

dominating on the pharmaceutical market. The main applicants for immunostimulants are pharmaceutical companies from Russian Federation, Switzerland, Germany and Croatia. The part of herbal medicines is low enough (15.9%). There is registered only one drug that is based on the thick extract of medicinal mushroom. 69.9% of medicines are dispensed with a prescription in pharmacies and their departments. The medicines with the expiration date of 2 and 3 years predominate.

Conclusions. Our studies confirm actuality of making of the new immunostimulants based on dry powder of biomass mushroom of *F. velutipes*.

Key words: immunostimulatory medicines, pharmaceutical market, State registration.

Відомості про авторів:

Попович Валерій Павлович - д. фарм. н., доцент кафедри аптечної та промислової технології ліків Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Адреса: Київ, вул. Пушкінська, 22, тел.: (044) 235-90-66.

Козіко Наталія Олександрівна - к. фарм. н., асистент кафедри аптечної та промислової технології ліків Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Адреса: Київ, вул. Пушкінська, 22, тел.: (044) 235-90-66.

Буткевич Тетяна Анатоліївна - асистент кафедри аптечної та промислової технології ліків Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Адреса: Київ, вул. Пушкінська, 22, тел.: (044) 235-90-66.

УДК 616-066

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

*С.О.Сівкович, В.М.Мнішенко, А.О.Калюта**

ЛІМФОМА ГОДЖКІНА: СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», Київ,

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», Київ

Резюме. У статті представлені дані щодо захворюваності на лімфогранулематоз (лімфому Годжкіна) серед населення України, країн Європейської спільноти та США. У роботі наведені сучасні дані щодо критеріїв діагностики (гістоморфологічних, імуногістохімічних, радіологічних), тактики лікування лімфому Годжкіна – режими променевої терапії, схеми поліхіміотерапії (ABVD, BEACOPP). Доведена перевага комбінованого хіміопроменевого лікування в порівнянні із застосуванням лише одного методу. Методи лікування представлені в залежності від гістологічної будови пухлини, клінічної стадії захворювання. Тактика лікування хворих наведена в історичному аспекті.

Ключові слова: лімфома Годжкіна, імуногістохімія, поліхіміотерапія.

Лімфома Годжкіна (ЛГ) – це лімфопроліферативне захворювання, при якому в лімфатичних вузлах, що задіяні в патологічному процесі, присутня невелика фракція злоякісних полінуклеарних клітин Березовського-Штернберга і мононуклеарних клітин Годжкіна, які оточені інфільтратами, що складаються з лімфоцитів, плазматичних клітин, гранулоцитів і макрофагів [1, 2, 3, 5].

У 1890 р. С. Березовський, у 1898 р. С. Sternberg і у 1902 р. D. Reed описали цитологічні характеристики гігантських клітин при хворобі Годжкіна, які отримали в російській літературі назву клітин Березовського-Штернберга, в зарубіжній літературі – клітин Рід-Штернберга [1].

Відповідно до класифікації пухлин лімфоїдної тканини ВООЗ останнього перегляду, ЛГ поділяється на 2 категорії: нодулярний варіант ЛГ з лімфоїдною перевагою і класична ЛГ (кЛГ) [2, 5].

Майже 95 % випадків – це класична форма захворювання, решта 5 % – нодулярний варіант з лімфоїдною перевагою. До кЛГ включають хворих з трьома різновидами гістологічної картини – нодулярний склероз, змішано-клітинний варіант і варіант з лімфоцитарним виснаженням [5].

Біологічні і клінічні дослідження показали, що ЛГ складає майже 30 % усіх злоякісних лімфом людини [1, 2, 5].

В країнах Західної Європи та США частота виявлення ЛГ складає 2-3 випадки на 100 000 осіб за рік [1, 2]. У Франції ЛГ щорічно уражає 1500 осіб, і понад 7000 пацієнтів у США. Смертність у країнах Західної Європи складає 20 %. У Норвегії смертність серед хворих на ЛГ в 5 разів перевищує популяційну [2].

В Україні серед людей молодого віку (18-29 років) ЛГ займає 1-е місце серед онкологічних захворювань як у чоловіків, так і у жінок. Згідно з даними Національного канцер-реєстру (НКР), в Україні з 1999 по 2008 рр. приріст захворюваності на ЛГ склав 2,5 на 100 000 населення, що відповідає показникам в інших країнах. У 2009 р. було діагностовано 1149 випадків ЛГ. Кількість хворих на ЛГ, які перебували на обліку НКР у 2009 р., складала 16613, кількість зареєстрованих смертей від ЛГ в 2008 році дорівнювала 442 випадкам [4].

За останні роки показник виживуваності від ЛГ завдяки сучасним світовим технологіям діагностики і лікування при ранніх стадіях зріс до 80-100 %, що дозволило перевести цю патологію до розряду висококурабельних захворювань [5]. За результатами досліджень німецьких вчених, що були виконані впродовж 2006-2010 рр., 10-річна виживаність при ЛГ перевищувала 90 % в усіх вікових групах до 45 років, 80 % і 70 % – у вікових групах 45-54 і 55-64 років, відповідно.

Проте, злоякісні лімфони продовжують залишатися серйозною медичною і соціально-значимою проблемою тому, що переважна більшість захворювань знаходиться у віковому діапазоні 20-30 років, а саме ці люди складають найактивнішу, найпрацевдатнішу частину населення будь-якої країни [4]. Як наслідок, цілком зрозумілим є прагнення до подальшого поліпшення результатів лікування і зниження кількості ускладнень, пов'язаних з проведеною терапією.

Впродовж багатьох десятиліть, з моменту описання пухлини Томасом Годжкіним у 1832 р., природа і суть незвичайної хвороби, що відома під декількома назвами, а саме «лімфогранулематоз», «хвороба Годжкіна» і «лімфома Годжкіна» залишаються однією із головних загадок гематопатології.

Одним із основних критеріїв діагностики ЛГ є наявність дво- або багатоядерних гігантських клітин Рід-Штернберга (Березовського-Штернберга), які нараховують від 1 до 10 % всіх клітинних елементів, що знаходяться в характерному мікрооточенні, яке формується клітинами запалення. До пухлинних клітин входять крупні ядереця, іноді неправильної форми, площа яких співставляювана з площею ядра малого лімфоциту [2, 3, 5].

Клітини Березовського-Штернберга (БШ) бувають трьох типів: а) одноядерні клітини, в яких на поверхні ядер видно вдавлення, що надають ядрам брунькоподібну багаточисельну форму. Ядереця в ядрах цих клітин часто неправильної форми, багаточисельні, розташовуються в різних ділянках ядра. В частини клітин ядереця не проглядаються. Цитоплазма

забарвлюється в сірувато-голубуватий колір, за структурою вона однорідна або нерівномірно вакуолізована; б) двоядерні (дзеркальні) клітини. Ядра містять округлі або крупні поліморфні ядерця. Інтенсивність забарвлення цитоплазми неоднорідна; в) багатоядерні клітини, що містять більше ніж два ядра. Найчастіше ядра в таких клітинах нашаровуються одне на інше, а межі між ними прослідковуються не на всій довжині (протяжності). Структура ядер подібна структурі ядер двох попередніх типів клітин. Клітини цього типу та їхні ядра, як правило, крупніші, ніж у перших 2 типах [2, 5].

Імуногістохімічне забарвлення гістологічних препаратів є одним із найсучасніших методів, що використовуються для морфологічної діагностики. Найбільше розповсюдження цей метод отримав у діагностиці пухлин завдяки тому, що він дозволяє довести пухлинну або непухлинну природу процесу, оцінити ступінь зрілості пухлинних клітин, швидкість їхньої проліферації, виявити мікрометастази в лімфовузлах і кістковому мозку. При діагностиці лімфопроліферативних процесів тільки імуногістохімічним методом можна визначити фенотип пухлинних клітин (Т- чи В-лімфоцити), ступінь їхньої диференціювання і розташування трансформованої клітини в лімфатичному вузлі (фолікулярний центр, мантійна чи маргінальна зона). Отримані при цьому дані дозволяють клініцистам вибрати найефективніший метод і режим хіміотерапії, що, безсумнівно, призводить до вищого відсотку виживання хворих і підвищення якості їхнього життя [5].

Імунофенотипові дослідження показали, що основними імунофенотипічними ознаками клітин Годжкіна (КГ) і Березовського-Штернберга (БШ) є наявність антигену CD30. Характерним для КГ і БШ є також антиген CD15. При класичних варіантах ЛГ клітини БШ, як правило, позитивні на CD15+, CD30+ і CD20. Висока концентрація в сироватці крові хворих на ЛГ розчинної форми антигену CD30 корелює з несприятливим прогнозом захворювання, а експресія антигену CD15 є незалежною несприятливою прогностичною ознакою щодо розвитку рецидивів і тривалості життя хворих [5].

Стадіювання ЛГ відбувається за клінічною класифікацією, яка була розроблена в Ann-Arbor і удосконалена в Cotswald [2, 5].

Базовим методом при визначенні ступеня розповсюдженості ЛГ вважається рентгенівська комп'ютерна томографія (КТ). До найсуттєвіших переваг КТ відносять її неінвазивність, високу просторову розв'язуючу (дозволяючу) здатність, можливість отримання поперечних анатомічних зрізів і, завдяки цьому, детального встановлення анатомо-топографічних взаємовідносин лімфатичних вузлів з оточуючими органами і тканинами. Разом з тим, перебіг ураження лімфатичних вузлів у 35-60 % хворих відбувається без помітного збільшення їхнього розміру, що призводить до зниження точності КТ за рахунок значного збільшення кількості псевдонегативних заключень [6].

При стадіюванні злоякісних лімфом (ЗЛ) в обов'язковий діагностичний алгоритм включені: ультразвукове дослідження (УЗД), рентгенівська комп'ютерна томографія (РКТ), різні методики радіоізотопного обстеження тощо [6]. У той же час аналіз літературних даних свідчить про те, що в останні роки велика увага приділяється вивченню інформативності позитронно емісійної томографії (ПЕТ) з 18F-фтордезоксиглюкозою (18F-ФДГ) при оцінці розповсюдженості лімфопроліферативних захворювань. Точність (ПЕТ) у рестадіюванні дорівнює 95,9 % [7, 8].

ОГЛЯДИ

ПЕТ з 18F-ФДГ в онкологічній практиці є одним із провідних інструментальних методів діагностики, який в розвинених країнах став суттєвим компонентом обстеження хворих. ПЕТ може застосовуватися не тільки для ранньої діагностики первинних злоякісних утворень. У першу чергу – це високоефективний метод стадіювання, діагностики рецидивів і метастазування, оцінки ефективності лікування, широкого спектра злоякісних новоутворень. Адекватне застосування ПЕТ у діагностичних алгоритмах дозволяє підвищити точність комплексної діагностики, оптимізувати тактику обстеження і лікування хворих і є економічно оправданим. Впровадження ПЕТ у клінічну практику є неодмінною умовою вдосконалення діагностичного процесу в онкології [6, 7, 8, 10].

Таким чином, очевидно, що провідними діагностичними завданнями променевого дослідження до теперішнього часу залишаються: точне визначення стадії захворювання, рання оцінка ефективності терапії, що виконується, і виявлення анатомічних областей з максимальним ризиком рецидиву захворювання.

Променева терапія впродовж багатьох десятиріч вважалася стандартом лікування хворих на ЛГ початкової стадії. Проте було встановлено, що пацієнти, які отримували ПТ широкими полями (дистанційна гама-терапія задіяних у процес лімфатичних вузлів, а також прилеглої групи лімфатичних вузлів), мають високий ризик захворювань серцево-судинної системи, порушення легеневої функції, вторинних злоякісних новоутворень тощо [3].

Впровадження в практику лікування минулого століття 4-х компонентних схем хіміотерапії, таких як МОРР (мустарген (ембіхін) 6 мг/м² в/в у 1-й і 8-й дні, онковін (вінкристин) 1,4 мг/м² в/в у 1-й і 8-й дні, прокарбазин (натулан) 100 мг/м² внутрішньо з 1-го по 14-ий дні, преднізолон 40 мг/м² внутрішньо з 1-го по 14-й дні), СОРР (циклофосфамід, вінкрисін, прокарбазин, преднізолон), АВВД (адриаміцин (доксорубіцин), блеоміцин, вінбластин, дакарбазин), призвело до корінного перелому в лікуванні хворих на ЛГ, які вважалися інкурабельними [9, 11].

Відповідно до результатів масштабних багатоцентрових досліджень США і Європи, у яких порівнювали гібридну схему МОРР/АВВ з альтернуючою схемою МОРР/АВВД і двома послідовними курсами МОРР і АВВД, було зроблено висновок, що схема АВВД аналогічна за ефективністю схемі МОРР/АВВ (хлорметин, вінкрисін, прокарбазин, преднізолон, адриаміцин, блеоміцин, вінбластин), але менш токсична і всі комбінації ефективніші, порівняно тільки зі схемою МОРР. При лікуванні за схемою АВВД знижується токсичність, не спостерігається розвитку безплідності і відмічається незначна кількість випадків виникнення гострого мієлобластного лейкозу або мієлодиспластичного синдрому. Ця схема рекомендована як стандарт лікування у пацієнтів з ЛГ I і II стадії захворювання [11].

При стандартній хіміотерапії повна клінічна ремісія досягається в середньому лише в 60-65 % випадків і тільки при таких агресивних схемах, як ВЕАСОРР-14 повна клінічна відповідь спостерігається більш ніж у 90 % пацієнтів, але і токсичність II-IV ступеня наближається до того ж рівня [11, 12].

На зміну радикальній променевої терапії при I-IIIА стадіях захворювання приходять комбіноване хіміопроменеве лікування, яке міцно зайняло провідне положення в терапії всіх первинних хворих на ЛГ.

Лімфома Годжкіна – захворювання з високою чутливістю до хіміо-променевої терапії.

Стратегія лікування ЛГ заключається в комплексному підході з використанням комбінованої хіміотерапії і променевої терапії. Переваги такого комбінованого лікування були підтверджені багаточисельними дослідженнями [2, 9].

Відповідно до стандартів Європейського товариства медичної онкології (ESMO) при початкових стадіях ЛГ зі сприятливим прогнозом достатнім є проведення 2 курсів поліхіміотерапії (ПХТ) за схемою ABVD і наступною променевою терапією (ПТ) в дозі 30 Гр на задіяні на початку в патологічний процес лімфатичні вузли.

Лікування хворих на ЛГ на ранніх стадіях включає призначення комбінованої хіміотерапії. Загальноприйнятим режимом ПХТ для хворих на ранніх стадіях без чинників несприятливого прогнозу є курс ABVD. Кількість курсів ПХТ залежить від стадії захворювання (I чи II), відповіді пухлини на терапію, наявності чинників несприятливого прогнозу. Хворим на ЛГ II стадії з наявністю великої пухлинної маси, а також інших чинників несприятливого ризику можливе проведення ПХТ за інтенсивнішою схемою ескалірованою BEACOPP чи Stanford V. За даними V. Diehl і співавт., обов'язковою умовою максимально ефективного лікування залишається ПХТ у повних дозах без її зниження, дотримання інтервалів між курсами і обов'язкового проміжного рестадіювання на етапах терапії для первинної оцінки відповіді пухлини на лікування і планування наступної терапії на основі отриманих результатів [12, 13].

Схема BEACOPP була розроблена німецькою групою, що досліджувала ЛГ (GHSG) з використанням таких же препаратів як і в схемі COPP/ABVD, але без вінбластину й декарбазину проте з додаванням етопозиду і доксорубіцину для підвищення ефективності лікування завдяки інтенсифікації дози і частоти введення [12].

З часом були розроблені 2 варіанти схеми BEACOPP: базовий варіант BEACOPP (циклофосфан в дозі 650 мг/м² в 1-й день, доксорубіцин – 25 мг/м² в 1-й день, етопозид – 100 мг/м² в 1-3-й день, прокарбазин – 100 мг/м² в 1-7-й день, преднізолон – 40 мг/м² в 1-14-й день, блеоміцин – 10 мг/м² на 8-й день, вінкристин – 1,4 мг/м² на 8-й день) і ескалірований варіант BEACOPP (циклофосфамід в дозі 1250 мг/м² в 1-й день, доксорубіцин – 35 мг/м² в 1-й день, етопозид – 200 мг/м² в 1-3-й день, прокарбазин – 100 мг/м² в 1-7-й день, преднізолон – 40 мг/м² в 1-14-й день, блеоміцин – 10 мг/м² на 8-й день, вінкристин – 1,4 мг/м² на 8-й день). У результаті порівняльного аналізу цих схем були відмічені переваги схеми ескалірованого варіанту BEACOPP над базовим варіантом BEACOPP щодо собитійної вільної виживаності: при ескалірованому варіанті BEACOPP собитійна вільна виживаність складала 87 % порівняно з 76 % при базовому варіанті BEACOPP і 69 % при COPP/ABVD; загальної виживаності: при ескалірованому варіанті BEACOPP загальна виживаність складала 91 %, при базовому варіанті BEACOPP – 88 % і при COPP/ABVD – 83 %; частота прогресування випадків захворювання: при ескалірованому варіанті BEACOPP складала 2 %, при базовому варіанті BEACOPP – 8 % і при COPP/ABVD – 12 %. Показник смертності за 5 років склав 8,6 % при ескалірованому варіанті BEACOPP, при базовому варіанті BEACOPP – 13 % і при COPP/ABVD – 18,8 % [11, 12, 13].

ОГЛЯДИ

При локальних стадіях у межах комбінованого лікування об'єм променевої терапії загальноприйнятій – опромінення первинно уражених зон, мантиєподібна, рідше субрадикальна програма при розповсюдженій формі ЛГ, частіше фігурують локальні варіанти променевої терапії – опромінення пухлини, що залишилась, після медикаментозної терапії і зон масивного ураження, при позитивних показниках ПЕТ .

Різнобічний аналіз 30-річного досвіду системного лікування великої групи хворих на ЛГ (n=566) у рамках протоколів, що послідовно розвиваються, показав переваги поділення хворих за прогностичними групами згідно з об'ємом пухлинної маси. Виявлено переваги комбінованої хіміопроменевої терапії, інтенсифікованої відповідно до прогностичної групи, над радикальною ПТ і ПХТ для всіх хворих на ЛГ. Диференційований вибір сучасних програм комбінованої хіміопроменевої терапії останнього покоління відповідно до прогностичної групи дозволяє досягти високих як безпосередніх, так і віддалених результатів терапії в усіх групах хворих [13, 14]. Повні ремісії в сприятливій, проміжній і несприятливій прогностичних групах констатовані відповідно у 100, 99 і 90 % хворих, а 5-річна загальна виживаність досягла 98, 95 і 90 %, відповідно. Обов'язковою умовою для досягнення таких високих результатів є суворе дотримання об'єму і режиму лікування [9, 13, 14].

Комбіноване хіміопроменеве лікування має переваги над радикальною ПТ і ПХТ в усіх прогностичних групах хворих на ЛГ.

За останні роки досягнуто суттєвих успіхів у лікуванні ЛГ, що дозволило віднести її до числа небагатьох онкологічних захворювань, що виліковуються. Проте, навіть у хворих із I-II стадією захворювання у випадку застосування комбінованого лікування, очікувана частота рецидивів за 3-річний період спостереження складає приблизно 10 %, а при поширених (розповсюджених) стадіях захворювання сучасна терапія терпить невдачі майже в 1/3 первинних хворих. Це змушує використовувати в другій лінії більш агресивні курси лікування. Розвиток молекулярної і клітинної біології призвів до кращого розуміння природи ХГ і відкриває перспективи в розробці нових підходів до лікування цього лімфопролиферативного захворювання [14].

Суперечки щодо переваг різних видів лікування (радикальна ПТ, ПХТ і комбіноване лікування), переваги різних об'ємів променевої терапії і схем ПХТ і пошук оптимальних програм лікування не припиняються до теперішнього часу. Проте загальним принципом терапії хворих на ЛГ є досягнення високої частоти повного вилікування захворювання, а також зниження пізньої токсичності лікування, – перш за все, зменшення ризику появи вторинних пухлин і серцево-легеневих ускладнень завдяки призначення оптимальної тобто максимально ефективною і мінімально токсичною терапії для кожного хворого [3].

Головна ідеологія терапії – це положення: «об'єм лікування повинен відповідати об'єму ураження», і вибір інтенсивності лікування став відбуватися у відповідності з об'ємом пухлинної маси. Також у відповідності з об'ємом пухлинної маси був запропонований і поділ хворих на ЛГ на 3 прогностичні групи – зі сприятливим, проміжним і несприятливим прогнозом.

ВИСНОВОК

Таким чином, лікування ХГ повинно здійснюватись з урахуванням гістологічної та імуногістохімічної структури пухлини, клінічної стадії захворювання.

Література

1. Имянитов Е. Н. Эпидемиология и биология лимфомы Ходжкина / Е.Н. Имянитов // Практическая онкология. – 2007. – Т. 8, № 2. – С. 53-56.
2. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание / под. ред. Чиссова В.И., Давыдова М.И. – ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 576 с.
3. Даниленко А.А. Кардиальная патология у больных лимфомой Ходжкина после лечения / А.А. Даниленко, С.В. Шахтарина // Вопросы онкологии. – 2011. – Т. 57, № 1. – С. 119-125.
4. Рак в Україні, 2008–2009. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак [та ін.] // Бюл. нац. канцер-реєстру України. – 2010. – № 4. – 35 с.
5. Диагностическая онкогематология / под. ред. Д.Ф. Глузмана. – К.: ДИА, 2011. – 256 с.
6. Результаты применения совмещенной позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии в стадировании больных злокачественными лимфомами / А.В. Новицкий, В.В. Тыренко, И.В. Бойков [и др.] // Рус. Мед. Журнал. – 2011. – Т. 12. – С. 598-609.
7. Джужа Д.А. Диагностическая эффективность в онкологии позитронной эмиссионной томографии с 18F-фтордезоксиглюкозой / Д.А. Джужа // Онкология. – 2010. – Т. 12, № 3. – С. 296-303.
8. Особенности метаболической ПЭТ-визуализации у больных лимфомами / И.П. Асланиди, О.В. Мухортова, И.В. Шурупова [и др.] // Клиническая онкогематология. – 2011. – № 1. – С. 5-9.
9. Противоопухолевая химиотерапия: руководство / под. ред. Роланда Т. Скила. – ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1032 с.
10. Audonin J. Initial lesions of classical Hodgkin's lymphoma of the nodular sclerosis type / J. Audonin, A.Le Tourneau, T. Molina // Архив патологии. – 2006. – Т. 68, № 5. – С. 53-59.
11. ABVD versus BEACOPP for Hodgkin's lymphoma when high-dose salvage is planned / S. Viviani, P.L. Zinzani, A. Ramdaldi [et al.] // N. Engl. J Med. – 2011. – N. 365. – P. 203-212.
12. Демина Е.А. Натулан при лечении лимфомы Ходжкина: от МОРР до BEACOPP / Е.А. Демина // Современная онкология. – 2008. – № 4. – С. 23-27.
13. Демина Е.А. Дискуссионные вопросы лечения распространенных стадий лимфомы Ходжкина / Е.А. Демина // Злокачественные опухоли. – 2013. – № 2 (6). – С. 18-23.
14. Филатова Л.В. Основные подходы к терапии рефрактерных форм и рецидивов лимфомы Ходжкина / Л.В. Филатова, А.А. Тарасенкова, Т.Ю. Семиглазова // Вопросы онкологии. – 2012. – Т. 58, № 4. – С. 443-453.

С.А.Сивкович, В.Н.Мнищенко, А.А.Калюта

Лимфома Ходжкина: современные аспекты диагностики и лечения

ГУ «Институт гематологии и трансфузиологии НАМН Украины»,

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

Резюме. В статье представлены данные по заболеваемости лимфогранулематозом (лимфомой Ходжкина) среди населения Украины, стран Европейского

ОГЛЯДИ

сообщества и США. В работе представлены современные данные относительно критериев диагностики (гистоморфологических, иммуногистохимических, радиологических), тактики лечения лимфомы Ходжкина – режимы лучевой терапии, схемы полихимиотерапии (ABVD, BEACOPP). Доказано преимущество комбинированного химиолучевого лечения по сравнению с применением только одного метода. Методы лечения представлены в зависимости от гистологического строения опухоли, клинической стадии заболевания. Тактика лечения больных представлена в историческом аспекте.

Ключевые слова: лимфома Ходжкина, иммуногистохимия, полихимиотерапия.

S. Sivkovych, V. Mnishenko, A. Kaliuta

Hodgkin's lymphoma: modern aspects of diagnostics and treatment

**State Institution “Institute of Haematology and Transfusiology
of NAMS of Ukraine”,**

**State Institution “Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of
NAMS of Ukraine”**

Summary. The paper presents information on the incidence of Hodgkin's disease (Hodgkin's lymphoma) among the population of Ukraine, the European Community and the United States of America. In the work there has been analyzed the current data regarding diagnostic criteria (histomorphological, immunohistochemical, radiological), treatment strategy of Hodgkin's lymphoma – modes of radiation therapy, methods of chemotherapy (ABVD, BEACOPP). There has been proved the advantage of combined chemoradiotherapy compared with the use of only one method. There have been presented methods of treatment depending on the histological structure of the tumors, the clinical stage of the disease. The historical aspect of treatment tactics has been described.

Key words: Hodgkin's lymphoma, immunohistochemistry, chemotherapy.

Відомості про авторів:

Сівкович Світлана Олексіївна – д. мед. н., професор, головний н. с. відділення захворювань системи крові. Адреса: Київ, вул. М.Берлінського, 12, тел.: (044) 440-27-44.

Мнішенко Валентин Миколайович – н. с. відділення захворювань системи крові. Адреса: Київ, вул. М.Берлінського, 12, тел.: (044) 440-27-44.

Калюта Аліна Олександрівна – к. мед. н., с. н. с. відділення планування сім'ї. Адреса: Київ, вул. П.Майбороди, 8.

УДК 615.03

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

М.Л.Сятиня, В.П.Попович, О.М.Глушченко, С.Л.Хоменко

ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ: АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ УКРАЇНИ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. В останнє десятиліття в усіх країнах світу спостерігається збільшення кількості хворих на алергічні захворювання. У трійку лідерів серед хвороб алергічного генезу входять алергічний риніт, бронхіальна астма та atopічний дерматит [10,12]. Глюкокортикостероїди є групою лікарських засобів (ЛЗ), які