

СРС на тему

«Современные принципы терапии лейкоза»

Факультет: Общая медицина

Группа: 57-2

Студент: Есетова Г.А.

Преподаватель:

План:

1. Введение
2. Подготовительное лечение или профаза
3. Индукция ремиссии при остром лимфобластном лейкозе
4. Консолидация ремиссии.
5. Реиндукция.
6. Поддерживающая терапия острого лимфобластного лейкоза
7. Литература



Введение

- **Острый лимфобластный лейкоз** — злокачественное заболевание системы кроветворения, характеризующееся неконтролируемой пролиферацией незрелых лимфоидных клеток (лимфобластов). Острый лимфобластный лейкоз является самым распространённым злокачественным заболеванием в детском и юношеском возрасте.



Подготовительное лечение или профаза

- (цитопродуктивный предварительный этап): на этом этапе идёт подготовка к лечению. Он состоит из короткого курса химиотерапии (не дольше недели), в котором используется один или два препарата. Цель профазы: т.к. в организме огромное количество лейкозных клеток, то их сначала надо сокращать постепенно и очень осторожно для организма. Это очень важно, так как при разрушении лейкозных клеток из них в организм выбрасываются определённые продукты обмена веществ. И если они накапливаются в большом количестве, то наносят вред организму, прежде всего нарушается работа почек.



Индукция ремиссии при остром лимфобластном лейкозе

это этап интенсивной химиотерапии, когда используется несколько препаратов. Лечение длится приблизительно от пяти до восьми недель. Цель индукции ремиссии — эрадикация не менее 99% инициальной массы лейкемических клеток, восстановление нормального гемопоэза и общего соматического статуса пациента. Этот этап терапии почти всегда включает прием глюкокортикостероидов (преднизолон или дексаметазон), введение винкристина и, по крайней мере, еще одного препарата (обычно L-аспарагиназы и/или антрациклина). Дети с высоким или очень высоким риском рецидива получают 4 или более препаратов. Современная терапия позволяет получить полные ремиссии у 98% детей.



Консолидация ремиссии

- После восстановления нормального гемопоэза, больные, достигшие ремиссии получают консолидирующую терапию. на этом этапе лечение длится несколько месяцев (примерно от 2 до 4). Его цель – с помощью новых комбинаций препаратов продолжать уничтожать лейкозные клетки и тем самым ремиссия как бы закрепляется. Важным элементом лечения на этом этапе является профилактика поражения центральной нервной системы (медики называют его "превентивное лечение"). Обычно препараты вводят непосредственно в спинномозговой канал (интратекально). Некоторым детям дополнительно назначают облучение головного мозга (например, если нашли лейкозные клетки в центральной нервной системе). Этот вид лечения должен помешать лейкозным клеткам попасть в головной и в спинной мозг, или, что бывает чаще, чтобы они не расходились дальше по организму. Обычно у детей используют 6-меркаптопурин плюс высокие дозы метотрексата или длительную терапию L-аспарагиназой и курсы реиндукционной терапии. Использование одного режима исключает использование другого, а их комбинация используется для больных высокого риска.



Реиндукция

- этот этап интенсивной терапии похож на лечение в период индукции. То есть ребёнок получает разные комбинации цитостатиков высокой дозировке. Цель - окончательно разрушить все лейкозные клетки и максимально снизить риск возврата болезни (рецидив). Реиндукция может длиться и несколько недель, и несколько месяцев. Правда, интенсивное лечение чередуется с паузами в химиотерапии.



Поддерживающая терапия острого лимфобластного лейкоза

- Пациентам с лейкозом обычно требуется продолжительная поддерживающая терапия.
- особенность лечения заключается в том, что оно проводится длительно и непрерывно. Его цель - уничтожить последние лейкозные клетки, которые смогли выжить даже после интенсивной терапии. На этом этапе назначают невысокие дозы химиопрепаратов. Комбинация метотрексата, вводимого 1 раз в неделю и ежедневный прием 6-меркаптопурина составляют основу большинства режимов поддерживающей терапии. Дозирование метотрексата и 6-меркаптопурина ограничивается гематологической переносимостью препаратов.
- Ребёнка лечат в основном амбулаторно. И если его состояние здоровья позволяет, он может ходить в школу или в садик. Длительную терапию делают до тех пор, пока общий срок лечения не составит 2 года от начала химиотерапии.



Литература

1. Escherich G, Horstmann MA, Zimmermann M, Janka-Schaub GE, COALL study group: Cooperative study group for childhood acute lymphoblastic leukaemia (COALL): long-term results of trials 82,85,89,92 and 97. *Leukemia* : 2010, 24: 298 [PMID: [20016530](#)]
2. Greaves M: Childhood leukaemia. *BMJ* 2002, 324: 283 [PMID: [11823363](#)]
3. Schrappe M, Reiter A, Henze G, Niemeyer C, Bode U, Köhl J, Gadner H, Havers W, Pluss H, Kornhuber B, Zintl F, Ritter J, Urban C, Niethammer D, Riehm H: Prevention of CNS recurrence in childhood ALL. *Klin Pädiatr* 1998, 210: 192 [PMID: [9743952](#)]

