

УДК 616.12/.13-006.441

<https://doi.org/10.51523/2708-6011.2023-20-3-17>

Периферическая неспецифицированная Т-клеточная лимфома с поражением сердца и крупных сосудов средостения

Н. В. Николаева¹, Н. Б. Кривелевич¹, Д. В. Осипенко^{1,2}, А. В. Березняцкий²,
А. В. Дорогокупец², Е. Б. Почуйко², Е. А. Калилец¹, А. Д. Аноничева¹

¹Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

²Гомельский областной клинический кардиологический центр, г. Гомель, Беларусь

Резюме

Периферическая неспецифицированная Т-клеточная лимфома без дополнительного уточнения (ПТКЛ БДУ) — это опухолевое новообразование, развивающееся из зрелых Т-лимфоцитов и НК-клеток. ПТКЛ БДУ — редкое злокачественное новообразование, встречающееся чаще всего у мужчин, преимущественно старше 60 лет. Данный вид лимфомы составляет около 15 % от всех неходжкинских лимфом. В статье описан клинический случай ПТКЛ БДУ, который был труден в диагностическом плане.

Ключевые слова: опухоли средостения, Т-клеточная лимфома, диагностика лимфомы

Вклад авторов. Николаева Н.В., Кривелевич Н.Б., Калилец Е.А., Аноничева А.Д., Осипенко Д.В., Дорогокупец А.В., Березняцкий А.В., Почуйко Е.Б.: концепция и дизайн исследования, обзор публикаций по теме статьи, описание клинического случая, редактирование, обсуждение данных, проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Николаева Н.В., Кривелевич Н.Б., Осипенко Д.В., Березняцкий А.В., Дорогокупец А.В., Почуйко Е.Б., Калилец Е.А., Аноничева А.Д. Периферическая неспецифицированная Т-клеточная лимфома с поражением сердца и крупных сосудов средостения. Проблемы здоровья и экологии. 2023;20(3):129–136. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2023-20-3-17>

Peripheral unspecified T-cell lymphoma with damage to the heart and large vessels of the mediastinum

Natalia V. Nikolaeva¹, Natalia B. Krivelevich¹, Dzmitry V. Osipenko^{1,2},
Alexey V. Berezniatsky², Anna V. Dorogokupets², Elena B. Pochuiko²,
Katsiaryna A. Kalilets¹, Anastasia Dz. Anonicheva¹

¹Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

²Gomel Regional Clinical Cardiological Center, Gomel, Belarus

Abstract

Peripheral unspecified T-cell lymphoma not otherwise specified (PTCL NOS) is a malignant neoplasm that develops from mature T-lymphocytes and NK cells. PTCL NOS is a rare malignant neoplasm that occurs most often in men, predominantly over 60 years of age. This type of lymphoma accounts for about 15% of all non-Hodgkin's lymphomas. The paper describes a clinical case of PTCL NOS, which was difficult to diagnose.

Keywords: mediastinal tumors, T-cell tumors, lymphoma, pathological anatomy

Author contributions: Nikolaeva N.V., Krivelevich N.B., Kalylets E.A., Anonicheva A.D., Osipenko D.V., Dorogokupets A.V., Berezniatsky A.V., Pochuiko E.B.: concept and design of the study, review of publications on the topic of the article, description of a clinical case, editing, discussion of data, verification of critical content, approval of the manuscript for publication.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study was conducted without sponsorship.

For citation: Nikolaeva NV, Krivelevich NB, Osipenko DV, Berezniatsky AV, Dorogokupets AV, Pochuiko EB, Kalilets EA, Anonicheva AD. Peripheral unspecified T-cell lymphoma with damage to the heart and large vessels of the mediastinum. Health and Ecology Issues. 2023;20(3):129–136. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2023-20-3-17>

Введение

Лимфомы — это, как правило, опухоли из периферических клеток иммунной системы, и лишь незначительная часть лимфом происходит из иммунологически незрелых клеток или клеток-предшественников. Линейная принадлежность и уровень дифференцировки иммунофенотипически различных лимфом, а также клинические проявления, результаты лечения и прогноз связаны с биологическими особенностями опухоли [4, 5, 6].

Опубликованный в 2017 г. пересмотр 4-го издания Классификации ВОЗ опухолей лимфоидной ткани значительно отличается от ранних вариантов классификации, в частности от Кильской классификации Карла Леннерта [1]. В Кильской схеме основными классификаторами были гистологическая степень злокачественности, которая определялась морфологически, и линейная принадлежность (иммунофенотип) опухолевых лимфоцитов. Удобство этого подхода заключалось в том, что, не имея данных о молекулярных или клинических характеристиках лимфомы, можно было отнести ее к определенной прогностической группе. Появление новых сведений о биологии лимфоидных опухолей позволило переработать Кильскую классификацию и предложить новую схему — Классификацию REAL, которая стала основой 3-го издания Классификации ВОЗ 2001 г. В результате обобщения большого объема данных о клинических характеристиках, фенотипе и молекулярных особенностях лимфом в дальнейшем было подготовлено существенно переработанное 4-е издание, опубликованное в 2008 г. Большинство Т-клеточных лимфом объединили в одну группу — Т-клеточная лимфома без дополнительного уточнения. Основа этих классификационных схем — клинко-морфологическая категория, использующаяся как аналог нозологической формы [1, 5].

ПТКЛ БДУ представляет собой опухоль, состоящую из зрелых Т-лимфоцитов и NK-клеток. Данный вид лимфом составляет около 15 % от всех неходжкинских лимфом. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, но чаще всего отмечается в возрасте старше 60 лет, причем мужчины заболевают чаще, чем женщины (соотношение 3:2) [8].

Этиология как периферических Т-клеточных, так и других неходжкинских лимфом до конца не известна. В литературных источниках в основном высказываются лишь мнения о факторах способствующих увеличению риска развития лимфоидных опухолей. Чаще упоминается вирус Эпштейна – Барр. Учитывая, что ДНК вируса Эпштейна – Барр выявляется в 10–30 % всех неходжкинских лимфом, высказывается предположение, что реактивация вируса способствует формированию опухоли [3].

Убедительных данных о значении факторов внешней среды в развитии периферических Т-клеточных лимфом нет. Для данного заболевания характерными считаются частые рецидивы, малая эффективность терапии, крайне неблагоприятный прогноз и низкая общая выживаемость (5-летняя — 20–25 %). Для лечения используются практически те же терапевтические подходы, что и для распространенных агрессивных В-клеточных лимфом [3]. В средостении могут развиваться различные Т-клеточные лимфомы. Эти опухоли могут происходить либо из клеток-предшественников, либо из зрелых [6].

Клиническая картина ПТКЛ БДУ включает в себя общие неспецифические симптомы (потливость, слабость, повышение температуры тела и увеличение лимфатических узлов) и специфические симптомы, характерные для определенной локализации очагов поражения [7]. Так, при поражении сердца отмечаются дискомфорт в области сердца, учащенное сердцебиение, ощущение сердцебиения [1, 2]. Таким образом, учитывая, что проявления ПТКЛ БДУ крайне разнообразны, выявить сугубо специфические клинические признаки крайне затруднительно [6, 9].

ПТКЛ БДУ характеризуется тяжелым течением. Прогноз в большинстве случаев неблагоприятный. Диагноз, как правило, устанавливается на основании патологического исследования тканей. Наиболее распространенным методом лечения считается трансплантация стволовых клеток в сочетании с химиотерапией для улучшения ремиссии [4].

Цель исследования

Проанализировать случай клинического течения и морфологической диагностики Т-клеточной лимфомы без дополнительного уточнения на основании случая из собственной клинической практики, в связи со сложностью диагностики и нетипичной клинической картиной.

Материалы и методы

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

В отделении были проведены следующие исследования:

Общий анализ крови: в динамике от 16.04.2021 по 28.04.2021 отмечается снижение Hb до 117 г/л, лейкоцитоз со сдвигом влево: L — $14,17 \times 10^9$ /л, п-(6), увеличение СОЭ до 45 мм/ч.

Биохимический анализ крови: увеличение СРБ до 42 мг/мл, АлАТ — до 73 ед/л, снижение общего белка до 63 г/л.

Коагулологические тесты от 19.04.2021: АЧТВ — 27,6 с; МНО — 1,06; ПТИ — 0,94; фибриноген — 4,9 г/л.

Общий анализ мочи от 19.04.2021 и 26.04.2021: показатели в норме.

Обследование на ИФА-ВИЧ, анализ на сифилис от 19.04.2021 — отрицательный.

Электрокардиография (ЭКГ) от 19.04.2021: ритм синусовый, ЧСС — 110 уд./мин, ЭОС нормальная. Заключение: Субэндокардиальные диффузные изменения в миокарде.

УЗИ щитовидной железы от 19.04.2021: признаки узлового зоба (узел в правой доле).

В динамике пациенту проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) от 16.04.2021 по 28.04.2021 с отрицательной динамикой: фракция выброса (ФВ %) снизилась до 45 %, индекс локальной сократимости миокарда (ИЛСМ) возрос до 1,69, из дополнительных появился малый гидроперикард без угрозы тампонады, малый двухсторонний гидроторакс.

УЗИ органов брюшной полости от 19.04.2021: умеренно выраженные диффузные изменения печени.

Рентгенография органов грудной клетки (ОГК) от 20.04.2021: без очаговых и инфильтративных изменений. Рентгенография обеих кистей от 20.04.2021: в норме. Рентгенография шейного отдела позвоночника от 22.04.2021: картина может соответствовать начальным признакам остеохондроза. Ретроспондилолистез.

Антиген SARS-CoV2 от 27.04.2021: отрицательный.

По результатам обследования был выставлен диагноз «Подострый миокардит неуточненной этиологии, среднетяжелое течение. Синусовая тахикардия, суправентрикулярная экстрасистолия. Малый гидроперикард без угрозы тампонады. H2A (ФВ 53 %). Малый левосторонний гидроторакс».

Пациент получал следующее лечение: внутрь — бисопролол 7,5 мг, спиронолактон 50 мг, ибупрофен, урсоклин, рамилонг 2,5 мг, гидрохлортиазид 25 мг, преднизолон 5 мг (2-1-1), перигабалин по 1 таб. 2 раза в день; внутривенно — цефотаксим, NaCl 0,9 %-ный, аспаркам, глюкоза, милдорек 10 мг преднизолон 60 мг, дексаметазон 8 мг; внутримышечно — диазепам.

Учитывая отсутствие улучшений на фоне проводимого лечения, 29.04.2021 пациент К. был переведен в кардиологическое отделение областного стационара, 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.

По объективным данным состояние пациента средней степени тяжести, сознание ясное, настроение спокойное, телосложение правильное, лимфоузлы не увеличены, костно-мышечная система без отклонений, температура тела 37 °С, вес — 80 кг, рост — 178 см. Пульс — 100 уд./мин, артериальное давление — 100/70 мм рт. ст., тоны сердца приглушены. Число дыханий — 16/мин, при перкуссии ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Рвоты нет, язык влажный, зев не гиперемирован, печень не увеличена, желчный пузырь не определяется, перистальтика кишечника обычная, живот мягкий, безболезненный, перитонеальные симптомы отсутствуют, стул в норме. Мочеиспускание свободное, симптом поколачивания отрицательный, диурез в норме, отеков нет. На коже грудной клетки определяется сыпь (узловатая эритема?).

На основании полученных данных 30.04.2021 в 10.00 был проведен консилиум в составе заместителя главного врача по медицинской части, заведующего 2-м кардиологическим отделением, заведующего 3-м кардиологическим отделением, врача-кардиолога Гомельского областного клинического кардиологического центра, заведующего кафедрой внутренних болезней № 2 с курсом ФПКП Гомельского государственного медицинского университета. В ходе консилиума был выставлен диагноз «Первичный инфекционный эндокардит одонтогенной этиологии. H2a. Гидроторакс. Гидроперикард».

Даны рекомендации пройти следующие обследования: посев крови на стерильность, посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, прокальцитонин, BNP, чреспищеводную эхокардиографию (ЧПЭхоКГ), фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), контроль ЭХО-КГ, АНСА, антистрептолизин, маркеры к вирусным гепатитам, антинуклеарные АТ, толстая капля на малярийный плазмодий, КТ ОГК.

Компьютерная томография (КТ) грудной полости + MPR, MIP, MinIP, SSD, криволинейная реконструкция от 30.04.2021: с обеих сторон отмечаются фокусы матового стекла до 10–36 мм. Главные, долевы́е, сегментарные бронхи проходимы. В переднем средостении отмечается дополнительная объемная структура до 63 × 30 мм с участками жидкостной (11 Н. У.) плотности.

Клетчатка переднего средостения инфильтрирована, уплотнена. Отсутствует четкая дифференцировка между измененной клетчаткой, магистральными сосудами и перикардом. Перикард диффузно утолщен до 5 мм, с незначительным количеством жидкости. Легочной рисунок перикардиально с обеих сторон усилен, обогащен. Отмечается гиперплазия паракардиальных лимфатических узлов до 11 мм, более выраженная в клетчатке переднего средостения на уровне диафрагмы. Жидкости в плевральной полости не выявлено. Костно-деструктивных изменений на уровне исследования не выявлено.

Заключение: КТ — картина медиастинита, перикардита. Признаки интерстициальной пневмонии (высокая вероятность COVID, легкая степень тяжести). Для исключения объемного процесса (тимома, лимфопролиферативный процесс), уточнения вовлечения в процесс перикарда и магистральных сосудов — КТ с контрастным усилением, КТ-контроль в динамике (рисунок 1).

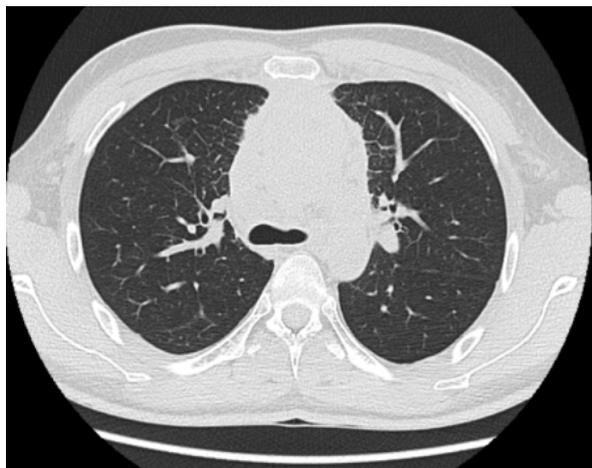
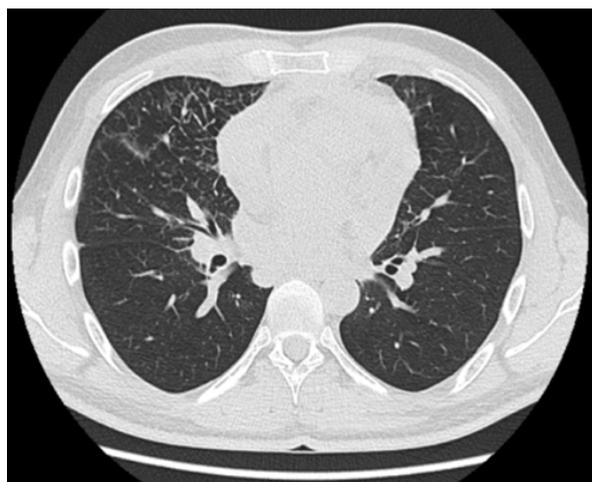


Рисунок 1. КТ грудной полости пациента К. от 30.04.2021
Figure 1. Computed tomography of the thoracic cavity of patient K. from 30.04.2021

В 20:00 30.04.2021 состояние ухудшилось: появилась слабость, температура повысилась до 38,6 °С. Дыхание везикулярное, ослабленное; частота дыхания — 26/мин; тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС — 101 уд./мин, АД — 115/80 мм рт. ст.

В 22:00 30.04.2021 появились жалобы на выраженные боли в руках и ногах, головные боли, слабость, учащенное сердцебиение, предобморочное состояние. Объективно: ЧСС — 130 уд./мин, АД — 100/60 мм рт. ст., SpO₂ — 98 %, температура тела — 38 °С. Учитывая нестабильное состояние пациента, выраженный болевой синдром, для динамического наблюдения, интенсивной терапии пациент переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

В 23:30 30.04.2021 у пациента появилась потливость, сильная слабость, выраженная бледность, акроцианоз, вынужденное положение тела (сидя), дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы сухие с двух сторон, ЧСС — 134 уд./мин, SpO₂ — 95 %, ЧД — 34/мин. Учитывая клинику, явления нарастающей дыхательной недостаточности (снижение SpO₂ до 93 % на фоне проведения оксигенотерапии 4 л/мин), общего анализа крови (лейкоцитоз — до 14,8 × 10⁹/л, лимфопению — 8 %), результат на антиген SARS-CoV2 от 30.04.2021: положительный, данные рентгенографии и КТ легких, пациент переведен для изоляции в «красную зону» отделения анестезиологии и реанимации.

Рекомендовано к лечению добавить антибиотикотерапию — ванкомицин 1,0 г — внутривенно 2 раза в сутки.

В последующие дни наблюдались следующие изменения в состоянии пациента:

— 01.05.2021 — состояние пациента тяжелое. Жалуется на потливость, слабость, повышение температуры до 38 °С. Дыхание жесткое, ритмичное, ровное, проводится во все отделы; хрипы сухие с двух сторон; ЧД — 25/мин, SpO₂ — 97 %. Тоны сердца ритмичны, приглушены; АД — 105/75 мм рт. ст.; ЧСС — 111 уд./мин. Динамика по отношению к предыдущим суткам положительная.

— 02.05.2021 — состояние тяжелое, температура тела в течение суток в норме. Жалобы на слабость, чувство сердцебиения, незначительную одышку в покое. Кожные покровы бледные. Дыхание: носовое ритмичное, ровное; ЧД — 18–20/мин, SpO₂ — 96–97 %; одышки нет, в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы с двух сторон, сухие. Тоны сердца ритмичные, приглушены; АД — 110/75 мм рт. ст.; ЧСС — 110 уд./мин.

В стационаре пациенту были проведены лабораторно-инструментальные методы обследования в динамике с 30.04.2021. по 03.05.2021:

Общий анализ крови: в динамике Hb — до 124 г/л, лейкоцитоз со сдвигом влево: L — $15,8 \times 10^9/\text{л}$, п-(7), увеличение СОЭ — до 50 мм/ч.

Биохимический анализ крови: уровень АлАТ увеличился до 2865 ед/л, АсАТ увеличился до 3350 ед/л, СРБ — с 94,0 до 58,3 мг/мл, КФК МВ — с 20,5 до 103,0 Ед/л, K^+ увеличился до 5,78 ммоль/л, мочевины увеличилась с 7,7 до 14,9 ммоль/л.

Коагулологические тесты: АЧТВ — с 29,2 с до 37,7 с; МНО — с 1,21 до 2,04; ПТИ — с 17,6 с до 27,4 с; фибриноген увеличился до 8,71 г/л.

Общий анализ мочи: белок — 1,14 г/л, L — густо все поле зрения, Ег — густо все поле зрения.

В динамике пациенту проводилось ЭХО-КГ — с отрицательной динамикой: гидроперикард без угрозы тампонады, фиброзные наложения перикарда? Образование сердца?

ФГДС от 03.05.2021: патологии не выявлено.

ЭКГ в 12 отведениях без функциональных проб от 03.05.2021: ритм синусовый, ЧСС — 106 уд./мин, нагрузка левого желудочка, субэпикардальные изменения передней, высокобоковой области ЛЖ (рисунок 2).

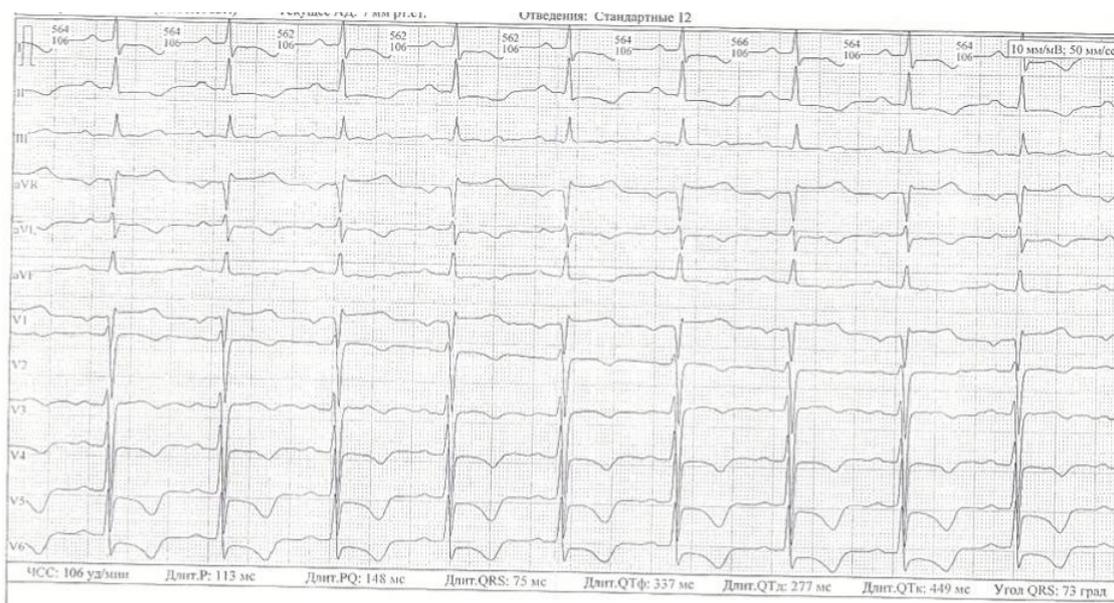


Рисунок 2. ЭКГ пациента К. от 03.05.2021
Figure 2. Electrocardiography of patient K. from 03.05.2021

Для уточнения диагноза были проведены следующие дополнительные исследования:

PKT грудной полости + MPR, MIP, MinIP, SSD, (с контрастом) криволинейная реконструкция от 03.05.2021: с двух сторон определяются участки уплотнения легочной ткани, в нижних долях с нечетким контуром до 37 мм с признаками консолидации. С двух сторон в S3 легочной рисунок усилен за счет интерстициального компонента, единичные очаги — до 6 мм. Главные, долевы, сегментарные бронхи проходимы. Клетчатка средостения инфильтрирована, уплотнена, не дифференцируется. В переднем средостении неоднородное образование без четких контуров 30 × 70 мм аксиально, с наличием участков жидкостной плотности. Лимфоузлы средостения увеличены. Средостение не смещено. Жидкость в плевральной полости с двух сторон. Перикард утолщен. Деструктивных изменений на уровне исследования не выявлено. Печень увеличена, структура неоднородная, в правой доле гипо-

денсивное образование 10 × 15 мм. Заключение: Полисегментарная пневмония (высокая вероятность COVID среднетяжелой степени), отрицательная динамика в сравнении с данными КТ от 30.04.2021. Образование средостения, нельзя исключить лимфому. Признаки медиастинита. Гидроторакс. Гепатомегалия. Кистозное образование правой доли печени (рисунок 3).

Был проведен повторный анализ данных мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) ОГК от 03.05.2021.

Выставлено следующее 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.

Осмотр торакальным хирургом был проведен 03.05.2021. Учитывая данные КТ ОГК был

выставлен диагноз «Передний медиастинит? Перикардит. Заболевание переднего средостения (лимфома?). Коронавирусная пневмония, среднетяжелая форма».



Рисунок 3. РКТ грудной полости пациента К. от 03.05.2021

Figure 3. X-ray computed tomography of the thoracic cavity of patient K. from 03.05.2021

Было рекомендовано провести малоинвазивное вмешательство у тяжелого пациента с высоким операционным риском в виде диагностической торакоскопии для исключения острого воспалительного процесса переднего средостения.

Назначено следующее лечение: внутривенно — ванкомицин 1,0 г — 2 раза/сут, цефтриаксон 2,0 — 1 раз/сут, метронидазол 0,5 %-ный — 100 мл 3 раза/сут, гепарин дозатором под контролем АЧТВ, NaCl 0,9 %-ный, аспаркам, адреналин 0,18 %-ный, норадреналин 2 %-ный, NaHCO₃ 4 %-ный — 100 мл, фентанил 0,005 %-ный, пропофол, свежезамороженная плазма O(I); внутрь — бисопролол 5 мг, лансозол 30 мг; оксигенотерапия.

Операция была проведена 03.05.2021: диагностическая стернотомия, биопсия опухоли средостения.

В послеоперационном периоде, 03.05.2021, состояние пациента прогрессивно ухудшалось. Жа-

лобы на слабость, чувство сердцебиения, одышку в покое, усиливающуюся при незначительной нагрузке. Положение тела вынужденное. Кожные покровы бледные. Дыхание носовое ритмичное, ровное; ЧД — 18–20/мин, SpO₂ — 90–96 %; одышка смешанная; в легких дыхание жесткое проводится во все отделы; хрипы с двух сторон, сухие, больше над нижними отделами. Тоны сердца ритмичные, приглушены; АД — 110/75 мм рт. ст.; ЧСС — 110 уд./мин. В 22:00 у пациента развилась терминальная брадикардия с переходом в асистолию, была констатирована клиническая смерть, проведенные реанимационные мероприятия в полном объеме, которые не увенчались успехом, в 22:50 констатирована биологическая смерть.

Тело умершего пациента К. 04.05.2021 направлено на аутопсию с диагнозом:

Основное комбинированное заболевание.

Сочетанные заболевания:

1. С84.4. Периферическая неспецифицированная Т-клеточная лимфома (иммуногистохимическое исследование от 29.06.2021 г.: bc12+, CD 99+, CD20-, CD1-, МИМ 1-, CD 30-) с поражением сердца, крупных сосудов переднего средостения, а также лимфатических узлов среднего средостения. Операция от 03.05.2021: диагностическая торакотомия, стернотомия с биопсией опухоли. Вторичный перикардит, передний медиастинит.

2. В97.2. Коронавирусная инфекция: десквамативный трахеит, двухсторонняя полисегментарная интерстициальная вирусно-бактериальная пневмония (вирусологическое исследование от 20.09.2021).

Осложнение основного заболевания: 127.8 Легочно-сердечная недостаточность. Хроническое легочное сердце. Хроническое общее венозное полнокровие внутренних органов: бурая индурация легких, цианотическая индурация почек, селезенки, «мускатная» печень. Двусторонний гидроторакс (по 200 мл). Асцит (250 мл). Некротический нефроз. Центролобулярные некрозы гепатоцитов. Фибрилляция желудочков: фрагментация, контрактурная дегенерация кардиомиоцитов. Отек легких.

Сопутствующих заболеваний нет.

Патологоанатомический эпикриз (24): при патологоанатомическом исследовании 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.

При сопоставлении клинического и патологоанатомического диагнозов отмечается их совпадение. Типичная морфологическая картина анапластической крупноклеточной лимфомы представлена на рисунке 4.

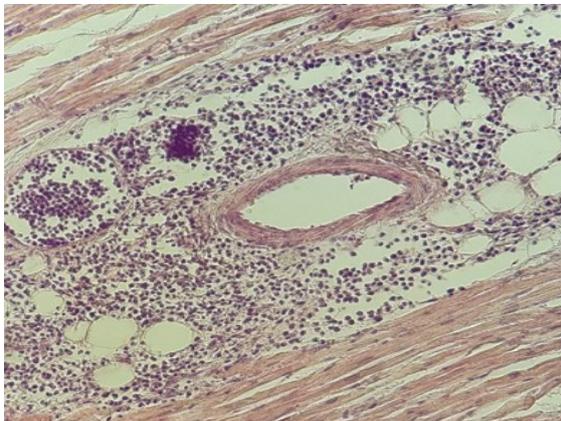


Рисунок 4. Анапластическая крупноклеточная лимфома с преимущественным поражением средостения пациента К. от 04.05.2021.

Окраска препарата гематоксилином и эозином.
Увеличение: ×400

Figure 4. Anaplastic large cell lymphoma with predominant involvement of the mediastinum of patient K. from 04.05.2021. Staining of the drug with hematoxylin and eosin. Magnification: ×400

Результаты и обсуждение

В клинической медицине поражения сердца при различных лимфопролиферативных заболеваниях представляются крайне важными и описываются как экстранодальные процессы. Поражение сердца при опухолях различного гистогенеза известно давно, при этом наиболее часты доброкачественные опухоли — миксомы [5]. При лимфомах поражение сердца встречается намного реже, подтверждением этому служит работа Hoffmeier A. и соавт. [8]. На базе Вестфальского университетского госпиталя им. Вильгельма (Мюнстер, Германия) в период с 1989 по 2012 г. было проведено ретроспективное исследование, авторами был описан 181 случай опухолевого поражения сердца [8].

Заключение

Таким образом, представленный клинический случай течения периферической Т-клеточной лимфомы БДУ с поражением сердца и крупных сосудов переднего средостения труден в диагностическом плане в связи с отсутствием специфических клинических и лабораторно-инструментальных методов диагностики данного заболевания.

Список литературы / References

- Поляцкий И.Л., Артемьева А.С., Криволапов Ю.А. Пересмотренная Классификация ВОЗ опухолей гемопоэтической и лимфоидной тканей, 2017 (4-е издание): опухоли лимфоидной ткани. *Архив патологии*. 2019;81(3):59-65. DOI: <https://doi.org/10.17116/patol20198103159>
- Polyatskin IL, Artemyeva AS, Krivolapov YuA. Revised WHO classification of tumors of hematopoietic and lymphoid tissues, 2017 (4th edition): lymphoid tumors. *Archive of Pathology*. 2019;81(3):59-65. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.17116/patol20198103159>
- Потешкина Н.Г., Трошина А.А., Маслова М.Ю., Лысенко М.А., Самсонова И.В., Желнова Е.И. Образования средостения в клинической практике. *Медицинский Совет*. 2018;(5):104-108. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-5-104-108>
- Poteshkina NG, Troshina AA, Maslova MY, Lysenko MA, Samsonova IV, Zhelnova EI. Mediastinal mass in clinical practice. *Meditsinskiy Sovet=Medical Council*. 2018;(5):104-108. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-5-104-108>
- Мирончик Е.В., Пырошкин В.М. Опухоли сердца. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2017;15(1):87-93. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-5-104-108>
- Mironchik AV, Pyrachkin UM. Tumors of the heart. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2017;15(1):87-93. (In Russ.).
- Мангасарова Я.К., Магомедова А.У., Ковригина А.М., Костина И.С., Нестерова Л.Г., Горенкова А.Е. и др. Первичная медиастинальная (тимическая) В-крупноклеточная лимфома: диагностика отдаленных экстрамедиастинальных поражений и возможности лечения. *Клиническая онкогематология*. 2018;11(3):220-226. DOI: <https://doi.org/10.21320/2500-2139-2018-11-3-220-226>
- Mangasarova YaK, Magomedova AU, Kovrigina AM, Kostina IE, Nesterova ES, Gorenkova LG, et al. Primary Mediastinal (Thymic) Large B-Cell Lymphoma: Diagnostics of Extramediastinal Lesions and Treatment Opportunities. *Clinical Oncohematology*. 2018;11(3):220-226. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.21320/2500-2139-2018-11-3-220-226>
- Пикин О.В., Рябов А.Б., Александров О.А., Вурсол Д.А., Амиралиев А.М. Роль парастеральной медиастиномии в диагностике опухолей средостения. *Research'n Practical Medicine Journal*. 2019;6(2):10-19. DOI: <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2019-6-2-1>
- Pikin OV, Ryabov AB, Alexandrov AO, Vursol DA, Amiraliev AM. The role of parasternal mediastinotomy in the diagnosis of mediastinal tumors. *Research and Practical Medicine Journal*. 2019;6(2):10-19. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2019-6-2-1>
- Мангасарова Я.К., Магомедова А.У., Ковригина А.М., Костина И.С., Нестерова Е.С., Горенкова Л.Г. и др. Экстрамедиастинальное поражение у больных первичной медиастинальной В-крупноклеточной лимфомой. *Онкогематология*. 2018;13(1):21-28. DOI: <https://doi.org/10.17650/1818-8346-2018-13-1-21-28>
- Mangasarova YK, Magomedova AU, Kovrigina AM, Kostina IE, Nesterova ES, Gorenkova LG, et al. Extramediastinal lesion in patients with primary mediastinal B-cell lymphoma. *Oncohematology*. 2018;13(1):21-28. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.17650/1818-8346-2018-13-1-21-28>
- Мангасарова Я.К., Сидорова Ю.В., Магомедова А.У. Реаранжировки генов иммуноглобулинов в опухолевых клетках у пациентов с первичной медиастинальной (тимической) В-крупноклеточной лимфомой. *Клиническая онкогематология*. 2019;12(3):271-277. DOI: <https://doi.org/10.21320/2500-2139-2019-12-3-271-277>

Mangasarova YaK, Sidorova YuV, Magomedova AU. Rearrangements of Immunoglobulin Genes in Tumor Cells of Patients with Primary Mediastinal (Thymic) Large B-Cell Lymphoma. *Clinical Oncohematology*. 2019;12(3):271-277. (In Russ). DOI: <https://doi.org/10.21320/2500-2139-2019-12-3-271-277>

8. Hoffmeier A, Sindermann JR, Scheld HH, Martens S. Cardiac tumors-diagnosis and surgical treatment. *Dtsch Arztebl*

Int. 2014;111(12):205-211.

DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0205>

9. Aroor AR, S RP, Seshadri S, Teerthanath S, Raghuraj U. A study of clinical characteristics of mediastinal mass. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(2):77-80.

DOI: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/7622.4013>

Информация об авторах / Information about the authors

Николаева Наталья Владимировна, к.м.н., доцент, доцент кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5579-4173>

e-mail: nikolaeva.n.v@mail.ru

Кривелевич Наталия Борисовна, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2875-1178>

e-mail: krivelevich@mail.ru

Осипенко Дмитрий Васильевич, к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1 с курсом сердечно-сосудистой хирургии, УО «Гомельский государственный медицинский университет»; врач анестезиолог-реаниматолог (заведующий) отделения анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии, У «Гомельский областной клинический кардиологический центр», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4838-1140>

e-mail: osipenko081081@mail.ru

Березняцкий Алексей Владимирович, врач-кардиолог (заведующий) кардиологического отделения № 1, У «Гомельский областной клинический кардиологический центр», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8405-1571>

e-mail: alexherr@gmail.com

Дорогокупец Анна Викторовна, врач-кардиолог кардиологического отделения № 1, У «Гомельский областной клинический кардиологический центр», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0959-8606>

e-mail: andovi@ya.ru

Почуйко Елена Борисовна, врач-кардиолог кардиологического отделения № 1, У «Гомельский областной клинический кардиологический центр», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0867-9391>

e-mail: lena.pochuiko@gmail.com

Калилец Екатерина Алексеевна, студентка лечебного факультета, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7136-2381>

e-mail: ekaterinakalilec45@gmail.com

Аноничева Анастасия Дмитриевна, студентка лечебного факультета, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3553-5908>

e-mail: a.anonicheva@mail.ru

Natalia V. Nikolaeva, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Diseases №2 with the course of the Faculty of Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5579-4173>

e-mail: nikolaeva.n.v@mail.ru

Natalia B. Krivelevich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Diseases №2 with the course of the Faculty of Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2875-1178>

e-mail: krivelevich@mail.ru

Dzmitry V. Osipenko, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases №1 with a course of Cardiovascular Surgery, Gomel State Medical University, Anesthesiologist-resuscitator (Head) of the Department of Anesthesiology and Resuscitation with Intensive Care Units, Gomel Regional Clinical Cardiological Center, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4838-1140>

e-mail: osipenko081081@mail.ru

Alexey V. Berezniatsky, Cardiologist (Head) of the Department of Cardiology №1 Gomel Regional Clinical Cardiological Center, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8405-1571>

e-mail: alexherr@gmail.com

Anna V. Dorogokupets, Cardiologist of the Department of Cardiology №1 Gomel Regional Clinical Cardiological Center, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0959-8606>

e-mail: andovi@ya.ru

Elena B. Pochuiko, Cardiologist of the Department of Cardiology №1, Gomel Regional Clinical Cardiological Center, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0867-9391>

e-mail: lena.pochuiko@gmail.com

Katsiaryna A. Kalilets, Student of the Faculty of General Medicine, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7136-2381>

e-mail: ekaterinakalilec45@gmail.com

Anastasia Dz. Anonicheva, Student of the Faculty of General Medicine, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3553-5908>

e-mail: a.anonicheva@mail.ru

Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

Николаева Наталья Владимировна

e-mail: nikolaeva.n.v@mail.ru

Natalia V. Nikolaeva

e-mail: nikolaeva.n.v@mail.ru

Поступила в редакцию / Received 11.01.2023

Поступила после рецензирования / Accepted 17.07.2023

Принята к публикации / Revised 15.08.2023