. Принимала спазмолитики, ферменты, слабительные — без эффекта. Раньше стационарно не обследовалась и не лечилась. Госпитализирована в плановом порядке для обследования и лечения.

Из перенесенных заболеваний отмечает МКБ, хронический пиелонефрит, хронический бронхит.

В объективном статусе — состояние в пределах возрастных изменений. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой и левой подвздошных областях, в мезогастррии. Толстая кишка сегментарно спазмирована, болезненна при глубокой пальпации в проекции сигмовидной и слепой кишки. Печень увеличена, край плотно-эластический, ровный, безболезненный.

В анализах крови и мочи — без существенных изменений.

С предварительным диагнозом: хронический колит, дивертикулярная болезнь? полипы? толстой кишки, больная была направлена на ирригоскопию.

При проведении рентгенологического исследования толстой кишки, связанного с большими техническими трудностями из-за возраста больной (практически не удерживала контрастную клизму), в толстой кишке были выявлены две локализации опухоли.

В поперечно-ободочной кишке, примерно в средней трети, — циркулярный “дефект наполнения” протяженностью около 7 см, частично инвагинирующий в стенку кишки, суживающий просвет кишки на две трети и вызывающий кратковременную задержку прохожде-

ния бариевой взвеси, с крупнобугристыми контурами, патологическим рельефом, ригидными на его уровне стенками (рис. 1). Второй подобный “дефект наполнения”, но полуциркулярный протяженностью около 2,5 см был выявлен в проксимальном отделе сигмовидной кишки. Прохождения бариевой взвеси не нарушал; стенки в зоне его тоже представлялись ригидными. Однако картина патологического рельефа в процессе исследования несколько менялась, что заставило предположить достаточно эластичное образование.

Выше описанного “дефекта наполнения” в поперечно-ободочной кишке определялись каловые массы, затрудняющие детальный осмотр, однако грубой патологии не выявлено. В левой половине толстой кишки выявлены множественные дивертикулы до 0,5 см диаметром (рис. 2). Опорожнение кишки — свободное. Рельеф слизистой на остальном протяжении, кроме зон изменений, имеет обычный вид.

Рентгенологическое заключение: первично-множественное злокачественное опухолевое поражение толстой кишки. Для уточнения природы опухоли (возможно? неэпителиальной природы?) рекомендована колоноскопия с биопсией.

Однако в связи с нарастающей кишечной непроходимостью дообследование больной не проводилось, было выполнено срочное хирургическое вмешательство.

Диагноз до операции: первично-множественный рак толстой кишки, рецидивирующая кишечная непроходимость.

На операции (срединная лапаротомия в мезогастррии) в брюшной полости асцитическая жидкость — прозрачная, соломенного цвета. В дистальном отделе желудка с переходом на пилорoduоденальную зону — бугристая, плотная, хрящевидной консистенции опухоль экзофитного роста, практически перекрывающая просвет. В поперечно-ободочной кишке — аналогичная опухоль размером до 15 см с obturацией просвета, в сигмовидной кишке — аналогичная опухоль размером до 10 см. Кроме того, в проксимальной части подвздошной кишки в 2 местах на расстоянии 15 см друг от друга — подобные опухоли. Таким образом, имеет место множественное поражение опухолью желудка, двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишки. Операционный биопсионный материал из опухоли тонкой кишки — злокачественная неэпителиальная опухоль.

По витальным показаниям для разрешения кишечной непроходимости было сформировано 4 межкишечных анастомоза, выполнена паллиативная резекция поперечно-ободочной кишки вместе с опухолью.

При гистологическом исследовании: опухоль имеет строение злокачественной гемангиоперицитомы.

Послеоперационный период протекал гладко, больная была выписана из стационара в относительно удовлетворительном состоянии.

Случай интересен тем, что неэпителиальная опухоль двойной локализации имеет сходную рентгенологическую картину с часто встречающейся в толстой кишке аденокарциномой. Однако имеются и некоторые отличия (протяженность, достаточно ровные и “гладкие” контуры, отсутствие нарушения эвакуации бариевой взвеси), позволяющие заподозрить при исследовании неэпителиальную опухоль. Окончательный ответ может дать только гистологическое исследование.



Рис. 1.



Рис. 2.