

Академическая история болезни

XXX-XXX-XXX

Основное заболевание: Хронический миелоидный лейкоз, фаза акселерации

Сопутствующие заболевания: Остеохондроз позвоночника, вне обострения.

Хронический бронхит, вне обострения. Гиперметропия обоих глаз.

Фамилия Имя Отчество: xxx-xxx-xxx

Возраст: 56 лет (20.08.48г.)

Национальность: русская

Семейное положение: замужем

Образование: высшее (Педагогический университет)

Профессия, должность:

Место работы: не работает, инвалид 2 группы

Домашний адрес: xxx-xxx-xxx

Дата поступления: 21.03.05г. в 9ч.30мин.

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Хронический миелоидный лейкоз, фаза акселерации

Сопутствующие заболевания: Остеохондроз позвоночника, вне обострения.

Хронический бронхит, вне обострения. Гиперметропия обоих глаз.

Жалобы при поступлении:

Больная поступила с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую боль в области селезенки.

История заболевания: В 1995 году диагностирован хронический миелоидный лейкоз на основании гиперлейкоцитоза, резкого омоложения миелоидного ряда в гемограмме и костном мозге. Спленомегалии не было. Проводилась терапия миелосаном по 2мг 1 раз в неделю в течение 5 лет. В 2001 году госпитализирована в гематологическое отделение Республиканской больницы в связи с ухудшением течения хронического миелоидного лейкоза: при исследовании массивная спленомегалия на 10см ниже края реберной дуги, анемия (Hb=97г/л), гиперлейкоцитоз до 130 г/л, гипертромбоцитоз до 630 г/л, увеличение незрелых миелоидных клеток в гемограмме, бластемия до 2%, увеличение СОЭ до 53 мм/час. Проведено облучение селезенки в СОД 16,5 Гр., с хорошим клинико-гематологическим эффектом - селезенка уменьшилась в размерах и выступала на 1-2см из-под края реберной дуги, уменьшилась степень анемии (Hb=106г/л), количество тромбоцитов снизилось до 460г/л, лейкоцитов до 13,7г/л, исчезла бластемия, увеличилось количество зрелых гранулоцитов, СОЭ снизилось до 40 мм/час, нормализовалось самочувствие. В удовлетворительном состоянии была выписана домой. Был назначен миелосан по 2мг 1 раз в неделю. В последующие 3 года на прием к гематологу Республиканской поликлиники не появлялась, лекарственные препараты не принимала. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния (появилась артралгия, лихорадка) обратилась к гематологу на прием в апреле 2004 года: в клиническом анализе крови: эритроциты-3,54 Т/л, гемоглобин-100г/л, цп-0,84, ретикулоциты-48%, тромбоциты-607г/л, лейкоциты-161, базофилы-4, эозинофилы-1, бласты-1, метамиелоциты-15, миелоциты-16, п/я-22, с/я-35, лимфоциты-2, моноциты-4, СОЭ-51мм/час. Имела место выраженная спленомегалия: селезенка пальпировалась на 2 см выше пупка, периферические лимфоузлы были не увеличены. Константировано ухудшение течения хронического миелоидного лейкоза в связи с отказом принимать лекарственные препараты. Была предпринята терапия гидроксимочевинной 1,5мг/сут. в сочетании с меркаптопурином 100мг/сутки. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, отчетливая положительная динамика гематологических показателей: уменьшилась степень анемии (Hb=109г/л), нормализация количества тромбоцитов, снижение количества лейкоцитов до 120г/л, нормализация СОЭ. Была выписана в удовлетворительном состоянии на поддерживающих дозах меркаптопурина и гидроксимочевинной 10мг/кг/сутки. В последние 6 месяцев препараты не принимала в связи с их отсутствием в аптечной сети, на этом фоне ухудшение гематологических показателей: анемия (Hb=83г/л), тромбоцитоз-1043г/л, лейкоцитоз-69,5г/л, миелоциты-10, метамиелоциты-5, п/я-28, с/я-43, эозинофилы-1, базофилы-2, лимфоциты-6, моноциты-5, СОЭ-45 мм/час, артралгии, боль и чувство тяжести в проекции селезенки. Госпитализирована в гематологическое отделение Республиканской больницы в связи с

ухудшением течения хронического миелоидного лейкоза по направлению гематолога Республиканской поликлиники.

История жизни:

Родилась в срок в 1948 году (возраст матери 23 лет, здорова) в Петрозаводске. Родилась в семье первой, вскармливалась молоком матери. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. Росла и воспитывалась вместе с младшей сестрой (младше на 3 года) в полной семье. Рахитом не болела. В школу пошла в возрасте 7 лет, учеба трудностей не вызывала. Окончила 10 классов. Через год после окончания школы поступила в педагогический университет, где проучилась 5 лет. По окончании ПГУ работала учителем в средней школе. Вышла замуж в 1972 году. В 1973 году родила дочь. Работала учителем младших классов. Вышла на пенсию в 50 лет. В настоящее время не работает.

Условия труда:

Работа была дневная. Рабочий день 8 ч.

Гинекологический анамнез:

Менструации начались в 13 лет; продолжительность: 3 дня, в последующем 6 дней, обильные, безболезненные. С лета текущего года - нерегулярные.

Беременности: 2; роды: 2. В настоящее время есть здоровые дочери (32 и 28 лет).

Семейный анамнез:

Замужем. Живет в сельском доме вместе с мужем. Дочери замужем. Питание регулярное (3-4 раза в день), домашнее. Сон 8-9 часов в сутки.

Курит 10 сигарет в сутки. Алкоголем не злоупотребляет.

Перенесенные заболевания:

Хронический бронхит, остеохондроз позвоночника. Аппендэктомия в 1970 году.

Аллергологический анамнез:

Кожных аллергических сыпей, отека Квинке, крапивницы, сенной лихорадки, удушья, анафилактического шока при соприкосновении с различными пищевыми и лекарственными веществами не отмечалось.

Наследственность:

Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии (мать – умерла в возрасте 40 лет от острого инфаркта миокарда). Отец в настоящее время жив, болеет гипертонической болезнью. В настоящее время дочери и младшая сестра никакими заболеваниями не страдают.

Настоящее состояние больной:

Общее состояние: удовлетворительное. Сознание: ясное. Положение: в постели, активна. Выражение лица: спокойное. Нормостенического телосложения. Рост 165 см., вес 66 кг.

Кожные покровы:

На момент осмотра: кожа и видимые слизистые оболочки бледно-розовой окраски.

Влажность и эластичность кожных покровов в норме. Волосяной покров развит по женскому типу.

Подкожная клетчатка:

Развита равномерно. Толщина складки на передней брюшной стенке 2-3 см. Подкожно-жировой слой развит равномерно.

Лимфатическая система:

Затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Болезненности в области пальпации не наблюдается. При осмотре гиперемии кожных покровов в областях расположения лимфатических узлов не отмечается.

Мышечная система:

Развита умеренно, симметрична, безболезненна при пальпации, нормального тонуса. Местных гипертрофий и атрофий мышц не выявлено.

Костная система и суставы:

Патологических изменений не выявлено. Движения в конечностях свободные, безболезненные. Суставы по форме не изменены.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Жалобы:

На момент осмотра больная жалоб не предъявляла.

Исследование ССС:

При осмотре сосудов шеи отмечается нормальная пульсация сонных артерий. Верхушечный толчок не виден. При пальпации верхушечный толчок также не определяется.

ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА

Правая: 1 см. кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье.

Левая: по левой срединно-ключичной линии, в 5 межреберье.

Верхняя: находится на уровне верхнего края 3 ребра по добавочной линии слева.

Расстояние от правой границы относительной тупости до передней срединной линии 3 см.

Расстояние от левой границы относительной тупости до передней срединной линии 7 см.

Поперечник относительной тупости 10 см.

Определяется аортальная конфигурация сердца.

Поперечник сосудистого пучка: 8,5 см.

ГРАНИЦЫ АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА

Правая: соответствует левому краю грудины.

Левая: находится на 2 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: соответствует уровню верхнего края 4 ребра.

Поперечник абсолютной тупости 6,5 см.

Аускультация:

Первый и второй тоны нормальной звучности, ритмичные.

Ритм перепела и ритм галопа не выслушивается.

Шум трения перикарда не определяется.

ЧСС=78

Исследование сосудов:

Лучевые, сонные, бедренные артерии неизвиты. Височная артерия мягкая, извитая. Симптом Кончаловского и симптом "щипка" отрицательные.

Пульс:

Одинаковый на правой и левой лучевой артерии. Ритм правильный, 78 ударов в минуту, полного наполнения, умеренного напряжения, нормальной высоты и скорости. Капиллярный пульс не определяется.

На момент осмотра АД 130/80 мм. рт. ст.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Жалобы:

На момент осмотра жалоб указывающих на патологию органов дыхания не предъявлялось.

Верхние дыхательные пути:

Дыхание через нос свободное. Голос чистый, тихий. Болей при разговоре и глотании не возникает. Кашля нет. Горлань при пальпации безболезненна.

Осмотр грудной клетки:

Грудная клетка: нормостенического типа, конической формы, (надключичные и подключичные ямки умеренно выражены, лопатки плотно прилежат к грудной клетке, эпигастральный угол ~ 90°, ребра в боковых отделах имеют умеренно косое направление.). Деформации грудной клетки не отмечается.

Грудная клетка симметрична: лопатки и ключицы расположены на одном уровне по отношению друг к другу. При дыхании движения грудной клетки синхронны, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Дыхание смешанного типа с преобладанием грудного. ЧДД 16 в 1 мин. Одышки не наблюдается. Ритм дыхания правильный.

ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

- в покое 105 см.,
- при глубоком вдохе 109 см.,
- при максимальном выдохе 99 см.

Дыхательная экскурсия грудной клетки: 10 сантиметров.

Пальпация:

При пальпации болезненности не выявлено, голосовое дрожание нормальное, неизменное с обеих сторон.

Перкуссия:

А) сравнительная:

Над всем легочным полем слышен легочный звук с коробочным оттенком с обеих сторон.

В) топографическая:

	справа	слева				
Верхняя граница						
Спереди (над ключицей)	3 см	3 см				
Сзади	Уровень остистого отростка VII шейного позвонка	Уровень остистого отростка VII шейного позвонка				
Поля Кренига	3 см	3 см				
Нижняя граница						
Окологрудинная линия	5 межреберье	----				
Средне-ключичная линия	6 межреберье	----				
Передняя подмышечная линия	7 межреберье	7 межреберье				
Средняя подмышечная линия	8 межреберье	8 межреберье				
Задняя подмышечная линия	9 межреберье	9 межреберье				
Лопаточная линия	10 межреберье	10 межреберье				
Околопозвоночная линия	Уровень остистого отростка 11 грудного позвонка	Уровень остистого отростка 11 грудного позвонка				
Подвижность нижнего края						
	На вдохе	На выдохе	Суммарная	На вдохе	На выдохе	Суммарная
Средне-ключичная линия	2 см.	2 см.	4 см.	----	----	----
Средняя подмышечная линия	2 см.	3 см.	5 см.	2 см.	3 см.	5 см.
Лопаточная линия	2,5 см.	2,5 см.	5 см.	2,5 см.	2,5 см.	5 см.

Аускультация:

Над всем легочным полем наблюдается везикулярное дыхание с жестким оттенком. Хрипов, крепитации, шума трения плевры не определяется. Бронхофония нормальная, одинакова с обеих сторон.

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ.

Жалобы:

На момент осмотра больная предъявляет жалобы на тупую боль в области селезенки. Аппетит на момент осмотра удовлетворительный, жажды нет. Жевание и глотание пищи не нарушено. Отрыжки, изжоги, тошноты рвоты нет. Стул ежедневный, не изменен..

Исследование органов пищеварения:

Полость рта: запах обычный.

Язык: розового цвета, налета нет. Трещин, язв, отпечатков зубов не отмечается.

Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба без особенностей, розового окраса.

Зубы: Зубы на момент осмотра санированы.

Десны: розового окраса. Гнойных выделений, пигментаций нет.

Зев: слизистая розового цвета, отека не наблюдается. Миндалины не увеличены, налета не наблюдается.

Исследование живота:

Живот округлой формы, симметричный, выпячиваний и втяжений не отмечается. Подкожные сосудистые анастомозы не выражены. Рубцов и грыж нет. Перистальтика не нарушена. Живот свободно участвует в акте дыхания.

Окружность живота на уровне пупка 82 см.

Перкуссия:

При перкуссии выслушивается тимпанический звук различной степени выраженности во всех отделах, в области печени и селезенки - бедренный звук. Асцита нет.

ПАЛЬПАЦИЯ:

А) Поверхностная:

При поверхностной, ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

Б) Глубокая:

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 4 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- восходящий и нисходящий отделы толстой кишки - пальпируются в виде цилиндров диаметром 4 см, безболезненные, смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащие.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 5 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

Исследование печени и желчного пузыря:

ГРАНИЦЫ И РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ

Линии	Верхняя граница	Нижняя граница	Высота печеночной тупости
Передне-подмышечная правая	VII межреберье	X ребро	10 см.
Средне-ключичная правая	VI межреберье	По краю реб. дуги	11 см.
Окологрудинная правая	V межреберье	2 см. ниже р. дуги	9 см.
Передняя срединная	-----	3,5 см. ниже осн. мечевидн. отр-ка	-----
Граница левой доли	Не выступает за левую окологрудинную линию		
ПО КУРЛОВУ			
	I размер (прямой)	II размер (прямой)	III размер (косой)
Размеры	13 см.	9 см.	7 см.

Пальпация:

Нижний край печени закругленный, плотный, безболезненный, поверхность гладкая.

Исследование селезенки:

Верхняя граница селезенки: верхний край IX ребра

Нижняя граница селезенки: ниже нижнего края XI ребра на 3 см.

Длинник селезенки: 14 см.

Поперечник селезенки: 6 см.

Пальпация:

Пальпируется нижний полюс селезенки, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, умеренной болезненности.

Аускультация живота:

По всей поверхности живота выслушиваются нормальные кишечные шумы.

Вывод: Увеличение размеров селезенки и печени.

СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

Жалобы:

На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов мочеотделения, не предъявлялось.

Боли в области поясницы и мочевого пузыря отсутствуют. Дизурических расстройств не выявлено.

Осмотр: Гиперемии и припухлости в области почек не обнаруживаются.

Исследование почек:

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При пальпации нижний полюс правой почки ниже нижнего полюса левой почки. Пальпация почек безболезненна, почки легко смещаются, эластичной консистенции. При аускультации шум почечных артерий не выслушивается.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Жалобы: На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов эндокринной системы, не предъявлялось.

Щитовидная железа:

Не пальпируется. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и VII шейного позвонка сзади – 32 см.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА

Головные боли, головокружения не беспокоят. Обмороков не отмечалось. Больная правильно ориентирована в окружающем пространстве и времени. Легко идет на контакт, восприятие и внимание не нарушено. Способна сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватно окружающей обстановке.

Сон глубокий, ровный, продолжительностью 8-9 часов. Засыпает относительно быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее

Рефлексы Бабинского, Россолимо отрицательные. В двигательной сфере патологических изменений не выявлено.

Вывод: Больной в 1995 году диагностирован хронический миелоидный лейкоз. Данная госпитализация по этому заболеванию 4-я (в 1995, 2001, 2004 году). Проводилась терапия миелосаном, гидроксимочевинной, меркаптопурином, на фоне которой отмечалось улучшение общего состояния больного, гематологических показателей. Ухудшения состояния больного и повторные госпитализации видимо связано с отказом принимать лекарственные препараты амбулаторно.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Основное заболевание: Хронический миелоидный лейкоз, фаза акселерации

Сопутствующие заболевания: Остеохондроз позвоночника, вне обострения.

Хронический бронхит, вне обострения. Гиперметропия обоих глаз.

Диагноз поставлен на основании :

1.жалоб: Больная поступила с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую боль в области селезенки.

2.анамнеза заболевания: В 1995 году диагностирован хронический миелоидный лейкоз на основании гиперлейкоцитоза,резкого омоложения миелоидного ряда в гемограмме и костном мозге.Спленомегалии небыло.Проводилась терапия миелосаном по 2мг 1 раз в неделю в течение 5 лет.В 2001году госпитализирована в гематологическое отделение Республиканской больницы в связи с ухудшением течения хронического миелоидного лейкоза:при исследовании массивная спленомегалия на 10см ниже края реберной дуги ,анемия(Нб=97г/л) ,гиперлейкоцитоз до 130 г/л,гипертромбоцитоз до 630 г/л, увеличение незрелых миелоидных клеток в гемограмме,бластемия до 2%,увеличение СОЭ до 53 мм/час. Проведено облучение селезенки в СОД 16,5 Гр.,с хорошим клинико-гематологическим эффектом-селезенка уменьшилась в размерах и выступала на 1-2см из-под края реберной дуги, уменьшилась степень анемии(Нб=106г/л),количество тромбоцитов снизилось до 460г/л, лейкоцитов до 13,7г/л, исчезла бластемия,увеличилось количество зрелых гранулоцитов, СОЭ снизилось до 40 мм/час,нормализовалось самочувствие.В удовлетворительном состоянии была выписана домой.Был назначен миелосан по 2мг 1 раз в неделю. В последующие 3 года на прием к гематологу Республиканской поликлиники не появлялась, лекарственные препараты не принимала.В связи с прогрессирующим ухудшением состояния(появилась артралгия,лихорадка) обратилась к гематологу на прием в апреле 2004года:в клиническом анализе крови: эритроциты-3,54 Т/л, гемоглобин-100г/л, цп-0,84, ретикулоциты-48%, тромбоциты-607г/л , лейкоциты-161,базофилы-4,эозинофилы-1,бласты-1,метамиелоциты-15,миелоциты-16,п/я-22,с/я-35, лимфоциты-2,моноциты-4,СОЭ-51мм/час. Имела место выраженная спленомегалия: селезенка пальпировалась на 2 см выше пупка,периферические лимфоузлы были не увеличены.Константировано ухудшение течения хронического миелоидного лейкоза в связи с отказом принимать лекарственные препараты.Была предпринята терапия гидроксимочевинной 1,5мг/сут. в сочетании с меркаптопурином 100мг/сутки. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, отчетливая положительная динамика гематологических показателей: уменьшилась степень анемии(Нб=109г/л), нормализация количества тромбоцитов, снижение количества лейкоцитов до 120г/л, нормализация СОЭ.Была выписана в удовлетворительном состоянии на поддерживающих дозах меркаптопурина и гидроксимочевины 10мг/кг/сутки. В последние 6 месяцев препараты не принимала в связи с их отсутствием в аптечной сети,на этом фоне ухудшение гематологических показателей: анемия(Нб=83г/л), тромбоцитоз-1043г/л, лейкоцитоз-69,5г/л, миелоциты-10,метамиелоциты-5, п/я-28, с/я-43, эозинофилы-1, базофилы-2,лимфоциты-6, моноциты-5,СОЭ-45 мм/час, артралгии, боль и чувство тяжести в проекции селезенки.Госпитализирована в гематологическое отделение Республиканской больницы в связи с ухудшением течения хронического миелоидного лейкоза по направлению гематолога Республиканской поликлиники.

3.данных объективного исследования: Увеличение размеров селезенки и печени.

Жалобы больной, анамнез заболевания, данных объективного исследования позволяют сделать заключение что у больной хронический миелоидный лейкоз .

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления эритропении, лейкоцитоза, тромбоцитоза, повышения СОЭ.
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количество общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансфераз (они могут быть повышены), билирубин.
3. Анализ мочи.

Инструментальные исследования:

1. ЭКГ.
2. УЗИ органов брюшной полости. Информативно - дает данные о состоянии печени, портальной вены, селезенки и других органов брюшной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ:

	23.03.05г.	05.04.05г.	Норма
1. Гемоглобин	103 г/л	103г/л	М.130-160;Ж.120-140г/л
2. Эритроциты	3,74	3,74	М.4,0-5,0;Ж.3,9-4,7*10 ¹² /л
3. ЦП.	0,82	0,82	0,85-1,05
4. Ретикулоциты	71%	26%	2-10%
5. Тромбоциты	609,6	413,6	180-320*10 ⁹ /л
6. Лейкоциты	58	28	4,0-9,0*10 ⁹ /л
7. Миелоциты	25	19	-----
8. Метамиелоциты	2	-----	-----
9. Палочкоядерные	15	13	1-6%
10.Сегментоядерные	34	45	47-72%
11.Эозинофилы	-----	-----	1-5%
12.Базофилы	8	7	0-1%
13.Лимфоциты	7	7	19-37%
14.Моноциты	9	9	3-11%
15.Плазматические клетки	-----	-----	-----
16.Скорость оседания эритроцитов	35	20	М.2-10;Ж.2-15мм/ч

Вывод: На фоне предпринятой терапии наблюдается положительная динамика гематологических показателей (снизилось количество ретикулоцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, клеток миелоидного ряда, палочкоядерных лейкоцитов,СОЭ. Повысилось количество сегментоядерных лейкоцитов).

БИОХИМИЯ КРОВИ

Показатели	От 04.11.2004	Единицы СИ
Натрий	136ммоль/л	
Калий	3,62 ммоль/л	
Общий белок	75 г/л	65-85 г/л
Альбумины	45г/л	40-50 г/л
Аланинамино трансфераза	30Е/л	5-32Е/л
Аспаратамин отрансфераза	28Е/л	5-31Е/л
Глюкоза	68 мкмоль/л	44-88мкмоль/л
Креатинин	5,06ммоль/л	2,5-8,3ммоль/л
Мочевина		8,0-21,0 ммоль/л
Общий билирубин	16,6ммоль/л	8,6-20,5 мкмоль/л
Прямой билирубин	4,15ммоль/л	2,57 мкмоль/л

Анализ мочи от 23.03.05г.

Количество: 150
 Цвет: светло-желтый
 Реакция: рН 4,0
 Удельный вес: 1,010
 Прозрачность: да
 Белок: нет
 Сахар: ---
 Ацетон: ---
 Уробилин: в N.
 Плоские эпителиальные клетки: немного
 Лейкоциты: 0-1 в п. з.
 Эритроциты: нет
 Цилиндры: ---
 Слизь: ---
 Бактерии: ---

Вывод: Результат анализа в норме.

ЭКГ от 22.03.05г.

ЧСС=68 в мин.

QRS=0,09

R-R=0,9

Вывод: Вариант нормы.

УЗИ от 23.03.05г.

Печень умеренно увеличена за счет правой доли (135 мм), контур фестончатый, структура печени однородная, паренхима без эхоструктурных изменений. Воротная вена 11-12 мм., ход ее извитой. Желчный пузырь без видимых патологий.

Рансreas с четкими контурами, паренхима без эхоструктурных изменений; селезеночная вена в теле рансreas 9,1 мм.

Селезенка: 135 X 54 мм, стенки сосудов уплотнены, селезеночная вена в воротах 11 мм, ход ее извитой.

Левая почка расположена обычно, 110 X 40 мм, правая почка расположена обычно 112,6 X 41 мм. Мочевой пузырь пуст.

Вывод: Гепатомегалия. Спленомегалия.

Обоснование диагноза: Хронический миелоидный лейкоз, фаза аксиларации поставлен на основании:

1. жалоб больного: на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую боль в области селезенки.

2. анамнеза заболевания: Больной в 1995 году диагностирован хронический миелоидный лейкоз. Данная госпитализация по этому заболеванию 4-я (в 1995, 2001, 2004 году). Проводилась терапия миелосаном, гидроксимочевинной, меркаптопурином, на фоне которой отмечалось улучшение общего состояния больного, гематологических показателей. В последние 6 месяцев препараты не принимала в связи с их отсутствием в аптечной сети, на этом фоне ухудшение гематологических показателей: анемия (Hb=83г/л), тромбоцитоз-1043г/л, лейкоцитоз-69,5г/л, миелоциты-10, метамиелоциты-5, п/я-28, с/я-43, эозинофилы-1, базофилы-2, лимфоциты-6, моноциты-5, СОЭ-45 мм/час, артралгии, боль и чувство тяжести в проекции селезенки. Госпитализирована в гематологическое отделение Республиканской больницы в связи с ухудшением течения хронического миелоидного лейкоза по направлению гематолога Республиканской поликлиники.

3. клинического обследования: увеличение селезенки и печени.

4. лабораторных и инструментальных данных: наличие в клиническом анализе крови лейкоцитоза, с наличием миелоцитов, метамиелоцитов, ретикулоцитоза, увеличение СОЭ. По данным УЗИ-гепато и спленомегалия.

Дифференциальный диагноз.

	Жалобы	Объективное исследование	Клинический анализ крови	Пункция костного мозга
Хр.миелолейкоз	Общая слабость, повышенная утомляемость, тупая боль в левом подреберье.	Гепато- и спленомегалия	Лейкоцитоз, наличие миелоцитов и метамиелоцитов, базофильная диссоциация, лимфопения, увеличение СОЭ	Гиперплазия клеток миелоидного ряда
Хр.лимфолейкоз	Слабость, недомогание, повышенная утомляемость, жалобы на увеличение л/у.	Гепато- и спленомегалия, лимфоаденопатия	Лейкоцитоз, наличие пролимфоцитов, лимфоцитоз, клетки Боткина и	Гиперплазия клеток лимфоцитарного ряда

			Гумплекта, увеличение СОЭ.	
Лимфогранулематоз	Диффузная потливость, потеря массы тела, лихорадка до 38, кожный зуд, слабость, повышенная утомляемость, увеличение л/у.	Наличие подвижных, плевнатово-эластической консистенции, не спаянных между собой и с окружающими тканями безболезненных конгломератов л/у, гепато-и спленомегалия	Неспецифические изменения: увеличение СОЭ, лимфопения, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.	Биопсия л/у: наличие полиморфного клеточного состава с обнаружением клеток Березовского-Штернберга, Ходжкина.

Этиология и патогенез.

Этиологическими факторами развития лейкозов являются нарушения в хромосомах наследственного или мутагенного (радиация, химические факторы, вирусы и др.) характера, которые приводят к возникновению соматической мутации кроветворной клетки, дающей потомство себе подобных клеток (клон), метастазирующих на первом этапе по кроветворной системе, а затем и в другие органы, за пределы кроветворных.

При хроническом миелоидном лейкозе установлено постоянное и специфическое изменение в кариотипе. Это изменение состоит в потере одной хромосомой приблизительно половины своей массы, в связи с чем в хромосомном комплексе имеется одна атипичная, почти вдвое уменьшенная хромосома. Происходит уменьшение содержания глюкоза-6-дегидрогеназы во всех клетках. Клетки не утрачивают способность к вызреванию, в результате чего клетки различной зрелости, но все с маркером.

Наблюдается развернутый рост гранулоцитарного ростка с вытеснением других ростков в костном мозге.

Лечение, его обоснование:

Режим - палатный. Стол 15

Лекарственные назначения:

1. Гидроксимочевина 30 мг/кг/сутки (1980 мг). (синтетический противоопухолевый препарат разных химических групп.)

Гидроксимочевина влияет на пролиферирующие клетки, не действует на стволовые клетки, не вызывает аплазии. Препарат накапливается в опухолевых клетках, способен к самоокислению и

внутриклеточному образованию перекисных и гидроокисных радикалов, что по существу имитирует эффект ионизирующей радиации.

Побочные действия: тошнота, рвота, выпадение волос, язвы, появление мегалобластов в костном мозге, макроцитоз.

2. Аллопуринол 0,1 г в сутки (группа средств, тормозящие образование мочевых конкрементов)

Препарат обладает специфической способностью ингибировать фермент ксантиноксидазу, участвующий в превращении гипоксантина в ксантин и ксантина в мочевую кислоту. В связи с этим понижается образование уратов в сыворотке крови и предотвращается отложение их в тканях и почках. Выделение мочевой кислоты с мочой уменьшается и повышается выделение гипоксантина и ксантина.

Побочные действия: диспепсические явления, кожная сыпь, эозинофилия.

3. α -интерферон 4 млн. ЕД./м² ежедневно (группа биологически активных веществ)

α -интерферон обладает антипролиферативным эффектом.

Побочные действия: лихорадка, тромбоцитопения, лейкопения.

Дневник

23.03.05г. Жалобы на тупые боли в области селезенки. Состояние удовлетворительное. АД.-130/80 мм.рт.ст. Пульс 78 в мин. Частота дыхания-16 в мин. Тоны сердца ритмичные, отчетливые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

26.03.05г. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. АД.-130/80 мм.рт.ст. Пульс 74 в мин. Частота дыхания-18 в мин. Тоны сердца ритмичные, отчетливые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

29.03.05г. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. АД.-130/80 мм.рт.ст. Пульс 76 в мин. Частота дыхания-16 в мин. Тоны сердца ритмичные, отчетливые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Эпикриз

Больная xxx-xxx-xxx 56 лет поступила в стационар 21.03.05г.

Клинический диагноз: Хронический миелоидный лейкоз, фаза акселерации. Больная поступила с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую боль в области селезенки.

Из анамнеза заболевания: В 1995 году диагностирован хронический миелоидный лейкоз на основании гиперлейкоцитоза, резкого омоложения миелоидного ряда в гемограмме и костном

мозге. Спленомегалии не было. Проводилась терапия миелосаном по 2мг 1 раз в неделю в течение 5 лет. В 2001 году госпитализирована в гематологическое отделение Республиканской больницы в связи с ухудшением течения хронического миелоидного лейкоза: при исследовании массивная спленомегалия на 10см ниже края реберной дуги, анемия (Hb=97г/л), гиперлейкоцитоз до 130 г/л, гипертромбоцитоз до 630 г/л, увеличение незрелых миелоидных клеток в гемограмме, бластемия до 2%, увеличение СОЭ до 53 мм/час. Проведено облучение селезенки в СОД 16,5 Гр., с хорошим клинико-гематологическим эффектом-селезенка уменьшилась в размерах и выступала на 1-2см из-под края реберной дуги, уменьшилась степень анемии (Hb=106г/л), количество тромбоцитов снизилось до 460г/л, лейкоцитов до 13,7г/л, исчезла бластемия, увеличилось количество зрелых гранулоцитов, СОЭ снизилось до 40 мм/час, нормализовалось самочувствие. В удовлетворительном состоянии была выписана домой. Был назначен миелосан по 2мг 1 раз в неделю. В последующие 3 года на прием к гематологу Республиканской поликлиники не появлялась, лекарственные препараты не принимала. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния (появилась артралгия, лихорадка) обратилась к гематологу на прием в апреле 2004 года: в клиническом анализе крови: эритроциты-3,54 Т/л, гемоглобин-100г/л, цп-0,84, ретикулоциты-48%, тромбоциты-607г/л, лейкоциты-161, базофилы-4, эозинофилы-1, бласты-1, метамиелоциты-15, миелоциты-16, п/я-22, с/я-35, лимфоциты-2, моноциты-4, СОЭ-51мм/час. Имела место выраженная спленомегалия: селезенка пальпировалась на 2 см выше пупка, периферические лимфоузлы были не увеличены. Константировано ухудшение течения хронического миелоидного лейкоза в связи с отказом принимать лекарственные препараты. Была предпринята терапия гидроксимочевинной 1,5мг/сут. в сочетании с меркаптопурином 100мг/сутки. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, отчетливая положительная динамика гематологических показателей: уменьшилась степень анемии (Hb=109г/л), нормализация количества тромбоцитов, снижение количества лейкоцитов до 120г/л, нормализация СОЭ. Была выписана в удовлетворительном состоянии на поддерживающих дозах меркаптопурина и гидроксимочевинной 10мг/кг/сутки. В последние 6 месяцев препараты не принимала в связи с их отсутствием в аптечной сети, на этом фоне ухудшение гематологических показателей: анемия (Hb=83г/л), тромбоцитоз-1043г/л, лейкоцитоз-69,5г/л, миелоциты-10, метамиелоциты-5, п/я-28, с/я-43, эозинофилы-1, базофилы-2, лимфоциты-6, моноциты-5, СОЭ-45 мм/час, артралгии, боль и чувство тяжести в проекции селезенки. В стационаре: объективно-гепато- и спленомегалия.

В клиническом анализе крови: РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ:

	23.03.05г.	05.04.05г.	Норма
1. Гемоглобин	103 г/л	103г/л	М.130-160;Ж.120-140г/л
2. Эритроциты	3,74	3,74	М.4,0-5,0;Ж.3,9-4,7*10 ¹² /л
3. ЦП.	0,82	0,82	0,85-1,05
4. Ретикулоциты	71%	26%	2-10%
5. Тромбоциты	609,6	413,6	180-320*10 ⁹ /л
6. Лейкоциты	58	28	4,0-9,0*10 ⁹ /л
7. Миелоциты	25	19	-----
8. Метамиелоциты	2	-----	-----
9. Палочкоядерные	15	13	1-6%
10. Сегментоядерные	34	45	47-72%
11. Эозинофилы	-----	-----	1-5%
12. Базофилы	8	7	0-1%
13. Лимфоциты	7	7	19-37%
14. Моноциты	9	9	3-11%
15. Плазматические клетки	-----	-----	-----
16. Скорость			

оседания эритроцитов	35	20	М.2-10;Ж.2-15мм/ч
-----------------------------	----	----	-------------------

На УЗИ: Гепато- и спленомегалия.

Проведено лечение: 1. Гидроксимочевина 30 мг/кг/сутки (1980 мг) 2. Аллопуринол 0,1 г в сутки 3. α -интерферон 4 млн. ЕД./м² ежедневно

Рекомендации при выписке и их обоснование:

Режим - активный. Стол - 15.

Больной следует рекомендовать регулярное употребление лекарственных препаратов : Гидроксимочевину 10 мг/кг/сутки, Аллопуринол 0,05 г в сутки.

Список литературы:

1. Лекционный материал
2. Волкова " Онкогематология"
3. Электронная медицинская энциклопедия.