

2. Ненашев Р.А., Калиниченко С.А., Чуудинов А.Н., Гулаков А.В. Накопление ^{137}Cs иттиофауной различных водоемов Полесского государственного радиационно-экологического заповедника. В кн: Экосистемы и радиация: аспекты существования и развития. Минск, Беларусь: РНИУП "Институт радиологии"; 2013. с. 93-104.

3. Conversion Coefficients for use in Radiological Protection against External Radiation. *ICRP Publication 74. Ann. ICRP*. 1996;(3-4):220.

4. FAOSTAT. Food and agriculture organization of the United Nations. [Electronic resource]. 2013. [дата обращения: 2019 Май 30]. Available from: <http://faostat.fao.org/de-fault.aspx?alias=faostatclassic>.

5. Каткова М.Н. Дозы и риски от водопользования, получае-мые населением юго-западных районов Брянской области. *Радиация и Риск*. 2008;17(1):23-33.

6. Arai T. Radioactive cesium accumulation in freshwater fish- es after the Fukushima nuclear accident. *Springerplus*. 2014;(3):479. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/2193-1801-3-479>.

7. Онищенко Г.Т., Репин В.С., Романович И.К. Оценка радиа- ционных рисков вследствие потребления дальневосточной про- мышловой рыбы после аварии на АЭС «Фукусима-1». *Радиаци- онная Гигиена*. 2015;8(1):5-15.

REFERENCES

1. Homutinin YUV, Kashparov VA, Kuz'menko AV. Zavisimost' koefitsientov nakopleniya ^{137}Cs i ^{90}Sr ryboj ot sodержaniya kaliya i kal'ciya v vode pre-snovodnogo vodoema. *Radiac Biologiya*. 2011;51(3):374-84. (in Russ.).

2. Nenashev RA, Kalinichenko SA, CHudinov AN, Gulakov AV. Nakoplenie ^{137}Cs ihtiofaunoy razlichnyh vodoemov Poleskogo gosudarstvennogo radiaci-onno-ekologicheskogo zapovednika. V kn: Ekosistemy i radiaciya: aspekty su-shchestvovaniya i razvitiya. Minsk, Belarus: RNIUP "Institut radiologii"; 2013. p. 93-104. (in Russ.).

3. Conversion Coefficients for use in Radiological Protection against External Radiation. *ICRP Publication 74. Ann. ICRP*. 1996;(3-4):220.

4. FAOSTAT. Food and agriculture organization of the United Nations. [Elec-tronic resource]. 2013. [data obrashcheniya: 2019 Maj 30]. Available from: <http://faostat.fao.org/de-fault.aspx?alias=faostatclassic>.

5. Katkova MN. Dozy i riski ot vodopol'zovaniya, poluchae-mye naseleniem yugo-zapadnyh rayonov Bryanskoj oblasti. *Radiaci- ya i Risk*. 2008;17(1):23-33. (in Russ.).

6. Arai T. Radioactive cesium accumulation in freshwater fish- es after the Fuku-shima nuclear accident. *Springerplus*. 2014;(3):479. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/2193-1801-3-479>.

7. Onishchenko GG, Repin VS, Romanovich IK. Ocenka radi- acionnyh riskov vsledstvie potrebleniya dal'nevostochnoj promys- lovoj ryby posle avarii na AES «Fukusima-1». *Radiac Gigiena*. 2015;8(1):5-15. (in Russ.).

Адрес для корреспонденции

247618, Республика Беларусь,
Гомельская область, г. Хойники, ул. Терешковой, 7,
ГПНИУ «Полесский государственный радиационно-
экологический заповедник»,
отдел радиационно-экологического мониторинга,
Тел. моб.: +375 29 3314809,
e-mail: rm@tut.by
Ненашев Роман Алексеевич.

Сведения об авторах

Ненашев Р.А., с.н.с. отдела радиационно-экологического мониторинга ГПНИУ «Полесский государственный радиационно-экологический заповедник».

Шабалева М.А., к.б.н., доцент кафедры гистологии, цито-логии и эмбриологии УО «Гомельский государственный меди-цинский университет».

Калиниченко С.А., к.б.н., в.н.с. отдела радиационно-экологического мониторинга ГПНИУ «Полесский государственный радиационно-экологический заповедник».

Головешкин В.В., н. с. отдела радиационно-экологического мониторинга ГПНИУ «Полесский государственный радиационно-экологический заповедник».

Марченко Ю.Д., зав. отдела радиационно-экологического мониторинга ГПНИУ «Полесский государственный радиационно-экологический заповедник».

Address for correspondence

247618, The Republic of Belarus,
Gomel region, Choiniki, Tereshkova Str., 7,
SERI «Polesye state radiation-ecological reserve»,
Scientific Department of Radiation-Ecological Monitoring,
Mob.tel.: +375 29 3314809,
e-mail: rm@tut.by
Nenashev Roman Alekseevich

Information about of the authors

Nenashev R.A., Senior Researcher, Scientific Department of Radiation-Ecological Monitoring SERI «Polesye state radiation-ecological reserve».

Shabaleva M.A., PhD, Ass. Professor, Department of histology, cytology and embryology, EE «Gomel State Medical University».

Kalinichenko S.A., PhD, Leading Researcher, Scientific Department of Radiation-Ecological Monitoring SERI «Polesye state radiation-ecological reserve».

Goloveshkin V.V., Researcher, Scientific Department of Radiation-Ecological Monitoring SERI «Polesye state radiation-ecological reserve».

Marchenko Yu.D., Head of the Scientific Department of Radiation-Ecological Monitoring SERI «Polesye state radiation-ecological reserve».

Поступила 10.06.2019

СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК 616.428-08

МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ БОЛЕЗНИ КАСТЛЕМАНА

Е. Н. Щербакова¹, Е. Г. Малаева¹, Е.В. Остапова²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 4»

г. Гомель, Республика Беларусь

Статья посвящена обсуждению особенностей течения болезни Кастлемана, клинического случая мультцентрического варианта заболевания. Анализируются анамнез пациента, клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.

Ключевые слова: болезнь Кастлемана, мультицентрическая болезнь Кастлемана, лимфопролиферативное заболевание.

The article is devoted to the discussion of the specific features of Castleman disease, a clinical case of its multicentric variant, and analyzes the patient's case report, the clinical data and results of the laboratory and instrumental methods of research.

Key words: Castleman disease, multicentric Castleman disease, lymphoproliferative disease.

E. N. Shcherbakova, E. G. Malayeva, E. V. Ostapova
Multicentric Castleman Disease
Problemy Zdorov'ya i Ekologii. 2019 Jul-Sep; Vol 61 (3): 97-101

Введение

Болезнь Кастлемана (ангиофолликулярная гиперплазия лимфатических узлов) представляет собой редкое доброкачественное лимфопролиферативное заболевание, которое сопровождается длительным бессимптомным течением, ассоциируется с широким спектром аутоиммунных, онкологических заболеваний, лимфом. Впервые В. Castleman описал подобный случай в 1954 году у 41-летнего мужчины. Болезнь встречается у пациентов старше 60 лет обоих полов. Заболевание может быть ассоциировано с ВИЧ инфекцией, выявляется связь с HHV-8 (герпес-вируса человека, тип 8) [1–2, 7–11].

В настоящее время болезнь Кастлемана включает три типа: гиалиновый сосудистый, плазмноклеточный (локализованный), мультицентрический. Мультицентрический вариант, или мультицентрическая болезнь Кастлемана встречается в 2,5 раза реже локализованных вариантов, протекает более агрессивно, с наличием выраженных клинических симптомов, неблагоприятного прогноза, характеризуется смешанноклеточной или плазмноклеточной инфильтрацией и требует проведения цитостатической терапии [3, 4].

Опухоль может иметь различную локализацию. У большинства пациентов она определяется в корне легкого, около крупных сосудов, в средостении, встречается в забрюшинном пространстве, а также в периферических лимфатических узлах (ЛУ) [5, 6]. При генерализованном (мультицентрическом) варианте среди клинических симптомов выявляются снижение массы тела, общая слабость, недомогание, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, системные аутоиммунные поражения, РОEMS-синдром, который включает полинейропатию, увеличение размеров внутренних органов, патологию эндокринных органов, наличие моноклональных антител и изменений в коже и ее придатках). Может присутствовать болевой синдром, кожный зуд, одышка, расстройства пищеварения. При лабораторном исследовании диагностируются анемия, тромбоцитопения либо тромбоцитоз, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, увеличение концентрации С-реактивного белка, количества циркулирующих иммунных комплексов, гипергаммаглобулинемия, следы моноклональных антител. Мульти-

центрический вариант болезни Кастлемана требует цитостатической терапии [2].

Случай из клинической практики

Пациент Д., мужчина 60 лет, поступил в приемное отделение ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница №4» по направлению участкового терапевта с диагнозом: «Внегоспитальная двухсторонняя полисегментарная пневмония, средней степени тяжести, неуточненной этиологии. Гидроторакс справа? Новообразование нижней доли справа? ДН0-1. Лимфогранулематоз? ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Артериальная гипертензия 2-й степени, риск 4. Н1. Сахарный диабет, тип 2, стадия клинко-метаболической субкомпенсации».

Данные анамнеза: пациент наблюдался амбулаторно на протяжении 14 лет, из перенесенных заболеваний - простудные. Последняя госпитализация до поступления в ГУЗ «ГТКБ № 4» 2 месяца назад по поводу внегоспитальной правосторонней нижнедолевой пневмонии неуточненной этиологии средней степени тяжести. ДН0.

Накануне госпитализации обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, першение в горле, сухой кашель. В общем анализе крови выявлено ускорение СОЭ до 49 мм/ч.

Проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) лимфатических узлов. В области шеи справа и слева выявлены множественные гиперплазированные ЛУ сниженной экзогенности, округлой и овальной формы, без четкой дифференцировки структуры, с максимальным размером 18 мм, в некоторых ЛУ прослеживается нормальная архитектоника. В подмышечной области справа и слева определены множественные гиперплазированные ЛУ преимущественно вытянутой формы, с прослеживающейся дифференцировкой, с максимальным размером 25×32 мм. В паховых областях с обеих сторон выявлены множественные гиперплазированные ЛУ овоидной формы, во многих четко визуализируется нормальная внутренняя структура, с максимальным размером узла справа до 17×40 мм. Заключение: «Генерализованная лимфаденопатия».

С целью онкологического поиска выполнена фиброколоноскопия, диагностированы

дивертикулы, полип сигмовидной кишки. Гистологическое заключение: «Тубулярная аденома с легкой дисплазией, слизистая кишки с небольшой воспалительной инфильтрацией».

На амбулаторном этапе выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК). Заключение: «Картина может соответствовать лимфопролиферативному заболеванию». При проведении УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения паренхимы печени, спленомегалия. Консультирован гематологом, выполнена стерильная пункция, данных, свидетельствующих о системном заболевании, не выявлено. Консультирован онкологом, выставлен диагноз: «Гиперплазия надключичных, подмышечных ЛУ», рекомендован динамический КТ-контроль. Проведена эксцизионная биопсия подмышечного лимфоузла слева, выставлен диагноз: «Лимфогранулематоз?».

В связи с ухудшением состояния пациент направлен в стационар для госпитализации. При поступлении предъявлял жалобы на общую слабость, головокружение, повышение температуры тела до 39,5 °С, периодические ноющие боли в области грудной клетки, смешанную одышку при физической нагрузке. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Правильного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сыпи нет. Отеки стоп с двух сторон. Увеличены подмышечные и подключичные ЛУ с двух сторон. Костно-мышечная система без особенностей. Пульс — 70 уд/мин, ритмичный. АД — 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, границы сердца не расширены. Шумов нет. Перкуторно над легкими выявляется ясный легочной звук. При аускультации — дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах с двух сторон, определяются мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с двух сторон. Живот симметричный, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Перитониальных симптомов нет. Печень увеличена, выходит из-под края реберной дуги на 1,5 см, безболезненная. Стул, диурез — в норме.

При проведении обследования выявлены следующие патологические изменения. В общем анализе крови наблюдается ускорение СОЭ — до 62 мм/ч, снижение уровня гемоглобина крови до 90 г/л, эритроцитов — до $3,57 \times 10^{12}/л$, цветного показателя — 0,75. В биохимическом анализе крови отмечается увеличение уровня мочевины до 10,1 ммоль/л, щелочной фосфатазы — до 427,0 Ед/л, ГГТП — 46,0 Ед/л. В коагулограмме определены увеличенные данные АЧТВ — 42 с., МНО — 1,46, фибриногена — 4,4 г/л. При рентгенографии органов груд-

ной клетки диагностирована рентгенологическая картина, которая может соответствовать двухсторонней полисегментарной пневмонии, дополнительное образование нижней доли правого легкого? Нельзя исключить наличие небольшого количества жидкости в плевральной полости справа.

Для уточнения диагноза выполнен ряд исследований. На КТ ОГК выявлены признаки двухсторонней полисегментарной пневмонии, гиперплазированных подмышечных и медиастинальных ЛУ, спленомегалии. При УЗИ плевральных полостей определено незначительное количество свободной жидкости в синусах с обеих сторон. УЗИ органов брюшной полости и почек показало повышенную эхогенность поджелудочной железы, спленомегалию (160×75 мм), гиперэхогенное образование селезенки размером до 14 мм, группу увеличенных ЛУ в воротах селезенки, неровные контуры, кисты обеих почек размером по 18 мм. Проведена биопсия подмышечного лимфоузла слева. Заключение: болезнь Кастлемана.

Пациент находился на стационарном этапе лечения 25 койко-дней. Несмотря на проводимую терапию наблюдалось прогрессивное ухудшение состояния пациента. Клинически нарастала одышка, общая слабость, повышалась температура тела. По данным общего анализа крови нарастал лейкоцитоз (с 5,64 до $10,5 \times 10^9/л$), прогрессировала тромбоцитопения (с 274 до $21 \times 10^9/л$), анемия (Hb с 90 до 74 г/л). В биохимическом анализе крови в сравнении с 1-м и 25-м днем лечения наблюдалась отрицательная динамика уровня общего белка (с 75,4 до 57,3 г/л), альбуминов (с 40,4 до 24,0 г/л), мочевины (с 10,1 до 46,2 ммоль/л), креатинина (с 85,2 до 370,1 мкмоль/л), общего билирубина (с 7,9 до 26,1 г/л), щелочной фосфатазы (с 427,1 до 666,0 Ед/л), калия (с 4,4 до 6,67 ммоль/л). Рентгенография органов грудной клетки в динамике отразила отсутствие существенной динамики, в нижних отделах с обеих сторон сохранение неоднородной инфильтрации легочной ткани, обогащения легочного рисунка. При динамическом обследовании КТ ОГК выявлена отрицательная динамика за счет появления изменений в легких и увеличения размеров подмышечных (больше слева) и медиастинальных лимфатических узлов.

На 25-е сутки стационарного лечения наступила биологическая смерть. Тело направлено на аутопсию. По результатам патологоанатомического исследования выставлен диагноз: «D 47.7: болезнь Кастлемана (ангиофолликулярная гиперплазия лимфатических узлов), мультицентрический вариант (на основании иммуногистохимического исследования) с плазмочитарной инфильтрацией внутренних органов и костного мозга, гепатоспленомега-

лией, увеличением подчелюстных лимфоузлов, лимфоузлов средостения, корня легкого, парааортальных, брыжеечных, лимфоузлов ворот печени и селезенки». Осложнения основного диагноза: «ДВС-синдром: расширение сосудов микроциркуляторного русла с формированием эритроцитарнофибриновых тромбов, множественные мелкоточечные и мелкопятнистые кровоизлияния в кожу, серозные и слизистые оболочки, внутренние органы; тромбоцитопения. Анемия. Хроническое общее венозное малокровие и дистрофические изменения внутренних органов. Гидроперикард. Двухсторонний гидроторакс. Асцит. Острая почечная недостаточность. Отек легких. Отек головного мозга». Сопутствующие заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (2 ст., 2 ст., стеноз до 50 %). Артериальная гипертензия в стадии органических изменений. Атеросклероз сосудов основания головного мозга (1 ст., 2 ст., стеноз до 25 %). Атеросклероз аорты (3 ст., 4 ст.). Хронический активный атрофический гастрит.

Обсуждение

Среди основных заболеваний, протекающих с синдромом лимфаденопатии, выделяют болезнь Кастлемана (ангиофолликулярная лимфоидная гиперплазия), которая относится к группе иммунопатологических заболеваний.

Согласно данным аутопсии пациента Д., выявлено увеличение подчелюстных лимфоузлов, лимфоузлов средостения, корня легкого, парааортальных, брыжеечных, лимфоузлов ворот печени и селезенки. Согласно классификации, заболевание носит генерализованный характер.

Для проведения дифференциальной диагностики среди лимфаденопатий необходимо обратить внимание на возраст пациента, данные анамнеза, локализацию, распространенность, размеры, консистенцию, болезненность, подвижность ЛУ, наличие спленомегалии, лихорадки, кожных высыпаний, признаков суставного синдрома, поражения легких, патологически измененных показателей периферической крови. Указанные признаки помогают правильно провести диагностический поиск. Повышение температуры тела, анемия в периферической крови пациента с лимфаденопатией может послужить проявлением опухолевого процесса или системных васкулитов. Для дифференциальной диагностики обязательным лабораторным исследованием является изучение показателей периферической крови для подтверждения или исключения предполагаемого диагноза на этапе первичного осмотра пациента. Патологические изменения необходимо трактовать исходя из их различной специфичности. Нейтрофильный лейкоцитоз, лейкопения и тромбоцитопения не являются специфичными,

так как они могут встречаться при других заболеваниях, сопровождающихся лимфаденопатией.

Дифференциальную диагностику лимфогранулематоза проводят с такими заболеваниями, как хронический лимфолейкоз, злокачественные лимфомы, болезнь Вальденстрема, острый лимфобластный лейкоз. В описанном случае у пациента в пользу лимфогранулематоза можно отнести средний возраст, наличие лимфаденопатии, спленомегалии. При первичном осмотре врачом отмечено увеличение надключичных лимфоузлов, что чаще связано с лимфопролиферативными опухолями. Здесь необходимо проводить онкопоиск, поскольку увеличение надключичных лимфоузлов может свидетельствовать о метастатическом опухолевом процессе (опухоли желудка, яичников, легких, молочных желез). Однако в пользу метастатического процесса может говорить увеличение одного ЛУ. При проведении компьютерной томографии органов грудной клетки пациента выявлены увеличенные подмышечные, подключичные, превакцинарные, нижние паратрахеальные ЛУ. Согласно литературным данным, при увеличенных ЛУ размером более 2 см² чаще следует подозревать опухолевый или гранулематозный процесс.

Существуют основные рекомендации по ведению пациентов с лимфаденопатией. При первичном осмотре врачом необходимо подробное исследование пациента для выявления дополнительных признаков (изменения на коже и слизистых оболочках, спленомегалия), а также обязательное проведение лабораторного анализа периферической крови. На основании выявленных признаков необходимо проведение диагностического поиска. При значительно быстром увеличении размеров ЛУ необходимо наблюдение за пациентом на протяжении от 2 до 4 недель. Антибактериальная терапия показана лишь при доказанной бактериальной инфекции, назначение глюкокортикоидов и физиотерапевтические методы лечения в данном случае не показаны. Биопсия ЛУ проводится только при соблюдении определенных условий (плотные, безболезненные ЛУ размером более 2 см², надключичная локализация, возраст пациента старше 40 лет) [3–4].

Заключение

При первичном осмотре пациента Д. выявлены спленомегалия, существенные изменения показателей периферической крови с последующим диагностическим поиском, выполнена биопсия ЛУ. Данные мероприятия удовлетворяют требованиям ведения пациентов с лимфаденопатией. Тактика соответствует диагностическому алгоритму при генерализованной лимфаденопатии, когда при нахождении изменений в крови ведется диагностический поиск

в соответствии с выявленными изменениями, и при отсутствии диагноза проводится биопсия лимфоузлов. Однако в связи с особенностью течения мультицентрического варианта болезни Кастлемана своевременная диагностика основного заболевания не представлялась возможной. Летальный исход был неизбежен из-за тяжести основного заболевания, особенностей течения мультицентрического варианта болезни Кастлемана и наступивших осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мухин НА, Моисеева ВС, Мартынова АИ, редакторы. Внутренние болезни. 3-е изд. испр. и доп. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2013;3(2). 958 с.
2. Меликян АЛ, Егорова ЕК, Ковригина АМ и др. Клинико-морфологические особенности различных вариантов болезни Кастлемана. *Терапевт Архив*. 2015;87(7):64-71.
3. Окорочков АН. Диагностика болезней внутренних органов. Москва, РФ: Медицинская литература; 2001;10(4). 502 с.
4. Малаева Е.Г. Учебно-методический комплекс по дисциплине «Внутренние болезни» для 6 курса [Электронный ресурс]. Гомель: ГомГМУ; 2016. [дата обращения: 2019 Апрель].
5. Castleman B, Thowne VW. Case records of the Massachusetts General Hospital Weekly Clinicopathological Exercises: *New Engl J Med*. 1954;250:26-30.
6. Castleman B, Iverson L, Menendez VP. Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma. *Cancer*. 1956;9(4):822-30.
7. Dupin N, Diss TL, Kellam P et al. HHV-8 is associated with a plasmablastic variant of Castleman disease that is linked to HHV-8-positive plasmablastic lymphoma. *Blood*. 2000;95(4):1406-12.
8. Guihot A. Multicentric Castleman disease is associated with polyfunctional effector memory HHV-8-specific CD8+ T cells. *Blood*. 2008;111(3):1387-95.
9. Oksenhendler E. Multicentric Castleman's disease in HIV infection: a clinical and pathological study of 20 patients. *AIDS*. 1996;10(1):61-67.
10. Peterson BA, Frizzera G. Multicentric Castleman's disease. *Semin Oncol*. 1993;20(6):636-47.
11. Suda T, Katano H, Delsol G et al. HHV-8 infection status of AIDS-unrelated and AIDS-associated multicentric Castleman's disease. *Pathol Int*. 2001;51(9):671-79.

REFERENCES

1. Mukhin NA, Moiseeva VS, Martynova AI, redaktory. Vnutrennie bolezni. 3-e izd, ispr. i dop. Moskva, RF: GEOTAR-Media; 2013;3(2). 958 p. (in Russ.).
2. Melikyan AL, Egorova EK, Kovrigina AM i dr. Klinikomorfologicheskie osobennosti razlichnykh variantov bolezni Kastlemana. *Terapevt Arkhiv*. 2015;87(7):64-71. (in Russ.).
3. Okorokov AN. Diagnostika bolezney vnutrennikh organov. Moskva, RF: Meditsinskaya literatura; 2001;10(4). 502 p. (in Russ.).
4. Malaeva EG. Uchebno-metodicheskij kompleks po discipline «Vnutrennie bolezni» dlja 6 kursa [Elektronnyj resurs]. Gomel': GomG-MU; 2016. [data obrashhenija: 2019 April']. (in Russ.).

5. Castleman B, Thowne VW. Case records of the Massachusetts General Hospital Weekly Clinicopathological Exercises: *New Engl J Med*. 1954;250:26-30.
6. Castleman B, Iverson L, Menendez VP. Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma. *Cancer*. 1956;9(4):822-30.
7. Dupin N, Diss TL, Kellam P et al. HHV-8 is associated with a plasmablastic variant of Castleman disease that is linked to HHV-8-positive plasmablastic lymphoma. *Blood*. 2000;95(4):1406-12.
8. Guihot A. Multicentric Castleman disease is associated with polyfunctional effector memory HHV-8-specific CD8+ T cells. *Blood*. 2008;111(3):1387-95.
9. Oksenhendler E. Multicentric Castleman's disease in HIV infection: a clinical and pathological study of 20 patients. *AIDS*. 1996;10(1):61-67.
10. Peterson BA, Frizzera G. Multicentric Castleman's disease. *Semin Oncol*. 1993;20(6):636-47.
11. Suda T, Katano H, Delsol G et al. HHV-8 infection status of AIDS-unrelated and AIDS-associated multicentric Castleman's disease. *Pathol Int*. 2001;51(9):671-79.

Адрес для корреспонденции

246000, Республика Беларусь,
г. Гомель, ул. Ланге, 5,
УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
кафедра внутренних болезней №1 с курсом эндокринологии,
Тел. моб.: +375 29 3179746,
e-mail: ekateryna.shcherbakova@gmail.com
Щербакова Екатерина Николаевна

Сведения об авторах

Щербакова Е.Н., магистр, ассистент кафедры внутренних болезней №1 с курсом эндокринологии УО «Гомельский государственный медицинский университет».

Малаева Е.Г., к.м.н., доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней №1 с курсом эндокринологии УО «Гомельский государственный медицинский университет».

Остапова Е.В., заместитель главного врача по организационно-методической работе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница №4».

Address for correspondence

246000, the Republic of Belarus,
Gomel, Lange Str., 5,
Gomel State Medical University,
Department of Internal Medicine №1 with endocrinology course,
Tel. mob.: +375 29 3179746,
e-mail: ekateryna.shcherbakova@gmail.com
Shcherbakova Ekaterina Nikolaevna

Information about the authors

Shcherbakova E.N., master, department assistant of Internal Diseases No.1 with Endocrinology Course, Educational Institution «Gomel State Medical University».

Malaeva E.G., PhD, Ass. Professor, chief of the department of Internal Medicine №1 with endocrinology course, Educational Institution «Gomel State Medical University».

Ostapova E.V., deputy chief physician for the organizational and methodological work of the State Health Institution «Gomel City Clinical Hospital No. 4».

Поступила 11.06.2019

УДК 616.517.8:618.16]:616.5-004.1

СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИХЕН ВУЛЬВЫ У ПАЦИЕНТОК С ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Л. А. Порошина¹, Е. И. Рублевская², С. Л. Ачинович³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

²Учреждение

«Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

³Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

В статье приведены современные литературные данные о этиопатогенезе, распространенности склероатрофического лишена, изложены клинические проявления и классификация заболевания, рассмотрены вопросы диагностики и лечения. Приведены 3 клинических случая поражения половых органов в виде склеро-