

РОЛЬ ФАХІВЦІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ В ДІАГНОСТИЦІ ЛІМФОАДЕНОПАТІЇ ЯК ПЕРЕДСТАДІЇ ЛІМФОМИ ХОДЖКІНА: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ

Любарець Т.Ф. <https://orcid.org/0000-0002-3804-6106>

Шкварок А.К. <https://orcid.org/0000-0002-8308-7206>

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

tliubarets@yahoo.com

Актуальність. Лімфоаденопатія є поширеним симптомокомплексом у загальній медичній практиці і може бути як первинним проявом основного імуніопосередкованого захворювання, так і ознакою інфекційного чи неопластичного процесу, що вимагає невідкладної діагностики і лікування. Класична лімфома Ходжкіна (ЛХ), яка первинно дебютує периферичною лімфоаденопатією, є однією з найбільш поширених лімфом у молодих пацієнтів (середній вік хворих становить 30 років) і вимагає особливої уваги лікарів первинної ланки в плані диференційної діагностики з іншими захворюваннями, що маніфестують лімфоаденопатією. У зв'язку зі складністю верифікації діагнозу в певних випадках, обстеження пацієнтів з підозрою на ЛХ лікарями первинної ланки повинно проводитись відповідно до затверджених в Україні нормативних медико-технологічних документів (МТД) – Стандартів медичної допомоги (СМД), Уніфікованих клінічних протоколів (УКП).

Ціль: визначити роль фахівця первинної ланки щодо діагностики лімфоми Ходжкіна з первинною маніфестацією периферичною лімфоаденопатією на підставі аналізу дотримання лікарем алгоритму обстеження пацієнтів відповідно до затверджених в Україні нормативних медико-технологічних документів (Стандартів медичної допомоги, Уніфікованих клінічних протоколів).

Матеріали та методи. Представлено клінічний випадок (case report) пізньої діагностики лімфоми Ходжкіна (IV ст.) та проаналізовано відповідність дій лікаря загальної практики – сімейної медицини легітимним МТД (УКН, СМД).

Результати. В статті проаналізовано дотримання алгоритму дій лікарем загальної практики – сімейної медицини відповідно до затверджених в Україні нормативних МТД (СМД, УКП) стосовно діагностики ЛХ з первинною маніфестацією лімфоаденопатією у пацієнтки молодого віку. Лімфоаденопатія потребує своєчасної діагностики на рівні фахівців первинної ланки (лікарів загальної практики – сімейної медицини) у відповідності до затверджених в Україні нормативних МТД (СМД, УКП). Наведений клінічний випадок підтверджує, що ЛХ, яка найчастіше маніфестує безболісним збільшенням лімфатичних вузлів, має незворотне прогресування з інфільтрацією кісткового мозку і тяжким ураженням органів поза межами лімфатичної системи.

Висновки. Дотримання лікарями первинної ланки рекомендацій СМД та УКП має вирішальне значення для ранньої діагностики ЛХ і своєчасного спрямування пацієнтів до гематолога для верифікації діагнозу і проведення лікування.

Ключові слова: лімфоаденопатія, лімфома Ходжкіна, диференційна діагностика, медико-технологічні документи, загальна практика – сімейна медицина.

Актуальність. Лімфома Ходжкіна (ЛХ, код С81 відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10)) – це В-клітинне злоякісне лімфопроліферативне новоутворення, частота якого на сьогодні зростає як в Україні, так і у світі в цілому [1-5]. Відповідно до статистичних показників Національного канцер-реєстру (НКР) України, загальна кількість нових випадків цього захворювання в 2021 р. сягнула 770 (чоловіків – 378, жінок – 392) [6]. Порівняно із світовим стандартизованим показником захворюваності на ЛХ, який в 2021 р. визначався на рівні 2,1 на 100000 (для чоловіків 2,1, для жінок 2,2), стандартизований показник захворюваності в Україні без урахування гендерних особливостей був вищим і становив 2,3 на 100 000 (для чоловіків 2,4, для жінок 2,3). Згідно даних НКР, в 2022 р. було виявлено 715 нових випадків, показник розповсюдженості захворювання включав 15763 пацієнта [6].

Серед нових випадків ЛХ, розподіл пацієнтів відповідно до стадій був наступним: I ст. 5,4 %, II ст. – 38 %, III ст. – 21,1 %, IV ст. – 14,9 %, стадію не було зазначено при наданні інформації до НКР у 20,5 % хворих. Біля 20 % пацієнтів необхідна терапія не проводилась з різних причин (найбільш ймовірно, внаслідок тяжкості стану хворого, що прямо корелює з пізнім виявленням хвороби).

Слід зазначити, що при проведенні профілактичних оглядів в Україні в 2021 р. було виявлено лише 11,2 % випадків ЛХ (10,1 % серед чоловіків, 12,2 % серед жінок), в 2022 р. – 12,3 %, що свідчить про необхідність більшої уваги фахівців, в першу чергу первинної ланки (лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ)) до початкових проявів хвороби, зокрема до лімфоаденопатії. Діагностика і лікування ЛХ на ранніх стадіях має принципове значення для отримання ранньої і тривалої ремісії [4, 5].

Одним з первинних проявів ЛХ є периферична лімфоаденопатія, однак цей симптомокомплекс має місце також при інфекційних захворюваннях, аутоімунних та спадкових хворобах [5]. Частота виявлення випадків лімфаденопатії лікарями ЗПСМ

становить біля 0,6 %, серед них понад 1,1 % обумовлені злоякісними новоутвореннями, зокрема лімфомами. Оскільки біля 80 % первинних звернень хворих – це звернення до сімейного лікаря, обстеження пацієнтів повинно проводитись при чіткому дотриманні фахівцями затверджених в Україні медико-технологічних документів (МТД) – Стандартів медичної допомоги (СМД) та Уніфікованих клінічних протоколів (УКН).

Головною установою, завданням якої є розробка та імплементація МТД зі стандартизації медичної допомоги, є Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» – ДЕЦ МОЗ (Наказ МОЗ України від 8 жовтня 2012 р. № 786). Розроблені ДЕЦ МТД узагальнюються в «Реєстрі медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги», який функціонує у відповідності до «Положення про Реєстр», затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» (зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за №2004/22316).

В своїй діяльності ДЕЦ керується документами Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, зокрема Наказом МОЗ України від 05.02.2016 № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування», Наказом МОЗ України від 11.09.2013 № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», Наказом МОЗ України від 28.09.2012 №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги», Наказом МОЗ України від 21.11.2011 № 808 «Про забезпечення виконання рішення розширеної апаратної наради МОЗ України за участю НАМН України «Про розробку медичних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів на засадах доказової медицини» та рядом інших нормативно-правових документів, на підґрунті яких розроблено якісно нову систему стандартизації МТД в Україні.

ДЕЦ МОЗ України співпрацює з Guidelines International Network (Міжнародна мережа настанов), створеною в 2022 році, діяльність якої спрямована на поширення принципів і методів доказової медицини, відповідно до яких розробляються УКН та СМД [8]. В Україні МТД розробляються і раз на 5 років оновлюються фахівцями мультидисциплінарних робочих груп. Обов'язковою умовою остаточного затвердження МТД є етап їх публічного обговорення (впродовж одного місяця документи розміщуються на сайті МОЗ для ознайомлення з ними лікарської спільноти).

В 2025 році групою експертів ДЕЦ «Гемобластози», яка працює з 2021 року [7], було оновлено СМД «Лімфома Ходжкіна» (затверджено Наказом МОЗ України №1169 від 22 липня 2025 р.) [8]. МТД загалом і СМД ЛХ, зокрема, включають індикатори якості надання медичної допомоги (в конкретному лікувальному закладі, в межах відповідного регіону і системі медичних установ МОЗ в цілому). Враховуючи частоту наявності симптомокомплексу лімфоаденопатії, при виявленні збільшених лімфатичних вузлів лікарі ЗПСМ повинні керуватись затвердженням 08.10.2007 р. наказом МОЗ України №626 «Клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим з неуточненим збільшенням лімфатичних вузлів» (КП НЗЛВ) [9] та оновленим СМД «Лімфома Ходжкіна» (СМД ЛХ) [7].

Ціль: Визначити роль фахівця первинної ланки щодо діагностики лімфоми Ходжкіна з первинною маніфестацією периферичною лімфоаденопатією на підставі аналізу дотримання алгоритму обстеження пацієнтів відповідно до затверджених в Україні нормативних медико-технологічних документів (Стандартів медичної допомоги, Уніфікованих клінічних протоколів).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Представлено клінічний випадок (case report) пізньої діагностики лімфоми Ходжкіна (IV ст.) та проаналізовано відповідність дій лікаря ЗПСМ легітимним МТД (УКН, СМД).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою аналізу відповідності дій лікаря ЗПСМ щодо діагностики лімфоаденопатії як початкової стадії ЛХ у пацієнтки 19 років, наводимо клінічний випадок (case report) з коментарями відповідності дій фахівця первинної ланки затвердженням в Україні нормативним МТД (КП НЗЛВ, СМД ЛХ).

Перший візит. Пацієнтка О., віком 19 років (2003 року народження), звернулась до лікаря ЗПСМ комунального некомерційного підприємства (КНП) «Центр первинної медико-санітарної допомоги» одного з районів м. Києва 19.09.2022 зі скаргами на наявність збільшеного лімфовузла в надключичній області зліва, який виявила 15.09.2022, розміром до 1,0 см, щільної консистенції, безболісного, при нормальному рівні температури тіла. Шкідливі звички, алергічні реакції в анамнезі заперечувала. Діагноз лікаря ЗПСМ за Міжнародною класифікацією первинної медичної допомоги 2-го перегляду (International classification for primary care, ICDPC-2): лімфаденіт гострий, В-70. Було призначено загальний аналіз крові (ЗАК) та флюорографію, повторний візит. Призначене лікування: німесулід по 1 саше 2 рази на добу після їжі, гомеопатичні краплі оральні лімфоміозот по 10 крапель 3 рази на добу протягом 5 днів.

Коментар. Вірне кодування при виявленні лімфоаденопатії неясної етіології – R59.9, оскільки дані за гострий лімфаденіт були відсутні. Відповідно до КП НЗЛВ, за наявності лімфоаденопатії необхідно деталізувати анамнез (виключити/підтвердити наявність інфекційних, онкологічних захворювань), відповідно до СМД ЛХ уточнити наявність «В-симптомів», характерних для лімфом (підвищення температури тіла вище 38,0 °C протягом не менше 3-х діб за відсутності інфекційних захворювань або інших запальних станів; втрата маси тіла понад 10 % впродовж останніх 6 місяців, наявність профузної нічної пітливості), інших клінічних ознак (загальна слабкість, пітливість, кашель, зниження апетиту, свербіж шкіри)); зазначити локальну симптоматику (наявність/відсутність рух-

ливості лімфатичного вузла відносно підлягаючих тканин); окрім ЗАК, призначити загальноклінічне обстеження в необхідному обсязі (загальний аналіз сечі, обстеження на сифіліс, ВІЛ, маркери туберкульозу, вірусів гепатиту В та С, біохімічні (б/х) показники печінки та нирок, протеїнограму, білки «гострої фази»). Відсутнє підґрунтя для призначення лікарем ЗПСМ гомеопатичного препарату лімфоміозот та нестероїдного протизапального препарату (німесулід).

Другий візит пацієнтки до сімейного лікаря мав місце 29.09.2022 (через 10 днів). Напередодні, 27.09.2022, пацієнтка виконала УЗД обстеження шиї, призначене раніше ендокринологом. Основна скарга – поява іншого лімфовузла на шиї зліва на рівні верхньої третини грудинно-ключично-соскоподібного

м'яза (за даними УЗД від 27.09.2022 його розміри 1,1x1,1 см, первинно виявленого лімфовузла – 1,9x1,5 см). У пацієнтки мало місце зниження маси тіла на 2 кг протягом останніх двох місяців (вага на час огляду 66 кг, зріст 182 см) при відсутності інших скарг. В ЗАК від 20.09.2022 – підвищення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ 26 мм/год), інші показники були в межах норми (табл. 1).

Флюорографія від 20.09.2022 була в нормі. За представленими результатами обстеження на EBV-інфекцію від 11.08.2022 було виявлено помірне підвищення титру антитіл до капсидного антигену EBNA VCA IgG – до 1.9 S/CO (> 1.1 позитивний результат) та ядерного антигену EBNA IgG – до 3.9 S/CO (> 1.1 позитивний результат)), в бактеріологічному посіві з мигдаликів виявлено Streptococcus spp. в титрі 106 КУО.

Таблиця 1

Динаміка показників ЗАК пацієнтки О.

Показник	Одиниці вимірювання	1-й візит	4-й візит	Стаціонарне обстеження	
				поступлення	через 2 тиж.
Еритроцити	Г/л	4,59	4,25	4,35	4,81
Гемоглобін	г/л	135	133	126	123
Гематокрит	%	40,5	37,9	39,3	43,3
mcv	фл	88,1	89,2	90	90
mch	пг	29,4	31,4	29,1	25,6
mchc	г/л (*г/дл)	333	352	32,2*	28,4*
Тромбоцити	Г/л	231,0	247	262	296
Лейкоцити	Г/л	6,3	5,3	7,0	9,8
Незрілі гран.	%	0,2	0,1	-	-
Еозинофіли	%	1	5	-	-
П/я гран.	%	1	5	-	-
Сегм. гран.	%	63	63	79,9	82,6
Лімфоцити	%	28	20	14,5	14,3
Моноцити	%	7	7	3,6	3,1
ШОЕ (за Панченковим)	мм/год	26	32	22	6

Сімейним лікарем було проведено експрес-тестування на наявність вірусних гепатитів В, С та ВІЛ (негативно), видане електронне направлення на повторне УЗД лімфовузлів, відмінено німесулід та лімфоміозот, призначена консультація лікаря-гематолога.

Коментар. Відповідно до МТД (КП НЗЛВ, СМД ЛХ) необхідні дії лікаря ЗПСМ – направлення пацієнтки на консультацію до інших фахівців вторинної ланки (інфекціоніста, фтизіатра, ревматолога, пульмонолога, онколога), для діагностики лімфоми необхідно було призначити визначення сумарної лактатдегідрогенази (ЛДГ), УЗД органів черевної порожнини. Призначення повторного, через 2 дні після проведеного попереднього, УЗД ший не обгрунтоване.

25.10.2022 пацієнтка була консультована гематологом міської лікарні № 9, діагноз: хронічний лімфаденіт (R59.9 за МКХ-10 – збільшення лімфатичних вузлів, неуточнене), призначене обстеження на вірусні інфекції (EBV (повторно), CMV, ін.), ЗАК в динаміці. Лікарем-гематологом було виключено гематологічну патологію, повторної консультації призначено не було.

Третій візит пацієнтки мав місце у листопаді 2022 р. у зв'язку з виїздом за кордон на навчання, була проведена бустерна вакцинація проти SARS-CoV-2 (COVID-19) вакциною COMIRNATY™ Original/Omicron BA.1, BioNTech Manufacturing GmbH. Додаткових скарг, зміни розмірів лімфовузлів не відзначено. Пацієнтка виїхала за кордон в грудні 2022 р., де перебувала протягом 7 міс., до лікарів не зверталась.

Коментар. Лікарем ЗПСМ не було уточнено результати повторного обстеження у інфекціоніста. У разі відсутності даних за інфекційну етіологію лімфаденіту, відповідно до МТД (КН НЗЛВ, СМД ЛХ) пацієнтці необхідно було рекомендувати контроль ЗАК (в попередньому ЗАК мало місце підвищення ШОЕ до 26 мм/год), консультації інших фахівців вторинної ланки (інфекціоніста, фтизіатра, ревматолога, пульмонолога, онколога), при

виключенні інших захворювань – призначити повторний огляд гематолога. З урахуванням виїзду за кордон, зорієнтувати пацієнтку щодо необхідності нагляду терапевтом та контролю ЗАК.

Четвертий візит пацієнтки до лікаря ЗПСМ відбувся після повернення в Україну, 15.06.2023 (через 9 міс. після первинного звернення). Пацієнтку турбував сухий кашель, який було розцінено як початок ГРВІ (при відсутності інших симптомів захворювання). Розміри лімфатичних вузлів були без змін, мали місце макульозні висипання рожевого кольору на середній третині правої гомілки з помірним свербіжем. Лікарем ЗПСМ було призначено крем на основі гідрокортизону і консультацію дерматолога.

Діагноз дерматолога від 26.06.2023: монетоподібна екзема, призначено крем на основі гідрокортизону 2 рази на добу, зволожувальний крем для шкіри (на основі гліцерину, з вітаміном Е, гіалуроновою кислотою, керамідами, церамідами), транквілізатор темгіколурил 250 мг на добу протягом 3 тижнів, гепатопротектори. При повторному візиті до дерматолога 07.07.2023 відмічене помірне регресування висипань. Однак, в ЗАК від 27.06.2023 мало місце подальше підвищення ШОЕ до 32 мм/год при нормі інших показників (табл. 1).

Коментар. З урахуванням скарг (сухий кашель, лімфоаденопатія), прогресуючого збільшення ШОЕ в ЗАК, відповідно до МТД (КН НЗЛВ, СМД ЛХ) пацієнтці необхідно було призначити рентгенологічне обстеження органів грудної порожнини, направити на консультацію до фахівців вторинної ланки (інфекціоніста, фтизіатра, ревматолога, пульмонолога, онколога, гематолога), визначити сумарну ЛДГ, призначити УЗД органів черевної порожнини.

Після повторного візиту до дерматолога 07.07.2023, в липні 2023 р. пацієнтка знову виїхала за кордон, де перебувала протягом 6 міс. (до початку лютого 2024 року). За медичною допомогою не зверталась, хоча сухий кашель

набув постійного характеру, періодично мало місце підвищення температури тіла до субфебрильного рівня. В січні 2024 р. пацієнтка повернулася до України і звернулася до КДЦ для проведення флюорографії, необхідної для навчання за кордоном. За результатами флюорографії (07.02.2024), у верхній частці лівої легені візуалізувалась негомогенна кільцеподібна тінь з нечіткими контурами та горизонтальним рівнем рідини, дві дрібні нечіткі негомогенні тіні неправильної форми у верхній частці правої легені, посилений легеневий малюнок.



Рис. 1. Флюорографія пацієнтки О.
від 07.02.2024 р.

09.02.2024 (п'ятий візит до лікаря ЗПСМ) з урахуванням результатів флюорографії, пацієнтці було проведено картриджний тест ампліфікації нуклеїнових кислот для швидкої діагностики туберкульозу та швидкий тест мікрофлори мокротиння на чутливість до антибіотиків (ZpertMTB/RIF), результати – негативні. Повторно було проведено експрес-тести на ВІЛ, гепатит В (результати негативні), пацієнтку скеровано на консультацію до торакального хірурга, пульмонолога та інфекціоніста.

Коментар. Пацієнтка була направлена на комплексне обстеження до фахівців вторинної ланки через 15 міс. після первинного звернення до лікаря ЗПСМ з приводу лімфоаденопатії надключичної області.

Напередодні шостого візиту до лікаря ЗПСМ, 12.02.2024 пацієнтка відмітила посилення кашлю, домішки крові у харкотинні. При огляді, сімейним лікарем було виявлено, що висипання на гомілці правої ноги сформували ділянку на шкірі розмірами до 10х6,5 см, поперечно витягнутої форми, з нечітко окресленими контурами, рожевого кольору, яка пальпаторно не підносились над рівнем шкіри, при натисканні не зникала, з помірно вираженим свербіжем. При аускультії легень на рівні шостого міжребер'я зліва вислуховувалось гучне амфоричне дихання (у місці проекції округлого утворення, виявленого на флюорографії 07.02.2024).

Коментар. Лікар ЗПСМ направив пацієнтку на обстеження до стаціонару.

12.02.2024 пацієнтка була госпіталізована до відділення «Хірургічного лікування туберкульозу та інтерстиційних захворювань легень, ускладнених гнійно-септичними інфекціями» Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського НАМН України, де знаходилась до 04.03.2024. Клінічний діагноз при поступленні: Suspicio хвороба Ходжкіна з ураженням лімфатичних вузлів та легень. Ускладнення основного захворювання: кровохаркання. Супутне захворювання: хронічний тонзиліт.

Наводимо результати обстеження в стаціонарі від 13.02.2024 (в дужках – референтні значення відповідних показників). Д-димер – 0,2 мг/л, HBsAg – негативний; Anti-HCV – негативний; RW – негативний; HIV 1/2 – не виявлено, група крові 0 (I), Rh +; експрес-тест на COVID-19 Aq – негативний. В ЗАК помірний нейтрофіліоз, підвищення ШОЕ (табл. 1). В біохімічному аналізі крові зниження загального білка – 63,6 г/л, інші показники (загальний білірубін, АСТ, АЛТ, ГГТ, ЛФ, сечовина, креатинін, глюкоза)

в межах норми. Коагулограма: в нормі ПТІ – 89 % (80 – 110), фібрinоген – 462 мг (200 – 400), етаноловий тест +, фібрin – 21 мг/дл (10 – 20), фібрinоген В⁺⁺⁺, час рекальцифікації плазми – 98 сек (60 – 120). Загальний аналіз сечі (ЗАС) був в нормі.

При проведенні відеобронхоскопії з бронхіальноальвеолярним лаважем в трахеї та бронхах лівої легені – геморагічні згустки, після промивання розчином амінокапронової кислоти прохідність бронху відновились, бронхи правої легені – без особливостей. В мокротинні та промивних вод бронхів мікобактерій туберкульозу (ПЛР в реальному часі *in vitro* (GeneXpert MTB/RIF)), аеробної та факультативно-анаеробної мікрофлори, грибів роду *Candida* не виявлено.

14.02.2024 було проведено ексцизійну біопсію шийного лімфовузла ліворуч, виявлено порушення його архітекtonіки з фібротизацією, одиночні осередки збережених лімфоцитів, одиничну багатоядерну клітину, ймовірно – Березовського-Штернберга. Однак, враховуючи вкрай невеликі ділянки збережених клітин, біопсійний матеріал для імуногістохімічного дослідження був не придатний. Пацієнтка була консультована гематологом повторно 22.02.2024, призначено КТ органів грудної порожнини з внутрішньовенним (в/в) контрастуванням.

Коментар. Відповідно до СМД ЛХ від 22.07.2025 при підозрі на ЛХ як обов'язкове дослідження призначається проведення КТ-скринінг усього тіла з в/в контрастуванням йодвмісним препаратом (малий таз, черевна, грудна порожнини, шия, голова), при можливості пацієнта (наводиться в розділі «Бажане обстеження») – ПЕТ-КТ із контрастуванням радіофармпрепаратом (РФП – кон'югат глюкози з F18). Пацієнтці було призначено КТ лише грудної порожнини (ОГП) з в/в контрастуванням.

При проведенні КТ ОГП з в/в контрастуванням (23.02.2024) в S1-2 та S4 лівої легені визначались периферичні кавітуючі порожнини з тонкою стінкою з нерівномірним накопиченням контрасту розмірами 20x12x15

мм та 40x40x30 мм, що характерно для пухлини з розпадом, з інвазією грудної порожнини/грудного м'язу. На межі S1 та S3 правої легені визначалась кавітуюча порожнина з тонкою нерівномірною стінкою розмірами 10x8x8 мм (пухлина з розпадом).

26.02.2024 повторно проведено ексцизійну біопсію іншого шийного лімфатичного вузла ліворуч, виявлено порушення архітекtonіки, нодулярні скупчення поліморфних атипових лімфоїдних клітин, оточених розростаннями товстих колагенових волокон, одиночні типові клітини Рід-Штернберга, значна кількість однадерних атипових клітин, некротичні зміни пухлинних клітин.

Під час перебування у стаціонарі пацієнтка отримувала: антибіотики (амоксцилін/клавуланова кислота 500мг/125м перорально протягом 18 днів), симптоматичну (етамзилат, транексамову кислоту, декскетопрофен, омепразол) та дезінтоксикаційну терапію. Наводимо результати лабораторного обстеження через 2 тижня в динаміці лікування в стаціонарі.

В ЗАК від 27.02.2024 – поява лейкоцитозу і зсув лейкоцитарної формули вліво (табл. 1). Коагулограма від 27.02.2024: ПТІ 84%, фібрinоген 418 г/л, етаноловий тест +, фібрin 19 г/л, фібрinоген В⁺⁺, час рекальцифікації плазми 99 сек. ЗАС від 27.02.2024 в нормі.

Пацієнтка була виписана зі стаціонару 04.03.2024 у задовільному стані, консультована онкологом КДЦ, діагноз: хвороба Ходжкіна, варіант з переважанням нодулярних лімфоцитів (С 81.0), IV стадія (з урахуванням ураження легень).

Було проведено повторне гістологічне та імуногістохімічне дослідження лімфовузла, видаленого 26.02.2024. При гістологічного дослідження лімфовузла виявлено порушення архітекtonіки внаслідок нодулярного розростання клітин Рід-Штернберга лакунарного типу і клітин Ходжкіна, оточених щільним інфільтратом з малих лімфоцитів, макрофагів, плазматичних клітин, нейтрофілів, еозинофілів, що характерно для нодулярно-склеротичного варіанту класичної ЛХ. За результатами імуногістохімічного дослідження

підтверджено діагноз класичної лімфоми Ходжкіна (субстратні клітини позитивні на CD30, CD15, MUM1 і фасцин, ядра пухлинних клітин помірно позитивні на PAX-5).

Для уточнення розповсюдженості ЛХ 15.03.2024 пацієнтці проведено ПЕТ-КТ (внутрішньовенно введено РФП 348.20001 МБк, ефективна доза ПЕТ – 6.5999999 мЗв, КТ – 22.2999999 мЗв). Медіастинальний кров'яний пул SUVmax=1,75, пул паренхіми печінки SUVmax=2,89. Ліворуч надключично візуалізувався конгломерат лімфовузлів розмірами 3,9×2,4×3,5 см (SUVmax=10,61) з контактною інвазією прилеглого грудинно-ключичного м'язу ліворуч та окремі поодинокі лімфовузли від 0,75 см до 1,3 см діаметром (SUVmax=6,64) рівнів III, IV, Vb; в середостінні – конгломерати лімфовузлів над дугою аорти ліворуч, пара- та субаортально розмірами 9,2×2,0×8,0 см (SUVmax=10,29); ліворуч в S1/2 по міждольовій плеврі та субплеврально – неправильної форми вузлові структури розмірами 3,3×3,5 см з порожниною кавітації та перифокальною тяжистістю (SUVmax=8,74), в субплевральних відділах S3 – розміром 4,7×3,3 см з найбільшою порожниною кавітації, без рівня рідини (SUVmax=10,77). В інших органах – без ПЕТ-чутливої патології. Висновок: Лімфома Ходжкіна, варіант нодулярного склерозу, ПЕТ-КТ-ознаки метаболічно активної шийно-надключичної лімфаденопатії (переважно ліворуч) з контактною інвазією прилеглого грудинно-ключичного м'язу ліворуч, медіастинальною лімфаденопатією (bulky+), та вірогідно екстранодальним ураженням паренхіми легень двобічно, стадія IVX (легені?) за класифікацією Ann Arbor, критерій 5 (PET-позитивний) за шкалою Deauville.

Пацієнтка була консультована сімейним лікарем 26.03.2024 (**сьомий візит**), обговорено діагноз (верифікований через 16 міс. після первинного звернення) і необхідність лікування в гематологічному відділенні, видано електронне направлення. З 21.05.2024 було розпочато стаціонарне хіміотерапевтичне лікування у відділенні онкогематології Національного інституту раку.

ОБГОВОРЕННЯ

Представлений у статті розбір клінічного випадку (case report) з пізньою верифікацією ЛХ (на IV стадії захворювання, через 16 міс. після первинного звернення пацієнтки до лікаря ЗПСМ) підтверджує, що лімфоаденопатія потребує своєчасної диференційної діагностики на рівні фахівця первинної ланки з формуванням маршруту пацієнта у відповідності до затверджених в Україні нормативних МТД (КН НЗЛВ, СМД ЛХ). Наведений клінічний випадок підтверджує, що ЛХ найчастіше маніфестує безболісним збільшенням лімфовузлів, має поступове прогресування, найтяжчим проявом якого є ураження кістковому мозку та органів поза межами лімфатичної системи – на IV стадії захворювання. Дотримання фахівцями первинної ланки рекомендацій МТД (СМД та КН) має вирішальне значення для ранньої діагностики ЛХ на етапі її маніфестації лімфоаденопатією і своєчасного спрямування пацієнта до гематолога. У даної пацієнтки ЛХ могла бути діагностована на I стадії, що суттєво підвищило б шанси отримання тривалої ремісії [10].

У відповідності до СМД ЛХ [8], лікар ЗПСМ повинен проводити подальший нагляд за пацієнткою з ЛХ після закінчення лікування в гематологічному стаціонарі. Спостереження включає проведення скринінгу на наявність вторинних (терапія-індукованих) злоякісних пухлин, як системних (онкогематологічні захворювання), так і солідних (інші онкологічні хвороби). Пацієнт повинен бути поінформованим фахівцем первинної ланки стосовно ймовірних віддалених негативних побічних ефектів проведеної хіміо-і променевої терапії, ймовірності рецидиву захворювання або виникнення асоційованих з проведеним специфічним лікуванням інших злоякісних пухлин. Одним з критеріїв якості медичної допомоги на амбулаторному етапі є надання пацієнту з ЛХ рекомендацій стосовно способу життя з урахуванням режиму харчування, фізичних навантажень тощо.

За потребою, лікар ЗПСМ повинен

проводити симптоматичне лікування відповідно до інших галузевих стандартів для підтримки оптимальної якості життя пацієнта з ЛХ. Обов'язкові критерії якості діяльності фахівця первинної ланки включають наявність індивідуального плану обстеження і лікування пацієнта з ЛХ, який повинен бути узгоджений з близькими йому особами (члени сім'ї, родичі), що зазначено в оновленому СМД ЛХ (2025 р.).

Обов'язкові критерії якості медичної допомоги, зазначені у СМД ЛХ [8], також передбачають проведення лікарем ЗПСМ регулярного клініко-діагностичного обстеження пацієнтів з ЛХ після отримання ремісії кожні 3 місяці протягом першого півріччя, в подальшому – кожні 6 місяців до закінчення четвертого року і раз на рік надалі, при подальшому збереженні ремісії. Додатково, у разі наявності в анамнезі проведення променевої терапії на область шиї, раз на рік сімейний лікар повинен оцінювати функцію щитоподібної залози, у пацієнтів молодого віку контролювати рівні тестостерону та естрогену. Пацієнткам, які на момент опромінення грудної клітки або пахових областей були молодшими за 40 років, необхідно проводити мамографію раз на рік, починаючи з 8-го року після закінчення променевої терапії. Пацієнткам, молодшим за 30 років, додатково, окрім мамографії, призначають МРТ молочних залоз.

Індикатори якості медичної допомоги, зазначені в СМД ЛХ [8], включають наявність у закладах охорони здоров'я клінічного маршруту пацієнта з ЛХ і розрахунок статистичних показників (% пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду, % випадків з морфологічною верифікацією захворювання, виживаність пацієнтів з ЛХ). В СМД ЛХ зазначено бажаний рівень значення індикаторів: 2025 рік – 90 %, 2026 рік – 100 %. Джерелами інформації є первинні форми облікової документації (форма № 025/о, форма № 030-6/о), на підставі яких лікарем ЗПСМ (в амбулаторії сімейної медицини, ЦПМСД) шляхом аналізу інформації форм № 025/о та № 030-6/о обчислюються індикатори якості.

ВИСНОВОК

Узагальнюючи наведені вище положення СМД ЛХ, слід зазначити, що дотримання лікарем ЗПСМ рекомендацій стосовно диспансерного нагляду за хворими на ЛХ, значну частку яких становлять особи молодого віку, дозволить забезпечити оптимальну якість життя із збереженням працездатності та соціальної активності пацієнтів.

Внесок авторів: Любарець Т. Ф. – концепція роботи та дизайн, написання та редагування статті, Шкварок А. К. – збір та аналіз клінічних даних, написання статті.

Конфлікт інтересів. Автори цього рукопису підтверджують, що при підготовці рукопису конфлікт інтересу відсутній.

Джерела фінансування. Написання цього рукопису здійснено без зовнішнього фінансування.

При підготовці статті отримана інформована згода пацієнтки.

REFERENCES

- Gaddey HL, Riegel AM. Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis. *American family physician*. 2016; 94(11):896–903.
- Rodolfi S, Della-Torre E, Bongiovanni L, Mehta P, Fajgenbaum DC, Selmi C. Lymphadenopathy in the rheumatology practice: a pragmatic approach. *Rheumatology*. 2024 May 3;63(6):1484–93.
- Brice P, De Kerviler E, Friedberg JW. Classical Hodgkin lymphoma. *The Lancet*. 2021 Oct;398(10310):1518–27.
- Ansell SM. Hodgkin Lymphoma: Diagnosis and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings*. 2015 Nov;90(11):1574–83.
- Ahmadullah, Bilal M, Khan Y. Pattern of Clinical Presentation in Patients With Lymphoma. *Cureus [Internet]*. 2024 June 12 [cited 2025 Sept 28]; Available from: <https://www.cureus.com/articles/259103-pattern-of-clinical-presentation-in-patients-with-lymphoma>.
- Fedorenko ZP, Hulak LO, Mikhailovich YY, et

- al. Cancer in Ukraine, 2022-2023. Incidence, mortality, and performance indicators of the oncology service [Electronic resource]. Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine 2023;25. [in Ukrainian] URL: http://ncru.inf.ua/publications/BULL_22/index.html. Date of application: 17.08.2024.
7. Ministry of Health of Ukraine. Establishment and approval of personal composition of multidisciplinary working groups for development of sectoral standards of medical care: hemoblastoses. Order No. 1908 of 18 August 2020 [in Ukrainian]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2020. Available from: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-18082020--1908-pro-utvorennja-ta-zatverdzhennja-personalnih-skladiv-multidisciplinarnih-robochih-grup-z-rozrobki-galuzevih-standartiv-medichnoi-dopomogi>.
8. Ministry of Health of Ukraine. Standard of medical care: Hodgkin lymphoma. Order No. 1169 of 22 July 2025 [in Ukrainian]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2025. Available from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/07/dn_1169_22072025_dod_1.pdf.
9. Ministry of Health of Ukraine. Clinical protocol of medical care for patients with unspecified enlargement of lymph nodes. Order No. 626 of 8 October 2007 [in Ukrainian]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2007; Available from: <http://medstandart.net/browse/2585>.
10. Cindy Walker-Dilks (pebconc@mcmaster.ca), 2020, PEBC (Program in evidenced-based care). Management of Early-Stage Hodgkin Lymphoma [Internet]. 2023.