Министерство здравоохранения Украины

Луганский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной педиатрии

Зав. кафедрой: проф. Безкаравайный Б.А.

Преподаватель: доц. Баутина Т.В.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

**Ребенка:** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_---*

**Дата рождения** **(возраст):***15 лет 3мес (4.06.1993 г)*

**Адрес**: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Клинический диагноз**:

**Основной**: *Железодефицитная анемия II степени, вторичная, симптоматическая*

**Сопутствующий**: *хронический гастродуоденит*

Куратор студент 5курса 5группы

Михайлева Е. А.

Дата курации с 20.10. по 27.10.08

2008

**Паспортные данные**

1. ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Возраст: 15 лет 3мес (4.06.1993 г)

3. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Дата поступления 20.10.2008 время 10.40

**Жалобы на момент курации и поступления**

На выраженную бледность кожных покровов; быструю утомляемость, слабость; колющие боли в области сердца, появляющиеся в дневное время, самостоятельно проходящие; умеренные боли в области желудка, правого подреберья появляющиеся спустя 30 минут после еды, не иррадиируют, проходят самостоятельно.

Извращение аппетита, отвращение к мясу

**Anamnesis morbi**

Со слов отца заболевание возникло около года назад. Ребенок стал предъявлять жалобы на боли в животе после бега, а также жалобы на слабость, раздражительность, головную боль, беспокойный сон. После обращения к участковому педиатру, весной 2008 года было дано направление на общий анализ крови, в котором было обнаружено впервые снижение уровня гемоглобина, и выставлен диагноз: полидефицитная анемия II ст. впервые выявленная. По поводу чего было рекомендовано лечение в условиях стационара. От госпитализации отказался, лечение получал амбулаторно: гемоферон. Со слов родителей, после курса лечения, общее состояние ребенка улучшилось.

В октябре 2008 возобновились жалобы на бледность кожных покровов; быструю утомляемость, слабость; колющие боли в области сердца, появляющиеся в дневное время, самостоятельно проходящие; умеренные боли в области желудка, правого подреберья появляющиеся спустя 30 минут после еды, не иррадиируют, проходят самостоятельно. Извращение аппетита, отвращение к мясу.

15.10.2008 был проведен повторный общий анализ крови, в котором уровень гемоглобина 79 г/л, Эр-4,5\*10/12 л, ЦП-0,5, L-5,5\*10/9 л, Тр-374\*10/9 л. Ребенок был направлен участковым педиатром на госпитализацию в ЛОДКБ, куда поступил 20 октября 2008.

**Эпидемиологический анамнез**

В течение последних трех недель контакт с инфекционными больными отрицает.

Справка СЭС: на протяжении последних 3 недель по месту учебы СШ»2 и по месту жительства Рудь С.А., инфекционных заболеваний не зарегистрировано.

**Anamnesis vitae**

Со слов отца: ребенок от первой беременности, первых родов. В физическом и нервно-психическом развитии от сверстников не отставал. Успеваемость в школе удовлетворительная. Поведение дома и в коллективе хорошее.

Прививки по возрасту, реакция Манту нормальная (со слов отца, т.к. прививочная карта отсутствует).

ДИЗ отрицает. ОРВИ 1-2 раза в год. Операций и гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Жилищно-бытовые условия**

Материально-бытовые условия удовлетворительные, живет в частном доме, имеет свою комнату.

**Семейный анамнез**

Мать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отец: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Туберкулез, сифилис, алкоголизм, аллергические заболевания по линии отца и матери отрицает (со слов отца). Ребенок в семье один.

**Status praesens objectivus**

Общее состояние средней степени тяжести за счет анемического и болевого синдромов, сознание ясное, положение активное, поведение адекватное, самочувствие удовлетворительное. Телосложение пропорциональное.

Нервная система. Настроение ровное. Сон не нарушен. Ребенок доступен к контакту. Выражение лица приветливое. Глазные щели, зрачки симметричны. Косоглазие, нистагм, менингиальные симптомы отсутствует.

**Кожа** бледная, высыпаний, расчесов, шелушений нет. Влажность кожи умеренная, эластичность сохранена. Волосистая часть головы без облысений, волосы тусклые, ломкие. Ногти овальной формы, ломкие. На верхней трети левого плеча заживший рубец после вакцинации вакциной БЦЖ. Участки пигментации отсутствуют. Симптом «щипка», «жгута» и молоточковый отрицательный.

Дермографизм белый не разлитой, время появления - сразу, исчезает через -10 сек. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, без изменений. Язык влажный, обложен белым налетом. Симптом синих склер.

**Подкожно-жировая клетчатка** развита умеренно, распределена равномерно.

Толщина жирового слоя на уровне пупка, под реберной дугой, под углами лопаток, на плечах и бедрах – 1,5 см. Тургор сохранен. Уплотнения, отеки отсутствуют.

**Мышечная система**: мышцы развиты умеренно, симметрично; при пальпации мышцы безболезненны; тонус мышц при пассивном сгибании и разгибании на симметричных участках одинаковый.

**Костно-суставная система**: При осмотре костей деформаций, искривлений не выявлено. На поверхности костей неровностей, утолщений, размягчений и болезненности при пальпации не выявлено. Голова округлой формы, окружность головы 57 см. симметричная. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная; эпигастральный угол прямой. Физиологические изгибы сохранены. Рахитические четки, нити жемчуга, искривлений позвоночника и конечностей не выявлено.

Форма суставов овальная, без изменений, кожа над суставами бледная, при пальпации безболезненные, без флюктуации. Движения при активных и пассивных движениях в полном объеме.

**Лимфатическая система**: при осмотре видимого увеличения не выявлено, кожа над ними бледная, рубцы и свищи отсутствуют. Пальпируются подчелюстные, подмышечные лимфоузлы до 5 мм в диаметре, единичные, с гладкой поверхностью, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями.

**Антропометрия и индексы:**

Вес: 56кг

Рост: 160см

Окр. Головы: 57 см

Окр. Груди: 80см на вдохе:82см на выдохе: 78см

Индекс Эрисмана = окр. Груди-1/2 роста

ИЭ= 80-80=0 ( N=+2 до -3)

Индекс Эрисмана соответствует возрасту.

**Исследование органов кровообращения**

В области сердца деформаций грудной клетки нет, патологической пульсации сонных артерий, набухание яремных вен не выявлено. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии, площадь 2\*2 см, умеренной силы. Патологическая пульсация в области сердца, систолическое и пресистолическое дрожание не выявлено.

Пульс на a. radialis: 100 синхронный, ритмичный, мягкий, малого наполнения.

Границы относительной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| правая | правый край грудины |
| верхняя | третье межреберье |
| левая | V межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии |

Аускультативно: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона над верхушкой, систолический шум над верхушкой.

Частота сердечных сокращений 100 в минуту.

Артериальное давление

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Систолическое | Диастолическое |
| Справа | 90 мм рт.ст. | 60 мм рт.ст. |
| Слева | 90 мм рт.ст. | 60 мм рт.ст. |

Заключение: отмечается умеренная тахикардия, ослабление I тона и систолический шум над верхушкой, АД 90/60 мм рт ст.

**Исследование органов дыхания**

Носовое дыхание свободно. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Цианоз носогубного треугольника, параорбикулярный цианоз. Экскурсия грудной клетки в полном объеме. Грудная клетка цилиндрической формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный, глубина средняя, частота – 20 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластичная, голосовое дрожание на симметричных участках проводится одинаково. При сравнительной перкуссии над всей легочной поверхностью выслушивается ясный лёгочный звук. Симптомы Кораньи, Аркавина, чаши Философова отрицательные.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топограф. линия | Нижний край легких | |
| Слева | Справа |
| l. medioclavicularis |  | VI ребро |
| l.axilaris media | IХ ребро | VШ ребро |
| l. scapularis | X ребро | IX ребро |
| l. paravertebralis | На уровне остистого отростка VII грудного позвонка | |

Подвижность нижних краев – 2 см.

При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание. Бронхофония не изменена. Патологические дыхательные шумы не выслушиваются.

Заключение: патологические изменения не выявлены.

**Исследование органов пищеварения**

Полость рта: губы розовые, высыпаний, трещин нет, дёсна розовые. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом.

Живот обычных размеров, симметричный, не изменен. Рубцы и грыжевые выпячивания не выявлены. Венозная сеть не выражена. Видимая перистальтика отсутствует.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Грыжевые выпячивания и патологические образования передней брюшной стенки не выявлено.

Расхождение прямых мышц живота отсутствует. Пупочное кольцо диаметром до 0,5 см.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При глубокой методической топографической скользящей пальпации по Образцову-Стражеско:

\* Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотноватого, подвижного цилиндра диаметром 1,5 см, эластичная, поверхность гладкая, безболезненна, не урчит.

\* Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде цилиндра диаметром 1,5 см, эластичная, поверхность ее гладкая, безболезненная, умеренно подвижная, не урчит.

\*Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 2 см выше пупка с двух сторон в области наружного края прямых мышц живота, в виде мягкого цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, не урчит.

\*При бимануальной пальпации в правой боковой области живота пальпируется восходящий, а в левой - нисходящий отрезок ПОК в виде мягкого, безболезненного цилиндра, не урчит.

\* Печень пальпируется у края реберной дуги, безболезненная, край ее ровный, эластичный, закруглен. Размеры печени по Курлову 10-9-8 см.

Симптомы Кера, Мерфи, Мюсси, Ортнера отрицательные.

Симптомы асцита и метеоризма не определяются.

Селезенка не пальпируется.

Заключение: На момент курации патологических изменений со стороны ЖКТ не выявлено.

**Мочевыделительная система** Периферические отеки при осмотре не выявлены. Почки не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненные. Мочевой пузырь не выступает над лоном, не пальпируется. Симптом поколачивания (Пастернацкого) по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, не нарушено.

Заключение: со стороны мочевыделительной системы патологии не выявлено.

**Предварительный диагноз**

*На основании жалоб*: На выраженную бледность кожных покровов; быструю утомляемость, слабость; колющие боли в области сердца, появляющиеся в дневное время, самостоятельно проходящие; умеренные боли в области желудка, правого подреберья появляющиеся спустя 30 минут после еды, не иррадиируют, проходят самостоятельно. Извращение аппетита, отвращение к мясу.

*Анамнеза заболевания*: Со слов отца заболевание возникло около года назад. Ребенок стал предъявлять жалобы на боли в животе после бега, а также жалобы на слабость, раздражительность, головную боль, беспокойный сон. После обращения к участковому педиатру, весной 2008 года было дано направление на общий анализ крови, в котором было обнаружено впервые снижение уровня гемоглобина и выставлен диагноз: полидефицитная анемия II ст. впервые выявленная. По поводу чего было рекомендовано лечение в условиях стационара. От госпитализации отказался, лечение получал амбулаторно: гемоферон. Со слов родителей, после курса лечения, общее состояние ребенка улучшилось.

В октябре 2008 возобновились жалобы на бледность кожных покровов; быструю утомляемость, слабость; колющие боли в области сердца, появляющиеся в дневное время, самостоятельно проходящие; умеренные боли в области желудка, правого подреберья появляющиеся спустя 30 минут после еды, не иррадиируют, проходят самостоятельно. Извращение аппетита, отвращение к мясу.

15.10.2008 был проведен повторный общий анализ крови, в котором уровень гемоглобина 79 г/л, Эр-4,5\*10/12 л, ЦП-0,5, L-5,5\*10/9 л, Тр-374\*10/9 л. Ребенок был направлен участковым педиатром на госпитализацию в ЛОДКБ, куда поступил 20 октября 2008.

*Анамнеза жизни*: Со слов отца: ребенок от первой беременности, первых родов. В физическом и нервно-психическом развитии от сверстников не отставал. Успеваемость в школе удовлетворительная. Поведение дома и в коллективе хорошее.

Прививки по возрасту, реакция Манту нормальная (со слов отца, т.к. прививочная карта отсутствует).

ДИЗ отрицает. ОРВИ 1-2 раза в год. Операций и гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез не отягощен

*Эпид. анамнеза*: В течение последних трех недель контакт с инфекционными больными отрицает.

Справка СЭС: на протяжении последних 3 недель по месту учебы СШ»2 и по месту жительства Рудь С.А., инфекционных заболеваний не зарегистрировано.

*Результатов объективного метода исследования*: Общее состояние средней степени тяжести за счет анемического и болевого синдромов. Кожа бледная. Волосистая часть головы без облысений, волосы тусклые, ломкие. Ногти овальной формы, ломкие. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, без изменений. Язык влажный, обложен белым налетом. Симптом синих склер. Пульс на a. radialis: 100 синхронный, ритмичный, мягкий, малого наполнения. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона над верхушкой, систолический шум над верхушкой. Частота сердечных сокращений 100 в минуту. АД 90/60 мм рт ст.

Можно поставить предварительный диагноз: хроническая полидефицитная анемия II ст.

**План обследования**

1. Общий анализ крови

2. Анализ крови на RW

3. Общий анализ мочи

4. Анализ крови на сахар

5. Кал на яйца гельминтов

6. Соскоб на энтеробиоз

7.Биохимический анализ крови:

\*исследование сывороточного железа

\*общей железосвязывающей способности сыворотки крови

\*латентная железосвязывающая способности сыворотки крови

\* билирубин, АсАт, АлАт,

8.Рентгенография ОГК

9.ЭКГ

10.ФГДС

11.анализ кала на скрытую кровь

12. консультация окулиста

**Данные лабораторных и инструментальных исследований**

1. Общий анализ крови 24.10.08

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | Норма | | | |
|  | | |  | Единицы СИ 15-18 лет | | Единицы, подлежащие замене | |
| Гемоглобин | | ЖМ | 79 | 128-168 | г/л |  |  |
| Эритроциты | | МЖ | 4,5 | 4,5-5,3  4,1-5,1 | 1012/л |  |  |
| Цветовой показатель | | | 0,5 | 0,8-1 |  |  |  |
| Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците | | |  |  | пг |  |  |
| Ретикулоциты | | | 0,86 | 0,8-1 | % |  |  |
| Тромбоциты | | | 314 | 180-320 | 109/л |  |  |
| Лейкоциты | | | 5,5 | 4,0-9,0 | 109/л |  |  |
|  | Миелоциты | |  |  | % |  |  |
|  | Метамиелоциты | |  |  | % |  |  |
|  | Палочкоядерные | | 2 | 0,5-6 | % |  |  |
|  | Сегментоядерные | | 64 | 47-72 | % |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |
| Эозинофилы | | | 2 | 0,5-6 | % |  |  |
| Базофилы | | | 0 | 0-1 | % |  |  |
| Лимфоциты | | | 27 | 19-37 | % |  |  |
| Моноциты | | | 5 | 3-11 | % |  |  |
| Плазматические клетки | | |  |  | % |  |  |
| Скорость (реакция) оседания эритроцитов | | М  Ж |  |  | мм/ч | микросфероцитоз |  |

Заключение: анемия II степени гипохромная регенераторная, микросфероцитоз

**2**. RW от 21.10.08

Отрицательно

**3.** Общий анализ мочи

**Физико-химические свойства**

Количество 30 мл\*\*

Цвет светло-желтая

Прозрачность прзрачная

Относительная плотность 1016

Белок нет

Глюкоза нет

Эритроциты нет

Эпителий: плоский 1-2 в поле зр.

Лейкоциты 1-2 в поле зр.

Цилиндры: нет

Слизь нет

Соли \_

**4**. Анализ крови на сахар 21.10.08

4,2 ммоль/л

**5**. Кал на яйца гельминтов 21.10.08

Отрицательный

**6**. Соскоб на энтеробиоз21.10.08

Отрицательный

**7**.Биохимический анализ крови:

*\*исследование сывороточного железа*

2,2 мкмоль/л (N-12-32 мкмоль/л)

*\*общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС)*

76,5 мкмоль/л (N-39-73 мкмоль/л)

*\*латентная железосвязывающая способности сыворотки крови (ЛЖСС)*

74,3мкмоль/л (N- 26,9-41,2 мкмоль/л)

*\*коэффициент насыщения трансферрина(КНТ)*

2,9 % (N-25-40%)

Заключение: В биохимическом анализе крови отмечается снижение сывороточного железа 2,2 мкмоль/л (N-12-32 мкмоль/л), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС) 76,5 мкмоль/л (N-39-73 мкмоль/л); повышение латентная железосвязывающая способности сыворотки крови (ЛЖСС) 74,3мкмоль/л (N- 26,9-41,2 мкмоль/л); снижение коэффициента насыщения трансферрина (КНТ) 2,9 % (N-25-40%)

**8**.Рентгенография ОГК:21.10.08

Заключение: очаговые и инфильтративные тени не определяются, рисунок не изменен; корни слегка уплотнены, структурны; синусы свободны. Патологических изменений не выявлено.

**9**.ЭКГ 23.10.08

Заключение: умеренная синусовая тахикардия УЗИ сердца 23.10.08

Заключение: сердце сформировано правильно, размеры полостей и толщина стенок не увеличены. Морфология и кинетика клапанов не изменены, сократительная функция не нарушена, дефекты перегородок не лоцируются, гемодинамика не нарушена. Органических изменений не выявлено.

**10**.ФГДС 24.10.08

Заключение: хронический гастродуоденит

**11.** Анализ кала на скрытую кровь 22.10.08

Отрицательный

12. Консультация окулиста

Заключение: Симптом синих склер

**Дневник**

22.10.08 11.00

Ps-100 в мин.

АД-90/60

T-36, 6

ЧДД-20 мин.

Общее состояние средней степени тяжести за счет анемического и болевого синдромов, сознание ясное, положение активное, самочувствие удовлетворительное.

Жалобы на выраженную бледность кожных покровов; быструю утомляемость, слабость; извращение аппетита, отвращение к мясу.

Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, без изменений. Язык влажный, обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. ЧДД-20 в мин. Пульс на a. radialis: 100 синхронный, ритмичный, мягкий, малого наполнения. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона над верхушкой, систолический шум над верхушкой. Частота сердечных сокращений 100 в минуту. АД 90/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Лечение продолжает.

24.10.08 12.30

Ps-100 в мин.

АД-90/60

T-36, 6

ЧДД-20 мин.

Общее состояние средней степени тяжести за счет анемического синдрома, сознание ясное, положение активное, самочувствие удовлетворительное.

Жалобы на выраженную бледность кожных покровов; быструю утомляемость, слабость; извращение аппетита, отвращение к мясу.

Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, без изменений. Язык влажный, обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. ЧДД-20 в мин. Пульс на a. radialis: 100 синхронный, ритмичный, мягкий, малого наполнения. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона над верхушкой, систолический шум над верхушкой. Частота сердечных сокращений 100 в минуту. АД 90/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Лечение продолжает.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз железодефицитной анемии следует проводить с анемиями другого генеза.

1. С гемолитической анемией

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | железодефицитная анемия | гемолитическая анемия Минковского-Шоффара | данный больной |
| цвет кожных покровов | бледный | Бледная, с лимонным оттенком | бледный |
| наличие периодически появляющейся желтухи | - | + | - |
| задержка физического развития | только при анемии тяжелой степени тяжести | обычно есть | нет |
| наличие врожденных стигм (башенный череп, широкая переносица, высокое небо и др.) | - | + | - |
| значительное увеличение и уплотнение селезенки | - | + | - |
| увеличение печени | - | + | - |
| периодическое проявления анемии, развивающееся в связи с гемолитическими кризами | - | + | - |
| снижение числа эритроцитов | - | + | - |
| микросфероцитоз | + | + | + |
| нормохромные или слабо гиперхромные эритроциты | - | + | - |
| высокий цветовой показатель | - | + | - |
| снижение минимальной осмотической стойкости эритроцитов при повышении максимальной | - | + | - |
| ретикулоцитоз | + | + | - |
| повышение уровня непрямого билирубина | - | + | - |

2. С гипопластической анемией:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | железодефицитная анемия | апластическая анемия | данный больной |
| семейный характер анемии | + | + | - |
| провоцируются приемом различных лекарственных веществ | - | + | - |
| лихорадка | - | + | - |
| геморрагическая сыпь на коже | - | + | - |
| панцитопения | - | + | - |
| гиперхромия эритроцитов | - | + | - |
| ретикулоцитоз | + | снижен | - |
| высокое СОЭ | - | + | - |

**Окончательный диагноз**

*На основании жалоб*: На выраженную бледность кожных покровов; быструю утомляемость, слабость; колющие боли в области сердца, появляющиеся в дневное время, самостоятельно проходящие; умеренные боли в области желудка, правого подреберья появляющиеся спустя 30 минут после еды, не иррадиируют, проходят самостоятельно. Извращение аппетита, отвращение к мясу.

*Анамнеза заболевания*: Со слов отца заболевание возникло около года назад. Ребенок стал предъявлять жалобы на боли в животе после бега, а также жалобы на слабость, раздражительность, головную боль, беспокойный сон. После обращения к участковому педиатру, весной 2008 года было дано направление на общий анализ крови, в котором было обнаружено впервые снижение уровня гемоглобина и выставлен диагноз: полидефицитная анемия II ст. впервые выявленная. По поводу чего было рекомендовано лечение в условиях стационара. От госпитализации отказался, лечение получал амбулаторно: гемоферон. Со слов родителей, после курса лечения, общее состояние ребенка улучшилось.

В октябре 2008 возобновились жалобы на бледность кожных покровов; быструю утомляемость, слабость; колющие боли в области сердца, появляющиеся в дневное время, самостоятельно проходящие; умеренные боли в области желудка, правого подреберья появляющиеся спустя 30 минут после еды, не иррадиируют, проходят самостоятельно. Извращение аппетита, отвращение к мясу.

15.10.2008 был проведен повторный общий анализ крови, в котором уровень гемоглобина 79 г/л, Эр-4,5\*10/12 л, ЦП-0,5, L-5,5\*10/9 л, Тр-374\*10/9 л. Ребенок был направлен участковым педиатром на госпитализацию в ЛОДКБ, куда поступил 20 октября 2008.

*Анамнеза жизни*: Со слов отца: ребенок от первой беременности, первых родов. В физическом и нервно-психическом развитии от сверстников не отставал. Успеваемость в школе удовлетворительная. Поведение дома и в коллективе хорошее.

Прививки по возрасту, реакция Манту нормальная (со слов отца, т.к. прививочная карта отсутствует).

ДИЗ отрицает. ОРВИ 1-2 раза в год. Операций и гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез не отягощен

*Эпид. анамнеза*: В течение последних трех недель контакт с инфекционными больными отрицает.

Справка СЭС: на протяжении последних 3 недель по месту учебы СШ»2 и по месту жительства Рудь С.А., инфекционных заболеваний не зарегистрировано.

*Результатов объективного метода исследования*: Общее состояние средней степени тяжести за счет анемического и болевого синдромов. Кожа бледная. Волосистая часть головы без облысений, волосы тусклые, ломкие. Ногти овальной формы, ломкие. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, без изменений. Язык влажный, обложен белым налетом. Пульс на a. radialis: 100 синхронный, ритмичный, мягкий, малого наполнения. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона над верхушкой, систолический шум над верхушкой. Частота сердечных сокращений 100 в минуту. АД 90/60 мм рт ст.

*Данных лабораторных и инструментальных исследований*: Общий анализ крови 24.10.08 анемия II степени гипохромная регенераторная, микросфероцитоз. В биохимическом анализе крови отмечается снижение сывороточного железа 2,2 мкмоль/л (N-12-32 мкмоль/л), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС) 76,5 мкмоль/л (N-39-73 мкмоль/л); повышение латентная железосвязывающая способности сыворотки крови (ЛЖСС) 74,3мкмоль/л (N- 26,9-41,2 мкмоль/л); снижение коэффициента насыщения трансферрина (КНТ) 2,9 % (N-25-40%). ЭКГ 23.10.08 Заключение: умеренная синусовая тахикардия УЗИ сердца 23.10.08 Заключение: сердце сформировано правильно, размеры полостей и толщина стенок не увеличены. Морфология и кинетика клапанов не изменены, сократительная функция не нарушена, дефекты перегородок не лоцируются, гемодинамика не нарушена. Органических изменений не выявлено. ФГДС 24.10.08 Заключение: хронический гастродуоденит. Консультация окулиста Заключение: Симптом синих склер

На основании проведенного *дифференциального диагноза* с гемолитической, гипопластической анемией.

Обоснование клинических симптомов. Поскольку железо входит в состав многих ферментов, то его дефицит вызывает снижение активности этих ферментов и нарушение нормального течения метаболических процессов в организме. Сидеропения способствуют развитию различных симптомов.

\*Изменения мышечного аппарата. Нехватка миоглобина и ферментов в мышцах увеличивает мышечную слабость и быструю утомляемость.

\*Изменения кожи и ее дериватов. При дефиците железа возможно наличие сухости и шелушение кожи. Волосы становятся ломкими (“секутся).

\*Изменения вкусовых ощущений (pica chlorotiсa)

\*Изменения слизистых органов зрения. Симптом синих склер встречается у 87 % больных на ЖДА. Синеватость склер связана с тем, что при дефиците железа нарушается гидроксилирование пролина и лизина, что приводит к нарушению синтеза коллагена. Поэтому через утонченные склеры начинают просвечивать сосуды сплетенья (chlorotiсa), что создает эффект голубых склер

\*нарушение тканевого дыхания приводит к постепенной атрофии слизистой оболочки желудка с развитием атрофического гастрита, снижением желудочной секреции вплоть до ахилии.

\*Дистрофические изменения внутренних органов являются следствием метаболических и ферментных нарушений при дефиците железа и анемической гипоксии. Проявлениями могут быть: умеренная тахикардия, ослабление I тона и систолический шум над верхушкой, АД 90/60 мм рт ст. Эти изменения связывают с работой сердца при анемии в гипердинамическом режиме (компенсаторное повышение ЧСС, сердечного выброса, скорости кровотока).

\*Синдром эндогенной метаболической интоксикации возникает у больных ЖДА в результате длительного нарушения течения метаболических процессов. В тканях наблюдается нарушение синтеза, депонирования, освобождения и инактивации таких физиологически активных соединений как молекулы средней массы, молочная и пировиноградная кислоты, гистамин, серотонин, гепарин. Клиническими проявлениями эндогенной метаболической интоксикации, вероятно, являются быстрая утомляемость, слабость, нарушения вкуса и обоняния, психоэмоциональные расстройства и т.д.

Можно выставить диагноз основной: Железодефицитная анемия II степени, вторичная, симптоматическая

Сопутствующие заболевания: хронический гастродуоденит

**Общие принципы лечения**

Преимущественное назначение препаратов внутрь и редкость парентерального из-за побочных эффектов: аллергические реакции, постинъекционные абсцессы и флебиты, гипотензия, увеличение риска бактериальных инфекций вплоть до сепсиса, гемосидероз и др.

1. Препараты двухвалентного железа лучше всасываются, чем трехвалентного, а потому их давать предпочтительнее;

2. Суточная доза должна составлять по элементарному железу до 200 мг/ кг; большие дозы не увеличивают эффективность лечения, но дают больше побочных эффектов : расстройства функции ЖКТ, вплоть до изъязвлений, стенозов, непроходимость; увеличение риска кишечных инфекций, суточную дозу препарата делят на 3 приема;

3. Первых несколько дней лечения для установления переносимости препарата доз может быть вдвое меньшей;

4. Длительность назначения железа в лечебной дозе должна быть не менее 3 мес.,

\*на первом этапе это купирующая терапия, восполняющая уровень гемоглобина и периферические запасы железа (обычно около 1-1,5 мес.)

\*на втором этапе необходимо восстановить тканевые запасы железа

\*на третьем – осуществить противорецидивные мероприятия;

5. Препараты железа надо давать в промежутке ремиссии к концу первого месяца терапии, между едой и запивать их свежими фруктовыми или овощными соками (особенно хороши цитрусовые соки);

6. Нельзя запивать препараты железа молоком и чаем.

7. Одновременное назначение с препаратами железа аскорбиновой кислоты и витамина Е увеличивает эффект лечения;

8. Нет необходимости одновременно с препаратами железа назначать витамины В6 и В12, фолиевую кислоту – при отсутствии специальных показаний;

9. Показаниями для парентерального назначения препаратов железа являются:

Наличие патологии кишечника с нарушенным всасыванием (синдромы мальабсорбции, энтериты, язвенно-некротический энтероколит);

Непереносимость принимаемых внутрь препаратов железа

**Прогноз заболевания**

Прогноз при своевременно начатом и последовательном лечении, выполнении назначений благоприятный.

**Реабилитация** Наряду с лекарственной терапией рекомендуется диета, стимулирующая гемопоэз, богатая белками, железом, витаминами. Главным источником, содержащим белки и необходимые аминокислоты, является мясо. К продуктам, содержащим микроэлементы, относятся: свекла, помидоры, кукуруза, морковь, бобовые, клубника (земляника), овсяная каша, печень, рыба, пекарские и пивные дрожжи.

Рационально для закрепления антианемического лечения занятие больных физкультурой, прогулки в лесу (хвойном), пребывание в горах. Рекомендуется использование минеральных источников: Железноводска, Ужгородского, Буковинского. Это источники с типом слабоминерализованных железосульфатно-гидрокарбонатномагниевых вод, в которых железо находится в хорошо ионизированной форме и легко всасывается в кишечнике.

**Эпикриз**

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ находился на стационарном лечении в гематологическом отделении ЛОДКБ с 20.10.2008 с диагнозом: . При поступлении предъявлял жалобы на выраженную бледность кожных покровов; быструю утомляемость, слабость; колющие боли в области сердца, появляющиеся в дневное время, самостоятельно проходящие; умеренные боли в области желудка, правого подреберья появляющиеся спустя 30 минут после еды, не иррадиируют, проходят самостоятельно. Извращение аппетита, отвращение к мясу.

При объективном исследовании: Общее состояние средней степени тяжести за счет анемического и болевого синдромов. Кожа бледная. Волосистая часть головы без облысений, волосы тусклые, ломкие. Ногти овальной формы, ломкие. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, без изменений. Язык влажный, обложен белым налетом. Пульс на a. radialis: 100 синхронный, ритмичный, мягкий, малого наполнения. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона над верхушкой, систолический шум над верхушкой. Частота сердечных сокращений 100 в минуту. АД 90/60 мм рт ст.

Проведены лабораторные и инструментальные исследования:

Общий анализ крови 24.10.08 Нв-79г/л, Эритроциты- 4,51012/л, Цветовой показатель0,5, Ретикулоциты 0,86, Тромбоциты 314109/л, Лейкоциты5,5109/л, п-2, с-64,э-2, б-0, л-27, м-5.

Биохимический анализ крови: *\*исследование сывороточного железа* 2,2 мкмоль/л (N-12-32 мкмоль/л)

*\*ОЖС* 76,5 мкмоль/л (N-39-73 мкмоль/л)

*\*ЛЖСС* 74,3мкмоль/л (N- 26,9-41,2 мкмоль/л)

*\*КНТ* 2,9 % (N-25-40%)

ФГДС 24.10.08 Заключение: хронический гастродуоденит

Во время пребывания была проведена патогенетическая терапия, наблюдение за больным прекращено в связи с окончанием курации.

|  |
| --- |
| Almagel A 1ч.л. 3р/д через 30мин после еды  Антацидное, обволакивающее, адсорбирующее действие |
| Ranitidine 0,15г 1табл. на ночь  Блокатор Н2-гистаминовых рецепторов |
| Motilium 0,01г 1табл. 3р/д за 20мин до еды  Блокирует периферические и центральные (в триггерной зоне головного мозга) дофаминовые рецепторы, устраняет ингибирующее влияние дофамина на моторную функцию ЖКТ и повышает эвакуаторную и двигательную активность желудка. |
| Corvaltab 1табл. 3р/д  оказывает успокаивающее действие |
| Actiferrin по 5 мл сиропа 3р/д |
| Ac. ascorbinici 0,05 по 1 драже 3р/д |

После выписки рекомендовано:

1. Диспансерный учет у педиатра/гематолога 1 раз в месяц

2. Контроль общего анализа крови (Hb г/л) 1 раз в неделю

3. Контроль обследования у гематолога ЛОДКБ через 3 месяца

4. Продолжить прием железосодержащих препаратов в течение 3-4 недель после нормализации уровня гемоглобина для восстановления тканевых депо организма.

5. Проф. Прививки согласно календарю прививок (если Hb не менее 80 г/л)

6. Избегать интеркурентных заболеваний

7.Предотвращать инсоляции и переохлаждение

8.Придерживаться диетотерапии

**Лечение**

1. Режим – палатный

Цель - улучшить всасывание и утилизацию питательных веществ, стимулировать обменные процессы.

2. Диета № 11 Питание должно быть разнообразным, должно содержать продукты, богатые железом, белком, витаминами, микроэлементами. Вещества необходимые для кроветворения: мясо, рыба, сыр, молоко, яйца. Кулинарная обработка обычная. Пищу принимать 5 раз в день.

**Лист назначений** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Внутрь | Дата назначения | Дата отмены | Парентерально | Дата назначения | Дата отмены |
| Almagel A 1ч.л. 3р/д через 30мин после еды  Антацидное, обволакивающее, адсорбирующее действие | 22.10.08 | 5.11.08 |  |  |  |
| Ranitidine 0,15г 1табл. на ночь  Блокатор Н2-гистаминовых рецепторов | 22.10.08 | 5.11.08 |  |  |  |
| Motilium 0,01г 1табл. 3р/д за 20мин до еды  Блокирует периферические и центральные (в триггерной зоне головного мозга) дофаминовые рецепторы, устраняет ингибирующее влияние дофамина на моторную функцию ЖКТ и повышает эвакуаторную и двигательную активность желудка. | 22.10.08 | 5.11.08 |  |  |  |
| Corvaltab 1табл. 3р/д  оказывает успокаивающее действие | 22.10.08 | 5.11.08 |  |  |  |
| Actiferrin по 5 мл сиропа 3р/д | 22.10.08 |  |  |  |  |
| Ac. ascorbinici 0,05 по 1 драже 3р/д |  |  |  |  |  |

**Литература**

1. Руководство по гематологии. / Под редакцией А.И. Воробьева. – Москва:Медицина, 1985. – Т.1.

2. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. – Москва: Мед.Лит., 2001 – Т.4.

3. Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии. - М.: Ньюдиамед-Ао, 1998.-37с.

4. Идельсон Л.И. Гипохромные анемии.- М.Медицина, 1981.-с.3-128

5.Анемии у детей. /Под редакцией В. И. Калиничевой. - Ленинград: Медицина, 1987.-49с.

6. Белоус А. М., Конник К. Т. Физиологическая роль железа.— К.: Наук. думка, 1991.— 104 с.

7.Гайдукова С. М., Видиборець С. В., Колесник І. В. Залізодефіцитна анемія.— К.: Наук. світ, 2001.— 132 с.

7.Идельсон Л. И. Гипохромные анемии.— М.: Медицина, 1981.— 192 с.

8.Коровина Н. А., Заплатников А. Л., Захарова И. Н. Железодефицитные анемии у детей. Руководство для врачей. 2-е изд.— Москва, 1999.— 56 с.