Лейкоз протекает в острой или хронической форме.

Есть два типа заболеваний: лимфолейкоз и миелоидный лейкоз.

Лейкоз – это группа гематологических неопластических заболеваний, вызванных клональным ростом полипотентных стволовых клеток. Этот рост происходит в костном мозге (миелоидные лейкозы) или в лимфатических узлах и костном мозге (лимфоцитарные лейкозы). Он проявляется в количественных или качественных изменениях лейкоцитов периферической крови. Как и в случае с большинством новообразований, механизм неопластической трансформации не ясен.

Учитываются следующие факторы риска:

– генетическая предрасположенность;

– инфекционные агенты, в основном вирусы;

– экологические факторы:

– физические (например, ионизирующее излучение),

– химические (нитрозамины, пестициды, моющие средства, растворители, лаки и др.);

– функциональное состояние иммунной системы (врожденные и приобретенные иммунные нарушения).

Люди, которые в анамнезе лечили онкологические заболевания с помощью радио- и/или химиотерапии новообразований, отличных от лейкемии, могут подвергаться повышенному риску развития некоторых типов лейкемии.

1. Виды лейкемии

А) Острый лейкоз

При остром лейкозе наблюдается динамическое разрастание лейкоцитов с одновременным торможением их созревания и вытеснением нормальных клеток костного мозга. Если их не лечить, они приводят к смерти в течение нескольких месяцев или нескольких недель. В зависимости от системы, пораженной ростом, в костном мозге и крови появляются недифференцированные раковые клетки – бласты. Соответственно разрастающиеся в лимфатической системе – лимфобласты (острый лимфобластный лейкоз), гранулоцитарные – миелобласты (острый миелоидный лейкоз).

Б) Хронический лейкоз

Хронические лейкозы характеризуются чрезмерной пролиферацией зрелых лейкоцитов. В зависимости от клеточной линии различают хронический лимфолейкоз и хронический миелоидный лейкоз.

В) Острый лейкоз

Острые лейкозы составляют 40 процентов всех случаев лейкемии у взрослых. В том числе около 70 процентов – острые миелоидные лейкозы и около 30 процентов – острые лимфобластные лейкозы. Заболеваемость острым лейкозом составляет 2,5 случая на 100 000 жителей.

Детали для острого лимфобластного лейкоза – 0,4/100 000 и острого миелоидного лейкоза – 2,1/100 000.

Симптомы острого лейкоза – лихорадка; – ночная потливость; – слабость, утомляемость, которая не проходит после отдыха; – увеличение селезенки (спленомегалия) и/или увеличение лимфатических узлов (встречается примерно у 50% пациентов с лимфобластной / лимфоцитарной формой); – увеличенная печень (гепатомегалия); – тошнота, рвота; – боль в костях и суставах (встречается примерно у 15% пациентов с лимфобластной/лимфоцитарной формой, но очень часто возникает у пациентов с миелоидной формой).

Симптомы, возникающие в результате смещения нормальных линий кроветворения лейкемическим инфильтратом:

– анемия, характеризующаяся бледностью кожи, непереносимостью физических упражнений, нарушением концентрации внимания, одышкой и загрудинной болью;

– тромбоцитопения, клинически проявляющаяся геморрагическим диатезом: экхимоз кожи, кровотечение из носа и десен, реже со стороны мочеполовой и пищеварительной систем;

– нейтропения, основная причина иммуносупрессии; выражается в инфекциях – бактериальных, вирусных и грибковых;

– изменения в полости рта, такие как язвы во рту, герпес. Чаще всего к врачу приходит пациент с одним, двумя или тремя симптомами, возникающими в результате так называемой триады НПВ (анемия, инфекция, геморрагический диатез).

Морфология: в подавляющем большинстве случаев наблюдается повышенное количество лейкоцитов, но в основном это бласты. У большинства пациентов диагностируется анемия и/или тромбоцитопения.

Около 15 процентов у пациентов с морфологией панцитопения (слишком мало лейкоцитов, анемия и тромбоцитопения). Это так называемые алейкемические лейкозы. Лейкоз проявляется изменением количества или качества лейкоцитов в периферической крови.

Г) Диагноз острой лейкемии

– цитологическое и гистопатологическое исследование костного мозга;

– тест иммунофенотипа клеток костного мозга и периферической крови, позволяющий определить тип/классификацию острого лейкоза;

– цитогенетическое и молекулярное исследование костного мозга, позволяющее точно охарактеризовать лейкоз и дать прогноз;

– визуализирующие исследования для выявления потенциальных лейкемических инфильтратов (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография);

– исследование спинномозговой жидкости.

Д) Лечение острого лейкоза

Основными факторами, влияющими на выбор лечения, являются возраст пациента, общее состояние (включая сопутствующие заболевания) и некоторые генетические изменения.

Лечение лейкемии состоит из нескольких этапов и основано на комбинации цитостатических препаратов (химиотерапия).

– Фаза I – это лечение, вызывающее ремиссию (так называемая индукция ремиссии) – его цель состоит в том, чтобы удалить как можно больше раковых клеток из организма, а также восстановить правильный процесс образования клеток крови.

– Фаза II – это закрепление ремиссии с целью удаления оставшихся раковых клеток из организма, так называемые минимальная остаточная болезнь – MRD. Наличие оставшихся клеток можно подтвердить иммунофенотипированием или молекулярными тестами.

– Фаза III, в зависимости от возраста пациента, типа лейкемии и общего состояния здоровья, бывает: – пересадка костного мозга, – лечение для поддержания ремиссии заболевания.

Стандарт лечения острого лейкоза во всем мире схож. Он основан на интенсивной химиотерапии, которая сопряжена с высоким риском токсичности и связанных с этим осложнений во время терапии. Лечение острого лейкоза проводится только в специализированных гематологических центрах. Это также связано с многократным пребыванием в больнице, часто на несколько недель.

Помимо противоракового лечения, чрезвычайно важны лечение осложнений, противоинфекционная профилактика и поддерживающее лечение. В случае пожилых пациентов применяется более мягкое лечение, которое, к сожалению, менее эффективно.

2. Хронический лейкоз

У большинства пациентов с диагнозом хронический лейкоз в течение длительного времени не появляются тревожные симптомы. Иногда от начала болезни до ее клинических проявлений проходит несколько лет. Диагноз обычно ставится на

основании результатов обычного анализа крови. Симптомы хронического миелолейкоза и хронического лимфолейкоза могут быть разными.

3. Хронический лимфолейкоз

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ – хронический лимфолейкоз) встречается у взрослых, чаще у мужчин, чем у женщин, и вероятность заболевания увеличивается с возрастом. Примерно в половине случаев признаки развивающегося заболевания отсутствуют, и заболевание чаще всего диагностируется случайно, когда у пациента проводится анализ крови по другой причине.

Суть заболевания – разрастание клеток лимфатической системы. В крови появляется все больше лимфоцитов, а по мере прогрессирования заболевания наблюдается увеличение лимфатических узлов в различных частях тела, вызванное лимфоцитарной инфильтрацией. Также увеличены селезенка и печень. Более чем в половине случаев хронический лимфолейкоз на момент постановки диагноза протекает бессимптомно.

А) Симптомы хронического лимфолейкоза

Симптомы появляются по мере прогрессирования болезни.

– потеря веса более чем на 10 процентов в течение 6 месяцев;

– ощущение хронической усталости, мешающей нормальному функционированию;

– лихорадка без инфекции;

– ночной гипергидроз;

– тромбоцитопения (кровотечение, легкое образование синяков при отсутствии травм);

– анемия (плохая переносимость физической нагрузки, одышка при физической нагрузке);

– прогрессирующее увеличение селезенки (спленомегалия),

– значительное и прогрессирующее увеличение лимфатических узлов,

– увеличение количества лимфоцитов более чем на 50% за 2 месяца или удвоение их количества менее чем за 6 месяцев, – повторяющиеся инфекции (вызванные снижением выработки антител).

Б) Диагностика хронического лимфолейкоза

Диагностика хронического лимфолейкоза относительно проста. В периферической крови повышено количество лимфоцитов (более 5000/мл), что не показывает изменений на микроскопическом изображении.

Диагноз основывается на определении иммунофенотипа этих клеток с помощью проточной цитометрии. Этот тест подтверждает лейкемический характер новообразования.

Дополнительные тесты, которые определяют прогноз, потенциальную реакцию на лечение и тяжесть заболевания, включают:

– цитологическое и гистопатологическое исследование костного мозга;

– генетические тесты (специфические цитогенетические аберрации позволяют оценить прогноз, показания к лечению и потенциальную реакцию на них);

– визуализирующие тесты (УЗИ, КТ) для оценки лимфатических узлов, селезенки и печени.

B) Лечение хронического лимфолейкоза

Никаких преимуществ лечения ХЛЛ на ранних и стабильных стадиях заболевания не установлено. Однако за такими пациентами следует систематически наблюдать.

Стандарт поведения (смотреть и ждать) – это контроль морфологии, оценка лимфатических узлов и лимфатических органов. Пациентам с прогрессированием заболевания требуется лечение.

Основная форма лечения – химиотерапия. При его выборе большое значение имеет возраст и общее состояние пациента. Для пациентов младше 65 лет стандарт лечения – комбинация цитостатиков и моноклональных антител (FCR – флударабин, циклофосфамид, ритуксимаб) (бендамустин, ритуксимаб), вводимых несколько раз с интервалом в 3-4 недели.

В последнее десятилетие в терапию ХЛЛ были успешно внедрены таргетные препараты – ибрутиниб, идеалалисиб, венетоклакс.

У пациентов старше 65 лет с дополнительными заболеваниями следует рассмотреть возможность лечения кортикостероидами и лейкераном. Около 90% пациентов хорошо поддаются лечению, а около 40% достигают полной ремиссии заболевания.

К сожалению, ХЛЛ считается неизлечимым заболеванием, прогрессирование или рецидив – вопрос времени.

4. Хронический миелоидный лейкоз

Заболеваемость миелоидным лейкозом (ХМЛ – хронический миелоидный лейкоз) увеличивается с возрастом и составляет 2 случая на 100 000 жителей в год. ХМЛ у детей встречается крайне редко. Причиной хронического миелоидного лейкоза является специфическое генетическое заболевание стволовых клеток крови – транслокация хромосом 9 и 22, в результате чего возникает ген слияния BCR-Abl. Выявляется у пациентов с ХМЛ в 95 процентах случаев.

При хроническом миелоидном лейкозе костный мозг производит слишком много миелоидных клеток, находящихся на разных стадиях созревания.

В начальной стадии болезни также часто обнаруживается чрезмерная продукция тромбоцитов.

По мере прогрессирования заболевания чрезмерный рост миелоидной системы в костном мозге вытесняет нормальные клеточные линии, что приводит к анемии и тромбоцитопении.

А) Симптомы хронического миелолейкоза

– увеличение селезенки, вызывающее чувство распирания в животе, боли в левом подреберье;

– боль в костях;

– потеря веса;

– усталость.

Заболевание развивается медленно, может протекать бессимптомно в течение многих месяцев, и подозрение на его диагноз возникает при плановых обследованиях. Морфология показывает повышенное количество лейкоцитов. Появляются молодые клетки миелоидной системы, которых нет в нормальной картине крови, например, миелоциты, метамиелоциты.

Диагностика хронического миелоидного лейкоза

– цитологическое и гистопатологическое исследование костного мозга;

– определение гена слияния BCR/Abl для подтверждения диагноза;

– визуализирующие тесты (УЗИ, КТ) для оценки размеров селезенки и печени.

Б) Лечение хронического миелолейкоза

Естественное течение нелеченого ХМЛ состоит из трех этапов:

– хроническая фаза (в этой фазе ставится диагноз большинству пациентов);

– фаза обострения (ускорения), в которой бласты появляются в костном мозге и периферической крови;

– фаза бластного криза (бластное отверстие) – соответствует критериям острого миелоидного лейкоза.

Лечение хронического миелолейкоза индивидуально в зависимости от фазы заболевания на момент постановки диагноза.

С тех пор, как в 2001 году был одобрен первый ингибитор киназы, иматиниб, в лечении ХМЛ был достигнут значительный и непрерывный прогресс.

Другие препараты этой группы – дазатиниб и нилотиниб – оказались эффективными у некоторых пациентов, резистентных к иматинибу.

Полной ремиссии болезни достигает 83 процентов больных. Причем лечение проводится в амбулаторных условиях, так как препараты принимают внутрь (таблетки). Фаза ускорения и криза лечатся более агрессивно, чаще всего с помощью схем, аналогичных тем, которые используются при остром лейкозе.

5. Резюме

В последние годы был достигнут значительный прогресс как в понимании механизмов формирования лейкемии, так и в разработке новых более эффективных методов лечения. Самой большой проблемой остается ведение больных с рецидивом заболевания. Важно как можно раньше выявить заболевание, поставить правильный диагноз и начать лечение в специализированном гематологическом центре.

=======

Если у Вас или Ваших близких есть новообразования (доброкачественные, злокачественные), пишите мне на электронную почту Olia-78@mail.ru.

Помогу Вам разобраться в тонкостях лечение настойками и сборами трав. Подберу схему приёма настоек, учитывая диагноз и сопутствующие заболевания (БЕСПЛАТНО).

+7-962-890-36-52 Билайн (ватсап, вайбер, Телеграм)

+7-989-750-01-99 МТС.