

ЛИМФОМА БЕРКИТТА У ДЕВОЧКИ 4 ЛЕТ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Бурлуцкая Алла Владимировна, Писоцкая Юлия Васильевна, Устюжанина Диана Всеволодовна

Кубанский государственный медицинский университет. 350063, Краснодар, ул. Седина, 4

E-mail: ms.pisotskaya2017@gmail.com

Ключевые слова: дети; лимфаденопатия; лимфома Беркитта; химиотерапия

Введение. Лимфома Беркитта (ЛБ) — высоко агрессивная опухоль из иммунологически зрелых В-клеток. Термин «лимфома Беркитта» впервые появился в литературе в 1963 г. У детей ЛБ составляет около 30–50% всех лимфом, средний возраст манифестации 8 лет.

Цель. Проанализировать клинический случай лимфомы Беркитта у девочки 4 лет.

Материалы и методы. Материалом явилась история болезни пациентки. Проведён ретроспективный анализ анамнестических данных, течения заболевания, лабораторной и инструментальной диагностики и лечения у пациентки 4 лет с ЛБ.

Результаты. Девочка 4 лет поступила в хирургическое отделение ГБУЗ «ДККБ» г. Краснодара в августе 2019г. с жалобами на появление округлого образования, диаметром до 3 см в области правой боковой поверхности шеи. Из анамнеза заболевания известно, что в июле 2019 г родители обратили внимание на появление округлого образования на боковой поверхности шеи справа. Ребенок был осмотрен участковым педиатром, выставлен диагноз: «Неспецифический лимфаденит неуточненный». Назначена антибактериальная терапия — без положительной динамики. В августе 2019г появились жалобы на боли в области нижней челюсти, девочка госпитализирована в хирургическое отделение ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» г. Краснодар. Состояние при поступлении средней тяжести. Астеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. В области правой боковой поверхности шеи пальпируется округлое образование до 3 см в диаметре, плотной консистенции. Проведены лабораторные и инструментальные исследования. В результате обследования выявлены признаки острого воспаления в клиническом анализе крови — лейкоцитоз (лейкоциты — $25 \cdot 10^9/\text{л}$), лимфоцитоз (лимфоциты — $9 \cdot 10^9/\text{л}$), моноцитоз (моноциты $4,7 \cdot 10^9/\text{л}$). В биохимическом анализе крови повышение СРБ до 35 мг/л (норма до 10 мг/л), повышение уровня лактатдегидрогеназы до 531 Ед/л (норма до 240 Ед/л). УЗИ брюшной полости: спленомегалия, невыраженные реактивные изменения печени, поджелудочной железы, умеренное увеличение лимфоузлов брюшной полости. Компьютерная томография шеи, грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза: лимфаденопатия шеи, средостения. Спленомегалия. Многоочаговое поражение обеих почек. Забрюшинная лимфаденопатия. Очаговой патологии головного мозга не выявлено. В миелограмме из 3 точек: мономорфная популяция бластных клеток 70,8% с морфологическими признаками дифференцировки лимфоидной линии (L3 по FAB-классификации). Выполнена биопсия шейного лимфоузла справа. Гистологическое исследование биоптата: фрагменты опухолевой ткани, представлены клетками средних размеров, плотно прилежащих друг к другу. Ядро округлой формы, ядерный хроматин мелкий, одно или несколько ядрышек. Клетки обладают высокой митотической активностью, при малом увеличении создается картина «звёздного неба». Микроокружение представлено мелкоклеточным лимфоцитарным инфильтратом. На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования выставлен диагноз — лимфома Беркитта. Ребёнок был переведён в отделение онкологии и гематологии для дальнейшего лечения. В отделении назначено лечение по протоколу В — НХЛ 2004 маб. (глюкокортикостероиды, цитостатические препараты). Пациентка получала курсы высокодозной полихимиотерапии. Также осуществлялся контроль клинического и биохимического анализов крови, КТ грудной, брюшной полостей и малого таза. На фоне проводимой терапии наблюдалась положительная

динамика: достижение полной редукции опухоли, в клиническом анализе крови — лейкоциты снизились до $7,39 \cdot 10^9/\text{л}$, количество СРБ уменьшилось до 24 мг/л.

Заключение. Так как представленная опухоль — самая быстрорастущая из всех злокачественных новообразований, этот клинический случай показывает, насколько важна своевременная диагностика для раннего выявления заболевания.

Литература:

1. Масчан А.А, Румянцев А.Г, Самочатова Е.В. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению неходжкинских лимфом. М. 2014; 47 с.
2. Савченко В.Г, Поддубная И.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфомы Беркитта. М. 2014; 26
3. Валиев Т.Т, Барях Е.А, Зейналова П.А, Ковригина А.М, Кравченко С.К, Обухова Т.Н, Фалалеева Н.А, Сендерович А.И, Серебрякова И.Н, Каминская И.В, Левашов А.С, Менткевич Г.Л. Оптимизация диагностики и лечения лимфомы Беркитта у детей, подростков и молодых взрослых. Клиническая онкогематология. 2014;7(2):175–181
4. Дёмина И.А., Вержбицкая Т.Ю. Кашпор С.А. и др. Гетерогенность В-клеточного острого лимфобластного лейкоза (BIV-иммуновариант) у детей. Онкогематология. 2017;12(4):34–40.
5. Самочатова Е. В., Шелихова Л. Н. Лечение неходжкинских лимфом и острого лейкоза из зрелых В-клеток у детей и подростков по данным региональных российских клиник. Онкология и гематология. 2011;1:30–34.