Паспортные данные

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ВОЗРАСТ -56лет

ПОЛ - женский

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ - замужем АДРЕС МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ –\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. МЕСТО РАБОТЫ – пенсионерка ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ: 12.10.2012 (945)

ДАТА ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА: 26.10.2012

ДИАГНОЗ НАПРАВИВШЕГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ: Хронический лимфолейкоз

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПОСТУПЛНИИ: Хронический лимфолейкоз

Жалобы больного

При поступлении: на сильную потливость, боли в костях, повышение температуры в вечернее время, похудание, отсутствие аппетита, слабость, вялость.

История развития настоящего заболевания

Считает себя больной с января 2008 года, когда после сильного переохлаждения заболела бронхитом. Лечилась в стационаре, где обнаружили изменения в крови. После этого была направлена в гематологическое отделение ВОКБ, где был выставлен диагноз – хронический лимфолейкоз. Получала химиотерапию.

Состоит на учете у гематолога.

 Настоящее ухудшение – около месяца, когда появилась сильная потливость, боли в костях, повышение температуры в вечернее время, похудание, отсутствие аппетита, слабость, вялость.

12.10.2012г. госпитализирована в ВОКБ для обследования и дальнейшего лечения.

 История жизни

Родилась первым ребёнком в семье, росла и развивалась соответственно возрасту. Не отставала от сверстников в физическом и умственном развитии. Замужем, имеет одного ребенка.

Перенесенные заболевания – ветряная оспа, ОРЗ, ангина.

Наличие у себя таких заболеваний как: туберкулез, гепатит, малярию, венерические заболевания отрицает. Генетический анамнез не отягощен.

Гемотрансфузии были, без осложнений.

 Аллергологический анамнез – не переносит сульфаниламиды (реакция – сыпь, зуд).

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное.

Объективное исследование

 *Состояние* пациентки тяжелое, сознание ясное, положение в постели активное, контакту доступна. Телосложение астеническое. Внешний вид пациентки соответствует возрасту и полу. Рост 160 см, вес 51 кг. Температура тела – 36,8С.

  *Кожа* сухая, чистая, окраска кожных покровов бледная, эластичность кожи сохранена, видимые слизистые бледно-розовые, влажные. Сыпи, расчёсов, петехий, рубцов нет. Оволосение по женскому типу. Ногтевые пластинки правильной формы, ногти ломкие, ногтевые пластинки не слоятся.

 *Подкожная жировая клетчатка* выражена слабо. Отёков, акроцианоза нет.

 *Лимфатические узлы:* подчелюстные, шейные, над- и подключичные, локтевые, подмышечные, паховые увеличены в размерах, при пальпации - безболезненные, тестовато-эластичной консистенции, не спаяны между собой, покраснения кожи, изъязвлений над ними нет.

 *Щитовидная железа* не увеличена.

*Костно-мышечно-суставная система :* степень развития мышц нормальная, тонус понижен, судорог нет. Суставы нормальной конфигурации. Ограничение движения в суставах нет, изменения цвета и температуры кожи над суставами нет.

Система органов дыхания.

Дыхание через нос свободное, отделяемого из носа и носовых кровотечений нет. Гортань недеформирована, припухлостей в области гортани нет.

Форма грудной клетки нормостеническая. Над- и подключичные ямки выражены умеренно. Межреберные промежутки умеренные, эпигастральный угол прямой, лопатки и ключицы выступают умеренно. Грудная клетка симметрична.

Дыхание смешанное. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание поверхностное, ритмичное. ЧДД - 18 в минуту. Признаков одышки не выявлено.

 Межреберные промежутки умеренно ригидны. Голосовое дрожание на симметричных участках не ослаблено, одинаковое.

При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки звук ясный, легочный.

Данные топографической перкуссии: высота стояния верхушек лёгких - спереди – 3 см. с обеих сторон, сзади – на уровне остистого отростка 7-ого шейного позвонка. Ширина полей Кернига 5 см с обеих сторон. Подвижность нижнего края лёгких по среднеключичной линии 4 см. с обеих сторон.

*Топографическая перкуссия:*

|  |
| --- |
| Нижняя граница |
| Лин Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Па окологрудинная | верхний край 6 ребра |  |
| средне-ключичная | нижний край 6 ребра |  |
| передняя подмышечная | нижний край 7 ребра | нижний край 7 ребра |
| средняя подмышечная | нижний край 8 ребра | нижний край 8 ребра |
| задняя подмышечная | нижний край 9 ребра | нижний край 9 ребра |
| Лопаточная | нижний край 10 ребра | нижний край 10 ребра |
| Околопозвоночная | нижний край 11 ребра на уровне остистого  отростка 11 грудного  позвонка |

Спереди высота стояния верхушек слева на 4 см выше ключицы, справа на 3 см выше ключицы. Сзади высота стояния верхушек на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка.

Сердечно- сосудистая система.

При осмотре области сердца сердечного горба, усиления верхушечного толчка, выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также эпигастральной не обнаружено. Одышки нет. Отеков нет. Пульс 74 в минуту, одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Верхушечный толчок пальпируется в 5-ом межреберье кнутри от левой среднеключичной линии на 1,5 см, площадь 1 см, средней высоты, резистентный.

*Перкуссия сердца*

Границы относительной сердечной тупости:

Правая – в 4-ом межреберье справа на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Левая – в 5-ом межреберье слева на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Верхняя – верхний край 3-го ребра слева.

Конфигурация сердца нормальная. Поперечник сердца 13.5 см: слева- 9,5 см. справа- 4 см. Ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье 5 см.

*Абсолютная тупость сердца*:

Правая- в 4-м межруберье по левому краю грудины, левая- в 5-м межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя- нижний край 4-го ребра слева.

*Аускультация*

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Патологических шумов нет. АД – 120/70 мм рт. ст., ЧСС - 74.

Органы пищеварения.

Слизистая ротовой полости чистая, влажная, бледно-розовая. Язык влажный, слегка обложен белым налётом у корня. Живот обычной формы и величины, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного цилиндра, шириной 2 см., безболезненная. Слепая кишка пальпируется в виде мягкого цилиндра, шириной 3 см., безболезненная. Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 2 см. ниже пупка в виде мягкого цилиндра, шириной 3 см., безболезненная.

Pancreas не пальпируется.

*Перкуссия печени*

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя граница: |  |
| Пр. передняя подмышечная нижний край 3 ребра |
| Пр. средне – ключичная | нижний край 4 ребра |
| Пр. окологрудинная | верхний край 4 ребра |
| Н Нижняя граница: |  |
| Пр. передняя подмышечная | Нижний край 10-го |
| Пр. среднеключичная | На 2 см от края реберной дуги |
| Пр. окологрудинная |  На 4 см ниже реберной дуги |
| Передняя срединная линия | в нижн. трети отрезка от пупка до мечев. отростка |
| Левая окологрудинная | Нижний край реберной дуги |

*Размеры печени по Курлову*:

Правая среднеключичная линия - 11 см

Передняя срединная линия – 9 см

Косой размер – 8 см

Пальпация печени: печень выходит на 2 см ниже края реберной дуги. Край печени закругленный, плотный, безболезненный.

*Селезенка.*

Перкуссия: поперечник – 9 см, длинник – 11 см.

Селезенка выходит на 4 см ниже края реберной дуги. Поверхность гладкая, плотная. При пальпации болезненная.

Органы мочеотделения.

Почки не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-6 раз в сутки.

 План обследования

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ: общий белок и фракции
4. Иммунологический анализ: содержание иммуноглобулинов всех классов. Типирование лимфоцитов на принадлежность к В- клеточному или Т- клеточному клонам.
5. Стернальная пункция и/или трепанобиопсия крыла подвздошной кости.
6. Гистологическое исслеование лимфатических узлов.
7. УЗИ органов брюшной полости
8. Рентгенография грудной клетки

Лабораторные и инструментальные исследования,

 консультации специалистов.

Общий анализ крови от 12.10.2012г

Hb 98 г/л

Эритроциты- 3,30 Х 1012/л

Цветовой показатель – 0,9

Тромбоциты 95 Х 109/л

Лейкоциты – 72 х 109/л

СОЭ – 22мм/ч

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| эозинофилы | базофилы |  Нейтрофилы | лимфоциты | моноциты |
|   1% |  1% | юные  - | палочки  5% | сегменты  59%  |  94% |  7% |

 Клетки Боткина-Гумпрехта - 2-4 в п/з

 *Заключение:* анемия легкой степени, тромбоцитопения, лейкоцитоз, лимфоцитоз, ускоренное СОЭ, клетки Боткина-Гумпрехта (фрагменты мембран и ядер лимфоцитов, разорванных в процессе приготовления мазков)

 Общий анализ крови от 16.10.2012г

Hb 95 г/л

Эритроциты- 3,31 Х 1012/л

Цветовой показатель – 0,89

Тромбоциты 95 Х 109/л

Лейкоциты – 68 х 109/л

СОЭ – 21мм/ч

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозинофилы | базофилы |  Нейтрофилы | лимфоциты | моноциты |
|   1% |  1% | юные  - | палочки  5% | сегменты  59%  |  90% |  7% |

 Клетки Боткина-Гумпрехта - 2-4 в п/з

 *Заключение:* анемия легкой степени, тромбоцитопения, лейкоцитоз, лимфоцитоз, ускоренное СОЭ, клетки Боткина-Гумпрехта (фрагменты мембран и ядер лимфоцитов, разорванных в процессе приготовления мазков)

Биохимический анализ крови от16.09.2012г

Общ. белок – 58,5г/л

Мочевина – 4,88 ммоль/л

Холестерин – 3,9 ммоль/л

Креатинин – 0,069ммоль/л

Билирубин – 18,0 – 6,2мкмоль/л

АлАТ- 28 МЕ

АсАТ – 49,8 МЕ

Глюкоза – 4,3 ммоль/л

Заключение: данные биохимического анализа крови в пределах нормы.

Общий анализ мочи от 12.10.2012г

Цвет- соломенно-желтый

РН- кислая

Относит. плотность – 1015

Белок – нет

Глюкоза – отр

Заключение: данные общего анализа мочи в пределах нормы.

Анализ крови на RW (12.10.12) : отрицательный.

 на HBs-антиген (12.10.12):отрицательный

УЗИ органов брюшной полости от 12.10.12

*Заключение:* увеличение печени, селезенки, мезентериальных лимфоузлов.

ЭКГ от 12.10.2012г

Ритм синусовый. Вертикальное положение ЭДО.

Стернальная пункцияот14.10.12.

*Заключение:* увеличение лимфоцитарной метаплазии (>30%).

Клинический диагноз и его обоснование

На основании :

- жалоб: на сильную потливость, боли в костях, повышение температуры (37,2) в вечернее время, похудание, отсутствие аппетита, слабость, вялость.

- истории заболевания: считает себя больной с января 2008 года, когда после сильного переохлаждения заболела бронхитом. Лечилась в стационаре, где обнаружили изменения в крови. После этого была направлена в гематологическое отделение ВОКБ, где был выставлен диагноз – хронический лимфолейкоз.

 - объективного статуса и дополнительных методов исследования: увеличение лимфатических узлов, гепатоспленомегалия, ОАК – лейкоцитоз, резкое повышение числа лимфоцитов, тромбоцитопения, клетки Боткина-Гумпрехта, анемии, увеличение СОЭ, УЗИ – увеличение размеров печени, селезенки и мезентериальных лимфоузлов, стернальная пункция – увеличение лимфоцитарной метаплазии (>30%), можно поставить диагноз: Хронический лимфолейкоз, стадия В.

 Дифференциальная диагностика

 Проводится в первую очередь с реактивным лимфоцитозом и лимфаденопатией при вирусных и бактериальных инфекциях, аутоиммунных заболеваниях.

 Отличить ХЛЛ может помочь характерное для этого заболевания сочетание лимфоцитоза и лимфаденопатии с гипогаммаглобулинемией. Функционально дефектные лимфоциты опухолевого клона не могут трансформироваться в плазмоциты – основной источник иммуноглобулинов. Наоборот, при реактивных лимфоцитозах с увеличением лимфатических узлов возникает гиперплазия нормальных клеточных линий лимфопоэза, которые достигают конечной точки своей дифференциации – плазматические клетки, способной синтезировать иммуноглобулины. В отличие от ХЛЛ в этих случаях возникает реактивная плазматическая инфильтрация костного мозга, гипергаммаглобулинемия.

 План лечения

1. Циклофосфан - противоопухолевое средство алкилирующего действия. Оказывает цитостатическое и иммунодепрессивное действие. Противоопухолевое действие реализуется непосредственно в клетках опухоли, где циклофосфамид биотрансформируется под действием фосфатаз с образованием активного метаболита, обладающего алкилирующим действием.
2. Преднизолон — синтетический глюкокортикоидный лекарственный препарат средней силы.

Лечение и его обоснование

Режим – палатный, Стол-Б

Медикаментозное лечение:

1. Циклофосфан 0,2 в/в по 400 мг 1 раз в день с последующим переходом на поддерживающие дозы: 400 мг в/в 2 раза в неделю.
2. Преднизолон 5мг- 4таб 3 раза

Дневник наблюдения

 24.10.12.Состояние удовлетворительное. Жалобы на потливость, общую слабость. Температура – 36,70С. Об-но: кожный покров чистый, бледный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 19 в мин. Тоны сердца приглушены. АД – 120/70 мм рт. ст., пульс – 78 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

 Лечение продолжает.

 25.10.12.Состояние удовлетворительное. Жалобы на общую слабость. Температура – 36,80С. Об-но: кожный покров чистый, бледный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца приглушены. АД – 120/70 мм рт. ст., пульс – 74 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

 Лечение продолжает.

Эпикриз

 Пациентка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, была госпитализирована в гематологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: «Хронический лимфолейкоз». При поступлении предъявляла жалобы на сильную потливость, боли в костях, повышение температуры в вечернее время, похудание, отсутствие аппетита, слабость, вялость.

 Из анамнестических данных известно, что заболевание началось в январе 2008 года, когда после сильного переохлаждения заболела бронхитом. Лечилась в стационаре, где обнаружили изменения в крови. После этого была направлена в гематологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, где был выставлен диагноз – хронический лимфолейкоз. Получала химиотерапию.

 Состоит на учете у гематолога.

 Объективно: Состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, положение в постели активное, больная контакту доступна. Телосложение астеническое. Внешний вид больной соответствует возрасту и полу. Рост 160 см, вес 52 кг. Кожа сухая, чистая, окраска кожных покровов бледная, эластичность кожи сохранена, видимые слизистые бледно-розовые, влажные.

 Лабораторные и инструментальные методы исследования: увеличение лимфатических узлов, гепатоспленомегалия, ОАК – лейкоцитоз, резкое повышение числа лимфоцитов, клетки Боткина-Гумпрехта анемии, увеличение СОЭ, УЗИ – увеличение размеров печени, селезенки и мезентериальных лимфоузлов, стернальная пункция – увеличение лимфоцитарной метаплазии (>30%).

На основании выше приведенного был поставлен диагноз: «Хронический лимфолейкоз, стадия В».

Проводится медикаментозная терапия.

 Прогноз

Прогноз неблагоприятный.

Средняя продолжительность жизни больных хроническим лимфолейкозом 2-20 лет. После начала химиотерапии больные живут 4-6 лет.