

2. Доминирующее снижение показателя рNN50 у 48,2 % пациентов в возрасте 60–79 лет может свидетельствовать о снижении влияния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы на сердечный ритм, что может отражать процесс постепенного снижения вегетативных влияний на ритм сердца, а не усиление симпатических влияний [3, 4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальные российские рекомендации по применению методики Холтеровского мониторирования в клинической практике / Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций: В. Н. Комолятова [и др.]; председатель: проф. А. М. Макаров (Москва) // Российский кардиологический журнал. 2014. № 2. С. 6–71.
2. Холтеровское мониторирование электрокардиограммы и суточное мониторирование артериального давления: возможности метода, показания к проведению, интерпретация показателей: учеб.-метод. пособие / И. И. Мистюкевич [и др.]. Гомель : ГомГМУ, 2013. 35 с.
3. Алейникова, Т. В. Вариабельность сердечного ритма (обзор литературы) / Т. В. Алейникова // Проблемы здоровья и экологии. 2012. № 1 (31). С. 17–23.
4. Алейникова, Т. В. Возможности холтеровского мониторирования в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы (обзор литературы) / Т. В. Алейникова, И. И. Мистюкевич // Проблемы здоровья и экологии. 2014. № 1 (39). С. 14–20.
5. Демидова, М. М. Циркадная ритмика показателей variability сердечного ритма у здоровых обследуемых / М. М. Демидова, В. М. Тихоненко // Вестник аритмологии. 2001. № 23. С. 61–66.

УДК 616-006.446.2-036.11-053.2(476.2)

ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Зайцева А. П.

Научный руководитель: доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) — злокачественное поражение системы кроветворения, сопровождающиеся неконтролируемым увеличением количества лимфобластов. Проявляется анемией, симптомами опухолевой интоксикации, увеличением лимфоузлов, печени и селезенки, геморрагическим синдромом и, в некоторых случаях, нейрорлейкемией [1]. Заболевание является самой распространенной формой среди всех онкогематологических заболеваний и составляет более 80 % от всех лейкозов у детей. Согласно мировой статистике, распространенность ОЛЛ у детей в возрасте до 15 лет составляет 3,3–4,7 на 100 тыс. Около 40–46 % случаев приходится на возраст 2–6 лет. Точные причины возникновения заболевания не известны. Предполагают, что острый лимфобластный лейкоз развивается в результате неблагоприятного сочетания воздействия окружающей среды, наследственной предрасположенности. Считается, что предлейкозный клон возникает в организме ребенка еще в ходе внутриутробного развития, но для его окончательной трансформации нужны дополнительные факторы. В настоящее время доказана эффективность лечения по протоколу МБ (Москва-Берлин). На ряду с этим, данная программа дает возможность динамического наблюдения за больными в амбулаторных условиях при проведении поддерживающей терапии [2].

Цель

Провести мультифакторную оценку заболеваемости острым лимфобластным лейкозом у детей Гомельской области.

Материал и методы исследования

Изучены амбулаторные и стационарные медицинские карты 190 пациентов в возрасте от 9 месяцев до 18 лет с острым лимфобластным лейкозом, находившихся на лечении в гематологическом отделении для детей ГУ «Республи-

канский научно-практический центре радиационной медицины и экологии человека» за период с 1994 по 2021 гг. Многофакторная оценка заболеваемости ОЛЛ включала: распределение по половозрастным группам и месту проживания, длительности додиагностического периода, особенностей клинической картины, развитию осложнений и эффективности лечения. Диагноз ОЛЛ верифицировался на основании жалоб, клинической картины, цитогенетики и увеличения бластов в костно-мозговом пунктате более 20 %. Лечение пациенты получали по протоколам BFM-ALL до 2003 года и по протоколу МБ (Москва-Берлин) с 2003 по 2021 гг.

Статистическая обработка материала проводилась методом частотных характеристик.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего за период с 1994 по 2021 гг. диагностировано 190 случаев ОЛЛ у детей в возрасте от 9 месяцев до 18 лет, проживающих на территории Гомельской области. Средний возраст составил 5,9 лет. Чаще болели мальчики 61,05 % (n = 116) в соотношении 3:2, реже девочки — 38,95 % (n = 74). В 62,63 % (n = 119) ОЛЛ диагностирован в возрасте 1–5 лет. У 1 (0,53 %) мальчика острый лимфобластный лейкоз был выявлен в 9 месяцев. В 18,95 % (n = 36) заболевание было выявлено в возрасте 6–10 лет, старше 10 лет — 17,9 % (n = 34). Пик заболеваемости пришелся на возрастную группу 1–5 лет (рисунок 1).

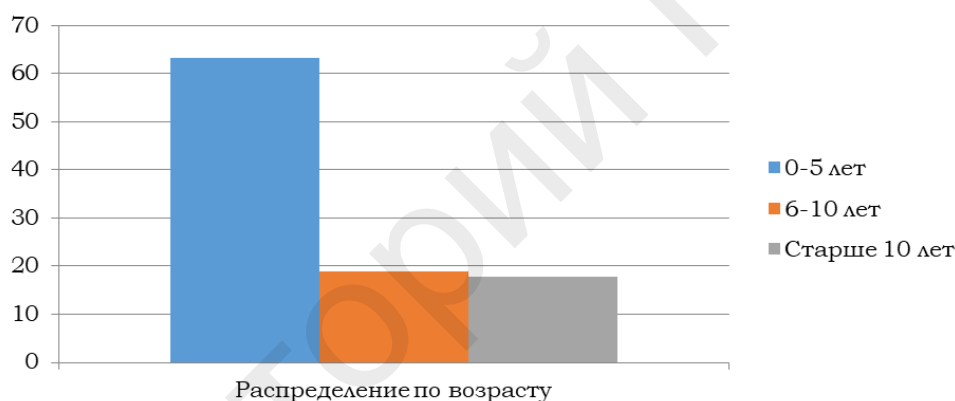


Рисунок 1 — Пик заболеваемости по возрасту

В возрасте от 1 до 5 лет преобладают мальчики — 59,66 % (n = 71), девочки 40,34 % (n = 48), от 6 до 10 лет мальчиков также больше в 2,3 раза (69,45 % мальчиков (n = 25) и 30,55 % девочек (n = 11)), старше 10 лет — 55,89 % мальчиков (n = 19) и 44,11 % девочек (n = 15).

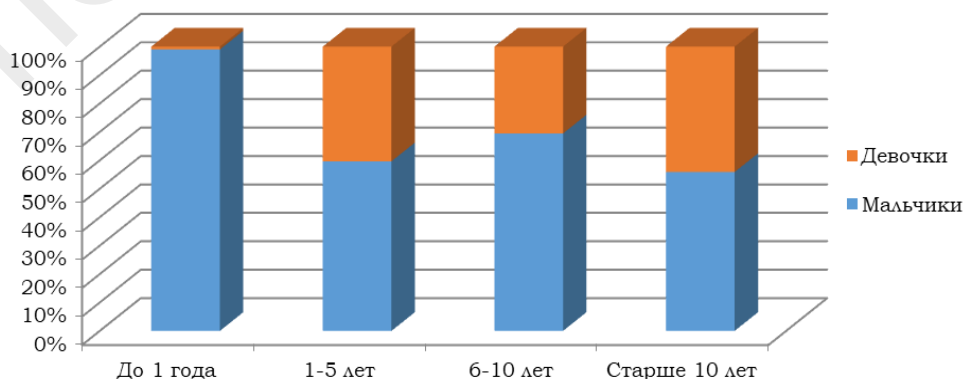


Рисунок 2 — Распределение по полу и возрасту

Среди заболевших детей большую часть составили городские жители — 72,15 % (n = 137) и только 27,85 % (n = 53) сельских жителей. Это связано с тем, что в городах неблагоприятная экологическая обстановка, большая загрязненность воздуха, что косвенно подтверждает теорию техногенного воздействия на развитие онкогематологических заболеваний у детей.

Додиагностический период был известен у 86 пациентов и в среднем составил от 1 недели до 1 месяца — 56,98 % (n = 49). У 21 пациента ОЛЛ имел острое начало и диагноз был установлен в течение 1 недели (24,42 %). Додиагностический период свыше 1 месяца наблюдался у 18,6 % пациентов (n = 16).

Обращает на себя внимание, что 7 (3,68 %) пациентов не предъявляли жалоб и острый лимфобластный лейкоз был случайно выявлен при прохождении медосмотров по изменениям со стороны показателей периферической крови. Среди клинических проявлений в большинстве случаев 45,79 % (n = 87) отмечалась выраженная бледность кожных покровов и слизистых оболочек, а также лимфаденопатия, гепато- и спленомегалия как проявления гиперпластического синдрома, обусловленного инфильтрацией органов и тканей бластными клетками. В следствие лейкоцитарной инфильтрации слизистых оболочек у детей возникали гингивит, стоматит, тонзиллит (5,26 %). Также частыми жалобами (в 26,84 % случаев) были симптомы опухолевой интоксикации: слабость, повышение температуры до субфебрильных и фебрильных значений, анорексия, боли в костях и суставах. У 35 (18,42 %) детей был отмечен анемический синдром, геморрагический синдром, проявляющийся микроциркуляторным типом кровоточивости (кожные геморрагии, слизистые кровотечения).

В ходе лечения у всех пациентов наблюдались различные осложнения, связанные с самим заболеванием или обусловленные проводимой полихимиотерапией. Лидирующее место среди осложнений занимали токсический гепатит, фебрильная нейтропения и миелотоксический агранулоцитоз — 52,63 % (n = 100). Чуть реже встречаются миелотоксическая нейтропения, вторичная анемия и тромбоцитопения — 57 (30 %) детей. Инфекционно-токсическая нефропатия, кардиопатия и энтеропатия встречались реже (33 (17,37 %) пациента).

В результате лечения, все пациенты вышли в ремиссию-1. У 2,87 детей (n = 5) диагностирован рецидив. Летальность в данном наблюдении составила 1,15 % (n = 2) Выздоровление, т. е. 5 лет стойкой ремиссии — у 183 (96,3 %) пациентов.

Выводы

Исходя из полученных результатов можно сделать следующие выводы. Выявляемость ОЛЛ у детей Гомельской области составила в среднем 7 случаев в год. Средний возраст детей 5,9 лет, преобладали мальчики. Пик пришелся на возрастную группу от 1 до 5 лет. Чаще болели дети, проживающие в городской местности, что косвенно подтверждает теорию техногенного воздействия на развитие онкогематологических заболеваний у детей. Начало заболевания у большинства пациентов носило острое течение, о чем свидетельствует додиагностический период, который в среднем составил 1–30 дней. В инициальной клинической картине преобладали интоксикационный, геморрагический, анемический, гиперпластический синдромы. Выход в стойкую ремиссию составил 96,3 %. Летальность не превышала 1,15 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мухина, В. А. Острый лимфобластный лейкоз у детей / В. А. Мухина, И. А. Ушакова, Т. В. Зуева // Международный студенческий научный вестник. 2020. № 1.
2. Казначеев, К. С. Сложные вопросы ранней диагностики острого лейкоза у детей / К. С. Казначеев. Вестник НГУ. Серия: Биология и клиническая медицина, 2011. 9(2). С. 211–214.