

© Е.В. Архипов, С.И. Сафиуллина, 2011

УДК 616.155.392.2-07

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ДЕБЮТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА

**ЕВГЕНИЙ ВИКТОРОВИЧ АРХИПОВ**, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей врачебной практики ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава» [e-mail: jekaland@mail.ru]  
**СВЕТЛАНА ИЛЬДАРОВНА САФИУЛЛИНА**, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей врачебной практики ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», врач-гематолог Республиканской клинической больницы МЗ РТ, Казань

**Реферат.** Представлен клинический случай развития хронического лимфолейкоза, в дебюте которого развилась инфекция дыхательных путей.

**Ключевые слова:** хронический лимфолейкоз, внебольничная пневмония, гемобластоз.

## CLINICAL CASE OF SUPERVISION OF PATIENT WITH THE FIRST ONSET OF CHRONIC LYMPHOLEUCOSIS

*E.V. ARKHIPOV, S.I. SAFIULLINA*

**Abstract.** Clinical case of chronic lympholeucosis with respiratory tract infection onset is presented.

**Key words:** chronic lympholeucosis, community-acquired pneumonia, haemoblastosis.

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) является одним из распространенных заболеваний кроветворной системы и составляет 22—30% всех гемобластозов [1, 3], а среди лимфатических опухолей в мире около 7% [2]. Заболеванием страдают преимущественно люди старших возрастных групп [5, 6], однако за последние годы наметилась тенденция к увеличению среди заболевших доли лиц молодого возраста [7].

В дебюте заболевания долгие годы возможен лишь лимфоцитоз 40—50% при уровне лейкоцитов около верхней границы нормы. Затем постепенно увеличиваются лимфатические узлы, начиная с шеи, подмышечных впадин, далее — средостения, брюшной полости, в паховых областях. Тем не менее достаточно часто в дебюте онкогематологических заболеваний развиваются инфекции самой разнообразной локализации: ангины, отиты, бронхиты, пневмонии, пиелонефриты и т.д. [2]. Это связано в первую очередь с нарушениями иммунитета, которые развиваются как в связи с подавлением нормальных ростков кроветворения, так и с тем фактом, что опухолевые клетки дефектны и не способны обеспечить адекватный иммунный ответ. Течение инфекций у таких пациентов, как правило, затяжное, плохо поддается лечению стандартной антибактериальной терапией, поэтому требуется дополнительное назначение препаратов второй линии.

**Клинический случай.** Больной С., 1975 г.р., 4 декабря обратился к врачу общей практики с жалобами на быструю утомляемость, стойкий подъем температуры тела до 38,5—39,0°C в течение трех недель, кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку при минимальной физической нагрузке.

Из анамнеза настоящего заболевания установлено: заболел остро (начало ноября) с подъема темпера-

туры, самостоятельно принимал жаропонижающие (парацетамол), противовирусные (ремантадин) препараты, 5-дневный курс азитромицина (ЗИ-фактор 0,5 г 1 раз в день). Проведенная терапия «особого эффекта» не оказала, сделаны общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (таблица). Эпидемиологический анамнез: контакты с инфекционными больными отрицает, туберкулез и гепатиты отрицает, выездов в эндемичные очаги не было; установлено, что ближайший родственник больного переболел вирусной пневмонией. Профессиональный анамнез: строитель, на протяжении шести месяцев работал в условиях холодного и сырого помещения.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,5°C. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Систолическое АД — 140 мм рт.ст., диастолическое АД — 85 мм рт.ст. Сердечно-сосудистая система: границы сердца в пределах нормы, аускультативно — тоны сердца ритмичные, акцент II тона над верхушкой, шумов нет. Дыхательная система: притупление легочного звука над нижними отделами справа, при аускультации выслушивается крепитация в нижних отделах с обеих сторон, ЧДД — 20 в мин. Живот при пальпации мягкий, болезненность не определяется. Печень безболезненная, не увеличена, селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет, небольшая пастозность век.

Предварительный диагноз: внебольничная пневмония нижней доли правого легкого, средней степени тяжести. Дыхательная недостаточность 0—I степени.

Рекомендации:

• госпитализация и лечение в условиях стационара (отказ от госпитализации);

**Динамика клинико-лабораторных показателей**

| Показатель                        | 28 ноября            | 9 декабря            | 16 декабря           |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <i>Общий анализ крови</i>         |                      |                      |                      |
| Гемоглобин, г/л                   | 129                  | 115                  | 110                  |
| Эритроциты, в 1 мкл               | 4,4×10 <sup>12</sup> | 4,4×10 <sup>12</sup> | 3,8×10 <sup>12</sup> |
| Лейкоциты, в 1 мкл                | 10,8×10 <sup>9</sup> | 9,6×10 <sup>9</sup>  | 9,4×10 <sup>9</sup>  |
| Юные                              | —                    | —                    | 2                    |
| Палочкоядерные, %                 | 7                    | 5                    | 7                    |
| Сегментоядерные, %                | 38                   | 35                   | 20                   |
| Базофилы, %                       | 1                    | 0                    | 0                    |
| Эозинофилы, %                     | 0                    | 0                    | 0                    |
| Моноциты, %                       | 4                    | 2                    | 1                    |
| Лимфоциты, %                      | 50                   | 59                   | 70                   |
| СОЭ, мм/ч                         | 32                   | 24                   | 24                   |
| Тромбоциты, ×10 <sup>9</sup> /л   | 180 тыс.             | 160 тыс.             | 160 тыс.             |
| <i>Общий анализ мочи</i>          |                      |                      |                      |
| Отн. плотность мочи               | 1015                 | 1018                 | 1020                 |
| pH                                | 5,5                  | 6,0                  | 5,5                  |
| Белок, ‰                          | 0,33                 | 0,066                | Отр.                 |
| Кетоновые тела                    | Отр.                 | Отр.                 | Отр.                 |
| Лейкоциты в поле зрения           | 4—6                  | 3—4                  | 2—4                  |
| Эритроциты в поле зрения          | 0—0—2                | 0—0—1                | 0—1—0                |
| Цилиндры в поле зрения            | 0—1 (зернистый)      | Отр.                 | Отр.                 |
| Эпителий в поле зрения:           |                      |                      |                      |
| почечный                          | Отр.                 | Отр.                 | Отр.                 |
| плоский                           | 6—8                  | 6—8                  | 4—3                  |
| <i>Биохимический анализ крови</i> |                      |                      |                      |
| Общий билирубин, мкмоль/л         | 17,5                 | 20                   | 28                   |
| Прямой билирубин, мкмоль/л        | 3,5                  | 5,7                  | 7,6                  |
| ALT, МЕ/л                         | 45                   | 62                   | 63                   |
| AST, МЕ/л                         | 51                   | 88                   | 128                  |
| Щелочная фосфатаза, ед/л          | 110                  | 128                  | 140                  |
| Глюкоза, моль/л                   | 5,2                  | 5,1                  | —                    |
| Общий белок, г/л                  | 75                   | 74                   | 76                   |
| Мочевина, моль/л                  | 6,7                  | 8,2                  | 7,8                  |
| Креатинин, мкмоль/л               | 117                  | 126                  | —                    |
| Холестерин, моль/л                | 4,8                  | —                    | —                    |
| Калий, ммоль/л                    | 5,2                  | 5,1                  | —                    |

- рентгенологическое обследование органов грудной клетки в 2 проекциях;
- общий анализ крови и мочи в динамике (см. табл.);
- бактериологическое исследование мокроты;
- амоксициллин/клавулановая кислота 500 мг 3 раза в сут.

11 декабря. Осмотр в динамике. Сохраняется общая слабость, одышка не беспокоит. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,4°C. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, видимые слизистые с желтоватым оттенком. Периферические лимфатические узлы: увеличение подмышечных и паховых лимфоузлов до 1,5—2,0 см, не спаяны между собой, безболезненные при пальпации. Систолическое АД — 130 мм рт.ст., диастолическое АД — 80 мм рт.ст. Сердечно-сосудистая система без изменений в динамике. Дыхательная система: перкуторно-легочной звук, аускультативно — единичная крепитация в нижних отделах справа, ЧДД — 18 в мин. Живот при пальпации мягкий, печень у края реберной дуги безболезненна. Селезенка не пальпируется, размеры при перкуссии 9×7 см. Отеков нет.

**Рентгенологическое исследование (рисунок).**

**Бактериологическое исследование мокроты:** золотистый стафилококк — 10<sup>3</sup> КОЕ/мл, чувствительность к антибактериальным препаратам не определена.

По лейкоцитарной формуле общего анализа крови (см. табл.) отмечен сдвиг в сторону лимфоцитов. В биохимическом анализе крови — повышение печеночных проб.

Диагноз: внебольничная пневмония нижней доли правого легкого. Дыхательная недостаточность 0. Токсический гепатит? Лейкоз?

Рекомендации:

- продолжить прием амоксициллина клавулановой кислоты 500 мг 3 раза в сут;
- маркеры гепатита В, С;
- контроль развернутого общего анализа крови;
- функциональные пробы печени в динамике;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

16 декабря. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Температура тела 37,1°C. Кожные покровы чистые, с желтушным оттенком. Периферические лимфатические узлы: увеличение подмышечных и паховых лимфоузлов до 2,0 см, безболезненные при пальпации. Систолическое АД — 120 мм рт.ст., диастолическое



Рентгенологическое исследование легких (8 декабря). Усиление сосудистого рисунка, расширение корней легких. Выпотной плеврит справа. Слева синусы свободны. Деструктивных изменений в легких нет

АД — 80 мм рт.ст. Сердечно-сосудистая система без изменений в динамике. Дыхательная система: перкуторно-легочной звук, при аускультации хрипы не выслушиваются, ЧДД — 16 в мин. Живот при пальпации мягкий, печень увеличена на 3 см ниже реберной дуги, безболезненна. Отеков нет.

*Маркеры гепатита В, С:* тесты отрицательные.

*Общий анализ крови:* нарастание относительного лимфоцитоза.

*Функциональные пробы печени:* нарастание уровня щелочной фосфатазы, АСТ.

**УЗИ органов брюшной полости.** Печень увеличена до 16×12 см, границы четкие, контуры ровные. Паренхима однородная, структура сглажена, эхогенность повышена. Vena portae: 9 мм. Холедох: 5 мм. Желчный пузырь: 7×3 см, стенки ровные, толщина 1,5 мм; содержимое гомогенное. Поджелудочная железа не увеличена, границы ровные, четкие; эхогенность обычная. Селезенка увеличена до 14×9 см, контуры ровные, границы четкие.

Диагноз: внебольничная пневмония нижней доли правого легкого в стадии разрешения. Дыхательная недостаточность 0. Острый лейкоз? Лейкемоидная реакция?

Рекомендации:

- адеметионин (гептрал) 400 мг 2 раза в день 14 дней;
- отменена амоксициллин/клавулановая кислота;
- консультация гематолога для уточнения диагноза;
- повторный осмотр после заключения гематолога.

**Консультация гематолога.** Проведена стерильная пункция: хронический лимфолейкоз? Лимфома? После разрешения инфекционного процесса дообследование в Онкологическом диспансере для верификации диагноза и дальнейшей терапии.

16 января. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы увеличены в подмышечных и паховых областях до 2,0 см, безболезненные при пальпации. Систолическое АД — 120 мм рт.ст., диастолическое АД — 80 мм рт.ст. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, ЧДД — 16 в мин. Живот при пальпации мягкий, печень увеличена на 4 см ниже реберной дуги, безболезненна. Отеков нет.

**Заключение.** Диагностика ХЛЛ представляет определенные трудности. Заболевание должно быть заподозрено при увеличении в крови количества лейкоцитов и лимфоцитов. Если абсолютное количество лимфоцитов достигает  $5 \times 10^9/\text{л}$ , диагноз ХЛЛ становится очень вероятным. Нужно иметь в виду, что абсолютное количество лимфоцитов ( $5 \times 10^9/\text{л}$ ) — это 55% при общем количестве лейкоцитов  $9 \times 10^9/\text{л}$ , и такая картина крови часто не привлекает внимания врача. Иногда на протяжении 2—3 лет при нормальном количестве лейкоцитов наблюдается постепенно нарастающий лимфоцитоз — 55—60—70% лимфоцитов в формуле крови. Пациенту с такой картиной крови обязательно нужно проводить исследование крови не реже 1 раза в 6 мес, так как после длительного периода спокойного течения может начаться быстрое прогрессирование заболевания. В настоящее время в терапии ХЛЛ имеются широкие возможности, поэтому каждый больной с подозрением на это заболевание должен проконсультироваться гематологом независимо от наличия у него другой патологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая онкогематология: руководство для врачей / под ред. М.А. Волковой. — М.: Медицина, 2001. — 576 с.: ил.
2. Руководство по гематологии: в 3 т. / под ред. А.И. Воробьева. — М.: Ньюдиамед, 2003. — Т. 2 — 280 с.: ил.
3. Лисуков, И.А. Иммунокомпрометированный пациент: нозокомиальные инфекции в гематологической практике / И.А. Лисуков. — Новосибирск: Наука, 2005. — 180 с.
4. Хамитов, Р.Ф. Клинические рекомендации по диагностике и лечению внебольничных пневмоний / Р.Ф. Хамитов // Клинические рекомендации врачу-терапевту: материалы III съезда терапевтов Республики Татарстан. — Казань, 2008. — С.97—105.
5. Epidemiologic, clinical and therapeutic aspects of chronic lymphoid leukemia: apropos of 120 cases / M. Khalifa, S. Chehata, M.A. Laatri [et al.] // Tunis Med. — 2002. — Vol. 80, № 10. — P.584—589.
6. Chronic lymphocytic leukaemia (CLL) in Central Africans / J.M. Mukiibi, B. Paul, C.M. Nyirenda [et al.] // Cent. Afr. J. Med. — 2004. — Vol. 50, № 11—12. — P.111—115.
7. Chronic lymphocytic leukemia in Turkey: experience of a single center in Istanbul / O.N. Pamuk, G.E. Pamuk, T. Soysal [et al.] // South Med. J. — 2004. — Vol. 97, № 3. — P.240—245.