

## **Сестринский уход за пациентами со злокачественными опухолями мочевого пузыря, почки, предстательной железы. Сестринский уход за пациентами со злокачественными лимфосаркомами.**

### Содержание:

1. Факторы риска развития рака мочевого пузыря, почки, простаты.
2. Клинические проявления (ранние симптомы).
3. Формы онкологических заболеваний, классификация по стадиям.
4. Диагностика и лечение онкологических заболеваний.
5. Принципы профилактики.
6. Факторы риска развития лимфогранулематоза, лимфосаркомы.
7. Клинические проявления (ранние симптомы).
8. Формы онкологических заболеваний, классификация по стадиям.
9. Диагностика и лечение онкологических заболеваний.
10. Принципы профилактики.
11. Особенности ухода и диспансерного наблюдения.

**Рак почки или почечно-клеточный рак** – онкологическое заболевание, наиболее часто поражающее людей в возрастном промежутке от 55 до 60 лет.

Среди всех злокачественных новообразований, по уровню заболеваемости данная болезнь занимает десятое место

#### **Причины возникновения рака почки**

Однозначных ответов на вопрос о причинах возникновения данного онкологического заболевания на сегодняшний день нет. Существовали предположения о том, что люди, задействованные в производстве анилиновых красителей (при их производстве образуются канцерогены) подвергаются гораздо более высокому риску развития этой болезни. Эти же канцерогены считаются пусковым механизмом развития рака мочевого пузыря. К группе повышенного риска относят пациентов с заболеванием Хиппеля-Линдау, людей с приобретенными кистами, поликистозом и подковообразными почками.

К основным предрасполагающим факторам развития рака почки относят:

- Возраст и пол. У мужчин данная патология наблюдается в два раза чаще, причем заболеваемость достигает своего максимума к семидесяти годам
- Ожирение. В результате многочисленных исследований было подтверждено, что на возможное развитие рака почки влияет чрезмерная масса тела
- Курение. Курение табака является доказанным фактором риска развития всех злокачественных новообразований. У курильщиков (как мужчин, так и женщин) риск появления опухоли почки, по сравнению с некурящими людьми возрастает с 30 до 60% - Артериальная гипертензия
- Заболевания почек. Было отмечено повышение риска развития почечно-клеточного рака у больных с терминальной стадией ХПН (хронической почечной недостаточности)
- Мочегонные лекарственные препараты. Некоторые исследователи связывают появление данной онкологии с использованием диуретических препаратов
- Сахарный диабет. Было отмечено увеличение заболеваемости раком почки у людей, страдающих сахарным диабетом
- Питание. По мнению большинства исследователей, употребление фруктов и овощей значительно снижает риск развития данной злокачественной опухоли

Рак почки метастазирует лимфогенным и гематогенным путем. На момент установления диагноза у каждого четвертого пациента обнаруживаются метастазы. Выживаемость таких больных составляет не более одного года и лишь около десяти процентов переживают два года. У порядка 30-50% пациентов, после проведенной нефрэктомии развиваются метастазы. Прогноз у таких больных немного лучше, однако пятилетняя выживаемость у них не превышает девяти процентов. Наиболее

частые места локализации метастазов: головной мозг, надпочечники, контралатеральная почка, печень, лимфатические узлы, кости, легкие

#### Симптомы рака почки

На начальных стадиях данное заболевание протекает бессимптомно и обнаруживается совершенно случайно при компьютерном или ультразвуковом исследовании по поводу наличия других заболеваний.

Наиболее часто встречающимся симптомом отмечается кровь в моче (гематурия), которая появляется постоянно или периодически и при массивном кровотечении может проявляться в виде сгустков.

При сдавливании или прорастании опухолью окружающих тканей и при почечной колике возникают болевые ощущения в животе и пояснице. Наличие острой боли может быть вызвано кровоизлиянием в опухоль или вследствие ее разрыва с последующим формированием забрюшинной гематомы.

Третьим местным симптомом рака почки является пальпируемая опухоль (на момент установления диагноза присутствует у каждого шестого больного).

На поздних стадиях протекания заболевания, опухоль начинает пальпироваться через переднюю брюшную стенку, расширяются подкожные вены живота, появляются отеки ног, у мужчин расширяются вены семенного канатика (варикоцеле), наблюдается тромбоз вен нижних конечностей, слабость, потеря аппетита и похудание

#### Стадии рака почки

Стадия 1 – опухоль не распространяется за пределы почки

Стадия 2 – опухоль остается в пределах почечной фасции, однако прорастает почечную капсулу

Стадия 3 – опухоль метастазирует в лимфатические узлы почечной пазухи, или прорастает нижнюю полую или почечную вены

Стадия 4 – опухоль имеет отдаленные метастазы или прорастает соседние органы (кроме надпочечников)

#### Диагностика рака почки

В случае появления крови в моче необходима незамедлительная консультация уролога, который назначит проведение необходимого в этих случаях обследования (УЗИ мочеполовых органов, анализы мочи и крови). УЗИ (ультразвуковое исследование) почек является первостепенным методом обследования при появлении макрогематурии. Очень часто злокачественное новообразование почки обнаруживается именно при этом исследовании, которое выполняется по поводу другого заболевания. Существенными недостатками ультразвукового исследования является зависимость полученных результатов от квалификации лечащего врача и недостаточная визуализация у людей с избыточной массой тела. При выявлении малых по размеру (до трех сантиметров) опухолей также возникают определенные затруднения. В случае подозрения на наличие у человека новообразования почки, показано проведение дополнительного обследования.

Экскреторная урография (после введения внутривенно контрастного вещества проводится рентгенологическое исследование) применяется для оценки функции почек и диагностики возможных опухолей.

После появления магнитно-резонансных и компьютерных томографов, ценность данного исследования существенно снизилась, так как новые диагностические методы позволяют выявить опухоль почки практически любого размера, установить ее распространенность и функцию здоровой и пораженной почки.

Обязательным условием обследования пациента с подозрением на раковую опухоль почки является проведение рентгенографии грудной клетки, костей таза и легких. В случае подозрения на метастатическое поражение костей, показано проведение радионуклидного сканирования костей, позволяющее уточнить наличие метастатического поражения костей.

Дифференцированный диагноз проводят с воспалительными инфильтратами (абсцесс, пиелонефрит), доброкачественными опухолями (онкоцитомы, ангиомиолипома, аденома), кистами, первичными злокачественными опухолями почки (нефробластома, лимфома, саркома)

#### Лечение рака почки

Превалирующим методом лечения данной онкологии является хирургическое вмешательство, которое проводится во всех возможных случаях. Операция заключается в удалении почки, окружающей ее жировой клетчатки и мочеточника (радикальная нефрэктомия). На данный момент разработаны и успешно применяются органосохраняющие операции при раковом поражении почки. Они проводятся на ранних стадиях развития опухоли, в случае невозможности по какой-либо причине удаления самой почки. Такие оперативные вмешательства заключаются в удалении только части почки и как показывают исследования, органосохраняющие операции мало чем отличаются от нефрэктомии. Единственным существенным недостатком в проведении данных операций является высокий риск дальнейшего развития местного рецидива. После проведения радикальной нефрэктомии, у больных 1 стадии пятилетняя выживаемость составляет порядка 75%. В случае поражения опухолью поллой вены (2 стадия) пятилетняя выживаемость составляет порядка 45%. Если в процесс была вовлечена почечная вена (2 стадия), пятилетняя выживаемость составляет порядка 55%. При вовлечении в процесс окружающей почку жировой клетчатки (3 стадия) пятилетняя выживаемость около 75%. В случае поражения региональных лимфатических узлов (3-4 стадии) пятилетняя выживаемость колеблется от 5 до 18%. При прорастании опухолью соседних органов и отдаленном метастазировании пятилетняя выживаемость менее 5%.

Химиотерапия (лекарственное лечение) при раке почки неэффективна.

Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения данного злокачественного новообразования ввиду неэффективности также не применяется, а лишь используется для предотвращения дальнейшей прогрессии, уменьшения болей, предотвращения и стабилизации патологических переломов.

**Рак мочевого пузыря** - это злокачественная опухоль, исходящая из элементов внутренней стенки мочевого пузыря.

Рак мочевого пузыря встречается довольно часто и занимает 11 место по частоте возникновения среди злокачественных опухолей. В 4 раза чаще рак мочевого пузыря встречается у мужчин, что связано с анатомическими особенностями мочевых путей у мужчин.

#### Причины развития рака мочевого пузыря

Воздействие химических агентов: у лиц длительно работающих в резиновой, газовой, химической, текстильной и скобяной промышленности.

Курение: около 90% пациентов, страдающих раком мочевого пузыря - курильщики.

Воспалительные процессы мочевого пузыря - хронические циститы.

Некоторые паразиты могут вызывать развитие рака: шистосомы, обитающие в водоемах африканских стран, внедряются в уретру и откладывают яйца в стенку мочевого пузыря, где, в дальнейшем развивается рак.

Кроме того, изучается влияние на развитие рака мочевого пузыря вируса папилломы человека. Предраковым заболеванием являются папилломы мочевого пузыря, по этой причине их следует удалять.

#### Стадии рака мочевого пузыря:

1 стадия: опухоль затрагивает только слизистую оболочку мочевого пузыря;

2 стадия: опухоль прорастает до мышечного слоя

3 стадия: опухоль переходит на окружающие мочевой пузырь мягкие ткани;

4 стадия: опухоль прорастает во внутренние органы: влагалище, матка, предстательная железа, передняя брюшная стенка, стенки таза или любой размер опухоли при наличии метастазов в близлежащих лимфатических узлах или отдаленных органах.

### **Симптомы рака мочевого пузыря**

На первый план выходят симптомы, характерные для цистита: боль в покое и при мочеиспускании, дизурические расстройства - ощущение неполного опорожнения, ложные позывы, недержание и нарушение пассажа мочи.

При росте опухоли в просвет мочевого пузыря и её разрушении появляется гематурия - примесь крови в моче, кровь обычно свежая, алого цвета в виде прожилок или нескольких капель, возникает на фоне полного благополучия и не сопровождается болью. Возможно развитие профузного (интенсивного) кровотечения со сгустками.

При далеко зашедших опухолях появляются осложнения, связанные с прорастанием в соседние органы:

- сильные ноющие боли внизу живота,
- формирование свищей между мочевым пузырем и влагалищем, мочевым пузырем и прямой кишкой, надлобковые свищи.

При появлении метастазов в близлежащих лимфатических узлах (паховых и забрюшинных) возможно нарушение оттока лимфы от нижних конечностей, формирование лимфатического отека нижних конечностей, мошонки.

### **Обследование при раке мочевого пузыря**

Ультразвуковое исследование органов малого таза - обязательное исследование при подозрении на рак мочевого пузыря и гематурии, позволяет оценить непосредственно стенку мочевого пузыря, обнаружить опухоль, степень её прорастания в стенку пузыря, поражение смежных органов. Кроме того, данное исследование позволяет выявить метастазы в близлежащих лимфатических узлах. Исследование выполняют при наполненном мочевом пузыре натощак.

При выполнении трансуретрального УЗИ (ТРУЗИ), трансвагинального и трансректального диагностическая ценность метода повышается, особенно при их сочетании.

Цистоскопия: эндоскопическое исследование уретры и мочевого пузыря под наркозом. Позволяет на глаз обнаружить опухоль, оценить ее размеры, распространенность. Возможно взятие биопсии- кусочка опухоли для исследования.

В некоторых случаях, при больших размерах опухоли выполняют компьютерную и магнитно-резонансную томографию органов малого таза.

### **Лечение опухолей мочевого пузыря**

Ведущим методом лечения опухолей мочевого пузыря является операция. Операция выполняется с учетом следующих моментов: максимально удалить все видимые участки роста опухоли, предотвратить развитие рецидива и избежать прогрессирования заболевания (рост в окружающие органы, метастазирование.)

При небольших опухолях на ранних стадиях используется **трансуретральная резекция стенки мочевого пузыря путем цистоскопии**. Но, при подобных операциях рецидивы опухоли возникают в 50%.

При раке мочевого пузыря 2-3 стадии операция носит более агрессивный характер: **цистэктомия** - удаление всего мочевого пузыря с формированием резервуара из стенки прямой кишки, тяжелая операция, приводящая к инвалидизации больных. Существует несколько методик подобных операций, но все они сводятся к перемещению мочеточников в другие анатомические зоны: на кожу, в прямую кишку, что осложняется развитием восходящей инфекции.

В некоторых случаях, особенно за рубежом, применяется лучевая терапия в дозе 60-70 Гр, самостоятельно или как дополнение к трансуретральной резекции.

В последнее время в практику лечения рака мочевого пузыря входит **внутрипузырная химиотерапия, иммунотерапия и фотодинамическая терапия**.

Использование системной химиотерапии возможно в дополнении к лучевой терапии или у пациентов с метастатическим раком мочевого пузыря.

### **Прогноз при опухолях мочевого пузыря:**

У 60% пациентов, которым выполнялась резекция мочевого пузыря, возникают рецидивы заболевания. Лучшие результаты лечения дает применение нескольких методов: хирургического, лучевой терапии и химиотерапии.

### **Профилактика рака мочеполовых органов**

В первую очередь отказ от курения приводит к снижению заболеваемости раком мочеполовых органов. Большое значение имеет борьба с ожирением, употребление в пищу овощей и фруктов. Своевременное лечение моче-половых инфекций.

**Злокачественные опухоли мужских половых органов** - опухоли, которые поражают предстательную железу, яички и семенные пузырьки, половой член. Среди опухолей мужских половых органов на первом месте по частоте возникновения находится предстательная железа.

Рак предстательной железы занимает 4 место по распространенности среди других онкологических заболеваний.

### **Причины рака предстательной железы**

Гормональные факторы: доказано, что переизбыток мужских половых гормонов в организме – андрогенов, в частности тестостерона, может явиться пусковым моментом развития рака. Половые гормоны вызывают интенсивный рост и развитие клеток эпителия предстательной железы, что, в свою очередь, может привести к ее злокачественному перерождению.

В развитии заболевания, кроме того, играют роль генетическая предрасположенность и особенности питания.

В 2 раза возрастает вероятность развития злокачественной опухоли предстательной железы у мужчины, близкие родственники которого (отец или брат) болели раком этого органа; если болели два и более родственников, риск развития опухоли возрастает в 5- 11 раз.

Переизбыток жирной пищи так же неблагоприятно влияет на здоровье предстательной железы: в жирной пище содержатся стероловые фракции, которые являются строительным материалом мужских половых гормонов и способствуют их синтезу в организме в большом количестве.

К факторам риска так же относят этническую принадлежность, сексуальное поведение, количество потребляемого жира и профессиональные вредности.

Среднее время развития опухоли предстательной железы составляет около 20 лет.

### **Стадии развития опухолей предстательной железы:**

1 стадия: опухоль обнаружена случайно и никак себя не проявляет, занимает не более 5% объема предстательной железы;

2 стадия: опухоль занимает от 5 до 50% объема железы или распространяется на обе её доли;

3 стадия: опухоль прорастает капсулу предстательной железы или переходит на окружающие ткани (клетчатку, семенные пузырьки);

4 стадия: опухоль прорастает окружающие органы или имеются отдаленные метастазы.

### **Симптомы злокачественной опухоли предстательной железы**

1. Симптомы обструкции: ослабление и прерывистость струи мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, учащенное мочеиспускание, недержание мочи.

2. Симптомы, связанные с местным ростом опухоли: присутствие крови в моче или семенной жидкости, недержание мочи, импотенция, боли в надлобковой области и промежности.

3. Симптомы, связанные с отдаленными метастазами: боли в костях, пояснице, отек нижних конечностей, связанный с метастазами в паховые или забрюшинные лимфатические узлы, потеря массы тела и аппетита, слабость, истощение.

#### Обследование при опухолях предстательной железы

Самый простой и общедоступный метод обследования предстательной железы это пальцевое ректальное исследование. Опытный врач может заподозрить развитие рака железы уже на ранних стадиях и при небольших её размерах. Выполнять данное исследование следует всем мужчинам, страдающим проблемами мочеиспускания.

Следующим методом диагностики, обладающим большой точностью, является определение уровня простатспецифического антигена (ПСА). Научно доказано, что, повышение уровня ПСА напрямую связано с развитием рака предстательной железы, норма ПСА для здорового мужчины составляет 4 нг/мл, но в возрасте старше 60 лет нормальным является уровень до 6,5 нг/мл. При превышении нормальных значений этого маркера, показана пункционная биопсия предстательной железы.

Ультразвуковое исследование предстательной железы и трансректальное ультразвуковое исследование используют для непосредственной диагностики опухоли, а так же для выполнения биопсии железы.

Биопсия предстательной железы - основной метод диагностики рака. Методика заключается в заборе столбика ткани железы на исследование под микроскопом с помощью специальной тонкой иглы и под контролем ультразвукового датчика, обычно забирают от 6 до 12 участков ткани.

В некоторых случаях обследование дополняют применением магнитно-резонансной или компьютерной томографии малого таза и внутренних органов.

#### Лечение опухолей предстательной железы

Существует несколько методов лечения рака предстательной железы:

**Хирургический:** выполнение операции по удалению железы (простатэктомия), оправдана у молодых пациентов, при отсутствии сопутствующей патологии и небольших размерах опухоли. Осложнением операции может явиться импотенция, но в настоящее время разработаны методики щадящих операций, позволяющие сохранить эректильную функцию.

**Лучевая терапия:** используется при 1- 3 стадиях рака предстательной железы. Преимущества лечения заключаются в возможности полного излечения, отсутствии необходимости в хирургическом лечении и амбулаторное прохождение курса терапии. Но, лучевая терапия не лишена недостатков: может развиваться недержание мочи, импотенция в 60% случаев, диарея, кровотечения. В последнее время распространенность получила брахитерапия- это введение радиоактивных источников в ткань предстательной железы, при этом лечение достигает хорошего эффекта, с меньшими побочными явлениями.

**Гормонотерапия. Двусторонняя орхэктомия** - удаление яичек. Используется при невозможности удаления опухоли или при наличии отдаленных метастазов. Позволяет снизить уровень мужских половых гормонов в организме на 95%.

Кроме того, при наличии сопутствующей патологии и отдаленных метастазах применяются таблетированные гормональные препараты (гозерелин и другие), они являются средством продления жизни.

#### Прогноз при опухолях предстательной железы.

После выполнения хирургического лечения выживаемость составляет 70-80% пациентов. После лучевой терапии 5 лет переживают более 60-80% пациентов.

#### Осложнения рака предстательной железы

Связаны с местным ростом опухоли: недержание мочи, импотенция, развитие моче-половых инфекций, кровотечения из половых путей.

Лимфатическая система представляет собой часть иммунной системы человека, которая помогает организму бороться с инфекциями. Помимо этого, лимфатическая система участвует в транспорте жидкости внутри организма.

Основными составляющими лимфатической системы являются: лимфоидная ткань (лимфатические узлы, селезенка, костный мозг, тимус, аденоиды, миндалины, лимфатические образования желудочно-кишечного тракта), лимфа (прозрачная жидкость, несущая продукты обмена и избыток жидкости из ткани и содержащая клетки иммунной системы), лимфатические сосуды.

Лимфоидная ткань состоит из клеток – лимфоцитов, которые борются с проникающими в организм чужеродными агентами. Существует два основных типа лимфоцитов, каждый из которых выполняет свои функции.

В-лимфоциты – помогают защитить организм от микробов и вирусов. Для этого они превращаются в плазматические клетки и вырабатывают специфические белки – антитела, разрушающие микробы.

Т-лимфоциты – представлены несколькими видами клеток, которые могут разрушать болезнетворные микроорганизмы и клетки, а также – замедлять или активировать другие клетки иммунной системы.

Злокачественная опухоль, которая развивается в лимфатической системе, называется лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина). Патологический процесс начинается с поражения В-лимфоцитов. Поскольку органы лимфоидной системы «разбросаны» по всему организму, заболевание может начинаться в любом месте. Чаще всего лимфогранулематоз начинается с поражения лимфатических узлов верхней части тела. Распространяется лимфогранулематоз по лимфатическим сосудам, ступенчато, от лимфатического узла в лимфатический узел. На терминальном этапе заболевания опухоль может распространяться с током крови и поражать другие органы (печень, легкие, костный мозг).

**Лимфогранулематоз** — одно из самых излечимых онкологических заболеваний, особенно, при раннем начале его лечения.

Причины лимфогранулематоза

Несмотря на многочисленные исследования, которые ежегодно проводятся во всем мире для поиска причин развития болезни, они до сих пор остаются невыясненными. Считается, что развитие лимфогранулематоза вызывает комплексное воздействие нескольких этиологических факторов. Риска развития лимфогранулематоза повышают:

- Принадлежность к мужскому полу
- Возраст от 15 до 40 лет или старше 55 лет
- Лимфогранулематоз в семейном анамнезе
- Перенесенный инфекционный мононуклеоз или другие заболевания, вызванные вирусом Эпштейна-Барра
- Иммунодефицитные состояния (в том числе, вызванные ВИЧ)
- Длительное применение соматотропного гормона
- Длительное воздействие на организм экзотоксинов (гербицидов)

Симптомы лимфогранулематоза

Главным симптомом лимфогранулематоза является образование шишки В начале лимфогранулематоз может протекать без каких-либо симптомов.

Наиболее распространенными симптомами лимфогранулематоза являются:

- Зуд кожи – появляется из-за повышения уровня эозинофилов в крови
- Сильная потливость в ночное время
- Необъяснимая потеря веса
- Спленомегалия – увеличение размеров селезенки
- Гепатомегалия – увеличение размеров печени из-за поражения ее лимфоидной ткани



- Безболезненное увеличение одного или нескольких лимфатических узлов. Чаще всего заболевание начинается с увеличения шейных или надключичных лимфатических узлов. Могут увеличиваться грудные и паховые лимфатические узлы.
- Боль в лимфатических узлах после приема алкоголя – классический симптом лимфогранулематоза. Несмотря на это симптом встречается довольно редко – всего у двух процентов пациентов с лимфогранулематозом. Боль возникает спустя несколько минут после употребления алкоголя. Она может быть как острой, так и тупой, ноющей
- Боль в спине и груди – неспецифический симптом и встречается не всегда
- Кашель, затрудненное дыхание – симптомы связаны с увеличением грудных лимфатических узлов
- Повышенная утомляемость и длительная необъяснимая лихорадка

#### Диагностика лимфогранулематоза

Заболевание можно заподозрить на основании жалоб пациента и анамнеза. Пальпация увеличенных лимфатических узлов, печени и селезенки подтверждает предположение о диагнозе и требует проведения дальнейшей диагностики.

Исследование общего анализа крови при лимфогранулематозе может обнаружить анемию, лимфоцитопению, снижение уровня тромбоцитов, повышенное содержание эозинофилов и повышение СОЭ.

Для уточнения диагноза и визуализации увеличенных лимфоузлов проводят рентгенологическое исследование, КТ и МРТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза.

«Золотым» стандартом диагностики лимфогранулематоза является биопсия увеличенных лимфоузлов. При гистологическом исследовании в биоптате находят атипичные клетки Рида-Штернберга. Если предполагают распространение опухоли на костный мозг, производят его биопсию.

#### Стадии лимфогранулематоза

Существует 4 основные стадии лимфогранулематоза. После всестороннего обследования пациента с лимфогранулематозом врач устанавливает стадию распространения опухоли. И у детей, и у взрослых их четыре:

1 – опухоль ограничивается поражением одного лимфатического узла одного региона (например, одного шейного лимфатического узла) или одного органа

2 – опухоль затрагивает две группы лимфатических узлов, но обе эти группы располагаются выше диафрагмы

3 – опухоль в лимфатических узлах по обе стороны диафрагмы. Клетки опухоли могут обнаруживаться в одной части ткани или органа вблизи пораженных групп лимфатических узлов или в селезенке

4 – распространение опухоли на другие органы

#### Лечение лимфогранулематоза

Лечение лимфогранулематоза начинают с правильного питания. Важным моментом в лечении лимфогранулематоза является организация правильного питания для пациента. Пища должна содержать повышенное количество белка и калорий. При снижении аппетита пациентам рекомендуется дробное питание небольшими порциями пищи. Лечение заболевания должно быть начато как можно раньше, так как это улучшает прогноз выживаемости и снижает вероятность рецидивов.

Для лечения лимфогранулематоза применяются химиотерапия, радиотерапия и трансплантация костного мозга. Выбор метода лечения зависит от стадии и от особенностей течения заболевания.

Химиотерапия лимфогранулематоза проводится с использованием цитостатиков – винбластин, доксорубицин, блеомицин.



После химиотерапии может назначаться радиотерапия с использованием радиоактивного излучения высокой энергии.

При возникновении рецидивов заболевания некоторым пациентам назначают трансплантацию костного мозга с использованием аутоклеток пациента. Трансплантация костного мозга может улучшить прогноз выживаемости для пациентов.

#### Прогноз при болезни

Прогноз при лимфогранулематозе зависит от многих факторов таких как возраст, стадии болезни, симптомов. Прогноз заболевания при лимфогранулематозе во многом определяется сроками диагностики и началом лечения заболевания. К неблагоприятным прогностическим факторам лимфогранулематоза относятся:

- Возраст 45 лет и старше
- 4 стадия заболевания
- Мужской пол пациента
- Уровень альбумина ниже 4г\дл
- Высокая СОЭ
- Низкий уровень гемоглобина, лимфоцитов и лейкоцитов

Использование современных методов химиотерапии значительно улучшает прогноз заболевания.

**Лимфосаркома** - это злокачественная опухоль, морфологическим субстратом которой являются клеточные элементы лим-фоидного ряда, клинически характеризующаяся поражением лимфатических узлов и различных органов, лимфогенным и гематогенным метастазированием с лейкоемизацией у 20% больных. В структуре заболеваемости злокачественными гемобластомами на долю лимфосарком приходится около 15%, по частоте они уступают лишь лимфогранулематозу. В большинстве случаев лимфосаркома имеет В-клеточное происхождение, Т-клеточные варианты встречаются гораздо реже.

#### Причины Лимфосаркомы:

Появление злокачественной клетки крови в результате генетических мутаций. В последующем из неё происходит размножение множества опухолевых клонов. Мутации могут быть вызваны ионизирующим излучением, химическими веществами, вирусами и др.

#### Классификация Лимфосаркомы:

По типу роста выделяют нодулярные и диффузные лимфосаркомы. Для нодулярных лимфосарком характерен очаговый фолликулоподобный рост опухолевых клеток. При диффузных лимфосарком, которые отличаются более злокачественным течением, опухолевые клетки растут в виде пласта, не образуя каких-либо структур. Нодулярные лимфосаркомы нередко трансформируются в диффузные. В зависимости от характера опухолевых клеток диффузные лимфосаркомы разделяют на небластные (лимфоцитарные, пролимфоцитарные, лимфоплазмочитарные) и бластные (лимфобластные, иммунобластные). Среди бластных форм выделяют лимфому Беркитта, или африканскую лимфому, распространенную преимущественно в Африке; ее происхождение связывают с вирусом Эпштейна - Барр. Для небластных форм лимфосарком характерно относительно более доброкачественное и длительное течение. Бластные формы отличаются крайне злокачественным течением, быстрой генерализацией процесса.

#### Симптомы Лимфосаркомы:

Лимфосаркома возникает в лимфатических тканях и по своему течению, скорости роста и прогнозу ближе к острым лейкозам, чем к лимфогранулематозу. Каких-либо излюбленных возрастных пиков при лимфосаркоме нет. Мальчики заболевают несколько чаще, чем девочки. Первые проявления заболевания зависят от первичного расположения опухоли.

Условно выделяют четыре наиболее частые локализации процесса:

Лимфосаркома брюшной полости;  
Лимфосаркома лимфатических узлов грудной полости (средостения);  
Лимфосаркома носоглотки;  
Лимфосаркома периферических (шейных, подмышечных, паховых) лимфатических узлов.

Реже встречается изолированное поражение лимфосаркомой костей, мягких тканей, кожи, внутренних органов. В принципе лимфатическая ткань имеется во всем организме человека, поэтому возможно развитие лимфосаркомы в любом органе или ткани.

При возникновении опухоли в брюшной полости возможны два варианта клинической картины:

- при поражении кишечника рост опухоли приводит к его непроходимости, и ребенок поступает в стационар по срочным показаниям;
- при расположении опухоли вне кишечника ее рост ведет к увеличению живота в объеме, и дети поступают на лечение лишь в далеко зашедших стадиях процесса.

При тщательном расспросе родителей выясняется, что опухоль все же не развивалась бессимптомно. Родители указывают на малозаметные в начале заболевания признаки: у некоторых детей отмечались какие-то неясные боли в животе, изменения аппетита, поносы, чередующиеся с запорами. Так как эти явления были выражены не очень сильно, родители, а нередко и медицинские работники считали, что все это связано с погрешностями в диете, с наличием глистов и т. д.

При первичном поражении лимфосаркомой лимфатических тканей грудной клетки первыми проявлениями заболевания чаще всего бывают признаки, характерные для вирусных и воспалительных заболеваний: подъем температуры тела, кашель, недомогание. Одышка, отечность лица, расширение подкожных вен кожи грудной стенки, как правило, выявляются при далеко зашедшем опухолевом процессе. Лимфосаркома средостения отличается очень агрессивным течением, и бурно развивающаяся клиническая картина требует срочного специального лечения.

#### **Диагностика Лимфосаркомы:**

Наиболее информативным методом диагностики в поликлинических условиях является рентгенография грудной клетки, которая не очень охотно назначается в связи с преувеличенной опасностью вреда облучения.

Как ни странно, но лимфосаркома желез глоточного кольца диагностируется достаточно поздно, потому что имеющиеся патологические изменения мягкого неба, миндалин трактуются как проявление воспалительного процесса. Появление метастазов в шейных лимфатических узлах, что выражается их увеличением, заставляет более тщательно обследовать ребенка у ЛОР-специалиста. Из клинических признаков, на которые следует обращать внимание родителям, необходимо указать на изменения голоса, гнусавость, выделения из носа без явных признаков вирусных заболеваний типа ОРВИ или гриппа.

Лимфосаркома периферических лимфатических узлов (чаще первично поражаются шейные узлы) по своим клиническим проявлениям практически не отличается от той, которую мы описали ранее в разделе о лимфогранулематозе. Конечно, специалист, обследуя ребенка, уже при пальпации заметит разницу между этими заболеваниями, но излагать эти врачебные тонкости здесь особого смысла нет. По клиническому течению лимфосаркома, безусловно, отличается более бурным течением, чем лимфогранулематоз, и долечебный период определяется неделями, а не месяцами. При наличии лимфосаркомы очень вредно на течении заболевания сказывается применение тепловых процедур (особенно физиотерапии), под влиянием которых рост опухоли ускоряется. В связи с этим обстоятельством хотелось бы предостеречь от назначения любых методов лечения увеличенных лимфоузлов, если диагноз точно не установлен.

#### **Лечение Лимфосаркомы:**

Общеизвестно лечение лимфосаркомы химиотерапией, иногда облучением, и с генерализацией процесса - преимущественно полихимиотерапией. Хирургический метод лечения лимфосарком не применяется из-за быстрого прогрессирования болезни после операции и возникновения имплантационного процесса в ране. Лимфосаркома (лимфоцитарная, пролимфоцитарная, лимфобластная и иммунобластная) лечится преимущественно химиотерапией, и прогноз для жизни при всех вариантах заболевания остается сомнительным.

Особую трудность в лечении представляет генерализация процесса любой формы лимфосаркомы. Больные, как правило, в таком случае переводятся на симптоматическое лечение и продолжительность жизни их исчисляется неделями или несколькими месяцами.

Химиотерапия как преимущественный метод лечения лимфосарком дает в начале лечения быстрый положительный эффект. С каждым последующим курсом эффект лечения снижается. При генерализации процесса эффект лечения кратковременный и малоэффективный.