

Лечение лимфогранулематоза

Выполнила:
Борисова Анна
Александровна

Прогностические факторы: Прогностические группы:

1. Массивное поражение средостения ($MTI > 1/3$);
 2. Массивное поражение селезенки (наличие 5 и более очагов);
 3. Увеличение органа с его диффузной инфильтрацией;
 4. экстранодальное поражение в пределах стадии, обозначаемой символом «Е»;
 5. Поражение 3 и более областей лимфатических узлов;
 6. Увеличение СОЭ >30 мм/ч при стадии Б и СОЭ >50 мм/ч при стадии А
- **Благоприятные:**
IA и IIA стадии без факторов риска;
 - **Промежуточные:**
IA- IB стадии с факторами риска 3 или 4;
IIA стадия с факторами риска 3 или 4 или 5;
IIIB стадия с факторами риска 4 или 5;
IIIA стадия без факторов риска.
 - **Неблагоприятные:**
IA-IB-IIA стадии с факторами риска 1 или 2;
IIIB стадия с факторами риска 1 или 2 или 3;
IIIA стадия с факторами риска 1 или 2 или 3 или 4 или 5;
IIIB- IV стадии

Лечение больных ЛГМ благоприятной прогностической группы

Длительная выживаемость высокая и достигает 95- 100%.

Показано комбинированное химиолучевое лечение:

- ❑ 2-4 цикла ПХТ по схеме ABVD (Адриамицин, Блеомицин, Винбластин, Дакарбазин). Длительность 1 курса 28 дней.
- ❑ облучение зон исходного поражения в СОД 36 Гр.



Лечение больных промежуточной группы

- ❑ 4-6 циклов ПХТ по схеме ABVD
- ❑ облучение зон исходного поражения в СОД, не превышающей 36 Гр.

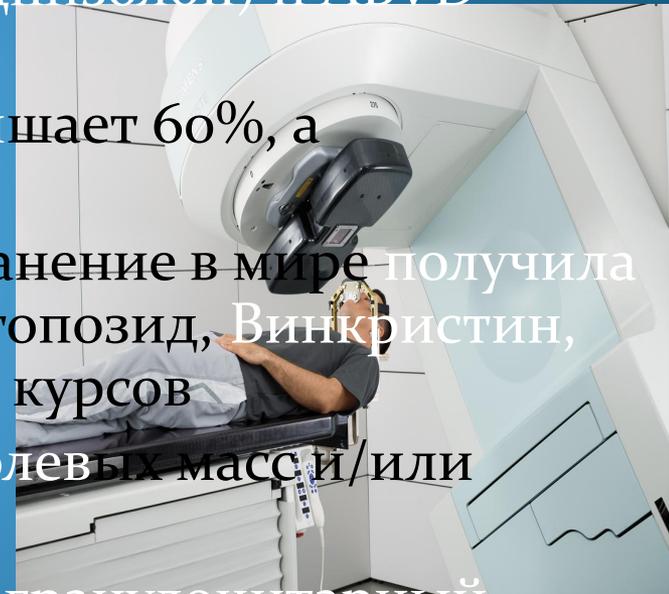


Лечение больных неблагоприятной прогностической группы

Частота полных ремиссий при лечении по программам MOPP (Мустаген, Винкристин, Прокарбазин, Преднизолон) и ABVD достигает 60- 80%

5-летняя общая выживаемость редко превышает 60%, а безрецидивная- 40%.

- ❑ В настоящее время наибольшее распространение в мире получила программа BEACOPP (Циклофосфамид, Этопозид, Винкристин, Блеомицин, Прокарбазин, Преднизолон) 8 курсов
- ❑ лучевая терапия на зоны остаточных опухолевых масс и/или исходно больших массивов в СОД 30-36 Гр.
- ❑ обязательная плановая поддержка Г-КСФ (гранулоцитарный колониестимулирующий фактор), позволяющий проводить всю программу лечения без существенного удлинения интервалов и снижения доз.



Лечение больных неблагоприятной прогностической группы

Примерно у 10-20% пациентов с продвинутыми стадиями заболевания не удастся достичь ремиссии при проведении стандартной терапии и примерно у такого же количества больных после достижения ремиссии развиваются рецидивы.

Худший прогноз у больных, первично резистентных к ПХТ 1-й линии и у пациентов с ранним рецидивом (развившимся в течение 1 года после окончания лечения), повторные ремиссии в этой группе редки и непродолжительны, а медиана выживаемости не превышает 1,5 лет.

ХТ 2-й линии (режимы «терапии спасения») высокодозные :

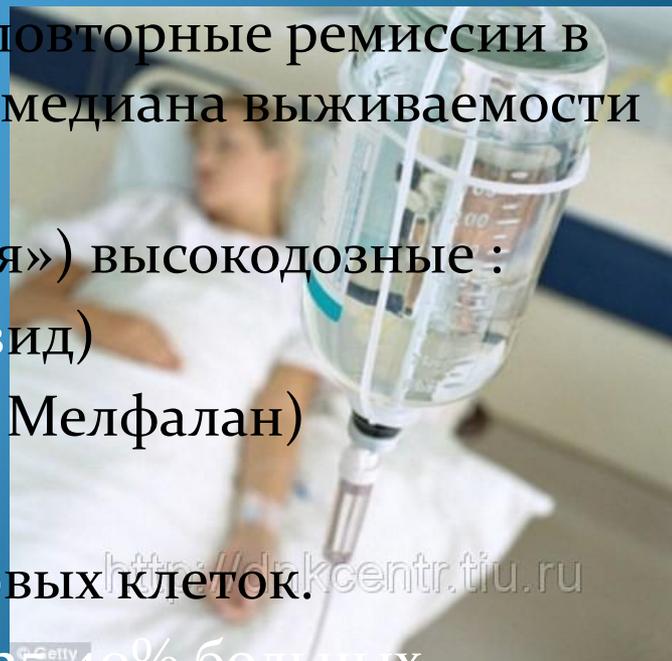
CBV (Циклофосфамид, Кармустин, Этопозид)

BEAM (Кармустин, Этопозид, Цитарабин, Мелфалан)

CEVD, DICER, IVE, ESHAP

+ трансплантация периферических стволовых клеток.

Однако, полные ремиссии не более, чем у 25-40% больных.



Лечение парагранулемы

Парагранулема- вялотекущая болезнь, поражающая преимущественно периферические лимфоузлы.

75% больных имеют в дебюте стадию IA, органные поражения редки.

Часто рецидивирует.

Локальные стадии нодулярного варианта лимфоидного преобладания целесообразно лечить лучевой терапией на вовлеченные области в дозе 30 Гр.

Недавно начато исследование по изучению эффективности Ритуксимаба . Ремиссии у 80% больных, но период наблюдений невелик.

**СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ!!!**

