

СЕКЦИЯ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»

УДК 616.27-006.441-08

С. А. Авраменко, А. Р. Немировская

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Николаева;
к.м.н., доцент Г. В. Тищенко*

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Республика Беларусь, г. Гомель*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИРОВАННОЙ Т-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ

Введение

Лимфомы – это, как правило, новообразования из периферических клеток иммунной системы, и лишь незначительная часть лимфом происходит из иммунологически незрелых клеток или клеток предшественников. Выделяют лимфому Ходжкина (лимфогранулематоз) и неходжкинские лимфомы [1]. Периферическая неспецифированная Т-клеточная лимфома без дальнейшей детализации (ПНТКЛ БД) – это новообразование, развивающееся из зрелых Т-лимфоцитов и НК-клеток и встречающееся чаще всего у мужчин в возрасте старше 60 лет. Данный вид лимфомы составляет около 15 % от всех неходжкинских лимфом [2]. В работе описан клинический случай ПНТКЛ БД, который был труден в диагностическом плане. Диагноз был окончательно верифицирован только после получения результатов гистологического исследования.

Цель

Описание клинического случая периферической неспецифированной Т-клеточной лимфомы средостения без дальнейшей детализации, изучение морфологических и клинических особенностей патологии.

Случай из клинической практики

Пациент К., мужчина, 35 лет считает себя больным с конца февраля 2021 года после перенесенной острой респираторной инфекции (ОРИ), лечился амбулаторно, отмечал незначительное улучшение. В конце марта 2021 года появились боли в мышцах, плечевом суставе, шее. 16.04.2021 пациент обратился в центральную районную больницу (ЦРБ) с жалобами на общую слабость, боли в мышцах, дискомфорт в области сердца, учащенное сердцебиение, повышение температуры до 38 °С, незначительную одышку при физической нагрузке. После чего был госпитализирован в кардиологическое отделение ЦРБ.

Учитывая отсутствие улучшений на фоне проводимого лечения 29.04.2021, пациент К. был переведен в Гомельский областной клинический кардиологический центр (ГОККЦ), где находился по 03.05.2021.

При поступлении пациент К. предъявлял жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, боли в мышцах, грудной клетке, слабость, повышенную утомляемость, кашель со светлой мокротой, сердцебиение, появление «синяков» на теле.

30.04.2021 в 20:00 состояние ухудшилось: появилась слабость, температура повысилась до 38,6 °С. При аускультации: дыхание везикулярное, ослабленное; ЧД 26 в минуту; тоны сердца приглушены, ритмичны; выраженные боли в руках и ногах, головные боли,

учащенное сердцебиение, предобморочное состояние, ЧСС 130, АД 100/60 мм рт. ст., SpO₂ 98 %. Учитывая нестабильное состояние пациента, выраженный болевой синдром, для динамического наблюдения пациент переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии. В 23:30 у пациента появилась потливость, сильная слабость, выраженная бледность, акроцианоз, ортопноэ; дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы сухие с двух сторон, ЧСС 134 в мин, SpO₂ 95 %, ЧД 34 в минуту.

Для уточнения диагноза была выполнена компьютерная томография грудной полости (30.04.2021).

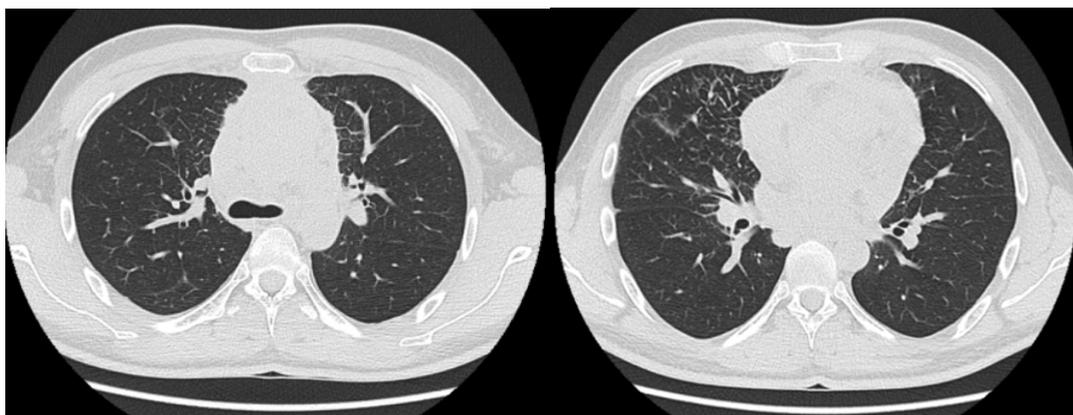


Рисунок 1 – КТ грудной полости пациента К. от 30.04.2021

Заключение: КТ картина медиастинита, перикардита. Признаки интерстициальной пневмонии (высокая вероятность COVID, легкая степень тяжести). Для исключения объемного процесса (тимомы, лимфопролиферативный процесс), уточнения вовлечения в процесс перикарда и магистральных сосудов – КТ с контрастным усилением, КТ контроль в динамике.

В связи с ухудшением состояния пациента с 30.04.2021 и отсутствием существенной положительной динамики, а также положительным результатом на антиген SARS-CoV-2 от 30.04.2021 пациент был переведен в красную зону, после чего было выполнено следующее исследование:

03.05.2021 PKT + MPR, MIP, MinIP, SSD (с контрастом)

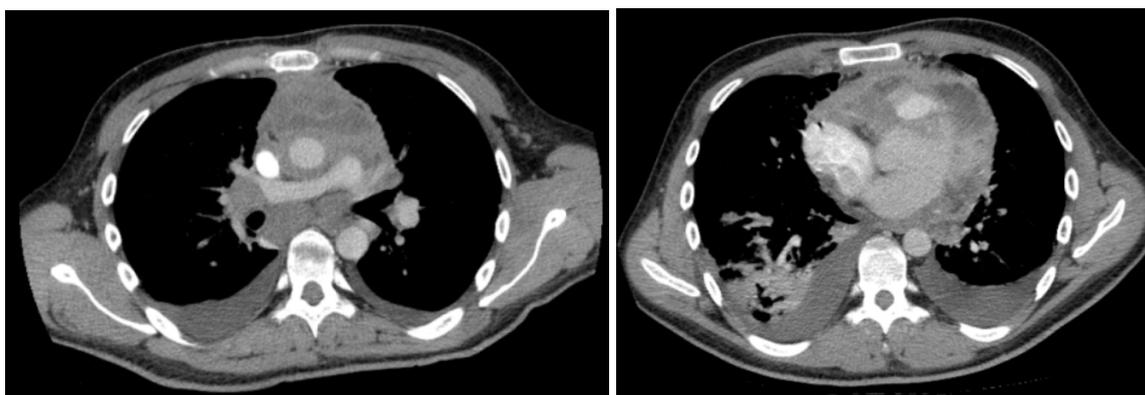


Рисунок 2 – PKT грудной полости пациента К. от 03.05.21

Заключение: картина полисегментарной пневмонии, высокая вероятность COVID, среднетяжелой степени. Признаки медиастинита, гемоперикард? Гидроторакс двусторонний. Образование средостения на фоне инфильтрации медиастинальной клетчатки исключить крайне затруднительно. Абсцесс печени? Контроль в процессе лечения.

03.05.2021 пациенту была выполнена диагностическая стернотомия с биопсией опухоли средостения. В послеоперационном периоде состояние пациента прогрессивно ухудшалось: развилась терминальная брадикардия с переходом в асистолию. Констатируется биологическая смерть.

Заключение патологоанатомического исследования: у пациента выявлено основное комбинированное заболевание – периферическая лимфома с поражением сердца и двусторонняя вирусная пневмония. Заболевания расценены как сочетанные, с выносом на первое место лимфомы с формированием хронического легочного сердца и застойной сердечной недостаточности. Заболевание протекало с развитием легочно-сердечной и печеночно-почечной недостаточности, что в совокупности и послужило непосредственной причиной смерти.

Микроскопическое описание препарата: среди фиброзированной стромы и жировой ткани – клеточные комплексы лимфоцитоподобных клеток с атипией. При иммуногистохимическом исследовании были выявлены следующие маркеры: bc12+, CD 99+, CD20-, CD1-, МИМ 1-, CD 30-, что свидетельствует в пользу периферической неспецифированной Т-клеточной лимфомы.

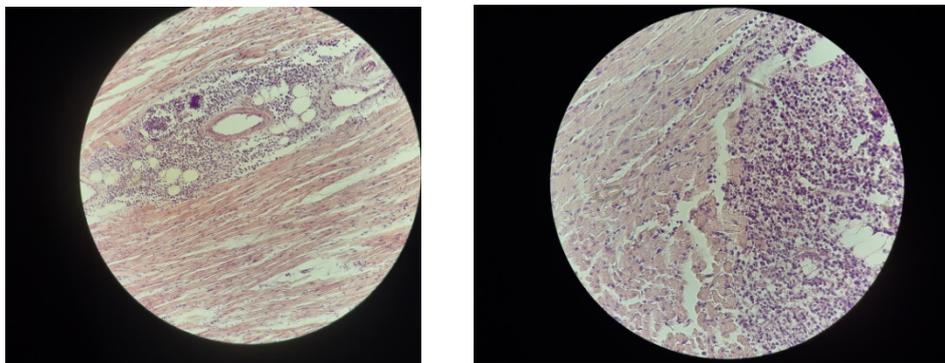


Рисунок 3 – Анапластическая крупноклеточная лимфома с преимущественным поражением средостения пациента К. от 04.05.21. Окраска препарата гематоксилином и эозином. Увеличение: $\times 200$, $\times 400$

Выводы

Таким образом, в связи с отсутствием специфических клинических и лабораторно-инструментальных методов диагностики данного заболевания, представленный клинический случай течения периферической неспецифированной Т-клеточной лимфомы с поражением сердца и крупных сосудов переднего средостения труден в диагностическом плане (диагноз был окончательно верифицирован только после получения результатов гистологического исследования и CD-типирования).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Поляцкин, И. Л. Пересмотренная Классификация ВОЗ опухолей гемопоэтической и лимфоидной тканей, 2017 (4-е издание): опухоли лимфоидной ткани / И. Л. Поляцкин, А. С. Артемьева, Ю. А. Криволапов // Архив патологии. – 2019. – № 81(3). – С. 59-65.
2. Singh, G. Profile and factors associated with mortality in mediastinal mass during hospitalization at Cipto Mangunkusumo Hospital, Jakarta / G. Singh, Z. Amin, Wuryantoro et al. // Indonesian Journal of Internal Medicine. – 2013. – № 45. – С. 3–10.