**Дніпропетровська державна медична академія**

**Кафедра онкології**

**ІСТОРІЯ ХВОРОБИ**

Хвора: Л.О.А., 20 років.

Клінічний діагноз:

Хвороба Ходжкіна; стадія 2-Б (нодулярний склероз) з ураженням лімфатичних вузлів середостіння.

Клінічна група ΙΙ

Ускладнення основного захворювання: Анемія 1 ст.

Патологоанатомічний діагноз:

Хвороба Ходжкіна; нодулярний склероз; змішано-клітинний варіант.

Куратор: студентка 5 курсу 1 медичного факультету

Дата курації: 2 жовтня 2009 року

Дніпропетровськ 2009

**Паспортні відомості.**

Прізвище: Л.О.А.

Вік: 20 років (02.08.89)

Професія: ДУЕП, студентка 3 курсу

Дата надходження: 26.10.2009

Діагноз при госпіталізації: Хвороба Ходжкіна; стадія 2-Б (нодулярний склероз) з ураженням лімфатичних вузлів середостіння.

Клінічний діагноз: Хвороба Ходжкіна; стадія 2-Б (нодулярний склероз) з ураженням лімфатичних вузлів середостіння. Клінічна група ΙΙ.

Ускладнення основного захворювання: Анемія 1 ст.

Супутні захворювання: –

Група крові і резус-фактор III (+)

**Скарги**

На момент курації хвора скаржиться на незначну слабкість, швидку втомлюваність, інспіраторну задишку під час надмірного фізичного навантаження, періодичне погіршення настрою, незначний головний біль.

**Anamnesis morbi**

Вважає себе хворою з липня 2009 року, коли з'явилася нічна пітливість, субфібрильна температура, що тривала близько тижня, слабкість і втомлюваність. Родичі помітили зменшення ваги. Занепокоєна власним станом здоров'я дівчина звернулася до лікарні на обстеження. Пацієнтці було проведено профілактичний огляд в ході якого зроблено рентгенографію органів грудної порожнини та виявлено збільшення лімфовузлів середостіння, їх конгломерати. В клінічному аналізі крові було виявлено зниження гемоглобіну та еритроцитів. Запідозривши лімфогранулематоз хворій провели торакоскопію з біопсією (31.07.09), за допомогою якої встановили патологоанатомічний діагноз: хвороба Ходжкіна; нодулярний склероз; змішано-клітинний варіант. 5.08.09 проведено КТ органів грудної та черевної порожнини, підтвердивши діагноз. 13.08.09 дівчину госпіталізували до міської багатопрофільної клінічної лікарні № 4, до відділення хіміотерапії, де вона проходила курс лікування до 04.09.09.

Стан хворої поліпшився. 11.10.09 звернулася до лікаря - дерматолога з приводу шкірного патологічного процесу у вигляді еритеми кільцеподібної форми рожевого кольору з локалізацією на спині, верхній передній частині грудної клітки, верхніх кінцівках, безболісна, не супроводжується зудом.

Поставлено діагноз: атопічний дерматит та успішно проліковано. 14.10.09 лікувалася в ангіохірурга з приводу побагровіння в області правого гомілкового суглобу (діагноз - порушення мікроциркуляції судин нижніх кінцівок). На даний момент пацієнтка проходить повторний курс хіміотерапії з 26.10.09.

**Anamnesis vitae**

Народилася м Дніпропетровську. У сім'ї службовців першою дитиною. Росла і розвивалася нормально. Пішла в школу в 7 років, вчилася добре. В 2007 році вступила в ДУЕП, де на даний момент навчається на 3 курсі. Не працює. Професійні шкідливості відсутні.

Перенесені захворювання: У дитинстві хвора перенесла кір, краснуху, інфекційний мононуклеоз, вітряну віспу, грип, ОРВІ, ангіну. Венеричні захворювання, туберкульоз заперечує. Переливань крові не було. Менструації почалися з 12 років, проходять без патологій. Матеріально забезпечена задовільно. Живе в 2 кімнатній упорядкованій квартирі з батьками. Харчування регулярне, різноманітне, повноцінне. Гігієнічних норм дотримується.

Шкідливі звички: Не палить. Алкоголь вживає на свята в невеликій кількості. Сімейний стан: не одружена, дітей немає.

Сімейний анамнез і дані спадковості: спадковість не обтяжена.

Алергологічний анамнез: Проявів алергії у минулому не було.

**Status presens communis**

Загальне самопочуття хворої задовільне. Свідомість ясна, положення активне, стан задовільний, статура нормостенічна. Зріст – 172 см. Вага – 55 кг.

Шкірні покриви.

Шкіра: Блідо-рожевого кольору, помірно зволожена, тургор збережений. Патологічних змін, пігментації, висипу, судинних зірочок, лущення, крововиливів не виявлено. Шкіра еластична, пальпація безболісна. Кон'юнктиви і слизова оболонка порожнини рота рожеві і чисті.

Підшкірна жирова клітковина розвинена помірно, рівномірно, за жіночим топом.

Лімфатична система

При дослідженні підщелепні лімфовузли рухомі, дрібні, м'які, еластичні, безболісні; пахвові лімфовузли рухомі, дрібні, м'які, еластичні, безболісні; пахові лімфовузли рухомі, дрібні, м'які, еластичні, безболісні. Виражені надключичні лімфатичні вузли, діаметр до 1,5см, щільної консистенції, при пальпації абсолютно безболісні, частково спаяні з клітковиною, що оточує їх. Інші периферичні лімфатичні вузли не пальпуються.

Кістково-м'язова система

М'язи розвинені симетрично, тонус помірний. Ущільнень не виявлено. При пальпації біль не відчувається.

Суглоби не потовщені. Мають властиву їм конфігурацію, не болючі.

Дихальна система

Дихання через ніс вільне, носових кровотеч немає, голос ясний, розбірливий. Слизисті оболонки рота, носи чисті і рожеві. ЧД - 18 за хв. Змішаний тип дихання. Ритм правильний, глибина дихання в межах норми. Грудна клітка має конічну форму, грубих деформацій кісток при огляді не виявлено. Ключиці і лопатки симетрично розташовані. Втягнень міжреберних проміжків не виявлено. При пальпації грудна клітка не болюча. При порівняльній перкусії виявляється ясний легеневий звук.

Топографічна перкусія: Висота стояння верхівок легенів над грудиною - зліва і справа по 3 см. Верхня межа легенів по відношенню їх положення до остистого відростка VII шийного хребця справа і зліва - на рівні остистого відростка С7. Ширина полів Креніга 6 см2.

Нижня межа легенів:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Права легеня | Ліва легеня |
| l. parasternslis | V міжребер'я |  |
| l. medioclavicularis | VI ребро |  |
| l. axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l. axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| l. axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. sсapularis | X ребро | X ребро |
| l. paravertebralis | оститс. відросток XI груд.хребця | оститс. відросток XI груд.хребця |

Рухливість нижнього краю легенів: 5-7 см

Дані аускультації: дихання везикулярне, патологічних шумів немає. Бронхофонія однакова на симетричних ділянках.

Серцево-судинна система

Межі серця без змін. Серцевого горба немає. Верхівковий поштовх пальпується в V міжребер'ї на 1,5 см. від средньоключичної лінії досередини. Серцевий поштовх відсутній. Межі відносної серцевої тупості:

* права - 1 см назовні від правого краю грудини;
* ліва - 2 см досередини від лівої середньо-ключичної лінії (співпадають з верхівковим поштовхом);
* верхня - III міжребер'я

Межі судинного пучка не виходять за краї грудини

Межі абсолютної серцевої тупості:

- права - по лівому краю грудини

- верхня - IV міжребер'я

- ліва - 1см досередини від лівої межі відносної серцевої тупості.

Аускультація серця:

Тони серця звучні. II тон на аорті і легеневій артерії однакової гучності. Ритм тонів двохчленный, правильний. Число серцевих скорочень - 72/хв. помірного наповнення, ритмічні. Артеріальний тиск 110/70 мм.рт.ст., однаковий на обох руках.

Дослідження судин

Огляд судин шиї: судини не змінені, пульсації сонних артерій немає, вени не набряклі.

Огляд периферичних судин: видимих пульсацій артерій, надчеревної пульсації немає. Капілярного пульсу Квінке немає.

Пальпаторно: пульс однаково пальпується на променевій, сонній, стегновій артеріях і артеріях стопи. Пульс ритмічний, напружений, рівномірний. Частота пульсу 72 ударів/хв. АТ – 110/70 мм.рт.ст., однакове на обох руках, стабільний.

Огляд і пальпація вен: пульсації вен немає, розширення вен грудної клітки, черевної стінки, кінцівок немає. Ущільнення і болючості при пальпації не виявлено.

Система травлення

Слизові оболонки щік, губ, твердого піднебіння рожевого кольору. Ясна рожеві, звичайній вологості. Язик вологий, не обкладений. Зуби здорові. Зів чистий, мигдалини не збільшені. Апетит нормальний.

Живіт правильної форми, симетричний, черевна стінка рівномірно бере участь в акті дихання. При поверхневій пальпації живіт м'який, безболісний. Спостерігається пульсація черевної аорти. Симптом Щоткіна-Блюмберга від’ємний.

Глибока пальпація. У лівій клубовій області виявляється безболісна, щільно-еластичної консистенції сигмовидна кишка, що не бурчить і зміщується. Сліпа кишка пальпується в правій клубовій області, безболісна, рухома, така, що злегка бурчить. Поперечно-ободова кишка звичайної консистенції, на рівні пупка. Стілець оформлений, щільній консистенції.

Печінка з-під ребрової дуги не виходить. Край м'який, рівний, еластичний. Розміри печінки по Курлову 9\*8\*7 см.

Селезінка не пальпується. Безболісна. Перкуторно – по l. axillaris media sinistra з 9 по 11-е ребро. Длінник селезінки 8 см, поперечник 6см.

Сечостатева система

Поперекова область не змінена. Симптом Пастернацького негативний. Пальпація нирок безболісна. Пальпація сечовідникових точок безболісна. Добовий діурез 1700 мл. Денний діурез складає 1300 мл, нічний – 400 мл.

Нервова система

Поведінка адекватна, без особливостей. Пам'ять хороша, сон міцний, головні болі турбують. Слабкості в кінцівках, судом, порушень чутливості хворий не відзначає. На слух, нюх і дотик скарг немає.

Гострота зору: двоїння в очах немає, реакція зіниць на світло пряма і співдружня, носогубні складки симетричні. Дисфагії немає. Рогівковий, глотковий рефлекси позитивні, сухожильні рефлекси (колінний, ахилів) позитивні. Патологічних знаків немає. Мова розбірлива, дизартрії немає. У позі Ромберга стійка. Пальце-носовую пробу виконує точно обома руками.

Ендокринна система

Пацієнтка скарг не пред'являє. Щитовидна залоза не пальпується. Статевий розвиток відповідає жіночій статі та вікові пацієнтки. Патології з боку інших ендокринних органів не виявлено.

### Status localis

При пальпації лімфатичних вузлів виражені надключичні лімфатичні вузли, діаметр до 1,5см, щільної консистенції, при пальпації не болючі, частково спаяні з клітковиною, що їх оточує.

## Попередній діагноз

Хвороба Ходжкіна; стадія 2-Б (нодулярний склероз) з ураженням лімфатичних вузлів середостіння.

**Додаткові методи обстеження**

План обстеження

1. Клінічний аналіз крові
2. Біохімічний аналіз крові
3. Аналіз сечі
4. ЕКГ
5. Оглядова рентгенографія органів грудної порожнини
6. КТ органів грудної та черевної порожнини
7. Торакоскопія з біопсією лімфатичних вузлів середостіння
8. УЗД щитовидної залози
9. УЗД черевної порожнини
10. Сонографія судин

**Лабораторні**

Кров:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Еритр. | Нb | Базоф. | Еозін. | Юні | Палоч. | Сегмен. | Лімф. | Моноцити |
| 3,2\*1012/л | 100 | 0 | 5 | 0 | 3 | 54 | 35 | 7 |

Лейкоцити – 11,7\*109/л

ШОЄ – 33 мм/ч.

Висновок: лейкоцитоз, анемія 1 ст., підвищення ШОЄ.

Аналізи сечі: пит. вага 1016, прозорість - прозора, реакція слабко кисла, білок – , плоский епітелій – 2-3., лейкоцити 1-2.

Висновок: патологічних змін не виявлено.

Біохиміч. аналіз крові:

загальний білок - 62 г\ л

сечовина - 2,4 мкмоль\ л

білірубін загальний - 13,68 мкмоль\ л

прямій - 5,18 мкмоль\ л

Трансамінази: АЛТ - 0,25 ммоль\ л

АСТ - 0,15 ммоль\ л

тимоловая проба - 1,5 од.

Хлориди - 105 мкмоль\ л

Калій плазми - 3,6 ммоль\ л

протромбіновый індекс - 90%

фибриноген - 3,33 г\ л

Висновок: знижений загальний білок.

**Інструментальні**

ЕКГ: (висновок) ритм синусний правильний, аритмій, екстрасистолій немає.

КТ органів грудної та черевної порожнини (9,10,09): В середостінні виявляються збільшені лімфатичні вузли : ліві паракаротидні 3\*2 см; праві верхні паратрахеальні 1,5\*1,8 см; нижні праві паратрахеальні 2\*1,5 см; праві периваскулярні 2,3\*2,6 см; аортопульмональні 3\*1,7 см; біфуркаційні 2\*1,5 см. Виявляються надключичні одиничні лімфатичні вузли з обох сторін до 1,5 см в діаметрі. Пахвові ЛУ не збільшені.

Висновок: лімфопроліферативний процес середостіння.

Торакоскопія з біопсією лімфатичних вузлів середостіння (31.07.09): встановлено патологоанатомічний діагноз: хвороба Ходжкіна; нодулярний склероз; змішано-клітинний варіант.

УЗД щитовидної залози. Висновок: патологічних змін не виявлено.

Сонографія судин. Висновок: патологічних змін не виявлено.

**Диференційній діагноз**

Диференціальну діагностику доводиться проводити з багатьма захворюваннями. Збільшення лімфатичних вузлів середостіння і коріння легенів спостерігається при саркоїдозі, в цьому випадку поразка звичайна двостороння. При розмежуванні лімфогранулематоза і первинного туберкульозу, для якого також характерна одностороння поразка прикореневих лімфатичних вузлів, необхідно враховувати відсутність залучення до процесу при туберкульозі лімфатичних вузлів медіастинальної групи. Туберкульозний процес, як і ЛГМ, частіше вражає шийну групу ЛУ. Для туберкульозного лімфаденіту характерні щільні, спаяні з навколишніми тканинами, хворобливі ЛУ з перифокальною інфільтрацією, чого не спостерігається у даної пацієнтки. При лімфаденопатії такої локалізації потрібно думати про можливість бронхогенного раку легенів, пухлини середостіння іншого вигляду. Локальне збільшення ЛУ може бути обумовлене хворобою “котячої подряпини”. Лімфогранулематоз доводиться диференціювати з неходжкінскими лімфомами і позакістковомозковми проявами інших гемобластозів. Підозрювати лімфогранулематоз слід і при високій лихоманці без лімфаденопатії після виключення у хворих інфекції, в першу чергу підгострого інфекційного ендокардиту, СЧВ, пухлин іншої природи, в цій ситуації проводять детальне дослідження, направлене на виявлення важкодоступних лімфатичних вузлів, і тому числі діагностичні торако-і лапаротомію.

Вирішальну роль для постановки діагнозу має гістологічне дослідження.

**Обґрунтування клінічного діагнозу:**

На підставі скарг хворого (незначна слабкість, швидка втомлюваність, нічна пітливість, субфібрильна температура, зменшення ваги), анамнезу хвороби (вважає себе хворою з липня 2009, коли з’явилися вищевказані скарги, в зв'язку з чим було проведено медичний огляд в ході якого встановлено діагноз ), анамнезу життя (в дитинстві хвора перенесла інфекційний мононуклеоз ), даних об'єктивного дослідження (виражені надключичні лімфатичні вузли, діаметр до 1,5см, щільної консистенції, при пальпації не болючі, частково спаяні з клітковиною, що їх оточує) і даних лабораторних і інструментальних досліджень (лейкоцитоз, анемія 1 ст. знижений загальний білок; лімфопроліферативний процес середостіння; клітини Reed-Sternberg, правильні тяжі колагену, що ділять пухлинну тканину на ділянки округлої форми; клітини дуже поліморфні, можна бачити "діагностичні" клітини Березовського - Штернберга, еозинофільні, нейтрофільні лейкоцити, лімфоцити, плазматичні клітини, реактивні гістіоцити, фібробласти, тяжі дифузного фіброзу; клітинні скупчення і ділянки склерозу зазвичай розташовані нерівномірно, що надає тканинним розростанням строкатому вигляду; вогнища некрозу) можна поставити діагноз :

Клінічний діагноз: Хвороба Ходжкіна; стадія 2-Б\* (нодулярний склероз) з ураженням лімфатичних вузлів середостіння. Клінічна група ΙΙ.

Ускладнення основного захворювання: Анемія 1 ст.

Патологоанатомічний діагноз: Хвороба Ходжкіна; нодулярний склероз; змішано-клітинний варіант.

\*стадія 2-Б

Стадія II – Поразка лімфатичних вузлів двох областей і більш по одну сторону діафрагми

Б — симптоми інтоксикації (лихоманка, пітливість, схуднення).