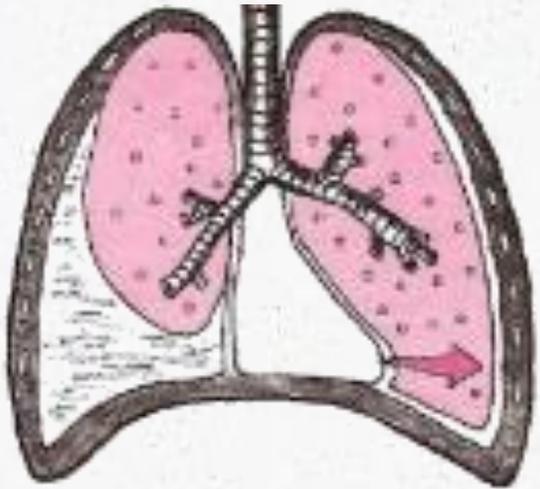




Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Двухсторонний плеврит у ребенка с лимфомой средостения

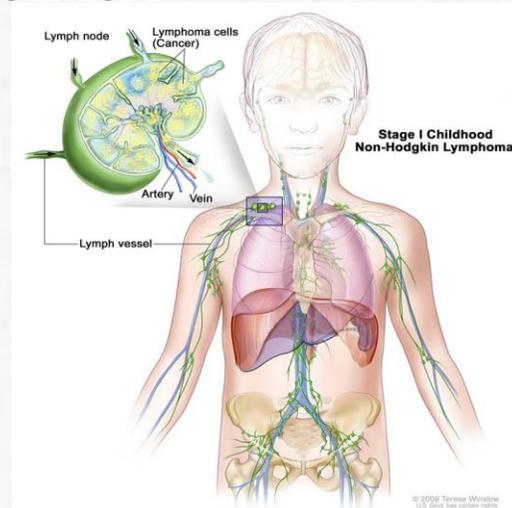


к.м.н., доц. Баешко Г.И.
к.м.н., доц. Бордюгова Е.В.
асс. Марченко Е.Н.

Общее понятие

- Опухолевый или, как его еще называют, метастатический плеврит – это воспалительный процесс в париетальной и висцеральной плевре, обусловленный онкологическим заболеванием и сопровождающийся резким увеличением объема жидкости в образованной ими полости, т. е. накоплением выпота.
- Плеврит существенно ухудшает самочувствие больных, а у 15% из них становится первым проявлением онкологической патологии.
- На долю опухолевого плеврита приходится порядка 40% всех плевритов.
- Опухолевый (метастатический) плеврит является частым осложнением при лимфомах и лейкозах.

При кодировании по МКБ метастатический плеврит указывают шифром J91, который размещают после кода основного заболевания.



Причины возникновения

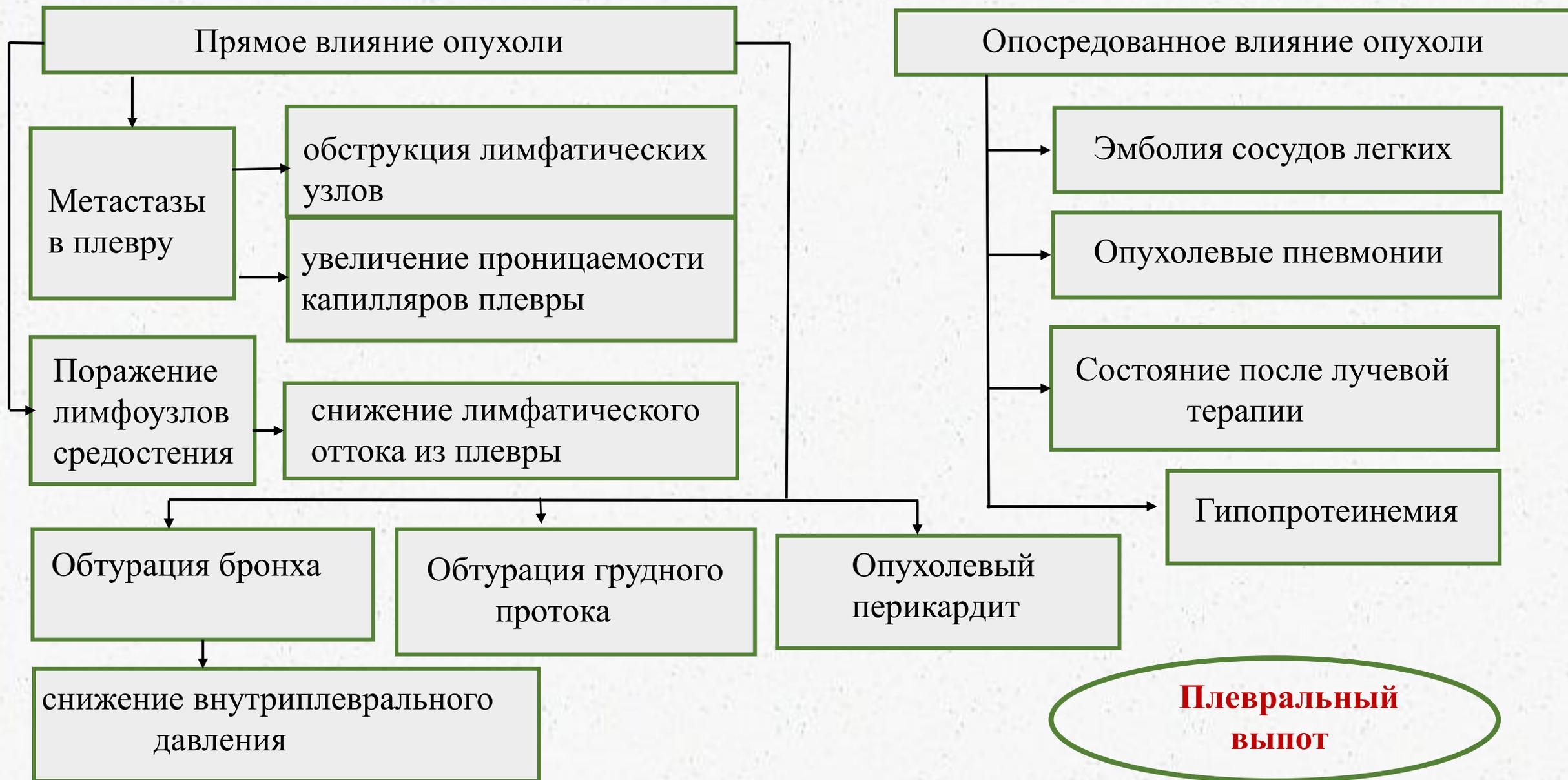
- Наиболее часто опухолевый плеврит обусловлен инвазией или метастазированием опухолевых клеток непосредственно в плевру.
- Реже образование выпота обусловлено поражением лимфатических узлов корня легких и средостения, обструкцией бронха, что нередко осложняется присоединением ателектаза легкого или пневмонии.
- Плеврит преимущественно возникает на поздних этапах прогрессирования опухолевого процесса и является признаком его распространенности.



Патогенез



Механизм образования плеврального выпота



Клинические симптомы

При метастатическом плеврите наблюдаются:

- сухой кашель;
- одышка при нагрузках;
- ослабление дыхания со стороны поражения;
- бледность кожи;
- цианоз носогубного треугольника;
- свистящее дыхание;
- учащение сердцебиения;
- повышение температуры тела;
- тяжесть и дискомфорт в грудной клетке.

Поражение может быть одно- и двусторонним.

NB! Болевой синдром не характерен для опухолевых плевритов.

Диагностика опухолевых плевритов

- рентгенография ОГК в прямой и боковой проекциях,
- ультразвуковое исследование (УЗИ),
- компьютерная томография (КТ),
- торакоцентез,
- лабораторное биохимическое и цитологическое исследование экссудата.



Лечение

- Тактика лечения зависит от характера и стадии основного заболевания.
- Основной метод терапии – удаление жидкости из плевральной полости и снижение скорости ее образования путем плевральной пункции.
- Одновременно эвакуируют жидкость из плевральной полости и сердечной сумки в случае сочетания плеврита с перикардитом.
- С целью замедления накопления большого объема выпота, показано дренирование плевральной полости.
- В качестве заместительной терапии назначается альбумин, плазма, электролиты, тромбоциты при снижении 50 Г/л.
- Проводится системная химиотерапия.

NB! При метастатических плевритах наблюдается симптом «неисчерпаемости».

Прогноз

Прогноз при метастатическом плеврите зависит от типа первичной опухоли, особенностей метастазирования, течения основного заболевания, чувствительности клетки к химиотерапии.

Клинический случай

Ребенок А., 3 лет., жалобы при поступлении на повышение температуры тела до фебрильных цифр, кашель, образование на шее справа, слабость, быструю утомляемость, затруднение дыхания.

Анамнез заболевания: Заболела 3 месяца назад, когда впервые появились катаральные явления и повысилась температура тела до фебрильных цифр. Лечилась амбулаторно по месту жительства. Месяц спустя у девочки сохранялся кашель, лихорадка, заподозрена острая пневмония. Госпитализирована в стационар по месту жительства. Получала антибактериальную терапию без положительной динамики. Консультирована в туберкулезном диспансере г. Донецка: данных за туберкулезный процесс нет. Пациентка была переведена в ОДКБ, где получала лечение по поводу двухсторонней диссеминированной пневмонии. От дальнейшего лечения родители отказались. Выписана из отделения по настоянию родителей. В дальнейшем, в течение месяца девочка находилась дома. Сохранялся субфебрилитет, кашель. В шейной области справа увеличились лимфоузлы. За неделю до госпитализации состояние ребенка ухудшилось, родители обратились к врачу, направлена на госпитализацию в ООГД ИНВХ.

Клинический случай

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, 2-х срочных родов. Масса тела при рождении 3500г. На естественном вскармливании до года. Росла и развивалась соответственно возрасту. Редко болела простудными заболеваниями. Привита по возрасту. Аллергологический анамнез не отягощен. Онкологический анамнез не отягощен. Хронической патологии в семье не отмечают.

Дисфункций кишечника за последние 3 недели у ребенка и членов семьи не было. Вирусный гепатит, брюшной тиф, вен. заболевания, ВИЧ, малярию отрицают.

Клинический случай

Объективно: при поступлении состояние ребенка тяжелое по основному заболеванию, выражена интоксикация, признаки дыхательной недостаточности. Вялая, капризная. Лихорадит на фебрильных цифрах, без озноба. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, цианоз н/г треугольника. Справа на шее определяется конгломерат лимфатических узлов 5х6 см, в остальных группах единичные, до 1 см. При перкуссии в подлопаточной области с обеих сторон отмечается притупление легочного звука. В легких дыхание жесткое, резко ослабленное в нижних отделах, хрипы не слышны. ЧД 32 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 120-126 в мин. Артериальное давление – 100 / 55 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +4см, селезенка +5см. Мочеиспускание достаточное. Стула не было.

Клинический случай

В отделении обследована:

Общий анализ крови: Эр. (Т/л): 3,95; Нв (г/л): 115; ц.п.: 0,8; тромбоциты: 68‰; Л (Г/л): **19,6**; э- 1; п/я- **6**; с/я- **56**; л- 23; м- **14**; СОЭ 25 мм/ч.

Миелограмма: бласты: 0,5; гранулоцитарный ряд: 76,75; лимфоциты: 1,5; моноциты: 2,75; эритроидный ряд: 18,5. Индекс Л-Э 4,7:1. Мегакариоцитарный росток активен. Препараты костного мозга с высокой клеточностью. Выражена очаговость кроветворения. Всего эозинофилов – 5,0.

Анализ спинномозговой жидкости: цитоз: 1 в мкл; белок-1: 0,37 г/л; белок-2: 0,32 г/л; реакция Панди \pm .

Биохимические показатели крови: общ. билирубин (ммоль/л): 14,00; прямой билирубин: 3,0; непрямой билирубин: 11,0; АСТ (ммоль/л): 0,20; АЛТ (ммоль/л): 0,25.

мочевина (ммоль/л): 4,46; креатинин (ммоль/л): 0,050; остаточный азот: 2,0 ммоль/л.

Натрий: 142 ммоль/л; калий: 3,9 ммоль/л; кальций: 2,38 ммоль/л; хлориды: 90 ммоль/л.

Общий белок 75,4 г/л.

Церулоплазмин 2,77 ммоль/л.

ЛДГ **780** МЕ/л.

Иммуногистохимическое исследование гистологических препаратов лимфатического узла в РОНЦ им. Н.Н.Блохина: Анапластическая крупноклеточная лимфома, ALK- позитивная.

Клинический случай

Спиральная компьютерная томография шеи, органов грудной полости, брюшной полости, забрюшинного пространства.

В области мягких тканей шеи справа в проекции поверхностных и глубоких групп лимфатических узлов, определяется образование/конгломерат лимфатических узлов размерами 43х66х85мм, неоднородной мягкотканой плотности, распространяющийся в надключичную область справа размерами 73х70мм. В мягких тканях шеи слева в проекции поверхностных и глубоких групп лимфатических узлов, распространяясь до надключичной области, определяются группы лимфатических узлов размерами до 11мм.

В S2 верхней доли правого легкого, S5 средней доли правого легкого, S8, S10 нижних долей легких с обеих сторон определяются очаги уплотнения легочной ткани размерами 6х22мм. Отмечается неравномерное уплотнение легочной ткани S9 нижних долей легких с обеих сторон. Корни расширены за счет увеличенных бронхопульмональных лимфатических узлов с обеих сторон. В средостении ретрострнально от уровня Th3 позвонка, распространяясь паратрахеально справа до уровня бифуркации, определяется образование/конгломерат лимфатических узлов размерами 38х39х35мм. Сердце и аорта размеры и конфигурация в пределах возрастной нормы. В плевральных полостях с обеих сторон определяется жидкость.

Печень диффузно увеличена в размерах, однородной структуры, пониженной плотности, без дополнительных образований. Контуры четкие, ровные. Селезенка увеличена в размерах до 81х34х85мм, однородной структуры, обычной плотности, без дополнительных образований и очагов патологической плотности, контуры ее четкие, ровные.

Заключение:

Изменения в лимфатических узлах шеи, надключичных, подключичных, л/узлах средостения, изменения в легких с обеих сторон, наиболее вероятно, обусловлены лимфопролиферативным заболеванием. Двусторонний гидроторакс. Диффузные изменения печени, селезенки.

Клинический случай

Клинический диагноз:

Анапластическая крупноклеточная лимфома, ALK- позитивная, III стадия.

Осложнения:

Острая двусторонняя полисегментарная пневмония ДН2. Экссудативный плеврит.

Клинический случай

Проведено лечение:

Однократно выполнена пункция плевральной полости справа. Получено до 150 мл серозно-геморрагического экссудата. Проводилась сопроводительная дезинтоксикационная, симптоматическая, заместительная терапия (трансфузии компонентов крови, свежезамороженная плазма).

Начата химиотерапия по программе NHL BFM-95: vor fasa (эндоксан №5, преднизолон №5; блоки полихимиотерапии А №3, В №3).

Получена положительная динамика.

По окончании терапии девочка в удовлетворительном состоянии выписана для амбулаторного наблюдения.

Клинический случай

Контрольная спиральная компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства с per os контрастированием.

Дополнительных образований, инфильтратов легких с обеих сторон не выявлено. Легочный рисунок с обеих сторон не изменен. Корни легких структурны, не расширены. Плевральные полости с обеих сторон свободны. В средостении дополнительные образования и увеличенные л/узлы не определяются.

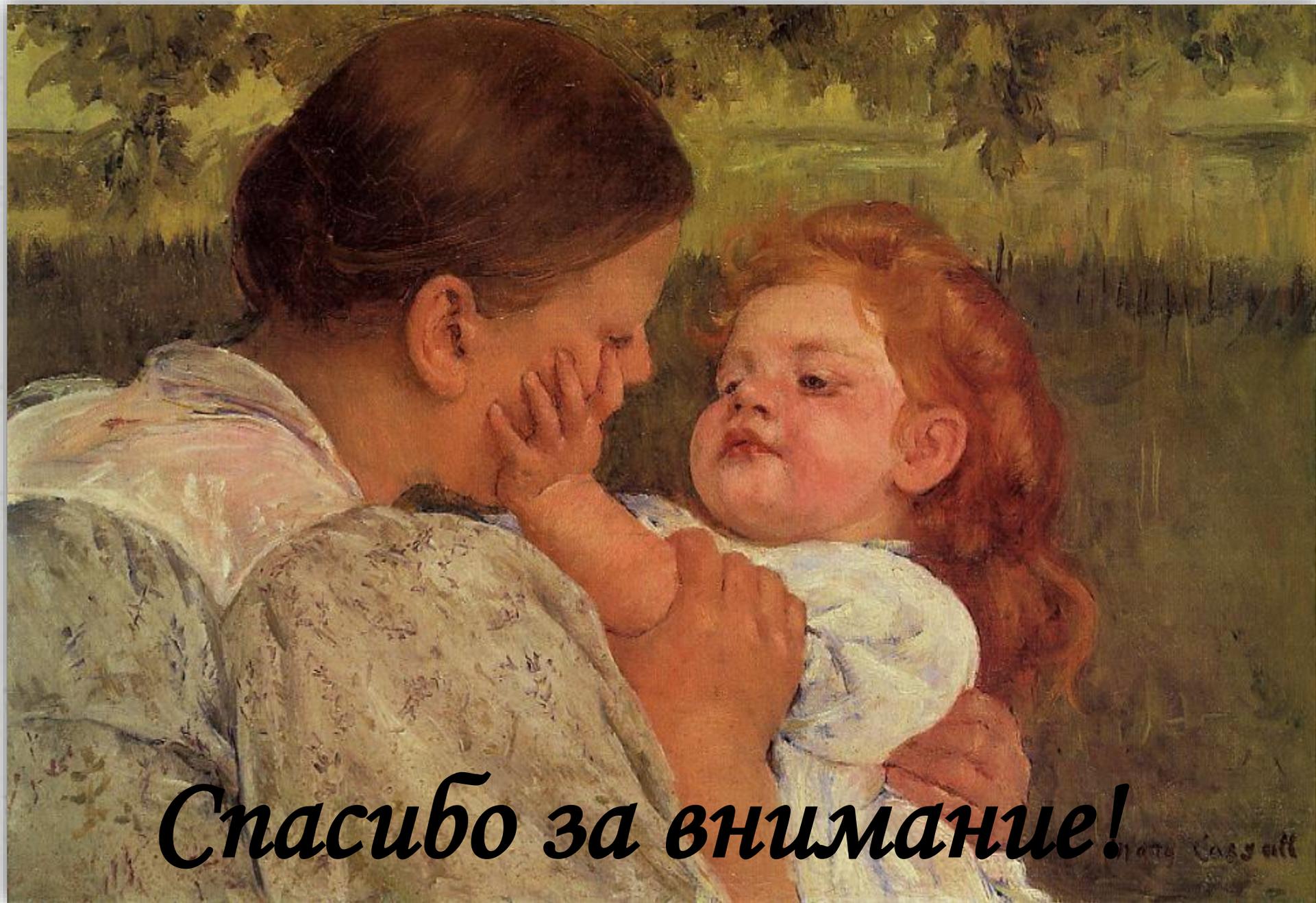
Печень не увеличена, с ровными, четкими контурами, однородной структурой, дополнительные образования и очаги патологической плотности в ней не визуализируются. Размеры селезенки, поджелудочной железы не изменены, структура однородная, дополнительных образований не выявлено. Надпочечники обычной формы, размеров, дополнительные образования в них не определяются. Почки обычной формы, размеров, положения, дополнительных образований, конкрементов в них не выявлено. Полостные системы не расширены. Сосудистые ножки почек не изменены. Мочеточники не расширены, фрагментарно прослеживается до тазового отдела, конкрементов в их проекции не выявлено. Л/узлы в брюшной полости и забрюшинном пространстве не увеличены.

Деструктивных изменений костных структур на уровне исследования не выявлено.

Заключение: Данных за объемную и очаговую патологию не выявлено.

Выводы

1. Представленный клинический случай позволит обратить пристальное внимание практикующих врачей на проблему экссудативного плеврита как осложнения лимфомы средостения, имеющего опухолевый характер.
2. Метастатические плевриты могут встречаться у пациентов разных возрастных групп.
3. Течение указанных плевритов, как правило, острое и малосимптомное в начальном периоде.
4. При проведении своевременной системной химиотерапии и высокой чувствительности клетки можно добиться значительной положительной динамики.



Спасибо за внимание!