

Тема: 48 Нехочкинови и хочкинови лимфоми

БОЛЕСТ НА ХОДЖКИН (Злокачествена лимфогрануломатоза) (Morbus Hodgkin) Болестта на Ходжкин е злокачествено лимфопролиферативно заболяване с неуточнена генеза. Боледуват по-често мъжете.

Етиология: Неуточнена. Заболяването се среща по-често при имunosупресирани болни, при HIV инфекция, при работещи с гориво-смазочни материали и с пестициди. С повишен риск за заболяването са лица, преболедували инфекциозна мононуклеоза, тъй като при част от болните е установено наличие на генома на вируса на Епщайн-Бар.

Клинична картина: Заболяването започва с увеличение на периферните лимфни възли (лимфаденомегалия). Най-честата начална локализация е в лявата шийна област. Могат да бъдат ангажирани аксиларните и ингвиналните лимфни възли. Увеличените лимфни възли са неболезнени, несраснали, не нагнояват, не фистулизират. Могат да се уплътняват и втвърдяват от разрастването на фиброзна тъкан. Не се открива регионален възпалителен процес, който да обясни увеличените лимфни възли. При част от болните в началото на заболяването се установява и увеличена слезка (спленомегалия), вследствие на лимфомна инфилтрация. Общите симптоми се изразяват в адинамия, лесна умора, безапетитие, повишена температура – 380 С, нощни изпотявания, намаление на теглото, безапетитие. Инфилтрацията на черния дроб се проявява с хепатомегалия, а при прогресия на заболяването се развива жълтеница. Различават се 4 клинични стадия: I ст. – ангажиране на лимфни възли в 1 анатомична зона; II ст. – ангажиране на лимфни възли в 2 или повече анатомични зони, но от едната страна на диафрагмата; III ст. – ангажиране на лимфни възли от двете страни на диафрагмата, със или без ангажиране на слезката IV ст. – генерализирано увеличение на лимфните възли, с въвлечане на други органи и системи. Всеки стадий се обозначава като „А” при липсата, или като „В” при наличието на някой от следните признаци – температура над 380С; редукция на теглото над 10% за 6 мес.; нощни изпотявания.

Лечение: Целта на лечението е пълно излекуване. Най-благоприятни са резултатите, когато ходжкиновият лимфом е в I или II стадий на развитие. Прилагат се: Лъчелечение - за I, II и III стадий – телегаматерапия или бетатрон – облъчват се не само ангажираните, но и съседните лимфни възли, като от лъчите се защитават сърцето, белите дробове, бъбреците, яйчниците. Комбинирана химиотерапия – едновременно приложение на няколко цитостатика. Най-често се използват следните схеми: Схема MOPP – по схема приложение на Mustargen (Nitrogen mustard), Vincristin (Oncovin), Procarbazine (Natulan), Prednisone. Схема COPP – Ciclophosphamid вместо Нитроген мустард При болни с III б и IV ст. се използва схема ABVD – Adriamycin, Bleomycin, Vinblastin, Dacarbasine. Прилага се и интензивен режим за лечение, включващ Bleomycin, Etoposide, Doxorubicin, Ciclophosphamid, Vincristine, Procarbazine, Prednisone (BEACOPP). Провеждат се средно 6 курса химиотерапия през 2 седмици. Комплексното лъче- и химиолечение осигуряват ремисия при 80-90% от болните и продължителен безрецидивен период.

НЕХОДЖКИНОВИ МАЛИГНЕНИ ЛИМФОМИ Неходжкиновите лимфоми (НХЛ) са голяма и разнородна група лимфопролиферативни заболявания. Те са най-честата неоплазма между 20- и 40-годишна възраст. В зависимост от морфологичната им характеристика се делят на две основни групи: лимфоцитни – с ниска степен на малигненост, и лимфобластни – с висока

степен на малигненост. Според имунологичната им характеристика биват В- и Т- лимфоми, в зависимост от произхода им от В- и Т-лимфоцитите. Около 90% от НХЛ са В-лимфоми, 10% са Т-лимфоми

Клинична картина: Най-характерната проява са увеличените лимфни възли, които са плътни, неболезнени, с тенденция за срастване помежду си и с околните тъкани. Част от болните имат фебрилитет, нощни изпотявания, телесна редуция. При големи туморни маси в медиастиналните лимфни възли има компресивни явления – диспнея, дисфагия, синдром на горната празна вена. При стомашна и чревна локализация оплакванията са от коремни болки, диария, хеморагии или остра перфорация. При големи туморни маси в корема се развиват асцит, лимфостазата или прояви на компресия. Слезката и черният дроб са увеличени от лимфомна инфилтрация. Рентгенологичното изследване може да покаже увеличение на медиастиналните и/или хилусните лимфни възли, плеврални изливи или белодробна инфилтрация. С ехография или КАТ се установява засягането на коремните лимфни възли. Кръвната картина не дава характерни промени. СУЕ се увеличава с прогресирането на процеса. В хода на заболяването може да се изяви хемолитична анемия; левкоцитният брой обикновено е нормален. Диференциалното броене може да установи лимфопения.

Лечение: Лъчетерапия – използва се в I и II стадий, с предшестваща и последваща химиотерапия, а в напредналите стадии – като спомагателно лечение. Химиотерапия – цитостатици (циклофосфамид, хлорбутин) в съчетание с преднизон. При лимфоми с ниска степен на малигненост, но в стадий В, се прилага комбинирана химиотерапия: схема СVP (циклофосфамид, винкристин, преднизон), схема СНОР (циклофосфамид, адриамицин, винкристин,