2. Insomnia Could Increase People's Risk of Type 2 Diabetes // Study Finds. University of Bristol. – 2022.
3. Tuomilehto, J. Identification of people at high risk for CVD or diabetes / J. Tuomilehto // Department of Public Health. – Helsinki : University of Helsinki, Finland and Diabetes Unit, National Public Health Institute.

УДК 616-006.442-053.2/.6

А. Д. Шевандо

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры И. П. Ромашевская

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ЛИМФОМА ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ

Введение

Лимфома Ходжкина (ЛХ) – злокачественная опухоль лимфоидной ткани с клональной пролиферацией В-клеток, морфологическим субстратом которой являются клетки Ходжкина и Рид-Штернберга [1, 2]. В структуре онкогематологической патологии у детей ЛХ составляет около 40% [2, 3], при этом долгосрочная выживаемость может достигать 90% и более [4], что делает это заболевание одним из наиболее курабельных [5−9].

Заболеваемость ЛХ имеет два возрастных пика, причем дети и подростки составляют около 10–15% от общего числа заболевших. В подростковом возрасте (15–34 года) заболеваемость возрастает до 32 случаев на миллион по сравнению с 6 случаями в педиатрической популяции [5]. Отмечаются и половые различия: в подростковом возрасте незначительно преобладают лица женского пола, тогда как в детском чаще болеют мальчики [5, 6].

Гистологическая структура также имеет возрастные особенности. Нодулярный склероз является доминирующим вариантом у подростков (76–82%) [7], тогда как смешанно-клеточный вариант чаще встречается у детей младшего возраста и нередко ассоциирован с вирусом Эпштейна-Барр [8]. Вариант с лимфоидным преобладанием встречается реже и имеет более благоприятный прогноз [8].

При первичном стадировании наиболее часто диагностируется II стадия (около 40%). Распределение по стадиям в крупных когортах выглядит следующим образом: I стадия – 3–4%, II – около 40%, III – 27–30%, IV – 29–30% [5, 9]. Статистически значимую связь с риском рецидива имеют IV стадия и наличие В-симптомов [6, 9], частота которых в подростковой популяции может достигать 48% [5]. Именно эти параметры лежат в основе современных стратегий стратификации на группы риска [6, 9].

Ведущее место в стадировании и оценке ответа на терапию в настоящее время занимает позитронно-эмисионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), использование которой повышает точность диагностики и позволяет минимизировать объемы терапии [7, 9].

Таким образом, изучение клинико-демографических характеристик у детей и подростков с ЛХ является актуальной задачей, позволяющей оценить репрезентативность региональных когорт и сопоставить их с мировыми данными [7, 9].

Цель

Изучить клинико-демографические характеристики, структуру гистологических вариантов и распределение по стадиям у пациентов с лимфомой Ходжкина.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (г. Гомель) в онкологическом гематологиче-

ском отделении для детей. Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации 41 пациента с впервые установленным диагнозом лимфомы Ходжкина (лимфогранулематоза).

Верификация диагноза осуществлялась на основании гистологического и иммуногистохимического биоптатов пораженных лимфатических узлов с обнаружением диагностических клеток Березовского-Рид-Штернберга и клеток Ходжкина.

Стадирование заболевания проводилось в соответствии с международной классификацией Ann Arbor (1971) с выделением стадий I–IV и подстадий A (отсутствие симптомов интоксикации) и B (наличие одного или более симптомов: необъяснимая лихорадка выше 38°C, ночные проливные поты, потеря массы тела более 10% за 6 месяцев). Для уточнения стадии использовались данные ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) областей шеи, грудной клетки, брюшной полости и малого таза, а также результаты позитронно-эмисионной томографии, совмещенная с компьютерной томографией.

Анализировались следующие параметры: пол, возраст на момент постановки диагноза, гистологический вариант (нодулярный склероз, смешанно-клеточный вариант, лимфоидное преобладание), стадия заболевания с учетом подстадий A и B.

Статистическая обработка данных выполнялась методом описательной статистики с использованием программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой группе преобладали лица женского пола: 23 девочки (56,1%) против 18 мальчиков (43,9%); соотношение составило 1:1,3.

Возраст пациентов на момент верификации диагноза варьировал от 5 до 18 лет. Средний возраст достиг 13,9 года (стандартное отклонение±3,0 года), медиана – 15 лет, а наиболее часто встречающимся возрастом (мода) оказался 16 лет. Подавляющее большинство пациентов (80,5%, n=33) находились в возрастной группе старше 12 лет, что полностью согласуется с известной эпидемиологической закономерностью о пике заболеваемости лимфомой Ходжкина именно в подростковом возрасте.

Анализ гистологических вариантов выявил явное доминирование нодулярного склероза, диагностированного у 32 пациентов (78,0%). Смешанно-клеточный вариант встретился у 7 человек (17,1%), а вариант с лимфоидным преобладанием – у 2 пациентов (4,9%). Такое распределение типично для детской и подростковой популяции.

Распределение по стадиям заболевания представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов с лимфомой Ходжкина по стадиям

Стадия	Количество (n)	Процент (%)
I стадия	1	2,4%
I A	1	2,4%
II стадия	16	39,0%
II A	5	12,2%
II B	11	26,8%
III стадия	14	34,1%
III A	3	7,3%
III B	11	26,8%
IV стадия	10	24,4%
IV A	1	2,4%
IV B	8	19,5%
IV (без уточнения)	1	2,4%
Всего	41	100%

Локализованные формы (I–II стадии) наблюдались у 17 пациентов (41,5%), тогда как распространенные (III–IV стадии) – у 24 пациентов (58,5%). Обращает на себя внимание высокая частота симптомов интоксикации (B-симптомы), зафиксированных у 30 человек (73,2%); бессимптомное течение (категория A) отмечено у 10 пациентов (24,4%), и лишь у одного (2,4%) категория в документации не была указана.

Выводы:

1. В исследуемой группе детей и подростков с лимфомой Ходжкина (n=41) подтверждена эпидемиологическая закономерность: пик заболеваемости приходится на возраст старше 12 лет (медиана 15 лет, мода 16 лет) с небольшим преобладанием девочек (соотношение полов 1:1,3). Средний возраст дебюта заболевания составил 13,9±3,0 года (от 5 до 18 лет).

2. Доминирующим гистологическим вариантом оказался нодулярный склероз (78,0%), что соответствует мировым данным о структуре лимфомы Ходжкина у детей и подростков. Доля смешанно-клеточного варианта составила 17,1%, лимфоидного преобладания – 4,9%.

3. Обращает на себя внимание высокая доля распространенных стадий (III–IV) – 58,5% и частота B-симптомов – 73,2%, что указывает на агрессивное течение заболевания у нелеченых пациентов и подчеркивает необходимость своевременной диагностики и раннего начала терапии. Локализованные формы (I–II) выявлены у 41,5% пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гематология / онкология детского возраста ; под ред. А. Г. Румянцева, Е. В. Самочатовой. – М., 2004. – С. 567–576.

2. Евстратов, Д. А. Современные представления о лечении лимфомы Ходжкина у детей и подростков : Обзор литературы / Д. А. Евстратов, А. В. Пшонкин, Н. В. Мякова // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2018. – Т. 5, № 1. – С. 56–63.

3. Марковец, А. Ф. Лимфома Ходжкина у детей и подростков в Республике Беларусь : анализ клинических исходов и выживаемости 606 пациентов за 23-летний период наблюдения / А. Ф. Марковец, О. И. Быданов, Л. П. Киселев // Вопросы гематологии / онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2022. – Т. 21, № 1. – С. 36–41.

4. Медико-частотные характеристики лимфом у детей Московской области (популяционное исследование) / Д. Ю. Качанов, Р. Т. Абдуллаев, Т. В. Шаманская [и др.]. // Онкогематология. – 2011. – № 4. – С. 45–50.

5. Кулева, С. А. Математическое обоснование преимущества использования риск-адаптированных программ при лечении лимфомы Ходжкина у детей и подростков / С. А. Кулева, А. П. Карицкий, Л. В. Филатова // Российский онкологический журнал. – 2014. – Т. 19, № 6. – С. 36–39.

6. Dorak, M. T. Gender differences in cancer susceptibility: an increasingly recognized issue / M. T. Dorak, E. Karpuzoglu // Frontiers in Genetics. – 2012. – Vol. 3. – P. 268.

7. Позитронная эмиссионная томография с 18F-ФДГ в стадировании и оценке эффективности лечения больных лимфомой Ходжкина / М. М. Ходжибекова, Л. А. Тютин, Н. А. Костеников [и др.]. // Радиология-практика. – 2015. – № 2. – С. 34–44.

8. Гистопатологические подтипы лимфомы Ходжкина (Классификация ВОЗ) // Справочник MSD. – URL: https://www.msdmanuals.com/ru (дата обращения: 18.03.2026).

9. Кулева, С. А. Прогностические факторы и прогностические модели при лимфоме Ходжкина у детей и подростков / С. А. Кулева, Б. А. Колыгин // Вопросы онкологии. – 2010. – Т. 56, № 3. – С. 272–277.

10. Baranova, K. Alkaline phosphatase activity in neutrophils from patients with severe congenital neutropenia (Kostmann's syndrome) / K. Baranova // International Journal of Hematology. – 1999. – Vol. 70, № 4. – P. 236–240.