Алтайский Государственный Медицинский Университет

Кафедра внутренних болезней стоматологического и педиатрического факультетов

Зав. кафедрой, профессор А.В. Молчанов

**АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Больной: \_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Клинический диагноз**

Основное заболевание: В12-дефицитная анемия тяжелой степени

Сопутствующие заболевания: ИБС, экстросистолия

Куратор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата курации: 30.01.08 – 07.02.08

Преподаватель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Барнаул 2008

**Официальные данные**

Ф.И.О.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Возраст - 71 года

# Профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

# Дата поступления в клинику - 27.01.08г

Дата начала курации – 30.01.08г – 07.02.2008г.

**Жалобы**

На повышенную утомляемость, постоянную слабость при ходьбе, нарушение концентрации внимания, сильное головокружение, похудение, снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии, чувство покалывания в конечностях, ноги ватные.

**История заболевания (Anamnesis morbi)**

Считает себя больным примерно в течение 2-х месяцев, когда впервые появились жалобы на: повышенную утомляемость, постоянную слабость при ходьбе, нарушение концентрации внимания, сильное головокружение, похудение, снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии, чувство покалывания в конечностях, ноги ватные, было трудно ходить. С жалобами не куда не обращался, лечение не проходил. Впервые был доставлен в терапевтическое отделение, где был обследован и направлен на лечение.

**История жизни (Anamnesis vitae)**

*Общегеографические сведения:* родился в Алтайском крае, г. Барнаул. В настоящее время живет в г. Барнауле.

*Профессиональный анамнез:* .пенсионер.

*Бытовой анамнез:* Проживает в благоустроенной 2-х комнатной квартире, питание регулярное.

*Перенесенные заболевания:* полостных операций не было, туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает.

*Трансфузионный анамнез:* переливания крови не было.

*Аллергологический анамнез:* пищевая, лекарственная, химическая аллергия отсутствует.

*Хронические интоксикации:* не курит, алкоголь не употребляет.

*Наследственность:* не отягощена.

## Семейная родословная

Легенда: II1- пробанд страдает анемией. I1 – анемией не страдала, умерла естественной смертью, I2 – анемией не страдал, умер естественной смертью, II2 - анемией не страдает, III1 и III2 анемией не страдают.

**Настоящее состояние (Status presents communis)**

Общий осмотр

*Общее состояние:* удовлетворительное

*Сознание:* ясное

*Положение больного:* активное

*Телосложение:* пропорциональное

*Конституция:* нормостеническое

*Походка:* шаткая.

*Осанка:* прямая

*Рост:* 165см.

*Масса:* 65 кг

*Температура тела:* 36.5 С на момент поступления.

**Исследование отдельных частей тела**

*Кожные покровы*: желтушного цвета, эластичность кожи снижена, кожа сухая, сыпи отсутствуют.

*Ногти:* без особенностей.

*Подкожная клетчатка:* развита нормально, толщина складки в подключичной области 0.5 см, отеков нет.

*Лимфатические узлы:* пальпируются подчелюстные лимфатические узлы, безболезненные, подвижные, эластичной консистенции. Затылочные, шейные, над- и подключичные, локтевые, подмышечные, подколенные, паховые лимфатические узы не пальпируются.

*Подкожные вены:* малозаметные, припухлости, покраснения, болезненности не выявлено.

*Голова:* овальной формы, положение прямое, симптом Мюссе отсутствует.

*Шея:* не искривлена, щитовидная железа эластичной консистенции, безболезненна.

*Лицо:*

-выражение лица: апатичное.

-глазная щель: нормальная

-веки: нормальной окраски, без отеков.

-склеры: белого цвета

-зрачки: круглой формы, прямая реакция на свет адекватная, содружественная реакции на свет адекватная.

-симптомы: Греффе, Штельвага, Мебиуса отрицательные.

-нос: прямой формы, изъязвлений кончика носа нет.

-Губы: углы рта симметричны, расщелин губ нет, цианотичного цвета, без высыпаний.

-Полость рта: запаха изо рта нет, афт, пигментаций, пятен Бельского-Филатова-Коплика, кровоизлияний не выявлено.

-десны: розового цвета, без кровоточивости.

-Зубы:

00000000 00000000

87654321 12345678

87654321 12345678

00000000 00000000

-Язык: больной свободно высовывает язык, цвет красный «лаковый», без налёта и трещин, влажный.

-Миндалины: правильной формы, не выступают за нёбные дужки.

**Исследование опорно-двигательного аппарата**

Осмотр

*Конфигурация суставов:* припухлости и деформаций суставов нет.

*Величина окружности сустава*: левый локтевой 18 см , правый локтевой 18 см, правый коленный 35 см, левый коленный 35 см.

*Окраска кожи над суставами:* не изменена.

*Степень развития мышечной системы:* нормальная, дистрофических изменений нет.

Поверхностная пальпация

*Исследование кожной температуры над поверхностью сустава:* не изменена.

*Объём активных и пассивных движений в суставе:* ограниченная подвижность.

*Симптомы:* подбородок-грудина, Томайера, Форестье, Отта, Шобера, проба «фабере»- отрицательные.

Суставные шумы отсутствуют.

Глубокая пальпация

Наличие выпота в суставе не обнаружено, «суставные мыши» отсутствуют.

*Выявление болезненности:* симптом «флюктуации», симптом переднего и заднего «выдвижного ящика», симптом Кушелевского- пальпация безболезненна.

Перкуссия

Поколачивание костей безболезненно.

**Исследование органов дыхания**

Осмотр грудной клетки

*Форма грудной клетки*: правильная, симметрична, межреберные промежутки не расширены.

Экскурсия обеих половин грудной клетки равномерна.

*Тип дыхания*: смешанный.

*Частота дыхания*: 18 в минуту.

*Ритм дыхания*: правильный.

Экскурсия грудной клетки 5 см.

# Пальпация грудной клетки

*Определение эластичности:* эластична

*Болезненность:* безболезненна.

*Голосовое дрожание:* одинаково на всех симметричных участках, не изменено.

Ощущение трения плевры при пальпации нет.

Сравнительная перкуссия легких

Выслушивается ясный легочной звук во всех девяти парах точек.

Топографическая перкуссия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы легких | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| Высота стояния верхушек | 3 см над ключицей | 4 см над ключицей |
| Ширина полей Кренига | 5 см | 5 см |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Парастернальная | 5 межреберье | - |
| Среднеключичная | 6 межреберье | - |
| Переднеаксилярная | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Среднеаксилярная | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Заднеаксилярная | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Лопаточная | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Паравертебральная | Отросток 11 грудного позвонка | Отросток 11 грудного позвонка |

# Аускультация легких

Во всех девяти парных точках выслушивается дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Бронхофония: проводится одинаково на симметричных участках.

**Исследование органов кровообращения**

Осмотр

Дефигурации в области сердца и ограниченных выпячиваний грудной клетки нет.

Пульсация верхушечного толчка и сердечного толчка не обнаружено. Отрицательного верхушечного толчка нет.

Пульсация во внесердечной области: «пляска каротид», пульсация шейных вен, в ярёмной ямке, эпигастральная пульсация, пульс Квинке отсутствует.

Пальпация

*Верхушечный толчок:* в 5 межреберье на 1.5 см левее среднеключичной линии, ширина 2 см., ослабленный.

*Наличие систолического и диастолического дрожания:* симптом «кошачьего мурлыканья» отрицательный.

*Пульс и его свойства*: синхронный*,* ритмичный, мягкий, пустой, скорый, 60 ударов в минуту.

Перкуссия

Границы относительной и абсолютной сердечной тупости.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная | Абсолютная |
| Правая | В IV межреберье у правого края грудины | Левый край грудины в IV межреберье |
| Левая | В V межреберье по среднеключичной линии | На 1,5 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье |
| Верхняя | В III межреберье слева по окологрудинной линии | У левого края грудины в IV межреберье |

Сосудистый пучок - 5 см

Длинник – 14 см

Поперечник - 12 см

Конфигурация сердца аортальная

# Аускультация

Тоны и их характеристика

-сила: ослабление тонов сердца.

-частота: нормокордия.

-ритм: правильный.

-раздвоения и расщепления тонов не выслушивается.

АД - 120/80 мм.рт.ст.

Внутрисердечные шумы не выслушиваются.

Внесердечные шумы: шум трения перикарда и плевроперикардиальный шум не выслушиваются.

**Исследование органов брюшной полости**

Осмотр

Форма живота плоская.

Живот симметричный.

Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания.

Видимой перистальтики нет.

Подкожные венозные анастомозы отсутствуют.

Окружность живота 73 см.

Пальпация

*Поверхностная пальпация:* живот мягкий, безболезненный, напряжение брюшной стенки нет. Расхождений и грыжевых Выпячиваний в области белой линии живота и около пупка не обнаружено. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Опухолевых образований не обнаружено.

*Глубокая пальпация:* в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде цилиндрического тяжа, умеренной подвижности, диаметром 2 см. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка, безболезненна, диаметром 3 см. Восходящая, поперечная, нисходящая ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется. При аскусльто-перкуссии и вскульто-фрикции определяется на 3 см выше пупка.

*Пальпация печени:* пальпируется передне-нижний край печени на уровне реберной дуги – закругленный, поверхность эластичная.

*Пальпация желчного пузыря:* желчный пузырь не пальпируется. Симптом Курвуазье, Френикус феномен и симптом Образцова-Мерфи – отрицательные.

*Пальпация селезёнка:* селезёнка не пальпируется.

Перкуссия

*Перкуторный звук:* тимпанический.

*Симптом Менделя:* отрицательный.

*Симптом флюктуации:* отрицательный.

*Размеры печени по Курлову:* 9/8/7 см.

*Симптомы Ортнера, Василевского, Захарьина:* отрицательные.

*Размер селезёнки по Курлову:* Длинник 6 см. Поперечник 4 см.

Аускультация

Перистальтика живота умеренная.

При аускультации шум трения брюшины не выслушивается.

Систолический шум над аортой и почечной артерией не выслушивается.

**Исследование органов мочевыделения**

Осмотр

Припухлостей, отёков, покраснений в поясничной области нет.

Выпячиваний над лобком не выявлено.

Пальпация

Почки пальпируются в положении стоя по Боткину и в горизонтальном положении. Пальпация почек безболезненна, почки подвижны, опущения почек нет.

Пальпация надлобковой области безболезненна.

Перкуссия

Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Притуплённый звук при перкуссии мочевого пузыря.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного: На повышенную утомляемость, постоянную слабость при ходьбе, нарушение концентрации внимания, сильное головокружение, снижение аппетита, похудание, дискомфорт в области эпигастрия. Данных анамнеза заболевания: заболевание развивалось в течении 2-х месяцев с постепенным присоединением симптомов. Данных анамнеза жизни: наличие хронического заболевания(ИБС). Объективные данные: ЧСС=80 уд./мин., бледно-желтый цвет кожных покровов, одышка.

Можно предположить, что в патологический процесс вовлечена система крови.

На основании жалоб и данных объективного исследования можно выделить следующие синдромы:

1. Гипоксичкский синдром: жалобы на повышенную утомляемость, постоянную слабость, нарушение концентрации внимания, сильное головокружение. Объективно: бледно-желтые кожные покровы.

2 Синдром поражения нервной системы: фуникулярный миелоз- парастезиии, покалывания, шаткая походка, чувствительность снижена.

3. Синдром поражения кроветворной ткани: синдром желтухи. Объективно: желтоватые кожные покровы.

4. Синдром поражения ЖКТ: снижение аппетита, похудание, атрофия слизистой полости рта «лаковый язык».

Исходя из наличия у пациета гипоксического, синдрома поражения нервной системы, синдрома поражения кроветворной ткани, синдрома поражения ЖКТ можно предположить, что у пациента анемия.

Также исходя из имеющихся гипоксического, синдрома поражения нервной системы, синдрома поражения кроветворной ткани, синдрома поражения ЖКТ можно предположить, что это В12 - дефицитная анемия.

Данные анамнеза болезни: первые симптомы появились около 2-х месяцев назад, можно сделать вывод, что заболевание не носит хронического характера, а также учитывая жалобы на: повышенную утомляемость, постоянную слабость при ходьбе, нарушение концентрации внимания, сильное головокружение, снижение аппетита, похудание, дискомфорт в области эпигастрия и объективные данные: одышка, бледно-желтый цвет кожных покровов, ЧСС=80 уд/мин., можно предположить тяжелую степень.

Итак, можно предположить диагноз: В12 - дефицитная анемия тяжелой степени.

**План дополнительных методов исследования**

Лабораторные исследования

Общий анализ крови: можно обнаружить снижение гемоглобина, уменьшение содержания гемоглобина в эритроцитах, гипохромию, микроцитоз и анизоцитоз эритроцитов, снижение гематокрита, увеличение СОЭ, цветовой показатель, ретикулоциты.

Общий анализ мочи: Изменений не должно быть.

Биохимический анализ крови:

Кал на скрытую кровь.

Инструментальные методы

Фиброгастродуаденоскопия: нарушения ЖКТ.

Ирригоскопия: нарушения ЖКТ.

Ректороманоскопия: нарушения ЖКТ.

ЭКГ: выявление сопутствующих нарушений.

Стернальная пункция: для обнаружения мегалобластов.

**Результаты дополнительных методов исследования**

ОАК(27.01.08):

Hb: 44 г/л

Лейкоциты: 5,7\*10(9)

СОЭ: 27 мм/ч

Ретикулоциты 0,5

Базофилы: 0

Эозинофилы: 0

Юные: 3

Сегментоядерные: 60

Палочкоядерные: 1

Лимфоциты: 29

Моноциты: 6

Цветовой показатель: 1.08

ОАМ:

Цвет: соломенно-желтая

Прозрачность: прозрачная

Вес: 1017

Лейкоциты:10-14

Эпителий: 3 - 5 в поле зрения

БАК:

Железо: 15,6 мкмоль/л

Общий билирубин: 44,0 мкмоль/л

Непрямой билирубин: 40,0 мкмоль/л

Мочевина: 6,3 мкмоль/л

Креатинин 72 мкмоль/л

# Холестерин: 5,4 ммоль/л

Общий белок: 72 г/л

Стернальный пунктат:

Нейтрофильные миелоциты: 12

Ю: 6 П: 9 С: 11 Л: 2,5 М:0

Плазматические клетки: 4,0

Эритробласты с тельцами Жолли

Базофильные нормобласты: 5.0

Полихроматофильные нормобласты: 2.0

Ортохроматофильные нормобласты: 7.5

Мегалобласты базофильные

Мегалобласты полихроматофильные 37.5%

Мегалобласты ортохроматофильные

Костный мозг обильный, отмечается макроцитоз палочкоядерных нейтрофилов. Встречаются эритроциты с тельцами Жолли. Мегакариоциты единичные в препарате. Мегалобласты всех степеней зрелости- 37.5 %. Митоз – 1.5 : 100.

**Клинический диагноз**

На основании данных общего анализа крови: гемоглобин 44 г/л можно подтвердить наличие анемии. Исходя из биохимического анализа крови:, мегалобласты 37,5 % ,встречаются эритроциты с тельцами Жолли можно утверждать, что это В12- дефицитная анемия. Учитывая процент содержание мегаобластов и объективные данные: одышка, бледно-желтый цвет кожных покровов, ЧСС=80 уд/мин., можно поставить тяжелую степень.

*Основное заболевание:* В12 дефицитная анемия тяжелой степени.

**Этиология и патогенез**

Анемия - снижение содержания гемоглобина и/или числа

эритроцитов в потребностей тканей в кислороде. От истинной анемии необходимо отличать анемию вследствие снижения гематокритного числа при увеличении объема плазмы, что наблюдается иногда у больных со спленомегалией, при сердечной недостаточности, перегрузке жидкостью. Анемия является проявлением многих патологических состояний и, как правило, вторична.

В12 - дефицитная анемия – группа заболеваний, которое связанных с дефицитом цианокобаламина или нарушением его метаболизма.Витамин В12 дефицитную анемию в основном наблюдают в пожилом возрасте,несколько чаще у женщин.

Поэтому в большинстве случаев В12 дефицитной анемии предшествует недостаточное поступление витамина В в результате нахождения в организме бактерий, широкого лентеца; нарушения всасывания витамина В12 в кишечнике (синдром мальадсорбции, хронический панкреатит);нарушение всасывание В12 из-за дефицита f Касла (при хроническом атрофическом гастрите, при хроническом алкоголизме, гастроэктомии); при синдроме слепой кишки; хронических заболеваниях печени; при нарушении транспорта В12 в костный мозг; алиментарной недостаточности.

Распространенность анемии

Распространенность анемий среди населения зависит от региона, пола,

возраста, эколого-производственных и климатогеографических условий. Как было установлено М.И. Лосевой с соавт. (1989), распространенность анемий среди женщин, работающих на промышленном предприятии, трудовая деятельность которых не связана с воздействием вредных гематотропных факторов, составила 5,9%, а среди имеющих контакт с вредными гематотропными факторами (органические растворители) — 36,4%; среди студенток-медиков — в 13,7%; среди беременных женщин — 28,8%; среди лиц старше 60 лет — 20,2-35,8%. Структура анемий имеет особенности в каждой группе.

Идиопатическая форма В12 - дефицитной анемии развивается в результате ненодостаточного поступления в организм цианокобаламина вследствие нарушения выработки внутреннего фактора Касла – гликопротеина, синтезируемого париетальными клетками слизистой оболочки желудка. В12 - дефицитная анемия аутоиммунное заболевание, при котором происходит образование АТ к париетальным клеткам желудка или к внутреннему фактору, в большинстве случаев сочетается с фундальным гастритом и ахлоргидрией. Появление АТ к париетальным клеткам или фактору Касла также возможно при других аутоиммунных заболеваниях – СД, тиреоидите Хашимото, болезнь Аддисона, микседеме и др. После тотальной гастрэктомии витамин В12 - дефицитная анемия развивается через 5-8 и более лет после операции. Нарушения синтеза внутреннего фактора возможно при алкоголизме, вследствие токсического поражения слизистой оболочки желудка. Дефицит витамина В12 может быть связан с нарушением его всасывания при заболеваниях тонкой кишки (тяжелый хронический энтерит, терминальный илеит, дивертикулез тонкой кишки), а также с инвазией широким лентицом и избыточным ростом кишечной микрофлоры при синдроме «слепой кишки», поглощающими большое количество цианокобаламина. Кроме того существуют редкие наследственные формы пернициозной анемии: пернициозная анемия у подростков с полигландулярным аутоиммунным синдромом, пернициозная анемия ювенильная с относительной недостаточностью всасывания В12, протеинурией, врожденная пернициозная анемия. Коферментные формы витамина В ( метилкобаламин и дезоксиаденозинкобаламин) учавствуют в переносе метильных групп и водорода, в частности при биосинтезе метионина из гомоцистиина. Нарушение этого процесса приводит к недостаточному образованию активных метаболитов фолиевой кислоты, что проявляется мегалобластным кроветворением. Из-за недостаточности синтеза метионина также нарушается образование компонентов миелина, что обусловливает демиелинизацию, приводяшею к неврологическим расстройствам.

**Дифференциальный диагноз**

В12–дефицитную анемию следует дифференцировать с железодефицитной анемией. Объективно при Fe-дефицитной анемии: бледность и сухость кожных покровов с алебастровым оттенком ( изъязвления в углах рта, ангулезный стоматит), ломкость и слоистость ногтей, выпадение волос, извращение вкуса, обоняния, недержание мочи, анурез, синева склер,. При В12 –дефицитной анемии: бледность с желтушным оттенком, склеры субиктеричны, болезненность при поколачивании по суставам, атрофия слизистой оболочки полости рта, красный «лаковый» язык, шаткая походка. При лабораторном исследовании выявляется: ОАК-снижение содержания гемоглобина и эритроцитов, при биохимическом – снижение уровня сывороточного железа, уровня ферритина, стернальная пункция – гиперпластичность красного костного мозга, снижение сидеробластов. Эти изменения выявляются при железодефицитной анемии. При В12 –дефицитной анемии: ОАК- снижение эритроцитов, иногда снижение гемоглобина, в мегалоцитах тельца Жолли, лейкопения с лимфоцитозом, тромбоцитопения, при биохимическом анализе – повышается уровень непрямого билирубина, метилмалоновая кислота выходит с мочой, при пункции костного мозга – наличие мегалобластов более 30 %, гигантские нейтрофилы. При железодефицитной анемии выделяют два синдрома: обще анемический и сидеропенический (бледность и сухость кожных покровов с алебастровым оттенком ( изъязвления в углах рта, ангулезный стоматит), ломкость и слоистость ногтей, выпадение волос, извращение вкуса, обоняния). При В12 –дефицитной анемии следующие синдромы: 1. Гипоксичкский синдром: жалобы на повышенную утомляемость, постоянную слабость, нарушение концентрации внимания, сильное головокружение. Объективно: бледно-желтые кожные покровы.

2 Синдром поражения нервной системы: фуникулярный миелоз- парастезиии, покалывания, шаткая походка, чувствительность снижена.

3. Синдром поражения кроветворной ткани: синдром желтухи. Объективно: желтоватые кожные покровы.

4. Синдром поражения ЖКТ: снижение аппетита, похудание, атрофия слизистой полости рта «лаковый язык».

**План лечения**

Цель лечения: повышение гемоглобина, насыщение организма цианокобаламином.

1. Диета: рекомендовано употреблять в пищу продукты богатые витамином В12: печень, гречневая крупа, злаковые продукты.

2. Препараты :

3. Общеукрепляющая терапия:

**Дневник**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата, температура тела | Дневник наблюдения | Назначения |
| 30.01 36,7 | Состояние удоволетворительное, сознание ясное, в легких хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, безболезненный.  Кожные покровы бледно-желтые, сухие, сильная слабость, головокружение. | Новых назанчений нет. |
| 31.01 36,6 | Состояние удоволетворительное, сознание ясное, в легких хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, безболезненный.  Кожные покровы бледно-желтые, слабость, головокружение. | Новых назанчений нет. |
| 01.02 36,5 | Состояние удоволетворительное, сознание ясное, в легких хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, безболезненный.  Кожные покровы бледно-желтые, слабость. | Новых назанчений нет. |
| 04.02 36,5 | Состояние удоволетворительное, сознание ясное, в легких хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, безболезненный.  Кожные покровы бледно-желтые, слабость. | Новых назанчений нет. |
| 05.02 36,5 | Состояние удоволетворительное, сознание ясное, в легких хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, безболезненный.  Кожные покровы бледно-желтые, , слабость. | Новых назанчений нет. |
| 06.02 36,5 | Состояние удоволетворительное, сознание ясное, в легких хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, безболезненный.  Кожные покровы бледно-желтые. | Новых назанчений нет. |
| 07.02 36,6 | Состояние удовол., сознание ясное, в легких хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, безбол.Кожные покровы бледно-желтые. | Новых назанчений нет. |

**Этапный эпикриз**

Больной, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. года рождения находится на стационарном лечении в терапевтическом отделении с 27.01.08. с диагнозом: В12 – дефицитная анемия тяжелой степени. Для уточнения диагноза и проведения лечебных мероприятий.

Больной поступил с жалобами: на повышенную утомляемость, постоянную слабость при ходьбе, нарушение концентрации внимания, сильное головокружение, похудение, снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии, чувство покалывания в конечностях, ноги ватные.

За время нахождения в стационаре больному проводились следующие исследования:

ОАК(07.02.08):

Hb: 65 г/л

Лейкоциты: 5,7\*10(9)

СОЭ: 27 мм/ч

Базофилы: 0

Эозинофилы: 0

Юные: 3

Сегментоядерные: 60

Палочкоядерные: 1

Лимфоциты: 29

Моноциты: 6

Цветовой показатель: 1.08

ОАМ:

Цвет: соломенно-желтая

Прозрачность: прозрачная

Вес: 1017

Лейкоциты:10-14

Эпителий: 3 - 5 в поле зрения

БАК:

Железо: 15,6 мкмоль/л

Общий билирубин: 44,0 мкмоль/л

Непрямой билирубин: 40,0 мкмоль/л

Мочевина: 6,3 мкмоль/л

Креатинин 72 мкмоль/л

# Холестерин: 5,4 ммоль/л

Общий белок: 72 г/л

Стернальный пунктат:

Нейтрофильные миелоциты: 12

Ю: 6 П: 9 С: 11 Л: 2,5 М:0

Плазматические клетки: 4,0

Эритробласты с тельцами Жолли

Базофильные нормобласты: 5.0

Полихроматофильные нормобласты: 2.0

Ортохромные нормобласты: 7.5

Мегалобласты базофифильнче

Мегалобласты ортохромные

Мегалобласты полихроматофильные 152 %

Было назначено лечение: Цианокабаламин по 1000 мг. 1 раз в день подкожно.

В результате лечения было отмечено улучшения состояния больного: уменьшилось головокружение и чувство слабости.

Заключение: лечение эффективно, т.к. гемоглобин 65 г/л, мегалобласты 152%. Следует продолжать тактику лечения до нормализации показателей.

**Заключительный эпикриз**

Больной, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.года рождения находится на стационарном лечении в терапевтическом отделении с 27.01.08. с диагнозом: В12 – дефицитная анемия тяжелой степени. Для уточнения диагноза и проведения лечебных мероприятий.

Больной поступил с жалобами: на повышенную утомляемость, постоянную слабость при ходьбе, нарушение концентрации внимания, сильное головокружение, похудение, снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии, чувство покалывания в конечностях, ноги ватные.

За время нахождения в стационаре больному проводились следующие исследования:

ОАК(07.02.08):

Hb: 65г/л

Лейкоциты: 5,7\*10(9)

СОЭ: 27 мм/ч

Базофилы: 0

Эозинофилы: 0

Юные: 3

Сегментоядерные: 60

Палочкоядерные: 1

Лимфоциты: 29

Моноциты: 6

Цветовой показатель : 1.08

ОАМ:

Цвет: соломенно-желтая

Прозрачность: прозрачная

Вес: 1017

Лейкоциты:10-14

Эпителий: 3 - 5 в поле зрения

БАК:

Железо: 15,6 мкмоль/л

Общий билирубин: 44,0 мкмоль/л

Непрямой билирубин: 40,0 мкмоль/л

Мочевина: 6,3 мкмоль/л

Креатинин 72 мкмоль/л

# Холестерин: 5,4 ммоль/л

Общий белок: 72 г/л

Стернальный пунктат:

Нейтрофильные миелоциты: 12

Ю: 6 П: 9 С: 11 Л: 2,5 М:0

Плазматические клетки: 4,0

Эритробласты с тельцами Жолли

Базофильные нормобласты: 5.0

Полихроматофильные нормобласты: 2.0

Ортохроматофильные нормобласты: 7.5

Мегалобласты базофифильнче

Мегалобласты ортохромные

Мегалобласты полихроматофильные 152 %

Было назначено лечение: Цианокабаламин по 1000 мг. 1 раз в день подкожно.

В результате лечения было отмечено улучшения состояния больной: уменьшилось головокружение и чувство слабости.

Заключение: больной еще находится на лечении в терапевтическом отделении до дальнейшего улучшение состояния и нормализации показателей.

**Список литературы**

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. Справочник Видаль. Лекарственные препа-раты в России: Справочник М.: OVPEE-Астра Фарм Сервис, 2000 .- 1408с.