

УДК 616-006.441

А.Н. Лобанова¹, М.М. Петрова², Е.И. Харьков², Н.Ю. Цибульская²,
Е.А. Светлов¹, Е.В. Козлов¹, И.А. Великова¹

СЛУЧАЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЛИМФОМЫ ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ

¹Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича,
660062, ул. Курчатова, 17;

²Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого,
660022, ул. Партизана Железняка, 1, г. Красноярск

Резюме

В статье представлен клинический случай запущенной злокачественной лимфомы переднего средостения с развитием тотальной сердечной недостаточности. В большинстве случаев данный вид новообразований выявляется на последней стадии, в связи с отсутствием клинической картины на более ранней стадии. Таким образом, залогом своевременного оказания медицинской помощи является проведение профосмотров с выполнением рентгенографических исследований органов грудной клетки.

Ключевые слова: злокачественная лимфома, тотальная сердечная недостаточность, злокачественное новообразование средостения, переднее средостение, запущенная стадия, лучевая диагностика.

A.N. Lobanova¹, M.M. Petrova², E.I. Harkov², N.Yu. Tsibulskaya², E.A. Svetlov¹, E.V. Kozlov¹, I.A. Velikova¹

CASES OF MALIGNANT LYMPHOMA OF THE ANTERIOR MEDIASTINUM

¹Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Emergency Hospital named after N.S. Karpovich;

²Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenyetsky, Krasnoyarsk

Summary

The article presents a clinical case of advanced malignant lymphoma of the anterior mediastinum with the development of total heart failure. In most cases, this type of tumors are detected at the last stage, in the absence of a clinical picture at an earlier stage. Thus, the guarantee of timely provision of medical care is on time medical examinations with the performance of radiographic examinations of the chest organs.

Key words: malignant lymphoma, total heart failure, malignant neoplasm of the mediastinum, anterior mediastinum, advanced stage, radiographic examination.

В Российской Федерации за 2016 год впервые в жизни выявлено 599 348 злокачественных новообразований, из них в 20,9 % случаев заболевание выявлено на последней IV стадии. В структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают второе место (15,6 %; 2015 г. – 48,7 %). В структуре всех онкологических заболеваний опухоли и кисты средостения составляют около 1 %, из них 50-60 % являются злокачественными [3]. Несмотря на достижения в области лучевой диагностики, данные новообразования в подавляющем большинстве случаев выявляются на поздних стадиях, когда лечение сводится к паллиативной помощи. В первую очередь это происходит из-за физиологических особенностей средостения. Длительное время опухоли средостения клинически никак не проявляются в связи с компенсаторными механизмами, возникающими при смещении средостения. На данном этапе опухоль можно выявить случайно при проведении рентгенологического исследования во время профилактического осмотра.

На более поздних стадиях заболевания пациенты могут предъявлять жалобы на боли в грудной клетке, кашель, периодическую лихорадку. Нередко заболевание проявляется клиникой сердечной недостаточности, когда опухоль оказывает непосредственное меха-

ническое давление на полости сердца с нарушением его функции [1, 2, 4].

Примером такого поражения является случай с пациентом Д., 35 лет, поступившим в КМК БСМП с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейших физических нагрузках, головокружение, общую слабость, боли в грудной клетке слева, связанные с движениями, глубоким дыханием, отеки ног, увеличение в объеме живота, уменьшение количества мочи, редкий малопродуктивный кашель. Из анамнеза известно, что считает себя больным в течение месяца, когда без видимой причины появились боли в грудной клетке слева, стали отекать нижние конечности. Обратился за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, назначена терапия НПВП местно и внутрь. Боли уменьшились, однако около 2 недель до госпитализации стали нарастать отеки, появилась одышка при нагрузках обычной интенсивности, увеличился в объеме живот. Последние несколько дней спал сидя из-за одышки. Утром в день поступления самочувствие резко ухудшилось: выросла слабость, усилилась одышка вплоть до удушья, вызвал бригаду СМП, доставлен в приемный покой КМК БСМП.

При объективном осмотре при поступлении обращали внимание на себя массивные отеки нижних

конечностей, передней брюшной стенки, асцит, ослабленное дыхание в нижних отделах легких, притупление перкуторного звука, снижение сатурации до 89 %.

Лабораторно при поступлении – в общем анализе крови выраженный лейкоцитоз до $24,1 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, выраженный тромбоцитоз до $726 \times 10^9/\text{л}$, незначительное снижение уровня гемоглобина до 114,0 г/л. В биохимическом анализе крови – значительное повышение печеночных ферментов (АЛТ 1187,8 Ед/л, АСТ 2030,1 Ед/л), повышение азотемических показателей (креатинин – 206,6 мкмоль/л, мочевины – 22,78 ммоль/л), в общем анализе мочи – выраженная протеинурия 3,790 г/л.

По данным МСКТ органов грудной клетки – левое легкое уменьшено в объеме, на верхушке снижение пневматизации по типу консолидации, в средней доле правого легкого очаги снижения по типу матового стекла, на фоне утолщения интерстиция. В полости перикарда выпот до 2,4 см, в плевральных полостях выпот до 3,4 см справа и 1,6 слева, на верхушке осумкованный. В области переднего средостения определяется объемное образование без четких контуров примерными размерами 6,4×4,5×6 см, пролабирует в область передней поверхности грудной стенки, окружающие костные структуры не изменены. Определяются множественные мелкие медиастинальные лимфоузлы. Заключение: КТ-картина наиболее характерна для объемного образования переднего средостения.

По данным УЗИ брюшной полости – жидкость в нижнем отделе брюшной полости межпечельно до 39 мм, в подпеченочном пространстве до 49 мм, жидкость в плевральной полости справа до 49 мм, гепатомегалия (размеры печени: правая КВР – 168 мм, левая КВР – 104 мм), признаки расширения печеночных вен, утолщение стенок желчного пузыря (вероятно реактивного характера), диффузные изменения в поджелудочной железе.

По эхокардиографии – большое количество жидкости в полости перикарда (максимально до 2,4–2,5 мм), без признаков сдавления сердца, полости сердца не расширены, сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная (фракция выброса 69 %), клапаны сердца не изменены.

По электрокардиографии – ритм синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений 120 уд. в мин., нарушение процессов реполяризации в виде слабо отрицательных зубцов Т в отведениях II, III, aVF.

На момент поступления пациент оставался диагностически неясным. В связи с тяжестью состояния госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии за отделением пульмонологии. Начата интенсивная терапия. Через несколько часов после поступления состояние оставалось крайне тяжелым с отрицательной динамикой, нарастали явления шока смешанного характера, подключена инотропная поддержка (Адреналин и Норадреналин). Пациент осмотрен инфекционистом: учитывая клинико-лабораторные данные у пациента не исключается цирроз печени неуточненной этиологии. Так же осмотрен кардиологом в виду наличия перикардального выпота. Предполагается, что тяжесть состояния обусловлена наличием образования в переднем средостении, которое

прорастает в легочную ткань, в полость перикарда, вероятно носит злокачественный характер.

Несмотря на проводимую терапию состояние на следующий день с выраженной отрицательной динамикой, нарастали дозы инотропной поддержки. По монитору зарегистрирована асистолия, начат комплекс сердечно-легочной реанимации, начата ИВЛ, выполнена оротрахеальная интубация, спустя 20 минут – восстановление сердечной деятельности, однако через 1 час вновь асистолия, состояние клинической смерти, реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта, констатирована биологическая смерть.

По результатам патологоанатомического вскрытия: переднее средостение – определяется обширное плотное опухолевидное образование 13×12×10 см, без четких контуров, представленное однородного вида тканью серо-желтого цвета, прорастающей на обширных участках в ткань верхней доли левого легкого, всю толщу перикарда на всем его протяжении, опухолевая ткань также подпаяна к задней поверхности грудины, в опухолевой ткани множественные участки деструкции грязно-серого цвета и выраженная имбиция гнойным экссудатом серо-желтого цвета. Сердце – область перикарда полностью облитерирована за счет разрастания на перикарде и эпикарде на всем их протяжении опухолевой ткани.

По данным гистологического исследования: по всем легочным полям видны структуры опухоли, имеющей гистологическое строение злокачественной лимфомы с выраженными некротическими изменениями опухолевой ткани. На этом фоне генерализованные гемодинамические и гемореологические расстройства на уровне микроциркуляции, межальвеолярные перегородки легких полнокровны, отечны, отмечаются признаки деструкции их стенок, слущивания и пролиферации альвеолярного эпителия. Со стороны перикарда разрастание опухолевой ткани, имеющей гистологическое строение злокачественной лимфомы. Опухоль переднего средостения – злокачественная лимфома с выраженными некротическими изменениями опухолевой ткани. В прикорневых и паратрахеальных узлах также выявлена данная опухоль.

Учитывая результаты патологоанатомического исследования, выставлен диагноз: Злокачественное новообразование переднего средостения с прорастанием в верхнюю долю левого легкого, с прорастанием перикарда и полной облитерацией его полости. Гистологический вариант строения: злокачественная лимфома, неуточненный вариант строения. Осложнения: тотальная сердечная недостаточность – бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки, мускатная гиперемия печени, асцит, левосторонний гидроторакс, выраженные отеки передней брюшной стенки и нижних конечностей.

При изучении случая смерти, на основании клинических данных, результатов вскрытия и гистологического исследования аутопсийного материала следует, что основным заболеванием явилась злокачественная лимфома переднего средостения. Непосредственной причиной смерти в данном случае следует считать тотальную сердечную недостаточность.

Таким образом, представленный клинический слу-

чай – запущенное злокачественное новообразование органов средостения. Настороженность в плане онкопатологии, своевременное выполнение рентгенологических исследований грудной клетки, периодические

медицинские профосмотры являются залогом более ранней диагностики онкопатологии, а, следовательно, своевременного оказания помощи и улучшения исходов.

Литература

1. Власов П.В. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной полости. – 2е издание, переработанное и дополненное. – М.: Издательский дом Видар-М, 2008. – 376 с.
2. Воробьев А.И., Руководство по гематологии в 3 т. – М.: Ньюдиамед, 2003. – 280 с.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В.

Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность). – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. – 250 с.

4. Снегирев И.И. Диагностика и хирургическое лечение опухолей и кист средостения // Сиб. мед. журнал. – 2009. – № 6. – С. 185-187.

Literature

1. Vlasov P.V. Radiodiagnosis of the diseases of the thoracic cavity. – 2-nd edition, Revised and Updated. – М.: Publishing House «Vidar-M», 2008. – 376 p.

2. Vorobyev A.I. A Guide on hematology in 3 volumes. – М.: Newdiamed, 2003. – 280 p.

3. Kaprin A.D, Starinsky V.V, Petrova G.V. Malignant neoplasms in Russia in 2016 (morbidity and mortality). –

М.: FSBI «P.A. Hertsen MORC» of the RF MH. – Branch of FSBI «NMRC of Radiology» of the Ministry of Health of Russia; 2018. – 250 p.

4. Snegirev I.I. Diagnosis and surgical treatment of tumors and cysts of the mediastinum // Siberian Medical Journal. – 2009. – № 6. – P. 185-187.

Координаты для связи с авторами: Лобанова Анна Николаевна – врач-кардиолог отделения кардиологии для лечения больных острым инфарктом миокарда Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича; Харьков Евгений Иванович – зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и терапии КрасГМУ имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; Петрова Марина Михайловна – зав. кафедрой поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО КрасГМУ имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; Цибульская Наталья Юрьевна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии КрасГМУ имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, тел. +7-913-831-53-57, e-mail: solna33@yandex.ru; Светлов Евгений Анатольевич – зав. отделением кардиологии для лечения больных острым инфарктом миокарда Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича; Козлов Евгений Вячеславович – зав. отделением пульмонологии Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича; Великова Ирина Александровна – врач-пульмонолог отделения пульмонологии Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2020-1-39-43>

УДК 616.24-002:616-003.218:616.234-022-076.3]:613.84-053.81

Т.П. Мамровская^{1,2}, В.А. Добрых¹, Т.К. Тен¹, О.А. Дьяченко¹, И.В. Уварова¹, И.Е. Мун¹, А.М. Алиев²

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ВЛИЯНИЕ СТАТУСА КУРЕНИЯ НА СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ И КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ БАЗАЛЬНОГО ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО СЕКРЕТА

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-30-53-11, e-mail: rec@mail.fesmu.ru;

²301 Военный клинический госпиталь, 680028, ул. Серышева, 1, г. Хабаровск

Резюме

Изучены субъективные симптомы и клеточный состав базального трахеобронхиального секрета (БТБС) у курящих и некурящих пациентов молодого возраста с внебольничной пневмонией (ВП). Курящие пациенты отмечают, в среднем, субъективно более выраженные симптомы интоксикации и поражения дыхательных путей в остром периоде ВП по сравнению с некурящими. У молодых, клинически здоровых курящих людей выявлены цитологи-