

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПАТОЛОГОГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

(биопсии, операционного материала)

В патологогистологическую лабораторию больницы _____

из Энд. отделения больницы ТХО/а)

№ истории болезни 51174 Возраст 26.04.77 Пол ж

Фамилия, и., о. больного Гайдикивич

Александра Петровна

Материал биопсированный, операционный (подчеркнуть)

Взят 24.10.08 200 г. отправлен 24.10.08 200 г.
час, число, месяц час, число, месяц

Характер материал (указать орган, ткань, сколько кусочков и откуда
взят материал)

6 кус. из периферических
отделов нижней доли
левого легкого

Клинический диагноз _____

Диссеминированный узелковый
мик.

Дополнительные замечания _____

Повторно взято, пре-
дпоузелковый № 21402-04 от 16.10.08
УББПМ

Фамилия лечащего врача Дей

Патологическое исследование № 22513 - 17

Материал принят на исследование _____ 24-10.08
час. число. месяц. год

Результат исследования

Микроскопическое описание препарата 5-0,2

Микроскопическое описание препарата _____

Разрастание мелких пучков гладких мышц вокруг бронхов и в
Патол. интерстиции с образованием мелких лейомиоматозных узелков
микрокистозная трансформация альвеол очаги гемосидероза
Д-3: ангиолейомиоматоз легкого

Дата исследования 28.10.
_____ 200__ г.

Исследования произвёл Полухович И.В.
2008 г. Врач _____

Дата выдачи анализа
_____ 200__ г.

Лаборант _____
ф., и., о. разборчиво

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Терапевтическое отделение клиники госпитальной
хирургии Санкт-Петербург, 107089, ул.Л.Толстого, 6/8

Тел: 499 68 80

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ №692

Дана Гайдикевич Людмиле Петровне, 1977 года рождения, (31 лет), в том, что она находилась на стационарном лечении в клинике Пульмонологии каф. Пульмонологии ФНО ГОУВПО МЗ и СР РФ СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с 12.01.09г по 26.01.09г

Клинический диагноз: Лимфангиолейомиоматоз легких, диффузная форма
Бронхоспастический синдром.

Соп.: Хронический гастрит, ремиссия. Недостаточность кардии. Хронический двусторонний аднексит, ремиссия. МКБ, хр. пиелонефрит, ремиссия.

Осл.: Двусторонний пневмоторакс (2005г). ДН II.

Анамнез заболевания: Болеет с мая 2005г, когда после удара в грудной клетке появилась спонтанный пневмоторакс слева, затем справа, гидроперикард. Лечение в стационаре - дренирование плевральных полостей, плевродез. КТ в условиях пневмоперитонеума. Через год 19.06.06г на КТ - округлое образование в доли правого легкого. ФВД - ЖЕЛ 58%, ОФВ1 - 50%. Летом 2008года появилась одышка при ф.н.. Выполнена ЧВБ, дилатация ЛММ. Назначен т. беродуал, оксен. без существенного эффекта.

Поступила в клинику планово для уточнения диагноза и лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ:

Клинический анализ крови 13.01.09г: эритро - 4,6. Hb - 135, лейко - 6,2, баз - 1, эос - 3, лимф - 1, сегм/яд - 78, лимф - 12, моно - 1. СОЭ - 10мм/час.

Биохим. ан. крови 13.01.09г: общ.белок - 64 г/л, К - 4,6, Na - 139, билир общ. - 5,1 билипр-0,2 били непр-5,1 АЛТ - 12, АСТ-17, креатинин - 0,083, глюкоза -4,8, холестерин - 3,93, Протромбиновый индекс - 93% МНО - 1,07 ;

ЭКГ 13.01.09г: Синусовый ритм. Нормальное положение ЭОС., неполная блокада правой ножки пучка Гиса R-R-0.80 p-Q- 0.12 QRS- 0.09 QT- 0.32 ЧСС-67

Рентгенограмма грудной клетки: 14.01.09г. На рентгенограммах грудной клетки в 2-х проекциях определяются распространенные интерстициальные изменения в виде сетчатомелкоочаговой деформации легочного рисунка, на фоне которых в нижней доле правого легкого видна тень округлого дополнительного образования с четкими ровными контурами D- 5 см. Корни легких не расширены, структурны, правая П2 прервана. Сердце в размерах не увеличено. По сравнению с Rtg от 28.08.08г без динамики.

Заключение: ДН II, ЛММ? Образование под справа исходит из бр. полости

ЭКГ 03.01.09г: Заключение: Данных за патологию сердца нет, правое отклонение от нормы.

Спирограмма 13.01.09г: ЖЕЛ - 2,70 л (75,3%Д), ФЖЕЛ - 2,6л (72,9%Д), ОФВ1 - 1,7л (44,3%Д), ОФВ1/ФЖЕЛ - 53,8 (63,14%Д), МОС25 - 1,72л (28,2%Д), МОС50 - 0,73л (15,2%Д), МОС75 - 0,34л (14,8%Д), СОС - 0,68 л (17,6%Д),

Заключение: очень легкое снижение ЖЕЛ, резкие нарушения проходимости дых путей. Проба положительная, бронхоспазм. ОФВ1 (+17%).

Спирограмма 26.01.09г: ЖЕЛ -2,57 л (67,3%Д), ФЖЕЛ- 2,45л (66,9%Д), ОФВ1-1,29л (40,3%Д), ТИФФНО-52,8 (62,14%Д), МОС25-1,42л (22,2%Д), МОС50-0,27л (11,2%Д), МОС75-0,27л (11,8%Д), СОС -0,65 л (16,6%Д),

Заключение: легкое снижение ЖЕЛ, резкие нарушения проходимости дых путей.

Комплексное исследование функции внешнего дыхания 14.01.09г. ОБЛ (94%Д) в пределах нормы, в ее структуре: ЖЕЛ на н/границе нормы (81%Д), ООЛ в норме (121%Д). Воздухонаполненность легких на уровне спокойного выдоха в норме (ВГО-124%Д). Бронхиальное сопротивление вдоха умеренно увеличено-(0.4 кПа/л/с), выдоха -(0.68 кПа/л/с) значительно увеличено.

По результатам спирометрии – резкие нарушения проходимости дыхательных путей (ОФВ1=46%Д, ТТ=56%Д, СОС25-75=9%Д).

Диффузионная способность легких при задержке дыхания (ДСЛзд) (45%Д) резко снижено. ОАВ умеренно снижено- (75%Д). Отношение ДСЛзд/ VА умеренно снижено (67%). Парциальное напряжение кислорода и углекислого газа в артериализированной крови (РаО2=64,3 ммрт ст, 75%Д. РаСО2=35,8 мм РТ ст.)

Заключение: Обструктивный вариант изменений механики дыхания (периферическая обструкция) с резкими нарушениями проходимости дых путей, сочетающейся с резким ухудшением легочного газообмена с умеренной гипоксемией в покое.

КТ грудной клетки 19.01.09г. На серии СКТ грудной полости с последующей электронной реконструкцией в программе высокого разрешения и построением реформаций изображения (MPR) преимущественно в ядерных отделах на всем протяжении лег полей с обеих сторон сохраняются воздухосодержащие тонкостенные кисты различного диаметра (от 1 мм до 40 мм), форма и размеры их существенно не изменились.

Ход и проходимость трахеи, главных, долевых бронхов не нарушены, жидкости плевральных полостях нет. Отмечаются правосторонние плевральные спайки. ЛВ не увеличены.

Сохраняется высокое стояние правой половины диафрагмы, на фоне которого отмечаются ее выбухание, расположенное в проекции S8 н/дольи правого легкого. Д 49х36 см. Учитывая КТ исследование выполненное в условиях пневмоперитонеума – КТ при полной частичной релаксации.

Заключение: КТ картина соответствует интерстициальному процессу в легочной ткани ИММ. . частичной релаксации правой 1/2 купола диафрагмы.

Гистологический материал (2005, 2008гг) взятый по м/ж- №5800 14626-24 22 513-17

-- лейомиоматоз легких, при иммуногистохимическом исследовании экспрессия прогестерон рецепторов в ядрах пролиферирующих клеток и эстроген рецепторов. Экспрессия ИМВ-45 в единичных клетках.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

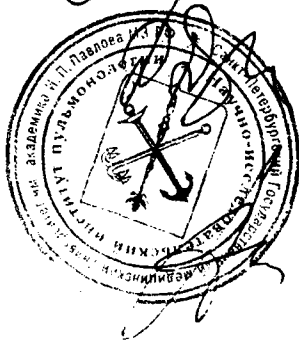
1. Симбикорт 160/4,5 мкг по 2 вд 2 раза в день.
2. Оксипрогестерона капронат по 1.0 мл 12.5 % р-ра в/м 1 раз в 10 дней.
3. Соблюдение диеты с ограничением углеводов (белый хлеб, макароны, картофель, сладости), поваренной соли, острой и жирной пищи. Ежедневно употреблять продукты, богатые белком (мясо, птица, молочные продукты, яйца, рыбу, творог), соевыми продуктами (орехи, курага), кальция (сыр, рыбу, творог, молочные продукты). Ограничение жидкости (до 1.5 л в сутки- по возможности).
4. При необходимости принимать: мезим форте или мотилиум, омега-3 или омега-6 линекс
5. Флуимуцил 1200-600 мг после еды 1 раз в день – постоянно.
6. Эссенциале по 1 капле 2 раза в день курсами, по 1 месяцу.

7. Трентал или пентоксифиллин 100мг 3 раза в день. (соедот, эффект 7-10 дней)
8. Противопоказаны: инсоляция и физиотерапия. Лечебная физкультура.
9. УЗИ бр полости и малого таза для оценки динамики- наблюдение гинеколога по муж
10. Контрольное обследование в НИИП через 8 месяцев, дано приглашение.
1. Учитывая хронический характер течения заболевания, прогрессирующую дыхательную недостаточность и ее степень, возможные спонтанные гидро- и пневмотораксы, резкие функциональные нарушения, гипоксемию, рекомендовано решить вопрос о группе инвалидности (МСЭК).
12. У пациентки имеются признаки и показания - соответствующие международным стандартам консенсус по ИФА 2000г (ДН, гипоксемия в покое) для постоянной кислородотерапии на дому. Рекомендовано обеспечение больной концентратором кислорода на дому. Кислородотерапия ~ 14 часов в сутки (приобрести концентратор кислорода).

Зав. лабораторией ИЗЛ Новикова Л. Н. 499 68 61

Novikova L O G @ mail . ru

Лечащий врач

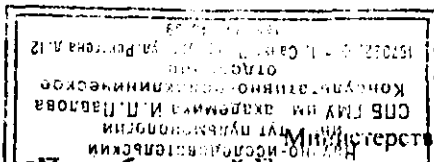


Дзадзуа Д.В. 499-68-27

922-929-45-67

Зав. отделением

Фридлянд А.К. 499-68-80



Федеральный научный центр пульмонологии и фтизиологии Российской Академии Наук
Федеральное государственное учреждение «Федеральный научный центр пульмонологии и фтизиологии Российской Академии Наук»
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им.акад. И.П.Павлова

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Клиника пульмонологии НИИ пульмонологии
СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Санкт-Петербург
107089, ул.Л.Толстого, 6/8

Тел: 499-8880

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ №19218

Дана Гайдикевич Людмиле Петровне, 26.04.1977 года рождения, (32), в том, что она находилась на стационарном лечении в клинике Пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с 21.09.09г по 02.10.09г

Клинический диагноз: Лимфангиолейоматоз легких, диффузная форма.
Соп.: Бронхиальная персистирующая астма, смешанная форма, вялотекущее обострение. Хронический гастрит, ремиссия. Недостаточность кровообращения. Хронический двусторонний аднексит, ремиссия. МКБ, хр. пиелонефрит, ремиссия.
Осл.: Релаксация правой 1/2 диафрагмы. Историческая легочная гипертензия.
Двусторонний пневмоторакс (2005г). Ограниченный двусторонний пневмоторакс ДН II.

Анамнез заболевания: Болеет с мая 2005г, когда после удара в грудной клетке появился спонтанный пневмоторакс слева, затем справа, гидроперикард. Лечение в стационаре-дренирование плевральных полостей, плевротомия. КТ в условиях пневмоперитонеума. Через год 19,06,06г на КТ – округлое образование в доли правого легкого ФВД- ЖЕЛ 58%, ОФВ1- 50%. Летом 2008года появилась одышка при ф.л. Выполнена ЧББ, д-з: ЛММ. Назначен: беродуал, оксис. без существенного эффекта. В январе 2009 года госпитализирована в НИИП. На фоне лечения, клинически стабилизирована, отмечает улучшение самочувствия. Эпизоды кровохарканья. Поступила в клинику повторно для оценки динамики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ:

Клинический анализ крови 22.09.09г: эритро - 4,3, Гб - 122, лейкоц - 9,2, эозин. - 3, п/яд -1, сегм/яд - 78, лимф - 12, моно - 1, СОЭ - 8 мм/час.

Биохим. ан. крови 22.09.09г: общ.белок - 70 г/л, К - 4,8, Na - 146, билир. общ. - 5,1 бил.пр-0,2 бил. непр-5,1 АЛТ - 12, АСТ-13, креатинин - 0,075, глюкоза - 4,8, холестерин - 4,3, Протромбиновый индекс - 93% МНО - 1,07;

ЭКГ 29.09.09г: Синусовый ритм. Нормальное положение ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса R-R-0.80 p-Q- 0.12 QRS- 0.09 QT- 0.32 ЧСС-48

ЭхоКГ 19.09.09г: ФВ ЛЖ (66%), СДЛА 33-34 мм рт.ст. Заключение: нерезкое расширение правых отделов, ЛГ I.

Спирограмма 22.09.09г: ЖЕЛ - 2,2 л (59,3%Д), ФЖЕЛ- 1,9л (53,9%Д), ОФВ1-0,93л (29,3%Д), ОФВ1/ФЖЕЛ-48,8 (57,14%Д), МОС25-0,96л (15,2%Д), МОС50-0,5л (10,2%Д), МОС75-0,22л (9,8%Д), СОС -0,44 л (11,6%Д).

Заключение: Умеренное снижение ЖЕЛ, крайне резкие нарушения проходимости дыхательных путей. Проба положительная, бронхоспазм, ОФВ1 - 31%.

Комплексное исследование функции внешнего дыхания (из долей) 22.09.09г: ОЕЛ (101%Д) в пределах нормы, в ее структуре: ЖЕЛ за пределами нормы (81%Д), ООЛ

умеренно повышен (181%Д). Воздухонаполненность легких на уровне спокойного выдоха в норме (ВГО=118%Д). Бронхиальное сопротивление вдоха умеренно увеличено-(0.38 кПа/л/с), выдоха -(0.47 кПа/л/с) значительно увеличено.

По результатам спирометрии – резкие нарушения проходимости дыхательных путей (ОФВ1=38%Д, ТТ=56%Д, СОС25-75=12%Д).

Диффузионная способность легких при задержке дыхания (ДСЛзд) (35%Д) резко снижено. **Заключение:** Обструктивный вариант изменений механики дыхания (периферическая обструкция) с резкими нарушениями проходимости дых путей, сочетающейся с резким ухудшением легочного газообмена с умеренной гипоксемией в покое.

КТ грудной клетки 19.10.09г. На серии СКТ грудной полости с последующей электронной реконструкцией в программе высокого разрешения и построением реформаций изображения (MPR) преимущественно в ядерных отделах на всем протяжении лег полей с обеих сторон сохраняются воздухосодержащие тонкостенные кисты различного диаметра (от 1 мм до 40 мм), форма и размеры их существенно не изменились. Отмечается появление воздуха в левой пп полости, ограниченного скопления воздуха в заднебазальных отделах верхней доли и переднедиафрагмальном отделе правого легкого (не визуализировалась ранее).

Заключение: КТ картина соответствует интерстициальному процессу в легочной ткани-ЛММ, частичной релаксации правой 1/2 купола диафрагмы. Двусторонний ограниченный пневмоторакс.

Больная представлена на клинический разбор директору клиники проф. Ильковичу М.М. Учитывая результаты исследований – отмечается тенденция к нарастанию изменений в легких, появились – ограниченный пневмоторакс с обеих сторон. В настоящее время к оперативному лечению показаний нет. Даны рекомендации.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Оксипрогестерона капроат по 1.0 мл 12.5 % р-ра в/м 1 раз в 7 дней.
2. Симбикорт 160/4,5 мкг по 2 вд 2 раза в день. *Спирива 1к x 1р в день*
3. Соблюдение диеты с ограничением углеводов (белый хлеб, макароны, картофель, сладости), поваренной соли, острой и жирной пищи. Ежедневно употреблять продукты, богатые белком (мясо, птица, молочные продукты, яйца, рыбу, творог), солями калия (орехи, курага), кальция (сыр, рыбу, творог, молочные продукты). Ограничение жидкости (до 1.5 л в сутки- по возможности)
- ✓ 4. Флуимуцил 1200-600 мг после еды 1 раз в день постоянно.
5. Трентал или пентоксифиллин 100мг 3 раза в день. Курсами по 1 месяцу *400 мг x 1р*
6. Противопоказаны: инсоляция и физиотерапия. Лечебная физкультура.
7. УЗИ бр полости и малого таза для оценки динамики- наблюдение гинеколога по м/ж.
8. Контрольное обследование в НИИП через 7 месяцев, дано приглашение
9. Учитывая прогрессирующий хронический характер течения заболевания, прогрессирующую дыхательную недостаточность и ее степень: возможные спонтанные гидро- и пневмо- тораксы, резкие функциональные нарушения, гипоксемию, рекомендовано сохранить группу инвалидности (МСЭК).
10. У пациентки имеются признаки и показания - соответствующие международным стандартам консенсус по ИФА 2000г (ДН, гипоксемия в покое) для постоянной кислородотерапии на дому. Рекомендовано обеспечение больной концентратором кислорода на дому. Кислородотерапия – 14 часов в сутки (приобрести концентратор кислорода).

Лечащий врач

Зав. отделением



Дзадзуга Д.В. 499-68-27

Фридлянд А.К. 499-68-80