

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

Г.С. Єфимова,
Р.М. Спужак,
В.П. Старенький,
О.М. Тарасова

*Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва
АМН України,
м. Харків*

Випадок успішного лікування генералізованої форми лімфогранулематозу

A case of a successful treatment for generalized lymphogranulomatosis

Лімфогранулематоз (ЛГМ) — системна злоякісна пухлина, що часто зустрічається останнім часом: захворюваність на неї становить від 0,5 до 3,1 на 100 тисяч населення. В Україні у 2003 році вона склала 2,5 на 100 тисяч населення. На жаль, спостерігається тенденція до подальшого зростання цього показника.

Методом лікування даної патології є променева терапія за радикальною програмою + хемотерапія; для хворих IV стадії захворювання — комбінована хемотерапія [1].

За даними літератури, частість тривалих ремісій при комплексному лікуванні ЛГМ становить 79–100 % при I–II стадіях, 94 % — при III, 60 % — при IV стадії [2].

Наводимо клінічний випадок успішного хемопроменевого лікування генералізованої форми лімфогранулематозу в молодого чоловіка.

Хворий М., 1974 року народження, кравцівник, звернувся до клініки інституту 20.06.2003 р. у тяжкому стані. Вважає себе хворим з 2000 року, коли вперше помітив на шії зліва збільшений лімфовузол. По медичну допомогу в цей період не звертався. У 2001 році в онкодиспансері за місцем проживання на підставі даних біопсії надключичного лімфовузла зліва було встановлено діагноз: лімфогранулематоз, ІА стадія (лімфоїдне виснаження). Хворому запропонували проведення хемотерапії; протягом 2001–2002 рр. проведено 2 цикли ПХТ за схемою COP, від подальшого лікування пацієнт відмовився.

На початку 2003 року стан хворого різко погіршився (сталось швидке збільшення ший-

но-надключичних та пахвових лімфовузлів, почав турбувати шкірний свербіж, маса тіла зменшилася на 7–8 кг), через що пацієнт був змушений залишити роботу.

Рецидив захворювання встановлено 15.03.2003 р., проведено наступний цикл ПХТ за аналогічною схемою. Від подальшого лікування в ООД хворий відмовився і звернувся до клініки ІМР АМНУ.

У клінічній картині захворювання переважала виражена респіраторна недостатність, зумовле-



Рис.1. Хворий М.: визначається збільшення шийних та пахвових лімфатичних вузлів зліва

Fig. 1. Patient M.: enlarged cervical and axillary lymph nodes

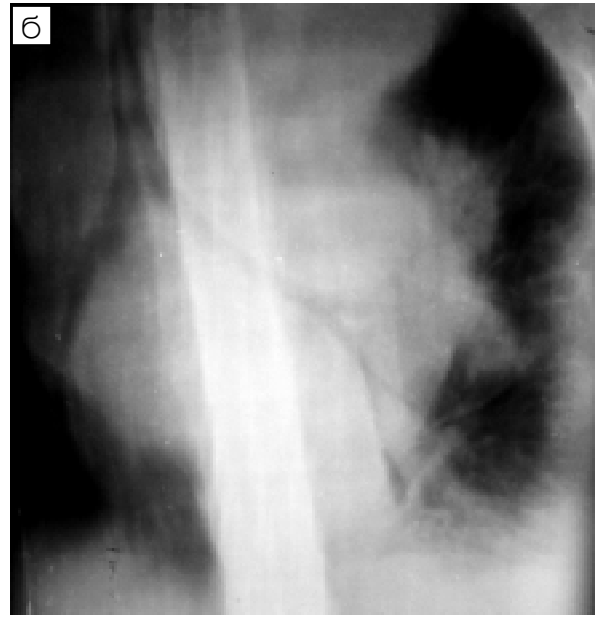
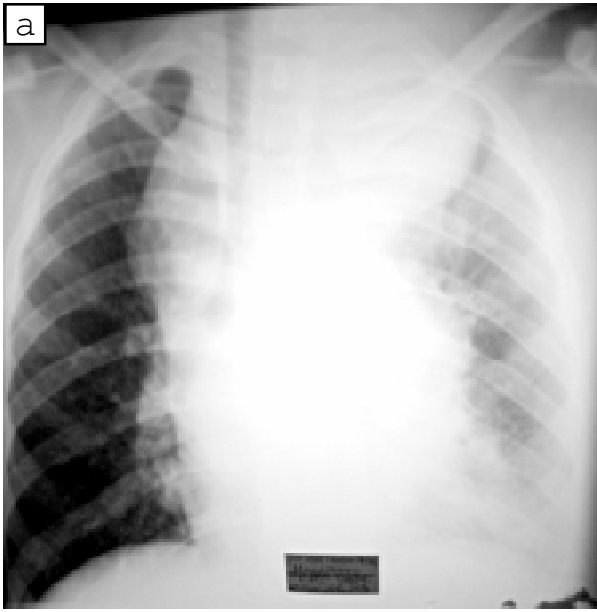


Рис. 2. Результати обстеження органів грудної клітки: а — оглядова рентгенограма; б — серединна томограма. Визначається збільшення лімфатичних вузлів паратрахеальної, трахеобронхіальної, біфуркаційної та бронхопульмональної груп. Звуження великих бронхів лівої легені, гіповентиляція останньої

Fig. 2. Chest x-ray: а - Plain chest x-ray; б - medial chest tomography. Enlarged paratracheal, tracheobronchial, bifurcation and bronchopulmonary lymph nodes. Narrowed right bronchi with hypoventilation of the left lung



Рис. 3. Хворий М.: візуальні ознаки ураження периферичних лімфатичних вузлів відсутні

Fig. 3. Patient M.: visual signs of involved lymph nodes are absent

на синдромом стиснення органів середостіння конгломератами лімфатичних вузлів, на фоні пухлинної інтоксикації та болювого синдрому. Мало місце також збільшення всіх груп

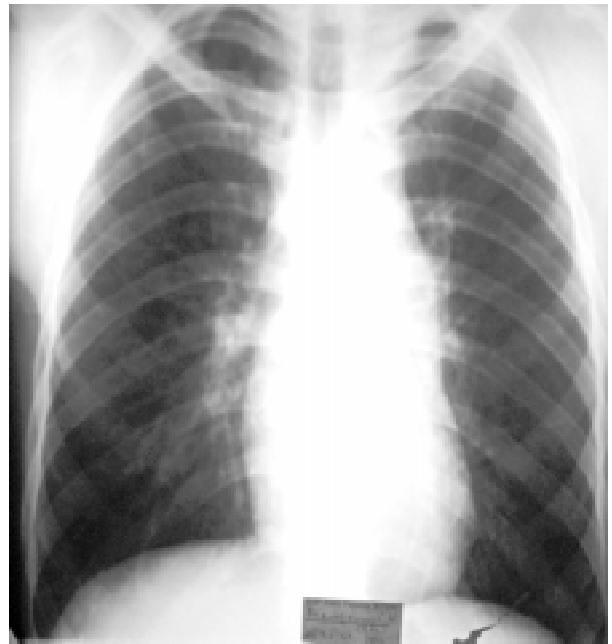


Рис. 4. Оглядова рентгенограма органів грудної клітки: патологічних змін у легенях та лімфатичних вузлах немає

Fig. 4. Plain chest x-ray: pathological changes in the lungs and lymph nodes are absent

периферичних лімфовузлів верхньої половини тіла до велетенських розмірів (рис. 1).

При рентгенологічному дослідженні органів грудної клітки спостерігалось зниження прозорості лівої легені, ймовірно, за рахунок гіповентиляції. Корені легень безструктурні, збільшені; розширення середостіння за рахунок

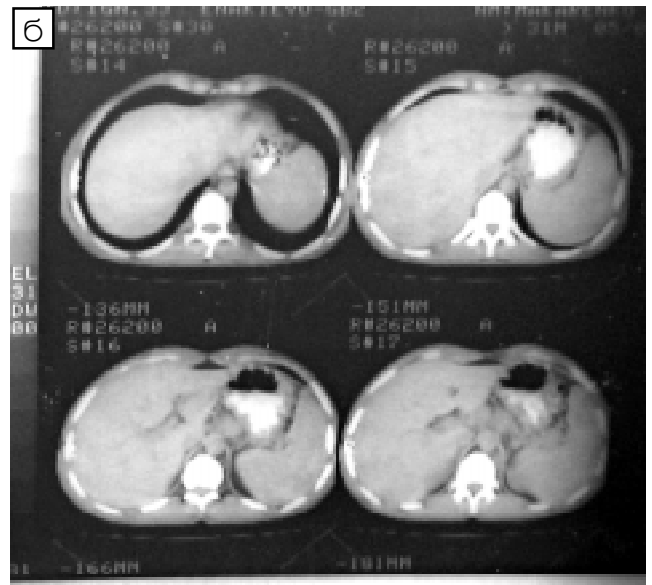
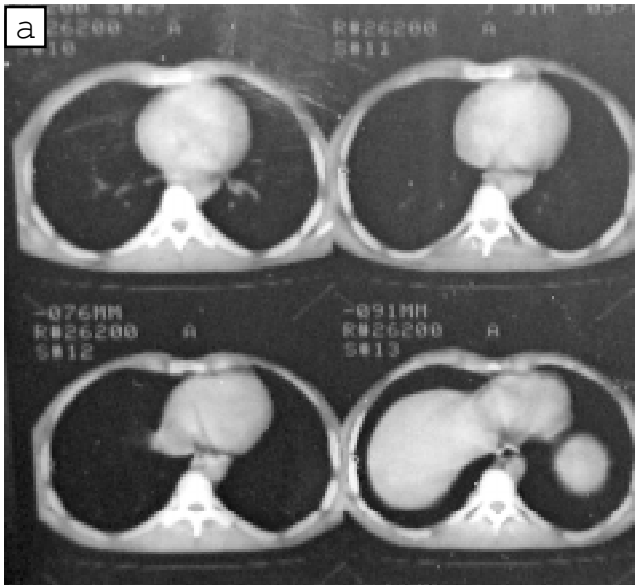


Рис. 5. Комп'ютернотомографічні скани органів грудної клітки та черевної порожнини: збільшення лімфатичних вузлів немає

Fig. 5. CT of the chest and abdominal cavity: enlarged lymph nodes are not seen

конгломерату лімфатичних вузлів усіх груп (рис. 2, а, б).

На підставі анамнестичних та клінічних даних, результатів додаткових методів дослідження було встановлено діагноз: лімфогранулематоз, ІІА стадія (2001 р.), стан після 3 циклів ПХТ. Генералізація процесу. Компресійний синдром. Клінічна група ІІ.

При перегляді мікропрепаратів у лабораторії патоморфології ІМР АМНУ встановлено змішано-клітинний варіант лімфогранулематозу з нодулярним склерозом (№5492-96/01).

Починаючи з червня 2003 р. по лютий 2005 р. проведено багатоетапне комплексне лікування: дистанційна променева терапія за радикальною програмою із синхронною хемотерапією. Променеву терапію виконано у класичному режимі фракціонування в таких СОД: лівий шийно-надпідключичний лімфоколектор — 52 Гр, лівий пахвовий — 46 Гр, правий шийно-надпідключичний — 40 Гр, правий пахвовий — 42 Гр, середостіння — 44 Гр, лівий пахвовий — 48 Гр, правий пахвовий — 40 Гр, парааортальний лімфоколектор — 30 Гр.

Сумарні дози цитостатиків за весь період лікування склали: етопозиду 2700 мг, лейкерану 200 мг, гідреа 30 г, ломустину 320 мг.

У результаті проведеного лікування досягнуто вираженого позитивного ефекту

(02.2005 р.): повної резорбції конгломератів периферичних і медіастинальних лімфатичних вузлів з відновленням якості життя та поверненням працездатності (рис. 3–5).

Побічні ефекти, що супроводжували лікування, проявлялися гематологічною токсичністю (лейкопенія) ІІ ступеня, анорексією, нудотою І ступеня, які не порушували схему лікування та минали самі по собі під час перерви.

Згідно з останніми даними, тривалість ремісії становить 8 місяців. У подальшому хворому планується завершити радикальний курс дистанційної променевої терапії на здухвинні ділянки.

Таким чином, представлений клінічний випадок є прикладом успішного лікування лімфогранулематозу в генералізованій фазі захворювання завдяки гармонічному поєднанню хемотерапевтичного та променевого факторів.

Література

1. Минимальные клинические рекомендации Европейского Общества медицинской онкологии (ESMO) / Ред. рус. пер. С.А. Тюляндин, Н.И. Переводчикова, Д.А. Носов. — М.: Изд. группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2004. — 112 с.
2. Fishman M.N., Sullivan D.M. // *Hematologica*. — 2001. — Vol. 5, № 5. — P. 343–358.

Надходження до редакції 11.11.2005.

Прийнято 09.03.2006.

Адреса для листування:
Єфимова Галина Степанівна,
ІМР ім. С.П. Григор'єва АМНУ,
вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна