

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Беляев, А. М.* Современные подходы к диагностике и лечению острого инфаркта миокарда / А. М. Беляев // Кардиология в Беларуси. – 2023. – № 4. – С. 45–52.
2. *Коваленко, В. Н.* Роль лабораторных маркеров в прогнозировании исходов инфаркта миокарда / В. Н. Коваленко, И. С. Петрова // Медицинские новости. – 2024. – № 2. – С. 12–18.
3. Национальные рекомендации по диагностике и лечению острого коронарного синдрома. – Минск: Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2024. – 48 с.

УДК 616.322-006.441-071-053.2

**В. К. Колеснева**

*Научный руководитель: ассистент кафедры И. А. Куликова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЛИМФОМЫ БЕРКИТТА ЛЕВОЙ НЕБНОЙ МИНДАЛИНЫ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ**

#### ***Введение***

Лимфома Беркитта (ЛБ) – это неходжкинская лимфома (НХЛ), являющаяся типом быстрорастущего новообразования из В-клеток и одна из наиболее распространенных подтипов детских лимфом [1].

Развитие Лимфомы Беркитта зависит от экспрессии гена МУС, который кодирует фактор транскрипции белка с-тус, расположенный на хромосоме 8q24 и регулирующий пролиферацию, дифференцировку и апоптоз клеток. ЛБ характеризуется неадекватно высоким уровнем с-тус, который может быть результатом нескольких различных механизмов, чаще всего транслокации длинного плеча хромосомы 8 (содержащей ген МУС) и гена тяжелой цепи Ig на хромосоме 14. Сверхэкспрессия с-Мус приводит к быстрой пролиферации В-клеток, что объясняет быстрое время удвоения опухолевых клеток ЛБ (от 24 до 48 ч) [2].

Как правило, Лимфома Беркитта развивается у детей до 10 лет и редко когда у людей взрослого и пенсионного возраста. В группе риска находятся пациенты с иммунодефицитными состояниями и перенесшие вирусы гепатита и Эпштейна–Барра, а также лица, имеющие в анамнезе арбовирусные инфекции.

Как показывает проведенный статистический анализ за 2024 год пациенты с ХЛЛ / мелкоклеточной лимфоцитарной лимфомой составляют 22%, фолликулярная – 17%, лимфоплазмочитарный – 11%, макроглобулинемия Вальденстрема – 11%. На долю Лимфомы Беркитта приходится лишь 1% от общего числа.

Согласно результатам опроса, большинству людей (68%) был поставлен диагноз лимфомы или ХЛЛ в течение трех месяцев после первого обращения за медицинской помощью по поводу их симптомов. Это свидетельствует о тенденции к улучшению по сравнению с результатами 2022 года (61%) и 2020 (50%) [3].

#### ***Цель***

Проанализировать клинический случай ЛБ у ребенка Лимфомы Беркитта левой миндалины с неуточненной этиологией.

#### ***Материал и методы исследования***

В ходе работы проведен анализ выписок и данные исследований из ГУ РНПЦДОГИ пациента с диагностированной Лимфомой Беркитта 2 стадии.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Пациент И. с клиническим диагнозом: Лимфома Беркита левой миндалины 2 стадии неуточненной этиологии. Возраст ребенка на момент постановления диагноза составил 10 лет. Находится на учете с 22.04.2024 года в ЦРБ г. Светлогорска. В анамнезе жизни имеются аллергические проявления на цветение, шерсть животных, провокатором являются частые ОРИ. Выставлен диагноз аллергическая бронхиальная астма до года с частыми приступами бронхообструкции.

Пациент получает фликсотид 100 мг 1 раз в день на ночь. Переболел атипичной пустулезной формой ветряной оспы в марте 2023 года на протяжении трех недель. В онкологическом анамнезе имеется случай рака простаты у дедушки по маминой линии.

С начала декабря 2023 года мать ребенка отмечала несколько эпизодов резкого побледнения кожных покровов с последующим обращением за амбулаторной помощью. На осмотрах участковым врачом патологии выявлено не было, ОАК в норме. Типичных синдромов, характерных для лимфомы не наблюдалось. Температура тела и общее состояние пациента И. были в норме.

У пациента 07.01.24 в слюне появились прожилки крови без кашля. За медицинской помощью не обращались. 16.01.24 снова появилась кровь в слюне. При осмотре ротовой полости матерью ребенка было отмечено увеличение левой небной миндалины. Обратились к лор-врачу по месту жительства в Светлогорскую ЦРБ. 17.01.24 была выполнена биопсия левой небной миндалины. С диагнозом: Лимфома левой миндалины был направлен на госпитализацию 22.01.24 в ГУ РНПЦДОГИ.

На момент госпитализации провели КТ ГМ: в верхних отделах альвеолярного роста нижней челюсти слева – кистоподобное образование 8 мм в диаметре с четкими наружными контурами с дефектом кортикальной пластинки в верхних отделах шириной 3 мм. Образование заполнено неоднородным жидким содержимым с кальцинатом в 1,5 мм. Отмечается ассиметричное утолщение небных миндалин, деформирующих просвет ротоглотки. Наблюдается двусторонняя шейная ЛАП. ГМ без видимых патологических изменений. ОГК – одиночный фибринозный очаг в S6 левого легкого.

КТ от 23.05.24 показывает выраженную положительную динамику со стороны миндалин и лимфатических узлов шеи. Со стороны ОНП – отрицательная динамика за счет гиперпластического пансинусита. Со стороны ОГК – без динамики.

КТ от 09.10.24 видна положительная динамика ППН по сравнению с результатами от 23.05. Сохраняется минимальное утолщение слизистой. При исследовании мягкой ткани шеи наблюдается отрицательная динамика со стороны правой небной миндалины за счет увеличения ее размеров до 12\*12 мм с нечеткими контурами, появления кальцинатов. Это можно объяснить на фоне воспалительной реакции. Левая миндалина без динамики.

На морфологическом исследовании от 22.01.24 поставлена Лимфома Беркитта ICD-O 9687/3.

Пациенту И. был определен уровень CD-19, составивший 16,4% на 09.10.24, в то время как на 10.07.24 данный тест был отрицательным.

На УЗИ было выявлено увеличение печени (+1 см), гиперплазия мезентериальных лимфоузлов, единично увеличенные подвздошные ЛУ, гиперплазия отдельных шейных ЛУ. При повторном проведении УЗИ 09.10.24 все еще сохраняется гиперплазия лимфатических узлов и печени (+1 см).

Миелограмма от 24.01.24 показала: ПКМ из левой точки гиперклеточный. МКЦ достаточно, встречаются функционирующие клетки. Предшественники эритроцитов 14,5% (18,25% из правой точки). Бласты 1,5% (2% из правой точки).

Пациенту И. 26.01.24 была проведена левосторонняя тонзиллэктомия.

На трепанобиопсии от 30.01.24 признаков опухолевого поражения нет, наблюдается снижение клеточности до 20–40%, примесь периферической крови. Костный мозг нормоклеточный. В соответствии с диагнозом было прописано лечение по протоколу В-НХЛ-М-2021. Выписан в компенсированном состоянии 22.04.24.

Таблица 1 – Динамика показателей анализа крови после выписки

	ОАК		БАК	
	результат	норма	результат	норма
23.05.24	Гемоглобин – 113 (↓)	120–150 г/л	Антистрептолизин – 183 (↑)	Менее 150 МЕ/мл
	PDW – 7,2 (↓)	10,1–16,1 фл		
	Лейкоциты – 11,03 (↑)	4,2–9,5 (10 <sup>9</sup> )		
	Нейтрофилы – 8,91 (↑)	1,6–6,5 (10 <sup>9</sup> )	IgM – 0,271 (↓)	0,41–1,83 г/л
	Лимфоциты – 0,99 (↓)	1,5–4 (10 <sup>9</sup> )		
	Моноциты – 1,04 (↑)	0,08–0,8 (10 <sup>9</sup> )		
	ЛДГ – 286	192–321 МЕ/л		
06.01.25	Эритроциты – 4,82 (↑)	3,5–4,7 (10тера/л)	Показатели в норме	
	PDW – 7,9 (↓)	10,1–16,1 фл		
	RDW – 11,7 (↓)	12,1–15,3%		
	ЛДГ – 223	192–321 МЕ/л		

Тест на наличие волчаночного антикоагулянта от 10.07.24 – отрицательный.

Крайнее исследование было проведено 06.01.25, где на КТ – выраженная положительная динамика со стороны миндалин, лимфатических узлов шеи. Со стороны ОНП – отрицательная динамика за счет гиперпластического пансинусита. Со стороны ОГК – без динамики.

По результатам исследования на 06.01.25 пациент И. находится в ремиссии без осложнений.

### **Выводы**

В ходе работы было проанализировано течение Лимфомы Беркитта у пациента возраста 10 лет. Заболевание начиналось без видимой симптоматики и патологий, за исключением появления крови в слюне. Далее наблюдалось увеличение левой небной миндалины, что и послужило поводом для обращения за врачебной помощью. Этиология заболевания не установлена. Предполагается возможность развития лимфомы ввиду ранее перенесенного в тяжелой форме вируса ветряной оспы и инфекции COVID-19. БА может являться лишь одним из иммуносупрессивных факторов. Тест на инфекцию вируса Эпштейна-Барра и гепатит С отрицательный, наследственной предрасположенности выявлено не было.

Лимфома Беркитта характеризуется тяжелым и стремительным течением. Латентный период весьма короткий и не имеет ярко выраженной симптоматики. Очень важно вовремя диагностировать данное заболевание ввиду ее быстрой пролиферации и злокачественности. В рассматриваемом случае ребенку была проведена быстрая и точная диагностика с проведением биопсии и гистологии благодаря настороженности врачей первичного звена на ранних этапах развития лимфомы. В результате были вовремя предприняты все необходимые меры по постановлению диагноза и дальнейшей отправке пациента на лечение с последующим выходом на стадию ремиссии.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Khan, A. Oral Manifestations of Burkitts Lymphoma / A. Khan, Al-Jaddir, G. Dajani [et al.] // Int Internal Med Journal. – 2024. – Vol. 2, № 10. – P. 1–9.
2. An update on Burkitt lymphoma: a review of pathogenesis and multimodality imaging assessment of disease presentation, treatment response, and recurrence / K. Kalisz, F. Alessandrino, R. Beck [et al.] // Insights Imaging. – 2019. – Vol. 10, № 1. – p. 56.
3. Lymphoma Coalition 2024. GPS Global Report Final [web]. – URL: <https://lymphomacoalition.org/global-patient-survey> (дата обращения: 07.03.2025).

**УДК 616.36-003.826-098**

**А. Л. Кротова, Д. Д. Филиппова**

*Научный руководитель: старший преподаватель кафедры Н. С. Брановицкая*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ**

### ***Введение***

На сегодняшний день неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является самым распространенным заболеванием печени в мире, что делает эту тему достаточно актуальной.

НАЖБП – хроническое заболевание печени, с превалирующим метаболическим генезом у лиц, не подвергшихся действию экзогенных токсических факторов, поражающих печень. Данное заболевание обусловлено накоплением жиров, в особенности триглицеридов (ТГ), в печеночных дольках и морфологически проявляется стеатозом, стеатогепатитом, фиброзом и циррозом печени. Этиологическими факторами данного заболевания являются: несбалансированное питание, голодание, низкая физическая активность, генетические предпосылки, нарушение микробиома кишечника, гормональные нарушения [1]. Но самым распространенным этиологическим фактором является нарушение питания, которое проявляется развитием метаболического синдрома, который характеризуется дислипидемией, артериальной гипертензией, центральным ожирением, инсулинорезистентностью [2]. НАЖБП характеризуется наличием у пациентов различных компонентов метаболического синдрома (МС). Компонентами метаболического синдрома являются центральный (абдоминальный) тип ожирения (окружность талии (ОТ) у женщин более 80 см, у мужчин – более 94 см), артериальная гипертензия (АГ), повышение уровня триглицеридов  $\geq 1,7$  ммоль/л, снижение уровня холестерина ЛПВП  $< 1,0$  ммоль/л у мужчин;  $< 1,2$  ммоль/л у женщин, нарушение толерантности к глюкозе, нарушение гликемии натощак [3].

Клиническая картина для НАЖБП довольно размыта, так как стеатоз, стеатогепатит и фиброз протекают бессимптомно. Данный диагноз можно поставить лишь после проведения лабораторной диагностики и УЗИ исследования [1]. На стадии стеатоза данные биохимического анализа чаще не превышают норму. На стадии стеатогепатита можно наблюдать повышение билирубина, АЛТ, АСТ, ЩФ, глюкозы, а также повышение холестерина и отклонение от нормы липидограммы. Еще одним важным диагностическим фактором является анализ антропометрических данных, то есть обхват талии (ОТ), бедер (ОБ) и индекс массы тела (ИМТ).