

Блашкова Юлия Валерьевна, студент; тел.: 89173942869; e-mail: blashkova.j@gmail.com

Ванченко Нелли Борисовна, ассистент кафедры терапевтической стоматологии; тел.: 89097581000; e-mail: nell2626@mail.ru

Абдулахова Джамиля Арсеновна, ассистент; тел.: 89283203073; e-mail: Kdjamka73@mail.ru

Хачатурян Эмилия Эдуардовна, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры; тел.: 89064707001; e-mail: emilia@mail.ru

© Коллектив авторов, 2020

УДК 616-06

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15032>

ISSN 2073-8137

РЕДКОЕ ЭКСТРАНОДАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПРИ НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМЕ

Л. И. Дворецкий¹, Н. В. Дубровская¹, Г. О. Зайратянц²,
А. А. Аязова³, А. П. Степанченко², Д. А. Быков²

¹ Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), Российская Федерация

² Городская клиническая больница им. С. С. Юдина, Москва, Российская Федерация

³ Московская городская онкологическая больница № 62, Российская Федерация

RARE EXTRANODAL LOCATION OF NON-HODGKIN LYMPHOMA

Dvoretzky L. I.¹, Dubrovskaya N. V.¹, Zayratyants G. O.²,
Ayazova A. A.³, Stepanchenko A. P.², Bykov D. A.²

¹ I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University),
Russian Federation

² S. S. Yudin City Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation

³ Moscow City Oncological Hospital № 62, Russian Federation

Описана больная неходжкинской лимфомой с редким экстранодальным поражением матки, верифицированным морфологически и иммуногистохимически. Приводятся данные о трудностях трактовки первичного и вторичного характера экстранодальных неходжкинских лимфом.

Ключевые слова: неходжкинские лимфомы, экстранодальные лимфомы, лимфома матки

A patient with non-Hodgkin's lymphoma with a rare of extranodal uterine localization, verified morphologically and immunophenotypically, is described. Data on the difficulties of interpreting the primary and secondary nature of extranodal non-Hodgkin lymphomas are presented.

Keywords: non-Hodgkin lymphomas, extranodal lymphomas, uterine lymphoma

Для цитирования: Дворецкий Л. И., Дубровская Н. В., Зайратянц Г. О., Аязова А. А., Степанченко А. П., Быков Д. А. РЕДКОЕ ЭКСТРАНОДАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПРИ НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМЕ. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2020;15(1):127-129. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15032>

For citation: Dvoretzky L. I., Dubrovskaya N. V., Zayratyants G. O., Ayazova A. A., Stepanchenko A. P., Bykov D. A. RARE EXTRANODAL LOCATION OF NON-HODGKIN LYMPHOMA. *Medical News of North Caucasus*. 2020;15(1):127-129. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15032> (In Russ.)

КТ – компьютерная томография

НХЛ – неходжкинская лимфома

НХЛМ – неходжкинская лимфома матки

Неходжкинские лимфомы (НХЛ) представляют собой гетерогенную группу лимфом с различными морфологическими вариантами, особенностями течения и прогноза заболевания. В зависимости от первичной локализации различают нодальные (лимфатические узлы) и экстранодальные (различные органы и ткани) НХЛ. Частота экстранодального поражения (кожа, желудок, кишечник и др.) составляет 25–35 % всех

случаев НХЛ [1]. Среди экстранодальных НХЛ наиболее редкой локализацией является матка, частота поражения которой составляет менее 1 % всех экстранодальных НХЛ [2]. Диагностика НХЛ матки (НХЛМ) представляет известные трудности в связи с редкостью данной локализации, неспецифичностью клинической симптоматики, отсутствием специфических признаков при УЗИ и КТ. Особые диагностические проблемы возника-

ют в случаях первичной локализации опухолевого процесса в матке при отсутствии распространения за пределы первичного очага и поражения лимфоузлов. Мы наблюдали больную с НХЛМ.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная З., 85 лет, поступила в терапевтическое отделение ГKB им. С. С. Юдина 20.03.19 с направительным диагнозом внебольничной пневмонии. Жалобы при поступлении: кашель со светлой мокротой, общая слабость, головокружение, повышение температуры тела до 37,8 °С. Сбор анамнеза был затруднен в связи с когнитивными нарушениями. Со слов родственницы, ранее перенесла острое нарушение мозгового кровообращения с частичным восстановлением. В 2016 году находилась в Крымской районной больнице, где, по данным выписки, диагностирован постинфарктный кардиосклероз. С конца февраля 2019 года стали нарастать отеки нижних конечностей, уменьшившиеся на фоне приема диуретиков (фуросемид, гипотиазид, верошпирон). В течение последних двух недель отмечалась сонливость, перестала ходить, повысилась температура тела до 38 °С, устойчивая к приему антибиотиков (азитромицин). Госпитализирована по скорой помощи.

Об-но: состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение пассивное. Кожные покровы обычного цвета, теплые. Подкожно-жировая клетчатка развита нормально. Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Температура тела 37,8 °С. ЧД 19/мин. Перкуторно легочный звук, одинаковый с обеих сторон. Аускультативно жесткое дыхание, сухие хрипы в нижних отделах слева. Тоны сердца приглушены, аритмичны, шумов не выслушивается. ЧСС 92/мин АД 130/80 мм рт. ст. Пульс на периферических артериях удовлетворительного наполнения. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный во всех отделах. Перистальтика сохранена. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови: Нв 114 г/л, эр. $3,9 \times 10^{12}/л$, л. $10,8 \times 10^9/л$, э.-1, п.-3, с.-80, л.-8, м.-8. Биохимическое исследование крови: глюкоза 6,19 ммоль/л, общий белок 63 г/л, мочевины 15,4 ммоль/л, креатинин 89,3 мкмоль/л, билирубин общий 4,8 мкмоль/л, АСТ 59 МЕ/л, АЛТ 48,7 МЕ/л. По данным рентгенографии грудной клетки в приемном отделении выявлена инфильтрация в S9 и S10 нижней доли правого легкого на фоне диффузного пневмосклероза. Диагностирована внебольничная правосторонняя пневмония в нижней доле. Начата антибактериальная терапия Новоклавом 1000 мг+200 мг 3 раза в сутки. При УЗИ органов брюшной полости, назначенном в связи с болезненностью живота при пальпации, выявлена дилатация чашечно-лоханочной системы и мочеточника слева, наличие образования с ровными контурами неправильной формы справа от мочевого пузыря. С учетом данных УЗИ выполнена КТ органов брюшной полости и малого таза с болюсным контрастированием: резкое увеличение размеров матки, выраженная лимфаденопатия брюшной полости, правых паховых, заирательных, наддиафрагмальных медиастинальных лимфоузлов, парааортальный конгломерат лимфоузлов, образование правого надпочечника, умеренная каликопиелозктазия (рис. 1). Через двое суток наступила смерть.

Клинический д-з: Церебро-васкулярная болезнь. Последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Фон: гипертоническая болезнь 3 стадии 4 степени. Конкурирующий д-з: Невеифицированная опухоль матки T2N1M0 с метастатическим поражением лимфоузлов.

Патологоанатомический диагноз: Неходжкинская лимфома (после гистологического исследования) с поражением забрюшинных, внутригрудных, пара-

аортальных, медиастинальных, паховых лимфоузлов, тела матки, маточных труб, яичников, правого надпочечника (рис. 2). При иммуногистохимическом исследовании в опухолевых клетках обнаружена экспрессия: CD20, Bcl2, Bcl6, MUM1 (рис. 3). При этом отсутствует экспрессия: CD3, CD10, Cyclin D1. Индекс мечения Ki67 около 50 %. Морфологическая картина и иммунофенотип опухолевого инфильтрата в теле матки соответствуют диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфоме, негерминального происхождения (негерминальный тип по Хансу).

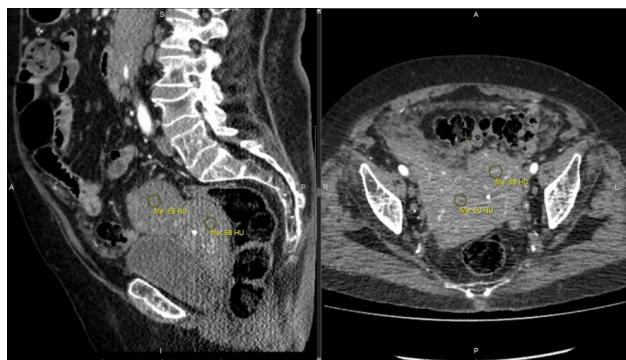


Рис. 1. КТ органов брюшной полости и малого таза с болюсным контрастированием. Матка резко увеличена в размерах 142x102x72 мм, структура ее неоднородна.

Яичники убедительно не визуализируются.

Увеличение единичных заирательных лимфоузлов справа до 11 мм, паховых до 14 мм

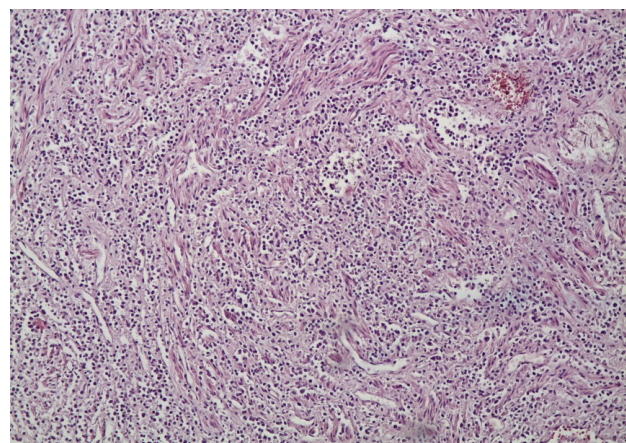


Рис. 2. Матка, окраска гематоксилином и эозином, x100

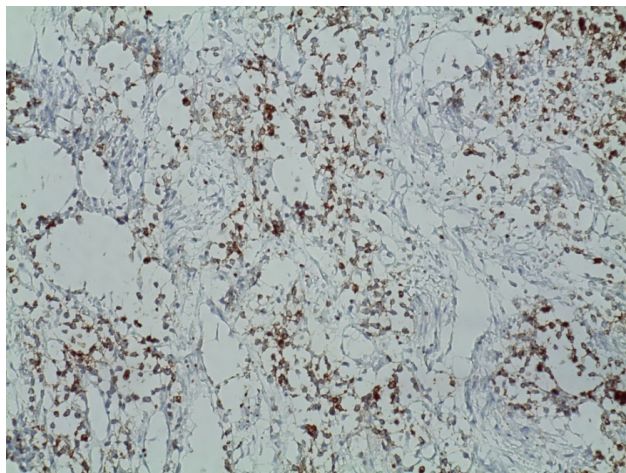


Рис. 3. Матка CD20, x 200. Диффузная различной степени выраженности мембранная реакция в опухолевых клетках

Ткань с наличием большого количества диффузно расположенных лимфоцитоподобных клеток среднего и крупного размера с полиморфными гиперхромными ядрами.

Обсуждение. Одной из особенностей данного клинического наблюдения является старческий возраст больной, в то время как в большинстве случаев НХЛМ диагностируется в возрасте 40–50 лет и редко встречается в старческом возрасте [2]. Другой особенностью следует считать отсутствие локальных проявлений заболевания, что не позволило заподозрить соответствующую патологию и задержало своевременную диагностику. У большинства больных НХЛМ отмечаются различные клинические симптомы (кровотечение, выделения, болевой синдром), которые, впрочем, являются неспецифическими и не наводят врача на мысль о возможности экстранодальной НХЛМ. Представленный случай с

распространением опухолевого процесса за пределы матки не позволяет решить вопрос, является ли НХЛМ первичной локализацией с последующим распространением или речь идет о неходжкинской лимфоме со вторичным поражением матки. Большинство публикаций о НХЛМ касается именно случаев генерализации заболевания, когда трудно решить вопрос о первичном или вторичном характере поражения матки [3]. Тяжесть состояния больной и наступивший летальный исход не позволили провести дальнейшее обследование с целью уточнения природы выявленной опухоли матки. Между тем в подобных ситуациях морфологическая диагностика и определение иммунотипа НХЛМ может иметь важное значение при выборе тактики ведения больных, поскольку назначение химиотерапии позволяет избежать оперативного вмешательства [4].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Vannata B., Zucca E. Primary extranodal B-cell lymphoma: current concepts and treatment strategies. *The Chinese Clinical Oncology Journal*. 2015;4(1):10. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2304-3865.2014.12.01>
2. Nasioudis D., Kampaktsis P. N., Frey M., Witkin S. S., Holcomb K. Primary lymphoma of the female genital tract: an analysis of 697 cases. *Gynecologic Oncology*. 2017;145(2):305-309. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.02.043>
3. Frey N. V., Svoboda J., Andreadis C., Tsai D. E., Schuster S. J. [et al.]. Primary lymphomas of the cervix and uterus: the University of Pennsylvania's experience and a review of the literature. *Leuk Lymphoma*. 2006;47:1894-1901. <https://doi.org/10.1080/10428190600687653>
4. Vijayakumar S., Serur E., Bybordi D., Lakhi N. Primary gynecological non-Hodgkin's lymphoma: A differential diagnosis of a pelvic mass. *Gynecologic Oncology Reports*. 2016;18: 29-31. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2016.10.001>

Сведения об авторах:

Дворецкий Леонид Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 2; тел.: 89166764545; e-mail: dvoretski@mail.ru

Дубровская Нелли Валерьевна, кандидат медицинских наук, ассистент; тел.: 89262275383; e-mail: nelly_werty@mail.ru

Зайратянц Георгий Олегович, кандидат медицинских наук, заведующий патологоанатомическим отделением; тел.: 89031842843; e-mail: goshaz@mail.ru

Аязова Анастасия Александровна, врач-патологоанатом высшей категории; тел.: 89162971742; e-mail: asja--z@yandex.ru

Степанченко Андрей Петрович, кандидат медицинских наук, заведующий рентгенологическим отделением; тел.: 89032945102; e-mail: aps65@mail.ru

Быков Дмитрий Александрович, врач-гематолог; тел.: (9859)924976; e-mail: 504@mail.ru

© М. Б. Дрожжина, 2020

УДК 616.511-005.98-031:611.92]-036.1

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15033>

ISSN – 2073-8137

БОЛЕЗНЬ МОРБИГАНА. ОПИСАНИЕ РЕДКОГО КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

М. Б. Дрожжина

Кировский государственный медицинский университет, Российская Федерация

MORBIHAN DISEASE. RARE CLINICAL CASE

Drozhdina M. B.

Kirov State Medical University, Russian Federation

Дано описание редкого, недостаточно изученного дерматологического заболевания, сопровождающегося яркой клинической симптоматикой – болезни Морбигана. Представлены данные по эпидемиологии, особенностях этиологии и патогенеза данного заболевания, гипотезы формирования патологического процесса. Рассмотрены теории участия вазоактивных пептидов желудочно-кишечного тракта (вазоактивный интестинальный пептид, пентагастрин), медиа-