

УДК 616-006.441-071

Г.С. ЕСНАЗАРОВА<sup>1</sup>, Х.С. ОМАРОВА<sup>2</sup>, Д.К. САЙЛАНОВА<sup>2</sup>, С.А. КРАСНОВА<sup>2</sup>,  
Е.Ш. КУДАБАЕВ<sup>3</sup>, М.С. ОРДАХАНОВА<sup>3</sup>, Н.Б. БАЙЖИГИТОВА<sup>3</sup><sup>1</sup>Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы,<sup>2</sup>Казахский национальный медицинский университет им. С.Ж. Асфендиярова, г. Алматы,<sup>3</sup>Городская клиническая больница №1, г. Алматы

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОГО С НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМОЙ

В Казахстане заболеваемость НХЛ составляет 4,6 на 100000 населения. Ранние стадии болезни (I-II ст.) выявляются у 1/3 больных; в 2/3 случаев процесс бывает диссеминированным. Прогноз крайне неблагоприятный, медиана выживаемости менее 1 года у нелеченных больных [6].

**Ключевые слова:** неходжкинские лимфомы, В-крупноклеточная лимфома, цирроз печени, асцит.

**Н**еходжкинские лимфомы (НХЛ) остаются одной из наиболее сложных проблем современной онкологии. Ежегодно на планете регистрируется свыше 300 тыс. новых случаев заболевания НХЛ (2,8% среди всех злокачественных опухолей), и 170 тыс. больных умирают от них [5]. Заболеваемость этой формой злокачественной опухоли растет очень быстро, достигая в некоторых странах 6–7% в год [2].

Наиболее распространенным типом НХЛ является диффузная В-крупноклеточная лимфома, доля которой составляет около 30–40% всех видов НХЛ. Данный подтип характеризуется агрессивным течением [1, 3, 4].

Ранние стадии болезни (I-II ст.) выявляются у 1/3 больных; в 2/3 случаев процесс бывает диссеминированным. Прогноз крайне неблагоприятный, медиана выживаемости менее 1 года у нелеченных больных [6].

Целью исследования явилось исследование обстоятельств и особенностей течения случая неходжкинской лимфомы.

Мы наблюдали больного с диффузной В-крупноклеточной лимфомой, диффузная форма.

**Пациент Л., 42 года**, поступил 27 декабря 2012 г. с жалобами на постоянные боли ноющего характера, не снимающиеся анальгетиками, чувство тяжести в правом подреберье, увеличение живота, одышку в покое, сердцебиение, усиливающееся при малейшей физической нагрузке, отсутствие аппетита, запоры по 2-3 дня, значительную потерю в весе (до 10 кг за последние 2 месяца), ночное повышение температуры тела до 38,8°C, сопровождающееся ночной потливостью, общую слабость.

**Из анамнеза:** 2,5-3 месяца назад появились одышка при умеренной физической нагрузке, общая слабость, снизился аппетит, потерял в весе до 10 кг за 1,5-2 месяца. Обратился к врачу по месту жительства месяц назад, 24

ноября 2012 года, в связи со значительным ухудшением состояния: присоединились постоянные боли ноющего характера, не снимающиеся анальгетиками, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, выросли одышка, сердцебиение, общая слабость, пропал аппетит, потерял в весе до 8 кг за последний месяц. При амбулаторном обследовании на УЗИ от 25.11.12 г. выявлены: Асцит брюшной полости. Цирроз печени. Отек желч. пузыря (отключенный). Реактивный панкреатит. Хронический пиелонефрит правой почки. Спленомегалия. Амбулаторное лечение не дало положительного эффекта и с диагнозом: Первичный билиарный цирроз печени был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение ГКБ №1 для уточнения диагноза.

С 2007 года страдает хроническим гастритом, панкреатитом, холециститом. В 2008 году диагностирован хронический пиелонефрит правой почки. Из вредных привычек: курит с 15-ти лет по 1,5-2 пачки в день (в течение 27 лет), крепкие спиртные напитки употреблял с 18-летнего возраста, по 2-3 дня в неделю.

**При осмотре:** общее состояние тяжелое, обусловлено дыхательной, сердечной недостаточностью, общей интоксикацией. Сознание ясное. Положение вынужденное, лежит с приподнятым головным концом. Одышка в покое. Телосложение нормостеническое. Больной истощен, рост 173 см, масса тела 51,2 кг. Индекс массы тела (ИМТ) 17,06 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, на ощупь сухие. Тургор снижен. Склеры субъиктеричны. Ладони гиперемированы. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Умеренные отеки стоп и голеней. В легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 25 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Пульс 98 уд. в мин. Язык влажный, гладкий, со стертими сосочками, малинового цвета, с отпечатками

**Контакты:** Есназарова Гулнара Сериковна, канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней Казахстанско-Российского медицинского университета, г. Алматы. Тел.: +7 707 355 55 70, e-mail: esnazarova54@gmail.com

**Contacts:** Gulmira Serikovna Esnazarova, Candidade of Medical sciences, Associate Professor of Department of Internal Medicine of Kazakh-Russian Medical University, Almaty c. Ph.: +7 707 355 55 70, e-mail: esnazarova54@gmail.com

зубов на боковых поверхностях. Живот значительно увеличен за счет свободной жидкости в брюшной полости. На переднебрюшной стенке выражена венозная сеть. При поверхностной пальпации отмечается незначительная болезненность в правом подреберье и эпигастральной области. Пальпацию печени и селезенки провести не удалось из-за асцита. Стул: запоры по 2-3 дня. Симптом поколачивания слабopоложительный справа. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Учитывая потерю аппетита, быстрое снижение веса (истощение) проводился дифференциальный диагноз со злокачественной опухолью органов брюшной полости, кроме того, уточнялась причина цирроза.

Намеченный план обследования включал: общий анализ крови; биохимические анализы крови: креатинин, билирубин, ЩФ, ГГТП, общий белок, сахар, креатинин, калий, натрий, тимоловую пробу; коагулограмму; общий анализ мочи, пробу по Нечипоренко; ИФА на маркеры гепатитов В, С; кал на скрытую кровь, копрологию; ЭКГ, ЭФГДС, УЗИ, КТ органов брюшной полости; консультацию хирурга, онколога.

28.12.12. в 15.00, на второй день пребывания в отделении гастроэнтерологии, самочувствие пациента резко ухудшилось: усилилась одышка в покое, сердцебиение, появились давящие боли за грудиной, распирающие боли в животе, тошнота, рвота желчью, выросла общая слабость.

Осмотрен дежурным врачом: общее состояние остается тяжелым за счет дыхательной и сердечной недостаточностей, асцита, болей в животе. Выражение лица страдальческое. Сознание ясное. Положение вынужденное – сидит с опущенными ногами. Одышка в покое, смешанного характера, ЧДД – 30 в 1 мин. В легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца значительно приглушены, ритм правильный. АД – 100/70 мм рт. ст. Пульс – 120 уд. в 1 мин, ритм правильный, слабого наполнения и напряжения. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот прежних размеров, значительно увеличен за счет асцита. При пальпации появилась умеренная болезненность по всему животу. Пальпировать печень, селезенку не удалось из-за асцита. Отеки на ногах сохраняются. Газы плохо отходят. Стула не было.

Срочно сделано: 1. Рег ос изокет спрей. 2. Внутривенно капельно 5% – 200,0 глюкоза, хлористый калий 4% – 10,0, инсулин 4 ЕД. 3. Внутривенно фуросемид 40 мг на 20,0 физиологического раствора. 4. Очистительная клизма с дюфалаком один раз, после которой вышли введенный раствор, газы.

От проводимой терапии эффекта не было, в связи с чем осмотрен реаниматологом и переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Лечение, проведенное в реанимации: внутривенно струйно – кватател 40 мг в/в на 40,0 физиологического раствора, С 6,0 на 5% – 400,0 глюкозе, дексаметазон 4 мг, милдронат 5,0 мл, фуросемид 40 мг, дофамин 5,0 на 15,0 физраствора, цеф III-1,0 г., метрид 100,0, гептрал 800 мг на 5,0 раствора. Внутривенно капельно: гепадиф 5,0 на 5% – 200,0 глюкозе, глюкоза 5% – 200,0+инсулин 4 ед.+калий

хлорид 4% – 10,0; внутримышечно – этамзилат натрия 4,0, викасол 3,0.

28.12.12 г. консультирован хирургом, и 29.12.12 г. произведен лапароцентез, эвакуировано 500 мл жидкости. В брюшной полости оставлена дренажная трубка.

29.12.12 г. консультирован кардиологом, диагноз: Дисметаболическая кардиопатия. ХСН IIА, ФК4.

В последующие дни состояние больного оставалось стабильно тяжелым, положительного эффекта на проводимую терапию не отмечалось.

02.01.13. в 14 час. 11 мин. зафиксирована остановка сердца по монитору, и начаты активные реанимационные мероприятия:

1. Непрямой массаж сердца: сделано 30 надавливаний на грудную клетку, затем, применяя мешок Амбу, сделано 2 выдоха в легкие. Через 5 циклов проверили наличие пульса на сонной артерии. После проведения сердечно-легочной реанимации у пациента не было отмечено положительной динамики.

2. Атропин 0,1% -1,0, адреналин 0,1% – 1,0, преднизолон 60 мг в/в 3 раза через в/в подключичный катетер.

3. Дефибриляция проведена трижды с электрическим разрядом 200 дж., 250 дж., 360 дж.

Активные реанимационные мероприятия проводились в течение 30 минут, но без эффекта. В 14 час. 41 мин. зафиксирована биологическая смерть.

Причина смерти: Острая легочно-сердечная недостаточность.

**Основной диагноз:** Цирроз печени вирусной этиологии (НСV), минимальной активности, с портальной гипертензией, в стадии декомпенсации, осложненный асцитом. Класс В по Чайлд-Пью. Аутоиммунная анемия I ст.

**Конкурирующий:** Внебольничная двухсторонняя нижне-долевая пневмония, тяжелое течение, осложненная правосторонним экссудативным плевритом, инфекционно-токсическим шоком. ДН II-III ст., ИБС. Острый инфаркт задней стенки миокарда. Нарушение ритма по типу пароксизмальной тахикардии.

#### **Патологоанатомический диагноз:**

Основное заболевание: Злокачественная (неходжкинская) лимфома, диффузная форма. Генерализация процесса с поражением всех групп лимфатических узлов, правого и левого легкого, перикарда, миокарда, печени, правой почки, селезенки, стенки желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы.

**Непосредственная причина смерти:** Опухолевая интоксикация: дистелектазы и ателектазы легких, очаги некоронарогенного повреждения миокарда, некроз эпителия почечных канальцев, диапедезные кровоизлияния в паренхиму внутренних органов, кровоизлияния в подслизистые и слизистые оболочки.

Первичный очаг опухоли установить не представилось возможным, т.к. у больного имеет место генерализация опухолевого процесса с поражением всех групп лимфоузлов, а также практически всех внутренних органов.

Отмечается полное несовпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Из данного наблюдения видно, что анамнез заболевания в нашем случае короткий, с быстрым развитием по-

лиорганной недостаточности. По литературным данным общее состояние при диффузной В-крупноклеточной лимфоме быстро ухудшается.

В рассматриваемом случае отмечались признаки поражения многих внутренних органов, без симптомов поражения как периферических, так и региональных лимфатических узлов, что создало определенные трудности в диагностике лимфомы. Классический вариант лимфомы сопровождается увеличением лимфатических узлов. Выделены синдромы заболевания: сердечная недостаточность, поражение печени, почек, поджелудочной железы.

Учитывая каждый выделенный синдром, поставлен соответствующий диагноз, в то время как все эти поражения оказались проявлением одного заболевания – злокачественной неходжкинской лимфомы, диффузной формы. В периферической крови больного обращают на себя внимание гипохромная анемия, лейкоцитоз, лимфопения, эозинофилия, ускоренное СОЭ. По данным исследователей картина периферической крови обычно имеет минимальные отклонения от нормальной. В ряде случаев может иметь место умеренный лейкоцитоз за счет увеличения количества зрелых лимфоцитов (7,5%) или лейкоцитопения (12%), лимфоцитоз (18%), повышение СОЭ (13,5%). Часто у больных лимфомой наблюдается эозинофилия. При генерализации процесса может развиться лимфопения.

Лимфомы диагностируются морфологически, проводится биопсия пораженных лимфатических узлов или органа. Это исследование не проведено, на что есть объективные причины: при пальпации периферические лимфатические узлы не увеличены, внутрибрюшные лимфатические узлы не выявлены при УЗИ органов брюшной полости, внутригрудные – при рентгенографии органов грудной клетки, не было локальных изменений и в исследованных органах. Рекомендуется проведение компьютерной томографии (КТ) внутренних органов, позитронно-имиссионной КТ для исследования лимфатических сосудов и узлов, исследование асцитической и плевральной жидкости. КТ не проведена из-за тяжести состояния (на второй день в связи с ухудшением состояния переведен в реанимационное отделение). В нашем случае была возможность исследовать асцитическую жидкость, которая не была реализована. Причина в недостаточной онкологической настороженности врачей.

**ВЫВОДЫ**

Таким образом, из данного наблюдения видно, что анамнез заболевания в нашем случае короткий, с быстрым развитием полиорганной недостаточности, пациент поздно обратился за медицинскую помощью, из-за тяжести состояния не проведены КТ, МРТ брюшной полости.

Но был произведен парацентез, была возможность исследовать асцитическую жидкость, которая не была реализована.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Вуд М.Э. Секреты гематологии и онкологии / М.Э. Вуд, П.А. Банн. – М.: БИНОМ, 1997. – С. 189–202  
 2 Смудевич В.Б. Заболеваемость и смертность от зло-

качественных новообразований. Серия: Онкология / В.Б. Смудевич, Л.Г. Соленова, С.В. Белякова. – М.: ВИНТИ, 1988. – Т. 17. – С. 74–76

3 Туманский В.А. Мукозо-ассоциированная (MALT) лимфома желудка: особенности патоморфологической диагностики / В.А. Туманский, В.А. Шаврин // Патология. – 2013. – №1 (27). – С. 85–89

4 Хансон К.П. Эпидемиология и биология неходжкинских лимфом / К.П. Хансон, Е.И. Имянитов // Практическая онкология. – 2004. – Т. 5, №3. – С. 163–167

5 Global Cancer Statistics, 2002 / M. Parkin, F. Bray, J. Ferlay, P. Pisani // CA Cancer J Clin. – 2005. – Vol. 55. – P. 74–108

6 Lozano R., Naghavi M., Foreman K., Lim S., Shibuya K., Aboyans V., Abraham J., Adair T., Aggarwal R., Ahn SY, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet. – Dec 15, 2012. – Vol. 380 (9859). – P. 2095–128 DOI:10.1016/S0140-6736(12)61728-0. PMID 23245604.

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**Г.С. ЕСНАЗАРОВА, Х.С. ОМАРОВА, Д.К. САЙЛАНОВА, С.А. КРАСНОВА, Е.Ш. ҚҰДАБАЕВ, М.С. ОРДАХАНОВА, Н.Б. БАЙЖІГІТОВА**

<sup>1</sup>Қазақ-Ресей медицина университеті, Алматы қ.

<sup>2</sup>С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

<sup>3</sup>№1 қалалық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

**ХОДЖКИНДІ ЕМЕС ЛИМФОМАМЕН АУРУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ JAҒДАЙЫ**

Қазақстанда Ходжкинді емес ауру жиілігі 100000 адамға шаққанда 4,6 құрайды. Ең көп таралған Ходжкинді емес лимфоманың түрі – диффузді В-үлкен жасушалы лимфома, ол барлық Ходжкинді емес лимфоманың 30–40% құрайды.

Біз диффузді В-үлкенжасушалы лимфомамен ауруды бақыладық, түрі – диффузді.

Сонымен, осы бақылаудан біздің жағдайымызда аурудың анамнезі қысқа, тез дамидын мүшелердің жетіспеушілігін көрдік. Қарастырылған жағдайда ішкі мүшелердің зақымданғаны, орталық және аймақтық лимфа түйіндерінің зақымдалынбаған белгілері көрінді, бұл лимфоманың диагностикасына қиындық тудырды.

**Қорытынды.** Сонымен, осы бақылаудан біздің жағдайымызда аурудың анамнезі қысқа, тез дамидын мүшелердің жетіспеушілігін, медицина көмегіне кеш жүгінгені, аурудың ауыр жағдайына байланысты іш қуысының КТ, МРТ-сі жасалмады.

Науқасқа парацентез жасалды, асцит сұйықтығын тексеруге мүмкіндік болды, алайда ол іске асырылмады. Себебі дәрігерлер науқаста онкология болуын қарастырмады.

**Негізгі сөздер:** Ходжкинді емес лимфома, В-үлкен жасушалы лимфома, бауыр циррозы, асцит.

**S U M M A R Y**

**G.S. ESNAZAROVA, Kh.S. OMAROVA, D.C. SAYLANOVA, S.A. KRASNOVA, E.Sh. KUDABAEV, M.S. ORDAHANOVA, N.B. BAYZHIGITOVA**

<sup>1</sup>Kazakh-Russian Medical University, Almaty c.,

<sup>2</sup>Kazakh National Medical University n.a S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

<sup>3</sup>Clinical Hospital №1, Almaty c.

**CLINICAL THE CASE OF PATIENT WITH NON-HODGKIN LYMPHOMA**

In Kazakhstan, the incidence of non-Hodgkin's lymphoma was 4.6 per 100,000 population. The most common type of non-Hodgkin's

lymphoma is diffuse large B-cell lymphoma, which accounts for about 30-40% of all types of non-Hodgkin's lymphoma.

We observed a patient with diffuse large cell lymphoma, diffuse form.

Thus, from this observation shows that the history of the disease in this case is short, with the rapid development of multiple organ failure. In this case, there were signs of destruction of many internal organs, asymptomatic lesions are peripheral and regional lymph nodes, which has created some difficulties in the diagnosis of lymphoma.

**Conclusions.** Thus, from this observation we show that the history of the disease in this case is short, with the rapid development of multiple organ failure, too late to seek medical help because of the severity of the condition is not performed CT and MRI of the abdomen.

But paracentesis was performed, it had the opportunity to explore the ascites fluid which has not been implemented. The reason for this lack of vigilance of cancer doctors.

**Key words:** *Non-Hodgkin's lymphoma, B large cell lymphoma, liver cirrhosis, ascites.*

---

Для ссылки: Есназарова Г.С., Омарова Х.С., Сайланова Д.К., Краснова С.А., Кудабеев Е.Ш., Ордаханова М.С., Байжигитова Н.Б. Клинический случай больного с неходжкинской лимфомой // *J. Medicine (Almaty)*. – 2016. – No 1(163). – P. 10-13

Статья поступила в редакцию 22.12.2015 г.

Статья принята в печать 14.01.2016 г.