**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Ф. И. О. пациента – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Пол – женский.
3. Дата рождения и возраст – 01.07.1937 (75 лет)
4. Постоянное место жительства – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Место работы, профессия – инвалид II группы.
6. Дата и время поступления в стационар – 18. 10. 2012 в 09:35 – 09:45.
7. Кем направлен пациент: ДУ.
8. Диагноз направившего учреждения: Хронический лимфолейкоз.
9. Диагноз при поступлении: Хронический лимфолейкоз .
10. **ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

На общую слабость, головокружение, тахикардию и одышку при минимальной физической нагрузке, боль в зубе .

1. **ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)**

Со слов пациентки : 2 года назад она вырвала зуб, развилось длительное кровотечение, обратилась за помощью в Дубровенскую больницу. Выявлен умеренный лейкоцитоз за счёт абсолютного лимфоцитоза ,откуда она была направлена в ВОКБ с подозрением на ХЛЛ. Диагноз подтвердился. Несколько раз госпитализировалась в ВОКБ для прохождении ХТ. Подробности не уточняет. Планово госпитализирована в ВОКБ гематологическое отделение 18.10.12 для прохождения повторного курса ХТ.

 **ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)**

Родилась 01.07.1937 в д.Ковровое,первым ребёнком в семье. Росла и развивалась в соответствии с возрастом (без особенностей), от сверстников не отставала. Образование: 4 класса средней школы. Профессия – нет. Работала в Дубровенском с/с дояркой,свинаркой. Пенсионерка с 50 лет.

Бытовой анамнез: Санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Питание регулярное. Замужем , пятеро детей. Вредных привычек не имеет.

Перенесённые заболевания: Простудные, пневмония (3 раза). Гепатит, сифилис, туберкулёз, венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию отрицает.

Наследственный анамнез: родная сестра умерла от хронического лифолейкоза в 62 года,болела 12 лет.

Хронические заболевания: нет.

Аллергологический анамнез: не отягощён.

Операции: не было.

Переливания крови: не было.

1. **ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (STATUS PRAESENS)**

***Общий осмотр***

Общее состояние на момент курации удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, нормостеническая конституция; рост 155 см, вес 60 кг, индекс Кетле составляет 20,1, что соответствует норме.

Кожный покров: бледного цвета, умеренно влажный, эластичный. Очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения, зуда нет. Видимые слизистые оболочки: бледного цвета; высыпаний, кровоизлияний, петехий, изъязвлений нет. Оволосение обычное , по женскому типу. Волосы густые, сухие, блестящие, не секутся, седые. Ногти овальной формы; ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Подкожная жировая клетчатка умеренно развита, распределена равномерно. Толщина подкожно-жировой складки в области пупка 3 см, в области лопаток 2 см, на наружной поверхности плеча – 2 см. Отёков и пастозности нет.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, над и подключичные, подмышечные, кубитальные, паховые, подколенные – не увеличены, безболезненны, обычной плотности, подвижны. На момент курации пальпируются небольшие 1-1,5 см, безболезненные шейные л/у, мягковатой консистенции.
 Мышечный корсет развит хорошо, тонус и сила мышц сохранены, одинаковы с обеих сторон. Кости не деформированы. Суставы правильной формы, движения в полном объеме, безболезненные. Ногтевые фаланги пальцев не изменены. Позвоночник имеет физиологические изгибы, подвижность при сгибании, разгибании, боковых движениях в полном объёме.

***Осмотр головы, шеи, лица***

 Голова овальной формы, нормальных размеров, положение прямое, подвижность свободная. Непроизвольных движений нет. Выражение лица спокойное, цвет кожи лица – бледный. Глазная щель правильной формы; косоглазия, экзофтальма, западения глазного яблока, дрожания нет. Зрачки равномерно сужены, реагируют на свет; конвергенция и аккомодация в норме. Веки – без изменений. Нос: форма правильная, деформаций нет, движений крыльев носа при дыхании нет. Зев: чистый, миндалины не увеличены, цвет слизистой - бледно-розовый. Шея: длинная, тонкая. Щитовидная железа: при пальпации не увеличена, гладкая поверхность, безболезненна, умеренно подвижна. При аускультации сосудистые шумы над её поверхностью не выслушиваются.

***Система органов дыхания***

*Статический осмотр грудной клетки*

Грудная клетка нормостеническая: переднезадний размер меньше бокового, над- и подключичные ямки выражены умеренно, ребра имеют умеренно-косой ход, межреберные промежутки умеренно выражены, эпигастральный угол прямой, лопатки контурируются нерезко; грудной отдел туловища по высоте равен брюшному.

*Динамический осмотр грудной клетки*

Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания, отставания одной половины от другой нет. Смешанный тип дыхания. Ритм дыхания правильный. Дыхательные движения средней глубины; частота дыхательных движений – 18 в минуту. Объективные признаки одышки: изменение частоты и глубины дыхания, участие вспомогательной мускулатуры и крыльев носа в акте дыхания, акроцианоз, ортопноэ на момент курации – отсутствуют.

Окружность грудной клетки:

* при спокойном состоянии - 93см,
* при глубоком вдохе - 100см,
* при глубоком выдохе - 92см.

*Пальпация грудной клетки*

Резистентность грудной клетки нормальная. Болезненности по ходу межреберных нервов, мышц, ребер нет. Голосовое дрожание не изменено, проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки. Ощущения трения плевры при пальпации нет. Экскурсия грудной клетки при спокойном дыхании составляет 1 см, максимальная экскурсия – 7 см.

*Перкуссия грудной клетки*

При проведении сравнительной перкуссии: на симметричных участках ясный легочной перкуторный звук.

Топографическая перкуссия:

Нижняя граница:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Линии** | **Правое лёгкое** | **Левое лёгкое** |
| l. parasternalis | V межреберье | Не определяется |
| l. medioclavicularis | VI ребро | VI ребро |
| l. axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l. axillaris medius | VIII ребро | VIII ребро |
| l. axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. scapularis | X ребро | X ребро |
| l. paravertebralis | На уровне остистого отростка XI грудного позвонка |

Верхняя граница

 Высота стояния верхушки лёгкого спереди справа – 4 см, слева – 3 см; сзади справа и слева – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига: справа – 6 см, слева – 5 см.

Подвижность нижних краёв лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Линии** | **Правое лёгкое (см)** | **Левое лёгкое (см)** |
| l. medioclavicularis | 2 | - |
| l. axillaris medius | 3 | 3 |
| l. scapularis | 3 | 3 |

Аускультация лёгких

Над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание с жёстким оттенком. Побочные дыхательные шумы: хрипы, шум трения плевры, крепитация – отсутствуют. Бронхофония не изменена.

**Система органов кровообращения**

 *Осмотр и пальпация области сердца и сосудов*

 Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно определяется в 5-ом межреберье по linea medioclavicularis sinistra, достаточной силы резистентности, площадью 1.0 см. Сердечный толчок не определяется. Кошачье мурлыканье во втором межреберье справа у грудины и на верхушке сердца не определяется. "Пляска каротид" отсутствует. Пальпируется физиологическая эпигастральная пульсация. При пальпации пульсация на периферических артериях сохранена и одинакова с обеих сторон. При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, синхронный, ритмичный, частотой 83 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, не напряженный, форма и величина пульса не изменены. Варикозного расширения вен нет.

*Перкуссия сердца и сосудистого пучка*

Границы относительной тупости сердца

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| в 4-ом межреберье - на 1 см. кнаружи от правого края грудины;  | в 5-ом межреберье на 1 см. кнаружи от linea medioclavicularis; в 4-ом межреберье на 0,5 см. кнаружи от linea medioclavicularis; в 3-ем межреберье по линии parasternalis sinistra | между linea sternalis и linea parasternalis в 3-ем межреберье |

Контуры сердца расширены влево. Ширина сосудистого пучка во втором межреберье – 4 см.

Граница абсолютной тупости сердца

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| в IV-ом межреберье по левому краю грудины. | в V межреберье по медиклавикулярной линии. | в IV межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины. |

*Аускультация сердца и сосудов*

I точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, приглушенные ; 1 тон по громкости равен 2 тону.

II точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, приглушенные; 1 тон по громкости равен 2 тону.

III точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, приглушенные; 2 тон громче, чем 1 тон.

IV точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, приглушенные ; 2 тон громче, чем 1 тон.

Точка Боткина-Эрба: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, усиленные; 2 тон громче, чем 1 тон.

Изменений конфигурации тонов ни в одной из точек аускультации нет. Ритм перепела, ритм галопа не выслушиваются. Шум трения перикарда отсутствует. На сонных, подключичных артериях выслушиваются 2 тона. Тоны Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье при аускультации бедренной артерии отсутствуют. Симптом Сиротинина-Куковерова отсутствует. Шум волчка при выслушивании яремных вен отсутствует.

*Измерение артериального давления*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правая рука | Левая рука |
| Классическое положение пациента |
| Систолическое АД, мм.рт.ст | 130 | 130 |
| Диастолическое АД, мм.рт.ст | 80 | 80 |
| Положение пациента «стоя» |
| Систолическое АД, мм.рт.ст | 130 | 130 |
| Диастолическое АД, мм.рт.ст | 85 | 85 |

**Система органов пищеварения**

*Осмотр живота в вертикальном и горизонтальном положении*

Форма живота обычная, пупок втянут. Расширенные кожные вены, пигментация, цианотические участки отсутствуют. Перистальтические и антиперистальтические движения желудка и кишечника не отмечаются.

*Поверхностная пальпация живота в вертикальном и горизонтальном положении*

Местная и разлитая болезненность не отмечаются. Общее и местное напряжение отсутствует. Грыжевые отверстия, расхождение прямых мышц живота, опухолевидные образования отсутствуют. Асцит методом флюктуации не определяется.

*Глубокая методическая пальпация по Образцову-Стражеско*

Отделы кишечника пальпируются без особенностей. Малая кривизна желудка не пальпируется. Большая кривизна желудка пальпируется на 2 см выше пупка в виде безболезненной складки мягко-эластической консистенции, с гладкой поверхностью; привратник не пальпируется.

Пальпация печени по Образцову. Нижний край печени выступает из-под правой реберной дуги на 2 см; мягкий, с гладкой поверхностью, острый, ровный, безболезненный. Пульсация при пальпации печени не отмечается.

Пальпация желчного пузыря. Желчный пузырь не пальпируется.

Пальпация поджелудочной железы. Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность в треугольнике Шоффара не отмечается.

Пальпация селезёнки по Образцову.Нижний край селезёнки выступает из под рёберной дуги на 3-4 см.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный над всей поверхностью живота.

*Перкуссия живота*

Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптом Образцова отрицательный.

Граница абсолютной тупости печени.

Верхняя:

 по l.parasternalis dexra - верхний край VI ребра,

 по l.medioclavicularis dextra - VI ребро,

 по l.axillaris ant. dextra - VII ребро,

 по l.scapularis dextra - IX ребро,

 по l.paravertebralis dextra - X .

Нижняя:

 по l.parasternalis sinistra – на 0,5 см ниже края ребрной дуги,

 по l.medialis anterior - на границе расстояния от мечевидного отростка до пупка,

 по l.parasternalis dextra - на 3см. ниже реберной дуги,

 по l.medioclavicularis dextra – 2 см ниже реберной дуги

 по l.axillaris anterior dextra - XI ребро.

 Размеры печени по Курлову:

 l. medioclavicularis dextra - 12см,

 l. mediana anterior - 11см,

 по реберной дуге - 10см.

Размеры селезёнки по Курлову равны длинник 10 см; поперечник 7 см.

*Аускультация* Выслушиваются шумы во всех отделах кишечника. Шум трения брюшины над печенью не выслушивается.

**Мочеполовая система**

*Осмотр*

Осмотр поясничной области: припухлости, покраснения кожных покровов нет.

*Пальпация*

Пальпация почек по Образцову и Боткину: почки не пальпируются. Пальпация мочевого пузыря: не пальпируется. Пальпация по ходу мочеточников: безболезненна.

*Перкуссия* Симптом Пастернацкого отрицательный. Перкуссия мочевого пузыря: перкуторный звук над мочевым пузырем тимпанический.

*Аускультация* Шум в рёберно-позвоночном углу не выслушивается.

1. **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании основных жалоб, отягощённого наследственного анамнеза, данных истории заболевания и результатов вышеизложенного объективного исследования пациентки возможно сформулировать предварительный диагноз – Хронический лимфолейкоз, стадия С, анемический и гепатоспленомегалический синдром.

**VII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**

1. Общий клинический анализ крови;

2. Биохимический анализ крови (глюкоза, мочевина, билирубин общий, билирубин прямой, общий белок, АСТ, АЛТ, глюкоза);

3. Группа крови , резус фактор;

4. Общий анализ мочи ;

5. RW, ВИЧ, HBS, antiHCV

6. ЭКГ;

7. Рентгеновское исследование органов грудной клетки.

8.. УЗИ органов брюшной полости

9. Осмотр специалистами: стоматолог.

10.Стернальная пункция

11.Трепанобиопсия костного мозга.

12. Иммунофенотипирование.

**IX. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

1. Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | 19. 10. 2012 | 25. 10. 2012 |
| WBC\*109/ллейкоциты | 113, 1 | 110 |
| RBC\*1012/лэритроциты | 3, 40 | 3,5 |
| HGB г/лгемоглобин | 87 | 99 |
| HCTгематокрит | ,293 | ,300 |
| MCVср.объём эритроцита | 86 | 91 |
| MCHсреднее содержание гемоглобина в отдельном эритроците | 25, 7 | 27 |
| MCHC г/лсредняя концентрация гемоглобина в эритроците | 298 | 301 |
| PLT\*109/лтромбоциты | 163 | 170 |
| СОЭ мм/ч | 17 | 14 |

Лейкоцитарная формула:

от 19. 10. 2012: лимфоциты 94%, п/я 2%, с/я 1%, моноциты 3%, кл.Гумпрехта.

от 25. 10. 2012: лимфоциты 90 %, п/я 4%, с/я 3%, моноциты 3 %, кл.Гумпрехта.

Заключение:от 19.10 Анемия средней степени тяжести ( снижение эритроцитов и гемоглобина),лейкоцитоз за счёт лимфоцитов, тромбоцитопения, ускорение СОЭ, снижение гематокрита.

От 25.10. Анемия легкой степени тяжести( снижение гемоглобина), лейкоцитоз за счёт абсолютного лимфоцитоза, тромбоцитопения, ускорение СОЭ, снижение гематокрита.

Биохимический анализ крови от 19. 10. 2012

АсАТ - 28 ммоль/л; АлАТ - 45 ммоль/л; Глюкоза – 4,9 ммоль/л; Мочевина – 6,9 ммоль/л; Креатинин – 0, 078 мкмоль/л; Общий белок – 68 г/л. Билирубин общий -10,5мкмоль/л Билирубин прямой -2,1 мкмоль/л

Заключение: норма

Анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | 19. 10. 2012 | 25.10.12 |
| Цвет | Светло-жёлтый | Светло-жёлтый |
| Мутность | Прозрачная | Прозрачная |
| Реакция | Кислая | Кислая |
| Относительная плотность | 1020 | 1020 |
| Белок | Нет | нет |
| Глюкоза | Нет | нет |
| Пл. эпителий | 3-5 в п. зр | 1-2 |
| Эритроциты | 1-2 в п. зр | 1-2 |
| Лейкоциты | 1-2 в п. зр | 1-2 |

Заключение: незначительное увеличение плоского эпителия в анализе от 19.10.12

Рентгеновское исследование ОГК от 19. 10. 2012

Лёгкие без патологических теней с деформацией легочного рисунка по всем полям. Корни – структурны. Синусы – свободны. Контуры диафрагмы чёткие. Срединная тень расширена влево.

ИФА ВИЧ – отриц. (от 19. 10. 2012), реакция преципитации-RW – отриц. (от 19. 10. 2012),

 Изосерологическое исследование крови от 19.10.12

III В (третья) группа,Rh(-)отрицательный.

Выявлена неспецифическая агглютинация со станд. эритроцитами. При необходимости переливания- инд. Подбор на СПК!

**Осмотр специалистами**

Стоматолог

20.10.12 Осмотр. Удалён 31 без анестезии. Диагноз : Пародонтоз 31.

21.10.12 Жалобы на кровотечение из лунки 31. Лунка тампонирована гемастатической губкой.

**ЭКГ** от 19.10.12

Заключение: Ритм синусовый 70 в минуту. Горизонтальная ЭОС. Гипертрофия левого желудочка

**X. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

В диагностике хронического лимфолейкоза, особенно на ранних стадиях, важно дифференцировать его от заболеваний, проявляющихся лейкемоидной реакцией лимфоцитарного типа — туберкулеза, инфекционного мононуклеоза. При этих заболеваниях лимфоцитоз в периферической крови менее выражен. Клетки при реактивных лимфоцитозах представлены преимущественно Т-лимфоцитами, тогда как при лимфолейкозе доминируют В-лимфоциты.

При туберкулезе и инфекционном мононукпеозе в миелограмме отсутствует лимфоидная гиперплазия. При туберкулезе клиническая симптомати­ка может проявляться лимфаденитом, который значительно отличается от лимфаденопатии при хроническом лимфолейкозе. При туберкулезном про­цессе лимфоузлы спаиваются между собой и с кожей, самое главное — подвержены казеозному некрозу с последующим образованием свищей. Часто отмечается сочетание лимфаденита и специфического поражения легких.

Генерализованное увеличение лимфатических узлов свойственно злока­чественным лимфоидным опухолям: лимфогранулематозу, лимфосаркоматозу, неходжкинской злокачественной лимфоме, волосатоклеточному лейкозу.

Признаками лимфогранулематоза, отличающими его от хронического лимфолейкоза являются типичные для этого заболевания симптомы: волнообразная лихорадка, упорный кожный зуд и резкая потливость. Лимфаденопатия характеризуется более значительными размерами и плотностью лимфатических узлов. В периферической крови при лимфогранулематозе отмечаются нейтрофильный лейкоцитоз, лимфопения, гиперэозинофилия.

При лимфосаркоматозе пораженные лимфоузлы спаиваются между со­бой, образуют плотные бугристые конгломераты. В крови определяется умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, на поверхности лейкозных клеток выявляется монокпональный иммуноглобулин, в гемограмме отсутствует миелоидная гиперплазия.

Для дифференциальной диагностики хронического лимфолейкоза и неходжкинской злокачественной лимфомы необходимо иммунофенотипирование лимфоидных клеток.

Дифференциальная диагностика хронического лимфолейкоза и волосато- клеточного лейкоза проводится на основании морфологических отличий лейкозных клеток при этих заболеваниях. Волосатокпеточный лейкоз представляет собой опухоль лимфоидного происхождения. Клинически проявляется спленомегапией, лимфаденопатией, инфекциями и васкулитами. В крови определяются лимфоцитоз, панцитопения: анемия, лейкопения и тромбоцитопения. Специфическим признаком являются так называемые «волосатые» клетки, имеющие эксцентрично расположенное ядро и выросты цитоплазмы.

Хронический лимфолейкоз приходится дифференцировать с другим зрелоклеточным лимфоцитарным опухолевым процессом – лимфоцитомой лимфоузлов. От лимфоцитомы его отличает преимущественная локализация лимфатической пролиферации в костном мозге, диффузный ее характер в этом органе, как и в других, вовлеченных в процесс, подтверждаемый при гистологическом исследовании.

**XI. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

На основании основных жалоб (общая слабость, тахикардия, одышка при небольшой физической нагрузке), анамнеза жизни (наследственный анамнез отягощён : родная сестра умерла от хронического лифолейкоза в 62 года,болела 12 лет.), заболевания (пациентка 2 года назад вырвала зуб, развилось длительное кровотечение. Обратилась за помощью в Дубровенскую больницу, в ОАК выявлен умеренный лейкоцитоз за счёт лимфоцитов, откуда она была направлена в ВОКБ с подозрением на ХЛЛ. Диагноз подтвердился. Несколько раз госпитализировалась в ВОКБ для прохождении ХТ. Подробности не уточняет. Планово госпитализирована в ВОКБ гематологическое отделение 18.10.12 для прохождения курса ХТ);объективного обследования (кожный покров: бледного цвета, умеренно влажный, эластичный. Очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения, зуда нет. Видимые слизистые оболочки: бледного цвета; высыпаний, кровоизлияний, петехий, изъязвлений нет. На момент курации пальпируются небольшие 1-1,5 см, безболезненные шейные л/у, мягковатой консистенции; при пальпации печени по Образцову: нижний край печени выступает из-под правой реберной дуги на 2 см; мягкий, с гладкой поверхностью, острый, ровный, безболезненный; Размеры печени по Курлову 12 -11-10; при пальпация селезёнки по Образцову: нижний край селезёнки выступает из под рёберной дуги на 3-4 см., размеры селезенки по Курлову равны 10; 7 см.); лабораторно-инструментального обследования (ОАК: выраженный лейкоцитоз за счёт лимфоцитов, снижение содержания эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, тромбоцитов, клетки Гумпрехта, ускорение СОЭ; ОАМ: все показатели в норме, б/х АК: норма; рентгенограмма ОГК: лёгкие без патологических теней с деформацией легочного рисунка по всем полям. Корни – структурны. Синусы – свободны. Контуры диафрагмы чёткие. Срединная тень смещена влево. ИФА ВИЧ – отриц. (от 19. 10. 2012), реакция преципитации RW – отриц. (от 19. 10. 2012 можно поставить диагноз: Хронический лимфолейкоз, стадия С. Анемия средней степени тяжести. Умеренный гепатоспленомегалический синдром.

**XII. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

*Критерии стадии ремиссии.*

В костном мозге - лимфоциты не более 30%, остальные показатели в норме. В гемограмме - лимфоциты не более 4 тысяч, гемоглобин более 110 г/л (без гемотрансфузий). Уменьшение до нормы печени, селезенки, лимфоузлов.

*Критерии прогрессирования ХЛЛ.*

Потеря веса более 10% за 6 месяцев, нарастание слабости, потливости, повышение температуры тела, нарастание или появление цитопении, увеличение селезенки, увеличение количества увеличенных лимфоузлов вдвое за 2-3 месяца удвоение лейкоцитов за 6 месяцев или на 50% за 2 месяца.

Показанием к цитостатической терапии является появление признаков прогрессирования заболевания (см. выше) или количество лейкоцитов более 100 х 109 /л. В качестве монотерапии назначается хлорбутин, лейкеран, пафенция.

Хлорбутин

суточная доза - количество лейкоцитов

8-10 мг -300 х 109 /л и более

8 мг - 200-300 х 109/л

6-8 мг - 150-200 х 109/л

4-6 мг - 100-150 х 109/л

4 мг - 50-100 х 109/л

Курсовая доза в среднем составляет 250-360 мг. Поддерживающая доза - 2-6 мг в неделю. Прием хлорбутина продолжают, пока лейкоциты не снижаются до 40-50 х 109/л, после чего препараты отменяют. Тяжелая анемия и тромбоцитопения являются противопоказанием для назначения хлорбутина. Если эта цитопения исходная, то лечение начинают с преднизолона 40-60 мг/сут.

В тех случаях, когда клинические проявления болезни (увеличение лимфоузлов, печени, селезенки) отсутствуют или минимальны показатели красной крови и количество тромбоцитов остаются на нормальном уровне, а количество лейкоцитов не превышает 40 - 50 тыс. в 1 мм3, целесообразно назначать первично сдерживающую терапию - 10 мг лейкерана 2-3 раза в неделю (хлорбутин 2-6 мг в неделю).

При признаках прогрессирования болезни, в развернутой клинико-гематологической картине необходимо активное курсовое лечение с назначением 10-15 мг лейкерана ежедневно. Лейкоцитоз при ХЛЛ под влиянием лейкерана снижается медленно, нередко только после общей дозы 200-250 мг. В тех случаях, когда у больного имелись анемия и тромбоцитопения, одновременно с лейкераном назначают стероидные гормоны (30-40 мг преднизолона ежедневно). Курсовое лечение составляет 1.5 - 2 месяца при общей дозе лейкерана 500-600 мг. При наступлении эффекта назначают поддерживающие дозы - 10 мг 1-2-3 раза в неделю.

Показанием к циклофосфану является выраженный гиперпластический синдром при нерезком лейкоцитозе: циклофосфан назначается в дозе 200-600 мг ежедневно или 600-800 мг 2-3 раза в неделю (на курс 5-10 г) в сочетании с преднизолоном 20-60 мг ежедневно. При неэффективности монотерапии, бластном кризе назначается полихимотерапия:

Протокол ЦОП

циклофосфан 400 мг/м2 в/в 1-5 дни

винкристин 1.4 мг/м2 в/в 1 день

преднизолон 100 мг/м2 внутрь 1-5 дни

интервал между курсами - 2 недели. Всего 4-6 курсов.

Протокол РЦОП

ЦОП + рубомицин 40 мг/м2 в/в 1 день

Протокол ЦОПП

циклофосфан 300 мг/м2 в/в 1, 4, 7, 10 дни

винкристин 1.4 мг/м2 в/в 1, 7 дни

натулан 100 мг/м2 1-10 дни внутрь

преднизолон 40 мг/м2 1-10 дни внутрь

Проводится 5-6 циклов с интервалом 2-3 недели, при ремиссии курсы повторяются каждые 2 месяца в течение 1 года, затем через 3-4 месяца 2-й год (ЦОП, ЦОПП, РЦОП, СНОР).

Американские авторы получили до 60% полных ремиссий, применяя схему:

Винкристин - 2 мг внутривенно 1-й день

ВСNU (кармустин) - 150 мг/кг внутрь 1-й день

Алкеран - по 0.25 мг/кг внутрь 1-4 день

Циклофосфан - 10 мг/кг внутривенно 1 день

Преднизолон - 1 мг/кг в день 30-35 дней.

Циклы повторяются с интервалом 1.5 месяца.

Вспомогательная терапия:

· дезинтоксикационная терапия, лечение инфекционных осложнений по общим правилам.

· Иммуномодулирующая терапия: особенно эффективен альфа-интерферон (реоферон) - назначается по схеме:

· 1 неделя - 3 млн. Ед. Ежедневно

· 2 неделя - 3 млн. ед. Через день

· 3 неделя - 3 млн. Ед. 1 раз в неделю.

· Затем 12-18 месяцев по 3 млн. Ед. 1 раз в неделю.

Лучевая терапия: местно на область увеличенной селезенки в дозе 1-1,5 Гр, суммарно – 2-10 Гр.

**XIII. ЛЕЧЕНИЕ**

Режим общий ,Стол Б

С целю восстановления факторов свёртывания крови назначено переливание СЗП– В (III) rh-. Дата проведения гемотрансфузий: 20.10. в кол-ве 210 мл, в/в капельно), посттрансфузионных осложнений не наблюдалось.

Пациентке назначен протокол ХТ ЦОП.

Циклофосфан ( противоопухолевое средство, алкилирующее соединение) 200 мг в/в кап .№ 5

Веро-винкристин (Противоопухолевое средство растительного происхождения, алкалоид из барвинка розового (Vinca rosea L.), блокирует метафазу митоза (связываясь с белком тубулином, приводит к разрыву митотического веретена). В высоких дозах подавляет синтез нуклеиновых кислот и белка.) 1,0 мг в/в №1

Преднизолон (глюкокортикостероид) 60 мг/ сут с постепенным снижением дозы.

Омепразол ( ингибитор протонового насоса, снижает кислотопродукцию)20 мг/ сут

Аллопуринол (противоподагрическое средство, ксантиноксидазы ингибитор)0,1 мг 3 раза в день.

Раствор глюкозы 5% - 400,0 в/в капельно .25.10.12

**XIV. ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

23. 10. 2012 Состояние удовлетворительное. Жалобы на общую слабость, одышку при ходьбе. Объективно: кожный покров бледный, высыпаний и зуда нет. Cor тоны

приглушены, ритмичные, ЧСС 82 в мин, АД 140/80 мм.рт.ст. В лёгких дыхание везикулярное с жёстким оттенком, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отёков нет. Стул и диурез в норме.

St. localis : пальпируются небольшие, до 1см, мягкой консистенции , безболезненные шейные лимфоузлы.

24. 10. 2012 Состояние удовлетворительное. Пациент отмечает улучшения самочувствия, жалобы на общую слабость. Объективно: кожный покров бледный, высыпаний и зуда нет. Cor тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 79 в мин, АД 135/80 мм.рт.ст. В лёгких дыхание везикулярное с жёстким оттенком, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отёков нет Стул и диурез в норме.

St. localis : пальпируются небольшие, до 1см, мягкой консистенции , безболезненные шейные лимфоузлы.

25. 10. 2012 Состояние удовлетворительное. Пациент отмечает улучшения самочувствия, жалобы на общую слабость. Объективно: кожный покров бледный, высыпаний и зуда нет. Cor тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 79 в мин, АД 135/80 мм.рт.ст. В лёгких дыхание везикулярное с жёстким оттенком, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отёков нет Стул и диурез в норме.

St. localis : пальпируются небольшие, до 1см, мягкой консистенции , безболезненные шейные лимфоузлы

26. 10. 2012 Состояние удовлетворительное. Пациент отмечает улучшения самочувствия, жалобы на общую слабость. Объективно: кожный покров бледный, высыпаний и зуда нет. Cor тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 79 в мин, АД 135/80 мм.рт.ст. В лёгких дыхание везикулярное с жёстким оттенком, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отёков нет Стул и диурез в норме.

St. localis : пальпируются небольшие, до 1см, мягкой консистенции , безболезненные шейные лимфоузлы

 **XV. ЭПИКРИЗ**

19. 10. 2012 с жалобами на на общую слабость, , тахикардию, одышку при небольшой физической нагрузке, боль в области нижних передних зубов в гематологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ поступила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1937 г.р. При сборе анамнеза заболевания: 2 года назад вырвала зуб, развилось длительное кровотечение. Обратилась за помощью в Дубровенскую больницу, выявлен умеренный лейкоцитоз за счёт лимфоцитоза, откуда она была направлена в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с подозрением на ХЛЛ. Диагноз подтвердился. Несколько раз госпитализировалась в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для прохождении ХТ. Подробности не уточняет. Планово госпитализирована в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ гематологическое отделение 18.10.12 для прохождения курса ХТ.

Проведённые методы исследования :

Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | 19. 10. 2012 | 25. 10. 2012 |
| WBC\*109/л | 113, 1 | 110 |
| RBC\*1012/л | 3, 40 | 3,5 |
| HGB г/л | 87 | 99 |
| HCT | ,293 | ,300 |
| MCV | 86 | 91 |
| MCH | 25, 7 | 27 |
| MCHC г/л | 298 | 301 |
| PLT\*109/л | 163 | 170 |
| СОЭ мм/ч | 17 | 14 |

Лейкоцитарная формула:

от 19. 10. 2012: лимфоциты 94%, п/я 2%, с/я 1%, моноциты 3%, кл.Гумпрехта.

от 25. 10. 2012: лимфоциты 90%, 4п/я %, с/я 2 %, моноциты 3%, кл.Гумпрехта.

Биохимический анализ крови от 19. 10. 2012

АсАТ - 28 ммоль/л;АлАТ - 45 ммоль/л;Глюкоза – 4,9 ммоль/л;Мочевина – 6,9 ммоль/л;

Креатинин – 0, 078 мкмоль/л;Общий белок – 68 г/л;Билирубин общий -10,5мкмоль/л

Билирубин прямой -2,1 мкмоль/л.Анализы мочи в норме. ИФА ВИЧ – отриц. (от 19. 10. 2012), реакция преципитации – отриц. (от 19. 10. 2012),

Изосерологическое исследование крови от 19.10.1 III В (третья) группа,Rh(-)отрицательный. Выявлена неспецифическая агглютинация со станд. эритроцитами. При необходимости переливания- инд. подбор на СПК! ИФА ВИЧ – отриц. (от 19. 10. 2012), реакция преципитации-RW – отриц. (от 19. 10. 2012),

ЭКГ от 19.10.12 Заключение: Ритм синусовый 70 в минуту. Горизонтальная ЭОС. Гипертрофия левого желудочка.

Рентгеновское исследование ОГК от 11. 10. 2012 Лёгкие без патологических теней с деформацией легочного рисунка по всем полям. Корни – структурны. Синусы – свободны. Контуры диафрагмы чёткие. Срединная тень смещена влево.

Проведённое лечение :1)свежезамороженная плазма 210 мл соответствующей группы и резус-фактора 20.10.12 2)Циклофосфан 200 мг в/в кап .№ 5 3) Веро-винкристин 1,0 мг в/в №1 4) Преднизолон (глюкокортикостероид) 60 мг/ сут 5) Омепразол 20 мг/ сут 6)Аллопуринол 0,1 мг 3 раза в день. 7)Раствор глюкозы 5% - 400,0 25.10.12

На момент курации пациентка отмечает улучшение состояния, жалобы на уменьшение общей слабости, снижение недомогания и одышки; продолжает стационарное лечение.