Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского

История болезни

Клинический диагноз: Лимфогранулематоз, медиастинальная форма

Куратор-студент 3 курса

2 медицинского факультета 301-П группы

Абдураманова Медине Алимовна

Зав. кафедрой: профессор А.И Крадинов

Преподаватель: О.П. Прокопенко

Симферополь 2015 год

Жалобы больного

Больной предъявляет жалобы на инспираторную одышку, отек шеи и рук, повышенную температуру тела, повышенную потливость(ночные проливные поты),кожный зуд по всему телу, слабость, резкую потерю веса, потерю аппетита, припухлости в области шеи, периодические боли в суставах и костях.

 morbid

При поступлении больной предъявлял жалобы на сильную одышку, боли в груди и животе , отечность лица и шеи. Временами отмечает удушливый сухой кашель, после которого лицо синеет, появляется охриплость голоса, беспокоила лихорадка, отсутствие аппетита, зуд кожи, потливость. Симптомы появились после продолжительной ангины. На боковой поверхности шеи определяются конгломераты лимфоузлов, безболезненных, плотных, подвижных при пальпации. Больной истощен.

Status presents

Общий осмотр: общее состояние удовлетворительное. Положение больного - активное. Сознание ясное. Рост 156см,вес-36кг. Больной нормального телосложения, бледен. Небольшой цианоз губ, отечность лица, напряжение вен шеи. При перкуссии грудной клетки отмечается расширение границ сосудистого пучка, при аускультации - рассеянные сухие хрипы в легких. Границы сердца в норме, тоны глухие. У больного определяется выраженная одышка и компрессионные явления(отек шеи и верхних конечностей, застойная венозная сеть на коже и груди, синдром Горнера).На боковой поверхности шеи определяются конгломераты лимфоузлов, безболезненных, неподвижных при пальпации.

Наблюдается увеличение надключичных лимфоузлов.

Отмечается наличие постоянной лихорадки: температура имеет чаще волнообразный характер со снижением до нормы в период ремиссии.

Наблюдается повышенная потливость(больной жалуется на ночные проливные поты).Со стороны кожи отмечается склонность к высыпаниям, развитие дерматита. Со стороны крови отмечается наличие абсолютной лимфопении, нейтрофильного лейкоцитоза, эозинофилии и моноцитоза, тромбоцитопении, повышение скорости оседания эритроцитов. Больной истощен, масса тела снижена.

Анализы

Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма (в ед.СИ) |
| HGB гемоглобин г/л | 102 | М:130-170 Ж:120-140 |
| RBC эритроциты 10 в 12 /л | 3,5 | М: 4,0-5,0 Ж:3,9-4,7 |
| СОЭ,мм в час | 40 | М:1-10 Ж:2-15 |
| Тромбоциты г/л | 472 | 180-320 |
| Лейкоциты 10 л | 2,5 | 4,0-9,0 |
| НейтрофилыL%) -миелоциты -метамиелоциты -палочкоядерные -сементоядерные |  1,0 7,0 76,0 |  0-1,0 0-1,0 1,0-6,0 47,0-72,0 |
| Эозинофилы(%) | 7,0 | 0,5-5,0 |
| Базофилы(%) | 0 | 0-1, |
| Лимфоциты(%) | 14,0 | 19,0-27,0 |
| Моноциты(%) | 15,0 | 3,0-11,0 |

Вывод: На общем анализе крови наблюдается нейтрофильный лейкоцитоз с ядерным сдвигом влево, эозинофилия, лимфопения, тромбоцитоз, моноцитоз, увеличение скости оседания эритроцитов.

Анализ мочи: в пределах нормы. Отмечается отсутствие глюкозы, макромолекулярных белков, эритроцитов в моче.

Анализ пунктата красного костного мозга, взятого при парастернальной пункции: Отмечается наличие лимфогранулематозных очагов, наклонность к склерозированию. В пунктате :наличие единичных клеток Березовского - Штернберга.

Клинический диагноз-лимфогранулематоз, медиастинальная форма.

Гистологическая структура опухоли:

В биоптате лимфатического узла отмечается интенсивное развитие грануляционной ткани, снижение общего объема лимфоидной ткани, стирание общей структуры лимфатического узла. Грануляционная ткань имеет характерный полиморфно-клеточный состав: нейтрофилы, лимфоциты, плазматические клетки, эозинофилы и ретикулярные клетки. Отмечается наличие характерных для лимфогранулематоза клеток Березовского - Штернберга.

Предлучевой период

Цель - цитодеструктивная, противовоспалительная, анальгезирующая. Результат лучевого лечения зависит от степени регрессии основной первичной опухоли, подавлении клеточных процессов пострадиационного восстановления и скорости регенерации облученных нормальных тканей, которая определяется уровнем защитно-приспособительных реакций организма как в исходном его состоянии, так и в постлучевом периоде. Дезактивация клеток опухоли при воздействии ионизирующей радиации в дозах 1-10 Гр наступает в результате повреждения внутриклеточных структур и нарушения сложных механизмов внутриклеточного обмена. Особенно если клетка находится в состоянии митоза, повреждаются ядерные структуры клетки-хромосомы. Нарушения, возникающие в хромосомах могут быть различными - от разрыва молекулы ДНК до нарушений структуры оснований ДНК, ведущих к генным мутациям. Отмечается подавление синтеза ДНК, повреждение ядерной мембраны, пикноз ядер.

Нарушаются процессы регуляции состояния митохондрий, энергетического обмена клетки, ионного баланса, внутриклеточных обменных процессов. Ограничение и прекращение кровоснабжения опухоли также способствует гибели ее клеток. Распад клеток сопровождается разрастанием соединительной ткани ложа опухоли с рубцеванием дефекта при действии ионизирующей радиации в опухоли создаются условия аутоинтоксикации в результате влияния продуктов тканевого распада и активации противоопухолевого иммунитета.

Вид лучевой терапии

Лучевая терапия (радиотерапия) - лечение ионизирующими излучениями. Применяется главным образом для воздействия на опухоли с целью излечения больного (радикальная лучевая терапия).

Источниками ионизирующих излучений являются радиоактивные изотопы, применяемые в виде специально изготовленных препаратов (Радиоактивные препараты <http://www.medical-enc.ru/16/radiopharmacology.shtml>: Некоторые диагностические короткоживущие с изотопами иттрия-90, технеция-99м, йода-132, галлия-68, индия-115м), или излучения, генерируемые аппаратами (Рентгеновские аппараты <http://www.medical-enc.ru/16/rentgenovskie\_apparaty.shtml>. Гамма- аппараты <http://www.medical-enc.ru/4/gamma-apparat.shtml>, Ускорители заряженных частиц <http://www.medical-enc.ru/19/uskoriteli-zaryazhennyh-chastic.shtml>).

В основе лучевой терапии опухолевых заболеваний лежит известная в радиобиологии <http://www.medical-enc.ru/16/radiobiology.shtml> закономерность, свидетельствующая о неодинаковой радиочувствительности <http://www.medical-enc.ru/16/radiochuvstvitelnost.shtml> здоровых и опухолевых тканей. В силу, большей радиочувствительности, опухоли при лучевом воздействии повреждаются сильнее, чем окружающие их здоровые ткани, неизбежно попадающие в зону облучения. Чем больше интервал в радиочувствительности здоровых и опухолевых тканей (терапевтический интервал), тем легче уничтожить опухоль путем облучения, без нанесения значительного вреда здоровым окружающим тканям.

Оправдано применение облучения по радикальной программе с широких регионарных полей, включающих зоны поражения субклинического поражения. Рекомендуется комбинирование с химиотерапией (схема СОРР: циклофосфан -60мн и онковин-1,4мг/м2 в первый и восьмой день внутривенно,прокарбазин-100мг/м2 и преднизолон-40 мг/м2 ежедневно, применение лекарственных средств(кортикостероидные гормоны, гемостимуляторы, витамины (В6 ,В12, С)диета.

Выбор оптимальной дозы излучения

Оптимальной доза излучения составляет 46 Гр.Одноразовая доза считается 2-2,5 Г при ежедневном облучении. Такой способ подведения дозы к опухоли называется мелким фракционированием дозы. В течение недели проводится 5- сеансов, суммарная поглощенная доза не превышает 46 Гр, продолжительность курса облучения 31 день.

В таком объеме данная доза способствует разрушению опухолевых клеток с последующей элиминацией патологического очага, т.е дает наивысший результат излечения при приемлемом проценте повреждения нормальных тканей.

Аппарат с характеристикой источника излучения и метод лучевой терапии. Применяется дистанционный статический гамма-аппарат «АГАТ 1-Р».Источником гамма-излучения является радионуклид 60 Со.Т ½=5лет.ФЕ=1,17 -1,33 meV.

Метод дальнедистанционной лучевой терапии. Источник излучения находится на расстоянии от поверхности тела больного. Выбор вида и энергии излучения производится с расчетом повреждения глубоко расположенного очага при минимизации дозы для тканей, расположенных поверхностей патологического очага. Точность проведения дозы зависит от точности центрации пучка, укладки больного, правильного расчета дозы.

Облучение по радикальной программе проводится с широких регионарных полей, включающих зоны поражения и субклинического метастазирования.

Суммарная очаговая доза

Суммарная очаговая доза составляет 50Гр.Данная доза способствует оптимальному на облучаемый очаг, его разрушению и заживлению при минимальном поглощении энергии в окружающих здоровых тканях и органах.

Разовая доза

Одноразовая доза считается 2Гр при ежедневном облучении. Такой способ подведения дозы к опухоли называется мелким фракционированием дозы. В течение недели проводится 5- сеансов.

Разовая доза-это одномоментное подведение. Рассчитывается из суммарной очаговой дозы на курс лечения. Она зависит от стадии патологического процесса, скорости его развития и времени его облучения.

Дальнедистанционная лучевая терапия (кожно-фокусное расстояние до 120 см) осуществляется на рентгенотерапевтических установках, а также на гамма-установках, содержащих заряд радиоактивного кобальта. За последние годы появились установки, обладающие высокой энергией электронов. К ним относятся бетатрон, циклотрон и линейный ускоритель. При удалении источника от облучаемой поверхности за счет параллельности пучка лучей в центральной части неравномерность облучения сглаживается и относительная доза на глубине нарастает.

Ритм облучения

Мелкофракционная лучевая терапия с целью облучения патологических клеток в разные периоды роста и деления т.е в фазы разной радиочувствительности. Облучение проводится 1 раз в день (утром или вечером) 5 дней в неделю с перерывами на выходные-2 дня.

Методы лучевой диагностики, применяемые для определения параметров опухоли и уточнения диагноза

Дальнедистанционная лучевая терапия (кожно-фокусное расстояние до 120 см) осуществляется на рентгенотерапевтических установках, а также на гамма-установках, содержащих заряд радиоактивного кобальта. За последние годы появились установки, обладающие высокой энергией электронов. К ним относятся бетатрон, циклотрон и линейный ускоритель.



На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции в верхних и средних отделах наблюдается значительное увеличение в размерах средостение в верхнем и среднем отделах. Контуры его неровные, бугристые, полициклические, тень средостения ассимметричная.

Заключение: злокачественная опухоль медиастинальных лимфоузлов.

На компьютерной томограмме грудной полости средостение на всем протяжении значительно расширено за счет множественных патологических мягкотканых образований (конгломератов-увеличенных лимфоузлов) неравильной формы с четкими бугристыми контурами.

Заключение: злокачественная опухоль лимфатических узлов средостения.

Топографо-дозиметрический эскиз поперечного сечения тела пациента на ровне опухоли с указанием расположения полей облучения.



Поля:

правое парастернальное

левое парастернальное

правое шейно-надключичное

левое шейно-надключичное

злокачественный опухоль медиастинальный лимфоузел

Лучевой период

Особенности ведения больного при проведении лучевой терапии.

Во время курса лучевой терапии больной находится в стационаре. Динамическое наблюдение за состоянием больного включает своевременные поправки, перестройки, существенные изменения в плане лечения, назначение необходимых лечебный воздействий. Обязательно наблюдение за временем проявления и степенью выраженности сопутствующих лучевых реакций как местного так и общего характера. При развитии эритемы или сухого дерматита показан уход за кожей пораженного участка.

Ежедневное выполнение процедуры облучения требует правильной укладки больного, его фиксации, защиты отдельных участков кожи, центрации пучка лучей с использованием средств наблюдения за ходом процедуры. Регистрация всех условии облучения в процедурном листе и состояния больного в дневнике истории болезни.

Послелучевой период

В этот период с параллельно выполняются две задачи. Первая - анализ эффекта лучевого лучения-степени регрессии первичной опухоли. С целью получения более продолжительной ремиссии назначают средства, направленные на полную ликвидацию патологического процесса и закрепление полученного эффекта - химиотерапия, лекарственные препараты, тормозящие репарацию послерадиационных поражений в опухоли. Выполнение ликвидации имеющихся лучевых реакций и предупреждение возникновения таковых в дальнейшем. Данная задача обеспечивается большим набором лекарственных средств, направленных на повышение защитных сил организма, его гистоимунных реакций и репаративных процессов.

Итоги лучевого лечения

Суммарная очаговая доза-50 Гр

Количество фракций-50

Длительность курса лучевой тепрапии-57 дней.