

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОМЫ  
ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ

С. А. Ходулева,<sup>1</sup> И. П. Ромашевская<sup>2</sup>, А. Н. Демиденко<sup>2</sup>, Д. К. Нопик<sup>2</sup>,  
Т. И. Киреева<sup>2</sup>, О. В. Жук<sup>2</sup>

<sup>1</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель,  
Беларусь

<sup>2</sup>ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель,  
Беларусь

На долю лимфомы Ходжкина в группе всех лимфом у детей приходится около 50 %. Уровень заболеваемости лимфомой Ходжкина в Республике Беларусь является одним из самых высоких в Европе и составляет 0,96 на 100 000 детского населения. Лимфома Ходжкина – высокочувствительная к лечению опухоль. Прогноз и исход болезни во многом зависят от гистологического варианта заболевания, стадии, осложнений, пола и возраста ребенка. В результате современного лечения 5-летняя выживаемость

(практически означающая излечение) детей, страдающих данным заболеванием, значительно улучшилась и составляет 90-95 % при первой и второй стадиях, 80-85 % – при третьей и около 75 % – при четвертой стадии. Педиатрическая стратегия терапии лимфомы Ходжкина направлена на минимализацию интенсивности лучевой терапии, сокращение суммарных доз алкилирующих цитостатиков и антрациклинов с целью снижения риска отдельных осложнений (вторичных опухолей, сердечно-сосудистых событий и нарушения фертильности).

Целью настоящей работы явились анализ клинико-морфологических характеристик лимфомы Ходжкина у детей и оценка результатов терапии.

В исследование с января 2001 г. по декабрь 2007 г. был включен 31 пациент в возрасте от 3 до 17 лет с впервые диагностированной лимфомой Ходжкина. Соотношение мальчиков и девочек в исследуемой группе составило: 39 % (11 детей) – мальчики, 61 % (20 детей) – девочки. Анализ результатов выполнен по состоянию на декабрь 2009 г. Сроки наблюдения за пациентами составили от 2 до 9 лет.

Морфологическая верификация диагноза осуществлялась с помощью биопсии пораженного лимфоузла. С целью установления клинической стадии заболевания проводились радиологические, рентгенологические и ультразвуковые исследования. Всем детям проводилась полихимиотерапия по протоколу DAL-HD-90 с учетом стадии заболевания по Анн-Арбор.

Эффективность лечения оценивали по показателю достижения полной ремиссии, частоте рецидивов, числу случаев прогрессии, смертей, показателям общей, безрецидивной и бессобытийной выживаемости.

В группе наблюдения преобладали дети в возрасте старше 10 лет – 29 пациентов (94 %). Анализ клинических проявлений лимфомы Ходжкина показал, что чаще всего поражались лимфатические узлы, расположенные над диафрагмой, – 19 случаев (68 %). При этом чаще отмечалось поражение лимфоузлов шейно-надключичной области в сочетании с увеличением лимфоузлов средостения. Изолированное поражение средостения так же, как и экстранодальное поражение (во всех случаях это было поражение легких), не зарегистрировано только у 2 пациентов, что составило соответственно по 6 %.

В зависимости от клинической стадии заболевания пациенты распределялись следующим образом: IА стадия – 8 пациентов (26 %); IВ стадия – 11 пациентов (36 %); IIА и IIВ стадии по 5 пациентов (16 %) и IV стадия – 2 пациента (6 %). Как видно из представленных данных, чаще диагностировалась IIВ стадия, ранняя I стадия не была диагностирована ни в одном случае.

Симптомы интоксикации имели место у 18 пациентов (58 %), при этом чаще жалобы предъявлялись на ночную потливость – 7 случаев (39 %) повышение температуры тела выше 37,5 °С – 6 пациентов (33 %) либо сочетание двух этих симптомов – 4 случая (22 %). Жалоб на кожный зуд ни один из пациентов не предъявлял. Снижение массы тела отметили два пациента – 11 %.

Доминирующим гистологическим вариантом в нашем наблюдении был нодулярный склероз – 58 % (18 пациентов). Другие гистологические варианты лимфомы Ходжкина диагностировались значительно реже: смешанно-клеточный вариант – 29 % (9 случаев); лимфоидное преобладание и лимфоидное истощение – по 6,5 %.

Заключение. Анализ выхода в ремиссию показал, что после окончания лечения по протоколу DAL-HD-90 у всех пациентов была достигнута полная ремиссия. Рецидивы заболевания возникли у 3 пациентов (9,6 %): по одному пациенту каждой из трех терапевтических групп (групп риска). По времени возникновения рецидивы были поздние. Этим пациентам проведена противорецидивная терапия и одному пациенту – аутологичная трансплантация периферической стволовой клетки. Бессобытийная 5-летняя выживаемость (случаи, диагностированные в 2001 – 2003 годах, – 16 человек) составила 100 %. При этом выживаемость не зависела от клинической стадии, гистологического варианта заболевания и возраста ребенка. Однако следует отметить, что в этот период не была диагностирована IV стадия ни в одном случае наблюдения. Общая выживаемость на настоящий момент составила 100 % (длительность наблюдения от 1 до 8 лет), бессобытийная выживаемость – 90 %.