

## Многоликая неходжкинская лимфома: клинический случай

Волошинова Е.В. (voloshinovaelena@mail.ru), Юпатов В.Д., Григорьева Е.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов

## Multifaceted non-hodgkin's lymphoma: a clinical case

Voloshinova E.V. (voloshinovaelena@mail.ru), Yupatov V.D., Grigoryeva E.V.

«V.I. Razumovsky Saratov State Medical University», Saratov

**Актуальность проблемы.** Своевременная диагностика злокачественных лимфоидных заболеваний (ЛЗ) до настоящего времени представляет значительные трудности. Поражение почек при ЛЗ встречается с различной частотой, отличается большим разнообразием проявлений и в ряде случаев доминирует в клинической картине.

**Цель исследования** – продемонстрировать редкий случай диффузной В-клеточной лимфомы, дебютировавшей клиникой острого почечного повреждения (ОПП) и атипичной стенокардии.

**Клиническое наблюдение.** Пациент, 62 лет, в июне 2024 г. госпитализирован в отделение неотложной кардиологии (Областная клиническая больница, г. Саратов) с жалобами на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие преимущественно во время физических нагрузок и ослабевающие в покое, без эффекта от применения нитратов, появившиеся в течение месяца; общую слабость, головокружение, тремор рук, повышение АД до 160 и 100 мм рт.ст., уменьшение количества выделяемой мочи. До этого считал себя практически здоровым.

Состояние пациента было расценено как среднетяжелое. Выявлена нормохромная анемия легкой степени тяжести, нормальное содержание лейкоцитов крови, увеличение СОЭ до 27 мм в час, С-реактивного белка до 16,7 мг/л, гиперазотемия (креатинин крови 466,5 мкмоль/л, мочевины 28,5 ммоль/л), гиперкалемия 6,4 ммоль/л, протеинурия 1,5 г/сутки. Маркеры некроза миокарда отрицательные. На ЭКГ – умеренные распространенные нарушения реполяризации. По данным эхокардиографии нарушений локальной сократимости нет. Выставлен диагноз впервые возникшей стенокардии, ОПП не ясного генеза, назначены нитраты, антиагреганты, антикоагулянты, бета-блокаторы. Учитывая низкий риск развития инфаркта миокарда, коронарография не проводилась. Нарастание азотемии потребовало острого гемодиализа.

При рентгенографии легких обнаружено центральное объемное образование левого легкого 72 мм в диаметре, левосторонняя лимфоаденопатия. По данным ультразвукового исследования почек – двустороннее увеличение, образования обеих почек до 65 мм. При компьютерной томографии – дву-

сторонняя легочная диссеминация, образование корня левого легкого, утолщение паренхимы почек до 32 мм, образования надпочечников до 21 мм.

Выставлен предварительный диагноз опухоли левого легкого T4N0M1, выполнена фибробронхоскопия, при которой выявлено утолщение слизистой верхне- и нижнедолевого бронха слева. Интраоперационная биопсия была отложена из-за тяжести состояния пациента. С целью верификации причины ОПП (был заподозрен паранеопластический амилоидоз) проведена диагностическая нефробиопсия. По данным светооптического и иммунофлуоресцентного исследования морфологическая картина наиболее соответствовала злокачественному новообразованию почки (метастаз?), нельзя было также исключить поражение почек в рамках лимфопролиферативного заболевания (лимфома?). Для верификации диагноза было рекомендовано иммуногистохимическое (ИГХ) исследование нефробиоптата, которое выполнено в Московском многопрофильном клиническом центре "Коммунарка". **Заключение:** морфологическая картина и иммунофенотип соответствуют неходжкинской диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфоме GCB-типа. Таким образом сформулирован диагноз основного заболевания: неходжкинская диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома GCB-типа с поражением почек (ХБП стадия C5A), надпочечников, легких. Запланирована консультация гематолога, однако состояние пациента быстро ухудшилось, отмечалось угнетение сознания, наступил летальный исход. Патологоанатомическое исследование не проводилось.

**Заключение.** Представленное клиническое наблюдение демонстрирует значительные трудности диагностики лимфомы. В данном случае ЛЗ не только манифестировало почечной патологией (ОПП), но одновременно сопровождалось клиническими проявлениями кардиальной патологии. Прорастание лимфоидных образований в легкие и средостение имитировало клинику атипичной стенокардии, что послужило причиной госпитализации пациента в экстренное кардиологическое отделение. Ведущую роль в диагностике сыграло полноценное морфологическое исследование почечной ткани, включая ИГХ типирование.