

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

№1 Ішкі аурулар кафедрасы

СӨЖ

СИТУАЦИЯЛЫҚ ЕСЕП

Қабылдаған: Сайланова Д.К.

Орындаған: Талғатқызы Т.

Факультет: ЖМ


Курс: 4

Тобы: 27-01

Алматы 2016

57 жастағы әйел.

Айқын шаршағыштыққа, бас айналуға, еңбекке қабілеттілігінің төмендеуі, физикалық жүктемеде ентігу және жүрек қағу; жөтел және кеудесіндегі ауыру сезімі; жиі мұрыннан қан кету; иектерінің қанталауы, денесіндегі көгерулер, тамағындағы ауыру сезіміне шағымданды.



Науқасқа қоятын
сұрақтарыңыз?

- ✓ Сіз өзіңізді науқаспын деп қашан алғаш рет сезіндіңіз, өтінем айтып беріңізші?
- ✓ Ауырып жүрген уақытта сіз дәрігерге қаралдыңыз ба? Қандай зерттеулер жүргізілді?
- ✓ Неліктен сіз дәрігерге қаралмадыңыз, күнделікті өмірге ауру кедергі болмады ма?
- ✓ Соңғы рет сіз қашан жалпы қан анализін өткіздіңіз?
- ✓ Соңғы кезде сіз мұрыннан және иектен қан кетулерден басқа да қан кетулерді байқамадыңыз ба?
- ✓ Қанша жүктілік, босану және соңғы жүктілік қашан болды? Жүктілік қалай өтті? Сізде гестоздар болды ма?
- ✓ Қай жасыңызда климакс дамыды?
- ✓ Еттекіріңіз бір қалыпты, қан кетулер көп мөлшерде болды ма?
- ✓ Сіз бұрын вирусты гепатит, туберкулез, баспа, тұмаумен ауырмадыңыз ба? Қан құюлар болды ма?
- ✓ Қандай да бір дәрілерді тұрақты қабылдайсыз ба?
- ✓ Сізде бүйректің, бауырдың, АІЖ, буындардың, қалқанша безінің созылмалы аурулары бар ма?
- ✓ Сіздің жұмысыңыз зиянды факторлармен байланысты ма?
- ✓ Жанұялық тұқым қуалайтын аурулар бар ма?



Анамнезі

Анамнезінде: 8 ай бойы бірітіндеп әлсіздіктің өршуін, тез шаршағыштықты, бас айналуға, жүктеме кезінде жүректің қатты соғуын және ентігуді анықтаған. Бір жыл бұрын ЖҚА анемия анықталған, ұсынылған зерттеулерді өтпеген, ем қабылдамаған, қанша дегенмен субъективті жағдайы зардап шекпеген. Соңғы 3-4 айда денесінде қанталулар, мұрыннан, иектен қан кетулер, беттерінде, иектерінде қабыну өзгерістері анықталды. Бронхитпен және баспамен жиі ауыратыны анықталды. Тұқым қуалайтын ауруларын жоққа шығарды. Кәсіби зияндылықтар – инсектицидтердің токсикалық әсері анықталды – ауыл шаруашылықта 30 жыл жұмыс істеген.



Науқасты физикальді
қарап тексеріңіз

Объективті: геморрагиялық синдромның әсерінен жағдайы ауыр. Дене қалпы қалыпты, тамақтануы төмендеген, бойы 165 см, салмағы 55 кг. Есі анық. Оң жақ асты лимфа түйіні ұлғайған. Тобық-балтыры ісіңкіреген. Тері жабындылары бозарған, терісі құрғақ. Мойында, кеудесінде петехиальді бөртпелер, ішінің, самның ішкі беткейінің терісінде геморрагиялар анықталады. Еріннің қызыл еті – бозарған, жоғарға таңдайдың шырышты қабатында бірлі-жарым гематомалар анықталды. Тырнақтары сызылған, бозарған, жұқарған. Шаштары сирек, жұқарған, бұлыңғыр. Тілі ылғалды, түбірі ақ қақпен жабылған. Өкпесінде оң жақтан тынысы әлсіреген, төменгі бөлігінде ылғалды, майда көпіршікті сырылдар естіледі. ТАЖ 20 рет мин. Жүрек үндері анық, ырғағы дұрыс, жүрек ұшында систолалық шу естіледі, ЖСЖ – 110 рет мин, АҚ оң қолында - 100/70 мм сб.б. АҚ сол қолында - 100/70 мм сб.б. Іші жұмсақ, ауыру сезімсіз, бауыры ұлғаймаған, Курлов бойынша 9*8*7 см. Көк бауыры ұлғаймаған. Үлкен дәреті бір қалыпты, патологиялық қоспаларсыз.



Болжам диагнозыңыз?


Инфекциялық асқынулардың дамуымен
анемиялық, геморрагиялық
синдромдарды ескеріп алдын ала
қойылған диагноз:

- жүре пайда болған апластикалық
анемия, ауыр түрі.
- Ауруханадан тыс оң өкпенің төменгі
бөлігінің пневмония



**Лабораторлы – аспаптық
зерттеулерді тағайындаңыз**

- ЖҚА (ретикулоциттерді, тромбоциттерді, гематокритті анықтаумен);
- БҚА (миелограмманы және трепанобиопсияны анықтау);
- кеуде ағзаларының R-графиясын;
- ЭКГ.



Лабораторлық - аспаптық
зерттеудің нәтижелері.

Жалпы қан анализінің нәтижесі

Көрсеткіштер	Нәтижелер
Гемоглобин, г/л	50
Эритроцит $\times 10^{12}/\text{л}$	1,5
Түсті көрсеткіш	1,0
Тромбоцит, $\times 10^9/\text{л}$	20
ретикулоциттер	1,5%,
гематокрит	20%,
Лейкоцит, $\times 10^9/\text{л}$	1,9
Нейтрофил %	
с\я %	10
т\я %	0,5
Эозинофил	2
Базофил	1
Моноцит%	4
Лимфоцит %	56
ЭТЖ, мм/сағ	70

Биохимиялық қан анализінің нәтижесі

Көрсеткіштер	Нәтижелер
жалпы белок, ммоль/л	63
Калий, мэкв/л	4,3
Натрий, мэкв/л	140
Кальций, мэкв/л	2,4
Глюкоза, ммоль/л	5,9
Билирубин жалпы, ммоль/л	23,2
мочевина, ммоль/л	5,7
креатинин, ммоль/л	0,098
АСТ, ммоль/л	32
АЛТ, ммоль/л	34
амилаза	28 г/ч.л.,
трансферрин	100 %.

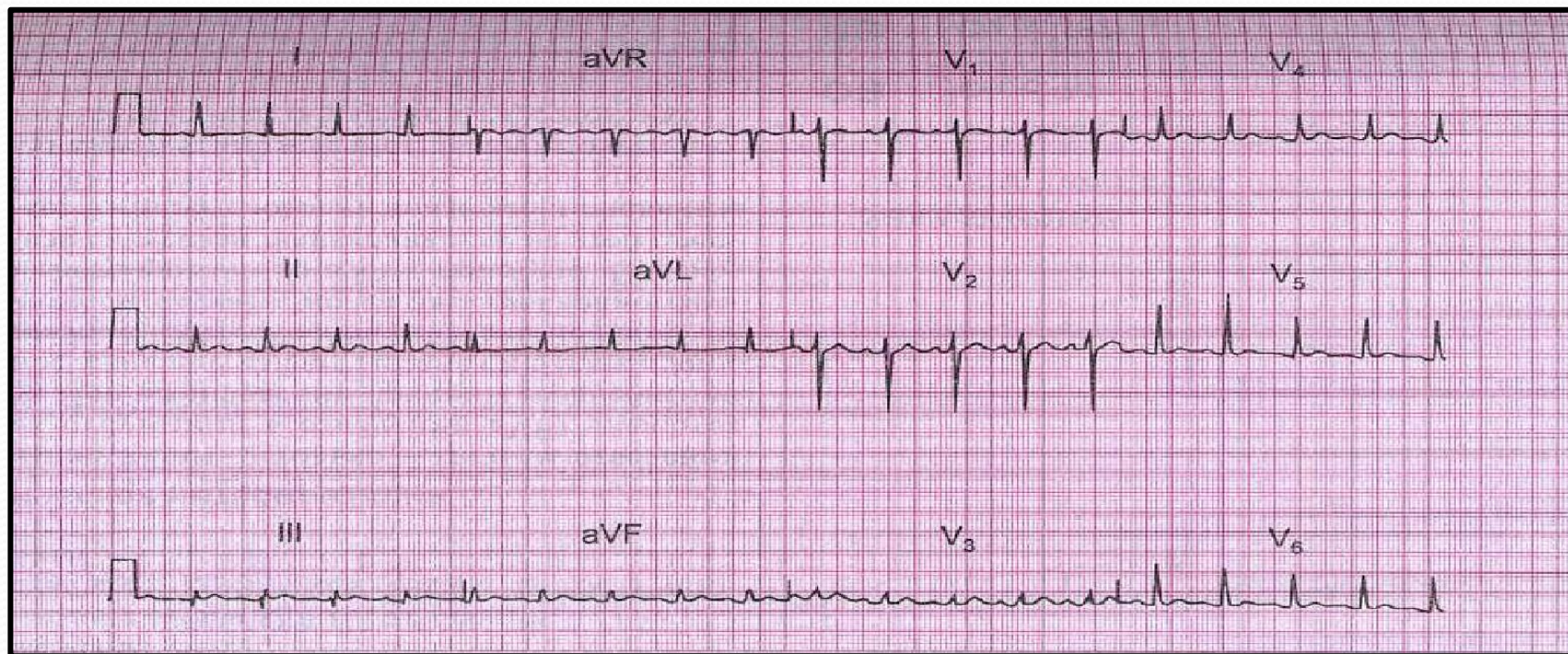
3. Миелограмма: сүйек кемігінің пунктатында аз жасушалы, 89,5 % лимфоциттермен қамтылған. Қан жасау өспелері жабырқаған. Ретикулярлы жасушалардың саны көбейген, ретикулярлы жасушалардың жиналу ошақтары анықталады. Миелокарициттер бірлі-жарым және тромбоциттердің бірлі-жарым отшнуровкасымен

4.Трепанобиопсия: Арқалықтардың ортасындағы кеңістіктерде майлы сүйек кемігінің айқын басымдылығы анықталады. Жасушалық құрамы мономорфты, көбінесе лимфоидты жасушалар.


Keудe ағзасының рентгенографиясы: ЭЭД 0,4 мЗВ.



ЭКГ:



ЖҚА	Түсті көрсеткіші қалыпты анемияның ауыр түрі, панцитопения
БҚА	трансферрин -100%.
Миелограмма	Қанжасау өскіндері жабырқаған. 89,5 % лимфоциттер. Ретикулярлы жасушалардың саны жоғарлаған. Заттарда миелокариоциттер бірлі – жарым, тромбоциттердің бірлі – жарым отшнуровкасымен.
Трепанобиопсия	Майлы сүйек кемігінің басымдылығы. Жасушалық құрам лимфоидты жасушалармен көрсетілген.
Рентгенограмма	Оң жақтан қкпе мөлдірлігі төмендеген, төменгі бөлігінде шеттері тегіс емес жайылған гомогенді күңгірттену анықталады, түбірлері кеңейген және инфильтрацияланған. Синустары бос, сор-өзгеріссіз. Қрорытынды: оң жақты төменгі бөлікті пневмония.
ЭКГ	Синусты ритм, ЖСЖ 110 рет мин. ЖЭО қалыпты. Миокардтың гипоксия белгілері.



Салыстырмалы диагноз
қандай аурулармен жасайсыз?

Салыстырмалы диагностикасы панцитопениямен өтетін басқа патологиялық үрдістермен жүргізіледі.

В12 тапшылықты анемия – науқастарда гастроэнтерологиялық және геморрагиялық синдромдар болады, геморрагиялық өзгерістер сирек анықталады және айқындылығы әлсіз. ЖҚА - шамалы панцитопения, тұрақсыз және айқын емес лимфоцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, макроцитоз және эритроциттердің гиперхромиясы, лейкоциттердің өлшемі ұлғайған және олардың ядроларының гиперсигментациясы анықталады. СК пункция және трепанобиопсиясында шамалы гиперплазия анықталады және гематопозддің мегалобласттық типі анықталады.

Фолиеводефицитті анемия – науқастар анамнезінде гастроэнтерологиялық синдром. Геморрагиялық синдром болмайды. ЖҚА – шамалы тромбоцитопения, анизоцитоз, пойкилоцитоз, макроцитоз, эритроциттердің гиперхромиясы, нейтрофилдер ядросының өсуі және гиперсигментациясы анықталады. СК пункция және трепанобиопсиясында шамалы гиперплазия және гематопоздың мегалобласттық типі анықталады.

Гемолитикалық анемиясы бар науқастардағы тұрақты гемосидеринуриямен түнгі пароксизмальді гемоглобинурия. Гемоглобинуриямен негізделген науқастарда темір тапшылығы болады. ЖҚА – лимфоцитозсыз шамалы панцитопения. СК пункциясы және трепанобиопсиясы СК шамалы гиперплазиясын анықтайды. Сарысу темірі төмендеген, бірақ гемолитикалық криз кезінде шамалы жоғарлайды. Тамыр ішілік гемолиз орын алады: гемоглобинемия, гемосидеринурия, тура емес билирубиннің жоғарлауы, ретикулоцитоз. Хема тесті және сахарозамен сынама оң.

Жедел лейкоз (бластемиясыз, панцитопениямен). \ гиперпластикалық синдром болады (гапатоспленомегалия, лимфоаденопатия). СК аспиратында бласты жасушалардың пайызы жоғарлаған. Майлы СК басымдылығынсыз, СК бласты жасушалармен инфильтрациясы анықталады.

Идиопатиялық миелофиброз (цитопениямен нұсқауы). Спленомегалияның болуы. Гемолитикалық анемии және тромбоцитопения түрі тәрізді аутоиммунды гемолитикалық асқынулар. Эритроциттерді морфологиялық зерттеу макроцитоз және гиперхромияны анықтайды. СК В биоптатында миелоидты гиперплазия және мегакариоцитоз, фиброздың әр түрлі айқындылық дәрежесі анықталады.

СК ісіктің метастазы. Алғашқы ісікт ошағының болуы, регионарлы метастатикалық лимфоаденопатия. СК аспиратында ісіктік гематологиялық емес жасушаларының анықталуы. СК биоптатында инфильтрациялар анықталады.



**Қорытынды диагнозды
құрып негіздеңіз.**

Алдын-ала қойылған апластикалық анемия диагнозы негізінде; зерттеулер мәліметтері: ЖҚА: панцитопения, ЭТЖ - 70 мм/с. Биохимия-трансферрин 100%. Миелограммада қан жасау өскіндерінің жабырқауы. Ретикулярлы жасушалар санының жоғарлауы. Бірлі жарым миелокариоциттер. Трепанобиоптатта: майлы сүйек кемігінің басымдылығы. Жасушалық құрамы лимфоидты жасушалармен құралған. R-граммада: оң жақты пневмония. ЭКГ: синусты тахикардия. Гемолитикалық, В₁₂ – тапшылықты және фолиевтапшылықты анемии, жеде лейкоз, идиопатикалық миелофиброз, метастатикалық СК зақымдалуы жоққа шығарылды.

Қорытынды диагноз: жүре пайда болған апластикалық анемия, ауыр түрі. Фебрильді нейтропения. Дисметаболикалық кардиомиопатия. ҚЖ I дәр. Ауруханадан тыс оң жақ өкпенің төменгі бөлігінің пневмониясы. ТЖ II.



Емдеу шаралары

АА емі арнайы гематологиялық бөлімшеде асептикалық палатада жүргізіледі. Үш кезеңде жүргізіледі:

Ем мақсаты:

- 1-кезеңде – гематопоздді қалыпқа келтіру
- 2-кезеңде – АА дамуының иммунды механизмін ликвидациялау
- 3-кезеңде – рецидивтерді алдын алу, иммунодепрессивті терапияның асқынуларын емдеу, физикалық реабилитация.

Шаралар:

Қосарлаған иммуносупрессивті терапия (антилимфоцитарлы немесе антитимоцитарлы глобулин, сандиммун).

Қан компоненттерімен орынбасушы терапия (эритроциттер, тромбоциттер).

Инфекциялық асқынуларды алдын алу және емдеу (антибактериальді, сағырауқұлақтарға қарсы, вирустарға қарсы терапия).

Базисті терапия.

Гематопозді қалыпқа келтіру иммунодепрессивті заттармен жеткізіледі (антилимфоцитарлы глобулин - АЛГ). 5 күн бойы АЛГ 20 мг/кг/күн тағайындалады 12 сағат бойы. Преднизолон 60 мг. АЛГ тағайындау алдында 2 күн бұрын флуконазол 200-400 мг/күн + ципрофлоксацин 500-1000 мг/күн немесе кетоконазол 200-400 мг/күн + котриксомазол 900 мг* 2 рет күн 3 апта бойы тағайындайды;

Иммунды механизмді ликвидациялау үшін циклоспорин А алғашқы мөлшерін 10мг/кг/күн тағайындайды. Орташа мөлшері 24 сағат бойы 4-5 мг/кг. Курс ұзақтығы 12 айдан кем емес. 3-6 айда нәтиже болмаса – қайта АЛГ курсы қайталайды немесе спленэктомия.

Үшінші кезеңде ем аяқталған соң ремиссия индукциясында қолдамалы терапия ретінде А циклоспоринмен 10-15 мг/кг/күн 12 айдан кем емес емдейді. Қосымша патологиялық асқынуларын емдеу.

Симптоматикалық терапия.

- ауыр анемия кезінде жуылған эритроциттердің орынбасушы трансфузиясын жасайды, ал айқын тромбоцитопения және геморрагияларда – тромбоцитарлы массаны құяды (бір донордан құйған дұрыс).
- Гемостатикалық терапия: ангиопротекторлар (этамзилат 2 таб 3 рет күн, аскорутин 2 таб 3 рет күн, этамзилата ерітін 12,5 %-2-4 мл 3-4 рет күн, аскорбин қышқылы ерітін 10% -5-10 мл т/і, 12 сағат); антифибринолитикалық заттар аминокапрон қышқылын 5%-100 мл + адреналин ерітін 0,1%-1 мл т/і там; глюкокортикоидтарды – преднизолон 30-6- мг күн ішке, немесе дексаметазон 4-8 мг әр 12 сағат сайын т/і
- антибактериальді заттарды (амоксициллин 1,0*3 рет күн, ципрофлоксацин 500 мг 2 рет күн) және саңырауқұлақтарға қарсы заттарды инфекцияларды алдын алу мақсатпен (котриксомазол 960 мг 2 рет күн ішке).
- вирусты инфекцияны алдын алу.
- Анаболикалқ стероидтар

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Общая врачебная практика: национальное руководство. Т1 / под ред.акад. РАМН И.Н.Денисова
2. Протоколы диагностики и лечения МЗ РК
<https://diseases.medelement.com/>
3. Приказ и.о. 1.Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 декабря 2012 года № 885 «Об утверждении протоколов (стандартов) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний»
4. Классификация заболеваний внутренних органов с примерами формулировок клинических диагнозов. 2—е изд. – Руководство для практических врачей и студентов медицинских вузов – Алматы
5. Общая врачебная практика : диагностическое значение лабораторных исследований: учебн.пособие. \ Вялов С.С.