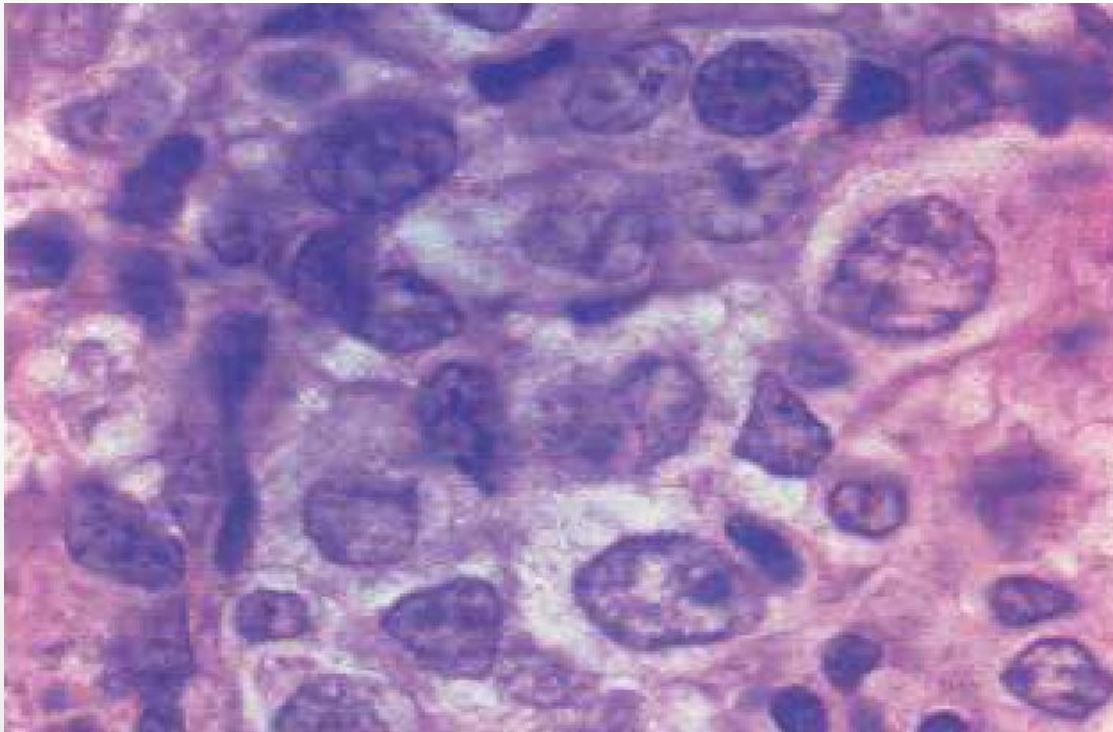


# Неходжкинские лимфомы



Докладчик:  
Горбачев Кирилл  
Группа 502 «А»

# Определение:

**Неходжскинские лимфомы (НХЛ)**– гетерогенная группа поликлональных лимфопролиферативных заболеваний, различающихся по гистологической картине, клиническим проявлениям и прогнозу.

# Эпидемиология

- На долю НХЛ приходится 4-5 % ежегодно регистрируемых злокачественных опухолей. Заболевание чаще встречается у мужчин.

# Этиология и патогенез

Этиология - неизвестна.

Факторы, увеличивающие риск заболевания:

**1. Иммуносупрессия**

**2. Аутоиммунные**

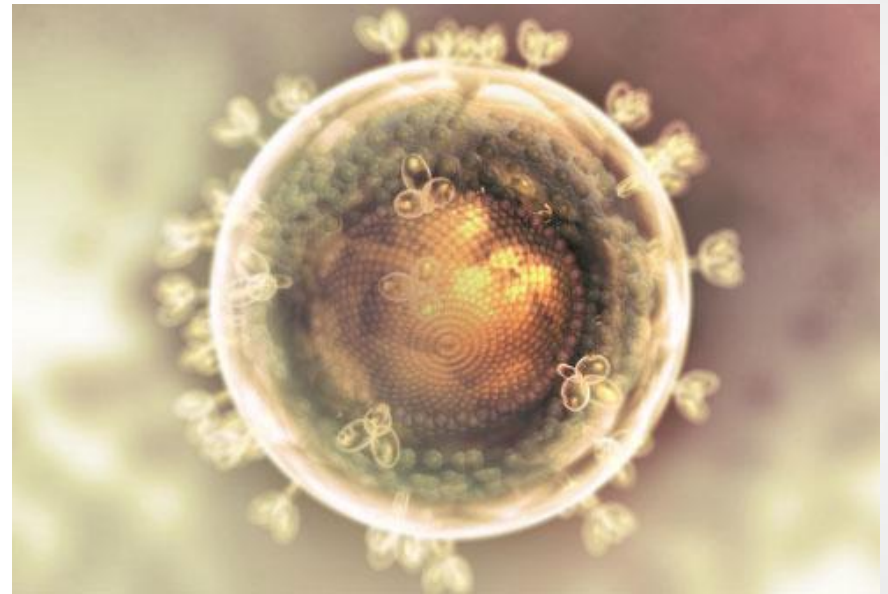
**заболевания**

(Системная красная Волчанка, ревматоидный Артрит)



# Этиология и патогенез

**3. Вирусы** - вирус HTVL-1 (Т – клеточного лейкоза 1 – ого типа),  
Вирус гепатита С,  
Вирус Эпштейна –  
Барра, ВИЧ.



**4. Профессиональные вредности**  
(пестициды, гербициды и др)

# Этиология и патогенез

Патогенез:

- Нарушение нормальной дифференцировки лимфоидной клетки вследствие изменений ее генома под влиянием этиологических факторов.
- Наиболее часто выявляемые структурные изменения генома – транслокации и делеции.
- Блок дифференцировки возможен на любом этапе.

# Классификация (ВОЗ 2008)

## **1. В-клеточные опухоли из предшественников**

### **В-лимфоцитов:**

- В-лимфобластная лимфома / лейкоз из клеток-предшественников

## **2. В-клеточные опухоли из периферических (зрелых) В-лимфоцитов:**

- Лимфоплазмочитарная лимфома
- Плазмочелочная миелома/плазмочелочитома
- Экстранодальная В-клеточная лимфома маргинальной зоны MALT-типа
- Фолликулярная лимфома
- Лимфома из клеток мантийной зоны
- Диффузная В-крупноклеточная лимфома
- Лимфома / лейкоз Беркитта

# Классификация (ВОЗ 2008)

## 3. Т- и НК-клеточные опухоли из предшественников Т-лимфоцитов

- Т-лимфобластная лимфома/лейкоз из клеток-предшественников ( )

## 4. Т-клеточные лимфомы из периферических (зрелых) Т-лимфоцитов:

- Т-клеточный пролимфоцитарный лейкоз
- Т-клеточная лимфома / лейкоз взрослых (HTLV1+)
- Грибовидный микоз / синдром Сезари
- Периферическая Т-клеточная лимфома, неуточненная
- Ангиоиммунобластная Т-клеточная лимфома
- Анапластическая крупноклеточная лимфома, Т/0-клеточная, с первичным системным поражением



# Клиническая классификация

1. **Индолетантные НХЛ:** постепенное начало, относительно медленное течение
2. **Агрессивные НХЛ:** относительно быстрое течение с ранним появлением В-симптомов требует лечения сразу после установления диагноза
3. **Высокоагрессивные НХ:** быстрое прогрессирование и при отсутствии адекватного лечения за короткое время приводит к летальному исходу

# Клиника

НХЛ может дебютировать:

1. Поражением лимфоузлов одной или нескольких групп (70%)



# Клиника

2. Поражением экстранодальных органов (30%)

- Наиболее часто поражается желудочно-кишечный тракт (24,3 %), реже — кольцо Пирогова — Вальдейера (19,4 %), головной мозг (10 %), значительно реже — молочная железа (2,0 %), легкие, плевра (1,1 %).

# Клиника



Поражение кожи волосистой части головы при В-клеточной диффузной крупноклеточной НХЛ.

# Клиника

- При НХЛ часто определяются один или более симптомов опухолевой интоксикации (В-симптомов):
  1. Профузные ночные поты
  2. Повышение температуры тела выше 38 С не менее трех дней подряд без признаков воспаления
  3. Снижение массы тела более 10% от исходной за последние 6 месяцев

# Диагностика

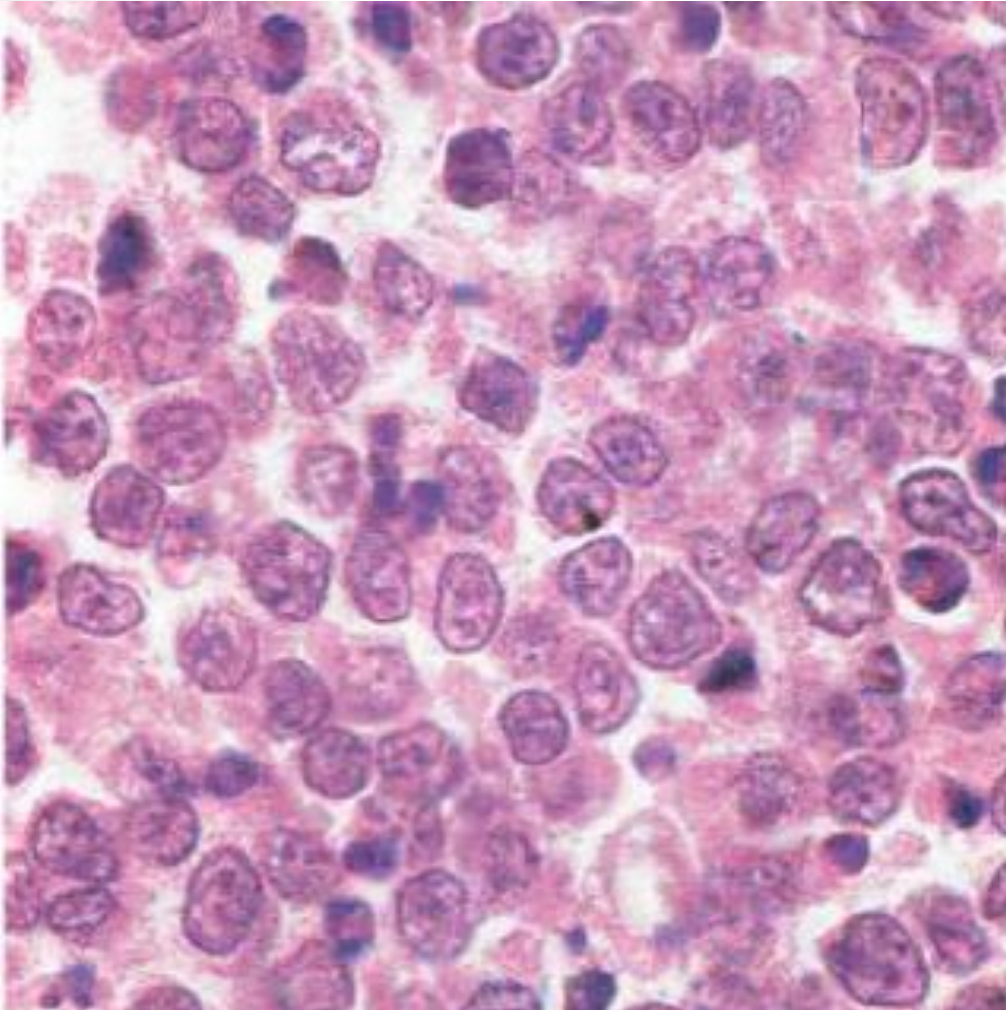
Диагностика НХЛ включает в себя :

## **1.Верификацию морфологического варианта лимфомы**

Обычно производится после биопсии пораженного периферического лимфатического узла. Производится иммунофенотипирование с целью определения В- или Т-клеточного происхождения опухоли и уровня нарушения дифференцировки.



# Диагностика



В-лимфобластная  
лимфома из клеток-  
предшественников

# Диагностика

**2. Определение стадии заболевания** при НХЛ осуществляется по классификации Ann-Arbor (1971), разработанной для лимфогранулематоза:

- **Стадия 1.** Поражение одной лимфатической зоны или лимфатической структуры (I).
- **Стадия 2.** Поражение двух и более лимфатических зон по одну сторону диафрагмы (II).



# Диагностика

- **Стадия 3.** Поражение лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы (III)
- **Стадия 4.** Диссеминированное (многофокусное) поражение одного или нескольких экстралимфатических органов с поражением или без поражения лимфатических узлов.

Каждая стадия подразделяется на «А» и «В» в зависимости от отсутствия или наличия симптомов интоксикации. Массивное поражение лимфоузлов обозначается «Х».

# Диагностика

Для определения стадии обязательно необходимо использовать:

1. Анамнез заболевания
2. Физикальное обследование
3. Билатеральную трепанобиопсию
4. Методы лучевой диагностики ( стандарт- КТ органов брюшной и грудной полостей, малого таза)

# Диагностика

**3. Определение прогноза** производится с помощью двух прогностических систем  
Международный прогностический индекс (**IPI**) для агрессивных лимфом и  
Международный прогностический индекс фолликулярных лимфом (**FLIPI**)

# Лечение

**1. Химиотерапия** – в настоящее время часто используется химиоиммунотерапия – сочетание традиционной химиотерапии (циклофосфан) и терапевтических моноклональных антител (ритуксимаб)

**2. Лучевая терапия**

**3. Хирургическое лечение**

# Лечение

Лечение больных агрессивными высокоагрессивными лимфомами начинают сразу после верификации диагноза. Больные индолентными лимфомами в ряде случаев могут находится под наблюдением и лечение начинается лишь при прогрессировании заболевания.

Спасибо за внимание!

