|  |
| --- |
| **ТЮМЕНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С КУРСОМ ГЕМАТОЛОГИИЗав.кафедрой д.м.н. проф. Руднева Л.Ф. Ассистент к.м.н. Волкова С.Ю.**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ***Сунгатулин Айнетдий Суйгатулович 64 лет* * Диагноз основной: Множественная миелома, начальная стадия, миеломная нефропатия, ХПН 3ст, асцит, анасарка.
* Сопутствующий: ИБС, стенокардия напряжения III ФК, Желудочковая экстросистолия, НК 2Б, гипертоническая болезнь IIА стадии, кардиосклероз, аденома простаты.

 Куратор: Суровов А.А.Группа 608Дата курации:13.11.00**г. Тюмень 2000г.** |

### *ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ*

ФИО

Пол – мужской

Возраст – 18.11.35(64 лет)

Семейное положение – женат

Место жительства –

Место работы - пенсионер

### *ЖАЛОБЫ НА ДЕНЬ КУРАЦИИ*

Предъявляет жалобы на отеки на руках и ногах, одышку в покое, боль за грудиной давящего характера, повышение АД до 220/120, постоянную слабость.

### *Anamnesis morbi*

Считает себя больным с декабря 1999 года, когда впервые появились выраженные отеки на руках и ногах, слабость, одышка, сердцебиение. При появлении данных симптомов обратился на прием к участковому терапевту, откуда был направлен на госпитализацию в 3 ГКБ, терапевтическое отделение, где он пролечился в течение 2х недель. После выписки из стационара самочувствие было удовлетворительным. В мае текущего года вновь почувствовал недомогание (усилились отеки, нарастала одышка, появилась слабость) и снова был госпитализирован в 3ГКБ, откуда был направлен на консультацию для уточнения диагноза и подбора терапии к гематологу в ОКП. Последнее обострение во второй половине октября наросла одышка, (одышка покоя), усилились отеки, изменился аппетит. С данными жалобами был направлен участковым терапевтом на госпитализацию в ОКБ гематологическое отделение.

### *Anamnesis vitae*

### Родился в Челябинской области. Рос и развивался здоровым ребенком. С семи лет пошел в школу по месту жительства. С 18 –21 года служил в рядах СА в североморском флоте, с радиацией связан не был. После службы переехал жить в г. Тюмень, работал в автобазе шофером.

### Питание регулярное, чай, кофе употребляет в меру, не курит, алкоголь по праздникам в небольших количествах.

### Из заболеваний отмечает ОРВИ 2-3 раза в год, аппендэктомию в 1981 году.

### Травм не было.

### Гемотрансфузий не было.

### Аллергологический анамнез спокоен.

### Наследственный анамнез не отягощен.

### *Status presens*

Общее состояние: тяжелой степени тяжести по основному заболеванию, положение вынужденное из-за одышки, сознание ясное, в месте и времени ориентируется, при вступлении в контакт адекватен, выражение лица доброжелательное, телосложение правильное. Конституция: гиперстеническая. Кожные покровы чистые, бледные, цианотичные, повышенной влажности, патологических высыпаний нет. Пигментаций не обнаружено, тургор повышен. Ногти не деформированы. Слизистые оболочки губ, полости рта бледной окраски, влажные, высыпаний нет. Выраженность подкожной клетчатки чрезмерно по всему телу, толщина складки на животе на уровне пупка 4 см. Лимфатические узлы – подключичные, надключичные, подмышечные и узлы Зоргиуса не пальпируются. Мышцы развиты симметрично соответственно полу и возрасту, тонус и сила не изменены, при пальпации болезненности нет. Костная система: при пальпации костного скелета деформации не отмечается, при перкуссии длинных трубчатых костей болезненности нет. Варикозно расширенных вен нет. Отмечаются умеренные отеки на руках, ногах, лице, передней брюшной стенке.

Система дыхания: форма грудной клетки обычной формы, деформаций нет. Правая половина грудной клетки при дыхании симметрична левой, тип дыхания смешанный. Надключичные ямки симметричны, западаний и выпячиваний не наблюдается. Межреберные промежутки нерасширенны, одинаковые по всей грудной клетке. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений 28 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная. Эластичность грудной клетки в боковом и переднезаднем направлениях не снижена. Голосовое дрожание проводится во всех отделах симметрично. Сравнительная перкуссия: отмечается коробочный звук над всеми полями. Топографическая перкуссия: граница верхнего края правого лёгкого спереди - 3,5 сантиметра над ключицей, левого 3,5 сантиметра над ключицей, сзади - на уровне VII шейного позвонка. Поля Кренинга 6 см. с обеих сторон.

Граница нижнего края легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | Левое легкое |
| L. mediaclavicularis | 5 м/р | - |
| L. axilaris media | 9 м/р | 10 м/р |
| L. scapularis | 11 ребро |
| L. paravertebralis | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

###### Подвижность нижнего края легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| Вдох | Выдох | Суммарное | Вдох | Выдох | Суммарное |
| L. mediaclavicularis | 2см | 1см | 3см | - | - | - |
| L. axilaris media | 2см | 2 см | 4 см | 2 см | 2 см | 4 см |
| L. scapularis | 2 см | 2 см | 4 см | 2 см | 2 см | 4 см |

Аускультативно - дыхание везикулярное, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах обоих легких.

Сердечно-сосудистая система: Деформации грудной клетки в проекции сердца нет. Локализация верхушечного толчка на 1.5см. кнутри от L. Mediaclavicularis в 5 м/р, разлитой, умеренной силы и высоты. Патологических пульсаций в области шеи, яремной ямки, сердца, подключичных областях не наблюдается.

 Перкуссия:

 Границы относительной сердечной тупости:

правая граница - 4м/р на 1см к наружи от правого края грудины

верхняя - по верхнему краю 3 ребра в проекции левой окологрудинной линии

левая - в 5 м/р на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии.

##### Правый контур сердца

4 м/р на 1 см от правого края грудины, на 5 см от передней срединной линии тела

3 м/р на 1 см от правого края грудины

Левый контур сердца

5 м/р на 1.5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, на 7 см влево от передней срединной линии тела

4 м/р на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии

3 м/р на 1 см влево от левой окологрудинной линии

Аускультативно - сердечные тоны приглушены, расщепления и раздвоения тонов не наблюдается, ритма перепела, галопа, «щелчок открытия» не выявляется. ЧСС 82 в 1 минуту, отмечается систолический шум на верхушке.

Исследование сосудов: Артерии - стенки эластичные, пульс слабого наполнения и напряжения, правильной формы, ритмичный, синхронный на симметричных артериях. Артериальное давление на обеих руках одинаковое 140/95 мм.рт.ст. Вены при пальпации безболезненные, не расширены.

Система пищеварения: Запаха изо рта не наблюдается. Слизистые влажные, бледные, трещин и язв нет. Десна обычной окраски, кровоточивости, разрыхлености нет. Зев чистый, миндалины без особенностей. Язык влажный, не обложен налетом, отпечатков зубов нет, вкусовая чувствительность сохранена. Живот вздут. Расхождение прямых мышц живота, "головы медузы", грыжевых выпячиваний, гиперпигментаций не наблюдается, Пальпаторно: при поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в пупочной области, отмечается образование линейной формы размером 3см на 6 см., плотной консистенции. При глубокой пальпации – сигмовидная кишка: поверхность ровная безболезненная, урчания не наблюдается, перистальтика вялая. Слепая кишка умеренно напряжена, безболезненна, поверхность ровная, подвижная; поперечно-ободочная кишка умеренно уплотнена, безболезненна. Восходящая и нисходящая части толстого кишечника умеренно уплотнены, безболезненны, подвижны, мало перистальтирующие, поверхности ровные. Желудок при пальпации безболезненный, тестообразной консистенции, большая кривизна пальпируется плохо; поджелудочная железа не пальпируется. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край плотный, ровный, болезненная при пальпации, ординаты Курлова 11(2,0)х9х8. Селезенка не пальпируется, перкуторно ординаты по Курлову 06/4. Покалачивание по правой реберной дуге безболезненно. Стул – склонность к запорам.

Система мочевыделения:Кожа в проекции органов мочеполовой системы при осмотре не изменена. Почки - пальпация безболезненная. Симптомы поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь пальпируется непосредственно над лобковым сочленением, эластичный, безболезненный, уплотнений при пальпации не обнаружено. Пальпация мочеточниковых точек с обеих сторон безболезненна. Мочеиспускание затруднено и частое.

Эндокринная система: Область щитовидной железы не увеличена, щитовидная железа не изменена, не пальпируется, болезненности при пальпации нет. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

Нервная система и органы чувств: Память и сон считает удовлетворительными, настроение хорошее, раздражительности и плаксивости не отмечает, охотно вступает в контакт. Слух снижен. Тремора рук нет.

### *Предварительный диагноз*

* Миеломная болезнь?

### *План обследования*

* Общий анализ крови
* Общий анализ мочи
* Кал на Я/Г
* Кровь на RW
* Кровь на ВИЧ
* Кровь на HbsAg
* Кровь на группу
* Кровь на биохимию
* Биллирубин
* Сулемовая проба
* Тимоловая проба
* Сывороточное железо
* АЛТ
* АСТ
* ПТИ
* Общий белок и фракции
* Креатинин
* Са++
* Остаточный азот
* Холестерин
* Моча на суточную потерю белка
* Анализ мочи по Зимницкому
* УЗИ органов брюшной полости
* ЭхоЭКГ
* Трепанобиопсия костного мозга
* Rg граффия костей черепа
* Консультация кардиолога

### *Данные обследования*

* ОАК от 10.11.00

Эр – 3,4\*1012, Нв 119 г/л, ЦП 1,0, ТР – 272\*109, L 7,1\*109, П 2; С 70; Л 26; М 2; СОЭ 65 мм.час

Заключение: нормохромная анемия легкой степени тяжести, сдвиг лейкоформулы вправо, ускорение СОЭ.

* ОАМ от 10.11.00

цвет – соломенно-желтая

Реакция кислая

У/в 1004

Прозрачность – мутная

Сахар – отрицательный

Белок – 2,8 г/л

Эп.пл – единичный п/з

L – 1-3-1 в п/з

Эр – 1-0-1-2 в п/з

Протеинурия, микрогематурия, гипостенурия.

* Биохимия крови от 10.11.00

Биллирубин – 12,0 ммоль/л

Тимоловая проба – 1,2 ед

АЛТ – 17,3 U/L

АСТ – 37,0 U/L

О. Белок – 44 г/л ↓

Остаточный азот –13,6 ммоль/л ↑

Креатинин – 0,19 ммоль/л ↑

Холестерин – 6,0 ммоль/л

Са++ - 1,7 ммоль/л ↓

Гипопротеинеммия, гипокальцийеммия, креатининеммия, повышение остаточного азота.

* УЗИ от 10.11.00

Диффузные изменения печени и почек.

* Цитологическое исследование трепанобиоптата

Гистологическая картина костного мозга не позволяет исключить миеломную болезнь

* ЭхоКГ от 10.11.00

концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка.

### *Клинический диагноз, обоснование и диференциальный диагноз*

Интерпретируя результаты расспроса, лабораторных и инструментальных методов обследования, ставим диагноз: Основной: **Множественная миелома, начальная стадия, миеломная нефропатия, ХПН 3ст, асцит, анасарка.**

Обоснование диагноза.

Диагноз поставлен на основании совокупности данных лабораторного, инструментального и клинических обследований характерных для миеломной болезни:

* Гемоталогический синдром (Анемия, повышение СОЭ,)
* Почечный синдром (протеинурия)
* Креатининеммия
* Заключение цитологической лаборатории - Гистологическая картина костного мозга не позволяет исключить миеломную болезнь.
* ХПН на основании протеинурии, микрогематурии, повышение уровня остаточного азота и креатинина, анасарки и асцита.
* Миеломная нефропатия на основании протеинурии, статистических данных, что данная патология встречается в 60 –70% случаев миеломной болезни и быстро приводит к почечной недостаточности, что и наблюдается у данного больного.
* Начальная стадия поставлена на основании скудных клинических проявлений по основной патологии.

Исходя из этих данных и был поставлен данный диагноз.

Миеломную болезнь следует дифференцировать с:

* Фиброзная остеодистрофия – при которой наблюдается гиперфункция паращитовидных желез и, следовательно, гиперфункция ею гормонов которые ведут к деминерализации костей и лакунарному рассеиванию костной ткани. В отличие от миеломной болезни при данном заболевании наблюдается дифузное поражение костей на всем протяжении скелета, а при миеломной болезни только поражение отдельных костей, в большей степени плоских. Так же при фибринозной остеодистрофии не наблюдается нарушение белкового обмена, что характерно для миеломной болезни.
* Метастазами рака в костную ткань – основной дифференциально диагностический критерий при этих патологиях прижизненное исследование костномозгового пунктата и обнаружение парапротеинов в сыворотке крови и моче. Рентгенологическое исследование не дает точных данных.
* Саркома Юинга – при данной патологии типично поражение длинных трубчатых костей которая сопровождается эндостальной и переостальной реакцией, что не характерно для миеломной болезни. При гистологии очага поражения находят комплекс густо расположенных клеток однородного характера.
* Эозинофильная гранулема костей – чаще локализуется в плоских костях сопровождаясь деструктивными изменениями при отсутствии костных новообразований. Окончательный диагноз только после гистологии очага поражения.
* Гломерулонефритом – при котором также наблюдается протеинурия, развитие ХПН, отеки, симптоматическая гипертензия но при ГН не наблюдается такая массивная потеря белка с мочой, также ГН подтверждают данные анамнеза – переохлаждение, частые ангины и т.п.

### *План лечения*

* Режим палатный
* Диета № 15
* Схема "М-2" терапии

Vincristin 0,3 мг/кг 1 день курса

Lomustini 0,5-1 мг/кг 1 день курса в/в

Cyclophosphati 10мг/кг 1 день курса в/в

Alurani 0,25 мг/кг с 1 по 4 день внутрь

Prednisoloni hydrochloridi по 1 мг/кг с 1 по 7 день внутрь

 0,5 мг/кг 8 – 14 день

 0,25 мг/кг 15 – 21 день

* Дезинтоксикационная терапия
* Профилактика остеопароза

Aredia 15 ml

Sol. Natrii chloridi 0,9 % - 150 ml в/в капельно

* Витаминотерапия
* Инфузия кровезаменителей (эритро-, лейкомассы)

Куратор /Суровов А.А./

### *прогноз*

Прогноз для выздоровления неблагоприятный. Даже с учетом лечения прогноз для жизни сомнительный.

### *литература*

1. лекции кафедры
2. Руднева Л.Ф. "Избранные разделы внутренних болезней" Тюмень 1998г
3. Воробьев А.И. "Руководство по гематологии" М.: "Медицина" 1985 год
4. Тареева Е.М. "Клиническая нефрология" Т 1 М.: "Медицина" 1983 год
5. Тареева Е.М. "Клиническая нефрология" Т 2 М.: "Медицина" 1983 год
6. Алексеев Г.А., Андреева Н.Е. "Миеломная болезнь" М.: "Медицина" 1966 год