

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДИССЕМИНАЦИИ ЛИМФОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ

М.А. Джемуратов, А.Р. Жумабаев, М.М. Шаназарова, Н.М. Самиева

Ошский межобластной центр онкологии при Министерстве здравоохранения,
Кафедра онкологии, офтальмологии и оториноларингологии
лечебного факультета медицинского института Ошского государственного университета,
Киргизская Республика

Представлено редкое клиническое наблюдение течения лимфоцитарной лимфомы средостения с гематогенным метастазированием в нижнюю челюсть. По поводу основного заболевания с августа 2001 г. по февраль 2002 г. больная получила 6 курсов химиотерапии по схеме COP. В феврале 2004 г. выявлен метастаз в нижнюю челюсть с деструкцией костной ткани. В дальнейшем проведено 6 курсов химиотерапии по схеме ACOP с полной резорбцией метастатической опухоли.

Ключевые слова: неходжкинские лимфомы, гематогенные метастазы, нижняя челюсть.

A CASE OF MEDIASTINAL LYMPHOMA DISSEMINATION

M.A. Dzhemuratov, A.R. Zhumabaev, M.M. Shanazarova, N.M. Samieva
Osh Inter-Regional Center of Oncology at the Public Health Ministry,

Oncology, Ophthalmology and Otorhinolaryngology Departments, Medical Institute of the Osh State University, Kirgisia

This review presents a rare case of lymphocytic mediastinal lymphoma with hematogenous metastases in the mandible. During the period from August 2001 to February 2002, the patient received 6 courses of chemotherapy according to COP schedule. Mandibular metastases with bone tissue destruction were detected in February 2004. Six courses of chemotherapy according to ACOP resulted in a complete resorption of metastatic tumor.

Key words: non-Hodgkin's lymphomas, hematogenous metastases, mandible.

Злокачественные опухоли, развивающиеся из лимфоретикулярных клеток и локализующиеся преимущественно в лимфатических узлах и сопровождающиеся их увеличением, относят к системным заболеваниям – лимфомам. Так как лимфоретикулярные клетки присутствуют во всех частях тела, то в процесс могут вовлекаться внутренние органы: легкие, органы пищеварения, а также кости, яички и др. Согласно эпидемиологии, гистологической картине, а также плану лечения и прогноза выделяют два основных вида: лимфома Ходжкина, или лимфо-гранулематоз, и неходжкинские лимфомы [1].

Известно, что неходжкинские лимфомы – моноклональные опухоли лимфоретикулярных клеток, находящихся на разных стадиях своего развития. В 80 % случаев они развиваются из В-клеток, в 5 % – из Т-клеток, преимущественно недифференцированных. Основным путем распространения и диссеминации – гематогенный и по протяжению.

Отдельную группу составляют больные, имеющие после первичного лечения рецидивы заболевания. Лечение рецидивов при неходжкинских лимфомах зависит от степени злокачественности патологического процесса и характера рецидива. По характеру рецидивы де-

лятся на рецидивы-распространение, истинные рецидивы, рецидивы-генерализации и диссеминацию процесса. Прогноз при неходжкинских лимфомах во многом зависит от первичной локализации патологического процесса. Установлено, что наиболее благоприятными в прогностическом плане являются неходжкинские лимфомы, локализующиеся в желудочно-кишечном тракте. Плохой прогноз регистрируется при опухолях, исходящих из лимфатических узлов средостения [2].

В доступной литературе мы не встретили описания случая диссеминации при неходжкинских лимфомах с поражением нижней челюсти, что позволило нам представить это редкое клиническое наблюдение.

Больная Гр-ко В. В., 50 лет, состоит на учете в Ошском межобластном центре онкологии (ОМОЦО) с диагнозом: Неходжкинская лимфома средостения II стадии с августа 2001 г. Гистологически: лимфоцитарная лимфома. С августа 2001 г. по февраль 2002 г. больной были проведены 6 курсов полихимиотерапии по схеме COP (циклофосфан в дозе 650 мг/м² внутривенно в 1-й и 8-й день; винбластин – 10 мг/м² внутривенно во 2-й и 9-й день; преднизолон – 40 мг/м² per os в 1–14-й день). Эффект от проведенного

лечения был расценен как полная ремиссия, которая продолжалась 13 мес.

В апреле 2003 г. больная отметила появление опухоли на шее, слабость, бессонницу, плохой аппетит. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлен правосторонний выпотной плеврит. Проведен один курс полихимиотерапии по схеме АСОР (адриабластин – 40 мг/м² внутривенно в 1-й и 8-й день; циклофосфан – 650 мг/м² внутривенно в 3-й и 11-й день; винбластин – 10 мг/м² внутривенно во 2-й и 9-й день; преднизолон по 40 мг/м² per os в 1–14-й день). Эффект от лечения – плеврит и опухоль на шее подверглись полной резорбции.

Через 2 мес, в июне 2003 г. на фоне относительно полного здоровья больная отметила появление подвижности в зубах нижней челюсти слева. Лечилась самостоятельно полосканиями (раствор пищевой соды, фурациллина), отмечала временный эффект от лечения. В июле 2003 г. отметила появление опухолевидного образования в области подбородка. За медицинской помощью не обращалась, ничем не лечилась. В августе 2003 г. обратилась в стоматологическую поликлинику по месту жительства, где врачом-стоматологом была произведена операция удаления 2 зубов нижней челюсти слева, после чего пациентка отметила некоторое улучшение, но опухоль полностью не исчезла. В течение нескольких мес проводила полоскания полости рта, но без видимого эффекта.

В январе 2004 г. больная отметила повторное увеличение в размерах существовавшей опухоли. Проводимая в течение 7–10 дней семейным врачом антибиотикотерапия эффекта не дала. В связи с чем 18.02.04 пациентка обратилась в ОМОЦО. При поступлении предъявляла жалобы на наличие опухолевидного образования в области нижней челюсти слева, покраснение кожи, чувство «пульсации» в этой области в ночное время, нарушение речи.

При наружном осмотре определялась асимметрия лица за счёт опухолевидного образования в области подбородка размером – 8,0х4,5х3 см, плотной консистенции, безболезненное при пальпации, несмещаемое. Тактильная чувствительность над опухолью отсутствует. Кожа над опухолью гиперемирована, отёчна, отмечается местная гипертермия. Открывание рта,

подвижность нижней челюсти не нарушены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Со стороны полости рта определяется дефект слизистой оболочки 1,5х1,0 см, который располагался в области альвеолярного отростка нижней челюсти слева от 1 до 4 зубов. Переходная складка слизистой оболочки преддверия полости рта в области дефекта сглажена, гиперемирована и отёчна. При боковой рентгенографии нижней челюсти выявлен дефект костной ткани альвеолярного отростка в области 1–5 зуба.

Решением консилиума врачей с диагнозом: Неходжжкинская лимфома средостения с поражением тела нижней челюсти, больная госпитализирована на дообследование и лечение в химиотерапевтическое отделение ОМОЦО. В феврале – мае 2004 г. получила 4 курса полихимиотерапии по схеме АСОР. Отмечена полная резорбция опухоли.

В январе 2006 г. у больной на шее слева вновь появилось объемное образование, размером 5,0х7,0 см, плотной консистенции, с чёткими краями, ровной поверхностью, неподвижная. В ОМОЦО было проведено 2 курса полихимиотерапии по схеме АСОР, эффект – полная ремиссия. При контрольном обследовании в феврале 2007 г. признаков рецидива заболевания нет.

Представленный клинический случай подтвердил способность неходжжкинской лимфомы средостения к гематогенному распространению и диссеминации в лимфатические узлы шеи и грудную полость (выпотной плеврит) в сочетании с деструкцией нижней челюсти. Поражение нижней челюсти было спровоцировано воспалительным процессом слизистой оболочки, которое неправильно интерпретировал врач-стоматолог, а проведенное удаление зубов привело к отягощению клинической ситуации. Как видно из наблюдения, несмотря на массивную диссеминацию и распространенность патологического процесса, при грамотном использовании полихимиотерапии (СОР и АСОР) можно добиться хороших результатов лечения и качества жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая онкология / Под ред. С.З. Фрадкина, И.В. Залуцкого. Минск: Беларусь, 2003. С. 158–173.

2. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Чиссова. М.: Медицина, 1989. С. 514–526.

Поступила 12.02.07