

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ**



**СТУДЕНТСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ  
«Клініко-морфологічні особливості захворювань людини»  
10 травня 2018 р.**

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
«Інтерпретація казуїстичних випадків  
з точки зору клініко-морфологічної діагностики»  
15 травня 2018 р.**

**Харків**

## ЗМІСТ

<b>Абовян К., Гаргин В. ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ .....</b>	<b>3</b>
<b>Александрова К.В., Журавльова П.В. ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ РОЗПОДІЛОМ НАЙПОШИРЕНІШИХ ДІАГНОЗІВ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ЖІНОК РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП .....</b>	<b>7</b>
<b>Антипенко А.В., Ткаченко Д.А. ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.....</b>	<b>10</b>
<b>Басилайшвілі Ю.В., Штыкер С.Ю., Давиденко В.Б. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЛИМФОМИ БЕРКІТА, УСКЛАДНЕНОЇ ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ У ДИТИНИ .....</b>	<b>13</b>
<b>Береснева Е.В., Зароченцев Р.Н. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ НЕОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК ЛЕГКОГО .....</b>	<b>16</b>
<b>Горбунова І.В., Гаргин В.В. СКЛЕРОДЕРМІЯ - ТИХИЙ НЕВИЛКОВНИЙ ВБИВЦЯ.....</b>	<b>19</b>
<b>Ибрагимова С. IGG4-АССОЦИИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ .....</b>	<b>23</b>
<b>Иванова А.А. ЛИМФОЦИТОМА КОЖИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА- ПАТОЛОГОАНАТОМА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ.....</b>	<b>28</b>
<b>Калганова М.О. ГІСТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ТКАНИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ПРОЛОНГОВАНІЙ ДІЇ ЕМВ .....</b>	<b>32</b>
<b>Гаргин В.В., Коптеева Т.М. СИНДРОМ АЙЕРСА .....</b>	<b>34</b>
<b>Кузнецова М.А. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА БЕРЕМЕННЫХ САМОК КРЫС НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ИХ ПОТОМСТВА .....</b>	<b>39</b>
<b>Левинский В.Л., Борзенкова И.В., Наумова О.В., Мирошниченко Я.Н. ВТОРИЧНЫЙ НЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ .....</b>	<b>42</b>

<b>Одинец Е.М, Пацкевич А.И. МУЦИНПРОДУЦИРУЮЩИЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ ЖЕЛУДКА .....</b>	<b>47</b>
<b>Потапов С.М., Горголь Н.І, Галата Д.І., Барабаш Д.Д. ДОБРОЯКІСНИЙ ЛІМФОРЕТИКУЛЬОЗ: МОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ .....</b>	<b>50</b>
<b>Сухарева Л.П. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....</b>	<b>53</b>
<b>Сакал А.А., Товажнянская В.Д., Титов Е.В.,Зверева И.С. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ПАТОЛОГОАНАТОМА) .....</b>	<b>56</b>
<b>Труш О.М. РАПТОВА СЕРЦЕВА СМЕРТЬ.....</b>	<b>60</b>
<b>Уржумов В.Д., Борзенкова И.В., Наумова О.В., Григоренко В.Р. ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ВЗРОСЛОГО ТИПА КАК СЛУЧАЙНАЯ НАХОДКА НА АУТОПСИИ.....</b>	<b>65</b>
<b>Хорошко И.А., Пересада Г.А. Наумова О.В. МЕЗОТЕЛИОМА ПЕРИКАРДА С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТАМПОНАДОЙ СЕРДЦА.....</b>	<b>69</b>
<b>Широков К.В. Трофименко М.О. К ВОПРОСУ О ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМОБОСНОВАНИИ ТАКТИКИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ .....</b>	<b>74</b>

*Басилайшвілі Ю.В., Штыкер С.Ю., Давиденко В.Б.*

## **СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЛІМФОМИ БЕРКІТА, УСКЛАДНЕНОЇ ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ У ДИТИНИ**

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

**Актуальність.** Практикуючий лікар у своїй роботі періодично зустрічається із захворюваннями, які йому недостатньо або взагалі невідомі. У таких випадках захворювання відносяться до рідкісних, або казуїстичних. До цих страждань віднесені захворювання, складові менше 5 % усіх уражень [1].

Лімфома Беркіта зустрічається в дитячому віці рідко, переважно в країнах центральної Африки, Океанії, а також в Європі і США. Відомо про зв'язок лімфоми Беркіта з вірусом Епштейна-Барра. У 30-40 % пацієнтів первинно процес виникає в черевній порожнині. У третини цих хворих спочатку вражається шлунково-кишковий тракт. Симптоматика, у більшості випадків, розвивається впродовж нетривалого часу.

Описані поодинокі випадки виникнення ілео-цекальної інвагінації як ускладнення лімфоми Беркіта у дітей [2,с.62,3,с.41,4, с.216].

**Клінічний випадок.** Дитина С., 12 років, надійшла в клініку із скаргами на болі в животі, блювоту, рідке випорожнення, відсутність апетиту. Хворіє впродовж 3-х діб. Батько випадково виявив у дитини пухлиноподібне утворення в правій половині живота. При надходженні стан хворого тяжкий за рахунок інтоксикації. Виражена асиметрія живота, що обумовлено об'ємним утворенням. Обстеження: КТ черевної порожнини - утворення черевної порожнини справа розміром 120×70×90 мм, збільшення лімфовузлів брижі кишечника і заочеревного простору, на УЗД черевної порожнини виявлено інвагінат, що складається з петель кишечника, лімфатичних вузлів. Попередній діагноз - пухлина черевної порожнини? Кишкова інвагінація.

Виконано лапаротомію, біопсію пухлини, резекцію сальника, кінцеву ілеостомію, дренування черевної порожнини. Великий сальник тотально змінений з множинними нодулярними елементами. Ілеоцекальний кут уражений тотальним пухлинним процесом. У висхідному відділі товстої кишки - інвагінат. Дезинвагінація неможлива. Пухлина поширюється на усю брижу і стінку тонкої кишки. Парієтальна очеревина вторинно уражена до діафрагми. Виявлені тромбогеморагічні зміни судин брижі у басейні а.ілеосоліса і перехідні явища некробіозу ділянок кишківника, що формують інвагінат. Враховуючи вищеописане, радикальне видалення новоутворення і інвагінату неможливе. Біопсія пухлини. Дистальний відділ клубової кишки видаєно для дослідження, з формуванням кінцевої проксимальної ілеостоми. Резекція великого сальника. Заплановано оперативне втручання "second look". Виконано аспіраційну біопсію кісткового мозку.

Через 2 доби виконано релапаротомію. Виявлений некроз ділянки кишківника, що входить до інвагінату, внаслідок прогресуючого тромбозу судин брижі. Зроблено правобічну геміколектомію. Результати гістологічного дослідження : лімфобластна лімфома з тотальною інфільтрацією сальника, проростанням стінок видалених фрагментів кишечника. У мазках кісткового мозку атипічні клітини не виявлені.

Дитина консультована в Національному інституті онкології. Діагноз клінічний - лімфома Беркитта, IV стадія, 2-а терапевтична група, підгрупа R3, тотальна інфільтрація сальника, ураження стінки і брижі тонкої кишки, ілеоцекального кута, заочеревинного простору, парієтальної очеревини. Тонко-товстокишкова інвагінація з некрозом, кінцева ілеостома. Для подальшого лікування дитину було направлено в гематологічне відділення. В подальшому хворий був ще двічі оперований – з приводу видалення кісти підшлункової залози та закриття ілеостоми Результат лікування патології хороший.

## **Список використаної літератури**

1. Григович И.Н. Редкие хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей.- Л.: Медицина, 1985.- 288 с.
2. Bălănescu N.R., Topor L., Malureanu D. Stoica I. Ileocolic intussusception due to Burkitt lymphoma: a case report // Journal of Medicine and Life. – 2013.- Vol.13, №1.- P. 61-64.
3. Piolat C., Courtot H., Plantaz D., Nugues F., Durand C., Jacquier C., Pasquier D., Dyon J.F. Surgical aspects of intussusception due to lymphoma in children // Archive of Pediatrics. – 2004. – Vol.11, № 1.- P.40-43.
4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб., ООО «Раритет-М», 1999. – С. 213-222.