1. **Паспортная часть**
2. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Возраст: 52 года
4. Пол: женский
5. Семейное положение: замужем
6. Профессия: регистратор
7. Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Дата поступления в стационар: 5.09.2012 г. 10:45
10. Диагноз направившего лечебного учреждения: Апластическая анемия.
11. Предварительный диагноз при поступлении: Апластическая анемия, сверхтяжелая форма.
12. **Жалобы больного при поступлении в клинику и их характеристика**

На момент курации:те же.

При поступлении:на выраженную общую слабость, одышку при физической нагрузке, головные боли, субфебрильную температуру тела.

**Расспрос по системам органов:**

**Система органов дыхания**

 Отмечает одышку при физической нагрузке. Боли в грудной клетке нет. Кашель, отделение мокроты не отмечает. Носовых и легочных кровотечений нет.

**Сердечно-сосудистая система**

Болей в области сердца не отмечает. Одышки, перебоев в работе сердца нет. Отеков нет.

**Система органов пищеварения.**

Жалоб не предъявляет. Аппетит, насыщаемость обычные. Тошноты,рвоты, боли в животе нет. Стул обычный,регулярный.

**Система органов мочевыделения**

Болей в поясничной области нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-6 раз в сутки. Моча светло-жёлтого цвета, прозрачная.

**Опорно-двигательная система**

Боли в конечностях и суставах отрицает. Суставы нормальной конфигурации. Ограничение движения в суставах нет.

**Эндокринная система**

Вес: 74 кг, рост: 170 см. Развитие по женскому типу обычное, волосяной покров умеренный.

**Нервная система, органы чувств**

Сознание ясное, сон нормальный. Слух и зрение в норме.

**Лихорадка**

Температура тела повышена умеренно (37,3-37,5)

1. **История развития настоящего заболевания (Anamnes morbi)**

Считает себя больной с июля 2012 года, когда впервые возникли симптомы заболевания (выраженная общая слабость, одышка при физической нагрузке, головные боли, субфебрильная температура тела). С 6 июля наблюдалась в гематологическом отделении ВОКБ. 23.07.12 была направлена для уточнения диагноза в 9-ую клиническую больницу города Минска, где был поставлен диагноз апластическая анемия, сверхтяжелая форма. С 1 августа принимает циклоспорин 300 мг утром и 300 мг вечером, преднизолон 3 таблетки утром и 3 таблетки в обед (30 мг). Госпитализирована для продолжения лечения.

1. **История жизни пациента (Anamnes vitae)**

Родилась первым ребёнком в семье, росла и развивалась соответственно возрасту. Не отставала от сверстников в физическом и умственном развитии. Замужем, имеет двух детей. Детские заболевания (корь, краснуха, скарлатина, дифтерия) отрицает. Туберкулез, гепатит, малярию, венерические заболевания отрицает. Гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет в ограниченных количествах. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное.

1. **Объективное исследование или состояние больного (Status praesens)**

Состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное, больная контакту доступен. Телосложение нормостеническое. Внешний вид больной соответствует возрасту и полу. Рост 170 см, вес 74 кг. Кожа сухая, чистая, окраска кожных покровов бледная, эластичность кожи сохранена, видимые слизистые бледно-розовые, влажные. Сыпи, расчёсов, петехий, рубцов нет. Оволосение по женскому типу. Ногтевые пластинки правильной формы, ногти ломкие, ногтевые пластинки не слоятся. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно, распределена равномерно. Отёков, акроцианоза нет. Лимфатические узлы: подчелюстные, шейные, над- и подключичные, локтевые, подмышечные не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена.

**Костно-мышечно-суставная система**

Степень развития мышц нормальная, тонус в норме. Суставы нормальной конфигурации. Ограничение движения в суставах нет.

**Система органов дыхания**

Нос не деформирован, дыхание через нос, свободное. Грудная клетка цилиндрической формы, ключицы на одном уровне, ход рёбер косо вниз, межрёберные промежутки не выбухают и не западают. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, проводят голосовое дрожание. Частота дыхания 16 в минуту. Дыхание через нос свбодное, глубокое, ритмичное. Перкуторно над лёгочными полями ясный лёгочный звук. Локальных изменений звука нет. Данные топографической перкуссии: высота стояния верхушек лёгких - спереди – 3 см. с обеих сторон, сзади – на уровне остистого отростка 7-ого шейного позвонка. Ширина полей Кернига 5 см с обеих сторон. Подвижность нижнего края лёгких по среднеключичной линии 5 см. с обеих сторон. Дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет.

Пальпация. Болезненных областей при пальпации не выявлено. Грудная клетка резистентная. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

Перкуссия сравнительная: на симметричных участках ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

|  |
| --- |
| Нижняя граница |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Парастернальная | Верхний край 6-го |  |
| Медиаклавикулярная | Нижний край 6-го |  |
| Передняя аксилярная | Нижний край 7-го | Нижний край 7-го |
| Средняя аксилярная | Нижний край 8-го | Нижний край 8-го |
| Задняя аксилярная | Нижний край 9-го | Нижний край 9-го |
| Лопаточная | Нижний край 10-го | Нижний край 10-го |
| Паравертебральная | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

Спереди высота стояния верхушек слева на 4 см выше ключицы, справа на 3 см выше ключицы. Сзади высота стояния верхушек на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка.

**Сердечно-сосудистая система**

При осмотре области сердца сердечного горба, усиления верхушечного толчка, выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также эпигастральной не обнаружено. Одышки, перебоев в работе сердца нет. Отеков нет. Пульс 73 ударов в минуту одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Верхушечный толчок пальпируется в 5-ом межреберье кнутри от левой среднеключичной линии на 1,5 см, площадь 1 см, средней высоты, резистентный.

Перкуссия сердца

Границы относительной сердечной тупости:

Правая – в 4-ом межреберье справа на 0,5 см кнаружи от правого края грудины.

Левая – в 5-ом межреберье слева на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Верхняя – верхний край 3-го ребра слева.

Конфигурация сердца нормальная. Поперечник сердца 11 см: слева- 8 см. справа- 3 см. Ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье 5 см.

Абсолютная тупость сердца:

Правая- в 4-м межруберье по левому краю грудины, левая- в 5-м межреберье на 1.5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя- нижний край 4-го ребра слева.

Аускультация

Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. АД – 125/80 мм рт. ст., ЧСС-73. Над сосудами патологических шумов не выявлено.

Аорта и сосуды.

Пульсации аорты не обнаружено. Извитости и видимой пульсации области височных артерий, «пляски каротид», симптома Мюссе и капиллярного пульса нет. Вены конечностей не переполнены. Сосудистых звездочек и «caput medusae» нет. Венный пульс не определяется.

Пульс: синхронный, ритмичный одинакового наполнения на обеих руках, частота 79 в мин.

**Система органов пищеварения**

Губы розового цвета. Слизистая ротовой полости чистая, влажная, бледно-розовая. Язык влажный, слегка обложен белым налётом у корня. Живот обычной формы и величины, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Асцита и висцероптоза нет. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного цилиндра, шириной 2 см., безболезненная. Слепая кишка пальпируется в виде мягкого цилиндра, шириной 3 см., безболезненная. Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 2 см. ниже пупка в виде мягкого цилиндра, шириной 3 см., безболезненная.

Pancreas не пальпируется, что является нормой.

Перкуссия печени

|  |  |
| --- | --- |
| Линии | граница |
| Верхняя граница |
| Правая парастернальная | Верхний край 6-го |
| Правая среднеключичная | Нижний край 6-го |
| Передняя подмышечная | Нижний край 7-го |
| Нижняя граница |
| Правая передняя подмышечная | Верхний край 10-го |
| Правая среднеключичная | Нижний край реберной дуги |
| Правая окологрудинная | На 2 см ниже реберной дуги |
| Срединная линия | Между верхн. И нижн. Третью отрезка от пупка до мечев. отростка |
| Левая окологрудинная | Нижний край реберной дуги |

Размеры печени по Курлову:

Правая среднеключичная линия- 9 см

Передняя срединная линия – 8 см

Косой размер – 7 см

Пальпация печени: печень располагается по краю реберной дуги. Край печени ровный, безболезненный.

Край печени ровный, эластической консистенции, безболезненный. Пальпация точек желчного пузыря безболезненна. Стул, со слов больного, оформленный, один раз в сутки.

Селезенка.

Перкуссия без особенностей.

Поперечник селезенки - 5 см, длинник - 7 см.

Селезенка не пальпируется, что соответствует норме.

Аускультативно шума трения брюшины не выявлено.

**Органы мочевыделения**

 Почки не пальпируются. Точки почек и мочевыводящих путей безболезненны. Болевых ощущений при поколачивании по поясничной области нет. Моча светло-жёлтого цвета, прозрачная. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-6 раз в сутки.

1. **Лабораторные и инструментальные данные, консультации специалистов**

**ОАК:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **5.09.2012** | **норма** |
| Эритроциты | 1,62\*1012/л | 3,5 - 4,5\*10 /л |
| Гемоглобин | 50г/л | 130 - 160г/л |
| цветной показатель | 0,9 | 0,85 - 1,05 |
| Лейкоциты | 2,6\*109/л | 4,0-7,0 /л |
| Палочкоядерн. | 2% | 2 - 4% |
| Сегментоядерн. | 26% | 40 - 70% |
| Моноциты | 1% | 2 - 8% |
| Эозинофилы | 0,5% | 0-1%  |
| Тромбоциты | 20\*109/л | 180 - 320\*10 /л |
| СОЭ | 42мм/ч | 1 -15мм/ч |

Заключение: количество эритроцитов, тромбоцитов, гранулоцитов сильно снижено, ускоренная СОЭ.

**ОАМ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **06.09.12** | **норма** |
| Цвет | соломенно-желтая | светло-желтая |
| Плотность | 1019 | 1004 - 1024 |
| Клетки эпителия | 3-5 в п/з | 0-3 в п/з |
| Лейкоциты | 1-2 в п/з | до 4 в п/з |
| Эритроциты | Отсутствуют | 0-1 в п/з |
| Реакция | Кислая | нейтр-слабокислая |
| Белок | Отсутствуют | до 0,033% |

Заключение: в пределах нормы.

**Биохимический анализ крови:**

**06.09.12г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| общий белок | 60г/л | норма: 65г/л |
| глюкоза | 5,3 ммоль/л | норма: 50-70% |
| мочевина | 10,9 ммоль/л | норма: 2,51 - 8,35 ммоль/л |
| общий билирубин | 22,1 ммоль/л | норма: 8,5 - 20,5 ммоль/л |
| АлАТ | 70 Ед | норма: 8-56 Ед |
| АсАт | 44 Ед | норма: 5-40 Ед |
| креатинин | 0,088 ммоль/л | норма: 0,044 -0, 1 ммоль/л |

Заключение: увеличено содержание общего билирубина, мочевины и креатинина.

1. **Окончательный клинический диагноз и его обоснование**

На основании объективного статуса и дополнительных методов исследования поставлен диагноз:

Апластическая анемия, сверхтяжелая форма.

Диагноз апластическая анемия, сверхтяжелая форма можно поставить вследствие наличия следующих диагностических критериев:

выраженная общая слабость, одышка при физической нагрузке, головные боли, субфебрильная температура тела;

количество эритроцитов, тромбоцитов, гранулоцитов сильно снижено, ускоренная СОЭ;

увеличено содержание общего билирубина, мочевины и креатинина.

1. **Дифференциальная диагностика**

Апластическую анемию следует дифференцировать с острым лейкозом, при котором так же может возникать анемия, лейкопения, тромбоцитопения с геморрагическим диатезом. Характерным признаком острого лейкоха является появление бластов в периферической крови и костном мозге, чего не бывает при апластической анемии.

У больных с мегалобластной формой анемии также может иметь место умеренная панцитопения в периферической крови, иктеричность кожных покровов в результате внутрикостномозгового разрушения эритрокариоцитов. Однако при мегалобластной анемии возникает гиперплазия кроветворной ткани, в костном мозге выявляются мегалобласты, гиперсигментированные нейтрофилы, чего нет при апластической анемии.

При агранулоцитозе в отличие от апластической анемии, при которой имеет место подавление всех ростков кроветворения, в первую очередь эритропоэтической линии, подавлен только миелоидный росток, а эритроидный и мегакариоцитарный сохранены. Для агранулоцитоза не характерны тромбоцитопения, геморрагический синдром. Клиническую картину агранулоцитоза формируют преимущественно инфекционные, септические осложнения, вызванные глубокими нарушениями иммунитета при этом заболевании.

При миелодиспластическом синдроме, так же как и при апластическом синдроме, снижается количество форменных элементов в периферической крови, уменьшается насыщенность костного мозга клеточными элементами. Вместе с тем, при этом заболевании в костном мозге выявляются признаки мегалобластного эритропоэза, дефекты созревания эритроцитов, увеличение количества бластных клеток, нарушается структура мегакариоцитов при сохранении их количества, чего не бывает при апластической анемии.

1. **Лечение и его обоснование**

Режим – палатный

Диета – стол «Б»

Медикаментозное лечение:

1. Tab. Prednisolone 3 таблетки утром, 3 таблетки в обед.
2. Экворал 150 мг утром и 150 мг вечером.
3. С целью компенсации анемии переливание эритроцитарной массы А (II) Rh(+) 300 мл.
4. **Дневник наблюдения**

11.09.12 Состояние удовлетворительное, жалобы на умеренную слабость, головную боль, плохой сон. Кожный покров чистый, бледный. Дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет, ЧД -16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. АД – 110/60 мм.рт.ст.; пульс – 70 уд/мин. Стул, диурез в норме.

Назначено: Tab. Somnol 0,00075 1 таблетка после ужина.

12.09.12. Состояние удовлетворительное, жалобы на общую слабость, кровоточивость десен. Кожный покров чистый, бледный. Дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет, ЧД -16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. АД – 110/70 мм.рт.ст.; пульс – 78 уд/мин. Стул, диурез в норме.

В связи с кровоточивостью десен назначено вливание тромбомассы А (II) Rh (+). 700 мл внутривенно струйно.

1. **Эпикриз**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ была госпитализирована в гематологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: «Апластическая анемия». При поступлении предъявляла жалобы на выраженную общую слабость, одышку при физической нагрузке, головные боли, субфебрильную температуру тела. Отмечается одышка при физической нагрузке.

Из анамнестических данных известно, что в июле 2012 года, впервые возникла выраженная общая слабость, одышка при физической нагрузке. 23.07.12 была направлена для уточнения диагноза в 9-ую клиническую больницу города Минска, где был поставлен диагноз апластическая анемия, сверхтяжелая форма. С 1 августа принимает циклоспорин 300 мг утром и 300 мг вечером, преднизолон 3 таблетки утром и 3 таблетки в обед (30 мг). Госпитализирована в ВОКБ для продолжения лечения.

 Объективно: Состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное, больная контакту доступна. Телосложение нормостеническое. Внешний вид больной соответствует возрасту и полу. Рост 170 см, вес 74 кг. Кожа сухая, чистая, окраска кожных покровов бледная, эластичность кожи сохранена, видимые слизистые бледно-розовые, влажные.

Данные лабораторных исследований: в ОАК (05.09.12) – количество эритроцитов, тромбоцитов, гранулоцитов сильно снижено, ускоренная СОЭ; биохимический анализ крови (06.09.12) – увеличено содержание общего билирубина, мочевины и креатинина.

На основании выше приведенного был поставлен диагноз: «Апластическая анемия, сверхтяжелая форма».

Была проведена медикаментозная терапия:

1. Tab. Prednisolone 3 таблетки утром, 3 таблетки в обед.
2. Экворал 150 мг утром и 150 мг вечером.
3. С целью компенсации анемии переливание эритроцитарной массы А (II) Rh(+) 300 мл.
4. **Прогноз**

При отсутствии лечения прогноз абсолютно неблагоприятный. Своевременно начатое лечение продляет жизнь больных. Наилучшие прогностические результаты достигаются при использовании для лечения больных методов миелотрансплантации.