# Паспортная часть

**Ф.И.О**.:

**Возраст:** 63 года

**Профессия:** пенсионер

**Дата рождения:**

**Место рождения**:

**Дата поступления:**

**Диагноз:** Хроническая подагра: олигоартрит. Фаза обострения. Внутрикостные тофусы.

**Сопутствующие заболевания:** Гипертоническая болезнь, II стадия, II степень, высокий риск (факторы риска: возраст, пол, наследственный анамнез; поражение органов-мишеней: гипертензивный артериосклероз сетчатки).

# Анамнез

### Жалобы при поступлении.

Больной при опросе предъявил следующие жалобы:

* на внезапно появившиеся, сильные, ноющие боли в первых плюснефаланговых суставах обеих стоп. Боли не стихающие, усиливающие при физической нагрузке, к вечеру и ночью;
* покраснение кожи над суставами;
* ограничение движения в первых плюснефаланговых суставах обеих стоп;
* на отечность первых плюснефаланговых суставов;
* на отечность голеностопных суставов;
* на локальное повышение температуры над первыми плюснефаланговыми суставами;

### Дополнительные жалобы.

* шум в ушах;
* головные боли, самостоятельно проходящие через 2-4 часа;

### Анамнез настоящего заболевания

Впервые боли в первых плюснефаланговых суставах пациент заметил 5 лет назад. Когда в первом плюснефаланговом суставе правой стопы, на фоне полного здоровья, внезапно возникла боль. Боль носила ноющий характер, неинтенсивной силы, чаще появлалась в вечернее или ночное время. Внешне сустав не изменялся, температура не повышалась, только иногда сустав слегка отекал. Боль проходила через 2-3 дня. Иногда боль возникала в первом плюснефаланговом суставе левой стопы и имела идентичную клиническую картину. Такие эпизоды «артрита» пациента беспокоили раз в 1-2 месяца. По поводу возникших болей к врачам не обращался, лечился дома применяя теплые солевые ванночки.

1 января 2003 года внезапно, посреди ночи, возникла острая сильнейшая боль в первом плюснефаланговом суставе правой стопы. К утру сустав отек, стал горячим. При этом общая температура не повышалась. Движения, как и в первом плюснефаланговом суставе, так и в голеностопном было ограничено. В это время пациент находился на поезде Москва-Томск. По приезду в Томск пациент попытался снизить болевые ощущения в суставе, применяя теплые солевые ванночки. Боль усиливалась к вечеру и ночью. Но улучшения не наступало. Сильная боль держалась 5-6 дней, интенсивность ее уменьшилась. И в середине января обратился в хирургическое отделение СГМУ по поводу рецедивирущего артрита, где пациенту было назначено лечение – диклофенак. Пройдя самостоятельно курс лечении (20 по 31 января) состояние улучшилось – боль и отечность уменьшились, кожа над суставом приобрела синюшный оттенок.

 Почувствовав улучшение, при прогулке 3 февраля у больного снова возникла резкая боль в первом плюснефаланговом суставе правой стопы. Внешне сустав также отек, повысилась температура. Пациент повторно обратился в хирургическое отделение СГМУ, где ему было назначен повторный курс НПВС и физиолечение (лазерооблучение). На третий сеанс (8 февраля) физиолечения у больного появились аналогичные боли в первом плюснефаланговом суставе левой стопы. Физиолечение было отменено. После курса лечения (НПВС) состояние опять улучшилось (уменьшились болевые ощущения, отечность сустава). Но в конце февраля опять возник приступ болей в обоих плюснефаланговых суставах стоп. Больной самостоятельно принимал диклофенак, но состояние не улучшилось, и больной был в плановом порядке госпитализирован в клиники факультетской терапии в апреле 2003 года, для установки диагноза и подбора лечении.

### Анамнез жизни больного.

**Краткие биографические данные по периодам жизни.**

Родился 6 ребенком. Рос и развивался в соответствии с возрастными нормами, без каких либо отклонений. В школу пошел в 6 лет. Закончил 8 классов. После школы работал по хозяйству. В 1958 году поехал на уборку целены, где проработал лето. В 59 году устроился на стройку Казахского Металлургического завода. В 1961-63 годах служил во внутренних войсках. После армии в 1964 году, устроился рабочим на Завод синтетического каучука (Беларусь), где проработал до 2000 года. С 1990 года – на пенсии (особо вредные условия труда).

С 18 лет по 45 лет активно занимался спортом – футбол, альпинизм.

Какими детскими инфекциями болел, пациент не помнит. Травм, операций не было. В 80 году впервые не профосмотре обнаружено повышение артериального давления до цифр 160/80, при этом жалоб у пациента не было. По поводу повышенного давления к врачу пациент не обращался, жалоб не возникало. Только в середине 90-х годов стал замечать появление головной боли и шума в ушах. При этом артериальное давление не измерял. В 1998 году при измерении артериального давления АД=180/90 mm Hg. Все эти года головные боли и шум в ушах сохранялись, носили не выраженный характер. По поводу повышенного давления к врачу пациент не обращался, гипотензивные препараты не применял.

Социально-бытовые условия удовлетворительные. Правила личной гигиены соблюдает. Проживает в 2 комнатной квартире с женой. Имеет 2 детей – сын и дочь, оба здоровы. Питание регулярное - 3 раза в день, полноценное.

**Семейный анамнез и наследственные заболевания.**

Мать страдала от гипертонической болезни. Отец умер в 63 года. Туберкулез, гепатит и другие острые инфекции отрицает. О каких-либо других заболеваниях в семье пациент не помнит. Данных о возможности влияний других семейных инфекций на пациента (сифилис, туберкулез, нервно-психические заболевания, болезни обмена веществ, рак) нет.

Аллергические реакции в виде приступов удушья, отёков отрицает. Непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

**Профессиональный анамнез**.

С 1964 года работал на Заводе синтетического каучука (Беларусь). Занимал различные должности: от простого рабочего в цехе, до начальника цеха. Контакта с свинцом не имел. В производстве контактировал в основном с производными фенола, ртутью. Острых и хронических отравлений на производстве не было.

**Вредные привычки.**

Пациент не курит, не злоупотребляет алкоголем, пивом, кофе и крепким чаем. Наркоманией не страдает.

# Данные объективного обследования

***Общий осмотр:*** состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Выражение лица и глаз доброжелательное. t-36,8 С, пульс 65, частота дыхания 18, А/Д - 160/90 мм Hg. Рост 179 см, телосложение нормостеничное, вес 95 кг, индекс массы тела 29,2 .

***Кожа, волосы, ногти, слизистые оболочки:*** Кожа – обычной окраски, гладкая, эластичная, тургор сохранен, умеренно влажная. Видимые слизистые – конъюнктивы глаз, слизистая наружного носа, ротовой полости розовые, умеренно влажные, без рубцов.

 Волосы: темные, не секутся. Волосяной покров головы распределен равномерно, участки облысения отсутствуют. Ногти: несколько синюшны, гладкие, не ломкие, край ровный, умеренно закруглен. Барабанных палочки и часовые стеклышки не выявлены.

***Ротовая полость***: Миндалины не увеличены, розового цвета, без налета, не выходят из-за небных дужек. Десны не разрыхлены. Слизистая глотки розовая, влажная, не отечна.

***Лимфатические узлы***: нижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые, подколенные лимфатические узлы не видны и не пальпируются.

***Опорно-двигательный аппарат***: мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус нормальный, безболезненны.

Плюснефаланговые суставы стоп справа и слева – имеется локальное повышение температуры, отечность суставов, их дефигурирование, ограничение движения, болезненность при пальпации. Стопы отечны, больше справа. Голеностопные суставы дефигурированы, безболезненны, имеется локальное повышение температуры. Движение в полном объеме.

Левый коленный сустав немного дефигурирован, симптом баллотирования надколенника отрицательный, температура не повышена. Движение в полном объеме.

Другие суставы не изменены, движения в них в полных объемах.

***Органы дыхания***: форма грудной клетки гиперстеничная, стенки эластичные, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, симметричная, эпигастральный угол ≈ 90. В дыхательном акте вспомогательные мышцы не участвуют. Межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания брюшной. ЧД - 16 в мин. Дыхание спокойное, ритмичное, глубокое.

Голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках легких. Гамма звучности сохранена. При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна. Перкуторный звук легочный, одинаковый на симметричными участками легких. Над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Окружность грудной клетки:

 -при спокойном дыхании: 98 см

 -на максимальном вдохе: 110 см

 -на максимальном выдохе: 90 см

***Органы кровообращения***

При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб отсутствует, верхушечный толчок визуально не определяется, надчревная пульсация отсутствует.

При пальпации определяется верхушечный толчок локализованный на расстоянии 1,5 см кнаружи к среднеключичной линии по 5 межреберье, разлитой, диаметром 2 см­­, неусилен, низкий. Сердечный толчок не пальпируется. На основании сердца пульсация аорты и легочной вены не определяется.

|  |  |
| --- | --- |
| Граница | относительная тупость |
| правая | 1.5 см кнаружи от грудины |
| левая | 1 см кнаружи от среднеключичной линии |
| верхняя | 3 ребро по среднеключичной линии |

При аускультации сердца тоны ритмичные, приглушены, раздвоения тонов нет. Имеется акцент второго тона на аорте. Пульс на правой лучевой артерии 65 уд/мин. Артериальное давление: 160/90 mm Hg.

***Органы пищеварения***

Живот округлой формы, выпячивает, симметричный. Западений, видимой пульсации, перистальтики нет. Участвует в акте дыхания при глубоком дыхании. Кожа живота чистая, рубцов нет. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. При поверхностной пальпации живот не напряжен, безболезнен.

Сигмовидная кишка: пальпируется в типичном месте, безболезненна, диаметром 2 см, гладкая, эластичная, плотная, не подвижная, не урчит. Слепая кишка: пальпируется в типичном месте безболезненна, диаметром 3 см, гладкая, эластичная, плотная, не подвижная, не урчит.

Восходящая: пальпируется в типичном месте, безболезненна, диаметром 3 см, гладкая, плотная, эластичная, не подвижная, не урчит. Нисходящая и ободочная кишки: не пальпируются.

Желудок: большая кривизна желудка не пальпируется, перкуторно нижняя граница определяется 3 см выше пупка. При проведении аускультоафрикции нижняя граница желудка на 4,5 см выше пупка. Шум плеска не определяется. Выбухания в правом межреберье и эпигастральной области нет.

Перкуторно верхняя граница печени 5 ребро по срединно-грудинной линии; нижняя граница печени не выходит за край реберной дуги, левая граница печени находится кнутри от левой парастернальной линии.

Границы печени по Курлову: по среднеключичной линии 13 см; по передней срединной 8 см; по левой реберной дуге 9 см. При пальпации нижний край печени не выходит за край реберной дуги, край округлый, эластичный, ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Пузырные пробы отрицательные. Симптом поколачивания, отрицательный.

# Лабораторные и инструментальные методы исследования

План обследования:

1. ОАК(+формула)
2. ОАМ(+мочевая кислота)
3. БАК (+мочевина, мочевая кислота, АсАТ, АлАТ, креатинин, фибриноген общ., сиаловые кислоты)
4. Рентген I плюснофаланговых суставов обеих стоп.
5. Пункция I плюснофаланговых суставов обеих стоп.
6. УЗИ почек, органов брюшной полости.
7. ЭхКГ, ЭКГ
8. Консультация окулиста

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Общий анализ крови***: | 6.03.2003 | 14.03.2003 |
| Hb | 161 | 145 |
| ЦП | 0,97 | 039 |
| Эритроциты | 4,96 | 4,57 |
| Лейкоциты | 6,8 | 5,2 |
| Тромбоциты | - | 305 |
| СОЭ мм/час | 30 | - |
|  |  |  |
| ***Лейкоцитарная формула:*** |  |  |
| Палочкоядерные | - | - |
| Сегментоядерные | 81 % | 67% |
| Эозинофилы | 1 % | 1% |
| Моноциты | 1 % | - |
| Лимфоциты | 17 % | 3% |

*Заключение: 6.03 сдвиг лейкоцитарной формулы вправо, повышенное СОЭ,*

 *лимфоцитопения*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Биохимия крови*** | 6.03.2003 | 18.03.2003 | 24.03.2003 |
| Общ. белок (г/л) | 81,7 | - | 87,4 |
| Биллирубин общий (мкмоль/л) | 10,3 | - | - |
| Глюкоза (ммоль/л) | 5,7 | 5,4 | 5,4 |
| Холестерин (ммоль/л) | 5,9 | - | - |
|  |  |  |  |
| Альбумины (г/л) | 39,2 | - | - |
| α1- глобулины | 5% | - | - |
| α2- глобулины | 11,3% | - | - |
| β- глобулины | 17,5% | - | - |
| γ- глобулины | 27,5% | - | - |
| Белковый коэффициент | 0,64 | - | - |
| Щелочная фосфатаза (U/л) | - | - | 834 |
| Креатинин мкмоль/л | 0,11 | - | 0,1 |
| АсАТ U/л | 0,24 | - | - |
| АлАТ U/л | 0,2 | - | - |
| Серомукоиды | 0,3 | 0,22 | 0,148 |
| С-белок | + | – | – |
| Мочевая кислота (ммоль/л) | 0,5 | 0,5 | 0,42 |
| Мочевина (ммоль/л) | 7,2 | 7,8 | 4,8 |
|  |  |  |  |
| Протромбиновый индекс | 81,1% | - | - |
| Фибриноген(г/л) | 4,75 | - | - |
| Фибриноген B | сл + | - | - |
| Заключение: гиперглобулинемия(за счет α2 и γ- глобулины ), гиперурикемия, СРБ+, повышенное содержание фибриногена, сиаловых кислот, щелочной фосфатазы  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Анализ мочи*** | 6.03.2003 |
| Цвет | светло-желтый |
| Прозрачность | прозрачная |
| Микроскопия | 1-2 эритроцита в п/з |
| Плотность | 1022 |
| Белок | отрицательный |
| Мочевая кислота | 5,1 ммоль/сут |

*Заключение:* Гиперурикурия..

|  |
| --- |
| ***Анализ кала на яйца, глист***  – 6.03.2003 |
| Отрицательный |

|  |  |
| --- | --- |
| ***ЭКГ*** | 6.03.2003 |
| Горизонтальная электрическая ось сердца. Ритм синусовый. ЧСС 70. Изменения миокарда левого желудочка |

|  |  |
| --- | --- |
| ***ЭхоКГ*** | 6.03.2003 |
| Аорта. Уплотнена, умеренно расширенна. Аортальный и митральный клапан утолщены, другие клапаны без изменений. ЛЖ с умеренным расширением левых отделов. Атеросклеротический кардиосклероз. Правые отделы без особенностей. Общая систолическая функция сохранена, диастолическая нарушена. |

|  |  |
| --- | --- |
| ***УЗИ органов брюшной полости*** | 6.03.2003 |
| Правая доля печени не выступает из-за реберной дуги. Нижний край закруглен, поверхность ровная. Ткань однородная, повышенной эхогенности, сосудистый рисунок обеднен. Желчные протоки и сосуды не расширены.Желчный пузырь S-образной формы. Стенка утолщена до 6, контуры неровные, содержимое однородное.Поджелудочная железа не увеличена. Ткань однородная, повышенной эхогенности.Почки, расположены обычно, контуры ровные, четкие, дыхательная подвижность сохранена, паренхиматозный слой достаточной толщины, хорошо дифференцируется от почечных синусов. Полостные структуры не расширены, конкременты не определяются.Селезенка. 105х46 мм. Ткань не изменена.*Заключение*: Признаки хронического холецистита. |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Консультация окулиста*** | 6.03.2003 |
| Гипертензивный ангиосклероз сетчатки |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Рентгенограмма I ПФС*** | 6.03.2003 |
| Резкое сужение суставных щелей плюсно-фаланговых суставов I пальцев обеих стоп. Контуры неровные за счет множественных узур. В дистальныз эпифизах I плюсневых костей определяются множественные мелких кистовидно-подобных просветлений. Подобные просветления имеются в основании проксимальных фаланг I пальцев стоп. Парартикулярные обызвествления в области обоих суставов. Рентгенологически суставная щель межфаланговых суставов не сужены, но суставная поверхность утолщена, в латеральном отделе определяются краевые обызвествления, на их фоне кистовидные проявления, остеопороз.  |

# Эпикриз

 Поступил в факультетские клиники СГМУ в плановом порядке с диагнозом поступления: Острый подагрический артрит.

Основные жалобы: внезапно появившиеся, сильные, ноющие боли в первых плюснефаланговых суставах обеих стоп. Боли не стихающие, усиливающие при физической нагрузке, к вечеру и ночью; покраснение кожи над суставами; ограничение движения в первых плюснефаланговых суставах обеих стоп; отечность первых плюснефаланговых суставов; отечность голеностопных суставов; на локальное повышение температуры над первыми плюснефаланговыми суставами обеих стоп;

В клиниках факультетской терапии пациенту было начато обследование: общий анализ и биохимия крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография плюснефаланговых суставов, обследование окулиста.

На основании объективных, лабораторных и инструментальных исследований был поставлен диагноз: Хроническая подагра: хронический подагрический артрит. Фаза обострения. Внутрикостные тофусы. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь, II стадии, II степени, средний риск (возраст, избыточный вес)

Диагноз подагрический артрит был поставлен на основании наличия в клинике нашего пациента следующих признаков:

1. Клинические признаки типичного подагрического артрита:
* поражение первых плюснефаланговых суставов стоп;
* артрит имеет яркую клиническую картину (резкая, сильная боль; повышение локальной температуры над суставами; выраженная отечность суставов и нарушение функции);
* артрит имел внезапное начало на фоне полного здоровья, появился в ночное время, после, предположительно, приема спиртного (больной встречал новый год в поезде) – провоцирующего фактора.
* нестойкость артрита: т.е. артрит держался 5-6 дней, в дальнейшем процесс стихал, происходило обратно развитие признаков воспаления;
1. Клинико-лабораторные признаки:
* повышение мочевой кислоты в сыворотки крови больше 0,45 ммоль/л – 0,5 ммоль/л;
* наличие на рентгене внутрикостных тофусов.

У нашего больного присутствуют 3 диагностически достоверных признаков (при 2-х необходимых) достоверного диагноза подагрического артрита, что позволяет точно установить диагноз – подагрический артрит.

У данного больного подагрический артрит имеет первичную этиологию, т.к. у пациента нет данных за наличие заболеваний, которые могли бы привести к подагре (гематологические заболевания, злокачественные новообразования, эндокринные нарушения, патология почек и др.)

Хроническое течение ставится на основании анамнестических данных – наличие в анамнезе приступов болей в первых плюснефаланговых суставах стоп на протяжении последних пяти лет. Не выраженность симптомов воспаление суставов, по видимому объясняется астеническим вариантом течения подагры у пациента в эти последние 5 лет. Также по рентгену присутствуют признаки хронического течения подагры – это наличие «специфических» изменений: симптом «пробойника» , симптом «воздушного костного края», атрофия кости.

Наличие по лабораторным данным острофазовых показателей (гиперглобулинемия, СРБ+, сиаловые кислоты, повышение фибриногена, СОЭ) и данных клинической картины (клиника острого воспаления первых плюснефаланговых суставов и наличие межприступного периода) говорит об активности воспалительного процесса – наличии фазы обострения хронического течения.

Гипертоническая болезнь: II стадия, II степень. Риск III.

У больного имеется гипертензивный синдром, на что указывает высокие цифры артериального давления до 160-180/90 мм. рт. ст., которые регистрировались последние года. С середины 90 годов пациент отмечает головные боли, шум в ушах, при этом давление он не измерял. При осмотре глазного дна выявляется гипертензивный ангиосклероз сетчатки. На момент курации, у пациента артериальное давление составляло 160/90 мм. рт. ст.

Симптоматическая гипертензия исключается, так как у больного не имеется данных за симптоматическую гипертензию:

* по УЗИ почки не изменены, анализы мочи в норме (исключение ренальной гипертензии);
* нет данных за феохромоцитому, болезнь или синдром Иценко-Кушига, синдром Конна;

Следовательно, можно поставить диагноз гипертоническая болезнь. Поскольку пациент не измерял и не обращал на подъем артериального давления внимание, лечения не проходил, то можно поставить II степень гипертонической болезни.

Принимая во внимание сочетание артериальной гипертензии с поражения органов-мишеней (гипертоническая ангиопатия сетчатки), возможно утверждать наличие II стадии гипертонической болезни.

У больной имеются следующие факторы риска: гипертоническая болезнь II степени, возраст 63 года, мужской пол, поражение органов-мишеней (гипертензивный ангиосклероз сетчатки). Следовательно, риск III (высокий).

Анализируя клиническую картину, данные анамнеза в клинике был произведен дифференциальный диагноз по дифференциальному ряду, включающего заболевания характеризуемые наличием суставного синдрома(артрита):

1. Ревматоидный артрит;
2. Хондрокальциноз (пирофосфатная артропатия);
3. Реактивный артрит;
4. Остеоартроз I плюснефалангового сустава;
5. Подагрический артрит;

***Ревматоидный артрит(РА****).* При этом заболевании поражении суставов стоп, процесс локализуется в плюснефаланговых суставах II, III, IV пальцев и проявляется припухлостью и болями при ходьбе. Постепенно развивается деформация стопы с формированием hallux valgus, молоткообразным изменением конфигурации пальцев с подвывихами в плюснефаланговых суставах.

 Типичным для РА является двустороннее симметричное поражение суставов. Начало заболевания чаще всего подострое, реже острое, чаще всего возникает в возрасте 25-50 лет. В ранней фазе заболевания характерно преобладание экссудативных явлений с наличием выпота в суставах, воспалительным отеком периартикулярных тканей. Характерна утренняя скованность. Резкой болезненностью при пальпации пораженных суставов, ограничением движений в них. Кожа над суставом гиперемирована, горячая на ощупь. По мере прогрессирования заболевания начинают значительно преобладать пролиферативные явления, развиваются фиброзные изменения в суставной капсуле, связках, сухожилиях, что приводит к развитию деформации суставов, подвывихам, контрактурам. Движения в суставах ограничиваются, в дальнейшем по мере развития анкилозов наступает полная неподвижность суставов.

 Для РА характерны подкожные ревматоидные узелки – это плотные округлые соединительнотканные образования диаметром до 1,5-2 см. Безболезненные, подвижные. На рентгенограмме присутствуют признаки остеопороза, остеолизиса, эрозии и анкилоза. В 80-90% случаев в крови определяется ревматоидный фактор.

 Диагностическими критериями ревматоидного артрита являются: утренняя скованность(более 1 часа), артрит суставов кисти, симметричный артрит, ревматоидные узелки, ревматоидный фактор в сыворотке крови, типичные рентгенологические изменения в воспаленных суставах.

Сравнивая клинику ревматоидного артрита с клиникой нашего пациента можно выявить только 3 диагностических признака – это симметричность поражения(поражены суставы правой и левой стопы) и рентгенологические признаки (остеопороз, сужение суставной щели), но эти признаки характерны и для других заболеваний суставов и не являются специфическими. Отсутствие других признаков РА, необходимых для точного установления диагноза, позволяет нам вычеркнуть ревматоидный артрит из дифференциального ряда.

***Хондрокальциноз (пирофосфатная артропатия).*** Клинические симптомы пирофосфатной артропатии обусловлены сочетанием двух патологических процессов: микрокристаллического синовита и дегенеративных изменений внутрисуставного хряща.

Заболевание характеризуется внезапным приступообразным началом. Чаще поражаются один или небольшое количество различных суставов, но обычно коленные, лучезапястные. Голеностопные, локтевые, плечевые суставы, редко первые плюснефаланговые суставы.

Клинически проявляется резкими болями, выраженной отечностью и покраснением кожи в области сустава, ограничением движений, при этом часто повышается общая температура тела. Артрит может продолжаться от 7 до 50 дней, при этом суставные проявления не сильно выражены. На рентгеновских снимках имеется обызвествление фиброзных и хрящевых структур суставов, при пункции суставной полости обнаруживаются кристаллы пирофосфата кальция. Мочевая кислота повышена в 24% случаев.

Это заболевание наиболее сложно для дифференциальной диагностики, клиническая картина пирофосфатной артропатии может быть сходной с клиникой подагры, для более установки точного диагноза необходимо выполненние пункции пораженных суставов, на выявления солей пирофосфата. Но по рентгенологическим исследованиям у нашего больного отсутствует обызвествление суставных структур, что позволяет исключить и хондрокальциноз из дифференциального ряда.

***Реактивный артрит*** развивается после определенных инфекций (чаще всего мочеполового или кишечного тракта) в течение 2-6 недель после стихания его острых проявлений. Характерной особенностью реактивных артритов являются асимметричный воспалительный олигоартрит с преимущественным поражением суставов нижних конечностей, спондилит, энтезопатии, тенинит, тендосиновит, остеит, поражение слизистых оболочек. Начало артрита острое – припухлость, гипертермия кожи над суставом, болезненность суставов. Поражение суставов ассиметричное. Характерно развитие энтезитов и/или тендосиновитов с выраженным болевым синдромом, затрудняющим ходьбу. Часто возникают безболезненные эрозии слизистой оболочки полости рта, половых органов, кератодермия и ониходистрофии.

У нашего больного мы не находим ни одного признака. Что также позволяет исключить реактивный артрит из дифференциального ряда.

***Остеоартроз I плюснефалангового сустава*.** Деформирующий остеоартроз данной локализации встречается часто, сочетаясь с плоскостопием, нарушением жирового обмена, варикозном расширении вен нижних конечностей и проявляется болями при ходьбе, развитием остеофитов в области эпифиза плюсневой кости, постепенным искривлением большого пальца стопы. При повторной травматизации сустава (длительная ходьба, ношение узкой обуви) может развиться реактивный синовит I плюснефалангового сустава и воспаление периартикулярных тканей. Чаще бывает двусторонним. В клинике признаки воспаления развиваются постепенно и выражены умеренно – слабый отек и небольшая гиперемия. Боли не резкие, нет нарушения общего состояния, острофазовые признаки воспаления отсутствуют, температура тела не повышается. Ограничение подвижности большого пальца стопы, отклонение пальца в наружную сторону, деформация сустава за счет остеофитов. На рентгенограмме признаки остеоартроза (сужение суставной щели, кисты, субхондральный остеосклероз, подвывих головки первой плюсневой кости). Узелки Гебердена – плотные, обычно симметричные узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов, иногда безболезненные при пальпации.

В нашем случае имело место повышение острофазовых показателей (СОЭ, СРБ, фибриноген и др.), острое начало артрита, воспалительный характер боли и изменений в суставе. Все это позволяет исключить остеоартроз I плюснефалангового сустава.

***Подагрический артрит.*** Для подагрического артрита характерно резкое(развивается за несколько часов), острое развитие признаков воспаления суставов(моно/олигоартрит). Артрит проявляется на фоне полного здоровья и благополучия. В 75% случаев артрит локализуется в первых плюснефаланговых суставах стоп (в 25% имеет другую локализацию). Имеет типичную воспалительную картину: гиперемия кожных покровов, отек пораженных суставов(может отекать и вся стопа), резкая интенсивная боль и нарушение функции сустава. Боли появляются или усиливаются чаще в вечернее, ночное время. Артрит держится 2-3 дня и стихает, полное разрешение наступает через 1-2 неделю. Приступы сменяются межприступными периодами, которые характеризуются отсутствием каких либо суставных проявлений.

Диагностические критерии подагрического артрита: урикемия (муж. > 0.45) наличие подкожных или внутрикостных тофусов, наличие кристаллов уратов в синовиальной жидкости и клиническая картина острого подагрического артрита.

Клиническая картина подагрического артрита подходит к клинике артрита нашего пациента. Следовательно, окончательный диагноз – Хроническая подагра: хронический подагрический артрит. Фаза обострения. Внутрикостные тофусы.

На основании поставленного диагноза было назначено лечение: стол №6, обильное 2-2,5 л/сутки питье, медикаментозное лечение суставного синдрома и гипертонической болезни.

Для купирования суставного синдрома было назначены НПВС – Диклофенак по 50 мг через 6 часов, после улучшения дозу снижают до 150 мг/сутки в три приема. прием диклофенака проводился до купирования суставных симптомов: снятия боли в суставе, уменьшения отечности, локальной температуры.

После снятия суставного синдрома была назначена поддерживающая терапия. Препараты выбора поддерживающей терапии – средства уменьшающие выработку мочевой кислоты в организме – аллопуринол 200 мг/сут за один прием утром, длительное время.

Лечение гипертонической болезни: так как у больного II стадия и II степень гипертонической болезни и пациент раньше не принимал антигипертензивные препараты, то больному рационально назначение комбинированной антигипертензивной терапии – ингибиторы АПФ (каптоприл) + диуретики(гипотиазид 12,5мг в сутки). Начальная доза иАПФ 6,25 мг/сутки, затем доза увеличивается под контролем АД до 50 мг/сутки. Целевой уровень АД 130/84 мм. рт. ст.

В результате курса лечения состояние больного улучшилось(болевые ощущения в суставах исчезли, отечность стоп и плюснефаланговых суставов приняла минимальный характер), и он был выписан 1.04.2003 с рекомендациями:

1. Режим: создание благоприятной психоэмоциональной обстановки на работе и дома, борьбу с гиподинамией, ведение активного образа жизни.
2. Нормализация массы тела: является обязательным важнейшим мероприятием, т.к. способствует снижению уровня мочевой кислоты в крови.
3. Исключение алкоголя: запрещается употреблять, т.к. возникающая после этого гиперлактацидемия тормозит почечную экскрецию уратов.
4. Диета №6: исключение продуктов, содержащих большое количество пуринов, ограничение Nа, жира, достаточное количество витаминов, количество пуринов 200мкг, соли 5-6 г. В диету включаются щелочные минеральные воды и цитрусовые для усиления выведения из организма уратов. Овощи и фрукты употребляются сырыми, в вареном или запеченом виде. Ограничивать: бобовые, шпинат, цветную капусту, грибы, крепкий кофе и чай Из рациона исключаются мясные и рыбные отвары, экстракты, супы, жирные сорта мяса и рыбы, мясо молодых животных, внутренние органы животных и птиц. Мясо и рыба даются не чаще 2 раза в неделю, только в отварном виде.
5. Жидкость рекомендуется принимать в виде чая, клюквенного морса, соков, щелочных минеральных вод. Режим питания дробный, 5-6 раз в день небольшими порциями, в промежутках между приемами пищи – питье. Рекомендуются разгрузочные дни 1-2 раза в неделю. Не рекомендуется полное голодание, так как оно уже в первые дни приводит к увеличению урикемии.
6. Постоянный прием поддерживающей терапии аллопуринолом(200 мг сут х 1 р/д).
7. Контроль АД и постоянный прием антигипертензивных препаратов: каптоприл 50 мг/сут + гипотиазид 12,5мг в сутки.

Прогноз для данного заболевания неблагоприятный, т.к. заболевание в настоящее время неизлечимо, но при условии соблюдения полученных рекомендаций возможно достижение максимальной ремиссии. Трудоспособность во время приступов острого артрита снижена.

Прогноз по развитию осложнений неблагоприятный:

* поражение почек с последующим развитием хронической почечной недостаточности;
* поражение желудка – при длительном приеме НПВС возможно развитие язв и эрозий, которые могут являться источниками кровотечений;
* риск развитии осложнений гипертонической болезни(инсульт головного мозга, инфаркт миокарда)

Подпись куратора: