**Паспортные данные:**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 49 лет(19.08.1963г.)

Семейное положение: замужем

Профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в клинику: 13 сентября 2012 года.

Пациент направлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Цель направления: уточнение диагноза и дальнейшее лечение.

Диагноз направившего учреждения: основной Системное заболевание крови: Susp ОЛ, плазмобластный, бластемия. Вторичная гипохромная анемия средней степени тяжести. Вторичная нефропатия; сопутствующий Артериальная гипертензия II степени риск 3.

Предварительный диагноз при поступлении: основной: Системное заболевание крови: Анемия средней степени тяжести, Тромбоцитопения средней степени тяжести, сопутствующий: Артериальная гипертензия II степени риск 3.

**1. Жалобы при поступлении:**

на слабость, головокружение, сердцебиение и одышку при длительной нагрузке, периодические боли в поясничном отделе позвоночника и ногах.

**Жалобы на момент курации:**

На момент курации пациентка жалуется на общую слабость.

**2. История настоящего заболевания (anamnesis morbi):**

Считает себя больной с августа 2012 года, когда появилась слабость, головокружение, сердцебиение, одышка при физической нагрузке, на теле появилась геморрагическая сыпь. Пациентка обратилась по поводу этих жалоб в Полоцкую ЦРБ, где прошла обследование. Получила следующее стационарное лечение: режим п, стол Б, 5% глюкоза, вит. С , NaCl, Er- масса 600 мл, эналаприл, эссенсикапс. Для уточнения диагноза и дальнейшего лечения Полоцкой ЦРБ направлена в ВОКБ для стационарного лечения. На момент курации продолжает лечение в гематологическом отделении ВОКБ.

**3. История жизни (anamnesis vitae):**

Родилась 19 августа 1963 года третьим ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Психическое и физическое развитие проходило без особенностей. Окончила среднюю школу. В последующем получила высшее образование. Работает лаборантом химии и информатики. Условия труда- удовлетворительные. Жилищные и санитарно-гигиенические условия- удовлетворительные.

Питание регулярное.

Вредные привычки : наркоманию, курение отрицает , алкоголь не употребляет.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, миома матки, артериальная гипертензия-3 года.

Вирусный гепатит, туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекцию- у себя и родственников отрицает.

Замужем, имеет двоих детей.

Онкоанамнез: не отягощен.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Травмы, операции отрицает , переливание крови было- реакции не было.

**4. Обьективное исследование(status praesens):**

Общее состояние – удовлетворительное. Сознание ясное, ориентирована в пространстве и во времени. Положение активное. Телосложение правильное, конституция –нормостеническая. Рост- 173см, вес-80кг.

Осмотр лица:

Выражение лица спокойное. Цвет кожи- бледно-розовый.

Голова и шея:

Голова овальной формы, положение прямое, подвижность свободная. Непроизвольных движений головы в виде тремора, покачивания не наблюдалось. Щитовидная железа: пальпируется перешеек, диаметром 0,7 см., безболезненный, мягкой, эластичной консистенции, неподвижный.

Кожные покровы:

Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета, с геморрагической сыпью различной формы и величины, сухая, тургор тканей сохранен.

Подкожно-жировая клетчатка:

Развита умеренно. Отеков не выявляется.

Лимфатические узлы:

Затылочные, околоушные, поднижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются.

Мышцы:

Степень развития удовлетворительная. Тонус и сила мышц хорошие. Атрофия и гипертрофия каких-либо групп мышц не выявлены. При пальпации болезненности нет. Судорог нет. Деформации костей нет.

Кости:

Верхние и нижние конечности симметричны, правильной формы, пропорциональны туловищу. При пальпации кистей, позвоночника, ребер, костей верхних и нижних конечностей болезненности и патологических видоизменений не выявлено. При постукивании по костям болезненность отсутствует. На пальцах кистей и стоп все фаланги в наличии, концевые фаланги правильной формы, симптома «барабанных палочек» не выявлено.

Суставы:

Форма суставов правильная. Деформаций и дефигураций суставов нет. Болезненности при пальпации и движении нет. Изменения цвета и температуры кожи над суставами нет. Ограничения движения при активной и пассивной подвижности суставов нет.

**Система органов дыхания:**

Форма грудной клетки– нормостеническая. Ассиметричных выпячиваний или западений грудной клетки нет. Обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание равномерное. Тип дыхания грудной, ритмичное. ЧСС- 18 в мин. Грудная клетка эластичная. Болезненности при пальпации нет. Голосовое дрожание на симметричных участках- одинаковое.

На симметричных участках обеих половин грудной клетки ясный легочной звук.

Высота стояния верхушек легких:

Спереди справа – 3 см,

слева – 4 см выше края ключицы,

сзади – соответствует уровню остистого отростка 7 шейного позвонка.

Ширина полей Кренига слева 6 см

справа 5 см

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница легких | Справа | слева |
| По окологрудинной линии | Верхний край 6 ребра | Не определяется |
| По срединноключичной линии | Нижний край 6 ребра | Не определяется |
| По передней подмышечной линии | Нижний край7 ребра | Нижний край7 ребра |
| По средней подмышечной линии | Нижний край8 ребра | Нижний край8 ребра |
| По задней подмышечной линии | Нижний край9 ребра | Нижний край9 ребра |
| По лопаточной линии | Нижний край 10 ребра | Нижний край 10 ребра |
| По околопозвоночной линии | Нижний край 11 ребра | Нижний край 11 ребра |

Активная подвижность нижнего края легких:

По правой срединоключичной линии – 5 см

По правой среднеподмышечной линии -7 см

По левой среднеподмышечной линии – 7 см

По правой лопаточной линии -5 см

По левой лопаточной линии – 5 см

Бронхофония на симметричных участках грудной клетки определяется одинаково.

**Система органов кровообращения:**

Выпячиваний грудной клетки в области сердца нет. Верхушечный толчок визуально не определяется. Сердечный толчок визуально не определяется. Пульсация сонных артерий отсутствует, набухание шейных вен отсутствует, варикозное расширение вен в области грудины не выявлено.

*Пальпация сердца:* Верхушечный толчок не определяется. Симптом кошачьего мурлыканья не определяется. Пульс одинаковый, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 78 уд. в минуту. Дефицита пульса нет. Пальпация пульса на сонных, бедренных, заднебольшеберцовой и тыльной артерии стопы – симметричен.

Границы относительной тупости сердца:

Правая – 4 межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины.

Левая – 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединоключичной линии.

Верхняя – верхний край 3 ребра слева по окологрудинной линии.

Границы абсолютной тупости сердца:

правая: в 4-м межреберьи − по левому краю грудины

левая: в 5-м межреберьи − на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Граница сосудистого пучка- 5 см.

Ритм сердца правильный, тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум над всей областью сердца. Добавочных тонов нет. АД 150/90 мм рт ст на обеих руках.

**Система органов пищеварения:**

Язык чистый, влажный, выраженность сосочков умеренная, следов от зубов на языке, трещин и язв нет. Десны, мягкое и твердое небо розового цвета, налеты, геморрагии, изъязвления отсутствуют.

*Живот:* правильной формы, в акте дыхания участвует симметрично. Видимая перистальтика желудка и кишечника не выявляется. Венозные коллатерали не контурируются. Рубцы, расчесы, высыпания на коже живота отсутствуют. Стрии отсутствуют.

*Перкуссия живота:* характер перкуторного звука тимпанический.

*Пальпация живота:* при проведении поверхностной ориентировочной пальпации живота болезненных областей не выявлено, напряжения мышц передней брюшной стенки нет. Расхождение прямых мышц живота, наличия грыжи белой линии и пупочной грыжи не выявлено. Перитонеальные симптомы (симптом Щеткина-Блюмберга и др.) не обнаружены. Поверхностно расположенные опухолевидные образования отсутствуют.

При проведении глубокой скользящей пальпации по Образцову-Стражеско выявлены следующие показатели. Сигмовидная кишка безболезненна, плотная, поверхность гладкая, легко смещается, размер около 3 см. При пальпации урчание не определяется. Слепая кишка мягкой, эластической консистенции, безболезненная, размер 3 см, поверхность гладкая. При пальпации выявляется урчание. Поперечная ободочная кишка мягкой, эластической консистенции, безболезненная, легко смещается, не урчит, размер 5 см. Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки пальпируются в виде толстого, безболезненного эластического цилиндра размером 5 см, без урчания. Большая кривизна желудка пальпируется как мягкий, гладкий, эластический валик, безболезненна.

*Аускультация живота:* над поверхностью живота выслушиваются приглушенные перистальтические шумы. Шум трения брюшины не выслушивается.

Размеры печени по Курлову: по правой срединно-ключичной линии – 11 см; по передней срединной линии – 10 см; по левой реберной дуге – 9см.

*Пальпация:* нижняя граница печени по правой срединно-ключичной линии – у края реберной дуги, по передней срединной линии - на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка. Нижний край печени закругленный, плотный по консистенции, безболезненный.

*Желчный пузырь:* не прощупывается.

Исследования селезенки:

*Осмотр:* выпячивание в области левого подреберья и ограничение этой области в дыхании отсутствуют.

*Перкуссия:* продольный размер 7 см, поперечный размер 5 см.

*Пальпация:* не пальпируется.

.

Исследование органов мочеотделения:

*Осмотр:* В поясничной области гиперемия кожи, припухлость, сглаженность контуров отсутствует. Обе половины поясничной области симметричны. В надлобковой области гиперемия и набухание отсутствуют.

*Перкуссия:* симптом поколачивания справа и слева отрицательный.

*Пальпация:* правая и левая почки не пальпируются.

При аускультации шума в реберно-позвоночном углу нет.

**5. Предварительный диагноз:**

На основании жалоб больной на слабость, головокружение, сердцебиение и одышку при длительной нагрузке, периодические боли в поясничном отделе позвоночника и ногах; на основании данных анамнеза заболевания: острое начало заболевания, сопровождающееся выраженным анемическим синдромом, на основании данных анамнеза жизни: частые простуды, работа с агрессивными химическими веществами; на основании данных объективного исследования: выраженная бледность кожных покровов, геморрагическая сыпь, артериальное давление 150/ 90 мм.рт.ст., систолический шум над всей областью сердца можно выставить следующий предварительный диагноз:

основной: Системное заболевание крови: Анемия средней степени тяжести, Тромбоцитопения средней степени тяжести, сопутствующий: Артериальная гипертензия II степени риск 3.

**6. Данные лабораторных, инструментальных методов исследования.**

Общий анализ крови (от 14.09.12.)

Hb: 80 г/л

ЦП 0,85

Эритроциты: 2,65\*1012/л

Тромбоциты: 159\*109/л

Лейкоциты: 25,3\*109/л

Палочкоядерные нейтрофилы: 5%

Сегментоядерные нейтрофилы: 13%

Лимфоциты: 21%

Моноциты: 7%

Юные нейтрофилы 1%

Плазматические клетки 54%

СОЭ: 76 мм/ч

Заключение: эритропения,тромбоцитопения, повышение СОЭ, увеличение количества лейкоцитов, появление плазматических клетокв большом количестве.

Общий анализ крови (от 15.09.12):

Hb: 96 г/л

Эритроциты: 2,95\*1012/л

Тромбоциты: 123\*109/л

Лейкоциты: 26,6\*109/л

Палочкоядерные нейтрофилы: 2%

Сегментоядерные нейтрофилы: 12%

Лимфоциты: 25%

Моноциты: 4%

Плазматические клетки 57%

Нормобласты 1:100

СОЭ:74 мм/ч

Заключение: эритропения,тромбоцитопения, повышение СОЭ, увеличение количества лейкоцитов, появление плазматических клеток в большом количестве.

Анализ мочи (от 14.09.12):

Цвет – желтая

Мутность- полная

Реакция – кислая

Плотность – 1012

Глюкоза – нет

Белок -1,3 г/л

Эпителий плоский – 5-7 в поле зрения

Лейкоциты – 8-10 в поле зрения

Эритроциты – 7-9 в поле зрения

Цилиндры – гиалиновые 0-1 в поле зрения

Бактерии +++

Заключение: протеинурия, гематурия, лейкоцитурия.

Анализ мочи (от 15.09.12):

Цвет – желтая

Мутность- полная

Реакция – кислая

Плотность – 1010

Глюкоза – нет

Белок -1,41 г/л

Эпителий плоский – 6-8 в поле зрения

Лейкоциты – 4-6 в поле зрения

Эритроциты – 1-2 в поле зрения

Цилиндры – нет

Бактерии +++

Заключение: протеинурия, гематурия, лейкоцитурия.

Биохимический анализ крови:(от 14.09.12)

АлАТ – 58 е/л

АсАТ – 42 е/л

Глюкоза – 4,6 ммоль/л

Общий билирубин – 8,5 мкмоль/л

Билирубин прямой – 2,1 мкмоль/л

Мочевина – 6,0 ммоль/л

Креатенин – 97 мкмоль/л

Общий белок 105 г/л

Альбумины 31 г/л

Глобулины 74 г/л

Сывороточное железо 9,07 мкмоль/л

ОЖСС 31,0 мкмоль/л

Заключение: увеличение АлАТ, АсАТ, повышение уровня общего белка, нарушение соотношения альбуминов/глобулинов, снижение уровня сывороточного железа, ОЖСС.

Электрофорез белков глобулиновой фракции ( от 14.09.12):

Присутствует М градиент.

Биохимический анализ крови:(от 15.09.12)

АлАТ – 94 е/л

АсАТ – 47 е/л

Глюкоза – 5,9ммоль/л

Общий билирубин – 12,8 мкмоль/л

Билирубин прямой – 2,6 мкмоль/л

Мочевина – 12, 7 ммоль/л

Креатенин – 118 мкмоль/л

Общий белок 108 г/л

Заключение: увеличение АлАТ, АсАТ, повышение уровня общего белка, мочевины, креатинина.

ЭКГ (от 14.09.12):

Ритм синусовый. ЧСС 78 уд. в мин. Нормальное положение ЭОС.

УЗИ обзорное брюшной полости ( от 18.09.12):

Заключение: Гепатомегалия незначительно выраженная.

ФГДС ( от 15.09.12):

Заключение: Очаговый атрофический гастрит.

КТ обзорная грудной клетки (от 14.09.12):

Инфильтративных теней в легких нет, усиление деформация легочного рисунка в нижних отделах, больше справа. Корни умеренно тяжисты. Синусы свободны. Мелкие плевро-диафрагмальные спайки с обеих сторон. Срединная тень не смещена.

КТ черепа( от 18.09.12):

На боковой краниограмме костно-деструктивных изменений не выявлено.

Исследование стернального пунктата( от 15. 09.12):

Препарат костного мозга клеточный. Нейтрофильный росток угнетен. Эритроидный росток резко угнетен. Единичные нормобласты в препарате. Мегакариоциты встречаются редко, активность снижена. Свободно лежащие тромбоциты присутствуют в значительном количестве. Клеточный состав костного мозга представлен в основном клетками плазматического ряда- 18% составляют бласты, морфологически схожие с плазмобластами. Заключение: Миеломная Болезнь? Острый лейкоз?

**7. Обоснование клинического диагноза:**

На основании жалоб больной на слабость, головокружение, сердцебиение и одышку при длительной нагрузке, периодические боли в поясничном отделе позвоночника и ногах; на основании данных анамнеза заболевания: острое начало заболевания, сопровождающееся выраженным анемическим синдромом, на основании данных анамнеза жизни: частые простуды, работа с агрессивными химическими веществами; на основании данных объективного исследования: выраженная бледность кожных покровов, геморрагическая сыпь, артериальное давление 150/ 90 мм.рт.ст., систолический шум над всей областью сердца; данных лабораторных и инструментальных анализов: ОАК (эритропения,тромбоцитопения, повышение СОЭ, увеличение количества лейкоцитов, появление плазматических клеток в большом количестве), ОАМ (протеинурия, гематурия, лейкоцитурия), биохимический анализ крови (увеличение АлАТ, АсАТ, повышение уровня общего белка, мочевины, креатинина, нарушение соотношения альбуминов/глобулинов, М градиент, снижение уровня сывороточного железа, ОЖСС), данных УЗИ ( гепатомегалия незначительно выраженная), данных исследования стернального пунктата (Клеточный состав костного мозга представлен в основном клетками плазматического ряда- 18% составляют бласты, морфологически схожие с плазмобластами. заключение: Миеломная болезнь?, Острый лейкоз?) можно выставить следующий клинический диагноз:

Основной:Множественная миелома, диффузная форма, IIБ стадия. Вторичная гипохромная анемия средней степени тяжести. Вторичная нефропатия.

Сопутствующий: Артериальная гипертензия II степени риск 3

**8. Дифференциальный диагноз:**

Дифференциальный диагноз следует проводить с плазмоклеточным лейкозом, отличающимя от множественной миеломы значительно более быстрым прогрессированием, наличием значительного количества плазматических клеток в крови, тромбоцитопенией с выраженным геморрагическим синдромом, обширной плазматической инфильтрацией различных органов.

Необходима дифференциальная диагностика от других заболеваний, сопровождающихся гипергаммаглобулинемией. В первую очередь, от макроглобулинемии Вальденстрема, при которой имеет место избыточное содержание в крови иммуноглобулинов- макроглобулинов класса IgM. В отличие от множественной миеломы при этом заболевании имеет место выраженная лимфааденопатия, сплено- и гепатомегалия. Возможно формирование криоглобулинемического васкулита, синдрома Рейно, холодовой иммунной гемолитической анемии. Не возникает поражения почек. Отсутствует остеолиз черепа, позвонков, других костей скелета.

**9. Лечение:**

1. Стол Б.
2. Режим П.
3. Переливание эритроцитарной массы 750 мл внутривенно капельно
4. Этамзилат натрия 2 драже 2 раза в день
5. Омепразол 20 мг 2 раза в день
6. Аллопуринол 0,1 таб. 2 раза в день
7. Циклофосфан 20 мг через день.
8. Винкристин 1,4 мг/м внутривенно
9. Преднизолон 30 мг/м внутрь

**10. Дневники:**

14.09.12г. Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Обьективно: В легких дыхание везикулярное. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 80 в мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Аппетит хороший.

16.09.12г. Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Обьективно: В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 80 в мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Аппетит хороший.

19.09.12г. Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Обьективно: В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 19 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 82 в мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Аппетит хороший.

11. **Эпикриз**

Пациентка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1963г.р., поступила в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с жалобами на слабость, головокружение, сердцебиение и одышку при длительной нагрузке, периодические боли в поясничном отделе позвоночника и ногах. Из анамнеза заболевания: Считает себя больной с августа 2012 года, когда появилась слабость, головокружение, сердцебиение, одышка при физической нагрузке, на теле появилась геморрагическая сыпь. Пациентка обратилась по поводу этих жалоб в \_\_\_\_\_\_\_\_, где прошла обследование. Получила следующее стационарное лечение: режим п, стол Б, 5% глюкоза, вит. С , NaCl, Er- масса 600 мл, эналаприл, эссенсикапс. Для уточнения диагноза и дальнейшего лечения \_\_\_\_\_\_\_\_ направлена в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для стационарного лечения. На основании объективных данных: выраженная бледность кожных покровов, геморрагическая сыпь, артериальное давление 150/ 90 мм.рт.ст., систолический шум над всей областью сердца; Клинико-лабораторных исследований: данных исследования стернального пунктата (Клеточный состав костного мозга представлен в основном клетками плазматического ряда- 18% составляют бласты, морфологически схожие с плазмобластами. заключение: Миеломная болезнь?, Острый лейкоз?); ОАК (эритропения,тромбоцитопения, повышение СОЭ, увеличение количества лейкоцитов, появление плазматических клеток в большом количестве), ОАМ (протеинурия, гематурия, лейкоцитурия), биохимический анализ крови (увеличение АлАТ, АсАТ, повышение уровня общего белка, мочевины, креатинина, нарушение соотношения альбуминов/глобулинов, М градиент, снижение уровня сывороточного железа, ОЖСС) Был поставлен диагноз:

Основной:Множественная миелома, диффузная форма, IIБ стадия. Вторичная гипохромная анемия средней степени тяжести. Вторичная нефропатия.

Сопутствующий: Артериальная гипертензия II степени риск 3

В отделении производится консервативное лечение (Стол Б, Режим П, переливание эритроцитарной массы 750 мл внутривенно капельно, Этамзилат натрия 2 драже 2 раза в день, Омепразол 20 мг 2 раза в день, Аллопуринол 0,1 таб. 2 раза в день, Циклофосфан 20 мг через день, Винкристин 1,4 мг/м внутривенно , Преднизолон 30 мг/м внутрь.

На момент курации после проведенного лечения самочувствие больной улучшилось.