ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф.И.О.:
2. Дата рождения и возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Адрес:
4. Дата поступления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Мать:
6. Отец:

ЖАЛОБЫ

На момент курации жалоб не предъявлял. В начале заболевания были жалобы на высокую температуру (39-40\*С) неясного генеза, вялость, апатию, слабость, сонливость.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Со слов матери больного, заболел в январе 2009г. остро, что проявлялось высокой температурой. Обратились в инфекционное отделение детской городской больницы г. Северодонецка 1 февраля 2009г., где были назначены НПВС, антибиотики (мать не располагает сведениями о препаратах). После проведения обследования был выставлен диагноз: острый лейкоз, после чего больной был направлен в обл. детское гематологическое отделение для уточнения диагноза. В ЛОДКБ в отделение гематологии поступил 7.02.09г., где был обследован. Диагноз выставлен: острый лимфобластный лейкоз, морфологический вариант Л2 “common”, I острый период, группа низкого риска, анемия. Было назначено лечение винкристином и адриобластином, а т.ж. гепатопротекторы, препараты железа, витамины.

В больнице находился 96 дней, после чего был выписан как прошедший курс химиотерапии. Через 14 дней вновь поступил в плановом порядке для прохождения второго курса химиотерапии длительностью 14 дней, после чего вновь выписан. Последнее поступление 26 августа 2009г.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Ребенок от первой беременности. Беременность протекала нормально, без патологий. Течение родов нормальное. Масса ребенка при рождении 3800г., длина 50см. Физическое и нервно-психическое развитие согласно возрасту. Масса ребенка в 1 год-14кг, рост 85см. В данный момент масса 17кг, рост 109 см. Привит согласно календарю прививок, за исключением БЦЖ, которое было проведено в 3 года(т.к. до 3 лет проживал с родителями в Италии) До 3 лет посещал детский сад. Материально-бытовые условия в норме. Аллергологический анамнез отягощен – аллергия на хлорофиллипт, антибиотики. Наследственный анамнез не отягощен

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Общее состояние тяжелое. Положение активное. Сознание ясное. Реакция на окружающее сдержанная. Телосложение правильное, упитанность нормальная. Рост 109 см, вес 17 кг.

Форма черепа без особенностей, величина соответствует телосложению. Выражение лица нормальное, кожные покрововы бледные, высыпания, отеки отсутствуют. Изменения черт лица не наблюдаются. Слизистая оболочка полости рта, десен бледная. Зубы санированы. Небные миндалины нормальных размеров. При осмотре шеи пульсация сосудов визуально не определяется. При пальпации щитовидная железа безболезненна, нормальных размеров, консистенции и эластичности. Спаянность с кожей и окружающими тканями отсутствует Видимые слизистые без изменений, язык розового цвета, налетом не покрыт, влажный. Подкожно-жировая клетчатка развита сильно, толщина складки в области ребер 2см, углов лопатки – 2,3 см. Отеки отсутствуют. Пальпируются периферические лимфатические узлы: поднижнечелюстные – единичны безболезненные, мягкоэластичные; паховые - подвижные, мягкоэластичные, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные. Кожа над лимфатическими узлами не изменена, температура в норме. Мышечная система развита удовлетворительно, сила и тонус мышц сохранены. Развитие костей правильное. Объем активных и пассивных движений полный. Хруста, анкилозов, контрактур нет. Шея симметрична.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Носовое дыхание свободное. Грудная клетка гиперстенической формы, деформаций нет. Грудная клетка симметрична с обеих сторон, без выпячиваний и западений. Надключичные и подключичные ямки сглажены с обеих сторон.

Межреберные промежутки сглажены. Лопатки прилегают к грудной клетки, находятся на одном уровне. Дыхательные движения грудной клетки равномерные, симметричные с обоих сторон. Смешанный тип дыхания, ритм правильный. Глубина дыхания нормальная, число дыхательных движений за минуту 17. При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна. Голосовое дрожание умеренной силы, одинаково проводится на симметричных участках грудной клетки.

При перкуссии отмечается ясный легочной звук над всей поверхностью легких.

При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание на симметричных участках легких. Дополнительные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония удовлетворительная.

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

При осмотре видимая пульсация и набухание на шее отсутствуют. Варикозного расширения подкожных вен не отмечается. Область сердца без особенностей. Верхушечный толчок отмечается в 5-м межреберье на 1,5 см кнаружи от средне – ключичной линии. Он высокий, резистентный, локализованный. Пульс синхронный на левой и правой лучевых артериях, ЧСС – 100 ударов в мин. Ps – 100 удара в мин., АД – 120/80 мм.рт.ст.

**Границы относительной сердечной тупости.**

Правая - на 1 см кнаружи от окологрудинной линии;

Верхняя - ІІ межреберье;

Левая - на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии.

**Границы абсолютной сердечной тупости**

Правая - на 0,5 см кнаружи от левого края грудины;

Верхняя - ІІІ межреберье;

Левая - в VІ межреберье по левой среднеключичной линии.

При аускультации: тоны ясные, ритмичные. Шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум отсутствуют. Двойной тон Траубе и двойной шум Виноградова – Дюрозье на бедренной артерии не выслушивается.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Осмотр полости рта: состояние слизистих оболочек удовлетворительное, цвет бледный; пигментаций, экзантем, кровоизлияний, изъязвлений, рубцов и других дефектов нет. Запаха изо рта нет. Десна без дефектов. Состояние зубов – удовлетворительное. Язык влажный, не обложен.

Живот округлой формы, семметрично участвует в акте дыхания. Пупок без изменений. При поверхностной пальпации живот мягкий,безболезненый. Расхождения мышц живота не определяется. Видимая перистальтика не наблюдается.

Край печени округлый, ровный, безболезнен, на 5 см выступает за край реберной дуги. Желчный пузырь не увеличен Симптомы: Кера, Мерфи, Георгиевского – Мюси, Ортнера, Захарьина – отрицательны.

***Размеры печени по Курлову***

1.Высота по правой переднеподмышечной линии см

2.По правой среднеключичной линии см

3.По передней срединной линии см

Поджелудочная железа не пальпируется.

Селезенка пальпаторно не определяется. При перкуссии селезенки поперечник – см, длинник – см.

МОЧЕ – ПОЛОВАЯ СИСТЕМА

При осмотре области почек- без изменений. При пальпации мочеточниковых точек болезненности нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Состояние наружных половых органов без патологических изменений.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

В контакт вступает плохо, спокойный. Внимание сосредоточено. Сон глубокий продолжительность 10 часов.

Стойкий в позе Ромберга. Реакция зрачков на свет живая. Парезов, параличей не виявлено. Головокружений, судорог не отмечается. Болевая и тактильная чувствительность сохранены.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб на на высокую температуру( 39-40\*С) неясного генеза, вялость, апатию, слабость, сонливость, данных анамнеза, данных объективного исследования(бледность кожных покровов и слизистых, увеличение печени) можно выставить предварительный диагноз: Острый лимфобластный лейкоз, морфологический вариант Л2 “common”, группа низкого риска, токсический гепатит, анемия.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Анализ крови клинический
2. Анализ крови биохимический
3. Миелограмма
4. Протеинограмма
5. ЭКГ
6. УЗИ

ДНЕВНИК

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Течение заболевания |
| 36.8\*С\36.8\*С  ЧСС 105уд  ЧД 18  АД-120/80 | Общее состояние тяжелое. Жалоб нет. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание на симметричных участках легких. При аускультации: тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий,безболезненый. Печень +5 Мочеиспускание в норме, стул в норме |
| 36.6\*С\36.7\*С  ЧСС 100уд  ЧД 18  АД-120/80 | Общее состояние тяжелое. Жалоб нет. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание на симметричных участках легких. При аускультации: тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий,безболезненый. Печень +5 Мочеиспускание в норме, стул в норме |
| 36.6\*С\36.6\*С  ЧСС 100уд  ЧД 17  АД-120/80 | Общее состояние тяжелое. Жалоб нет. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание на симметричных участках легких. При аускультации: тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий,безболезненый. Печень +5 Мочеиспускание в норме, стул в норме |

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ крови клинический от 09.02.09

Эр-3.34х1012, ЦП-0.82, Л-3.6х109СОЭ 8мм/ч, лимф 93%, с 3% , п 1% ,э 1%

Анализ крови клинический от

Эр- х1012, ЦП- , Л- х109СОЭ 8мм/ч, лимф %, с % , п % ,э %

Заключение:

Анализ крови биохимический от 20.08.09г.

Билируб. 9.0, АлАт 6.12, АсАт 0.37, Тимол 2.47, мочевина 2.6, креатинин0.038

Анализ крови биохимический от 26.09.09г.

Билируб. 9.8, АлАт 6.12, АсАт 1.18, Тимол 0.59, мочевина 2.6, креатинин0.038

L-амилаза 48

Заключение:

Миелограмма от 10.02.09г.

Заключение:

Протеинограмма от 09.09.09г.

Белок общ. 54.2, Альб. 61.3%, Глоб. 38.7%, А/Г1.56

Заключение:

ЭКГ

Заключение: ЭКГ без патологии

УЗИ

Заключение: печень +5, селезенка, поджелудочная железа- без патологии

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Острый лейкоз обычно приходится отличать от острой апластической анемии, инфекционного мононуклеоза и лейкемоидной реакции.

Инфекционный мононуклеоз может протекать с длительной лихорадкой, некротической ангиной, увеличением печени, селезенки и лимфатических узлов. Начальные стадии болезни протекают иногда с лейкопенией, в поздних стадиях встречается лейкоцитоз с атипичными лимфоцитами. В отличие от острого лейкоза инфекционный моноцитоз протекает без анемии и без тромбоцитопении. Властные клетки при остром лейкозе отличаются однотипностью строения, при инфекционном мононуклеозе бластные клетки никогда не бывают однотипными. Они всегда отличаются друг от друга по тинкториальным свойствам.

Диагноз инфекционного мононуклеоза подтверждается положительной реакцией Пауля — Буннелля (гетерофильной агглютинации) в титре не менее 1 :224. Более специфическим является тест дифференциальной адсорбции, предложенный Davidson. Окончательный диагноз иногда может быть поставлен только по результатам исследования костного мозга.

Значительно труднее отличить острый лейкоз от апластической анемии с очагами пролиферации недифференцированных клеток в костном мозге. Обе болезни могут протекать с лихорадкой, анемией, лейкопенией, тромбоцитопенией и пурпурой. В отличие от апластической анемии при остром лейкозе нередко обнаруживается увеличение (хотя бы и незначительное) печени и селезенки. Подчелюстные лимфатические узлы при сравниваемых болезнях могут увеличиваться под влиянием присоединившейся ангины. Во всех остальных случаях это увеличение следует оценивать как свидетельство в пользу острого лейкоза. Точно так же следует оценивать и появление увеличенных лимфатических узлов в других областях организма.

В более трудных случаях прибегают к трепанобиопсии, так как пунктат костного мозга может не дать оснований для окончательного диагностического заключения. Диагноз иногда удается установить только по результатам более длительного наблюдения за течением болезни и по результатам повторных стернальных пункций и трепанобиопсий.

Дифференциальный диагноз между острым лейкозомилейкемоидной реакцией нетруден. Лейкемоидная реакция всегда присоединяется к какой-либо другой болезни, чаще инфекционной, или развивается как реакция на прием некоторых лекарственных средств. Она отличается кратковременностью. При ней никогда не развивается осложнений, характерных для острого лейкоза: леикемоидных инфильтратов в тканях, вовлечения в болезненный процесс печени, селезенки, костного мозга, лимфатических узлов, центральной нервной системы.

Властные клетки в периферической крови и костном мозге наблюдаются только при остром лейкозе и отсутствуют при леикемоидных реакциях. Результаты исследования костного мозга позволяют обычно поставить правильный диагноз. Некоторую осторожность необходимо соблюдать только при диссеминированном туберкулезе и диссеминированном гистоплазмозе.

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

На основании предварительного диагноза (его обоснования), дифференциального диагноза, данных лабораторных и инструментальных методов исследований - Анализ крови клинический, Анализ крови биохимический, Миелограмма, Протеинограмма, УЗИ, можно выставить окончательный клинический диагноз: Острый лимфобластный лейкоз, морфологический вариант Л2 “common”, период ремиссии, группа низкого риска, токсический гепатит, анемия.