

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

В.І. Старіков¹,
Г.В. Трунов¹,
К.Ю. Майборода³,
В.П. Лаврик²

¹Харківський національний
медичний університет,

²ДУ Інститут медичної
радіології ім. С.П. Григор'єва
НАМН України, Харків,

³Харківський обласний
онкологічний центр

Випадок ізольованого ураження легені негоджкінською лімфомою

A case of isolated lung involvement
with non-Hodgkin's lymphoma

Негоджкінські лімфоми (НГЛ) — це гетерогенна група злоякісних лімфопроліферативних пухлин, що формуються з незрілих лімфоїдних клітин. НГЛ розрізняються за біологічними властивостями, морфологічною будовою, клінічними проявами, відповіддю на терапію та прогнозом. Традиційно в нашій країні для визначення цієї патології використовували запропонований R. Wirschow у середині XIX століття термін «лімфосаркома», який є синонімом терміна «негоджкінська лімфома».

В останні роки захворюваність на НГЛ має незмінну тенденцію до росту, вона вища в розвинених країнах, де збільшилася на понад 50 % за останні 20 років і за швидкістю приросту випереджає лімфогранулематоз [1]. Розрізняють В-клітинні та Т-клітинні лімфоми [2].

У 50 % випадків хвороба починається з ураження лімфатичних вузлів — периферичних, медіастинальних, заочеревинних та ін. Це так званий «нодальний варіант». Уражуються також будь-які органи, які мають лімфоїдну тканину (екстранодальний варіант). Частість ізольованого ураження різних органів не однакова. Найбільш часто уражується шлунково-кишковий тракт (24,3 %), рідше кільце Пирогова—Вальдейєра (19,4 %), головний мозок (10 %), значно рідше шкіра (3,8 %), грудна залоза (2 %), легені та плевра (1,1 %) [3–5]. Екстранодальні форми НГЛ спочатку мають перебіг у вигляді ізольованого ураження органа, що призводить до частих діагностичних помилок. Екстранодальні форми НГЛ досить різноманітні за прогнозом. До сприятливих відносять первинні НГЛ шлунково-кишкового тракту, кільця Пирогова—Вальдейєра, орбіти, слинних залоз.

Високою злоякісністю перебігу відрізняються первинні НГЛ яєчка, кісток, грудної залози, центральної нервової системи [6].

Ізольоване екстранодальне ураження легені зустрічається вкрай рідко. Ми наводимо опис випадку ізольованого ураження легені при НГЛ, який мав місце в нашій практиці.

Хвора К., 55 р., госпіталізована 18.01.2010 р. до відділення променевої ушкоджень ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України» (Харків) зі скаргами на підвищення температури тіла ввечері, загальну слабкість, періодичний кашель, прискорене серцебиття. З анамнезу відомо, що хвора в 1984 р. перенесла резекцію правої частки щитоподібної залози з приводу вузлового зоба. В 1990 р. в Інституті ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського (Харків) зроблено видалення лівої частки щитоподібної залози з лімфаденектомією з приводу раку. Гістологічний висновок № 4315-25 — фолікулярно-папілярний рак з метастазами в лімфатичні вузли, стадія T2N2M0. У післяопераційному періоді проведено курс дистанційної променевої терапії (СОД 40 Гр).

При огляді хворої привертала увагу блідість шкірних покривів. При аускультативній легень визначалось везикулярне дихання праворуч, ліворуч — ослаблене везикулярне у нижніх відділах. Серцеві тони приглушені, ритмічні. Живіт м'який, безболісний. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. На шиї, над яремною вирізкою є післяопераційний рубець. На місці щитоподібної залози патологічні новоутвори не визначаються.

При рентгеноскопії легенів від 03.02.2010 р. у нижній частці лівої легені відзначається округ-



Рис. 1. Рентгенограма легенів хворої К. у прямій проекції
 Fig. 1. Patient K., x-ray film in direct projection



Рис. 2. Рентгенограма легенів хворої К. у лівій бічній проекції
 Fig. 2. Patient K., x-ray film in lateral projection

ла тінь до 8 см у діаметрі з нерівним контуром, лімфатичні вузли кореня частки та легені не збільшені. Висновок — не можна виключити рак нижньої частки лівої легені (рис. 1, 2).

При КТ-дослідженні легенів від 30.12.2009 р. в S10 нижньої частки лівої легені визначається



Рис. 3. Комп'ютерна томограма середостіння хворої К.
 Fig. 3. Patient K., CT scan of the mediastinum



Рис. 4. Комп'ютерна томограма хворої К. на рівні пухлини лівої легені

Fig. 4. Patient K., CT scan at the level of the tumor in the right lung

ся новоутвір неправильної форми, з нерівними, нечіткими контурами, розміром 53 × 55 × 98 мм, щільністю до +33 — +42 од Н, з інвазією сегментарних бронхів (наявність повітряної бронхограми на фоні новоутвору), тяжінням до плеври. Лімфатичні вузли середостіння не збільшені

(рис. 3). Висновок — КТ-ознаки периферичного раку нижньої частки лівої легені (рис. 4).

Хворій проведена фібробронхоскопія 03.02.2010 р. Праворуч бронхіальне дерево без патології. Ліворуч відзначається різке звуження до 1/3 просвіту сегментарного бронха S10 за рахунок стиснення ззовні. У цій зоні було взято мазок для цитологічного дослідження. Висновок — непрямі ознаки периферичного раку нижньої частки лівої легені.

Цитологічне дослідження № 483 мазка із бронха — помірнодиференційований плоскоклітинний рак.

Проведено додаткові дослідження: УЗД органів черевної порожнини — печінка не збільшена, паренхіма звичайної ехогенності, внутріпечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур неправильної форми, розміром 6,2 × 1,8 см, стінка 0,2 см, звичайна, не ущільнена. Конкременти не лоціуються. Підшлункова залоза без особливостей. Права нирка розташована в типовому місці, форма звичайна, розміри 10,0 × 4,4 см, не збільшена, паренхіма 1,3 см, звичайної щільності. Чашково-мисковий комплекс не розширений. Ліва нирка — аналогічна картина. Селезінка звичайного розміру, з рівними контурами, паренхіма звичайна. УЗД щитоподібної залози — у проекції типового розташування ліворуч паравазально, лоціюється тиреоїдна тканина 17 × 13 мм, лімфовузли шиї не збільшені. Висновок: стан після тиреоїдектомії.

Клінічний аналіз крові: еритроцити $3,14 \times 10^9$ /л; гемоглобін 90 г/л; кольоровий показник 0,87; тромбоцити 235×10^9 /л; лейкоцити $3,6 \times 10^9$ /л; базофіли 1 %; еозинофіли 4 %; нейтрофіли паличкоядерні 1 %; сегментоядерні 74 %; лімфоцити 20 %; ШОЕ 66 мм/год. Клінічний аналіз сечі: колір жовтий, білок не знайдений, глюкоза не виявлена, лейкоцити 2–3 у полі зору, еритроцити 0–1 у полі зору.

Хворій виставлено діагноз: первинно-множинний метакронний рак: периферичний рак нижньої частки лівої легені T2NХM0, група Іа; рак щитоподібної залози T2N2M0, стан після комбінованого лікування, група ІІІ.

Хвора переведена в торакальне відділення Харківського обласного онкологічного центру, де після підготовки 16.02.2010 р. виконана

нижня лобектомія ліворуч. Після операції з пухлини взятий мазок-відбиток. Цитологічне дослідження № 2057-58 — аденокарцинома. Гістологічний висновок № 5067-77: мукозоасоційована В-клітинна лімфома маргінальної зони — MALT-ома без метастазів у лімфатичні вузли.

Даний вид лімфоми розвивається із клітин маргінальної зони. Маргінальною є крайова зовнішня ділянка зони мантиї лімфоїдного фолікула, оскільки клітини маргінальної зони фолікулів здатні до диференціювання, як у моноцитодні В-клітини, так і в плазматичні. Клітини лімфом цієї зони відрізняються вираженою гетерогенністю, що більшою мірою властиво пухлинам екстранодальної локалізації й, насамперед, які виникають у слизових оболонках. Останні одержали назву лімфом MALT-типу (mucosa-associated lymphoid tissue — асоційована зі слизовими оболонками лімфоїдна тканина) відповідно до класифікації ВООЗ [7].

Післяопераційний період не мав ускладнень, рана загоїлася первинним натяганням. Хвору виписано для подальшого лікування та спостереження в онкогематолога.

Таким чином, описаний клінічний випадок НГЛ, з екстранодальною локалізацією в легені без ураження інших органів, свідчить про труднощі інструментальної та морфологічної діагностики цієї патології.

Література

1. Поддубная И.В. Экстранодальные НХЛ // Клиническая гематология / Под ред. М.А. Волковой. — М.: Медицина, 2001. — С. 336–375.
2. Cheson B.D., Horning S.J., Coiffier B. et al. // J. Clin. Oncol. — 1999. — Vol. 17. — P. 1244–1253.
3. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. — М., 2002. — Т.2. — С. 82–84.
4. Yoshida S., Haruma K., Tanaka S. et al. // Digestive Endosc. — 2003. — Vol. 15, № 3. — P. 174–179.
5. Lee M., Kim H., Park C. // Radiother. Oncol. — 2006. — Vol. 81 (Suppl. 1). — P. 406.
6. Shenkier T., Connors J. Primary extranodal non-Hodgkin's lymphoma // The lymphomas (2nd ed.) Canellos G. et al. — 2006. — P. 325–347.
7. Zucca E., Bertoni F. MALT Lymphoma and other marginal zone lymphomas // Lymphoma (Pathology, Diagnosis and Treatment) / Ed. Marcus R. et al. — New York, Cambridge University Press, 2007. — P. 126–140.

Надходження до редакції 22.04.2010.

Прийнято 17.05.2010.

Адреса для листування:

Старіков Володимир Іванович,
Харківський національний медичний університет,
пр-т Леніна, 4, Харків, 61022, Україна