## *Паспортные данные*

### Ф.И.О. больного: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 73 года (09.08.1930 г.р.)

Занимаемая должность: Пенсионер

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата госпитализации: 28.08.2003 г.

**Клинический диагноз:**

1. Основное заболевание: Хронический лимфатический лейкоз, стадия 1. Прогрессирующая форма. Обострение.

2. Сопутствующие заболевания:

* Экзема. Обострение.
* Геморрой

Куратор: Тарасов С.В.

Сроки курации: 02.09.2003-18.09.2003

Дата сдачи истории болезни:

***Жалобы в настоящее время***

 На момент осмотра больной предъявляет жалобы на общую слабость; повышенную потливость, особенно в ночное время; снижение работоспособности; увеличение лимфатических узлов; появление элементов экземы на правой руке.

#### *Anamnesis morbi*

 Пациент считает себя больным с 1997 года, когда впервые появилась общая слабость, потливость, быстрая утомляемость, частые «простудные» заболевания. Обратился к участковому терапевту. Согласно данным амбулаторной карты выявлены: Лейкоцитоз (до 70 г/л), лимфоцитоз (65%). Диагноз: Хронический лимфатический лейкоз поставлен в апреле 2002 года, проходил лечение в Республиканской больнице им. Баранова В.А. Получал сдерживающую терапию хлорбутином по 6 мг в сутки под контролем гемограммы.

 С 14 августа 2003 года пациент отмечает общую слабость, повышение потливости, увеличение лимфатических узлов, снижение работоспособности, быструю утомляемость. По данным клинического анализа крови (от 20.08.2003): лимфоцитоз (91%), лейкоцитоз (55,6 г/л). В связи с обострением процесса больной госпитализирован в гематологическое отделение РБ им. Баранова В.А. 28.08.2003 г. Причин, приведших к обострению процесса, пациент не отмечает. Появление элементов экземы на правой руке больной связывает с обострением болезни.

#### *Anamnesis vitae*

 Родился 09.08.1930 г. в г. Петрозаводске, 2-ой ребенок в семье. Отставания в умственном и физическом развитии не наблюдалось. Учился хорошо, закончил 8 классов. Отец погиб во время ВОВ. Мать умерла в 1968 году, со слов пациента у матери была гематологическая патология, какая именно выяснить не удалось. В 1950 году пациент закончил училище по специальности - сварщик, до пенсии работал по профессии. Проживает в поселке Лахденпохья в 2-хкомнатной квартире. Условия проживания удоалетворительные.

В детстве перенес заболевания: чесотка, корь. С 1990 года - поставлен диагноз: Экзема. С 1992 года - диагноз: Геморрой.

Аллергии на лекарственные средства больной не отмечает. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает.

#### *Выводы из анамнеза*

 На основании наличия жалоб больного: общая слабость, повышение потливости, увеличение лимфатических узлов, снижение работоспособности, быстрая утомляемость и на основании наличия данных клинического анализа крови (от 20.08.2003): лимфоцитоз (91%), лейкоцитоз (55,6 г/л), а также на основании гематологической патологии у матери можно предположить, что у больного гематологическая патология, по-видимому, хронический лимфатический лейкоз

###### Физикальные данные

###### Общее состояние больного

 Больной в сознании, выражение лица осмысленное, речь ясная. Общее состояние больного: удовлетворительное. Тип телосложения: гиперстенический, повышенного питания. Кожа и слизистые оболочки бледно-розового цвета, элементы экземы на правой руке. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно, распространена равномерно. Осмотр зева: слизистые розового цвета, нормальной влажности,

гиперемии нет. Миндалины не увеличены, чистые. Шея правильной формы. Набухания и пульсации яремных вен нет. Пастозности, отеков нет.

***Сердечно-сосудистая система***

 Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют. Цианоза, одышки, периферических отёков нет.

 При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, нормального напряжения, удовлетворительного наполнения, по величине большой, по форме – нормальный, ЧСС 76 уд/мин,

 Сердечный горб и сердечный толчок визуально не определяются. АД 130 /90 мм рт. ст.

 *При пальпации:* верхушечный толчок не определяется

*При аускультации*: тоны сердца ясные, ритмичные. Патологические шумы не прослушиваются.

*При перкуссии:*

* Границы относительной тупости сердца:

 Правая - на уровне 4 межреберья проходит по правому краю грудины

 Левая - на уровне 5 межреберья на 1,5 см. кнутри от

 левой срединно-ключичной линии

 Верхняя - по левой окологрудинной линии на 3 ребре

* Границы абсолютной тупости сердца:

 Правая - на уровне 4 межреберья проходит по левому

 краю грудины

 Левая - на уровне 5 межреберья на 2,0 см. кнутри от

 левой срединно-ключичной линии

 Верхняя - по левой окологрудинной линии на 4 ребре

Конфигурация сердца не изменена.

***Дыхательная система***

 Осмотр и пальпация: Нос не деформирован. Дыхание через нос свободное. Болей самостоятельных или при давлении и поколачивании у кончика носа, на местах лобных пазух и гайморовых полостей не наблюдается. Гортань нормальной формы, ощупывание безболезненно. Болей при разговоре, глотании нет. Форма грудной клетки цилиндрическая. Правая и левая половины грудной клетки симметричны. Над - и подключичные ямки обозначены слабо, выражены одинаково справа и слева. Движение обеих половин грудной клетки синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в дыхании не участвуют. Окружность грудной клетки на уровне нижних углов лопаток и IV-х ребер спереди: при спокойном дыхании - 89 см, при максимальном вдохе - 92 см, при максимальном выдохе - 86 см. Максимальная экскурсия грудной клетки - 6 см. Тип дыхания - преимущественно брюшной. Частота дыхания - 18 в минуту в покое. Ритм дыхания в покое правильный.

 При пальпации грудной клетки – грудная клетка безболезненна. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой. Грудная клетка эластичная.

*Перкуссия лёгких.*

1. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук.
2. При топографической перкуссии:

Нижняя граница легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ориентиры | Справа (ребро) | Слева (ребро) |
| Парастернальная линияСрединно-ключичнаяПередняя подмышечнаяСредняя подмышечнаяЗадняя подмышечнаяЛопаточнаяОколопозвоночная | V реброVVIIVIIIIXXXI |  - -VIIVIIIIXXXI |

 При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

***Пищеварительная система***

 Губы физиологичной окраски, слегка влажные, высыпания и трещины не обнаружены. Слизистая полости рта равномерной розовой окраски, язык обычной величины и формы, влажный, розовый, чистый, мягкое и твердое небо розовые, без пятен и налета, миндалины не увеличены. Неприятный запах изо рта не отмечается, глотание не нарушено. Живот округлый, обе половины симметричны, пупок умеренно втянут, кожа живота имеет нормальную окраску, Усиления венозного рисунка на передней брюшной стенке нет. Живот безболезненный. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Признаков метеоризма, видимой перистальтики не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

 Желудок. При перкуссии нижняя граница определяется на 3 см выше пупка. Большая кривизна расположена на 3 см выше пупка, стенка желудка ровная, эластичная, подвижная, безболезненная.

 Кишечник. При поверхностной легкой пальпации болезненности нет. Все отделы кишечника расположены правильно, обычного диаметра, эластичные, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет.

Печень. Границы печени по Курлову 10, 9 и 8 см. При поверхностной пальпации печени болезненности не выявлено. При глубокой - на глубоком вдохе край печени выходит из-под края реберной дуги на 0.5 см по linea clavicularis dextra. Край печени эластичный, гладкий, закругленный, безболезненный. Симптом Курвуазье отрицательный. Симптомы Мюсси, Ортнера отрицательны.

***Мочеполовая система***

 Поясничная область при осмотре не изменена. Болезненности в пояничной области не определяется. Почки в положениях лёжа на спине и стоя не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Цвет мочи желтый. Диурез не нарушен. При пальпации мочевой пузырь не выступает за верхний край лобка.

***Эндокринная система***

 Вторичные половы признаки соответствуют возрасту. Щитовидная железа не увеличена, эластичная. Запаха ацетона не выявлено.

***Система крови***

 Увеличены все группы лимфоузлов до 2 см в диаметре, при пальпации эластичные, безболезненные. Оссалгий при перкуссии плоских костей не выявлено. Селезенка не пальпируется, перкуторно определяется по средней подмышечной линии между IX и XI ребрами:

 Продольный размер- 9 см

 Поперечный размер- 4 см

***Нервная система***

 Характер спокойный, устойчивый, дружелюбно относится к медицинскому персоналу. Ориентирован во времени, месте, ситуации. Эйфории, бреда, галлюцинаций не отмечается. Сон не нарушен. Патологических рефлексов не выявлено. Изредка отмечается головная боль. Судороги и непроизвольные движения не наблюдаются, трофических нарушений и болезненности по ходу нервных стволов нет, обоняние и вкус не нарушены. Движение глазных яблок в полном объёме, зрение нормальное, форма зрачков правильная, D=S; со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, мимическая мускулатура симметрична, оскала зубов нет, язык располагается посередине. Со стороны слуха патологических изменений нет.

***Оценка и объяснение субъективных и объективных симптомов***

В результате обследования у больного выявлены симптомы:

* Элементы экземы на правой руке
* Лимфаденопатия: Увеличены все группы лимфоузлов до 2 см в диаметре, при пальпации эластичные, безболезненные.

Обоснование и формулировка предварительного диагноза

 На основании жалоб больного (общая слабость; повышенную потливость, особенно в ночное время; снижение работоспособности; увеличение лимфатических узлов; появление элементов экземы на правой руке), данных анамнеза и результатов физикального обследования (лимфаденопатия: Увеличены все группы лимфоузлов до 2 см в диаметре, при пальпации эластичные, безболезненные) можно поставить **предварительный диагноз :**

 Хронический лимфолейкоз, обострение.

##### ***План обследования больного***

 Больному необходимо назначить следующие основные методы исследования:

* Клинический анализ крови;
* Биохимический анализ крови: общий белок, фракции, билирубин, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба, электролиты, креатинин;
* Общий анализ мочи;
* Анализ мочи на сахар;
* Кровь на RW, ВИЧ, австралийский АГ
* Группа крови и Rh – фактор;
* Обзорная рентгенография грудной клетки;
* ЭКГ;
* УЗИ органов брюшной полости;
* Консультация пульмонолога;
* Миелограмма;

**Результаты лабораторных исследований**

***Анализ мочи от 29.08.2003г.***

Цвет - желтый

Относительная плотность - 1005

Реакция - кислая

Белок-0

Глюкоза-0

Лейкоциты- 0-1

Эритроциты- 0-1

***Клинический анализ крови от 29.08.2003г.***

Эритроциты – 5,4 х 10^12/ л

Гемоглобин - 163

Цветной показатель - 0,91

Ретикулоциты – 5%

Тромбоциты – 70,2 г/л

Лейкоциты – 36,3 х 10^9 / л

Эозинофилы - 2

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 1

- сегментноядерные - 30

Лимфоциты - 62

Моноциты - 5

СОЭ - 12 мм /ч

***Клинический анализ крови от 03.09.2003г.***

Эритроциты – 6,0 х 10^12/ л

Гемоглобин - 160

Цветной показатель - 0,8

Ретикулоциты – 10%

Тромбоциты – 276 г/л

Лейкоциты – 19,6 х 10^9 / л

Эозинофилы - 2

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 1

- сегментноядерные - 13

Лимфоциты - 78

Моноциты - 6

СОЭ - 5 мм /ч

***Клинический анализ крови от 08.09.2003г.***

Эритроциты – 3,8 х 10^12/ л

Гемоглобин - 100

Цветной показатель - 0,7

Ретикулоциты – 6%

Тромбоциты – 163,4 г/л

Лейкоциты – 13,0 х 10^9 / л

Эозинофилы - 1

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 1

- сегментноядерные - 16

Лимфоциты - 81

Моноциты - 2

СОЭ - 18 мм /ч

***Клинический анализ крови от 11.09.2003г.***

Эритроциты – 5,0 х 10^12/ л

Гемоглобин - 158

Цветной показатель - 0,9

Ретикулоциты – 20%

Тромбоциты – 203,6 г/л

Лейкоциты – 15,3 х 10^9 / л

 Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 1

- сегментноядерные - 23

Лимфоциты - 74

Моноциты - 2

СОЭ - 3 мм /ч

 ***Биохимический анализ крови от 29.08.2003г.***

Калий – 4,6

Натрий - 144

Кальций – 2,67

Хлориды – 101,9

Мочевина – 4,86

Креатинин – 92,6

АлАТ – 12,9

АсАТ – 12,9

Тимоловая проба – 2,4 ЕД

Билирубин – 9,9

Холестерин – 6,46

О. белок – 76,7

Щелочная фосфатаза - 148

P – 0,9

Моч. кислота – 292,4

***Rg – графия грудной клетки (от 29.08.2003г.)***

Заключение: ХЛЛ без поражения органов грудной полости

***ЭКГ (от 29.08.2003г.)***

Заключение: Синусовый ритм. ЧСС – 76 ударов в минуту.

***Формулировка окончательного диагноза***

 На основании жалоб (общая слабость; повышенную потливость, особенно в ночное время; снижение работоспособности; увеличение лимфатических узлов; появление элементов экземы на правой руке), анамнеза заболевания (пациент считает себя больным с 1997 года, когда впервые появилась общая слабость, потливость, быстрая утомляемость, частые «простудные» заболевания. Обратился к участковому терапевту. Согласно данным амбулаторной карты выявлены: Лейкоцитоз (до 70 г/л), лимфоцитоз (65%). Диагноз: Хронический лимфатический лейкоз поставлен в апреле 2002 года, проходил лечение в Республиканской больнице им. Баранова В.А. Получал сдерживающую терапию хлорбутином по 6 мг в сутки под контролем гемограммы. С 14 августа 2003 года пациент отмечает общую слабость, повышение потливости, увеличение лимфатических узлов, снижение работоспособности, быструю утомляемость. По данным клинического анализа крови (от 20.08.2003): лимфоцитоз (91%), лейкоцитоз (55,6 г/л). В связи с обострением процесса больной госпитализирован в гематологическое отделение РБ им. Баранова В.А. 28.08.2003 г. Причин, приведших к обострению процесса, пациент не отмечает. Появление элементов экземы на правой руке больной связывает с обострением болезни), объективных данных (лимфаденопатия: увеличены все группы лимфоузлов до 2 см в диаметре, при пальпации эластичные, безболезненные), результатов лабораторных и инструментальных методов исследования выставляем **окончательный диагноз:**

 Хронический лимфатический лейкоз, стадия 1. Прогрессирующая форма. Обострение.

###### Этиология и патогенез

 В происхождении болезни несомненную роль играет наследственность, значение внешних факторов не установлено. Встречаются случаи с рецессинным и доминантным типом наследования. Иногда наблюдаются хронический лимфолейкоз у нескольких членов одной семьи, отмечена высокая частота заболевания среди лиц с различными дисплазиями и дефектами соединительной ткани, а также наследственными нарушениями иммунитета.

 На уровне предшественника В-клетки происходит хромосомная аберрация, приводящая или к трисомии хромосомы 12 или к структурным нарушениям хромосом 6,11,13 или 14. Патологические клетки дифференцируются до уровня рециркулирующих В-клеток или В-клеток памяти. Их нормальные клеточные аналоги- длительноживущие, иммунологически арреактивные, митотически пассивные В-клетки Т-независимого пути дифференцировки и В-клетки памяти соответственно. Последующие деления генетически нестабильных лимфоцитов могут привести к появлению новых мутаций и соответственно новых биологических свойств, т.е. субклонов. Клинически это проявляется в появлении симптомов интоксикации, трансформации ХЛЛ в злокачественную и агрессивную лимфоидную опухоль, что наблюдается (по сравнению с другими лимфомами) крайне редко, в 3% случаев. Болезнь иногда сопровождается появлением моноклонального Ig M или Ig G.

***Патанатомия***

Характерный признак хронического лимфолейкоза-полуразрушенные ядра лимфоцитов - тени Гумпрехта, но их количество не является показателем тяжести процесса. Клетки лейколиза представляют собой артефакт; в жидкой крови их нет, они образуются в процессе приготовления мазка. Появление незначительного числа клеток лейколиза при тяжелых инфекциях, остром лейкозе не представляет большой редкости, но характерные глыбчатые, лишь чуть разрушенные ядра лимфоцитов с остатками нуклеол встречаются почти исключительно при хроническом лимфолейкозе.

***Дифференциальная диагностика***

Диф. Диагностику проводим с идиопатическим миелофиброзом, истинной полицитемией и хроническим миелолейкозом

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ПРИЗНАКИ | Хронический миелолейкоз | Идиопатический миелофиброз | Истинная полицитемия |
| Возраст больных | Преимущественно до 50 лет | Преимущественно старще 50 лет | 50-60 лет, но может колебаться от 15 до 59 лет |
| Длительность заболевания | В среднем 5 лет | 15-20 лет | 15-25 лет |
| Геморрагический синдром | Умеренно или значительно выражен (преимущественно в фазе акселерации и в терминальной фазе) | Обычно не выражен | Обычно не выражен |
| Плотность увеличенной селезенки | Умеренная | значительная | значительная |
| Декомпенсация клинического сотояния | Наступает быстро, через 2-3 года от начала заболевания. | Наступает медленно, через 5 лет от начала заболевания. | Наступает медленно, через 15 лет от начала заболевания. |
| R-графия трубчатых костей | Отсутствие изменений или диффузный или очаговый остеопороз | Уплотнение кортикального слоя, сужение костно-мозгового канала | Без патологии |
| Анемия | Появляется в развернутой стадии, быстро прогрессирует | Редко при переходе в терминальную стадию | Редко, практически никогда |
| Нормабластоз | При развитии вторичного фиброза | Рано в начальной стадии заболевания |  |
| Число лейкоцитов | Гиперлейкоцитоз | N или умеренный лейкоцитоз (10-30) | Повышение лейкоцитов до уровня 9-15 |
| Лейкоцитарная формула | Выраженный нейтрофилез, сдвиг влево до промиелоцитов единичных бластов | Нейтрофилез, умеренное повышение числа эозинофилов и базофилов, бластный криз редко | Нейтрофилез, палочкоядерный сдвиг, миелобласты не обнаруживаются. Увеличение юазофилов, эозинофилов, моноцитов. Увеличение активности ЩФ. |
| Количество тромбоцитов | N или умеренный тромбоцитоз (до 500) в терминальной стадии тромбоцитопения | Тромбоцитоз более 500, редко тромбоцитопения. | Тромбоцитоз до 500-1000, фрагменты мегакариоцитов. |
| Миелограмма | Пунктат гиперклеточный, нормальное или пониженное коллличество мегакариоцитов, гиперплазия гранулоцитарного ростка с увеличением количествабластов, эритроидный росток сохращен. | Низкая клеточность, пунктат скудный, колличество мегакариоцитов повышено, преобладают зрелые или созревающие нейтрофильные ганулоциты, раздражение эритропоэза (у больных с гемолизом) | Гиперплазия всех трех ростков кроветворения спреобладанием эритроидного и мегакариоцитарного и значительным уменьшением за счет преимущественной гиперплазии красного ростка. |
| Цитогенетические признаки | Филадельфийская хромосома у 95%  | Филадельфийская хромосома отсутствует | Филадельфийская хромосома отсутствует |

***Дневник***

***03.09.2003*** Состояние относительно удовлетворительное. Жалобы на общую слабость; повышенную потливость, особенно в ночное время; снижение работоспособности; увеличение лимфатических узлов; появление элементов экземы на правой руке.

В лёгких хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/90 мм рт. ст. Пульс 76 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный, физические отправления в норме.

***04.09.2003*** Состояние относительно удовлетворительное. Жалобы на общую слабость; повышенную потливость, особенно в ночное время; снижение работоспособности; увеличение лимфатических узлов; появление элементов экземы на правой руке.

В лёгких хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/90 мм рт. ст. Пульс 78 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный, физические отправления в норме.

***05.09.2003*** Состояние относительно удовлетворительное. Жалобы на общую слабость; повышенную потливость, особенно в ночное время; снижение работоспособности; увеличение лимфатических узлов; появление элементов экземы на правой руке.

В лёгких хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 74 удара в минуту. Живот мягкий безболезненный, физические отправления в норме.

###### План лечения данного больного

##### **Режим 2**

* **Стол 15**

 Показаниями к назначению служат различные заболевания, не требующие специальных лечебных диет и без нарушений состояния пищеварительной системы. Это переходная к обычному питанию диета в период выздоровления и после пользования лечебными диетами. Цель назначения — обеспечение физиологически полноценным питанием. Энергоценность и содержание белков, жиров и углеводов почти полностью

соответствуют нормам питания для здоровья человека, не занятого физическим трудом. Витамины вводят в повышенном количестве. Пищу принимают теплой. Из диеты исключают наиболее трудно-переваримые и острые продукты. Режим питания: 4 раза в день.

 Химический состав: белки — 90—95 г (55 % животные), жиры 100—105 г (30 % растительные), углеводы — 400 г, поваренная соль — 15 г, свободная жидкость — 1,5—2 л. Энергоценность — 2800—2900 ккал.

***Лекарственные препараты***

**Хлорбутин** (Сhlorbutinum). 3-[пара-бис- b -Хлорэтил) Синонимы: Лейкеран, Amboclorin, Chlorambucil, Chloraminophene, Ecloril, Leukeran, Leukorаn, Linfolysin – принимать по 7 таблеток на ночь каждый день (из расчета 0,2 мг/кг). При уменьшении количества лейкоцитов в крови до 25 - 20 х 10 9 /л, перевести больного на поддерживающую терапию, назначая по 2 - 6 мг в неделю в течение года и более.

 **Характеристика препарата:**

 Белый или белый со слабым розоватым или кремоватым оттенком кристаллический порошок. Практически не растворим в воде, легко растворим в спирте.

 Подобно другим препаратам группы бис-(b -хлорэтил) - амина, хлорбутин является алкилирующим цитостатическим веществом; оказывает угнетающее действие на кроветворную ткань и гиперплазированные (опухолевые) ткани. Препарат влияет более избирательно на лимфоидную ткань, чем на гранулоцитарные элементы.

 Назначают хлорбутин внутрь при хроническом лимфолейкозе, лимфо- и ретикулосаркоме, лимфогранулематозе, а также при раке яичников.

 Применяют внутрь ежедневно в виде таблеток. Суточная доза при хроническом лимфолейкозе составляет от 2 до 10 мг (в зависимости от степени лейкоцитоза). Курс лечения от 3 до 6 нед. Общая доза на курс лечения 200 - 400 мг.

 При уменьшении количества лейкоцитов в крови до 25 - 20 х 10 9 /л, больного переводят на поддерживающую терапию, назначая по 2 - 6 мг в неделю в течение года и более.

 У больных лимфогранулематозом без лейко - и тромбоцитопении начинают с ежедневной разовой дозы 20 мг; к концу курса снижают дозу до 10 мг. Количество препарата на курс 400 - 500 мг.

 Хлорбутин применяют также в качестве иммунодепрессанта. Доза 5 - 10 мг в сутки.

 Так же как при лечении другими бис-(b -хлорэтил)-аминами, во время лечения хлорбутином необходимо систематически (не менее 2 - 3 раз в неделю) производить анализ крови (общий) и дифференциальный подсчет лейкоцитов, определение количества тромбоцитов, эритроцитов, гемоглобина.

 В процессе лечения хлорбутином могут возникнуть лейкопения, анемия и тромбоцитопения; при передозировке развивается значительная лейкопения, прогрессируюшая вплоть до панцитопении. Уменьшение количества лейкоцитов может продолжаться в течение 10 - 12 дней после отмены препарата.

 При развитии резкой лейкопении прекращают прием препарата, а в случае необходимости, переливают кровь или вводят лейкоцитную и тромбоцитную массу; назначают стимуляторы кроветворения, витамины. Переливания крови (100 - 125 мл 1 раз в неделю) рекомендуется производить в течение курса лечения.

 Лицам, ранее лечившимся другими цитостатическими препаратами или подвергавшимся лучевой терапии, хлорбутин назначают не ранее чем через 1, 5 - 2 мес. после окончания предыдущего лечения, при условии отсутствия выраженной лейкопении, тромбоцитопении и анемии. Препарат назначают, начиная с небольших доз.

 Препарат противопоказан при тяжелых заболеваниях печени и почек, острых заболеваниях желудочно-кишечного тракта, непосредственно после применения других цитостатических препаратов и лучевой терапии, при выраженной лейкопении, тромбоцитопении и анемии, связанных с развитием злокачественного процесса.

 Форма выпуска: таблетки, содержащие по 0, 002 и 0, 005 г (2 и 5 мг) хлорбутина.

 Хранение: список А. В хорошо укупоренной таре в прохладном, защищенном от света месте.

###### Прогноз

 Прогноз в отношении жизни и трудоспособности относительно неблагоприятный. Средняя продолжительность жизни больных ХЛЛ (1 стадия) около 7-10 лет.

###### Этапный эпикриз

 Больной Копосов Дмитрий Ильич, 73 лет.

Поступил в РБ 28.08.2003 г. в удовлетворительном состоянии с диагнозом: Хронический лимфатический лейкоз, обострение. Заболел 14 августа 2003 года, с этого времени пациент отмечает общую слабость, повышение потливости, увеличение лимфатических узлов, снижение работоспособности, быструю утомляемость. По данным клинического анализа крови (от 20.08.2003): лимфоцитоз (91%), лейкоцитоз (55,6 г/л). В связи с обострением процесса больной госпитализирован в гематологическое отделение РБ им. Баранова В.А. Причин, приведших к обострению процесса, пациент не отмечает. Появление элементов экземы на правой руке больной связывает с обострением болезни.

 На основании анамнестических, клинических и лабораторных данных поставлен **Клинический диагноз :**

* Хронический лимфатический лейкоз, стадия 1. Прогрессирующая форма. Обострение.

Больному назначено лечение:

##### **Режим 2**

* **Стол 15**
* **Хлорбутин** – по 7 таблеток на ночь каждый день (из расчета 0,2

мг/кг)

 Больной продолжает лечение в гематологическом отделении РБ им. Баранова В.А.

***Проведенные исследования:***

***Анализ мочи от 29.08.2003г.***

Цвет - желтый

Относительная плотность - 1005

Реакция - кислая

Белок-0

Глюкоза-0

Лейкоциты- 0-1

Эритроциты- 0-1

***Клинический анализ крови от 29.08.2003г.***

Эритроциты – 5,4 х 10^12/ л

Гемоглобин - 163

Цветной показатель - 0,91

Ретикулоциты – 5%

Тромбоциты – 70,2 г/л

Лейкоциты – 36,3 х 10^9 / л

Эозинофилы - 2

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 1

- сегментноядерные - 30

Лимфоциты - 62

Моноциты - 5

СОЭ - 12 мм /ч

***Клинический анализ крови от 03.09.2003г.***

Эритроциты – 6,0 х 10^12/ л

Гемоглобин - 160

Цветной показатель - 0,8

Ретикулоциты – 10%

Тромбоциты – 276 г/л

Лейкоциты – 19,6 х 10^9 / л

Эозинофилы - 2

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 1

- сегментноядерные - 13

Лимфоциты - 78

Моноциты - 6

СОЭ - 5 мм /ч

***Клинический анализ крови от 08.09.2003г.***

Эритроциты – 3,8 х 10^12/ л

Гемоглобин - 100

Цветной показатель - 0,7

Ретикулоциты – 6%

Тромбоциты – 163,4 г/л

Лейкоциты – 13,0 х 10^9 / л

Эозинофилы - 1

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 1

- сегментноядерные - 16

Лимфоциты - 81

Моноциты - 2

СОЭ - 18 мм /ч

***Клинический анализ крови от 11.09.2003г.***

Эритроциты – 5,0 х 10^12/ л

Гемоглобин - 158

Цветной показатель - 0,9

Ретикулоциты – 20%

Тромбоциты – 203,6 г/л

Лейкоциты – 15,3 х 10^9 / л

 Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 1

- сегментноядерные - 23

Лимфоциты - 74

Моноциты - 2

СОЭ - 3 мм /ч

 ***Биохимический анализ крови от 29.08.2003г.***

Калий – 4,6

Натрий - 144

Кальций – 2,67

Хлориды – 101,9

Мочевина – 4,86

Креатинин – 92,6

АлАТ – 12,9

АсАТ – 12,9

Тимоловая проба – 2,4 ЕД

Билирубин – 9,9

Холестерин – 6,46

О. белок – 76,7

Щелочная фосфатаза - 148

P – 0,9

Моч. кислота – 292,4

 ***Rg – графия грудной клетки (от 29.08.2003г.)***

 Заключение: ХЛЛ без поражения органов грудной полости

***ЭКГ (от 29.08.2003г.)***

Заключение: Синусовый ритм. ЧСС – 76 ударов в минуту.

***Список литературы:***

* В.Х. Василенко, Пропедевтика внутренних болезней: / Учебник/Издательство «Медицина», Москва, 1989, с изменениями
* Окороков А.Н. «Диагностика болезней внутренних органов» Том 4 Диагностика болезней системы крови/ М.: Медицинская литература . 2001 г.
* Внутренние болезни: Учебник: В 2 т./Под ред. А.И.Мартынова, Н.А. Мухина и др. М.: Гэотар-мед, 2001. – Т.2. 648 с. ил.
* Руководство по гематологии/Под ред. А.Н. Смирнова. М.: Медицина, 1980. 582 с.
* Лекционный материал