I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст – 49 лет
3. Пол – женский
4. Семейное положение – замужем
5. Профессия –\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Домашний адрес – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Дата поступления в клинику – 13.09.12г. 12.40
8. Направлена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Диагноз направившего учреждения – системное заболевание крови
10. Предварительный диагноз при поступлении – системное заболевание крови

 11. Окончательный диагноз: Множественная миелома IIIА Анемия средней степени тяжести. Миеломная нефропатия. Артериальная гипертензия 2, риск 3

II. ЖАЛОБЫ

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на слабость, головокружение, сердцебиение и отдышку при длительной нагрузке, боли в поясничном отделе позвоночника.

III. ANAMNESIS MORBI

Считает себя больной примерно месяц, тогда её впервые стали беспокоить слабость, отдышка и головокружение. 07.09 12. Обследовалась в ЦГБ г. Полоцка. 13.09.12 была направлена на стационарное лечение в гематологическое отделение ВОКБ.

IV. ANAMNESIS VITAE

Родилась в срок 19.08.1963 году. Росла и развивалась нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, артериальная гипертензия, миома матки. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Переливания крови и кровезаменителей не было. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было. Спиртные напитки употребляет редко. Аллергоанамнез не отягощен.

IV. STATUS PRAESENS COMMUNIS

**Общий осмотр**

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание :ясное.

Состояние психики: настроение:

Нормостенического типа телосложения. Рост 160 см., Вес 71кг.

Кожный покров: бледный. Видимые слизистые бледно-розовые. Подкожная клетчатка развита умеренно. При пальпации молочных желез патологии не выявлено.

Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Пальпируется перешеек щитовидной железы, не увеличена, узлов не обнаружено.

**Костно-мышечная система**

Мышцы развиты слабо, тонус снижен. Деформации костей и суставов не обнаружено. Болезненность в поясничном отделе позвоночника при пальпации.

**Система органов дыхания**

*Осмотр грудной клетки*

Форма грудной клетки нормостеническая. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 18 в 1 минуту. Дыхание глубокое. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно.

*Пальпация грудной клетки*

Пальпаторно патологических симптомов не выявлено. Голосовое дрожание в норме.

*Перкуссия.*

При сравнительной перкуссии над всей проекцией легких ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

Нижняя граница.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии |  Правое легкое | Левое легкое |
| парастернальная | V межреберье | IV ребро |
| медиоклавикулярная | VI ребро | VI ребро |
| передняя аксилярная | VII ребро | VII ребро |
| средняя аксилярная | VIII ребро | VIII ребро |
| задняя аксилярная | IX ребро | IX ребро |
| лопаточная | X ребро | X ребро |
| паравертебральная | На уровне XI грудного позвонка |

Верхняя граница.

Высота стояния верхушки легкого спереди справа и слева 3,5 см, сзади справа и слева на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа и слева 7 см.

*Аускультация легких*

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Бронхофония не изменена.Хрипов нет.

**Система органов кровообращения**

*Осмотр области сердца и крупных сосудов*

Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

*Пальпация сердца и сосудов*

Пульс – 80в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, одинаковый на обеих руках. Артериальные стенки плотные.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

*Перкуссия сердца и сосудистого пучка*

Границы относительной тупости сердца

Правая: в 4-ом межреберье по правому краю грудины.

Левая: в 5-м межреберье на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: верхний край 3-о ребра слева на уровне окологрудинной линии.

Аускультация сердца и сосудов

Тоны сердца ритмичные, приглушены. Систолический шум на аорте. ЧСС – 80 в 1 мин.

АД – 150/90 мм рт ст.

**Система органов пищеварения**

Язык сухой, обложен беловатым налетом. Акт глотания не нарушен.

Живот мягкий безболезненный, симметрично участвует в акте дыхания.

При перкуссии живота определяется тимпанит над кишечником.

Границы абсолютной печеночной тупости:

По передней подмышечной линии: верхняя граница – VII ребро

 Нижняя граница – н/к XI ребра

 Размеры – 10,5см

Срединно-ключичная линия: верхняя граница – н/к VI ребра

 Нижняя граница – по краю реберной дуги

 Размеры – 11.5см

Окологрудинная линия (правая): Верхняя граница – в/к VI ребра

 Нижняя граница – 1см ниже реберной дуги

 Размеры – 9см

Срединная линия: нижняя граница на на границе верхней и средней 1/3 расстояния между мечевидным отростком и пупком.

Окологрудинная линия (левая): край реберной дуги.

Размеры селезенки

Поперечный – 5см, продольный – 7см.

Поверхностная пальпация живота

Живот мягкий, безболезненный.

Глубокая пальпация

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка толщиной около 2 см в диаметре, безболезненная, подвижная.(смещается до 4см)

Пальпировать нисходящий отдел толстого кишечника не удалось.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка, урчащая, безболезненная, около 4см в диаметре, подвижная.

Восходящую кишку пальпировать не удалось.

Ниже слепой кишки, косо вниз кнаружи пальпируется терминальный отрезок подвздошной кишки в виде тяжа диаметром около 0,5 см, плотного, урчащего, безболезненного.

Большая кривизна желудка пальпаторно не определена. Выявлена аускультативно на 4,5 см выше пупка.

Малую кривизну желудка, привратник и поперечно-ободочную кишку пальпировать не удалось.

Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Симптом Ортнера, Мерфи отрицательны. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

**Мочеполовая система**

Мочеиспускание свободное безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

**Психоневрологический статус**

Сознание ясное, больная несколько возбуждена, ориентирована в пространстве, собственной личности.

VI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больной: на слабость, головокружение, сердцебиение и отдышку при длительной нагрузке, боли в поясничном отделе позвоночника , выставляется предварительный диагноз – Системное заболевание крови. Анемия средней степени тяжести. Тромбоцитопения средней степени тяжести. Артериальная гипертензия 2, риск 3

VII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Общий анализ крови.

Общий анализ мочи.

Биохимический анализ сыворотки крови.

Иммунограмма.

Электрофорез белков сыворотки крови (выявление М-градиента гамма-глобулиновой фракции.

Рентгенография позвоночника.

Стернальная пункция.

VIII. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ

МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови 14/09/2012

*Гемоглобин:* 80 г/л

*Эритроциты:* 2,65х1012 /л

*СОЭ:* 76 мм в ч.

*Тромбоциты*: 159 х10^9 /л

*Лейкоциты:* 25,3х10^9 /л

*-палочкоядерные:* 5%

*-сегментоядерные:* 13%

*-лимфоциты:* 28%

- *моноциты* 7%

- *плазматические клетки* 54%

Снижено количество эритроцитов. Снижен гемоглобин. Увеличено количество лейкоцитов. Ускорение СОЭ. Увеличено количество плазматических клеток.

2. Биохимический анализ крови 21/12/2004

*АЛТ 58* Е/л

*АСТ42 Е*/л

*Глюкоза:* 4,6 ммоль/л

*Билирубин:* общий – 8,5, прямой – 2,1 мкмоль/л

*Мочевина:* 6,0 ммоль/л

*Креатинин:* 0,097 ммоль/л

*Общий белок:* 105 ммоль/л

*Железо сыв.:* 9,07 мкмоль/л

*ОЖСС:* 31,0 мкмоль/л

М-градиент.

Количество белка увеличено, количество сыв. железа снижено. Наличие М-градиента.

3. Общий анализ мочи 14/09/2012

*Цвет*: светло-желтый

*Реакция:* кислая

*Удельный вес:* 1,012 г/мл

*Прозрачность:* полная

*Белок: 1,3 г/л*

Сахар: -

*Эпителий:* 5-7 в поле зрения

*Лейкоциты:* 7-9 в поле зрения

*Эритроциты*: 8-10 в поле зрения

4. ЭКГ от 14/09/2012

Ритм синусовый, ЧСС 80 в минуту. Отклонение ЭОС влево. Умеренная гипертрофия левых отделов сердца.

5.Стернальная пункция 14/09/2012

Миелоциты 0,4%

Юные 0,6%

Палочкоядерные 3,0%

Сегментоядерные 8,8 %

Эозинофилы 0,8%

Моноциты 3,2%

Лимфоциты 6,0%

Плазматические клетки 76,4%

Нормоциты полихроматофильные 0,4%

 оксифильные0,4%

*Заключение:* пунктат гипоклеточный, мономорфный. 76,4 % клеточного состава представлено клетками с морфологическими признаками клеток миеломы. Все ростки кроветворения угнетены.

6.Гемостазиограмма14/09/2012

АЧТВ 23-35 сек.

Протромбиновый индекс - 0,77

Фибриноген А - 3,41

IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз следует проводить в первую очередь с плазмоклеточным лейкозом, отличающимся 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 котором имеет место избыточное содержание в крови иммуноглобулина М. От болезни тяжелых цепей, при которой в молекулах иммуноглобулинов отсутствуют легкие цепи.

Диагноз несекретирующей множественной миеломы верифицируется гистологическим исследование костного мозга методом иммунофлюоресценции (реакция Кунса).

X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб больной(на слабость, головокружение, сердцебиение и отдышку при длительной нагрузке, боли в поясничном отделе позвоночника.

); данных объективного исследования(боли в поясничном отделе позвоночника);данных лабораторных и инструментальных исследований(Снижено количество эритроцитов. Снижен гемоглобин. Увеличено количество лейкоцитов. Ускорение СОЭ. Увеличено количество плазматических клеток. Количество белка увеличено, количество сыв. железа снижено. Наличие М-градиента. Стернальная пункция: пунктат гипоклеточный, мономорфный. 76,4 % клеточного состава представлено клетками с морфологическими признаками клеток миеломы. Все ростки кроветворения угнетены.Отклонения в анализе мочи)выставляется окончательный диагноз – Множественная миелома IIIА Анемия средней степени тяжести. Миеломная нефропатия. Артериальная гипертензия 2, риск 3

XI. ЛЕЧЕНИЕ

План лечения данной больной:

1. режим общий
2. Vincristine 0,5 внутривенно 15,16,17,18.09 Противоопухолевое средство растительного происхождения, алкалоид из барвинка розового (Vinca rosea L.), блокирует метафазу митоза (связываясь с белком тубулином, приводит к разрыву митотического веретена).
3. Dexamethasoni 40 мг Глюкокортикостероидный гормон (гормон коры надпочечников, влияющий на углеводный и белковый обмен), обладающий сильным антиаллергическим и противовоспалительным свойством
4. Furosemide 1% 4,0 внутривенно "Петлевой" диуретик; вызывает быстро наступающий, сильный и кратковременный диурез. Обладает натрийуретическим и хлоруретическим эффектами, увеличивает выведение K+, Ca2+, Mg2+. Показания- гиперкальциемия.
5. Omeprazole 20 мг. 2 раза в день. Ингибитор H+-K+-АТФ-азы. Тормозит активность H+-K+-АТФ-азы в париетальных клетках желудка и блокирует тем самым заключительную стадию секреции соляной кислоты. Это приводит к снижению уровня базальной и стимулированной секреции, независимо от природы раздражителя.
6. Индапафон 2,0 мг. Утром Тиазидоподобный диуретик с умеренно выраженным продолжительным действием, производное сульфонамидов. Вызывает умеренный салуретический и диуретический эффект, связанный с ингибированием реабсорбции ионов натрия, хлора, водорода, и в меньшей степени, ионов калия в проксимальных канальцах и в кортикальном сегменте дистального канальца нефрона.Оказывает антигипертензивное действие, которое проявляется только при исходно повышенном артериальном давлении. Снижает тонус гладкой мускулатуры артерий, уменьшает общее периферическое сосудистое сопротивление. Показание-артериальная гипертензия.

XII. ПРОГНОЗ

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

XIII. ДНЕВНИКИ

|  |  |
| --- | --- |
| дата | дневники |
| 17/09/12 | Состоянию больной удовлетворительное. Сознание ясное. Предъявляет жалобы на слабость, головокружение, сердцебиение при длительной нагрузке, боли в поясничном отделе позвоночника. Кожные покровы бледные, чистые, тургор снижен. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 76 в мин. АД – 120/80. Дыхание везикулярное. ЧД – 18 в мин. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное. |
| 18/09/12 | Состоянию больной удовлетворительное. Сознание ясное. Предъявляет жалобы на слабость, головокружение, сердцебиение при длительной нагрузке. Кожные покровы бледные, чистые. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 76 в мин. АД – 120/80. Дыхание везикулярное. ЧД – 18 в мин. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное. |
| 19/09/12 | Состоянию больной удовлетворительное. Сознание ясное. Предъявляет жалобы на слабость, головокружение. Кожные покровы бледные, чистые. Живот мягкий, безболезненный. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 82 в мин. АД – 130/85. Дыхание везикулярное. ЧД – 18 в мин. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное. |

XIV. ЭПИКРИЗ

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_. поступила в клинику 13.09.12г. Направлена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. При поступлении больная предъявляла жалобы на слабость, головокружение, сердцебиение и отдышку при длительной нагрузке, боли в поясничном отделе позвоночника. На основании жалоб больной(на слабость, головокружение, сердцебиение и отдышку при длительной нагрузке, боли в поясничном отделе позвоночника); данных объективного исследования(боли в поясничном отделе позвоночника,бледный кожный покров);данных лабораторных и инструментальных исследований(Снижено количество эритроцитов. Снижен гемоглобин. Увеличено количество лейкоцитов. Ускорение СОЭ. Увеличено количество плазматических клеток. Количество белка увеличено, количество сыв. железа снижено. Наличие М-градиента. Стернальная пункция: пунктат гипоклеточный, мономорфный. 76,4 % клеточного состава представлено клетками с морфологическими признаками клеток миеломы. Все ростки кроветворения угнетены.Отклонения в анализе мочи) был выставлен диагноз – Множественная миелома IIIА Анемия средней степени тяжести. Миеломная нефропатия. Артериальная гипертензия 2, риск 3.