1. **Паспортная часть**
2. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_
3. Возраст: 62 года
4. Пол: женский
5. Семейное положение: вдова
6. Место работы: пенсионерка
7. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
8. Дата поступления в стационар: 15.10.2012 г. 9:45
9. Диагноз направившего лечебного учреждения: Множественная миелома IIа
10. Предварительный диагноз при поступлении: Множественная миелома IIа
11. **Жалобы больного при поступлении в клинику и их характеристика**

При поступлении:на выраженные боли в костях, грудине, позвоночнике общую слабость, головокружение.

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

 Считает себя больной с июля 2012 года, когда впервые возникли симптомы заболеванияния (выраженная общая слабость, головокружение, боли в костях, грудине, позвоночнике.).

 В августе 2012 была направлена в ВОКБ в гематологическое отделение, где был поставлен диагноз множественная миелома. При обследовании - в миелограмме количество плазматических клеток 80%. Выявлены – остеодистрофический синдром ,синдром белковой патологии. Положительная реакция на М-протеин, гамма-глобулины -52,0%, общий белок - 127г/л. Проведен 1 курс химиотерапии - в августе по протоколу М2(циклофосфан, винкристин, алкеран, ломустин, преднизолон) , на фоне проводимой терапии отмечено улучшение общего состояния, но сохранялся синдром белковой патологии (белок 118г/л). Настоящая госпитализация плановая, целью которой является 2 курс химиотерапии.

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.

Вдова, имеет одного ребенка.

Детские заболевания (корь, краснуха, скарлатина, дифтерия) отрицает. Туберкулез, гепатит, малярию, венерические заболевания отрицает. Гемотрансфузии были, осложнений. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет .

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 доступна. Телосложение астеническое. Внешний вид больной соответствует возрасту и полу. Рост 160 см, вес 50 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 слабо. 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. Отмечается сглаженность поясничного лордоза и незначительный сколиоз грудного отдела позвоночника.

**Система органов дыхания**

Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания с частотой 17 в минуту. Дыхание ритмичное, умеренной глубины, смешанного типа. Межреберные промежутки, над- и подключичные ямки хорошо выражены, безболезненны при пальпации.

При пальпации грудная клетка безболезненна, резистентна, голосовое дрожание умеренной силы, одинаково проводится на симметричных участках грудной клетки.

Над всей поверхностью легких при сравнительной перкуссии выслушивается ясный легочной 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 4 см. с обеих сторон. Дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет.

*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 76 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 см, площадь 3 см, средней высоты, резистентный.

*Перкуссия сердца*

Границы относительной сердечной тупости:

Правая – в 4-ом межреберье справа на 1 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 13.5 см: слева- 9,5 см. справа- 4 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 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя- нижний край 4-го ребра слева.

*Аускультация*

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Патологических шумов нет. АД – 130/80 мм рт. ст., ЧСС-79. Определяется акцент второго тона над аортой.

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 пациентки, оформленный, один раз в 2 дня.

*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, мутная. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-6 раз в сутки.

**VI. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**

Исходя из предполагаемого диагноза необходимо провести следующие лабораторные и инструментальные исследования:

1. Общий анализ крови;Анализ крови на RW, HBs-Ag
2. Общий анализ мочи с исследованием на белок Бенс-Джонса.
3. Биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, креатинин, мочевина, билирубин общий, глюкоза, АЛТ, АСТ,кальций.)
4. Иммунограмма с оценкой содержания отдельных типов иммуноглобулинов.
5. Электрофорез белков сыворотки крови:выявление М-градиента гамма-глобулиновой фракции.
6. Рентгенограмма черепа, позвоночника.
7. Стернальная пункция.
8. ЭКГ;
9. Коагулограмма, ПТИ, фибриноген

**VII Лабораторные и инструментальные данные, консультации специалистов**

**ОАК:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **15.10.2012** | **норма** |
| Эритроциты | 3,1\*1012/л | 3,5 - 4,5\*10 /л |
| Гемоглобин | 91г/л | 130 - 160г/л |
| цветной показатель | 0,88 | 0,85 - 1,05 |
| Лейкоциты | 4,4\*109/л | 4,0-7,0 /л |
| Палочкоядерн. | 8% | 2 - 4% |
| Сегментоядерн. | 54% | 40 - 70% |
| Моноциты | 5% | 2 - 8% |
| ЭозинофилыЛимфоциты |  1%27% | 0-1%  |
| Тромбоциты | 124\*109/л | 180 - 320\*10 /л |
| СОЭ | 62мм/ч | 1 -15мм/ч |

Заключение: количество эритроцитов, гемоглобина тромбоцитов, снижено, ускоренная СОЭ.

**ОАМ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **15.10.12** | **норма** |
| Цвет | мутная | светло-желтая |
| Плотность | 1019 | 1004 - 1024 |
| Клетки эпителия | 6-8 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 | 0,347 | до 0,033% |

Заключение: В моче повышено содержание белка и клеток эпителия.

**Коагулограмма 15.10.12**.: АЧТВ -42 сек, ПТИ- 0,6 Фибриноген-1,2

**Биохимический анализ крови:**

**15.10.12г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| общий белок | 116г/л | норма: 65г/л |
| глюкоза | 6,3 ммоль/л | норма:  |
| мочевина | 12,6 ммоль/л | норма: 2,51 - 8,35 ммоль/л |
| общий билирубин | 17,1 ммоль/л | норма: 8,5 - 20,5 ммоль/л |
| АлАТ | 34 Ед | норма: 8-56 Ед |
| АсАт | 38 Ед | норма: 5-40 Ед |
| креатинин | 0,15 ммоль/л | норма: 0,044 -0, 1 ммоль/л |
| Ca | 3 ммоль/л | норма:2,1-2,7ммоль/л |

Заключение: увеличено содержание общего белка, мочевины и креатинина, Са.

***Стернальная пункция 17.08.2012***

Нейтрофилы: Промиелоциты -0,4 (1-4)

 Миелоциты- 3,4(7-12)

 Метамиелоциты-2.8 (8-15)

 Палочки-1,8 (12-23)

 Сегменты-2,8 (13-24)

Сумма нейтрофилов 11,2 (51-68)

Базофилы-

Эозинофилы-0,4 (0,5)

Моноциты-0,6 (0,7-3,1)

Лимфоциты-3,6 (4,3)

Плазмотические клетки-80%( 0,1-1,8%)

Сумма клеток эритропоэза-4,2(14,5-27)

Заключение: в пунктате обнаружено большое количество плазматических клеток, снижено количество гранулоцитов,эритрокариоцитов.

**Rtg черепа 15.08.2012**: В костях свода черепа многочисленные округлые дефекты разной величены до 1 см в поперечнике.

**Сцинтиография костей скелета 23.08.2012.** Заключение: Множественные очаги поражения костей скелета (костей черепа, позвоночника, лопаток, ключиц, передних и задних отрезков ребер, подвздошных костей.) ,с учетом преимущественного поражения плоских костей.

**ЭКГ 15.10.12.:** Ритм синусовый, 78в минуту, нормальное положение эос.

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

 На основании жалоб на выраженную общую слабость, боли в костях, позвоночнике;

истрии заболевания (в августе была госпитализирована в гематологическое отделение ВОКБ , где был поставлен диагноз множественной миеломы).

Объективного статуса и дополнительных методов исследования: (количество эритроцитов, тромбоцитов, снижено, найдено большое количество плазматических клеток, ускоренная СОЭ;

увеличено содержание общего белка, мочевины, креатинина, Са ; положительный М-градиент; множественные очаги поражения костей скелета) поставлен диагноз: *множественная миелома IIа стадия.*

1. **Дифференциальная диагностика**
* 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.
* 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**

1. Винкристин оказывает довольно специфическое иммуносупрессивное действие при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре, понижает уровень антитромбоцитарных антител, уменьшает инфильтрацию костного мозга лимфоцитами и их цитотоксическую активность в отношении тромбоцитов**.**
2. Доксорубомицин-противоопухолевый антибиотик антрациклинового ряда. Оказывает антимитотическое и антипролиферативное действие.
3. Алкерам- цитостатический препарат алкилирующего действия, производное хлорэтиламина.
4. Ондансетрон (новолат. Ondansetron) - противорвотное средство центрального действия, избирательный антагонист серотониновых рецепторов 5НТ3.
5. Преднизолон — синтетический глюкокортикоидный лекарственный препарат средней силы.
6. Трамадол — наркотический анальгетик, относится к группе частичных агонистов опиоидных рецепторов. Обладает сильной анальгезирующей активностью, даёт быстрый и длительный эффект.
7. Омепразол-Ингибитор протонного насоса, снижает кислотопродукцию — тормозит активность Н+/К±АТФазы в париетальных клетках желудка и блокирует тем самым заключительную стадию секреции соляной кислоты.
8. Бисопролол — β-адреноблокирующее средство, широко применяющееся в кардиологической практике. Показаниями для назначения бисопролола являются артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, нарушения сердечного ритма.
9. **Лечение и его обоснование**

Режим – палатный, Стол-Б

Медикаментозное лечение:

1. Р-р Глюкозы 200мл +KCl 4%-40мл+6 ед Ins.
2. Винкрестин 2,0 в/в
3. Доксорубомицин 50 мг в/в
4. Алкерам 2 мг -10 таб 4дня
5. Преднизолон 5мг-4таб 3 раза
6. Трамадол 2,0 в/м
7. Ондансетрон 4 мл. На 200 мл физ. Р-ра
8. Омепразол 20 мг-2р/сут.
9. Бисакард 10 мг.1/2 таб 2р/сут.
10. **Дневник наблюдения**

15.10.12 Состояние удовлетворительное, жалобы на умеренную слабость, боли в костях. 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 – 74 уд/мин. Стул, диурез в норме.

 Лечение продолжить.

16.10.12. Состояние удовлетворительное, жалобы на общую слабость,боли в костях. Кожный покров чистый, бледный. Дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет, ЧД -16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. АД – 120/70 мм.рт.ст.; пульс – 78 уд/мин. Стул, диурез в норме.

1. **Эпикриз**

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ была госпитализирована в гематологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: «Множественная миелома IIа». При поступлении предъявляла жалобы на выраженную общую слабость, боли в костях, грудине ,позвоночнике.

Из анамнестических данных известно, что в июле 2012 года, впервые возникла выраженная общая слабость, головокружение, боли в костях, грудине, позвоночнике 15.08.12 была направлена в ВОКБ, где был поставлен диагноз множественная миелома. В августа был проведен один курс химиотерапии по протаколу М2. Госпитализирована в ВОКБ для продолжения лечения.

 Объективно: Состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное, больная контакту доступна. Телосложение астеническое. Внешний вид пациентки соответствует возрасту и полу. Рост 160 см, вес 50 кг. Кожа сухая, чистая, окраска кожных покровов бледная, эластичность кожи сохранена, видимые слизистые бледно-розовые, влажные.

Данные лабораторных и инструментальных исследований: в ОАК (15.10.12) – количество эритроцитов, тромбоцитов, снижено, ускоренная СОЭ; биохимический анализ крови (15.10.12) – увеличено содержание общего белка, мочевины и креатинина,Са : положительный М-градиент; множественные очаги поражения костей скелета.

На основании выше приведенного был поставлен диагноз: «Множественная миелома IIа стадия».

Была проведена медикаментозная терапия: 1)Р-р Глюкозы 200мл +KCl 4%-40мл+6 ед Ins. 2)Винкрестин 2,0 в/в 3)Доксорубомицин 50 мг в/в. 4)Алкерам 2 мг -10 таб 4дня. 5)Преднизолон 5мг-4таб 3 раза 6)Трамадол 2,0 в/м 7)Ондансетрон 4 мл. На 200 мл физ. Р-ра. 8)Омепразол 20 мг-2р/сут. 9)Бисакард 10 мг.1/2 таб 2р/сут.

1. **Прогноз**

Прогноз множественной миеломы неблагоприятный. Своевременно начатое лечение продлевает жизнь больных до 4 лет вместо 1-2 лет без лечения.При длительном лечении цитостатиками вохможен переход заболевания в острый лейкоз. Унелеченных больных такая трансформация происходит крайне редко.