

С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА

СРИ

Тема: Хронический лимфолейкоз

Группа: 707-01

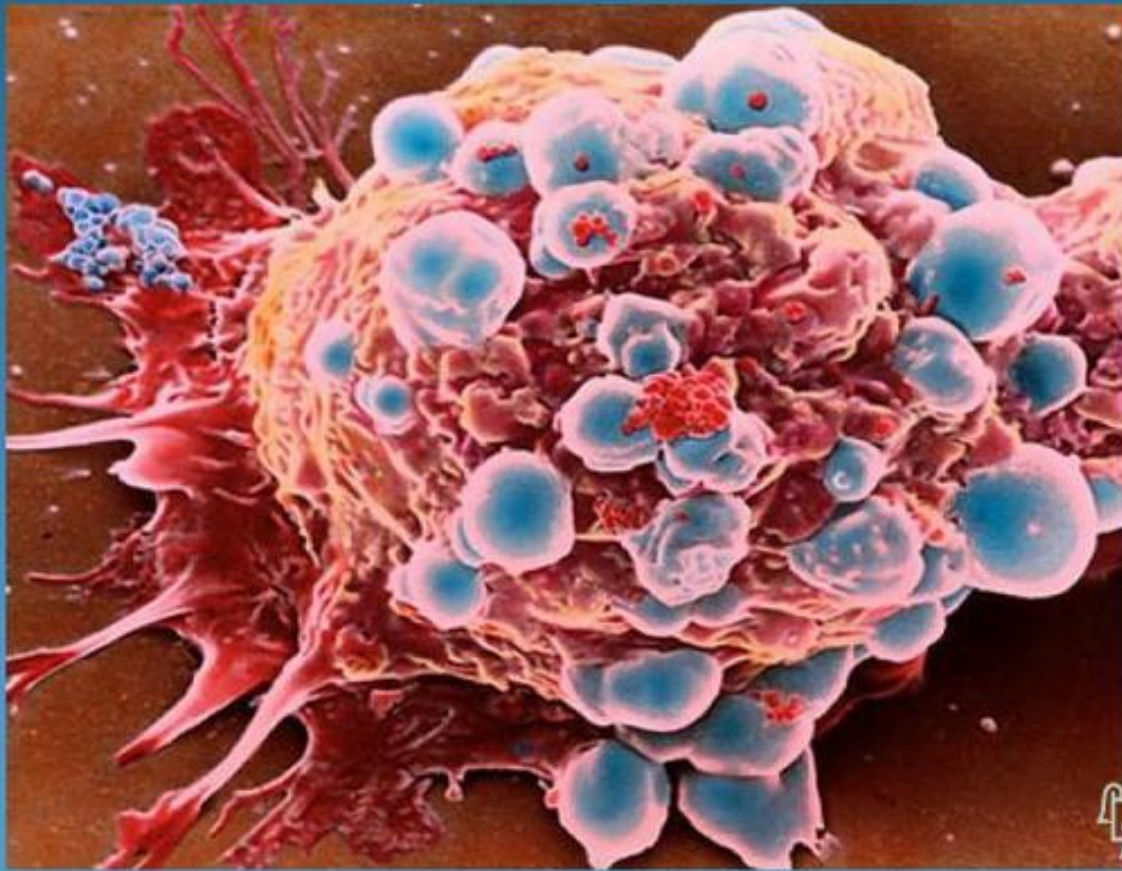
Выполнил: РАХИМИ А.

Принял: профессор д.м.н. Косанова А.К.

Введение

- ▣ **Хронический лимфолейкоз** — это онкологическое заболевание лимфатической ткани, при котором опухолевые лимфоциты накапливаются в периферической крови, костном мозге и лимфатических узлах. В отличие от острых лейкозов, опухоль растет достаточно медленно, вследствие чего нарушения кроветворения развиваются лишь в поздних стадиях развития заболевания.

Хронический лимфолейкоз



ЛЕЙКОЗ – СИМПТОМЫ

Психологические

- усталость
- потеря аппетита

Системные

- потеря веса
- температура
- частые инфекции

Лимфатические узлы

- воспаляются

Легкие

- затрудненное дыхание

Селезенка и печень

- увеличение

Мышечные

- слабость

Кожный покров

- потливость
- кровотечение
- высыпания пурпурного цвета

Кости и суставы

- боль
- повышенная чувствительность



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Ф. И. О. пациента – Гулзада Турсенбековна
 2. Пол – женский.
 3. Дата рождения и возраст – 01.07.1960 (57 лет)
 - 4.– Адрес: Алматинская обл. г.Алматы,
Ауэзовский р-н, мкр.Орбита д.63 кв.19
-
5. Место работы, профессия – инвалид II группы.
 6. Дата и время поступления в стационар – 18. 09. 2017в
09:35 – 09:45.
 7. Кем направлен пациент: ДУ.
 8. Диагноз направившего учреждения: Хронический
лимфолейкоз.
 9. Диагноз при поступлении: Хронический лимфолейкоз .



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 2013 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 2009года, проходил лечение в Республиканской больнице Получал сдерживающую терапию хлорбутином по 6 мг в сутки под контролем гемограммы.

Anamnesis vitae.

- Родился 01.07.1960 г. в г. Отставания в умственном и физическом развитии не наблюдалось. Учился хорошо, закончил 8 классов. со слов пациента у матери была гематологическая патология, какая именно выяснить не удалось. В 1970 году пациент закончил училище по специальности - сварщик, до пенсии работал по профессии. 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.

Status praesens. 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..

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,

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.

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-Блумберга отрицательный.

□ Мочеполовая система

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

Эндокринная система

Вторичные половые 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 произвольные 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.

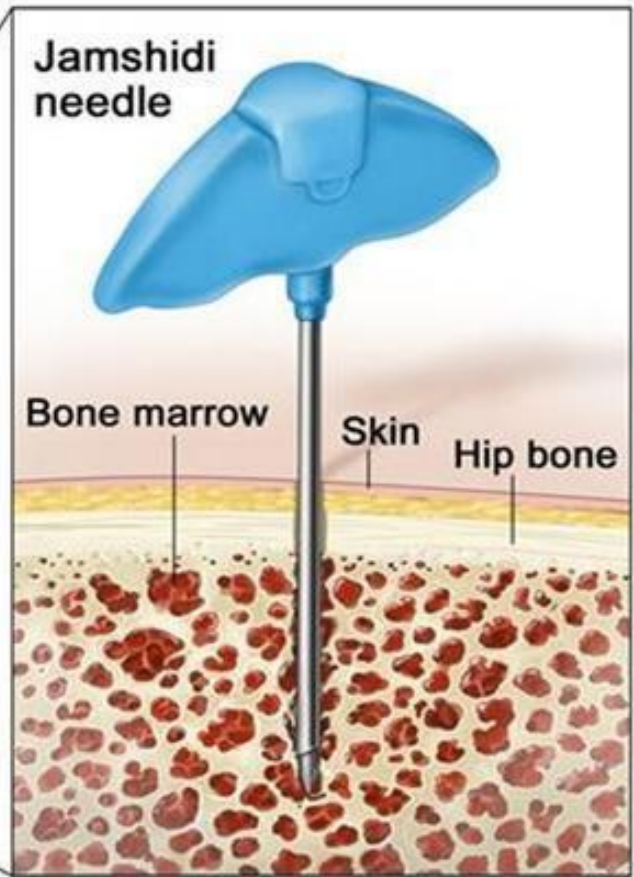
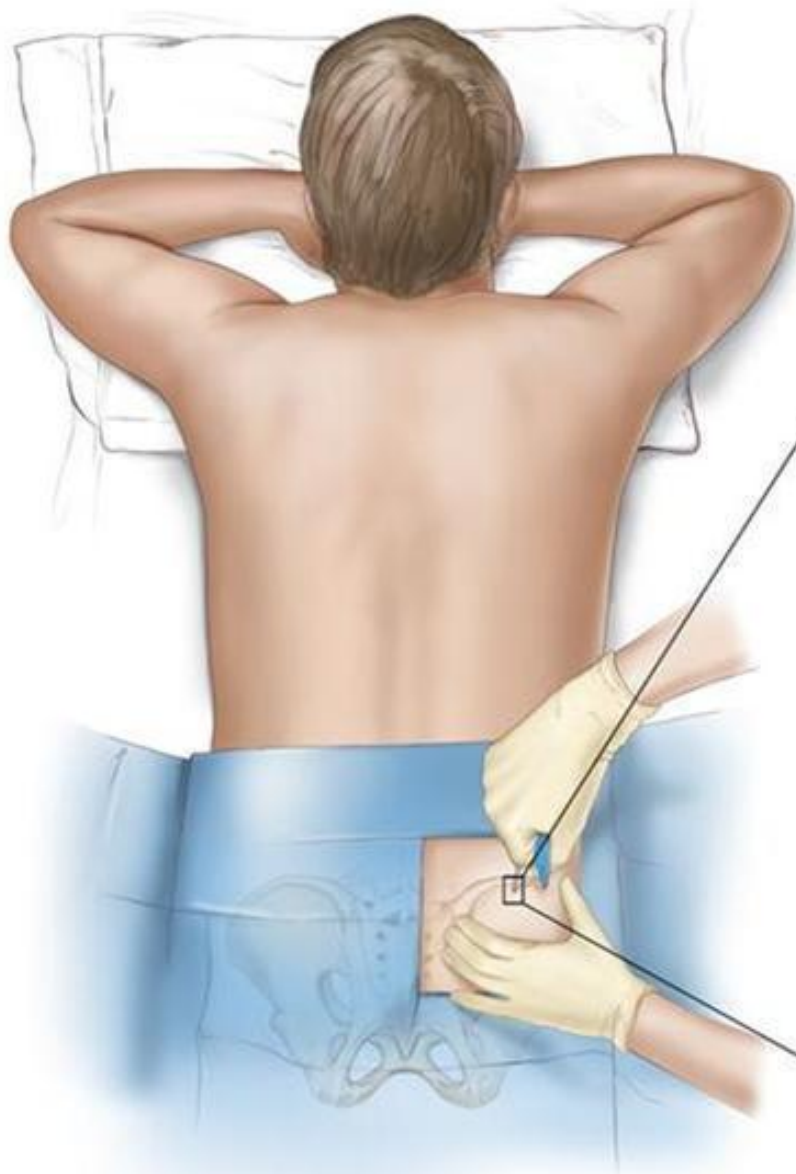
■ Обоснование и формулировка предварительного диагноза

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

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;



□ Клинический анализ крови от 22.09.2017г.

Эритроциты – $5,4 \times 10^{12} / \text{л}$

Гемоглобин - 163

Цветной показатель - 0,91

Ретикулоциты – 5%

Тромбоциты – 70,2 г/л

Лейкоциты – $36,3 \times 10^9 / \text{л}$

Эозинофилы - 2

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 1

- сегментноядерные - 30

Лимфоциты - 62

Моноциты - 5

СОЭ - 12 мм /ч

■
□ Клинический анализ крови от 23.09.2017г.

Эритроциты – $6,0 \times 10^{12} / \text{л}$

Гемоглобин - 160

Цветной показатель - 0,8

Ретикулоциты – 10%

Тромбоциты – 276 г/л

Лейкоциты – $19,6 \times 10^9 / \text{л}$

Эозинофилы - 2

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 1

- сегментноядерные - 13

Лимфоциты - 78

Моноциты - 6

СОЭ - 5 мм /ч

■
□ Биохимический анализ крови от 23.09.2017г.

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

Р – 0,9

Моч. кислота – 292,4

Анализ мочи



Показатель 19. 08. 2017-- 25.09.17

Цвет Светло-жёлтый Светло-жёлтый

Мутность Прозрачная Прозрачная

Реакция Кислая Кислая

Относительная плотность 1 020 1 020

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 19.08.17

Инструментальное обследование

- ▣ УЗИ органов брюшной полости от 12.09.17
Заключение: увеличение печени, селезенки, мезентериальных лимфоузлов.

ЭКГ от 12.09.17 г

Ритм синусовый. Вертикальное положение ЭО.

Стернальная пункция от 12.09.17.

Заключение: увеличение лимфоцитарной метаплазии (>30%).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

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 старше 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 состояния Наступает быстро, через 2-3 года от начала заболевания. Наступает медленно, через 5 лет от начала заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

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

лечение

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

Список литературы

- 1. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫЙ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫЙ ЛЕЙКОЗ У ВЗРОСЛЫХ
Протокол № 6 от «9» июля 2016 года.
- 2. Бейн Б. Дж. Острые миелоидные лейкозы : атлас-справочник. - Москва : Гранат, 2015. - 58 с.
- 3. Савченко В. Г. Острый промиелоцитарный лейкоз. - Москва : Литтерра, 2014. - 200 с.
- 4. <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/565/7893>
- 5. <http://www.zdrav.by/ostryy-leykoz>