

5. Shapovalov S.D. Issledovaniya mikrotsirkulyatornogo krovotoka u bolnyih s ishemicheskoy formoy oslozhnennogo sindroma diabeticheskoy stopyi / S.D. Shapovalov, I.L. Savon, E.L. Zinich [i dr.] // Ukr. zhurnal hIurgIYi. – 2011. – No.3. – S.134-138.
6. Adam D.J. Basil trial participants. Bypass versus angioplasty in severe ischemia of the leg (BASIL): multicentre, randomized controlled trial / D.J. Adam, J.D. Beard, T.T. Cleveland [et al] // Lancet. – 2005. – Vol. 366. – P. 1934-1935.
7. Awad S. The impact of diabetes on current revascularization practice and clinical outcome in patients with critical lower limb ischemia / S. Awad, C.D. Karkos, E. Serrachino-Inglott // European journal of vascular and endovascular surgery. – 2006. – No. 32 (1). – P. 51-59
8. Baum S. Infrapopliteal revascularization / S. Baum, M.J. Pentecost // Ab-rams angiography interventional radiology second edition. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. – 2006. – P. 248 - 261.
9. Wild S. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030 / S. Wild, G. Roglic, A. Green [et al.] // Diabet. Care. – 2004. – Vol.27. – P.1047-1053.

Реферати

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Сакевич Р. П., Оксак Г. А., Рябушко Р. М., Кравцов Н. И., Ляховський В. И.

Проведен анализ 93 медицинских карт стационарных больных с ишемической формой синдрома диабетической стопы. Среди пациентов было 78 (83,9%) мужчин и 15 (16,1%) женщин. Средний возраст этих людей составлял $65,2 \pm 4,92$ лет. Сахарный диабет I типа наблюдался у 18 (19,4%), а II типа - в 75 (80,6%) человек. Больные были разделены на две группы. В первую группу включены 48 (51,6%) пациентов, которым проводились баллонная ангиопластика и стентирование артерий нижних конечностей, а во вторую вошли 45 (49,4%) пациентов, отказавшихся от проведения рентгенэндоваскулярных операций и получали только консервативное лечение. Доказано, что внедрение в хирургическую практику рентгенендоваскулярных методов лечения значительно уменьшает количество ампутаций нижних конечностей, улучшает результаты лечения больных сахарным диабетом с критической ишемией нижних конечностей как в непосредственном, так и в отдаленном периодах.

Ключевые слова: сахарный диабет, критическая ишемия, эндоваскулярное лечение.

Статья надійшла 18.03.2017 р.

THE RESULTS OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF CRITICAL LOWER LIMB ISCHEMIA IN DIABETIC PATIENTS

Takevych R.P., Oksak H.A., Riabushko R.M., Kravtsiv M.I., Liakhovskii V.I.

93 medical records of patients with ischemic form of diabetic foot syndrome have been analyzed. Among the patients there were 78 (83.9%) men and 15 (16.1%) women. The average age of the patients was $65,2 \pm 4,92$ years old. Diabetes mellitus of the first type was observed in 18 (19.4%), while the second type – in 75 (80.6%) patients. Patients were divided into two groups. The first group included 48 (51.6%) patients who underwent balloon angioplasty and stenting of the lower extremities arteries, and the second one included 45 (49.4%) patients who refused endovascular operations and received only conservative treatment. It was proved that the introduction of endovascular treatment into surgical practice significantly reduces the number of amputations of lower extremities, improves outcomes of diabetic patients with critical limb ischemia in the immediate and in the distant periods.

Key words: diabetes mellitus, critical ischemia, endovascular treatment.

Рецензент Лігоненко О.В.

УДК 616.155.392+616.23/24-006.5

С. И. Совгиря, И. И. Старченко, С. А. Проскуря, Н. И. Вишник, Ю. А. Тихонова
ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

КЛИНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ РЕДКОГО СЛУЧАЯ ПОЛИНЕОПЛАЗИИ: В-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ И БРОНХИОЛОАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАКА ЛЕГКИХ

В статье приведены современные литературные данные относительно распространённости, клинико-морфологических особенностей развития у человека первично-множественных злокачественных опухолей. Приведено собственное наблюдение сочетания В-клеточной лимфомы и бронхиоло-альвеолярного рака легких. В описанном случае имело место при аутопсийном исследовании кроме подтверждения основного заболевания (В – клеточной злокачественной диффузной лимфомы из малых лимфоцитов) обнаружение не распознанного при жизни бронхиолоальвеолярного рака с множественными метастазами. Данные нозологии в структуре основного заболевания патологоанатомического диагноза следует считать конкурирующими, так как каждое из них могло привести к смерти больного.

Ключевые слова: полинеоплазия, В – клеточная злокачественная диффузная лимфома, бронхиолоальвеолярный рак.

Первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗН, полинеоплазии) – одновременное или поочередное независимое развитие двух или более злокачественных опухолей. Заболеваемость ПМЗН в среднем 2,3 на 100 000 населения [2, 8]. В настоящее время полинеоплазии в структуре других онкологических заболеваний составляют более 3% и тенденции к их снижению не отмечается. Интерес к проблеме злокачественных ПМЗН постоянно растет в связи с увеличением количества больных с данной патологией [1, 6, 16], и до настоящего

времени многие вопросы диагностики и тактики лечения данной патологии остаются дискуссионными [7].

Считается, что увеличение частоты множественных новообразований, вызвано более высоким уровнем диагностики больных и увеличением продолжительности жизни пациентов с первичными опухолями. В качестве дополнительных причин роста встречаемости первично-множественных злокачественных новообразований называют возрастающее неблагоприятное влияние факторов внешней среды и использование потенциально канцерогенных методов лечения. Одной из причин развития вторых и последующих новообразований являются лимфопролиферативные заболевания, которым сопутствует выраженный иммунодефицит [13, 17]. Однако в литературе подобные случаи описаны недостаточно.

Изучение феномена первичной множественности злокачественных новообразований началось еще со времен Авиценны, которому принадлежит первое документированное описание случая парного поражения молочных желез. В 1793 г. английским хирургом Дж. Пирсоном было представлено наблюдение последовательного развития у больной опухолей правой молочной железы, затем левой и тела матки. Более широко сообщения о первично-множественных злокачественных новообразованиях стали появляться в научной литературе лишь в первой половине XIX в. [9, 10]. В соответствии со сроками выявления ПМЗН выделяют синхронные и метакронные. Синхронными считают две и более злокачественные опухоли, выявленные одновременно или в срок до 6 месяцев, метакронными – опухоли, выявленные через промежуток времени, превышающий 6-месячный срок [3, 4].

С точки зрения большинства авторов, синхронность опухолей – понятие весьма относительное, поскольку вторая опухоль может иметь место в момент выявления первой, но диагностировать ее не представляется возможным в связи с тем, что разрешающая способность современных методов диагностики ограничена и все опухоли имеют разные размеры и темпы роста [5, 12, 14]. Риск развития последующих опухолей при уже выявленной опухоли повышается в 1,3 раза, что может быть связано как с генетической предрасположенностью и изменениями иммунной системы, так и, очевидно, с влиянием лечения на органы и ткани (химио-, лучевая терапия) [11, 14]. Поэтому в настоящее время метакронные опухоли всех локализаций преобладают над синхронными. ПМЗН представляются самой тяжелой и малоизученной онкологической патологией. Особенности диагностики и методов лечения изучены недостаточно, а в ряде случаев вовсе не известны клиницисту. В большинстве случаев, полинеоплазии выявляются при вскрытии умерших с верифицированной одной опухолью в 2,5% случаев [14, 15].

Приводим собственное наблюдение случая синхронных ПМЗН - В – клеточной злокачественная диффузной лимфомы и бронхиолоальвеолярного рака нижней доли левого легкого с множественными метастазами.

Больной К., 57 лет, находился на стационарном лечении в гематологическом отделении областной клинической больницы на протяжении 5 суток по поводу В - клеточной злокачественной диффузной лимфомы. При госпитализации состояние тяжелое. Жалобы на общую слабость, головную боль, слабость в левой руке, ноге, затруднение речи. Из анамнеза известно, что около трёх недель назад находился на стационарном лечении в терапевтическом отделении городской клинической больницы по поводу левосторонней нижнедолевой пневмонии.

Во время нахождения в стационаре у пациента выявлены изменения в гемограмме (лейкоцитоз, лимфоцитоз). Больной проконсультирован гематологом, установлен диагноз: Неходжкинская злокачественная лимфома из малых лимфоцитов. В связи с установленным диагнозом, в плановом порядке госпитализирован в гематологическое отделение с целью проведения курса химиотерапии, где был обследован лабораторно и клинически. В общем анализе крови: эр. – $3,64 \times 10^{12}/л$; Нб – 110 г/л; лейкоц. – $271,9 \times 10^9/л$; тром. – $134,0 \times 10^9/л$; лимф. – 91%; пролимф. – 4%; лимфобласты – 1%; п/я – 1%; с/я – 2%; мон. – 1%; СОЭ – 15 мм/час. При проведении иммунологического исследования периферической крови 94,18% клеток были представлены лимфоидными клетками со сниженной секрецией всех антигенов.

На компьютерной томограмме головного мозга выявлены признаки множественных объемных образований обоих гемисфер, неоднородного объемного образования правой височной доли с признаками кровоизлияния и выраженным перифокальным отеком, отеком правой гемисферы и дислокацией срединных структур влево.

При МРТ - исследовании головного мозга были обнаружены два кистозных образования в правой височно-подкорковой области с выраженным перифокальным отеком, несколько кистозно-солидных образований в правых лобной и теменной областях, смещение срединных

структур влево, компрессия правого бокового желудочка. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выявило гепато- и спленомегалию.

В связи с тяжестью общего состояния проведение химиотерапии было противопоказано, и больному назначена паллиативная терапия. Проводимые лечебные мероприятия положительного эффекта не имели и на пятые сутки пребывания в гематологическом отделении больной скончался. Диагноз клинический заключительный: В – клеточная злокачественная диффузная лимфома из малых лимфоцитов IV, В-стадия с лейкемизацией, с поражением головного мозга (множественный очаговый процесс обеих гемисфер головного мозга с выраженным перифокальным отеком, с признаками кровоизлияния) и печени.

При патологоанатомическом исследовании было подтверждено наличие у больного при жизни диффузной лимфомы из малых лимфоцитов. Последняя морфологически проявилась выраженной лейкемоидной инфильтрацией головного мозга, мозжечка, мягких мозговых оболочек, печени, почек, селезенки, легких, лимфатических узлов, гепатоспленомегалией (рис.1.).

Кроме того, в нижней доли левого выявлено опухолевидное разрастание сероватой ткани размерами 3x4x4 см, не имеющее видимой связи со стенкой крупного бронха, которое при микроскопическом исследовании было представлено призматическими и кубическими атипическими клетками растущими по стенкам предшествовавших альвеол, что в целом не нарушало гистоархитектонику легочной ткани (рис.2.).

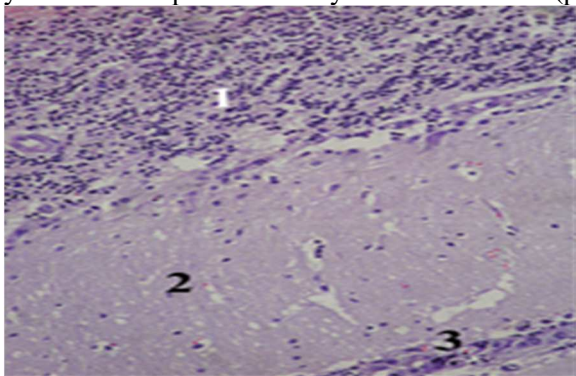


Рис.1. Микроскопическая картина головного мозга умершей К. Окр. г.- э., х600. 1– лейкемоидная инфильтрация ткани головного мозга; 2– неизменённая ткань головного мозга; 3 – комплексы клеток бронхиоло-альвеолярного рака.

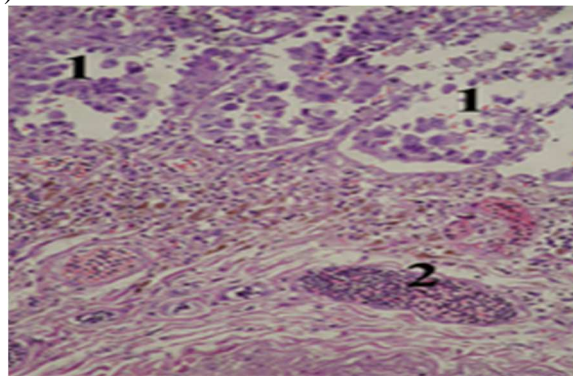


Рис.2. Микроскопическая картина лёгких умершей К. Окр. г.- э., х600. 1 – комплексы бронхиоло-альвеолярного рака; 2 – кровеносный сосуд с лейкемоидными опухолевыми клетками.

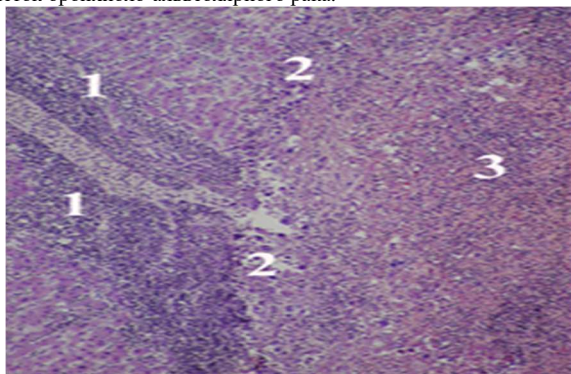


Рис.3. Микроскопическая картина печени умершей К. Окр. г.- э., х200. 1 – периваскулярная лейкемоидная инфильтрация; 2 – комплексы клеток бронхиоло-альвеолярного рака; 3 – участок некроза с кровоизлиянием в метастазе бронхиоло-альвеолярного рака.

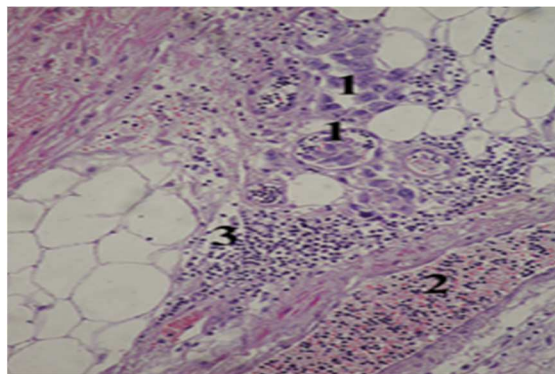


Рис.4. Микроскопическая картина лёгких умершей К. Окр. г.- э., х600. 1 – эмболы бронхиоло-альвеолярного рака в сосудах; 2 – кровеносный сосуд с лейкемоидными опухолевыми клетками; 3 – периваскулярная лейкемоидная инфильтрация.

Описанная микроскопическая картина позволил диагностировать данное новообразование как бронхиоло-альвеолярный рак. В печени, лимфатических узлах, головном мозге были выявлены множественные метастазы бронхиоло-альвеолярного рака, в отдельных из которых имели место некротические изменения и обширные кровоизлияния. В лимфатических и кровеносных микрососудах также периодически выявлялись опухолевые эмболы. Следует отметить, что в большинстве внутренних органов метастазы рака располагались в непосредственной близости от очагов лейкемоидной инфильтрации.

Заключение

Выявленный при аутопсийном исследовании бронхиоло-альвеолярный рак с множественными метастазами (не диагностированный при жизни больной) позволил в качестве

основного захворювання розглядати дві окремі самостійні нозології (синхронні ПМЗН): В – клітинну злоякісну диффузну лімфому з малих лімфоцитів, IV стадія с лейкоцизацією, з ураженням головного мозку і бронхіолоальвеолярний рак нижньої доли лівого легкого з багаточисельними метастазами. Дані нозології в структурі основного захворювання слід вважати конкуруючими, так як кожне з них могло привести до смерті хворого.

Список літератури

1. Bisenkov L. N. Hirurgiya raka legkogo v daleko zashedshih stadiyah / L. N. Bisenkov, S. V. Grishakov, S. A. Shalaev // - Sankt-Peterburg: Gippokrat, - 1998. -384 s.
2. Blakitnaya M. A. Pervichno-mnozhestvennyy rak v strukture onkourologicheskoy zaboлеваemosti / M. A. Blakitnaya, A. V. Sivkov, S. V. Odintsov // Urologiya. - 2005. - No.5. - S. 3-6.
3. Kazubskaya T. P. Kliniko-geneticheskiy analiz pervichno-mnozhestvennykh zlokachestvennykh novoobrazovaniy / T. P. Kazubskaya // Ros. onkol. zhurn. - 2007- No.2. - S. 4-9.
4. Leonov O. V. Pervichno-mnozhestvennyye zlokachestvennyye novoobrazovaniya s porazheniem mochepolovoykh organov / O. V. Leonov, V. T. Dolgih, E. I. Kopyiltsov [i dr] // Onkourologiya. - 2010. - No.2. - S. 56-60.
5. Moiseenko V. M. Pochemu ne uluchshayutsya pokazateli obshey vyzhivaemosti bolnykh s disseminirovannymi solidnymi opuholyami / V. M. Moiseenko // Voprosy onkologii. - 2004. - T.50. - No.2. - S. 149-156.
6. Pavlyicheva A. A. Pervichno-mnozhestvennyy rak v onkoginekologicheskoy praktike / A. A. Pavlyicheva, I. P. Aminodova // Rossiyskiy onkologicheskii zhurnal. - 2002. - No. 6. - S. 33-34.
7. Popova T. N. Diagnostika pervichno-mnozhestvennykh sinhronnykh zlokachestvennykh novoobrazovaniy / T. N. Popova // Rossiyskiy onkologicheskii zhurnal. - 2002. - No. 5. - S. 11-15.
8. Popova T. N. Lechenie pervichno-mnozhestvennykh sinhronnykh zlokachestvennykh novoobrazovaniy / T. N. Popova // Voprosy onkologii. - 2003. - T.49. - No.3. - S. 363-366.
9. Payanidi Yu. G. Gormonalnaya kontratsepsiya i rak: za i protiv / Yu. G. Payanidi, T. P. Kazubskaya, V. Yu. Selchuk [i dr] // Onkoginekologiya. - 2012. - No. 3. - S. 10-16.
10. Payanidi Yu. G. Hirurgicheskaya taktika v lechenii bolnykh rakom tolstoy kishki i sindrome Lincha / Yu. G. Payanidi, K. I. Zhordania, V. Yu. Selchuk [i dr] // Onkoginekologiya. - 2014. - No. 1. - S. 19-25.
11. Pozdnyakov S. V. Taktika lecheniya bolnykh s pervichno-mnozhestvennymi zlokachestvennymi novoobrazovaniyami (obzor klinicheskogo nablyudeniya) / S. V. Pozdnyakov, A. O. Atroschenko, G. S. Mihaylyants // RMZh. - 2015. - No.13. - S. 785.
12. Segedin R. E. Zlokachestvennyye opuholi mochepolovoy sistemy pri pervichno-mnozhestvennykh opuholyah / R. E. Segedin, L. V. Zerkalov, L. V. Shaplygin [i dr] // Onkourologiya. - 2007. - No.3. - S. 5-9.
13. Timofeeva O. L. Nehodzhkinskie limfomy kak proyavlenie polineoplazii u pozhilykh / O. L. Timofeeva, A. M. Kovrigina, E. A. Osmanov [i dr] // Sibirskiy onkologicheskii zhurnal. - 2008. - No.4 (28). - S. 22-25.
14. Chissov V. I. Pervichno-mnozhestvennyye zlokachestvennyye opuholi. Rukovodstvo dlya vrachey / V. I. Chissov, A. H. Trahtenberg // - M.: Meditsina, - 2000. - S. 7-39.
15. Hasanov R. Sh. Polineoplazii: chastota razvitiya i prognoz / R. Sh. Hasanov // Problemy klinicheskoy meditsiny. - 2005. - No.4. - S. 28-30.
16. Geary J. Gene-related cancer spectrum in families with hereditary non-polyposis colorectal cancer (HNPCC) / J. Geary, P. Sesieni, R. Houlston [et al.] // Fam Cancer. - 2008. - Vol. 7. - P. 163-172.
17. Rossel M. Detection of a germline mutation at cod on 918 of the RET protooncogene in French MEN 2B families / M. Rossel, I. Schuffenecker, M. Schlumberger [et al.] // Hum Genet. - 1995. - Vol. 95. - No. 4. - P. 403-406.

Реферати

КЛІНІЧНИЙ ОПИС ОКРЕМОГО ВИПАДКУ ПОЛІНЕОПЛАЗІЇ : В-КЛІТИННОЇ ЛІМФОМИ І БРОНХІОЛОАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАКУ ЛЕГЕНІВ

Совгіря С. М., Старченко І. І., Проскурня С. А.,
Винник Н. І., Тихонова О. О.

В статті приведені сучасні літературні дані відносно розповсюдженості, клініко-морфологічних особливостей розвитку у людини первинно-множинних злоякісних пухлин. Приведено власне спостереження поєднання В-клітинної лімфоми і бронхіолоальвеолярного раку легенів. У описаному випадку мало місце при проведенні аутопсії окрім підтвердження основного захворювання (В - клітинної злоякісної дифузної лімфоми з малих лімфоцитів) виявлення не розпізаного за життя бронхіолоальвеолярного раку з багаточисельними метастазами. Ці нозології в структурі основного захворювання патологоанатомічного діагнозу слід вважати такими, що конкурують, оскільки кожне з них могло привести до смерті хворого.

Ключові слова: полінеоплазія; В - клітинна злоякісна дифузна лімфома; бронхіолоальвеолярний рак.
Стаття надійшла 17.03.2017 р.

CLINICAL DESCRIPTION OF THE RARE CASE OF POLYNEOPLASIA: B-CELL LYMPHOMA AND BRONHILOALVEOLAR CARCINOMA

Sovgiry S. N., Starchenko I. I., Proskurnia S. A.,
Vynnyk N. I., Tykhonova O. A.

The paper concerns contemporary publication data on the prevalence, clinical and morphological features of the development of human primary-multiple malignant tumors. Personal observation of the combination of the B-cell lymphoma and bronhioloalveolar carcinoma has been presented. The presented case showed the autopsy validation of the basic disease (B-cell malignant diffuse lymphoma from the small lymphocytes) along with the bronhioloalveolar carcinoma with multiple metastases, unrecognized during the life. The nosologic data in the structure of postmortem diagnosis of the basic disease should be considered as the competitive ones, since each of them could lead to patient's death.

Key words: polyneoplasia, B - cell malignant diffuse lymphoma, bronhioloalveolar carcinoma

Рецензент Гасюк А.П.