

Випадок первинної діагностики гострого лейкозу в щелепно-лицевому стаціонарі

The Case of a Primary Diagnosis of Acute Leukemia in Maxillofacial Hospitals

Коломієць Н.М.

Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця,
каф. хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
дитячого віку
(зав. – член-кор. АМН України
проф. Л.В. Харьков)
N.M. Kolomiets

Резюме У статті розглянуто випадок виявлення лімфоми Беркітта у дитини 5 років, яку було прийнято на лікування у відділення щелепно-лицевої хірургії дитячу клінічну лікарню № 7, м. Київ.

Summary The article describes the case of detection of a lymphoma of Berkitta in a child 5 years old, which went for treatment at Department of Maxillofacial Surgery (Kyiv).

Ключові слова лімфома Беркітта, вірус Епштейна-Барр, злоякісна пухлина

Key words lymphoma of Berkitta, Epstein-Barr virus, malignant tumor

Батьки пацієнта К., 5 років, звернулись у травмпункт ДКЛ №7 16 грудня 2010 р. зі скаргами на болючу припухлість у дитини в лівій верхньошийній ділянці, підвищення температури тіла до 38°C, головний біль.

Із анамнезу відомо, що вперше батьки побачили припухлість чотири дні тому, в той самий день підвищилась температура до 37,7°C. До лікаря не звертались. Зі слів матері, прикладали «сухе тепло» і асиметрія обличчя зменшилась.

При первинному огляді: стан дитини середнього ступеня важкості, температура тіла 38,2°C, дитина квола, шкіра бліда. Місцево: асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин та інфільтрату в лівій верхньошийній ділянці. Інфільтрат при пальпації щільно-еластичної консистенції, злегка болючий, без чітких контурів, розміром приблизно 3 × 3 см. Шкіра над ним в кольорі не змінена, набрякла, береться в складку. Регіонарні лімфовузли не збільшені. Відкриття рота вільне. Прикус молочний. Порожнина рота са-

нована. Тканини порожнини рота без наявних змін.

Встановлено діагноз: гострий серозний неондонтогенний лімфаденіт лівої верхньошийної ділянки. Дитину госпіталізовано у відділення щелепно-лицевої хірургії ДКЛ №7, призначено протизапальну (цефтріаксон 1,0 × 1 р./день в/м) та гіпосенсибілізуючу (лоратадин 1 драже × 1 р./день) терапію, місцево – пов'язки з 20% димексидом + м. Вишневецького на ліву верхньошийну ділянку.

У відділенні дитину оглянув педіатр: температура тіла 38,2°C, ЧД 26 за хв, ЧСС 128 за хв, АТ 120/70 мм рт. ст. Стан дитини середнього ступеня важкості за рахунок гіпертермії, явищ інтоксикації, головного болю. Запах ацетону з рота. Шкіра бліда. На ногах виявлено дрібноточкову геморагічну висипку, поодинокі елементи висипки на животі та спині, гематому в ділянці правого стегна розміром приблизно 3 × 4 см. Слизова оболонка ротоглотки рожева, язик сухий, має білий наліт. Над легенями перкуторно легеневий звук, аускультативно-везикулярне дихання, хрипів немає. Тони серця звучні, ритмічні. Живіт м'який, доступний пальпації. Печінка на рівні пупка, щільної консистенції + 10,0 см, селезінка + 9,0 см, щільної консистенції. Перистальтика прослуховується. Фізіологічні випорожнення не порушені. Пахвові, пахові лімфовузли не збільшені. Рекомендовано дообстеження дитини для виключення діагнозу тромбоцитопенія, геморагічний васкуліт, гострий лейкоз.

Призначено загальний аналіз крові, визначення тромбоцитів, згортання крові, аналіз сечі на ацетон. За результатами аналізів встановлено: Аналіз сечі на ацетон (+ + + +) Загальний аналіз крові: Нв 88 г/л, еритроцити $3,57 \times 10^{12}/л$, лейкоцити $67 \times 10^9/л$, тромбоцити $42 \times 10^9/л$, КР 0,73, ШОЕ 35 мм/год, гематокрит 25,3%.

Діагноз: гострий лейкоз.

По телефону проведено консультацію з

Аналіз сечі на ацетон (+ + + +)

Загальний аналіз крові:

Нв 88 г/л,

еритроцити $3,57 \times 10^{12}/л$,

лейкоцити $67 \times 10^9/л$,

тромбоцити $42 \times 10^9/л$,

КР 0,73,

ШОЕ 35 мм/год,

гематокрит 25,3%.

Діагноз: гострий лейкоз.

По телефону проведено консультацію з

гематологом. Попередній діагноз: гострий лейкоз. Рекомендовано переведення дитини у спеціалізоване гематологічне відділення. Дитину того ж дня поклали у відділення дитячої онкогематології Київської обласної лікарні для подальшого дообстеження та лікування. Після обстеження поставлено діагноз: лімфома Беркітта В-клітинна неходжкінська з лейкомізацією (IV стадія).

Лімфома Беркітта — це неходжкінська лімфома дуже високого ступеня злоякісності, яка розвивається з В-лімфоцитів і має тенденцію поширюватися за межі лімфатичної системи, наприклад, у кістковий мозок, кров і спинномозкову рідину. Розвивається вона, як правило, внаслідок цитопатичного впливу на лімфоїдні клітини вірусу Епштейна-Барр. Вірус вбудовується в геном організму людини і може довго знаходитися у так званій латентній формі. Є безліч маловивчених механізмів (іонізуюча радіація, хімічні канцерогени, несприятливі умови навколишнього середовища та ін.), які можуть активувати цей тип герпесвірусу. Після так званої активації вірус Епштейна-Барр видозмінює нормальні імунні клітини у злоякісні і розвивається власне лімфома Беркітта. Без лікування лімфома Беркітта швидко прогресує і призводить до смерті. Лімфома Беркітта може розвиватися у будь-якому віці, але найпоширеніша вона у дітей 3 – 7 років і молодих людей. При цьому за-

хворюванні В-лімфоцити стають злоякісними і утворюють множинні скупчення (пухлини) в лімфатичних вузлах, а також кістковому мозку і спинномозковій рідині.

Класичний варіант пухлини — поодинокі або множинні новоутворення щелепи, які можуть дифузно поширюватися на слинні залози, щитовидну залозу та інші органи. Пухлина швидко росте, інфільтрує у м'які тканини, руйнує кістки, що спричиняє деформацію носа, порушення дихання та ковтання, випадання зубів, деформацію щелеп. Як при будь-якому інфекційному захворюванні, у хворих можна виділити загальнотоксичний синдром на початку хвороби з лихоманкою і появою на цьому фоні пухлинного вузла, який швидко збільшується. Генералізований перебіг захворювання призводить до ураження хребців, стегнових і тазових кісток, що супроводжується патологічними переломами, стисканням корінців спинного мозку, порушеннями функцій тазових органів, парезами і паралічами.

Особливо слід відзначити абдомінальну форму, яка вирізняється швидко прогресуючим перебігом і вкрай важкою діагностикою. У цьому випадку можуть бути уражені: підшлункова залоза, печінка, кишківник, яєчники, нирки. У 50% пацієнтів збільшені селезінка та печінка. В усіх органах виявляють інфільтрати, які складаються з пухлинних лімфоїдних клітин. У хворих з'яв-

ляється біль у животі, диспепсичні явища; можливий розвиток кишкової непрохідності, жовтяниці, виснаження, лихоманки.

Лікування, як правило, комплексне: хіміотерапія та імуномодулятори (наприклад, циклоферон). У лікуванні злоякісних захворювань, викликаних вірусом Епштейна-Барр, звичайно використовують великі дози рекомбінантних інтерферонів (наприклад, в терапії лімфом — роферон). Останнім часом хіміотерапію поєднують з протівірусними препаратами (ганцикловір, фоскарнет), які можуть покращити результати лікування. Проводять випробування імуноглобулінів з крові людини, що супресують ВЕБ-лімфопрولیферацію.

У прогностичному плані при проведенні інтенсивної хіміотерапії з моменту встановлення діагнозу у хворих з лімфомами низького ступеня злоякісності 5-річне виживання перевищує 80 %. 5-річне виживання хворих з лімфомами високого ступеня злоякісності при досягненні повної ремісії становить 50-60 %, при частковій ремісії та якщо пухлина поширилася в ЦНС або кістковий мозок — знижується до 15-20%.

Опис цього випадку спрямовано на посилення настороженості щодо гематологічних захворювань, частота яких, як і раніше, висока. Ще раз наголошуємо на потребі ретельного клінічного обстеження хворого, навіть у разі типової клінічної картини захворювання.

Література

1. Руководство по гематологии / под ред. А.И. Воробьева. — 2002. — Т.2. — 247 с.
2. Гематология: Новейший справочник / под ред. К.М. Абдулкадырова. — М.: Эксмо; СПб.: Сова, 2004. — 928 с.
3. Клиническая онкогематология: руководство для врачей / под ред. М.А. Волковой. — М.: Медицина, 2001. — 576 с.
4. Нозарезова Т.И. Болезни крови у детей / Т.И. Нозарезова, Н.Н. Климкович. — Минск: Белорусская наука, 2001. — 383 с.
5. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов / А.Н. О कोरोков — М.: Мед. лит., 2001. — Т. 4: Диагностика болезней системы крови. — 512 с.
6. О कोरोков А.Н. Лечение болезней внутренних органов / А.Н. О कोरोков. — М.: Мед. лит., 2003. — Т. 3, кн. 2: Лечение болезней сердца и сосудов. Лечение болезней системы крови. — 408 с.
7. Протоколи лікування дітей з гострими лейкозами. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.07.2005р., №364. — 52с.
8. Одинец О.В. Здоровье ребёнка / О.В. Одинец, Е.А. Панфилова, К.В. Панфилов // Журнал для Педиатров. — 2008. — №3 (12). — С.37— 41.