



**М.С. ПРОТОПОПОВ, М.А. АФАНАСЬЕВА, Р.З. АБДРАКИПОВ, С.А. ЛАПШИНА,
Н.Г. ШАМСУТДИНОВА, Р.Х. ЗАКИРОВ**

УДК 616-006.443.31-07

Казанский государственный медицинский университет

Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан

Трудности диагностики лимфогранулематоза

Протопопов Михаил Сергеевич

аспирант кафедры госпитальной терапии

420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, тел. 8-906-321-84-40, e-mail: mikhailprotopopov@gmail.com

Представлено описание пациента, обратившегося к ревматологу по поводу хронической боли в спине, у которого впоследствии была обнаружена нетипичная форма висцерального лимфогранулематоза.

Ключевые слова: лимфогранулематоз, спондилоартропатия.

**M.S. PROTOPOV, M.A. AFANASYEVA, R.Z. ABDRAKIPOV, S.A. LAPSHINA,
N.G. SHAMSUTDINOVA, R.H. ZAKIROV**

Kazan State Medical University

Republican Clinical Hospital of Ministry of Health Care of the Republic of Tatarstan

Difficulties in diagnosis of Hodgkin's disease

The description of the patient, has applied to the rheumatologist for chronic back pain, which was later found an atypical form of visceral Hodgkin's disease was presented.

Keywords: Hodgkin's disease, spondyloarthropathy.

Представлена история болезни пациента, обратившегося к ревматологу по поводу хронической боли в спине, у которого впоследствии был обнаружен лимфогранулематоз.

Пациент А., 21 год, обратился к врачам по поводу болей в нижней части спины, миалгий, усталости, слабости, эпизодов повышения температуры тела. Впервые боли в мышцах передней группы бедер появились около полутора лет назад, внимания им не придавал, боли были непродолжительными, проходили самостоятельно. В феврале 2011 года интенсивность болей значительно усилилась, сначала болели только мышцы передней группы обоих бедер, затем присоединились боли в правом плече, начал отмечать появление болей в грудном отделе позвоночника. Обратился к неврологу по месту жительства, был назначен диклофенак в инъекциях на 10 дней, после в/м введения диклофенака боли прошли, пациент отмечал значительное улучшение, до мая 2011 года боли его не беспокоили. В мае 2011-го боли в мышцах бедер, спине появились вновь, были сильными, больше в ночное время. Самостоятельно начал прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) (аспирин, диклофенак, кетопрофен), получил хороший ответ на терапию. Однако из-за нарастания болевого синдрома был направлен в Республиканскую клиническую поликлинику (РКП), где была проведена магнитно-резонансная томография

(МРТ) поясничного отдела позвоночника, показавшая неоднородный патологический сигнал от тел и задних структур Th4, Th12, L1-S11, крестцово-подвздошных сочленений (КПС), гемангиомы L11-S11. Была проведена остеосцинтиграфия, которая не выявила накопления радиофармпрепарата в позвоночнике. Проведенное HLA-типирование В-27 антигена не выявило. В ходе лабораторного обследования отмечена постоянно повышенная СОЭ (до 63 мм/ч), повышение С-реактивного протеина, α_2 -, β -глобулинов. В ходе проведения обследования состояние пациента ухудшалось, был госпитализирован в отделение ревматологии РКБ. с диагнозом «спондилоартропатия неуточненного генеза».

Проведенное ультразвуковое исследование органов брюшной полости выявило наличие единичных лимфоузлов размером до 14x8 мм, обычной эхоструктуры, располагающихся кпереди от тела поджелудочной железы, в норме обычно не визуализирующихся. Проведенные иммунофенотипирование периферической крови и стерильная пункция отклонений в клеточном составе не выявили. Остеосцинтиграфия костей скелета обнаружила значительное равномерное повышение накопления радиофармпрепарата в крестцово-подвздошных сочленениях, в левом тазобедренном и левом коленном суставах, незначительное равномерное повышение накопления



в голеностопных суставах и грудном отделе позвоночника. Была проведена рентгеновская компьютерная томография (РКТ) органов грудной клетки и брюшной полости, малого таза, обнаружившая признаки увеличения лимфоузлов средостения, выраженной гиперплазии вилочковой железы, спленомегалии, лимфаденопатии забрюшинных и мезентериальных лимфоузлов, локальное разряжение костной ткани и деструкции передних отделов тела Th2 позвонка (рис. 1).

За время проведения диагностических мероприятий в стационаре состояние пациента ухудшилось. Отмечались ежедневные эпизоды повышения температуры тела до 40°C, прогрессировала общая слабость. При очередном осмотре обнаружили увеличенные периферические лимфоузлы (шейные, паховые, размером до 1,5 см), не пальпирующиеся на первичном осмотре. В периферической крови однократно были зафиксированы юные формы лейкоцитов (3%), миелоциты (7%).

С целью исключения лимфопролиферативного заболевания в онкологическом диспансере проведенная биопсия шейного лимфатического узла выявила гистологические признаки лимфогранулематоза. В настоящее время пациент получает программную полихимиотерапию в условиях онкологического стационара.

Особенность данного случая заключается в том, что у пациента не наблюдалось значительного увеличения периферических лимфоузлов, оно отмечено лишь на поздних сроках заболевания. Представленный случай — достаточно редкий, так называемый висцеральный вариант лимфогранулематоза.

Рисунок 1.

РКТ органов брюшной полости. Стрелками указаны: группа увеличенных парааортальных лимфоузлов, увеличенная селезенка

