Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова

кафедра факультетской терапии №1

История болезни.

Системная красная волчанка хронического течения

Выполнила: студентка 4 курса

лечебного факультета 29 группы

Воробьева Ю.Д.

Преподаватель: Чичкова Н.В.

Москва 2010

Паспортная часть:

ФИО: ХХХ

Возраст: 28 лет (дата рождения 28.03.82)

Семейное положение: женат

Профессия: студент заочного отделения МИИ

Место жительства: г. Москва

Дата поступления в стационар: 20.04.2010

Жалобы

При поступлении пациент предъявляет жалобы на:

· бляшки на волосистой части головы, на лбу, на животе, безболезненные, сопровождающиеся зудом, шелушением.

· На язвочки в области полового члена, которые при появлении болят первые -2 дня, затем становятся безболезненными и регрессируют самостоятельно через неделю

· усталость, сонливость

· онемение кистей рук и стоп, проходящее через несколько минут активных движений.

Семейный анамнез

Мать и отец пациента практически здоровы, брат страдает аллергическим ринитом на цветение

Анамнез жизни

Пациент родился 28 марта 1982 года в Москве, в срок, доношенным. Родители на тот момент были здоровы. Был вторым ребенком в семье, вскармливался молоком матери, в умственном и физическом развитии не отставал от сверстников. Условия жизни в детстве были удовлетворительные. Ходить и говорить начал в возрасте, соответствующим среднестатистическим нормам. Учиться начал в возрасте 7 лет. Учился легко. Окончил 10 классов школы и поступил в институт. Во время учебы профессионально играл в футбол, из-за чего после 2 лет учебы в институте бросил его. После ухода из спорта с 2004 года работал в логистической компании. В данный момент учится на заочном отделении МИИ.

Вредные привычки - отрицает

Аллергоанамнез - не отягощен

Перенесенные заболевания - Краснуха, коклюш в детском возрасте, в 6 лет - удаление аденоидов, в 9 лет после падения с дерева - сотрясение мозга, в 15 лет перелом носа, в 22 года - перелом ключицы, в 20 лет парапроктит.

С декабря 2009 года - язва желудка (выявлена во время профилактической гастроскопии).

Часто болеет ОРВИ

Анамнез заболевания

Первые признаки заболевания у пациента появились в феврале 2007 года, когда пациент отметил подъем температуры до 37,1-37,2. Так же отмечалась повышенная утомляемость, слабость. Пациент принимал различные жаропонижающие средства без эффекта. Через неделю обратиться в поликлинику, где ему был поставлен диагноз ОРВИ и назначено лечение, без эффекта.

В середине марта у пациента появились папула на половом члене, после чего он обратился к урологу. В анализах крови отмечалось повышение IgG и IgM, лейкоцитоз. Состояние было расценено как проявление хламидийной инфекции, ов связи с чем больному был назначен сумамед без эффекта. Пациент стал отмечать повышенную потливость ночь.

В мае 2007 года у пациента на теле (на спине, груди, ногах, локтях) появились высыпания диаметром 3-5 см, которые сопровождались зудом, в связи с чем он был госпитализирован в 67 больницу с диагнозом псориаз.

июня 2007 года у пациента появилась «бабочка» на лице, стали распухать межфаланговые, локтевые, голеностопные суставы, он отметил скованность движений, выпадение волос, отек правого глаза. Самостоятельно сдал анализы на LE-клетки. В середине июня пациент получил положительные результаты на LE-клетки, после чего, 18 июня 2007 года был госпитализирован в ФТК с диагнозом СКВ острого течения. Объективно был выявлен хейлит. В лабораторных анализах отмечалась суточная протеинурия 1,26г., что говорит о наличии у пациента на тот момент люпус-нефрита. Проводилась пульс-терапия метипредом 3 г на курс и циклофосфаном 1г на курс. Так же был назначен омез, танакан, с положительным эффектом. Далее амбулаторно принимал метипред 12 таблеток в день с постепенным снижением дозы, омез, препараты кальция.

Пациент регулярно госпитализировался в ФТК, где ему проводились куры пульс-терапии с положительным эффектом. Всего проведено 12 пульс-терапий. В апреле 2008 года пациент отметил онемение кистей рук и стоп, проходящее через несколько минут активных движений. Поэтому пациенту было рекомендовано снижение дозы метипреда. После очередной госпитализации в сентябре 2008 года было решено на некоторое время отказаться от пульс-терапии, так как наблюдалась низкая иммунная активность СКВ. Пооедрживающая доза метипреда составляла 6 таблеток в сутки. До января 2009 года пациент не отмечал никаких субъективных ощущений. После гриппа, который пациент перенес в январе 2009 года, его снова стали беспокоить кожные проявления болезни в виде бляшек на волосистой части головы, на лбу, на животе, безболезненные, сопровождающиеся зудом, шелушением и язвочек в области полового члена, которые при появлении болят первые 1 -2 дня, затем становятся безболезненными и регрессируют самостоятельно через неделю. В связи с этим больной был в феврале 2009 года госпитализирован в ФТК, где ему был назначен селлсепт 1г в сутки и рекомендовано снижение дозы метипреда до 4 табл. в сутки. Со слов пациента на фоне проводимой терапии он не стал чувствовать себя лучше, улучшения наблюдались лишь в лабораторных анализах (нет признаков люпус-нефрита), селлсепт был отменен.

В декабре 2009 года при плановой госпитализации была проведена гастроскопия, на которой была выявлена язва желудка, после чего был назначен омез 40 мг в сутки, де-нол 1 таблека 4 раза в день, кларитромицин 500 мг с сутки в течение недели. Так же в декабре 3 раза был проведен плазмоферез.

В феврале 2010 во время повторной гастроскопии было обнаружено, что язва зарубцевалась.

Последняя госпитализация была в марте 2010. Проводилась терапия метипред 22 мг в сутки (5,5 таблеток), азатиоприн 100 мг в сутки, циклофосфан в/в капельно, омез 20 мг/сутки.

В настоящее время госпитализирован в связи с жалобами на бляшки на волосистой части головы, на лбу, на животе, безболезненные, сопровождающиеся зудом, шелушением.

На язвочки в области полового члена, которые при появлении болят первые 1-2 дня, затем становятся безболезненными и регрессируют самостоятельно через неделю.

После 1 этапа диагностического поиска можно выявить у пациента поражение нескольких систем органов: Кожи в виде эритематозной «бабочки», дискоидные высыпания, Опорно-двигательного аппарата в виде артрита межфаланговых, локтевых и голеностопных суствавов, Слизистых оболочек в виде хейлита, Почек в виде люпус-нефрита. Так же отмечается воспалительный синдром (повышение температуры до 37,2). Таким образом, можно сделать вывод, что заболевание поражает сразу несколько систем. Проведенные ранее лабораторно-диагностические тесты подтверждают диагноз СКВ. На основании первого этапа можно говорить об хроническом характере течения заболевания, полисистемном поражении, эффективности лечения кортикостероидами и циклофосфаном.

Общий осмотр.

Общее состояние удовлетворительное.

Положение больного активное.

Сознание ясное.

Выражение лица не представляет болезненных проявлений.

Конституция нормостеническая.

Вес - 80 килограмм

Рост - 183 сантиметра.

Температура тела 36, 6 \*С.

Кожные покровы отмечаются дискоидные высыпания в волосистой части головы, на лбу и единичные на животе, безболезненные, сопровождающиеся зудом и шелушением.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно (толщина кожной складки под углом лопатки 1,5 сантиметра).

Лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, задние и передние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются.

Мышцы развиты равномерно, тонус сохранен. Болезненности при пальпации нет. Уплотнения в мышцах не определяются.

Кости: форма костей черепа, конечностей правильная. Искривлений позвоночника, болезненности при пальпации и поколачивании нет. Утолщений и неровностей надкостницы, размягчения костей, симптома “барабанных палочек” не обнаружено. Суставы правильной конфигурации, безболезненны, движения в них свободные, активные, хруста нет, припухлости отсутствуют, кожа над суставами не гиперемирована.

Система дыхания.

Дыхание через нос свободное. Придаточные пазухи при пальпации и перкуссии безболезненные. Осиплости голоса нет.

Грудная клетка цилиндрическая, симметричная, отставания той или другой половины при дыхании не наблюдается. Ребра расположены горизонтально, ширина межреберных промежутков 1,5 сантиметра. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Тип дыхания брюшной, число дыханий - 15 в минуту. Дыхательные движения глубокие, ритмичные. Межреберные промежутки втягиваются при вдохе.

Грудная клетка при пальпации безболезненна, ригидна. Голосовое дрожание нормально с обеих сторон. Шум трения плевры не определяется.

При сравнительной перкуссии над различными областями грудной клетки выявляется перкуторный легочный звук, одинаковый с обеих сторон.

Топографическая перкуссия:

Верхние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Высота стояния верхушек |  справа  |  слева |
|  спереди | На 3,5 см выше верхнего края правой ключицы.  | На 3,5 см выше верхнего края левой ключицы. |
|  Сзади |  На уровне остистого отростка VII шейного позвонка. |

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия. | Справа. | Слева. |
| Linea parasternalis. | шестое межреберье. |  ------------------ |
| Linea clavicularis media. | VI ребро. |  ------------------ |
| Linea axilaris anterior. | VII ребро. | VIII ребро. |
|  Linea axilaris media. | VII ребро. | IX ребро. |
|  Linea axilaris posterior. | IX ребро. | XI ребро. |
| Linea scapularis. | X ребро. | XII ребро. |
| Linea paravertebralis |  | Остистый отросток XII грудного позвонка |

Подвижность нижнего края легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Линия.  |  Правое легкое. |  Левое легкое. |
|  | На вдохе. | На выдохе. | Суммарная. | На вдохе. | На выдохе. | Суммарная. |
| Linea clavicularis media. |  1,5 см. |  1,5 см.  |  3 см. |  \_\_\_\_  |  \_\_\_\_  |  \_\_\_\_ |
| Linea axilaris media. |  2,5 см. |  2,5 см. |  5 см.  |  2,5 см. |  2,5 см. |  5 см.  |
| Linea scapularis.  |  1,5 см. |  1,5 см. |  3 см. |  1,5 см. |  1,5 см. |  3 см. |

Аускультация легких. Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипы, крепитация, шум трения плевры отсутствуют.

Система кровообращения.

При исследовании сосудов видимых пульсаций не выявлено. Артерии при пальпации эластичные. Пульс на лучевых артериях 61 в минуту, симметричный, ритмичный, напряженный, полный, большой по величине и скорый по форме. Пульсация височных, сонных, плечевых, подключичных, подмышечных, бедренных, подколенных артерий, артерий тыла стопы сохранена. При выслушивании сонных и бедренных артерий двойной тон Траубе и двойной шум Виноградова - Дюрозье не выявлены. Набухания и видимой пульсации шейных вен нет. Капиллярный и венный пульс не выражены. При аускультации яремной вены “ шум волчка ” не определяется.

Артериальное давление на обеих руках: систолическое - 130, диастолическое - 80 мм. рт. ст.

При осмотре сердечный горб, видимая пульсация в области сердца, надчревная пульсация отсутствуют. Верхушечный толчок локализован в пятом межреберье на 1,5 см. кнутри от левой срединноключичной линии, умеренной силы, положительный, площадью 1,5 сантиметра. Дрожания грудной клетки в области сердца не обнаружено.

Перкуссия сердца:

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - 1,5 см кнаружи от правого края грудины в четвертом межреберье.

Левая - 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в пятом межреберье.

Верхняя - по 3 ребру по левой парастернальной линии.

Поперечник сердца составляет 12 см.

Границы абсолютной тупости:

Правая - на 1 см кнаружи от левого края грудины в IV межреберье.

Левая - на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье.

Верхняя - по нижнему краю IV ребра по левой парастернальной линии.

Аускультация сердца:

Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений 60 ударов в минуту. Шумы, раздвоение или расщепление тонов, ритм галопа, ритм перепела, эмбриокардия и маятникообразный ритм отсутствуют.

пациент анамнез болезнь лечение

Система пищеварения.

Язык чистый, влажный, цианотичный, язв и трещин нет, сосочковый слой хорошо выражен.

Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| -- | у | 6 | у | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | у | 5 | у | 7 | -- |
| -- | у | у | 5 | 4 | у | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | у | у | -- |

Выраженные кариозные изменения зубов, протезов нет. Десны, мягкое и твердое небо бледно-розового цвета, чистые, влажные, безболезненные, без налетов и изъязвлений. Признаков кровоточивости, гнойных выделений нет. Зев, задняя стенка глотки, миндалины без изменений. Запах изо рта отсутствует.

Живот правильной конфигурации, симметричный, пупок втянут. Наличия расширенных подкожных вен, видимой перистальтики не выявлено. Брюшная стенка равномерно участвует в дыхательных движениях.

Поверхностная (ориентировочная) пальпация:

Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальный симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Менделя отрицательные. Грыжи белой линии живота, расхождение прямых мышц живота, опухоли, увеличение селезенки и печени отсутствуют.

Методическая, глубокая, скользящая пальпация по методу Образцова-Стражеско: В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, плотноватого цилиндра, размером 2 см в диаметре, безболезненного, не урчащего, подвижного в пределах 3-4 см.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде умеренно напряженного цилиндра с закругленным дном, диаметром 3 сантиметра, безболезненного, урчащего при надавливании, умеренно подвижного.

В глубине правой подвздошной впадины пальпируется подвздошная кишка в виде мягкого, пассивно подвижного цилиндра, около 1,5 см в диаметре, урчащего при выскальзывании из под пальцев.

Червеобразный отросток, восходящий и нисходящий отдел ободочной кишки не пальпируются.

Поперечная ободочная кишка прощупывается в виде поперечного цилиндра умеренной плотности, толщиной 2,5 см, легко перемещающегося вверх и вниз, не урчащего.

Нижняя граница желудка определяется методом аускультаторной аффрикции на 4 см выше пупка. Большая кривизна определяется в виде “ порожка ”, расположенного на позвоночнике. Малая кривизна и привратник не пальпируются.

Перкуссия живота:

При перкуссии над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук.

Шум плеска отсутствует.

Аускультация кишечника:

Выслушивается перистальтика кишечника.

Стул регулярный, безболезненный. Каловые массы оформленные.

Исследование печени:

Видимого увеличения печени и ее пульсации не наблюдается. Границы:

|  |
| --- |
|  |

Размеры печени по Курлову:

 Большой прямой размер по правой срединно-ключичной линии - 10 см.

 Малый прямой размер по передней срединной линии - 9 см.

 Косой размер по краю реберной дуги - 8 см.

Печень не увеличена, безболезненна, край ее мягкий, острый, поверхность гладкая.

Желчный пузырь не прощупывается. Симптом Курвуазье, френикус-симптом, симптом Ортнера отрицательные.

Исследование селезенки:

Перкуторные границы: длинник по X ребру составляет 8 см, поперечник - 6 см.

Селезенка пальпаторно не определяется.

Система мочеотделения.

Поясничная область без изменений. В положении лежа и стоя почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. При перкуссии мочевого пузыря определяется тимпанический звук. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Эндокринная система.

Щитовидная железа не пальпируется. Вторичные половые признаки развиты по мужскому типу.

Нервная система и органы чувств.

Интеллект сохранен, мышление логичное, память не нарушена. Обоняние, вкус, слух без изменений. Глазные щели одинакового размера, зрачки круглые, равной величины. Реакция их на свет сохранена. Аккомодация и конвергенция содружественны. Речевых расстройств нет. Движения скоординированы, в позе Ромберга устойчив.

После 2 этапа диагностического поиска можно предварительно определить степень активности СКВ. На основании нормальной температуры тела, отсутствия резко выраженного похудания, артрита, поражений кожи в виде дискоидных очагов, отсутствия объективных данных, подтверждающих наличие миокардита, перикардита, эндокардита, плеврита или поражений нервной системы можно предположить у пациента СВК I степени активности.

Предварительный диагноз после первых двух этапов диагностического поиска : Системная красная волчанка хронического течения с поражением кожи ( «бабочка» и алопеция в анамнезе, бляшки на волосистой части головы), слизистых (хейлит в анамнезе и папулы на половом члене), суставов (артрит в анамнезе), почек (люпус-нефрит) 1 степени активности, леченная метипредом и циклофосфаном.

План обследования

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Реакция Вассермана, анализ на гепатит, ВИЧ

ЭКГ

Биохимический анализ крови

определение LE-клеток

определение АНФ, ANA

коагулограмма

исследование на белок в суточной моче

Гастроскопия по поводу язвы желудка

Общий анализ крови

Эритроциты - 4,9 \* 10^12 / л.

Гемоглобин - 142,9 г/л.

Тромбоциты - 177 \* 10^3 / л.

СОЭ - 6 мм/час.

Лейкоциты - 4,34\* 10^9 /л.

нейтрофилы - 44 %.

Эозинофилы - 2%.

Лимфоциты - 42 %.

Моноциты - 10%.

базофилы - 0 %

Коагулограмма

АЧТВ 1,07 (0,75-1,25)

протромбиновый индекс 92 (86-110%)

фибриноген 2,38 (1,8-4,0 г/л)

Антитела к нативной ДНК 21,06МЕ/мл при норме 0-20

LE-клетки не обнаружены

Биохимический анализ крови

Триглицериды - 0,62 ммоль/л

общий холестерин, - 3,91ммоль/л

ЛПОНП - 0,1 ммоль/л

ЛПНН - 2,5 ммоль/л

ЛПВП - 1,31 ммоль/л

Кальций - 2,15 ммоль/л

Г-ГТ - 8 ед/л

АЛТ - 14 ед/л

АСТ - 16 ед/л

Общий белок - 62,7 г/л

Альбумин - 43,3 г/л

креатинин - 1,09 мг/дл

азот мочевины - 5,6 ммоль/л

глюкоза - з,7 ммоль/л

общий билирубин 31,5 мкмоль/л

прямой билирубин 8,0 мкмоль/л

иммуноглобулины A 290 мг/дл (норма 50-300)

G 1150 мг/дл ( норма 600-2000)

М 200 мг/дл (норма 40-200)

Исследование на белок в суточной моче - белок не обнаружен

Анализ мочи по Нечипоренко

pH 8

белок отсутствует

В 1мл мочи

Эритроцитов 250

Лейкоцитов 500

Цилиндры - нет

ЭКГ

Ритм синусовый, правильный,ЧСС 70 ударов в минуту, нормальное положение Электрической оси сердца, существенных отклонений от нормы нет

ЭГДС

Заключение - пищевод свободно проходим, не изменен. Кардия смыкается не полностью, заброс желудочного содержимого в пищевод. В желудке умеренное количество полупрозрачной жидкости, рельеф обычный, складки эластичные, воздухом расправляются, слизистая розовая. Привратник округлый, свободно проходим. В луковице 12пк и постбульбарном отделе без изминений.

Недостаточность кардии, желудочно-пищеводный рефлюкс.

После 3 этапа диагностического поиска можно поставить диагноз: СКВ хронического течения, с поражением кожи ( «бабочка» и алопеция в анамнезе, бляшки на волосистой части головы), слизистых (хейлит в анамнезе и папулы на половом члене), суставов (артрит в анамнезе), почек (люпус-нефрит в анамнезе) 1 степени активности (по совокупности лабораторных и клинических показателей), леченная метипредом и циклофосфаном.

Лечение

Пациенту необходимо избегать инсоляции, так как она может усугубить течение болезни, особенно кожные проявления.

Метипред 4 таблетки в день - лечение основного заболевания

Омез 20 мг на ночь - профилактика образования ГКС-индуцированной язвы кальцийД3 никомед 2 таблетки в день - профилактика остеопороза

Профилактика

Своевременная адекватная терапия обеспечивает предупреждение рецидивов болезни.

Избегать инсоляции