

УДК: 616.71-018.46-006.441

ЛИМФОМА ХОДЖКИНА ПОД МАСКОЙ ЗАТЯЖНОЙ ПНЕВМОНИИ

Грегуль Анастасия Валерьевна^{1,2}, Солодаренко Эдуард Сергеевич¹, Акимова Анна Валерьевна¹

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кафедра госпитальной терапии

²ГБУЗ СО «Центральная городская клиническая больница №1»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Лечение заболеваний дыхательной системы, таких как пневмония, требует внимательного мониторинга и оценки динамики состояния пациента. Однако в некоторых случаях медицинские работники могут упустить из виду важные симптомы, что в дальнейшем приводит к серьезным последствиям. В представленном нами клиническом случае, пациента на протяжении 4,5 месяцев лечили от пневмонии, не обращая внимания на отсутствие положительной динамики на фоне лечения. **Цель исследования.** Цель исследования – продемонстрировать клинический случай течения лимфомы Ходжкина с нетипичным дебютом и стертой клинической симптоматикой, рентгенологически напоминающей пневмонию. **Материал и методы.** Клиническое наблюдение за развитием заболевания, ретроспективный анализ медицинской документации. **Результаты.** Данный случай демонстрирует трудности, с которыми может столкнуться врач-терапевт; свидетельствует о необходимости детального изучения анамнеза заболевания, тщательного физического осмотра, использования методов лучевой диагностики для выявления висцеральной лимфаденопатии. **Выводы.** Приведенный клинический пример демонстрирует, во-первых, трудности определения генеза изменений в легких, во-вторых, необходимость гистологической верификации заболевания при неясных инфильтратах и полостных образованиях в легких.

Ключевые слова: Лимфома Ходжкина, лимфогранулематоз, пневмония, затемнение в легких.

HODGKIN'S LYMPHOMA DISGUISED AS LINGERING PNEUMONIA

Gregul Anastasia Valeryevna^{1,2}, Solodarenko Eduard Sergeevich¹, Akimova Anna Valeryevna¹

¹Ural State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Department of Hospital Therapy

²GBUZ SO «Central City Clinical Hospital №1»

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Treatment of respiratory diseases such as pneumonia requires careful monitoring and assessment of the patient's progression. However, in some cases, health care providers may overlook important symptoms, which subsequently leads to serious consequences. In the clinical case presented by us, the patient was treated for pneumonia for 4.5 months without paying attention to the lack of positive dynamics on the background of treatment. **The aim of the study.** The aim of the study was to demonstrate a clinical case of Hodgkin's lymphoma with atypical debut and sterile clinical symptomatology, radiologically resembling pneumonia. **Material and Methods.** Clinical observation of the disease development, retrospective analysis of medical records. **Results.** This case demonstrates the difficulties that can be encountered by a therapist; it testifies to the necessity of detailed study of the disease history, thorough physical examination, use of radial diagnostic methods to detect visceral lymphadenopathy. **Conclusions.** The given clinical example demonstrates, firstly, difficulties in determining the genesis of changes in the lungs, secondly, the necessity of histologic verification of the disease in case of unclear infiltrates and cavity formations in the lungs.

Keywords: Hodgkin's lymphoma, lymphogranulomatosis, pneumonia, blurring in the lungs

ВВЕДЕНИЕ

Лимфома Ходжкина (ЛХ) или лимфогранулематоз (ЛГМ) — это В-клеточное злокачественное лимфопролиферативное заболевание неясной этиологии. На долю ЛХ приходится около 1% всех опухолей человека и 30% — всех злокачественных лимфом [1]. Вовлечение лёгких при ЛГМ может происходить в 30% случаев на IV стадии в результате гематогенного распространения или путем распространения процесса из лимфатических узлов. Клинические проявления неспецифичны и характеризуются затруднением дыхания, ночным потом, затяжным кашлем с генерализованной слабостью и потерей веса. Жалобы на кашель и повышение температуры не являются специфичными и могут быть проявлением большинства легочных заболеваний [2]. Поражение легких при ЛХ по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) весьма вариабельно. Поэтому в диагностике ЛХ используются такие методы как иммуногистохимический (ИГХ), позволяющий выявить иммунофенотип заболевания: CD30, CD15, PAX-5, метод позитронной

эмиссионной томографии (ПЭТ) для оценки распространенности и стадии заболевания [3,4]. Дифференциальная диагностика поражения легких при ЛХ представляет трудности из-за неспецифических клинических проявлений и рентгенологической картины и проводится с пневмонией, туберкулезом легких, раком легкого, гранулематозными заболеваниями, грибковыми инфекциями, абсцессом легкого, эозинофильными пневмониями [5].

Цель исследования – продемонстрировать клинический случай течения лимфомы Ходжкина с нетипичным дебютом и стертой клинической симптоматикой, рентгенологически напоминающей пневмонию.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клиническое наблюдение за развитием заболевания, ретроспективный анализ медицинской документации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мужчина А. 25 лет, 27.06.2023 направлен из кабинета неотложной помощи к участковому терапевту в связи с неэффективностью терапии пневмонии и сохранением жалоб на кашель с отхождением густой светло-желтой мокроты, эпизоды лихорадки с подъемом температуры до 37,8°C, наблюдающиеся в течение 4,5 месяцев, снижение массы тела на 3 кг за последний месяц, утомляемость.

Из анамнеза жизни: Хронические заболевания, семейный онкоанамнез отрицает. Курит на протяжении 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Работает инструктором по вождению, водителем такси, доставщиком пиццы.

Из анамнеза заболевания известно, что в феврале 2023 г. отметил появление озноба и повышение температуры тела до 37,6°C. Обратился в МЦ «Здоровье 365», выполнена рентгенография органов грудной клетки (ОГК), заключение: левосторонняя верхнедолевая пневмония. Назначено лечение: Амоксициллин + клавулановая кислота 875+125 мг по 1 таблетке 3 раза в день курсом 10 дней. На фоне проведенного лечения достигнута нормотермия. На повторный прием с целью проведения контрольной рентгенографии ОГК для оценки динамики состояния не явился. В марте 2023 г. повторный эпизод лихорадки с повышением температуры тела до 37,8°C, появление продуктивного кашля с отхождением желто-зеленой мокроты. Обратился в МЦ «Гармония». Выполнена рентгенография ОГК, заключение: левосторонняя верхнедолевая пневмония. Проведено лечение: Левофлоксацин 500 мг 1 раз в сутки курсом 7 дней, Ацетилцистеин (АЦЦ) 600 мг в сутки. На фоне проведенного лечения вновь отмечалась нормотермия, уменьшение кашля. На повторный прием не явился в связи с улучшением самочувствия. С апреля 2023 г. эпизоды лихорадки с повышением температуры тела до 37,8°C участились, появился постоянный продуктивный кашель с отхождением слизистой мокроты. За лечением обратился в отделение неотложной помощи поликлиники по месту жительства, осмотрен дежурным фельдшером, предварительный диагноз «ОРВИ», назначено симптоматическое лечение. На фоне симптоматической терапии устойчивая лихорадка с повышением температуры тела до 37,8°C, продуктивный кашель с отхождением желто-зеленой мокроты. Повторно обратился в кабинет неотложной помощи поликлиники по месту жительства 18.05.2023, осмотрен дежурным фельдшером, направлен на рентгенографию ОГК, заключение: левосторонняя верхнедолевая пневмония (рис. 1).

Назначено лечение: Азитромицин 500 мг 1 раз в сутки курсом 6 дней, Амброксол 30 мг 3 раза в сутки курсом 10 дней. 26.05.2023 - состояние без положительной динамики – сохраняется лихорадка до 37,8°C (преимущественно в вечернее время), продуктивный кашель с отхождением желто-зеленой мокроты, снижение толерантности к привычным физическим нагрузкам, утомляемость. Выполнен контроль рентгенографии ОГК – левосторонняя верхнедолевая пневмония без динамики в сравнении с 18.05.2023. Скорректировано лечение: Левофлоксацин 500 мг 1 раз в сутки курсом 14 дней, АЦЦ 600 мг в сутки курсом 14 дней, через небулайзер ингаляции Будесонида 3,0 мг + физиологический раствор 2,0 мл 2 раза в сутки курсом 5 дней, Дексаметазон 8 мг внутримышечно курсом 5 дней. При неэффективности лечения рекомендован прием Кларитромицина 500 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней. На

повторный прием пациент не явился. Повторно обратился в кабинет неотложной помощи 27.06.2023 с сохраняющимися жалобами на кашель с отхождением густой светло-желтой мокроты, эпизоды лихорадки с подъемом температуры до 37,8°C, наблюдающиеся в течение 4,5 месяцев, снижение массы тела на 3 кг за последний месяц, утомляемость. Выполнена повторная рентгенография ОГК – левосторонняя верхнедолевая пневмония без динамики от 26.05.23 (рис. 2). Пациент направлен на консультацию к участковому терапевту.

При объективном осмотре 27.06.2023 кожа и слизистые чистые, бледные. Шейные, подмышечные, паховые, поднижнечелюстные лимфоузлы не увеличены. В глубине надключичной области слева пальпируется единичный лимфоузел до 1,0 см, границы уходят вглубь. Периферических отеков нет. Зев спокойный, миндалины не увеличены. В легких дыхание жесткое, в верхних отделах слева – резко ослаблено, побочных дыхательных шумов нет. Сатурация 98%. Пульс 82 удара в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

В анализе крови обращает на себя внимание лейкоцитоз $17,96 \cdot 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево за счет нейтрофилов ($16,98 \cdot 10^9/\text{л}$ (94,5%)), нормохромная нормоцитарная анемия легкой степени (RBC $3,86 \cdot 10^{12}/\text{л}$, HGB 105 г/л, MCV 75 fl, MCH 27 pg) СОЭ 70 мм/ч. В биохимическом анализе крови обращает внимание - СРБ 158 мг/л. ОАМ, коагулограмма – норма. Скрининг на ВИЧ, гепатиты В и С отрицательный. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 80 в минуту.

Пациенту назначена мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки (МСКТ ОГК). По ее результатам (Рис. 3): слева верхняя доля уменьшена в объеме и уплотнена, безвоздушна. В верхнем и среднем этаже переднего средостения мягкотканное образование 98*74*117мм с гиподенсными участками в структуре, с инвазией в верхнюю долю слева и перикард. Слева обтурированы левый главный бронх (ЛГБ), левый верхнедолевой бронх (ЛВДБ), левый нижнедолевой бронх (ЛНДБ). Внутригрудные лимфатические узлы (ВГЛУ): субаортальный до 12 мм, бифуркационные и левые корневые до 26 мм, правые нижние паратрахеальные 11 мм, ретротрахеальный 13,5 мм. Выпот в перикарде 13 мм. Увеличены правые паракардиальные лимфоузлы до 20 мм. Заключение: КТ-картина центрального рака левого верхнедолевого бронха с распространением на главный и нижнедолевой бронхи, обтурационный ателектаз верхней доли слева, вторичная лимфаденопатия средостения, гидроперикард, спленомегалия.

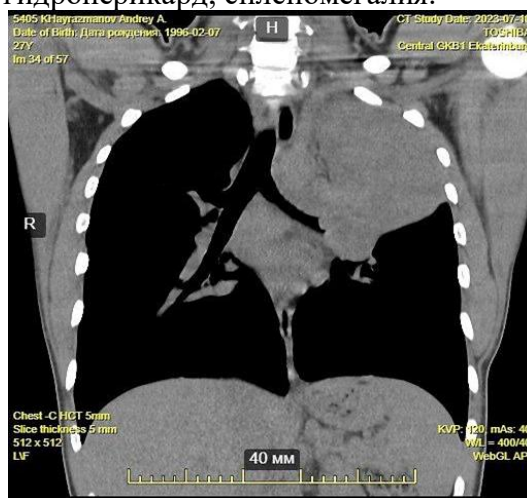


Рис. 1. Результаты МСКТ ОГК

Пациент дообследован в соответствии с приказом МЗ СО №2824-п от 08.12.2022 г.: Спирометрия – ЖЕЛ 46,9% (2,62), ОФВ1 49,8% (2,26), ПСВ 65%, ФГДС – поверхностный гастрит, ЭхоКГ – ФВ 69%, выпот в полости перикарда 60 мл, УЗИ органов брюшной полости и почек: лимфаденопатия верхнебрыжеечных лимфатических узлов, УЗДГ вен нижних

конечностей – без данных за тромбоз, УЗИ подмышечных лимфатических узлов – надключичные лимфатические узлы слева 2,6*2,5мм, 2,8*2,84мм.

Решение врачебной комиссии: Изменения подозрительны в отношении лимфопролиферативного заболевания (ЛПЗ) - пациент направляется в ОКМЦ ФИЗ с предварительным диагнозом: Образование средостения (susp. ЛГМ) с инвазией верхней доли левого легкого, перикарда и бронхов слева. Лимфаденопатия подмышечных лимфатических узлов, 2R,4R,5,7,10L, правых паракардиальных лимфатических узлов. Перикардиальный выпот. Спленомегалия.

Видеобронхоскопия (ВБС) от 02.08.23: Левый главный бронх обтурирован в дистальной трети объемным, крупнобугристым образованием, поверхность покрыта белым налетом.

Цитология от 07.08.2023: плоскоклеточная карцинома с ороговением.

Гистология от 16.08.2023: более вероятно классическая лимфома Ходжкина.

Пациент госпитализирован в гематологическое отделение ГКБ №7 13.09.2023 для дообследования и установления окончательного диагноза:

Гистология и иммуногистохимия (ИГХ) образования ОГК: фрагменты стенки бронха с выраженной воспалительной инфильтрацией с большим количеством нейтрофилов и эозинофилов с формированием «эозинофильных абсцессов (CD15+, грануляционная ткань, фибрин). В одном из фрагментов определяются разрозненные крупные атипичные мононуклеарные клетки типа клеток Ходжкина с овальными ядрами и крупными эозинофильными ядрышками, мумифицированные клетки. Иммунофенотип опухолевых клеток CD30+, CD15+, Pax5+ слабо, CD45-, CD3-, CD20-.

Гистология костного мозга: признаков поражения костного мозга лимфомой не обнаружено

Иммуноглобулины: IgG — 9,53 g/l; IgM — 1,05 g/l; IgA — 3,06 g/l

Установлен окончательный диагноз: С81.1 Классическая лимфома Ходжкина IV В стадия (Ann Arbor) с поражением переднего средостения (BD 117*74*98 мм), верхней доли левого легкого, перикарда, паракардиальных, внутригрудных, верхнебрыжеечных лимфатических узлов. МПИ 2 балла. Дебют 08.2023 г. (с момента диагностирования)

Начато лечение. С 15.09.2023 по 16.04.2024 проведено 6 курсов ПХТ в режиме ВЕАСОРРesc (циклофосфамид, доксорубин, этопозид, прокарбазин, блеомицин, винкристин, преднизолон) – положительная динамика в виде уменьшения образования средостения. С 07.2024 по 08.2024 дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) на остаточное образование средостения. С ноября 2024 отмечает появление болезненных ощущений в бедренной области справа. Осмотрен онкологом поликлиники по месту жительства, направлен в Свердловский областной онкологический диспансер (СООД). 03.12.2024 ПЭТ КТ выявила увеличение уровня метаболической активности образования переднего средостения, появился очаг патологической гиперфиксации в верхней трети диафиза правой бедренной кости. МРТ от 22.12.2024: Поражение правой бедренной кости (вероятнее лимфомой). С декабря 2024 года пациент получает обезболивающую терапию препаратами нимесулид 100 мг 3 раза в день, при выраженном болевом синдроме кеторолак 30 мг 2 раза в день. 19.02.2025 выполнена трепанобиопсия новообразования верхней трети диафиза правой бедренной кости, гистологически - лимфома. Пациент направлен на онкоконсилиум для определения дальнейшей тактики ведения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Путь от первичных клинических проявлений к окончательному клиническому диагнозу занял 6 месяцев. Клинический случай демонстрирует необходимость дифференциальной диагностики поражения легких при выявлении затемнения на рентгенограмме ОГК, расцененного как пневмония. Заключение рентгенолога, наличие нейтрофильного лейкоцитоза, кашля с желто-зеленой мокротой и симптомов интоксикации позволяет выставить клинический диагноз пневмонии. Однако отсутствие любой рентгенологической динамики должно было заставить врача усомниться либо в верности установленного диагноза,

либо выбранной эмпирической терапии. Увеличение сроков диагностики было вызвано тем, что при каждом эпизоде активности процесса пациент обращался в разные медицинские учреждения и не являлся на контрольные исследования ОГК.

ВЫВОДЫ

Диагностические трудности, с которыми столкнулись врачи первичного звена:

1. Вовлечение в процесс лимфатических узлов, недоступных пальпации, расположенных в брюшной полости, легких и средостении.

2. Отсутствие лабораторных методов исследования у пациента с сохраняющийся лихорадкой и рентгенологической картиной верхнедолевого затемнения в легком в течение 4,5 месяцев.

3. Отсутствие онконастороженности в отношении молодого пациента у врачей неотложной помощи.

4. «Псевдовоспалительный» характер анализов крови и положительная динамика на фоне эмпирической антибактериальной терапии уводили клиническую мысль в сторону инфекционной гипотезы, оказавшейся несостоятельной.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Переводчикова Н.И., Горбунова В.А. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Москва, РФ: Практическая медицина; 2017. 688 с.
2. Sinha A, Patti R, Singh P, Solomon W, Kupfer Y. A diagnostic surprise: primary Hodgkin's lymphoma of the lung. J Investig Med High Impact Case Reports. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2324709617734247>
3. Хакимов Г.А., Садуллаев Ж.Б., Хакимова Г.Г. Трудности диагностики первичной легочной лимфомы Ходжкина. Случай из практики // Фарматека. 2020. Т.27, №7. 2020.7.с.124-127
4. Муравлева А.В., Чернов В.И., Дудникова Е.А., Симолина Е.И., Высоцкая В.В., Лукина Н.М., Рыбина А.Н., Гольдберг А.В., Табакаев С.А. Метаболическая однофотонная эмиссионная компьютерная томография с «99mTC-1-ТИО-D-глюкозой» – новые возможности стадирования лимфомы Ходжкина // REJR. 2021. Т. 11, № 3
5. Anamarija M.P., Lauren B.S., Adam B. Classic Hodgkin Lymphoma – Old Disease, New Directions: An Update on Pathology, Molecular Features and Biological Prognostic Markers Narrative Review // Acta Medica Academica. 2021. Vol. 50. Is. 1. P. 110-125.

Сведения об авторах

А.В. Грегуль* – студент

Э.С. Солодаренко – студент

А.В. Акимова – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

A.V. Gregul* – Student

E.S. Solodarenko - Student

A.V. Akimova - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

anastasiagregul@yandex.ru

УДК: 614.2

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ГАУЗ СО «ТАВДИНСКАЯ ЦРБ»

Грудцина Ольга Витальевна^{1,2}, Морозова Татьяна Станиславовна¹, Журавлева Татьяна Александровна¹

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «Тавдинская ЦРБ»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Диспансеризация взрослого населения является важной основой профилактических мероприятий, проводимых медицинской организацией, однако до настоящего времени остается актуальным улучшение качества ее проведения. В статье проанализированы результаты анкетирования пациентов, прошедших диспансеризацию в ГАУЗ СО «Тавдинская ЦРБ» в 2024 г. **Цель исследования** – проанализировать удовлетворенность граждан, прошедших диспансеризацию, качеством ее организации, полученной профилактической помощью. Основываясь на результатах опроса населения определить возможные пути совершенствования организации диспансеризации на базе ГАУЗ СО «Тавдинская ЦРБ». **Материал и методы.** Было проведено проспективное одномоментное сплошное неинтервенционное исследование – опрос 200