

## **Описание клинического случая: дифференциальная диагностика ОРИ и лимфомы средостения**

*Довнар Алеся Андреевна*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

*Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Матуш Лидия Ивановна, Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

### **Введение**

Лимфома – наиболее частая опухоль детского возраста. Ранняя диагностика заболевания затруднена в связи с отсутствием патогномичной симптоматики, высокими компенсаторными возможностями детского организма и характерным бурным, зачастую острым, развитием неспецифических симптомов заболевания.

### **Цель исследования**

Акцентировать внимание педиатров на различные клинические «маски» детских онкологических заболеваний и проблемы ранней диагностики новообразований у детей.

### **Материалы и методы**

Представлен клинический случай лимфомы средостения в практике детского инфекциониста.

### **Результаты**

28.07.2017 в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» (ГДИКБ) поступила девочка в возрасте 4 лет с жалобами на кашель и затруднение дыхания при вдохе. Из анамнеза известно, что 24.06.17 ребенок перенес ОРИ с повышением температуры и увеличением подчелюстных лимфоузлов. 21 июля 2017 у ребенка появился кашель, шумное, свистящее дыхание, в динамике кашель усиливался, ребенок спал полусидя, нарастал цианоз носогубного треугольника и отек верхней половины туловища. 27.07.17г выполнена рентгенография ОГК: значительное расширение средостения, преимущественно вправо. Ребенок направлен в ГДИКБ с диагнозом: обструктивный бронхит, лимфаденопатия внутригрудных лимфоузлов. При поступлении в ГДИКБ состояние ребенка оценивалось как очень тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью III степени. Кожные покровы бледные, конечности прохладные, акроцианоз. Дыхание жесткое, нестабильное, требующее эпизодической вентиляции мешком Амбу. Со стороны периферической крови изменений нет, при биохимическом исследовании крови уровень ЛДГ – 2120Ед/л. 29.07.17 при проведении КТ ОГК на фоне спонтанного дыхания отмечалось тахипноэ, десатурация до 70%. Проведена интубация трахеи, начата ИВЛ. По данным КТ: объемное образование переднего средостения. Через сутки – резкая отрицательная динамика за счет прогрессирования СПОН и развития ДВС- синдрома. Для проведения противоопухолевой химиотерапии требовалась открытая биопсия образования. Учитывая тромбоцитопению ( $40 \times 10^9/\text{л}$ ) выполнение оперативного вмешательства было невозможно. В связи с нарастанием отрицательной динамики и наличием стойкого крайне тяжелого состояния с 31.07 по 9.08.17 транспортировка ребенка в Детский онкологический центр (РНПЦ ДОГиИ) была невозможна; 10.08.17 пациент переведен в РНПЦ ДОГиИ с диагнозом: Объемное образование средостения, СПОН, ДВС- синдром, синдром верхней полой вены. Картина соответствует неходжкинской лимфоме. Специального лечения не проводилось вследствие тяжелого состояние ребенка. 2.10.17 – прогрессирование полиорганной недостаточности, остановка сердечной деятельности; констатирована биологическая смерть. Патологоанатомическое исследование подтвердило клинический диагноз пациента.

### **Выводы**

Трудность диагностики данного клинического случая связана с отсутствием патогномичных симптомов заболевания и малой настороженностью педиатров в отношении детской онкопатологии.