

циентов, а также вариант неходжкинской лимфомы. Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе изучения медицинских карт выявлены следующие неврологические симптомы: клиническая картина первичной лимфомы ЦНС у двух мужчин характеризовалась эпилептическими приступами, менингеальными симптомами и когнитивными нарушениями. У остальных пациентов были поражены глубокие подкорковые структуры головного мозга, сопровождающиеся сонливостью, вплоть до летаргии и нарушением психики. У этих пациентов преобладали симптомы отека головного мозга: распирающая головная боль, тошнота и рвота, объективно выявлялись менингеальные знаки и отек дисков зрительных нервов.

При МР-томографии диагностировались одиночные или множественные образования, имеющие неправильные и непрерывные контуры, гомогенно накапливающие контрастное вещество. Очаги располагались в лобных, височных долях, также встречались и в проекции базальных ганглиев и таламусе. Типичным признаком данного вида внутричерепных опухолей являлись уменьшение и (или) исчезновение очагов поражения после курса кортикостероидов. МРТ-картина лимфомы может напоминать МРТ при рассеянном склерозе. Однако при лимфомах чаще встречалось вовлечение в патологический процесс серого вещества головного мозга.

Выводы

В-лимфопролиферативные заболевания являются одной из причин поражения головного мозга с острым или подострым развитием очаговой и общемозговой симптоматики. Знание особенностей неврологических проявлений первичных и вторичных В-неходжкинских лимфом головного мозга способствует раннему проведению необходимых диагностических процедур и своевременному назначению адекватной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Batchelor, T. Primary CNS Lymphoma* / T. Batchelor, J. S. Loeffler // J. Clin. Oncol. — 2006. — Vol. 24, № 8. — P. 1281–1288.
2. *Recommended diagnostic criteria for paraneoplastic neurological syndromes* / F. Graus [et al.] // J Neurol Neurosurg Psychiatry. — 2004. — Vol. 75, № 8. — P. 1135–1140.
3. *Ophelia Syndrome: Hodgkin lymphoma with limbic encephalitis* / M. Juneja [et al.] // J Neurol Neurosurg Psychiatry. — 2015. — Vol. 52, № 4. — P. 335–336.

УДК 616-006.441-036.22(476.2) «2012-2016»

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2012–2016 ГГ.

Медведев М. А.

**Научные руководители: ассистент А. С. Терешковец,
к.м.н., доцент Л. А. Мартемьянова**

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

Введение

В последние годы регистрируется устойчивая тенденция роста заболеваемости неходжкинскими лимфомами, частота встречаемости которыми варьирует в разных регионах мира [1]. Неходжкинские лимфомы представляют собой гетерогенную группу лимфопролиферативных заболеваний, различающихся по морфологическому строению, клинической картине, характеру и результатам проводимой терапии. В большинстве случаев они дебютируют путем поражения периферических или висцеральных лимфатических узлов (нодальные лимфомы). Вместе с тем, в настоящее время отмечается увеличение количества пациентов экстранодальными локализациями неходжкинских лимфом, которые

наиболее часто поражают желудочно-кишечный тракт, центральную нервную систему и также встречаются у ВИЧ-инфицированных пациентов [2]. Среди патогенетических факторов риска традиционно рассматриваются влияние ионизирующего излучения, химических канцерогенов, неблагоприятных условий окружающей среды.

Микроскопическая картина может изменяться в зависимости от морфологического варианта лимфомы, а также лечебного патоморфоза. Гистоархитектоника пораженных лимфоузлов или тканей частично или полностью может стираться за счет диффузной инфильтрации опухолевыми клетками. Часто присутствует коагуляционный некроз и распространение на соседние структуры [3]. У центробластов округлые или овальные везикулярные ядра, могут быть дольчатыми или угловатыми, с множественными мелкими, чаще базофильными, ядрышками, расположенными у ядерной мембраны; цитоплазма скудная, амфотильная или базофильная. Может встречаться и анапластический вариант, который состоит из крупных клеток с уродливыми полиморфными ядрами, часто с наличием многоядерных форм и обширной цитоплазмой, может напоминать карциному.

Цель

Провести анализ заболеваемости неходжкинскими лимфомами у пациентов в Гомельской области, учитывая пол, возраст и морфологическую форму данной патологии.

Материал и методы исследования

Для анализа были использованы 191 медицинская карта стационарных пациентов за период 2012–2016 гг., с установленным диагнозом: неходжкинская лимфома, из которых 102 — лиц мужского пола и 80 — лиц женского пола. При исследовании учитывались пол, возраст пациентов, а также вариант неходжкинской лимфомы. Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе медицинских карт были выявлены следующие варианты неходжкинских лимфом: 1) В-клеточные лимфомы; 2) лимфома Беркитта; 3) смешанноклеточный вариант; 4) лимфомы неутонченной формы; 5) Т-клеточные лимфомы. Анализ частоты встречаемости неходжкинских лимфом представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Частота встречаемости неходжкинских лимфом за период 2012–2016 гг.

Возраст	Частота заболеваемости в %				
	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
0–30	3,1	7,5	2,7	13,5	11
31–60	50	25	45,9	37,8	34
Старше 60	46,9	62,5	51,4	43,2	54,5

Примечание. В статистику не вошли ВИЧ-ассоциированные лимфомы.

Группа 0–30 лет: в данной группе за период 2012 г. рассмотрены 32 истории болезней, из которых 17 лиц женского пола и 15 — мужского. В период с 0 до 30 лет прослеживается стабильная картина, лимфомы преимущественно выявляются у лиц женского пола в возрастной группе 31–60 лет. Наиболее часто встречаемым вариантом в 2012 г. является В-клеточные лимфомы (62,6 %). Неутонченная форма — встречается в 24,9 % случаев, смешанноклеточные — в 3,1 %, лимфома MALT желудка — в 6,2 %. За период 2013 г. было рассмотрено 40 карт стационарных пациентов, из которых лимфомы встречались у 22 пациентов мужского пола, 18 — женского. В данной группе преобладающее большинство пациентов с неходжкинскими лимфомами составили старше 60 лет (62,5 %). Наиболее часто встречающейся гистологической формой является В-клеточные лимфомы (62,5). При изучении медицинских карт за период 2014 года были выявлены следующие данные: преобладающее количество пациентов в возрастных группах 31–60 лет (45,9 %) и старше 60 лет (51,4 %). В этих возрастных группах преобладали В-клеточные лимфомы (83,8 %). В сравнении с 2012 и 2013 гг. в 2014 г. наблюдается увеличение динамики заболеваемости неходжкинскими лимфомами среди старшего населения (2,7 %).

Количество проанализированных медицинских карт за период 2015 г. составило 37, из них 24 пациента мужского пола, а 13 женского. Наблюдается повышение заболеваемости среди мужского населения с преобладающим гистологическим заключением неуточненных форм лимфом. За период 2016 г. было изучено 44 медицинских карт. 26 пациентов мужского пола, а 18 женского. Наблюдается повышение заболеваемости среди мужчин старше 60 лет. Также отмечается тенденция к повышению роста заболеваемости, по сравнению с предыдущими годами среди лиц до 30 лет. В основном клиническим диагнозом являлись лимфомы Беркитта.

Выводы

Наиболее частый вариант неходжкинских лимфом — диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома, которая составила 60,4 %. Чаще всего встречалась у пациентов старше 60 лет (средний возраст 64 года) с небольшим преобладанием у мужчин. Клинически заболевание проявляется быстро увеличивающимися опухолевыми массами, которые могут быть локализованы в лимфоузлах или экстранодально. Клиническая практика требует точного нозологического диагноза опухолей лимфоидной ткани, на основании интегрированного гистологического, иммуногистохимического, а в некоторых случаях и молекулярно-генетического исследования опухолевого субстрата, ввиду наличия связи между цитологической характеристикой состава опухоли (так называемая гистологическая «степень злокачественности» неходжкинских лимфом) и клиническим течением заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пивник, А. В. Лимфомы у ВИЧ-инфицированных больных: обзор литературы / А. В. Пивник, М. В. Туманова, Н. В. Серегин // Клиническая онкогематология. — 2013. — Т. 7, № 3. — С. 10.
2. Berzofsky, J. A. Strategies to use immune modulators in therapeutic vaccines against cancer / J. A. Berzofsky, M. Terabe, L. V. Wood // Semin Oncol. — 2012. — Vol. 39(3). — P. 348–357.
3. Аль-Ради, Л. С. Клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний / Л. С. Аль-Ради. — М., 2014. — С. 15.

УДК 575:616-006.442

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОЛИ ГЕНОВ BCL2 И BCL6 В ГЕНЕЗЕ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

Медведев М. А., Головач А. А.

Научные руководители: д.м.н., профессор А. И. Грицук, к.б.н., доцент А. Н. Коваль

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Классическая лимфома Ходжкина в классификации ВОЗ определена как моноклональная лимфоидная опухоль (в подавляющем большинстве случаев В-клеточного генеза), состоящая из одноядерных клеток Ходжкина и многоядерных клеток Березовского-Рид-Штернберга (HRS), расположенных на фоне инфильтрата содержащего различное количество неопухолевых малых лимфоцитов, эозинофилов, нейтрофилов, гистиоцитов, плазматических клеток, фибробластов и коллагеновых волокон [1]. Это наиболее частый вариант у ВИЧ-инфицированных пациентов и в развивающихся странах. Средний возраст заболевших 38 лет и около 70 % из них мужчины. Чаще поражаются периферические лимфоузлы, вовлечение структур средостения не типично, селезенка поражается в 30 % случаев, костный мозг — в 10 %, печень — в 3 %, другие органы — 1–3 %. В-симптомы выявляются редко [2]. Гены MYC, BCL6 и BCL2 являются ключевыми регуляторами развития В-лимфоцитов на уровне герминальной (фолликулярной) дифференцировки. Реципрокная транслокация t(14; 18) обнаруживается в большинстве лимфом с фолликулярной морфологией и в одной трети диффузных крупноклеточных лимфом. При данной транслокации