

УДК: 616.155.392.2-07

МРНТИ: 76.29.33.

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Л.Ж. Оспанова, Н. Амантайқызы, А.Қ. Ақылбек, Н.П. Әбіл, Г.Қ. Қожабаева,
А.Д. Абылханова, Қ.Б. Тайлықова

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

Статья написана на основании клинического наблюдения случая острого течения хронического. В статье рассматривается проблема диагностики хронического лимфолейкоза и его нетипичного течения при обострении. Актуальность раскрываемой проблемы не вызывает сомнения, поскольку своевременная диагностика при многообразии клинических проявлений отдельных форм заболеваний крови является решающим этапом в оказании адекватной помощи при тяжелых случаях в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: хронический лимфолейкоз, миелограмма, лимфоцитоз, гепатоспленомегалия.

Введение. В отделении терапии ГKB №4 поступил мужчина С.Д.Ш. 1962 г.р. (ИБ-№10448) с жалобами на кровотечение из десен, резкую слабость, недомогание, головные боли, сердцебиение. Больной экстренно госпитализирован в отделение реанимации.

Из анамнеза: пациент заметил кровоточивость десен около 3-х месяцев назад, но не обратил внимания. Далее стал замечать, что симптомы стали чаще и больше. Ухудшение самочувствия отмечает в последнюю неделю – участилась кровоточивость из десен, усилилась слабость вплоть до того, что не мог «встать с постели», на теле появились «синяки», пропал аппетит.

При тщательном опросе выяснилось, что за последние 3 месяца больной похудел на 7 кг, периодически беспокоила температура в пределах 37,2 - 37,60 и боли в животе. Ранее перенесенные заболевания, такие как инфекционный гепатит, туберкулез, отрицает, но отмечает, что в последние 2 года стал чаще болеть гриппом, насморком. Всегда лечился дома. Переливание крови, аллергические реакции, оперативные вмешательства отрицает. Курит в течение 37 лет по 1 пачке в день. Работает маляром в течение 7 лет, последние 6 месяцев малярные работы проводились в спортивных залах школ города, при этом помещения были закрыты. Объективно: температура – 38-38,50. Состояние тяжелое, в сознании, на вопросы отвечает правильно, но очень тихим голосом. Телосложение правильное, питание снижено. Кожа и видимые слизистые бледные. На коже плеч, предплечий, боковых поверхностей живота имеются подкожные кровоизлияния разных размеров. Периферические лимфоузлы - подчелюстные, надключичные, подмышечные справа и паховой области слева – одиночные, увеличены, размером от 1,0 до 3,3 см, мягкие, подвижные; при пальпации безболезненные. Сердце – имеется умеренное расширение левой границы влево. Аускультативно – тоны громкие, учащены, короткий систолический шум на верхушке. PS – 96 ударов в минуту, АД – 130/90 миллиметров ртутного столба. Легкие – грудная клетка несколько эмфизематозна. Перкуторно – легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации выслушиваются единичные сухие хрипы на фоне

жестковатого везикулярного дыхания. Язык влажный, на деснах и губах имеются небольшого размера сгустки крови. Живот мягкий, чувствителен в правом под реберье, где пальпируется увеличенная печень, плотноватая, край заострен. Размеры по Курлову составляют - 14*11*10см. Селезенка увеличена, выступает из-под края реберной дуги, длинник равен - 13 см, поперечник составляет 8 см. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Стул оформлен. На основании объективных данных и анамнеза был выставлен предварительный диагноз: «Острый лейкоз». Больной экстренно госпитализирован в отделение реанимации.

Лабораторно-диагностические исследования в динамике наблюдения: с 13.02.2020 по 15.02.2020 г. ОАК (6 параметров) на анализаторе гематокрит (HCT) в крови - 19,60000%; гемоглобин (HGB) в крови - 76,00000 г/л - 71,00000 г/л; лейкоциты в крови – 0,200000 /л-0,300000 /л; относительное (%) количество лимфоцитов (LYM%) в крови - 70,00000% -78,00000%- 89,00000%; количество нейтрофилов (NEUT%) в крови - 28,00000% - 30,00000%; СОЭ (анализатор) - 64,00000 мм/ч; тромбоциты (PLT) в крови - 2,20000 - 2,20000 - 54,00000/л; эритроциты (RBC) в крови - 2,20000 / л - 3,00000 /л; цветовой показатель - 0,81000 - 0,80000; количество нейтрофилов (NEUT%) в крови - 28,00000; - 30,00000 /л. Общий белок на анализаторе общий белок в сыворотке крови - 59,90000 г/л; Мочевина на анализаторе мочевины в сыворотке крови - 7,90000 ммоль/л; Креатинин на анализаторе креатинина в крови - 92,20000 мкмоль/л-108,70000 мкмоль/л; Общий Bi на анализаторе общий билирубин в сыворотке крови - 34,40000 - 53,60000 мкмоль/л; АСаТ на анализаторе - 32,70000 МЕ/л ; АЛаТ на анализаторе АЛаТ - 44,90000 МЕ/л ; Глюкоза в сыворотке крови на анализаторе глюкозы в сыворотке крови - 10,30000-9,46000 ммоль/л; Общая α-амилаза на анализаторе в сыворотке крови - 22,00000МЕ/л; Холестерин на анализаторе в сыворотке крови - 2,70000 ммоль/л. Фибриноген на анализаторе QFA (расчетный) - 0 г/л; фибриноген - 4,4 г/л- 4,64 г/л; ПВ-ПТИ-МНО на анализаторе) - 0,92000 -0,79000; ПТИ

анализатор - 99,70000% - 95,10000%. ОАМ на анализаторе глюкоза в моче - 0,00000 ммоль/л; кетоновые тела в моче - 0,00000 ммоль/л; лейкоциты в моче (анализатор) - 4,00000 в мкл; относительная плотность (удельный вес) мочи - 1 019,00000; прозрачность мочи - прозрачная; цвет мочи - насыщенный желтый; эритроциты в моче - 15,00000 эритроцитов в мкл. Инструментальные исследования. (13.02.2020 21:30). УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка). Печень - контуры ровные; Эхоструктура неоднородная; эхоплотность – повышена. Правая доля-14,6 см; Левая доля11,2 см, ПВ-1,4 см. ПОХ-0,4 см. Желчный пузырь - грушевидной формы, размеры - 5,7 см*2,6 см, стенка - 0,5 см. В просвете имеется густая взвесь. Поджелудочная железа. Контуры – ровные. Эхоструктураоднородная. Эхоплотность - повышена; головка - 2,3 см, тела - 1,6 см, хвост - 2,0 см

Селезенка - контуры ровные, эхоструктура-неоднородная, эхоплотность – повышена, размеры - 12,3 см*5,8 см, S~66,0 см кв. Селезеночная вена - 0,5 см. Заключение. Диффузные изменение в паренхиме печени, поджелудочной железы. Гепатоспленомегалия. Холецистит.

На основании полученных результатов субъективного и объективного исследований (лимфоцитоз - 70,00000-78,00000% - 89,00000%; анемия (Hb – 76 г/л, тромбоцитопения - 2,20000 - 2,20000 - 54,00000/л /мкл; (NEUT%) в крови - 28,00000% - 30,00000%; в сочетании со следующими синдромами, как лимфоаденопатический; спленомегалический; анемический; геморрагический и интоксикационный, нами выставлен диагноз: Хронический лимфолейкоз, лейкомицетозная форма, терминальная стадия, агрессивное течение, осложненное кровотечением. Дифференцировать с апластической анемией, острым лимфобластным лейкозом.

Для верификации диагноза нами проведена консультация гематолога и исследование миелограммы. Миелограмма от 15.02.20 г. Результат подсчитан из 6 стекол. КМ малоклеточный, почти опустошен, представлен всеми видами клеток. Гранулоцитарный росток сохранен. Нормобластический тип кроветворения. Соотношение лейко/эритро 1:1. Мегакарициты обнаружены, отшнуровка тромбоцитов отмечается. Отмечается раздражение лимфоидного ростка на уровне лимфоидных клеток. Отмечается раздражение миелоидного, эритроцитарного, мегакариоцитарного ростков кроветворения. Бласты - 0,1%, промиелоциты - 0,1%, миелоциты - 0,2%, метамиелоциты - 0,6%, п/я - 2,8, с/я - 6,2%, лимфоциты - 88,8, моноциты - 0,8, эозинофилы - 0,2, плазматические клетки - 0,2%, оксифильные нормоциты - 5,6%.

Полученные результаты миелограммы показали, что при сохранении нормобластического типа кроветворения нарушено лейко/эритроцитарное соотношение в сочетании выраженным лимфоцитозом с сохранением промежуточных клеток, что больше свидетельствует о лимфопролиферации, нежели об апластической анемии, для которой характерно опустошение костного мозга, абсолютная панцитопения. Отсутствие «лейкемического провала», сохранение нормобластического типа кроветворения в миелограмме, постепенное начало заболевания помогает исключить острый лимфобластный лейкоз. Для дальнейшего исследования согласно ПДЛ

(иммунофенотипирование периферической крови, цитогенетическое исследование костного мозга) больной направлен в специализированную клинику.

Литературный обзор. Хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ) характеризуется прогрессирующим накоплением фенотипически зрелых злокачественных В-лимфоцитов. Первичные места заболевания включают периферическую кровь, костный мозг, селезенку и лимфоузлы. Симптоматика заболевания может отсутствовать или проявляться лимфоаденопатией, сплено-гепатомегалией, утомляемостью, лихорадкой и ночными приливами, потерей веса [1]. Хронические лимфопролиферативные заболевания наиболее часто встречаются у мужчин в возрасте старше 60 лет, пик заболеваемости приходится на 80-85 лет. ХЛЛ составляет около 40% от всех лейкозов у лиц старше 65 лет. Ежегодная заболеваемость составляет 3-3,5 на 100 000 населения в год, мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины [1, 2]. В периферической крови со стороны красной крови в начале заболевания никаких изменений нет – количество гемоглобина, эритроцитов в пределах референтных величин. Затем развивается анемия, которая обычно имеет гемолитический характер. Со стороны лейкоцитов – характерен абсолютный лимфоцитоз – от 45 до 90-95% в периферической крови (по данным гемограммы) и костном мозге (по данным миелограммы), что имело место в нашем случае [3]. Согласно литературным данным лимфоидные клетки (зрелые и переходные) составляют до 20% клеток костного мозга. Увеличение количества лимфоидных элементов до 20% и более при нормальном или увеличенном числе миелокариоцитов является признаком хронического лимфолейкоза или лейкомицетоза лимфомы. Увеличение числа лимфоидных элементов на фоне сниженного числа миелокариоцитов является признаком апластической анемии или агранулоцитоза [4]. В данном случае имело место нетипичное начало хронического лимфолейкоза (острое течение, осложнение в виде геморрагического синдрома, абсолютное снижение лейкоцитов в периферической крови, отсутствие в анамнезе ранее выявленного и леченного ХЛЛ), что представляло трудность диагностики. Однако в доступной литературе нами не найдено описания случаев дебюта хронического лимфолейкоза в виде геморрагических осложнений. По литературным данным в виде дебюта заболевания чаще встречаются такие нозологии, как ангины, отиты, бронхиты, пневмонии [2].

Список литературы:

1. Ashkan Emad, Jennie York Law. Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ). University of Maryland. Чат/Справочник MSD/ Профессиональная версия. December. 2018.
2. Архипов Е.В., Сафиулина С.И. Клинический случай наблюдения пациента с дебютом ХЛЛ / Вестник современной клинической медицины. - 2011. - Т.4, выпуск 2. - С. 52-54.
3. Клинический протокол диагностики и лечения хронического лимфолейкоза. ЭС МЗ РК от «9» июля 2015 года Протокол № 6. – 28 с.
4. Стемпень Т.П., Лелевич С.В. Клиническая лабораторная гематология. Пособие для студентов медико-диагностического факультета. – Гродно, 2016. - С. 142-151.