

Созылмалы лимфолейкоз

Анықтамасы:

Шеттік қанда жетілген лимфоциттердің көбеюімен, сүйек миының, лимфатуйіндерінің, талақтың лимфацитарлы инфильтрациясымен дамидын клондық неопластикалық ауру.

СЛЛ көбіне егде жастағыларда жас өспірімдерге қарағанда жиі байқалады.

Этиологиясымен патогенезі

СЛЛ лимфопролефизациялық ісіктердің қатарындағы ауру.

Негізгі себебі вирустық инфекциямен хромосомдық бұзылыстар болып табылады. Ісіктің даму көзі – лимфопоездің ізашарлық жасушасы.

Этиологиялық факторлар нәтижесінде лимфоциттер жетіліп дамымайды, бірақ олардың өмір сүру уақыты ұзарады, олардың уақытылы жойылмауынан лимфоциттер саны көбейеді.

Жіктемесі

Лимфоциттердің түріне қарай:

1. В жасушалық

2. Т жасушалық

Клиникалық ерекшелігіне қарай:

- типтік (баяу немесе тез өрістейді)

- ісіктік (лимфа түйіндері ісік тәрізді ұлғаюы)

- талақтық (талақтың аса ұлғаюы)

- сүйек миылық

- түкті жасушалық

Клиникалық көрінісі

1. Лимфопролефиряциялық синдром:

(лимфоаденопатия, спленомегалия, сүйек миының лимфоидты пролефиряциясымен сипатталады)

2. Асқынулар синдромы:

Инфекциялық асқынулар (пневмония, герпес)

Аутоимундық бұзылыстар (аутоиммунды гемолиздік анемия, тромбоцитопения).

СЛЛ сатылары

1.Бастапқы саты-бұл сатыда ауру белгілері біртіндеп баяу басталады,айтарлықтай шағымдар болмайды,сұрастырғанда әлсіздік,тершеңдік байқалады,басты белгілері лимфа түйіндерінің ұлғаюы, лейкоцитоз,лимфоцитоз.Алғашқы кезде лимфа түйіндері инфекциялық ауруларға шалдыққанда уақытша ұлғаяды,бірақ кейін сол күйінде сақталады.

2.Жайылмалы сатысы

Шамамен 5-6 жылдан кейін дамиды. Өлсіздік,тершендік кушейеді,барлық лимфа түйіндері ұлғаяды.Лимфа түйіндерінің көлемі бұршақтың көлемімен тауықтың жұмыртқасындай денгейге дейін ұлғюы мүмкін және лимфа түйіндері жұмсақ, қозғалмалы болады.

Дерттің бұл сатысында көптеген ағзалар зақымдалады: АҚЖ, ТАЖ, ОНЖ, буйрек, жыныс мүшелері.

3. Терминальді саты:

Бұл кезде науқастар кахексия күйіне түседі, интоксикация ауырлайды, әр түрлі инфекциялық асқынулар қосылады. Лабораториялық зерттеуде осы ауруға тән белгілер айқын болады.

Зерттеу жоспары

ҚЖА: Панцитопения синдромы,
Лимфоциттердің 100-200х 10г/л ге
дейін жоғарлауы, лимфоциттердің
10-10 г/л ге немесе одан да жоғары
болуы, Боткин Гумпрехт
жасушаларының (лимфоциттердің
шал бұзылған ядролары) болуы.

Иммунологиялық зерттеуде:

-қанда және көк бауырда Т-лимфоцит супрессорлардың жоғарлауы,

Цитохимиялық зерттеуде:

-лимфоциттер құрамында гликогеннің көпмөлшерде түйіршік түрінде анықталу

Миелограммада:

-лимфоидты инфильтрация, лимфоциттердің миелокариоциттерден 50-60% кейде оданда жоғары болуы, гранулацитарлы қатардың жасушаларының азаюы.