



Тайны кишечной стенки

Пономаренко Виктория Александровна, ординатор 2-го года обучения по специальности «Терапия» кафедры внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Ершова Анастасия Дмитриевна, ординатор 2-го года обучения по специальности «Терапия» кафедры внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Топалова Юлия Геннадьевна, аспирант 2-го года обучения кафедры внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова topalova.julias@yandex.ru

Соловьева Ольга Ивановна, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Бакулина Наталья Валерьевна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова



Пациент, 27 лет

1987

Родился в срок с весом 3350 г. Кефалогематома, обвитие пуповиной, родовая травма.
Диагноз: Перинатальная энцефалопатия. Психомоторное развитие с задержкой.
В 1998 г. - ЗЧМТ, ушиб головного мозга с субдуральной гематомой.

Диагноз:
Инфекционный мононуклеоз, вызванный ВЭБ

2010

DS: Симптоматическая фокальная эпилепсия. Терапия: окскарбазепин (в 2020 г. отменил прием самостоятельно).
КТ ОБП с контрастом: **выраженная брыжеечная и забрюшинная лимфаденопатия.** Наблюдался у онколога с диагнозом: Неходжкинская лимфома. **ПЭТ КТ:** изменения в кольце Вальдейера, в селезенке, в абдоминальных лимфоузлах. Гиперфиксация РФП в кишечнике.

2016

Лимфоаденэктомия слева.

ИГХ: неспецифическая фолликулярная гиперплазия.
Диагноз Неходжкинская лимфома был снят.

Появились жалобы на послабление стула (по БШ 6 тип), без примесей, боли в эпигастральной области.

КАК: ЖДА легкой степени (Hb 105 г/л)

Терапия: ферменты, препараты железа.

2017

Жалобы на частые головные боли -> бесконтрольный прием НПВП, в течение 2 лет.

Госпитализация в СЗГМУ им. И.И. Мечникова

2022

Жалобы на постоянные головные боли в лобной области (по ВАШ 5-6 баллов), боли в поясничной области ноющего характера, боли жгучего характера в эпигастральной области после приема пищи, периодическая тошнота, послабление стула, ощущение учащенного сердцебиения, одышку при умеренной физической нагрузке снижение массы тела на 5 кг за 6 месяцев.

При осмотре: Кожные покровы бледные. ИМТ = 18 кг/м². Увеличены лимфоузлы (поднижечелюстные, переднешейные с двух сторон, заднешейные слева), в диаметре около 3,0 см, безболезненные, подвижные, не спаяны между собой и кожей, кожа над ними не изменена. Живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастральной, мезогастральной области при пальпации. Стул по БШ 5-6 тип, без примесей.

КАК: ЖДА легкой степени (Hb – **99 г/л**).
Кал на скрытую кровь (ИХА)-положительно.
Выявлена мутация в гене MCM6, генотип CC.
Типирование HLA DQ2/DQ8 – гаплотип не выявлен, **АТ к трансклутаминазе и глиадину** – отрицательно.



**2022
ГОД**

Состояние расценено как: **Хронический НПВП-ассоциированный гастрит с эрозиями, бульбит с эрозиями, илеоколит с эрозиями, умеренное обострение**

Выписан в удовлетворительном состоянии, с рекомендациями: исследование фекального кальпротектина, ГидроМРТ . Терапия: ИПП, препараты висмута, прокинетики, гастропротекторы, 5АСК.

УЗИ ОБП: Диффузные изменения поджелудочной железы. **ЭГДС:** Эрозивная гастропатия, эрозивная бульбопатия, эритематозная дуоденопатия. **ВКС:** Эндоскопическая картина ВЗК, илеоколита, нельзя исключить болезнь Крона. **Гистология:** Хронический терминальный илеит, обострение, с выраженной степенью воспаления. Хронический неспецифический колит, субтотальное поражение, неактивный, с умеренной степенью воспаления.

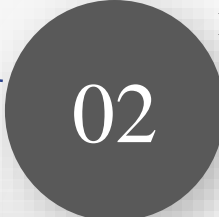
*ГидроМРТ не выполнено, из-за индивидуальных особенностей личности.
Кальпротектин от 05.22 г.– 1295 мкг/г

**Получение результатов ГИ биоптата:
Лимфома Ходжкина смешанно-клеточный вариант.**



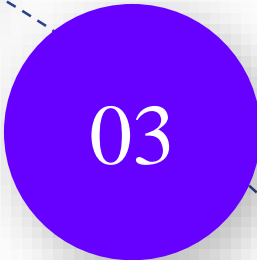
08.2022

Экстренная госпитализация в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. ДЗ: Перфорация тонкой кишки на фоне ЛАП.
Распространенный фибринозно-гнойный перитонит. Лапаротомия. Ушивание раны тонкой кишки. Санация, дренирование брюшной полости.



09.2022

ИГХ: картина ЛПЗ, но затруднительно категорично дифференцировать CD20\CD30-позитивные иммунобласты с клетками Ходжкина и, соответственно, реактивный процесс с Т-клеточной периферической лимфомой. Рек-но: повтор ИГХ + исследование клональности Т-клеточного рецептора в материале имеющегося блока.



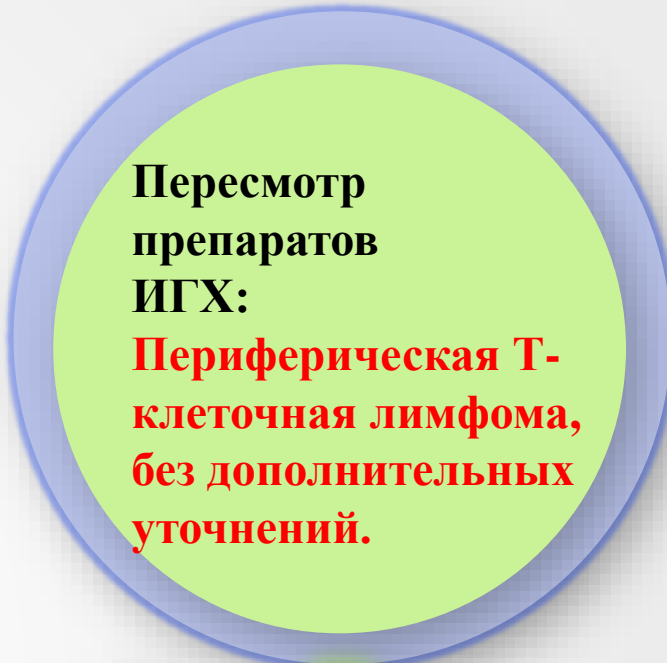
10.2022

ПЭТ/КТ: метаболически активная лимфаденопатия выше и ниже уровня диафрагмы. **Гиперметаболизм РФП очагового характера в петлях кишки, левой небной миндалине, селезенке и костях скелета.**



11.2022

Госпитализирован для инициации курса ПХТ "СНОР" в ГБ №15. **Миелограмма 16.11.22-** данных за лейкомизацию лимфомы нет.



**Пересмотр препаратов ИГХ:
Периферическая Т-клеточная лимфома, без дополнительных уточнений.**



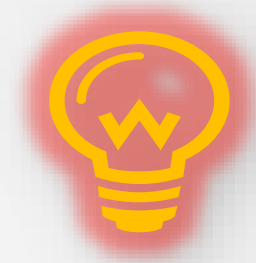
Диагноз:

Основное заболевание:	Периферическая Т-клеточная лимфома IV B стадии, с поражением л/узлов внутригрудных, внутрибрюшных, левой небной миндалины, селезенки, тонкого кишечника, костей скелета. Курс ХТ «СНОР» от 15.11.2022 г.
Фоновое заболевание:	Резидуально-органическое поражение головного мозга сочетанной этиологии (перинатальное, посттравматическое). Симптоматическая фокальная эпилепсия с единичным генерализованным судорожным синдромом. Легкая степень умственной отсталости с нарушением поведения. Логоневроз с дизартрия.
Осложнения:	Анемия средней степени тяжести смешанного генеза (железодефицитная, фолиеводефицитная, В12-дефицитная). Перфорация тонкой кишки на фоне лимфаденопатии от 03.08.2022г. Распространенный фиброзно-гнойный перитонит. Лапаротомия, ушивание раны тонкой кишки. Санация, дренирование брюшной полости от 03.08.2022г. БЭН, легкой степени.

Теоретическая справка

Значительное повышение концентрации фекального кальпротектина вызывают*:

- воспалительные процессы в кишечнике (болезнь Крона, Язвенный колит);
- бактериальная инфекция ЖКТ(псевдомембранозный колит,);
- микроскопические колиты (лимфоцитарный и коллагеновый колит);
- онкология кишечника;
- НПВП-индуцированные повреждения слизистой оболочки кишечника.



Лимфопролиферативные заболевания с первичным вовлечением ЖКТ встречаются в 30—40% случаев экстранодальных лимфом и составляют 10—15% от всех неходжкинских лимфом. Т-клеточные лимфомы с первичным вовлечением ЖКТ встречаются редко, могут быть ассоциированы как с чувствительной к глютену, так и с инфицированием вирусом Эпштейна—Барр . Как правило, они характеризуются агрессивным течением и неблагоприятным прогнозом.

Одним из вариантов периферических Т-клеточных лимфом с первичным поражением ЖКТ является Т-клеточная лимфома, ассоциированная с энтеропатией. Распространенность данного заболевания составляет 0,1—0,14 на 100 000 человек в год.

Возраст больных, по оценкам различных авторов, колеблется от 57 до 64 лет, заболевают преимущественно мужчины (61—64%).

На момент диагностики почти у 88% пациентов имеется неудовлетворительный соматический статус, что связано в первую очередь с преимущественным вовлечением тонкой кишки, частой ассоциацией с целиакией, развитием тяжелой алиментарной недостаточности, клинической картиной перитонита и интенсивным болевым синдромом**.

*Ливзан М. А., Долгих Т. И., Лялюкова Е. А. Фекальный кальпротектин в комплексной диагностике заболеваний кишечника // ЭиКТ. 2019. №12.

**Воробьев В.И., Кравченко С.К., Ковригина А.М. Успешная терапия периферической Т-клеточной лимфомы, ассоциированной с энтеропатией, с применением высокодозной полихимиотерапии и трансплантации аутологичных стволовых кроветворных клеток. Терапевтический архив. 2019;85(7):79-83.