

Результаты: лечение пациентов, не достигших полной ремиссии после комплексного лечения, а также пациентов с короткой ремиссией проводилось по схемам ESHAP, IGEV; а пациентов с множественными рецидивами, особенно с затрудненным доступом к периферическим венам по пероральной схеме CAVP. Применение стандартных дополнительных схем не позволило достичь полной ремиссии ни в одном случае, а у некоторых пациентов прогрессирование заболевания наблюдалось во время проведения курса полихимиотерапии, в связи с чем возникла необходимость в таких схемах лечения, которые бы принципиально отличались по составу и режиму введения химиопрепаратов. Однако необходимо отметить хорошую переносимость лечения, отсутствие осложнений и минимальные проявления токсических эффектов, учитывая длительный анамнез заболевания, предшествующую многокурсовую полихимиотерапию и лучевое лечение. Это позволило провести каждому пациенту курсы химиотерапии без снижения доз соответственно дням и периодичности введения.

Выводы: Анализ проведенного исследования показал, что эффективность лечения дополнительными схемами химиотерапии отсутствует. Эффективность терапии зависит от стадии и наличия общих симптомов, что говорит о необходимости выделения прогностических групп, каждой из которых соответствует свой объем терапии.

Литература

1. Демина Е.А. Дискуссионные вопросы лечения распространенных стадий лимфомы Ходжкина. Материалы XVII Российского онкологического конгресса, Москва, 12–14 ноября 2013 г. Злокачественные опухоли. 2013; 2: 19–22.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ ДЕТЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016–2018 ГГ.

Павленко А.К., Усманская Е.Е.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Волосовец Г.Г.

Кафедра госпитальной и поликлинической педиатрии

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность исследования: острый лейкоз (ОЛ) — злокачественное онкологическое заболевание, при котором без соответствующего лечения неизбежен летальный исход. Заболеваемость ОЛ у детей составляет 4:100 000 детского населения в год, незначительно преобладают мальчики, возраст — от 2 до 5 лет [1, 2].

Цель исследования: анализ заболеваемости ОЛ детей Воронежской области за период 2016–2018 г.г.

Материалы и методы: проанализированы истории болезни детей с ОЛ, впервые поступивших в отделение онкогематологии ВОДКБ № 1 в период с 01.01.2016 г. по 31.12.2018 г. Оценены пол, возраст, место жительства больных (город/район), тип ОЛ, данные иммунофенотипирования и цитогенетического исследования.

Результаты: за указанный период в отделение поступило 66 детей (36 мальчиков (54,7%) и 30 девочек (45,3%)) с ОЛ, диагноз которого был установлен впервые; в 2016 г. — 17 больных, в 2017 г. — 22 ребенка, в 2018 г. — 27 детей, то есть имело место увеличение количества заболевших почти в 1,5 раза. Возраст заболевших колебался от 5 месяцев до 17 лет, лидирующим был возраст 2–4 года. Большинство детей были жителями города (42, 63,6%), меньшинство — жителями сельской местности (24, 36,4%). У подавляющего большинства больных был диагностирован лимфобластный ОЛ (59 из 66 детей, 89,0%), причем значимо чаще В-линии (52, 88,1%). Цитогенетическое исследование в 27,3% случаев выявило генетические аномалии: транслокации (9;22), (9;11); (12;21), амплификацию гена RUNX1. Летальный исход на протяжении периода наблюдения наступил у 6 пациентов.

Выводы: 1. Число детей, заболевших ОЛ, в Воронежской области возросло на протяжении 3-х летнего периода наблюдения почти в 1,5 раза. 2. По полу преобладали мальчики; по воз-

расту лидирующим оставался возраст 2–4 года. 3. По месту жительства имелось явное преобладание городских жителей над сельскими.

Литература

1. Лейкозы у детей / Под ред. Г.Л. Менткевича, С.А. Маяковой. М.: Практическая медицина, 2009. 386 с.
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого лимфобластного лейкоза у детей и подростков. М., 2015. 71 с.

СПЕКТР ВИЧ-ИНДУЦИРОВАННЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Палаус Е.И., Бронзова А.В.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Жукова Л.Ю.

Кафедра факультетской педиатрии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования обусловлена необходимостью распознавания первичной ВИЧ-индуцированной патологии у детей в условиях эпидемического распространения инфекции в России [1–3].

Цель исследования: анализ спектра впервые выявленных первичных ВИЧ-индуцированных гематологических нарушений у детей Санкт-Петербурга, обследованных в детском многопрофильном стационаре.

Материалы и методы: проанализировано 27 историй болезни пациентов в возрасте от 2 месяцев до 18 лет (14 девочек и 13 мальчиков), лечившихся в ГБУЗ ДГБ 1 Санкт-Петербурга в период 2009–18 гг. Из них, с документированной ВИЧ-инфекцией 12 (B23–8, R75–4), отрицательным ВИЧ-анамнезом 15 больных [1].

Результаты: ВИЧ-инфекция впервые диагностирована у 15 пациентов, поступивших экстренно в связи с появлением кровоточивости петехиально-пятнистого типа(10) или анемического синдрома различной тяжести. У больных данной группы верифицированы острая тромбоцитопеническая пурпура(10) и анемия хронических заболеваний(5) индуцированные ВИЧ-инфекцией (диагноз подтвержден результатами ИФА, ИФА-ИБ, ПЦР), развившиеся на стадии первичных проявлений у 10 детей, на стадии вторичных заболеваний у 5 пациентов. У детей с ранее установленным диагнозом B23 гематологические проявления выявлялись через 1–10 лет после первичной диагностики ВИЧ-инфекции на стадии первичных проявлений(4) и на стадии вторичных заболеваний(4) и характеризовались развитием острой тромбоцитопенической пурпуры(6, с последующей хронизацией у 4), эритробластопении(1, выздоровление), железодефицитной анемии(1, выздоровление). У детей с R75 обнаружены изолированная нейтропения(2), анемия хронических заболеваний(1), синдром ускоренного СОЭ(1).

Выводы: впервые выявленные ВИЧ-индуцированные гематологические нарушения у обследованных больных представлены преимущественно цитопеническими состояниями: тромбоцитопенией, анемией, нейтропенией. У 15 из 27 больных возникновение гематологических синдромов позволило осуществить первичную диагностику ВИЧ-инфекции в условиях многопрофильного детского стационара. Дебют ВИЧ-индуцированных гематологических проявлений ассоциировался преимущественно со стадией первичных проявлений инфекции как у впервые выявленных пациентов, так и у больных с ВИЧ-стажем. Наиболее часто у больных с B23 наблюдалось развитие острой тромбоцитопенической пурпуры.

Литература

1. Клинические рекомендации ИЗ РФ: ВИЧ-инфекция у детей, 2017.— 51 с.
2. Ambler KLS, Vickars LM, Leger CS et al. Clinical Features, treatment and outcome of HIV-associated immune thrombocytopenia in the HAART era. Adv Hematol 2012; 2012: 1–6.
3. Najean Y, Rain JD. The mechanism of thrombocytopenia in patients with HIV. J Lab Clin Med 1994; 123:415–420.