

Лимфома Ходжкина



Педиатрический факультет

623 группа

Энгель Е.В

Лимфома Ходжкина (синонимы: лимфогранулематоз, болезнь Ходжкина) — истинная опухоль, при которой первично поражается лимфатическая система, а поражение нелимфоидных органов происходит путем метастазирования.



Sir Thomas Hodgkin
1798 – 1866

В 1832 году описал 7
случаев первичной
опухоли л/у и селезенки



Гистологическая картина была описана

? С.Я. Березовским в 1890 г

? К. Штернбергом в 1898 г

? Дороти Рид в 1901 г



1874 - 1964

Дороти Рид

ЛИМФОМЫ

- ? Ходжкинские/Неходжкинские лимфомы 40%/60%
- ? В детской популяции НХЛ более агрессивны
Занимают 10-15 % от всех детских опухолей
- ? Болеют люди любого возраста ,но пик заболеваемости приходится на возраст от 15 до 35 лет
- ? Среди молодых больных преобладают женщины, а среди больных старших возрастных групп больше мужчин.

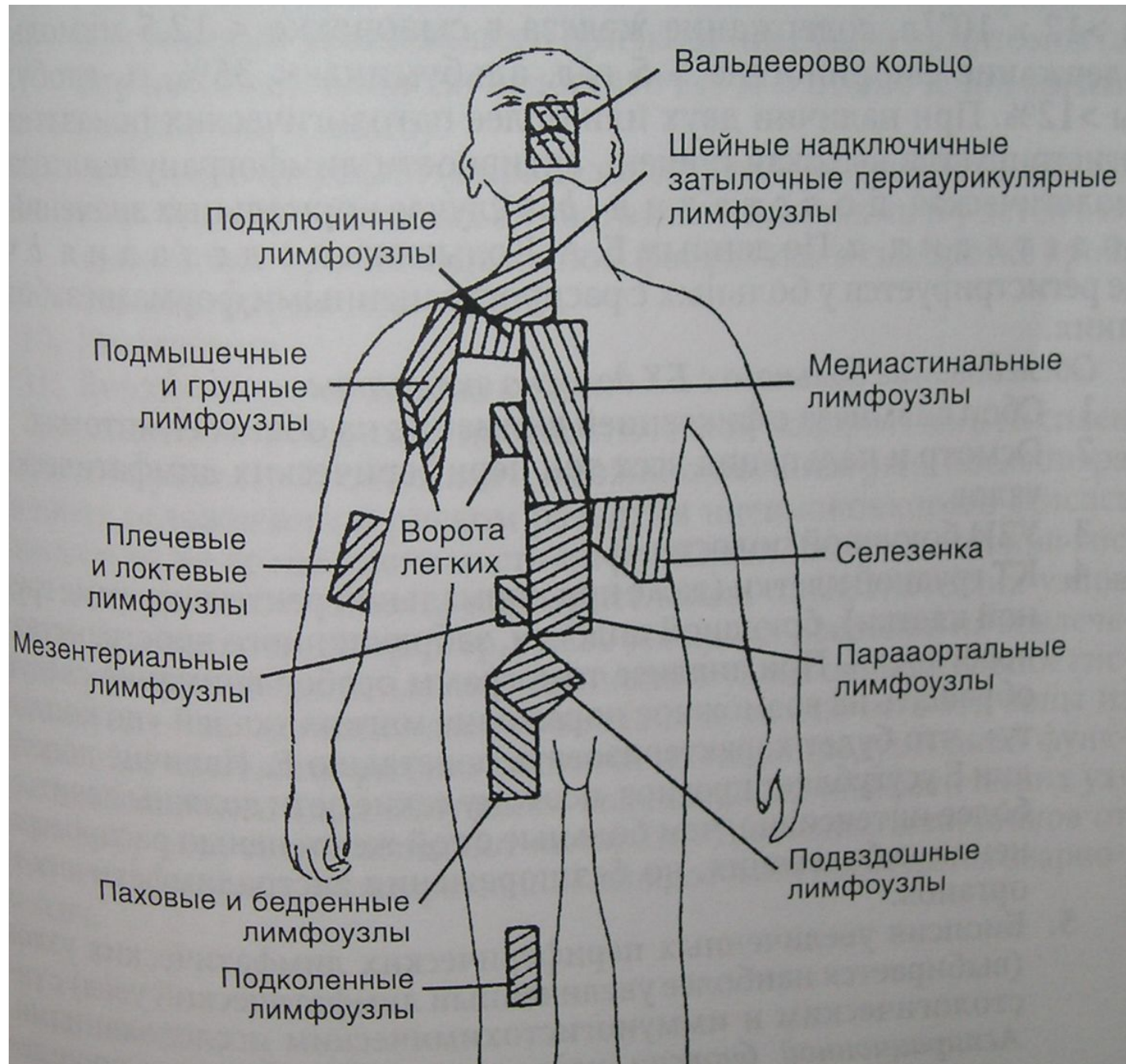


ПЕРВИЧНЫЕ ЗОНЫ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА

? Шея (шейные, надключичные, затылочные)	76 %
? Средостение	60 %
? Селезенка	26 %
? Аксилярно-пекторальные	24 %
? Парааортальные	22 %
? Легкие	15 %
? Костный мозг	7 %
? Другие	< 5 %



АНАТОМИЧЕСКИЕ ЗОНЫ ПОРАЖЕНИЯ





ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

АНАМНЕЗ

Неспецифический
лимфаденит



воспалительные
заболевания
рото- и носоглотки,
полости рта

Болезнь Ходжкина



среди полного здоровья
увелечение Л/У



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

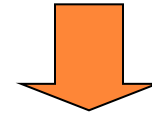
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Неспецифический
лимфаденит



увеличение в/шейных,
подчелюстных л/у:
болезненные
плотно-эластичные
м.б. спаяны с
гиперемированной
кожей

Болезнь Ходжкина



конгломерат или цепочка
л/у, над- или
подключичная обл.
Л/у: б/б,
плотные,
крайне редко спаяны с кожей



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

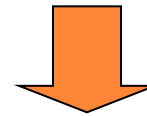
ОБЩИЕ СИМПТОМЫ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)

Неспецифический
лимфаденит



повышенная температура

Болезнь Ходжкина



лихорадка

ночные поты

потеря веса



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ДИНАМИКА НА ЛЕЧЕНИЕ

(А/Б ТЕРАПИЯ)

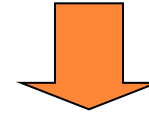
Неспецифический
лимфаденит



Положительный эффект:
болезненности и размеров л/у



Болезнь Ходжкина



Незначит. уменьшение,
отсутствие динамики



ХАРАКТЕРНЫЙ ИЗМЕНЕНИЙ В АНАЛИЗАХ ПРИ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА НЕ СУЩЕСТВУЕТ!

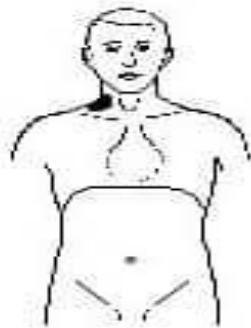
- ? У части больных наблюдается повышение СОЭ, иногда тенденция к нейтрофильному лейкоцитозу или лимфоцитопения
- ? БХ: -повышения уровня фибриногена
 - альфа2-глобулина
 - гаптоглобина
 - церулоплазмина

ОТОБРАЖАЮТ АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССА,НО НЕ ЯВЛЯЮТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИМИ



СТАДИРОВАНИЕ

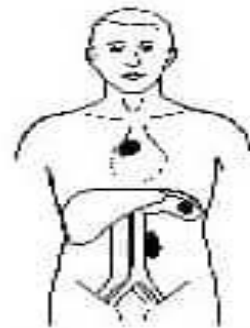
- ? Ст. I 1 группа л/у или 1 экстралимфатического органа
- ? Ст. II 2 и более зон по одну сторону от диафрагмы
- ? Ст. III поражение по обе стороны от диафрагмы
- ? Ст. IV диссеминированное поражение 1 или более э/л органов (Метастазы в печень и костный мозг всегда 4 стадия)



1 стадия



2 стадия



3 стадия



4 стадия



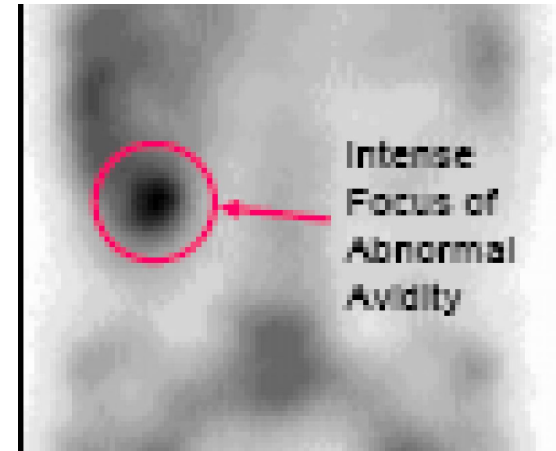
ДИАГНОСТИКА

- ? Анамнез
- ? Осмотр и пальпация всех зон периф. л/у
- ? УЗИ шеи, над- и подключичных областей брюшной полости
- ? КТ носоглотки , шеи, грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного простр, таза
- ? Сцинтиграфия с цитратом Ga
- ? Гемограмма
- ? Биохимический анализ крови (фибриноген)
- ? Трепанбиопсия костного мозга (при общих симптомах)



СЦИТИГРАФИЯ С ЦИТРАТОМ ГАЛЛИЯ

Сцинтиграфия
пациента с болезнью
Ходжкина

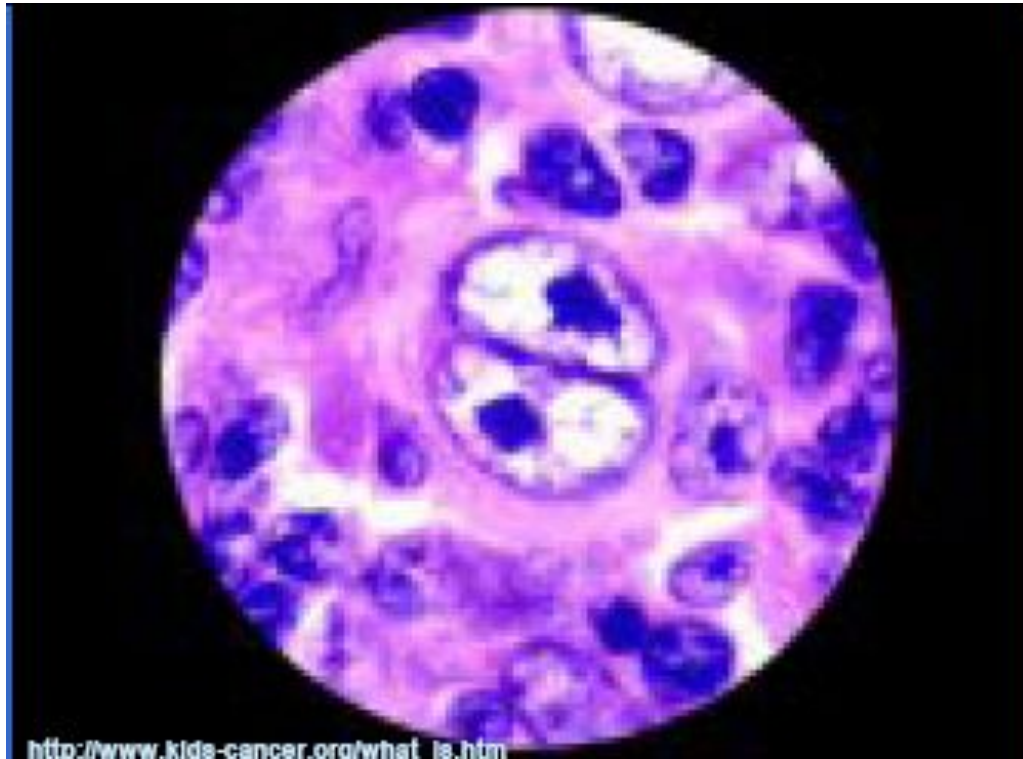


ДИАГНОСТИКА

Биопсия

- Биопсия с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием
- Биопсия увеличенных периферическим л/у
- При отсутствии увеличения периферических л/у – биопсия медиастинальных или абдоминальных л/у





Классическая клетка Рид-Штернберга — двуядерная или с ядром из двух долей. Каждое ядро или ядерная доля содержит крупное эозинофильное ядрышко с просветлением вокруг — так называемый «глаз совы». Нередко из ядрышка тонкие нити хроматина в виде лучей расходятся к хорошо определяемой ядерной мембране.



ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ХОЛЖКИНА

- ? Сочетание химиотерапии и лучевой терапии
- ? Максимальная эффективность при минимальном количестве осложнений



ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА

- ? Винкрестин
- ? Адрибластин
- ? Этопозид
- ? Циклофосфан



ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА

- ? Число курсов 2 - 6
- ? После химиотерапии облучение только вовлеченных зон в дозе 25-35 Гр
- ? Выживаемость детей 80-95 %



При подозрении на лимфому до
получения цитологического и
гистологического диагноза
нельзя вводить стероиды!



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !

