

на данный момент не нуждается в аналогах соматостатина, под контролем ИФР-1, СТГ – каждые 3-6 месяца, МРТ-контроль 1 раз в 2 года.

Выводы: у пациентки проведена своевременная диагностика, своевременное адекватное лечение (оперативное: удаление СТГ-продуцирующей макроаденомы гипофиза), что не привело к тяжелым осложнениям акромегалии и назначению аналогов соматостатина. Результат: улучшение качества жизни пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ЛИМФОМА ХОДЖКИНА.

Киселева Т.П., Кардапольцева Е.Л., Перминова Л.Р.

*ФГБОУ ВО «Уральский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ
г.Екатеринбург, Россия,
МАУ ГКБ№40, г.Екатеринбург, Россия*

Цель: описать клинический случай пациента с лимфопролиферативным заболеванием.

Материалы и методы: Лимфома Ходжкина (ЛХ) – это злокачественная опухоль лимфоидной ткани с клональной пролиферацией В-клеток зародышевых центров лимфоузлов. Частота заболеваемости - 2,1 случая на 100 000 населения в год. Смертность составляет 0,77 случаев на 100 000 населения в год. Манифестация дебютирует в любом возрасте, но преимущественно в интервале 16-35 лет, в этой возрастной группе в России преобладают женщины. Субстратом ЛХ являются гигантские клетки Березовского-Штернберга-Риид (БШР), количество их в опухоли не превышает 1-10%. Это крупные клетки, достигающие 20-25 микрон в диаметре, имеющие два и более ядер. Каждое ядро содержит 1-2 крупные выбухающие нуклеолы. Ядра окружены обильной базофильной или слабооксифильной цитоплазмой с околядерным просветлением и утолщенным краем, нередко вакуолизированной. Обнаружение клеток БШР является непременным условием диагноза.

Пациентка, 40 лет, в июне 2015 г впервые осмотрена хирургом-эндокринологом в КДЦ – «Узловой нетоксический зоб 2ст» и направлена на оперативное лечение. Перед оперативным лечением осмотрена в ГКБ – дополнительно назначено КТ органов шеи, верхнего средостения. По КТ: «картина кистозного образования в верхнем этаже переднего средостения с нечетким неровным контуром размерами 32*40*50 мм, не накапливающее контрастное вещество. Лимфоузлы не увеличены». К этому времени появилась боль в области щитовидной железы при глотании, температура до 38С заподозрен и выставлен диагноз «Подострый струмит», назначен преднизолон 30 мг/сут. При контроле через 1 неделю болевой синдром не

регрессировал. По УЗИ ЩЖ :«объем 20,5 см3, в области яремной вырезки слева, загрудинно гипозоогенное образование 50*59мм, шейная лимфаденопатия». Хирургом-эндокринологом направлена в СООД с подозрением на с-г щитовидной железы. Температура тела до 38,0, продолжался прием преднизолона. Заключение из СООД: «коллоидный зоб с иммунной реакцией, гной не получен». С диагнозом «тиреоидит неуточненный» направлена к хирургу-эндокринологу – далее госпитализирована в эндокринологическое отделение для лечения подострого струмита и уточнения диагноза. В ноябре в стационаре проведено лечение подострого струмита рецидивирующего течения, продолжен преднизолон, но сохранялась шейная лимфаденопатия слева и некроз в конгломерате ЛУ. В связи с неэффективностью лечения подострого струмита были выставлены показания к оперативному лечению. При предоперационной подготовке предложена повторная пункция в городском гематологическом центре для исключения лимфомы. Выполнена пункция ЛУ, результат ИГХ: «картина соответствует лимфоме Ходжкина, вариант нодулярный склероз 1 типа», с чем пациентка была госпитализирована в городской гематологический центр и начат первый курс химиотерапии, которая продолжалась в течение 8 месяцев. Также, в декабре 2015 г при КТ органов брюшной полости выявлено мягко-тканное образование левого надпочечника 22*23 мм.

В августе 2016г проведено ПЭТ-КТ всего тела для исключения рецидива новообразований: «новообразований в переднем и заднем средостении не определяется, структура его дифференцируется. Увеличенных ЛУ средостения и аксиллярных ЛУ не визуализируется. Заключение: Образование надпочечника 22*21 мм»

Результаты: Сейчас пациентка наблюдается по поводу гормонально-неактивного образования левого надпочечника (без положительной динамики). Последний визит к хирургу-эндокринологу был в начале декабря 2018 года с устными благодарностями от пациентки, находящейся в ремиссии по лимфопролиферативному заболеванию.

Выводы: уникальностью данного клинического случая явилось нетипичное расположение лимфомы в проекции щитовидной железы; неэффективность лечения подострого струмита преднизолоном (сохранялся болевой синдром); ошибочная первичная цитология привела к ошибочной тактике ведения, отсроченной биопсии ЛУ, выявляющей лимфому. Своевременное проведение консилиума в ЭЦ позволило избежать оперативного вмешательства на щитовидной железе, дообследованию в гематологическом центре, что в конечном счете привело к диагностике онкологического процесса.