

**К. В. Митюрин, Е. И. Харамецкая**

*Научный руководитель: зав. кафедрой, профессор, д.м.н. А. Л. Калинин*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА С 2001 ПО 2020 ГОДЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

### ***Введение***

Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина) – опухоль иммунной системы злокачественного характера, при которой происходит нарушение пролиферации и дифференцировки преимущественно В-клеток лимфоидного ряда, ответственных за выработку иммуноглобулинов. Впервые лимфогранулематоз описал Th. Hodgkin в 1832 году [1]. Этиология развития заболевания до сих пор остается под вопросом, однако имеются данные о связи развития опухоли с аутоиммунными заболеваниями и лекарственными веществами, способными подавлять иммунитет [7], а также различными химическими веществами (бензолы, пестициды, органические растворители и др.) [8]. Обсуждается роль вируса Эпштейна – Барр, который часто обнаруживается в клетках при данном заболевании [6]. На сегодняшний день нет единой теории развития источника опухоли. Первая теория базируется на локальном возникновении опухоли, которая в дальнейшем метастазирует лимфогенным и гематогенным путями. Другая теория предполагает системное развитие опухолевого процесса, полем для которого является вся лимфатическая система [2].

В современном мире частота встречаемости лимфогранулематоза составляет 3 случая на 100000 человек; в структуре общей онкологической заболеваемости развитых стран мира доля лимфомы Ходжкина составляет 1 %; [3], однако, среди структуры всех лимфом, лимфогранулематоз составляет 30 % [4].

Заболеваемость лимфогранулематозом отмечается во всех возрастных группах, однако пик заболеваемости приходится на два возрастных периода. Часть ученых пришла к выводу, что возрастная группа 15–35 лет, является первым пиком заболеваемости, второй пик, как правило, приходится на возраст 50–60 лет. Данные второй группы исследователей дают предпосылки к тому, что первый пик заболеваемости приходится на возраст 20–29 лет, а второй пик заболеваемости наблюдается в таком же возрасте (возрастная группа старше 50 лет) [5]. Что касается пола – по данным Koss отмечается тенденция к преобладанию заболеваемости среди мужского пола [9].

Актуальность этой работы заключается в ценности знаний о заболеваемости лейкозами в Беларуси, необходимых для реализации решения задач по диагностике, оценке рисков развития и лечения данных заболеваний.

### ***Материалы и методы исследования***

В работе были проанализированы данные Белорусского республиканского канцер-регистра за период с 2001 по 2020 гг. и проанализирована динамика заболеваемости лимфогранулематозом (С81, согласно кодировки международной классификации болезней 10 пересмотра). Также были рассчитаны грубые интенсивные (CR), повозрастные (AsR) и стандартизованные по возрасту (ASR, World стандарт) показатели заболеваемости лимфогранулематозом (на 100 000 населения). Статистическая обработка материала

проводилась согласно стандартным методам, принятым в эпидемиологии злокачественных новообразований: сравнение показателей заболеваемости, проводилось с помощью z-критерия, стандартной ошибки среднего (SE). Анализ динамик показателей проводился путем сравнения темпов среднегодового прироста (APC) с использованием пакета Microsoft Excel.

### **Цель**

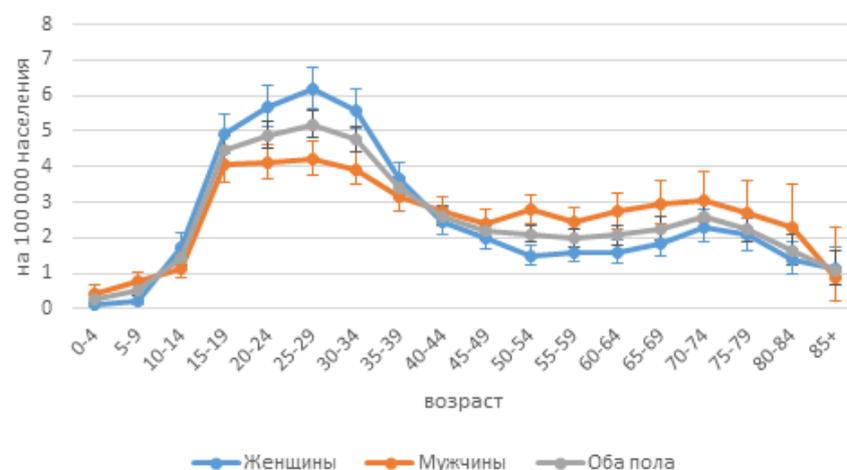
Провести статистическую оценку заболеваемости лимфогранулематозом в зависимости от пола и возраста с 2001 по 2020 годы в РБ.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

За период с 2001 по 2020 годы в Республике Беларусь зарегистрировано 4887 случаев лимфогранулематоза. Соотношение числа заболевших женщин и мужчин за это время составило 1/1,1. При этом заболеваемость в городской местности составила 3772, а в сельской – 1115 случаев.

Анализ AsR (рисунок 1) показал, что риск развития патологии в первые 9 лет жизни минимален. После 14 лет наблюдается прогрессивный рост заболеваемости (среднегодовой темп прироста составляет (ASR 0,3 (-0,98–1,53) % в год)) достигая максимума в возрастной категории 25–29 лет (среднегодовой темп прироста составляет (ASR 0,3 (-0,98–1,53) % в год)). Заболеваемость у женщин выше, чем у мужчин. Для лиц женского пола данной возрастной группы по возрастные показатели заболеваемости ((AsR) на 100 тыс. населения) составили  $6,2 \pm 0,58$  ‰, для лиц мужского пола –  $4,2 \pm 0,47$  ‰. В возрасте 35 лет отмечается снижение заболеваемости, достигающее минимума в возрастной группе старше 85 лет. Для лиц женского пола возрастной группы 85+ по возрастные показатели заболеваемости ((AsR) на 100 тыс. населения) составили  $1,1 \pm 0,5$  ‰, для лиц мужского пола –  $0,9 \pm 0,87$  ‰.

Анализ показателей среднегодовых темпов прироста показывает, что в период с 2001 по 2020 годы в Республике Беларусь отмечается статистически значимое снижение заболеваемости у женщин (ASR -0,8 (-1,53–0,05) % в год) и у мужчин (ASR -0,7 (-1,49 – -0,14) % в год). Сопоставление показателей среднегодовых темпов прироста среди населения города (ASR -1,3 (-1,94 – -0,63) % в год) и сельской местности (ASR 0,8 (-0,32 – 1,93) % в год) показывает, что в период с 2001 по 2020 годы в Республике Беларусь отмечается тенденция к росту заболеваемости среди лиц сельской местности и снижению заболеваемости среди городского населения.



**Рисунок 1** –Повозрастные показатели заболеваемости (AsR  $\pm$  1,96SE) лимфогранулематозом у мужчин и женщин Республики Беларусь за период с 2001 по 2020 гг.

## **Выводы**

В Республике Беларусь в целом отмечается снижение заболеваемости лимфогранулематозом в период с 2001 по 2020 гг., для женщин на 0,8 % в год, а для мужчин на 0,7 % в год. Заболеваемость среди женского населения в 1,15 раза выше, чем среди мужского. После 14 лет отмечается прогрессивный рост заболеваемости. Тенденция к росту заболеваемости отмечается у жителей сельской местности.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Шкляев, С. С., Павлов, В. В. Лимфома Ходжкина и «новый старый» бендамустин / С. С. Шкляев, В. В. Павлов // Клиническая онкогематология. – 2013. – № 2. – С. 139–147.
2. Лимфома Ходжкина / А. А. Клименко [и др.] // Лечебное дело. – 2007. – № 4. – С. 46–83.
3. Обзоры современных эпидемиологических аспектов онкопатологии / Д. Х. Рыбалкина [и др.] // Гигиена труда и медицины. – 2015. – № 4. – С. 31–48.
4. Е. А. Демина. Лимфома Ходжкина: от Томаса Ходжкина до наших дней / Е. А. Демина // Клиническая онкогематология. – 2008. – № 2. – С. 114–118.
5. Имянитов, Е. Н. Эпидемиология и биология лимфомы Ходжкина / Е. Н. Имянитов // Практическая онкология. – 2007. – № 4. – С. 53–56.
6. Katrina Farrell. The molecular pathogenesis of Hodgkin lymphoma / Katrina Farrell, Ruth F Jarrett. // Histopathology Volume. – 2011. – № 1. – P. 15–25.
7. P. Y. Tanaka [et al.] // Clin Lymphoma Myeloma. – 2007. – № 7. – P. 364–368.
8. Blar, A. Agricultural exposures and cancer / A. Blar, S. H. Zahm // Environ Health Perspect. – 1995. – № 103(Suppl. 8). – P. 205–208.
9. Лимфома Ходжкина с экстранодулярными проявлениями / И. Ф. Шальга [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2017. – № 1. – С. 106–110.

**УДК: 616.72-003.215-039.4+616.151.514(476.2)**

**Т. Д. Новик, Г. А. Ковзик**

*Научный руководитель: зав. кафедрой, д.м.н., профессор А. Л. Калинин*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕМАРТРОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОФИЛИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

### **Введение**

Гемофилия представляет собой наследственное заболевание, характеризующееся снижением синтеза тромбоцитарных факторов свертываемости VIII и IX, и, как следствие, нарушением процесса коагуляции крови. Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному признаку, с характерной мутацией X хромосомы. Стоит отметить, что наследуется не только тип заболевания, но и его степень тяжести [3].

Клиническая картина заболевания всех типов примерно схожа и характеризуется продолжительными кровотечениями в суставы (гемартрозы) и мышцы (гематомы). Стоит отметить, что у больных кровоизлияния могут осложняться переходящими нарушениями агрегационной способности тромбоцитов. При отсутствии эффективного лечения могут развиваться артропатии и другие нарушения мягких тканей [1].

Распространенность гемофилии типа А в мире составляет 1:10 000 населения, а гемофилии В 1:60 000. Важно отметить, что подавляющее число пациентов, страдающих от данного заболевания – мужчины (так как наследуется сцепленно с X хромосомой). Средняя распространенность заболевания в Республике Беларусь составляет 0,06 случаев на 1000 пациентов, что в целом меньше средней мировой распространенности [4].