1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 33 года

Профессия: не работает

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в клинику: 15.10.2013

II. ЖАЛОБЫ

На момент поступления: жалобы на общую слабость, на боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы, отечность его, покраснение; болезненность во II плюснефаланговом суставе правой стопы, в коленных суставах обеих ног, боли, покраснение и отечность в межфаланговых суставах обеих кистей рук, локтевых и плечевых суставах обеих рук; множественные тофусы в области I плюснефалангового сустава левой стопы, в области межфаланговых суставов обеих кистей, локтевых суставов обеих рук; повышение температуры тела до 37,7 °С.

На момент курации: жалобы на умеренные боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы, отечность его; умеренную болезненность в коленных суставах обеих ног, локтевых и плечевых суставах обеих рук, общую слабость, головную боль, жар.

III. ANAMNESIS MORBI

Болеет в течение 1,5 лет. Впервые заболевание проявилось острыми болями в I плюснефаланговом суставе левой стопы, покраснением его, повышением температуры кожи над ним, отечностью и ограничением подвижности. Указанные симптомы появились ночью. Был выставлен диагноз подагра. После купирования приступа и исчезновения симптомов заболевание не беспокоило пациентку в течение года, однако стали появляться тофусы. Обострения заболевания случались в декабре 2012 года, феврале и июне 2013 года. Лечилась самостоятельно инъекциями диклобера, приемом различных НПВС для устранения болевого синдрома и воспалительных явлений. Последнее обострение наступило в ночь с 14 на 15 октября 2013 года. Поступила в стационар для коррекции лечения.

 IV. ANAMNESIS VITAE

Родилась в срок. Росла и развивалась нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает ветряную оспу, частые ОРВИ, ОРЗ. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Контакта с инфицированными больными и больными туберкулезом не было. Переливания крови и кровезаменителей не было. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было. Семейную предрасположенность к ревматоидным заболеваниям не отмечает. Спиртные напитки не употребляет, не курит. Отмечает аллергию на некоторые пищевые продукты (не указывает, на какие конкретно), большие дозы антибиотиков (длительно принимала Клацид (клароитромицин, группа макролидов). Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное.

 V. STATUS PRAESENS

**ОБЩИЙ ОСМОТР**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

Астенического типа телосложения. Рост 165 см., вес 49 кг. Кожа сухая, чистая, окраска кожных покровов бледная, эластичность кожи нормальная. Видимые слизистые бледно-розовые. Сыпи, расчёсов, петехий, рубцов нет. Оволосение по женскому типу. Ногтевые пластинки правильной формы, не слоятся. Подкожная клетчатка развита хорошо. При пальпации молочных желез патологии не обнаружено.

Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены.

**КОСТНО-МЫШЕЧНО-СУСТАВНАЯ СИСТЕМА**

Мышечная система развита умеренно, тонус и сила мышц несколько снижены. Мышцы при пальпации безболезненны.

Отмечается деформация, припухлость и болезненность при пальпации в плюснефаланговых суставах обеих стоп, коленных суставах обеих ног, плечевых, локтевых, пястнофаланговых и межфаланговых суставах обеих рук. В области I плюснефалангового сустава левой стопы, межфаланговых суставах правой и левой кистей, локтевых суставов обеих рук имеются подагрические узелки размерами 1,5\*1,5 см на левой стопе, 1\*1 см на кистях и 0,5\*0,5 см в области локтевых суставов.

Пациентка неспособна быстро сгибать/разгибать пальцы рук в межфаланговых проксимальных и пястно-фаланговых суставах.

При движении во всех перечисленных суставах отмечается болезненность.

Состояние остальных суставов в пределах нормы.

Состояние позвоночного столба без патологических изменений.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Нос не деформирован, дыхание через нос, свободное.

***Осмотр грудной клетки:***

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

***Пальпация грудной клетки:***

Пальпаторно патологических симптомов не выявлено. Голосовое дрожание проводится над всей поверхностью легких.

***Перкуссия:***

При сравнительной перкуссии над всей проекцией легких ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

Нижняя граница:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии |  Правое легкое | Левое легкое |
| Парастернальная | VI межреберье |  |
| Медиоклавикулярная | 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 4 см, сзади справа и слева на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа и слева 5 см.

***Аускультация легких:***

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Бронхофония не изменена.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

***Осмотр области сердца и крупных сосудов:***

Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

***Пальпация сердца и сосудов:***

Пульс – 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, одинаковый на обеих руках.

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

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

***Аускультация сердца и сосудов:***

Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 76 в 1 мин.

АД – 120/85 мм. рт. ст. (нормальное для пациентки давлние – 90/60 мм рт.ст.)

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Губы розового цвета. Слизистая ротовой полости чистая, влажная, розовая. Язык влажный, слегка обложен белым налётом у корня. Зев не гиперемирован. Акт глотания не нарушен.

Живот обычной формы и величины, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Асцита и висцероптоза нет.

***Пальпация живота:*** живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации во всех отделах.

***Аускультация живота:*** перистальтика кишечника активная, 4 перистальтические волны в минуту.

***Перкуссия печени:*** верхняя граница печени по l. parasternalis dextra – верхний край VI ребра, по l. medioclavicularis dextra – нижний край VI ребра, по l. axillaris ventralis – нижний край VII ребра.

Нижняя граница печени: по l. axillaris anterior – по нижнему краю Х ребра, по l. medioclavicularis dextra – 2смниже реберной дуги, по l. parasternalis dextra – на 2 см ниже реберной дуги, по l. mediana anterior – на границе верхней и средней трети линии, соединяющей мечевидный отросток и пупок, по l. parasternalis sinister – по нижнему краю левой реберной дуги. Размеры печени по Курлову: вертикальный по l. medioclavicularis dextra − 10 см; вертикальный по l. mediana − 9 см; косой - 7 см. При пальпации нижний край печени не выступает из-под края реберной.

 ***Желчный пузырь*** не пальпируется, в месте проекции б/б, с-мы Ортнера, Курвуазье, Кера, Мюси, Мерфи отрицательные.

***Селезенка:*** при перкуссии поперечник – 4 см., длинник - 6 см., не пальпируется. Места проекции селезенки и поджелудочной железы безболезненные.

Перитонеальные симптомы отрицательны.

Стул ежедневный, цвет кала обычный без патологических примесей.

**МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА**

При осмотре поясничной области покраснение, припухлость кожных покровов, отечность кожи не определяются. Почки не пальпируются. Точки почек и мочевыводящих путей безболезненны. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При пальпации и перкуссии в области проекции мочевого пузыря наличие болезненности не отмечается. Моча светло-жёлтого цвета, прозрачная. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-6 раз в сутки. Ночью не мочится.

При аускультации отсутствует шум в реберно-позвоночном углу.

**ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Больная контактна. Речь внятная, внимание сохранено. Сознание ясное, ориентирована в пространстве, собственной личности. Болевая чувствительность не снижена. Парезов и параличей нет. Бессонницы нет. К заболеванию больная относится адекватно, легко вступает в контакт. Мышечная сила соответствует возрасту. Потоотделение при физической нагрузке. Патологических симптомов нет.

VI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больной (на момент поступления: жалобы на общую слабость, на боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы, отечность его, покраснение; болезненность во II плюснефаланговом суставе правой стопы, в коленных суставах обеих ног, боли, покраснение и отечность в межфаланговых суставах обеих кистей рук, локтевых и плечевых суставах обеих рук; множественные тофусы в области I плюснефалангового сустава левой стопы, в области межфаланговых суставов обеих кистей, локтевых суставов обеих рук; повышение температуры тела до 37,7 °С; на момент курации: жалобы на умеренные боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы, отечность его; умеренную болезненность в коленных суставах обеих ног, локтевых и плечевых суставах обеих рук, общую слабость, головную боль, жар), данных анамнеза (болеет в течение 1,5 лет. Впервые заболевание проявилось острыми болями в I плюснефаланговом суставе левой стопы, покраснением его, повышением температуры кожи над ним, отечностью и ограничением подвижности. Указанные симптомы появились ночью. Был выставлен диагноз подагра. После купирования приступа и исчезновения симптомов заболевание не беспокоило пациентку в течение года, однако стали появляться тофусы. Обострения заболевания случались в декабре 2012 года, феврале и июне 2013 года. Лечилась самостоятельно инъекциями диклобера, приемом различных НПВС для устранения болевого синдрома и воспалительных явлений) и результатов объективного исследования (астенического типа телосложения, Отмечается деформация, припухлость и болезненность при пальпации в плюснефаланговых суставах обеих стоп, коленных суставах обеих ног, плечевых, локтевых, пястнофаланговых и межфаланговых суставах обеих рук. В области I плюснефалангового сустава левой стопы, межфаланговых суставах правой и левой кистей, локтевых суставов обеих рук имеются подагрические узелки размерами 1,5\*1,5 см на левой стопе, 1\*1 см на кистях и 0,5\*0,5 см в области локтевых суставов; пациентка неспособна быстро сгибать/разгибать пальцы рук в межфаланговых проксимальных и пястно-фаланговых суставах; при движении во всех перечисленных суставах отмечается болезненность), можно поставить предварительный диагноз:

1. Основное заболевание: Подагра. Хронический подагрический артрит. Тофусная форма. Активность 2, ФН 2.

2. Осложнение основного заболевания: нет

3. Сопутствующая патология: нет.

VII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Исходя из предполагаемого диагноза и удовлетворительного состояния больного необходимо провести следующие лабораторные и инструментальные исследования:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови (СРП, мочевая кислота, мочевина, креатинин, глюкоза, АЛТ, АСТ, холестерин).
4. Рентгенография коленных суставов.
5. ЭКГ.

VIII. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ

МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

***1. Общий анализ крови (15.10.2013)***

Гемоглобин: 112 г/л

Эритроциты: 4,59х1012 /л

СОЭ: 41 мм в ч.

Лейкоциты: 11,8х109 /л

 -палочкоядерные: 3%

 -сегментоядерные: 63%

 -лимфоциты: 18%

 -моноциты:12%

 -эозинофилы 3%

 - базофилы 1%

Тромбоциты: 517х109/л

Заключение: анемия, повышение СОЭ, лейкоцитоз (моноцитоз).

***2. Общий анализ мочи (15.10.2013)***

Цвет: желтый

Реакция: щелочная

Прозрачность: мутная.

Белок: 0,06 г/л

Сахар: -

Эпителий (плоский): 3-5 в поле зрения

Лейкоциты: 1-2 в поле зрения

***3. Биохимический анализ крови (15.10.2013)***

Глюкоза: 4,08 ммоль/л

Билирубин: общий – 17,2 мкмоль/л, прямой –3,8 мкмоль/л

Мочевина: 13,7 ммоль/л

Креатинин - 0,133 ммоль/л

Общий белок: 79 ммоль/л

АсАТ – 43 Е/л

АлАТ – 19 Е/л

Холестерин – 7,0 Ммоль/л

СРП 13,3 мг/л

Мочевая кислота – 0,33 Ммоль/л

Заключение: Повышение уровня мочевины (норма – 2,61-8,35), уровня креатинина (норма 0,044-0,100), уровня холестерина крови (норма 2,99-5,3), СРП (норма до 10,0 мг/л). Уровень мочевой кислоты на верхней границе нормы (0,14-0,34).

 ***Биохимический анализ крови (17.10.2013)***

Мочевая кислота – 0,31 Ммоль/л

Заключение: Уровень мочевой кислоты на верхней границе нормы (0,14-0,34).

 ***Биохимический анализ крови (22.10.2013)***

Мочевая кислота – 0,35 Ммоль/л

Заключение: Уровень мочевой кислоты на верхней границе нормы (0,14-0,34).

***4. ЦИК в сыворотке крови (15.10.2013):*** 69 ед.

1. ***Анализ мочи по Ничипоренко (17.10.2013).***

Лейкоциты – 1000 в мл.

1. ***Рентгенография коленных суставов (21.10.2013).*** На рентгенограмме коленных суставов определяется остеопороз обоих коленных суставов. Сужение суставной цели коленных суставов с кистовидной перестройкой суставных поверхностей. ***Заключение*: Rtg картина артрита II- III ст.**

***9. ЭКГ от 15.10.2013.*** Ритм синусовый, положение ЭОС вертикальная.

IХ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Симптомы и сущность болезней | **Подагра** | **Болезнь Бехтерева** | **Синдром Рейтера** | **Ревматоидный артрит** | **Остеоартроз (первичный)** |
| Суставный синдром | Дебют заболевания: 1 плюсневый сустав, артрит другой локализации | Крестцово-подвздошное сочленение, межпозвонковые, реберно-позвонковые суставы | Коленные, голеностопные суставы, мелкие суставы стоп | 2-3 пястно-фаланговые суставы, проксимальные межфаланговые суставы | "Нагруженные" суставы нижних конечностей (тазобедренный, коленный) |
| Особенности клинического течения | Клинические формы: ревматоидоподобная, мигрирующий полиартрит, подострая, артритическая | Формы: центральная, ризомиелическая, периферическая, скандиловская. Болеют молодые мужчины | Тяжесть течения определяется поражением кожи и внутренних органов. Болеют молодые мужчины | Быстро прогрессирующее, медленно прогрессирующее | Эволютивное |
| Рентгеноло-гические данные | Сужение суставных щелей, дефекты костной ткани в эпифизах, "пробойники", эрозии суставных поверхностей | Двусторонний сакроилеит, периартикулярный остеосклероз, сужение суставной щели | Околосуставный диффузный остеопороз, асимметричные эрозии суставных поверхностей | Эпифизарный остеопороз, "узуры" хряща, кисты, анкилозы | Неравномерное сужение суставной щели, уплотнение и расширение замыкающей пластинки эпифизов (остеофит) |
| Синовиоцито-грамма | Кристаллы уратов в синовиальной жидкости | Полинуклеарный цитоз, увеличение содержания белка, снижение вязкости | Нейтрофилы (до 50 х 103 мл), цитофагоцитирующие макрофаги, высок уровень комплемента | Лимфоцитарный цитоз, увеличение содержания белка, ревматоидные факторы | Нормальная вязкость синовиальной жидкости, нейтрофилез = 50% |
| Биопсия синовиальной оболочки | Синовит с гиперемией, пролиферацией синовиоцитов, лимфоидной инфильтрацией | Пролиферативный синовит, лимфоциты, макрофаги, плазматизация | Отек, гиперемия, слабая лимфоидная инфильтрация тканей | Пролиферативный синовит, "палисадообразные клетки" | Фиброзно-жировое перерождение без пролиферации покровных клеток, ворсины атрофичны |
| Изменения со стороны крови | Повышение содержания мочевой кислоты в крови (0,3 ммоль/л) | В период обострения увеличение СОЭ и другие показатели активности процесса | Лейкоцитоз, увеличение СОЭ | Увеличение СОЭ, диспротеинемия, ревматоидные факторы | Отсутствуют. При наличии синовита увеличение СОЭ до 20-25 мм/ч |
| Поражения внутренних органов | Подагрическая нефропатия; тофусы в области суставов, век, крыльев носа | Иридоциклит, ирит, аортиты, амилоидоз почек | Кожа, слизистые оболочки, кератодермия ладоней и подошв, лимфаденопатия | Иридоциклит, поражение почек (нефрит, амилоидоз), ревматоидные узелки, полисерозиты, увеличение селезенки | Отсутствуют |
| Сущность заболевания | Хроническое заболевание, связанное с нарушением мочекислого обмена, отложением в тканях кристаллов натриевой соли мочевой кислоты (уратов) | Хроническое системное поражение суставов, преимущественно позвоночника, с ограничением его подвижности за счет анкилозирования апофизарных суствов, формирование синдестофитов | Уретро-окуло-синовиальный синдром, возникающий вследствие хламидийной инфекции мочеполового тракта | Хроническое системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением периферических суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита | Дегенеративное поражение суставного хряща со снижением механической стойкости |

X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб больной (на момент поступления: жалобы на общую слабость, на боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы, отечность его, покраснение; болезненность во II плюснефаланговом суставе правой стопы, в коленных суставах обеих ног, боли, покраснение и отечность в межфаланговых суставах обеих кистей рук, локтевых и плечевых суставах обеих рук; множественные тофусы в области I плюснефалангового сустава левой стопы, в области межфаланговых суставов обеих кистей, локтевых суставов обеих рук; повышение температуры тела до 37,7 °С; на момент курации: жалобы на умеренные боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы, отечность его; умеренную болезненность в коленных суставах обеих ног, локтевых и плечевых суставах обеих рук, общую слабость, головную боль, жар), данных анамнеза (болеет в течение 1,5 лет. Впервые заболевание проявилось острыми болями в I плюснефаланговом суставе левой стопы, покраснением его, повышением температуры кожи над ним, отечностью и ограничением подвижности. Указанные симптомы появились ночью. Был выставлен диагноз подагра. После купирования приступа и исчезновения симптомов заболевание не беспокоило пациентку в течение года, однако стали появляться тофусы. Обострения заболевания случались в декабре 2012 года, феврале и июне 2013 года. Лечилась самостоятельно инъекциями диклобера, приемом различных НПВС для устранения болевого синдрома и воспалительных явлений) и результатов объективного исследования (астенического типа телосложения, Отмечается деформация, припухлость и болезненность при пальпации в плюснефаланговых суставах обеих стоп, коленных суставах обеих ног, плечевых, локтевых, пястнофаланговых и межфаланговых суставах обеих рук. В области I плюснефалангового сустава левой стопы, межфаланговых суставах правой и левой кистей, локтевых суставов обеих рук имеются подагрические узелки размерами 1,5\*1,5 см на левой стопе, 1\*1 см на кистях и 0,5\*0,5 см в области локтевых суставов; пациентка неспособна быстро сгибать/разгибать пальцы рук в межфаланговых проксимальных и пястно-фаланговых суставах; при движении во всех перечисленных суставах отмечается болезненность); на основании данных лабораторных и инструментальных исследований (ОАК (15.10): анемия, повышение СОЭ, лейкоцитоз (моноцитоз), ОАМ (15.10): моча мутная, реакция щелочная; биохимический анализ крови (15.10): Повышение уровня мочевины, уровня креатинина, уровня холестерина крови, СРП, уровень мочевой кислоты на верхней границе нормы; ЦИК в сыворотке крови (15.10.2013):69 ед; рентгенография коленных суставов (21.10.2013). На рентгенограмме коленных суставов определяется остеопороз обоих коленных суставов. Сужение суставной цели коленных суставов с кистовидной перестройкой суставных поверхностей. Заключение: Rtg картина артрита II- III ст.) можно выставить диагноз:

1. Основное заболевание: Подагра. Хронический подагрический артрит. Тофусная форма. Активность 2, стадия 2, ФН 2.

2. Осложнение основного заболевания: нет

3. Сопутствующая патология: нет.

XI. ЛЕЧЕНИЕ

План лечения:

1. Режим палатный;
2. Диета Б;
3. С базисной целью (пациентка привезла препарат из стран прибалтики):

Для снижения образования мочевой кислоты в организме:

Tab. “Adenuric” 0,080

D.t.d.N. 28

S. по 1 таблетке 1 раз в день, запивая стаканом воды

1. С противовоспалительной целью:

Tab. Naisulidi 2,0

S. по 1 таблетке два раза в сутки.

1. Внутривенно капельно:
2. Спазмолитическое средство для улучшения периферического кровообращения:

Sol. Pentoxiphyllini 0,02% - 100 ml

1. Глюкокортикоидный препарат (противовоспалительный эффект)

 Metprezoni 0.250 №2.

1. ЛФК
2. Массаж
3. Физиолечение

XII. ПРОГНОЗ

Ожидается улучшение состояния, однако полного излечения добиться не удастся. При соблюдении диеты, правильного образа жизни и придерживании назначенной терапии, прогноз для жизни благоприятный.

XIII. ДНЕВНИКИ

**22.10.13**

 Жалобы на боли в суставах стоп, кистей, коленных суставах, общую слабость, жар.

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки сухие, чистые, тургор снижен. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 80 уд. в мин. АД – 120/90 мм.рт.ст.. Дыхание везикулярное. ЧД – 18 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

St. Localis: тофусы в области 1 плюснефалангового сустава левой стопы, межфаланговых суставов кистей, локтевых суставов.

1. Режим палатный;
2. Диета Б;
3. С базисной целью (пациентка привезла препарат из стран прибалтики):

Для снижения образования мочевой кислоты в организме:

Tab. “Adenuric” 0,080

D.t.d.N. 28

S. по 1 таблетке 1 раз в день, запивая стаканом воды

1. С противовоспалительной целью:

Tab. Naisulidi 2,0

S. по 1 таблетке два раза в сутки.

1. Внутривенно капельно:

1 Спазмолитическое средство для улучшения периферического кровообращения:

Sol. Pentoxiphyllini 0,02% - 100 ml

1. Глюкокортикоидный препарат (противовоспалительный эффект)

 Metprezoni 0.250 №2.

1. ЛФК.
2. Массаж.

 8. Физиолечение.

**23.10.13**

Жалобы на боли в пораженных суставах, общую слабость. Состояние удовлетворительное.

Кожный покров и видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 76 в мин. АД – 120/85 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

St. Localis: тофусы в области 1 плюснефалангового сустава левой стопы, межфаланговых суставов кистей, локтевых суставов.

1. Режим палатный;
2. Диета Б;
3. С базисной целью (пациентка привезла препарат из стран прибалтики):

Для снижения образования мочевой кислоты в организме:

Tab. “Adenuric” 0,080

D.t.d.N. 28

S. по 1 таблетке 1 раз в день, запивая стаканом воды

1. С противовоспалительной целью:

Tab. Naisulidi 2,0

S. по 1 таблетке два раза в сутки.

1. Внутривенно капельно:
2. Спазмолитическое средство для улучшения периферического кровообращения:

Sol. Pentoxiphyllini 0,02% - 100 ml

1. Глюкокортикоидный препарат (противовоспалительный эффект)

 Metprezoni 0.250 №2.

1. ЛФК.
2. Массаж.
3. Физиолечение.

**24.10.13.**

Отмечает уменьшение болей в пораженных суставах. Состояние удовлетворительное.

Кожный покров и водимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 в мин. АД – 90/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

St. Localis: тофусы в области 1 плюснефалангового сустава левой стопы, межфаланговых суставов кистей, локтевых суставов.

1. Режим палатный;
2. Диета Б;
3. С базисной целью (пациентка привезла препарат из стран прибалтики):

Для снижения образования мочевой кислоты в организме:

Tab. “Adenuric” 0,080

D.t.d.N. 28

S. по 1 таблетке 1 раз в день, запивая стаканом воды

1. С противовоспалительной целью:

Tab. Naisulidi 2,0

S. по 1 таблетке два раза в сутки.

1. Внутривенно капельно:
2. Спазмолитическое средство для улучшения периферического кровообращения:

Sol. Pentoxiphyllini 0,02% - 100 ml

1. Глюкокортикоидный препарат (противовоспалительный эффект)

 Metprezoni 0.250 №2.

1. ЛФК.
2. Массаж.
3. Физиолечение.

IV. ЭПИКРИЗ

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1980 г.р. поступила 15.10.2013 в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в плановом порядке для коррекции лечения с жалобами на общую слабость, на боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы, отечность его, покраснение; болезненность во II плюснефаланговом суставе правой стопы, в коленных суставах обеих ног, боли, покраснение и отечность в межфаланговых суставах обеих кистей рук, локтевых и плечевых суставах обеих рук; множественные тофусы в области I плюснефалангового сустава левой стопы, в области межфаланговых суставов обеих кистей, локтевых суставов обеих рук; повышение температуры тела до 37,7 °С.

Болеет подагрой в течение 1,5 лет.

Были проведены исследования:

ОАК (Гемоглобин: 112 г/л, Эритроциты: 4,59х1012 /л, СОЭ: 41 мм в ч., Лейкоциты: 11,8х109 /л, -палочкоядерные: 3%, -сегментоядерные: 63%, -лимфоциты: 18%, -моноциты:12%, -эозинофилы 3%, - базофилы 1%, Тромбоциты: 517х109/л);

 ОАМ (Цвет: желтый, Реакция: щелочная, Прозрачность: мутная, Белок: 0,06 г/л, Сахар: - , Эпителий (плоский): 3-5 в поле зрения, Лейкоциты: 1-2 в поле зрения.);

БАК (Глюкоза: 4,08 ммоль/л, Билирубин: общий – 17,2 мкмоль/л, прямой –3,8 мкмоль/л, Мочевина: 13,7 ммоль/л, Креатинин - 0,133 ммоль/л, Общий белок: 79 ммоль/л, АсАТ – 43 Е/л , АлАТ – 19 Е/л, Холестерин – 7,0 Ммоль/л, СРП 13,3 мг/л, Мочевая кислота – 0,33 Ммоль/л);

ЦИК (69 ед);

Rtg коленных суставов (Заключение: Rtg картина артрита II- III ст.)

На основании комплексного клинико-лабораторного обследования выставлен диагноз:

1. Основное заболевание: Подагра. Хронический подагрический артрит. Тофусная форма. Активность 2, ФН 2.

2. Осложнение основного заболевания: нет

3. Сопутствующая патология: нет.

За время нахождения в стационаре больная получала: Диета Б; С базисной целью: Tab. “Adenuric” 0,080

D.t.d.N. 28

S. по 1 таблетке 1 раз в день, запивая стаканом воды

С противовоспалительной целью: Tab. Naisulidi 2,0

S. по 1 таблетке два раза в сутки.

Внутривенно капельно: Спазмолитическое средство для улучшения периферического кровообращения:

Sol. Pentoxiphyllini 0,02% - 100 ml

Глюкокортикоидный препарат (противовоспалительный эффект)

 Metprezoni 0.250 №2.

 ЛФК, массаж, физиолечение.

Отмечается улучшение состояния.

Рекомендовано:

1. Наблюдение терапевта.
2. tab. “Adenuric” 0.080 N 28. По 1 таблетке в сутки, запивая стаканом воды.
3. Tab. Najsulidi 2.0 по 1 таблетке два раза в сутки.
4. Препараты кальция 3 раза в год
5. ЛФК, массаж, физиотерапия.