




ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. М. ГОРЬКОГО»



Внутривузовская научно-практическая интернет-конференция

«Актуальные вопросы детской гематологии: лимфаденопатии у детей»

**г. Донецк
3 февраля 2021 г.**



Лимфаденопатия в дебюте язвенного колита у ребенка (клиническое наблюдение)

доц. Челпан Л.Л., проф. Прохоров Е.В.,
доц. Островский И.М., *Лепихов П.А.,
*Токарева М.А.

Кафедра педиатрии №1
*Республиканская детская
клиническая больница

Увеличение лимфоузлов брюшной полости


Неспецифический синдром в ответ на различные патологические процессы.

Абдоминальная лимфаденопатия классифицируется:

- по локализации увеличенных лимфоузлов
- по течению
- по количеству пораженных узлов.

Выделяют лимфаденопатию:

- в забрюшинном пространстве
- увеличение брыжеечных узлов
- увеличение внутрибрюшных лимфоузлов.



По количеству увеличенных
узлов абдоминальная
лимфаденопатия бывает:

- локальной;
- регионарной;
- генерализованной.

Для локальной формы нарушения характерно увеличение одного лимфатического узла брюшной полости.

Регионарной называется патология, при которой увеличиваются несколько узлов в одной зоне (в данном случае – в брюшной полости).

Генерализованной формой заболевания является увеличение больше трех групп узлов.



Клиническое наблюдение

Ребенок Е., 7 лет, поступила в клинику повторно в январе 2021 года с жалобами на наличие прожилков крови в стуле, боли в животе, болеет с лета 2020 г.

Анамнез заболевания

С 4-х лет 2 - 3 раза в год наблюдались эпизоды неустойчивого стула, которые лечили в стационаре.

Родители считают девочку больной с марта 2020 г., когда появилась переходящая боль в левом коленном суставе, расцененная по месту жительства как артрит левого коленного сустава, наложена гипсовая лонгета (кратковременно), затем получала нурофен с положительным эффектом.

В последующем при осмотре девочки для оформления в школу выявлена анемия средней степени, повышение СОЭ до 62 мм/ч, появились периодические эпизоды повышения температуры, разжиженный стул, иногда с прожилками крови.

Анамнез заболевания

В июле 2020 г. получала лечение по месту жительства по поводу острой кишечной инфекции неуточненной этиологии, при этом бак. посев кала на кишечную группу отрицательный.

10.08.20 г. консультирована в клинике с предположением о системном заболевании соединительной ткани. Последнее консультантом исключено, при этом заподозрено воспалительное заболевание кишечника.

Данные обследования

14.08.20г. в РДКБ произведено УЗИ органов брюшной полости: эхопризнаки наличия множества увеличенных лимфатических узлов брюшной полости, объемное образование забрюшинного пространства справа позволяют предположить лимфопролиферативное заболевание.

Данные обследования

- С 17.08. по 20.08.20г. находилась на лечении в 1 ХО РДКБ, где рекомендовано проведение компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным болюсным усилением.

24.08.20 в г. Ростов-на-Дону произведено данное исследование – объемных образований не выявлено, так же произведено повторно УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения паренхимы печени. Образование в проекции подвздошной области с двух сторон по структуре, вероятнее, лимфоузлы. Проведен курс антибактериальной терапии по поводу пахового лимфаденита (Сумамед).

Динамика

Дважды ребенок консультирован гематологом в связи с выраженным лимфопролиферативным синдромом.

На фоне проводимой антибактериальной терапии состояние ребенка с кратковременной положительной динамикой. В дальнейшем снова появились жалобы на примесь крови в стуле, анемия в общем анализе крови, повышение СОЭ.

Данные лабораторного обследования

Дата	Нв, г/л	Эр, Т/л	Тр, Г/л	Лей, Г/л	СОЭ
14.12.20	81	3,3	467	5,8	58
15.12.20	78	3,2	638	16,8	65

Нейтрофилы				э	б	л	м	п/к
мие	ммие	п	с					
		6	50	5		31	8	
		12	76	1		8	3	

Копроцитограмма:

10.12.20 Слизь – небольшое количество; Мышечные волокна неизмененные – переваренные, непереваренные изредка; Растительная клетчатка перевариваемая – небольшое количество; Крахмал – умеренное количество; Жир нейтральный – ++; Лейкоциты – 1-2; Эритроциты – изредка; Йодофильная флора – небольшое количество; Реакция на скрытую кровь резко-положительная.

21.01.2021г. Слизь немного . Мышечные волокна нет. Растительная клетчатка неперевариваемая – немного. Крахмал-немного . Жир нейтральный -. Лейкоциты -2-3 в п/зр. Йодофильная флора – нет. Реакция на скрытую кровь – отрицат.

Данные дополнительного обследования

Дата	Общ. белок	Билирубин общ	Билирубин неп	Билирубин прям
10.12.20		10	10	0
14.12.20		11,3	11,3	0

АСТ	АЛТ	ЩФ	ГГТ	ЛДГ
322	455	1356	390	
90	125	1745	255	1060

Данные дополнительного обследования

10.12.2020

Титр-АСЛО – 50 МЕ/мл (N до 200),
Ревматоидный фактор - 3 МЕ/мл (N до
12), ЦИК - 73 Ед. опт. пл (N 20-50)

12.12.2020

Микробы дизентерийной и
сальмонеллезной группы не
обнаружены.

УЗИ органов брюшной полости

10.12.2020 Справа в подвздошной области над подвздошными сосудами визуализируется легко перемещаемое объемное образование веретенообразной формы размером приблизительно 34*20*11 мм, неоднородной структуры за счет чередования множества эхогенных и гипоэхогенных полей. При ЦДК образование практически аваскулярное, у одного из его полюсов визуализируется единичный сосуд. Рядом с образованием визуализируются увеличенные лимфатические узлы шаровидной формы, размером от 6 мм до 12 мм, структура узлов дифференцирована. В мезогастральной области брыжеечные лимфатические узлы увеличены в размере, овоидной формы, с четкой дифференцировкой коркового и мозгового слоев, диаметром от 5 мм до 9,0 мм. Заключение: эхопризнаки наличия объемного образования правой подвздошной области, морфологическая дифференцировка которого затруднена, позволяют предположить **лимфопролиферативное заболевание.**

Фиброколоноскопия с биопсией слизистой оболочки

15.12.2020: Слизистая оболочка диффузно эритематозная, выражена контактная ранимость. От прямой кишки до поперечно-ободочной кишки слизистая «усыпана» множественными эрозиями и кровоизлияниями от точечных до 0,2 см в диаметре, отмечается кровоточивость. Складки слизистой уплощенные, расправляются при инсуффляции воздуха. Сосудистый рисунок смазанный. Взята биопсия из 3-х участков слизистой толстой кишки.

Заключение: Тотальный эрозивный колит. ЯК?

Патогистологическое заключение № 4697-4699 «Морфологические изменения наиболее соответствуют неспецифическому язвенному колиту».

УЗИ органов брюшной полости

- **Заключение:** эхопризнаки полиорганных изменений в виде утолщения стенок портальной вены, наличия групп увеличенных лимфатических узлов в воротах печени и брыжейки, объемного образования правой подвздошной области и вдоль восходящего отдела ободочной кишки, изменения со стороны стенок толстого кишечника можно расценить как следствие инфекционно-воспалительного процесса. Выше описанные изменения также необходимо дифференцировать с лимфопролиферативным заболеванием.

Компьютерная томография органов брюшной полости

- ▶ 29.12.2020 - Печень 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. Кишечник выполнен контрастным веществом, дополнительные образования, сужения просвета и утолщения стенок не визуализируются, содержит избыточное количество газа, ободочная кишка удлинена. Визуализируются увеличенные лимфатические узлы: панкреатические и парааортальные до 1,2 см, поясничные справа до 2,3x2,5 см, наружные и внутренние подвздошные от 1 до 2,2x1,2 см. Деструктивных изменений в костных структурах на уровне исследования не выявлено. Заключение: Долихоколон. Забрюшинная лимфаденопатия.

Гистологическое исследование

12.01.21г лапароскопически взята биопсия лимфоузла:

В лимфоузле картина хронического гиперпластического лимфаденита с периаденитом .

В червеобразном отростке полнокровие сосудов, гиперплазия лимфоидных фолликулов , некоторых капилляров , мелкоочаговая лимфо-макрофагальная инфильтрация серозной оболочки

Клинический диагноз:

Язвенный колит, тяжелое течение, обострение.

Хронический гастродуоденит с повышенной секреторной функцией, НР "-", обострение.

Долихоколон.

Железо-дефицитная анемия легкой степени тяжести.

Реактивный лимфаденит.

ВЫВОД

Данный клинический случай демонстрирует трудности постановки диагноза язвенного колита, поскольку в дебюте отмечались внекишечные проявления (суставной синдром), анемия, лихорадка, кишечные расстройства носили непостоянный характер. Выраженность реактивной мезентериальной лимфаденопатии определило необходимость дифференциальной диагностики с лимфопролиферативным заболеванием и потребовало выполнения биопсии червеобразного отростка и лимфатического узла.

Спасибо за внимание!

