



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (73) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616-006.441/444

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ: ПЕРВИЧНАЯ В-КЛЕТОЧНАЯ НЕХОДЖКИНСКАЯ ЛИМФОМА КОЖИ, МИМИКРИРУЮЩАЯ ПОД САРКОМУ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Х.А. Салохиддинов¹ Email: SalohiddinovA@mail.ru

Г.А. Хакимов^{1,2,3} Email: HakimovG@mail.ru

Г.Г. Хакимова^{1,2,3} Email: HakimovA@mail.ru

А.М. Хакимов^{2,3} Email: HakimovM@mail.ru

Х.И. Жуманиёзов^{1,2} Email: JumaniyevovX@mail.ru

У.Б. Урмонов^{1,2} Email: UrmonovB@mail.ru

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул.

Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Онкологии и Радиологии «РСНПМЦОиР» РУз. Узбекистан г. Ташкент, ул. Фароби, 383

³Nano Medical Clinic; Узбекистан, 100069 Ташкент, ул. Чимбой 2А

✓ Резюме

Первичные В-клеточные лимфомы кожи (ПВКЛК) представляют собой гетерогенную группу новообразований с отличающейся биологией и клиническим течением. Обычно они проявляются в виде фиолетовых эритематозных бляшек и неизъязвленных узелков, которые на момент появления локализуются на коже. Мы представляем необычный случай первичной В-клеточной лимфомы кожи, клинически имитирующей саркому. Этот случай подчеркивает необычное агрессивное поведение и изъязвленный тип узловых поражений, наблюдаемых при ПВКЛК.

Ключевые слова: В-клеточные лимфомы, кожа, неходжкинская лимфома, саркома

AMALIYOT VA ADABIYOTLARNI KO'RIB CHIQISH: YUMSHOQ TO'QIMALAR SARKOMASI OSTIDA TAQLID QILUVCHI BIRLAMCHI B-HUJAYRALI XODGKIN BO'LMAGAN TERI LIMFOMASI

Х.А. Салохиддинов¹ Г.А. Хакимов^{1,2,3}, Г.Г. Хакимова^{1,2,3}, А.М. Хакимов^{2,3}, Х.И. Жуманиёзов^{1,2},
У.Б. Урмонов^{1,2}

¹Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, Bog'ishamol ko'chasi

223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²O'zbekiston Respublikasi "RSNPMTSOiR" Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi. O'zbekiston, Toshkent, ko'ch. Forobiy, 383

³Nano Tibbiyot Klinikasi O'zbekiston, 100069 Toshkent sh., Chimboy ko'chasi, 2a

✓ Resume

Birlamchi b hujayrali teri limfomalari (PVCLC) turli xil biologiya va klinik kursga ega bo'lgan heterojen neoplazmalar guruhidir. Ular odatda binafsha eritematoz plakatlar va yaralanmagan tugunlar shaklida namoyon bo'ladi, ular paydo bo'lganda terida lokalizatsiya qilinadi. Biz sarkomani klinik jihatdan taqlid qiladigan birlamchi b-hujayrali teri limfomasining g'ayrioddiy holatini taqdim etamiz. Ushbu holat PVCLCDA kuzatilgan g'ayrioddiy tajovuzkor xatti-harakatlar va tugunli lezyonlarning yarali turini ta'kidlaydi.

Kalit so'zlar: b hujayrali limfomalari, teri, xodgkin bo'lmagan limfoma, sarkoma

CASE STUDY AND LITERATURE REVIEW: PRIMARY B-CELL NON-HODGKIN LYMPHOMA OF THE SKIN MIMICKING SOFT TISSUE SARCOMA

Х.А. Салохиддинов¹, Г.А. Хахимов^{1,2,3}, Г.Г. Хахимова^{1,2,3}, А.М. Хахимов^{2,3}, Х.И. Жуманиёзов^{1,2},
У.Б. Урмонов^{1,2}

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8
71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology
"RSNPMTSOiR" of the Republic of Uzbekistan. Uzbekistan Tashkent, st. Farobi, 383

³Nano Medical Clinic; Uzbekistan, 100069 Tashkent, st. Chimboy 2A

✓ *Resume*

Primary cutaneous B-cell lymphomas (PCBCL) are a heterogeneous group of neoplasms with distinct biology and clinical course. They usually appear as purple, erythematous plaques and nonulcerated nodules that are localized to the skin at the time of appearance. We present an unusual case of primary cutaneous B-cell lymphoma clinically mimicking sarcoma. This case highlights the unusual aggressive behavior and ulcerated pattern of nodular lesions seen in PCBCL.

Key words: B-cell lymphomas, skin, non-Hodgkin lymphoma, sarcoma

Актуальность

Неходжкинская лимфома является разнообразной группой гематологических опухолей, происходящих из клеток лимфоидной ткани. Её характеризует биологическая и клиническая разнообразность, варьирующаяся от медленно прогрессирующих форм до быстро нарастающих агрессивных видов. В данной статье мы представляем клинический случай пациента, столкнувшегося с необычным течением неходжкинской лимфомы с подробным анализом его патологической и клинической характеристики. [1] Лечение неходжкинской лимфомы сильно различается в зависимости от стадии опухоли, степени, типа лимфомы и различных факторов пациента (например, симптомов, возраста, общего состояния). Первичные лимфомы кожи включают кожные Т-клеточные лимфомы и кожные В-клеточные лимфомы (ПКВКЛК). [2] Первичные ПКВКЛК встречаются реже и составляют лишь 20–25% всех первичных лимфом кожи. [3]

Случаи неходжкинской лимфомы остаются актуальной проблемой онкологии, требующей индивидуального исследования и подхода к лечению в каждом конкретном случае. Мы представляем случай агрессивного течения первичной В-клеточной лимфомы кожи передней брюшной стенки с массивным распадом, мимикрирующая под саркому мягких тканей.

Цель исследования: клиническая картина пациента началась в январе 2023г. с жалоб на наличие объемного образования передней брюшной стенки, размерами 5,2x4,0 см с изъязвлением, бледность кожных и слизистых покровов, слабость, быструю утомляемость потерю 5 кг массы тела. Пациент самостоятельно обратился в поликлинику по месту жительства, откуда был направлен к онкологу. По данным ПЭТ КТ от 10.02.2023г.: Парааортальные лимфатические узлы на уровне дуги, парастернально с двух сторон, 8x4 мм, SUVmax=2,9. Параэзофагеальные лимфатические узлы размерами до 5x4 мм, SUVmax=4,2. В нижнем и среднем средостение, паракардиально больше слева лимфатические узлы размерами до 25x18мм, SUVmax=6,5. Ножка диафрагмы слева локально утолщена до 7мм, SUVmax=4,2. Поражение париетальной и висцеральной брюшины, жировой клетчатки органов брюшной полости забрюшинного пространства и малого таза с формированием пластов толщиной до 45 мм SUVmax=8,6, поражение стенок тонкой кишки толщиной до 36 мм, SUVmax=12,8, поперечно-ободочной кишки толщиной до 35 мм, SUVmax=8,7. Тело и головка поджелудочной железы деформированы и увеличены в объеме, размерами до 112x65 мм, SUVmax=9,0. В толщине образования деформированные сосуды (вероятно чревной ствол и ее ветви). В проекции капсулы 8-ом сегменте печени метаболический активный очаг размерами 13x10мм SUVmax=4,8. Стенка мочевого пузыря диффузно утолщены до 42 мм, SUVmax=14,7. Передняя стенка прямой кишки и мезоректальная клетчатка, паравазальное пространство по ходу подвздошных сосудов поражены метаболически активным инфильтративным процессом. Диагностическая

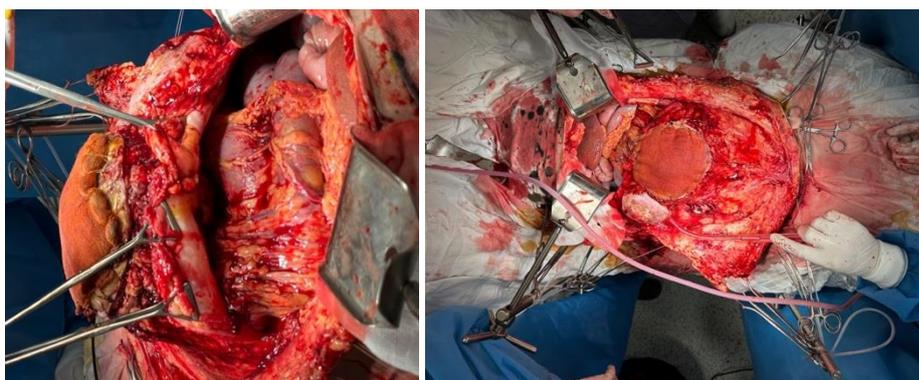
лапароскопия и биопсия, проведенные в ходе дальнейшего обследования, подтвердили наличие неходжкинской лимфомы и её характерные гистологические особенности.

Материал и метод исследования

Гистологическое заключение №1024-25/23 от 22.02.2023г.: Неходжкинская лимфома. ИГХ от 01.03.2023г. №102230122373: высокодифференцированная В клеточная неходжкинская лимфома. Ki 67 – 80%. Позитив: CD20, 10, BCL 6, MUM, CMYC; Негатив: CD3, BCL2, SOX11. Пациенту проведено 6 курсов химиотерапии по схеме R-CHOP (06.03. – 29.06.2023г.). Прогрессирование. 10.07.2023г. пациент самостоятельно в тяжелом состоянии обратился в Napo Medical Clinic, где по решению консилиума из-за бесперспективности химиотерапии, больному по жизненным показаниям из-за угрозы профузного кровотечения из распадающейся опухоли рекомендовано хирургическое лечение (рис.1).



Рисунок 1. Объёмное образование на передней брюшной стенке



а

б

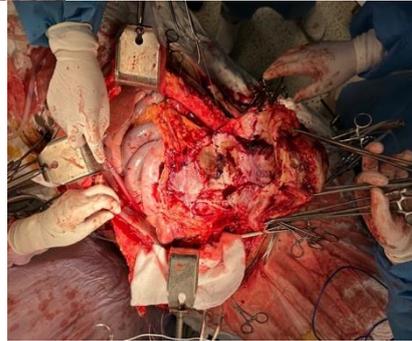
Рис 2 а,б. Этапы операции

18.07.2023г выполнено хирургическое лечение в объёме комбинированно – расширенного иссечения опухоли забрюшинного пространства (широкое тотальное иссечение ткани передней брюшной стенки, резекция большого сальника, резекция подвздошной кишки, аппендэктомия, резекция сигмовидной кишки, иссечение забрюшинной клетчатки с лимфатическими узлы и лимфатическими сосудами). Этапы операции проиллюстрированы на рисунках 2-6.

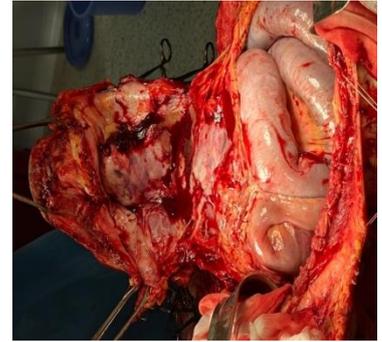
Кожные лоскуты отсепарированы в сторону, проксимально и дистально отступая от опухоли произведена лапаротомия (эпигастрии и гипогастрии).(а) В эпигастральной области отступая от видимой границы опухолевого поражения на 10-12 см произведено иссечение мышечно-апоневротического лоскута с брюшиной. (б)



а

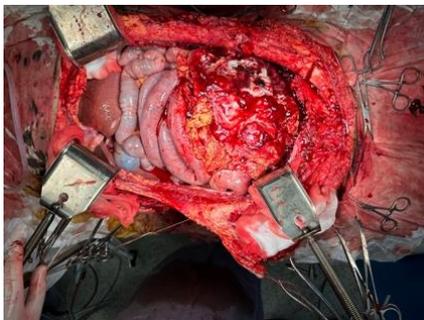


б



в

Рис 3 а,б,в. Этапы операции. Подвздошная кишка, аппендикулярный отросток, сигмовидная кишка в опухолевом конгломерате. Саркоматозная опухоль исходит из брыжейки подвздошной кишки, включая в себя сигмовидную кишку, аппендикулярный отросток, забрюшинную клетчатку с лимфатическими узлами, лимфатическими сосудами. Решено выполнить сверхрасширенную операцию.



а



б



в

Рис 4 а,б,в. Этапы операции

Мышечно – апоневротический лоскут передней брюшной стенки вокруг гигантской саркоматозной опухоли отступя от видимой границы опухолевого поражения на 12 см иссечена

со всех сторон. Создан адекватный доступ для выполнения комбинированно-расширенной операции.

Тонкая кишка мобилизована острым путем, оральнее отступая от видимой границы опухолевого поражения на 8 см наложен прямой мягкий зажим, на подвздошную кишку отступая от илеоцекального угла на 5 см наложен аппарат УО 60. Подвздошная кишка резецирована, выполнена аппендэктомия. Культи подвздошной кишки дополнительно ушита атравматическими швами. Сигмовидная кишка мобилизована острым путем проксимально и дистально отступая от видимой границы опухолевого поражения на 15см, 12 см соответственно наложен прямой зажим и аппарат УО-60. Препарат удален.

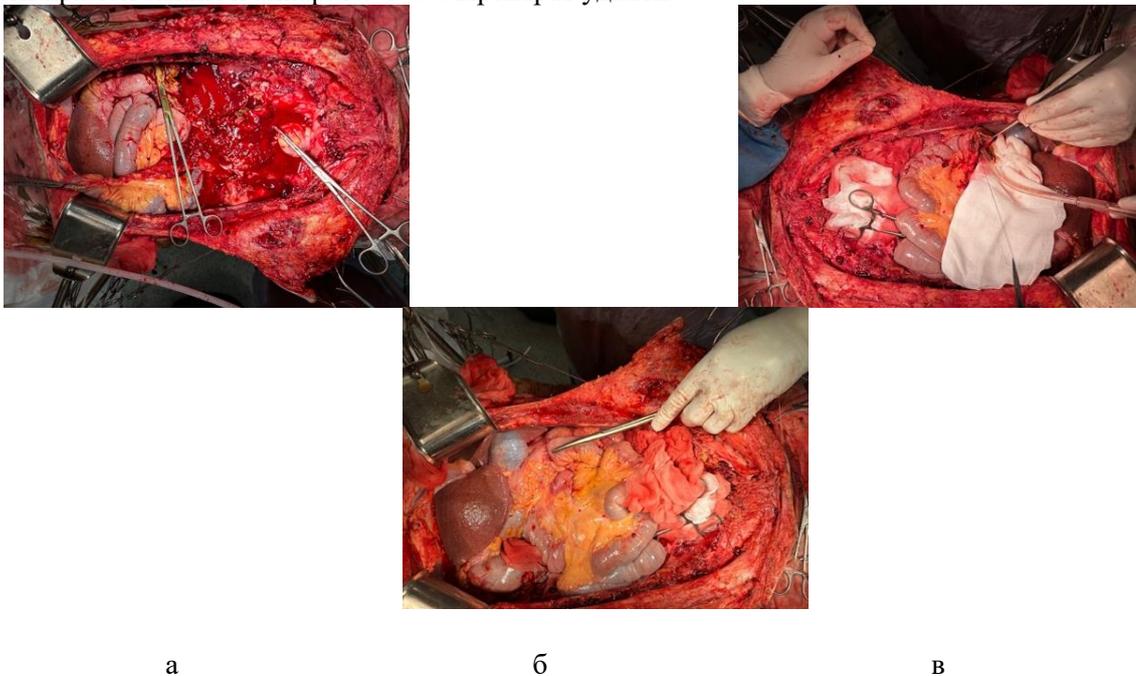


Рис 5 а,б,в. Этапы операции

Брюшная полость тщательно санирована. Метастатические опухоли мягких тканей передней брюшной стенки в области правого подреберья и в правой подвздошной области иссечены в пределах здоровой ткани. Сформирован илеоассендоанастомоз по типу “конец в бок”.



Рис 6. Вид после операции

Сформирована колостома в левом подреберье. Образовавшийся дефект передней брюшной стенки закрыт перемещенным кожным лоскутом с дренированием брюшной полости в правом подреберье, правой подвздошной области.

Гистологическое исследование №130242 от 25.07.2023г. Неходжкинская лимфома. Образование прорастает в: перитонизированную часть толстого кишечника, слизистую кишечника, мышечный слой аппендикса, плоский эпителий кожи. Края резекции (толстого и тонкого кишечника, мезентеральные, глубокие, мягкотканые и края кожного лоскута) интактные. Лечебный патоморфоз 1 степени. (рис.7-9).

По данным гистологического исследования макропрепарат представлен органокомплексом представляющим собой гигантскую саркоматозную опухоль ткани передней брюшной стенки, большой сальник размерами 21x22x14 см, 7,5x6,0x7,0см, 6,0x6,0x5,5 см, подвздошную кишку, аппендикулярный отросток, сигмовидную кишку, забрюшинную клетчатку с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами.

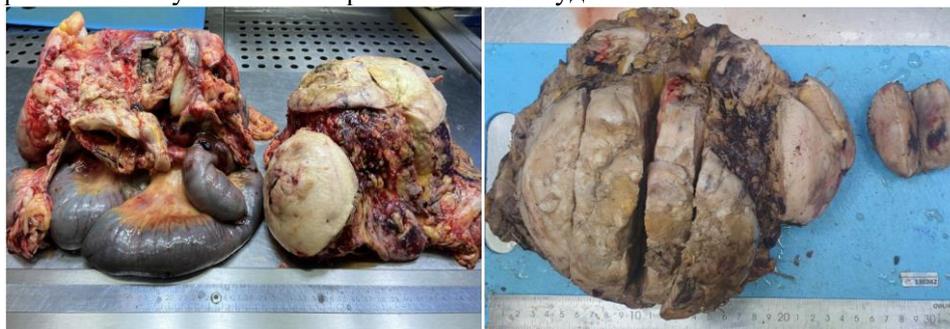


Рис 7 а,б. Гистологическое исследование послеоперационного материала (макропрепарат)

При изучении макропрепарата установлено, что опухоль прорастая из ткани передней брюшной стенки в области мезо и гипогастрии, изъязвляя кожу с распадом поражает перфорируя брыжейку тощей кишки, петли и стенку подвздошной кишки на протяжении 65 см.

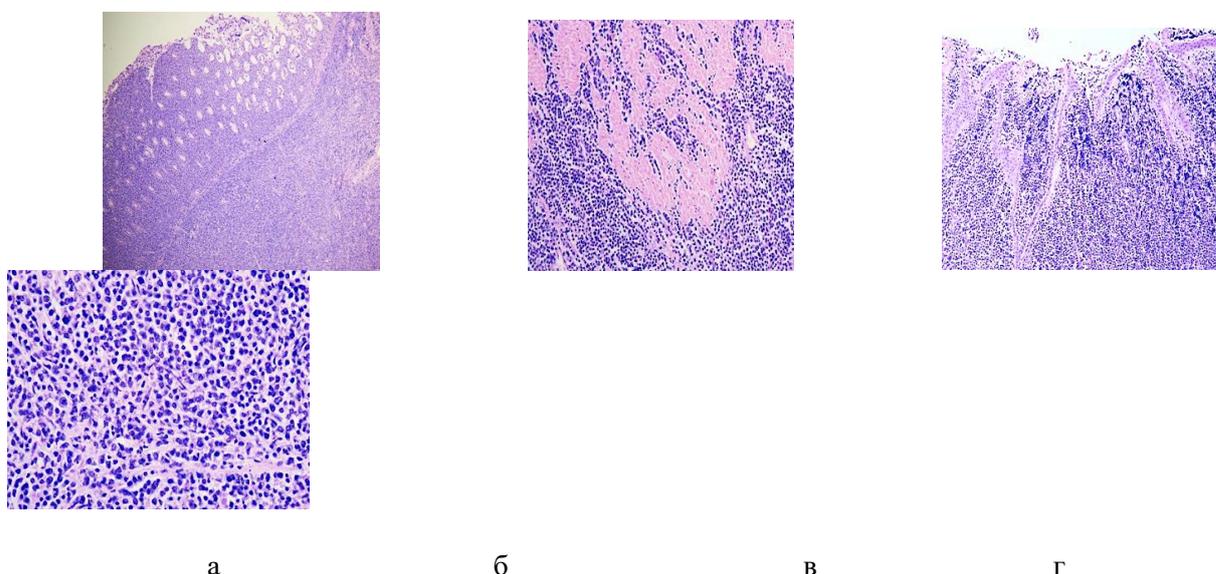
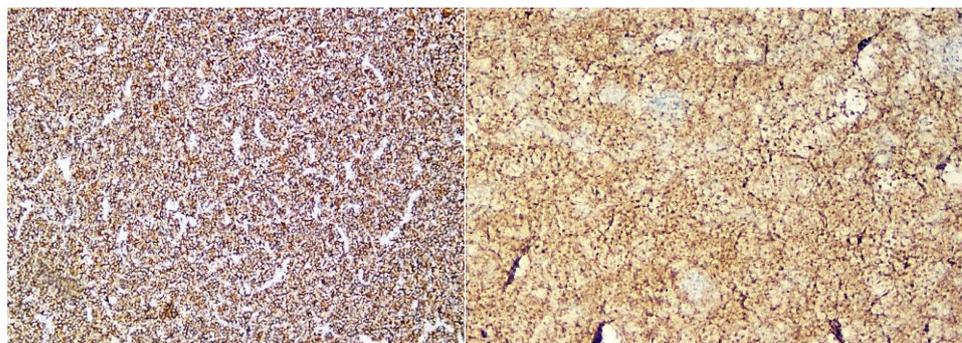


Рис 8. Гистологическое исследование послеоперационного материала (окраска гематоксилином и эозином, x200): а) слизистая толстого кишечника с диффузным поражением слизистого, подслизистого, мышечного слоя лимфоидным инфильтратом, состоящий и мноморфных клеток лимфоидного ряда б) Между мышечными волокнами отмечается лимфоидный инфильтрат, состоящий из клеток среднего и мелкого размера



а

б

Рис 9. Иммуногистохимическое исследование (x200):

в) Дерма кожи инфильтрирована атипичными клетками вышеописанного типа. Лимфоидный инфильтрат местами прорастает в базальный слой эпидермиса с дальнейшим прорастанием до поверхности г) Неоплазма представлена лимфоцитами среднего и мелкого размера с диффузным паттерном роста. Отмечается повышенное количество митотических фигур и апоптотических тел.

а - CD20 (L26) – положительная мембранная экспрессия в мембранных клетках; б - CD10 (56C6) - положительная мембранная экспрессия в мембранных клетках.

При иммуногистохимической положительной экспрессии CD20 (L26) отмечается диффузное окрашивание мембраны лимфоцитов, свидетельствующее о В-клеточном происхождении лимфомы. Маркер CD10 (56C6) свидетельствует о диффузном окрашивании мембраны лимфоцитов, что указывает на фенотип клеток герминативного центра. Прогноз у пациента с В-клеточной неходжкинской лимфомой оставался неблагоприятным из-за наличия высокой степени пролиферации клеток опухоли и распространения заболевания в брюшной полости и малом тазу. На 17 сутки после операции пациент выписан из стационара.

Результат и обсуждение

Злокачественные лимфомы (болезнь Ходжкина (БХ) и неходжкинская лимфома (НХЛ)) составляют примерно 5–6% всех злокачественных новообразований. [4] Лимфомы часто поражают узловые и экстранодальные структуры брюшной полости и таза. [5,6] НХЛ составляет примерно 90% случаев лимфомы и в 2022 году была шестым наиболее часто диагностируемым раком в мире. [7] НХЛ можно разделить на В-клеточную лимфому, Т-клеточную лимфому и индолентную лимфому и агрессивную лимфому. В-клеточная лимфома составляет примерно 85% всех случаев лимфомы, тогда как Т-клеточная лимфома составляет 15% [8]. Экстранодальная лимфома желудочно-кишечного тракта встречается у 10–30% всех пациентов с НХЛ [9]. ДВКЛ является наиболее распространенным типом НХЛ. Однако В-клеточная лимфома кожи встречается очень редко (<1%). [10]

Первичные кожные В-клеточные лимфомы (ПКВКЛ) включают группу экстранодальных В-клеточных неходжкинских лимфом В-клеточного происхождения, которые преимущественно поражают кожу без признаков внекожного поражения на момент постановки диагноза. Они включают около 25% всех кожных лимфом и подразделяются на три основные подгруппы (Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2017г.): первичная лимфома маргинальной зоны кожи (ПЛМЗК), первичная кожная лимфома из фолликул-центра (ПКЛФЦ) и диффузная В-клеточная лимфома кожи (ДВКЛК). Эта классификация также включает некоторые менее распространенные заболевания, такие как внутрисосудистая крупноклеточная В-клеточная лимфома. В целом варианты лечения зависят от точной гистологической и иммуногистохимической классификации, картины заболевания и оценки риска. ПЛМЗК и ПКЛФЦ считаются индолентными лимфомами с хорошим прогнозом и связаны с 5-летней выживаемостью, специфичной для заболевания, $\geq 95\%$. Напротив, ДВКЛ кожи считается агрессивной лимфомой с выживаемостью в течение 5 лет ниже 60%. Терапевтический выбор включает наблюдение, местную или системную терапию, основанную на гистологии и распространенности заболевания. Ведение пациентов является междисциплинарным, включая дерматологов, патологов, гематоонкологов и радиационных онкологов. [11] Диффузная В-

клеточная лимфома кожи (ДВКЛК) — редкая, но агрессивная лимфома с плохим исходом и более низкой частотой полного ответа на терапию. Для него характерны эритемато-цианотические узелки и/или бляшки с быстрым ростом, очень часто располагающиеся на нижних конечностях и только у 15–20% больных в разных локализациях. У пациентов могут наблюдаться «В-симптомы» (лихорадка, ночная потливость и потеря веса). Смерть не является редкостью, а 5-летняя выживаемость составляет ~ 50%. Он составляет 20% всех ПКВКЛ и чаще всего поражает пожилых женщин (соотношение 2:1 по сравнению с мужчинами). Гистологическая картина характеризуется диффузным дермальным инфильтратом, состоящим преимущественно из популяции центробластов и иммунобластов с высокой митотической активностью и минимальным реактивным Т-компонентом. Фенотипы опухолевых клеток: CD20+, CD79a+, bcl2+, CD10–, bcl 6+/-, FOX-P1 и MUM-1/IRF-4-положительные. Моноклональная перегруппировка тяжелых цепей иммуноглобулинов присутствует постоянно. Недавно были идентифицированы транслокации, делеции и мутации, которые могут быть полезны при диагностике заболевания. Дифференциальный диагноз обычно включает другие системные НХЛ, лейкомию и другие неопластические заболевания. [12-14] У пациентов с единичным поражением предпочтительным вариантом является местная лучевая терапия с возможным добавлением R-СНОР. Как и в случае всех лимфом, перед началом каждого протокола химиотерапии рекомендуется искать HCVAb, HBsAg и HBcAb, чтобы проверить наличие реактивации вируса и предотвратить ее с помощью указанной профилактики. [15-19] Пациенты с генерализованным поражением лечат так же, как и при узловых ПКВКЛ. Многообещающие результаты были получены в ходе клинических исследований бортезомиба, леналидомида и ибрутиниба. В более агрессивных случаях с противопоказаниями к схемам, подобным R-СНОР, альтернативным подходом может быть сочетание ритуксимаба с пегилированным липосомальным доксорубицином. Два моноклональных антитела, люмиликумаб и дацетузумаб, проходят клинические испытания для будущих методов лечения. Контрольные интервалы обычно проводятся каждые 3 месяца после первоначального лечения. Каждое последующее наблюдение состоит из полного клинического обследования кожи и узлов в лабораторных условиях, оценки ПЭТ-КТ и ежегодного повторного стадирования. [20-27] После окончания терапии ПЭТ-КТ необходима каждые 6–12 месяцев.

Представленный клинический случай иллюстрирует сложность лечения гигантских саркоматозных опухолей передней брюшной стенки и не типичное течение неходжкинской лимфомы. Несмотря на то, что нами была предпринята попытка реализации мультимодального подхода, включая химиотерапию и хирургическое лечение, агрессивность опухолевого процесса и его высокая резистентность к терапевтическим воздействиям оказались сложноуправляемыми факторами. В недавней работе Zhi K. описывает клинический случай 59-летнего мужчины с образованием на передней брюшной стенке, расположенном подкожно от переднего до латеральных краев правой прямой мышцы живота, размерами 39x22x34мм. При гистологическом исследовании биопсийного материала выявлена диффузная В-клеточная лимфома. Пациенту проведено хирургическое лечение с последующими 6 курсами химиотерапии, R-СНОР. Полный ответ на момент публикации статьи. [28] В статье Prajwala G. и др., описан клинический случай мужчины 40 лет с жалобами на тупую ноющую боль в левой ноге в течение 4 месяцев, отек конечностей и множественные прогрессивно нарастающие отеки в течение 2 месяцев. Через месяц на месте припухлости появилось изъязвление и быстро увеличивающееся образование в левой паховой области. При осмотре левая нижняя конечность была отеочной, отмечались множественные твердые, безболезненные, подкожные узелковые припухлости размером от 2 до 8 см в наибольшем диаметре. Три из этих опухолей вокруг коленного сустава были изъязвлены (рис.10а). Язвы имели неровные края и рваное дно, покрытое некротическим шелушением. Отек левой паховой области был подкожным, плотным, узловым, наибольший диаметр составлял 8 см. Другой пальпируемой периферической лимфаденопатии не было. Перабдоминальное и системное обследование не выявило каких-либо отклонений. Гематологические и биохимические показатели были в пределах нормы. Предварительный клинический диагноз: саркома мягких тканей. Компьютерная томография брюшной полости и таза с контрастным усилением выявила нечеткое гетерогенно усиливающееся образование размером 6,8 см × 5,7 см × 5,2 см в левой надпочечнике, инфильтрирующее верхний полюс левой почки, вероятно метастаз (рис.10б). Было отмечено еще одно крупное образование с гетерогенным усилением в левой паховой области, инфильтрирующее кожу и подлежащие мышцы, что наводит на мысль о неопластическом лимфатическом узле (рис.10с).

а) Левая нога с множественными подкожными опухолями и небольшим количеством изъязвленных узлов. (б) Аксиальная компьютерная томография: однородное увеличение относительно гиподенсивной массы левого надпочечника с потерей жировой прослойки в переднем

параренальном пространстве. (с) Аксиальная компьютерная томография: неоднородное увеличение массы левого пахового лимфатического узла.

После проведения тонкоигольной аспирационной цитологии подкожного образования колена результаты цитоморфологического исследования подтвердили неходжкинскую лимфому крупноклеточного типа. [29] Известно, что ПКВКЛ вызывает диссеминацию в необычные внекожные участки. [30] В данном случае, как и у нами представленного пациента наблюдалось быстро прогрессирующее клиническое течение и язвенные поражения с внекожной диссеминацией и распространением в отдаленные висцеральные участки, такие как тонкий и толстый кишечник.

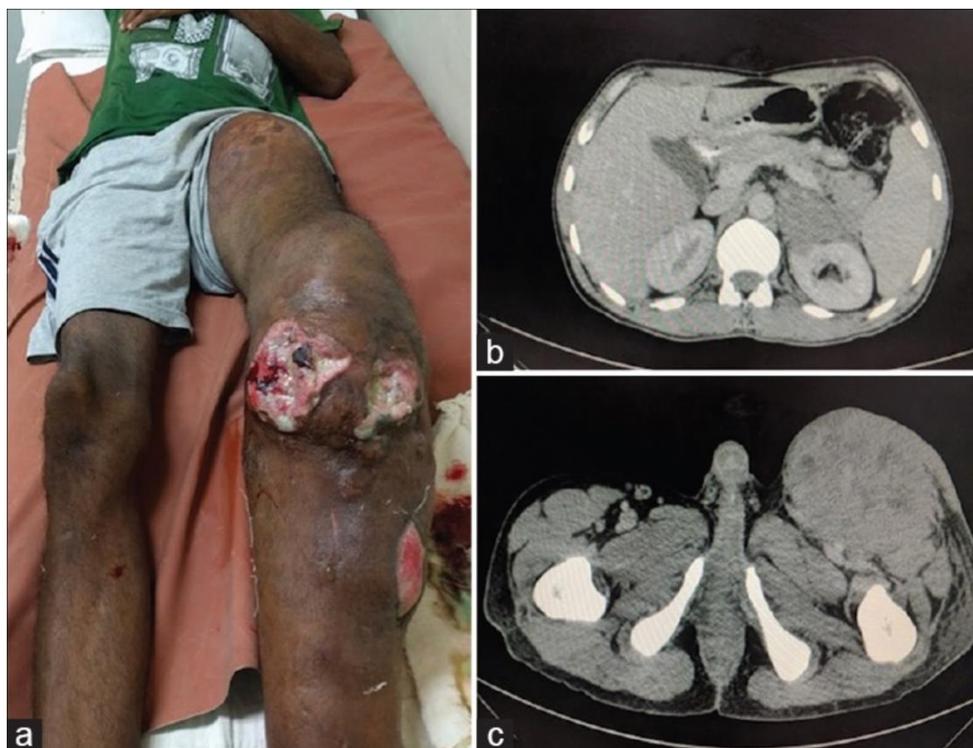


Рис 10. Клинический пример ПКВКЛ колена

Заключение

Клинический случай гигантской саркоматозной опухоли передней брюшной стенки у пациента с неходжкинской лимфомой подчеркивает сложность диагностики, лечения и управления подобными опухолями. Мультимодальный подход, индивидуализированное лечение и инновационные методы терапии могут играть важную роль в повышении результатов лечения и улучшении прогноза у пациентов с подобными клиническими случаями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Sapkota S, Shaikh H. Non-Hodgkin Lymphoma. StatPearls. Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Hira Shaikh declares no relevant financial relationships with ineligible companies. StatPearls. 2023.
2. Willemze R, Jaffe ES, Burg G, Cerroni L, Berti E, Swerdlow SH, et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. Blood.
3. Sousa AR, Costa IS, Araujo Filho EF, Jucá NB, Miranda WL. Primary cutaneous large B-cell lymphoma of atypical presentation: Case report. An Bras Dermatol.
4. Kwee TC, Kwee RM, Nievelstein RAJ. Imaging in staging of malignant lymphoma: a systematic review.
5. Lee W-K, Lau EWF, Duddalwar VA, Stanley AJ, Ho YY. Abdominal manifestations of extranodal lymphoma: spectrum of imaging findings. American Journal of Roentgenology. 2008;191(1):198–206.

Поступила 20.10.2024