

1. Злокачественные лимфомы. Лимфогранулематоз. Неоджкинские лимфомы. Эпидемиология. Этиология. Факторы риска.

Лимфома Ходжкина (**синонимы**: лимфогранулематоз, болезнь Ходжкина, злокачественная гранулёма) — **злокачественное заболевание** лимфоидной ткани, характерным признаком которого является наличие гигантских **клеток Рид — Березовского — Штернберга** (англ.)**русск.**, обнаруживаемых при **микроскопическом** исследовании поражённых лимфатических узлов.

Этиология и эпидемиология

Болезнь принадлежит к большой и достаточно разнородной группе заболеваний, относящихся к **злокачественным лимфомам**. Основная причина возникновения **болезни** не совсем ясна, но некоторые **эпидемиологические** данные, такие как: совпадение по месту и **времени**, спорадические множественные случаи у некровных родственников, говорят об инфекционной природе болезни, а точнее вирусной (**вирус Эпштейна — Барр** (англ. *Epstein-Barr virus, EBV*)). Ген вируса обнаруживается при специальных исследованиях в 20—60 % биопсий. Эту теорию подтверждает и некоторая связь болезни с **инфекционным мононуклеозом**. Другими способствующими факторами могут быть генетическая предрасположенность и, возможно, химические вещества.

Это заболевание встречается только у **человека** и чаще поражает представителей европеоидной **расы**. Лимфогранулематоз может возникнуть в любом возрасте. Однако существует два пика заболеваемости: в возрасте 20—29 лет и старше 55 лет. И **мужчины**, и **женщины**, за исключением детей до 10 лет (чаще болеют мальчики) болеют лимфогранулематозом одинаково часто, но мужчины всё же несколько чаще, с соотношением 1,4:1.

Частота возникновения заболевания — примерно 1/25000 человек/год, что составляет около 1 % от показателя для всех злокачественных новообразований в мире и примерно 30 % всех злокачественных лимфом.

Неходжкинские лимфомы - гетерогенная группа злокачественных лимфопролиферативных опухолей, отличающихся по биологическим свойствам, морфологическому строению, клиническим проявлениям, ответу на терапию и прогнозу. Традиционно в нашей стране для определения этой патологии использовался предложенный Р.Вирховым в 1881 г. термин «лимфосаркомы».

Заболеваемость неходжкинских лимфом

Заболеваемость НХЛ имеет неизменную тенденцию к росту в течение последних лет; она выше в развитых странах мира, где увеличилась более чем на 50% за последние 20 лет и превышает по темпу прироста лимфому Ходжкина. НХЛ встречаются повсеместно, однако имеют неодинаковый уровень заболеваемости в разных регионах земного шара - редко выявляются в Японии, Индии, Сингапуре, весьма распространены в США, Канаде,

Африке. Отмечаются расовые различия заболеваемости: белокожие болеют значительно чаще чернокожих, американцы чаще японцев (независимо от места проживания). В России НХЛ составляют 2,5% от всех злокачественных опухолей, в 2006 г. выявлен 8956 новых случаев; среди мужчин заболеваемость составила 7,0 на 100 000, среди женщин - 5,9 на 100 000. Неходжжискими лимфомами болеют люди всех возрастов. Заболеваемость растет параллельно возрасту, более половины случаев выявляется в возрасте старше 60 лет.

Этиология неходжжиских лимфом

Этиология неходжжиских лимфом окончательно не установлена. Высказывается мнение о том, что увеличивают риск развития неходжжиских лимфом такие факторы, как инфекционные агенты (вирус Эпштейна-Барр, ВИЧ, человеческий Т-клеточный лимфотропный вирус типа I), факторы внешней среды (ионизирующее излучение, пестициды), первичный и вторичный (ятрогенный) иммунодефицит, аутоиммунные заболевания. Весьма низкой является возможность развития неходжжиских лимфом у кровных родственников.

2. **Диспансеризация онкологических больных. Учетно-отчетные формы. Тактика врача общей лечебной сети при подозрении на злокачественную опухоль.**

Диспансерный принцип организации онко службы включает:

- 1) Первичная профилактика злокач новообразований, 2) вторичная профилактика, 3) активное выявление больных со злокачественными новообраз-ми и взятие их на диспансерный учет, 4) оказание квалифицированной и специализированной лечебно-консультативной помощи всем выявленным онко больным, 5) диспансерное наблюдение и реабилитация, 6) проведение широкой сан просвет работы.

Клинические группы:

Группа Ia - больные с заболеваниями, подозрительными на онкологические. Они диспансеризуются у врачей, заподозривших онкопатологию, до установления или до снятия подозреваемого диагноза.

Группа Ib - больные с предраковыми заболеваниями. Если заболевание является факультативным предраком, то диспансеризация и лечение осуществляются в общей лечебной сети, обязательный предрак наблюдают врачи онкологи. При хирургическом лечении предрак заболеваний строго проводят гистологическое исследование удаленного очага. После проведения радикального лечения подлежат активному диспансерному наблюдению в течении 2х лет, после чего при отсутствии рецидива их снимают с диспансерного учета.

Группа 2 - больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования в курабельных (1-3) стадиях, могут в рез-те современного лечения полностью избавиться от злокач новообразования, длительная ремиссия. Они подлежат **специальному лечению**. Диспансеризуются у онкологов.

Группа 2а –больные подлежат **радикальному лечению**(применение современ средств лечения направленное на полное излечение).1-2 стадия заболевания-ограниченное развитие опухолевого процесса.

Группа 3 - больные, закончившие специальное лечение по поводу злокачественного новообразования в курабельных 1-III стадиях. Диспансеризуются у онкологов на протяжении всей жизни.

Группа 4 - больные с далеко зашедшим процессом изначально, или с рецидивами, метастазами после ранее проведенного лечения. Диспансеризуются они и в онкологической и в общей лечебной сети. При возможности специального лечения (с паллиативной целью) оно проводится онкологами. Симптоматическое лечение осуществляется участковыми терапевтами. С учета не снимаются!!!

Документами диспансеризации онкобольных являются следующие:

Ф№ 025-у- амбулаторная история болезни,

Ф№ 030—6/у-контрольная карта карта диспансерного наблюдения больного со злокач новообразов

Ф№090/у-« извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования»

Ф№27-1/у-«выписка из мед карты стационарного больного злокач новообразованиями»

Ф№027-2/у-« протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокач новообразования»На впервые выявленные случаи опухолей в IV стадии ,3 стадия при визуально доступных локализациях.

На умерших от опухолевого заболевания – составляется и высылается **“Выборочная карточка”**. Больные злокачественными новообразованиями всех локализации, проживающих в районе обслуживания данного онко учреждения(диспансер, онко отделения,кабинеты),должны быть взяты под диспансерное наблюдение и подлежат пожизненному диспансерному наблюдению.На них заполняется **контрольная карта диспансерного наблюдения(ф№030-6у), мед карта амбулат больного(ф№025-у)**. В контрольной карте отражают- паспорт данные, дата взятия на учет, развернутый клинический диагноз с указанием гистологической формы, стадии, клиническую группу в момент установления диагноза и изменение ее в процессе наблюдения за больным, дату и точное название операции, срок , вид и (разовую,суммарную) дозу лучевого лечения, способ введения и (разов и суммар) дозу химиотерапии с указанием используемых лекарственных средств.- все эти данные берутся из « выписки из мед карты стационарного больного злокач новообраз» (**ф№027/1-у**).Диспансерное наблюдение после проведенного лечения- в 1 год-1 раз в квартал, 2 год-1 раз в полугодие, в дальнейшем всю жизнь 1раз-в год.В карте есть место для сведений о явке больного на контрольные осмотры, если пациент не приходит в назначенный срок- отсылают открытки с приглашением, звонят, ходят по участкам.

3. **Ситуационная задача:** У пациента 38 лет в косметологической клинике 4 месяца назад было удалено пигментное образование правого предплечья. В настоящее время в области послеоперационного рубца появилось уплотнение с черным пигментным окрашиванием размером 4 мм. Также в подмышечной области справа определяются подмышечные лимфоузлы, увеличенные до 1,5 см, плотноэластичной консистенции. Сформулируйте предположительный диагноз и определите тактику.

Эталоны ответов

1. Меланома кожи правого предплечья. Рецидив после нерадикальной операции. Метастазы в подмышечные лимфоузлы справа.
2. УЗИ региональных лимфоузлов, УЗИ органов брюшной полости, Rg-графия органов грудной клетки.
3. При отсутствии отдаленных метастазов – иссечение рецидива с подмышечной лимфаденэктомией справа. Решение вопроса о системной терапии.