

водит к гиалинозу сосудов организма, уменьшая их эластичность и повышая хрупкость. Гиалиноз сосудов приводит к уменьшению перфузии органов и тканей, приводя к их повреждению. Нарушение функций сосудов в первую очередь влияет на сердце, головной мозг, почки, сетчатку глаза. Повышается риск развития ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, геморрагического инсульта (за счет разрыва гиалинизированного сосуда в головном мозге), почечной недостаточности.

Выводы

В результате проведенной работы можно сделать заключение о том, что 40% опрошенных студентов не имеют представления об артериальной гипертензии, остальные 60% ранее встречались с данным понятием. Также только 50% из них знают про необходимость и правильность назначения комплексного лечения данной патологии. К медикаментозной терапии относится назначение препаратов: адренергические модификаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, прямые ингибиторы ренина, прямые вазодилататоры, диуретики. Применение в практике не только медикаментозной терапии, но также проведение бесед по поводу коррекции образа жизни. Применение именно комплексной терапии повышает качество жизни пациентов и снижает риски развития осложнений артериальной гипертензии. Стоит повышать осведомленность студентов об артериальной гипертензии не только на старших (4–6), но и на младших (1–3) курсах. Следует больше времени уделять изучению предлапасающих факторов, патогенезу, комплексному лечению, предупреждению данного заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сыркин, А. Л. Артериальная гипертензия / А. Л. Сыркин, М. Г. Глезер. – М. : МИА, 2021. – 142 с.
2. Яковлева, Д. Н. Факультетская терапия (избранные разделы). Болезни суставов. Болезни почек. Артериальные гипертензии / Д. Н. Яковлева, Ю. Р. Ковалер, В. А. Исаков. – Т. 1. – М. : СпецЛит, 2020. – 112 с.
3. Родионов, А. В. Артериальная гипертензия: разговор с коллегой / А.В. Родионов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 67 с.

УДК 616.006.442.-053.2/.6

А. А. Волкович, Д. В. Михайлова

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Введение

Лимфома Ходжкина (ЛХ) – это злокачественная опухоль лимфоидной ткани с клональной пролиферацией В-клеток зародышевых центров лимфоузлов [1, 4].

На долю лимфомы Ходжкина в группе всех лимфом у детей и подростков приходится около 50% [2]. Заболевание встречается во всех возрастных группах, за исключением детей первого года жизни и редко – до 5-летнего возраста [1]. Уровень заболеваемости лимфомой Ходжкина в Республике Беларусь составляет 0,96 на 100 000 детского населения. Лимфома Ходжкина – высокочувствительная к лечению опухоль. Прогноз и исход заболевания во многом зависят от гистологического варианта заболевания, стадии, осложнений, пола и возраста ребенка [2, 5].

Заболевание обычно начинается с увеличения лимфатических узлов (ЛУ). Чаще шейные, надключичные и подмышечные. При первичном поражении ЛУ средостения, клинические проявления обусловлены сдавлением и прорастанием лимфоузлов в соседние органы и ткани. Появляется сухой кашель, одышка, боли в грудной клетке. Возможно прорастание опухоли в перикард, легкие, бронхи с появлением неспецифического выпота в перикарде, плевральных полостях.

Одновременно с увеличением ЛУ у части пациентов (30–40%) развиваются симптомы опухолевой интоксикации. Повышение температуры тела является одним из ранних симптомов заболевания.

Кожный зуд является необязательным симптомом ЛХ и может отсутствовать на протяжении всего течения заболевания, а иногда появляется задолго до поражения ЛУ и длительно остается единственным симптомом заболевания. Достаточно часто (в 65–86% случаев) в патологический процесс при ЛХ вовлекается селезенка, развивается спленомегалия. Поражение печени при ЛХ выявляется в 5–10% случаев при первичной диагностике. Клинически пациенты отмечают тяжесть в правом подреберье, тошноту, изжогу. Первичное поражение легких отмечено в 25% случаев. Поражение костей наблюдается у 15–30% [3].

Цель

Дать оценку клиническим и лабораторным признакам лимфомы Ходжкина у детей и подростков при первичном диагностике.

Материал и методы исследования

Были изучены истории болезней 18 детей за период с 2020 по 2024 года с диагностированной лимфомой Ходжкина.

Исследования проводились на базе онкологического гематологического отделения для детей ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Было проведено физикальное обследование, а также изучение результатов лабораторных и инструментальных методов обследования 17 детей, 64,7% девочек (n=11) и 35,3% мальчиков (n=6) с диагнозом лимфома Ходжкина. Верификация диагноза проводилась с помощью биопсии пораженных ЛУ с обнаружением клеток Березовского-Рид-Штернберга и клеток Ходжкина. Дополнительно проводилась иммунофенотипирование клеток ЛУ. С целью уточнения стадии была проведена трепанобиопсия костного мозга, УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ/КТ, которая проводилась в ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова». Стадия заболевания устанавливается в соответствии с классификацией по Анн-Арбор (1971 г.):

I стадия – поражение одной лимфатической области (I) или локальное поражение одного экстралимфатического органа или ткани (IE) в пределах одного сегмента.

II стадия – поражение двух или более лимфатических областей по одну сторону диафрагмы (II) или локальное поражение одного экстралимфатического органа или ткани и их регионарных ЛУс поражением или без поражения других ЛУ по ту же сторону диафрагмы (ШЕ).

III стадия – поражение лимфатических областей по обе стороны диафрагмы (III), которое может сочетаться с локальным поражением одного экстралимфатического органа или ткани (II), или с поражением селезенки (III S), или с поражением того и другого (ШЕ+S).

IV стадия – множественное или диссеминированное поражение одного или нескольких экстралимфатических органов (KM, печень, легкие, кожа и др.) с поражением или без

поражения лимфатических областей либо изолированное поражение экстралимфатического органа с поражением отдаленных (нерегионарных) лимфатических узлов.

Каждая стадия подразделяется на подстадии А и В в зависимости от отсутствия (А) и наличия (В) общих симптомов интоксикации.

Статистическая обработка данных проводилась описательным методом статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Было изучены данные 17 детей и подростков с диагнозом лимфома Ходжкина, среди которых 64,7% девочек (n=11) и 35,3% мальчиков (n=6). Наиболее ранний дебют заболевания встретился в возрасте 7 лет, наиболее поздний – 19 лет. Ме возраста – 15.

При изучении историй болезни было выявлено, что во всех случаях клиническая картина была представлена в виде увеличения лимфоузлов и В-симптомами (умеренная слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, утомляемость, потливость по ночам, потеря веса более 10% за 6 месяцев, снижение аппетита). В двух случаях (11,76%) встречались одышка и кашель. Единожды (5,88%) – зуд.

Общий анализ крови не имеет специфических изменений при лимфоме Ходжкина. Чаще всего встречается лейкоцитоз и лимфопения. В нашем исследовании Ме лейкоцитов – 9,9, что говорит о наличии лейкоцитоза среди пациентов. Лейкоцитоз встречался в 76,47% (n=13) изучаемых случаев. Медиана лимфоцитов была в пределах нормы, однако у 41,18% (n=7) наблюдалась лимфоцитопения. Анемии и тромбоцитопении не было ни в одном случае. Медиана СРБ составила 7,3 при норме 5. У 88,24% (n=15) был выявлен повышенный уровень СРБ. Уровень ЛДГ у всех пациентов был в норме. Некоторые показатели представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Лабораторные показатели при лимфоме Ходжкина

Показатели	Q1(нижний квартиль)	Медиана	Q2 (верхний квартиль)
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	7,28	9,9	13,85
Лимфоциты, %	15,25	19,6	26,5
Эозинофилы, %	1	2	2,94
СОЭ, мм/ч	9	18	40
С-реактивный белок, мг/л	1,55	7,3	34,85
ЛДГ, Ед/л	176,5	207	229
Ферритин, мкг/л	45,9	55,8	76,75

Среди изучаемых случаев было выставлено 11 стадий заболевания. Чаще диагностировалась 2 стадия заболевания – 58,82% (n=10). Третья стадия заболевания встречалась в четырех случаях – 23,52%. 4 стадия встречалась достаточно редко (11,76%), что говорит нам о своевременной диагностике заболевания лимфомы Ходжкина. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение пациентов в зависимости от стадии лимфомы Ходжкина

Стадия	Встречаемость,%	Встречаемость, n
1А	5,88	(n= 1)
2А	17,65	(n=3)
2В	11,76	(n=2)
2ВЕ	17,65	(n=3)
2ЕА	5,88	(n= 1)
2Е	5,88	(n= 1)
3А, 3В, 3ВS	23,52	(n=4)
4В, 4ВES	11,76	(n= 2)

При классической лимфоме Ходжкина основное значение имеет выявление на опухолевых клетках CD15 и CD30, так же возможна слабая экспрессия CD20. Методом иммунофенотипирования было выявлено, что маркер CD30 встречался в 100% случаев, CD15 и CD20 – в 29,41% случаев. Результаты исследования представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Иммунологические маркеры лимфомы Ходжкина

Маркеры	Количество пациентов, %	Количество пациентов, n
CD30	100	(n=17)
CD15	29,41	(n=5)
CD20	29,41	(n=5)
CD3	17,65	(n=3)
CD4, CD5, CD8, CD10, CD23, CD43	5,88	(n= 1)

По результатам гистологического исследования лимфатических узлов среди пациентов чаще диагностировалась классическая лимфома Ходжкина, вариант нодулярного склероза – 82,35% (n=14). В двух случаях была диагностирована классическая лимфома Ходжкина, смешанно-клеточный вариант – 11,76% (n=2). Единжды – классическая лимфома Ходжкина с лимфоидным преобладанием 5,88% (n=1).

Выводы

В группу риска заболеваемости лимфомы Ходжкина вошли девочки в возрасте 15 лет. Чаще всего диагностировался гистологический вариант классической лимфомы Ходжкина, нодулярный склероз. Во всех случаях клиника была представлена увеличением лимфатических узлов и В-симптомами. Чаще всего диагностировалась 2 стадия (58,82%); 4 стадия встречалась достаточно редко (11,76%), что говорит нам о своевременной диагностике лимфомы Ходжкина. Самый чувствительный маркер иммунофенотипирования – CD30.

Все дети и подростки получают комбинированную терапию: полихимиотерапия и лучевая терапия на область пораженного лимфатического узла. В настоящий момент 4 пациента продолжают лечение, все остальные находятся в ремиссии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ромашевская, И. П. Современная диагностика лимфомы Ходжкина у детей и подростков / И. П. Ромашевская, С. А. Ходулева, А. Н. Демиденко. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2019. – 23 с.
2. Клинико-морфологическая характеристика лимфомы Ходжкина у детей / С. А. Ходулева [и др.] // Чернобыльские чтения-2010 : материалы Междунар. науч.-практ. конф., Гомель, 15–16 апр. 2010 г. / под общ. ред. А. В. Рожко. – Гомель : РНПЦРМиЭЧ, 2010. – С. 213–215.
3. Новикова, И. А. Клиническая и лабораторная гематология: учеб пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – М. : Выш. шк., 2023. – С. 340.
4. Определение стадии лимфомы Ходжкина у детей методом позитронно-эмиссионной томографии / С. А. Ходулева С.А. [и др.] // Актуальные вопросы патологии детского возраста: материалы юбилейной научно-практической конференции республиканским участием, посвященной 100-летию учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница»(г. Гомель, 17 апреля 2020 г.). – Гомель: ГомГМУ, 2020. – С. 168–170.
5. Ходулева, С. А. Использование метода позитронно-эмиссионной томографии при первичной диагностике лимфом у детей и подростков / С. А. Ходулева, И. П. Ромашевская, А. Н. Демиденко // Донозоология. – 2020. – Факторы риска, популяционное (индивидуальное) здоровье гигиенической донозологической диагностике. Материалы 15-й Евразийской научной конференции / под общей редакцией к.м.н., профессора Захарченко М.П. – СПО, 2020. – С. 508–511.