

Вергизова А.А. Лимфома Ходжкина у детей в Республике Мордовия // Академия педагогических идей «Новация». Серия: Студенческий научный вестник. – 2018. – №6 (июнь). – АРТ 402-эл. – 0,2 п.л. - URL: <http://akademnova.ru/page/875550>

РУБРИКА: МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 616-006.443

Вергизова Анастасия Александровна,
6 курс, медицинский институт, «Педиатрия»
Научный руководитель: Верещагина Вероника Сергеевна
к.м.н., доцент кафедры «Педиатрия»
ФГБОУ ВО НИ «МГУ им. Н.П. Огарева»
г. Саранск, Республика Мордовия, Российская Федерация
vergizova-a@list.ru

**ЛИМФОМА ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ
МОРДОВИЯ**

Аннотация: В последнее время у детей отмечается рост онкологической заболеваемости, в том числе лимфомой Ходжкина. В связи с отсутствием опухолевой настороженности у врачей, участились случаи поздней диагностики ЛХ. Вместе с тем своевременная диагностика ЛХ повышает эффективность проведения противоопухолевой терапии и дает ребенку шанс на полное излечение.

Ключевые слова: лимфома Ходжкина, лимфатический узел, дети, группы, поражение.

Vergizova Anastasia Alexandrovna,

6 year student, medical institute

Supervisor: Vereshchagina V.S. — Cand. Med. Sc.,

Associate Professor of the Department of Pediatrics

FGBOU VPO NI «MGU im. N.P. Ogareva »

g. Saransk, Republic Mordovia,

HODGKIN'S LYMPHOMA IN CHILDREN IN THE REPUBLIC OF MORDOVIA

Abstract: In recent years, children have seen an increase in oncological morbidity, including Hodgkin's lymphoma. In connection with the lack of tumor alertness in doctors, cases of late diagnosis of LH have become more frequent. However, timely diagnosis of LH increases the effectiveness of antitumor therapy and gives the child a chance for a complete cure.

Key words: Hodgkin's lymphoma, lymph node, children, groups, lesion.

Создание и внедрение программного подхода в детской онкологии за последние 20 лет существенно улучшило исходы лечения для детей с ЛХ. Но, несмотря на это терапия ЛХ продолжает оставаться токсичной и сопровождается возникновением отсроченных побочных эффектов. [2, с.12] ЛХ – это злокачественное новообразование, которое встречается у пациентов всех возрастных групп. Однако основной пик заболеваемости приходится на возраст от 15 до 30–35 лет. Таким образом, в педиатрической популяции (до 18–19 лет) самая высокая заболеваемость отмечается среди подростков.[4, с.12] ЛХ является одной из наиболее благоприятных по прогнозу злокачественных опухолей: благодаря современным режимам терапии удается добиться излечения более 80 % пациентов. [3, с.38] Для

эффективного лечения и прогностической его оценки весьма важно определение его морфологического варианта, что нередко труднее, чем сама диагностика заболевания. В литературе имеются данные, что в процентном соотношении форм ЛХ имеются существенные различия. Не исключено, что причиной, обуславливающей широкий диапазон встречающихся вариантов ЛХ, является и недостаточная разработка морфологических и диагностических критериев, в том числе и цитологических.[5, с.2]

Цель: изучить особенности ЛХ у детей в Республике Мордовия.

Материалы и методы: в исследование включено 20 пациентов, в возрасте с 0 до 18 лет, проходивших стационарное обследование и лечение по поводу ЛХ в ДРКБ г. Саранска в период с 2010 по 2017 год. В ходе исследования все дети были разделены на 3 группы: : I гр. (2 чел.) дети до 5 лет, II гр. (2 чел.) дети с 6 до 10 лет, III гр. (16 чел.) дети от 11 до 18 лет. Во всех группах детей оценивали клинические проявления заболевания, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, осложнения терапии. Статистическую обработку полученных данных проводили методами вариационной статистики. В работе использованы персональный компьютер и стандартный пакет программ по статистике.

Результаты: Всего за период с 2010 по 2017 год было выявлено 20 случаев первично диагностированной ЛХ в РМ. Динамика заболеваемости изображена на рис. 1. Наибольшая заболеваемость отмечалась в 2011 году, что составило 3,6 на 100 тыс. детского населения.

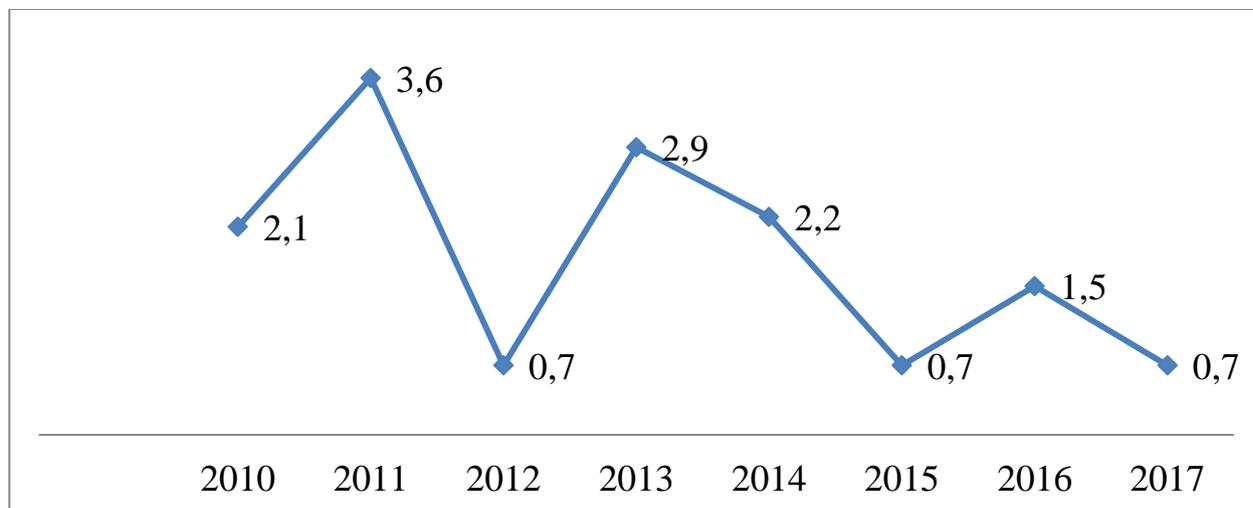


Рис. 1 Заболеваемость ЛХ в РМ (на 100 тыс. детского населения) с 2010 по 2017 г.

При анализе возрастного состава установлено, что чаще болели дети в возрасте 11-18 лет – 16 детей (80%) в возрастных группах 0-5 лет и 6-10 лет случаи заболевания регистрировались в одинаковых соотношениях – 2 (10%).

Мальчики и девочки болели с одинаковой частотой.

При изучении клинических проявлений заболевания было установлено, что чаще всего наблюдались такие клинические симптомы как; увеличение ЛУ, кашель, субфебрилитет. (Таб.2).

Таблица 2. Клинические проявления заболевания

Клинический признак	I гр.		II гр.		III гр.	
	Абс.	Уд.вес %	Абс.	Уд.вес %	Абс.	Уд.вес %
Увеличение ЛУ	1	50 %	1	50%	4	25 %
Боль в животе	1	50%				
Кашель			1	50%	4	25 %
Субфебрилитет			2	100 %	5	31,25 %
Потливость			2	100 %	1	6,25 %
Зуд					2	12,5 %
Слабость					1	6,25 %
Снижение массы тела					1	6,25 %

В I гр. детей В симптомы не наблюдались, во II гр. у 2 (100%) ($p < 0,05$), а в III гр. у 3 обследованных (18,75 %).

Во всех группах детей первичная обращаемость чаще всего была связана с увеличением ЛУ, что в I и II гр. составило по 50%, а в III гр. 31%. ($p > 0,05$). Так же при анализе первичной обращаемости было выявлено, что в 50% случаев в I гр. это была ОХП, во II гр. в 50% острый бронхит. В III гр. выявление заболевания в 31% случаев было связано с исследованием на туберкулез и с заболеваниями органов дыхания: в 6 % ОРВИ, 6 % пневмония, 13 % острый бронхит. И в 13 % случаев заболевание было заподозрено при динамическом исследовании по поводу гиперплазии щитовидной железы по данным УЗИ.

При ЛХ наблюдается групповое увеличение ЛУ, при изучении количества групп поражения были установлены следующие соответствия. В I гр. наблюдения регистрировалось увеличение 2 групп ЛУ, во II гр. одинаково часто встречалось увеличение 1 и 3 групп ЛУ. В III гр. частота встречаемости увеличения групп ЛУ распределилась следующим образом: 2 группы-44%, 3 группы – 31 %, 1 группа -13 %, 5 и 6 групп по 6 %.

В I гр. регистрировалась одинаковая частота поражения над и поддиафрагмальных ЛУ. Во II гр. наблюдается преимущественное поражение наддиафрагмальных ЛУ (25% шейные ЛУ, 50 % средостения). В III гр. так же отмечается преобладание поражения ЛУ шейных, средостения и надключичных по 24%.

ЛУ считается пораженным, если он увеличен более чем на 2 см. В I гр. пораженными оказались 50 % ЛУ , во II гр. 75%, в III гр. 81 %. У 25 % детей в последней группе по данным инструментальных методов исследования была визуализирована измененная структура ЛУ.

Всем детям проводилась морфологическая верификация диагноза после гистологического исследования биоптата ЛУ. При изучении гистологических вариантов было установлено, что в I гр. детей в 100 % случаев встречался смешано-клеточный вариант ЛХ во II гр. в 50% случаев диагностировали вариант с нодулярным склерозом и в 50% с лимфоидным преобладанием, а в III гр. в 87 % случаев встречается вариант с нодулярным склерозом, ($p > 0.05$) и в 13 % смешано-клеточный.

Лечение детей с ЛХ заключается в назначении ПХТ по различным программам. Все дети I гр. лечились по программе DAL-HD-90, дети II гр. по GPOH-HD-2002. В III гр. 2 детям (25%) при первичной госпитализации не был назначен курс ПХТ, т.к у них происходил забор биопсионного материала. Остальным же была назначена терапия: DAL-HD-90 – 18,75%

случаях, ГРОН-НД-2002 в 43,5 % случаях ,ВЕАСОДР была назначена 25 % детей.

Анализ осложнений первого курса ПХТ представлен на рис.2.

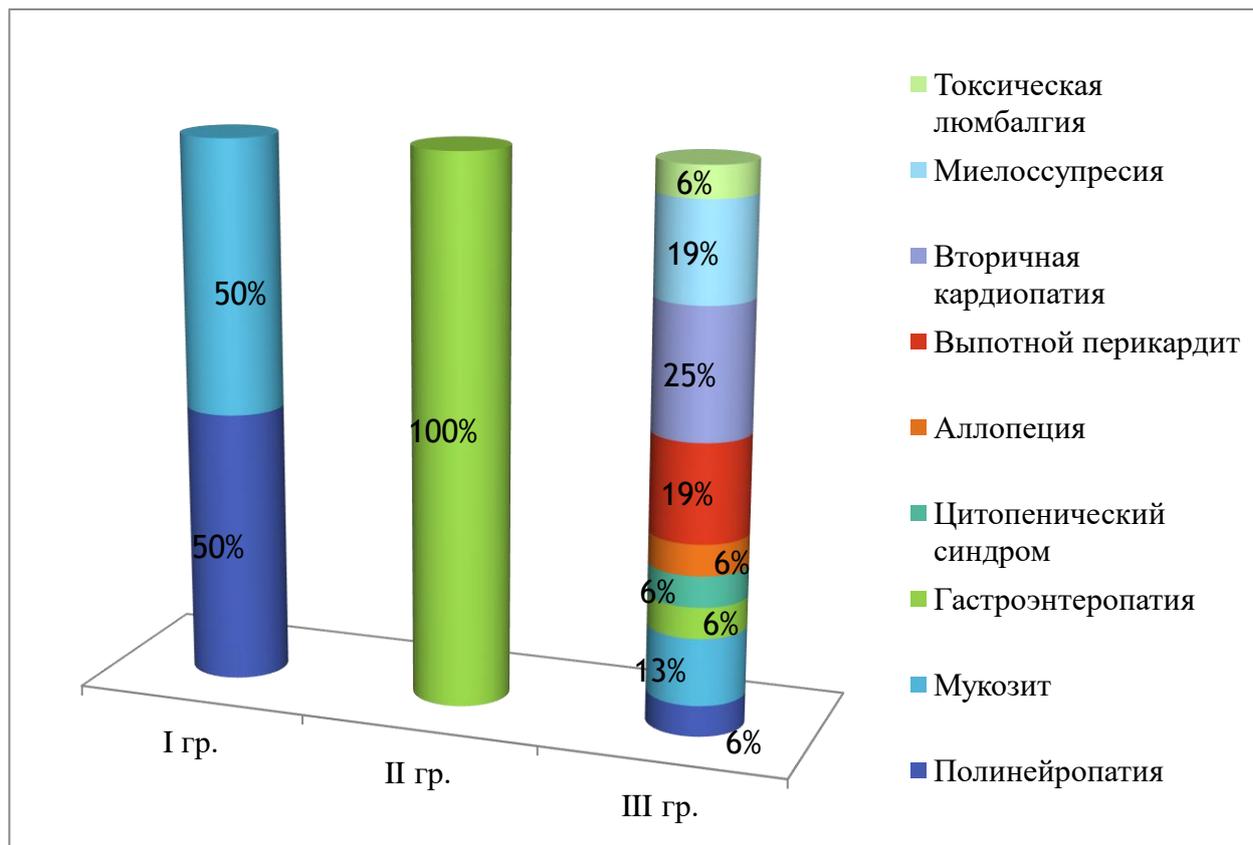


Рис. 2 Осложнения терапии

Заключения:

Заболееваемость ЛХ в Мордовии соответствует показателям по стране.

При анализе возрастного состава установлено, что чаще болели дети в возрасте 11-18 лет (80%).

Основными клиническими симптомами заболевания являются: увеличение ЛУ, кашель, субфебрилитет. Поэтому при профилактических осмотрах детей обязательна пальпация ЛУ.

Во всех группах детей первичная обращаемость в ЛПУ чаще всего была связана с увеличением ЛУ, следовательно основная роль в диагностике заболевания отводится участковым врачам.

Список использованной литературы:

1. Винокуров А.А., Варфоломеева С.Р., Тарусин Д.И. Гонадотоксичность терапии лимфомы Ходжкина у подростков и молодых мужчин: актуальность проблемы и пути решения (обзор литературы).[Текст]/Винокуров А.А., Варфоломеева С.Р., Тарусин Д.И.// Онкогематология №2,2012 г., - с.12-18.
2. Жуков Н.В., Усс А.Л., Миланович Н.Ф. Оптимальные сроки проведения аутологической трансплантации клеток предшественников гемопоэза при неблагоприятном течении лимфомы Ходжкина. Зарубежные рекомендации и отечественная практика. [Текст]/ Жуков Н.В., Усс А.Л., Миланович Н.Ф. // Онкогематология № 2,2014 г. С.37-45.
3. Ларина Ю.В., Миненко С.В., Биячуев Э.Р. и др. Лечение распространенных форм лимфомы Ходжкина у подростков и молодых взрослых. Проблема эффективности и токсичности [Текст]/ Ларина Ю.В., Миненко С.В., Биячуев Э.Р.// Онкогематология.- 2014.- № 1.-с.11-18.
4. Панкратова Е.С., Мнихович М.В. Лимфома Ходжкина у детей: вопросы комплексной цито-гистологической диагностики. Рязанский государственный медицинский университет им. Акад. И.П Павлова, 2016 г., 7 с.

Дата поступления в редакцию: 22.06.2018 г.

Опубликовано: 27.06.2018 г.

© Академия педагогических идей «Новация». Серия «Студенческий научный вестник», электронный журнал, 2018

© Вергизова А.А., 2018