

ОСТРЫЙ МЕГАКАРИОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ М7. МЕЛАНОМА КОЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ В 2010 г.

Петриченко А.Н.; Шатайло В.П.; Шатайло О.В.; Горшкова Е.В.; Брагарь В.В.
Днепропетровский клинический онкологический диспансер,
Областная клиническая больница имени И. И. Мечникова
Днепропетровская областная детская больница, г. Днепропетровск

Острый мегакариобластный лейкоз М7 — относительно редко встречающееся злокачественное заболевание. Так, в США ежегодно выявляется 10 500 свежих случаев, а заболеваемость сохраняется неизменной с 1995 по 2005 г. Смертность от ОМЛ составляет 1,2 % всей онкологической смертности в США. Средний возраст выявления заболевания составляет 63 года. На ОМЛ приходится около 90 % всех острых лейкозов у взрослых.

Острый лейкоз — клональное, онкологическое заболевание, первично возникающее в костном мозге в результате мутации стволовой клетки крови. Симптомы острого миелоидного лейкоза вызываются замещением нормального костного мозга лейкемическими клетками, что приводит к снижению количества красных кровяных клеток, тромбоцитов и нормальных лейкоцитов. Морфологический субстрат острых лейкозов — бластные клетки. Как и для большинства других опухолевых заболеваний, для острых лейкозов невозможно выделить специфический этиологический фактор. Острая мегакариобластная лейкемия характеризуется наличием не менее 50% мегакариобластов среди бластных клеток костного мозга. ОМЛ развивается быстро — острое (а иногда внезапное) начало болезни, бурное (иногда молниеносное) и часто высокозлокачественное течение, без лечения приводит к летальному исходу за несколько месяцев, иногда — недель.

Болезнь проявляется быстрой утомляемостью, сонливостью, бледностью, одышкой, сердцебиением, частыми мелкими повреждениями кожи, повышенной кровоточивостью, частыми инфекционными поражениями.

Отмечаются признаки интоксикации: снижение массы тела, лихорадка, слабость, потливость, снижение аппетита.

Экстрamedулярные поражения обусловлены вторичной лейкемической инфильтрацией. Наиболее часто в процесс вовлекаются органы, богатые макрофагами, контактирующими с кровью (печень, селезенка и лимфоузлы). За счёт лейкемической инфильтрации они увеличиваются, иногда значительно. Так, наиболее выраженное увеличение печени (гепатомегалия) и селезенки (спленомегалия) отмечается при хронической миелогенной лейкемии.

Лейкозные инфильтраты в виде диффузных или очаговых скоплений обнаруживаются в лимфатических узлах, селезенке и печени. Это приводит к увеличению размеров этих органов. В печени характерно развитие жировой дистрофии.

Возможна лейкозная инфильтрация слизистых оболочек полости рта и ткани миндалин. Инфильтрация тканей опухолевыми клетками сопровождается язвенно-некротическими и геморрагическими осложнениями. В 1/3 случаев лейкозные инфильтраты обнаруживаются в легких («лейкозный пневмонит»).

Пациентка Д., 58 лет, 24.07.12. поступила в хирургическое отделение Днепропетровского клинического онкологического диспансера с жалобами на выраженную слабость, головокружения, периодические носовые кровотечения, одышку (ЧДД 19 в мин), наличие образования в правой подмышечной области, боль в левом подреберье.

Из анамнеза: осенью 2010 г., по месту жительства произведено удаление пигментного образования на передней брюшной стенке (ПГЗ — пигментная меланома 5 мм толщиной, 3-й степени инвазии по Кларку). С 2010-2011 г. получала лаферобион (иммуноотерапия).

Весной 2012 г. пациентка обнаружила увеличенные л/узлы в правой подмышечной области.

С 18.06. по 11.07.12. снижение гемоглобина на 134г/л до 83г/л. Нарастала общая слабость.

24.07.12. произведена мультidetекторная компьютерная томография органов грудной и брюшной полости с внутривенным болюсным введением контрастного вещества (Томогексол 300мг/100мл, со скоростью введения 3,0мл в секунду) на аппарате Siemens Somatom Emotion 6:

Легочная ткань: без очагово-инфильтративных изменений.

Легочной рисунок усилен по типу «матового стекла».

Трахея и бронхи свободно проходимы.

Плевральные полости свободны.

Л/узлы средостения не увеличены.

В правой подмышечной области гиперденсивные образования — 16 мм и 31 мм, с нечеткими, неровными контурами, активно накапливающие контрастное вещество.

Печень — увеличена: правая доля — 19,5 см; левая доля — 11 см, структура неоднородная, без очаговых образований.

Ж. пузырь — овальный, без конкрементов.

Поджелудочная железа — дольчатого строения, однородной структуры.

Надпочечники, почки — без особенностей.

Селезенка увеличена — 17,4x7x14,7 см, структура неоднородная, с участками ишемии неправильной треугольной формы: в верхнем полюсе — 41 мм; среднем полюсе — 35 мм и 25 мм.

Забрюшинні л/узлы – не збільшені.

В тілі Th3 у ділянці перестройки (деструкції?) структури кісткової тканини – 19 мм, з нечіткими контурами, вертикальною лінією перелому тіла позвонка.

Заключення: КТ ознаки Мтс образів в правій підмишечній області. Гепато-спленомегалія з ділянками ішемії в селезінці. Деструктивні зміни в тілі Th3.

Проведено онкоконсилиум 24.07.12: у врахування даних обстеження і клінічні дані хворого показана госпіталізація для підготовки до операції в об'ємі спленектомії, підмишечної лімфаденектомії справа.

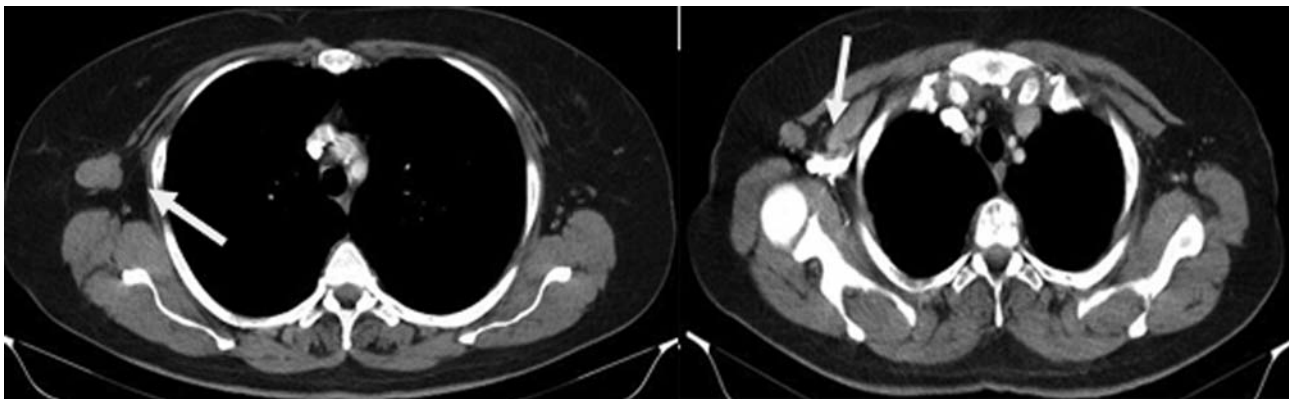
В ОАК 25.07.12. Нь 44г/л, ер. 1,78 Т/л, тромбоцити 30 Г/л.

25.07.12. консультирована гематологом, виконана стернальна пункція. 25.07.12. і 26.07.12. виконана гемотранфузія еритроцитів і СЗП. Без реакцій і ускладнень.

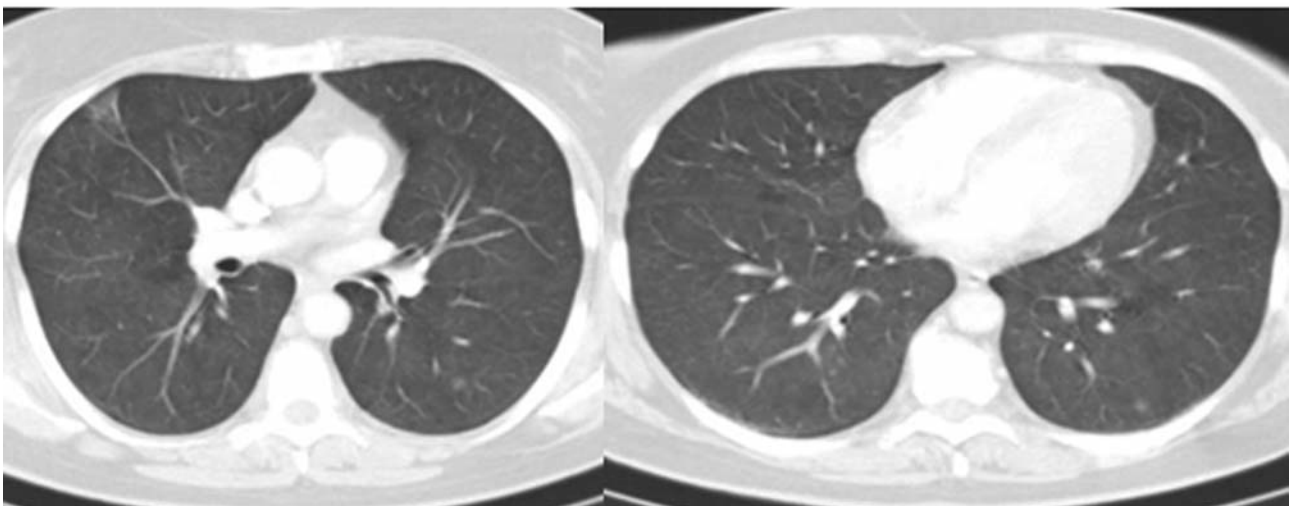
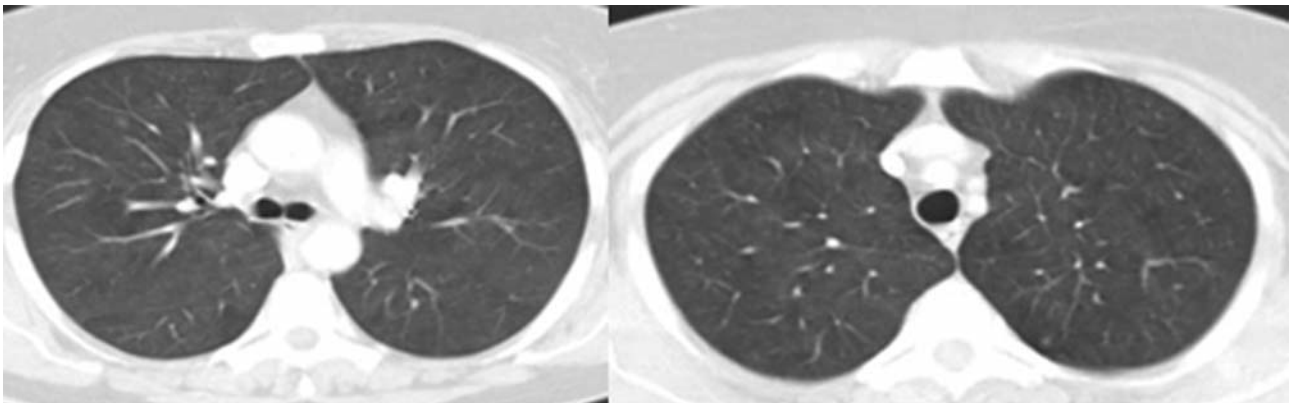
27.07.12. отримано відповідь стернальної пункції: в кістковому мозку 70% бластних клітин, цитологічна картина гострого мегакариобластного лейкоза (М7).

27.07.12. консультирована гематологом, переведена в гематологічне відділення.

28.07.12. відкрилося носове кровотечення, зупинено передньої тампонадою носових ходів,



Скан 1-2. Мтс меланомы в подмышечные л/узлы справа.



Скан 2-4. Признаки лейкозной инфильтрации в легких («лейкозный пневмонит»)

вводился Реместил, Тигуана, Этамзилат, транфлузии СЗП.

29.07.12. начала нарастать одышка в покое (ЧДД 26 в мин), выслушиваются влажные хрипы в н/отделах легких, температура тела – 37-37,2гр С., больная переведена в ОАИТ. Общее состояние тяжелое, с выраженной отрицательной динамикой, проведение специального лечения не показано. Рекомендована симптоматическая терапия в условиях ОАИТ.

30.07.12.несмотря на проводимую терапию наступила биологическая смерть.

Основное заболевание: Острый мегакариобластный лейкоз М7. Меланома кожи передней брюшной стенки рТ4N0M0 после операции 2010 г. и иммунотерапии. Susp Mts меланомы в подмышечные л/узлы справа, клиническая группа, 4.

Осложнения: анемия 2-ой степени, тромбоцитопения 3-й степени. Гепатоспленомегалия, 2-х сторонняя пневмония. Полиорганная недостаточность.

31.07.12. Патологоанатомический диагноз:

Сочетанное основное заболевание меланомы

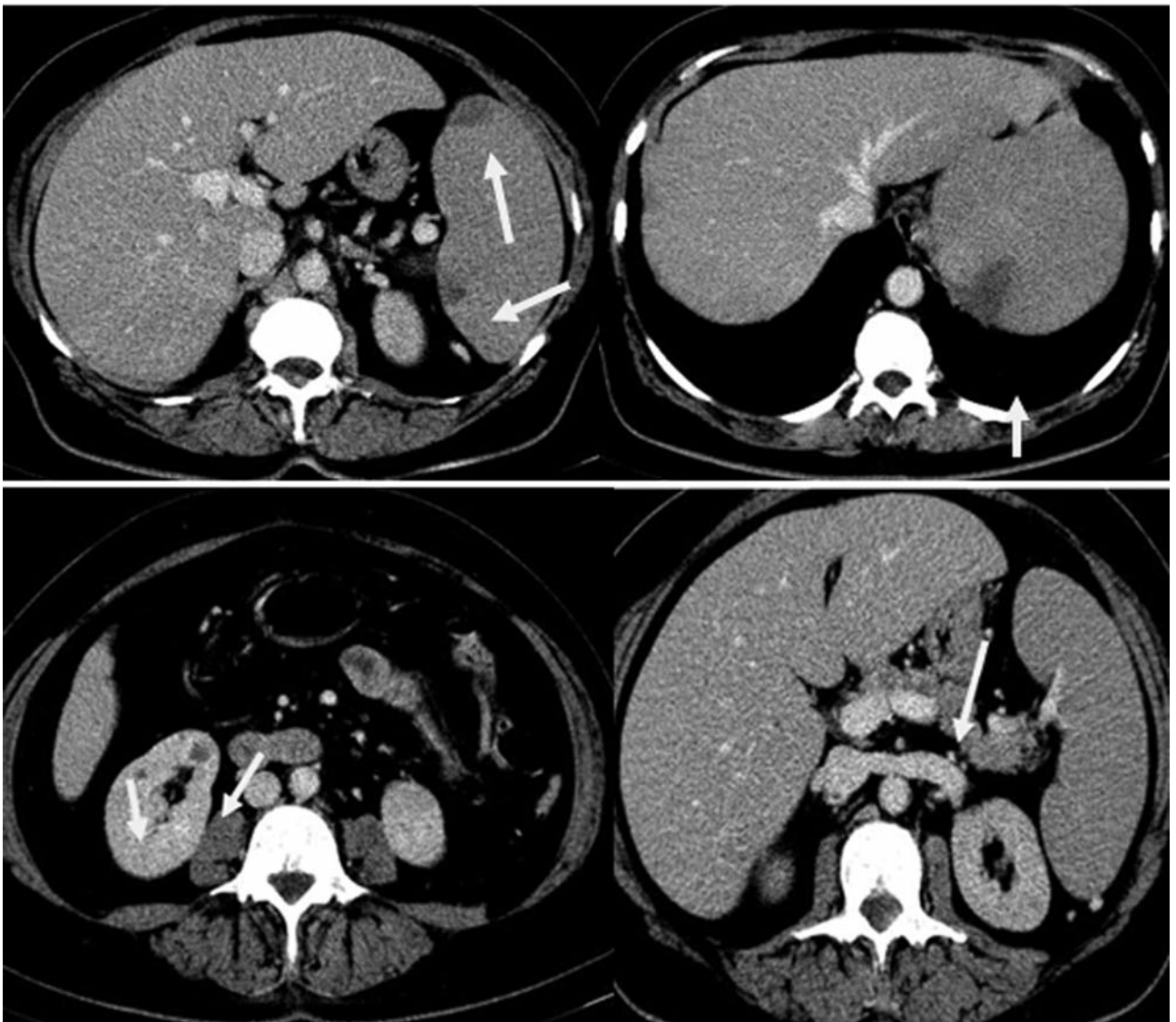
кожи передней брюшной стенки (операция 2010 г.) с метастазами в подмышечный л/узел справа, легкие, печень, почки, миокард, костный мозг, надпочечники, поджелудочную железу, эмболами в сосудах слизистой мышечного слоя тонкой кишки. Острый мегакариобластный лейкоз (по результатам стеральной пункции).

Осложнения: малокровие и паренхиматозная дистрофия внутренних органов, отек легких, панцитопения.

Сопутствующая патология: ИБС, диффузный кардиосклероз вследствие нестенозирующего коронаросклероза. Гипертоническая болезнь (толщина стенки левого желудочка 1,8 см, вес сердца 370 г). Хронический тиреоидит. Хронический панкреатит.

Клиникопатологоанатомический эпикриз:

На основании данных клиники, патоморфологического исследования основным заболеванием больной Д. 58 лет следует считать, меланому кожи передней брюшной стенки (операция 2010 г.), в сочетании с мегакариобластным лейкозом. Непосредственной причиной смерти больной яви-



Скан 3. Гепатоспленомегалия и участки лейкозной инфильтрации в селезенке, правой почке и поджелудочной железе.

лась опухолева інтоксикація, викликана обширною генералізацією меланоми з поразенням легких, печені, почек, міокарда, костного мозгу, надпочечників, піджелудочної залози. Присоединение мегакариобластного лейкоза сыграло существенную роль в нарушении иммунологического статуса пациентки, бурной генерализацией процесса. Имеет место совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов. Клинический диагноз установлен при поступлении: меланома передней брюшной стенки; на 3-е сутки пребывания больной в стационаре – мегакариобластный лейкоз.

Таким образом, при использовании методики МДКТ с внутривенным болюсным введением конт-

растного вещества диагностировано Mts образование в правой подмышечной области, выявлены признаки лейкозной инфильтрации в легких, селезенке, правой почке и теле поджелудочной железы, гепатоспленомегалия, что в сочетании с жалобами и симптоматическими проявлениями позволило заподозрить острый лейкоз.

На данном примере мы еще раз подтвердили необходимость в повышенной настороженности врача КТ при оценке распространенности, как основного заболевания, так и в выявлении патологических изменений со стороны других органов и систем, не связанных с уже существующим онкологическим процессом.

До Вашої уваги!

Нові книги

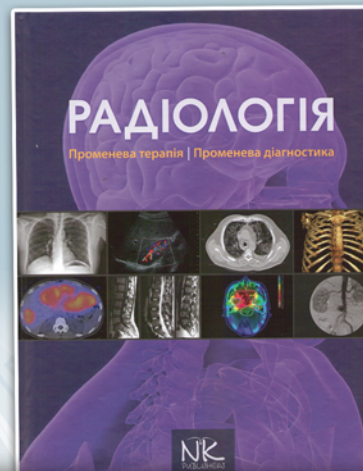


Р 15 **Радіологія. Т.2. Основи променевої терапії:** підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / М.С. Каменецький, М.Б. Первак, Д.С. Мечев, В.С. Медведєв; за редакцією М.С. Каменецького. – Донецьк: Вид-во «Ноулідж» (Донецьке відділення), 2013. – Том 2. – 103 с., 22 ілюстрації.

ISBN 978-617-579-562-0

У підручнику вперше з позицій професійно-діяльнісного (компетентнісного) підходу викладено пропедевтичний курс променевої терапії.

УДК 615.849(075.8)
ББК 53.65я7



Ковальський О. В.

Радіологія. Променева терапія. Променева діагностика: підручник для студ. вищ. мед. навч. заклад. / О. В. Ковальський, Д. С. Мечев, В. П. Данилевич. — Вінниця: Нова Книга, 2013. — 512 с.: іл.

ISBN 978-966-382-424-6

Підручник створений згідно з програмою навчальної дисципліни "Радіологія" (Київ, 2006) і відповідає принципам Європейської кредитно-модульної системи якісної підготовки лікарів.

У підручнику викладені сучасні досягнення медичної радіології, методи візуалізації в променевій діагностиці, принципи отримання діагностичних зображень, променева діагностика захворювань органів і систем, алгоритми променевих досліджень, тестові завдання і ситуаційні задачі. Для зручності студентів в одному виданні представлено основи і сучасний рівень променевої терапії.

Для студентів медичних вузів IV рівня акредитації, інтернів-радіологів та лікарів інших спеціальностей.

УДК 615.849(075.8)
ББК 53.6я73

**Замовити книжку можна
в редакції журналу: тел. 044 503-04-39**